



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Religiosität und Spiritualität und deren Einfluss auf
Alkoholmissbrauch unter Berücksichtigung von Coping-
Stilen und subjektiv wahrgenommener Stressbelastung“

verfasst von / submitted by

Filip Müller, BSc.

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

Wien, 2019 / Vienna 2019

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

A 066 840

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

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Inhaltsverzeichnis

Abstract (Deutsch)	1
Abstract (English)	2
I Theoretischer Teil	3
Einleitung	4
1. Theorie	6
1.1 Religiosität und Spiritualität	6
1.2 Stress	8
1.2.1 Transaktionales Stressmodell von Lazarus	10
1.3 Begriffsbestimmung Coping	11
1.3.1 Coping-Strategien	12
1.3.2 Religiosität und Spiritualität in Coping – religiöses Coping	13
1.4 Alkoholmissbrauch	13
1.5 Religiosität/Spiritualität im wissenschaftlichen Kontext	14
1.5.1 R/S und psychische/physische Gesundheit	14
1.5.2 R/S und Stress	16
1.5.3 R/S und Coping	17
1.5.4 R/S und Alkoholmissbrauch	18
II Empirischer Teil	21
2. Methode	22
2.1 Zielsetzung der Studie	22
2.2 Stichprobenbeschreibung	22
2.3 Untersuchungsdurchführung	23
2.4 Studiendesign	23
2.5 Messinstrumente	24
2.5.1 Soziodemografischer Fragebogen	24
2.5.2 Multidimensionales Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MI-RSB)	24
2.5.3 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	25
2.5.4 Perceived-Stress-Questionnaire (PSQ)	26
2.5.5 Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)	27
2.6 Fragestellungen und Hypothesen	27
2.6.1 Unterschiedshypothesen zu R/S und Stress	28

2.6.2 Unterschiedshypothesen zu R/S und Coping.....	28
2.6.3 Unterschiedshypothesen zu R/S und Alkoholkonsum.....	28
2.6.4 Regressionsanalyse R/S und Alkoholkonsum.....	28
2.6.5 ANOVA R/S und Coping in Bezug auf Alkoholkonsum.....	29
2.7 Angewandte statistische Auswertung.....	29
3. Ergebnisdarstellung.....	31
3.1 Stichprobenbeschreibung.....	31
3.1.1 Rücklaufstatistik.....	31
3.1.2 Soziodemografische Daten.....	31
3.1.3 Darstellung der Ergebnisse des MI-RSB.....	32
3.2 Hypothesenprüfung – Ergebnisdarstellung.....	33
3.2.1 Unterschiedshypothese zu R/S und Stress.....	33
3.2.2 Unterschiedshypothese zu R/S und Coping.....	34
3.2.3 Unterschiedshypothese zu R/S und Alkoholkonsum.....	35
3.2.4 Regressionsanalyse zu R/S und Alkoholkonsum.....	35
3.2.5 ANOVA zu R/S und Coping in Bezug auf Alkoholkonsum.....	36
4. Diskussion.....	39
4.1 Diskussion der Ergebnisse.....	39
4.1.1 Vergleiche nach Grad von R/S.....	39
4.1.2 Regressionsanalyse.....	40
4.1.3 Adaptives Coping und Alkoholkonsum.....	41
4.2 Limitationen und Kritik.....	42
4.2.1 Stichprobe.....	43
4.2.2 Messinstrumente.....	43
4.2.3 Studiendesign und Operationalisierung.....	44
4.3 Ausblick.....	45
Literaturverzeichnis.....	47
Tabellenverzeichnis.....	54
Abbildungsverzeichnis.....	54
Abkürzungsverzeichnis.....	54

Abstract (Deutsch)

Alkoholmissbrauch als klinische Dimension und Religion als institutionelle Konzeption sowie als individuelle Persönlichkeitseigenschaft wurden bisher noch wenig mit klinisch-psychologischen Überlegungen in Verbindung gebracht. Alkoholmissbrauch stellt, nicht erst seit heute, ein ernstzunehmendes Problem auf der ganzen Welt dar. Mehrere Millionen Menschen kommen jährlich aufgrund von Alkoholmissbrauch zu Tode. Die hier verfolgte Frage ist, ob Religiosität und Spiritualität eine Ressource bilden könnten, die Menschen präventiv oder in der Behandlung vor problematischem Alkoholkonsum schützt. Ziel der Studie war es zu untersuchen, inwiefern Religiosität und Spiritualität, unter Berücksichtigung von Coping-Strategien, Einfluss auf verminderten Alkoholkonsum haben. Neben einem Fragebogen zu soziodemografischen Daten wurden das Multidimensionale Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MI-RSB), das Coping Inventory for Stressful Situations (CISS), der Perceived-Stress-Questionnaire (PSQ) sowie der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) verwendet. Die Stichprobe, die sich aus Studierenden aus Deutschland, Österreich und der Schweiz zusammensetzte, umfasste 569 VersuchsteilnehmerInnen.

Es wurden drei t-Tests durchgeführt, um Unterschiede zwischen religiös/spirituellen und nicht-religiös/spirituellen Personen im Hinblick auf Stress, Coping und Alkoholkonsum zu untersuchen. Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gefunden werden. Ferner konnten zwei Prädiktoren von Religiosität/Spiritualität für Alkoholkonsum identifiziert werden. Abschließend sollte, mittels einer einfaktoriellen ANOVA, noch untersucht werden, ob sich Personen, die als religiös/spirituell zu klassifizieren sind und adaptiv copen (hohe Werte in problemorientiertem Coping, niedrige Werte in emotionsorientiertem Coping), von anderen Personen im Hinblick auf Alkoholkonsum (AUDIT) unterscheiden. Jedoch konnten hier ebenfalls keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Schlüsselbegriffe: Religiosität/Spiritualität, Alkoholkonsum, aufgabenorientiertes Coping, emotionsorientiertes Coping, adaptives Coping, Stress

Abstract (English)

Alcohol abuse as a clinical dimension and religion as an institutional concept as well as individual personality trait have so far been little associated with clinical-psychological considerations. Alcohol abuse is, not only since today, a serious problem all over the world. Several million people die of alcohol abuse every year. The question pursued here is whether religiosity and spirituality could be a resource to protect people from problematic alcohol consumption, either preventively or during treatment. The aim of the study was to investigate to what extent religiousness and spirituality, taking into account Coping styles, have an influence on reduced alcohol consumption. In addition to a questionnaire on sociodemographic data, the multidimensional inventory of religious and spiritual well-being (MI-RSB), the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS), the Perceived Stress Questionnaire (PSQ) and the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) were applied. The sample, which consisted of students from Germany, Austria and Switzerland, included 569 participants. Three t-tests were conducted to study differences between religious-spiritual and non-religious-spiritual persons with regard to stress, coping and alcohol consumption. No significant differences could be found between the two groups. Furthermore, two predictors of religiousness/spirituality for alcohol consumption could be identified. Finally, by means of a simple ANOVA, it should be examined whether persons who are to be classified as religious/spiritual and adaptive copers (high values in problem-oriented coping, low values in emotion-oriented coping) differ from other persons with regard to alcohol consumption (AUDIT). However, no significant differences could be found here.

Key words: Religiosity/spirituality, alcohol consumption, problem-focused coping, emotion-focused coping, adaptive coping, stress

I Theoretischer Teil

Einleitung

Der Umgang von Gesellschaften mit dem Konsum von Alkohol ist durch eine mehr als tausendjährige Tradition verschiedener Epochen kulturell geprägt worden, besonders durch die verschiedenen Religionen, wie das Christentum oder den Islam (Phillips, 2014). Der Konsum alkoholischer Getränke ist nicht nur tief in unserer Geschichte und Kultur verankert, sondern gilt auch in unserer heutigen Gesellschaft als weitgehend akzeptiert, toleriert und sogar in einer Vielzahl von Situationen als erwartet bzw. erwünscht. Dabei bleibt meist unbeachtet, dass nach Angaben der World Health Organization WHO (2018) z.B. im Jahr 2016 drei Millionen Menschen durch Alkoholmissbrauch zu Tode gekommen sind. Laut WHO (2016) konsumierte in Deutschland, Österreich und der Schweiz eine Person im Alter von über 15 Jahren im Jahr 2015 durchschnittlich mehr als 11 Liter Alkohol.

In der Psychologie bzw. Therapie gibt es schon seit längerem die Überlegung, dass Religion möglicherweise als Ressource genutzt werden könnte, um Alkoholabstinenz zu fördern und die Suchttherapie zu unterstützen (Unterrainer, 2014). Schon der Schweizer Psychoanalytiker C. G. Jung und der amerikanische Mediziner und Mitbegründer der Organisation „Anonyme Alkoholiker“ (AA) Bill (William Griffith) Wilson formulierten den Leitsatz „Spiritus contra Spiritum“, der Heilige Geist gegen den Alkohol (Unterrainer, 2014). Die Selbsthilfeorganisation AA wurde bereits 1935 in den USA gegründet, und deren Konzeption gründete auf dem Bezug zu religiösen und spirituellen Werten (Murken, 1994). Mittlerweile wurden auch, vor allem in den Vereinigten Staaten, professionelle therapeutische Ansätze entwickelt und diskutiert, die auf einer religiösen bzw. spirituellen Dimension beruhen. So haben beispielsweise die „Spiritual Modified Cognitive Behavior Therapy“ oder auch die „Mindfulness-Based Cognitive Behavior Therapy“ bereits Eingang in die psychotherapeutische Praxis gefunden (Nedelec, Richardson, & Silver, 2017). Nicht nur, dass Religiosität und Spiritualität (R/S) in zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen mit besserer psychischer Gesundheit und gesteigerter Zufriedenheit in Verbindung gebracht werden (Joshani, 2012), vielmehr gibt es auch ein breites Spektrum an Studien, die R/S gezielt mit reduziertem Alkoholmissbrauch in Verbindung bringen (Debnam, Milam, Mullen, Lacey, & Bradshaw, 2018; Giordano et al., 2015). Stress und der damit verbundenen Umgang mit stressreichen Situationen spielt, besonderes im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch, eine ebenfalls wichtige Rolle. Aufgrund dessen wurden vermehrt Studien durchgeführt, die R/S als protektiven

Faktor beim Umgang mit stressreichen Situationen prüfen und entsprechend auch mit reduziertem Substanzmissbrauch in Verbindung bringen (Wills, Yaeger, & Sandy, 2003).

Die aktuelle Arbeit gliedert sich in drei Teil-Komplexe. Am Anfang steht ein theoretischer Teil, der die Konstrukte R/S, Coping und Stress einzeln beleuchtet und den damit in Verbindung stehenden Studien- und Forschungskonsens beschreibt. Der zweite Teil beschäftigt sich mit der empirischen Seite; es geht hier um die methodischen Zugänge der Arbeit, die Hypothesen und damit zusammenhängenden Fragestellungen sowie um die Auswertung der erhobenen Daten. Abschließend sollen die gewonnenen Ergebnisse interpretiert und ausführlich diskutiert werden; zusätzlich werden die Einschränkungen/Limitationen der vorliegenden Studie präsentiert.

1. Theorie

Die Masterarbeit über Religiosität und Spiritualität und deren Einfluss auf Alkoholmissbrauch unter Berücksichtigung von Coping-Stilen und subjektiv wahrgenommener Stressbelastung befasst sich mit den folgenden Fragen: Hat R/S einen Einfluss auf die einzelnen Bereiche Alkoholmissbrauch, Coping und subjektiv wahrgenommene Stressbelastung? Welche spezifischen Faktoren von R/S haben möglicherweise einen Einfluss auf den Alkoholkonsum? Schließlich: Hat eine mögliche Kombination der genannten Dimensionen einen positiven bzw. negativen Einfluss auf Alkoholkonsum? Das Konstrukt der R/S steht hierbei im Zentrum der Arbeit.

Im Folgenden werden die einzelnen erwähnten Konstrukte und Begriffe erklärt und beschrieben, beginnend mit Religiosität und Spiritualität, folgend Stress und Coping und schließlich Alkoholmissbrauch. Weiter soll der Einfluss von R/S auf die einzelnen Bereiche (Stress, Coping und Alkoholkonsum) anhand der aktuellen Befundlage erläutert werden, um final einen möglichen Zusammenhang zwischen den Dimensionen R/S und Coping auf verringerten Alkoholkonsum zu untersuchen. Die vorliegende Masterarbeit soll als Ausgangspunkt für zukünftige Forschung dienen, die sich mit R/S in der Suchtforschung, insbesondere im klinisch relevanten Bereich und der Therapie, auseinandersetzt.

1.1 Religiosität und Spiritualität

Zunächst gilt es zu klären, wie Religiosität bzw. Spiritualität definiert werden kann. Handelt es sich um Synonyme, beschreiben sie eher verschiedene unabhängige Konstrukte oder ist Religiosität vielmehr der Oberbegriff für mehrere Unterkategorien bzw. Dimensionen, wie „Spiritualität“, „Glaube“, „Christentum“ etc. (Angel, 1999)? Religion ist in der Psychologie ein bisher sehr wenig untersuchtes Phänomen. Besonders in Europa gibt es kaum wissenschaftliche Untersuchungen auf diesem Gebiet, während etwa in Amerika aktuell ein stark zunehmendes Interesse daran erkennbar ist und das Forschungsfeld zunehmend mehr Aufmerksamkeit erregt. Die bisherig geringe Beschäftigung mit dem Thema lässt sich darauf zurückzuführen, dass Religiosität sowie Spiritualität und die damit verbundenen Erfahrungen sich der rationalen und objektivierbaren Erklärung entziehen und somit für die Psychologie schwer fassbar machen (Utsch, 2003). An dieser Stelle ist K. Pargament zu erwähnen,

der durch zahlreiche Arbeiten rund um das Konstrukt Religion maßgeblich dazu beitrug und -trägt, die religiöse und spirituelle Dimension in die Psychologie einzuführen.

Was also sind Religiosität und Spiritualität? Eine Studie von Zinnbauer und Kollegen (1997) in den USA hat gezeigt, dass 78% der befragten Personen sich als religiös wahrnahmen, aber mehr als 90% als spirituell. Offenbar gibt es einen Unterschied in der wahrgenommenen Bedeutung der beiden Begriffe. Dabei ist Spiritualität als eigenständiges Konstrukt in der Forschung erst in den letzten fünfzig Jahren verstärkt aufgekommen (Pargament, 1999). Das Thema Religiosität hingegen und damit verbundene Studien reichen weit in die Vergangenheit zurück. Allgemein kann Religiosität als breites Konstrukt gesehen werden, das individualistisch, aber auch institutionell geprägt sein kann, funktional, aber auch substantiell ebenso wie übersinnlich, schließlich gut, aber auch schlecht zu betrachten ist (Pargament, 1999). Zahlreiche Definitionen sind über die Jahrhunderte formuliert worden; eine davon soll hier exemplarisch angeführt werden: „Religiosität ist jene biologisch grundlegende Ausstattung des (aller?/vieler?) Menschen, die eine ganzheitliche, d.h. von der ganzen Persönlichkeit (emotional, kognitiv, wert- und orientierungsmäßig) getragene – und weil als transzendent fundiert erlebt – nicht mehr überbietbare Welt- und Selbstdeutung sowie Selbsthingabe ermöglicht.“ (Angel, 1999, S. 13). Diese Definition ist nur ein Beispiel von vielen Versuchen, Religiosität zu erklären und als fassbares Konstrukt zu beschreiben. Religionspsychologie, als Teil der Psychologie, blickt hingegen auf eine junge Vergangenheit zurück. Zwar beschäftigten sich bereits Freud und Jung mit ersten Theorien zur religiösen Entwicklung einer Person aus psychologischer Sicht, jedoch ist das Thema bis heute immer noch ein absolutes Randgebiet der psychologischen Forschung, wie die Aussage des Theologen Hans Küng anschaulich unterstreicht, dass Religion als das letzte Tabu der Psychologie gelte (Utsch, 2003). Da hier nicht ausführlicher auf die Entwicklung der Religionspsychologie eingegangen werden kann, abschließend nur ein Definitionsangebot des erwähnten Religionspsychologen Pargament (1999), das für die Religionspsychologie in gewisser Weise wegweisend geworden ist: Er beschreibt R/S als die Suche nach Bedeutsamkeit im Leben, und zwar in Beziehung zu etwas Transzendtem und Übernatürlichem. Die Frage der Definition von Religiosität und der Entwicklung der Religionspsychologie als eigenständiges Forschungsgebiet der Psychologie hier weiter zu verfolgen, würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten und muss an anderer Stelle vertiefend aufgegriffen werden.

In der vorliegenden Masterarbeit geht es vor allem darum, den aktuellen Diskussionsstand auf diesem Gebiet, also die heutigen Betrachtungsweisen und Erklärung von R/S darzulegen. Hier ist zunächst festzuhalten, dass beide Konstrukte zumeist als eigenständige multidimensionale Konstrukte angesehen werden, die sich durch sämtliche Lebensdimensionen ziehen, zahlreiche Funktionen erfüllen und durch eine Vielzahl von Gedanken, Stimmungen, Handlungen, Erfahrungen, Beziehungen sowie physische Reaktionen bestimmt werden (Mahoney & Shafranske, 2013). In diesem Zusammenhang wird Religiosität als ein soziales Phänomen beschrieben, das vermehrt auf Institutionen und Traditionen bezogen ist (Unterrainer, Lewis, & Fink, 2014). Ferner geht es um Überzeugungen und transzendente Erfahrungen, die interpersonell innerhalb einer Gruppe bzw. Vereinigung geteilt werden (Gotterer, 2001). Spiritualität hingegen scheint eher auf der individuellen und kontextbezogenen Ebene verankert und bezeichnet vielmehr eine persönliche, individuelle Beziehung zu etwas Transzendente bzw. zu Gott (Gilbert, 2000; Joshanloo, 2012). Sehr vereinfacht: unter Religiosität würde man somit die gemeinschaftliche und unter Spiritualität eine individuelle bzw. persönliche Perspektive verstehen.

Besonders ist auf die Definition von Unterrainer und Fink (2013) einzugehen, da der in dieser Studie verwendete Fragebogen zu R/S von diesen entwickelt wurde, die Ergebnisse deshalb auch auf deren Konzept Bezug nehmen. Sie beschreiben R/S als die Fähigkeit, „Sinn und Bedeutung der eigenen Existenz durch ein Gefühl der Verbundenheit mit sich selbst, mit anderen Menschen und einer (wie auch immer gearteten) höheren Macht zu erfahren“ (Unterrainer & Fink, 2013, S. 34). Religiosität und Spiritualität werden also, im Unterschied zu anderen Ansätzen, nicht als gesonderte, je eigenständige Konstrukte verstanden, vielmehr als synonym bzw. als Bestandteile eines zusammenhängenden Konstrukts. Dies stößt in der heutigen Literatur häufig auf Kritik, worauf im Diskussionsteil der Arbeit noch einmal vertiefend Bezug genommen wird.

1.2 Stress

Stress ist ein im Alltag häufig verwendeter Begriff und wird meist im Zusammenhang mit Überbelastung und Zeitdruck verstanden (Semmer & Zapf, 2018). Jeder Mensch sieht sich im Laufe seines Lebens mit Stress konfrontiert. Doch was ist Stress in einem spezifischen Sinn und wie äußert er sich? Der namhafte österreichische Stressforscher Hans Selye beschreibt Stress aus einer biologisch-medizinischen Sicht

als generelle Alarmreaktion des Organismus (Rochette & Vergely, 2017), die für den Menschen überlebensnotwendig ist. Selye beschreibt Stress „als die unspezifische Reaktion des Körpers auf jede Anforderung, die an ihn gestellt wird“ (Selye, 1974, S. 58). Auch trifft er eine Unterscheidung zwischen gutem und schlechtem Stress, wobei schlechter Stress zu einer negativen Beeinflussung der Leistungsfähigkeit führe.

Wichtig in der Stressforschung ist ferner der amerikanische Psychologe Richard Lazarus, der Stress als externale Last (Stressoren) auf das biologische, soziale oder psychische System des Menschen definiert. Dabei spielt er mit dem Begriff der Last auf die Wurzeln der Stressforschung an, die in der Physik und Statik zu suchen sind, betreffend die Belastbarkeit von Elementen durch externe Einflussfaktoren. Lazarus (1993) argumentiert auch, dass Stress ein individuelles und persönliches Phänomen sei. Die Wahrnehmung von Stress ist demnach individuell und kann sich unter der Wirkung desselben Stressors, abhängig von der emotionalen und kognitiven Bewertung, auf sehr verschiedene Weise entwickeln und folglich unterschiedlichste Auswirkungen haben (Lazarus, 1993). Stresserfahrung ist eben kein vorgegebener statischer Prozess von Reiz und Reaktion, vielmehr entspringt sie einem dynamischen und interaktiven Prozess zwischen einem Individuum und seiner Umwelt (Lazarus, 1990). Abschließend noch eine Definition von Stress, die das Gesagte weitestgehend bündelt und zusammenfasst: Stress kann als Zeichen für eine Diskrepanz zwischen den Anforderungen, die an jemanden gestellt werden, und den individuellen Möglichkeiten, die Situation zu bewältigen, verstanden werden, aber auch als eine Diskrepanz zwischen den in der gegebenen Situation verfügbaren Ressourcen und den eigenen Bedürfnissen (Semmer & Zapf, 2018).

Wie bereits erläutert, kann Stress positive wie auch negative Folgen haben, wobei der Stress-Zustand an sich als eher unangenehmer Spannungszustand erlebt wird (Caverley, 2005). Besonders wenn Stress dauerhaft erlebt wird, kann es zu einer Beeinträchtigung des körperlichen sowie psychischen Wohlbefindens kommen (Allenspach & Brechbühler, 2005). Konkret führt chronischer Stress, verbunden mit mangelnder Erholung, zur Schwächung des Immunsystems und weiteren psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen (Kaluza, 2004). Somit gilt es, einen bestmöglichen Umgang mit stressreichen Situationen zu fördern.

1.2.1 Transaktionales Stressmodell von Lazarus (1966)

Im Folgenden soll das Transaktionale Stressmodell von Lazarus näher beschrieben werden. Lazarus geht in seinem Modell davon aus, dass Emotionen bei Stress-Situationen den Ausgangspunkt für die weitere Folge bilden, diese Emotionen aber durch vorangehende Interpretationen bzw. Bewertungen (appraisal) einer aktuellen Situation entstehen. Nach Lazarus gibt es drei verschiedene Auslöser von Stress (Semmer & Zapf, 2018):

1. Schädigung – diese ist bereits eingetreten und betrifft einen Verlust oder Misserfolg.
2. Bedrohung – diese betrifft eine befürchtete Schädigung, wie beispielsweise ein aufkommendes Unwetter oder ein Abgabetermin für eine wichtige Arbeit.
3. Herausforderung – die entweder negativ, verbunden mit Scheitern, oder positiv, als Chance, wahrgenommen wird.

Wenn keines der drei beschriebenen Szenarien auftritt, wird die Situation entweder als irrelevant oder aber als positiv bewertet, und es kommt folglich nicht zu einem Stresserleben. Diese entscheidende Bewertung bzgl. der betreffenden Situation wird primäre Einschätzung (primary appraisal) genannt. Es folgt eine sekundäre Einschätzung (secondary appraisal), die die Bewältigungsmöglichkeiten beschreibt (siehe Abbildung 1). Sie betrifft die eigenen Fähigkeiten sowie die zu Verfügung stehenden Ressourcen, um die Stresssituation zu meistern. Die getätigte Einschätzung kann sich unter Umständen auch ändern; hier spricht Lazarus von einer Neubewertung (re-appraisal) (Semmer & Zapf, 2018). Coping spielt in dem Modell eine wichtige Rolle und beschreibt die Anstrengung, eine Stresssituation entweder direkt zu vermeiden oder diese zu bewältigen. Auf Coping wird im nachfolgenden Abschnitt noch einmal näher eingegangen.

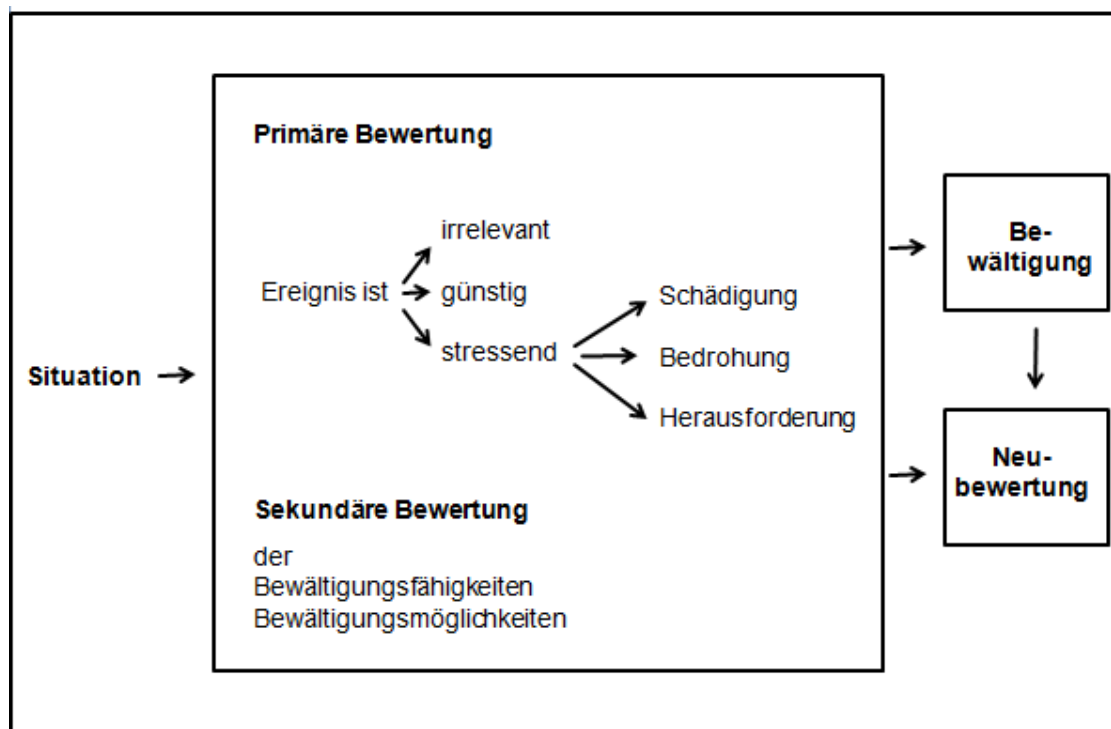


Abbildung 1. Transaktionales Stressmodell nach Lazarus (nach Zapf & Semmer, 2004, S. 1020)

1.3 Begriffsbestimmung Coping

Coping spielt, wie bereits angemerkt, im Stressbewältigungsprozess eine zentrale Rolle und wird heute allgemein als anhaltender kognitiver sowie verhaltensgesteuerter Prozess verstanden, bei dem es darum geht, internale und externale Anforderungen mithilfe der zu Verfügung stehenden Ressourcen zu bewältigen (Dubow & Rubinlicht, 2011). Schon Sigmund Freud befasste sich mit der Idee des Copings, das er als Abwehrmechanismus verstand, der dazu dient, Konflikte zwischen dem Ich und dem Über-Ich zu überwinden (Blum, Brow, & Silver, 2012). In den Anfängen wurde Coping somit als stabile Persönlichkeitseigenschaft angesehen, die jedem Menschen im Unterbewusstsein innewohnt. Mit der Zeit entwickelte sich die Idee, dass Coping als interaktiver Prozess anzusehen sei. Hierbei spielten Lazarus und Folkman eine wichtige Rolle (Blum et al., 2012). Coping mit Stress wird hier davon abhängig gemacht, inwieweit eine Person eine Situation als bedeutungsvoll beurteilt und wie diese mit den zu Verfügung stehenden Ressourcen bewältigt werden kann, wobei Interaktion von Individuum und Umwelt eine entscheidende Rolle zugeschrieben wird (Blum et al., 2012).

1.3.1 Coping-Strategien

In der Literatur werden, je nach Modell, verschiedene Coping-Strategien beschrieben und erklärt. Aufgrund des für die vorliegende Arbeit ausgewählten Fragebogens sowie des bereits besprochenen Bezugs der Coping-Problematik auf das Transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman soll auf deren Theorien und Ideen bzgl. Coping eingegangen werden. Sie unterscheiden im Blick auf die Funktionalität von Coping zwischen problemorientiertem und emotionsorientiertem Coping (Dubow & Rubinlicht, 2011). Endler und Parker (1990) erweiterten die beiden Strategien um eine weitere Variante, die des vermeidungsorientierten Coping. Im Folgenden werden die drei genannten Coping-Strategien näher erläutert.

- Problemorientiertes Coping – Hier geht es um eine aktive, zielorientierte Auseinandersetzung mit der Umwelt und mit sich selbst (Dubow & Rubinlicht, 2011). Hier wird versucht, Stress zu reduzieren durch den direkten Umgang mit dem Stressor, um dadurch dessen Einfluss zu reduzieren oder gar zu neutralisieren (Blum et al., 2012). Nicht nur wird versucht, direkt auf den Stressor einzugehen, sondern es kann auch eine aktive Anpassung bzw. Veränderung seitens der Person angestrebt werden, um den Stressor zu beseitigen (Blum et al., 2012).
- Emotionsorientiertes Coping – Hier geht es darum, unangenehme Gefühle zu beseitigen bzw. deren Einfluss zu minimieren (Blum et al., 2012). Emotionsorientiertes Coping wird besonders angewandt, wenn die Situation als schwierig bzw. unlösbar bewertet wird (Lazarus & Folkman, 1984).
- Vermeidungsorientiertes Coping – Hier wird der herausfordernden Situation aus dem Weg gegangen, indem man sich entweder einer anderen Aufgabe/Beschäftigung widmet oder Hilfe bei anderen Personen sucht (Endler & Parker, 1990).

In der vorliegenden Arbeit wird lediglich das problemorientierte Coping als adaptives Coping angesehen, wobei diese Überlegung mit Vorsicht zu betrachten ist, da es real sehr schwierig ist, eine wirklich trennscharfe Unterscheidung zwischen den einzelnen Kategorien und Strategien bzgl. Coping zu treffen, und es so leicht zu falschen Schlüssen kommen kann (Blum et al., 2012). Die konkrete Definition und Operationalisierung von adaptiven Coping wird im methodischen Teil der Arbeit nochmals aufgegriffen.

1.3.2 Religiosität und Spiritualität in Coping – religiöses Coping

In der Literatur wird R/S mit Coping immer häufiger in Verbindung gebracht. Nach Blum et al. (2012) haben R/S hierbei zwei zentrale Funktionen: Erstens erlaubt der Glaube an eine höhere Macht, dass man auch in schmerzlichen Situationen verstärkt emotionales Wohlbefinden und Bedeutsamkeit erfahren kann. Beispielsweise kann die Trauer über einen persönlichen Verlust durch den Glauben an Gott gemildert werden und einer Person in der Not Geborgenheit bieten. Zweitens schafft der regelmäßige Verkehr in einer Glaubensgemeinschaft eine weitere Ressource, nämlich die eines in Krisensituationen unterstützenden sozialen Netzwerkes.

Neben der Reflexion über R/S als Ressource bzw. Funktionsmechanismus für Coping gibt es auch Überlegungen, religiöses Coping als ein von problem- und emotionsorientiertem Coping unabhängiges Konstrukt zu betrachten. Pargament, Smith, Koenig und Perez (1998) beschreiben religiöses Coping als ein multifaktorielles Konstrukt, das in positive bzw. negative Strategien unterteilt werden kann. Dabei wird positives religiöses Coping vermehrt mit körperlicher wie psychischer Gesundheit in Verbindung gebracht (Pargament et al., 1998), im Zusammenhang mit der Erwartung von Vergebung im Allgemeinen sowie einer ausgeprägten Suche nach religiösem Beistand bzw. spiritueller Hilfe (Krägeloh, Chai, Shepherd, & Billington, 2012). Negatives religiöses Coping dagegen wird als spirituelle Unzufriedenheit wahrgenommen und als das Erleiden einer Strafe Gottes verstanden, folglich mit schlechterer körperlicher Gesundheit und vermehrtem Stressempfinden in Verbindung gebracht (Pargament et al., 1998).

1.4 Alkoholmissbrauch

Substanzmissbrauch wird nach ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt, & Schulte-Markwort, 2011) übergreifend als psychische und Verhaltensstörung in der Wirkung psychotroper Substanzen verstanden, wobei die einzelnen Abhängigkeit erzeugenden Substanzen individuell klassifiziert werden. Alkoholmissbrauch im Speziellen wird als psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol klassifiziert und umfasst nach ICD-10 zehn Unterkategorien (F10.0 Akute Intoxikation, F10.1 Schädlicher Gebrauch, ..., F10.09 Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung) mit den jeweils spezifischen Charakteristiken betreffend Dauer der Einnahme, Menge, Zeitpunkt und vielen weiteren.

Alkoholkonsum ist ein tiefgreifendes Problem der heutigen Gesellschaft und stellt eine hohe Belastung für das Gesundheitssystem dar. Laut WHO wurde 2004 bei rund 76.3 Millionen Menschen ein schädlicher Alkoholkonsum diagnostiziert (Teesson, Hall, Proudfoot, & Degenhardt, 2012). Dabei liegen die Zahlen allgemein höher in Ländern mit hohem Haushaltseinkommen sowie bei Männern (McCambridge, McAlaney, & Rowe, 2011). Der Konsum ist mit schwerwiegenden Konsequenzen verbunden, zunächst mit offensichtlichen Risiken wie allgemein höheren Todesraten durch Unfälle, Verletzungen und Gewalt (Hensing, 2012). Ferner ist der langfristige Konsum von Alkohol für 20%-30% der Fälle von Leberkrebs, Leberzirrhose und Epilepsie verantwortlich (Teesson et al., 2012). Auch kann der Konsum von Alkohol schwerwiegende psychosoziale Folgen haben. Beispielsweise ist das Risiko für eine Depression bei Frauen, die Alkohol konsumieren, zwei- bis dreimal höher als im Durchschnitt der Bevölkerung (Hensing, 2012). Die sozialen Folgen von Alkoholkonsum sind ebenfalls gravierend. So wird aggressives Verhalten sehr stark mit Alkoholkonsum in Verbindung gebracht (Stappenbeck & Fromme, 2010), um nur eine der vielen negativen Folgen zu nennen. Zusätzlich kann es zu schwerwiegenden Schädigungen des Metabolismus, des Nervensystems und des Immunsystems kommen, wie beispielsweise Zink-Mangel, mitochondriale Dysfunktionen; die Oxidation von Fettsäuren kann blockiert werden etc. (Obianyo, 2015). Die gelisteten negativen Folgen von Alkoholkonsum für den Körper, die Psyche und das Sozialverhalten sind mannigfaltig und schwerwiegend.

1.5 Religiosität/Spiritualität im wissenschaftlichen Kontext

Der folgende Teil des Kapitels befasst sich mit dem aktuellen Forschungsstand in Bezug auf den Komplex R/S, psychische Gesundheit, Stress, Coping und abschließend Alkoholkonsum.

1.5.1 R/S und psychische/physische Gesundheit

Um die konkreten Zusammenhänge von R/S und den einzelnen bereits erklärten Konstrukten besser nachvollziehen und verstehen zu können, ist es zunächst erforderlich, die grundsätzliche Wirkung von R/S auf die psychische bzw. physische Gesundheit zu erläutern. Bereits der amerikanische Psychologe William James diskutierte am Anfang des 20. Jahrhunderts die möglichen Einflüsse von Religiosität auf neuronale Prozesse (Seeman, Dubin, & Seeman, 2003). Ganz allgemein wird in

zahlreichen Studien ein positiver Zusammenhang zwischen R/S und psychologischer Gesundheit konstatiert, beispielsweise durch niedrigere Symptome von Ängstlichkeit und Depression (Reutter & Bigatti, 2014). Der empirisch wahrscheinlich am häufigsten untersuchte und wohl auch einschlägigste Befund betreffend allgemeine Gesundheit ist, dass Religiosität mit einer höheren Lebenserwartung in Verbindung steht (Tartaro, Luecken, & Gunn, 2005). Doch psychische Gesundheit oder auch psychisches Wohlbefinden geht über die Abwesenheit von Angststörungen und Depression hinaus. Es geht viel mehr um Lebenszufriedenheit, Glück, Selbstwirksamkeit und eine positive Grundstimmung, wobei religiöse Personen hier höhere Werte als die durchschnittliche Bevölkerung aufweisen (Yonker, Schnabelrauch, & DeHaan, 2012). R/S wird als eine resiliente Ressource beschrieben, die eine erhöhte Widerstandsfähigkeit und eine bessere Bewältigung kritischer Situationen widerspiegelt. Im konkreten Fall kann die soziale Unterstützung, die durch die aktive Teilnahme in der kirchlichen Gemeinschaft entsteht, eine solche Ressource bilden (Reutter & Bigatti, 2014). In der Studie von Unterrainer, Ladenhauf, Moazed, Wallner-Liebmann und Fink (2010) wurde der positive Einfluss von R/S auf das allgemeine psychische Wohlbefinden untersucht, unter Einbeziehung der Persönlichkeitseigenschaften Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für neue Erfahrungen, Gewissenhaftigkeit, Aggressivität und die Frömmigkeit. Es wurde abschließend ein möglicher Zusammenhang zwischen R/S und spezifischen Persönlichkeitseigenschaften konstatiert; genauer gesagt: R/S könnte bestimmte Teile der individuellen Persönlichkeit repräsentieren (Unterrainer, Ladenhauf et al., 2010). Somit könnte man darüber nachdenken, ob beispielsweise religiös/spirituelle Personen gewissenhafter, achtsamer und extravertierter sind und deshalb zu geringerem Alkoholmissbrauch neigen.

Es wurden verschiedene Studien durchgeführt, die R/S mit spezifischen biologischen Markern in Verbindung bringen. So wird ein Zusammenhang zwischen R/S und niedrigerem Blutdruck gesehen, einem besseren Lipid/Fett-Bild im Körper sowie einer besseren Immunfunktion (Seeman et al., 2003). Verallgemeinernd lässt sich sagen, dass R/S mit einem besseren psychologischen Wohlbefinden (weniger Depression, Ängstlichkeit sowie höhere Lebenszufriedenheit und bessere Coping-Mechanismen), einem besseren Sozialverhalten und schließlich auch mit einer besseren physischen Gesundheit (geringere Zahlen an Krebserkrankungen, Leberzirrhose, weniger Bluthochdruck und bessere Genesung nach einer Krankheit) in Verbindung gebracht wird (Reutter & Bigatti, 2014; Sanders et al., 2015; Seeman et

al., 2003; Yonker et al., 2012). Diese Feststellungen sind allerdings vorsichtig zu bewerten, da es sich bei R/S wie auch bei psychischer bzw. physischer Gesundheit um multidimensionale Phänomene handelt, deren Komplexität zumeist nicht Rechnung getragen werden kann und kausale Aussagen somit nicht möglich sind (Sanders et al., 2015).

1.5.2 R/S und Stress

Stress ist im Alltag des Menschen, bei der Arbeit, im Studium, zu Hause, eigentlich in allen Lebensbereichen ein ständiger Begleiter. Zahlreiche Studien sehen Stress als Risikofaktor für negative physiologische Folgen und ein erhöhtes Krankheitsrisiko (Tartaro et al., 2005). Daher erscheint die Frage nach einem angemessenen Umgang mit Stress unumgänglich. In der Forschung gibt es die Ansicht, dass Spiritualität als eine unterstützende Ressource eine Vielzahl von Vorteilen bietet – beispielsweise eine positivere Grundstimmung und eben auch einen besseren Umgang mit Stress (Debnam et al., 2018), wobei auf R/S und Coping im nächsten Kapitel noch genauer eingegangen werden soll. Dies erklären Debnam und Kollegen (2018) damit, dass Spiritualität es erlaubt, eine negative Erfahrung durch Meditation bzw. Achtsamkeit besser zu verarbeiten und zu reflektieren. Glaube wird hierbei als protektiver Faktor gesehen, der im Zusammenhang mit höherer Selbstreflektion und einem besseren Umgang mit fordernden Situationen steht (Debnam et al., 2018).

Die Auswirkungen von Stress sind wie bereits beschrieben mannigfaltig. Gerade auch auf der biologischen Ebene scheint sich permanenter Stress negativ auszuwirken, indem es zu einer erhöhten Cortisol-Ausschüttung kommt, was wiederum mit erhöhtem Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes oder auch kognitive Erkrankungen in Verbindung gebracht wird (McEwen, 1998). Ferner beschreiben Tartaro und Kollegen (2005), dass dauerhafter Stress zu Bluthochdruck sowie Herzerkrankungen führen kann. Ironson und Kollegen (2002) beobachteten, allerdings an HIV-erkrankten Personen, einen Zusammenhang zwischen R/S und niedrigeren Langzeit-Cortisol-Werten. Weiter wurde in einer Studie von Koenig und Kollegen (1998) gezeigt, dass der regelmäßige Besuch von Gottesdiensten und das Praktizieren von Gebeten bei älteren Personen mit einem geringeren Auftreten von Bluthochdruck assoziiert sind. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen, wie bereits beschrieben, Seeman und Kollegen (2003) in Bezug auf den Zusammenhang zwischen R/S und geringerem Bluthochdruck.

Neben den zahlreichen positiven Studien, die R/S mit geringerem Stressempfinden bzw. besserem Umgang mit Stress assoziieren, gibt es auch vereinzelte Studien, die das Gegenteil zeigen. In einer Studie von Carlozzi und Kollegen (2010) wird beschrieben, dass Spiritualität mit erhöhtem Stress und Aggression bzw. Wut einhergehen kann. Freilich sind die erzielten Befunde auch immer davon abhängig, wie R/S konzeptualisiert und operationalisiert werden (Krok, 2015). Dennoch wird R/S in der aktuellen Literatur überwiegend mit besserem Umgang mit Stress bzw. mit generell niedriger Stressbelastung assoziiert. Insgesamt führen die dargestellten Überlegungen zu folgender erster Fragestellung für die vorliegende Arbeit: *Weisen religiös-spirituelle Personen ein niedrigeres subjektiv wahrgenommenes Stresserleben auf als nicht religiös-spirituelle Personen?*

1.5.3 R/S und Coping

Wie bereits im vorherigen Abschnitt erläutert, scheint R/S einen positiveren Umgang mit Stress zu ermöglichen (Debnam et al., 2018). Hierbei stellt sich die Frage, ob R/S als eigener Coping-Stil (religiöses Coping) agiert, unabhängig von den bereits genannten drei (problemorientiertes, emotionsorientiertes und vermeidungsorientiertes Coping), oder aber lediglich als Ressource bzw. Wirkmechanismus angesehen werden kann, der beispielsweise problemorientiertes Coping fördert und vermeidungsorientiertes Coping abschwächt. Krägeloh et al. (2012) beschreiben R/S als religiöses Coping, das als eigenständiges Konstrukt angesehen wird, allerdings mit den anderen Stilen in Verbindung steht. Demnach steht niedriges religiöses Coping mit vermeidungsorientiertem Coping in Zusammenhang (Krägeloh et al., 2012). Weiter fanden Krägeloh et al. (2012), dass Personen, die höhere Werte in R/S aufwiesen, vermehrt auf religiöses Coping als Bewältigungsstrategie zurückgriffen, die mit aktivem problemorientierten Coping im Zusammenhang steht.

In einer israelischen Studie an Frauen, die an einer Behandlung gegen Unfruchtbarkeit teilnahmen, wurden deren Coping-Strategien in Verbindung mit dem Level an Religiosität untersucht (Grinstein-Cohen, Katz, & Sarid, 2017). Hier konnten Zusammenhänge zwischen problemorientiertem Coping und starken religiösen Überzeugungen, Verpflichtungen und Glauben gefunden werden, desgleichen eine negative Korrelation von emotionsorientiertem Coping mit religiösen Überzeugungen und einem hohen Maß an Verpflichtung gegenüber der eigenen Religion (Grinstein-

Cohen et al., 2017). Eine weitere Studie, die an französischen Gefängnisinsassen durchgeführt wurde, beschreibt, dass R/S zu einem besseren Coping in verschiedenen Lebensbereichen beiträgt, wie z.B. einem besseren Übergang in das alltägliche Leben nach der Entlassung aus dem Gefängnis (Mandhouj, Aubin, Amirouche, Perroud, & Huguelet, 2014). Noch zahlreiche weitere Studien, die sich mit R/S und Coping von spezifischen kritischen Lebenssituationen oder Problemen befassen, wie z.B. in Zusammenhang mit Krebserkrankungen (Ahmad, Muhammad, & Abdullah, 2011) oder in Zusammenhang mit Diabeteserkrankungen (Choi & Hastings, in press), liegen vor.

Eine abschließende eindeutige Antwort auf die gestellte Frage bzgl. des Zusammenhangs von R/S und Coping sowie danach, ob es hier um ein eigenes Konstrukt geht, kann zur Zeit nicht gegeben werden – wegen des Fehlens einer klaren, konsensfähigen Definition von R/S. In der vorliegenden Arbeit geht es vorrangig darum zu untersuchen, ob R/S einen Einfluss auf die klassischen von Lazarus und Folkman postulierten Coping-Strategien (problemorientiertes, emotionsorientiertes und vermeidungsorientiertes Coping) haben. Konkret soll in der vorliegenden Arbeit untersucht werden: *Gibt es einen Unterschied zwischen religiös/spirituellen und nicht-religiös/spirituellen Personen in Bezug auf die Anwendung von Coping-Stilen?*

1.5.4 R/S und Alkoholmissbrauch

In einer Vielzahl von Studien wird R/S mit einem verringerten Alkoholkonsum in Verbindung gebracht und R/S deshalb als protektiver und zuverlässiger Faktor angesehen (Brown, Parks, Zimmerman, & Phillips, 2001; Wills et al., 2003). Entsprechend hat R/S bereits Einzug in die Therapie gefunden und wird aktiv als Bewältigungsstrategie, beispielsweise bei den Anonymen Alkoholikern, verwendet (Kelly, Stout, Magill, Tonigan, & Pagano, 2011). Danach korreliert ein höheres Maß an Spiritualität mit mehr Tagen in Abstinenz nach einer Therapie und zeigt eine negative Korrelation mit der Häufigkeit von Alkoholkonsum (Kelly et al., 2011). Diese vielfach konstatierten Zusammenhänge können mehrere Gründe haben, die zum Teil noch nicht eindeutig und abschließend geklärt sind und weiterer Forschung bedürfen – um konsistente Ergebnisse zu liefern in Bezug auf konkrete Wirkmechanismen von R/S als protektivem Faktor für reduzierten Alkoholmissbrauch. Zusätzlich sollte angemerkt werden, dass ein Großteil der Studien in den USA oder westlich geprägten Ländern durchgeführt wurden, meist an christlichen Gruppierungen (Ellison, Bradshaw, Rote, Storch, & Trevino, 2008).

Eine erste Studie zu religiös-spirituellen Zugängen zu dem Problem, die ein erstes offensichtliches und logisches Argument liefert, beschreibt Alkoholkonsum als „sündhaft“; damit sei Alkoholkonsum in großen Mengen grundsätzlich abzulehnen (Nedelec et al., 2017). In diesem Zusammenhang ist auch, abhängig von der jeweiligen Religion, die ächtende bzw. ablehnende Haltung gegenüber Alkohol als ein wesentlicher Faktor zu nennen (Ellison et al., 2008). Diese Sichtweise verbindet somit R/S mit einer eher institutionellen, mit Regeln und Praktiken verbundenen Sichtweise. Einen weiteren positiven Einfluss auf verminderten Alkoholkonsum scheint die regelmäßige Teilnahme an Gottesdiensten bzw. religiösen Veranstaltungen zu haben (Ellison et al., 2008; Hadaway, Elifson, & Petersen, 1984). In einer Studie von Walker, Ainette, Wills und Mendoza (2007) an Adoleszenten in den USA konnte gezeigt werden, dass Religiosität mit erhöhter Selbstkontrolle einherging und somit einen verringerten Alkoholkonsum zur Folge hatte. Neben den bereits genannten protektiven Faktoren, die Religion eher als Institution und soziales Konstrukt betrachten, gibt es offenbar auch protektive Wirkmechanismen gegenüber Alkoholkonsum, die R/S vermehrt mit Persönlichkeitseigenschaften und individuellen Überzeugungen in Verbindung bringen (Walker et al., 2007). Cotten, Larkin, Hoopes, Cromer und Rosenthal (2005) führten eine Studie an Highschool-SchülerInnen in den USA durch, in der sie einen Zusammenhang zwischen erhöhter Religiosität und verringertem Risikoverhaltensweisen wie Alkoholkonsum feststellten. Weiter wurde in der Studie konstatiert, dass tiefere Religiosität mit erhöhter existenzieller Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden in Verbindung steht.

Das Gros der Studien verweist auf einen eindeutig positiven Befund in Bezug auf den Zusammenhang zwischen erhöhter R/S und niedrigerem Alkoholkonsum bzw. geringerem Alkoholmissbrauch. Auch erscheint es in bestimmten Fällen derzeit sinnvoll, religiöse bzw. spirituelle Interventionen in der Therapie von Personen mit Alkoholproblemen in Betracht zu ziehen (Nedelec et al., 2017). Die vorliegende Arbeit soll – durch den Einsatz des MI-RSB (Multidimensionales Inventar zum religiös spirituellen Befinden; Unterrainer & Fink, 2013), das sechs Kategorien von R/S unterscheidet – vor allem aber spezifische Einflüsse von R/S auf Alkoholkonsum untersuchen. Konkret wurden hierzu zwei Fragestellungen entwickelt:

1. *Weisen religiös-spirituelle Personen einen niedrigeren Alkoholkonsum auf als nicht religiös-spirituelle Personen?*

2. Sind die einzelnen Skalen des MI-RSB Prädiktoren für niedrigen Alkoholkonsum?

II Empirischer Teil

2. Methode

2.1 Zielsetzung der Studie

Ziel der Masterarbeit war es, grundlegende Einflüsse von R/S in Bezug auf Alkoholkonsum sowie die entsprechende Beziehung zu subjektiv wahrgenommener Stressbelastung und Coping-Stilen zu untersuchen. Dies geschah anhand einer nicht-klinischen Stichprobe (StudentInnen). Generell wird in der Literatur davon gesprochen, dass Substanzmissbrauch mit eher geringerer Affinität zu R/S einhergeht und diese auch mitbeeinflusst (Longshore, Anglin, & Connor, 2009). Dies galt es vertiefend zu untersuchen, vor allem mit einem stärkeren Fokus auf einzelne Dimensionen von R/S und deren Zusammenhang mit Alkoholkonsum.

Weiter war es wichtig zu überprüfen, inwieweit adaptives Coping in stressreichen Situationen in Zusammenhang mit verringertem Alkoholkonsum bzw. verstärkter Orientierung an R/S steht und welche Rolle Coping dabei spielt. Dabei wurde adaptives Coping in der vorliegenden Arbeit mit problemorientiertem Coping gleichgesetzt. Zusätzlich wurde die Auswirkung von Stress auf Coping, Alkoholmissbrauch und R/S in die Erhebung mit einbezogen, um ein ganzheitliches Bild zu erhalten. Die Arbeit soll als Ausgangspunkt für zukünftige Forschung dienen, die sich mit R/S in der Suchtforschung, insbesondere im klinisch relevanten Bereich und der Therapie, auseinandersetzt.

2.2 Stichprobenbeschreibung

Es handelte sich um eine DACH-Studie, folglich geht es um Personen, die zum Zeitpunkt der Erhebung in Deutschland, Österreich oder der Schweiz wohnhaft waren. Weiteres Kriterium war, dass es sich um eingeschriebene StudentInnen an einer Universität in den genannten Ländern handeln musste. Die Personen mussten auch die deutsche Sprache beherrschen, da die Fragen auf Deutsch formuliert waren. Das Kriterium, dass es sich um StudentInnen handeln sollte, beschränkte die Alterskohorte sowie das soziale Segment. Die beiden Voraussetzungen haben natürlich Auswirkung auf die Verallgemeinerung der Ergebnisse, da diese nur auf eine bestimmte Population bezogen werden können, nämlich StudentInnen. Die Stichprobengröße für die geplante Studie wurde anhand des Programms G-Power (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) errechnet; unter Annahme einer mittleren Effektstärke von 0.3, einem

Alphafehler von 0.01 und der Testmacht ($1-\beta$) von 0.95, beträgt die kalkulierte Stichprobe 688 Versuchspersonen.

2.3 Untersuchungsdurchführung

Die Rekrutierung erfolgte online und wandte sich an interne universitäre Gruppen oder warb über Plattformen wie Facebook oder LinkedIn, dort dann ebenfalls mit Ansprache universitärer Gruppen und Verbände. Weiter wurden auch noch einzelne Fachschaften an Universitäten angeschrieben und gebeten, die Umfrage an die Studierenden ihres Faches weiter zu leiten.

Der zu bearbeitende Fragebogen war auf den einzelnen Plattformen und in den Gruppen über einen Link einsehbar. Dazu gab es eine kurze Erläuterung der Studie. Der Link führte die TeilnehmerInnen dann direkt zu dem Programm SoSciSurvey, wo sie die zu bearbeitenden Fragebögen vorfanden, mit vollständigen Instruktionen sowie einer schriftlichen Aufklärung über Anonymität und Datenschutz. Somit war gewährleistet, dass die VersuchsteilnehmerInnen frei entscheiden konnten, zu welchem Zeitpunkt, ob überhaupt und wann sie an der Studie teilnehmen wollten.

2.4 Studiendesign

Bei dem gewählten Studiendesign handelt sich um eine Querschnittsstudie, die online erhoben wurde. Die Datenerhebung selbst fand im Zeitraum vom 24.10.2018 bis 16.12.2018 statt. Die für die vorliegende Arbeit notwendige Unterteilung in R/S-Personen und nicht-R/S-Personen erfolgte nach Auswertung des MI-RSB. Hierbei wurde der anhand von Normwerten festgelegte Cut-off-Wert von 196 für Frauen und 188 für Männer verwendet, wobei ein Wert unter dem genannten Cut-off für nicht-R/S-Personen steht und ein Wert darüber für R/S-Personen. Eine weitere für die Auswertung relevante Einteilung in Gruppen erfolgte nach Auswertung des CISS. Hierbei galt es die Gruppe für problemorientiertes/adaptives Coping herauszufiltern. Dafür wurden jeweils die Summenscores der Skalen problemorientiertes Coping und emotionsorientiertes Coping gebildet. Anschließend wurde der Median für problemorientiertes Coping errechnet und als Cut-off-Wert festgelegt. Bei emotionsorientiertem Coping wurde das dritte Quartil als Cut-off-Wert bestimmt, da bei Verwendung des Medians die Gruppe der Personen, die als problemorientierte/adaptive CoperInnen gelten würden, zu klein geraten wäre. Somit gelten Personen, die über dem Cut-off-Wert von problemorientiertem Coping liegen

und unter dem von emotionsorientiertem Coping, als Personen, die problemorientiert/adaptiv copen. Abschließend fand dann eine quantitative Auswertung der gewonnenen Daten mittels der statistischen Auswertungssoftware SPSS 25 für Mac statt.

2.5 Messinstrumente

Die Testbatterie setzte sich wie folgt zusammen: Soziodemografischer Fragebogen, Multidimensionales Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MI-RSB), AUDIT-Fragebogen, Perceived Stress Questionnaire (PSQ) und Coping Inventory for Stressful Situations (CISS).

2.5.1 Soziodemografischer Fragebogen

Folgende soziodemographische Daten wurden zu Beginn erhoben: Alter, Geschlecht, Religion (zusätzlich noch die Frage, ob aktiv praktizierend oder nicht), Studienrichtung und Muttersprache. Die Auswertung erfolgte deskriptivstatistisch und über eine Häufigkeitsanalyse der Gesamtstichprobe.

2.5.2 Multidimensionales Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MI-RSB)

Beim MI-RSB handelt es sich um ein Verfahren in deutscher Sprache zur Messung des religiös-spirituellen Befindens (RSB) einer Person, wobei RSB als ein Gradmesser des individuellen Wohlbefindens im bio-psycho-sozio-spirituellen Feld gewertet wird (Unterrainer & Fink, 2013). Das Verfahren umfasst sechs Subskalen:

1. Allgemeine Religiosität

Marker-Item: *„Mein Glaube gibt mir ein Gefühl von Sicherheit“*

2. Vergeben

Marker-Item: *„Es gibt Dinge, die ich nicht verzeihen kann“*

3. Hoffnung immanent

Marker-Item: *„Ich blicke mit Optimismus in die Zukunft“*

4. Allverbundenheit

Marker-Item: *„Ich habe eine Erfahrung gemacht, in der meine Person in etwas Größerem aufzugehen schien“*

5. Hoffnung transzendent

Marker-Item: „*Ich denke oft daran, dass ich die von mir geliebten Menschen zurücklassen muss*“

6. Erfahrung von Bedeutung und Sinn

Marker-Item: „*Ich habe die Erfahrung der Echtheit von Gefühlen gemacht*“

Jede einzelne Subskala umfasst acht Items. Der Gesamtscore für RSB lässt sich durch Aufsummieren der sechs Subskalen berechnen (Unterrainer, Huber, Ladenhauf, Wallner-Liebmann & Liebmann, 2010), wobei die Skalen „Vergeben“ und „Hoffnung transzendent“ invers zu codieren sind. Die Zustimmung zu den einzelnen Aussagen wird anhand einer sechstufigen Likertskala gemessen (1=trifft gar nicht zu; 6=trifft voll zu). Anhand an einer Normstichprobe untersuchter Normwerte wurde ein Cut-off- Wert von 196 Punkten für Frauen und 188 Punkte für Männer festgelegt (siehe Tabelle 1). TeilnehmerInnen mit einem darunterliegenden Gesamtscore werden als nicht-religiös/spirituell und invers mit einem Wert darüber als religiös/spirituell klassifiziert (Unterrainer & Fink 2013).

Tabelle 1. *Prozentrangnormen und T-Werte für den Gesamtscore des MI-RSB*

Prozentrang	T-Wert	Frauen (18-40)	Männer (18-40)
5	34	145	132
25	43	176	159
45	49	192	182
50	50	196	188
55	51	197	191
75	57	219	208
100	83	279	257
Mittelwert		196.54	184.25
Standardabweichung		30.57	32.94

Die interne Konsistenz der einzelnen Skalen variiert von Cronbach's Alpha .73 bis hin zu .94, was für eine gute bis sehr gute interne Konsistenz der einzelnen Skalen spricht.

2.5.3 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Beim Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Saunders, Aasland, Babor, De La Fuente, & Grant, 1993) handelt es sich um ein von der WHO entwickeltes

Screening-Verfahren, um den Alkoholkonsum von Personen zu erfassen und möglicherweise physische sowie psychische Folgeschäden früh zu erkennen und zu unterbinden (Saunders et al., 1993). Der aus zehn Fragen bestehende Test deckt die drei konzeptionellen Achsen (Trinkmuster, Symptome der Alkoholabhängigkeit, Merkmale des gefährlichen Konsums) von alkoholassozierten Problemen ab. Die einzelnen Aussagen werden auf einer fünfstufigen bzw. dreistufigen Likertskala bewertet, die jeweils 0 bis 4 Punkten entsprechen. Die Punkte werden am Ende aufsummiert und ergeben den Gesamtscore von 40 Punkten. Der Cut-off-Wert für problematisches Trinkverhalten liegt bei 8 Punkten. Die interne Konsistenz variiert in der gegebenen Literatur je nach Stichprobe und Land. Der gegebene Wert Cronbach's Alpha .85 bezieht sich auf Studie von Barry und Fleming (1993) und spricht für eine gute interne Konsistenz (Saunders et al., 1993).

2.5.4 Perceived Stress Questionnaire (PSQ)

Der Perceived Stress Questionnaire von Levenstein et al. (1993, nach Fliege, Rose, Arck, Levenstein, & Klapp, 2001, S. 143) erhebt das Ausmaß des subjektiv wahrgenommenen Stresserlebens sowie der Stressbelastung auf emotionaler und kognitiver Ebene. Der Fokus des PSQ liegt auf dem aktuellen Ausmaß des Belastungserlebens bzw. der Reaktion des Individuums (Fliege et al., 2001). Es existiert bereits eine deutsche Version, die im Jahr 2001 von Fliege et al. vorgestellt und auf 20 Items gekürzt wurde. Der Fragebogen erhebt vier Subskalen mit jeweils fünf Items:

1. Anspannung: Erschöpfung, Unausgeglichenheit und das Fehlen körperlicher Entspannung

Beispielitem: *„Sie haben Probleme, sich zu entspannen“*

2. Sorgen: Sorgen, Zukunftsängste und Frustrationsgefühle

Beispielitem: *„Ihre Probleme scheinen sich aufzutürmen“*

3. Freude

Beispielitem: *„Sie haben das Gefühl, Dinge zu tun, die Sie wirklich mögen“*

4. Anforderungen: Zeitmangel, Termindruck oder Aufgabenbelastung

Beispielitem: *„Sie haben das Gefühl, dass zu viele Forderungen an Sie gestellt werden“*

Hohe Werte in den einzelnen Skalen stehen entsprechend für ein hohes Stresserleben, wobei die Skala „Freude“ für die Berechnung des Gesamtscore

umcodiert werden muss. Die Items werden auf einer vierstufigen Likertskala (1=fast nie; 4=meistens) gemessen. Das Gütekriterium der Reliabilität für die 20-Item-Version ist mit Cronbach's Alpha .92 für den Gesamtwert und die Subskalen zwischen .79 und .83 als gut zu betrachten.

2.5.5 Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)

Das CISS stellt eine Messmethode zur Differenzierung verschiedener Bewältigungsstile in stressreichen Situation dar und wurde von Endler und Parker (1990) entwickelt. Das Inventar enthält 48 Items, die sich in drei Subskalen mit jeweils 16 Items aufteilen lassen:

1. „Problemorientierte Bewältigung“ – Stressbewältigung durch kognitive Problemlösung
Beispielitem: *„Ich setze Prioritäten“*
2. „Emotionsorientierte Bewältigung“ – Stressbewältigung durch positive bzw. negative Gefühlsassoziationen
Beispielitem: *„Ich werde wütend“*
3. „Vermeidungsorientierte Bewältigung“ – Stressbewältigung durch verschiedene Ablenkungen (sozial-ablenkungsorientiert, zerstreungsorientiert)
Beispielitem: *„Ich mache einen Einkaufsbummel“*

Es existiert eine deutsche Kurzfassung, die von Kälin (1995) formuliert wurde. Sie beinhaltet lediglich 24 Items, wobei jeweils acht den einzelnen drei Subskalen zuzuordnen sind. Die einzelnen Items werden auf einer fünfstufigen Likertskala bewertet (1= trifft überhaupt nicht zu bis hin zu 5= trifft genau zu). Für die statistische Auswertung wird für jede der drei Subskalen der Mittelwert gebildet, wobei ein hoher Wert repräsentativ für die dazugehörige Coping-Strategie ist. Die interne Konsistenz der kurzen Form liegt zwischen Cronbach's Alpha .71 und .82, was eine gute Reliabilität widerspiegelt.

2.6 Fragestellungen und Hypothesen

Die vier wesentlichen Konzepte der Masterarbeit befassen sich mit R/S, Alkoholmissbrauch, wahrgenommenem Stress und Coping. Die darauf sich beziehenden Fragestellungen bzw. Hypothesen werden im Folgenden im Einzelnen dargestellt.

2.6.1 Unterschiedshypothesen zu R/S und Stress

Weisen religiös/spirituelle Personen ein niedrigeres subjektiv wahrgenommenes Stresserleben auf als nicht-religiös/spirituelle Personen?

H0: Religiös/spirituelle Personen weisen im Vergleich zu nicht-religiös/spirituellen Personen gleiche oder höhere Werte von subjektiv wahrgenommenem Stresserleben auf.

H1: Religiös/spirituelle Personen weisen im Vergleich zu nicht-religiös/spirituellen Personen niedrigere Werte von subjektiv wahrgenommenem Stresserleben auf.

2.6.2 Unterschiedshypothesen zu R/S und Coping

Gibt es einen Unterschied zwischen religiös/spirituellen und nicht-religiös/spirituellen Personen in Bezug auf die Anwendung von Coping-Stilen?

H0(1.1): Religiös/spirituelle Personen unterscheiden sich nicht von nicht-religiös/spirituellen Personen in Bezug auf die Skala problemorientiertes Coping (CISS).

H1(1.1): Religiös/spirituelle Personen unterscheiden sich von nicht-religiös/spirituellen Personen in Bezug auf die Skala problemorientiertes Coping (CISS).

Analog zu H0 (1.1) bzw. und H1(1.1) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (1.2) bis (1.3) zu den beiden weiteren Skalen des CISS zu formulieren.

2.6.3 Unterschiedshypothesen zu R/S und Alkoholkonsum

Weisen religiös/spirituelle Personen einen niedrigeren Alkoholkonsum auf als nicht-religiös/spirituelle Personen?

H0: Religiös/spirituelle Personen weisen im Vergleich zu nicht-religiös/spirituellen Personen gleiche oder höhere Werte für Alkoholkonsum (AUDIT) auf.

H1: Religiös/spirituelle Personen weisen im Vergleich zu nicht-religiös/spirituellen Personen niedrigere Werte für Alkoholkonsum (AUDIT) auf.

2.6.4 Regressionsanalyse R/S und Alkoholkonsum

Sind die einzelnen Skalen des MI-RSB Prädiktoren für Alkoholkonsum?

H0: Die einzelnen Skalen des MI-RSB sind keine Prädiktoren für Alkoholkonsum (AUDIT).

H1: Mindestens eine Skala des MI-RSB ist ein Prädiktor für Alkoholkonsum (AUDIT).

2.6.5 ANOVA R/S und Coping in Bezug auf Alkoholkonsum

Gibt es einen Unterschied zwischen Personen, die hohe Werte in Religiosität/Spiritualität und adaptivem Coping aufweisen, und Personen, die entweder hohe Werte in Religiosität/Spiritualität oder adaptivem Coping aufweisen bzw. auf beiden Skalen niedrigere Werte aufweisen in Bezug auf Alkoholkonsum?

H0: Es gibt keinen Unterschied zwischen Personen mit hohen Werten auf der Skala Religiosität/Spiritualität sowie adaptivem Coping und Personen mit nur hohen Werten auf einer der beiden Skalen bzw. keiner in Bezug auf Alkoholkonsum (AUDIT).

H1: Es gibt einen Unterschied zwischen Personen mit hohen Werten auf der Skala Religiosität/Spiritualität sowie adaptivem Coping und Personen mit nur hohen Werten auf einer der beiden Skalen bzw. keiner in Bezug auf Alkoholkonsum (AUDIT).

2.7 Angewandte statistische Auswertung

Die angewandten statistischen Verfahren zur Datenanalyse sollen im Folgenden kurz dargestellt werden.

Die deskriptiv- und inferenzstatistischen Analysen der Arbeit wurden mittels der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics 25 durchgeführt. Das Signifikanzniveau, entsprechend der Irrtumswahrscheinlichkeit, wurde auf $\alpha = 5\%$ festgelegt. Somit gilt ein p-Wert von $< .05$ bei der Hypothesenprüfung als signifikant, die Alternativhypothese wird damit angenommen (Bortz & Schuster, 2010).

Die Daten aus dem soziodemografischen Fragebogenteil wurden deskriptiv mittels Häufigkeitstabellen dargestellt. Für die Berechnung der Unterschiedshypothesen (Hypothesen 1 bis 3) wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben eingesetzt, um zu überprüfen, ob sich die Mittelwerte zweier Gruppen signifikant unterscheiden. Die notwendige Überprüfung der Varianzhomogenität wurde mittels des Levene-Tests durchgeführt. Signifikante Ergebnisse in der Berechnung des

t-Tests wurden hinsichtlich der Größe bzw. der Richtung des Effekts mittels des Effektstärkemaßes Cohens d ergänzt (Cohen, 1988).

Um den Erklärungswert sowie die Gewichtung verschiedener Prädiktorvariablen des MI-RSB auf Alkoholkonsum zu erklären, wurde eine multiple lineare Regression durchgeführt. Um die Interpretierbarkeit der Ergebnisse gewährleisten zu können, mussten folgende Voraussetzungen vorab überprüft werden: Die Normalverteilung der Residuen wurde durch die Ausgabe des Histogramms überprüft. Weiter wurde der Datensatz auf Multikollinearität überprüft. Die Homoskedastizität wurde durch das Einsehen der P-P-Diagramme Rechnung getragen. Das Vorhandensein von Autokorrelationen der Residuen wurde mittels der Durbin-Watson-Statistik ausgewertet, wobei der Wert um 2.0 liegen sollte (Bortz & Schuster, 2010).

Mittels einer einfaktoriellen ANOVA wurden Unterschiede zwischen drei Gruppen in Bezug auf Alkoholkonsum geprüft. Folgende Voraussetzungen wurden im Vorhinein überprüft: Unabhängigkeit der Messung, Normalverteilung, Ausreißer wurden mittels Boxplot erfasst; Homoskedastizität bzw. Varianzhomogenität mittels Levene-Test überprüft. Als Post-hoc-Test wurde der Bonferroni-Test angewandt.

Zur Beurteilung der Effektstärke wurde das Effektmaß Cohen's d gemäß Cohen herangezogen und interpretiert (Cohen 1988), wobei Werte ab 0.2 einen kleinen, ab 0.5 einen mittleren und ab 0.8 einen großen Effekt darstellen.

3. Ergebnisdarstellung

3.1 Stichprobenbeschreibung

3.1.1 Rücklaufstatistik

Der online-bereitgestellte Fragebogen wurde 1353-mal aufgerufen. Allerdings wurden lediglich 607 gültige Fälle registriert, d.h. dass der Fragebogen bis zum Ende ausgefüllt wurde. Dies entspricht einer Dropout-Rate von 55.24%. Von den von SociSurvey angegebenen 607 Fällen mussten bei Durchsicht der Daten in SPSS nochmals 38 Fälle aufgrund von zahlreichen Auslassungen von einzelnen Items aus dem Sample ausgeschlossen werden, sodass eine endgültige Zahl von 569 TeilnehmerInnen registriert werden konnte. Die vorab berechnete Stichprobengröße von 688 TeilnehmerInnen konnte somit nicht ganz erreicht werden.

3.1.2 Soziodemografische Daten

1) *Alter und Geschlecht*: Es wurden 405 Frauen (71.2%) und 156 Männer (27.4%) registriert, ferner 8 Personen (1.4%), die „sonstiges“ angegeben haben. Bezüglich des Alters lag der Durchschnitt bei 25.7 Jahren ($SD=7.37$), wobei die jüngste Person, die an der Befragung teilgenommen hat, 18 Jahre alt war und die älteste registrierte Person 75 Jahre.

2) *Religionszugehörigkeit und aktives Praktizieren*: Die hierzu gefundenen Ergebnisse sind in Tabelle 2 dargestellt und zeigen die Verteilung der Stichprobe auf die verschiedenen Religionen sowie die Frage, ob die Religion aktiv bzw. passiv praktiziert wird.

3) *Studienrichtung*: Die Zuordnung der TeilnehmerInnen zu einzelnen Studienfächern ist wie folgt: 273 Geisteswissenschaften (48.0%), 116 Sozialwissenschaften (20.4%), 67 Naturwissenschaften (11.8%) und 111 weitere Studienrichtungen/Sonstige (19.5%), 2 Personen (0.4%) gaben keine Auskunft über Ihre Studienrichtung.

4) *Wohnort und Muttersprache*: 368 Personen (64.6%) gaben als aktuelles Land, in dem sie leben, Deutschland an, 185 Personen (32.5%) kamen aus Österreich, 6 Personen (1.1%) kamen aus der Schweiz, und 10 Personen (1.8%) gaben an, aktuell in einem anderen Land zu leben. Betreffend die Muttersprache war die Verteilung folgendermaßen: 514 Personen (90.3%) gaben Deutsch als Muttersprache an, 12 Personen (2.1%) gaben neben Deutsch noch eine zweite Muttersprache an, und 43 Personen (7.6%) besaßen eine andere Muttersprache als Deutsch.

Tabelle 2. Verteilung der Religionszugehörigkeit und aktive Teilhabe

Religion		
	Anzahl	%
Christentum	386	67.8
Islam	12	2.1
Judentum	5	0.9
Buddhismus	5	0.9
Hinduismus	1	0.2
Sonstige	11	1.9
Keine	149	26.2
Gesamt	569	100.0
Aktives Praktizieren		
	Anzahl	%
Ja	200	35.1
Nein	366	64.4
Keine Angabe	3	0.5
Gesamt	569	100.0

3.1.3 Darstellung der Ergebnisse des MI-RSB

Bevor die konkreten Fragen und Hypothesen aufgearbeitet werden, an der Stelle noch eine kurze Darstellung der Ergebnisse des MI-RSB, da diese im Folgenden für jede Fragestellung wegweisend sind. Wie bereits in der Beschreibung des Messinstruments erwähnt, wurde der Gesamtscore berechnet, und anhand der festgelegten Cut-off-Werte (Frauen=196, Männer=188) wurde jeder/jede TeilnehmerIn entweder der religiös/spirituellen bzw. der nicht-religiös/spirituellen Gruppe zugeordnet. Tabelle 3 zeigt die entsprechende Einteilung.

Tabelle 3. Häufigkeitsverteilung nach Einteilung in Gruppen R/S und nicht-R/S

MI-RSB	n	%
Religiös/spirituell	146	25.7
Nicht-religiös/spirituell	423	74.3
Gesamt	569	100.0

3.2 Hypothesenprüfung – Ergebnisdarstellung

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zu den einzelnen Hypothesen aufbereitet und präsentiert.

3.2.1 Unterschiedshypothese zu R/S und Stress

Die Fragestellung „Weisen religiös/spirituelle Personen ein niedrigeres subjektiv wahrgenommenes Stresserleben auf als nicht-religiös/spirituelle Personen?“ und die damit verbundenen Hypothesen H0 und H1 wurden mittels eines t-Test für unabhängige Stichproben überprüft. Hierfür wurden religiös/spirituelle Personen bzw. nicht-religiös/spirituelle Personen hinsichtlich der Gesamtscore des PSQ miteinander verglichen. Die Varianzhomogenität wurde mittels des Levene-Tests überprüft und konnte in dem Fall angenommen werden, da $p=.512$ und damit $p>.05$. Tabelle 4 zeigt die Ergebnisse des beschriebenen t-Tests für unabhängige Stichproben.

Tabelle 4. Mittelwertvergleich religiös/spirituelle Personen und nicht-religiös/spirituelle hinsichtlich des Gesamtscore des PSQ

PSQ	Religiös/spirituell	M	SD	t	df	p
	Nicht-religiös/spirituell					(1-seitig)
Gesamtscore	Ja	48.56	6.89	-0.275	567	.392
	Nein	48.37	7.24			

Anmerkungen. M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, t=t-Wert, df=Freiheitsgrade, p=Signifikanzwert

Das Ergebnis des t-Tests zeigt keinen signifikanten Unterschied ($p=.392$) zwischen religiös/spirituellen Personen und nicht-religiös/spirituellen Personen im Hinblick auf subjektiv wahrgenommene Stressbelastung (Gesamtscore des PSQ). Somit wird die Nullhypothese beibehalten.

3.2.2 Unterschiedshypothese zu R/S und Coping

Zur Überprüfung der Fragestellung „Gibt es einen Unterschied zwischen religiös/spirituellen und nicht-religiös/spirituellen Personen in Bezug auf die Anwendung von Coping-Stilen?“ und den damit zusammenhängenden Hypothesen H0 (1.1-1.3) und H1 (1.1-1.3) wurde ebenfalls ein t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Es wurden auch hier religiös/spirituelle Personen mit nicht-religiös/spirituellen Personen verglichen hinsichtlich der drei Subskalen (problemorientiertes, emotionsorientiertes und vermeidungsorientiertes Coping) des CISS. Die Homogenität der Varianzen konnte mithilfe des Levene-Tests für alle drei Berechnungen angenommen werden ($p=.772$, $p=.053$, $p=.590$). Tabelle 5 zeigt die Ergebnisse der getätigten Berechnungen.

Tabelle 5. Mittelwertvergleiche für die Subskalen des CISS; t-Test für unabhängige Stichproben bei religiös-spirituellen und nicht-religiös-spirituellen Personen hinsichtlich der Skalen des CISS

CISS	Religiös/spirituell	M	SD	t	p	p*
	Nicht-religiös/spirituell					
Problemorientiert	Ja	3.12	0.49	-2.105	.036	.025
	Nein	3.02	0.49			
Emotionsorientiert	Ja	3.34	0.54	0.110	.913	.050
	Nein	3.34	0.50			
Vermeidungsorientiert	Ja	3.18	0.43	-2.305	.022	.017
	Nein	3.08	0.43			

Anmerkungen. M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, t=t-Wert, p=Signifikanzwert, p*=Bonferroni-Holm-Alphafehler-Korrektur

Nach Durchführung der Bonferroni-Holm-Alphafehler-Korrektur konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen religiös/spirituelle Personen und nicht-religiös/spirituelle Personen in Bezug auf die drei Subskalen des CISS festgestellt werden. Emotionsorientiertes Coping mit dem höchsten Signifikanzwert ($p=.913$) wird an $\text{Alpha}=.05$ angelegt und fällt somit nicht-signifikant aus. Problemorientiertes Coping ($p=.036$) wird an $\text{Alpha}=.025$ angelegt und ist folglich nicht-signifikant. Abschließend wird vermeidungsorientiertes Coping ($p=.022$) mit dem

dritten korrigierten p-Wert verglichen, $\alpha=.017$, und fällt ebenfalls nicht-signifikant aus. Folglich muss jeweils die H_0 ($H_{0.1.1}$; $H_{0.1.2}$; $H_{0.1.3}$) der drei Hypothesen beibehalten werden.

3.2.3 Unterschiedshypothese zu R/S und Alkoholkonsum

Auch zur Überprüfung der dritten Fragestellung „*Weisen religiös/spirituelle Personen einen niedrigeren Alkoholkonsum auf als nicht-religiös/spirituelle Personen?*“ mit den dazugehörigen Hypothesen H_0 und H_1 wurde der t-Test für unabhängige Stichproben herangezogen. Hierbei galt es abermals festzustellen, ob sich die Gruppen der religiös/spirituellen von der Gruppe der nicht-religiös/spirituellen Personen unterscheiden in Bezug auf Werte im AUDIT. Auch hier konnte die Homogenität der Varianzen durch die Ausführung des Levene-Tests angenommen werden ($p=.926$).

Die Ergebnisse des t-Tests zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen religiös/spirituelle und nicht-religiös/spirituelle Personen in Bezug auf den Gesamtscore im AUDIT ($M=9.86$, $SD=4.86$ vs. $M=9.62$, $SD=5.29$; $t=-0.488$; $p=.313$). Folglich muss die Alternativhypothese verworfen werden.

3.2.4 Regressionsanalyse zu R/S und Alkoholkonsum

Die vierte Fragestellung „*Sind die einzelnen Skalen des MI-RSB Prädiktoren für Alkoholkonsum?*“ mit den dazugehörigen Hypothesen H_0 und H_1 wurde mittels einer multiplen linearen Regression, durch Einschlussmethode der Prädiktorvariablen, bearbeitet. Ziel war es, spezifische Prädiktorvariablen des MI-RSB auf Alkoholkonsum zu untersuchen.

Die folgenden Voraussetzungen der multiplen linearen Regression konnten als erfüllt angenommen werden. Autokorrelationen der Residuen konnte mittels Ermittlung der Durbin-Watson-Koeffizienten ausgeschlossen werden. Der Wert lag mit 1.89 im unauffälligen Bereich. Die Normalverteilung der Residuen wurde durch Ausgabe eines Histogramms überprüft und konnte angenommen werden. Multikollinearität konnte anhand der VIF-Werte, die sich im Toleranzbereich zwischen 0.1 und 10.0 befanden (1.133-1.663), ausgeschlossen werden.

Tabelle 6 zeigt die einzelnen Prädiktorvariablen des MI-RSB und deren vermeintlichen Einfluss auf die abhängige Variable (Gesamtscore des AUDIT). Wie man der Tabelle entnehmen kann, haben lediglich die Dimensionen „Hoffnung Immanent“ und „Hoffnung Transzendent“ einen statistisch signifikanten Einfluss auf Werte im AUDIT.

Die Dimension „Vergeben“ weist lediglich einen Trend auf ($.099 > .05$) und die weiteren Dimensionen sind statistisch nicht signifikant. Die zwei genannten statistisch signifikanten Dimensionen erklären 4.8% der Varianz.

Tabelle 6. Koeffizienten mit Prüfgrößen der multiplen linearen Regression (Einschlussmethode) für Prädiktoren des religiös/spirituellen Befindens des MI-RSB

	Nicht standardisierte		Standardisierte		
	Koeffizienten		Koeffizienten		
Modell	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>β</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
(Konstante)	9.331	2.589		3.604	<.001**
Allgemeine Religiosität	0.024	0.052	0.022	0.470	.683
Vergeben	0.044	0.027	0.088	1.650	.099
Hoffnung Immanent	0.093	0.046	0.090	2.012	.045*
Allverbundenheit	-0.014	0.043	-0.014	-0.315	.753
Hoffnung Transzendent	-0.155	0.036	-0.229	-4.278	<.001**
Erfahrung von Bedeutung und Sinn	0.047	0.034	0.063	1.405	.859

Anmerkungen. *B*=Regressionskoeffizient, *SE*=Standardabweichung des Regressionskoeffizienten, β =standardisierter Regressionskoeffizient, *t*=*t*-Wert; *p*=Signifikanzwert, ***p* < .01, **p* < .05

Der Alternativhypothese zur Folge sind einzelne Skalen des MI-RSB Prädiktoren für Alkoholkonsum (Gesamtscore AUDIT), die Nullhypothese kann somit verworfen werden, auch wenn nicht alle Prädiktoren die Kriterien vorhersagten.

3.2.5 ANOVA zu R/S und Coping in Bezug auf Alkoholkonsum

Abschließend wurde die folgende Fragestellung „Gibt es einen Unterschied zwischen Personen, die hohe Werte in Religiosität/Spiritualität und adaptivem Coping aufweisen, und Personen, die entweder hohe Werte in Religiosität/Spiritualität oder adaptivem Coping aufweisen bzw. auf beiden Skalen niedrigere Werte aufweisen, in Bezug auf Alkoholkonsum?“ und die damit im Zusammenhang formulierten Hypothesen H0 und H1 anhand einer einfaktoriellen ANOVA untersucht. Hintergrund

der genannten Fragestellung war es zu untersuchen, ob religiös/spirituelle Personen, die zusätzlich noch adaptive/problemorientierte Copingstrategien verwenden, niedrigere Werte im AUDIT-Gesamtscore aufweisen, als Personen, die nur eine der beiden Dimensionen bedienen bzw. keine der beiden. Die Einteilung in die Gruppen sowie die Mittelwertvergleiche zwischen ihnen werden in Tabelle 7 dargestellt.

Es wurden alle nötigen Voraussetzungen überprüft und einbezogen. Allerdings zeigte sich schon durch die Ausgabe von Boxplots, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den vier Gruppen zu geben scheint. Nach Berechnung des Modells zeigte sich ein nicht-signifikantes Ergebnis für das Gesamtmodell ($p=.752$), folglich konnten auch keine signifikanten Ergebnisse in Bezug auf Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen gefunden werden, wie aus Tabelle 8 ersichtlich, und somit wird die formulierte Nullhypothese beibehalten.

Tabelle 7. Mittelwertvergleich der vier Gruppen betreffend adaptives Coping und R/S und Gruppengrößen

Gruppen	<i>M</i>	<i>SD</i>	n
CISS/RS + +	10.51	4.23	43
CISS + R/S -	9.42	6.19	120
CISS – R/S +	9.42	5.36	103
CISS – R/S -	9.11	5.61	303
Gesamt	9.34	5.60	569

Tabelle 8. *Ergebnisse der Post-hoc-Tests mittels Bonferroni-Methode*

Gruppen		Mittlere Differenz	Standard Fehler	Signifikanzniveau
CISS_R/S++	CISS+R/S-	1.09	0.996	1.000
	CISS-R/S+	1.09	1.018	1.000
	CISS_R/S--	1.40	0.914	.751
CISS + R/S -	CISS_R/S++	-1.09	0.996	1.000
	CISS-R/S+	0.00	0.753	1.000
	CISS_R/S--	0.31	0.605	1.000
CISS – R/S +	CISS_R/S++	-1.09	1.018	1.000
	CISS+R/S-	0.00	0.753	1.000
	CISS_R/S--	0.31	0.639	1.000
CISS _R/S --	CISS_R/S++	-1.40	0.914	.751
	CISS+R/S-	-0.31	0.605	1.000
	CISS-R/S+	-0.31	0.639	1.000

4. Diskussion

Der finale Teil der Arbeit gliedert sich wie folgt: Zu Beginn werden die gefundenen Ergebnisse zusammenfassend wiedergegeben und interpretiert. Sie sollen sodann mit der im theoretischen Teil der Arbeit erläuterten Literatur und den vorab formulierten Zielen in Beziehung gesetzt werden. Außerdem soll auf Limitationen und Einschränkungen der Arbeit eingegangen sowie Verbesserungsvorschläge gegeben werden. Abschließend wird ein Ausblick auf eventuelle zukünftige Projekte und entsprechende Fragestellungen formuliert.

4.1 Diskussion der Ergebnisse

4.1.1 Vergleiche nach Grad von R/S

Die ersten drei Fragestellungen zielten darauf ab, Unterschiede zwischen den in Bezug auf R/S unterschiedenen Gruppen bezüglich der drei Dimensionen Stress, Coping und Alkoholkonsum zu untersuchen. Dabei wurden die Gruppen jeweils in religiös/spirituell bzw. nicht-religiös/spirituell eingeteilt. Die Ergebnisse der t-Tests zu Stress, den einzelnen Coping-Strategien und zu Alkoholkonsum zeigten, entgegen der Erwartung, jeweils keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden genannten Gruppen. Bezogen auf die erste Fragestellung wurde R/S in zahlreichen Studien als unterstützende Ressource im Zusammenhang mit Stress genannt (Debnam et al., 2018; Ironson et al., 2002) oder aber im Zusammenhang mit weiteren stressreduzierenden Faktoren – wie in einer Studie, die niedrigere Blutdruckwerte bei älteren religiös/spirituellen Personen attestierte (Koenig et al., 1998). Der Einfluss von R/S auf den Einsatz von Coping-Strategien wurde bisher kaum untersucht. Lediglich einzelne Befunde weisen darauf hin, dass R/S möglicherweise mit problemorientiertem Coping in Verbindung gebracht werden kann (Grinstein-Cohen et al., 2017; Krägeloh et al., 2012). Allerdings konnten in der vorliegenden Arbeit diese Befunde nicht repliziert werden. Besonders in Bezug auf die dritte Fragestellung ist sich die bisherige Literatur größtenteils einig, dass entgegen den hier gefundenen Ergebnissen R/S einen positiven Einfluss auf die Verringerung des Alkoholkonsums hat (Brown et al., 2001; Wills et al., 2003).

Die hier gefundenen Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass es für Studierende in Bezug auf subjektiv wahrgenommenes Stresserleben und den Einsatz von Coping-Strategien keinen Unterschied macht, ob sie religiös/spirituell oder nicht-

religiös/spirituell sind, und dass die beiden Gruppen weder ein verringertes noch ein erhöhtes Risiko für Alkoholmissbrauch haben.

Es stellt sich also die Frage, warum nur sehr geringe Unterschiede zwischen den Gruppen feststellbar waren und warum keine signifikanten Ergebnisse gefunden werden konnten. Hierbei soll insbesondere auf die Problematik eingegangen werden, dass Studierende keine repräsentative Stichprobe darstellen. Mögliche methodische Einschränkungen der Studie werden im Abschnitt zu Limitationen vertiefend behandelt. Das Durchschnittsalter in der vorliegenden Studie lag bei 25.7 Jahren, was im Vergleich zum Durchschnittsalter der Normstichprobe von Unterrainer und Fink (2013), das bei 48.2 Jahren lag, wesentlich niedriger war. Dieser gravierende Unterschied im Alter kann weitreichende Folgen haben für die Auswertung der Ergebnisse. Eine Vielzahl von Studien beschreibt einen Anstieg an Intensität von R/S und verstärkten religiösen Überzeugungen mit zunehmendem Alter (Argue, Johnson, & White, 1999; Bengtson, Silverstein, Putney, & Harris, 2015). Damit ließe sich erklären, warum eine eher geringe Zahl von Studierenden in der vorliegenden Arbeit als religiös/spirituell klassifiziert werden konnte. Der gewählte Cut-off-Wert in der Normstichprobe erscheint für die vorliegende Stichprobe zu hoch. Wählt man den Median für den MI-RSB der vorliegenden Stichprobe als Cut-off-Wert, würde der Wert für Frauen bei 185 anstatt bei 196, bei Männern sogar nur bei 156 anstatt bei 188 liegen. Ob dies einen Einfluss auf die gefundenen Ergebnisse haben würde, lässt sich rückwirkend nicht sagen. Allgemein aber scheint R/S in dem Lebensabschnitt, in dem sich Studierende befinden, noch keine so zentrale Rolle zu spielen, wie es in späteren Lebensabschnitten der Fall sein könnte, und so hat R/S offenbar auch keinen merkbaren Einfluss auf die untersuchten Variablen Stressempfinden, Coping und Alkoholkonsum.

4.1.2 Regressionsanalyse

Ob und welche einzelnen Dimensionen von R/S (hier betreffend die Subskalen des MI-RSB) einen Einfluss auf Alkoholkonsum (hier gleichbedeutend mit hohen Werten im AUDIT) haben, war Gegenstand der vierten Fragestellung. In der diskutierten Literatur werden spezifische Erklärungen für verminderten Alkoholkonsum, wie Ablehnung von „sündhaftem“ Verhalten/Alkoholkonsum (Nedelec et al., 2017) oder aber aktive Partizipation an religiösen Veranstaltungen (Ellison et al., 2008) mit R/S in Verbindung gebracht. Die hier gefundenen Ergebnisse zeigen zumindest teilweise,

dass einzelne Dimensionen von R/S besonders mit Alkoholkonsum in Verbindung gebracht werden können. Von den sechs erfassten Dimensionen (Allgemeine Religiosität, Vergeben, Hoffnung Immanent, Allverbundenheit, Hoffnung Transzendent und Erfahrung von Bedeutung und Sinn) konnten zwei, nämlich „Hoffnung Transzendent“ und „Hoffnung Immanent“, als signifikante Einflussfaktoren auf Alkoholkonsum identifiziert werden. Personen, die hohe Werte in der Dimension „Hoffnung Transzendent“ aufwiesen, hatten signifikant niedrigere Werte im AUDIT und damit einen geringeren Alkoholkonsum. Entsprechend der zitierten Literatur kann „Hoffnung Transzendent“ mit starken individuellen Überzeugungen assoziiert werden, die als Ressource gegen Alkoholkonsum identifiziert wurden (Walker et al., 2007). Entgegengesetzt verhielt es sich bei der Skala „Hoffnung Immanent“, wo hohe Werte auch hohe Werte im AUDIT zu prognostizieren scheinen. Dies könnte sich möglicherweise dadurch erklären, dass „Hoffnung Immanent“ und auch die Dimension „Vergeben“, bei der ein Trend nachzuweisen war, eine Dimension darstellt, die nicht in direktem Zusammenhang mit strikter Befolgung von Regeln bzw. der Ablehnung von „sündhaftem“ Verhalten steht, sondern eher eine offene Haltung gegenüber Risikoverhalten wie Alkoholkonsum repräsentiert.

Die weiteren vier Dimensionen des MI-RSB konnten nicht als signifikante Prädiktoren für Alkoholkonsum identifiziert werden und lassen sich somit auch nicht weiter interpretieren. Auf mögliche Gründe für die eingeschränkte Interpretierbarkeit der gesammelten Daten soll vertiefend in dem Abschnitt über die Limitationen der Studie eingegangen werden. Wünschenswert wäre, einzelne Dimensionen wie „Hoffnung/Transzendenz“ noch vertiefend zu identifizieren, zu beschreiben und deren Wirkfaktoren zu erfassen. Insbesondere wäre es sinnvoll, diese Dimensionen ebenfalls an einer klinischen Stichprobe zu untersuchen, um die möglichen Wirkfaktoren in die Therapie mit SuchtpatientenInnen einzubeziehen.

4.1.3 Adaptives Coping und Alkoholkonsum

Die bisherigen vier Fragestellungen leiten zu der abschließenden fünften über. Die ersten drei Fragestellungen zu Unterschieden zwischen religiös/spirituellen Personen und nicht-religiös/spirituellen Personen konnten keine die Hypothesen stützende Ergebnisse liefern. Auch die Untersuchung des Einflusses einzelner Dimensionen von R/S auf Alkoholkonsum zeigte nur punktuell interpretierbare Ergebnisse. Die fünfte Fragestellung, die darauf zielte zu untersuchen, ob religiös/spirituelle Personen in

Verbindung mit adaptivem Coping zu geringerem Alkoholkonsum neigen als Personen, die entweder nur eines der beiden Kriterien bzw. keines der beiden Kriterien erfüllten, konnte keine interpretierbaren Ergebnisse liefern. So unterschieden sich die vier Gruppen nicht signifikant voneinander in Bezug auf Alkoholkonsum. Konkrete Studien, die R/S und adaptives Coping – so wie in der aktuellen Studie formuliert – in Bezug auf Alkoholkonsum untersuchen, gab es bisher noch nicht. Somit können keine bereits gefundenen Vergleichswerte hierfür angeführt werden. Die bereits zu den ersten drei Fragestellungen angestellten Überlegungen betreffend die Stichprobe können die ebenfalls geringen Unterschiede zwischen den vier Gruppen erklären. Hinzu kommen auch mögliche methodische Einschränkungen, auf die im kommenden Kapitel eingegangen werden soll.

Zusammenfassend lassen sich bzgl. der hier gefundenen Ergebnisse nur eingeschränkte Schlüsse ziehen. In Bezug auf mögliche Prädiktoren für Alkoholkonsum lässt sich konstatieren, dass vor allem die R/S-Dimension „Hoffnung Transzendent“ mit verringertem Alkoholkonsum in Verbindung steht; Im Gegensatz dazu standen die Dimensionen „Hoffnung Immanent“ und „Vergeben“ mit vermehrtem Alkoholkonsum in Verbindung. Die Hauptfragestellung zeigte, entgegen den Erwartungen, keine Unterschiede zwischen den einzelnen untersuchten Gruppen und keine weiter interpretierbaren Ergebnisse. Folglich legen die hier gefundenen Ergebnisse nahe, dass insbesondere R/S, aber auch in Verbindung mit Coping keine Auswirkungen (im positiven wie auch im negativen Sinn) auf Alkoholkonsum und die weiteren Variablen subjektiv wahrgenommenes Stresserleben und Coping-Strategien haben. Um ein eindeutigeres Bild zu bekommen, bedarf es weiterer Studien, um den Zusammenhang zwischen R/S und adaptivem Coping als Ressource gegen Alkoholkonsum zu untersuchen.

4.2 Limitationen und Kritik

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit den Einschränkungen, möglichen methodischen Problemen und der Kritik der aktuellen Studie im Allgemeinen und soll spezifisch auf die Stichprobe, die verwendeten Messinstrumente und das Studiendesign eingehen.

4.2.1 Stichprobe

Wie bereits diskutiert handelt es sich bei der verwendeten Stichprobe um Studierende, weshalb die Aussagekraft in Bezug auf die Gesamtpopulation eingeschränkt ist, da Studierende nur bedingt eine repräsentative Stichprobe darstellen. Studierende bilden in sich eine eher homogene Gruppe, sodass die möglichen nicht-signifikanten Ergebnisse sich in Teilen dadurch erklären lassen. Weiter wurde vorab eine gewünschte Anzahl an TeilnehmerInnen von 688 Personen errechnet; es konnten letztlich jedoch nur 569 TeilnehmerInnen in die Studie einbezogen werden. Wichtig ist auch, dass die Verteilung von Frauen und Männern bei ca. 70% zu 30% lag und dies auch zu Einschränkungen der Aussagekraft der Ergebnisse führen kann bzw. zu Verzerrungen in den Statistiken.

4.2.2 Messinstrumente

Die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Erhebungsinstrumente weisen im Einzelnen auch punktuelle Schwachpunkte auf, die es zu benennen gilt. Besonders der im Mittelpunkt stehende MI-RSB soll hier thematisiert werden. Der genannte Fragebogen zur Messung der subjektiv wahrgenommenen R/S ist ein für den deutschsprachigen Raum konzipiertes Messinstrument, das 2010 entwickelt wurde (Unterrainer et al., 2010) und damit noch ein eher junges Erhebungsinstrument darstellt. R/S wird hier als ein ganzheitliches Konstrukt angesehen; es gibt also keine Unterscheidung zwischen den beiden Konstrukten, was möglicherweise zur Folge hat, dass Personen, die sich zwar als nicht-religiös, aber als spirituell betrachten oder umgekehrt, nicht erfasst werden. Es könnten somit Informationen verloren gehen, bzw. es können keine Aussagen darüber gemacht werden, ob die religiöse oder die spirituelle Dimension einen möglichen Einfluss auf Alkoholkonsum hat.

Der verwendete AUDIT-Fragebogen zur Messung des Alkoholkonsum-Verhaltens weist auch Schwachpunkte auf, die es zu thematisieren gilt. Ganz allgemein ist festzuhalten, dass der AUDIT zwar breite Anwendung findet und kulturübergreifend in der klinischen Praxis verwendet wird, jedoch lediglich zehn Items beinhaltet und Alkoholkonsum und -missbrauch nur sehr rudimentär erhebt (Lundin, Hallgren, Balliu, & Forsell, 2015). Weiter gilt es den Cut-off-Wert, der für Frauen und Männer jeweils bei 8 Punkten liegt, kritisch zu betrachten. Da hier keine Unterscheidung zwischen Frauen und Männern getroffen wird, Frauen aber im Allgemeinen eine geringere Toleranzschwelle bzw. Verträglichkeit für Alkohol haben

(Müller, 2006), kann nicht ausgeschlossen werden, dass teilweise problematisches Trinkverhalten von Frauen nicht registriert wird.

Der CISS-Fragebogen ist sehr allgemein gehalten, und möglicherweise wäre es zukünftig sinnvoller, künftig einen Fragebogen zu verwenden, der speziell auf den Umgang mit Risikoverhaltensweisen abzielt, um R/S als mögliche Ressource bzw. als Coping-Strategie zu identifizieren.

4.2.3 Studiendesign und Operationalisierung

Einen möglichen Kritikpunkt stellt der Umfang der Erhebung in der Studie dar. Die Bearbeitung des Online-Fragebogens nahm zwischen 15 und 20 Minuten in Anspruch, was möglicherweise vielen VersuchsteilnehmerInnen zu umfangreich und langwierig war. Dies lässt sich aufgrund der Tatsache vermuten, dass der Fragebogen 1353-mal angeklickt wurde, am Ende aber nur 569 TeilnehmerInnen die Studie gültig abgeschlossen haben, was einer Abbruchrate von mehr als 50% entspricht. Ferner mag die Länge des Fragebogens dazu geführt haben, dass es zu Verzerrungen bzw. Antworttendenzen kam. Entsprechend kann dies gravierende Einflüsse auf die Auswertung der einzelnen Items haben. Zukünftig wäre es sinnvoll, kleine „Belohnungen“ für das korrekte Abschließen des Fragebogens zu geben, um die Teilnahmemotivation zu steigern und um mögliche Antworttendenzen bzw. willkürliche Antworten zu vermeiden; Kontrollfragen wären punktuell einzusetzen.

Zwei weitere wichtige Aspekte gilt es hier noch kritisch anzumerken. Erstens erscheint die Dichotomisierung der Variable R/S in religiös/spirituell und nicht-religiös/spirituell anhand eines an Normwerten festgelegten Cut-off-Werts problematisch. So konnte eine Person nur entweder religiös/spirituell sein oder aber nicht, was zur Folge hatte, dass Personen, die sehr nahe am Cut-off-Wert lagen, als gar nicht religiös/spirituell eingestuft wurden. Da die Werte sich als normalverteilt herausstellten, wurde ein beachtlicher Teil der TeilnehmerInnen als nicht-religiös/spirituell eingestuft, die wohl doch eine gewisse R/S aufweisen. Die vereinfachte Einteilung der Gruppen kann dazu führen, dass die Konstruktvalidität eingeschränkt wird; sie kann auch eine mögliche Ursache für die zum Teil nicht-signifikanten Ergebnisse der Mittelwertvergleiche sein. Ein zweiter Kritikpunkt betrifft ein ähnliches Problem, nämlich die für die fünfte Fragestellung vorgenommene Einteilung der Gruppen bzw. die auch hier vorgenommene Dichotomisierung in adaptive CoperInnen und nicht-adaptive CoperInnen. Wie bereits im methodischen

Teil der Arbeit beschrieben, mussten die Kriterien für die Identifizierung adaptiver Coping aufgeweicht werden; gemeint sind die Werte über dem vorab errechneten Median für problemorientiertes Coping und die Werte unterhalb des errechneten dritten Quartils für emotionsorientiertes Coping auf den jeweiligen Skalen des CISS. Durch die Aufweichung der Kriterien kommt es zu Einschränkungen bei der statistischen Güte des Modells. Des Weiteren verhält es sich ähnlich wie beim ersten Kritikpunkt, nämlich dass aufgrund der vorab festgelegten Gruppenkonstruktion keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen zu beobachten waren.

4.3 Ausblick

Trotz der zahlreichen Kritikpunkte und Einschränkungen bietet die vorliegende Arbeit einen Ausgangspunkt für zukünftige Forschungen im Bereich R/S, Coping und Alkoholmissbrauch bzw. für Suchtforschung im weiteren Sinn. Insbesondere wäre es sinnvoll, konsekutive Untersuchungen an klinischen Stichproben durchzuführen, um mögliche direkte Einflüsse von R/S auf suchtkranke PatientInnen zu untersuchen und, damit in Zusammenhang stehend, mögliche Implikationen für die Suchttherapie auszumachen. Auch das Studiendesign sollte für zukünftige Forschung überarbeitet werden, vor allem in Bezug auf die vorgenommene Gruppeneinteilung in entweder religiös/spirituell bzw. nicht-religiös/spirituell. Es wäre ratsam, generelle Werte bzw. feinere Abstufungen festzulegen in Bezug auf religiös/spirituelle und nicht-religiös/spirituelle Haltungen beim Alkoholkonsum. Des Weiteren könnte auch eine Unterscheidung zwischen Religiosität und Spiritualität getroffen werden, sodass beide Dimensionen eigenständig erhoben werden könnten – anders als im Falle des MI-RSB, der diese zu einem Konstrukt zusammenfasst. Beispielsweise könnte man die Messinstrumente *Daily Spiritual Experiences Scale* (Reuter & Bigatti, 2014) und das *Religious Commitment Inventory* (Worthington, 1988) einsetzen, um eine getrennte Erhebung von Religiosität und Spiritualität zu erreichen. Wichtig wäre, vertiefend die religiösen Konstrukte, die bereits als Einflussfaktoren auf Alkoholkonsum bzw. Suchterkrankungen identifiziert wurden, wie beispielsweise aktive Teilhabe an religiösen Veranstaltungen/Praktiken (Ellison et al., 2008) oder wie die in der aktuellen Arbeit gefundene Dimension „Hoffnung/Transzendenz“, spezifisch für die klinische Praxis und Therapie zu untersuchen.

Abschließend eine Anmerkung bzgl. R/S und Coping: Wie bereits beschrieben, herrscht Unklarheit, ob R/S eine eigenständige Form von religiösem Coping

repräsentiert (Pargament et al., 1998) oder aber bestehende Coping-Strategien nur beeinflusst (Blum et al., 2015). Diese Frage konnte im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht geklärt werden; allerdings wäre es ratsam, dies weiter zu verfolgen, da die Förderung von R/S als eigener Coping-Strategie oder aber auch als Ressource für problemorientiertes Coping durchaus positiven Einfluss auf die Suchttherapie haben könnte.

Literaturverzeichnis

- Ahmad, F., Muhammad, M., & Abdullah, A. (2011). Religion and spirituality in coping with advanced breast cancer: Perspectives from Malaysian muslim women. *Journal of Religion and Health*, 50 (1), 36-45.
- Allenspach, M., & Brechbühler, A. (2005). *Stress am Arbeitsplatz. Theoretische Grundlagen, Ursachen, Folgen und Prävention*. Bern: Huber.
- Angel, H. F. (1999). Was ist Religiosität? *Zeitschrift für Religionspädagogik*, 1, 7-16.
- Argue, A. Johnson, D., & White, L. (1999). Age and religiosity: Evidence from a three-wave panel analysis. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 38 (8), 423-435.
- Barry, K. L., & Fleming, M. F. (1993). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and the SMAST-13: predictive validity in a rural primary care sample. *Alcohol and Alcoholism*, 28, 33-42.
- Bengtson, V. L., Silverstein, M., Putney, N. M., & Harris, S. C. (2015). Does religiousness increase with age? Age changes and generational differences over 35 years. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 54 (2), 363-379.
- Blum, S., Brow, M. & Silver, R. (2012). Coping. In: *Encyclopedia of Human Behavior*, 2nd ed. Irvine: University of California, 596-601.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Berlin: Springer.
- Brown, T. L., Parks, G. S., Zimmerman, R. S., & Phillips, C. M. (2001). The role of religion in predicting adolescent alcohol use and problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 696-705.
- Carlozzi, B. L., Winterowd, C., Harrist, R. S., Thomason, N., Bratkovich, K., & Worth, S. (2010). Spirituality, anger, and stress in early adolescents. *Journal of Religion and Health*, 49 (4), 445-459.
- Caverley, N. (2005). Civil service resiliency and coping. *International Journal of Public Sector Management*, 18, 401-413.
- Choi, S., & Hastings, J. (in press). Religion, spirituality, coping, and resilience among African Americans with diabetes. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. revidierte. Aufl.). Hillsdale, N.Y.: Lawrence Erlbaum Associates.

- Cotton, S., Larkin, E., Hoopes, A., Cromer, B. A., & Rosenthal, S. L. (2005). The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health, 36*, 529.e7–529.e14.
- Debnam, K. J., Milam, A. J., Mullen, M. M., Lacey, K., & Bradshaw, C. P. (2018). The moderating role of spirituality in the association between stress and substance use among adolescents: Differences by gender. *Journal of Youth and Adolescence, 47* (4), 818-828.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & Schulte-Markwort, E. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien* (8., überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2011.). Bern: Huber.
- Dubow, E., & Rubinlicht, M. (2011). Coping. In: *Encyclopedia of Adolescence*, 3rd ed. Bowling Green: Bowling Green State University, 109-118.
- Ellison, C. G., Bradshaw, M., Rote, S., Storch, J., & Trevino, M. (2008). Religion and alcohol use among college students: exploring the role of domain-specific religious salience. *Journal of Drug Issues, 38*, 821-846.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58* (5), 844-854.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*, 1149-1160.
- Fliege, H., Rose, M., Arck, S., Levenstein, S., & Klapp, B. F. (2001). Validierung des "Perceived Stress Questionnaire" (PSQ) an einer Deutschen Stichprobe. *Diagnostica, 47* (3), 142 -152.
- Gilbert, M. (2000). Spirituality in social work groups: Practitioners speak out. *Social Work with Groups, 22* (4), 67–84.
- Giordano, A. L., Prosek, E. A., Daly, C. M., Holm, J. M., Ramsey, Z. B., Abernathy, M. R., & Sender, K. M. (2015). Exploring the relationship between religious coping and spirituality among three types of collegiate substance abuse. *Journal of Counseling and Development, 93* (1), 70-79.
- Gotterer, R. (2001). The spiritual dimension in clinical social work practice: A client perspective. *Families in Society, 82* (2), 187–193.
- Grinstein-Cohen, O., Katz, A., & Sarid, O. (2017). Religiosity: Its impact on coping

- styles among women undergoing fertility treatment. *Journal of Religion and Health*, 56 (3), 1032-1041.
- Hadaway, C. K., Elifson, K. W., & Petersen, D. M. (1984). Religious involvement and drug use among urban adolescents. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 23, 109–128.
- Hensing, G. (2012). The health consequences of alcohol and drug abuse. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40 (9), 211-228.
- Ironson, G., Solomon, G. F., Balbin, E. G., O’Cleirigh, C., George, A., Kumar, M., ... Woods, T. E. (2002). The Ironson-Woods Spirituality/Religiousness Index is associated with long survival, health behaviors, less distress, and low cortisol in people with HIV/AIDS. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 34–48.
- Joshanloo, M. (2012). Investigation of the factor structure of spirituality and religiosity in Iranian Shiite university students. *International Journal of Psychology*, 47 (3), 211-221.
- Kälin, W. (1995). *Deutsche 24-Item Kurzform des "Coping Inventory for Stressful Situations" (CISS) von Semmer N.S., & Parker J.D.A. Basierend auf der Übersetzung von Semmer N., Schade V., & Semmer F. (unveröffentlichter Fragebogen)*. Bern: Universität, Institut für Psychologie.
- Kaluza, G. (2004). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Berlin: Springer.
- Kelly, J. F., Stout, R. L., Magill, M., Tonigan, J. S., & Pagano, M. E. (2011). Spirituality in recovery: A lagged mediational analysis of Alcoholics Anonymous’ principal theoretical mechanism of behavior change. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35, 454-463.
- Koenig, H. G., George, L. K., Hays, J. C., Larson, D. B., Cohen, H. J., & Blazer, D. G. (1998). The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 28, 189–213.
- Krägeloh, C. U., Chai, P. P. M., Shepherd, D., & Billington, R. (2012). How religious coping is used relative to other coping strategies depends on the individual's level of religiosity and spirituality. *Journal of Religion and Health*, 51 (4), 1137-1151.
- Krok, D. (2015). Religiousness, spirituality, and coping with stress among late adolescents: A meaning-making perspective. *Journal of Adolescence*, 45, 196-203.

- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry*, 1 (1), 3-13.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44 (1), 1-21.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzzi, C., & Andreoli, A. (1993). Development of the Perceived Stress Questionnaire: A new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(1), 19-32.
- Longshore, D., Anglin, M. D., & Conner, B. T. (2009). Are religiosity and spirituality useful constructs in drug treatment research? *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36, 177–188.
- Lundin, A., Hallgren, M., Balliu, N., & Forsell, Y. (2015). The use of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in detecting alcohol use disorder and risk drinking in the general population: Validation of AUDIT using schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39 (1), 158-165.
- Mahoney, A., & Shafranske, E. (2013). Envisioning an integrative paradigm for the psychology of religion and spirituality. In K. I. Pargament (Ed.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality: Context, theory, and research* (pp.3-19). Washington: American Psychological Association.
- Mandhouj, O., Aubin, H. J., Amirouche, A., Perroud, N. A., & Huguelet, P. (2014). Spirituality and religion among French prisoners: An effective coping resource? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 58 (7), 821-834.
- McCambridge, J., McAlaney, J., & Rowe, R. (2011). Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: A systematic review of cohort studies. *PLoS Medicine*, 8 (2), 1-13.
- McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. *Annals of the NY Academy of Science*, 840, 33–44.
- Müller, C. (2006). Liver, alcohol and gender. *Wiener Medizinische Wochenschrift*,

- 156 (19-20), 523-526.
- Murken, S. (1994). Die Konzeptualisierung von Spiritualität und „Höherer Macht“ im Genesungsprogramm der Anonymen Alkoholiker (AA). *Archive for the Psychology of Religion*, 21 (1), 141-152.
- Nedelec, J. L., Richardson, G., & Silver, I. A. (2017). Religiousness, spirituality, and substance use: A genetically sensitive examination and critique. *Journal of Drug Issues*, 47 (3), 340-355.
- Obianyo, O., Liang, Y., Burnham, E. L., Mehta, A., Park, Y., Uppal, K., ... Brown, L. A. S. (2015). Metabolic consequences of chronic alcohol abuse in non-smokers: A pilot study. *PLoS ONE*, 10 (6), 3-5.
- Pargament, K. (1999). The psychology of religion and spirituality? Yes and no. *International Journal for the Psychology of Religion*, 9 (1), 3-16.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 710–724.
- Phillips, R. (2014). *Alcohol: A History*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Reutter, K., & Bigatti, S. (2014). Religiosity and spirituality as resiliency resources: Moderation, mediation, or moderated mediation? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 53 (1), 56-72.
- Rochette, L., & Vergely, C. (2017). Hans Selye et la réponse au stress: 80 ans après sa lettre à l'Éditeur de Nature. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 66 (4), 181-183.
- Sanders, P. W., Allen, G. E. K., Fischer, L., Richards, P. S., Morgan, D. T., & Potts, R. W. (2015). Intrinsic religiousness and spirituality as predictors of mental health and positive psychological functioning in latter-day saint adolescents and young adults. *Journal of Religion and Health*, 54 (3), 871-887.
- Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., De La Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804.
- Seeman, T., Dubin, L., & Seeman, M. (2003). Religiosity/spirituality and health: A critical review of the evidence for biological pathways. *American Psychologist*, 58 (1), 53-63.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. New York: Lippincott & Crowell.

- Semmer, N. K., & Zapf, D. (2018). Theorien der Stressentstehung und -bewältigung. In R. Fuchs & M. Gerber (Hrsg.), *Handbuch Stressregulation und Sport* (S. 23-50). Berlin: Springer.
- Stappenbeck, C., & Fromme, K. (2010). Alcohol use and perceived social and emotional consequences among perpetrators of general and sexual aggression. *Journal of Interpersonal Violence*, 25 (4), 699-715.
- Tartaro, J., Luecken, L., & Gunn, H. (2005). Exploring heart and soul: Effects of religiosity/spirituality and gender on blood pressure and cortisol stress responses. *Journal of Health Psychology*, 10 (6), 753-766.
- Teesson, M., Hall, W., Proudfoot, H., & Degenhardt, L. (2012). *Addictions* (2. Aufl.). New York: Psychology Press.
- Unterrainer, H. F. (2014). Braucht die Suchtbehandlung eine spirituelle Dimension? *Spiritual Care*, 3, 28-35.
- Unterrainer, H. F., & Fink, A. (2013). Das Multidimensionale Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MI-RSB): Normwerte für die österreichische Allgemeinbevölkerung. *Diagnostica*, 59 (1), 33-44.
- Unterrainer, H. F., Huber, H. P., Ladenhauf, K. H., Wallner-Liebmann, S. J., & Liebmann, P. M. (2010). MI-RSB 48: Die Entwicklung eines multidimensionalen Inventars: zum religiös-spirituellen Befinden. *Diagnostica*, 56 (2), 82-93.
- Unterrainer, H. F., Lewis, A., & Fink, A. (2014). Religious/spiritual well-being, personality and mental health: A review of results and conceptual issues. *Journal of Religion and Health*, 53 (2), 382-392.
- Unterrainer, H. F., Ladenhauf, K. H., Moazed, M. L., Wallner-Liebmann, S. J. & Fink, A. (2010). Dimensions of religious/spiritual well-being and their relation to personality and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 49 (3), 192-197.
- Utsch, M. (2003). Religion und Psychologie. *Annual Review of Psychology*, 54, 296-314.
- Walker, C., Ainette, M. G., Wills, T. A., & Mendoza, D. (2007). Religiosity and substance use: test of an indirect-effect model in early and middle adolescence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 84-96.
- Wills, T., Yaeger, A., & Sandy, J. (2003). Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(1), 24-31.

- World Health Organization (2016). *Global Health Observatory data repository*.
Retrieved from <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1036>
- World Health Organization. (2018). *Global Health Observatory (GHO) data*.
Retrieved from <https://www.who.int/gho/algorithm/en/>
- Worthington, H. E. L. (1988). Understanding the values of religious clients: A model and its application to counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 35 (2), 166–174.
- Yonker, J., Schnabelrauch, C., & DeHaan, L. (2012). The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *Journal of Adolescence*, 35 (2), 299-314.
- Zapf, D. & Semmer, N.K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Hrsg.), *Organisationspsychologie* (Enzyklopädie der Psychologie, Serie Wirtschafts-, Organisations- und Arbeitspsychologie, Bd. 1 S. 1007-1112). Göttingen: Hogrefe.
- Zinnbauer, B., Pargament, K., Cole, B., Rye, M. S., Butfer, E. M., Belavich, T. G., ... Kadar, J. L. (1997). Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36, 549-564.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Prozentrangnormen und T-Werte für den Gesamtscore des MI-RSB	25
Tabelle 2. Verteilung der Religionszugehörigkeit und aktive Teilhabe	32
Tabelle 3. Häufigkeitsverteilung nach Einteilung in Gruppen R/S und nicht-R/S	33
Tabelle 4. Mittelwertvergleich religiös-spirituelle Personen und nicht-religiös-spirituelle hinsichtlich des Gesamtscore des PSQ	33
Tabelle 5. Deskriptivstatistik für die Subskalen des CISS; t-Test für unabhängige Stichproben bei religiös-spirituellen und nicht-religiös-spirituellen Personen hinsichtlich der Skalen des CISS	34
Tabelle 6. Koeffizienten mit Prüfgrößen der multiplen linearen Regression (Einschlussmethode) für Prädiktoren des religiös-spirituellen Befindens des MI-RSB	36
Tabelle 7. Mittelwertvergleich der vier Gruppen betreffend adaptives Coping und R/S und Gruppengrößen	37
Tabelle 8. Ergebnisse des Post-hoc-Tests mittels Bonferroni-Korrektur	38

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Transaktionales Stressmodell nach Lazarus	11
---	----

Abkürzungsverzeichnis

AA	Alcoholics Anonymous/Anonymen Alkoholiker
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
CISS	Coping Inventory for Stressful Situations
MI-RSB	Multidimensionales Inventar zum religiös-spirituellen Befinden
PSQ	Perceived-Stress-Questionnaire
R/S	Religiosität und Spiritualität
WHO	World Health Organization/ Weltgesundheitsorganisation