MSH Medical School Hamburg
University of Applied Sciences and Medical University

Fakultät Humanwissenschaften

Bachelorstudiengang Psychologie

Bachelorarbeit

Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und Selbstmitgefühl mit Wohlbefinden in der Allgemeinbevölkerung

vorgelegt von: Esther Kappe
Matrikelnummer 212904002

vorgelegt am: 29.01.2024

Semester: 6. Semester

Modulbezeichnung: M29 Bachelorarbeit

Erstgutachter: Prof. Dr. Dr. Thomas Schnell

Zweitgutachter: Dr. Inka Eisfeld

Abstract

In den letzten 30 Jahren wurden die Themen Achtsamkeit und Selbstmitgefühl vermehrt mit einem hohen Wohlbefinden in Verbindung gebracht. Die vorliegende Forschungsarbeit zielt darauf ab, den genauen Zusammenhang der Variablen sowie deren einzelner Facetten zu untersuchen. Es wurde eine quantitative Querschnittsstudie als Online-Fragebogenuntersuchung (N=193) durchgeführt. Die Stichprobe besteht aus 77.7% weiblichen, 21.8% männlichen und 0.5% diversen Teilnehmenden. Der Altersdurchschnitt liegt bei M=35.7 (SD=17.2) Jahren. Wohlbefinden wurde mit dem Wohlbefinden-Index der WHO, Achtsamkeit mit dem Five Facet Mindfulness Questionaire und Selbstmitgefühl mit der Self-Compassion Scale gemessen. Die Untersuchung ergab, dass Achtsamkeit insgesamt stark mit dem Wohlbefinden zusammenhängt (r=.55), die einzelnen Achtsamkeitsfacetten zeigen dabei alle einen signifikanten Zusammenhang zu Wohlbefinden außer *Beobachten.* Selbstmitgefühl hat sowohl in der positiven Ausprägung (r=.57) als auch in der negativen Ausprägung (r=.58) einen großen Zusammenhang zu Wohlbefinden. Achtsamkeit und Selbstmitgefühl können das Wohlbefinden signifikant vorhersagen (R^2=.40), Selbstmitgefühl erweist sich dabei als der etwas bessere Prädiktor, der 5% mehr Varianz aufklären kann. Die vorliegende Studie liefert Hinweise darauf, dass sich die Förderung von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl zur Steigerung des Wohlbefindens eignet.

Keywords: Achtsamkeit, Selbstmitgefühl, Wohlbefinden

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 1

2 Theoretischer Hintergrund 3

2.1 Ursprung und Definitionen von Achtsamkeit 4

2.2 Ursprung und Definitionen des Selbstmitgefühls 5

2.3 Heutige Relevanz von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl 6

2.4 Ursprung und Definitionen des Wohlbefindens 7

3 Empirischer Hintergrund 8

3.1 Die Rolle von Achtsamkeit 8

3.1.1 Achtsamkeit als Persönlichkeitseigenschaft 9

3.1.2 Der Wirkmechanismus von Achtsamkeit aufs Wohlbefinden 10

3.1.3 Die Relevanz der Achtsamkeitsfacetten 10

3.2 Die Rolle von Selbstmitgefühl 11

3.2.1 Self-Compassion Mindsets 11

3.2.2 Die moderne Konzeptualisierung von Selbstmitgefühl in zwei Facetten 12

3.2.3 Neuronale Verarbeitung von Selbstmitgefühl 13

3.2.4 Über die Entstehung von Mitgefühl und Selbstmitgefühl 14

3.3 Achtsamkeit und Selbstmitgefühl verstärken sich gegenseitig 14

3.4 Selbstmitgefühl als stärkerer Prädiktor 15

3.5 Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl 15

4 Ableitung der Fragestellung und Hypothesen 16

5 Methoden 17

5.1 Operationalisierung 17

5.1.1 Achtsamkeit 17

5.1.2 Selbstmitgefühl 18

5.1.3 Wohlbefinden 19

5.2 Stichprobenansatz 19

5.3 Datenerhebung 19

5.4 Ethik 20

5.5 Auswertungsverfahren 20

6 Ergebnisse 21

6.1 Stichprobenbeschreibung 21

6.2 Deskriptive Statistik 22

6.3 Reliabilitätsanalyse der Fragebögen 24

6.4 Voraussetzungsprüfung der statistischen Verfahren 25

6.4.1 Bivariate Korrelation 25

6.4.2 Multiple lineare Regression 25

6.5 Hauptergebnisse 26

6.5.1 Prüfung der Hypothese 1 26

6.5.2 Prüfung der Hypothese 2 27

6.5.3 Prüfung der Hypothese 3 28

6.5.4 Prüfung der Hypothese 4 29

6.5.5 Prüfung der Hypothese 5 31

7 Diskussion 32

7.1 Interpretation der Hauptergebnisse 32

7.1.1 Signifikante Korrelation zwischen Achtsamkeit und Wohlbefinden 32

7.1.2 Signifikante Korrelationen zwischen Selbstmitgefühl und Wohlbefinden . 33

7.1.3 Die positiven und die negativen Komponenten von Selbstmitgefühl unterscheiden sich nicht im Zusammenhang zu Wohlbefinden 34

7.1.4 Achtsamkeit und Selbstmitgefühl erklären 40% der Varianz im Ausmaß des Wohlbefindens 35

7.1.5 Selbstmitgefühl ist ein besserer Prädiktor für Wohlbefinden als Achtsamkeit 35

7.2 Zusammenfassende Interpretation und Implikationen 36

7.3 Methodische Kritik 36

7.4 Ausblick 38

8 Literaturverzeichnis XXXIX

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Der edle achtfache Pfad 4
Abbildung 2 Stichprobenbeschreibung 22

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Deskriptive Ergebnisse der verwendeten Fragebögen 24
Tabelle 2 Korrelationen von Achtsamkeit und Wohlbefinden 27
Tabelle 3 Korrelation von Selbstmitgefühl und Wohlbefinden 28
Tabelle 4 Regressionsmodell aller Variablen 29
Tabelle 5 Koeffizienten der Subskalen Selbstmitgefühl und Achtsamkeit 30
Tabelle 6 Regressionsmodell Vergleich Selbstmitgefühl und Achtsamkeit 31

1 Einleitung

In der heutigen Gesellschaft spielen die Themen Gesundheit und Lebenszufriedenheit eine bedeutende Rolle. Zahlreiche Handlungen und Entscheidungen Einzelner sind darauf ausgerichtet, das persönliche Wohlbefinden und die Lebensqualität zu steigern. Auch in der Forschungsliteratur liegt der Fokus nicht mehr nur auf Störungen und Dysfunktionen, sondern auch auf Wohlbefinden und mentaler Gesundheit (Huppert, 2009; Khalid & Syed, 2024; MacLeod, 2012; Mavisakalyan et al., 2024; Park et al., 2023; Ryan & Deci, 2001; Sirgy, 2019). Diese positive Sichtweise ist auch in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation verankert, in der Gesundheit als „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ definiert wird (World Health Organization, WHO, 1948). Der Zugang zu medizinischen, psychologischen und verwandten Kenntnissen für die gesamte Bevölkerung ist dabei laut WHO (1948) eine wesentliche Voraussetzung für die vollständige Verwirklichung der Gesundheit.

Auch die Politik priorisiert zunehmend Maßnahmen zur Steigerung des Wohlbefindens in der Bevölkerung: das Bundesministerium für Gesundheit hat u.a. als nationales Gesundheitsziel formuliert, dass die gesundheitliche Kompetenz der Bevölkerung erhöht werden soll (Bundesministerium für Gesundheit, BMG, 2003; aktualisiert 2011). Dazu gehört auch die Aneignung von Gesundheitswissen und dessen Integration in den persönlichen Alltag. Die steigenden Prävalenzen von psychischen Störungen (vgl. Bayer, 2019) verdeutlichen ebenfalls, wie wichtig es ist, Informationen zur Verbesserung des Wohlbefindens aufzuzeigen, um die Vorsorge und Prävention, aber auch den Umgang mit Krankheiten zu erleichtern.

Ein hohes psychisches Wohlbefinden hat unzählige Vorteile, die über das bloße *sich gut Fühlen* hinaus gehen. Es ist verbunden mit einer besseren körperlichen Gesundheit sowie einer höheren Lebenserwartung (Danner et al., 2001; Huppert & Whittington, 2003; Ostir et al., 2001) und wird darüber hinaus mit flexiblem und kreativem Denken sowie prosozialem Verhalten in Verbindung gebracht (Huppert, 2009). In der Fachliteratur besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass das Wohlbefinden durch die Kultivierung von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl signifikant gesteigert werden kann. Dies zeigt sich in Studien, welche die

Verbindung zwischen Achtsamkeit und Wohlbefinden untersuchen (Fincham et al., 2023; Fjorback et al., 2011; Iani et al., 2017; Jones & Drummond, 2023; Keng et al., 2011; Maloney et al., 2023; Scafuto et al., 2024; Verhaeghen & Aikman, 2022). Zu demselben Ergebnis kommen Untersuchungen, die sich der Assoziation von Selbstmitgefühl und Wohlbefinden widmen (Chio et al., 2021; Ericson et al., 2023; Ewert et al., 2024; Holden et al., 2021; Jacquet et al., 2024; Kim & Ko, 2018; Neff & Costigan, 2014; Sirois, 2020). Studien, welche beide Themen kombinieren, kommen ebenfalls zu dem Schluss, dass Achtsamkeit und Selbstmitgefühl ein effektiver Weg sind, um das Wohlbefinden zu erhöhen (Baer et al., 2012; Hollis-Walker & Colosimo, 2011; Soysa & Wilcomb, 2015; Voci et al., 2019; Woodruff et al., 2014; Yela et al., 2022; Yousefi Afrashteh & Hasani, 2022).
Wie die Variablen Achtsamkeit, Selbstmitgefühl und Wohlbefinden genau zusammenhängen, ist Gegenstand des aktuellen Forschungsinteresses. Die Befunde von Tran et al. (2022) belegen einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und psychischen Leiden wie Angst, Depression und Stress. Dieser Zusammenhang konnte zum Großteil erklärt werden durch das Ausmaß an Selbstmitgefühl und psychischem Wohlbefinden der Probanden.

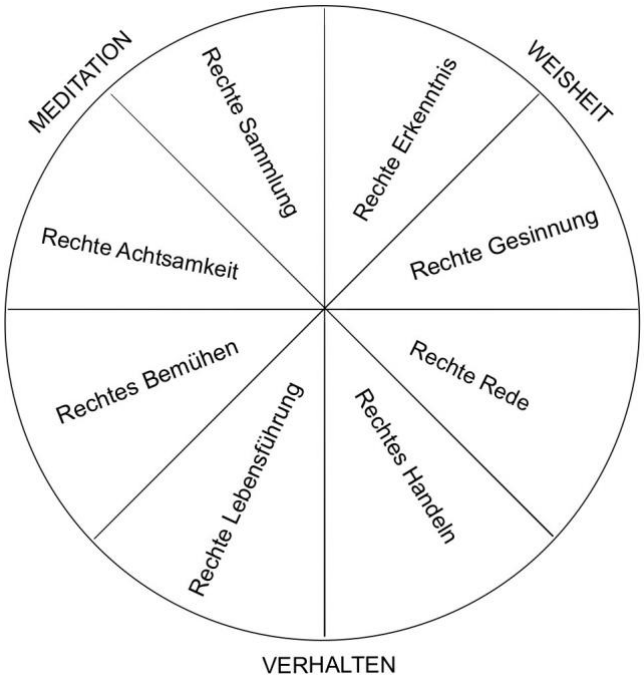
Ziel dieser Arbeit ist es, zu untersuchen, inwieweit Achtsamkeit und Selbstmitgefühl sowie deren einzelne Facetten mit Wohlbefinden in Verbindung stehen, um mit dieser Information zum individuellen Selbstmanagement von Gesundheit und Wohlbefinden und damit zu einer allgemein zufriedeneren Allgemeinbevölkerung beizutragen. Die zentrale Fragestellung dabei ist*: Inwiefern lassen sich Zusammenhänge zwischen den Konstrukten Achtsamkeit, Selbstmitgefühl und Wohlbefinden in der Allgemeinbevölkerung beobachten?* Dafür werden zunächst der theoretische und empirische Hintergrund dargelegt, anschließend die zugrundeliegende Untersuchung beschrieben und darauffolgend die Ergebnisse erläutert und mit Rückbezug auf den empirischen Hintergrund interpretiert und diskutiert. Als letztes folgt eine kritische Reflektion von Limitationen der Studie sowie ein abschließender Ausblick.

2 Theoretischer Hintergrund

Der folgende Abschnitt widmet sich dem theoretischen Hintergrund sowie Definitionen der Variablen Achtsamkeit, Selbstmitgefühl und Wohlbefinden. Ursprünglich stammen gezielte Übungen der Achtsamkeit und des Mitgefühls aus der östlichen buddhistischen Tradition und wurden dort schon vor über 2500 Jahren praktiziert. Der Theravada-Buddhismus legt seinen Schwerpunkt dabei auf Achtsamkeit und liebevolle Güte, während sich die Mahayana-Praktiken speziell auf Mitgefühl konzentrieren (Leighton, 2003). Buddha sagte am Ende seines Lebens, dass Achtsamkeit und Mitgefühl seine Hauptlehren gewesen seien. Sie sind beide Teil des *edlen achtfachen Pfades*, der, der buddhistischen Lehre zufolge, den Weg zur Erleuchtung darstellt (Gilbert, 2013). Der edle achtfache Pfad ist in Abbildung 1 abgebildet. Der erste Pfad *rechte Erkenntnis* steht für das Verständnis von Leid. Mitgefühl stellt den zweiten Pfad *rechte Gesinnung* dar, indem eine mitfühlende Absicht geschaffen wird. Der dritte Pfad *rechte Rede* weist darauf hin, sich gütig gegenüber anderen zu äußern. Der vierte Pfad *rechtes Handeln* meint ein Verhalten im sozialen Sinne. Der fünfte Pfad *rechte Lebensführung* bedeutet, das anderen Individuen nicht geschadet werden soll. Der sechste Pfad *rechtes Bemühen* ist auf die Regulierung negativer Affekte bezogen. Achtsamkeit stellt den siebten Pfad *rechte Achtsamkeit* dar. Der achte Pfad *rechte Sammlung* meint die Konzentration auf Dinge wie Mitgefühl und Achtsamkeit. Die acht Glieder umfassen die übergeordneten Themen Weisheit, Meditation und Verhalten (Gilbert, 2013).

Abbildung 1

Der edle achtfache Pfad



Anmerkung. Quelle: In Anlehnung an von Allmen (2007), Seite 208

Ab den 1990er Jahren begann auch die westliche psychologische Forschung, sich zunehmend für diese Konzepte zu interessieren. Besonders bedeutsam sind u.a. die Werke von Jon Kabat-Zinn im Bereich der Achtsamkeit sowie Kristin Neffs und Paul Gilberts Arbeiten zum Thema Selbstmitgefühl. Sie haben das heutige Verständnis dieser Konstrukte maßgeblich geprägt.

2.1 Ursprung und Definitionen von Achtsamkeit

Das Wort Achtsamkeit, im englischen *Mindfulness*, ist entstanden aus einer Übersetzung des Pali-Wortes *sati*, welches so viel bedeutet wie *erinnern*. Es spielt auf einen klaren Geist an, denn nur Dinge, die aufmerksam wahrgenommen werden, können später erinnert werden. Das Konzept bezieht sich somit mehr auf die Gegenwart als auf die Vergangenheit. Im Allgemeinen steht Achtsamkeit als Bewusstseinsform für *Geistesgegenwart* (Bodhi, 2003).

1979 entwickelte Jon Kabat-Zinn die *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), ein achtwöchiges Achtsamkeitstraining, das sich ursprünglich an Patienten mit chronischen Schmerzen richtete und aus verschiedenen Formen der Achtsamkeitsmeditation sowie Yoga besteht. Er gründete die *Stress Reduction*

Clinik in Massachusetts und brachte damit die Achtsamkeitspraxis auch in die westliche Kultur und zunehmend in den Fokus der Forschung (Kabat-Zinn, 1990). Von ihm stammt ebenfalls eine klassische Definition, in der Achtsamkeit als bewusste Aufmerksamkeit beschrieben wird, die nicht-wertend auf den gegenwärtigen Moment gerichtet ist (Kabat-Zinn, 1990). Eine weitere Definition entwickelten Brown & Ryan. Sie schlagen vor, Achtsamkeit als rezeptive Aufmerksamkeit und Gewahrsein der gegenwärtigen Ereignisse und Erfahrungen zu verstehen (Brown & Ryan, 2003). In seinem Kern beruht Achtsamkeit auf Aufmerksamkeit und Wahrnehmung, sie bilden die Grundlage für die Entstehung von Bewusstheit (Brown et al., 2007). Dabei gilt Achtsamkeit nicht als eindimensionales, sondern als multidimensionales Konstrukt. Laut der auf einem Konsensustreffen in Toronto entwickelten Definition von Bishop et al. (2004) setzt sich Achtsamkeit aus zwei Komponenten zusammen: (1) der Selbstregulierung der Aufmerksamkeit, um sich auf die gegenwärtige Erfahrung zu konzentrieren, und (2) einer Herangehensweise an Erfahrungen, die auf Neugier, Offenheit und Akzeptanz beruht. Der in der vorliegenden Arbeit verwendete Achtsamkeitsbegriff basiert auf dem Verständnis von Baer et al. (2006): nach ihm besteht Achtsamkeit aus den fünf Facetten *Akzeptieren ohne Bewertung*, *Beschreiben*, *Beobachten*, *mit Aufmerksamkeit handeln* und *Nichtreaktivität*.

2.2 Ursprung und Definitionen des Selbstmitgefühls

Das Wort Mitgefühl, im englischen *Compassion*, leitet sich von dem lateinischen Wort *compati* ab und bedeutet so viel wie *mitleiden*. Selbstmitgefühl bezieht sich demnach auf das Mitleiden mit dem Selbst (Gilbert, 2013). Seit tausenden von Jahren ist sowohl Selbstmitgefühl als auch Mitgefühl für andere ein zentraler Aspekt der Buddhistischen Praxis, der schon damals dafür bekannt war, das Wohlbefinden zu steigern (Dalai Lama, 1995). Eine bekannte Definition beschreibt Mitgefühl als Empfindsamkeit gegenüber dem eigenen Leid und dem anderer Menschen, verbunden mit einer tiefen Hingabe, dieses lindern zu wollen (Dalai Lama, 1995).

Kristin Neff befasste sich mit dem Konzept des Selbstmitgefühls ab Anfang der 2000er Jahre als eine der ersten westlichen Forschenden. Die Autorin definiert Selbstmitgefühl als eine gesunde Einstellung und Beziehung zu sich selbst, bei der

man sich selbst mit Freundlichkeit und Verständnis begegnet, vor allem in Situationen von Schmerz oder Versagen (Neff, 2003a).

Selbstmitgefühl besteht in positiver Ausprägung aus den Komponenten *Selbstbezogene Freundlichkeit*, *Verbindende Humanität* und *Achtsamkeit* sowie in negativer Ausprägung aus den Komponenten *Selbstverurteilung*, *Isolation* und *Überidentifizierung* (Neff, 2003b). Im Folgenden werden die einzelnen Facetten erklärt, um ein besseres Verständnis zu schaffen. Die Erklärungen orientieren sich an der Darstellung in Neff & Dahm (2015).
Selbstbezogene Freundlichkeit bedeutet, empathisch und liebevoll auf eigene Fehler zu reagieren und sich selbst mental zu unterstützen, in einer Art und Weise wie man auch einem lieben Freund, der gerade einen Fehler gemacht hat, gut zureden und Mut machen würde. *Selbstverurteilung* bedeutet dagegen, sich in solchen Momenten zu kritisieren und zu entwerten. *Verbindende Humanität* heißt, zu realisieren, dass Leid eine grundlegende menschliche Erfahrung ist, die alle Lebewesen teilen, und dass Individuen mit ihren Fehlern und in Momenten des Versagens nicht allein, sondern miteinander verbunden sind. *Isolation* ist stattdessen die Tendenz, eigenen Schmerz als Trennung von anderen zu erleben und das Gefühl zu haben, allen anderen würde es besser gehen, nur man selbst leidet. Es kann ebenfalls das Gefühl auftreten, alle anderen wären perfekt, nur man selbst ist fehlerbehaftet. *Achtsamkeit* als Facette des Selbstmitgefühls bedeutet, sich den schmerzhaften Gedanken und Gefühlen, die mit Leid einhergehen, zu stellen und sie bewusst und urteilsfrei wahrzunehmen, anstatt sie zu unterdrücken. Nur wenn Individuen ihren Schmerz wahrnehmen, können sie mit Selbstmitgefühl darauf reagieren. Mit *Überidentifizierung* ist gemeint, dass Individuen ihren Gedanken zu viel Bedeutung beimessen, sich in ihre negativen Kognitionen hineinsteigern und möglicherweise sogar ihre Identität dort hineininterpretieren, statt Gedanken als vergängliche kognitive Ereignisse anzusehen (Neff & Dahm, 2015).

2.3 Heutige Relevanz von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl

Heutzutage sind Achtsamkeit und Selbstmitgefühl aus der westlichen Gesellschaft nicht mehr wegzudenken. Sie sind fest in der Gesundheitsversorgung verankert als

Bausteine unterschiedlicher psychotherapeutischer Konzepte. Selbstmitgefühl fand vor allem seit der von Paul Gilbert entwickelten *Compassion Focused Therapy* (CFT) Beachtung in der Psychotherapie. Diese stützt sich auf Erkenntnisse der Evolutionspsychologie und der affektiven Neurowissenschaften und enthält als zentrales Element das *Compassionate Mind Training* (CMT) (Gilbert, 2013). Um das Selbstmitgefühl auch der Allgemeinbevölkerung zugänglicher zu machen, haben außerdem Kristin Neff und Chris Germer (2013) das *Mindful Self-Compassion Training* (MSC) entwickelt, ein achtwöchiges Training, das aus formaler Meditation, Liebevoller-Güte-Meditation sowie Affirmationen besteht.

Auch Achtsamkeit ist ein großes Thema in der heutigen psychotherapeutischen Praxis. Von der Idee der achtsamkeitsbasierten Stressbewältigung inspiriert, wurde die *Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie* (MBCT) entwickelt (Teasdale et al., 2000). Ebenfalls achtsamkeitsbasierte Elemente enthalten die *Dialektisch-Behaviorale Therapie* (DBT) von Linehan (1987) und die *Akzeptanz- und Commitment-Therapie* (ACT) von Hayes (1999). Achtsamkeit war darüber hinaus die Basis für die Entwicklung unzähliger Meditationsapps, Selbsthilfebücher, Atemtechniken und Yogakurse, die zum persönlichen Stressmanagement verwendet werden können (Levin et al., 2020; Linardon, 2020; Meister & Becker, 2018). Zu den beliebtesten Achtsamkeits-praktiken, die bei Angst und Stress helfen, zählen die Sitzmeditation, der Bodyscan und das Hatha Yoga (Call et al., 2014). Die Popularität des Achtsamkeitskonzeptes kann insgesamt als kollektiver Selbstregulationsmechanismus gesehen werden und weist auf den Wunsch nach Entschleunigung und Entspannung in der heutigen, hektischen Zeit hin (Schmidt, 2014).

2.4 Ursprung und Definitionen des Wohlbefindens

Innerhalb der psychologischen Forschung gibt es verschiedene Begriffe des Wohlbefindens. Dabei kann man zwischen *hedonistischem Wohlbefinden* und *eudamonischem Wohlbefinden* unterscheiden. Diese Konzepte haben ihren Ursprung bereits in der Antike und prägten das westliche Verständnis von Lebensqualität und Zufriedenheit maßgeblich. Der Begriff *Hedonismus* geht auf antike Philosophen wie Aristippos von Kyrene und Epikur zurück und steht für das *Streben nach Genuss*. Der Begriff *Eudamonia* wurde von Aristoteles geprägt und

meint das *Verwirklichen von Potenzialen* (Fritz-Schubert, 2017). Hedonistisches Wohlbefinden ist das Streben nach Glück im Sinne von Annäherung an Vergnügen sowie Vermeidung von Schmerz und Unlust. Eudamonisches Wohlbefinden steht für optimales psychisches Funktionieren, die Verwirklichung von Potenzialen und ein sinnerfülltes Leben (Ryan & Deci, 2001). Das hedonistische Wohlbefinden kann auch als *subjektives Wohlbefinden* (SWB) bezeichnet werden. Subjektives Wohlbefinden besteht aus drei Facetten: *Lebenszufriedenheit, das Vorhandensein positiver Gefühle* sowie *die Abwesenheit negativer Gefühle* (Diener, 1984). Das eudamonische Wohlbefinden wird auch als *psychologisches Wohlbefinden* (PWB) bezeichnet. Das psychologische Wohlbefinden besteht aus sechs Facetten: *Autonomie*, *persönliches Wachstum*, *Selbstakzeptanz*, *Lebenssinn*, *Umweltbewältigung* und *positive Beziehungen zu anderen Menschen* (Ryff & Keyes, 1995). Ein weiteres Konzept ist das *emotionale Wohlbefinden*, das als Oberbegriff für psychologische Konzepte wie Lebenszufriedenheit, Lebenssinn und positive Emotionen gilt (Feller et al., 2018). Der moderne Begriff *Flourishing*, deutsch *aufblühen*, kommt aus der positiven Psychologie und beschreibt eine Art des gelingenden Lebens, die sowohl hedonistisches als auch eudamonisches Wohlbefinden beinhaltet (Seligman, 2011).

3 Empirischer Hintergrund

Im Folgenden wird der aktuelle Forschungsstand zu den Themen Achtsamkeit und Selbstmitgefühl zusammengefasst, bezogen jeweils auf ihren Zusammenhang mit dem Wohlbefinden.

3.1 Die Rolle von Achtsamkeit

Innerhalb der letzten Jahre stieg das Interesse an Achtsamkeit innerhalb der psychologischen Forschung rasant an. Es gibt zahlreiche Studien, deren Befunde darauf hinweisen, dass sich Achtsamkeit positiv auf das Wohlbefinden auswirkt (Fincham et al., 2023; Fjorback et al., 2011; Iani et al., 2017; Jones & Drummond, 2023; Keng et al., 2011; Maloney et al., 2023; Scafuto et al., 2024; Verhaeghen & Aikman, 2022). Es konnte ein starker Zusammenhang (r=.75) zwischen Achtsamkeit und Wohlbefinden festgestellt werden (Hollis-Walker & Colosimo, 2011). Achtsamkeit kann persönliches Wachstum und das Empfinden von

Lebenssinn fördern (Scafuto et al., 2024), zu höherer Lebenszufriedenheit beitragen und Stresssymptome mindern (Magalhães et al., 2023). Darüber hinaus trägt es zu mentalem Wohlbefinden und verbesserter Emotionsregulation bei (Fazia et al., 2023).

Achtsamkeit wird in der Forschungsliteratur einerseits als Zustand, andererseits als stabile Eigenschaft (Disposition) konzeptualisiert. Sowohl der Zustand Achtsamkeit als auch die Eigenschaft Achtsamkeit gilt als Prädiktor für das Ausmaß an positiven Gefühlen, die eine Person empfindet (Brown & Ryan, 2003). Der Zustand der Achtsamkeit kann signifikant gesteigert werden durch Achtsamkeitstrainings, diese wiederum wirken sich positiv auf das Wohlbefinden aus (Fjorback et al., 2011; Shapiro et al., 2008). Es wird davon ausgegangen, dass eine durch das Training entstehende Veränderung im zentralen und autonomen Nervensystem, die sich in Veränderungen in der Selbstkontrolle widerspiegelt, den positiven Einfluss auf das Wohlbefinden bewirkt (Tang et al., 2019).

3.1.1 Achtsamkeit als Persönlichkeitseigenschaft

Dispositionelle Achtsamkeit kommt in der Bevölkerung in unterschiedlichem Maß vor, unabhängig von der Achtsamkeitspraxis (Kabat-Zinn, 1990). Männer haben in Untersuchungen signifikant höhere Achtsamkeitswerte als Frauen (Neff, 2003b). Menschen mit einem hohen Grad an dispositioneller Achtsamkeit unterscheiden sich von Menschen mit einem niedrigen Grad an dispositioneller Achtsamkeit durch eine höhere Aktivität im präfrontalen Kortex, im anterioren cingulären Kortex und im insulären Kortex sowie durch eine geringeren Aktivität in der Amygdala, wenn sie sich mit emotional relevanten Aufgaben beschäftigen (Wheeler et al., 2017).

In einer systematischen Übersichtsarbeit fanden Tomlinson et al. (2018) heraus, dass dispositionelle Achtsamkeit sowohl in negativem Zusammenhang zu psychopathologischen Symptomen als auch in positivem Zusammenhang zu adaptiven kognitiven Prozessen steht. Laut den Autoren scheinen kognitive Prozesse dabei der Schlüsselmechanismus zu sein, der den Einfluss der dispositionellen Achtsamkeit auf die psychische Gesundheit erklärt. Durch eine achtsame, wertfreie Einstellung werden negative Gedankenmuster wie z. B. Grübeln unterbrochen, die einen Risikofaktor für psychische Störungen darstellen. Darüber hinaus scheint dispositionelle Achtsamkeit ebenso mit einer besseren Regulation und Verarbeitung von Emotionen verbunden zu sein (Tomlinson et al.,

2018). Der Zusammenhang zwischen dispositioneller Achtsamkeit und Indikatoren für die psychische Gesundheit kann also teilweise durch eine Verringerung maladaptiver automatisierter kognitiver Prozesse erklärt werden (Fuochi & Voci, 2020).

3.1.2 Der Wirkmechanismus von Achtsamkeit aufs Wohlbefinden

Es gibt verschiedene Modelle, die den Wirkmechanismus von Achtsamkeit auf das Wohlbefinden erklären. Die *Mindfulness-to-Meaning Theorie* (MMT) besagt, dass Achtsamkeit das Wohlbefinden erhöht, indem sie Prozesse wie das Abstand nehmen von anfänglichen Stressbewertungen, positive Neubewertung, positive Affekte und das Genießen des gegenwärtigen Augenblickes bzw. eine adaptive Emotionsregulation fördert (Garland et al., 2017; Sgherza et al., 2022; Wang et al., 2023). Eine Längsschnittstudie ergab, dass, mediiert durch diese psychologischen Prozesse, die Lebensqualität auch sechs Jahre nach einem MBSR-Achtsamkeitstraining noch erhöht war (Hanley et al., 2021).

Die *Broaden-and-Build-Theorie* geht davon aus, das die Verstärkung positiver Emotionen durch Achtsamkeit dem Einzelnen dabei helfen kann, Stressoren zu bewältigen und die Abwärtsspirale negativer Emotionen zu unterbrechen (Johnson et al., 2021).

3.1.3 Die Relevanz der Achtsamkeitsfacetten

Bezüglich der einzelnen Facetten von Achtsamkeit ergab eine aktuelle Studie von Roemer et al. (2021), dass die Komponente *Nichtreaktivität* den stärksten Zusammenhang zu Wohlbefinden hat. Sie konnte 25% der Varianzaufklärung bezüglich des Ausmaßes des Wohlbefindens leisten. Die Facette *Beschreiben* als zweitstärkste Facette konnte weitere 9% interindividuelle Unterschiede im Wohlbefinden erklären (Roemer et al., 2021). In einer weiteren Studie zeigten ebenfalls besonders die Facetten *Nichtreaktivit*ät und *Beschreiben* Zusammenhänge mit der Lebenszufriedenheit (Iani et al., 2017). Andere Studien fanden wiederum den größten Zusammenhang zu Wohlbefinden bei den Komponenten *Akzeptieren ohne Bewertung* und *Nichtreaktivität* (Baer et al., 2008a, 2012; Fuochi & Voci, 2020).

3.2 Die Rolle von Selbstmitgefühl

Ein der Achtsamkeit ähnliches und in der psychologischen Forschung ebenso populäres Konzept ist das Selbstmitgefühl. Es gibt zahlreiche Nachweise für den Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und Wohlbefinden (Chio et al., 2021; Ericson et al., 2023; Ewert et al., 2024; Holden et al., 2021; Jacquet et al., 2024; Kim & Ko, 2018; Neff & Costigan, 2014; Sirois, 2020). Selbstmitgefühls-steigernde Interventionen erhöhen nicht nur das Selbstmitgefühl selbst, sondern auch das Ausmaß an positivem Affekt, Lebenszufriedenheit und subjektiver Zufriedenheit sowie allgemeinem und psychosozialem Wohlbefinden (Karakasidou & Stalikas, 2017). Die Stärke des Zusammenhangs von Selbstmitgefühl und Wohlbefinden liegt laut einer Metaanalyse von Zessin et al. (2015) bei r=.47. Darüber hinaus wirkt Selbstmitgefühl als Schutzfaktor und vermindert negative Affekte, depressive Verstimmungen, Ängstlichkeit und Stress (Karakasidou & Stalikas, 2017). Der Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und Psychopathologie liegt nach der Metaanalyse von MacBeth & Gumley (2012) bei *r*=-.54. Selbstmitgefühl hängt in nicht-klinischen Stichproben ferner signifikant mit körperlicher Gesundheit zusammen. Die Mediatoren, die diesen Zusammenhang vermitteln, sind vor allem negativer Affekt und wahrgenommener Stress (Cha et al., 2022). Selbstmitgefühl trägt außerdem zu gesundheitsförderlichem Verhalten bei (Holden et al., 2021). Es konnten geschlechtsspezifische Unterschiede für Selbstmitgefühl festgestellt werden: Frauen wiesen insgesamt niedrigere Werte für Selbstmitgefühl auf als Männer. Besonders in der negativen Ausprägung von Selbstmitgefühl berichteten Frauen über signifikant höhere Werte (Neff, 2003b). Das Ausmaß des Selbstmitgefühls kann gesteigert werden durch mitgefühlsbasierte Trainings, diese wiederum haben ebenfalls positive Effekte auf das Wohlbefinden (Neff & Germer, 2013).

3.2.1 Self-Compassion Mindsets

Bei der Untersuchung der Komponenten von Selbstmitgefühl bezüglich der Frage, inwiefern diese miteinander interagieren, ließen sich drei unterschiedliche mentale Muster (*Self-Compassion Mindsets*) feststellen: die *nicht-mitfühlende Selbsthaltung,* die *mäßig-mitfühlende Selbsthaltung* und die *stark-mitfühlende Selbsthaltung* (Phillips, 2021). Die nicht-mitfühlende Selbsthaltung und die mäßig-

mitfühlende Selbsthaltung war dabei vor allem bei Frauen und jungen Studierenden überrepräsentiert, während die stark-mitfühlende Selbsthaltung bei Männern sowie bei älteren und hochgebildeten Personen überrepräsentiert war. Die Werte für psychologisches Wohlbefinden und Emotionsregulation unterschieden sich je nach Denkweise (Phillips, 2021).

3.2.2 Die moderne Konzeptualisierung von Selbstmitgefühl in zwei Facetten

In der psychologischen Forschung zum Thema Selbstmitgefühl wird bis heute meist die *Self-Compassion-Scale* (SCS) von Neff (2003b) angewendet. Sie basiert auf zwei entgegengesetzten Polen: den positiven Komponenten von Selbstmitgefühl, inhaltlich bestehend aus *selbstbezogener Freundlichkeit, verbindender Humanität* und *Achtsamkeit,* sowie den negativen Komponenten, die sich auf *Selbstverurteilung, Isolation* und *Überidentifizierung* beziehen. Die Verwendung dieser sechs Facetten sowie die Integration der Werte zu einem Gesamtwert wird in der modernen Forschung allerding stark kritisiert (Brenner et al., 2017, 2018; Muris & Otgaar, 2020, 2022). Da man gleichzeitig in einer Situation freundlich und in einer anderen Situation verurteilend mit sich selber umgehen kann und der Gesamtwert dies nicht widerspiegelt, ist dessen Verwendung laut Muris & Otgaar (2022) problematisch. López et al. (2015) wiesen nach, dass sich die Sechs-Faktoren-Struktur der SCS nicht replizieren lässt und stattdessen eine Zwei-Faktoren-Struktur vorliegt. Sie besteht aus den positiven und den negativen Komponenten, d.h. aus Selbstmitgefühl und Selbstkritik.

In einer Metaanalyse konnten Chio et al. (2021) herausstellen, dass eine hohe Ausprägung in den positiven Komponenten des Selbstmitgefühls einen größeren Zusammenhang mit psychischem Wohlbefinden hat als eine niedrige Ausprägung in den negativen. Eine hohe Ausprägung in den negativen Komponenten hat währenddessen einen stärkeren Zusammenhang mit mentaler Belastung als eine niedrige Ausprägung der positiven Komponenten. Weitere Studien (Brenner et al., 2018; López et al., 2015; Muris & Petrocchi, 2017) lieferten Nachweise dafür, dass Selbstmitgefühl ein guter Prädiktor für Wohlbefinden ist, während Selbstkritik insbesondere negative psychische Zustände wie Depressivität, Ängstlichkeit und Stress vorhersagen kann. Psychisches Wohlbefinden und Psychopathologie sind laut Ryff et al. (2006) unabhängige Dimensionen, entsprechend sagt die

Abwesenheit von negativen Affekten nicht das Ausmaß positiver mentaler Zustände voraus. Die von Gilbert (2005a) entwickelte Theorie stellt eine Erklärung dafür bereit. Sie besagt, dass die positiven und negativen Komponenten des Selbstmitgefühls zwei verschiedene Systeme mit unterschiedlichen affektiven und physiologischen Reaktionen beanspruchen. So sind die Komponenten des Mitfühlenden-Selbst mit dem parasympathischen Nervensystem verbunden, während die Komponenten des Kritischen-Selbst mit dem sympathischen Nervensystem reagieren.

3.2.3 Neuronale Verarbeitung von Selbstmitgefühl

Die theoretische Grundlage von Mitgefühl entstammt der buddhistischen Vorstellung, dass alle Menschen miteinander verbunden sind und deswegen am Leid anderer Individuen teilhaben (Neff & Dahm, 2015). Physiologisch lässt sich Empathie durch Spiegelneurone erklären. Experimente mit Neuroimaging konnten nachweisen, dass der an einer Handlungsausführung beteiligte neuronale Schaltkreis sich mit dem Schaltkreis überschneidet, der aktiviert wird, wenn Handlungen von anderen beobachtet werden (Decety & Jackson, 2004). So benutzt der menschliche Organismus für die Selbstbewertung dieselben Verarbeitungssysteme, die auch bei der Bewertung von sozialen und interpersonellen Prozessen eine Rolle spielen. Es existieren also keine voneinander unabhängigen Systeme für die Verarbeitung von internen und externen Reizen (Gilbert, 2000). Wenn Personen sich selbst kritisieren, werden dieselben Gehirnprozesse aktiviert, wie wenn eine externe Person Kritik ausübt. Das Gleiche gilt für Mitgefühl von außen und Selbstmitgefühl (Longe et al., 2010).

Es konnten einige neuronale Korrelate von Selbstmitgefühl und Selbstkritik identifiziert werden. Selbstkritik wurde mit der Aktivität in den Regionen des lateralen präfrontalen Kortex (PFC) und des dorsalen anterioren Cingulums (dAC) in Verbindung gebracht, welches auf eine stärkere Fehlerverarbeitung und Verhaltenshemmung bei selbstkritischen Personen schließen lässt (Longe et al., 2010). Es gibt Hinweise darauf, dass der Grad des Selbstmitgefühls mit mikrostrukturellen Veränderungen der weißen Substanz des superioren longitudinalen Faszikulus (SLF) bei gesunden Personen verbunden sein könnte (Hwang et al., 2023).

3.2.4 Über die Entstehung von Mitgefühl und Selbstmitgefühl

Die Entwicklung von Mitgefühl beginnt in der Kindheit und hängt stark mit frühen Bindungserfahrungen zusammen. Laut der Bindungstheorie sind Individuen, die Fürsorge und Unterstützung durch ihre Bezugspersonen erhalten, später in ihrem Erwachsenenleben eher dazu fähig, sich selbst mitfühlend zu behandeln, da sie die Unterstützung durch andere internalisiert haben (Bowlby, 1969). Es gibt Befunde über den Zusammenhang zwischen hoher elterlicher Unterstützung und hohen Werten im Selbstmitgefühl der Kinder, während starke elterliche Kritik mit niedrigen Werten im Selbstmitgefühl der Kinder assoziiert war (Neff & McGehee, 2010).

Die *Theorie der sozialen Mentalitäten* (SMT) von Gilbert (2005b) geht davon aus, dass Individuen die gleichen Muster auf sich selbst anwenden, die ursprünglich für die Interaktion mit anderen Menschen entstanden sind. Eine soziale Mentalität ist eine „Organisation psychologischer Kompetenzen zur Sicherung von sozialen Beziehungen“ (Gilbert, 2013, S.36). Es existieren verschiedene soziale Mentalitäten für unterschiedliche soziale Rollen. Bezüglich der Fürsorge kann man zwischen *Fürsorge-Suchen* und *Fürsorge-Geben* unterscheiden. Fürsorge-Suchen resultiert aus Bedürftigkeit und Leid und signalisiert dem Organismus Stress. Fürsorge-Geben entsteht durch den Aufmerksamkeitsfokus auf die Bedürfnisse einer anderen Person und resultiert in belohnenden Gefühlen, wenn es dem anderen durch das Verhalten besser geht. In einem gesunden Organismus sind beide diese Mentalitäten etwa im Gleichgewicht, keines von beiden sollte dauerhaft überwiegen. Da soziale Mentalitäten allerdings nicht nur interpersonell, sondern auch intrapersonell aktiviert werden, steht das Ausmaß des Fürsorge-Gebens auch in Verbindung zum Selbstmitgefühl (Gilbert, 2013). Der Zusammenhang zwischen der Fürsorge, mit der sich Individuen um andere kümmern, und dem Selbstmitgefühl, das sie sich selber widmen, konnte empirisch in zahlreichen Arbeiten festgestellt werden (Crocker & Canevello, 2008; Neff & Beretvas, 2013; Neff & Pommier, 2013).

3.3 Achtsamkeit und Selbstmitgefühl verstärken sich gegenseitig

Auch zwischen Achtsamkeit und Selbstmitgefühl konnte eine Verbindung festgestellt werden (Birnie et al., 2010; Hollis-Walker & Colosimo, 2011). In einer Metaanalyse von Golden et al. (2021) wurden die Auswirkungen von achtsamkeitsbasierten Programmen auf das Selbstmitgefühl untersucht und eine mittlere Effektstärke gefunden. Das Selbstmitgefühl war nach der Intervention

signifikant erhöht, unabhängig davon, ob das Achtsamkeitstraining mitgefühlsbasierte Elemente enthielt oder nicht. Aber auch andersherum besteht dieser Zusammenhang der gegenseitigen Verstärkung: Eine Metaanalyse ergab, das Interventionen, die darauf abzielen, das Selbstmitgefühl zu stärken, darüber hinaus auch das Ausmaß der Achtsamkeit erhöhen (Kirby et al., 2017). Daraus lässt sich schließen, dass es sinnvoll sein könnte, beide Konzepte zu fördern, um das Wohlbefinden zu erhöhen.

3.4 Selbstmitgefühl als stärkerer Prädiktor

Hollis-Walker und Colosimo (2011) stellten Selbstmitgefühl als Mediator heraus, der den Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und psychischem Wohlbefinden teilweise vermittelt. Achtsamkeit konnte das Ausmaß an Selbstmitgefühl (R^2=.47) und psychischem Wohlbefinden (R^2 =.55) vorhersagen. Wenn Achtsamkeit und Selbstmitgefühl gemeinsam berücksichtigt wurden, sank der Effekt von Achtsamkeit auf das Wohlbefinden, blieb aber immer noch signifikant. Wenn Selbstmitgefühl mitberücksichtigt wurde, konnte eine größere Varianz des psychischen Wohlbefindens aufgeklärt werden, als wenn Achtsamkeit allein betrachtet wurde.
In einer Studie von Baer et al. (2012) stellte sich Selbstmitgefühl als stärkerer Prädiktor für Wohlbefinden heraus, der doppelt so viel Varianz aufklären konnte wie Achtsamkeit (44% vs. 27%). Woodruff et al. (2014) kamen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass Selbstmitgefühl ein stärkerer Prädiktor für die Varianzaufklärung hinsichtlich mentaler Gesundheit ist als Achtsamkeit (29% vs. 14%).

3.5 Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl

Im Mahayana-Buddhismus schafft Achtsamkeit die Rahmenbedingungen für einen ruhigen Geist, während Mitgefühl die Rahmenbedingungen für einen transformierenden Geist schafft (Leighton, 2003). Beide Konzepte haben ihren theoretischen Ursprung gemeinsam im Buddhismus, weisen auch auf der empirischen Ebene einen starken Zusammenhang auf (Birnie et al., 2010; Hollis-Walker & Colosimo, 2011) und können sich gegenseitig verstärken (Golden et al., 2021; Kirby et al., 2017). Achtsamkeit ist dabei sowohl ein Teil von Selbstmitgefühl als auch eine Vorrausetzung für diese, da eine achtsame Wahrnehmung aktueller

negativer Emotionen, ohne diese zu vermeiden oder von ihnen überwältigt zu werden, relevant ist, um die Perspektive des Selbstmitgefühls einnehmen zu können (Neff, 2003a). Beide Variablen verbessern die Emotionsregulation und wirken darüber auf das Wohlbefinden ein. Der zentrale Unterschied besteht jedoch darin, dass Achtsamkeit durch einen kognitiven Mechanismus die Emotionen zu regulieren scheint und damit das Wohlbefinden verbessert (Tomlinson et al., 2018), während Selbstmitgefühl über vermehrte positive Affekte zur Emotionsregulation beiträgt und darüber das Wohlbefinden steigert (Ericson et al., 2023).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass zwischen den Konstrukten Achtsamkeit, Selbstmitgefühl und Wohlbefinden eine Verbindung besteht. Dabei können Achtsamkeit und Selbstmitgefühl signifikant das Wohlbefinden vorhersagen (Basher, 2022).

4 Ableitung der Fragestellung und Hypothesen

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Untersuchung des Zusammenhangs von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl mit dem Wohlbefinden in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Im Hinblick auf die vorangeführte Literatur lässt sich schlussfolgern, dass sich die aktuelle Forschung sowohl mit der Frage nach der Interaktion zwischen den Variablen Achtsamkeit, Selbstmitgefühl und Wohlbefinden als auch mit der Frage nach dem Einfluss einzelner Komponenten dieser Konstrukte beschäftigt. Um zu der aktuellen Forschung beizutragen sowie bisherige Befunde zu überprüfen, werden die folgende Forschungsfrage und Hypothesen aufgestellt:

Fragestellung: Inwiefern lassen sich Zusammenhänge zwischen den Konstrukten Achtsamkeit, Selbstmitgefühl und Wohlbefinden in der Allgemeinbevölkerung beobachten?

H1: Die Ausprägung der Achtsamkeit hängt positiv mit der Ausprägung des Wohlbefindens zusammen: Je höher die Achtsamkeit, desto höher das Wohlbefinden. Insbesondere die Facette *Nichtreaktiv* der Achtsamkeit hängt positiv mit dem Wohlbefinden zusammen.

H2: Die Ausprägung des Selbstmitgefühls hängt positiv mit der Ausprägung des Wohlbefindens zusammen: Je höher die positiven Komponenten des Selbstmitgefühls, desto höher das Wohlbefinden. Je niedriger die negativen Komponenten des Selbstmitgefühls, desto höher das Wohlbefinden.

H3: Eine hohe Ausprägung in den positiven Komponenten des Selbstmitgefühls hat einen größeren Zusammenhang zu Wohlbefinden als eine niedrige Ausprägung in den negativen Komponenten.

H4: Der gemeinsame Einfluss von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl kann einen signifikanten Anteil der Varianz im Ausmaß des Wohlbefindens erklären.

H5: Selbstmitgefühl ist ein stärkerer Prädiktor für Wohlbefinden als Achtsamkeit.

5 Methoden

Der folgende Abschnitt umfasst die Operationalisierung der Variablen, den Stichprobenansatz, die Datenerhebung, Ethik und die Auswertungsverfahren. Die Studie war als quantitative Querschnittsstudie gestaltet, bei der eine online-Fragebogenuntersuchung über Unipark durchgeführt wurde. Die unabhängigen Variablen waren dabei Achtsamkeit und Selbstmitgefühl, die abhängige Variable das Wohlbefinden.

5.1 Operationalisierung

Der folgende Abschnitt widmet sich der Operationalisierung von Achtsamkeit, Selbstmitgefühl und Wohlbefinden.

5.1.1 Achtsamkeit

Das Ausmaß der Achtsamkeit wurde mit dem Five Facet Mindfulness Questionaire in der deutschen Version (FFMQ-D) von Michalak et al. (2016) gemessen. Dies ist ein multidimensionales Instrument, das insgesamt 39 Items umfasst. Es setzt sich zusammen aus den fünf Facetten *Akzeptieren ohne Bewertung* (eine nicht-wertende Haltung gegenüber der aktuellen Erfahrung einnehmen), *Beschreiben* (Fähigkeit der Bewusstmachung von Geistesinhalten durch einzelne Wörter oder mit kurzen Phrasen), *Beobachten* (Selbsteinschätzung bezüglich der Fähigkeit, eine

Vielzahl äußerer und innerer Reize, d.h. Körperempfindungen oder Emotionen, achtsam wahrzunehmen), *Mit Aufmerksamkeit Handeln* (Fertigkeit, sich ganz auf Aktivitäten einzulassen), und *Nichtreaktivität* (Nicht-Reagieren auf Ereignisse des inneren Erlebens). Neben den fünf Skalen kann auch ein Gesamtwert errechnet werden. Hohe Werte stehen für hohe Achtsamkeit. Beispielitem: „Wenn ich gehe, dann nehme ich ganz bewusst wahr, wie sich die Bewegungen meines Körpers anfühlen." Die Antwortalternativen sind auf einer Likert-Skala angeordnet und reichen von 1 (nie oder selten zutreffend) bis 5 (sehr oft oder immer zutreffend). Die Reliabilitäten des FFMQ-D, dargestellt über die interne Konsistenz als Cronbachs Alpha, fallen folgendermaßen aus (Michalak et al., 2016): α=.90 (Akzeptieren ohne Bewertung), α=.88 (Beschreiben), α=.74 (Beobachten), α=.80 (Mit Aufmerksamkeit handeln) und α=.78 (Nichtreaktivität).

5.1.2 Selbstmitgefühl

Das Selbstmitgefühl wird mithilfe der Self-Compassion Scale in der deutschen Version (SCS-D) von Hupfeld & Ruffieux (2011) operationalisiert. Sie misst das Ausmaß von Selbstmitgefühl anhand von sechs Unterskalen, die sich auf zwei gegensätzliche Pole beziehen, die jeweils aus drei Facetten bestehen: *Selbstbezogene Freundlichkeit* vs. *Selbstverurteilung*, *Verbindende Humanität* vs. *Isolation* und *Achtsamkeit* vs. *Überidentifizierung*. Allerdings richtet sich die vorliegende Arbeit nach der zwei-Komponenten-Aufteilung: der positiven Ausprägung der SCS (Mittelwert aus *selbstbezogener Freundlichkeit*, *verbindender Humanität* und *Achtsamkeit*) und der negativen Ausprägung (Mittelwert aus *Selbstverurteilung*, *Isolation* und *Überidentifizierung*). Diese 2-Faktor-Lösung bezieht sich auf die Arbeit von López et al. (2015).

Die SCS-D ist ein Selbstbeurteilungsbogen, der aus 26 Items besteht. Beispiel: „Ich missbillige und verurteile meine eigenen Fehler und Schwächen." Die Antwortmöglichkeiten sind auf einer Likert-Skala angeordnet, die von 1 (fast niemals) bis 5 (fast immer) reicht. Nach Umkodieren der Items steht eine hohe Ausprägung in den positiven Facetten für hohes Selbstmitgefühl und eine hohe Ausprägung in den negativen Facetten für hohe Selbstkritik (Hupfeld & Ruffieux, 2011). Die Reliabilitäten, ermittelt über die Interne Konsistenz als Cronbachs Alpha, liegen nach López et al. (2015) für die positiven Faktoren der SCS bei α=.86 und für die negativen Faktoren der SCS bei α=.90.

5.1.3 Wohlbefinden

Das Wohlbefinden wird mit dem WHO-Wohlbefinden-Index (WHO-5) gemessen, der 1998 von der WHO entwickelt wurde und dessen deutsche Version von Brähler et al. (2007) normiert wurde. Dieser eindimensionale Selbstbeurteilungsfragebogen besteht aus fünf Items und untersucht die positiven Aspekte des psychischen Wohlbefindens: Fröhlichkeit, Entspannung, Energie, Regenerationsfähigkeit durch Schlaf und Begeisterungsfähigkeit. Die Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten zwei Wochen, Beispiel: „In den letzten zwei Wochen war ich froh und guter Laune“, und werden auf einer sechs-stufigen Likert-Skala von 0 (zu keinem Zeitpunkt) bis 5 (die ganze Zeit) beurteilt. Der Maximalwert von 25 spiegelt dabei größtmögliches Wohlbefinden wieder, während der Minimalwert von 0 für sehr niedriges Wohlbefinden steht. Die Reliabilität, berechnet über die interne Konsistenz als Cronbchs Alpha, liegt bei α=.92 für den WHO-5 in der deutschen Version (Brähler et al., 2007).

5.2 Stichprobenansatz

Die Studie wurde als online-Fragebogen konzipiert und über social Media sowie innerhalb der Universität verbreitet, um einen möglichst umfangreichen Teilnehmerrahmen[1] zu erreichen. Dies war für die vorliegende Forschungsarbeit zweckmäßig, da sich die untersuchte Fragestellung auf die breite Gesamtbevölkerung bezieht. Ausgeschlossen an der Studienteilnahme waren minderjährige Personen. Um die ideale Stichprobengröße herauszufinden, wurde eine A-Priori-Poweranalyse mit dem Programm G*Power berechnet. Die Stichprobenberechnung ergab ein *N*=115 bei einer eingestellten Effektgröße von 0.3, einem α von 0.05 und einer Power von 95% bei einseitiger Testung für eine bivariate Korrelation.

5.3 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte über Unipark und Sona im Zeitraum vom 16.11.2023 bis zum 20.12.2023. Die erhobenen soziodemografischen Variablen waren Alter, Geschlecht, höchster Bildungsabschluss, Familienstand und psychotherapeutische

[1] Genderhinweis: Personenbezogene Bezeichnungen sind genderneutral zu verstehen.

Erfahrungen. Allerdings wurde in der Frage nach dem Bildungsstand die Antwortalternative *Abitur/ allgemeine Hochschulreife* erst ab der Teilnehmenden-Anzahl von 69 Probanden eingeführt. Die Daten könnten diesbezüglich also verzerrt sein.

Die Reihenfolge der Fragebögen wurde randomisiert, um systematische Störeffekte zu vermeiden. Es wurden insgesamt drei Kontrollitems eingearbeitet, um zu überprüfen, ob die Fragen von den Probanden aufmerksam gelesen und bearbeitet werden.

5.4 Ethik

Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und erfolgte nach einer informierten Einwilligung. Es wurden Informationen über das Thema der Studie bereitgestellt mit Möglichkeit der Nachfrage. Es erfolgte eine Datenschutzaufklärung und die Probanden mussten der Verarbeitung ihrer Daten zustimmen, um an der Studie teilzunehmen. Die Daten wurden dabei anonymisiert erhoben, sodass kein Rückschluss auf die Person möglich war. Die Beantwortung der Fragen konnte jederzeit abgebrochen werden. Durch die Berücksichtigung der zuvor genannten Punkte war kein positives Ethikvotum einer Ethikkommission für die Studie nötig.

5.5 Auswertungsverfahren

Da in dieser Forschungsarbeit Zusammenhangshypothesen mit metrisch skalierten Variablen vorliegen, wurden als zugehörige Auswertungsverfahren für Hypothese 1 bis 3 bivariate Korrelationen nach Pearson und für Hypothese 4 und 5 eine multiple lineare Regression gewählt.

Für die vorliegende Arbeit gelten die in der psychologischen Forschung üblichen Konventionen für die Höhe der Irrtumswahrscheinlichkeit, d.h. die Wahrscheinlichkeit, bei statistischen Verfahren einen signifikanten Unterschied zu beobachten, obwohl in der Grundgesamtheit kein Unterschied vorhanden ist (Alpha-Fehler). Ab einer Wahrscheinlichkeit von alpha <.05 kann ein *signifikantes Ergebnis (*)* angenommen werden. Alpha <.01 steht für *hoch signifikant (**)*, alpha <.001 steht für *höchst signifikant (***)* (Bortz, 2005).

6 Ergebnisse

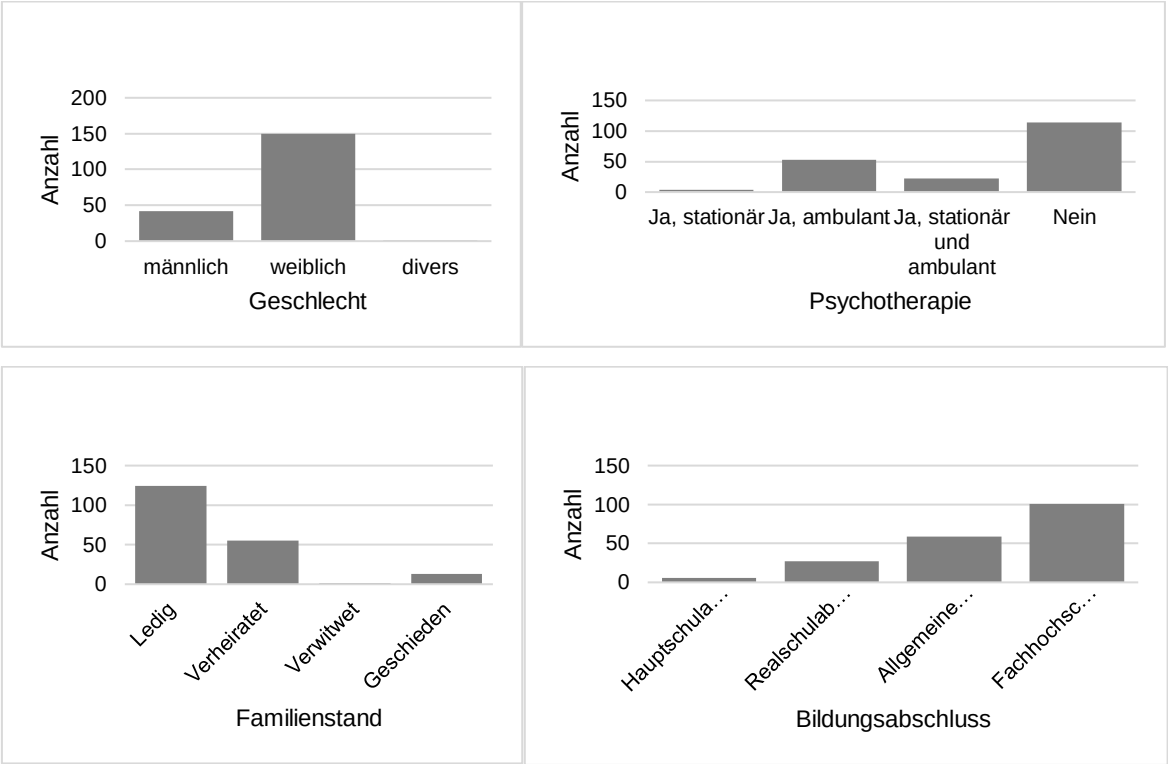
Im folgenden Abschnitt werden die Merkmale der Stichprobe und die deskriptive Statistik der Variablen beschrieben, darüber hinaus werden die Hauptergebnisse bezüglich der Hypothesenprüfung erläutert.

6.1 Stichprobenbeschreibung

Nach Bereinigung der Daten, bei der die Angaben von drei minderjährigen Personen und 14 Personen, die mindestens zwei von drei Kontrollitems falsch beantwortet haben, aus dem Datensatz entfernt wurden, besteht die Gesamtstichprobe aus *N*=193 Probanden. Die a priori errechnete Stichprobengröße von *N*=115 wurde somit deutlich überschritten. In Abbildung 2 sind die Merkmale der Stichprobe dargestellt: Die Teilnehmenden setzen sich aus 150 weiblichen (77.7%), 42 männlichen (21.8%) und einer diversen Person (0.5%) zusammen. Die Altersspanne reicht von 18 bis 80 Jahren mit einem Mittelwert von *M*=35.7 Jahren (*SD*=17.2), der größte Teil der Probanden war Anfang 20 (22 oder 23 Jahre alt). Von ihnen hatten sechs Probanden (3.1%) einen Hauptschulabschluss, 27 Probanden einen Realschulabschluss (14%), 59 Probanden die allgemeine Hochschulreife (30.6%) und 101 Probanden einen Fachhochschul-/ Universitätsabschluss (52.3%). Dabei ist allerdings zu bemerken, dass den ersten 68 Probanden aufgrund eines Fehlers seitens des Forscherteams die Antwortalternative *Allgemeine Hochschulreife/ Abitur* nicht zur Verfügung stand und deshalb die Daten bezüglich des sozioökonomischen Status etwas verzerrt sein könnten. Bezüglich des Familienstandes besteht die Stichprobe aus 124 ledigen (64.2%), 55 verheirateten (28.5%), einem verwitweten (0.5%) und 13 geschiedenen Probanden (6.7%). Zusätzlich wurde abgefragt, ob Psychotherapieerfahrung besteht. 79 Probanden (41%) befanden sich bereits in psychotherapeutischer Behandlung, 114 Probanden nicht (59%).

Abbildung 2

Stichprobenbeschreibung



Anmerkung: Die Kategorien für den Bildungsabschluss sind: Hauptschulabschluss, Realschulabschluss, Allgemeine Fachhochschulreife/ Abitur und Fachhochschulabschluss-/ Universitätsabschluss.

6.2 Deskriptive Statistik

In Tabelle 1 ist die deskriptive Statistik dargestellt, sie zeigt das Minimum, Maximum, den Mittelwert sowie die Standardabweichung der abhängigen und unabhängigen Variablen. Mit einem Mittelwert von *M*=12.59 (*SD*=5.02) liegt ein durchschnittlich eher niedriges Wohlbefinden in der Stichprobe vor. Im WHO-5 sind Werte von 0 bis 25 möglich, wobei der Wert 25 ein sehr hohes Wohlbefinden kennzeichnet. Diese Spannweite zeigt sich auch annähernd in der vorliegenden Studie mit einem Minimum von 2 und einem Maximum von 23, die Studienteilnehmenden unterscheiden sich also im Ausmaß ihres Wohlbefindens stark. Jedoch liegt der Mittelwert der Stichprobe unter dem Cutoff-Wert (<13) und steht somit für ein durchschnittlich geringes bzw. schlechtes Wohlbefinden der Stichprobe (Brähler et al., 2007). Bezüglich des Selbstmitgefühls zeigt Tabelle 1 für die positiven Komponenten einen Mittelwert von *M*=3.18 (*SD*=0.79) mit einem Minimum von 1 und einem Maximum von 4.85 (theoretisch sind Werte von 1 bis 5

möglich). Die negativen Komponenten haben einen Mittelwert von *M*=3.07 (*SD*=0.91) bei einem Minimum von 1 und einem Maximum von 5. Das Ausmaß an Selbstmitgefühl ist also in der Stichprobe sehr ähnlich ausgeprägt wie das Ausmaß an Selbstkritik. Beide Komponenten haben tendenziell eher eine hohe Ausprägung. Bezüglich der Achtsamkeit wurde einerseits der Gesamtwert des FFMQ-D errechnet. Dazu wurden die Summenwerte aus allen Skalen addiert. Daraus resultiert ein Mittelwert von *M*=128.82 (*SD*=20.55) bei einem höchstmöglich zu erzielenden Wert von 195. Das Minimum in der Studie liegt bei 69, das Maximum bei 178. Das bedeutet, das Ausmaß an Achtsamkeit ist bei den Studienteilnehmenden durchschnittlich mittelhoch ausgeprägt. Zusätzlich sind in Tabelle 1 die Skalen des FFMQ-D dargestellt. Bei den Skalen *Akzeptieren ohne Bewertung*, *Beschreiben*, *Beobachten* und *mit Aufmerksamkeit handeln* ist höchstmöglich ein Wert von 40 zu erzielen, bei der Skala *Nichtreaktiv* ein Wert von 35. Die Skala *Akzeptieren ohne Bewertung* erzielte in der Studie einen Mittelwert von *M*=26.48 (*SD*=7.32) bei einem Minimum von 9 und einem Maximum von 40. Die Skala *Beschreiben* weist einen Mittelwert von *M*=28.42 (*SD*=6.38) auf mit einem Minimum von 12 und einem Maximum von 40. Der Mittelwert der Skala *Beobachten* liegt bei *M*=27.35 (*SD*=5.02) mit einem Minimum von 14 und einem Maximum von 40. Bei der Skala mit *Aufmerksamkeit handeln* sind geringfügig niedrigere Werte zu beobachten (*M*=25.14, *SD*=5.72, Minimum=8, Maximum=39). Die Skala *Nichtreaktiv* hat einen Mittelwert von *M*=21.44 (*SD*=4.69) bei einem Minimum von 9 und einem Maximum von 33. Insgesamt fallen die Skalenwerte ähnlich aus und weisen auf eine mittelhoch ausgeprägte Achtsamkeit in der Stichprobe hin.

Tabelle 1

Deskriptive Ergebnisse der verwendeten Fragebögen

	Messwerte				
	N	*Minimum*	*Maximum*	*M*	*SD*
Wohlbefinden	193	2	23	12.59	5.02
Selbstmitgefühl positiv	193	1	4.85	3.18	0.79
Selbstmitgefühl negativ	193	1	5	3.07	0.91
Achtsamkeit gesamt	193	69	178	128.82	20.55
Akzeptieren ohne Bewertung	193	9	40	26.48	7.32
Beschreiben	193	12	40	28.42	6.38
Beobachten	193	14	40	27.35	5.02
Mit Aufmerksamkeit Handeln	193	8	39	25.14	5.72
Nichtreaktiv	193	9	33	21.44	4.69

Anmerkung. Wohlbefinden-Score des WHO-5, Selbstmitgefühl-Score aus SCS-positiv und SCS-negativ, Achtsamkeit-Score gesamt sowie einzelne Facetten: FFMQ1 Akzeptieren ohne Bewertung, FFMQ2 Beschreiben, FFMQ3 Beobachten, FFMQ4 Mit Aufmerksamkeit handeln, FFMQ5 Nichtreaktiv.

6.3 Reliabilitätsanalyse der Fragebögen

Zur Überprüfung der Reliabilität wurde die interne Konsistenz als Cronbachs Alpha für die vorliegende Studie berechnet. Werte >.7 sind als akzeptabel anzusehen, Werte >.8 gelten als gut bzw. hoch und Werte >.9 als exzellent (Blanz, 2015).

Für den FFMQ konnten die akzeptablen bis exzellenten Reliabilitätswerte der Originalstudie (siehe Abschnitt 5.2.1) für die folgenden Skalen bestätigt werden: α=.92 für *Akzeptieren ohne Bewertung*, α=.92 für *Beschreiben*, α=.72 für *Beobachten*, α=.84 für *mit Aufmerksamkeit handeln* und α=.82 für *Nichtreaktivität*. Für die SCS konnten die guten bis exzellenten Cronbachs Alpha Werte der Originalstudie (siehe Abschnitt 5.2.2) ebenfalls bestätigt werden mit einem α=.89 für die positiven Faktoren von Selbstmitgefühl und einem α=.92 für die negativen Faktoren von Selbstmitgefühl. Für den WHO-5 lag der gute Wert der aktuellen Untersuchung von α =.85 etwas unterhalb des exzellenten Reliabilitätswertes der Originalstudie (siehe Abschnitt 5.2.3).

6.4 Voraussetzungsprüfung der statistischen Verfahren

Im folgenden Abschnitt werden die Voraussetzungen der statistischen Auswertungsverfahren beschrieben und die Ergebnisse ihrer Überprüfung erläutert.

6.4.1 Bivariate Korrelation

Für die bivariate Korrelation gelten die folgenden Voraussetzungen und wurden geprüft, um dessen sachgerechte Anwendung sicherzustellen: Metrisches Skalenniveau der Variablen, linearer Zusammenhang zwischen den Variablen, bivariate Normalverteilung der Daten sowie keine Ausreißer in den Daten.

Die Voraussetzungsprüfung ergab: metrisches Skalenniveau ist vorhanden, bezüglich der Normalverteilung gilt nach dem zentralen Grenzwerttheorem (Bortz, 2005), dass bei einer großen Stichprobe von n>30 von einer Normalverteilung ausgegangen werden kann. Diese Stichprobengröße ist in der vorliegenden Arbeit bei weitem überschritten (N=193) und somit gilt die Annahme der Normalverteilung. Zur Sicherheit wurde trotzdem ein Q-Q-Diagramm sowie ein Histogramm für die Daten erstellt und lieferte den graphischen Nachweis einer Normalverteilung. Bezüglich des linearen Zusammenhangs zwischen den Variablen wurde ein Streudiagramm erstellt. Dieses stellte dar, dass die Punkteverteilungen zwischen den Variablen Selbstmitgefühl und Wohlbefinden sowie Achtsamkeit und Wohlbefinden je annähernd auf einer Linie liegen, somit kann von einem linearen Zusammenhang ausgegangen werden. Um zu schauen, ob Ausreißer vorhanden sind, wurde ein Boxplot erstellt. Es gab keine extremen Ausreißer.

6.4.2 Multiple lineare Regression

Für die multiple lineare Regression gelten, orientiert am Gauß-Markov-Theorem, die folgenden Voraussetzungen: metrisches Skalenniveau, Normalverteilung der Residuen, Homoskedastizität bzw. Varianzhomogenität, keine Multikollinearität, keine Autokorrelation, keine extremen Ausreißer (Rottmann & Auer, 2010).

Die Überprüfung der Voraussetzungen ergab: ein metrisches Skalenniveau der Variablen ist gegeben. Die Normalverteilung der Residuen wurde mit einem Q-Q-Diagramm graphisch überprüft (alle Punkt lagen auf einer Linie), sowie mit dem Shapiro-Wilk-Test errechnet. Bei diesem geht die Nullhypothese von Normalverteilung aus, das Ergebnis war mit p=.987 nicht signifikant. Darüber hinaus wurden auch die Schiefe (-.37) und die Kurtosis (-.16) überprüft. Alle Daten weisen

darauf hin, dass die Normalverteilung der Residuen gegeben ist. Um die Homoskedastizität zu prüfen, d.h. die lineare Streuung der Fehlertherme, wurde der Breusch-Pagan-Test durchgeführt. Dessen Nullhypothese geht von Homoskedastizität aus. Der Test war nicht signifikant (p=.395), somit ist auch diese Voraussetzung erfüllt.

Um sicherzugehen das die Prädiktoren untereinander nicht zu hoch korrelieren (Multikollinearität), wurde eine bivariate Korrelation zwischen den Prädiktoren gerechnet. Die Korrelationen sind nicht größer als r=.8 und somit noch akzeptabel (Rottmann & Auer, 2010), außerdem ergab auch der Varianzinflationsfaktor (VIF<.4), dass keine Multikollinearität vorhanden ist. Um sicherzustellen, dass keine Autokorrelation vorliegt, d.h. die Residuen nicht miteinander korrelieren, wurde der Durbin-Watson-Test angewendet. Das Ergebnis (1.96) deutet auf unabhängige Residuen hin (der Durbin-Watson-Test nimmt Werte von 1 bis 4 an, bei einem Wert von nahe 2 sind die Residuen unabhängig voneinander). Zusätzlich wurden die Residuen noch in einem Streudiagramm angeschaut, dies zeigte keine systematische Anordnung der Residuen und ist ein zusätzlicher Hinweis auf Unabhängigkeit. Um zu prüfen, dass es keine extremen Ausreißer gibt, wurde ein Boxplot erstellt - auch diese Voraussetzung ist erfüllt. Somit lassen sich die zuvor genannten Auswertungsverfahren beide unbedenklich anwenden.

6.5 Hauptergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Hypothesenprüfungen dargestellt.

6.5.1 Prüfung der Hypothese 1

Die Hypothese 1 lautet: *Die Ausprägung der Achtsamkeit hängt positiv mit der Ausprägung des Wohlbefindens zusammen: Je höher die Achtsamkeit, desto höher das Wohlbefinden. Insbesondere die Facette Nichtreaktiv der Achtsamkeit hängt positiv mit dem Wohlbefinden zusammen.*

Um diese Hypothese zu prüfen, wurde eine bivariate Korrelation nach Pearson durchgeführt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 2 zu sehen: Der Gesamtwert der Achtsamkeit steht in einem signifikanten, positiven Zusammenhang zum gemessenen Wohlbefinden mit einem Signifikanzniveau von p<.001 bei einseitiger Testung. Die Effektstärke von r=.55 entspricht einer hohen Korrelation nach Cohen

(1988). Alle Achtsamkeitsfacetten außer *Beobachten* haben einen signifikanten, positiven Zusammenhang zu Wohlbefinden bei einem Signifikanzniveau von $p<.001$ und einseitiger Testung. Die größte Effektstärke zeigt die Facette M*it Aufmerksamkeit handeln* mit $r=.50$, dies entspricht einem starken Zusammenhang zum gemessenen Wohlbefinden. Die zweitgrößte Effektstärke zeigt die Facette *Akzeptieren ohne Bewertung* mit einem Effekt von $r=.47$, ebenfalls ein moderater bis starker Zusammenhang. Danach folgt die Facette *Nichtreaktiv* mit einer Effektstärke von $r=.43$. Das bedeutet, *Nichtreaktivität* zeigt auch einen moderaten bis starken Zusammenhang zu Wohlbefinden. Die letzte signifikante Achtsamkeitsfacette ist *Beschreiben* mit $r=.38$, dies steht für einen moderaten Zusammenhang. Für die Facette *Beobachten* ($r=.10$) lässt sich kein signifikanter Zusammenhang feststellen ($p=.078$). Für das Ergebnis der Hypothese 1 wurde mit G*Power eine Posthoc-Poweranalyse durchgeführt, diese ergab eine Power von 100% für den Effekt der Achtsamkeit gesamt und 99% für die Effekte der einzelnen Facetten, außer für die Facette *Beobachten*.

Tabelle 2

Korrelation von Achtsamkeit und Wohlbefinden

	Wohlbefinden	
	Pearsons r	Signifikanzniveau
Achtsamkeit gesamt	.55**	<.001
Akzeptieren ohne Bewertung	.47**	<.001
Beschreiben	.38**	<.001
Beobachten	.10	.078
Mit Aufmerksamkeit Handeln	.50**	<.001
Nichtreaktiv	.43**	<.001

Anmerkung. ** Die Korrelation ist auf dem Niveau 0,01 (1-seitig) signifikant. Achtsamkeitsfacetten: FFMQ1 Akzeptieren ohne Bewertung, FFMQ2 Beschreiben, FFMQ3 Beobachten, FFMQ4 Mit Aufmerksamkeit handeln, FFMQ5 Nichtreaktiv.

6.5.2 Prüfung der Hypothese 2

Die Hypothese 2 lautet: *Die Ausprägung des Selbstmitgefühls hängt positiv mit der Ausprägung des Wohlbefindens zusammen: Je höher die positiven Komponenten*

des Selbstmitgefühls, desto höher das Wohlbefinden. Je niedriger die negativen Komponenten des Selbstmitgefühls, desto höher das Wohlbefinden.

Um diese Hypothese zu prüfen, wurde die bivariate Korrelation nach Pearson angewendet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 3 dargestellt: Sowohl die positiven Komponenten von Selbstmitgefühl als auch die negativen Komponenten haben einen signifikanten Zusammenhang zu Wohlbefinden mit einem Signifikanzniveau von $p<.001$ bei einseitiger Testung. Die positiven Komponenten haben einen positiven Zusammenhang zu Wohlbefinden mit einer Effektstärke von $r=.57$, die negativen Komponenten haben einen negativen Zusammenhang zum ermittelten Wohlbefinden mit einer Effektstärke von $r=-.58$. Die Korrelation entspricht für beide Komponenten einer großen Effektstärke nach Cohen (1988). Für dieses Ergebnis wurde mit G*Power eine Posthoc-Poweranalyse durchgeführt, diese ergab eine Power von 100%.

Tabelle 3

Korrelation von Selbstmitgefühl und Wohlbefinden

	Wohlbefinden	
	Pearsons r	Signifikanzniveau
Selbstmitgefühl positiv	.57**	<.001
Selbstmitgefühl negativ	-.58**	<.001

Anmerkung. ** Die Korrelation ist auf dem Niveau 0,01 (1-seitig) signifikant.

6.5.3 Prüfung der Hypothese 3

Die Hypothese 3 lautet: *Eine hohe Ausprägung in den positiven Komponenten des Selbstmitgefühls hat einen größeren Zusammenhang zu Wohlbefinden als eine niedrige Ausprägung in den negativen Komponenten.*

Die Hypothesenprüfung bezieht sich auf die bereits in Tabelle 3 abgebildeten Ergebnisse: Hier ist die Stärke des Zusammenhangs der positiven Komponenten von Selbstmitgefühl mit Wohlbefinden nicht größer als die der negativen Komponenten von Selbstmitgefühl mit Wohlbefinden (r=.57 vs. r=-.58). Beide Komponenten weisen stattdessen deskriptiv eine ähnlich starke Korrelation mit Wohlbefinden auf, die negative Korrelation ist dabei etwas stärker. Die Höhe der beiden Korrelationen unterscheidet sich nicht signifikant.

6.5.4 Prüfung der Hypothese 4

Die Hypothese 4 lautet: *Der gemeinsame Einfluss von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl kann einen signifikanten Anteil der Varianz im Ausmaß des Wohlbefindens erklären.*

Um diese Hypothese zu prüfen, wurde eine multiple lineare Regression durchgeführt. In Tabelle 4 sind die Ergebnisse des Gesamtmodells dargestellt. Anhand derer lässt sich die Modellanpassung bestimmen, d.h. es wird deutlich, wie gut das Modell die beobachteten Werte vorhersagen kann. Die Tabelle zeigt den multiplen Regressionskoeffizienten des Modells (R=.65), dieser kann nach den Richtlinien von Cohen (1988) interpretiert werden und entspricht einer starken Korrelation zwischen den vorhergesagten und den tatsächlichen Werten. Noch ein besseres Maß für die Modellgüte stellt der multiple Determinationskoeffizient dar (R^2=.42, korrigiertes R^2=.40). Dies ist ein Maß für den Anteil der Varianz in der abhängigen Variable, die das Modell erklären kann. Da R^2 das Ausmaß der aufgeklärten Varianz überschätzt, wird in dieser Arbeit vorrangig das korrigierte R-Quadrat beachtet. Ein Wert von R^2=.40 bedeutet, dass 40% der Varianz des Wohlbefindens durch die Variablen Achtsamkeit und Selbstmitgefühl erklärt werden kann. Nach Cohen (1988) entspricht das einer hohen Varianzaufklärung (R^2>.26). Die Prädiktoren *Achtsamkeit* und *Selbstmitgefühl* können dabei signifikant das Kriterium *Wohlbefinden* vorhersagen (F=19.26, df=7,185, p<.001). Für dieses Ergebnis wurde mit G*Power eine Posthoc-Poweranalyse durchgeführt, diese Ergab eine Power von 100%.

Tabelle 4

Regressionsmodell aller Variablen

	Modellmaße				
	R	R^2	Korrigiertes R^2	F	Signifikanz
Regression	.65	.42	.40	19.26	<.001

Anmerkung. AV=Wohlbefinden (WHO-5); Einflussvariablen: Konstante, Selbstmitgefühl in Form von SCS-positiv und SCS-negativ sowie Achtsamkeit in Form von FFMQ1 Akzeptieren ohne Bewertung, FFMQ2 Beschreiben, FFMQ3 Beobachten, FFMQ4 Mit Aufmerksamkeit handeln, FFMQ5 Nichtreaktiv.

Tabelle 5 zeigt den jeweiligen Einfluss der einzelnen Skalen der Prädiktoren bezüglich der Varianzaufklärung des Kriteriums. In der Darstellung wird deutlich, dass sich die Ausprägungen der Regressionskoeffizienten stark voneinander unterscheiden. Für die bessere Vergleichbarkeit der Variablen werden die standardisierten Koeffizienten (Beta) für die Interpretation herangezogen, da sich die Einheiten der Variablenmaße bei den nicht-standardisierten Koeffizienten (B) nicht direkt aufeinander beziehen. Die stärksten Koeffizienten und auch die einzigen signifikanten Koeffizienten im Modell sind die Komponenten *positive Ausprägung des Selbstmitgefühls* (*Beta*=.32, *p*<0.001) und *Mit Aufmerksamkeit handeln* (*Beta*=.21, *p*=.006). Das bedeutet, wenn die Ausprägung des Selbstmitgefühls um eine Standardabweichung steigt, steigt auch die Ausprägung des Wohlbefindens um 0.32 Standardabweichungen. Wenn das Ausmaß, in dem mit Aufmerksamkeit gehandelt wird, um eine Standardabweichung steigt, steigt auch das Ausmaß des Wohlbefindens um 0.21 Standardabweichungen. Alle weiteren Prädiktoren sind einzeln in ihrem Einfluss nicht signifikant.

Tabelle 5

Koeffizienten der Subskalen Selbstmitgefühl und Achtsamkeit

	Nicht-standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten		
	B	Std.-Fehler	Beta	*T*	Signifikanz
Konstante	4.18	4.26		0.98	.327
Selbstmitgefühl positiv	2.00	.56	.32	3.56	<.001**
Selbstmitgefühl negativ	-1.00	.58	-.18	-1,73	.086
Akzeptieren ohne Bewertung	.02	.06	.02	.26	.797
Beschreiben	.02	.06	.03	.43	.669
Beobachten	-.05	.06	-.05	-.77	.443
Mit Aufmerksamkeit Handeln	.18	.07	.21	.81	.006*
Nichtreaktiv	.04	.08	.03	.43	.665

Anmerkung. *Die Regression ist auf dem Niveau von 0.05 (1-seitig) signifikant ** Die Regression ist auf dem Niveau 0.01 (1-seitig) signifikant. AV=Wohlbefinden (WHO-5); UVs= Selbstmitgefühl in Form von SCS-positiv und SCS-negativ sowie Achtsamkeit in Form von FFMQ1 Akzeptieren ohne Bewertung, FFMQ2 Beschreiben, FFMQ3 Beobachten, FFMQ4 Mit Aufmerksamkeit handeln, FFMQ5 Nichtreaktiv.

6.5.5 Prüfung der Hypothese 5

Die Hypothese 5 lautet: *Selbstmitgefühl ist ein stärkerer Prädiktor für Wohlbefinden als Achtsamkeit.*

Um diese Hypothese zu prüfen, wurde eine multiple lineare Regression mit den fünf Achtsamkeitskomponenten und eine multiple lineare Regression mit den zwei Selbstmitgefühlskomponenten durchgeführt. Die beiden Gesamtmodelle wurden anschließend deskriptiv miteinander verglichen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 6 zu sehen. Die Darstellung verdeutlicht, dass die Korrelation zwischen den durch das Regressionsmodell vorhergesagten und den tatsächlichen Werten des Wohlbefindens bei Selbstmitgefühl als Prädiktor eine starke Ausprägung hat (R=.62). Die Korrelation zwischen den vorhergesagten und den tatsächlichen Werten des Kriteriums mit Achtsamkeit als Prädiktor zeigt sich mit R=.59 ebenfalls stark ausgeprägt (Cohen, 1988). Die Effektstärke für Achtsamkeit als Prädiktor fällt etwas niedriger aus als für Selbstmitgefühl. Dabei kann Selbstmitgefühl 38% der Varianz im Ausmaß des Wohlbefindens erklären (R^2=.39, korrigiertes R^2=.38), während Achtsamkeit 33% der Varianz des Kriteriums Wohlbefinden aufklärt (R^2=.35, korrigiertes R^2=.33). Selbstmitgefühl kann damit 5% mehr Varianz aufklären im Vergleich zu Achtsamkeit. Beide Modelle leisten nach Cohen (1988) eine hohe Varianzaufklärung (R^2>.26) und haben damit eine hohe Anpassungsgüte. Sowohl Selbstmitgefühl (F=60.71, df=2,190, p<.001) als auch Achtsamkeit (F=19.68, df=5,187, p<.001) sagen signifikant das Wohlbefinden voraus.

Tabelle 6

Regressionsmodell Vergleich Selbstmitgefühl und Achtsamkeit

	Wohlbefinden				
	R	R^2	Korrigiertes R^2	F	Signifikanz
Selbstmitgefühl	.62	.39	.38	60.71	<.001
Achtsamkeit	.59	.35	.33	19.68	<.001

Anmerkung. AV=Wohlbefinden (WHO-5), Einflussvariablen: Modell aus Selbstmitgefühl in Form von SCS-positiv und SCS-negativ, Modell aus Achtsamkeit in Form von FFMQ1 Akzeptieren ohne Bewertung, FFMQ2 Beschreiben, FFMQ3 Beobachten, FFMQ4 mit Aufmerksamkeit handeln, FFMQ5 Nichtreaktiv.

7 Diskussion

Im folgenden Abschnitt geht es um die Interpretation der Hauptergebnisse. In diesem Teil werden die Hypothesen geprüft und ihre Ergebnisse in den Stand der Forschung eingebettet. Danach folgt eine zusammenfassende Interpretation mit Implikationen, zusätzlich wird methodische Kritik diskutiert und ein Ausblick für weitere Forschungsarbeiten gegeben.

7.1 Interpretation der Hauptergebnisse

Das Ziel der Studie ist, den Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und Wohlbefinden, zwischen Selbstmitgefühl und Wohlbefinden sowie das Zusammenspiel der drei Variablen zu untersuchen. Die Hypothesen H1, H2, H4 und H5 werden angenommen, Hypothese H3 wird abgelehnt. Im Folgenden wird auf die Einzelergeb-nisse eingegangen, deren Bedeutung interpretiert und in den empirischen Hintergrund eingeordnet.

7.1.1 Signifikante Korrelation zwischen Achtsamkeit und Wohlbefinden

Da der Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und Wohlbefinden signifikant ist, kann Hypothese 1 angenommen werden. Die Stärke der Korrelation zwischen dem Gesamtwert der Achtsamkeitsfacetten und dem Wohlbefinden entspricht mit r=.55 einem starken positiven Zusammenhang zwischen den Variablen, d.h., hohe Werte in Achtsamkeit gehen mit hohen Werten des Wohlbefindens einher. Dies bestätigt die Befunde früherer Forschungsliteratur über die Verbindung zwischen Achtsamkeit und Wohlbefinden (Fincham et al., 2023; Fjorback et al., 2011; Hollis-Walker & Colosimo, 2011; Iani et al., 2017; Jones & Drummond, 2023; Keng et al., 2011; Maloney et al., 2023; Scafuto et al., 2024; Verhaeghen & Aikman, 2022).

Alle Facetten außer *Beobachten* zeigen in dieser Forschungsarbeit einen signifikanten Zusammenhang zum Wohlbefinden mit moderater bis hoher Effektstärke. Nur die Facette *Beobachten* zeigt keine signifikante Korrelation zu Wohlbefinden. In der Forschungsliteratur wird passend dazu berichtet, dass *Beobachten* nur bei Personen mit Meditationserfahrung das Wohlbefinden signifikant vorhersagt, nicht aber bei Personen, die noch nie zuvor meditiert haben (Baer et al., 2008a). In empirischen Arbeiten zum selben Thema konnten signifikante Korrelationen zwischen allen Subskalen von Achtsamkeit und

Wohlbefinden festgestellt werden, wenn ausschließlich Personen mit Meditationserfahrung untersucht wurden (Baer et al., 2012). Außerdem konnte mit Vorher-Nachher-Messungen herausgefunden werden, dass eine Meditationspraxis tatsächlich besonders die Ausprägung in der Achtsamkeitsfacette *Beobachten* erhöht (Leinberger, 2012), dass aber ohne eine Achtsamkeitsintervention das Merkmal *Beobachten* als einzige Facette keinen signifikanten Zusammenhang zu Wohlbefinden zeigt (Falkenström, 2010).

Bezüglich der einzelnen Achtsamkeitsfacetten wurde in der Hypothese angenommen, dass insbesondere die Facette *Nichtreaktiv* einen bedeutsamen Zusammenhang zu Wohlbefinden zeigen müsste. Allerdings zeigt die aktuelle Untersuchung, dass *Nichtreaktiv* (r=.43) nicht die Facette mit dem stärksten Zusammenhang zu Wohlbefinden ist, sondern *Mit Aufmerksamkeit handeln* (r=.50). Dieser Befund unterscheidet sich von der Forschungsliteratur, in der insbesondere die Facette *Nichtreaktiv* als die Facette mit dem größten Zusammenhang zu Wohlbefinden gilt (Roemer et al., 2021). Die empirische Forschung zeigt darüber hinaus, dass auch die Facette *Nichtreaktiv* signifikant mit dem Ausmaß der Meditationserfahrung zusammenhängt und durch Achtsamkeitspraxis gesteigert werden kann (Baer et al., 2008a; Leinberger, 2012).

Da in der vorliegenden Arbeit weder die Meditationserfahrung erhoben noch ein Achtsamkeitstraining als Intervention durchgeführt wurde, könnte vermutet werden, dass der schwächer als erwartet gemessene Zusammenhang von *Nichtreaktiv* auf das Wohlbefinden sowie der nichtvorhandene Zusammenhang von *Beobachten* auf das Wohlbefinden durch eine niedrig ausgeprägte Achtsamkeitspraxis bzw. Meditationserfahrung der Stichprobe zustande gekommen sein könnte. Genauer könnte dies in einer weiteren Studie überprüft werden.

7.1.2 Signifikante Korrelationen zwischen Selbstmitgefühl und Wohlbefinden

Zu Hypothese 2 ergibt sich ebenfalls ein signifikantes Ergebnis, damit kann die Hypothese angenommen werden. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass die positiven Komponenten von Selbstmitgefühl einen positiven Zusammenhang zu Wohlbefinden haben, d.h., in schwierigen Situationen eine freundliche Haltung mit sich selbst einzunehmen, geht mit einem hohen Wohlbefinden einher. Die negativen Komponenten von Selbstmitgefühl haben einen negativen Zusammenhang zu Wohlbefinden, d.h., ein hohes Wohlbefinden zu haben, geht mit einer niedrigen

Tendenz einher, sich selbst zu verurteilen oder Selbstkritik zu üben. Dieser Befund bestätigt, was zuvor bereits in der Forschungsliteratur berichtet wurde (Chio et al., 2021; Ericson et al., 2023; Ewert et al., 2024; Holden et al., 2021; Jacquet et al., 2024; Kim & Ko, 2018; Neff & Costigan, 2014; Sirois, 2020). Der Zusammenhang beider Selbstmitgefühls-Komponenten mit Wohlbefinden weist in der vorliegenden Studie eine hohe Effektstärke auf (r>.5), d.h., es besteht ein starker Zusammenhang zwischen einem hohen Selbstmitgefühl sowie einer niedrig ausgeprägten Selbstkritik mit dem gemessenen Wohlbefinden. In der Forschungsliteratur wurden ähnliche Effektstärken zu dem Thema berichtet (MacBeth & Gumley, 2012; Zessin et al., 2015).

7.1.3 Die positiven und die negativen Komponenten von Selbstmitgefühl unterscheiden sich nicht im Zusammenhang zu Wohlbefinden

Hypothese 3, die einen Unterschied im Ausmaß des Zusammenhanges zwischen den positiven Komponenten und den negativen Komponenten von Selbstmitgefühl mit dem Wohlbefinden impliziert, wird abgelehnt. Die Hypothese geht davon aus, die positive Korrelation mit dem Wohlbefinden müsse größer sein als die negative Korrelation, d.h. die Art und Weise, in der eine Person freundlich und liebevoll mit sich selbst umgeht, müsse einen größeren Effekt auf das Wohlbefinden haben als die Abwesenheit von selbstkritischen oder selbstverurteilenden Gedanken und Verhaltensweisen. Die Hypothese kann nicht bestätigt werden, da die Effektstärke der beiden inversen Komponenten beinahe gleich ausfällt (r=.57 vs. r=-.56), der Zusammenhang der negativen Komponenten mit dem Wohlbefinden ist deskriptiv sogar leicht höher. Das bedeutet, um das Wohlbefinden zu fördern, müssten Interventionen, die eine selbstbezogene liebevolle Haltung forcieren, ebenso relevant sein wie Interventionen, die darauf abzielen, selbstkritische Gedanken zu verringern.

Dieser Befund unterscheidet sich von Ergebnissen bereits bestehender Forschung zu dem Thema, welche besagen, dass eine selbstmitfühlende Einstellung einen starken Zusammenhang zu Wohlbefinden hat, während im Vergleich eine niedrige Ausprägung in Selbstkritik einen negativen, aber geringeren Zusammenhang zu Wohlbefinden zeigt. Eine selbstkritische Haltung wird stattdessen eher in Zusammenhang mit Psychopathologie gebracht (Brenner et al., 2018; Chio et al., 2021; López et al., 2015; Muris & Petrocchi, 2017).

7.1.4 Achtsamkeit und Selbstmitgefühl erklären 40% der Varianz im Ausmaß des Wohlbefindens

Hypothese 4 impliziert eine signifikante Varianzaufklärung des Kriteriums Wohlbefinden durch die Prädiktoren Achtsamkeit und Selbstmitgefühl. Diese Hypothese kann angenommen werden, da die Ergebnisse darlegen, dass die beiden Prädiktoren gemeinsam signifikant zu 40% der Varianzaufklärung im Ausmaß des Wohlbefindens beitragen. Dieses Ergebnis ist konform mit der bestehenden Forschungsliteratur, die darauf hindeutet, das Achtsamkeit und Selbstmitgefühl beide relevante Prädiktoren sind, die gemeinsam zu einer hohen Varianzaufklärung beitragen (Baer et al., 2012; Hollis-Walker & Colosimo, 2011; Woodruff et al., 2014). Bezüglich der Gewichte einzelner Facetten im Gesamtmodell wird deutlich, dass nicht alle Skalen signifikante Prädiktoren sind. Stattdessen konnten lediglich *Selbstmitgefühl positiv (*Beta=.32) und *Mit Aufmerksamkeit handeln* (Beta=.21) zu einer signifikanten Varianzaufklärung beitragen. Sie stellen sich somit als die bedeutendsten Facetten beider Variablen bezüglich des Wohlbefindens heraus. Interessant ist, dass Selbstmitgefühl und Selbstkritik korrelativ einen nahezu gleich starken Zusammenhang mit Wohlbefinden aufweisen, im Regressionsmodell scheint Selbstmitgefühl allerdings der einflussreichere Prädiktor zu sein (Beta=.32 vs. Beta=-.18).

7.1.5 Selbstmitgefühl ist ein besserer Prädiktor für Wohlbefinden als Achtsamkeit

Hypothese 5 geht davon aus, dass Selbstmitgefühl ein stärkerer Prädiktor für Wohlbefinden ist als Achtsamkeit. Diese Hypothese kann deskriptiv angenommen werden, da Selbstmitgefühl fünf Prozent mehr Varianz aufklärt als Achtsamkeit (38% vs. 33%). Beide Prädiktoren leisten allerdings einen signifikanten Anteil an der Varianzaufklärung und haben ähnlich hohe Werte. Deskriptiv ist ein Unterschied vorhanden, aber ob dieser auch signifikant ist, lässt sich auf Grundlage der Berechnung nicht sagen.

Bei einem Vergleich dieses Ergebnisses mit den Befunden in der Forschungsliteratur lassen sich ähnliche Ergebnisse feststellen. Bei Hollis-Walker & Colosimo (2011) konnte durch die Berücksichtigung von Selbstmitgefühl eine größere Varianz des psychischen Wohlbefindens aufgeklärt werden, als wenn

Achtsamkeit allein betrachtet wurde. Woodruff et al. (2014) kamen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass Selbstmitgefühl ein stärkerer Prädiktor für die Varianzaufklärung von mentaler Gesundheit ist als Achtsamkeit. Der Befund von Baer et al. (2012), bei dem Selbstmitgefühl als annähernd doppelt so starker Prädiktor für Wohlbefinden im Vergleich zu Achtsamkeit herausgestellt wurde (44% vs. 27%), ist dagegen nicht konform mit dem Befund der vorliegenden Arbeit. Stattdessen erscheinen hier Achtsamkeit und Selbstmitgefühl als ähnlich starke Prädiktoren (33% vs. 38%), mit einer höheren Vorhersagekraft von Selbstmitgefühl um fünf Prozent.

7.2 Zusammenfassende Interpretation und Implikationen

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass, wie bereits vermutet, auch in der vorliegenden Studie empirisch nachgewiesen werden konnte, dass sowohl Achtsamkeit als auch Selbstmitgefühl positiv mit dem Wohlbefinden zusammenhängen. Bezüglich der Achtsamkeitsfacetten stellte sich *Mit Aufmerksamkeit handeln* als die bedeutsamste Fertigkeit heraus, sowohl als direkte Korrelation mit Wohlbefinden als auch als Einflussfaktor im Regressionsmodell. Ein hohes Selbstmitgefühl sowie eine niedrig ausgeprägte Selbstkritik zu haben, stellte sich beides korrelativ als gleichbedeutend dar, im Regressionsmodell war die positive Ausprägung des Selbstmitgefühls allerdings der deskriptiv einflussreichere Prädiktor für das Wohlbefinden. Beim Vergleich von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl war Selbstmitgefühl deskriptiv der etwas stärkere Prädiktor für Wohlbefinden.

Das bedeutet, die beiden Konzepte Achtsamkeit und Selbstmitgefühl sind relevant für jede Person, die daran interessiert ist, ihr individuelles Wohlbefinden zu steigern, und eignen sich somit hervorragend zum Selbstmanagement von Gesundheit und Lebensqualität.

7.3 Methodische Kritik

Obwohl die vorliegende Arbeit zum Ziel hatte, die Gesamtbevölkerung zu untersuchen, ist infrage zu stellen, ob die erlangte Stichprobe als repräsentativ angesehen werden kann. Die Stichprobe ist überwiegend jung, weiblich, gebildet und überdurchschnittlich psychotherapieerfahren, welches möglicherweise damit zusammenhängt, dass ein Großteil der Studienteilnehmenden aus Psychologiestudierenden einer Privatuniversität sowie deren Bekanntenkreis

stammen. Es ist also fraglich, ob sich die Befunde tatsächlich auf den Rest der Bevölkerung übertragen lassen. Darüber hinaus fand die Datenerhebung ausschließlich im Zeitraum der Prüfungsphase besagter Universität statt. Bei Beachtung der Tatsache, dass der WHO-5, der Fragebogen zum Wohlbefinden, sich nur auf die Stimmung der letzten zwei Wochen bezieht, könnte die Prüfungsphase eine Erklärung sein für das durchschnittlich niedrige Wohlbefinden in der Stichprobe und stellt wohlmöglich eine Verzerrung der eigentlichen Auprägung der Variable dar. Die Studiendauer war außerdem mit durchschnittlich 25 Minuten Bearbeitungszeit der Fragebögen relativ lang und könnte einem Antwortbias, verursacht durch abnehmende Konzentration und sinkende Motivation, unterliegen. Zumindest weist die hohe Abbruchquote (25%) und der hohe Fehleranteil bei der Beantwortung der Kontrollitems (14 Personen haben mindestens 2 von 3 Kontrollitems falsch beantwortet) darauf hin. Für die Erhebung der Achtsamkeit wäre es rückblickend sinnvoll gewesen, die Meditationserfahrung der Teilnehmenden zu erfragen, um die Ergebnisse besser einordnen zu können, da laut Literatur vor allem die Facetten *Beobachten* und *Nichtreaktiv* des FFMQ einen Zusammenhang zur vorhandenen Meditationserfahrung aufweisen (Baer et al., 2008a; Leinberger, 2012).

Bezüglich der statistischen Auswertungsverfahren war es zudem womöglich ungünstig, für die multiple lineare Regression Konstrukte mit mehreren Skalen zu benutzen, da das Regressionsmodell bei erhöhter Anzahl an Prädiktoren fehleranfälliger ist und deshalb die Ergebnisschätzung konservativer ausfällt. Dies spiegelt sich darin wider, dass die Vorhersagegüte des Gesamtmodells zwar signifikant wird, aber mehrere der einzelnen Prädiktoren nicht (Bortz, 2005). Da in der vorliegenden Arbeit sieben Prädiktoren in der multiplen linearen Regression eingesetzt wurden, könnte dies eine Rolle gespielt haben bei der Erklärung, weshalb trotz der starken, signifikanten Varianzaufklärung des Gesamtmodells fünf der Einzelprädiktoren keinen signifikanten Einfluss gezeigt haben (siehe Abschnitt 6.5.4). Die Verwendung der Einzelskalen kann allerdings durch den theoretischen Hintergrund gerechtfertigt werden, der besagt, dass die Variablen multidimensionale Konstrukte darstellen und die ausschließliche Benutzung von Gesamtskalenwerten ihrem Facettenreichtum nicht gerecht werden würde (Baer et al., 2006, 2008b; Brenner et al., 2017; Muris & Otgaar, 2022).

7.4 Ausblick

Für zukünftige Forschung könnte es hilfreich sein, die Konstrukte in einer Längsschnittstudie oder einer Interventionsstudie mit Achtsamkeits- und Selbstmitgefühls- Trainings zu untersuchen, um die Anwendungsmöglichkeiten der Konstrukte für die Gesundheitsförderung zu evaluieren. Die Meditationserfahrung sollte auf jeden Fall miterhoben werden, um die einzelnen Achtsamkeitsfacetten besser einzuschätzen. Es könnte außerdem interessant sein, eine Metaanalyse durchzuführen, um die bisherigen zahlreichen Studien zu den genannten Themen zusammenzufassen. Inwiefern die positiven Faktoren des Selbstmitgefühls mit Wohlbefinden und die negativen Faktoren mit Psychopathologie zusammenhängen, könnte ferner genauer untersucht werden. Bezüglich der Achtsamkeit könnte es sich lohnen, genauer zu erforschen, wie die verschiedenen Achtsamkeitsfacetten mit Wohlbefinden in Zusammenhang stehen, da es gemischte Befunde über den Einfluss einzelner Facetten gibt. Aufgrund von Hinweisen auf geschlechts- und altersspezifische Unterschiede bezüglich der Variablenausprägungen könnte es außerdem sinnvoll sein, Profilanalysen für die Konstrukte zu erstellen, um Personengruppen zu identifizieren, die besonders von Achtsamkeits- und Selbstmitgefühls-Trainings profitieren würden.

8 Literaturverzeichnis

Baer, R. A., Lykins, E. L. B., & Peters, J. R. (2012). Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched nonmeditators. *The Journal of Positive Psychology*, *7*(3), 230–238. https://doi.org/10.1080/17439760.2012.674548

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, *13*(1), 27–45. https://doi.org/10.1177/1073191105283504

Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, *15*(3), 329–342. https://doi.org/10.1177/1073191107313003

Basher, E. (2022). Mindfulness and Self-Compassion as Predictors of Psychological Well-Being. *American Journal of Arts and Human Science*, *1*(4), Article 4. https://doi.org/10.54536/ajahs.v1i4.940

Bayer, O. (2019). Immer mehr psychisch Kranke? *InFo Neurologie & Psychiatrie*, *21*(12), 11–11. https://doi.org/10.1007/s15005-019-0243-7

Birnie, K., Speca, M., & Carlson, L. E. (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, *26*(5), 359–371. https://doi.org/10.1002/smi.1305

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 230–241. https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077

Blanz, M. (2015). *Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit: Grundlagen und Anwendungen* (1. Aufl.). W. Kohlhammer GmbH.

Bundesministerium für Gesundheit. (2003, aktualisiert 2011). *Gesundheitsziele*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsziele

Bodhi, B. (Hrsg.). (2003). *A Comprehensive Manual of Abhidhamma* (Buddhist Publication Society, Sri Lanka Edition). Pariyatti Publishing.

Bortz, J. (2005). *Statistik: Für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Edition). Springer.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. Basic Books.

Brähler, E., Mühlan, H., Albani, C., & Schmidt, S. (2007). Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica*, *53*(2), 83–96. https://doi.org/10.1026/0012-1924.53.2.83

Brenner, R. E., Heath, P. J., Vogel, D. L., & Credé, M. (2017). Two is more valid than one: Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale (SCS). *Journal of Counseling Psychology*, *64*(6), 696–707. https://doi.org/10.1037/cou0000211

Brenner, R. E., Vogel, D. L., Lannin, D. G., Engel, K. E., Seidman, A. J., & Heath, P. J. (2018). Do self-compassion and self-coldness distinctly relate to distress and well-being? A theoretical model of self-relating. *Journal of Counseling Psychology*, *65*(3), 346–357. https://doi.org/10.1037/cou0000257

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(4), 822–848. https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822

Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, *18*(4), 211–237. https://doi.org/10.1080/10478400701598298

Call, D., Miron, L., & Orcutt, H. (2014). Effectiveness of Brief Mindfulness Techniques in Reducing Symptoms of Anxiety and Stress. *Mindfulness*, *5*(6), 658–668. https://doi.org/10.1007/s12671-013-0218-6

Cha, J. E., Boggiss, A. L., Serlachius, A. S., Cavadino, A., Kirby, J. N., & Consedine, N. S. (2022). A Systematic Review on Mediation Studies of Self-Compassion and Physical Health Outcomes in Non-Clinical Adult Populations. *Mindfulness*, *13*(8), 1876–1900. https://doi.org/10.1007/s12671-022-01935-2

Chio, F. H. N., Mak, W. W. S., & Yu, B. C. L. (2021). Meta-analytic review on the differential effects of self-compassion components on well-being and psychological distress: The moderating role of dialecticism on self-compassion. *Clinical Psychology Review*, *85*, 101986. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021. 101986

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. ed.). Erlbaum.

Crocker, J., & Canevello, A. (2008). Creating and undermining social support in communal relationships: The role of compassionate and self-image goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, *95*(3), 555–575. https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.3.555

Dalai Lama. (1995). *The Power of Compassion: A Collection of Lectures*. Thorsons.

Danner, D. D., Snowdon, D. A., & Friesen, W. V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *80*(5), 804–813.

Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, *3*(2), 71–100. https://doi.org/10.1177/1534582304267187

Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin,* 95 (3). https://papers.ssrn.com/abstract=2162125

Ericson, S. M., Gallagher, J. P., Federico, A. J., Fleming, J. J., Froggatt, D., Eleid, A., Finn, B. M., Johnston, K., & Cai, R. Y. (2023). Does emotion regulation mediate the relationship between self-compassion and subjective well-being? A cross-sectional study of adults living in the United States. *Journal of Health Psychology*, 13591053231209668. https://doi.org/10.1177/13591053231209668

Ewert, C., Buechner, A., & Schröder-Abé, M. (2024). Stress Perception and Coping as Mediators of the Link Between Self-Compassion and Affective Well-being? Evidence From Two Longitudinal Studies. *Mindfulness*. https://doi.org/ 10.1007/s12671-023-02295-1

Falkenström, F. (2010). Studying mindfulness in experienced meditators: A quasi-

experimental approach. *Personality and Individual Differences*, *48*(3), 305–310. https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.10.022

Fazia, T., Bubbico, F., Nova, A., Buizza, C., Cela, H., Iozzi, D., Calgan, B., Maggi, F., Floris, V., Sutti, I., Bruno, S., Ghilardi, A., & Bernardinelli, L. (2023). Improving stress management, anxiety, and mental well-being in medical students through an online Mindfulness-Based Intervention: A randomized study. *Scientific Reports*, *13*(1), Article 1. https://doi.org/10.1038/s41598023-35483-z

Feller, S. C., Castillo, E. G., Greenberg, J. M., Abascal, P., Van Horn, R., Wells, K. B., & University of California, Los Angeles Community Translational Science Team. (2018). Emotional Well-Being and Public Health: Proposal for a Model National Initiative. *Public Health Reports (Washington, D.C.: 1974)*, *133*(2), 136–141. https://doi.org/10.1177/0033354918754540

Fincham, G. W., Mavor, K., & Dritschel, B. (2023). Effects of Mindfulness Meditation Duration and Type on Well-being: An Online Dose-Ranging Randomized Controlled Trial. *Mindfulness*, *14*(5), 1171–1182. https://doi.org/10. 1007/s12671-023-02119-2

Fjorback, L. O., Arendt, M., Ornbøl, E., Fink, P., & Walach, H. (2011). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: A systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *124*(2), 102–119. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447. 2011.01704

Fritz-Schubert, E. (2017). *Lernziel Wohlbefinden: Entwicklung des Konzeptes »Schulfach Glück« zur Operationalisierung und Realisierung gesundheits- und bildungsrelevanter Zielkategorien* (1. Aufl.). Beltz Juventa.

Fuochi, G., & Voci, A. (2020). The De-automatizing Function of Mindfulness Facets: An Empirical Test. *Mindfulness*, *11*(4), 940–952. https://doi.org/10.1007/ s12671-020-01305-w

Garland, E. L., Hanley, A. W., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2017). Testing the mindfulness-to-meaning theory: Evidence for mindful positive emotion regulation from a reanalysis of longitudinal data. *PLoS ONE*, *12*(12). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187727

Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal "social' conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (S. 118–150). Brunner-Routledge.

Gilbert, P. (2005a). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. Routledge. https://www.routledge.com/Compassion-Conceptualisations-Research-and-Use-in-Psychotherapy/Gilbert/p/book/9781583919835

Gilbert, P. (2005b). Social Mentalities: A Biopsychosocial and Evolutionary Approach to Social Relationships. In *Interpersonal cognition* (S. 299–333). The Guilford Press.

Gilbert, P. (2013). *Compassion Focused Therapy* (G. Plata, Übers.; 1. Aufl.). Junfermann Verlag.

Golden, H. L., Vosper, J., Kingston, J., & Ellett, L. (2021). The Impact of Mindfulness-Based Programmes on Self-Compassion in Nonclinical Populations: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Mindfulness*, *12*(1), 29–52. https://doi.org/10.1007/s12671-020-01501-8

Hanley, A. W., de Vibe, M., Solhaug, I., Farb, N., Goldin, P. R., Gross, J. J., & Garland, E. L. (2021). Modeling the mindfulness-to-meaning theory's mindful reappraisal hypothesis: Replication with longitudinal data from a randomized controlled study. *Stress and Health*, *37*(4), 778–789. https://doi.org/10.1002/smi.3035

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.

Holden, C. L., Rollins, P., & Gonzalez, M. (2021). Does how you treat yourself affect your health? The relationship between health-promoting behaviors and self-compassion among a community sample. *Journal of Health Psychology*, *26*(12), 2330–2341. https://doi.org/10.1177/1359105320912448

Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, *50*(2), 222–227.

https://doi.org/10.1016/j.paid. 2010.09.033

Hupfeld, J., & Ruffieux, N. (2011). Validierung einer deutschen Version der Self-Compassion Scale (SCS-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *40*(2), 115-123. https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000088

Huppert, F. A. (2009). Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *1*(2), 137–164. https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01008

Huppert, F. A., & Whittington, J. E. (2003). Evidence for the independence of positive and negative well-being: Implications for quality of life assessment. *British Journal of Health Psychology*, *8*(Pt 1), 107–122. https://doi.org/10.1348/ 135910703762879246

Hwang, Y.-G., Pae, C., Song, C. R., Kim, H.-J., Bang, M., Park, C. I., Choi, T. K., Kim, M.-K., & Lee, S.-H. (2023). Self-compassion is associated with the superior longitudinal fasciculus in the mirroring network in healthy individuals. *Scientific Reports*, *13*(1), 12264. https://doi.org/10.1038/s41598-023-39384

Iani, L., Lauriola, M., Cafaro, V., & Didonna, F. (2017). Dimensions of Mindfulness and Their Relations with Psychological Well-Being and Neuroticism. *Mindfulness*, *8*(3), 664–676. https://doi.org/10.1007/s12671-016-0645-2

Jacquet, L., Paucsik, M., Guy, J.-B., Eve, K., Ben-Taarit, I., & Lantheaume, S. (2024). Self-compassion and psychological well-being of radiographers at work. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, *19*(1), 2287621. https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2287621

Johnson, L. K., Nadler, R., Carswell, J., & Minda, J. P. (2021). Using the Broaden-and-Build Theory to Test a Model of Mindfulness, Affect, and Stress. *Mindfulness*, *12*(7), 1696–1707. https://doi.org/10.1007/s12671-021-01633-5

Jones, P., & Drummond, P. (2023). Construction and evaluation of a mindfulness-based quality of life and well-being program (MQW) in a randomized trial. *Current Psychology*, *42*(17), 14782–14803. https://doi.org/10.1007/s12144-021-02672-w

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and*

Mind to Face Stress, Pain, and Illness. Delacorte Press.

Karakasidou, E., & Stalikas, A. (2017). The Effectiveness of a Pilot Self-Compassion Program on Well Being Components. *Psychology*, *8*(4), Article 4. https://doi.org/10.4236/psych.2017.84034

Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, *31*(6), 1041–1056. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006

Khalid, A., & Syed, J. (2024). Mental health and well-being at work: A systematic review of literature and directions for future research. *Human Resource Management Review*, *34*(1), 100998. https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2023.100998

Kim, C., & Ko, H. (2018). The impact of self-compassion on mental health, sleep, quality of life and life satisfaction among older adults. *Geriatric Nursing*, *39*(6), 623–628. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.06.005

Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behavior Therapy*, *48*(6), 778–792. https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003

Leighton, T. D. (2003). *Faces of Compassion: Classic Bodhisattva Archetypes and Their Modern Expression* (Revised Edition). Wisdom Publications.

Leinberger, K. J. (2012). Measuring mindfulness in meditators and examining how aspects of meditation practice affect mindfulness. *Doctoral dissertation, Texas A&M University*. https://hdl.handle.net/1969.1/148429.

Levin, M. E., An, W., Davis, C. H., & Twohig, M. P. (2020). Evaluating Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction Self-Help Books for College Student Mental Health. *Mindfulness*, *11*(5), 1275–1285. https://doi.org/10.1007/s12671-020-01344-3

Linardon, J. (2020). Can Acceptance, Mindfulness, and Self-Compassion Be Learned by Smartphone Apps? A Systematic and Meta-Analytic Review of Randomized Controlled Trials. *Behavior Therapy*, *51*(4), 646–658. https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.10.002

Linehan, M. M. (1987). Dialectical Behavior Therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *51*(3), 261–276.

Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, *49*(2), 1849–1856. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.09.019

López, A., Sanderman, R., Smink, A., Zhang, Y., van Sonderen, E., Ranchor, A., & Schroevers, M. J. (2015). A Reconsideration of the Self-Compassion Scale's Total Score: Self-Compassion versus Self-Criticism. *PloS One*, *10*(7), e0132940. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132940

MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, *32*(6), 545–552. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003

MacLeod, A. K. (2012). Well-being, Positivity and Mental Health: An Introduction to the Special Issue. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *19*(4), 279–282. https://doi.org/10.1002/cpp.1794

Magalhães, S., Carvalhais, L., Oliveira, P., Francisco, C., Mourisco, C., Leal, T., & Limpo, T. (2023). Promotion of Psychological Well-Being and Life Satisfaction in Pre-Adolescents Through Mindfulness Amidst COVID-19. *Mindfulness*. https://doi.org/10.1007/s12671-023-02269-3

Maloney, S., Montero-Marin, J., & Kuyken, W. (2023). Pathways to mental well-being for graduates of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR): A mediation analysis of an RCT. *Psychotherapy Research*, 1–12. https://doi.org/10.1080/10503307.2023. 2269299

Mavisakalyan, A., Sharma, S., & Weber, C. (2024). Pro-environmental behavior and subjective well-being: Culture has a role to play. *Ecological Economics*, *217*, 108081. https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2023.108081

Meister, K., & Becker, S. (2018). Yoga bei psychischen Störungen. *Der Nervenarzt*,

89(9), 994–998. https://doi.org/10.1007/s00115-018-0537

Michalak, J., Zarbock, G., Drews, M., Otto, D., Mertens, D., Ströhle, G., Schwinger, M., Dahme, B., & Heidenreich, T. (2016). Erfassung von Achtsamkeit mit der deutschen Version des Five Facet Mindfulness Questionnaires (FFMQ-D). *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *24*(1), 1–12. https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000149

Muris, P., & Otgaar, H. (2020). The Process of Science: A Critical Evaluation of more than 15 Years of Research on Self-Compassion with the Self-Compassion Scale. *Mindfulness*, *11*(6), 1469–1482. https://doi.org/10.1007/s12671-020-01363-0

Muris, P., & Otgaar, H. (2022). Deconstructing Self-Compassion: How the Continued Use of the Total Score of the Self-Compassion Scale Hinders Studying a Protective Construct Within the Context of Psychopathology and Stress. *Mindfulness*, *13*(6), 1403–1409. https://doi.org/10.1007/s12671-022-01898-4

Muris, P., & Petrocchi, N. (2017). Protection or Vulnerability? A Meta-Analysis of the Relations Between the Positive and Negative Components of Self-Compassion and Psychopathology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(2), 373–383. https://doi.org/10.1002/cpp.2005

Neff, K. (2003a). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, *2*(2), 85–101. https://doi.org/10.1080/15298860309032

Neff, K. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, *2*(3), 223–250. https://doi.org/10.1080/15298860 309027

Neff, K. D., & Beretvas, S. N. (2013). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and Identity*, *12*(1), 78–98. https://doi.org/10.1080/15298868. 2011.639548

Neff, K. D., & Costigan, A. P. (2014). Self-compassion, wellbeing, and happiness. *Psychologie in Österreich*, *2*(3), 114–119.

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of

the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, *69*(1), 28–44. https://doi.org/10.1002/jclp.21923

Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, *9*(3), 225–240. https://doi.org/10.1080/15298860902979307

Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, *12*(2), 160–176. https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649546

Neff, K., & Dahm, K. A. (2015). Self-Compassion: What It Is, What It Does, and How It Relates to Mindfulness. In B. D. Ostafin, M. D. Robinson, & B. P. Meier (Hrsg.), *Handbook of Mindfulness and Self-Regulation* (S. 121–137). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2263-5_10

Ostir, G. V., Markides, K. S., Peek, M. K., & Goodwin, J. S. (2001). The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosomatic Medicine*, *63*(2), 210–215. https://doi.org/10.1097/00006842-200103000-00003

Park, C. L., Kubzansky, L. D., Chafouleas, S. M., Davidson, R. J., Keltner, D., Parsafar, P., Conwell, Y., Martin, M. Y., Hanmer, J., & Wang, K. H. (2023). Emotional Well-Being: What It Is and Why It Matters. *Affective Science*, *4*(1), 10–20. https://doi.org/10.1007/s42761-022-00163-0

Phillips, W. J. (2021). Self-compassion mindsets: The components of the self-compassion scale operate as a balanced system within individuals. *Current Psychology*, *40*(10), 5040–5053. https://doi.org/10.1007/s12144-019-00452-1

Roemer, A., Sutton, A., Grimm, C., & Medvedev, O. N. (2021). Differential Contribution of the Five Facets of Mindfulness to Well-being and Psychological Distress. *Mindfulness*, *12*(3), 693–700. https://doi.org/10.1007/s12671-020-01535-y

Rottmann, H., & Auer, B. (2010). Das lineare Regressionsmodell und seine Annahmen. In H. Rottmann & B. Auer (Hrsg.), *Statistik und Ökonometrie für*

Wirtschaftswissenschaftler: Eine anwendungsorientierte Einführung (S. 435–457). Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-6372-7_15

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, *52*, 141–166. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141

Ryff, C. D., Dienberg Love, G., Urry, H. L., Muller, D., Rosenkranz, M. A., Friedman, E. M., Davidson, R. J., & Singer, B. (2006). Psychological well-being and ill-being: Do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychotherapy and Psychosomatics*, *75*(2), 85–95. https://doi.org/10.1159/000090892

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(4), 719–727. https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.4.719

Scafuto, F., Ghiroldi, S., Montecucco, N. F., De Vincenzo, F., Quinto, R. M., Presaghi, F., & Iani, L. (2024). Promoting well-being in early adolescents through mindfulness: A cluster randomized controlled trial. *Journal of Adolescence*, *96*(1), 57–69. https://doi.org/10.1002/jad.12252

Schmidt, S. (2014). Was ist Achtsamkeit? Herkunft, Praxis und Konzeption. *SUCHT*, *60*(1), 13–19. https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000287

Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.

Sgherza, T. R., DeMarree, K. G., & Naragon-Gainey, K. (2022). Testing the Mindfulness-to-Meaning Theory in Daily Life. *Mindfulness*, *13*(9), 2324–2336. https://doi.org/10.1007/s12671-022-01961-0

Shapiro, S. L., Oman, D., Thoresen, C. E., Plante, T. G., & Flinders, T. (2008). Cultivating mindfulness: Effects on well-being. *Journal of Clinical Psychology*, *64*(7), 840–862. https://doi.org/10.1002/jclp.20491

Sirgy, M. J. (2019). Positive balance: A hierarchical perspective of positive mental health. *Quality of Life Research*, *28*(7), 1921–1930. https://doi.org/10.1007/s11136-019-02145-5

Sirois, F. M. (2020). The association between self-compassion and self-rated health in 26 samples. *BMC Public Health*, *20*(1), 74. https://doi.org/10.1186/s12889-

020-8183-1

Soysa, C. K., & Wilcomb, C. J. (2015). Mindfulness, Self-compassion, Self-efficacy, and Gender as Predictors of Depression, Anxiety, Stress, and Well-being. *Mindfulness*, *6*(2), 217–226. https://doi.org/10.1007/s12671-013-0247-1

Tang, Y. Y., Tang, R., & Gross, J. J. (2019). Promoting Psychological Well-Being Through an Evidence-Based Mindfulness Training Program. *Frontiers in Human Neuroscience*, *13*, 237. https://doi.org/10.3389/fnhum.2019.00237

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. https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.615

Tomlinson, E. R., Yousaf, O., Vittersø, A. D., & Jones, L. (2018). Dispositional Mindfulness and Psychological Health: A Systematic Review. *Mindfulness*, *9*(1), 23–43. https://doi.org/10.1007/s12671-017-0762-6

Tran, M. A. Q., Vo-Thanh, T., Soliman, M., Ha, A. T., & Van Pham, M. (2022). Could mindfulness diminish mental health disorders? The serial mediating role of self-compassion and psychological well-being. *Current Psychology*. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03421-3

Verhaeghen, P., & Aikman, S. N. (2022). The I in mindfulness: How mindfulness relates to aspects of self and psychological well-being. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. https://doi.org/10.1037/cns000 0337

Voci, A., Veneziani, C. A., & Fuochi, G. (2019). Relating Mindfulness, Heartfulness, and Psychological Well-Being: The Role of Self-Compassion and Gratitude. *Mindfulness*, *10*(2), 339–351. https://doi.org/10.1007/s12671-018-0978-0

von Allmen, F. (2007). *Buddhismus: Lehren - Praxis - Meditation* (1. Aufl.). Theseus.

Wang, Y., Garland, E. L., & Farb, N. A. S. (2023). An experimental test of the mindfulness-to-meaning theory: Casual pathways between decentering, reappraisal, and well-being. *Emotion*, *23*(8), 2243–2258. https://doi.org/10.1037/ emo0001252

Wheeler, M. S., Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (2017). The Neuroscience of

Mindfulness: How Mindfulness Alters the Brain and Facilitates Emotion Regulation. *Mindfulness*, *8*(6), 1471–1487. https://doi.org/10.1007/s12671-017-0742

Woodruff, S. C., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Crowley, K. J., Hindman, R. K., & Hirschhorn, E. W. (2014). Comparing Self-Compassion, Mindfulness, and Psychological Inflexibility as Predictors of Psychological Health. *Mindfulness*, *5*(4), 410–421. https://doi.org/10.1007/s12671-013-0195-9

World Health Organization (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. *Official Records of the World Health Organization*, *2*, 100.

Yela, J. R., Crego, A., Buz, J., Sánchez-Zaballos, E., & Gómez-Martínez, M. Á. (2022). Reductions in experiential avoidance explain changes in anxiety, depression and well-being after a mindfulness and self-compassion (MSC) training. *Psychology and Psychotherapy*, *95*(2), 402–422. https://doi.org/10.1111/papt.12375

Yousefi Afrashteh, M., & Hasani, F. (2022). Mindfulness and psychological well-being in adolescents: The mediating role of self-compassion, emotional dysregulation and cognitive flexibility. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *9*(1), 22. https://doi.org/10.1186/s40479-022-00192

Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *7*(3), 340–364. https://doi.org/10.1111/aphw.12051

Medical School Hamburg
University of Applied Sciences
and Medical University

Eigenständigkeitserklärung

Name, Vorname: Kappe, Esther

Matrikelnummer: 212904002

Titel der Abschlussarbeit: Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und Selbstmitgefühl mit Wohlbefinden in der Allgemeinbevölkerung

Ich erkläre, dass ich die Abschlussarbeit ohne fremde Hilfe und nur unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die Stellen, die anderen Werken (einschließlich solcher aus elektronischen Datenbanken oder aus dem Internet) wörtlich oder sinngemäß entnommen sind, habe ich unter Angabe der Quelle und Einhaltung der Regeln wissenschaftlichen Zitierens kenntlich gemacht. Dies gilt auch für Zeichnungen, Skizzen, bildliche Darstellungen und dergleichen.

Ort, Datum: Hamburg, 29.01.2024

Unterschrift: [redacted]

Optional:

Elektronische Veröffentlichung meiner Abschlussarbeit

1. Rechtseinräumung
Ich räume der MSH Medical School Hamburg GmbH (im Folgenden: die Hochschule) das nicht exklusive, kostenfreie, zeitlich unbefristete Recht ein, (a) die Abschlussarbeit und (b) zugehörige Metadaten und Abstracts, die von mir geliefert und/oder durch die Hochschule ergänzt werden,

- auf ihrem Publikationsserver zu veröffentlichen,
- im Internet öffentlich zugänglich zu machen,
- in andere Datenformate zu konvertieren,
- elektronische Vervielfältigungsstücke anzufertigen

und zu speichern.

Die Hochschule darf dabei Dritte als Hilfspersonen einschalten. Sie ist nicht zur Nutzung der genannten Rechte verpflichtet und ist insbesondere frei in der Entscheidung, ob und wann sie die Abschlussarbeit veröffentlicht und wie lange sie diese öffentlich zugänglich macht.

Sollte die Abschlussarbeit veröffentlicht werden, so ist mir bewusst, dass die Hochschule gesetzlich dazu verpflichtet ist, die Abschlussarbeit an die Deutsche Nationalbibliothek sowie die Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg zu liefern.

2. Kein Verstoß gegen gesetzliche Vorschriften oder Rechte Dritter
Ich versichere, dass der Nutzung der in Ziffer 1 eingeräumten Rechte durch die Hochschule keine Rechtshindernisse entgegenstehen. Sollte ich Kenntnis von etwaigen Rechtshindernissen erlangen, setze ich die Hochschule davon unverzüglich in Kenntnis. Sollte die Hochschule dies verlangen, übergebe ich ihr unverzüglich alle notwendigen Informationen und Daten zur Klärung eventueller Rechtshindernisse, die der Nutzung der in Ziffer 1 eingeräumten Rechte entgegenstehen könnten. Von etwaigen Ansprüchen Dritter, die sich aus der Verletzung ihrer Rechte durch die Veröffentlichung meiner Abschlussarbeit ergeben, stelle ich die Hochschule frei.

3. Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten
Ich nehme zur Kenntnis, dass die Hochschule für die Dauer der Nutzung der in Ziffer 1 eingeräumten Rechte, also zeitlich unbefristet, meinen Namen und geeignete Metadaten zur Abschlussarbeit (personenbezogene Daten im Sinne der Datenschutzgrundverordnung, DSGVO) verarbeitet. Insbesondere können diese Daten im Internet öffentlich zugänglich gemacht werden und an die Deutsche Nationalbibliothek, die Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg und an Hilfspersonen der Hochschule im Sinne der Ziffer 1 weitergegeben werden.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung sind Art. 6 Abs. 1 lit. b und lit. c DSGVO.

Mir stehen hinsichtlich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gegenüber der Hochschule Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung zu sowie ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde.

Den Datenschutzbeauftragen der Hochschule erreiche ich unter datenschutz@medicalschool-hamburg.de.

Ort, Datum: Hamburg, 29.01.2024

Unterschrift: [redacted]