



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Professionelle Lebensqualität bei klinischen
Psycholog*innen in Österreich – Achtsamkeit als förderlicher
Faktor?“

verfasst von / submitted by

Sarah Lisa Bollheimer, BSc

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

Master of Science (MSc)

Wien, 2023/ Vienna 2023

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 UG2002

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Danksagung

Ich bedanke mich ganz herzlichst bei Mag. Dr. Reinhold Jagsch für die gewissenhafte und umfassende Betreuung meiner Masterarbeit. Stets zeigte er mir ein offenes Ohr und war geduldig und lehrreich, selbst bei Fragen, bei denen ich im Nachhinein manchmal schmunzeln muss. Sein konstruktives und ehrliches Feedback war mir immer eine große Hilfe.

Vielen lieben Dank an all meine lieben Freund*innen und Studienkolleg*innen, die mich die Jahre über begleitet und unterstützt haben. Vielen Dank auch für das fleißige Korrekturlesen und das ehrliche Feedback. Vielen Dank vor allem an Daniel Reiter, der mir bei statistischen Fragen stets zur Seite stand. Schön, dass ich euch gefunden habe. Ich hoffe, dass wir noch lange gemeinsame Wege gehen und viele Abenteuer bestreiten können.

Danke Clemens Genböck. Danke, dass du die richtigen Worte findest und mich aufbaust. Danke, dass du immer an mich glaubst und mich unterstützt und mit mir an meiner Seite das Leben bestreitest. Ich könnte mir keinen besseren Partner vorstellen.

Danke an meine Eltern Ralph und Birgit Bollheimer für ihre liebevolle Unterstützung. Danke, dass ihr mir das Studium ermöglicht habt. Danke für euren Humor und Rat und vor allem für eure grenzenlose Liebe. Ohne euch hätte ich das nicht geschafft.

Danke an Dich, Mama, dass du immer da warst, wenn ich dich gebraucht habe. Ich hoffe, du schaust runter und kannst sagen: „Das ist mein Mädchen“.

Self-care is not selfish. You cannot serve from an empty vessel.

Eleanor Brown

Inhaltsverzeichnis

Abstract (Deutsch).....	7
Abstract (Englisch).....	8
I Theoretischer Teil	9
Einleitung	10
1. Klinische Psycholog*innen in Österreich	12
1.1. Tätigkeitsfeld und der Beruf „Klinische*r Psycholog*in“	12
1.2. Situation in Österreich.....	13
1.3. Psycholog*innen als spezielle Berufsgruppe	13
2. Professionelle Lebensqualität.....	14
2.1. Definition der professionellen Lebensqualität	14
2.2. Compassion Fatigue (CF).....	15
2.2.1. Burnout (BO).....	16
2.2.2. Sekundäre Traumatisierung (STS)	17
2.3. Compassion Satisfaction (CS).....	19
2.4. Zusammenhänge von Compassion Fatigue, Burnout, sekundäre Traumatisierung und Compassion Satisfaction	19
2.5. Relevanz einer guten professionellen Lebensqualität bei Psycholog*innen	20
2.6. Professionelle Lebensqualität bei Psycholog*innen	21
3. Determinanten der professionellen Lebensqualität bei psychosozialen Berufen	23
3.1. Stress und wahrgenommene Arbeitsbelastung	23
3.2. Alter und Berufserfahrung.....	24
3.3. Geschlecht	25
3.4. Arbeitssetting.....	26
3.5. Intervention und Supervision.....	26
3.6. Individuelle Faktoren	27
4. Achtsamkeit.....	27
4.1. Definition von Achtsamkeit	27
4.2. Achtsamkeit im Zusammenhang mit professioneller Lebensqualität, Stress und Arbeitsbelastung.....	28
4.3. Achtsamkeit als Präventionsinstrument bei Psycholog*innen	29
II Empirischer Teil	30
5. Zielsetzung der Studie	31
6. Methodik	31
6.1. Studiendesign	31
6.2. Untersuchungsdurchführung	32
6.3. Stichprobenbeschreibung	32

6.4.	Untersuchungsinstrumente	32
6.4.1.	Fragebogen zu soziodemographischen Daten	33
6.4.2.	Professional Quality of Life Scale (PRoQOL): Compassion Satisfaction and Fatigue/ Skala zur Erfassung der beruflichen Lebensqualität – Mitgefühlzufriedenheit und Mitgefühlsmüdigkeit	33
6.4.3.	Perceived Stress Questionnaire (PSQ-20) – Fragebogen zur Erfassung subjektiv erlebten Stress in der Kurzversion.....	35
6.4.4.	Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA-14) – Kurzversion.....	36
6.5.	Fragestellungen und Hypothesen	36
6.5.1.	Unterschiedshypothesen zu professioneller Lebensqualität, Stress, Belastung und Achtsamkeit nach soziodemographischen und Kontextvariablen.....	37
6.5.2.	Unterschiedshypothesen nach Tätigkeitsbereich bezüglich soziodemographischer und Kontextvariablen.	38
6.5.3.	Unterschiedshypothesen nach Tätigkeitsbereich bezüglich professioneller Lebensqualität, Stress, Arbeitsbelastung und Achtsamkeit.....	39
6.5.4.	Haupteffekt- und Wechselwirkungshypothesen zu erhöhtem Stress bzw. Arbeitsbelastung hinsichtlich professioneller Lebensqualität und Achtsamkeit.....	39
6.5.5.	Unterschiedshypothesen bei vermehrter Achtsamkeit bezüglich professioneller Lebensqualität, Stress und Arbeitsbelastung.....	40
6.5.6.	Moderationshypothesen zu Achtsamkeit und professioneller Lebensqualität .	41
6.5.7.	Hypothese zu Schutz- und Risikofaktoren bei klinischen Psycholog*innen ...	41
6.6.	Angewandte statistische Auswertung.....	42
7.	Ergebnisdarstellung	45
7.1.	Stichprobenbeschreibung	45
7.1.1.	Rücklaufstatistik	45
7.1.2.	Geschlecht, Alter und Familienstand	46
7.1.3.	Arbeitstätigkeit, Arbeitssetting, Arbeitszeit, Klient*innenkontakt, Beschäftigungsstatus, betreute Population und Berufserfahrung.....	46
7.1.4.	Supervision, Intervision und Achtsamkeit	47
7.1.5.	Wahrgenommene Arbeitsbelastung und wahrgenommener Stress	47
7.1.6.	Verteilung der professionellen Lebensqualität.....	48
7.2.	Reliabilitätsanalyse der ProQOL	48
7.3.	Hypothesenprüfungen	49
7.3.1.	Unterschiedshypothesen zu professioneller Lebensqualität, Stress, Belastung und Achtsamkeit nach soziodemographischen und Kontextvariablen.....	49
7.3.2.	Unterschiedshypothesen nach Tätigkeitsbereich bezüglich soziodemographischer und Kontextvariablen	54
7.3.3.	Unterschiedshypothesen nach Tätigkeitsbereich bezüglich professioneller Lebensqualität Stress, Arbeitsbelastung und Achtsamkeit.....	55
7.3.4.	Haupteffekt- und Wechselwirkungshypothesen zu erhöhtem Stress bzw. Arbeitsbelastung hinsichtlich professioneller Lebensqualität und Achtsamkeit.....	58

7.3.5.	Unterschiedshypothesen bei vermehrter Achtsamkeit bezüglich professioneller Lebensqualität, Stress und Arbeitsbelastung.....	60
7.3.6.	Moderationshypothesen zu Achtsamkeit und professioneller Lebensqualität ..	61
7.3.7.	Hypothese zu Schutz- und Risikofaktoren bei klinischen Psycholog*innen ...	64
8.	Fazit	66
8.1.	Diskussion	66
8.2.	Kritik und Ausblick	73
	Literaturverzeichnis	75
	Tabellenverzeichnis	84
	Abkürzungsverzeichnis	86

Abstract (Deutsch)

Hintergrund. Klinische Psycholog*innen unterstützen Menschen mit psychischen Erkrankungen. Der Arbeitsalltag klinischer Psycholog*innen ist dabei gekennzeichnet durch hohe Nachfrage und Druck, Stress, Überlastung sowie der tagtäglichen Konfrontation mit dem Leid und traumatischen Erfahrungen von Klient*innen, was neben spezifischen Kontextvariablen die professionelle Lebensqualität nachhaltig beeinflussen kann. Als protektiver Faktor bei Stress und Belastung bzw. als förderlicher Faktor wird Achtsamkeit in der Literatur im Zusammenhang mit der professionellen Lebensqualität vielfach diskutiert. *Methodik.* Um die professionelle Lebensqualität bei klinischen Psycholog*innen in Österreich zu untersuchen und diese mit verschiedenen Faktoren in Zusammenhang zu bringen, wurde der Stichprobe ($N=329$) eine Online-Fragebogenbatterie vorgelegt. Diese bestand aus einem soziodemographischen Fragebogen, der *Professional Quality of Life Scale* (PROQOL), dem *Perceived Stress Questionnaire* (PSQ-20) und dem *Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit* (FFA-14). Mittels Moderationsanalyse wurde Achtsamkeit als möglicher Moderator bei erhöhtem Stress und Arbeitsbelastung untersucht. Es wurde eine lineare Regression zur Bestimmung von Risiko- und Schutzfaktoren durchgeführt. *Ergebnisse.* Klinische Psycholog*innen in Österreich berichteten grundsätzlich über hohe Level an Compassion Satisfaction und niedrige Level an Burnout und sekundärer Traumatisierung. Psycholog*innen, die im klinischen oder institutionellen Setting tätig waren, zeigten verstärkt Burnout und Belastungsgefühle. Psycholog*innen, die rein behandelnd/beratend/therapeutisch tätig waren, berichteten geringfügig über Gefühle von Stress und Burnout, jedoch über vermehrt Compassion Satisfaction. Insgesamt konnten vier Variablen (wahrgenommener Stress, wahrgenommene Belastung, Arbeitszeit und Achtsamkeit) die professionelle Lebensqualität signifikant vorhersagen, wobei Stress und Belastung jeweils als Hauptfaktoren identifiziert werden konnten. Achtsamkeit konnte als Schutzfaktor bei Stress und Belastung gegenüber Burnout und sekundärer Traumatisierung und als generell förderlicher Faktor für Compassion Satisfaction ermittelt werden. *Schlussfolgerungen.* Wahrgenommener Stress und Belastung wirkten sich negativ auf die professionelle Lebensqualität aus. Eine achtsame Haltung könnte klinische Psycholog*innen in Österreich darin unterstützen, mit Stress und Belastung im Alltag umzugehen.

Schlüsselbegriffe: Psycholog*innen, klinische Psycholog*innen, Professionelle Lebensqualität, PROQOL, Burnout, Sekundäre Traumatisierung, Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, Wahrgenommener Stress, PSQ-20, Achtsamkeit, FFA-14

Abstract (Englisch)

Background. Clinical psychologists support people with mental illnesses. The everyday work of clinical psychologists is characterized by high demands and pressure, stress, overwork and the daily confrontation with the suffering and traumatic experiences of clients, which, in addition to specific contextual variables, can have a lasting impact on the professional quality of life. As a protective factor for stress and strain or as a beneficial factor, mindfulness is repeatedly discussed in the literature in association with professional quality of life.

Methodology. In order to examine professional quality of life of clinical psychologists in Austria and to relate it to various factors, the sample ($N=329$) was presented with an online questionnaire battery. It consisted of a sociodemographic questionnaire, the *Professional Quality of Life Scale* (PRoQOL), the *Perceived Stress Questionnaire* (PSQ-20) and the *Freiburg Mindfulness Questionnaire* (FFA-14). Using moderation analysis, mindfulness was examined as a possible moderator in cases of increased stress and workload. Linear regressions were performed to determine risk factors as well as protective factors. *Results.* Clinical psychologists in Austria generally had a high level of compassion satisfaction and a low level of burnout and secondary traumatization. Psychologists working in a clinical or institutional setting showed increased burnout and feelings of distress. Psychologists who were purely working in a treating/advising/therapeutic role reported low feelings of stress and burnout but high compassion satisfaction. Overall, four variables (perceived stress, perceived workload, working hours, and mindfulness) predicted professional quality of life, with stress and workload identified as the main factors in each case. Mindfulness was further identified as a protective factor in stress and workload against burnout and secondary traumatization and as a general conducive factor for compassion satisfaction. *Conclusions.* Perceived stress and higher workload had a negative impact on professional quality of life. A mindful attitude could support clinical psychologists in Austria in dealing with stress and strain in everyday life.

Key Terms: Psychologists, clinical psychologists, professional quality of life, ProQOL, burnout, secondary traumatization, compassion fatigue, compassion satisfaction, perceived stress, PSQ-20, mindfulness, FFA-14

I Theoretischer Teil

Einleitung

In Österreich gibt es derzeit 11,317 eingetragene klinische Psycholog*innen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023). Die Tätigkeiten klinischer Psycholog*innen sind umfassend und haben vor allem das Ziel, Menschen mit psychischen Störungen eine Anlaufstelle zu bieten. Die letzten Jahre, geprägt durch den Ausbruch der Covid-19-Pandemie, zeigten die Wichtigkeit eines gut funktionierenden Gesundheitssystems auf (World Health Organization, 2022). Besonders in der Betreuung von psychisch kranken Menschen wurden jedoch deutliche Mängel des Gesundheitssystems in Österreich erkennbar. Viele Betroffene können sich beispielsweise eine notwendige Behandlung nicht leisten, und es fehlt an finanziellen Mitteln, Versorgungseinrichtungen und an qualifizierten Psycholog*innen (Berufsverband Österreichischer Psycholog*innen, 2020). Dies erhöht, neben anderen politischen, wirtschaftlichen und sozialen Hindernissen, einerseits den Druck auf praktizierende klinische Psycholog*innen, unterstreicht aber gleichzeitig die Wichtigkeit einer guten subjektiven Arbeitsqualität und psychischen Verfassung klinischer Psycholog*innen, sodass diese hilfsbedürftigen Menschen angemessen zur Seite stehen können (vgl. Kelly, Runge, & Spencer, 2015; Martin-Cuellar, Atencio, Kelly, & Lardier, 2018; Maslach & Leiter, 2016; Persson et al., 2016). Die Arbeit und Unterstützung von Menschen mit psychischen Störungen kann jedoch emotional wie auch kognitiv sehr fordernd sein. So sind klinische Psycholog*innen tagtäglich mit menschlichen Schicksalen und Leid konfrontiert, was sehr belastend sein kann (Bearse, McMinn, Seegobin, & Free, 2013; Singh, Karanika-Murray, Baguley, & Hudson, 2020). Werden Anforderungen und der Druck im Arbeitsalltag zu hoch und sind persönliche Kompetenz- und Bewältigungsstrategien nicht hinreichend gegeben, können die Auswirkungen bei Psycholog*innen vielfältig sein. Es kann zu Burnout, Compassion Fatigue oder sekundärer Traumatisierung kommen, sodass Psycholog*innen nicht mehr in der Lage sind, Menschen mit psychischen Erkrankungen ausreichend zu unterstützen (Maslach & Leiter, 2016; Padmanabhanunni, 2020; Persson et al., 2016). Dabei beeinflussen vor allem Stress und Überlastung die professionelle Lebensqualität (Maslach & Leiter, 2016; McGrath, Matthews, & Heard, 2022; Simionato & Simpson, 2018; Turgoose & Maddox, 2017). Weiters konnten zahlreiche Studien eine spezifische Stichprobenabhängigkeit bezüglich der professionellen Lebensqualität bei Psycholog*innen aufzeigen, die durch das jeweilige Gesundheitssystem, entsprechende spezifische Arbeitsbedingungen und demographische Variablen beeinflusst wird (vgl. Allwood, Geisler, & Buratti, 2022; McGrath et al., 2022; Ondrejková & Halamová, 2022;

Rupert & Morgan, 2005; Samios, 2018; Singh et al., 2020). Im deutschsprachigen Raum wurde hierzu bislang wenig Forschung betrieben, was die Wichtigkeit einer Überprüfung nahelegt. So soll anhand dieser Studie ein erster Überblick über die professionelle Lebensqualität bei klinischen Psycholog*innen in Österreich dargestellt sowie verschiedene Determinanten identifiziert werden, die diese beeinflussen. Achtsamkeit konnte in zahlreichen Studien bereits als schützender Faktor bei Stress, Überlastung, Burnout, Compassion Fatigue und sekundärer Traumatisierung bei Psycholog*innen identifiziert werden (vgl. Brown, Ong, Mathers, & Decker, 2017; Conversano et al., 2020; Kriakous, Elliott, Lamers, & Owen, 2021; Rupert & Dorociak, 2019; Samios, 2018; Thompson, Amatea, & Thompson, 2014; Yip, Mak, Chio, & Law, 2017). So wird in dieser Studie ebenfalls untersucht, ob Achtsamkeit als protektiver Faktor auch bei klinischen Psycholog*innen in Österreich bestimmte Risikofaktoren abschwächen bzw. sogar als förderlicher Faktor für eine gute professionelle Lebensqualität dienen kann.

Im ersten Kapitel wird der Beruf des*der klinischen Psycholog*in dargestellt sowie ein Überblick über spezielle Gegebenheiten des Berufs und die Lage in Österreich gegeben. Die drei darauffolgenden Kapitel setzen sich mit den untersuchten Konstrukten der *professionellen Lebensqualität*, *Determinanten der professionellen Lebensqualität* und mit *Achtsamkeit* auseinander. Im fünften Kapitel wird die Zielsetzung dieser Arbeit erläutert. Im sechsten Kapitel erfolgt eine Beschreibung der Methodik dieser Arbeit, und es wird näher auf das Studiendesign, die Untersuchungsdurchführung, die Stichprobenbeschreibung, die genutzten Untersuchungsinstrumente, zugrundeliegende Hypothesen und Fragestellungen sowie die angewandte statistische Auswertung eingegangen. Das siebte Kapitel befasst sich mit der Darstellung der Ergebnisse dieser Untersuchung. Im achten Kapitel werden die Ergebnisse kritisch diskutiert, die Limitationen dieser Studie erörtert und ein Ausblick für weitere Forschung gegeben.

1. Klinische Psycholog*innen in Österreich

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über das Tätigkeitsfeld klinischer Psycholog*innen in Österreich, die Lage des Gesundheitssystems in Österreich sowie allgemein über spezifische Gegebenheiten des psychologischen Berufsfeldes.

1.1. Tätigkeitsfeld und der Beruf „Klinische*r Psycholog*in“

Psycholog*innen haben ein vielseitiges Tätigkeitsfeld. Sie befassen sich grundlegend mit der Untersuchung menschlichen Erlebens und Verhaltens sowie dem Prozess und der Struktur der Psyche (AMS Österreich, 2023). Sie können in der Forschung, in der Arbeits- und Organisationspsychologie, Verkehrspsychologie und in vielen anderen Bereichen arbeiten. Dabei sind Psycholog*innen an der Universität, in Schulen, Institutionen, Firmen, aber auch im Gesundheitsbereich tätig. Klinische Psycholog*innen sind Psycholog*innen, die sowohl ein Psychologiestudium als auch eine Ausbildung zum*zur klinischen Psycholog*in beendet haben. Sie befassen sich mit psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen, bei denen psychische Aspekte mit einfließen, sowie mit deren Prävention und Intervention (AMS Österreich, 2022a). Zur Ausübung des Berufs als klinische*r Psycholog*in ist zudem eine Eintragung in die Liste der klinischen Psycholog*innen des österreichischen Bundesministeriums (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023) notwendig. Das Berufsfeld des*der klinischen Psycholog*in in Österreich ist einzigartig; in keinem anderen deutschsprachigen Land findet sich eine Aufteilung in klinische Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen wieder, gehen normalerweise beide Berufe Hand in Hand. Dies ermöglicht es klinischen Psycholog*innen in Österreich, rein beratend oder behandelnd zu arbeiten, während andere rein diagnostisch tätig sind und wieder andere beides anbieten. Klinische Psycholog*innen können auch eine zusätzliche Ausbildung zur*zum Psychotherapeut*in absolvieren, zur generellen Behandlung psychischer Erkrankungen ist dies jedoch nicht erforderlich. Psychotherapeut*innen und klinische Psycholog*innen teilen viele Gemeinsamkeiten. Beide Tätigkeiten befassen sich beispielsweise sowohl mit der Unterstützung von Menschen mit psychischen Störungen als auch mit der Entwicklung von Strategien zur Bewältigung von Krisen und der Erstellung von Behandlungs- und Therapieplänen (AMS Österreich, 2022a, 2022b). Ein wichtiger Unterschied liegt jedoch, neben unterschiedlichen Ausbildungswegen, in dem Tätigkeitsvorbehalt klinischer Psycholog*innen hinsichtlich der klinisch-psychologischen Diagnostik in Bezug auf gesundheitsbezogenes und -bedingtes Verhalten und Erleben sowie in der Erstellung von klinisch-psychologischen Befunden und Gutachten (AMS Österreich, 2022a, 2022b;

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2022a, 2022b). Klinische Psycholog*innen haben somit ein großes Repertoire an Fähigkeiten.

1.2. Situation in Österreich

Die Ausübung des Berufes des*der klinischen Psycholog*in in Österreich gestaltet sich nicht immer einfach. Nebst der oft undurchsichtigen und kostspieligen Ausbildungslage sind fehlende angemessene Bezahlung, eine immer noch vorherrschende Stigmatisierung psychischer Probleme, politische Faktoren und vor allem fehlende Ressourcen nur einige Hürden für die Ausübung des klinisch-psychologischen Berufs (Berufsverband Österreichischer Psycholog*innen, 2018; Maslach & Leiter, 2016). Zudem ist die aktuelle Versorgungssituation in Österreich geprägt von fehlenden Behandlungs- und Krankenkassenplätzen, monatelangen Wartezeiten, Transferproblemen vom stationären zum niedergelassenen Bereich und hohen Kosten privater Behandlungen (Berufsverband Österreichischer Psycholog*innen, 2020). Dabei zeigt sich die Prävalenz psychischer Erkrankungen in Österreich deutlich erhöht: Der Berufsverband Österreichischer Psycholog*innen berichtete in einer Studie aus dem Jahr 2020, dass jede*r zweite Österreicher*in wahrscheinlich bereits an einer psychischen Störung in der Vergangenheit litt bzw. derzeit leidet. Von den Betroffenen, die dabei Hilfe suchten, war nur für 24% gleich eine Inanspruchnahme von Hilfe möglich (Berufsverband Österreichischer Psycholog*innen, 2020). Die Covid-19-Pandemie dürfte die Situation noch verschärft haben. Gemäß dem World Mental Health Report der WHO (World Health Organization, 2022) hat die Corona-Pandemie zu einem starken Anstieg psychischer Erkrankungen geführt, bei Depressionen und Angststörungen sogar zu einem Anstieg von 25%. Folglich ist die Nachfrage an psychologischen Behandlungen weiter gestiegen. Insgesamt zeigt sich demnach ein großer gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Druck auf klinische Psycholog*innen.

1.3. Psycholog*innen als spezielle Berufsgruppe

Viele Psycholog*innen sehen ihre Arbeit als Berufung an, wollen Klient*innen helfen und erfahren dabei große Zufriedenheit und Freude an ihrer Tätigkeit. Die Natur des Berufs des*der Psycholog*in bringt gleichwohl spezielle Gegebenheiten mit sich. Aufgabe von Psycholog*innen ist es, empathisch und offen Klient*innen zu begegnen, diesen Rückhalt und Stärkung entgegenzubringen und gleichzeitig eine professionelle Haltung zu bewahren. Besonders im therapeutischen Kontext erfordert die Arbeit eine durchgehende Beschäftigung mit Klient*innen sowie eine Ebene des tiefsten emotionalen und persönlichen Kontaktes

(Maslach & Leiter, 2016). Daraus entsteht die Wichtigkeit für Psycholog*innen, sich von Problemen der Klient*innen abgrenzen zu können, was sich jedoch als schwierig gestalten kann. Viele Psycholog*innen stellen hohe Ansprüche und Erwartungen an sich und wollen ihren Klient*innen optimal zur Seite stehen, auch wenn dies bedeutet, sich selbst zu vernachlässigen und die Bedürfnisse Anderer über die eigenen zu stellen (McCormack, MacIntyre, O'Shea, Herring, & Campbell, 2018; Norrman Harling, Högman, & Schad, 2020). Folglich gelten ständige Erreichbarkeit, lange Arbeitszeiten und Überstunden ebenso wie eine selbstlose Betreuung eher als Norm, was zu erhöhtem Stress und Überlastung führen kann (Maslach & Leiter, 2016; McCormack et al., 2018). Psycholog*innen sind indessen, trotz Kenntnissen über psychische Erkrankungen und erlernter Hilfstechiken, nicht davor gefeit, selbst an psychischen Störungen zu erkranken (vgl. Bearse et al., 2013; Figley, 1995). Dabei scheint gerade diese Berufsgruppe, wenn überhaupt, sich erst spät psychologische Hilfe zu suchen (Bearse et al., 2013). Gründe dafür könnten Datenschutzbedenken, eigener Stolz und eventuelle Stigmatisierungserfahrungen sein, was dazu führen kann, dass eventuelle psychische Erkrankungen erst spät entdeckt werden und sich chronifizieren können (Bearse et al., 2013; Norrman Harling et al., 2020).

2. Professionelle Lebensqualität

Es folgt zunächst eine Begriffsbestimmung der professionellen Lebensqualität und daraus folgend der Compassion Fatigue, Burnout, sekundären Traumatisierung und Compassion Satisfaction. Danach werden die Zusammenhänge der Konstrukte näher beleuchtet, und es wird auf die Relevanz einer guten professionellen Lebensqualität bei Psycholog*innen eingegangen. Am Ende folgt ein Überblick über die professionelle Lebensqualität bei Psycholog*innen.

2.1. Definition der professionellen Lebensqualität

Stamm (2010, S. 8) definiert die professionelle Lebensqualität als „the quality one feels in relation to their work as a helper“. „Helfende Berufe“ umfassen all jene Berufsgruppen, die in der einen oder anderen Funktion Menschen zu Hilfe kommen, sei es bei individuellen, nationalen oder sogar internationalen Krisen (Stamm, 2010). Das umschließt Gesundheitspersonal, Polizist*innen, Lehrer*innen und auch psychosoziale Berufsgruppen wie Psycholog*innen. Gerade helfende Berufe sind von einer Vielzahl an spezifischen Arbeitsanforderungen betroffen, die sowohl positive als auch negative Erfahrungen umfassen. Die professionelle Lebensqualität (*professional quality of life*) ist demnach ein

multidimensionales Konstrukt, das im Zusammenhang mit arbeitsbezogenen und organisationalen Faktoren, aber auch individuellen Erfahrungen und Eigenschaften von Helfer*innen steht.

Stamm (2010) fasst die negativen Aspekte der professionellen Lebensqualität bei Helfer*innen unter dem Begriff *Compassion Fatigue* (CF) zusammen. CF definiert Stamm (2005, 2010) als Konzept, das sich einerseits aus *Burnout* (BO) und berufsbedingten Facetten und andererseits aus der *sekundären Traumatisierung* (STS) und folglich der Interaktion mit notleidenden Menschen zusammensetzt (Turgoose & Maddox, 2017). Der erste Part betrifft eine für BO typische Erschöpfung, umfasst aber auch Frustration, Wut und Depression (Stamm, 2010). STS kann dabei als negative Empfindung beschrieben werden, die durch Angst und arbeitsbedingte Traumata charakterisiert ist (Stamm, 2010). Demgegenüber stellt Stamm (2005) die *Compassion Satisfaction* (CS), die die positive Seite der professionellen Lebensqualität darstellt. CS beschreibt eine Freude, die daraus gewonnen wird, dass man die Arbeit gut macht, sowie eine gewisse emotionale Erfüllung, Menschen in schwierigen Situationen unterstützen zu können. Da die einzelnen Konstrukte in dieser Arbeit von großer Relevanz sind, werden sie im Folgenden näher beleuchtet.

2.2. Compassion Fatigue (CF)

Werden Anforderungen und der Druck im Arbeitsalltag zu hoch und sind persönliche Kompetenz- und Bewältigungsstrategien nicht ausreichend gegeben, können die Nachwirkungen bei helfenden Berufen vielfältig sein. Compassion Fatigue oder generell „the cost of caring“ (Maslach & Leiter, 2016; Padmanabhanunni, 2020; Persson et al., 2016) können unterdessen die Folge sein. Figley (1995) prägte den Begriff der CF im Rahmen von Beobachtungen von Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen, die eine spezielle Form von Erschöpfung erlebten. Laut Figley (1995, S. 1433) kann CF als „Caregiver Burnout“ bezeichnet werden und beschreibt eine Beanspruchung, eine allgemeine Erschöpfung, ein Auszehren der Empathie, die die Kapazität verringert, das Leiden und die Not Anderer zu ertragen. CF kann somit die Arbeit von Helfenden erschweren und diese umfassend beeinträchtigen (Turgoose & Maddox, 2017). CF bei psychosozialen Berufen wird ausgelöst durch eine Vielzahl an reziproken Faktoren, wie durch ständigen Einsatz emotionaler Energie, Exposition gegenüber sekundären Traumata, aber auch durch das generelle Arbeitsumfeld und -bedingungen sowie verschiedene Persönlichkeitsfaktoren, wie sich selbst eher zu vernachlässigen und sich selbstlos um andere zu kümmern (Figley, 1995, 2002; Larsen & Stamm, 2008). Obwohl die Begriffe CF,

BO und STS oft als Synonyme in der Literatur verwendet werden, gibt es distinkte Unterschiede (Norrman Harling et al., 2020).

2.2.1. Burnout (BO)

BO ist ein komplexes Konstrukt, dem viele verschiedene Definitionen zugrunde liegen. Erstmals als Begriff im psychologischen Kontext von Freudenberger und Maslach (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001) verwendet, bezog sich die ursprüngliche Konzeption von BO auf helfende Berufsgruppen und deren Erfahrungen im Umgang mit bedürftigen Menschen. Zweifelsfrei umgreift BO heutzutage nicht mehr allein diverse spezifische arbeitsbezogene und individuelle Umstände von helfenden Berufen, sondern wird als Begriff übergreifend für ein Gefühl des „Ausgebrannt seins“ in vielen verschiedenen beruflichen Feldern verwendet.

Generell ist BO ein psychologisches Syndrom, das als Reaktion auf verlängerten chronischen Stress im Arbeitsbereich auftreten kann (Hillert, Albrecht, & Voderholzer, 2020; Maslach & Leiter, 2016). BO entwickelt sich oft schleichend und kann so für lange Zeit unbemerkt bleiben (De La Rosa, Webb-Murphy, Feserman, & Johnston, 2018).

In der Literatur gibt es verschiedene Konzeptualisierungen, die sich normalerweise auf zwei- bzw. dreifaktorielle Modelle von BO beziehen (Cieslak et al., 2014; Maslach et al., 2001; Shoji et al., 2015). Gemeinsam ist allen Klassifikationen die Hauptkomponente der Erschöpfung, über die im Zusammenhang mit BO am häufigsten berichtet wird (Maslach et al., 2001). Diese Erschöpfung kann kognitiver, emotionaler oder physischer Art sein und beschreibt ein Gefühl der tiefsten Müdigkeit (Norrman Harling et al., 2020; Shoji et al., 2015). Diese entsteht oft im Zusammenhang mit erhöhtem Arbeitspensum und mangelhaften Arbeitsbedingungen, wie beispielsweise unzureichende Unterstützung am Arbeitsplatz oder fehlende Anerkennung (Norrman Harling et al., 2020; Stamm, 2005, 2010). Daraus können Gefühle von Hoffnungslosigkeit entstehen sowie das Gefühl, die Arbeit nicht effektiv bewältigen zu können (Shoji et al., 2015; Stamm, 2010). Klassische dreifaktorielle Modelle wie das von Maslach et al. (2001) umfassen neben Erschöpfung auch Depersonalisierung bzw. Distanzierung und ein Gefühl der verminderten persönlichen Leistungsfähigkeit. Distanzierung und Depersonalisierung werden in diesem Sinne oft synonym verwendet. Distanzierung beschreibt eine emotionale Loslösung sowie eine negative Einstellung zu arbeitsbezogenen Aufgaben (Cieslak et al., 2014). Depersonalisierung geht ein Stück weiter und beschreibt zusätzlich eine zynische Einstellung gegenüber den Menschen, mit denen man arbeitet, sowie eine Objektifizierung dieser (Maslach et al., 2001). Maslach et al. (2001) beschreiben die Depersonalisierung als fast natürliche Folge von Erschöpfung, da die betroffene Person nicht

mehr über hinreichende Kapazitäten verfügt, emotional oder kognitiv hohe Anforderungen ausreichend bewältigen zu können. Die dritte Komponente, das Gefühl der verminderten persönlichen Leistungsfähigkeit, steht dabei in einem komplexen Zusammenhang mit Symptomen der Erschöpfung und Depersonalisierung, und in der Literatur herrscht Uneinigkeit darüber, ob verminderte Effektivität und Selbstwirksamkeit als Resultat von Erschöpfung und Depersonalisierung oder als eigenständiges Symptom angesehen werden können (Cieslak et al., 2014; Hillert et al., 2020; Maslach et al., 2001; Shoji et al., 2015). Aus diesem Grund entstanden zweifaktorielle Modelle des BO, die lediglich emotionale Erschöpfung und Distanzierung/Depersonalisierung als Hauptkomponenten umfassen (Cieslak et al., 2014; Shoji et al., 2015). Die Begriffsbestimmung und vor allem die Diagnostik von BO sind nicht immer ganz eindeutig. Viele Praktiker*innen tun sich schwer, BO genau zu definieren, da BO in einem engen Zusammenhang mit Depressionen und Angststörungen steht und es fließende Übergänge geben kann (De La Rosa et al., 2018; Hillert et al., 2020). Eine weitere Schwierigkeit der Diagnostik liegt darin, dass BO weder im DSM-5 noch in der ICD-10-GM als eigenständige Diagnose aufgelistet ist (American Psychiatric Association, 2013; Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2022). In der ICD-10-GM findet man das Burnout-Syndrom lediglich als zusätzliche Ergänzung für Diagnosen unter „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ mit der Kennzeichnung Z 73.0. Trotz Schwierigkeiten bei der Einteilung und Konzeption ist BO ein weit verbreitetes Phänomen, das enorme Kosten mit sich bringt. Allein 2020 gab es beispielsweise in Deutschland 180.000 BO-Betroffene, durch die insgesamt 4.5 Millionen Arbeitstage ausfielen (Statista, 2020). Dabei hat BO besonders im helfenden Bereich weittragende Konsequenzen. So ist hierbei nicht nur das Individuum betroffen, sondern auch die Klient*innen, die die helfende Person mit Burnout nicht mehr hinreichend betreuen kann, was schädliche und langfristige Konsequenzen haben kann (Rupert & Morgan, 2005).

2.2.2. Sekundäre Traumatisierung (STS)

Psycholog*innen sind in der alltäglichen Praxis oft mit den Traumata ihrer Klient*innen konfrontiert (Diehm, Mankowitz, & King, 2019; Singh et al., 2020). Es wurde gezeigt, dass die therapeutische Beschäftigung mit Klient*innen, die traumatische Ereignisse erlebt haben, das Risiko erhöht, selbst Symptome zu entwickeln, die einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ähnlich sind (Diehm et al., 2019). Dazu muss ein traumatisches Ereignis nicht unbedingt selbst erlebt werden. Im DSM-5 ist dies im Gegensatz zur ICD-10-GM insofern beschrieben, als dass eine PTBS auch dann diagnostiziert werden kann, wenn man wiederholt

oder in extremer Weise aversiven Details eines traumatischen Ereignisses ausgesetzt ist, was sich beispielsweise auf Polizist*innen, Ersthelfer*innen und eben auch Psycholog*innen bezieht (American Psychiatric Association, 2013). Dies wurde 1995 von Figley als sekundärer traumatischer Stress (STS) bezeichnet. STS umfasst drei breitgefächerte Symptomcluster, wie das Wiedererleben des indirekt erlebten Traumas, Vermeidung oder Stumpfheit bezüglich des Traumas sowie eine vegetative Übererregung (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2022; Diehm et al., 2019; Figley, 2002; Stamm, 2010). Daraus können Ängste, Schlafstörungen, intrusive Bilder und die Vermeidung bestimmter Situationen resultieren (Diehm et al., 2019; Fye, Cook, Choi, & Baltrinic, 2021).

Andere gängige Bezeichnungen für die negativen Effekte, die bei helfenden Personen im Umgang mit traumatisierten Personen auftreten können, sind *compassion fatigue* und *vicarious trauma* (Deville, Wright, & Varker, 2009; Stamm, 2010). In der Literatur werden alle drei Bezeichnungen oft synonym verwendet, und explizite Differenzierungen zwischen den Konstrukten konnten nicht eindeutig identifiziert werden (Deville et al., 2009; Stamm, 2010). Während Figley (1995) STS und CF in der Definition gleichsetzt, sieht Stamm (2010) STS neben BO als einen der zwei Aspekte, die CF begünstigen können. Auch vicarious trauma ähnelt STS in der Konzeption. McCann und Pearlman (1990) beschreiben vicarious trauma vor allem im Rahmen von Veränderungen der Wahrnehmung von helfenden Personen in der Arbeit mit traumatisierten Klient*innen und beziehen diese Veränderungen hauptsächlich auf die kognitiven Schemata, Erwartungen und Annahmen über Fremd- und Selbstwahrnehmungskonzepte der helfenden Personen. Diese können sich im Rahmen einer *vicarious traumatization* ins Negative verzerren und Empathie und Engagement der helfenden Person verringern (McCann & Pearlman, 1990). Symptome einer PTBS müssen jedoch nicht unbedingt entwickelt werden (Turgoose & Maddox, 2017). Im Gegensatz zu STS, das plötzlich und bereits bei einmaliger Exposition auftreten kann, entwickelt sich eine vicarious traumatization zudem oft schleichend über die Zeit und in Abhängigkeit behandelte Klient*innen (vgl. Devilly et al., 2009; Figley, 1995; McCann & Pearlman, 1990; Stamm, 2010). Trotz Überlappungen in den Konstrukten ist vor allem STS ein wichtiger Aspekt, der stets im Hinterkopf behalten werden muss, wenn man sich mit den alltäglichen Erfahrungen und der professionellen Lebensqualität von psychosozialen Berufen, insbesondere Psycholog*innen, befasst (Deville et al., 2009; Figley, 2002; Fye et al., 2021).

2.3. Compassion Satisfaction (CS)

In den letzten Jahren wurde vor allem auf die negativen Seiten von Erfahrungen bei helfenden Personen fokussiert (Martin-Cuellar et al., 2018). Positive Erfahrungen und Aspekte wie CS rückten dabei in den Hintergrund und sind bis heute wenig erforschte Phänomene (Martin-Cuellar et al., 2018). Dabei stellt besonders CS ein Phänomen dar, dass viele Helfende erleben und als zentral in ihrer Arbeit mit Menschen sehen. CS ist eine tiefe Freude und Zufriedenheit, andere Menschen unterstützen zu können, und kann als eine Form von Altruismus gesehen werden (Stamm, 2010). Helfende mit hoher CS erleben Freude in der Arbeit mit Menschen, fühlen sich energetisiert und haben das Gefühl, etwas bewirken zu können (Fye et al., 2021; Stamm, 2010). Hohe CS trägt zudem dazu bei, dass Helfende ihren Beruf als Berufung und somit ihre Arbeit als nützlich wahrnehmen, berufliche Erfüllung erfahren und das Gefühl haben, etwas zur Gesellschaft beitragen zu können (Fye et al., 2021; Smart et al., 2014; Stamm, 2010; Thompson et al., 2014). Höhere CS wurde weiters in Verbindung gebracht mit höherem Selbstwirksamkeitserleben, weniger Stress und gesünderen Coping-Stilen (Smart et al., 2014; Thompson et al., 2014). Fürsorge, Empathie und Mitgefühl Klient*innen gegenüber spielen dabei eine große Rolle und können das Leben von Helfenden, besonders Psycholog*innen, bereichern (Smart et al., 2014). Bezüglich der Bedingungsfaktoren von CS zeigt sich jedoch eine noch unklare Forschungslage, weshalb es wichtig erscheint, diese näher zu beleuchten (Craig & Sprang, 2010; Turgoose & Maddox, 2017).

2.4. Zusammenhänge von Compassion Fatigue, Burnout, sekundäre Traumatisierung und Compassion Satisfaction

Vergleicht man CF, BO und STS, lassen sich Zusammenhänge zwischen den einzelnen Konzepten identifizieren (vgl. Cieslak et al., 2014; Norrman Harling et al., 2020; Turgoose & Maddox, 2017). In der Metaanalyse von Turgoose und Maddox (2017) konnten in allen betrachteten Studien hohe positive Zusammenhänge von BO und CF nachgewiesen werden, und Singh et al. (2020) fanden in ihrer Metaanalyse deutliche Zusammenhänge zwischen STS und CF. Weiters konnten in verschiedenen Arbeiten moderate positive Korrelationen von BO und STS gefunden werden, was darauf hindeutet, dass bei STS eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, ebenso Symptome von BO zu entwickeln und umgekehrt (Cieslak et al., 2014; Singh et al., 2020). Diese Zusammenhänge könnten einerseits durch die konzeptuellen Überschneidungen der Konstrukte begründet sein, andererseits könnten sich die Symptome von BO, STS und CF gegenseitig begünstigen und eine bestehende Symptomatik sogar verschlimmern (Cieslak et al., 2014; Norrman Harling et al., 2020; Turgoose & Maddox, 2017).

Unterschiede lassen sich laut Literatur in der Entstehung und Dauer sowie den Langzeiteffekten der einzelnen Konzepte identifizieren (Norrman Harling et al., 2020). Im Vergleich zu BO entwickelt sich CF, ähnlich wie STS, schneller, ist gut behandelbar und bezieht sich hauptsächlich auf die Arbeit und den Umgang mit Klient*innen (Figley, 2002; Norrman Harling et al., 2020). BO wirkt sich dagegen auf viele Aspekte des Lebens aus, kann geistige und körperliche Beeinträchtigungen verursachen, verläuft häufiger chronisch und erfordert unter Umständen sogar eine Änderung des Berufsfeldes (Cieslak et al., 2014; Figley, 2002; Norrman Harling et al., 2020). Der Hauptunterschied zwischen BO auf der einen und CF und STS auf der anderen Seite ist die Betonung von Umwelt- und Organisationsstressoren bei der Entstehung von BO, während CF und STS eher bei Unstimmigkeiten und Problemen individueller emotionaler und psychologischer Art sowie aus der Interaktion mit anderen Menschen auftreten können (Turgoose & Maddox, 2017). Bezieht man die positive Seite der professionellen Lebensqualität mit ein, zeigt sich generell ein deutlicher inverser Zusammenhang zwischen CS und CF, STS und BO, der nahelegt, dass Freude und das Gefühl, etwas bewirken zu können, einen Halt und Anker bei Stress und Erschöpfung darstellen können (Smart et al., 2014; Thompson et al., 2014; Turgoose & Maddox, 2017). Manche Studien beschreiben CS sogar als protektiven Faktor für CF (Turgoose & Maddox, 2017). Dies legt nahe, dass sich die positiven und negativen Aspekte der professionellen Lebensqualität kompensieren können. Jedoch weist die Forschung darauf hin, dass CF und CS auch gleichzeitig bei helfenden Personen auftreten können und sich nicht unbedingt gegenseitig ausschließen müssen (Thompson et al., 2014; Turgoose & Maddox, 2017). Dies hat Stamm (2010) auch in der Konzeption der Professional Quality of Life Scale (ProQOL) bedacht, die die professionelle Lebensqualität bei helfenden Berufen erfasst. Auch hier schließen sich CS und CF nicht aus, und Personen können sowohl hohe Werte bei CS als auch bei CF beschreiben.

2.5. Relevanz einer guten professionellen Lebensqualität bei Psycholog*innen

Psycholog*innen unterstützen tagtäglich Menschen bei der Bewältigung von Schicksalen und Problemen. Eine gute Einstellung und Freude an der Arbeit sind demnach essentiell, um diese Menschen bestmöglich betreuen zu können. Der aktuelle Forschungsstand unterstreicht die Wichtigkeit einer guten professionellen Lebensqualität bei Psycholog*innen, vor allem deswegen, da zufriedенere Psycholog*innen eher in der Lage sind, ihren Klient*innen angemessen zur Seite zu stehen, wohingegen weniger zufriedene Psycholog*innen

Klient*innen auch ungewollt schaden können (Martin-Cuellar et al., 2018; Maslach & Leiter, 2016; Persson et al., 2016).

Weiters konnte gezeigt werden, dass eine gute professionelle Lebensqualität eine besondere Relevanz hat in der Erhaltung von Personal und deren Zufriedenheit und Engagement (Kelly et al., 2015). Vor allem BO führt dagegen zu verminderter Produktivität, erhöhter Resignation, mehr Abwesenheit, mehr Mitarbeiterfluktuation und einer erhöhten Intention, den Arbeitsplatz zu verlassen (De La Rosa et al., 2018; Maslach & Leiter, 2016; O'Connor, Muller Neff, & Pitman, 2018; Williams, Reed, Self, Robiner, & Ward, 2020). Darüber hinaus konnte in der Forschung dargestellt werden, dass CF und BO zu suboptimaler Klient*innenversorgung und verminderter Arbeitsqualität beitragen (Maslach & Leiter, 2016; O'Connor et al., 2018), vorrangig aber auch gravierende Auswirkungen auf die Psycholog*innen-Klient*innen-Beziehung haben können (McCormack et al., 2018; Rupert & Morgan, 2005; Turgoose & Maddox, 2017). Besonders CF, Depersonalisierung und damit einhergehender Zynismus Klient*innen gegenüber kann die therapeutische Beziehung deutlich belasten (Martin-Cuellar et al., 2018; McCormack et al., 2018). Insgesamt offenbart sich eine große Relevanz einer guten professionellen Lebensqualität bei Psycholog*innen, die nicht nur essentiell für das Wohlbefinden von Psycholog*innen selbst ist, sondern auch wichtig, um Klient*innen bestmöglich betreuen zu können.

2.6. Professionelle Lebensqualität bei Psycholog*innen

Betrachtet man die professionelle Lebensqualität bei Psycholog*innen, zeigt sich jedoch, dass besonders BO bei Psycholog*innen kein neues Phänomen darstellt. So fanden Ackerley, Burnell, Holder und Kurdek bereits 1988, dass 39.9% der Psycholog*innen über hohe Werte an emotionaler Erschöpfung und 34.3% über Depersonalisierung gegenüber Klient*innen berichteten. Auf der anderen Seite waren nur 0.9% der Psycholog*innen in dieser Stichprobe aus den USA unzufrieden mit den eigenen Leistungen oder beurteilten sich selbst negativ. Jedoch gaben trotzdem 21% der untersuchten Psycholog*innen an, dass sie einen anderen Beruf wählen würden (Ackerley et al., 1988). O'Connor et al. (2018) fanden 30 Jahre später ähnliche Ergebnisse. In der Metaanalyse, die Studien aus 33 Ländern miteinbezog, berichteten Psycholog*innen über hohe Level an emotionaler Erschöpfung sowie moderate Level an Depersonalisierung, jedoch noch vertretbare Gefühle von persönlicher Leistungsfähigkeit. McCormack et al. (2018) fanden in ihrer systematischen Review ebenfalls, dass emotionale Erschöpfung das am meisten berichtete Symptom bei Psycholog*innen war, gefolgt von Depersonalisierung und Zynismus. Die Review bezog sich auf englischsprachig veröffentlichte

Artikel aus fünf Ländern (hauptsächlich USA, Australien, UK, Polen und eine Studie aus Israel). Campbell (2013) ermittelte, dass 69.9% der untersuchten Psycholog*innen aus den USA ein hohes Risiko für STS und 64% ein moderates Risiko für BO aufwiesen, wobei trotzdem noch 58.8% eine hohe CS angaben. Singh et al. (2020) betrachteten in einer systematischen Review Studien aus zehn Ländern, den deutschsprachigen Raum eingeschlossen, und fanden, dass 24.2% der Teilnehmer*innen BO und 19.8% STS, gleichzeitig 20.2% aber auch CS erlebten. Craig und Sprang (2010) untersuchten Traumatherapeut*innen aus den USA und zeigten, dass rund 46% der Proband*innen über hohe CS berichteten und lediglich 5% von BO und CF betroffen waren, führten dies aber auf ihre Stichprobe zurück, die aus gut ausgebildeten, erfahrenen und älteren Psycholog*innen bestand. Ondrejková und Halamová (2022) untersuchten helfende Berufsgruppen in Zentraleuropa, unterschieden dabei Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen sowie andere Berufsgruppen und berichteten, dass die Gruppe der Psycholog*innen zu denjenigen mit den höchsten Werten an CF zählte, während Psychotherapeut*innen über niedrigere Werte an CF und gleichzeitig höhere CS berichteten. Ondrejková und Halamová (2022) führten höhere Werte an CF bei Psycholog*innen vor allem auf das mangelhafte öffentliche Gesundheitssystem zurück und unterstrichen die deutliche Abhängigkeit des Umfeldes und der Arbeitsbedingungen bei der Entstehung von BO und CF. Psycholog*innen sind in vielen Bereichen tätig, und in welchem Arbeitsumfeld, in welchem Land und mit welcher Population sie arbeiten scheint nebst demographischen Variablen das Risiko für BO, STS und CF und damit die professionelle Lebensqualität demnach deutlich zu beeinflussen (McGrath et al., 2022; Rupert & Morgan, 2005, Samios, 2018; Singh et al., 2020; Williams et al., 2020). Insgesamt offenbart sich ein Bild eines*einer durchschnittlichen Psycholog*in, der*die zwar moderate CS erfährt, gleichzeitig aber über teils hohe Werte an Erschöpfung, Depersonalisierung und CF berichtet. Generell zeigt sich die Studienlage zur professionellen Lebensqualität bei therapeutisch bzw. klinisch tätigen Psycholog*innen im deutschsprachigen Raum jedoch gering, und es sind keine Aussagen über Zusammenhänge bezüglich der professionellen Lebensqualität bei österreichischen klinischen Psycholog*innen möglich. Dies unterstreicht jedoch die Wichtigkeit der Überprüfung an dieser speziellen Stichprobe. Interessant ist dabei die Betrachtung der verschiedenen Tätigkeitsfelder, da bei der rein diagnostischen Tätigkeit ein*e Klient*in einige Stunden über betreut wird, Therapien sich jedoch über Jahre hinziehen können. So könnten rein behandelnd/beratend/therapeutisch arbeitende Psycholog*innen eher wiederholt den traumatischen Erfahrungen ihrer Klient*innen ausgesetzt sein, was einen erhöhten Risikofaktor für STS darstellt und Auswirkungen auf die professionelle

Lebensqualität haben könnte (vgl. American Psychiatric Association, 2013; Cieslak et al., 2014; Singh et al., 2020).

3. Determinanten der professionellen Lebensqualität bei psychosozialen Berufen

Es gibt viele Facetten, die die professionelle Lebensqualität bei psychosozialen Berufen beeinflussen, die oft in einem komplexen Zusammenhang mit arbeitsbezogenen und persönlichen Faktoren stehen (vgl. McGrath et al., 2022; O'Connor et al., 2018; Rupert & Morgan, 2005). Im Folgenden werden Einflussfaktoren wie Stress, wahrgenommene Arbeitsbelastung, Geschlecht, Alter, Berufserfahrung, Arbeitssetting und Intervention/Supervision beleuchtet.

3.1. Stress und wahrgenommene Arbeitsbelastung

Stress und Überarbeitung sind im Gesundheitsbereich nichts Unbekanntes. In einer Studie von Williams et al. (2020) berichteten beispielsweise 59% der untersuchten Psycholog*innen, sich gelegentlich gestresst zu fühlen, in einer systematischen Review von Simionato und Simpson (2018) fühlte sich mindestens die Hälfte der Psycholog*innen sogar signifikant gestresst. Stress ist ein vielfach untersuchtes Phänomen in der wissenschaftlichen Literatur, und es gibt zahlreiche, oft uneinheitliche Definitionen. Ein gängiges Modell, das oft im Zusammenhang mit arbeitsbezogenen Faktoren verwendet wird, ist jenes von Lazarus und Folkman (1984), das Stress als Ungleichgewicht zwischen den eigenen Ressourcen und Umwelanforderungen beschreibt. Zentral in diesem Modell ist die subjektive Bewertung von Stressoren, von der abhängt, inwiefern eine Person etwas als stressig wahrnimmt oder nicht (Lazarus & Folkman, 1984). Wahrgenommener Stress scheint dabei einer der Hauptfaktoren zu sein, die mit CF, STS und besonders BO im Zusammenhang stehen (Maslach & Leiter, 2016; McGrath et al., 2022; Simionato & Simpson, 2018). Stress begünstigend und vor allem als arbeitsbezogener Faktor einzustufen fanden Turgoose und Maddox (2017), dass auch wahrgenommene Arbeitsbelastung ein Faktor war, der CF, STS und BO bei Personal im psychosozialen Bereich signifikant vorhersagen konnte, was von Singh et al. (2020) und McGrath et al. (2022) ebenfalls belegt werden konnte. Faktoren, die insbesondere mit höherem wahrgenommenem Stress, erhöhter Arbeitsbelastung und folglich mit einem erhöhten BO-Risiko einhergingen, sind Falllast (*caseload*), also die Anzahl an Klient*innen, die täglich betreut werden, zu viel Arbeit und viele Arbeitsstunden (McGrath et al., 2022; O'Connor et al., 2018). Andere häufige

Stressoren im psychosozialen Bereich sind zu wenig Personal, unzureichendes Gehalt, zu wenig Zeit für Klient*innen, hoher Druck und Erwartungen sowie mangelnde Anerkennung und eine fehlende Work-Life-Balance (Maslach & Leiter, 2016; McGrath et al., 2022; O'Connor et al., 2018; Rupert & Dorociak, 2019; Williams et al., 2020). Erhöhter Stress und wahrgenommene Arbeitsbelastung können langfristig nicht nur zu emotionaler Erschöpfung und BO führen, sondern haben auch zahlreiche Auswirkungen auf die Gesundheit (Maslach & Leiter, 2016). Typische Stresssymptome und Folgen von Überarbeitung sind Kopfschmerzen, chronische Müdigkeit, Magen-Darm-Probleme, Muskelverspannungen, Bluthochdruck, Schlafstörungen und erhöhte Anfälligkeit für Erkältungen (Maslach & Leiter, 2016). Nicht überraschend scheinen Stress und Arbeitsbelastung generell negativ assoziiert zu sein mit Arbeitszufriedenheit und CS, auch wenn sich der Zusammenhang zwischen erhöhtem Stress, höherer Arbeitsbelastung und CS ähnlich verhält wie bei CS und CF und diese sich nicht unbedingt gegenseitig ausschließen müssen (vgl. Campbell, 2013; McGrath et al., 2022; Smart et al., 2014; Thompson et al., 2014). Beispielsweise berichteten Psycholog*innen in der Studie von Williams et al. (2020), dass sie generell zufrieden mit ihrer Position und Arbeit seien, obwohl sie angaben, am Rande ihrer Kapazitäten zu arbeiten.

3.2. Alter und Berufserfahrung

Bezüglich Alter und Berufserfahrung gibt es unklare Befunde (Connally, 2012; McGrath et al., 2022; Turgoose & Maddox, 2017). So berichten einige Studien über einen gewissen Schutzfaktor vor allem von Berufserfahrung gegenüber CF und BO und fanden, dass jüngere und unerfahrenere Psycholog*innen stärker von CF, STS und BO betroffen waren (Craig & Sprang, 2010; McGrath et al., 2022; Simionato & Simpson, 2018; Thompson et al., 2014). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass erfahrenere Psycholog*innen einerseits auf effektivere Coping-Strategien bei stressigen oder schwierigeren Situationen zugreifen können, die sie sich im Laufe der Zeit angeeignet haben (vgl. Rupert & Morgan, 2005; Turgoose & Maddox, 2017). Andererseits könnten ältere Psycholog*innen andere Rollen im Berufsleben einnehmen, wie Supervisor*innen, Leiter*innen etc. und so zum einen bessere Arbeitsbedingungen erleben und zum anderen weniger direktem Klient*innenkontakt und dementsprechend weniger Risikofaktoren ausgesetzt sein (Rupert & Morgan, 2005; Thompson et al., 2014). Andere Studien fanden mehr CF bei älteren und erfahreneren Psycholog*innen, was daran liegen könnte, dass erfahreneren Psycholog*innen schwierigere Fälle zugetraut werden und es so zu vermehrt CF kommen könnte (vgl. O'Connor et al., 2018; Turgoose & Maddox, 2017). Betrachtet man CS, Alter und Berufserfahrung, fällt die Literatur spärlich aus (McGrath et al.,

2022). Ähnlich wie bei CF gibt es auch hier unklare Befunde. Einige Studien fanden Zusammenhänge zwischen höherem Alter, mehr Berufserfahrung und höherer CS, andere konnten keine Effekte nachweisen (McGrath et al., 2022; Samios, 2018). Insgesamt zeigen sich jedoch inkonsistente Befunde zu Alter, Berufserfahrung und professioneller Lebensqualität.

3.3. Geschlecht

Die Beziehung zwischen Geschlecht und CF, BO, STS sowie CS scheint kompliziert (McCormack et al., 2018). So konnten einige Studien klare Geschlechtsdifferenzen bei Männern und Frauen feststellen, wobei Frauen häufiger über emotionale Erschöpfung berichteten und sich häufiger gestresst fühlten, besonders wenn das Arbeitsumfeld mit einbezogen wurde (McCormack et al., 2018; Rupert & Morgan, 2005). Des Weiteren fanden verschiedene Studien, dass Frauen sich häufiger über höhere Werte von BO, STS und CF äußerten (Baum, 2016; Cieslak et al., 2014; Craig & Sprang, 2010; Padmanabhanunni, 2020; Simionato & Simpson, 2018). Dies könnte daran liegen, dass Frauen selbst häufiger Opfer von traumatischen Ereignissen und vor allem sexualisierter Gewalt werden und somit höhere Prävalenzen zeigen, an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken, was im Gegenzug ein Risikofaktor sein kann für höhere STS und CF (Baum, 2016; Padmanabhanunni, 2020). Auf der anderen Seite konnten andere Studien höhere Werte von BO und STS bei Männern nachweisen, wobei die Gründe dafür vorrangig spekulativer Natur waren (McGrath et al., 2022; Padmanabhanunni, 2020; Rupert & Morgan, 2005). Die Zusammenhänge sind jedoch weitgehend ungeklärt, so konnten die meisten Studien keine bzw. nur inkonsistente Unterschiede zwischen Männern und Frauen bzgl. BO, STS und CF aufzeigen (Ackerley et al., 1988; Connally, 2012; Diehm et al., 2019; McGrath et al., 2022; O'Connor et al., 2018; Thompson et al., 2014). Zudem könnten Länderunterschiede mit unterschiedlichen Arbeitsrichtlinien geschlechtsspezifische Unterschiede verzerren (Allwood et al., 2022). Vergleicht man CS und Geschlecht, zeigen die wenigen Studien ebenfalls unklare Befunde (Campbell, 2013). In der Studie von Padmanabhanunni (2020), in der südafrikanische Berater*innen untersucht wurden, zeigten Frauen deutlich höhere CS als Männer, was Padmanabhanunni auf eventuelle Aspekte der Geschlechterrollensozialisation zurückführte, bei der von Frauen erwartet wird, dass sie Helfer*innen sind und sich um die Bedürfnisse anderer kümmern. Die Erfüllung dieser Erwartungen könnte zu einem größeren Gefühl der Erfüllung und Arbeitszufriedenheit beitragen (Padmanabhanunni, 2020).

3.4.Arbeitssetting

Das Arbeitssetting, also ob in einer Praxis, einem Krankenhaus oder einer Institution praktiziert wird, scheint einen Einfluss auf BO, STS und CF zu haben (Rupert & Morgan, 2005). Verschiedene Arbeiten fanden, dass selbstständige Psycholog*innen über weniger Stress, STS und BO und gleichzeitig über gesteigertes Erfolgserleben berichteten verglichen mit Psycholog*innen, die in einer Klinik oder Institution angestellt waren (Ackerley et al., 1988; Campbell, 2013; Rupert & Morgan, 2005; Singh et al., 2020). McCormack et al. (2018) fanden jedoch, dass, wenn man die Geschlechtszugehörigkeit miteinbezog, das Arbeitssetting keinen großen alleinigen Effekt mehr auf das BO-Outcome hatte. In vielen Studien zeigte sich ebenso ein deutlicher Interaktionseffekt zwischen Geschlecht und Arbeitssetting, wobei Frauen in Institutionen und Kliniken über höhere emotionale Erschöpfung berichteten als in privaten Praxen (Rupert & Morgan, 2005; Thompson et al., 2014). Ein Grund dafür könnte sein, dass Frauen sich die Arbeitszeiten in selbstständiger Tätigkeit flexibler einteilen können, was Frauen begünstigen könnte, da diese immer noch überwiegend die Kinderbetreuung übernehmen und ohne flexible Arbeitszeiten so mehr Stress erfahren könnten (Rupert & Morgan, 2005). Andererseits fanden Rupert und Morgan (2005), dass Männer in Gruppenpraxen eher Depersonalisierung und emotionale Erschöpfung zeigten, wobei andere Arbeiten dies nicht replizieren konnten, und Gründe dafür ebenfalls spekulativer Natur sind (McCormack et al., 2018). Es scheint jedoch aufgrund der Literatur unerlässlich, eine Wechselwirkung zwischen Arbeitssetting und Geschlecht bezüglich CF, BO und STS zu beleuchten.

3.5.Intervision und Supervision

Bei vielen psychosozialen Berufen sind Intervision und Supervision Voraussetzungen einer verantwortlich durchgeführten psychosozialen Berufstätigkeit (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020). Supervision beschreibt dabei eine Form der beruflichen Beratung in Zusammenarbeit mit einer*inem Supervisor*in und hat zum Ziel, berufliche Handlungsmöglichkeiten zu verbessern und diese zu reflektieren. In der Ausbildung zur*zum klinischen Psycholog*in sind Supervisionseinheiten sogar Pflicht. Kollegiale Intervision ist ein professioneller und lösungsorientierter Austausch, der auf Gleichrangigkeit und gegenseitiger Unterstützung basiert (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020). Vor allem Supervision scheint ein protektiver Faktor gegenüber Stress, CF, BO und STS zu sein und gleichzeitig CS, Selbsthilfe und Resilienz zu steigern (Fye et al., 2021; Thompson et al., 2014; Turgoose & Maddox, 2017). O'Connor et al. (2018) zeigten in einer systematischen Review auf, dass mangelhafte oder

fehlende Supervision deutlich mit einem erhöhten BO-Risiko assoziiert war, und hoben ebenfalls eine protektive Wirkung von Supervision hervor. Intervision und Supervision sind wichtige Tools, um herausfordernde und belastende Interaktionen mit Klient*innen zu verarbeiten und können auch als präventives Werkzeug dienen, um diejenigen zu identifizieren, die Schwierigkeiten haben (O'Connor et al., 2018; Padmanabhanunni, 2020). Trotz der Wichtigkeit von Intervision und Supervision sind keine Angaben zur Inanspruchnahme dieser bei ausgebildeten klinischen Psycholog*innen in Österreich möglich.

3.6. Individuelle Faktoren

Es gibt eine Reihe von Variablen, die als begünstigende Faktoren für BO, STS und CF in der Literatur vielfach besprochen werden, wie verschiedene Persönlichkeitsfaktoren und Coping-Stile, aber auch Variablen wie eigene Kinder, Weiterbildungen, kritische Lebensereignisse oder eigene traumatische Erfahrungen (vgl. Allwood et al., 2022; Bearse et al., 2013; Craig & Sprang, 2010; Figley, 1995, 2002; Maslach & Leiter, 2016). Diese Arbeit beschäftigt sich jedoch hauptsächlich mit arbeitsbezogenen Variablen, der zusätzliche Einbezug individueller Faktoren würde den Umfang dieser Arbeit übersteigen.

4. Achtsamkeit

In einem ersten Teil erfolgt eine Definition von Achtsamkeit. Folgend wird Achtsamkeit in Zusammenhang mit der professionellen Lebensqualität, Stress und Arbeitsbelastung beleuchtet. Es folgt die Betrachtung von Achtsamkeit als Präventionsinstrument bei Psycholog*innen.

4.1. Definition von Achtsamkeit

In den letzten Jahren rückte das Konzept der Achtsamkeit mehr in den Fokus, sei es populärwissenschaftlich oder als Mittel zur Stressbewältigung. Ursprünglich stammt das Konzept der Achtsamkeit aus dem buddhistischen Raum, wird in der psychologischen Forschung heutzutage jedoch weitgehend losgelöst von ihrer ursprünglichen buddhistischen Philosophie betrachtet (Sauer, Strobl, Walach, & Kohls, 2013). Achtsamkeit ist eine Form der Aufmerksamkeit, die auf den gegenwärtigen Moment gerichtet ist und dabei nicht wertend, sondern annehmend erscheint (Kabat-Zinn, 2003). Dies umfasst eine absichtsvolle, bewusste Lenkung der Aufmerksamkeit auf das Hier und Jetzt. Gedanken und Gefühle werden dabei angenommen, jedoch nicht bewertet (Buchheld & Walach, 2002; Kabat-Zinn, 2003). Achtsamkeit kann beispielsweise durch Übungen und Meditation trainiert und gesteigert

werden (Kabat-Zinn, 2003). Achtsamkeit ist somit veränderlich und auch bei Menschen von Natur aus unterschiedlich ausgeprägt. In der Literatur gibt es die Betrachtung von Achtsamkeit als Zustand (state) und als überdauernde Eigenschaft (trait), die auch als dispositionelle Achtsamkeit bezeichnet wird (Kabat-Zinn, 2003; Sauer et al., 2013). Dispositionelle Achtsamkeit, also eine generell annehmende, nicht wertende Haltung, scheint nicht nur förderlich für die meisten Menschen im Alltag, Achtsamkeit fand auch den Weg in eine Reihe von Meditations- und psychopädagogischen Übungen, um mit grundlegenden Themen, wie beispielsweise Stress und Schmerzen, umzugehen (Conversano et al., 2020). Solche Übungen werden präventiv immer mehr in den Arbeitsalltag von Firmen und Institutionen integriert. Achtsamkeit kann die Motivation erhöhen, die Lebenszufriedenheit steigern und besonders im arbeitsbezogenen Kontext Arbeitszufriedenheit, Aufgabenleistung und die Konzentrationsfähigkeit verbessern (Dane, 2010; Hülshager, Alberts, Feinholdt, & Lang, 2013). Achtsamkeitszentrierte Interventionen können weiters wirksame Behandlungsansätze bei psychischen Störungen darstellen. Die bekanntesten Interventionen sind dabei die Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) zur generellen Stressreduktion, jedoch auch wirksam bei BO und CF (Kabat-Zinn, 2003; Kriakous et al., 2021), die Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) zur Behandlung von Depressionen (Teasdale et al., 2000), die Acceptance and Commitment Therapy (ACT) bei Ängsten, Angststörungen, Zwangsstörungen, Essstörungen und chronischen Schmerzen (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011) und die Dialektisch-Behaviorale Verhaltenstherapie (DBV) bei verschiedenen affektiven Störungen, aber auch zur Behandlung von Suizidalität, Selbstverletzung und Sucht (Linehan, 1993).

4.2. Achtsamkeit im Zusammenhang mit professioneller Lebensqualität, Stress und Arbeitsbelastung

Psycholog*innen werden in ihrem Beruf unausweichlich mit traumatischen Ereignissen konfrontiert. Brown et al. (2017) beschreiben Trauma und CF bei Psycholog*innen als endemisch und eine Elimination derer als unwahrscheinlich. Die Forschung hat dementsprechend in den letzten Jahren den Blick auf verschiedene Schutz- und Präventivfaktoren gerichtet, wie CS, Self-care oder Achtsamkeit, um Trauma und CF zumindest verringern zu können (Brown et al., 2017; Rupert & Dorociak, 2019; Thompson et al., 2014). Ergebnisse aus der Forschung legen nahe, dass ein hohes Maß an CF mit geringerer Achtsamkeit einhergeht und eine grundlegende Achtsamkeit so bei der Linderung von CF hilfreich sein kann (Brown et al., 2017; Conversano et al., 2020; Samios, 2018). Conversano et al. (2020) und Kriakous et al. (2021) fanden in systematischen Reviews, dass MBSR-

Interventionen bei Gesundheitspersonal wirksam waren, Achtsamkeit steigern und gleichzeitig BO, CF, Depressionen, Angstzustände und Stress verringern konnten. Eine Studie von Yip et al. (2017) konnte zudem zeigen, dass Achtsamkeit als wichtiges präventives Tool gegenüber Burnout und STS wirken kann sowie eine puffernde Rolle bei erhöhtem wahrgenommenem Stress und Arbeitsbelastung einnimmt, was von verschiedenen Studien ebenso nachgewiesen werden konnte (Hülshager et al., 2013; Kriakous et al., 2021; Martin-Cuellar et al., 2018; Samios, 2018). Achtsamkeit stellt auch einen förderlichen Faktor für CS dar und ist generell mit einem besseren Wohlbefinden assoziiert, was ebenfalls von mehreren Studien untermauert werden konnte (Kriakous et al., 2021; Martin-Cuellar et al., 2018).

4.3. Achtsamkeit als Präventionsinstrument bei Psycholog*innen

Ergebnisse der Forschung legen nahe, dass Achtsamkeit einen positiven Perspektivwechsel bewirken und somit die Fähigkeit verstärken kann, eigene Lebenserfahrungen objektiver zu betrachten (Kriakous et al., 2021). Studienergebnisse unterstützen die generelle Einbeziehung von achtsamkeitsbasierten Strategien nicht nur in der Prävention und Intervention von CF, STS, BO und Stress, sondern auch als Instrument zur Steigerung des Wohlbefindens und CS bei Psycholog*innen (Samios, 2018; Yip et al., 2017). Achtsamkeit kann gerade Psycholog*innen darin unterstützen, Abstand und Raum gegenüber den Problemen und Traumata ihrer Klient*innen zu gewinnen und Stress und Arbeitsbelastung im Beruf besser zu begegnen. CF, BO und STS sind nicht nur fatal für die Psycholog*innen selbst, sondern in Folge auch für die Klient*innen. Um eine bessere Betreuung im Gesundheitswesen ausbauen zu können, muss man auch auf diejenigen schauen, die Hilfe anbieten und sich selbst dabei vergessen können.

II Empirischer Teil

5. Zielsetzung der Studie

Ziel dieser Untersuchung war es, einen aktuellen Beitrag zu bereits vorhandener Forschung bezüglich der professionellen Lebensqualität bei Psycholog*innen zu leisten. Verschiedene Ergebnisse der Forschung legen eine große Stichprobenabhängigkeit bei der professionellen Lebensqualität nahe sowie bei den entsprechenden Risiko-, Schutzfaktoren und demographischen Variablen (McGrath et al., 2022; Rupert & Morgan, 2005, Samios, 2018; Singh et al., 2020). Daraus entsteht die Wichtigkeit, stichprobenabhängig nicht nur die professionelle Lebensqualität zu überprüfen, sondern auch diejenigen Kontext- und Bestimmungsvariablen herauszuarbeiten, die CF, BO und STS begünstigen, wie auch eventuelle Schutzfaktoren. Diese Untersuchung bezog sich folglich ausschließlich auf klinische Psycholog*innen in Österreich. Einzigartig ist hierbei die Aufteilung des Berufs der*des klinischen Psycholog*in in Österreich (AMS Österreich, 2022a), die es ermöglicht, einen Einblick darin zu erlangen, ob es eventuelle Unterschiede bezüglich CF und CS bei klinischen Psycholog*innen in Österreich gibt, die rein diagnostisch, rein behandelnd/beratend/therapeutisch oder beidseitig tätig sind. Dies leistet einen ersten Beitrag zur Forschung bezüglich der professionellen Lebensqualität in dieser spezifischen Stichprobe. Des Weiteren sollte erforscht werden, ob bei erhöhtem Stress und erhöhter wahrgenommener Arbeitsbelastung Achtsamkeit als protektiver Faktor gegenüber BO bzw. STS bedeutsam bzw. förderlich für CS ist. Dies soll Aufschluss darüber geben, ob Achtsamkeit in Zukunft als Instrument zur Prävention von BO und STS auch bei klinischen Psycholog*innen in Österreich hilfreich sein kann.

6. Methodik

In diesem Kapitel werden Studiendesign, Untersuchungsdurchführung, Stichprobe, Untersuchungsinstrumente, Fragestellungen sowie die dazugehörigen Hypothesen und die verwendeten statistischen Verfahren näher beschrieben.

6.1. Studiendesign

Diese Online-Studie stellte eine querschnittliche, quasi-experimentelle Untersuchung dar, die aus mehreren Fragebögen bestand. Die Erhebung der Daten fand von Januar bis März 2023 statt. Die Beantwortung der Fragebogenbatterie dauerte ca. fünf bis zehn Minuten. Anfangs wurden die Teilnehmer*innen über das Ziel der Studie aufgeklärt sowie Anonymität

zugesichert. Daraufhin wurden die soziodemographischen Daten der Studienteilnehmer*innen erhoben. Es wurde die österreichische Übersetzung der *Professional Quality of Life Scale* (PRoQOL; Kipf, 2019), die deutsche Version des *Perceived Stress Questionnaire* zur Erfassung subjektiv erlebten Stress in der Kurzversion (PSQ-20; Fliege, Rose, Arck, Levenstein, & Klapp, 2001) und der *Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit* (FFA; Buchheld & Walach, 2002) vorgegeben. Die Instrumente werden in Kapitel 6.4 ausführlich beschrieben.

6.2. Untersuchungsdurchführung

Der Fragebogen wurde mittels SoSci Survey (Leiner, 2019) erstellt. Teilnehmer*innen wurden durch Flyer bzw. online durch einen Link rekrutiert. Der Link wurde in bestehende Online-Gruppen gestellt, mit der Bitte, den Link an bekannte klinische Psycholog*innen weiterzuleiten. Es wurde der Berufsverband Österreichischer Psycholog*innen kontaktiert, und die Studie wurde auf deren Website veröffentlicht. Weiters wurden gezielt Psycholog*innen angeschrieben, die als klinische Psycholog*innen in der Liste des Bundesministeriums (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023) eingetragen waren. Zudem wurden verschiedene Krankenhäuser und Einrichtungen angeschrieben, mit der Bitte um Weiterleitung an die klinischen Psycholog*innen des Hauses.

6.3. Stichprobenbeschreibung

Die Studie richtete sich an klinische Psycholog*innen in Österreich. Dabei musste es sich um eine*n in die Liste des Bundesministeriums eingetragene*n klinische*n Psycholog*in handeln. Andere Qualifikationen beziehungsweise andere Eintragungen waren keine Ausschlusskriterien, jedoch musste hauptsächlich eine Tätigkeit als klinischer* Psycholog*in ausgeführt werden. Der*die klinische Psycholog*in musste dabei in Österreich tätig sein und hauptsächlich eine klinische Population betreuen. An der Studie nahmen schließlich 332 Personen teil. Das Ziel von mindestens 269 Teilnehmer*innen wurde somit übertroffen.

6.4. Untersuchungsinstrumente

Im Folgenden werden die Messinstrumente zur Erfassung der soziodemographischen Daten, der professionellen Lebensqualität, des wahrgenommenen Stresses sowie der Achtsamkeit näher beschrieben.

6.4.1. Fragebogen zu soziodemographischen Daten

Der Fragebogen zur Erfassung soziodemographischer Daten wurde selbst erstellt und umfasste 18 Fragen. Vorab wurde durch vier Filterfragen geklärt, ob die Studienteilnehmer*innen als klinische Psycholog*innen in die Liste des österreichischen Bundesministeriums (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023) eingetragen, derzeit als klinische* Psycholog*in und zudem in Österreich tätig sind und ob sie hauptsächlich eine klinische Population betreuen. Es wurde daraufhin Alter, Geschlecht und Familienstand, Beschäftigungsstatus, Arbeitssetting, Arbeitsstunden, Anzahl Klient*innenkontakt pro Woche, Supervisions- und Interventionsstunden (pro Quartal), Berufserfahrung insgesamt, und ob eher Kinder/Jugendliche oder Erwachsene betreut werden, erfasst. Es wurde ermittelt, ob die Arbeitstätigkeit vorwiegend (2/3 der Tätigkeit) rein behandelnd/beratend/therapeutisch, rein diagnostizierend oder sowohl als auch ausgeübt wird. Am Ende sollte angegeben werden, wie sehr die Arbeitssituation als belastend empfunden wird (Gar nicht bis Sehr).

6.4.2. Professional Quality of Life Scale (PROQOL): Compassion Satisfaction and Fatigue/ Skala zur Erfassung der beruflichen Lebensqualität – Mitgefühlzufriedenheit und Mitgefühlsmüdigkeit

Der Fragebogen zur Professional Quality of Life dient als Instrument zur Erfassung der beruflichen (professionellen) Lebensqualität (Stamm, 2010). Ursprünglich von Stamm (2005) entwickelt, wurde hier die österreichische Übersetzung der Professional Quality of Life Scale von Kipf (2019) verwendet. Die PROQOL dient dabei als Screening-Instrument und nicht als diagnostisches Verfahren (Stamm, 2010). Es handelt es sich um einen Selbstbeurteilungsbogen, der aus 30 Items besteht, die auf einer fünfstufigen Likertskala beantwortet werden (1 = Nie; 5 = Sehr oft). Die Fragen beziehen sich auf die aktuelle Arbeitssituation und auf den Zeitraum der letzten vier Wochen (Kipf, 2019). Es werden sowohl negative als auch positive Aspekte der beruflichen Lebensqualität bei helfenden Professionen erfasst (Stamm, 2010). Die professionelle Lebensqualität setzt sich aus drei Subskalen zusammen, die mit jeweils zehn Items erfragt werden. Die Subskala der Compassion Satisfaction (CS) steht der Skala Compassion Fatigue (CF) gegenüber, die wiederum die getrennten Skalen Burnout (BO) und sekundäre Traumatisierung (STS) in sich vereint. Hohe Werte auf der CS-Skala lassen auf eine hohe arbeitsbezogene Lebensqualität schließen. Hohe Werte auf der BO-Skala indizieren ein erhöhtes Burnout-Risiko und lassen auf vermehrte Erschöpfung und Gefühle der

Überforderung schließen. Die Skala der STS misst eine arbeitsbezogene sekundäre Exposition gegenüber extremen oder traumatischen Ereignissen durch die Arbeit mit Menschen, die diese Ereignisse erlebt haben. Höhere Werte in dieser Skala deuten auf ein höheres Risiko hin, sekundäre Traumatisierung zu erleben (Stamm, 2010). Beispielitems der einzelnen Skalen können Tabelle 1 entnommen werden. Bei der PROQOL gibt es keinen Gesamtwert, so werden jeweils die drei Skalen separat betrachtet und die jeweiligen Summenwerte berechnet. Der Wertebereich bei den Summenscores der Subskalen rangiert von 10 bis 50, die genaue Einteilung der Wertebereiche kann Tabelle 2 entnommen werden. Die drei Subskalen weisen in der österreichischen Übersetzung der PROQOL unterschiedlich gute interne Konsistenzen auf (Kipf, 2019). So zeigt sich Cronbachs-Alpha bei CS ($\alpha = .85$) im guten Bereich, während die interne Konsistenz bei BO ($\alpha = .68$) und STS ($\alpha = .63$) als zweifelhaft einzustufen ist (Kipf, 2019). In dieser Arbeit wurden dementsprechend die internen Konsistenzen der PROQOL genauer in Kapitel 7.2. überprüft. Generell besticht die PROQOL in der einfachen Handhabung und Auswertung als ökonomisches Instrument sowie durch die explizite Anpassung des Fragebogens an helfende Berufe (Kipf, 2019; Stamm, 2010).

Tabelle 1. *Skalenbezeichnung und Beispielitems der österreichischen Übersetzung der PROQOL*

Skalenbezeichnung	Beispielitem
Compassion Satisfaction	„Nach der Arbeit mit Menschen, denen ich helfe, fühle ich mich belebt oder gestärkt.“
Burnout	„Ich fühle mich durch mein hohes Arbeitspensum überlastet.“
Sekundäre Traumatisierung	„Ich habe wegen meiner Arbeit plötzlich auftretende, beängstigende Gedanken.“

Tabelle 2. *Einteilung der Wertebereiche der Skalen der PROQOL*

Summenscore	Level der jeweiligen Skala
22 oder weniger	niedrig
Zwischen 23 und 41	durchschnittlich
42 oder mehr	hoch

6.4.3. Perceived Stress Questionnaire (PSQ-20) – Fragebogen zur Erfassung subjektiv erlebten Stress in der Kurzversion

Das Perceived Stress Questionnaire dient als generisches Instrument zur Erfassung der aktuellen subjektiven Belastung (Levenstein et al., 1993). Ursprünglich im anglo-amerikanischen Raum von Levenstein et al. (1993) konzipiert, kam hier die deutsche Übersetzung und faktorenanalytische Restrukturierung des Originals von Fliege et al. (2001) zum Einsatz. Der Selbstbeurteilungsbogen konzentriert sich auf die subjektive Wahrnehmung und Bewertung von Stress und die aktuelle Belastung der letzten vier Wochen (Fliege et al., 2001). Die Originalversion von Levenstein et al. (1993) besteht aus 30 Items, die zu sieben Skalen zusammengefasst wurden. Die deutsche Version von Fliege et al. (2001) besteht aus 20 Items und insgesamt vier Skalen. Die vier Skalen der deutschen Version wurden in die Skalen Sorge, Anspannung, Freude und Anforderungen eingeteilt und bestehen aus jeweils fünf Items. Die ersten drei Skalen bilden die interne Stressreaktion des Individuums ab (Fliege et al., 2001). Die Subskala Sorge umfasst das Belastungserleben in Form von generellen Sorgen, Zukunftsängsten und Frustrationsgefühlen. Anspannung vereint Erschöpfung, Unausgeglichenheit und das Fehlen körperlicher Entspannung. Die Subskala Freude ist gekennzeichnet durch Zufriedenheit und Frohsinn. Die vierte Skala Anforderungen fokussiert auf die Wahrnehmung externer Stressoren wie Zeitmangel, Termindruck und Aufgabenbelastung (Fliege et al., 2001). Der Fragebogen weist ein vierstufiges Antwortformat auf (1 = fast nie; 4 = meistens). Die Items sind dabei sowohl positiv als auch negativ formuliert. Ein Beispielitem lautet (Item 20): „Sie fühlen sich unter Termindruck“. In dieser Arbeit war der Gesamtwert relevant. Der Gesamtwert umfasst einen Wertebereich von 20 bis 80, wobei höhere Werte ein höheres subjektives Stresserleben aufzeigen. Der Fragebogen ist aufgrund der einfachen Handhabung und Auswertung ökonomisch und kann zudem gut zwischen klinischen und nicht-klinischen Stichproben unterscheiden (Fliege et. al., 2001). In einer Reliabilitätsanalyse der gekürzten deutschsprachigen Version durch Fliege et al. (2001) konnte ein guter Cronbachs-Alpha-Wert von $\alpha = .85$ für den Gesamtscore berechnet werden. Für die einzelnen Skalen wurden ebenso gute Cronbachs-Alpha-Werte erreicht (Skala Sorgen $\alpha = .86$; Skala Anspannung $\alpha = .84$; Skala Freude $\alpha = .85$; Skala Anforderungen $\alpha = .80$). In dieser Arbeit wurde eine gute interne Konsistenz der Gesamtskala von $\alpha = .88$ erreicht. Die Bearbeitungszeit beträgt durchschnittlich rund fünf Minuten (Fliege et al., 2005).

6.4.4. Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA-14) – Kurzversion

Der Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit ist ein deutschsprachig konzipiertes Instrument zur Erfassung von Achtsamkeit und wurde von Buchheld und Walach entwickelt (Buchheld & Walach, 2002). In dem Selbstbeurteilungsfragebogen wird Achtsamkeit als wachsame, beobachtende Aufmerksamkeit abgebildet, die mit einer offenen, dabei nicht wertenden Haltung im Zusammenhang steht (Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, & Schmidt, 2006). Achtsamkeit wird hier als Eigenschaft betrachtet und ist dementsprechend ein offenes, sich veränderbares Konzept (Buchheld, 2000). Der ursprünglich konstruierte Fragebogen umfasst 30 Items (Buchheld, 2000; Buchheld & Walach, 2002). In dieser Studie kam die Kurzversion mit 14 Items zur Anwendung (Walach et al., 2006). Die Kurzversion besteht aus 14 vierstufigen Items und bezieht sich auf die letzten vier Wochen. Die Items werden anhand einer vierstufigen Likertskala beantwortet (1 = fast nie; 4 = fast immer). Die Items sind dabei sowohl negativ als auch positiv formuliert. Ein Beispielitem (Item 3) lautet: „Wenn ich merke, dass ich abwesend war, kehre ich sanft zur Erfahrung des Augenblicks zurück“. Die Items laden gemeinsam auf dem Generalfaktor Achtsamkeit, der sich aus dem Summenwert der Items zusammensetzt. Der Summenwert kann dabei Werte von 14 bis 56 annehmen. Bei der Auswertung ist zu beachten, dass Item 13: „Ich bin ungeduldig mit mir und meinen Mitmenschen“ umgepolt werden muss (CHS Institut, 2004). Höhere Werte im Summenscore weisen auf eine stärker ausgeprägte Achtsamkeit hin, wobei niedrigere Werte das Gegenteil indizieren. Die Kurzform des FFA ist sowohl für klinische als auch für nicht-klinische Stichproben geeignet. Neben der breiten Anwendungsmöglichkeit stellt der FFA aufgrund der kostenlosen Verfügbarkeit ein viel verwendetes Instrument dar (CHS Institut, o.J.). Weiters wurde die Kurzversion des FFA bereits in acht Sprachen übersetzt (CHS Institut, o.J.). Die gute Abgrenzung von Menschen mit und ohne Meditationserfahrung sowie die einfache Auswertung tragen wohl ebenso zur vielseitigen Anwendung des Fragebogens bei (CHS Institut, o.J.). Die interne Konsistenz des FFA ist mit einem Cronbachs-Alpha-Wert $\alpha = .86$ als gut zu bewerten (Walach et al., 2006). In dieser Stichprobe wurde eine gute interne Konsistenz von $\alpha = .89$ erreicht. Die Bearbeitungszeit dauert ca. drei Minuten (CHS Institut, o.J.).

6.5. Fragestellungen und Hypothesen

Mit dieser Arbeit wurde die professionelle Lebensqualität von klinischen Psycholog*innen in Österreich erforscht. Weiters wurde untersucht, ob es Unterschiede zwischen verschiedenen Tätigkeitsbereichen von klinischen Psycholog*innen bezüglich der professionellen

Lebensqualität, Stress, Arbeitsbelastung und Achtsamkeit gibt. Zudem sollte erforscht werden, ob Achtsamkeit als protektiver bzw. förderlicher Faktor bei Stress und Arbeitsbelastung identifiziert werden kann und ob Schutz- und Risikofaktoren der professionellen Lebensqualität bei klinischen Psycholog*innen ermittelt werden können.

6.5.1. Unterschiedshypothesen zu professioneller Lebensqualität, Stress, Belastung und Achtsamkeit nach soziodemographischen und Kontextvariablen.

Fragestellung 1. Wie unterscheiden sich klinische Psycholog*innen in Österreich in ihren Werten für die professionelle Lebensqualität, Stress und Achtsamkeit nach soziodemographischen und Kontextvariablen?

H₁ (1.1a): Klinische Psycholog*innen mit unterschiedlicher Berufserfahrung unterscheiden sich hinsichtlich der Skala Burnout (PRoQOL-BO).

H₀ (1.1a): Klinische Psycholog*innen mit unterschiedlicher Berufserfahrung unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Skala Burnout (PRoQOL-BO).

Analog zu H₀ bzw. H₁ (1.1a) sind die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (1.1b) bis (1.4) für die abhängigen Variablen Skala sekundäre Traumatisierung (PRoQOL-STs), Skala Compassion Satisfaction (PRoQOL-CS), wahrgenommener Stress (PSQ-20), Achtsamkeit (FFA-14) und wahrgenommene Arbeitsbelastung formuliert. Zudem sind analog die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (1.5) bis (1.8) für die unabhängige Variable Geschlecht bzw. H₀ bzw. H₁ (1.9) bis (1.12) für die unabhängige Variable des Arbeitssettings formuliert für die abhängigen Variablen Compassion Satisfaction (PRoQOL-CS), wahrgenommener Stress (PSQ-20), Achtsamkeit (FFA-14) und wahrgenommene Arbeitsbelastung.

Arbeitssetting vs. Geschlecht:

Zeigen sich Arbeitssetting-Unterschiede bei Burnout und sekundärer Traumatisierung abhängig vom Geschlecht?

Haupteffekt Geschlecht:

H₁ (1.13a): Weibliche und männliche klinische Psycholog*innen in Österreich unterscheiden sich hinsichtlich der Skala Burnout (PRoQOL-BO).

H₀ (1.13a): Weibliche und männliche klinische Psycholog*innen in Österreich unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Skala Burnout (PRoQOL-BO).

Haupteffekt Arbeitssetting:

H₁ (1.13b): In verschiedenen Settings tätige (Praxissetting/Klinik- bzw. Institutionssetting) klinische Psycholog*innen in Österreich unterscheiden sich hinsichtlich der Skala Burnout (PRoQOL-BO).

H₀ (1.13b): In verschiedenen Settings tätige (Praxissetting/Klinik- bzw. Institutionssetting) klinische Psycholog*innen in Österreich unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Skala Burnout (PRoQOL-BO).

Wechselwirkung Geschlecht x Arbeitssetting:

H₁ (1.13c): Es gibt eine Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht (männlich, weiblich) und der Tätigkeit in verschiedenen Settings (Praxissetting/Klinik- bzw. Institutionssetting) bezüglich der Skala Burnout (PRoQOL-BO).

H₀ (1.13c): Es gibt keine Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht (männlich, weiblich) und der Tätigkeit in verschiedenen Settings (Praxissetting/Klinik- bzw. Institutionssetting) bezüglich der Skala Burnout (PRoQOL-BO).

Analog zu H₀ bzw. H₁ (1.13a) bis (1.13c) sind die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (1.14a) bis (1.14c) für die abhängige Variable sekundäre Traumatisierung (PRoQOL-STs) formuliert.

6.5.2. Unterschiedshypothesen nach Tätigkeitsbereich bezüglich soziodemographischer und Kontextvariablen.

Fragestellung 2. Wie unterscheiden sich klinische Psycholog*innen in Österreich, die rein behandelnd/beratend/therapeutisch, rein diagnostizierend oder beidseitig tätig sind, nach soziodemographischen und Kontextvariablen?

H₁ (2.1a): In verschiedenen Tätigkeitsfeldern (rein behandelnd/beratend/therapeutisch, rein diagnostizierend, beide Tätigkeiten) arbeitende klinische Psycholog*innen in Österreich unterscheiden sich hinsichtlich der Inanspruchnahme von Supervisionsstunden.

H₀ (2.1a): In verschiedenen Tätigkeitsfeldern (rein behandelnd/beratend/therapeutisch, rein diagnostizierend, beide Tätigkeiten) arbeitende klinische Psycholog*innen in Österreich unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Inanspruchnahme von Supervisionsstunden.

Analog zu H₀ bzw. H₁ (2.1a) sind die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (2.1b) bis (2.2) für die abhängigen Variablen Interventionsstunden und Arbeitssetting formuliert.

6.5.3. Unterschiedshypothesen nach Tätigkeitsbereich bezüglich professioneller Lebensqualität, Stress, Arbeitsbelastung und Achtsamkeit.

Fragestellung 3. Wie unterscheiden sich klinische Psycholog*innen in Österreich, die rein behandelnd/beratend/therapeutisch, rein diagnostizierend oder beidseitig tätig sind, in ihren Werten für die professionelle Lebensqualität, Stress, Arbeitsbelastung und Achtsamkeit?

H₁ (3.1a): In verschiedenen Tätigkeitsfeldern (rein behandelnd/beratend/therapeutisch, rein diagnostizierend, beide Tätigkeiten) arbeitende klinische Psycholog*innen in Österreich unterscheiden sich hinsichtlich der Skala Burnout (PRoQOL-BO).

H₀ (3.1a): In verschiedenen Tätigkeitsfeldern (rein behandelnd/beratend/therapeutisch, rein diagnostizierend, beide Tätigkeiten) arbeitende klinische Psycholog*innen in Österreich unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Skala Burnout (PRoQOL-BO).

Analog zu H₀ bzw. H₁ (3.1a) sind die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (3.1b) bis H₁ (3.4) zu sekundärer Traumatisierung (PRoQOL-STS), Compassion Satisfaction (PRoQOL-CS), Stress (PSQ-20), Achtsamkeit (FFA-14) und wahrgenommener Arbeitsbelastung formuliert.

6.5.4. Haupteffekt- und Wechselwirkungshypothesen zu erhöhtem Stress bzw. Arbeitsbelastung hinsichtlich professioneller Lebensqualität und Achtsamkeit

Fragestellung 4. Wie unterscheiden sich klinische Psycholog*innen in Österreich, die über erhöhten Stress bzw. Arbeitsbelastung berichten, im Vergleich zu klinischen Psycholog*innen in Österreich, die nicht über erhöhten Stress bzw. Arbeitsbelastung berichten, hinsichtlich der professionellen Lebensqualität und Achtsamkeit?

Haupteffekt Stress:

H₁ (4.1a): Klinische Psycholog*innen in Österreich, die über erhöhten Stress berichten, unterscheiden sich im Vergleich mit klinischen Psycholog*innen in Österreich, die nicht über erhöhten Stress berichten, in der Skala Burnout (PRoQOL-BO).

H₀ (4.1a): Klinische Psycholog*innen in Österreich, die über erhöhten Stress berichten, unterscheiden sich nicht im Vergleich mit klinischen Psycholog*innen in Österreich, die nicht über erhöhten Stress berichten, in der Skala Burnout (PRoQOL-BO).

Haupteffekt Arbeitsbelastung:

H₁ (4.1b): Klinische Psycholog*innen in Österreich, die eine höhere wahrgenommene Arbeitsbelastung angeben, unterscheiden sich im Vergleich mit klinischen Psycholog*innen in Österreich, die keine höhere wahrgenommene Arbeitsbelastung angeben, in der Skala Burnout (PRoQOL-BO).

H₀ (4.1b): Klinische Psycholog*innen in Österreich, die eine höhere wahrgenommene Arbeitsbelastung angeben, unterscheiden sich nicht im Vergleich mit klinischen Psycholog*innen in Österreich, die keine höhere wahrgenommene Arbeitsbelastung angeben, in der Skala Burnout (PRoQOL-BO).

Wechselwirkung Stress x Arbeitsbelastung:

H₁ (4.1c): Es gibt eine Wechselwirkung zwischen dem wahrgenommenen Stress und wahrgenommener Arbeitsbelastung bezüglich der Skala Burnout (PRoQOL-BO).

H₀ (4.1c): Es gibt keine Wechselwirkung zwischen dem wahrgenommenen Stress und wahrgenommener Arbeitsbelastung bezüglich der Skala Burnout (PRoQOL-BO).

Analog zu H₀ bzw. H₁ (4.1a) bis (4.1c) sind die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (4.2a) bis (4.4c) für die abhängigen Variablen sekundäre Traumatisierung (PRoQOL-STS), Compassion Satisfaction (PRoQOL-CS) und Achtsamkeit (FFA-14) formuliert.

6.5.5. Unterschiedshypothesen bei vermehrter Achtsamkeit bezüglich professioneller Lebensqualität, Stress und Arbeitsbelastung.

Fragestellung 5. Wie unterscheiden sich klinische Psycholog*innen in Österreich, die über höhere Werte in Achtsamkeit berichten, im Vergleich zu klinischen Psycholog*innen in Österreich, die nicht über höhere Werte in Achtsamkeit berichten, bezüglich professioneller Lebensqualität, wahrgenommenen Stress und wahrgenommener Arbeitsbelastung?

H₁ (5.1a): Klinische Psycholog*innen in Österreich, die über höhere Werte in Achtsamkeit berichten, unterscheiden sich im Vergleich zu klinischen Psycholog*innen in Österreich, die nicht über höhere Werte in Achtsamkeit berichten, in der Skala Burnout (PRoQOL-BO).

H₀ (5.1a): Klinische Psycholog*innen in Österreich, die über höhere Werte in Achtsamkeit berichten, unterscheiden sich nicht im Vergleich zu klinischen Psycholog*innen in Österreich, die nicht über höhere Werte in Achtsamkeit berichten, in der Skala Burnout (PRoQOL-BO).

Analog zu H_0 bzw. H_1 (5.1a) sind die Hypothesen H_0 bzw. H_1 (5.1b) bis (5.3) für die abhängigen Variablen Skala sekundäre Traumatisierung (PRoQOL-STS), Skala Compassion Satisfaction (PRoQOL-CS), wahrgenommener Stress (PSQ-20) und wahrgenommene Arbeitsbelastung formuliert.

6.5.6. Moderationshypothesen zu Achtsamkeit und professioneller Lebensqualität

Fragestellung 6. Zeigt sich Achtsamkeit als protektiver Faktor in Assoziation von Stress bzw. wahrgenommener Arbeitsbelastung gegenüber Burnout bzw. sekundärer Traumatisierung laut PRoQOL bzw. als förderlicher Faktor bei Stress und Arbeitsbelastung für Compassion Satisfaction laut PRoQOL?

H₁ (6.1a): Achtsamkeit (FFA-14) hat einen moderierenden Effekt auf den Zusammenhang von Stress (PSQ-20) und Burnout (PRoQOL-BO).

H₀ (6.1a): Achtsamkeit (FFA-14) hat keinen moderierenden Effekt auf den Zusammenhang von Stress (PSQ-20) und Burnout (PRoQOL-BO).

Analog zu H_0 bzw. H_1 (6.1a) sind die Hypothesen H_0 bzw. H_1 (6.1b) bis (6.1c) zu der abhängigen Variable Skala sekundäre Traumatisierung (PRoQOL-STS) und der Skala Compassion Satisfaction (PRoQOL-CS) formuliert bzw. jeweils zu der unabhängigen Variable wahrgenommene Arbeitsbelastung (H_0 bzw. H_1 (6.2a) bis (6.2c)).

6.5.7. Hypothese zu Schutz- und Risikofaktoren bei klinischen Psycholog*innen

Fragestellung 7. Welche individuellen kontextuellen Risiko- und Schutzfaktoren können für klinische Psycholog*innen in Österreich identifiziert werden?

H₁ (7.1a): Mindestens eine der angeführten Variablen fungiert als Prädiktor von Burnout (PRoQOL-BO).

H₀ (7.1a): Keine der angeführten Variablen fungiert als Prädiktor von Burnout (PRoQOL-BO).

Postulierte Schutzfaktoren sind Supervisions- und Interventionsstunden, Berufserfahrung und Achtsamkeit. Postulierte Risikofaktoren sind wahrgenommener Stress und Arbeitsbelastung, hohe Frequenz an Klient*innenkontakt und höhere Arbeitsstunden.

Analog zu H_0 bzw. H_1 (7.1a) sind die Hypothesen H_0 bzw. H_1 (7.1b) bis (7.1c) zu der abhängigen Variable sekundäre Traumatisierung (PRoQOL-STS) und Compassion Satisfaction (ProQOL-CS) formuliert.

6.6. Angewandte statistische Auswertung

Im Folgenden werden die statistischen Analysen beschrieben, die in dieser Arbeit zur Anwendung kamen.

Die statistische Auswertung wurde mittels der Software IBM SPSS Statistic (Statistical Package for Social Science) Version 29 durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde vorab auf $\alpha = 5\%$ festgelegt, es wurde zweiseitig getestet. Ergebnisse mit einem p-Wert kleiner oder gleich $p = .05$ galten als signifikant. Konfidenzintervalle stellen dabei jenes Vertrauensintervall dar, das in 95% der Fälle den wahren Populationsmittelwert umschließt (Bortz & Schuster, 2010). Laut Bortz und Schuster (2010) kann ab einer Stichprobengröße von $n > 30$ Normalverteilung der Daten angenommen werden. Grundlage ist das zentrale Grenzwerttheorem, das besagt, dass die Stichprobenverteilung der Mittelwerte ab $n > 30$ in Normalverteilung übergeht (Bortz & Schuster, 2010). Es konnte in dieser Arbeit von Normalverteilung der Daten ausgegangen werden.

Mittels Reliabilitätsanalyse wurden für alle verwendeten Instrumente Cronbachs α und zusätzlich für die ProQOL die Trennschärfekoeffizienten berechnet. Cronbachs α ist ein Maß für die interne Konsistenz und bildet dabei die durchschnittliche Korrelation aller Items einer Skala eines Fragebogens ab (Döring & Bortz, 2016). Werte ab .70 sind dabei akzeptabel. Der Trennschärfekoeffizient gibt an, wie gut die Beantwortung eines Items das Gesamtergebnis vorhersagt und dementsprechend, wie treffend ein Item Personen mit hoher und mit niedriger Merkmalsausprägung trennen kann. Trennschärfekoeffizienten haben einen Wertebereich von $-1 \leq r_{it} \leq 1$ und Werte zwischen .30 - .50 gelten als mittelmäßig, Werte ab .50 als hoch. Items mit einer Trennschärfe $< .30$ diskriminieren nicht ausreichend und sollten eliminiert werden (Döring & Bortz, 2016).

Zur Beschreibung von soziodemographischen und Kontextvariablen wurden Häufigkeiten berechnet. Dabei wurde der Chi-Quadrat-Test bei nominalskalierten Daten hinzugezogen, um Verteilungsunterschiede zu prüfen. Metrische Daten wurden mit Mittelwerten und Standardabweichungen beleuchtet. Mittelwertsunterschiede der Unterschiedshypothesen wurden anhand Zweistichproben-t-Tests für unabhängige Stichproben sowie Varianzanalysen überprüft. Bei multiplen Testungen wurde die Bonferroni-Holm-Korrektur verwendet, um einer Alphafehler-Kumulierung entgegenzuwirken (Aickin & Gensler, 1996). Der Zweistichproben-t-Test für unabhängige Stichproben untersucht dabei, ob sich die Mittelwerte zweier Stichproben, bezogen auf eine abhängige Zielvariable, signifikant unterscheiden (Bortz & Schuster, 2010). Voraussetzungen sind, dass Daten als Zufallsstichprobe erhoben wurden und

das untersuchte Merkmal intervallskaliert ist. Zudem soll Normalverteilung der Ausprägungen des Merkmals über die Gruppen und Varianzhomogenität vorliegen, die mit Boxplots, dem Kolmogorov-Smirnov-Test und dem Levene-Test überprüft wurden. Zusätzlich sollten beim Zweistichproben-t-Test die unabhängigen Stichproben ungefähr gleich groß sein. Bei Verletzungen der Voraussetzung wurde auf entsprechende Tests wie den (Welch-)t-Test ausgewichen. Dieser besitzt vor allem bei heterogenen Varianzen eine hohe Power und stellt einen robusten Test dar (Kubinger, Rasch, & Moder, 2009). Bei signifikanten Ergebnissen wurde die Stärke des Effekts gemäß Cohens d angegeben (Cohen, 1988). Eine Effektstärke von $|d| \geq 0.20$ entspricht einem kleinen, $|d| \geq 0.50$ einem mittleren und $|d| \geq 0.80$ einem großen Effekt.

Varianzanalysen (ANOVA) erlauben den simultanen Vergleich von zwei oder mehr Mittelwerten unabhängiger Gruppen oder Stichproben bezüglich einer abhängigen Zielvariable (Bortz & Schuster, 2010). Die einfaktorielle Varianzanalyse untersucht die Auswirkung einer gestuften, unabhängigen Variable auf eine abhängige Variable, die zweifaktorielle Varianzanalyse ist die Erweiterung auf mehr als einen Faktor. Die Voraussetzungen für die einstufige wie auch für die zweistufige ANOVA sind gleich. Es gelten die gleichen Voraussetzungen wie für unabhängige t-Tests, wobei Normalverteilung wieder mittels Boxplots und dem Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft wurde wie auch durch Diagramme. Die Varianzhomogenität wurde mittels des Levene-Tests geprüft. Zusätzlich muss die abhängige Variable metrische Skaleneigenschaften aufweisen und die Stufen der unabhängigen Variablen müssen unabhängig voneinander sein. Die ANOVA stellt grundsätzlich ein robustes Verfahren dar (Bortz & Schuster, 2010). Bei verletzter Varianzhomogenität wurden robuste F-Tests durchgeführt, wie die Korrektur nach Brown-Forsythe. Bei signifikanten Ergebnissen wurde als Effektstärke der Varianzanalyse das partielle Eta-Quadrat (η^2) angegeben. Effekte können nach Cohen (1988) in kleine ($\eta^2 \geq .01$), mittlere ($\eta^2 \geq .06$) oder große ($\eta^2 \geq .14$) Effekte unterteilt werden. Bei signifikanten Ergebnissen wurden entsprechende explorative post-hoc-Untersuchungen durchgeführt, um zu analysieren, welche Gruppen sich voneinander unterscheiden. Bei gegebener Varianzhomogenität und annähernd gleichen Gruppengrößen wurde der Tukey-HSD-Test herangezogen. Bei gegebener Varianzhomogenität, aber unterschiedlicher Gruppengröße wurde Gabriel's paarweiser Vergleichstest durchgeführt, ohne gegebene Varianzhomogenität wurde hauptsächlich der Games-Howell-Test, gegebenenfalls auch der Tamhane-T2 und der Dunnett-C, herangezogen (Field, 2018; IBM Corporation, 2020). Bei Signifikanz der Wechselwirkungen bei zweifaktoriellen Versuchsplänen wurde mittels

Kontrasttests (simple effects analysis) explorativ ermittelt, welche Effekte in den einzelnen Stufen des Faktors vorlagen.

Der Chi-Quadrat-Test wurde angewendet, um zu überprüfen, ob zwei oder mehr Variablen statistisch unabhängig sind (Bortz & Schuster, 2010). Zentral ist die Fragestellung, ob die beobachtete Verteilung eines Merkmals einer erwarteten Verteilung entspricht. Voraussetzungen sind dabei, dass es sich um eine Zufallsstichprobe handelt, die Variablen nominalskaliert sind und die erwarteten Häufigkeiten in jeder Zelle >5 sind (Field, 2018).

Die multiple lineare Regression (MLR) wurde herangezogen, um die Beziehung mehrerer Prädiktorvariablen und einer abhängigen Variable zu analysieren (Bortz & Schuster, 2010; Eid, Gollwitzer, & Schmitt, 2017). Diese Analyse zeigt auf, wie viel Varianz bestimmte eingesetzte Prädiktoren am Outcome erklären können, was im Weiteren Aufschluss darüber gibt, ob und wie gut diese Prädiktoren das Outcome zu einem bestimmten Anteil vorhersagen können (Eid et al., 2017). Voraussetzungen der MLR wurden mittels verschiedener Verfahren geprüft. Die unabhängige Variable muss dabei metrisch oder dichotom sein, die abhängige Variable metrisch, dies aus der Operationalisierung ableitbar. Die Linearität des Zusammenhangs der Variablen und die Varianzhomogenität wurden mittels Streudiagrammen der standardisierten Residuen und vorhergesagten Werten untersucht. Normalverteilung der standardisierten Residuen wurde mittels Ausreißer- und Residuenanalysen geprüft. Dazu wurden unter anderem P-P-Diagramme und Histogramme eingesetzt sowie zur Untersuchung, ob Ausreißer als bedeutsam gelten, die Cook-Distanz, der Mahalanobis-Abstand und der zentrierte Hebelwert berechnet. Die Unabhängigkeit der Residuen folgt aus der theoretischen Herleitung sowie aus dem Konzept des Untersuchungsdesigns. Field (2018) zieht dies der Überprüfung durch den Durbin-Watson-Test vor, der Daten auf serielle Abhängigkeit testet und somit sinnvoll bei Zeitreihenanalysen erscheint, jedoch weniger im Rahmen querschnittlicher Untersuchungen. Zur Überprüfung der Multikollinearität von Prädiktoren wurde der Variance-Inflation-Factor (VIF) und die davon abgeleitete Toleranz hinzugezogen (Field, 2018). Der VIF gibt dabei an, wie stark die Varianz des Koeffizienten eines Prädiktors durch die anderen Prädiktoren erhöht wird. Die Cutoff-Werte betragen bei VIF >10 und folglich bei der Toleranz <0.1 . Standardisierte Regressionskoeffizienten (β) geben den Regressionsgradienten an und beschreiben die Richtung und Stärke des Zusammenhangs eines Prädiktors mit dem Outcome, wodurch sie eine Aussage über die Vorhersageleistung eines Prädiktors treffen. Sie können als Effektgrößen interpretiert werden. $|\beta| \geq .10$ gelten als schwache, $|\beta| \geq .30$ als mittlere und $|\beta| \geq .50$ als starke Effekte (Cohen, 1988). Weiters wurden R^2 und das korrigierte R^2 herangezogen,

um Aussagen über die erklärte Varianz bei mehreren Prädiktoren zu machen. Dabei stellt das korrigierte R^2 ein besserer Schätzer auf Populationsebene dar (Field, 2018).

Für die Berechnung von Moderationsanalysen wurde PROCESS Macro von Hayes (2022a) in der Version 4.3 verwendet. Die Variablen wurden vor der Moderationsanalyse aufgrund theoretischer Überlegungen nicht zentriert. Bei zentrierten Prädiktoren gibt der Intercept den Wert im Outcome bei durchschnittlicher Ausprägung des Prädiktors an (Field, 2018). In dieser Arbeit waren jedoch jeweils die natürlich gegebenen Ausprägungen der Variablen von Interesse. Voraussetzungen für Moderationsanalysen entsprechen laut Hayes (2022b) jenen der multiplen linearen Regression und umfassen dementsprechend Linearität, Normalverteilung der Residuen, Varianzhomogenität und Unabhängigkeit der Beobachtungen. Bei signifikanten Ergebnissen wurden zur Interpretation von Interaktionen simple slopes bzw. significance regions herangezogen.

7. Ergebnisdarstellung

7.1. Stichprobenbeschreibung

In den folgenden Absätzen werden die Verteilungen in der Stichprobe zu Geschlecht und Alter, Familienstand, Arbeitssetting, Arbeitstätigkeit, Beschäftigungsstatus, betreuter Population, Berufserfahrung, Arbeitszeit, Klient*innenkontakt, Inanspruchnahme von Supervision und Intervention sowie wahrgenommene Arbeitsbelastung und Stressbelastung dargestellt. Es wird ein Überblick über die Verteilung der professionellen Lebensqualität und dispositioneller Achtsamkeit in der Stichprobe gegeben.

7.1.1. Rücklaufstatistik

Insgesamt wurden 3637 Emails an klinische Psycholog*innen, Kliniken und Institutionen verfasst. Es begannen 369 Personen mit dem Ausfüllen des Fragebogens, und es beendeten 332 (89.9%) den Fragebogen, was eine Dropout-Rate von 10.1% ergibt. Der Fragebogen wurde so erstellt, dass kein Item ausgelassen werden konnte. Dennoch mussten drei Personen aufgrund unplausibler oder fehlender Werte aus der Analyse ausgeschlossen werden (beispielsweise wurde bei der Variable „Klient*innenkontakt“ ein Wert von 335 Stunden angegeben).

7.1.2. Geschlecht, Alter und Familienstand

Die Stichprobe bestand letztendlich aus 329 klinischen Psycholog*innen. 283 Personen (86.0%) gaben an, weiblichen Geschlechts zu sein, 45 Personen (13.7%) waren männlich, und eine Person (0.3%) gab an, diversen Geschlechts zu sein. Das durchschnittliche Alter lag bei 44.86 Jahren ($SD = 8.72$). Die älteste Person war 75 Jahre alt, die jüngste Person 27 Jahre. Frauen waren durchschnittlich 44.59 ($SD = 8.49$) Jahre alt, Männer durchschnittlich 46.91 Jahre ($SD = 9.72$). Zum Erhebungszeitpunkt gaben 41 Personen (12.5%) an, ledig zu sein, 257 Teilnehmer*innen (78.1%) waren verheiratet oder befanden sich in einer Partnerschaft, und 31 Personen (9.4%) waren geschieden, getrennt oder verwitwet.

7.1.3. Arbeitstätigkeit, Arbeitssetting, Arbeitszeit, Klient*innenkontakt, Beschäftigungsstatus, betreute Population und Berufserfahrung

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Arbeitstätigkeit, Tabelle 4 über das Arbeitssetting. Die Einteilung erfolgt absteigend nach Anzahl der Personen.

Tabelle 3. *Häufigkeiten und Anteilswerte der Arbeitstätigkeit*

Arbeitstätigkeit	Anzahl	%
rein behandelnd/beratend/therapeutisch	155	47.1
sowohl diagnostizierend als auch behandelnd/beratend/therapeutisch	137	41.7
rein diagnostisch	37	11.2
<i>Gesamt</i>	329	100

Tabelle 4. *Häufigkeiten und Anteilswerte des Arbeitssettings*

Arbeitssetting	Anzahl	%
Einzelpraxis	124	37.7
Stationäre Klinik/Ambulante Klinik	118	35.9
Institution	60	18.2
Gruppenpraxis	27	8.2
<i>Gesamt</i>	329	100

Die durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche betrug 34.62 Stunden ($SD = 11.36$). Am wenigsten wurde eine Arbeitszeit von 5 Stunden, am höchsten eine Arbeitszeit von 80 Stunden pro Woche angegeben. Männer ($M = 40.07$, $SD = 13.17$) arbeiteten rund 6.34 Stunden pro Woche mehr als Frauen ($M = 33.73$, $SD = 10.84$). Der durchschnittliche Klient*innenkontakt pro Woche betrug 23.13 Stunden ($SD = 8.48$), davon wurden 5 Stunden als niedrigster und 55 Stunden als höchster Klient*innenkontakt pro Woche angegeben. Es waren 155 Personen (47.1%) Vollzeit, 144 Personen (43.8%) Teilzeit und 3 Personen (0.9%) geringfügig beschäftigt. Weiters gaben 27 Personen (8.2%) an, anderweitig beschäftigt zu sein, davon wurde am meisten eine selbstständige Tätigkeit genannt mit variabler Arbeitszeit oder in Teilverhältnis (teils angestellt, teils selbstständig). Eine Person gab an, in Pension zu sein. 216 der Teilnehmenden (65.7%) gaben an, hauptsächlich Erwachsene zu betreuen, 113 Personen (34.3%) betreuten hauptsächlich Kinder. Durchschnittlich hatten die Teilnehmenden 16.70 Jahre ($SD = 8.38$) Berufserfahrung. Die wenigste Berufserfahrung betrug 1 Jahr, die höchste 48 Jahre.

7.1.4. Supervision, Intervention und Achtsamkeit

Es wurden durchschnittlich 2.85 ($SD = 2.95$) Stunden Supervision und 6.54 ($SD = 7.43$) Stunden Intervention pro Quartal in Anspruch genommen. Von manchen Teilnehmer*innen wurden keine Supervisions- oder Interventionsstunden genutzt, maximal jeweils 25 Supervisionsstunden und 50 Interventionsstunden. Frauen und Männer nahmen ähnlich oft Supervision (Frauen $M = 2.95$, $SD = 2.96$; Männer $M = 2.24$, $SD = 2.85$) und Intervention in Anspruch (Frauen $M = 6.65$, $SD = 7.61$; Männer $M = 5.67$, $SD = 6.23$). Es wurde ein Durchschnittswert von 40.80 Punkten bei Achtsamkeit ($SD = 6.50$, $Median = 41.00$) erreicht, am niedrigsten wurden 17 Punkte, am höchsten 54 Punkte bezüglich Achtsamkeit angegeben.

7.1.5. Wahrgenommene Arbeitsbelastung und wahrgenommener Stress

Die Teilnehmenden gaben auf einer visuellen Analogskala an, sich durch ihre Arbeit durchschnittlich zu 41.47 ($SD = 24.64$, $Median = 37.00$) belastet zu fühlen. Frauen fühlten sich zu 42.17 belastet ($SD = 24.68$), Männer zu 37.64 ($SD = 24.25$). Durchschnittlich wurden 41.69 Punkte bei Stress ($SD = 10.35$, $Median = 40.00$) erreicht. Frauen hatten einen durchschnittlichen Wert von 42.06 Punkten ($SD = 10.32$), Männer erreichten im Durchschnitt 39.56 Punkte ($SD = 10.45$).

7.1.6. Verteilung der professionellen Lebensqualität

In dieser Stichprobe wurden durchschnittlich 23.71 Punkte ($SD = 4.73$, $Min = 11.00$, $Max = 39.00$) bei BO, 18.74 Punkte bei STS ($SD = 4.50$, $Min = 11.00$, $Max = 43.00$) bei STS und 40.50 Punkte bei CS ($SD = 5.30$, $Min = 18.00$, $Max = 50.00$) erreicht. In Kapitel 6.4.2 wurde in Tabelle 2 bereits die Einteilung der Wertebereiche der ProQOL beschrieben. Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Ausprägung der professionellen Lebensqualität in der Gesamtstichprobe.

Tabelle 5. *Ausprägung der professionellen Lebensqualität in der Gesamtstichprobe in Häufigkeiten und Prozente*

Skalenbezeichnung	Level der jeweiligen Skala			Gesamt
	niedrig	durchschnittlich	hoch	
<i>Compassion Satisfaction</i>				
Anzahl	4	184	141	329
Prozent	1.2%	55.9%	42.9%	100%
<i>Burnout</i>				
Anzahl	142	187	0	329
Prozent	43.2%	56.8%	0.0%	100%
<i>Sekundäre Traumatisierung</i>				
Anzahl	284	43	2	329
Prozent	86.3%	13.1%	0.6%	100%

7.2. Reliabilitätsanalyse der ProQOL

Im nachstehenden Absatz erfolgt die Beschreibung der Reliabilitätsanalyse der ProQOL. Diese wurde durchgeführt, da die ProQOL in vorhergehenden Analysen unzureichende Kennwerte bezüglich Reliabilität erreichte (vgl. Kipf, 2019). Wie in Kapitel 6.6. dargestellt, beschreibt Reliabilität die Messgenauigkeit eines Tests oder Fragebogens und stellt ein wichtiges Testgütekriterium dar. Zur Beschreibung der Reliabilität wurde Cronbachs α als Maß für die interne Konsistenz berechnet. Des Weiteren wurde zur Beschreibung der Reliabilität die korrigierte Item-Trennschärfe herangezogen. Die Subskalen der ProQOL erreichten bei der Analyse akzeptable bis gute Werte hinsichtlich der internen Konsistenz. Alle α -Werte sowie Minimum und Maximum der korrigierten Itemtrennschärfe sind Tabelle 6 zu entnehmen. Bezüglich der Trennschärfen zeigen sich weitgehend akzeptable Werte. Jedoch lagen drei Items bei der Skala BO („Die traumatischen Erfahrungen eines Menschen, dem ich helfe, rauben mir

den Schlaf.“, „Ich habe Überzeugungen, die mich unterstützen.“, „Ich bin ein übermäßig empfindsamer Mensch“) und ein Item der Skala STS („Ich bin mit mehr als einem Menschen, dem ich helfe, intensiv beschäftigt“) teils deutlich unter der empfohlenen Trennschärfengrenze von $<.30$. Somit scheinen diese Items nicht ausreichend gut zu diskriminieren, was die Reliabilität der ProQOL einschränken kann.

Tabelle 6. *Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α , Maximum und Minimum der korrigierten Trennschärfen für die Skalen der ProQOL, N=329*

Skalenbezeichnung	Itemanzahl	Cronbachs α	Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
Compassion Satisfaction	10	.881	.478	.707
Burnout	10	.726	-.098	.634
Sekundäre Traumatisierung	10	.773	.143	.601

7.3.Hypothesenprüfungen

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Prüfung der Hypothesen aus Kapitel 6.5 dargestellt.

7.3.1. Unterschiedshypothesen zu professioneller Lebensqualität, Stress, Belastung und Achtsamkeit nach soziodemographischen und Kontextvariablen

Um die Fragestellung *Wie unterscheiden sich klinische Psycholog*innen in Österreich in ihren Werten für die professionelle Lebensqualität, Stress, Belastung und Achtsamkeit nach soziodemographischen und Kontextvariablen?* zu beantworten, wurden verschiedene Testverfahren herangezogen.

Zur Überprüfung der Hypothese zu Berufserfahrung ($MD = 16.69$, $SD = 8.38$, $Median = 15.00$) wurde eine einfaktorielle ANOVA berechnet. Die unabhängige Variable Berufserfahrung wurde zuvor dummmycodiert in „wenig Berufserfahrung“ (1 = 0 bis 12 Jahre), „mittlere Berufserfahrung“ (2 = 13 bis 20 Jahre) und „viel Berufserfahrung“ (3 = 21 bis 48 Jahre) eingeteilt. Als abhängige Variable dienten die Skalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-CS, BO, STS), wahrgenommener Stress (PSQ-20), Achtsamkeit (FFA-14) und wahrgenommene Arbeitsbelastung. Die Voraussetzungen des Testverfahrens, die in Kapitel 6.6. besprochen wurden, wurden überprüft, und Normalverteilung, Varianzhomogenität und Unabhängigkeit konnten angenommen werden. Tabelle 7 gibt einen Überblick über Ergebnisse der ANOVA bezüglich Berufserfahrung. Es zeigten sich signifikante Ergebnisse zwischen den

Gruppen mit unterschiedlicher Berufserfahrung bezüglich den Skalen ProQOL-BO, ProQOL-STS, Stress und Achtsamkeit. Keine Unterschiede konnten bezüglich CS und wahrgenommener Belastung festgestellt werden. Folglich wurden die Alternativhypothesen H_1 (1.1a) und (1.1b) sowie H_1 (1.2) und (1.3) angenommen, die Alternativhypothesen H_1 (1.1c) und (1.4) verworfen. Entsprechende post-hoc-Tests sind in Tabelle 8 dargestellt. Es zeigten sich dabei jeweils signifikante Gruppenunterschiede zwischen Psycholog*innen, die wenig und viel Berufserfahrung haben. Dabei scheinen Psycholog*innen mit wenig Berufserfahrung mehr BO, STS und Stress zu haben und gleichzeitig weniger Achtsamkeit zu erfahren. Es kann dabei von kleinen Effekten ausgegangen werden.

Die Hypothesen zu Geschlecht und Arbeitssetting wurden mittels Zweistichproben-t-Test überprüft. Geschlecht wurde dummycodiert (männlich = 1; weiblich = 2) als unabhängige Variable in die Analyse aufgenommen. Eine Person, die sich als „divers“ beschrieb, musste für diese Berechnung ausgeschlossen werden. Arbeitssetting wurde ebenfalls dummycodiert in „Krankenhaus- bzw. Institutionssetting“ (1 = Krankenhaus/Klinik, 1 = Institution) und „Praxissetting“ (2 = Einzelpraxis, 2 = Gruppenpraxis) als unabhängige Variable eingesetzt. Als abhängige Variablen dienten jeweils CS (ProQOL-CS), wahrgenommener Stress (PSQ-20), Achtsamkeit (FFA-14) sowie die wahrgenommene Arbeitsbelastung. Alle Voraussetzungen der Testverfahren wurden überprüft und konnten angenommen werden. In Tabelle 9 sind jeweils für die unabhängigen Variablen Geschlecht und Arbeitssetting die deskriptivstatistischen Werte und Prüfgrößen dargestellt sowie die Signifikanzbeurteilung. Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern gefunden werden. Männer und Frauen unterschieden sich somit nicht in Bezug auf CS, Stress, Belastung und Achtsamkeit. Die Alternativhypothesen H_1 (1.5) bis (1.8) wurden verworfen und die Nullhypothesen beibehalten. Bezüglich des Arbeitssettings zeigte sich ein signifikanter Wert bei der wahrgenommenen Belastung. Psycholog*innen, die im Klinik-/Institutionssetting tätig sind, schienen sich mehr belastet zu fühlen als diejenigen, die im Praxissetting tätig sind. Die Effektstärke beschreibt einen kleinen Effekt. Dementsprechend konnte hier die Alternativhypothese H_1 (1.12) angenommen werden, bei den Hypothesen H_1 (1.9) bis (1.11) wurden die Nullhypothesen beibehalten.

Die Hypothese zur Untersuchung einer möglichen Wechselwirkung zu Geschlecht und Arbeitssetting wurde mittels einer zweifaktoriellen Varianzanalyse überprüft. Die Einteilung von Arbeitssetting sowie Geschlecht wurde von den vorherigen Hypothesen übernommen. Als abhängige Variablen wurden die Skalen ProQOL-BO und ProQOL-STS hinzugezogen. Um eine Interaktion von Geschlecht und Arbeitssetting zu überprüfen, wurde dann eine Wechselwirkung berechnet. Die Voraussetzungen der Testverfahren waren zufriedenstellend.

Es zeigte sich keine Signifikanz der Wechselwirkung bezüglich der abhängigen Variable ProQOL-BO ($F(1, 325) = 0.401, p = .527$). Daher wurden lediglich die Haupteffekte interpretiert, der Haupteffekt des Geschlechts erwies sich dabei als nicht signifikant ($F(1, 325) = 0.177, p = .674$). Der Haupteffekt des Arbeitssetting war jedoch signifikant ($F(1, 325) = 4.003, p = .046, \eta p^2 = .012$). Dabei zeigten sich etwas höhere Werte bei BO bei der Tätigkeit im Klinik-/Institutionssetting ($M = 24.25, SD = 4.30$) als im Praxissetting ($M = 23.09, SD = 5.15$). Die Effektgröße beschreibt einen kleinen Effekt. Es konnte keine Signifikanz der Wechselwirkung bezüglich der abhängigen Variable ProQOL-STS ($F(1, 325) = 0.097, p = .756$) festgestellt werden. Dadurch wurden wiederum lediglich die Haupteffekte interpretiert. Beide Haupteffekte waren dabei nicht signifikant mit Geschlecht ($F(1, 325) = 1.685, p = .195$) und Arbeitssetting ($F(1, 325) = 1.344, p = .247$). Dementsprechend wurde hier nur die Alternativhypothese H_1 (1.13b) angenommen, bei den restlichen die Nullhypothesen beibehalten.

Tabelle 7. *Deskriptivstatistische Kennwerte und Ergebnisse der ANOVA der Skalen der ProQOL, Stress (PSQ-20), Belastung und Achtsamkeit (FFA-14) bezüglich Berufserfahrung. F-Wert mit Signifikanzwert und Freiheitsgraden, korrigiertem alpha, Effektstärken und Konfidenzintervalle der Effektstärken, N=329*

Skala	F(df)	α^*	p	ηp^2	95% KI	
					Unterer	Oberer
ProQOL-BO	4.504 (2, 325)	.017	.012*	.027	0.001	0.067
ProQOL-STS	4.033 (2, 325)	.025	.019*	.024	0.001	0.062
ProQOL-CS	1.786 (2, 325)	.050	.169		0.000	0.039
Stress	4.534 (2, 325)		.011*	.027	0.001	0.067
Belastung	2.086 (2, 325)		.126		0.000	0.043
Achtsamkeit	6.029 (2, 325)		.003**	.036	0.005	0.080

* $p < .05$. ** $p < .01$. α^* = korrigiertes Alpha.

Tabelle 8. *Post-hoc-Tests (Tukey-HSD) der Skalen ProQOL-BO, ProQOL-STS, wahrgenommener Stress (PSQ-20) und Achtsamkeit (FFA-14) bezüglich klinischer Psycholog*innen, die wenig Berufserfahrung (Wenig)^a, mittlere Berufserfahrung (Mittel)^b und viel Berufserfahrung (Viel)^c haben. Mittelwertsdifferenzen, Standardabweichungen, Signifikanz, Konfidenzintervalle der Mittelwertsdifferenzen*

Skala	Berufserfahrung	M_{Diff}	SD	p	95% KI	
					Unterer	Oberer
ProQOL-BO						
	(Wenig) ^a	0.94	0.62	.286	-5.230	2.405
	(Mittel) ^b					
	(Wenig) ^a	1.91	0.63	.008***	0.412	3.419
	(Viel) ^c					
	(Mittel) ^b	0.97	0.63	.281	-0.532	2.481
	(Viel) ^c					
ProQOL-STS						
	(Wenig) ^a	0.87	0.59	.307	-5.238	2.265
	(Mittel) ^b					
	(Wenig) ^a	1.72	0.60	.013*	0.294	3.158
	(Viel) ^c					
	(Mittel) ^b	0.85	0.60	.341	-0.580	2.290
	(Viel) ^c					
Stress						
	(Wenig) ^a	1.84	1.35	.365	-1.357	5.045
	(Mittel) ^b					
	(Wenig) ^a	4.20	1.39	.008***	0.013	7.488
	(Viel) ^c					
	(Mittel) ^b	2.35	1.39	.213	-0.937	5.651
	(Viel) ^c					
Achtsamkeit						
	(Wenig) ^a	-1.65	0.84	.126	-3.657	0.342
	(Mittel) ^b					
	(Wenig) ^a	-3.01	0.87	.002***	-5.068	-0.962
	(Viel) ^c					
	(Mittel) ^b	-1.35	0.87	.267	-3.415	0.699
	(Viel) ^c					

^a_n=114. ^b_n=113. ^c_n=101.

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

Tabelle 9. Deskriptivstatistische Kennwerte und Ergebnisse der Zweistichproben-t-Tests der Skala ProQOL-CS, des wahrgenommenen Stresses (PSQ-20), der wahrgenommenen Belastung und der Achtsamkeit (FFA-14) bei Männern (M)^a und Frauen (W)^b bzw. bei Klinik/Institutionssetting (K/I)^c und Praxissetting (Praxis)^d. Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert mit Signifikanzwert und Freiheitsgraden, Effektstärken und Konfidenzintervalle der Effektstärken

Skalen	Geschlecht/ Arbeitssetting	M	SD	t(df)	p	d	95% KI	
							Unterer	Oberer
ProQOL-CS								
	(M) ^a	39.37	5.30	-1.548 (326)	.123		-0.563	0.067
	(W) ^b	40.69	5.29					
	(K/I) ^c	40.14	5.07	-1.355 (327)	.176		-0.367	0.067
	(P) ^d	40.93	5.53					
Stress								
	(M) ^a	39.55	10.45	-1.510 (326)	.132		-0.557	0.073
	(W) ^b	42.06	10.31					
	(K/I) ^c	42.52	10.02	1.604 (327)	.110		-0.040	0.395
	(P) ^d	40.69	10.67					
Belastung								
	(M) ^a	37.64	24.24	-1.146 (326)	.253		-0.499	0.131
	(W) ^b	42.17	24.68					
	(K/I) ^c	44.19	23.16	2.184 (327)	.030*	0.242	0.024	0.459
	(P) ^d	38.27	25.98					
Achtsamkeit								
	(M) ^a	41.17	7.32	0.413 (326)	.680		-0.248	0.380
	(W) ^b	40.74	6.37					
	(K/I) ^c	40.87	6.46	0.224 (327)	.823		-0.192	0.242
	(P) ^d	40.71	6.54					

^an=45. ^bn=283. ^cn=178. ^dn=151

* p < .05.

7.3.2. Unterschiedshypothesen nach Tätigkeitsbereich bezüglich soziodemographischer und Kontextvariablen

Zur Beantwortung der Fragestellung *Wie unterscheiden sich klinische Psycholog*innen in Österreich, die rein behandelnd/beratend, rein diagnostizierend oder beidseitig tätig sind, nach soziodemographischen und Kontextvariablen?* wurden ebenfalls unterschiedliche Testverfahren eingesetzt. Die Einteilung der verschiedenen Tätigkeitsfelder fungierte jeweils als unabhängige Variable. Diese wurde dummmycodiert (1 = rein behandelnd/beratend/therapeutisch, 2 = rein diagnostizierend, 3 = beide Tätigkeiten) betrachtet. Mittels einfaktorieller Varianzanalyse wurden jeweils die Hypothesen zur Inanspruchnahme von Supervisionsstunden und Intervisionsstunden überprüft. Die Voraussetzungen der Testverfahren wurden überprüft. Es zeigte sich die Voraussetzung der Varianzhomogenität bei den Variablen Supervision ($p = .028$) und Intervention ($p = .010$) verletzt, weshalb jeweils die Korrektur nach Welch berechnet wurde. Es konnten keine signifikanten Unterschiede in den (Welch-)ANOVAs bezüglich den Variablen Supervision ($F(2, 91.535) = .221, p = .802, 95\%-KI [0.000; 0.016]$) und Intervention ($F(2, 131.579) = 1.473, p = .233, 95\%-KI [0.000; 0.027]$) festgestellt werden. Klinische Psycholog*innen unterschiedlicher Arbeitstätigkeiten schienen sich somit hinsichtlich der Inanspruchnahme von Supervision und Intervention nicht zu unterscheiden. Es wurden demnach keine post-hoc-Untersuchungen durchgeführt.

Die Hypothese zur abhängigen Variable Arbeitssetting (Einteilung siehe Kapitel 7.3.1.) wurde mittels Chi-Quadrat-Test berechnet. Die Voraussetzungen für die Durchführung des Chi-Quadrat-Tests, also dass es sich um eine Zufallsstichprobe handelt, die Variablen nominalskaliert sind und die erwarteten Häufigkeiten in jeder Zelle >5 ist, wurden untersucht und konnten angenommen werden. Tabelle 10 gibt einen Überblick über die genaue Verteilung. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied im Chi-Quadrat-Test ($X^2(2, N= 329) = 6.363, p = .042, Cramer-V= .13$). Dabei schienen vor allem rein diagnostizierend tätige Psycholog*innen am wahrscheinlichsten im Praxissetting tätig zu sein ($z = 2.5$), die Effektstärke deutet jedoch auf einen schwachen Zusammenhang hin.

Insgesamt wurden bei den Hypothesen (2.1a) und (2.1b) die Nullhypothesen beibehalten, bei der Hypothese (2.2) konnte die H_1 angenommen werden.

Tabelle 10. Häufigkeiten und Anteilswerte von Psycholog*innen, die rein therapeutisch/behandelnd/beratend (T)^a, rein diagnostizierend (D)^b oder beidseitig (T/D)^c tätig sind, nach Arbeitssetting in einer Klinik/Institution^d oder in der Praxis^e. N=329

Arbeitssetting	Arbeitstätigkeit			Gesamt
	(T) ^a	(D) ^b	(T/D) ^c	
Klinik-/Institutionssetting ^d				178 100%
Anzahl	90	13	75	
Prozent	50.6%	7.3%	42.1%	
Praxissetting ^e				
Anzahl	65	24	62	
Prozent	43.0%	15.9%	41.1%	
Gesamt				
Anzahl	155	37	137	329
Prozent	47.1%	11.2%	41.6%	100%

^an=155, ^bn=37, ^cn=137, ^dn=178, ^en=151.

7.3.3. Unterschiedshypothesen nach Tätigkeitsbereich bezüglich professioneller Lebensqualität Stress, Arbeitsbelastung und Achtsamkeit

Die Fragestellung *Wie unterscheiden sich klinische Psycholog*innen in Österreich, die rein behandelnd/beratend, rein diagnostizierend oder beidseitig tätig sind, in ihren Werten für die professionelle Lebensqualität, Stress, Arbeitsbelastung und Achtsamkeit?* wurde mittels einfaktorieller Varianzanalyse analysiert.

Die Einteilung der verschiedenen Tätigkeitsfelder als unabhängige Variable ist aus dem vorherigen Abschnitt zu entnehmen. Als abhängige Variablen dienten hierbei die Skalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-CS, BO, STS), wahrgenommener Stress (PSQ-20), Achtsamkeit (FFA-14) und Arbeitsbelastung. Die Voraussetzungen des Testverfahrens wurden untersucht. Die Voraussetzungen bei der Skala ProQOL-BO sowie bei Arbeitsbelastung konnten angenommen werden. Es zeigten sich jedoch Verletzungen der Varianzhomogenität bei den Skalen ProQOL-STS ($p < .001$), ProQOL-CS ($p = .017$), Stress (PSQ-20) ($p = .001$) und Achtsamkeit (FFA-14) ($p < .001$), weshalb jeweils die Korrektur nach Welch hinzugezogen wurde.

Tabelle 11. Post-hoc-Tests der Skala der ProQOL-BO, ProQOL-CS und wahrgenommener Stress (PSQ-20) bezüglich klinischer Psycholog*innen, die rein behandelnd/beratend/therapeutisch (T)^a, rein diagnostizierend (D)^b und sowohl behandelnd/beratend/therapeutisch als auch diagnostizierend (T/D)^c tätig sind. Mittelwertsdifferenzen, Standardabweichungen, Signifikanz, Konfidenzintervalle der Mittelwertsdifferenzen

		<i>M_{Diff}</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>	95% <i>KI</i>	
Gruppe					Unterer	Oberer
ProQOL-BO						
	(<i>T</i>) ^{<i>a</i>}	-2.92	0.84	.001**	-4.840	-1.009
	(<i>D</i>) ^{<i>b</i>}					
	(<i>T</i>) ^{<i>a</i>}	-1.97	0.54	.001**	-3.276	-0.681
	(<i>T/D</i>) ^{<i>c</i>}					
	(<i>D</i>) ^{<i>b</i>}	0.94	0.85	.571	-1.009	2.901
	(<i>T/D</i>) ^{<i>c</i>}					
ProQOL-CS						
	(<i>T</i>) ^{<i>a</i>}	3.03	0.95	.003**	0.860	5.200
	(<i>D</i>) ^{<i>b</i>}					
	(<i>T</i>) ^{<i>a</i>}	1.22	0.61	.133	-0.246	2.693
	(<i>T/D</i>) ^{<i>c</i>}					
	(<i>D</i>) ^{<i>b</i>}	-1.80	0.96	.145	-4.022	0.408
	(<i>T/D</i>) ^{<i>c</i>}					
		<i>M_{Diff}</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>	95% <i>KI</i>	
Stress (PSQ-20)	Gruppe				Unterer	Oberer
	(<i>T</i>) ^{<i>a</i>}	-5.11	2.43	.101	-11.005	0.784
	(<i>D</i>) ^{<i>b</i>}					
	(<i>T</i>) ^{<i>a</i>}	-2.54	1.13	.067	-5.227	0.134
	(<i>T/D</i>) ^{<i>c</i>}					
	(<i>D</i>) ^{<i>b</i>}	2.56	2.46	.556	-3.404	8.531
	(<i>T/D</i>) ^{<i>c</i>}					

Anmerkung: Post-hoc-Tests der Skalen ProQOL-BO und ProQOL-CS mit Gabriels paarweisem Vergleichstest und post-hoc-Test Games-Howell bei wahrgenommenem Stress.

^a_n=155, ^b_n=37, ^c_n=137.

**_p < .01.

Es konnte ein signifikanter Unterschied zwischen klinischen Psycholog*innen gefunden werden, die rein therapeutisch/behandelnd/beratend ($M = 22.56$, $SD = 4.34$), rein diagnostizierend ($M = 25.48$, $SD = 5.50$) oder beidseitig ($M = 24.54$, $SD = 4.46$) tätig sind, bezogen auf die Skala ProQOL-BO ($F(2, 325) = 9.767$, $p < .001$, $a^* = .017$, $\eta p^2 = .057$, 95%-KI [0.015; 0.108]). Es wurde Gabriels paarweiser Vergleichstest als post-hoc-Test herangezogen, Ergebnisse sind in Tabelle 11 dargestellt. Es zeigte sich dabei, dass sich die Gruppe der rein behandelnd/beratend/therapeutisch tätigen klinischen Psycholog*innen sich signifikant von sowohl den rein diagnostizierend tätigen als auch den beidseitig tätigen Psycholog*innen, bezogen auf die Skala ProQOL-BO, unterscheidet. Es kann von einem kleinen bis mittleren Effekt ausgegangen werden. Die Differenzen der Mittelwerte deuten darauf hin, dass rein behandelnd/beratend/therapeutisch tätige klinische Psycholog*innen weniger BO erfahren. Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den rein diagnostizierend tätigen und den beidseitig tätigen Psycholog*innen gefunden werden. Es konnte kein signifikanter Unterschied in der (Welch-)ANOVA bezüglich der Skala ProQOL-STIS ($F(2, 91.735) = 1.245$, $p = .293$, $a^* = .050$, 95%-KI [0.000; 0.041]) ermittelt werden, woraus sich schließen lässt, dass sich klinische Psycholog*innen unterschiedlicher Arbeitstätigkeiten hinsichtlich ihrer Werte für STIS nicht unterscheiden. Es wurden dementsprechend keine post-hoc-Untersuchungen durchgeführt. Es konnte jedoch wiederum ein signifikanter Unterschied zwischen klinischen Psycholog*innen gefunden werden, die rein therapeutisch/behandelnd/beratend ($M = 41.35$, $SD = 4.74$), rein diagnostizierend ($M = 38.32$, $SD = 7.50$) oder beidseitig ($M = 40.13$, $SD = 4.99$) tätig sind, bezogen auf die Skala ProQOL-CS ($F(2, 92.100) = 4.180$, $p = .018$, $a^* = .025$, $\eta p^2 = .033$, 95%-KI [0.004; 0.078]). Als post-hoc-Test wurde Gabriels paarweiser Vergleichstest angewendet, Ergebnisse sind ebenfalls in Tabelle 11 dargestellt. Es konnte dabei festgestellt werden, dass sich die Gruppe der rein behandelnd/beratend/therapeutisch tätigen klinischen Psycholog*innen sich signifikant von den rein diagnostizierend tätigen Psycholog*innen, in Bezug auf die Skala ProQOL-CS, unterscheidet. Es zeigte sich dabei ein kleiner bis mittlerer Effekt. Die Differenzen der Mittelwerte geben einen Hinweis darauf, dass rein behandelnd/beratend/therapeutisch tätige klinische Psycholog*innen mehr CS erfahren. Rein diagnostizierend tätige beidseitig tätige Psycholog*innen unterschieden sich nicht signifikant bezüglich CS.

Weiters zeigte die (Welch-)ANOVA bezüglich des wahrgenommenen Stresses (PSQ-20) signifikante Ergebnisse ($F(2, 92.873) = 3.893$, $p = .024$, $\eta p^2 = .028$, 95%-KI [0.002; 0.068]). Es wurde dementsprechend der Games-Howell als post-hoc-Test angewendet, jedoch konnten dort keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen gefunden werden. Die

Ergebnisse des Games-Howell-Tests sind ebenso in Tabelle 11 aufgelistet. Dabei zeigte sich ein knapp nicht signifikanter Wert ($p = .067$, 95%-KI [-5.227; 0.134]) zwischen rein behandelnd/beratend/therapeutisch tätigen und beidseitig tätigen Psycholog*innen.

Es konnten ebenfalls weder signifikante Unterschiede bei der wahrgenommenen Arbeitsbelastung ($F(2, 328) = 2.752$, $p = .065$, 95%-KI [0.000; 0.059]) noch bei der (Welch-)ANOVA für Achtsamkeit ($F(2, 90.609) = 2.866$, $p = .062$, 95%-KI [0.000; 0.060]) festgestellt werden.

Insgesamt konnten lediglich bei den Hypothesen (3.1a) und (3.1c) sowie eingeschränkt bei (3.2) die H_1 angenommen werden, bei den restlichen Hypothesen wurde jeweils die Nullhypothese beibehalten.

7.3.4. Haupteffekt- und Wechselwirkungshypothesen zu erhöhtem Stress bzw. Arbeitsbelastung hinsichtlich professioneller Lebensqualität und Achtsamkeit

Die Überprüfung der Fragestellung *Wie unterscheiden sich klinische Psycholog*innen in Österreich, die über erhöhten Stress bzw. Arbeitsbelastung berichten, im Vergleich zu klinischen Psycholog*innen in Österreich, die nicht über erhöhten Stress bzw. Arbeitsbelastung berichten, hinsichtlich der professionellen Lebensqualität und Achtsamkeit?* wurde mit einer zweifaktoriellen Varianzanalyse vorgenommen. Wahrgenommene Arbeitsbelastung und wahrgenommener Stress (PSQ-20) wurden jeweils als unabhängige Variable betrachtet. Zuvor wurden die Versuchspersonen jeweils entlang des Medians der wahrgenommenen Arbeitsbelastung ($Median = 37$) bzw. des Gesamtscores des PSQ-20 ($Median = 40$) in „hoch“ und „niedrig“ unterteilt. Als abhängige Variablen dienten jeweils die Skalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-CS, BO, STS) und Achtsamkeit (FFA-14). Um eine Interaktion von wahrgenommenem Stress und wahrgenommener Arbeitsbelastung zu überprüfen, wurde jeweils die Wechselwirkung berechnet.

Die Voraussetzungen der zweifaktoriellen Varianzanalyse wurden geprüft und konnten bei allen Variablen angenommen werden, außer bei der Skala ProQOL-STs ($p < .001$), bei der eine Verletzung der Varianzhomogenität vorlag. Hier wurde zusätzlich Bootstrapping verwendet. Trotzdem zeigte sich der Levene-Test weiterhin signifikant. Es existiert jedoch in SPSS keine Ausweichmöglichkeit zur Testung dieser Hypothese, weswegen gleichwohl die Ergebnisse der zweifaktoriellen ANOVA zur Interpretation herangezogen wurden, diese demnach aber nur bedingt interpretierbar sind. Alle deskriptivstatistischen Kennwerte und Ergebnisse der ANOVA sind in Tabelle 12 aufgelistet.

Tabelle 12. Deskriptivstatistische Kennwerte und Ergebnisse der ANOVA der Skalen der ProQOL und der Achtsamkeit (FFA-14) bei Psycholog*innen, die jeweils über höheren Stress bzw. niedrigeren Stress (PSQ-20) (Stress) und höherer wahrgenommener Belastung bzw. niedriger wahrgenommener Belastung (Belastung) berichteten. F-Wert mit Signifikanzwert und Freiheitsgraden, Effektstärken

Skala	Gruppe	F(df)	p	ηp^2
ProQOL-BO				
	(Stress)	55.883 (1, 325)	< .001***	.147
	(Belastung)	49.207 (1, 325)	< .001***	.131
	(Stress) x (Belastung)	4.431 (1, 325)	.036*	.013
ProQOL-STS				
	(Stress)	31.653 (1, 325)	< .001***	.089
	(Belastung)	10.453 (1, 325)	.001**	.031
	(Stress) x (Belastung)	0.233 (1, 325)	.630	
ProQOL-CS				
	(Stress)	16.418 (1, 325)	< .001***	.048
	(Belastung)	8.048 (1, 325)	.005**	.024
	(Stress) x (Belastung)	0.975 (1, 325)	.324	
Achtsamkeit				
	(Stress)	57.798 (1, 325)	< .001***	.151
	(Belastung)	3.331 (1, 325)	.069	
	(Stress) x (Belastung)	0.560 (1, 325)	.455	

Anmerkung: Jeweils n=174 in der Gruppe niedriger Stress, n=155 in Gruppe höherer Stress; n=165 in Gruppe weniger Belastung und n=164 in Gruppe höhere Belastung.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Bei der Skala ProQOL-BO konnte eine signifikante Wechselwirkung ermittelt werden. In der graphischen Analyse zeigte sich eine ordinale Interaktion, die Haupteffekte blieben demnach interpretierbar. Beide Haupteffekte, Stress und Belastung, zeigten sich signifikant. Die Effektstärken erwiesen sich bei den Haupteffekten als groß, bezüglich der Wechselwirkung als klein. Mittels simple effects analysis wurde dann explorativ ermittelt, welche Effekte in den einzelnen Stufen des Faktors vorlagen. Die Wechselwirkung erwies sich sowohl bezüglich Stress als auch Belastung jeweils als hochsignifikant ($p < .001$). Demnach konnten hier die Alternativhypothesen H₁ (4.1a) bis (4.1c) angenommen werden. Bezüglich der Skalen ProQOL-STS, PROQOL-CS und Achtsamkeit war die jeweilige Wechselwirkung nicht signifikant. Die Haupteffekte blieben dementsprechend interpretierbar bei den Hypothesen H₁ (4.2a) und (4.2b), H₁ (4.3a) und (4.3b) und H₁ (4.4a) und (4.4b). Es erwiesen sich alle Haupteffekte bis auf Hypothese H₁ (4.4b) hinsichtlich Belastung und Achtsamkeit als signifikant. Die Effektgrößen wiesen insgesamt auf eher kleine Effekte hin, bis auf den Effekt von Stress auf Achtsamkeit, der einen großen Effekt andeutet. Insgesamt offenbart sich ein

klarer Trend. So scheinen klinische Psycholog*innen, die jeweils über höheren Stress oder Belastung berichten, nicht nur mehr BO zu erfahren, sondern auch (bedingt) mehr STS und weniger CS zu erleben. Außerdem zeigte sich bei vermehrtem Stress weniger Achtsamkeit. Vermehrte Belastung schien dagegen keine Auswirkungen auf Achtsamkeit zu haben.

7.3.5. Unterschiedshypothesen bei vermehrter Achtsamkeit bezüglich professioneller Lebensqualität, Stress und Arbeitsbelastung

Die Fragestellung *Wie unterscheiden sich klinische Psycholog*innen in Österreich, die über höhere Werte in Achtsamkeit berichten, im Vergleich zu klinischen Psycholog*innen in Österreich, die nicht über höhere Werte in Achtsamkeit berichten, bezüglich professioneller Lebensqualität, wahrgenommenen Stresses und wahrgenommener Arbeitsbelastung?* wurde mittels eines Zweistichproben-t-Tests analysiert. Dabei wirkte Achtsamkeit (FFA-14) als unabhängige Variable. Versuchspersonen wurden zuvor entlang des Medians in „hohe Achtsamkeit“ und „niedrige Achtsamkeit“ unterteilt. Der Median bei Achtsamkeit ist 41.00 ($M = 40.80$, $SD = 6.49$). Als abhängige Variablen wurden die Skalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-CS, BO, STS), wahrgenommener Stress (PSQ-20) und wahrgenommene Arbeitsbelastung beleuchtet.

Es konnte von Normalverteilung der Daten ausgegangen werden. Die restlichen Voraussetzungen der Testverfahren wurden überprüft und konnten bei den Prüfvariablen ProQOL-BO und wahrgenommene Belastung ebenfalls angenommen werden. Verletzungen der Varianzhomogenität fanden sich bei den Skalen ProQOL-STS ($p < .001$), ProQOL-CS ($p = .025$) sowie bei wahrgenommenem Stress (PSQ-20) ($p < .001$). Es wurde dementsprechend auf den (Welch-)t-Test ausgewichen. Alle deskriptivstatistischen Werte und Prüfgrößen sowie die Signifikanzbeurteilung sind in Tabelle 13 dargestellt. Alle Alternativhypothesen H_1 (5.1a) bis (5.3) konnten angenommen werden. Es zeigten sich mittlere bis große Effekte, am höchsten war der Effekt bei der abhängigen Variable Stress ($d = 1.004$), was darauf hindeutet, dass achtsamere Psycholog*innen weniger wahrgenommenen Stress erleben. Ebenfalls schienen Psycholog*innen mit höheren Werten in Achtsamkeit weniger BO, STS und wahrgenommene Belastung zu erfahren. Der negative t-Wert der Skala ProQOL-CS impliziert zudem, dass Psycholog*innen, die höhere Werte bezüglich Achtsamkeit zeigen, signifikant höhere CS empfinden.

Tabelle 13. Deskriptivstatistische Kennwerte und Ergebnisse der Zweistichproben-t-Tests der Skalen der ProQOL, wahrgenommener Stress (PSQ-20) sowie wahrgenommene Belastung bezüglich klinischer Psycholog*innen, die über niedrigere Achtsamkeit (NA)^a bzw. höhere Achtsamkeit (HA)^b berichten. Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert mit Signifikanzwert und Freiheitsgraden, korrigiertem alpha, Effektstärken und Konfidenzintervalle der Effektstärken

Skala	Gruppe	M	SD	t(df)	α^*	p	d	95% KI	
								Unterer	Oberer
ProQOL-BO	(NA) ^a	25.18	4.78	6.346 (327)	.017	< .001***	0.701	0.478	0.924
	(HA) ^b	22.04	4.09						
ProQOL-STS	(NA) ^a	20.05	5.07	6.060 (296.094)	.025	< .001***	0.651	0.428	0.873
	(HA) ^b	17.25	3.16						
ProQOL-CS	(NA) ^a	38.98	5.66	-5.906 (319.314)	.050	< .001***	-0.641	-0.863	-0.418
	(HA) ^b	42.22	4.25						
Stress	(NA) ^a	46.17	10.37	9.628 (317.199)		< .001***	1.044	0.812	1.274
	(HA) ^b	36.58	7.62						
Belastung	(NA) ^a	47.84	24.27	5.189 (327)		< .001***	0.573	0.352	0.794
	(HA) ^b	34.24	23.07						

Anmerkung: Abhängige Variablen der ProQOL-BO und wahrgenommene Belastung berechnet mit Zweistichproben-t-Test, ProQOL-STS, ProQOL-CS und wahrgenommener Stress jeweils berechnet mit (Welch-)t-Test.

^a_{n=175}. ^b_{n=154}. *** $p < .001$. α^* = korrigiertes Alpha.

7.3.6. Moderationshypothesen zu Achtsamkeit und professioneller Lebensqualität

Die Fragestellung Zeigt sich Achtsamkeit als protektiver Faktor in Assoziation von Stress bzw. wahrgenommener Arbeitsbelastung gegenüber Burnout bzw. sekundärer Traumatisierung laut

PROQOL bzw. als förderlicher Faktor bei Stress und Arbeitsbelastung für *Compassion Satisfaction* laut *PROQOL*? wurde mittels Moderationsanalysen überprüft.

In den vorhergehenden Kapiteln wurde bei der Prüfung der Fragestellungen deutlich, dass Achtsamkeit sowohl mit der professionellen Lebensqualität als auch mit Stress und Belastung in Verbindung steht. So wurden bei der Moderationsanalyse als unabhängige metrische Variablen Stress (PSQ-20) und wahrgenommene Arbeitsbelastung beleuchtet. Als abhängige Variablen dienten die Skalen der Professional Quality of Life (ProQOL-CS, BO, STS). Als metrische Moderatorvariable fungierte Achtsamkeit (FFA-14). Da sich die vorliegende Arbeit auf klinische Psycholog*innen bezog, die auch in dieser Stichprobe relativ hohe Ausprägungen an Achtsamkeit zeigten, wurde auf eine Zentrierung verzichtet. Die Variablen wurden nicht zentriert, da ein Überblick geschaffen werden sollte, ob und ab welchen Werten eine Interaktion von Achtsamkeit jeweils mit Stress oder Belastung die professionelle Lebensqualität speziell bei klinischen Psycholog*innen in Österreich beeinflusst. Die Voraussetzungen der Moderationsanalyse Linearität, Normalverteilung der Residuen, Varianzhomogenität und Unabhängigkeit der Beobachtungen wurden geprüft und konnten angenommen werden. Bezüglich der abhängigen Variablen wurden Ausreißeranalysen durchgeführt. Es zeigten sich bei den Skalen ProQOL-BO und ProQOL-CS die Cook-Distanz und der zentrierte Hebelwert unauffällig, lediglich der Mahalanobis-Abstand war leicht auffällig. Insgesamt konnte Normalverteilung und Varianzhomogenität angenommen werden. Bei der Skala ProQOL-STS waren jedoch sowohl der zentrierte Hebelwert als auch der Mahalanobis-Abstand auffällig, nur die Cook-Distanz war zufriedenstellend. Es wurden daraufhin drei Fälle ausgeschlossen. Es konnten die restlichen Voraussetzungen angenommen werden.

Das Gesamtmodell bei der Untersuchung mit der abhängigen Variable ProQOL-BO und der unabhängigen Variable Stress war mit $F(3, 325) = 105.459$ ($p < .001$) bei einer Varianzaufklärung von 54.08% signifikant. Es bestand ein signifikanter Einfluss von Stress auf BO mit $B = 0.308$ ($p < .001$). Jedoch zeigte sich weder Achtsamkeit ($B = -0.044$, $p = .197$) noch der Interaktionseffekt ($B = -0.025$, $p = .204$) signifikant, was darauf schließen lässt, dass Achtsamkeit keinen Einfluss auf die Beziehung zwischen Stress und BO ausübt. Das Gesamtmodell bezüglich der unabhängigen Variable Belastung und abhängiger Variable BO erwies sich ebenso als signifikant ($F(3, 325) = 91.968$, $p < .001$) bei einer Varianzaufklärung von 50.07%. Dabei war der Haupteffekt von Belastung auf BO signifikant ($B = 0.239$, $p < .001$), der Effekt von Achtsamkeit auf BO jedoch nicht ($B = -0.077$, $p = .180$). Der Interaktionseffekt ($B = -0.003$, $p = .003$) war signifikant. Daraus kann gefolgert werden, dass die Interaktion von Belastung und Achtsamkeit BO leicht negativ vorhersagt. Achtsamkeit

konnte somit den positiven Effekt von wahrgenommener Belastung auf BO etwas abschwächen. Dabei zeigten sich in der Betrachtung der significance regions, dass zwar bereits ab niedrigen Werten von Achtsamkeit ein Effekt besteht, ab hohen Werten bei Achtsamkeit der Effekt jedoch kleiner wird.

Weiters verzeichnete das Gesamtmodell eine Signifikanz bei der Analyse von Stress und ProQOL-STs ($F(3, 322) = 46.241, p < .001$) bei einer Varianzaufklärung von 39.46%. Dabei war der Haupteffekt von Stress auf STs signifikant ($B = 0.524, p < .001$), der Effekt von Achtsamkeit auf STs ($B = 0.284, p = .013$) ebenfalls. Es bestand auch ein signifikanter Interaktionseffekt ($B = -0.007, p = .005$). Die Interaktion von Stress und Achtsamkeit hat demnach einen leicht negativen Effekt auf STs. Ergebnisse der significance regions legen nahe, dass bei sehr hohen Werten im Moderator der Effekt von Achtsamkeit auf die Beziehung zwischen Stress und STs geringer wird, bereits niedrige bis moderate Werte von Achtsamkeit jedoch einen Effekt auf die Beziehung von Stress und STs haben können. Bei der Moderationsanalyse der unabhängigen Variable der wahrgenommenen Belastung erwies sich das Modell in Bezug auf STs als signifikant ($F(3, 322) = 27.971, p < .001$) bei einer Varianzaufklärung von 28.18%. Dabei war der Haupteffekt Belastung signifikant ($B = 0.219, p = .001$), der Effekt von Achtsamkeit nicht ($B = -0.020, p = .761$). Es bestand ein signifikanter Interaktionseffekt ($B = -0.004, p = .008$), was darauf schließen lässt, dass eine Interaktion von Achtsamkeit und Belastung sich auf STs auswirkt. Achtsamkeit kann in Wechselwirkung mit Belastung STs etwas abschwächen. Auch hier legen die Ergebnisse der significance regions nahe, dass zwar geringe Ausprägungen an Achtsamkeit im Zusammenhang mit Belastung schon einen Effekt haben, ab einer gewissen Ausprägung dieser jedoch insignifikant wird.

Es zeigte sich ein signifikantes Gesamtmodell bei der Analyse von Stress und ProQOL-CS ($F(3, 325) = 38.691, p < .001$) bei einer Varianzaufklärung von 35.01%. Dabei war der Haupteffekt von Stress auf CS deutlich signifikant ($B = -0.654, p < .001$), ebenso der Effekt von Achtsamkeit auf CS ($B = -0.341, p = .009$), wie auch der Interaktionseffekt ($B = 0.012, p < .001$). Daraus kann gefolgert werden, dass Achtsamkeit den negativen Effekt von Stress auf CS etwas abschwächt. Auch hier zeigt sich bei der Betrachtung der significance regions, dass bereits bei geringen Werten von Achtsamkeit ein Effekt zu sehen ist, der Effekt bei sehr hohen Werten von Achtsamkeit jedoch abnimmt. Es erwies sich ebenso das Gesamtmodell der unabhängigen Variable Belastung und abhängiger Variable CS als signifikant ($F(3, 325) = 32.223, p < .001$) bei einer Varianzaufklärung von 32.98%. Dabei war der Haupteffekt von Belastung auf CS signifikant ($B = -0.315, p < .001$), der alleinige Effekt von Achtsamkeit auf CS jedoch nicht ($B = 0.020, p = .792$). Es zeigte sich der Interaktionseffekt signifikant ($B =$

0.006, $p < .001$). Daraus lässt sich schließen, dass Achtsamkeit den negativen Effekt von wahrgenommener Belastung auf CS abschwächt. Auch hier zeigte sich bei der Betrachtung der significance regions eine Abschwächung des Effekts bei sehr hohen Werten von Achtsamkeit. Insgesamt konnten alle Alternativhypothesen bis auf H_1 (6.1a) angenommen werden.

7.3.7. Hypothese zu Schutz- und Risikofaktoren bei klinischen Psycholog*innen

Um die Fragestellung *Welche individuellen kontextuellen Risiko- und Schutzfaktoren können für klinische Psycholog*innen in Österreich identifiziert werden?* zu beantworten, wurde eine MLR herangezogen.

Insgesamt wurden folgende acht Prädiktoren untersucht: Supervisions- und Interventionsstunden, Achtsamkeit, wahrgenommener Stress, Arbeitsbelastung, Arbeitszeit, Klient*innenkontakt und Berufserfahrung. Es wurde geprüft, ob und wie viel Varianz des Modells diese Indikatoren erklären und wie gut diese somit das Outcome vorhersagen können. Als abhängige Variablen dienten die Skalen der Professional Quality of Life (ProQOL-CS, BO, STS). Die Analyse wurde mittels Rückwärtsmethode durchgeführt. Die Voraussetzungen der MLR, die in Kapitel 6.6. angeführt wurden, wurden mittels verschiedener Verfahren geprüft. Bezüglich der abhängigen Variablen wurden Ausreißeranalysen durchgeführt. Bei der Skala ProQOL-STs wurden jeweils wieder drei Ausreißer ausgeschlossen. In Tabelle 14 werden die Modellprüfungen für alle signifikanten Prädiktoren der professionellen Lebensqualität (ProQOL) dargestellt. Es werden die unstandardisierten (B) und standardisierten Regressionskoeffizienten (β), R^2 - und korrigierte R^2 -Werte, der VIF des Prädiktors mit der höchsten Kollinearität sowie eine Signifikanzbeurteilung angegeben. Standardisierte Regressionskoeffizienten ($|\beta|$) werden als Effektstärken interpretiert.

Jede der drei Skalen der professionellen Lebensqualität konnte von mindestens einem Prädiktor signifikant vorhergesagt werden. Dementsprechend konnten alle Alternativhypothesen H_1 (7.1a) bis (7.1c) angenommen werden. Insgesamt konnte die Skala BO durch die vier Prädiktoren Arbeitszeit, wahrgenommener Stress und Belastung sowie durch Achtsamkeit signifikant vorhergesagt werden. BO wurde positiv durch Stress, Arbeitszeit und Arbeitsbelastung, negativ durch Achtsamkeit vorhergesagt. Stress hatte dabei mit $|\beta|$ von .491 den größten Vorhersagewert, nahe gefolgt von Belastung mit $|\beta|$ mit .308. Es wurde ein Bestimmtheitsmaß R^2 für dieses Modell von 62.94% errechnet. Die Skala STS wurde positiv durch die zwei Prädiktoren Stress und Belastung vorhergesagt, wobei Stress den größeren Einfluss mit $|\beta|$ von .548 darstellte, Belastung nur einen sehr kleinen. Das Bestimmtheitsmaß R^2 lag bei diesem Modell bei 37.24%. Die Skala CS wurde signifikant durch die drei

Prädiktoren Stress, Belastung und Achtsamkeit vorhergesagt, wobei Stress und Belastung eine negative, Achtsamkeit einen positive Vorhersageleistung zeigte. Stress stellte dabei mit $|\beta|$ von -.284 den Prädiktor mit dem höchsten Einfluss dar, gefolgt von Achtsamkeit mit $|\beta|$ von .255. In diesem Modell konnte ein Bestimmtheitsmaß R^2 von 31.82% erreicht werden. Die Kriterien, die keinen signifikanten Einfluss auf die Vorhersagewerte zeigten, waren Supervision, Intervention, Berufserfahrung und Klient*innenkontakt.

Tabelle 14. *Ergebnisse der Regressionsanalysen für die Prädiktoren der professionellen Lebensqualität (ProQOL) mit standardisierten und unstandardisierten Regressionskoeffizienten und Standardabweichung, Signifikanzbeurteilung, R^2 , korrigierten R^2 Werten und Variance Inflation Factor*

Prädiktor	Summenskalen der PROQOL							
	ProQOL-BO				ProQOL-CS			
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>p</i>
Arbeitszeit	0.067	0.014	.162	< .001***				
Stress	0.225	0.023	.491	< .001***	-0.146	0.034	-.284	< .001***
Belastung	0.059	0.008	.308	< .001**	-0.029	0.012	-.135	.016*
Achtsamkeit	-0.055	0.031	-.076	.078	0.208	0.047	.255	< .001***
R^2 (R^2 korr)	.629 (.625)				.318 (.312)			
F (df1, df2)	137.620 (4, 328)				50.580 (3, 328)			
VIF	≤ 2.477				≤ 2.133			

Prädiktor	ProQOL-STIS			
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>p</i>
Stress	0.219	0.021	.548	< .001**
Belastung	0.017	0.009	.102	.052
R^2 (R^2 korr)	.372 (.369)			
F (df1, df2)	95.845 (2, 325)			
VIF	≤ 1.421			

Anmerkung. *B* = unstandardisierter Regressionskoeffizient, *SE B* = Standardfehler von *B*, β = standardisierter Regressionskoeffizient, *p* = Signifikanzwert. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

8. Fazit

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Arbeit zusammenfassend berichtet und in Bezug auf die aktuelle Literatur diskutiert. Ziel dieser Arbeit war es, einen ersten Überblick über die professionelle Lebensqualität bei klinischen Psycholog*innen in Österreich zu schaffen sowie eventuelle Schutz- und Risikofaktoren zu identifizieren.

Zunächst wird ein kurzer Überblick über die Verteilung der betrachteten Konstrukte in dieser Stichprobe gegeben. Dann werden die ersten drei Fragestellungen beleuchtet, die untersuchten, ob und wie sich klinische Psycholog*innen in Österreich in ihren Werten in der professionellen Lebensqualität, Stress und Achtsamkeit nach soziodemographischen und Kontextvariablen unterscheiden. Es wurde hierbei auch Bezug genommen auf die einzigartige Möglichkeit klinischer Psycholog*innen, entweder rein behandelnd/beratend/therapeutisch, rein diagnostizierend oder sowohl behandelnd/beratend/therapeutisch als auch diagnostizierend tätig zu sein. Anschließend werden die Fragestellungen 4–6 in Zusammenhang gebracht. Es wurde geprüft, ob und inwiefern es Unterschiede in der professionellen Lebensqualität gibt, abhängig jeweils von Stress, Belastung und Achtsamkeit. Zudem wurde Achtsamkeit als Moderatorvariable betrachtet. Es werden jeweils alle Fragestellungen unter dem Aspekt der Prädiktoranalyse reflektiert. Daraufhin folgen die Darstellung der Limitationen dieser Arbeit sowie Empfehlungen für zukünftige Forschungsarbeiten. Es wird kurz auf die praktischen Implikationen eingegangen.

8.1. Diskussion

Die klinischen Psycholog*innen in dieser Stichprobe präsentierten sich im durchschnittlichen bis hohen Bereich bezüglich CS. Bereits frühere Arbeiten konnten generell hohe Level an CS bei Psycholog*innen feststellen (vgl. Campbell, 2013; O'Connor et al., 2018). Bezüglich BO befanden sich die untersuchten Psycholog*innen im niedrigen bis durchschnittlichen Bereich, und es konnten keine Teilnehmenden identifiziert werden, die klar der Kategorie „hohes BO“ zugeordnet werden konnten. Ähnlich zeigte sich die Verteilung bezüglich STS, wobei 86.3% der Teilnehmenden über unterdurchschnittliche, 13.1% über durchschnittliche und lediglich 0.6% über überdurchschnittliche Werte an STS berichteten. Dies steht im Gegensatz zur gesichteten Literatur, wobei viele Studien fanden, dass Psycholog*innen zwar moderate CS erfuhren, dabei gleichzeitig aber über teils hohe Werte an BO, STS und CF berichteten (vgl. Ackerley et al., 1988; Campbell, 2013; O'Connor et al., 2018; Ondrejková & Halamová, 2022). Zudem zeigten die untersuchten Psycholog*innen generell sehr hohe Werte bezüglich

Achtsamkeit. Dies ist in Anbetracht der Natur des Berufes zu reflektieren. Die meisten praktizierenden klinischen Psycholog*innen kommen in Kontakt mit entspannungs- und achtsamkeitsbasierten Verfahren, und es ist davon auszugehen, dass viele diese unbewusst oder auch bewusst in ihren Alltag integrieren. Trotz geringer Werte an BO, STS und CF offenbarten sich durchschnittlich hohe Werte an Stress, und die untersuchten Psycholog*innen gaben zudem an, sich im Durchschnitt durch ihre Arbeitssituation belastet zu fühlen.

In Bezug auf die professionelle Lebensqualität und das Berufsleben scheint das Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren vorherrschend, und zahlreiche Aspekte wurden bereits in der Forschung als Einflussfaktoren auf die professionelle Lebensqualität besprochen, wobei sich hauptsächlich auf arbeitsbezogene Einflussfaktoren konzentriert wurde (vgl. Allwood et al., 2022; Craig & Sprang, 2010; Fye et al., 2021; Rupert & Morgan, 2005; Thompson et al., 2014). Nachfolgend werden die Ergebnisse zu Geschlecht, Arbeitssetting, Arbeitstätigkeit, Berufserfahrung, Klient*innenkontakt, Arbeitszeit und die Inanspruchnahme von Supervision/Intervision besprochen. In dieser Arbeit konnten keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezogen auf die professionelle Lebensqualität, wahrgenommenen Stress, wahrgenommene Belastung und Achtsamkeit festgestellt werden, was im Einklang mit dem Großteil der besprochenen Literatur steht, die entweder keine oder nur inkonsistente geschlechtsspezifische Unterschiede fanden (vgl. Ackerley et al., 1988; Connally, 2012; Diehm et al., 2019; McGrath et al., 2022; O'Connor et al., 2018; Thompson et al., 2014). Verschiedene Studien (Rupert & Morgan, 2005; Thompson et al., 2014) besprachen weiters einen möglichen Interaktionseffekt zwischen Geschlechtszugehörigkeit und Arbeitssetting, wobei die Literatur darauf hindeutete, dass Frauen, die in Institutionen oder Kliniken tätig sind, über höhere Erschöpfung berichteten. In dieser Untersuchung wurden keine Interaktionen von Geschlecht und Arbeitssetting gefunden, und Männer und Frauen scheinen sich diesbezüglich nicht zu unterscheiden. Es konnte jedoch ein signifikanter, wenn auch kleiner Effekt von Arbeitssetting auf die wahrgenommene Arbeitsbelastung und BO gefunden werden, wobei Psycholog*innen, die in einer Institution oder Klinik tätig waren, höhere Werte in BO zeigten als diejenigen, die im Praxissetting tätig waren. Dies konnten bereits Rupert und Morgan (2005) feststellen, die dies einerseits auf hierarchische Verhältnisse in Kliniken und Institutionen zurückführten, jedoch auch anmerkten, dass Psycholog*innen in privaten Praxen weniger Umgang mit störenden und schwierigen Klient*innen berichteten. Diese Arbeit befasste sich mit klinischen Psycholog*innen, die eine klinische Population betreuen, jedoch kann auch hier nicht ausgeschlossen werden, dass es Unterschiede in der Schwere und Art der Erkrankungen von Klient*innen gibt. Es ist sogar davon auszugehen, dass besonders Psycholog*innen in Kliniken

Klient*innen mit schwereren Krankheitsbildern betreuen, was nicht nur belastend sein kann, sondern auch einen Einfluss auf die Entstehung von STS und BO haben kann (Cieslak et al., 2014; Diehm et al., 2019; Singh et al., 2020). Bezüglich der Verteilung der Arbeitstätigkeit auf das Arbeitssetting zeigte sich, dass rein diagnostizierend tätige Psycholog*innen eher im Praxissetting zu finden waren, ansonsten waren die unterschiedlichen Tätigkeitsfelder ungefähr äquivalent aufgeteilt. Es konnte jedoch nur ein schwacher Zusammenhang gefunden werden. Zudem ist zu beachten, dass lediglich 11.2% aller untersuchten Psycholog*innen angaben, rein diagnostizierend tätig zu sein. Es wurden weiters mögliche Unterschiede innerhalb der verschiedenen Tätigkeitsfelder bezüglich der professionellen Lebensqualität, Stress, Belastung und Achtsamkeit untersucht. Es stellte sich heraus, dass rein behandelnd/beratend/therapeutisch tätige Psycholog*innen über weniger BO und mehr CS berichteten als rein diagnostizierend oder beidseitig tätige Psycholog*innen. Auch bezüglich Stress konnten Unterschiede festgestellt werden, jedoch waren hier die post-hoc-Tests nicht konklusiv, deuteten aber leichte Unterschiede zwischen rein behandelnd/beratend/therapeutisch tätigen und beidseitig tätigen Psycholog*innen an, wobei rein behandelnd/beratend/therapeutisch tätige Psycholog*innen weniger Stress erlebten. Die Effektstärken deuteten auf kleine bis mittlere Effekte hin. Generell steht dies im Gegensatz zu der Überlegung, dass Psycholog*innen, die rein behandelnd/beratend/therapeutisch tätig sind, eher den traumatischen Erfahrungen von Klient*innen ausgesetzt sind und somit ein höheres Risiko haben, vermehrt Gefühle von BO oder STS zu erleben (vgl. American Psychiatric Association, 2013; Cieslak et al., 2014; Singh et al., 2020). Eventuell könnten tiefgreifendere Beziehungen zu Klient*innen sowie entsprechende Erfolgserlebnisse in einer längerfristigen klinisch-psychologischen Behandlung die subjektive Leistungsfähigkeit klinischer Psycholog*innen steigern, was gleichzeitig zu mehr Arbeitszufriedenheit und weniger emotionalen Erschöpfung führen könnte (vgl. Fye et al., 2021; Smart et al., 2014). Weiters wurde geprüft, ob Berufserfahrung einen Einfluss auf die professionelle Lebensqualität, Stress, Arbeitsbelastung und Achtsamkeit hat. In vorherigen Untersuchungen zeigten sich stets unklare Befunde bezüglich eines Zusammenhangs zwischen Berufserfahrung und der professionellen Lebensqualität (vgl. Connally, 2012; McGrath et al., 2022; Turgoose & Maddox, 2017). In dieser Arbeit konnten keine Unterschiede bezüglich wahrgenommener Belastung und CS gefunden werden, jedoch zeigten Psycholog*innen mit viel Berufserfahrung im Vergleich zu denjenigen mit wenig Berufserfahrung weniger BO, Stress, STS und dabei deutlich mehr Achtsamkeit, wobei die Effekte jedoch klein ausfielen. Berufserfahrung wurde auch als möglicher Prädiktor für die professionelle Lebensqualität betrachtet, und es konnte kein Zusammenhang festgestellt werden. Demnach sind eventuelle

Unterschiede zwischen Psycholog*innen mit viel und wenig Berufserfahrung nicht unbedingt auf die Berufserfahrung selbst zurückzuführen. Einerseits könnten Psycholog*innen mit mehr Berufserfahrung höhere Stellen in Institutionen oder Kliniken einnehmen und so bessere Arbeitsbedingungen erleben, was einen Einfluss auf erlebten Stress und Belastung haben könnte (Rupert & Morgan, 2005; Thompson et al., 2014). Andererseits könnten Psycholog*innen mit mehr Berufserfahrung auch bessere Strategien zum Umgang mit schwierigen oder komplexen Fällen entwickelt haben (Simionato & Simpson, 2018). Klient*innenkontakt, also die Anzahl an verbrachten Stunden mit Klient*innen, schien ebenso keinen Einfluss auf die professionelle Lebensqualität zu haben. Es konnte jedoch ein Effekt von Arbeitszeit auf BO verzeichnet werden, auch wenn dieser sehr klein ausfiel. Dies lässt darauf schließen, dass es nicht unbedingt der Kontakt mit Klient*innen selbst ist, der Psycholog*innen vermehrt belastet, sondern zu viel Arbeit generell, was sich auch in vorherigen Arbeiten abzeichnete (McGrath et al., 2022; O'Connor et al., 2018). Interessanterweise schien die Inanspruchnahme von Supervision und Intervision keinerlei Einfluss auf die professionelle Lebensqualität in dieser Stichprobe zu zeigen. Dies steht im Gegensatz zu bisheriger Literatur, die sowohl Intervision wie auch Supervision als deutlichen Schutzfaktor gegenüber BO, STS und CF identifizierten (vgl. Fye et al., 2021; O'Connor et al., 2018; Thompson et al., 2014; Turgoose & Maddox, 2017). Generell wurden in dieser Stichprobe jedoch relativ wenig Supervisions- und Intervisionsstunden pro Quartal in Anspruch genommen. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass diese zum einen nur für klinische Psycholog*innen in Ausbildung verpflichtend sind und andererseits die Inanspruchnahme, besonders von Supervision, recht teuer sein kann. Somit könnte es sein, dass klinische Psycholog*innen auf andere Strategien als den professionellen Austausch ausweichen und Herausforderungen mittels anderer Tools als Supervision und Intervision verarbeiten.

Betrachtet man die Fragestellungen 4–6, ließ sich BO insgesamt signifikant von Arbeitszeit, Arbeitsbelastung, Stress und Achtsamkeit vorhersagen. Achtsamkeit stellte einen negativen Prädiktor für BO dar, der Effekt zeigte sich jedoch gering. Stress, Arbeitszeit und Arbeitsbelastung sagten BO positiv vorher, wobei Stress und Belastung die höchste Vorhersagekraft hatten. Weiters konnte festgestellt werden, dass Psycholog*innen, die höhere Werte bei Stress und Arbeitsbelastung angaben, sich deutlich von jenen unterschieden, die niedrigere Werte bei Stress und Belastung erzielten und insgesamt deutlich höhere Werte bezüglich BO aufwiesen. Hier zeichnete zudem die Wechselwirkung von Stress und Arbeitsbelastung signifikant, was darauf hindeutet, dass erhöhte Arbeitsbelastung und gleichzeitig mehr Stress verstärkend auf Gefühle von emotionaler Erschöpfung,

Depersonalisierung und geringere erlebte Leistungsfähigkeit wirken können. Die Effektstärken ließen hier auf große Effekte schließen. Stress und wahrgenommene Arbeitsbelastung konnten somit als eindeutige Risikofaktoren für BO identifiziert werden. Diese Ergebnisse stellen sich nicht als verwunderlich heraus, wurden Stress und Belastung bereits als diejenigen Hauptfaktoren identifiziert, die vor allem mit der Entstehung von BO in Verbindung stehen (Maslach & Leiter, 2016; McGrath et al., 2022; Simionato & Simpson, 2018; Turgoose und Maddox, 2017).

Betrachtet man den Zusammenhang von erhöhter wahrgenommener Arbeitsbelastung mit Achtsamkeit, so offenbarte sich, dass erhöhte Arbeitsbelastung die dispositionelle Achtsamkeit nicht signifikant beeinflusste, was darauf schließen lässt, dass erlebte Achtsamkeit selbst bei erhöhter Belastung relativ stabil bleibt. Auf der anderen Seite konnte festgestellt werden, dass Psycholog*innen, die generell höhere Werte bezüglich Achtsamkeit angaben, signifikant weniger Gefühle von Arbeitsbelastung und BO erlebten als diejenigen, die weniger achtsam waren, was auf einen puffernden Effekt von Achtsamkeit bei Arbeitsbelastung schließen lässt. Dies konnte bereits von früheren Arbeiten belegt werden (Hülshager et al., 2013; Martin-Cuellar et al., 2018; Samios, 2018). Es kann dabei von einem mittleren bis großen Effekt ausgegangen werden. Achtsamkeit konnte ebenfalls als signifikanter Moderator in der Beziehung von Arbeitsbelastung und BO identifiziert werden. Hier scheinen bereits niedrige Werte in Achtsamkeit einen positiven Effekt zu haben. Es stellte sich jedoch auch heraus, dass ab sehr hohen Werten von Achtsamkeit der positive Effekt abgeschwächt wird, was darauf hindeutet, dass Achtsamkeit nur bis zu einem gewissen Level einen Einfluss auf Arbeitsbelastung und somit auf BO hat. Richtet man den Blick auf den Zusammenhang von Stress und Achtsamkeit, so scheinen einerseits Psycholog*innen, die vermehrt Achtsamkeit erleben, sich deutlich weniger gestresst zu fühlen, und andererseits scheinen Psycholog*innen, die erhöhten Stress erleben, weniger Achtsamkeit zu empfinden. Dies lässt den Schluss zu, dass sich Stress und Achtsamkeit gegenseitig beeinflussen. Hier zeigten sich moderate bis große Effekte. Entgegen der Erwartung zeigte sich Achtsamkeit aber nicht als signifikanter Moderator bei Stress und BO, was auch weitgehend im Gegensatz zur gesichteten Literatur steht, die einen deutlichen Schutzfaktor von Achtsamkeit bei Stress im Hinblick auf BO postuliert (Hülshager et al., 2013; Kriakous et al., 2021; Martin-Cuellar et al., 2018; Samios, 2018). Insgesamt ist zu bedenken, dass Stress in dieser Stichprobe den größten Vorhersagewert bei BO besitzt. Achtsamkeit scheint Stress somit als Hauptverursacher bei BO nicht genügend abzuschwächen. Die Literatur sieht Achtsamkeit bei Stress zwar als wichtiges präventives Tool gegenüber BO (Yip et al., 2017), scheinen Stress und Gefühle von emotionaler Erschöpfung jedoch

vorherrschend, scheint auch Achtsamkeit seine puffernde Wirkung zu verlieren. Insgesamt deuten diese Ergebnisse zwar auf einen positiven Effekt von Achtsamkeit bei Belastung und Stress hin, der schützende Effekt scheint jedoch begrenzt.

Belastung und Stress waren auch jene zwei Prädiktoren, die STS signifikant positiv vorhersagen konnten. Es waren, ähnlich wie bei BO, Unterschiede zwischen Psycholog*innen erkennbar, die über höhere bzw. niedrigere Werte bei Stress und Arbeitsbelastung berichteten, auch wenn die Effekte klein ausfielen. Eine Wechselwirkung von Belastung und Stress war hier nicht zu finden, jedoch zeigten sich ebenfalls deutlich höhere Werte bei STS bei denjenigen Psycholog*innen, die jeweils höhere Werte bei Stress und Belastung angaben. Hier ist anzumerken, dass diese Ergebnisse nur unter Vorbehalt aufzufassen sind, da sich die Voraussetzungen des Testverfahrens verletzt zeigten. Dennoch sind auch diese Ergebnisse nicht überraschend, wurden auch bezüglich der Entstehung von STS Stress und Arbeitsbelastung als Einflussfaktoren und somit als Risikofaktoren besprochen (Figley, 1995; McGrath et al., 2022; Turgoose und Maddox, 2017). Achtsamkeit war in diesem Modell kein signifikanter Prädiktor für STS. Auf der anderen Seite deutet der Unterschied zwischen Psycholog*innen, die höhere und niedrigere Werte bei Achtsamkeit zeigen, trotzdem an, dass Psycholog*innen mit höherer Achtsamkeit zumindest signifikant weniger STS erleben als Psycholog*innen mit weniger Achtsamkeit. Hier zeigten sich moderate Effekte. Betrachtet man Achtsamkeit als Moderator in der Beziehung von jeweils Stress bzw. Belastung und STS, so offenbarte sich, dass Achtsamkeit in der Wechselwirkung mit jeweils Stress oder Arbeitsbelastung einen Effekt auf STS hat und diese abschwächt, was doch auf einen gewissen Schutzfaktor von Achtsamkeit gegenüber STS schließen lässt. Auch hier ließ sich feststellen, dass bei sehr hohen Werten im Moderator der Effekt von Achtsamkeit auf die Beziehung zwischen Stress, Belastung und STS geringer wird, bereits niedrige bis moderate Werte von Achtsamkeit jedoch einen Effekt haben können.

Die positive Seite der professionellen Lebensqualität, CS, konnte ebenfalls von den Prädiktoren Stress, Belastung und Achtsamkeit signifikant vorhergesagt werden, jedoch war dies bei Belastung und Stress ein negativer Effekt. Es konnten auch hier signifikante Unterschiede festgestellt werden zwischen Psycholog*innen, die vermehrt über Stress bzw. Belastung berichteten, und denjenigen, die über jeweils niedrigere Werte berichteten. Eine Wechselwirkung zwischen Stress und Belastung konnte nicht gefunden werden. Im Gegensatz zu BO und STS wiesen Psycholog*innen, die über höhere Werte bei Stress und Belastung berichteten, niedrigere Werte bezüglich der CS auf, auch wenn hier ebenfalls kleine Effekte vorhanden waren. Auch dies ist kein überraschendes Ergebnis, weist auch die Literatur auf

einen negativen Zusammenhang von CS und Belastung bzw. Stress hin (McGrath et al., 2022; Smart et al., 2014; Thompson et al., 2014). Achtsamkeit war ein signifikanter positiver Prädiktor für CS. In den Moderationsanalysen zeigte Achtsamkeit dabei eine abschwächende Wirkung von Stress und Belastung. Dies ist in Übereinstimmung mit der Literatur, konnte Achtsamkeit bereits als unterstützender Faktor für CS ermittelt werden (Kriakous et al., 2021; Martin-Cuellar et al., 2018).

Insgesamt zeigte sich Achtsamkeit als Einflussfaktor bei Stress und Belastung bezogen auf CS, STS, BO und folglich auf CF. Achtsamkeit konnte auch in dieser Arbeit als generell förderlicher Faktor bei CS identifiziert werden, was im Gegenzug wieder einen protektiven Faktor gegenüber Stress und Belastung darstellt (Rupert & Dorociak, 2019; Smart et al., 2014; Thompson et al., 2014). Achtsamkeit scheint auch klinische Psycholog*innen in Österreich darin zu unterstützen, ihren Beruf als wertvoll und nützlich zu erachten, was einerseits positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden von Psycholog*innen selbst wie auch auf den Umgang mit Klient*innen haben kann (Kriakous et al., 2021; Martin-Cuellar et al., 2018; Thompson et al., 2014). Insgesamt offenbarte sich zudem, dass Psycholog*innen mit höherer Achtsamkeit, verglichen mit denjenigen mit weniger Achtsamkeit, weniger Stress, Belastung, STS und BO erleben. Achtsamkeit scheint zumindest bei mäßiger Belastung und Stress einen Status als Schutzfaktor einzunehmen. Dies wird schon bei geringen Ausprägungen an Achtsamkeit deutlich. Ab sehr hohen Achtsamkeitswerten wird der Effekt jedoch abgeschwächt, was darauf schließen lässt, dass selbst hohe erlebte Achtsamkeit ab gewissen Ausprägungen von wahrgenommenem Stress und Belastung den Schutzfaktor verliert, was im Gegenzug zur Literatur steht, in der Achtsamkeit als aktives Instrument zur Linderung von BO, STS und CF besprochen wird (Brown et al., 2017; Conversano et al., 2020; Samios, 2018). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass eine generell annehmende, nicht wertende Haltung zwar förderlich ist im Umgang mit Problemen und Stressoren im Alltag, jedoch bei übermäßigem oder länger andauerndem Stress und wahrgenommener Belastung dies allein nicht mehr ausreicht. Hier kann Achtsamkeit somit eher ein präventiver, weniger ein interventiver Status, zugesprochen werden. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass eine generelle achtsame Haltung auch klinische Psycholog*innen darin unterstützen kann, mit Problemen im Alltag zurechtzukommen, und eine gute Methode darstellt, zumindest ersten Anzeichen von Stress und Belastung besser begegnen zu können.

8.2.Kritik und Ausblick

Diese Studie stellte eine erste Erhebung in Österreich über die professionelle Lebensqualität klinischer Psychologinnen dar. Aufgrund dieser erstmaligen Erhebung lassen sich Vor- und Nachteile identifizieren.

Diese Studie wurde als Online-Erhebung durchgeführt. Dies hatte vor allem ökonomische Vorteile. Ein Kritikpunkt ist jedoch, dass Online-Studien oft zu selektiven Stichproben führen. Es gibt derzeit 11,317 eingetragene klinische Psycholog*innen, jedoch war nur ein Teil der Email-Adressen auf der Website des Bundesministeriums veröffentlicht. Zwar wurde versucht, anhand getroffener probabilistischer Entscheidungen möglichst randomisiert zu rekrutieren, es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass es mögliche Unterschiede zwischen denjenigen Psycholog*innen gibt, die ihre Email-Adresse veröffentlicht haben, und solchen, die es nicht haben. Eventuell könnte Alter hier einen Bias darstellen. Die Studie bestand zudem aus 329 Teilnehmenden, wovon mehr als sechsmal so viele Frauen wie Männer den Fragebogen ausfüllten. Obwohl generell ein höherer Frauenanteil im Berufsfeld der*des Psycholog*in zu verzeichnen ist, könnte dies trotzdem zu Ergebnisverzerrungen führen. Weiters wurde durch Filterfragen versucht, die gewünschte Stichprobe zu erreichen, jedoch ließ sich weder überprüfen, ob die Teilnehmenden wahrheitsgemäß den Fragebogen ausfüllten, noch ob die Fragebogenbatterie mehr als einmal durchlaufen wurde. Die Studie stellte eine Selbstbeurteilung dar, die stets gewissen Einschränkungen unterliegt. Zudem konnten keine standardisierten Bedingungen gewährleistet werden. Generell, um diesen Limitationen in Zukunft zu begegnen, wäre es empfehlenswert, Online-Untersuchungen mit Vor-Ort-Untersuchungen zu verbinden.

Es wurden in dieser Studie klinische Psycholog*innen untersucht, die als solche hauptsächlich tätig sind und eine klinische Population betreuen. Diese Stichprobe wurde in Anbetracht dessen gewählt, dass die Betreuung einer klinischen Population spezifische Gegebenheiten und Belastungsfaktoren mit sich bringt. Der Tätigkeitsbereich klinischer Psycholog*innen ist jedoch breit gefächert, und so wurde in dieser Arbeit ein Großteil der Tätigkeitsfelder klinischer Psycholog*innen nicht angeschnitten. Auch wurde vor allem auf arbeitsbezogene Einflussfaktoren bezüglich der professionellen Lebensqualität fokussiert und andere bekannte Einflussvariablen aufgrund des Umfangs dieser Arbeit als Masterarbeit nicht miteinbezogen. Dies spiegelt sich auch in den Regressionsmodellen wider, die besonders bei den Variablen STS und CS nicht mehr als rund 30% bis ca. 40% der Varianz erklären. Für weitere Studien ist es daher wichtig, das Berufsfeld des*der klinischen Psycholog*in näher und umfassender zu betrachten sowie mehr Einflussvariablen und Belastungen in Analysen miteinzubeziehen.

Dabei sollten Faktoren wie Doppelbelastungen, Weiterbildungen, kritische Lebensereignisse einbezogen werden, und besonders im Zusammenhang mit STS sollte der Fokus auf die Arbeit und Umgang mit stark traumatisierten Klient*innen gelegt werden. Weiters ist angedacht, Belastungsfaktoren in nachfolgenden Arbeiten als Kovariaten einzubeziehen, wie auch mögliche Interaktions- und Mediationseffekte zu beleuchten. Dies könnte insbesondere dabei helfen, einen eventuellen Zusammenhang von Arbeitssetting und Arbeitstätigkeit näher zu beleuchten. Generell wären auch qualitative Untersuchungen ratsam, um Belastungsfaktoren zu eruieren, die spezifisch klinische Psycholog*innen in Österreich betreffen.

Generell ist anzumerken, dass die Aussagekraft sich bei Fragestellung 3 bezüglich wahrgenommenem Stress wie auch bei der Fragestellung 4 im Zusammenhang mit STS aufgrund verzerrender Ergebnisse der post-hoc-Tests bzw. verletzter Testvoraussetzungen eingeschränkt zeigt, was eine weitere Limitation dieser Arbeit darstellt. Weiters konnten im Vergleich zu früheren Arbeiten (vgl. Kipf, 2019) zwar hier akzeptable bis gute Werte bezüglich Reliabilität der ProQOL erreicht werden, nichtsdestotrotz wurde bei insgesamt vier Items nicht die geforderte Trennschärfe erreicht. Diese Items sollten entweder in zukünftigen Arbeiten überarbeitet oder ausgeschlossen werden.

Die vorliegende Untersuchung stellte weiters eine Querschnittstudie dar. Es können demnach keine kausalen Aussagen hinsichtlich der Ergebnisse getätigt werden. Folglich können keine intraindividuellen Veränderungen erfasst werden. Speziell im Hinblick auf Achtsamkeit wären Längsschnittstudien dennoch angedacht. Achtsamkeit präsentierte sich in dieser Studie als förderlicher Faktor für CS, jedoch nur als eingeschränkter protektiver Faktor gegenüber BO und STS. Es wäre interessant zu sehen, ob spezielle achtsamkeitsbasierte Interventionsprogramme Gefühle von BO, STS oder CF abschwächen können. Generell lassen sich jedoch definitiv Implikationen ableiten für die Einführung achtsamkeitsbasierter Präventionsprogramme. Eventuell könnten Seminare angeboten werden, die spezifisch auf klinische Psycholog*innen zugeschnitten sind und in denen ein achtsamkeitsbasierter Umgang mit Stress und Belastungen im Alltag thematisiert wird und in denen Psycholog*innen hilfreiche Werkzeuge an die Hand gegeben werden können.

Literaturverzeichnis

- Ackerley, G. D., Burnell, J., Holder, D. C., & Kurdek, L. A. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(6), 624–631. doi: 10.1037//0735-7028.19.6.624
- Aickin, A., & Gensler, H. (1996). Adjusting for multiple testing when reporting research results: The Bonferroni vs. Holm methods. *Public Health Briefs*, 86(5), 726–728. doi: 10.2105/ajph.86.5.726
- Allwood, C. M., Geisler, M., & Buratti, S. (2022). The relationship between personality, work, and personal factors to burnout among clinical psychologists: exploring gender differences in Sweden. *Counselling Psychology Quarterly*, 35(2), 324–343. doi: 10.1080/09515070.2020.1768050
- American Psychiatric Association (Ed.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- AMS Österreich. (2022a). *Klinischer Psychologe/Klinische Psychologin – AMS Berufslexikon*. Abgerufen am 3.01.2023 unter <https://www.berufslexikon.at/berufe/2269-Klinischer-Psychologe~Klinische-Psychologin/>
- AMS Österreich. (2022b). *PsychotherapeutIn – AMS Berufslexikon*. Abgerufen am 3.01.2023 unter <https://www.berufslexikon.at/berufe/2271-PsychotherapeutIn/>
- AMS Österreich. (2023). *Psychologe, Psychologin – AMS Berufslexikon*. Abgerufen am 16.01.2023 unter <https://www.berufslexikon.at/berufe/2268-Psychologe~Psychologin/>
- Baum, N. (2016). Secondary traumatization in mental health professionals: A systematic review of gender findings. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(2), 221–235. doi: 10.1177/1524838015584357
- Bearse, J. L., McMinn, M. R., Seegobin, W., & Free, K. (2013). Barriers to psychologists seeking mental health care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(3), 150–157. doi: 10.1037/a0031182
- Berufsverband Österreichischer Psycholog*innen. (2018). *Psychische Gesundheit in Österreich*. Abgerufen am 30.01.2023 unter https://www.boep.or.at/aktuelles/detail?news_item_id=5b39ec6c3c15c808a4000002
- Berufsverband Österreichischer Psycholog*innen. (2020). *Psychische Gesundheit in Österreich*. Abgerufen am 30.01.2023 unter https://www.boep.or.at/aktuelles/detail?news_item_id=5efc60033c15c8588f000053

- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Brown, J. L. C., Ong, J., Mathers, J. M., & Decker, J. T. (2017). Compassion fatigue and mindfulness: comparing mental health professionals and MSW student interns. *Journal of Evidence-Informed Social Work* 14, 119-130. doi: 10.1080/23761407.2017.1302859
- Buchheld, N. (2000). *Achtsamkeit in Vipassana-Meditation und Psychotherapie: Die Entwicklung des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FFA)*. Frankfurt: Peter Lang Verlag.
- Buchheld, N., & Walach, H. (2002). Achtsamkeit in Vipassana-Meditation und Psychotherapie. Die Entwicklung des „Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit“. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 50, 153–172.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020). *Selbsterfahrung/Supervision/kollegiale Intervision/Eigetherapie*. Abgerufen am 10.02.2023 von [Information, Selbsterfahrung, Supervision_\(BMGSPK\), 20.02.2020.pdf](#)
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2022a). *Berufsbeschreibung Klinische Psychologin, Klinischer Psychologe*. Abgerufen am 16.01.2023 von <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z/Klinische-Psychologin,-Klinischer-Psychologe.html>
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2022b). *Psychotherapeutin, Psychotherapeut*. Abgerufen am 16.01.2023 unter <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z/Psychotherapeutin,-Psychotherapeut.html>
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2023). *Liste der Klinischen Psychologinnen in Österreich*. Abgerufen am 28.02.2023 unter <http://klinischepsychologie.ehealth.gv.at/>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2022). *BfArM – ICD-10-GM Version2023*. Abgerufen am 19.01.2023 unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/#V>

- Campbell, J. (2013). *Prevalence of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Mental Health Care Professionals* (veröffentlichte Dissertation). Walden University, Minneapolis.
- CHS Institut. (o. J.). *Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit FFA*. Abgerufen am 3.01.2023 unter <https://chs-institute.org/news/16-freiburger-fragebogen-zur-achtsamkeit-ffa.html>
- CHS Institut. (2004). *Scoring the FFA*. Abgerufen am 3.01.2023 unter <https://chs-institute.org/media/news/16/attachment-1504271618.pdf>
- Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benight, C. C. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological Services, 11*(1), 75–86. doi:10.1037/a0033798
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Connally, D. (2012). The relationship between clinician sex, ethnicity, sexual identity and secondary traumatic stress. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 16*, 306–321. doi: 10.1080/19359705.2012.697002
- Conversano, C., Ciacchini, R., Orrù, G., Di Giuseppe, M., Gemignani, A., & Poli, A. (2020). Mindfulness, compassion, and self-compassion among health care professionals: What's new? A systematic review. *Frontiers in Psychology, 11*: 1683. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01683
- Craig, C. D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress and Coping, 23*(3), 319–339. doi: 10.1080/10615800903085818
- Dane, E. (2010). Paying attention to mindfulness and its effects on task performance in the workplace. *Journal of Management, 37*(4), 997–1018. doi: 10.1177/0149206310367948
- De La Rosa, G.M., Webb-Murphy, J. A., Feserman, S. F., & Johnston, S. L. (2018). Professional quality of life normative benchmarks. *Psychological Trauma, 10*(2), 225–228. doi: 10.1037/tra0000263
- Devilly, G. J., Wright, R., & Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 43*(4), 373-385. doi: 10.1080/00048670902721079

- Diehm, R. M., Mankowitz, N. N., & King, R. M. (2019). Secondary traumatic stress in Australian psychologists: Individual risk and protective factors. *Traumatology*, 25(3), 196–202. doi: 10.1037/trm0000181
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation* (5. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Eid, M., Gollwitzer, M., & Schmitt, M. (2017). *Statistik und Forschungsmethoden* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). London: Sage Publications Ltd.
- Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York, NY: Brunner/Mazel Publishers.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. doi: 10.1002/jclp.10090
- Fliege, H., Rose, M., Arck, P., Levenstein, S., & Klapp, B. F. (2001). Validierung des Perceived Stress Questionnaire (PSQ) an einer deutschen Stichprobe [Validation of the “Perceived Stress Questionnaire” (PSQ) in a German sample.]. *Diagnostica*, 47(3), 142–152. doi: 10.1026//0012-1924.47.3.142
- Fliege, H., Rose, M., Arck, P., Walter, O. B., Kocalevent, R. D., Weber, C., & Klapp, B. F. (2005). The Perceived Stress Questionnaire (PSQ) reconsidered: validation and reference values from different clinical and healthy adult samples. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 78–88. doi: 10.1097/01.psy.0000151491.80178.78. PMID: 15673628.
- Fye, H. J., Cook, R. M., Choi, Y. J., & Baltrinic, E. R. (2021). Professional quality of life and affective distress among prelicensed counselors. *Journal of Counseling and Development*, 99(4), 429–439. doi: 10.1002/jcad.12395
- Hayes, A. F. (2022a). *The PROCESS macro for SPSS, SAS, and R (Version 4.3)* [Software tool]. Abgerufen von <http://processmacro.org/download.html>
- Hayes, A. F. (Ed.). (2022b). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis. A regression-based approach* (3rd edition). New York: Guilford Press.
Abgerufen am 25.02.2023 unter
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=6809031>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.

- Hillert, A., Albrecht, A., & Voderholzer, U. (2020). The burnout phenomenon: A résumé after more than 15,000 scientific publications. *Frontiers in Psychiatry*, 11: 519237. doi: 10.3389/fpsyt.2020.519237
- Hülshager, U. R., Alberts, H. J. E. M., Feinholdt, A., & Lang, J. W. B. (2013). Benefits of mindfulness at work: the role of mindfulness in emotion regulation, emotional exhaustion, and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 98(2), 310–325. doi: 10.1037/a0031313
- IBM Corporation. (2020). *One-way ANOVA post hoc tests*. Abgerufen am 25.02.2023 unter <https://www.ibm.com/docs/en/spss-statistics/27.0.0?topic=anova-one-way-post-hoc-tests>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. doi: 10.1093/clipsy/bpg016
- Kelly, L., Runge, J., & Spencer, C. (2015). Predictors of compassion fatigue and compassion satisfaction in acute care nurses: Compassion fatigue. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(6), 522–528. doi:10.1111/jnu.12162
- Kipf, S. (2019). *Die Validierung der österreichischen Übersetzung der Professional Quality of Life Scale (ProQOL)* (Masterthese). Universität Wien. Abgerufen unter E-Thesis Universität Wien. (ID No. 59391)
- Kriakous, S. A., Elliott, K. A., Lamers, C., & Owen, R. (2021). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the psychological functioning of healthcare professionals: A systematic review. *Mindfulness*, 12(1), 1–28. doi: 10.1007/s12671-020-01500-9
- Kubinger, K. D., Rasch, D., & Moder, K. (2009). Zur Legende der Voraussetzungen des t-Tests für unabhängige Stichproben. *Psychologische Rundschau*, 60(1), 26–27. doi:10.1026/0033-3042.60.1.26
- Larsen, D., & Stamm, B. H. (2008). Professional quality of life and trauma therapists. In S. Joseph & P. A. Linley (Eds.), *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress* (S. 275–293). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.. doi: 10.1002/9781118269718.ch14
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, NY: Springer.
- Leiner, D. J. (2019). *SoSci Survey (Version 3.1.06)* [Computer software]. Available at <https://www.soscisurvey.de>

- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzi, C., & Andreoli, A. (1993). Development of the Perceived Stress Questionnaire: a new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(1), 19-32. doi: 10.1016/0022-3999(93)90120-5.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive behavior therapy for borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Martin-Cuellar, A., Atencio, D. J., Kelly, R. J., & Lardier, D. T. (2018). Mindfulness as a moderator of clinician history of trauma on compassion satisfaction. *Family Journal*, 26(3), 358–368. doi: 10.1177/1066480718795123
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. doi: 10.1002/wps.20311
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
- McCann, 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. doi: 10.1007/BF00975140
- McCormack, H. M., MacIntyre, T. E., O'Shea, D., Herring, M. P., & Campbell, M. J. (2018). The prevalence and cause(s) of burnout among applied psychologists: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 9:1897. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01897
- McGrath, K., Matthews, L. R., & Heard, R. (2022). Predictors of compassion satisfaction and compassion fatigue in health care workers providing health and rehabilitation services in rural and remote locations: A scoping review. *Australian Journal of Rural Health*, 30(2), 264–280. doi: 10.1111/ajr.12857
- Norrman Harling, M., Högman, E., & Schad, E. (2020). Breaking the taboo: eight Swedish clinical psychologists' experiences of compassion fatigue. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 15(1): 1785610. doi: 10.1080/17482631.2020.1785610
- O'Connor, K., Muller Neff, D., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, 53, 74–99. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.06.003

- Ondrejková, N., & Halamová, J. (2022). Prevalence of compassion fatigue among helping professions and relationship to compassion for others, self-compassion and self-criticism. *Health and Social Care in the Community*, 30(5), 1680–1694. doi: 10.1111/hsc.13741
- Padmanabhanunni, A. (2020). The cost of caring: secondary traumatic stress and burnout among lay trauma counsellors in the Western Cape Province. *South African Journal of Psychology*, 50(3), 385–394. doi: 10.1177/0081246319892898
- Persson, R., Schad, E., Borell, J., Jungert, T., Nipe, E., & Wahlberg, A. (2016). Psychologists work situation: cross-sectional associations between perceived workload, self-rated health and expectations on the future work situation. *Occupational and Environmental Medicine (London, England)*, 73(Suppl 1), A38. doi: 10.1136/oemed-2016-103951.102
- Rupert, P. A., & Dorociak, K. E. (2019). Self-care, stress, and well-being among practicing psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50(5), 343–350. doi: 10.1037/pro0000251
- Rupert, P. A., & Morgan, D. J. (2005). Work setting and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 544–550. doi: 10.1037/0735-7028.36.5.544
- Samios, C. (2018). Burnout and psychological adjustment in mental health workers in rural Australia: the roles of mindfulness and compassion satisfaction. *Mindfulness*, 9(4), 1088–1099. doi: 10.1007/s12671-017-0844-5
- Sauer, S., Strobl, C., Walach, H., & Kohls, N. (2013). Rasch-Analyse des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit. *Diagnostica*, 59(2), 86–99. doi: 10.1026/0012-1924/a000084
- Shoji, K., Lesniewska, M., Smoktunowicz, E., Bock, J., Luszczynska, A., Benight, C. C., & Cieslak, R. (2015). What comes first, job burnout or secondary traumatic stress? Findings from two longitudinal studies from the U.S. and Poland. *PLoS ONE*, 10(8): e0136730. doi: 10.1371/journal.pone.0136730
- 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. doi: 10.1002/jclp.22615
- Singh, J., Karanika-Murray, M., Baguley, T., & Hudson, J. (2020). A systematic review of job demands and resources associated with compassion fatigue in mental health professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19): 6987. doi: 10.3390/ijerph17196987

- Smart, D., English, A., James, J., Wilson, M., Daratha, K. B., Childers, B., & Magera, C. (2014). Compassion fatigue and satisfaction: A cross-sectional survey among US healthcare workers. *Nursing and Health Sciences*, 16(1), 3–10. doi: 10.1111/nhs.12068
- Stamm, B. H. (2005). *The ProQOL manual: The Professional Quality of Life Scale: Compassion satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales*. Baltimore, MD: Sidran Press. doi: 10.1037/tra0000263
- Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL manual* (2nd ed.). Abgerufen am 26.01.2023 https://img1.wsimg.com/blobby/go/dfc1e1a0-a1db-4456-9391-18746725179b/downloads/Manual%20-%20ProQOL%20Health_11.26.21.pdf?ver=1657301058860
- Statista, D. (2020). *Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund von Burn-out-Erkrankungen in Deutschland*. Abgerufen am 30.01.2023 unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/239872/umfrage/arbeitsunfaehigkeitsfaelle-aufgrund-von-burn-out-erkrankungen/>
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615–623. doi: 10.1037/0022-006X.68.4.615
- Thompson, I., Amatea, E., & Thompson, E. (2014). Personal and contextual predictors of mental health counselors' compassion fatigue and burnout. *Journal of Mental Health Counseling*, 36(1), 58–77. doi: 10.17744/mehc.36.1.p61m73373m4617r3
- Turgoose, D., & Maddox, L. (2017). Predictors of compassion fatigue in mental health professionals: A narrative review. *Traumatology*, 23(2), 172–185. doi: 10.1037/trm0000116
- Walach, H., Buchheld, N., Bütünmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness – The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543–1555. doi: 10.1016/j.paid.2005.11.025
- Williams, A. M., Reed, B., Self, M. M., Robiner, W. N., & Ward, W. L. (2020). Psychologists' practices, stressors, and wellness in academic health centers. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27(4), 818–829. doi: 10.1007/s10880-019-09678-4
- World Health Organization, WHO. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Abgerufen am 30.01. 2023 unter <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240049338>

Yip, S. Y. C., Mak, W. W. S., Chio, F. H. N., & Law, R. W. (2017). The mediating role of self-compassion between mindfulness and compassion fatigue among therapists in Hong Kong. *Mindfulness*, 8(2), 460–470. doi: 10.1007/s12671-016-0618-5

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.	Skalenbezeichnung und Beispielitems der österreichischen Übersetzung der PRoQOL	34
Tabelle 2.	Einteilung der Wertebereiche der Skalen der PRoQOL.....	34
Tabelle 3.	Häufigkeiten und Anteilswerte der Arbeitstätigkeit.....	46
Tabelle 4.	Häufigkeiten und Anteilswerte des Arbeitssettings	46
Tabelle 5.	Ausprägung der professionellen Lebensqualität in der Gesamtstichprobe in Häufigkeiten und Prozente	48
Tabelle 6.	Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α , Maximum und Minimum der korrigierten Trennschärfen für die Skalen der ProQOL, N=329.....	49
Tabelle 7.	Deskriptivstatistische Kennwerte und Ergebnisse der ANOVA der Skalen der ProQOL, Stress (PSQ-20), Belastung und Achtsamkeit (FFA-14) bezüglich Berufserfahrung. F-Wert mit Signifikanzwert und Freiheitsgraden, korrigiertem alpha, Effektstärken und Konfidenzintervalle der Effektstärken, N=329	51
Tabelle 8.	Post-hoc-Tests (Tukey-HSD) der Skalen ProQOL-BO, ProQOL-STs, wahrgenommener Stress (PSQ-20) und Achtsamkeit (FFA-14) bezüglich klinischer Psycholog*innen, die wenig Berufserfahrung (Wenig) ^a , mittlere Berufserfahrung (Mittel) ^b und viel Berufserfahrung (Viel) ^c haben. Mittelwertsdifferenzen, Standardabweichungen, Signifikanz, Konfidenzintervalle der Mittelwertsdifferenzen.....	52
Tabelle 9.	Deskriptivstatistische Kennwerte und Ergebnisse der Zweistichproben-t-Tests der Skala ProQOL-CS, des wahrgenommenen Stresses (PSQ-20), der wahrgenommenen Belastung und der Achtsamkeit (FFA-14) bei Männern (M) ^a und Frauen (W) ^b bzw. bei Klinik/Institutionssetting (K/I) ^c und Praxissetting (Praxis) ^d . Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert mit Signifikanzwert und Freiheitsgraden, Effektstärken und Konfidenzintervalle der Effektstärken	53
Tabelle 10.	Häufigkeiten und Anteilswerte von Psycholog*innen, die rein therapeutisch/behandelnd/beratend (T) ^a , rein diagnostizierend (D) ^b oder beidseitig (T/D) ^c tätig sind, nach Arbeitssetting in einer Klinik/Institution ^d oder in der Praxis ^e . N=329	55
Tabelle 11.	Post-hoc-Tests der Skala der ProQOL-BO, ProQOL-CS und wahrgenommener Stress (PSQ-20) bezüglich klinischer Psycholog*innen, die rein behandelnd/beratend/therapeutisch (T) ^a , rein diagnostizierend (D) ^b und sowohl behandelnd/beratend/therapeutisch als auch diagnostizierend (T/D) ^c tätig sind.	

Mittelwertsdifferenzen, Standardabweichungen, Signifikanz, Konfidenzintervalle der Mittelwertsdifferenzen	56
Tabelle 12. Deskriptivstatistische Kennwerte und Ergebnisse der ANOVA der Skalen der ProQOL und der Achtsamkeit (FFA-14) bei Psycholog*innen, die jeweils über höheren Stress bzw. niedrigeren Stress (PSQ-20) (Stress) und höherer wahrgenommener Belastung bzw. niedriger wahrgenommener Belastung (Belastung) berichteten. F-Wert mit Signifikanzwert und Freiheitsgraden, Effektstärken.....	
	59
Tabelle 13. Deskriptivstatistische Kennwerte und Ergebnisse der Zweistichproben-t-Tests der Skalen der ProQOL, wahrgenommener Stress (PSQ-20) sowie wahrgenommene Belastung bezüglich klinischer Psycholog*innen, die über niedrigere Achtsamkeit (NA) ^a bzw. höhere Achtsamkeit (HA) ^b berichten. Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert mit Signifikanzwert und Freiheitsgraden, korrigiertem alpha, Effektstärken und Konfidenzintervalle der Effektstärken	
	61
Tabelle 14. Ergebnisse der Regressionsanalysen für die Prädiktoren der professionellen Lebensqualität (ProQOL) mit standardisierten und unstandardisierten Regressionskoeffizienten und Standardabweichung, Signifikanzbeurteilung, R^2 , korrigierten R^2 Werten und Variance Inflation Factor	
	65

Abkürzungsverzeichnis

PSQ-20	Perceived Stress Questionnaire (PSQ-20) – Fragebogen zur Erfassung subjektiv erlebten Stress in der Kurzversion
PRoQOL	Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Fatigue/ Skala zur Erfassung der beruflichen Lebensqualität – Mitgefühlzufriedenheit und Mitgefühlsmüdigkeit
FFA-14	Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA-14) – Kurzversion
CS	Compassion Satisfaction (Mitgefühlzufriedenheit)
CF	Compassion Fatigue (Mitgefühlsmüdigkeit)
BO	Burnout
STS	Sekundäre Traumatisierung
ANOVA	Varianzanalyse
MLR	Multiple lineare Regression