



MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Schutz- und Risikofaktoren für Alkoholkonsum bei bi-
und homosexuellen Männern“

verfasst von / submitted by

Stella Polley, BSc

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

Master of Science (MSc)

Wien, 2023 / Vienna 2023

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

UA 066 840

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

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Anmerkung: LGBTQIA+ (lesbisch, schwul, bisexuell, transsexuell, queer/fragend, intersexuell, asexuell, etc.) ist die aktuell korrekte Bezeichnung für Menschen der Community. Da manche der zitierten Studien jedoch älter sind bzw. nur bestimmte Gruppen fokussieren, wird in der nachfolgenden Arbeit immer die Abkürzung für die entsprechende Gruppe verwendet, auf die sich die Studie bezieht (z.B. LGB, wenn nur lesbische, schwule und bisexuelle Personen untersucht wurden).

Inhaltsverzeichnis

Abstract (Deutsch).....	6
Abstract (Englisch).....	7
I Theoretischer Hintergrund.....	8
Einleitung	9
1 Alkoholabhängigkeit und schädlicher Alkoholkonsum	11
1.1 Definitionen	11
1.2 Pathogenese	12
1.2.1 Kognitiv-behaviorale Prozesse des Alkoholkonsums.....	13
1.2.2 Biologische Prozesse des Alkoholkonsums.....	13
1.3 Epidemiologie.....	15
1.4 Klinische Symptomatik und Verlauf	16
1.5 Therapie	18
2 Minority Stress	20
2.1 Definition.....	20
2.2 Minority Stress und Alkoholkonsum.....	21
2.3 Resilienz	23
2.4 Probleme bei der Erhebung von Minority Stress.....	24
2.5 Prävalenzen.....	24
3. Hegemoniale Männlichkeitsnormen.....	25
3.1 Soziale Normen, hegemoniale Männlichkeit und Alkoholkonsum.....	25
3.2 Soziale Normen, hegemoniale Männlichkeit und Minority Stress.....	27
4 Dispositionelle Achtsamkeit.....	28
4.1 Definition.....	28
4.2 Achtsamkeit als adaptive Bewältigungsstrategie und Minority Stress.....	28
4.3 Achtsamkeit als adaptive Bewältigungsstrategie und Alkoholkonsum.....	29
4.4 „Mindful Masculinity“ – achtsame Männlichkeit	30
II Empirischer Teil.....	32
5 Zielsetzung.....	33
6 Methodik.....	33
6.1 Studiendesign.....	33
6.2 Untersuchungsdurchführung	33
6.3 Stichprobenbeschreibung.....	34
6.4 Messinstrumente	34
6.4.1 Fragebogen zur Erfassung der soziodemografischen Daten	34
6.4.2 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	34
6.4.3 Daily Heterosexist Experience Questionnaire (DHEQ)	35

6.4.4	Conformity to Masculine Norms Inventory-22 (CMNI-22)	35
6.4.5	Mindfulness Attention and Awareness Scale (MAAS)	36
6.5	Fragestellungen und Hypothesen.....	37
6.5.1	Unterschiedshypothesen zu den soziodemografischen Variablen bzgl. Alkoholkonsum	37
6.5.2	Unterschiedshypothesen zu Minority Stress und Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen bzgl. Alkoholkonsum	37
6.5.3	Unterschiedshypothese zu dispositioneller Achtsamkeit bzgl. Alkoholkonsum ...	38
6.5.4	Hypothese zum Einfluss von Achtsamkeit auf den Zusammenhang zwischen Minority Stress und Alkoholkonsum.....	39
6.5.5	Hypothese zum Einfluss von Achtsamkeit auf den Zusammenhang zwischen Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen und Alkoholkonsum.....	39
6.6	Angewandte statistische Auswertung	39
7.	Ergebnisdarstellung	41
7.1	Stichprobenbeschreibung.....	41
7.1.1	Rücklaufstatistik	42
7.1.2	Geschlecht und Alter.....	42
7.1.3	Nationalität und Bildungsstatus	42
7.1.4	Höhe des Alkoholkonsums	42
7.1.5	Höhe des erlebten Minority Stresses.....	43
7.1.6	Höhe der Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen	44
7.1.7	Höhe der dispositionellen Achtsamkeit	44
7.2	Reliabilitätsanalyse der Messinstrumente	44
7.2.1	Reliabilitätsanalyse des AUDIT.....	44
7.2.2	Reliabilitätsanalyse des DHEQ.....	45
7.2.3	Reliabilitätsanalyse des CMNI-22	45
7.2.4	Reliabilitätsanalyse des MAAS	45
7.3	Hypothesenprüfung	45
7.3.1	Unterschiedshypothesen zu den soziodemografischen Variablen bzgl. Alkoholkonsum	45
7.3.2	Unterschiedshypothesen zu Minority Stress und Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen bzgl. Alkoholkonsum	47
7.3.3	Unterschiedshypothese zu dispositioneller Achtsamkeit bzgl. Alkoholkonsum ...	48
7.3.4	Hypothese zum Einfluss von Achtsamkeit auf den Zusammenhang zwischen Minority Stress und Alkoholkonsum.....	49
7.3.5	Hypothese zum Einfluss von Achtsamkeit auf den Zusammenhang zwischen Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen und Alkoholkonsum.....	50
8	Fazit	50
8.1	Diskussion	51
8.2	Kritik und Ausblick	54

Literaturverzeichnis.....	58
Tabellenverzeichnis.....	74
Abbildungsverzeichnis	74
Abkürzungsverzeichnis	74

Abstract (Deutsch)

Hintergrund. Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), scheinen häufiger von problematischem Alkoholkonsum betroffen zu sein als ihre heterosexuellen Peers. Forscher:innen vermuten, dies ist auf Minority-Stressoren zurückzuführen, denen manche MSM ausgesetzt sind, wie beispielsweise Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen. Hierbei hat sich dispositionelle Achtsamkeit als protektiver Faktor gegenüber Minority-Stressoren und Alkoholkonsum erwiesen. Abgesehen davon existieren jedoch Studien, die von einem geringeren Alkoholkonsum bei MSM gegenüber heterosexuellen Männern berichten. Es wird angenommen, dass sich MSM weniger an Männlichkeitsnormen anpassen und infolgedessen weniger geschlechterstereotypem Verhalten wie Alkoholkonsum nachgehen. In diesem Zusammenhang scheint dispositionelle Achtsamkeit ein positiveres Verständnis von Männlichkeit zu fördern. *Methodik.* Um die Auswirkungen dieser potenziellen Schutz- (dispositionelle Achtsamkeit) und Risikofaktoren (Minority Stress, Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen) auf Alkoholkonsum zu untersuchen, wurde einer Stichprobe (N=100) bi- und homosexueller Männer eine Online-Fragebogenbatterie vorgelegt. Diese bestand aus soziodemografischem Fragebogen, AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), DHEQ (Daily Heterosexist Experience Questionnaire), MAAS (Mindfulness Attention and Awareness Scale) und CMNI-22 (Conformity to Masculine Norms Inventory-22). Um zu untersuchen, ob sich Personen mit höheren Merkmalsausprägungen in den Schutz- bzw. Risikofaktoren signifikant von Personen mit niedrigeren Merkmalsausprägungen unterscheiden, wurden Mittelwertsunterschiede berechnet. Eine zweifaktorielle Varianzanalyse sowie Moderationsanalysen erfassten außerdem potenzielle Interaktionseffekte zwischen den untersuchten Faktoren. *Ergebnisse.* Es zeigte sich eine signifikante Interaktion zwischen Minority Stress und der Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen sowie ein signifikanter Zusammenhang zwischen Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen und Alkoholkonsum. Dispositionelle Achtsamkeit erwies sich in keiner Analyse als signifikante Variable. *Schlussfolgerungen.* Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen scheint mit erhöhtem Alkoholkonsum bei bi- und homosexuellen Männern assoziiert zu sein. Außerdem steht sie in Wechselwirkung mit Minority Stress, d.h. die beiden Faktoren verstärken sich gegenseitig in ihrem Effekt auf Alkoholkonsum. Psychologische Interventionen sollten dies berücksichtigen. *Schlüsselbegriffe:* Männer, die Sex mit Männern haben, Minority Stress, Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen, dispositionelle Achtsamkeit, Alkoholkonsum

Abstract (Englisch)

Background. Men who have sex with men (MSM) seem to be more frequently affected by problematic alcohol consumption than their heterosexual peers. Researchers suggest that this is due to minority stressors to which some MSM are exposed, e.g. experiences of discrimination and violence. Dispositional mindfulness has been shown to be a protective factor against minority stressors and alcohol consumption. However, there are studies that report lower alcohol consumption among MSM compared to heterosexual men. It is assumed that MSM conform less to norms of masculinity and as a result engage in less gender-stereotypical behaviour such as alcohol consumption. In this context, dispositional mindfulness seems to promote a more positive understanding of masculinity. *Methodology.* To examine the effects of these potential protective (dispositional mindfulness) and risk factors (minority stress, conformity to hegemonic masculinity norms) on alcohol use, an online questionnaire battery was administered to a sample ($N=100$) of bi- and homosexual men. It consisted of a socio-demographic questionnaire, AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), DHEQ (Daily Heterosexist Experience Questionnaire), MAAS (Mindfulness Attention and Awareness Scale) und CMNI-22 (Conformity to Masculine Norms Inventory-22). Mean differences were calculated to examine whether individuals with high trait levels in the protective or risk factors differ significantly from individuals with low trait levels. A two-factor analysis of variance and moderation analyses were carried out to assess potential interaction effects between the factors examined. *Results.* A significant interaction between minority stress and conformity to hegemonic masculinity norms, and a significant association between conformity to hegemonic masculinity norms and alcohol consumption could be found. Dispositional mindfulness did not prove to be a significant variable in any analysis. *Conclusions.* Conformity to hegemonic masculinity norms seems to be associated with increased alcohol consumption among bi- and homosexual men. In this study, it was also found to be interacting with minority stress, i.e. the two factors reinforce each other's effect on alcohol consumption. Psychological interventions should take this into consideration.

Keywords: Men who have sex with men, minority stress, conformity to hegemonic norms of masculinity, dispositional mindfulness, alcohol consumption

I Theoretischer Hintergrund

Einleitung

Alkohol und sein schädlicher Gebrauch stellen ein zentrales Problem für das Individuum und viele Kulturen und Gesellschaften dar: Jährlich werden drei Millionen der globalen Todesfälle auf schädlichen Alkoholkonsum zurückgeführt. Darüber hinaus stellt Alkohol einen auslösenden Faktor für die Entstehung von mehr als 200 Krankheiten und Verletzungen dar und zieht schwerwiegende soziale und ökonomische Folgen nach sich (WHO, 2022). Männer sind dabei dreimal so häufig von einer Alkoholabhängigkeit betroffen wie Frauen (Lindenmeyer, 2021). Vor allem Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), scheinen ein erhöhtes Risiko für schädlichen Alkoholgebrauch zu haben (Newcomb, Heinz, & Mustanski, 2012). Starker Alkoholkonsum hängt u.a. mit einem riskanten Sexualverhalten zusammen (Baliunas, Rehm, Irving, & Shuper, 2010), wobei die Prävalenzen der HIV- und Syphilis-Infektionen unter MSM sehr viel höher als bei heterosexuellen Personen sind (Purcell et al., 2012). Die Forschungslage bezüglich des erhöhten Alkoholkonsums von MSM ist jedoch inkonsistent (Blackwell, 2012; Green & Feinstein, 2012): Während einige Studien von einem höheren bis extrem höheren Alkoholkonsum von MSM gegenüber heterosexuellen Männern berichten (Gruskin & Gordon, 2006; Hatzenbuehler, Corbin, & Fromme, 2008; Peralta, Victory, & Thompson, 2019; Stall & Wiley, 1988), zeigen andere, dass sich MSM in ihrem Konsum nicht von heterosexuellen Männern unterscheiden bzw. weniger Alkohol trinken (Green & Feinstein, 2012; McCabe, Hughes, Bostwick, & Boyd, 2005; Ziyadeh et al., 2007). Autor:innen führen dieses Ergebnis auf eine geringere Konformität mit traditionellen Männlichkeitsnormen zurück: Demnach gehen bi- und homosexuelle Männer weniger geschlechterstereotypem Verhalten nach, wie z.B. starkem Alkoholkonsum. Dieser Erklärungsansatz wird durch Studienergebnisse gestützt, die zeigen, dass Männer, die sich stärker an traditionelle Männlichkeitsnormen anpassen, einen höheren Alkoholkonsum und riskanteres Sexualverhalten aufweisen (Hamilton & Mahalik, 2009; Mahalik, Burns, & Syzdek, 2007). Einer der beiden meistgenannten Faktoren für das erhöhte Risiko einer Alkoholkonsumstörung bei MSM ist *Minority Stress* (Green & Feinstein, 2012; Hughes & Eliason, 2002). Nach der Minority Stress Theorie von Meyer (2003) versteht man darunter spezifische Stressoren, die LGB-Menschen aufgrund ihres Status als sexuelle Minderheit zusätzlich zu generellem Stress erleben, weshalb sie zur Stressbewältigung einen größeren Aufwand als vergleichbare nicht-marginalisierte Personen betreiben müssen. Diese Stressoren können erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit von LGB-Menschen haben (Meyer, 2003). So zeigten diverse Studien, dass ein Zusammenhang zwischen Minority Stress und erhöhtem Alkoholkonsum besteht (Flood, McLaughlin, & Prentice, 2013; Hatzenbuehler,

2009; Mereish & Miranda, 2020; Rogers et al., 2017). Die dahinterliegenden Einflussfaktoren sind komplex, und die Motivation, Alkohol zu trinken, variiert zwischen den Individuen (Lindenmeyer, 2021). Ein Erklärungsansatz von Cooper, Frone, Russell und Mudar (1995) ist, dass Alkohol als Bewältigungsstrategie verwendet wird, um die negativen Emotionen zu vermeiden bzw. zu regulieren, die beispielsweise durch Diskriminierungserfahrungen entstehen (Díaz, Ayala, Bein, Henne, & Marin, 2001). Hierbei zeigt sich, dass u.a. ein Mangel an anderen Ressourcen zur Bewältigung (z.B. soziale Unterstützung) sowie eine unrealistische Wirkungserwartung zu Alkoholkonsum als Bewältigungsstrategie führt (Corbin, Farmer, & Nolen-Hoeksema, 2013; Hatzenbuehler, 2009; Lindenmeyer, 2021).

Demgegenüber scheint *Achtsamkeit* ein potenziell adaptiver Bewältigungsmechanismus von Minority-Stressoren zu sein, d.h. als protektiver Faktor zu fungieren bzw. Minority Stress zu reduzieren (Hidalgo, Layland, Kubicek, & Kipke, 2020; Li et al., 2019; Toomey & Anhalt, 2016). Achtsamkeit wird dabei als Bewusstsein definiert, das entsteht, wenn man absichtsvoll und ohne Wertung den gegenwärtigen Moment fokussiert (Kabat-Zinn, 2003). Mehrere Studien konnten zeigen, dass Achtsamkeit positiv mit verbesserter Emotionsregulation zusammenhängt (Desrosiers, Vine, Klemanski, & Nolen-Hoeksema, 2013; Vujanovic, Bonn-Miller, Bernstein, McKee, & Zvolensky, 2010), was der Argumentation von Cooper et al. (1995) folgend wiederum den Alkoholkonsum reduzieren könnte. Übereinstimmend mit dieser Vermutung erwiesen sich achtsamkeitsbasierte Interventionen als effektiv, um Alkoholkonsum zu reduzieren (von Hammerstein et al., 2019; Witkiewitz et al., 2019; Zgierska, Shapiro, Burzinski, Lerner, & Goodman-Strenski, 2017), bzw. scheint Achtsamkeit mit geringerem Substanzkonsum assoziiert zu sein (Li et al., 2019; Shorey, Brasfield, Anderson, & Stuart, 2015). Adams et al. (2013) stellten fest, dass Achtsamkeit signifikant den Zusammenhang zwischen wahrgenommenem Stress und der Menge des Alkoholkonsums moderierte. Außerdem scheint Achtsamkeit das Verständnis von Männlichkeit zu beeinflussen (Lomas, Garraway, Stanton, & Ivtzan, 2020), was sich wiederum auf das Trinkverhalten auswirken könnte.

Aufbauend auf diesen Forschungsergebnissen setzt sich diese Studie mit dem Alkoholkonsum bei bi- und homosexuellen Männern im deutschsprachigen Raum auseinander. Untersucht werden drei Determinanten, die mehr Klarheit in die inkohärente Forschungslage bezüglich des Alkoholkonsums in dieser Population bringen sollen: Minority Stress, Konformität mit traditionellen Männlichkeitsnormen und Achtsamkeit. Die ersten vier Kapitel dieser Arbeit stellen die oben beschriebenen Konstrukte im Allgemeinen sowie im Spezifischen in der Population der MSM dar. Anschließend wird die Zielsetzung dieser Studie

erläutert. Im nächsten Abschnitt wird die verwendete Methodik beschrieben, d.h. das Studiendesign, Stichprobenbeschreibung, Untersuchungsdurchführung und die verwendeten Messinstrumente. Darauf folgen die Untersuchungsergebnisse, die mit einer kritischen Auseinandersetzung und einem Forschungsausblick abgeschlossen werden.

1 Alkoholabhängigkeit und schädlicher Alkoholkonsum

In diesem Abschnitt wird auf die Definitionen, Pathogenese, Epidemiologie, Symptomatik und den Verlauf von Alkoholabhängigkeit und schädlichem Alkoholkonsum eingegangen.

1.1 Definitionen

Seit 1968 gilt eine Alkoholabhängigkeit als gesetzlich anerkannte Krankheit (Kiefer et al., 2021). In der ICD-10 und ICD-11 wird zwischen einer *Alkoholabhängigkeit* und *schädlichem Gebrauch* differenziert (Kiefer et al., 2021; WHO, 2019). Laut ICD-11 ist das entscheidende Merkmal einer Alkoholabhängigkeit der starke innere Drang nach Alkohol. Dieser äußert sich durch mindestens drei Kriterien:

1. beeinträchtigte Fähigkeit zur Konsumkontrolle,
2. zunehmende Priorisierung des Alkoholkonsums gegenüber anderen Aktivitäten,
3. anhaltender Alkoholkonsum trotz Risiken oder schädlicher Folgen [...]
4. starkes Verlangen oder Drang zum Konsum (Craving),
5. körperliche Abhängigkeitskriterien:
 - a. Toleranzsteigerung (Dosissteigerung oder verminderte Wirkung),
 - b. Entzugssymptome,
 - c. Alkoholkonsum zu Vermeidung/Dämpfung von Entzugerscheinungen.

(Lindenmeyer, 2021, S. 355)

Diese Kriterien müssen seit mindestens einem Jahr erfüllt sein, um die Diagnose für eine Alkoholabhängigkeit vergeben zu können. Sollte jedoch ein täglicher oder fast täglicher Konsum vorliegen, darf die Diagnose bereits nach einem Monat gestellt werden (Lindenmeyer, 2021).

Ein schädlicher Gebrauch wird hingegen definiert als „Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung führt“ (WHO, 2019, F10.1). Bis zu 24 Gramm reiner Alkohol pro Tag wird bei Männern als harmlos eingestuft, was etwa 0.6 Litern Bier oder 0.3 Litern Wein entspricht. Die Gefährdungsgrenze für einen gesundheitsschädlichen Konsum besteht bei Männern ab 60 Gramm reinem Alkohol pro Tag, was etwa 1.5 Litern Bier bzw. 0.75 Litern Wein entspricht. Diese Werte sind ausschließlich für gesunde Männer ohne Vorerkrankungen gültig (Bachmayer, Strizek, & Uhl, 2021). Eine akute Intoxikation

oder ein Kater sind dabei keine Kriterien für einen schädlichen Gebrauch. Das genannte Trinkmuster muss außerdem seit mindestens einem Monat bestehen oder innerhalb von zwölf Monaten wiederholt gezeigt worden sein, um von einem schädlichen Gebrauch sprechen zu können (DG-SUCHT, 2020). Obwohl dieser von einer Alkoholabhängigkeit abzugrenzen ist, stellt der schädliche Gebrauch ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit dar (Stolle, Sack, & Thomasius, 2009). Auch *Rauschtrinken* (im Englischen „*binge drinking*“ oder „*heavy episodic drinking*“ genannt) stellt ein riskantes Trinkmuster dar. Darunter versteht man übermäßigen Konsum innerhalb einer kurzen Zeitspanne, d.h. fünf oder mehr Gläser bei einer bestimmten Gelegenheit, wobei ein Glas 10 Gramm reinem Alkohol entspricht (CDC, 2022; DHS, 2015). Bei Männern ist Rauschtrinken ab einem Konsum von mehr als 60 Gramm reinem Alkohol bei einer Gelegenheit definiert (Rehm, Probst, Shield, & Shuper, 2017). Dieses Trinkverhalten tritt zumindest einmal pro Monat auf und kann zu einer Alkoholabhängigkeit und gesundheitlichen Schäden wie Alkoholvergiftung, Verletzungen oder Gewalt führen, selbst wenn der durchschnittliche Alkoholkonsum von Betroffenen gering ist (DHS, 2015; WHO, 2014). Für Forschungszwecke wird üblicherweise das DSM-5-Manual herangezogen (Lindenmeyer, 2021), in dem nicht länger zwischen schädlichem Gebrauch und einer Alkoholabhängigkeit differenziert wird, sondern diese unter der Diagnose einer *Alkoholkonsumstörung* zusammenfasst. Diese Diagnose gilt es zu vergeben, wenn zwei oder mehr von elf spezifizierten klinischen Merkmalen innerhalb von zwölf Monaten auftreten. Der Schweregrad der Symptomatik lässt sich anhand eines Kontinuums festmachen (zwei bis drei Kriterien = mild; vier bis fünf Kriterien = moderat; mehr als sechs Kriterien = schwer; American Psychiatric Association, 2015). Da diese Arbeit zur Erfassung des Alkoholkonsums jedoch die deutsche Version des *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT; Saunders, Aasland, Babor, De La Fuente, & Grant, 1993) verwendet, der den Hinweis auf riskanten Konsum bzw. Alkoholabhängigkeit erfasst (Dybek et al., 2006), differenziert diese Arbeit gemäß den Definitionen des ICD-10/11 zwischen schädlichem Gebrauch und Alkoholabhängigkeit.

1.2 Pathogenese

Unser Verständnis von der Entstehung einer Alkoholabhängigkeit ist bei Weitem nicht vollständig (Savage & Dick, 2023). Bisher existiert auch kein universelles Erklärungsmodell für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Alkoholabhängigkeit (Lindenmeyer, 2021). Da sich diese Arbeit mit dem Zusammenhang von Stressoren und Alkoholkonsum beschäftigt, liegt hier der Fokus auf Stress und seinem Einfluss auf die Entwicklung einer

Alkoholkonsumstörung. Tatsächlich trägt Stress maßgeblich zu den dynamischen Veränderungen bei, die der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit zugrunde liegen, und wirkt sich auf den Alkoholkonsum in allen Phasen des Suchtprozesses aus (Becker, 2017). So sagen stressige Lebensereignisse einen höheren Substanzkonsum vorher (Dawson, Grant, & Ruan, 2005). Dennoch ist der Zusammenhang zwischen Stress und Alkoholkonsum komplex (Becker, 2017) und wird im Folgenden auf kognitiv-behavioraler sowie auf biologischer Ebene ausgeleuchtet.

1.2.1 Kognitiv-behaviorale Prozesse des Alkoholkonsums

Nach Cooper et al. (1995) wird Alkohol zur Bewältigung von Stress bzw. den daraus resultierenden negativen Emotionen verwendet, wenn alternative adaptive Bewältigungsmechanismen wie problemfokussierte Bewältigungsstrategien nicht verfügbar sind (Corbin et al., 2013). Durch Alkoholkonsum kommt es wiederum zum Verlust weiterer sozialer und kurzfristiger Alternativressourcen, was Alkoholkonsum als Bewältigungsstrategie fördert und einen Teufelskreis erzeugt (Lindenmeyer, 2021). Mehrere Studien konnten einen Zusammenhang zwischen maladaptiven Bewältigungsmechanismen und Alkoholproblemen herstellen (Corbin et al. 2013; Kalb, Gillis, & Goldstein, 2018; Metzger et al., 2017), wobei sich zeigte, dass MSM häufiger maladaptive Bewältigungsmechanismen wie vermeidende Bewältigung (engl. „*avoidance coping*“) aufwiesen als heterosexuelle Männer (Kuper, Coleman, & Mustanski, 2013; Sandfort, Bakker, Schellevis, & Vanwesenbeeck, 2009). Vermeidende Bewältigungsstrategien zielen darauf ab, den Stressor zu vermeiden, und sind häufig mit internalisierten oder externalisierten Problemen verbunden, inklusive erhöhtem Alkoholkonsum (Bartone, Johnsen, Eid, Hystad, & Laberg, 2016; Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001). Manche Autor:innen sprechen in diesem Zusammenhang auch von „Konflikttrinken“ – d.h. Betroffene trinken in Ermangelung alternativer Bewältigungs- und Lösungsmöglichkeiten (Lindenmeyer, 2016b, zitiert nach Lindenmeyer, 2021). Zentral für dieses Trinkmotiv ist außerdem die Erwartungshaltung des Individuums, d.h. eine Person betreibt Alkoholkonsum als Bewältigungsstrategie in dem Ausmaß, in dem sie sich einen positiven Effekt durch den Konsum verspricht, wie etwa Stressreduktion (Cooper et al., 1995).

1.2.2 Biologische Prozesse des Alkoholkonsums

In den Anfangsphasen des Konsums wirkt Alkohol tatsächlich noch stress- und angstreduzierend und aktiviert das Belohnungssystem (Becker, 2017). Auf diesen kurzfristig angenehm erlebten Zustand (A) folgen jedoch längere Phasen eines aversiven Zustands (B), in dem die Homöostase des Körpers wiederhergestellt wird. Um Zustand A wiederzuerlangen

und Zustand B zu vermeiden, kann weiterer Konsum erfolgen (Becker, 2017; Robinson & Berridge, 2003). Regelmäßiger Alkoholkonsum führt dabei zu einer Sensitivierung des neuronalen Belohnungssystems. Dadurch entsteht ein Suchtgedächtnis, was bedeutet, dass eine neuronale Anreizaktivität immer enger an Stimuli durch Alkoholkonsum gekoppelt ist. Diese Verbindung ist schwer löschar und bleibt auch dann aufrechterhalten, wenn die Alkoholwirkung subjektiv nicht mehr als angenehm erlebt wird (Lindenmeyer, 2021; Robinson & Berridge, 2003). Schließlich wirkt Alkohol selbst als starker Stressor und führt zu grundlegenden Veränderungen im Belohnungs- und Stresssystem, die wiederum den Alkoholkonsum aufrechterhalten (siehe Abbildung 1).

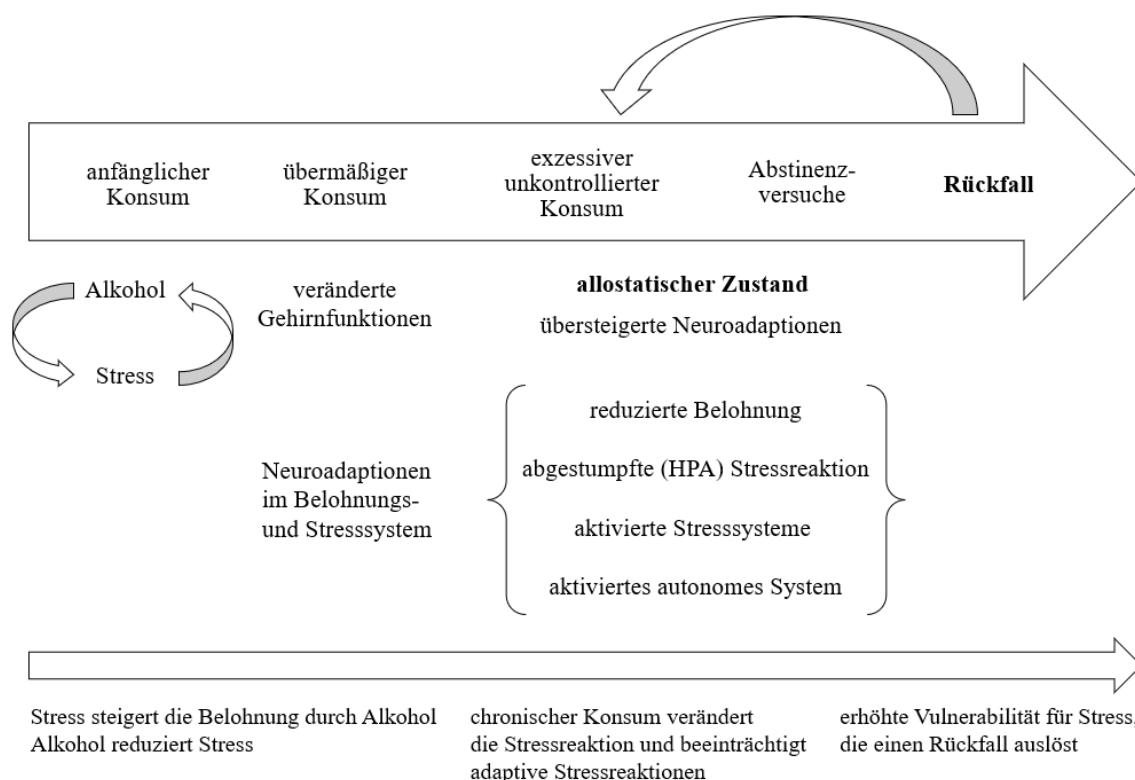


Abbildung 1. Stress beeinflusst die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit (Becker, 2017, S. 121)

Der Stress, der durch starke Trinkanfalle und wiederholte Rückfälle ausgelöst wird, verursacht eine fortschreitende Dysregulation dieser Gehirnsysteme: Die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHN), eine wichtige Komponente der neuroendokrinen Stressreaktion (Becker, 2017), zeigt eine übermäßige Aktivierung (Adinoff, Iranmanesh, Veldhuis, & Fisher, 1998), was gleichzeitig mit einer abgestumpften Stressreaktion einhergeht (Becker, 2017): Durch die eingeschränkte Fähigkeit der HHN-Achse, auf Stressoren zu reagieren, wird die Fähigkeit des Körpers gestört, Stressoren zu

bewältigen, was Trinkanfälle auslösen kann (Adinoff et al., 1998). Gleichfalls wird vermutet, dass veränderte Funktionen der HHN-Achse mitunter das neuronale Belohnungssystem beschädigen, was zu depressiver Stimmung und starkem Verlangen nach Alkohol (Craving) beiträgt und problematisches Trinkverhalten weiter fördert (Stephens & Wand, 2012). Die verringerte Belohnungsverarbeitung geht außerdem mit einer gesteigerten Toleranz einher, weswegen mehr Alkohol konsumiert werden muss, um denselben angenehmen Effekt (A) wie am Anfang zu erhalten. Die Dauer dieses Effekts wird außerdem kürzer (Becker, 2017; Robinson & Berridge, 2003; Stephens & Wand, 2012). Darüber hinaus zeigt sich mit der Zeit eine erhöhte Funktion des autonomen Nervensystems, und extra-hypothalamische Stress- und anti-Stresssysteme werden aktiviert, was ebenfalls einen anhaltenden negativen emotionalen Zustand fördert. Betroffene zeigen in Reaktion auf Stress stärkere negative Emotionen als eine gesunde Kontrollgruppe (Sinha et al., 2009). Die genannten Neuroadaptionen beeinträchtigen außerdem die Exekutivfunktionen, was die Kontrolle über den eigenen Alkoholkonsum und adaptive Reaktionen auf belastende bzw. stressige Ereignisse massiv erschwert und somit Rückfälle auslösen kann (Becker, 2017). Akuter Entzug führt bei Alkoholabhängigen zudem zu einer massiv gesteigerten Cortisol-Produktion, was die Amygdala aktiviert und Angst auslösen kann, wodurch die Motivation, erneut zu trinken, gesteigert wird. Des Weiteren wirkt sich Stress auf Lernen, Gedächtnis und kognitive Leistungen aus: So kann er gewohnheitsbasiertes Lernen anstelle von zielgerichtetem Lernen fördern (Stephens & Wand, 2012). Das heißt, es werden automatisierte und konditionierte Handlungen erlernt, die keine weiteren Denkprozesse oder Bewusstsein benötigen (Gasbarri, Pompili, Packard, & Tomaz, 2014). Diese treten im Verlauf einer Abhängigkeitsentwicklung schließlich anstelle von langsameren und bewussteren Entscheidungsprozessen und könnten erklären, warum alkoholabhängige Menschen immer wieder aus scheinbar unerklärlichen Gründen rückfällig werden (Lindenmeyer, 2021). Cortisol hängt also mit gewohnheitsbasiertem Lernen zusammen, was die gesteigerte Vulnerabilität für Alkoholabhängigkeit und Rückfälle beim Auftreten von Stress erklären könnte (Stephens & Wand, 2012).

1.3 Epidemiologie

Weltweit lag der Alkoholkonsum bei Männern im Jahr 2016 bei 19.4 Litern reinem Alkohol pro Kopf, während Frauen einen Konsum von 7 Litern pro Kopf aufwiesen. Männer, die infolge von Alkoholkonsum sterben, machen 7.7% der globalen Todesfälle aus. Im Vergleich dazu sind unter Frauen nur 2.6% der globalen Todesfälle alkoholinduziert (WHO, 2022). In Österreich konsumieren etwa 19.0% der Männer Alkohol in einem gesundheitsschädlichen

Ausmaß. Zudem war die Hauptdiagnose „Alkoholabhängigkeit“ in Österreich im Jahr 2020 bei 5,703 Männern in stationärer Behandlung vertreten, während die Anzahl bei Frauen nur etwa halb so groß war (Bachmayer et al., 2021). In einer deutschen Populationsstudie von Atzendorf, Rauschert, Seitz, Lochbühler und Kraus (2019) aus dem Jahr 2018 zeigte sich, dass 42.8% der Männer Rauschtrinken betrieben, während im Vergleich nur 24.6% Frauen ein solches Trinkverhalten zeigten. 16.7% der Männer wiesen außerdem einen schädlichen Gebrauch auf. Männer scheinen also deutlich häufiger von Alkoholproblemen betroffen zu sein als Frauen. Insbesondere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), weisen hohe Prävalenzen bezüglich schädlichen Alkoholkonsums auf (Guy et al., 2022) und haben ein höheres Risiko für schädlichen Gebrauch als heterosexuelle Männer sowie für anhaltenden übermäßigen Konsum im späteren Leben (CDC, 2022; Gonzales, Przedworski, & Henning-Smith, 2016). Laut Peralta et al. (2019) weisen homosexuelle Männer bis nach dem 50. Lebensjahr höhere Prävalenzen für eine Alkoholerkrankung auf als Heterosexuelle. Tatsächlich zeigten King et al. (2008), dass für MSM ein 1.5 mal höheres Risiko besteht, eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln, im Vergleich zu heterosexuellen Männern. Eine Interventionsstudie zu Substanzmissbrauch bei bi- und homosexuellen Männern fand, dass Alkohol eine der am häufigsten genutzten Substanzen war; 95.0% berichteten von Alkoholkonsum in den vergangenen 90 Tagen. Die meisten wiesen jedoch einen polyvalenten Drogenkonsum auf, Alkohol eingeschlossen (Paul, Barrett, Crosby, & Stall, 1996). Demgegenüber fanden Green und Feinstein (2012) in einer Metaanalyse, dass sich MSM in ihrem Konsum teilweise nicht von heterosexuellen Männern unterschieden oder sogar weniger tranken. Die Literatur zeigt also inkohärente Ergebnisse hinsichtlich der Prävalenz des schädlichen Alkoholkonsums bzw. der Alkoholabhängigkeit bei MSM (Blackwell, 2012; Flood et al., 2013).

1.4 Klinische Symptomatik und Verlauf

Entgegen früherer Annahmen ist der Verlauf einer Alkoholabhängigkeit vielfältig, nicht zwangsläufig chronisch-progredient und muss keineswegs zum Tod oder sozialen Abstieg führen: So kann neben einer progredienten Verschlechterung auch ein Schwanken zwischen schweren Trinkphasen und kontrolliertem Alkoholkonsum bzw. Abstinenz den Verlauf einer Alkoholabhängigkeit kennzeichnen. Rückfälle bedeuten keinen Dauerzustand, sondern zeigen sich eher phasenweise. Darüber hinaus sind auch Spontanremissionen möglich. Bei Erwachsenen ist die Entwicklung eher schleichend über einen Zeitraum von sechs bis zehn Jahren, wobei Frauen schneller eine Alkoholabhängigkeit entwickeln als Männer (Lindenmeyer, 2021). Die berichteten Symptome sind ebenso vielfältig wie der Verlauf:

indem Alkohol die Funktionen des Immunsystems auf komplexe Weise durchbricht, besteht ein erhöhtes Risiko für Sepsis, akutes respiratorisches Distress-Syndrom (ARDS), alkoholbedingte Lebererkrankung, verschiedene Arten von Krebs, postoperative Komplikationen, eine langsamere und weniger vollständige Genesung von Infektionen, verschlechterte Wundheilung, verschiedene Lungenerkrankungen, Tuberkulose (Sarkar, Jung, & Wang, 2015) und HIV (Baliunas et al., 2010). Für Letzteres besteht außerdem ein erhöhtes Risiko, weil Alkoholkonsum zu einer erhöhten Bereitschaft für ungeschützten Geschlechtsverkehr führt (Rehm et al., 2017), wobei MSM am meisten von HIV-Erkrankungen betroffen sind (Purcell et al., 2012). Des Weiteren trägt die verringerte Immunfunktion zu Organschäden bei, die mit Alkoholkonsum in Verbindung gebracht werden (Sarkar et al., 2015). Außerdem besteht ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, neuropsychiatrische Erkrankungen, zahlreiche Verdauungsstörungen, ischämischen Schlaganfall und Diabetes (Corrao, Bagnardi, Zambon, & la Vecchia, 2004; Peng et al., 2017; Shield, Parry, & Rehm, 2014). Neben den gesundheitlichen Problemen, die vermehrt mit zunehmendem Alter auftreten, kann es vor allen Dingen bei Jüngeren zu Problemen in Beziehungen, mit dem Gesetz oder zu leistungsbezogenen Problemen kommen (McQuaid et al., 2000). Außerdem zeigen sich bei Betroffenen möglicherweise finanzielle Schwierigkeiten, gewalttätiges Verhalten, Schlafprobleme, kognitive Beeinträchtigungen und Hirnschäden, Übergewicht, Trunkenheit am Steuer, eine geringere soziale Integration, Stigmatisierung und infolge davon Selbstwertverlust und ein größeres Risiko für Suizid (Anderson & Baumberg, 2006; Dawson, Goldstein, & Grant, 2012; Stolzenburg, Tessmer, Melchior, Schäfer, & Schomerus, 2017). Etwa 40.0% aller Betroffenen, die sich in Behandlung begeben, leiden an einer komorbiden psychischen Störung. Die häufigsten Diagnosen sind Angststörungen, Depression und Persönlichkeitsstörungen (Lindenmeyer, 2021). Die Tabellen 1a und 1b geben einen Überblick über weitere körperliche, soziale und psychische Konsequenzen, die eine Alkoholabhängigkeit nach sich ziehen kann, sowie mögliches Trinkverhalten der Betroffenen. Interessanterweise zeigt sich, dass Trinken als Bewältigungsstrategie („Konflikttrinken“) einen direkten Einfluss auf alkoholinduzierte Probleme hat, selbst dann, wenn für die Menge des Alkoholkonsums kontrolliert wurde, wohingegen andere Trinkmotive, wie z.B. angenehme Erfahrungen machen, nicht so große Probleme nach sich zogen (Kuntsche, Knibbe, Gmel, & Engels, 2005).

Obwohl der klinische Endpunkt von schädlichem Gebrauch oder Alkoholabhängigkeit nicht der Tod der Betroffenen sein muss (Lindenmeyer, 2021), sterben pro Jahr weltweit drei Millionen Menschen an den Folgen schädlichen Alkoholkonsums.

Tabelle 1a. *Mögliche Vielfalt von Problembereichen bei einer Alkoholabhängigkeit (Lindenmeyer, 2016b, zitiert nach Lindenmeyer, 2021, S. 355)*

Trinkverhalten	Körperliche Folgen
Häufige Rausche	Entzugserscheinungen
Dosissteigerung	Krampfanfälle
Toleranzsteigerung	Alkoholbedingte Krebserkrankung
Toleranzminderung	Verstärkte Infektanfälligkeit
Alkoholvergiftung	Sexuelle Funktionsstörungen
Spiegeltrinken	Gelenkschmerzen
Morgendliches Trinken	Pankreatitis
Umsteigen auf harte Alkoholika	Kardiomyopathie
Heimliches Trinken	Bluthochdruck
Trinken in Gesellschaft unter Niveau	Polyneuropathie
Periodische Trinkexzesse	Traumen
Erfolglöse Abstinenzversuche	Fettleber
Wiederholte Entgiftungsbehandlung	Leberentzündung
Erfolglöse Behandlungsversuche	Leberzirrhose
Häufige Rückfälle	Mangelernährung
	Anämie
	Gastritis
	Knochenbrüche durch Stürze und Unfälle

Wie bereits erwähnt, sind 7.7% der globalen Todesfälle alkoholinduziert und männlichen Geschlechts (WHO, 2022), womit Männer eine dreifach so hohe alkoholbedingte Mortalitätsrate als Frauen aufweisen. Im Mittel sterben Menschen bei alkoholbedingter Todesursache 20 Jahre früher im Vergleich zu an anderen Ursachen Verstorbenen (Bloomfield, Kraus, & Soyka, 2008). Hauptsächlich führt Alkohol zum Tod aufgrund von Unfällen bzw. Verletzungen, kardiovaskulären Erkrankungen, Krebs und Leberzirrhose (Rehm et al., 2009). Insgesamt lässt sich sagen, je höher und länger anhaltend der Konsum, desto größer das Risiko für negative Konsequenzen und desto schlechter kann die Prognose ausfallen (Anderson & Baumberg, 2006).

1.5 Therapie

Standardmäßig wird eine Alkoholabhängigkeit mit körperlicher Entgiftung, qualifizierter Entzugsbehandlung inklusive Rückfallprävention und medizinischer Rehabilitation therapiert.

Tabelle 1b. *Mögliche Vielfalt von Problembereichen bei einer Alkoholabhängigkeit (Lindenmeyer, 2016b, zitiert nach Lindenmeyer, 2021, S. 355)*

Soziale Folgen	Psychische Folgen
Partnerschaftskonflikte	Aggressive Entgleisungen
Trennung/Scheidung	Verringertes Selbstwertgefühl
Finanzielle Verschuldung	Selektive Wahrnehmung
Verringerte Arbeitsleistung	Distanzlosigkeit
Konflikte am Arbeitsplatz	Gefühlsschwankungen
Arbeitsplatzverlust	Konzentrationschwierigkeiten
Verlust der Fahrerlaubnis	Gedächtnisstörungen
Straftaten	Depression
Wohnungslosigkeit	Delirium tremens
Soziale Verwahrlosung	Alkoholhalluzinose
Rückzug von Freund[:innen]	Suizidalität
Haftstrafen	Soziale Ängste
	Panikanfälle
	Chronische Eifersucht

Die lebenslange Abstinenz von Alkohol ist hier das Therapieziel, wobei mittlerweile auch eine Reduktion von Alkohol als wichtiges (und oftmals realistischeres) Zwischenziel betrachtet wird. Der Entzug wird meist stationär durchgeführt. Es dauert ca. drei bis sieben Tage, bis die Entzugserscheinungen verschwinden. In dieser Zeit steht die Akutversorgung der Patient:innen im Vordergrund, falls möglich mit Krisenintervention und Motivationsförderung. Erst danach wird auf die Behandlung komorbider psychischer Störungen, die (Wieder-)Eingliederung ins Berufsleben, die (erneute) Teilhabe am sozialen Leben und den Aufbau einer stabilen Abstinenzmotivation fokussiert. Tatsächlich nutzen jedoch nur die Wenigsten die Therapieangebote – einerseits aufgrund von mangelnder Motivation der Betroffenen (vor allem zu Beginn der Krankheit), andererseits werden meist nur die Folgeerkrankungen und Begleitscheinungen behandelt, während die ursächliche Alkoholabhängigkeit häufig nicht erkannt oder falsch diagnostiziert wird. Entsprechend erfolgt auch keine angemessene Behandlung. Hinzu kommt, dass Krankenkassen nur Leistungen einer Akutversorgung für suchtkranke Patient:innen finanzieren, obwohl Alkoholabhängigkeit seit 1968 als gesetzlich anerkannte Krankheit gilt. Auch in der allgemeinen Bevölkerung wird Alkoholabhängigkeit und noch weniger der schädliche

Gebrauch als behandlungsbedürftig angesehen (DG-SUCHT, 2020): Durchschnittlich vergehen neun bis zehn Jahre, ehe betroffene Männer eine adäquate Behandlung erhalten. In Deutschland werden jährlich maximal 3.0% der Betroffenen mit einer Entzugsbehandlung therapiert. Damit zählen Menschen mit Alkoholabhängigkeit zu einer der am schlechtesten versorgten Patient:innengruppen (Lindenmeyer, 2021). Green und Feinstein (2012) gehen davon aus, dass es LGB-Personen mit Alkoholproblemen zusätzliche Überwindung kostet, Therapieangebote in Anspruch zu nehmen, da sie aufgrund ihres sozialen Status als sexuelle Minderheit eine doppelte Stigmatisierung erfahren könnten.

2 Minority Stress

Im Folgenden wird auf die Definition bzw. Beschreibung des Konstrukts sowie die Prävalenz und Messung von Minority Stress eingegangen. Des Weiteren erfolgt eine Darstellung des Zusammenhangs zwischen Minority Stress und Alkoholkonsum.

2.1 Definition

Der Begriff *Minority Stress* wurde von Meyer (2003) durch seine Minority Stress Theory geprägt. Darunter versteht man Stressoren, die durch stabile soziale Strukturen hervorgerufen werden und sich gegen Angehörige einer stigmatisierten sozialen Minderheit richten, wie LGB-Menschen. Minority-Stressoren umfassen nach dieser Definition das Erleben von Vorurteilen, womit Diskriminierung und Viktimisierung gemeint sind (Letzteres bezieht sich vor allem auf physische Gewalt). Weiters umfassen Minority-Stressoren die Erfahrung von Ablehnung, Geheimhaltung der eigenen Sexualität, Wachsamkeit in Erwartung von Ablehnung und internalisierte Homophobie, d.h. die Internalisierung von negativen sozialen Einstellungen gegenüber LGB-Menschen (Meyer, 2003). Im Allgemeinen wird zwischen distalen und proximalen Stressoren unterschieden, wobei sich erstere auf Stressoren beziehen, die unabhängig vom Individuum in dessen Umfeld auftreten, wie beispielsweise schwulenfeindliche Stereotype, Vorurteile und Diskriminierung. Deshalb werden sie als objektive Stressoren bezeichnet, die sich wiederum auf die proximalen, also subjektiven Stressoren auswirken – d.h. das Individuum nimmt seine soziale Umgebung als bedrohlich oder feindselig wahr und versucht deshalb seine Sexualität zu verbergen, zu unterdrücken, oder es führt zur Ablehnung der eigenen Sexualität (Flood et al., 2013; Frost & Meyer, 2009). Dies kann negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von LGB-Menschen haben – nicht zuletzt, weil Minority-Stressoren zusätzlich zu allgemeinem Stress auftreten und von Betroffenen einen größeren Aufwand zur Bewältigung abverlangen (Meyer, 2003).

2.2 Minority Stress und Alkoholkonsum

Die Literatur zeigt, dass Diskrepanzen zwischen der (psychischen) Gesundheit von LGBTQ und heterosexuellen Menschen bestehen. So weisen LGBTQ-Menschen häufiger Hoffnungslosigkeit (Russell & Joyner, 2001), einen geringen Selbstwert (Ziyadeh et al., 2007), emotionale Dysregulation (Mann, Naugle, & Lieberman, 2022), soziale Isolation (Wichstrøm, & Hegna, 2003), Suizidalität (Plöderl & Fartacek, 2005) und stärkeren Alkoholkonsum (Gruskin & Gordon, 2006; Hatzenbuehler, Corbin et al., 2008; Peralta et al., 2019; Russell & Joyner, 2001; Stall & Wiley, 1988) auf als heterosexuelle Menschen. Suizidalität, emotionale Dysregulation und geringe wahrgenommene soziale Unterstützung durch die Familie sind bei LGBT-Menschen außerdem mit stärkerem Alkoholkonsum assoziiert (Newcomb et al., 2012; Russell & Joyner, 2001; Villarreal, Charak, Schmitz, Hsieh, & Ford, 2021).

Wie bereits angerissen, versucht das Minority Stress Modell für diese Diskrepanzen einen Erklärungsansatz zu finden (Kalb et al., 2018) und benennt Minority Stress als zentrale Ursache (Meyer, 2003): Es wird vermutet, dass MSM aufgrund von Homophobie, Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen ein größeres Risiko für Substanzmissbrauch aufweisen (CDC, 2016). Tatsächlich ist Minority Stress – neben der Bar-Szene als wichtige Sozialisationsmöglichkeit der Community – einer der beiden meistzitierten Gründe für einen erhöhten Alkoholkonsum in der LGB-Population (Green & Feinstein, 2012; Hughes & Eliason, 2002). Der Zusammenhang zwischen Minority-Stressoren und Alkoholkonsum bei LGBTQ konnte mehrfach belegt werden (Feinstein & Newcomb, 2016; Flood et al., 2013; Katz-Wise, Sarda, Austin, & Harris, 2021; Livingston, 2017; Mereish & Miranda, 2020; Rogers et al., 2017). Beispielsweise hat sich Ablehnung durch die Eltern als wichtiger Prädiktor für erhöhten Substanzmissbrauch erwiesen: Studien konnten hier einen stark positiven Zusammenhang feststellen (Hatzenbuehler, 2009; Kalb et al., 2018). Goldbach, Tanner-Smith, Bagwell und Dunlap (2014) identifizierten u.a. folgende Risikofaktoren für Substanzkonsum bei LGB: Viktimisierung, Mangel an sozialer Unterstützung, psychologischer Stress und negative Reaktionen auf das Coming-out.

Allerdings beschreibt Meyers Modell weniger die psychologischen Prozesse, die letztlich der Entstehung von psychischen Problemen durch Minority-Stressoren zugrunde liegen. Deshalb schlägt Hatzenbuehler (2009), angelehnt an die allgemein vorliegende Literatur, ein psychologisches Mediationsmodell vor, laut dessen Psychopathologie bzw. Alkoholkonsum entsteht, indem die Ressourcen für adaptive Emotionsregulationsfähigkeiten von stigmatisierten Individuen bei anhaltendem Stress auf lange Sicht aufgezehrt werden

(siehe Abbildung 2). Eine Dysregulation der Emotionen ist die Folge, wobei die Fähigkeit, die eigenen Emotionen zu verstehen und auf adaptive Weise zu regulieren, beeinträchtigt ist. Stattdessen werden maladaptive Bewältigungsmechanismen wie Rumination bzw. Alkohol verwendet. Damit übereinstimmend stellten Hatzenbuehler, McLaughlin und Nolen-Hoeksema (2008) in ihrer Studie fest, dass Jugendliche einer sexuellen Minderheit im Vergleich zu heterosexuellen Jugendlichen größere Defizite in der Emotionsregulation zeigten, d.h. ein mangelndes Bewusstsein für ihre Gefühle und Rumination aufwiesen. Hatzenbuehler, Corbin et al. (2008) fanden wiederum, dass Diskriminierungserfahrungen bei LGB mit negativem Affekt und positiven Erwartungen bzgl. Alkohol assoziiert war. Dies führte zur Verwendung von Alkohol als Bewältigungsmechanismus, was verstärkt alkoholinduzierte Probleme mit sich brachte – auch dann, wenn für die Menge des Alkoholkonsums kontrolliert wurde. Des Weiteren fanden Kalb et al. (2018), dass Ablehnung durch die Eltern, homonegative Mikroaggressionen und Gewalterfahrungen aufgrund der sexuellen Orientierung mit alkoholbedingten Konsequenzen bei jungen LGBTQ-Erwachsenen assoziiert war. Bewältigungsmotive moderierten signifikant diesen Zusammenhang, was darauf hindeutet, dass Alkoholkonsum als Bewältigungsstrategie einen Erklärungsansatz für den erhöhten Konsum von LGBTQ-Menschen darstellt.

Entscheidend ist laut Hatzenbuehlers Modell außerdem eine positive Erwartungshaltung gegenüber Alkohol für einen verstärkten Konsum sowie soziale Normen. (Auf Letzteres wird noch genauer im vierten Abschnitt eingegangen.) Eine Studie von McKirnan und Peterson (1988) mit homosexuellen Männern fand, dass nur jene Teilnehmer, die sich von Alkoholkonsum einen positiven Effekt wie Spannungsreduktion versprachen, eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für schädlichen Gebrauch aufwiesen.

Nach Hatzenbuehlers Modell kann aufgrund von Stigma-induziertem Stress außerdem soziale Isolation entstehen. Hiermit ist gemeint, dass sich die Betroffenen zurückziehen, um weitere Ablehnung zu vermeiden, und/oder ihre sexuelle Orientierung verbergen. Studien zeigen, dass diese Wachsamkeit bzw. antizipierte Erwartung, abgelehnt zu werden, wie eine selbsterfüllende Prophezeiung wirkt (Major & O'Brien 2005): Es zeigt sich in der Literatur – mit wenigen Ausnahmen –, dass Angehörige einer sexuellen Minderheit geringere soziale Unterstützung besitzen (Eisenberg & Resnick, 2006; Hatzenbuehler, 2009). Obgleich nicht gut beforscht, konnten Newcomb et al. (2012) geringe soziale Unterstützung mit erhöhtem Alkoholkonsum bei LGBT in Zusammenhang bringen. Das Selbstmedikations-Modell geht davon aus, dass Menschen Alkohol konsumieren, um mit Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen und negativem Affekt fertigzuwerden (Segrin & Cooper,

2021). Ebenfalls kaum in diesem Kontext untersucht, könnte sich außerdem stellvertretende Traumatisierung negativ auf die mentale Gesundheit von LGBT auswirken: Lannert (2015) geht davon aus, dass Hassverbrechen an Menschen einer sexuellen Minderheit von nicht-viktimisierten Individuen mit einer ähnlichen Identität wie das Opfer als Bedrohung wahrgenommen werden (Sullaway, 2004). Übermäßige Wachsamkeit und Stress könnten die Folge sein, was wiederum Substanzkonsum als Bewältigungsstrategie auslösen könnte (Cramer, McNiel, Holley, Shumway, & Boccellari, 2012; Lannert, 2015; Meyer, 2003). Des Weiteren scheint eine Wechselwirkung zwischen HIV/AIDS und Substanzkonsum zu bestehen: Alkoholkonsum erhöht das Risiko für ungeschützten Geschlechtsverkehr und damit HIV, während HIV/AIDS mit Depression und Angst assoziiert ist, was wiederum zu Substanzkonsum führen könnte (Baliunas et al., 2010; Green & Feinstein, 2012).

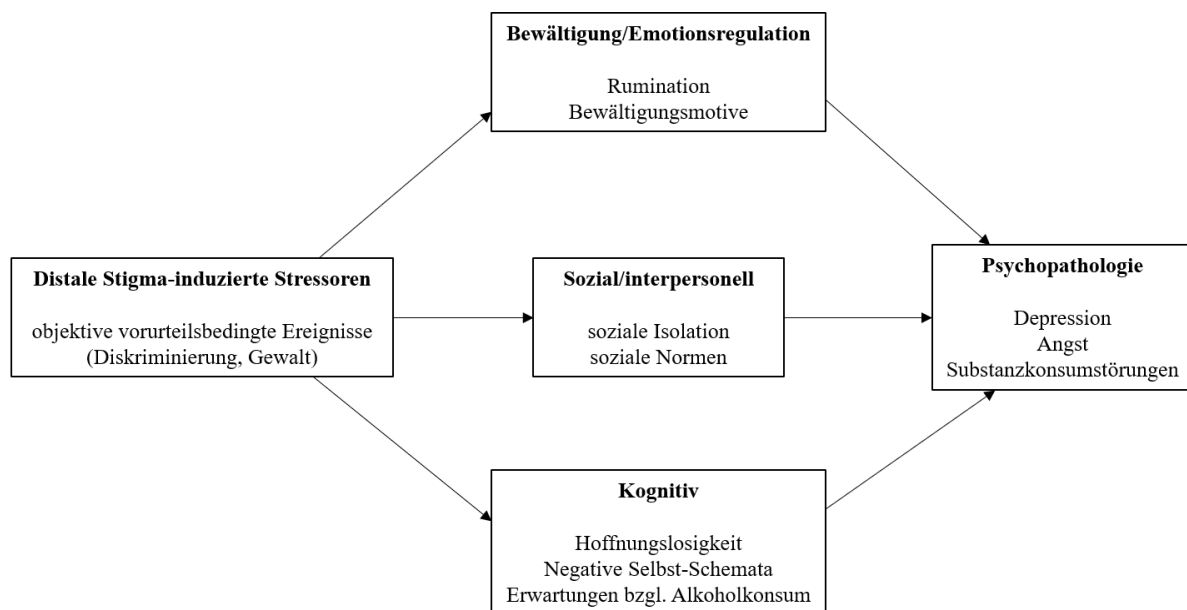


Abbildung 2. Psychologisches Mediationsmodell (Hatzenbuehler, 2009, S. 712)

2.3 Resilienz

Meyer (2003) beschreibt in seinem Modell allerdings nicht nur die negativen Auswirkungen von Minority Stress auf die Gesundheit von LGB, sondern er beleuchtet auch eine andere Seite: Minority Stress führt nicht zwangsläufig zu einer schlechteren Gesundheit, sondern die Betroffenen können im Gegenteil Resilienz aufbauen: Durch das konstante Erleben von Minority Stress können Betroffene Strategien und Ressourcen im Umgang mit Stress entwickeln, sowohl als Individuen als auch als Community. Damit übereinstimmend gibt es Studien, die keinen Unterschied zwischen MSM und heterosexuellen Männern bzgl. Alkoholkonsum fanden, bzw. dass Erstere sogar weniger tranken (Green & Feinstein, 2012;

McCabe et al., 2005; Ziyadeh et al., 2007). Meyers (2003) Argumentation folgend könnte dies daran liegen, dass MSM spezifische adaptive Strategien zur Bewältigung von Minority Stress entwickeln und somit nicht auf maladaptive Bewältigungsmechanismen wie Alkoholkonsum zurückgreifen. Ein weiterer Grund für diese Studienergebnisse könnten – gemäß Hatzenbuehlers (2009) Modell – soziale Normen sein, wie etwa hegemoniale Männlichkeitsnormen, an die sich MSM weniger anpassen als heterosexuelle Männer. Hierauf wird noch genauer im vierten Abschnitt eingegangen.

2.4 Probleme bei der Erhebung von Minority Stress

Obwohl Meyer (2003) in seinem Modell eine Bandbreite an verschiedenen Minority-Stressoren vorschlägt und sich die Literatur seitdem auf dieses Modell bezieht, fokussieren die meisten Studien nur auf ein bis zwei der vorgeschlagenen Stressoren und verwenden darüber hinaus nur selten dieselben Messinstrumente. Die meisten Studien entwickeln entweder eigene Fragebögen oder verwenden lediglich Subskalen der existierenden Instrumente, was die Ergebnisse abhängig von der Anzahl an Items pro Subskala verzerren kann. Problematisch ist außerdem, dass die verwendeten Begriffe bzgl. der verschiedenen Minority-Stressoren in der Literatur – trotz Meyers (2003) Definition – nicht einheitlich verwendet und verschieden definiert werden, was einen Vergleich der Ergebnisse schwierig macht. Darüber hinaus differenzieren die meisten Messinstrumente nicht zwischen den Erlebnissen selbst und dem dadurch ausgelösten subjektiven Stress (Balsam, Beadnell, & Molina, 2013).

2.5 Prävalenzen

Im Rahmen einer Untersuchung der European Union Agency for Fundamental Rights (FRA; 2014) aus dem Jahr 2012 berichteten europaweit 68.0% der schwulen und 48.0% der bisexuellen Männer von Gewalterfahrungen in den letzten 12 Monaten, weil sie von anderen als bi- bzw. homosexuell wahrgenommen wurden. Bei trans*Personen lag die Anzahl bei 55.0%, wobei hier keine geschlechtsspezifischen oder Ergebnisse hinsichtlich der sexuellen Orientierung berichtet wurden. In Österreich berichteten 54.0% der befragten LGBT-Personen von erlebten Gewaltverbrechen in den vergangenen 12 Monaten. Diskriminierungserfahrungen und Belästigungen in den letzten 12 Monaten erlebten 48.0% der österreichischen LGBT-Personen. Europaweit gaben dies 45.0% der schwulen und 36.0% der bisexuellen Männer an, während die Zahl der trans*Personen bei 46.0% lag. 20.0% der österreichischen LGBT-Personen gaben außerdem an, in den vergangenen zwölf Monaten an ihrem Arbeitsplatz aufgrund ihrer sexuellen Orientierung diskriminiert oder belästigt worden zu sein. Am häufigsten berichteten transgender Personen von negativen Kommentaren,

Einstellungen oder ungleicher Behandlung am Arbeitsplatz. Auch im Allgemeinen zeigte sich, dass trans*Personen häufiger von Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen sowie Belästigung berichten als cisgender LGB-Personen. Allerdings ist von einer hohen Dunkelziffer an Diskriminierungs- und Gewalterfahrung auszugehen, die aus Angst von den Betroffenen nicht an die Justiz gemeldet werden (Otis, 2007). Außerdem erwies sich, dass jüngere LGBT-Menschen im Vergleich zu älteren eine weniger wohlwollende soziale Umgebung erlebten (FRA, 2014). Evans-Polce, Veliz, Boyd, Hughes und McCabe (2020) fanden, dass sexuelle Minderheiten im Alter von 18 Jahren am meisten Diskriminierung erfahren, was mit zunehmendem Alter zurückgeht. Es wird vermutet, dies liege daran, dass sich jüngere Menschen beispielsweise ihre Klassenkamerad:innen und Lehrer:innen nicht aussuchen könnten (FRA, 2014). Pilkington und D’Augelli (1995) fanden in ihrer Studie, dass 80.0% der 15- bis 21-jährigen LGB-Menschen Viktimisierung, d.h. verbale Belästigung oder physischen Angriff, aufgrund ihrer sexuellen Orientierung erlebt hatten. Außerdem berichteten 36.0% der LGB-Jugendlichen von negativen Reaktionen eines Familienmitgliedes auf ihr Outing (Pilkington & D’Augelli, 1995). Huebner, Rebchook und Kegeles (2004) fanden, dass schwule und bisexuelle Männer ein höheres Risiko für verbale Belästigung, Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen hatten, wenn sie jünger waren, offener mit ihrer Sexualität umgingen und HIV-positiv waren. Es existieren zudem einige Studien, die einen höheren Alkoholkonsum bei bisexuellen Männern gegenüber homosexuellen Männern fanden (Ford & Jasinski, 2006; Green & Feinstein, 2012). Entgegen der Statistiken der FRA (2014) vermuten die Autor:innen, dies könnte daran liegen, dass bisexuelle Männer (und Frauen) sowohl von der heterosexuellen als auch von der LGBTQIA+-Community Diskriminierung erfahren (Green & Feinstein, 2012; Rogers et al., 2017) und empfehlen daher, bisexuelle Personen als gesonderte Gruppe zu untersuchen und nicht mit homosexuellen Personen zu vermengen (Ford & Jasinski, 2006).

3. Hegemoniale Männlichkeitsnormen

Der folgende Abschnitt behandelt westliche Männlichkeitsnormen und in welchem Zusammenhang sie mit Minority Stress, Alkoholkonsum und Achtsamkeit bei bi- und homosexuellen Männern stehen.

3.1 Soziale Normen, hegemoniale Männlichkeit und Alkoholkonsum

Wie bereits angerissen, nennt Hatzenbuehler (2009) in seinem Modell außerdem soziale Normen als Gründe für einen erhöhten Alkoholkonsum bei MSM: Soziale Normen und normatives Verhalten haben einen erheblichen Einfluss auf unser eigenes Verhalten und somit

auch auf unser Gesundheitsverhalten (Mahalik et al., 2007). Männer orientieren sich in ihrem Gesundheitsverhalten an anderen Männern; sowohl in ihrem direkten Umfeld als auch an Männern, die eine für ihre Kultur erwünschte Männlichkeit repräsentieren, wie beispielsweise Filmschauspieler (Mahalik et al., 2007). Eine in einer bestimmten Kultur und zu einer bestimmten Zeit dominierende und idealisierte Männlichkeitsform wird auch als *hegemoniale Männlichkeit* bezeichnet (Connell, 1995). In den westlichen Kulturen der heutigen Zeit wird das ideale Männlichkeitsbild von weißen heterosexuellen Männern mit einem hohen sozioökonomischen Status verkörpert. Des Weiteren beinhaltet hegemoniale Männlichkeit die Unterdrückung von Weiblichkeit sowie anderen Formen von Männlichkeit und repräsentiert Macht und Autorität. Sie verlangt das Verleugnen von Schwäche, Verletzlichkeit und Hilfsbedürftigkeit und fordert den Anschein von Stärke, kontinuierliches Interesse an Sex und die Zurschaustellung von physischer Dominanz und Aggression. Obwohl nur wenige Männer tatsächlich hegemoniale Männlichkeit repräsentieren, übt sie nach wie vor einen erheblichen Einfluss auf die Gesellschaft und ihre Mitglieder aus und findet im Gesundheitsverhalten vieler Männer Ausdruck (Courtenay, 2000): Im Allgemeinen weisen Männer ein gesundheitsriskanteres Verhalten als Frauen auf (Courtenay, 2000; Kessler et al., 2005). In der Literatur zeigen sich zunehmend Forschungsergebnisse, die den Zusammenhang zwischen hegemonialer bzw. traditioneller Männlichkeit und gesundheitsriskantem Verhalten untermauern (Mahalik et al., 2007), wie höherer Alkoholkonsum und riskantes Sexualverhalten (Liu & Iwamoto, 2007; Mahalik, Lagan, & Morrison, 2006). Ein gesundheitsförderndes Verhalten könnte für einen Mann also möglicherweise das Ablehnen bestimmter Männlichkeitsformen erfordern. Allerdings versuchen Jungen und Männer – wenn überhaupt – auf unterschiedliche Weise einer hegemonialen Männlichkeit zu entsprechen, wobei die verfügbaren Ressourcen eine zentrale Rolle spielen. Faktoren wie Ethnie, sozioökonomischer Status und sexuelle Orientierung können bestimmte Männer marginalisieren (Courtenay, 2000). Nicht-hegemoniale Männlichkeiten erfahren Abwertung – so werden MSM beispielsweise durch Minority-Stressoren marginalisiert (Connell, 1992). Dies kann überkompensatorisches Verhalten nach sich ziehen, indem marginalisierte Männer gewalttätiges Verhalten zeigen, Alkohol oder Drogen nehmen, wenn andere hegemoniale Ideale nicht erreichbar oder verfügbar sind (Courtenay, 2000). Dementsprechend könnten Männlichkeitsnormen einen kumulierenden Effekt hinsichtlich des Alkoholkonsums bei MSM ausüben und gemäß Hatzenbuehlers (2009) Modell einen weiteren Erklärungsansatz für erhöhten Alkoholkonsum in dieser Population liefern. Eine andere Konsequenz, die marginalisierte Männer aus ihrem benachteiligten Status ziehen, ist hingegen eine

Neudefinition von Männlichkeit bzw. der Ablehnung hegemonialer Männlichkeit, die mit gesundheitsförderndem Verhalten einhergeht, wie beispielsweise „Radical Faeries“ (Courtenay, 2000) – eine Gemeinschaft, die sich in den USA formierte und sich für die Freiheit eines authentischen Lebensstils homosexueller Männer einsetzt (Morgensen, 2009). Da manche Studien keinen Unterschied hinsichtlich des Alkoholkonsums zwischen MSM und heterosexuellen Männern fanden bzw. dass Erstere sogar weniger tranken, gehen manche Autor:innen davon aus, dass sich MSM weniger an hegemoniale Männlichkeitsnormen anpassen und in Folge weniger geschlechterstereotypem Verhalten nachgehen, wie höherem Alkoholkonsum (Green & Feinstein, 2012). Jasinski und Ford (2007) stützen diese Vermutungen durch Studienergebnisse, dass bi- und homosexuelle Studienanfänger eine geringere Wahrscheinlichkeit haben, Normen für Rauschtrinken zu unterstützen. Hamilton und Mahalik (2009) fanden zudem, dass Konformität mit traditionellen männlichen Normen bei homosexuellen Männern ein signifikanter Prädiktor für Substanzkonsum und riskantes Sexualverhalten war. Das Verständnis und die Definition von Männlichkeit scheint bei MSM also eine wichtige Rolle hinsichtlich ihres Gesundheitsverhaltens zu spielen.

3.2 Soziale Normen, hegemoniale Männlichkeit und Minority Stress

Hegemoniale Männlichkeit löst aufgrund seiner Heteronormativität Minority Stress bei MSM aus, was zu Bemühungen seitens MSM führen könnte, möglichst heteronormatives Verhalten an den Tag zu legen (Lu, LeBlanc, & Frost, 2019). Wie bereits aufgegriffen, kann diese Verschleierung und Unterdrückung der eigenen Identität zu psychischen Problemen bei MSM führen (Flood et al., 2013; Meyer, 2003). Das beobachtete Verhalten anderer Männer spielt für MSM dabei eine wichtige Rolle: MSM werden in ihrem Verhalten am meisten durch das wahrgenommene Verhalten männlicher Freunde, Familienmitglieder, Arbeitskollegen und anderer Männer aus der Community beeinflusst (Hamilton & Mahalik, 2009). In einer Studie von Lu et al. (2019) zeigte sich, dass sowohl Männer, die ein sehr heteronormatives Verhalten, als auch Männer, die ein feminines Verhalten an den Tag legten, bei MSM Stress bzw. Angst auslösten, geoutet zu werden und/oder Ablehnung oder Diskriminierung zu erfahren. Allerdings ist die Aussagekraft dieser Studie aufgrund ihres qualitativen Designs und ihrer geringen Teilnehmerzahl ($N=48$) eingeschränkt. Modrakovic, Way, Forssell und Calabrese (2021) fanden in ihrer Studie, dass Minority Stress mit einer stärkeren Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen (emotionale Kontrolle und Eigenständigkeit) assoziiert war. Vermutlich passen sich MSM, die mehr Minority-Stressoren ausgesetzt sind, stärker an hegemoniale Männlichkeitsnormen an, um Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen zu vermeiden. Die Studie zeigte zudem, dass Minority Stress als

Moderator einen verstärkenden Effekt auf die Beziehung zwischen Konformität mit hegemonialen männlichen Normen (emotionale Kontrolle und Eigenständigkeit) und Depression zu haben scheint (Modrakovic et al., 2021). Hatzenbuehler (2009) geht außerdem davon aus, dass Minority-Stressoren soziale Normen fördern, die Alkoholkonsum befürworten.

4 Dispositionelle Achtsamkeit

Der nächste Abschnitt befasst sich mit der Definition von Achtsamkeit und wie diese mit Minority Stress und Alkoholkonsum assoziiert ist.

4.1 Definition

Achtsamkeit ist ein Konzept, das dem Buddhismus entspringt. Es wird als Bewusstsein definiert, das entsteht, wenn man absichtsvoll und ohne Wertung den gegenwärtigen Moment fokussiert. Es bedeutet ein mitfühlendes, liebevolles, offenherziges und freundliches Präsentsein (Kabat-Zinn, 2003), wobei jedes Gefühl, jeder Gedanke, jede Wahrnehmung, die ins Bewusstsein treten, anerkannt und angenommen werden, wie sie sind (Bishop et al., 2004). Während es sich hierbei um einen momentanen Zustand handelt (*State*), wird *dispositionelle Achtsamkeit* als stabile Eigenschaft (*Trait*) definiert (Tomlinson, Yousaf, Vittersø, & Jones, 2017). Es handelt sich um ein multidimensionales Konstrukt und beinhaltet die Fähigkeit, Erfahrungen zu beobachten und zu beschreiben, bewusst zu handeln, sich auf die Gegenwart fokussieren zu können und Erfahrungen auf eine nicht-urteilende und non-reaktive Weise zu begegnen (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006). Die Übergänge zwischen Achtsamkeit als Zustand und Eigenschaft sind jedoch fließend: Achtsamkeit ist eine universelle Fähigkeit, die jeder Mensch besitzt und die sich u.a. durch Meditation kultivieren und verbessern lässt (Kabat-Zinn, 2003). Durch das regelmäßige Praktizieren von Achtsamkeit (*State*) kann also auch die dispositionelle Achtsamkeit (*Trait*) verbessert werden (Quaglia, Braun, Freeman, McDaniel, & Brown, 2016).

4.2 Achtsamkeit als adaptive Bewältigungsstrategie und Minority Stress

Achtsamkeit hat sich als effektive und adaptive Bewältigungsstrategie von Stress und dem dadurch entstehenden negativen Affekt erwiesen (Donald & Atkins, 2016; Kabat-Zinn, 2003; Lee, Weiss, Ford, Conyers, & Shook, in press; Miller et al., 2021; Toomey & Anhalt, 2016): Sie ermöglicht es, von den eigenen Gefühlen und Gedanken zurückzutreten und somit mehr Klarheit über sie zu gewinnen. Sie schafft eine Pause zwischen Reiz und Reaktion. Außerdem fördert sie ein Gefühl von Ruhe und Zentriertheit und führt zu einem Perspektivwechsel (Morone, Lynch, Losasso, Liebe, & Greco, 2012). Auf diese Weise verbessert Achtsamkeit

die Fähigkeiten zur Emotionsregulation, was sich wiederum auf den wahrgenommenen Stress auswirkt (Desrosiers et. al, 2013; Prakash, Hussain, & Schirda, 2015; Vujanovic et al., 2010). Durch Achtsamkeit können also maladaptive Bewältigungsmechanismen reduziert und stattdessen adaptive Bewältigungsmechanismen gefördert werden (Charoensukmongkol, 2013), weshalb diese selbst als adaptiver Bewältigungsmechanismus betrachtet werden kann (Toomey & Anhalt, 2016). Entsprechend erweist sich Achtsamkeit auch hinsichtlich spezifischer Minority-Stressoren als effektiv (Hidalgo et al., 2020; Li et al., 2019). Bei Schüler:innen (14–24 Jahre) erwies sich dispositionelle Achtsamkeit beispielsweise als protektiver Faktor gegen Viktimisierung aufgrund der sexuellen Orientierung (Toomey & Anhalt, 2016). Diese Ergebnislage erscheint nicht überraschend, da Achtsamkeit außerdem Selbstakzeptanz fördert und Rumination verringert (Wen, An, Zhou, Du, & Xu, 2021). Insgesamt ist die Forschungslage von dispositioneller Achtsamkeit im Kontext von Minority Stress allerdings noch sehr dünn, wenngleich der gesundheitsfördernde Effekt von dispositioneller Achtsamkeit gut belegt werden konnte (Hidalgo et al., 2020).

4.3 Achtsamkeit als adaptive Bewältigungsstrategie und Alkoholkonsum

Wie oben bereits mehrfach erwähnt, wird Alkoholkonsum sowohl in der allgemeinen Bevölkerung als auch bei MSM u.a. von maladaptiven Bewältigungsmechanismen beeinflusst, wie vermeidender Bewältigung. Da Achtsamkeit hingegen ein wertfreies Betrachten und Annehmen des gegenwärtigen Moments bedeutet (Kabat-Zinn, 2003), also das Gegenteil von Vermeidung darstellt, erscheint sie als vielversprechender Ansatz, um Alkoholkonsum zu reduzieren. Ausgehend von den Vermutungen, dass Alkoholkonsum außerdem als Bewältigungsstrategie verwendet wird, wenn keine alternativen adaptiven Ressourcen zur Verfügung stehen (Corbin et al., 2013), ist dispositionelle Achtsamkeit möglicherweise ein protektiver Faktor gegen schädlichen Gebrauch und Alkoholabhängigkeit. Tatsächlich erwiesen sich achtsamkeitsbasierte Interventionen als effektiv, um Alkoholkonsum zu reduzieren (von Hammerstein et al., 2019; Witkiewitz et al., 2019; Zgierska et al., 2017), und auch eine geringere dispositionelle Achtsamkeit ist mit höherem Substanzkonsum assoziiert (Li et al., 2019; Shorey et al., 2015): Dispositionelle Achtsamkeit beinhaltet die Fähigkeit, achtsam zu handeln, was problematischem Alkoholkonsum entgegenwirkt sowie die Menge des Konsums reduziert (Karyadi & Cyders, 2015). Garland (2011) fand, dass alkoholabhängige Patienten mit höherer dispositioneller Achtsamkeit ihre Aufmerksamkeit besser von alkoholbezogenen Reizen abwenden konnten. Dies impliziert, dass dispositionelle Achtsamkeit mit einer besseren kognitiven Kontrolle einhergeht, was sich

auch in einer besseren autonomen Regulierung der stressbedingten Reaktion auf Alkohol widerspiegelt.

Wie weiter oben beschrieben, wirkt sich Stress erheblich auf Alkoholkonsum aus (Becker, 2017). Indem Achtsamkeit Stress reduziert, könnte dies ebenfalls Auswirkungen auf den Konsum von Alkohol haben. Diese Vermutungen werden durch Studienergebnisse von Bodenlos, Noonan und Wells (2013) gestützt, die zeigten, dass Stress vollständig den Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und Alkohol mediierte. Adams et al. (2013) fanden wiederum, dass dispositionelle Achtsamkeit den Zusammenhang zwischen wahrgenommenem Stress und der Menge des Alkoholkonsums moderierte. Außerdem war dispositionelle Achtsamkeit mit einem geringeren Alkoholkonsum assoziiert. Im Gegensatz dazu fanden Szeto, Schoenmakers, van de Mheen, Snelleman und Waters (2019), dass dispositionelle Achtsamkeit zwar das Verlangen nach Alkohol und somit auch das Trinkverhalten reduzieren kann, allerdings schien dieser Einfluss unabhängig von Stress zu sein.

4.4 „Mindful Masculinity“ – achtsame Männlichkeit

Mittlerweile haben sich vielfältige Achtsamkeitsprogramme etabliert, die Jungen und heranwachsenden Männern dabei helfen sollen, schädliche patriarchale Normen, die ihnen von der Gesellschaft vermittelt werden und die sie internalisieren, kritisch zu hinterfragen. Ziel ist es, dass junge Männer jene hegemonialen Normen und Eigenschaften identifizieren und ablehnen, die schädlich für sie selbst und andere sind. Außerdem sollen sie ein gesünderes Verständnis von Männlichkeit entwickeln, das ihnen erlaubt, emotional verletzlicher und mitfühlender zu sein. In diesem Zusammenhang spricht man häufig von *Mindful Masculinity*, also einer achtsamen Männlichkeit (Forbes, 2022). Tatsächlich scheint Achtsamkeit einen Einfluss auf das Verständnis von Männlichkeit zu haben: Lomas et al. (2020) fanden, dass Teenagerjungen anhand einer achtsamkeitsbasierten Intervention ein positiveres Verständnis von Männlichkeit generierten und zudem emotionale Verbindung erleichtert werden konnte. Andere Studien zeigten, dass Achtsamkeit mit besserer Bewältigung, höherer Lebensqualität und mit geringerer Anpassung an männliche Normen assoziiert war. Die männliche Norm „Engagement für Erfolg“ („Success Dedication“) korrelierte jedoch positiv mit Achtsamkeit, adaptiven Bewältigungsstrategien und Lebensqualität (Ramon, Guthrie, & Rochester, 2020). Ausgehend von den oben beschriebenen Studienergebnissen, dass Konformität mit hegemonialer Männlichkeit zu gesundheitsschädigendem Verhalten wie Alkoholkonsum führt, könnte Achtsamkeit in diesem Zusammenhang ebenfalls zu einer Reduktion des Alkoholkonsums bei MSM

beitragen. Allerdings kritisieren manche Autor:innen die existierenden und vom Buddhismus entkoppelten Achtsamkeitsinterventionen für Männer: Da Achtsamkeit tendenziell als etwas Feminines betrachtet und von Männern weniger praktiziert wird als von Frauen, versuchen viele Programme, Achtsamkeit für Männer attraktiver zu gestalten, indem sie sich auf hegemoniale Männlichkeitsnormen beziehen, wie beispielsweise mittels Achtsamkeit Kontrolle und Macht zu gewinnen. Dies führt letztlich dazu, dass diese Normen weiter verstärkt werden, anstatt sie kritisch zu hinterfragen (Forbes, 2022). Zudem äußern Kritiker:innen die Befürchtung, dass durch das Praktizieren von Achtsamkeit ein Akzeptieren der Gegebenheiten gefördert wird, auch wenn diese negativ sind (Smullen, 2019). Inwiefern sich dispositionelle Achtsamkeit jedoch auf das Verständnis und Praktizieren von Männlichkeit auswirkt, ist bislang kaum beforscht.

II Empirischer Teil

5 Zielsetzung

Ziel dieser Studie war es, einen Beitrag zur aktuell bestehenden und inkohärenten Literatur bzgl. des Alkoholkonsums bei MSM zu leisten. Dazu sollten Schutz- und Risikofaktoren erforscht werden, die möglicherweise eine Erklärung liefern, wieso das Trinkverhalten bei bi- und homosexuellen Männern gemischt ausfällt. Im Spezifischen sollte der Einfluss von Achtsamkeit und Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen auf den Zusammenhang zwischen Minority Stress und Alkoholkonsum untersucht werden. Diese Fragestellung ist relevant, da verstärkter Alkoholkonsum wie auch Minority Stress schwerwiegende Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit haben können (Gruskin & Gordon, 2006; Meyer, 2003). Bislang besteht hierzu allerdings wenig Forschung.

6 Methodik

Dieses Kapitel beschreibt das Studiendesign, die Untersuchungsdurchführung, Stichprobe, verwendete Messinstrumente, Fragestellungen der Studie inklusive der aufgestellten Hypothesen sowie die verwendeten statistischen Verfahren.

6.1 Studiendesign

Bei dieser Untersuchung handelt es sich um eine querschnittliche Online-Studie, die sich aus mehreren Fragebögen zusammensetzte. Die Daten wurden von Oktober 2022 bis Januar 2023 erhoben. Die Durchführung der Fragebogenbatterie dauerte ca. zehn bis zwölf Minuten. Zunächst wurden die Teilnehmer über die Zielsetzung der Studie, die Wahrung ihrer Anonymität und über die Verwendung ihrer Daten aufgeklärt. Anschließend wurden die soziodemografischen Daten erhoben und die deutsche Version der *Mindfulness Attention and Awareness Scale* (MAAS; Brown & Ryan, 2003), des *Daily Heterosexist Experience Questionnaire* (DHEQ; Balsam et al., 2013), des *Conformity to Masculine Norms Inventory-22* (CMNI-22; Owen, 2011) und zuletzt die deutsche Version des *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT; Saunders et al., 1993) vorgegeben. Zuletzt erfolgte ein Debriefing zur Studie, und der Kontakt zur Telefonseelsorge sowie der Link zu einem Hilfschat wurden bereitgestellt. Die verwendeten Messinstrumente werden ausführlicher in Kapitel 6.4 beschrieben.

6.2 Untersuchungsdurchführung

Der Fragebogen wurde mittels SoSciSurvey (SoSci Survey GmbH, 2022) zusammengestellt und veröffentlicht. Die Teilnehmer wurden online, mittels des Schneeballsystems und der Social Media Plattformen *Facebook*, *Reddit* und *Jodel* akquiriert. Darüber hinaus wurde der

Fragebogen von der Partner:innen-, Familien- und Sexualberatungsstelle *Courage* und der *Männerberatung Wien* an potenzielle Interessenten weitergeleitet.

6.3 Stichprobenbeschreibung

Die Studie richtete sich ausschließlich an Personen, die sich als männlich sowie bi- oder homosexuell identifizierten. Aus Kapazitätsgründen wurden weitere sexuelle Identitäten, die unter den Metabegriff MSM fallen, wie beispielsweise pansexuelle Männer, ausgeschlossen. Voraussetzung für die Studienteilnahme war außerdem ein Mindestalter von 18 Jahren. Erhoben wurde im DACH-Raum. An der Studie nahmen letztlich 108 Teilnehmer teil, womit die angestrebte Stichprobengröße von 212 Teilnehmenden nicht erreicht werden konnte.

6.4 Messinstrumente

Der nachfolgende Abschnitt beschreibt die Messinstrumente, die im Rahmen der Studie zur Erfassung der soziodemografischen Daten, des Alkoholkonsums, des erlebten Minority Stress, der dispositionellen Achtsamkeit und der Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen verwendet wurden.

6.4.1 Fragebogen zur Erfassung der soziodemografischen Daten

Die soziodemografischen Daten wurden anhand eines selbst erstellten Fragebogens erhoben, der insgesamt aus fünf Fragen bestand. Alter, Nationalität und Bildungsstatus wurden mittels drei Fragen erhoben. Zwei weitere Filterfragen bzgl. des Geschlechts und der sexuellen Orientierung stellten sicher, dass ausschließlich bi- und homosexuelle Männer an der Studie teilnahmen. Wurde etwas anderes als „trans*männlich“, „cis*männlich“, „bisexuell“ oder „homosexuell“ angekreuzt, wurde die Befragung beendet.

6.4.2 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Zur Erhebung des Alkoholkonsums wurde die deutschsprachige Version des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Saunders et al., 1993) verwendet; ein Selbsteinschätzungsfragebogen bestehend aus zehn Items. Es handelt sich dabei um ein Screeningverfahren, das weltweit als Goldstandard gilt und erste Hinweise auf das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit bzw. eines schädlichen Gebrauchs in den letzten zwölf Monaten liefert. Für die Diagnostik einer Alkoholabhängigkeit ist dieses Instrument nicht geeignet (Lindenmeyer, 2021). Beispielitems sind: „Wie oft trinken Sie Alkohol?“, „Wie oft konnten Sie während der letzten zwölf Wochen Ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen, weil Sie zu viel getrunken hatten?“. Die Antwortmöglichkeiten werden auf einer 5-Point- bzw. 3-Point-Likert-Skala abgebildet und sind entsprechend unterschiedlich beschriftet, wie z.B. die Anzahl der Gläser (von „nie“ bis „10 oder mehr“) oder Häufigkeitsangaben (von „nie“ bis „jeden Tag oder fast jeden Tag“). Pro Testperson wird ein Summenscore gebildet, der Werte

zwischen 0 bis 40 annehmen kann (Saunders et al., 1993), wobei ab 8 Punkten ein Hinweis auf eine Konsumstörung bzw. schädlichen Gebrauch und ab 20 Punkten ein Hinweis auf eine Alkoholabhängigkeit vorliegt (Beiglböck, o. D.; Lindenmeyer, 2021). Die interne Konsistenz liegt bei Cronbachs $\alpha = .93$ (Saunders et al., 1993).

6.4.3 Daily Heterosexist Experience Questionnaire (DHEQ)

Zur Messung von Minority Stress wurde der DHEQ (Balsam et al., 2013) verwendet. Es ist ein Selbstberichtfragebogen mit 50 Items, der emotionalen Stress als Reaktion auf heterosexistische Ereignisse anhand von neun Subskalen (*Belästigung und Diskriminierung, Viktimisierung, Wachsamkeit, stellvertretendes Trauma, Isolation, HIV/AIDS, Ursprungsfamilie, Elternschaft und Ausdruck des Geschlechts*) in den vergangenen 12 Monaten misst. Die Antwortmöglichkeiten liegen auf einer 6-Point-Likert-Skala, von 0 („es ist nicht passiert/trifft nicht auf mich zu“; engl. „did not happen/not applicable to me“), über 1 („es ist passiert und es hat mir überhaupt nicht zu schaffen gemacht“; engl. „it happened, and it bothered me not at all“) bis 5 („es ist passiert und es hat mir extrem zu schaffen gemacht“; engl. „it happened, and it bothered me extremely“). Pro Person kann der Gesamtscore entweder als Mittelwert aus den 50 Items gebildet werden, wobei hohe Werte für hohen emotionalen Stress stehen. Demnach würde der Gesamtscore Werte zwischen 0 und 5 annehmen. Alternativ können die Items zwischen 0 („es ist nicht passiert“) und 1 („es ist passiert“) kodiert werden, sodass der Score die Anzahl der heterosexistischen Ereignisse angibt. Die Subskalen des DHEQ besitzen eine interne Konsistenz von Cronbachs $\alpha = .76$ bis $\alpha = .87$, insgesamt weist der Fragebogen ein Cronbachs $\alpha = .92$ auf. Für den Fragebogen wurde mittels Übersetzen-Rückübersetzen eine deutschsprachige Version erstellt. Aus Überlegungen bezüglich der Zumutbarkeit wurde Item 45 auf der Subskala Viktimisierung („vergewaltigt oder sexuell belästigt worden sein, weil Sie LGBT sind“; engl. „being raped or sexually assaulted because you are LGBT“) aus dem DHEQ herausgenommen. Beispielitems sind in der nachfolgenden Tabelle 2 beschrieben.

6.4.4 Conformity to Masculine Norms Inventory-22 (CMNI-22)

Zur Erfassung der Konformität mit traditionellen männlichen Normen wurde das CMNI-22 (Owen, 2011) verwendet. Dabei handelt es sich um eine Kurzversion des Originalfragebogens CMNI (Mahalik et al., 2003), der aus 94 Items besteht. Der CMNI ist ein Selbstberichtfragebogen, der Konformität mit einer Bandbreite an Männlichkeitsnormen erfasst, die in der westlichen Kultur dominieren (Hamilton & Mahalik, 2009). Für den Gesamtscore pro Person wird ein Mittelwert gebildet. Der CMNI-22 korreliert hoch mit dem Original ($r = .92$; Hamilton & Mahalik, 2009). Die Antwortmöglichkeiten des CMNI-22

liegen auf einer 4-Point-Likert-Skala, mit Ausprägungen von 0 („*stimme stark nicht zu*“, engl. „*strongly disagree*“) bis 3 („*stimme stark zu*“, engl. „*strongly agree*“). Zur Auswertung wird ein Summenscore gebildet, der Werte zwischen 0 und 66 annehmen kann, wobei hohe Werte für eine hohe Konformität mit männlichen Normen stehen. Beispielitems lauten: „*Meine Arbeit ist der wichtigste Teil meines Lebens*“ (engl. „*my work is the most important part of my life*“), „*Ich mag es über meine Gefühle zu sprechen*“ (engl. „*I tend to share my feelings*“). In der Literatur findet sich eine akzeptable interne Konsistenz mit einem Cronbachs $\alpha = .72$ für Männer (Owen, 2011). Für den Fragebogen wurde mittels Übersetzen-Rückübersetzen eine deutsche Version erstellt.

Tabelle 2. Skalenbezeichnung und Beispielitems des DHEQ

Skalenbezeichnung	Beispielitem
Wachsamkeit	Aufpassen, was Sie sagen und tun in der Gegenwart von heterosexuellen Menschen
Belästigung und Diskriminierung	Mit Beschimpfungen wie beispielsweise „Schwuchtel“ bezeichnet werden
Ausdruck des Geschlechts	Schwierigkeiten, Klamotten zu finden, in denen Sie sich wohlfühlen, wegen Ihres Geschlechtsausdrucks
Elternschaft	Schwierigkeiten, andere LGBTQIA+-Familien für sich und Ihre Kinder zu finden, mit denen Sie Kontakte pflegen können
Viktimisierung	Geschlagen, getreten oder verprügelt werden, weil Sie LGBTQIA+ sind
Ursprungsfamilie	Ihre Familie vermeidet es, über Ihre LGBTQIA+-Identität zu sprechen.
Stellvertretendes Trauma	Von Hassverbrechen hören (z.B. Vandalismus, physischer oder sexueller Angriff), die LGBTQIA+ Menschen passiert sind, die Sie nicht kennen
Isolation	Schwierigkeiten, LGBTQIA+-Freund:innen zu finden
HIV/AIDS	Andere Menschen, die davon ausgehen, dass Sie HIV-positiv sind, weil Sie LGBTQIA+ sind

6.4.5 Mindfulness Attention and Awareness Scale (MAAS)

Zur Erfassung der Achtsamkeit wurde die MAAS (Brown & Ryan, 2003) verwendet. Dabei handelt es sich um einen Selbstberichtfragebogen mit 15 Items, der Achtsamkeit als Trait

misst. Die Antwortmöglichkeiten liegen auf einer 6-Point-Likert-Skala, von 1 („*fast immer*“) bis 6 („*fast nie*“). Beispielitems lauten: „*Ich hetze durch Aktivitäten, ohne wirklich aufmerksam für sie zu sein*“, „*Es sieht so aus als würde ich >automatisch funktionieren<, ohne viel Bewusstsein für das, was ich tue*“. Pro Testperson wird ein Gesamtscore errechnet, indem ein Mittelwert aus den 15 Items gebildet wird. Demnach kann ein Score von 1 bis 6 erreicht werden, wobei hohe Werte für eine hohe dispositionelle Achtsamkeit stehen. Für die deutschsprachige Version wurde ein Cronbachs $\alpha = .83$ festgestellt (Michalak, Heidenreich, Ströhle, & Nachtigall, 2008).

6.5 Fragestellungen und Hypothesen

Diese Arbeit untersuchte, ob Minority Stress und die Konformität zu dominierenden Männlichkeitsnormen einen Einfluss auf den Alkoholkonsum bei bi- und homosexuellen Männern haben. Weiters wurde erforscht, ob dispositionelle Achtsamkeit einen reduzierenden Effekt auf den Alkoholkonsum bei bi- und homosexuellen Männern besitzt.

6.5.1 Unterschiedshypothesen zu den soziodemografischen Variablen bzgl.

Alkoholkonsum

Fragestellung 1: Bestehen Unterschiede zwischen Gruppen verschiedener soziodemografischer Faktoren hinsichtlich des Alkoholkonsums bei bi- und homosexuellen Männern?

H₀ (1): Es bestehen keine signifikanten Mittelwertsunterschiede in der Summenskala des AUDIT zwischen jeweils bi- und homosexuellen Männern, mit höherer und niedrigerer Bildung, mit jüngerem und höherem Alter und zwischen unterschiedlichen Nationalitäten.

H₁ (1a): Es bestehen signifikante Mittelwertsunterschiede in der Summenskala des AUDIT zwischen bi- und homosexuellen Männern.

H₁ (1b): Es bestehen signifikante Mittelwertsunterschiede in der Summenskala des AUDIT zwischen bi- und homosexuellen Männern jüngerer und höheren Alters.

H₁ (1c): Es bestehen signifikante Mittelwertsunterschiede in der Summenskala des AUDIT zwischen bi- und homosexuellen Männern unterschiedlicher Nationalitäten/Ethnien.

H₁ (1d): Es bestehen signifikante Mittelwertsunterschiede in der Summenskala des AUDIT zwischen bi- und homosexuellen Männern mit niedrigerer und höherer Bildung.

6.5.2 Unterschiedshypothesen zu Minority Stress und Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen bzgl. Alkoholkonsum

Fragestellung 2: Haben Minority Stress und Anpassung an hegemoniale Männlichkeitsnormen einen Einfluss auf den Alkoholkonsum bei bi- und homosexuellen

Männern und besteht eine Wechselwirkung zwischen Minority Stress und hegemonialen Männlichkeitsnormen?

H₀ (2a): Bi- und homosexuelle Männer mit einem höheren Score in der Gesamtskala des DHEQ weisen einen gleichen oder signifikant geringeren Score in der Summenskala des AUDIT auf als bi- und homosexuelle Männer mit einem geringen Score in der Gesamtskala des DHEQ.

H₁ (2a): Bi- und homosexuelle Männer mit einem höheren Score in der Gesamtskala des DHEQ weisen einen signifikant höheren Score in der Summenskala des AUDIT auf als bi- und homosexuelle Männer mit einem geringeren Score in der Gesamtskala des DHEQ.

H₀ (2b): Bi- und homosexuelle Männer mit einem höheren Score in der Summenskala des CMNI-22 weisen einen gleichen oder signifikant geringeren Score in der Summenskala des AUDIT auf als bi- und homosexuelle Männer mit einem geringeren Score in der Summenskala des CMNI-22.

H₁ (2b): Bi- und homosexuelle Männer mit einem höheren Score in der Summenskala des CMNI-22 weisen einen signifikant höheren Score in der Summenskala des AUDIT auf als bi- und homosexuelle Männer mit einem geringeren Score in der Summenskala des CMNI-22.

H₀ (2c): Es besteht keine signifikante Wechselwirkung zwischen der Gesamtskala des DHEQ und der Summenskala des CMNI-22 hinsichtlich der Summenskala des AUDIT bei bi- und homosexuellen Männern.

H₁ (2c): Es besteht eine signifikante Wechselwirkung zwischen der Gesamtskala des DHEQ und der Summenskala des CMNI-22 hinsichtlich der Summenskala des AUDIT bei bi- und homosexuellen Männern.

6.5.3 Unterschiedshypothese zu dispositioneller Achtsamkeit bzgl. Alkoholkonsum

Fragestellung 3: Berichten bi- und homosexuelle Männer, die höhere dispositionelle Achtsamkeit besitzen, von einem geringeren Alkoholkonsum?

H₀ (3): Bi- und homosexuelle Männer, die einen höheren Score in der Gesamtskala des MAAS aufweisen, berichten von einem gleichen oder signifikant höheren Score in der Summenskala des AUDIT.

H₁ (3): Bi- und homosexuelle Männer, die einen höheren Score in der Gesamtskala des MAAS aufweisen, berichten von einem signifikant geringeren Score in der Summenskala des AUDIT.

6.5.4 Hypothese zum Einfluss von Achtsamkeit auf den Zusammenhang zwischen Minority Stress und Alkoholkonsum

Fragestellung 4: Moderiert dispositionelle Achtsamkeit signifikant den Zusammenhang zwischen Minority Stress und Alkoholkonsum bei bi- und homosexuellen Männern?

H₀ (4): Die Gesamtskala des MAAS moderiert nicht signifikant den Zusammenhang zwischen der Gesamtskala des DHEQ und der Summenskala des AUDIT bei bi- und homosexuellen Männern.

H₁ (4): Die Gesamtskala des MAAS moderiert signifikant den Zusammenhang zwischen der Gesamtskala des DHEQ und der Summenskala des AUDIT bei bi- und homosexuellen Männern.

6.5.5 Hypothese zum Einfluss von Achtsamkeit auf den Zusammenhang zwischen Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen und Alkoholkonsum

Fragestellung 5: Hat dispositionelle Achtsamkeit einen signifikanten moderierenden Effekt auf den Zusammenhang zwischen Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen und Alkoholkonsum bei bi- und homosexuellen Männern?

H₀ (5): Die Gesamtskala des MAAS hat keinen signifikanten moderierenden Effekt auf den Zusammenhang zwischen der Summenskala des CMNI-22 und der Summenskala des AUDIT bei bi- und homosexuellen Männern.

H₁ (5): Die Gesamtskala des MAAS hat einen signifikanten moderierenden Effekt auf den Zusammenhang zwischen der Summenskala des CMNI-22 und der Summenskala des AUDIT bei bi- und homosexuellen Männern.

6.6 Angewandte statistische Auswertung

Im Folgenden werden die statistischen Analysen beschrieben, die im Rahmen dieser Studie angewandt wurden.

Alle Analysen wurden ausschließlich mit dem Computerprogramm IBM SPSS Statistics 29 durchgeführt. Zur Berechnung der Moderationsanalysen wurde zusätzlich das SPSS Makro PROCESS von Hayes (2018) installiert. Die korrigierten Signifikanzwerte zur Adjustierung des Alphaniveaus bei multiplen Testungen wurden mittels <https://statistikguru.de/rechner/adjustierung-des-alphaniveaus.html> errechnet. Vorab wurde das Signifikanzniveau auf $\alpha = 5\%$ festgesetzt. Damit besitzen die Ergebnisse der Hypothesenprüfung ab $p < .05$ statistische Signifikanz. Da für beide Gruppen (homosexuelle vs. bisexuelle Männer) $n > 30$ gegeben war, konnte von Normalverteilung der Daten ausgegangen werden (Bortz & Schuster, 2010; Rasch & Guiard, 2004). Um für die verwendeten Messinstrumente Cronbachs α und Trennschärfekoeffizienten zu bestimmen,

wurde eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt. Bei Cronbachs α handelt es sich um ein Maß der internen Konsistenz, das angibt, inwieweit die Items in einem Fragebogen miteinander übereinstimmen, d.h. in welchem Ausmaß sie miteinander korrelieren. Hierbei sind Reliabilitätskoeffizienten ab .70 und mehr akzeptabel (Flandorfer, 2023). Die Trennschärfe gibt hingegen Aufschluss darüber, wie gut ein Item zwischen Personen mit niedriger und hoher Merkmalsausprägung trennt (Fisseni, 2004).

Obwohl die untersuchten Variablen streng genommen ordinalskaliert sind (Field, 2017), besitzen die verwendeten Skalen einen natürlichen Nullpunkt, weswegen zur Durchführung der inferenzstatistischen Analyse eine metrische Skalierung angenommen wurde (Wu & Leung, 2017). Dies entspricht dem gängigen Konsens der Praxis (Field, 2017).

Zur Beschreibung der soziodemografischen Angaben und der Höhe der Merkmalsausprägung in den jeweiligen Konstrukten wurden Häufigkeiten inklusive der Mittelwerte und Standardabweichungen verwendet.

Um die Unterschiedshypothesen (H1a–1d, H3) zu prüfen, wurden Mittelwertsunterschiede anhand eines ungepaarten *t*-Tests analysiert. Die Einteilung in die Altersgruppen jünger und älter stützte sich auf Studienergebnisse von Peralta et al. (2019), die zeigten, dass LGB eine erhöhte Prävalenz für eine Alkoholkonsumstörung im Alter von 23-28 Jahren aufweisen. Bei homosexuellen Männern lag die höchste Prävalenzrate hierfür in der Gruppe der 18- bis 23-Jährigen. Entsprechend wurde ein Cutoff-Wert von 28 Jahren für die jüngere Altersgruppe gewählt. Hinsichtlich der Bildung wurden alle Teilnehmenden mit einem Bachelorabschluss oder höher der Gruppe mit hoher Bildung zugeordnet, während alle mit Hochschulreife oder niedrigerem Abschluss der Gruppe mit niedriger Bildung zugeteilt wurden. Die Variable Achtsamkeit wurde entlang des Medians (3.73) in zwei Gruppen mit den Ausprägungen „hoch“ und „niedrig“ unterteilt. Bei multiplen Testungen wurde eine Bonferroni-Holm-Korrektur angewendet, um eine Alphafehler-Kumulierung zu vermeiden (Hemmerich, 2020). Der Test auf Normalverteilung erfolgte anhand des Kolmogorov-Smirnov- und Shapiro-Wilk-Tests. Die Homoskedastizität wurde mittels des Levene-Tests geprüft. Ausreißer wurden grafisch über Boxplots und der Ausgabe eines Stammblasses mit den entsprechenden Extremwerten ermittelt. Im Fall von signifikanten Ergebnissen wurde außerdem die Effektstärke nach Cohens *d* angegeben. Eine Effektstärke von $|d| \geq 0.20$ entspricht einem kleinen, $|d| \geq 0.50$ einem mittleren und $|d| \geq 0.80$ einem großen Effekt (Cohen, 1988).

Zur Errechnung von Mittelwertsunterschieden zweier Faktoren sowie einer potenziellen Wechselwirkung zwischen diesen (H2) wurde eine zweifaktorielle

Varianzanalyse durchgeführt. Bei einer Wechselwirkung verstärkt ein Faktor die Wirkung des anderen und umgekehrt. Unterschiede wurden hierbei in den verschiedenen Merkmalsausprägungen von Minority Stress und Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen betrachtet. Da in der Literatur bezüglich der untersuchten unabhängigen Variablen noch keine etablierten Cutoff-Werte existieren, wurden diese anhand der errechneten Quartile in jeweils vier Gruppen unterteilt. Die Merkmalsausprägungen waren für beide Gruppen jeweils „sehr hoch“, „hoch“, „niedrig“ und „sehr niedrig“. Von der gängigeren Methode, die Variablen entlang des Medians in jeweils zwei Gruppen zu unterteilen (Field, 2017), wurde abgesehen, da mit nur zwei Ausprägungen keine Kontrasttestungen durchgeführt werden können. Die Normalverteilung in den Gruppen sowie Homoskedastizität wurden genau wie bei den gerade angeführten *t*-Test-Analysen ermittelt und Ausreißer aus der Analyse ausgeschlossen. Als Effektstärke wurde das partielle η^2 herangezogen. Da dieses allerdings dazu neigt, den Anteil an erklärter Varianz zu überschätzen (Okada, 2013), wurde zusätzlich f aus η^2 berechnet. Nach Cohen (1988) würde hier ab 0.1 ein schwacher, ab 0.25 ein mittlerer und ab 0.4 ein starker Effekt vorliegen.

Zur Überprüfung, ob Achtsamkeit einen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen Minority Stress bzw. Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen und Alkoholkonsum hat (H4, H5), wurden Moderationsanalysen durchgeführt. Eine Moderationsanalyse ermittelt, ob die Moderatorvariable einen Einfluss auf die Beziehung zwischen den zwei anderen Variablen hat. In einem solchen Fall besitzen die beiden Prädiktorvariablen einen kombinierten Effekt auf die abhängige Variable (Field, 2017). Im Vorfeld wurde die Linearität der Variablen anhand eines Streudiagramms inklusive LOESS-Glättung geprüft. Die Normalverteilung konnte aufgrund der Stichprobengröße ($N=100$) und der Durchführung von Bootstrapping (5000 Ziehungen) angenommen werden. Darüber hinaus wurden die Prädiktorvariablen zentriert. Als Effektstärke wurde der standardisierte Regressionskoeffizient $|\beta|$ interpretiert, wobei $|\beta| \geq .10$ einem schwachen, $|\beta| \geq .30$ einem mittleren und $|\beta| \geq .50$ einem starken Effekt entspricht (Cohen, 1988).

7. Ergebnisdarstellung

In diesem Abschnitt wird zunächst die Stichprobe beschrieben, gefolgt von den Ergebnissen der inferenzstatistischen Analyse zu den Kapitel 6.5 aufgeführten Hypothesen.

7.1 Stichprobenbeschreibung

In diesem Unterkapitel wird die Geschlechter- und Altersverteilung, sexuelle Orientierung, Bildungsstatus und Nationalität beschrieben. Außerdem wird auf die Höhe des

Alkoholkonsums, des erlebten Minority Stresses, der dispositionellen Achtsamkeit und auf die Stärke der Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen in der vorliegenden Stichprobe eingegangen.

7.1.1 Rücklaufstatistik

Insgesamt begannen 209 Personen mit dem Ausfüllen des Fragebogens, wovon 108 Teilnehmende (51.7%) die Fragebogenbatterie vollständig ausfüllten. Ein Grund für eine Dropout-Rate von fast 50.0% könnte zum einen der Inhalt des Fragebogens gewesen sein, insbesondere bezüglich heterosexistischer Erfahrungen, was sich auf manche Teilnehmer möglicherweise triggernd ausgewirkt und zu einem vorzeitigen Abbruch des Fragebogens geführt hat. Die Bearbeitungszeit von ca. zehn Minuten kann ein weiterer Grund hierfür gewesen sein – eventuell empfanden einige Teilnehmer den Zeitrahmen als zu lang. Darüber hinaus war der Fragebogen so programmiert, dass die Teilnehmer alle Items – abgesehen von den Filterfragen und der Einverständniserklärung zu Beginn – überspringen konnten bzw. sie nicht beantworten mussten. Möglicherweise wollten manche Teilnehmer zu bestimmten Items keine Angaben machen und ließen den Fragebogen unvollständig beantwortet.

7.1.2 Geschlecht und Alter

Insgesamt nahmen 100 cis*Männer (92.6%) und acht trans*Männer (7.4%) an der Studie teil. Da die Gruppe der trans*Männer keine Mindestgröße von $n > 30$ erreichte, um von einer Normalverteilung ausgehen zu können (Bortz & Schuster, 2010; Rasch & Guiard, 2004), mussten trans*Männer von der weiteren Analyse ausgeschlossen werden. Von den restlichen 100 cis*Männern identifizierten sich 68 (68.0%) als homosexuell und 32 (32.0%) als bisexuell. Der Altersdurchschnitt lag bei 28.48 Jahren ($SD = 7.41$). Die jüngsten Personen waren 18 Jahre alt, die älteste Person zählte 50 Jahre. Bisexuelle Männer ($M = 25.22$, $SD = 5.64$) waren im Schnitt um 4.79 Jahre jünger als homosexuelle Männer ($M = 30.01$, $SD = 7.68$).

7.1.3 Nationalität und Bildungsstatus

45 Teilnehmer (45.0%) kamen aus Österreich, 52 Teilnehmer (52.0%) waren deutscher Nationalität. 2 Teilnehmer (2.0%) kamen aus der Schweiz, und 1 Teilnehmender (1.0%) gehörte einer anderen Nationalität an. Tabelle 3 gibt einen Überblick über den Bildungsstatus der Teilnehmer.

7.1.4 Höhe des Alkoholkonsums

Insgesamt lagen 27 Teilnehmer (27.0%) unter dem Cutoff-Wert von 8, d.h. hier war kein problematischer Alkoholkonsum vorhanden. 61 Teilnehmer (61.0%) zeigten den Hinweis auf

Tabelle 3. Häufigkeiten und Anteilswerte des Bildungsstatus

Bildungsstatus	Anzahl	%
Kein Schulabschluss/ Schulabbruch	1	1.0
Pflichtschule	4	4.0
Lehrabschluss	5	5.0
Meisterprüfung	2	2.0
Berufsbildende mittlere Schule	3	3.0
Hochschulreife	40	40.0
Bachelor	23	23.0
Master oder äquivalent (Magister, Diplom)	19	19.0
PhD/Doktor	3	3.0
Gesamt	100	100.0

einen schädlichen Gebrauch und 12 Teilnehmer (12.0%) mit einem Wert von > 19 den Hinweis auf eine Alkoholabhängigkeit. Im Schnitt wiesen die Teilnehmenden einen Wert von 11.44 auf ($SD = 6.91$). In der Gruppe der bisexuellen Männer zeigten 14 Personen (43.7%) einen unauffälligen Alkoholkonsum, 16 Personen (50.0%) gaben Hinweise auf einen schädlichen Gebrauch und 2 Personen (6.3%) Hinweise auf eine Alkoholabhängigkeit. Der höchste Wert lag bei 31, der niedrigste Wert bei 0. Durchschnittlich lag der Alkoholkonsum bei einem Wert von 9.91 ($SD = 6.36$). Homosexuelle Männer wiesen durchschnittlich einen Wert von 12.16 ($SD = 7.08$) in ihrem Alkoholkonsum auf. Damit betrieben sie einen um 2.25 Punkte höheren Konsum als bisexuelle Männer. Der höchste Wert lag bei dem maximalen Ergebniswert von 40, der niedrigste Wert bei 0. 23 der homosexuellen Männer (33.8%) besaßen einen unauffälligen Alkoholkonsum, 35 (51.5%) erfüllten den Hinweis auf einen schädlichen Gebrauch und zehn (14.7%) den Hinweis auf eine Alkoholabhängigkeit.

7.1.5 Höhe des erlebten Minority Stresses

Wie bereits erwähnt, kann der Gesamtscore des DHEQ zur Erfassung des erlebten Minority Stresses Werte zwischen 0 und 5 annehmen. In der vorliegenden Stichprobe lag der durchschnittliche Minority Stress bei 1.03 ($SD = 0.57$). Der niedrigste Wert lag bei 0, der höchste bei 3. Homosexuelle Männer berichteten von höherem Minority Stress ($M = 1.13$, $SD = 0.60$) als bisexuelle Männer ($M = 0.83$, $SD = 0.45$), mit einer Differenz von 0.30 Punkten. Bei homosexuellen Männern lag der höchste angegebene Wert bei 3, während er bei bisexuellen Männern bei 2 lag. Der niedrigste Wert lag für beide Gruppen bei 0.

7.1.6 Höhe der Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen

Der Gesamtscore des CMNI-22 zur Erfassung der Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen kann Werte zwischen 0 und 66 annehmen, wobei hohe Werte eine hohe Konformität repräsentieren. Im Durchschnitt erzielte die vorliegende Stichprobe einen Wert von 25.72 ($SD = 6.49$) mit Werten zwischen 12 und 51. Homosexuelle Männer ($M = 25.50$, $SD = 6.91$) und bisexuelle Männer ($M = 26.19$, $SD = 5.58$) zeigten lediglich einen minimalen Unterschied von 0.69 Punkten in ihrer Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen. Bei homosexuellen Männern reichten die angegebenen Werte von 12 bis 51 Punkten, bei bisexuellen Männern lag der Wertebereich zwischen 16 und 38 Punkten.

7.1.7 Höhe der dispositionellen Achtsamkeit

Insgesamt konnte in der dispositionellen Achtsamkeit ein Score zwischen 1 bis 6 erzielt werden, wobei hohe Werte für hohe dispositionelle Achtsamkeit stehen. In der vorliegenden Stichprobe lag der Durchschnittswert bei 3.71 ($SD = 0.81$), mit einem minimalen Wert von 2 und einem maximalen Wert von 5. Homosexuelle Männer ($M = 3.75$, $SD = 0.83$) zeigten mit 0.12 Punkten eine minimal höhere dispositionelle Achtsamkeit als bisexuelle Männer ($M = 3.63$, $SD = 0.77$). Beide Gruppen erzielten Werte zwischen 2 und 5.

7.2 Reliabilitätsanalyse der Messinstrumente

Im Nachfolgenden werden die Ergebnisse der Reliabilitätsanalysen für die verwendeten Messinstrumente aufgeführt. Die Reliabilitätsanalyse bestimmt die Messgenauigkeit eines Tests, wobei das am meisten verwendete Maß hierfür Cronbachs α ist (Field, 2017). Es kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen, wobei üblicherweise Werte ab .70 als akzeptabel betrachtet werden, Werte ab .80 als gut und ab .90 als exzellent eingestuft werden (Flandorfer, 2023). Außerdem wird die Trennschärfe der Items angegeben. Diese gibt Aufschluss darüber, wie gut ein Item zwischen Personen mit niedriger und hoher Merkmalsausprägung diskriminiert (Fisseni, 2004). Items sollten idealerweise eine Trennschärfe von $> .50$ aufweisen (Bortz & Döring, 2006). Items ab einem Wert von $< .30$ differenzieren nicht gut genug und werden üblicherweise bei der Testkonstruktion eliminiert (Blanz, 2015; Yousfi, 2005).

7.2.1 Reliabilitätsanalyse des AUDIT

Der AUDIT erfasst erste Hinweise auf das Vorliegen eines problematischen Alkoholkonsums. Er zeigt eine gute interne Konsistenz mit Cronbachs $\alpha = .82$. Die Trennschärfe der Items reicht von .31 bis .69 und ist daher noch ausreichend zufriedenstellend bzw. zeigt ideale Werte (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4. *Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α , Maximum und Minimum der Trennschärfe für die Skala des AUDIT; N=100*

Skalenbezeichnung	Itemanzahl	Cronbachs α	Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
Problematischer Alkoholkonsum	10	.82	.31	.69

7.2.2 Reliabilitätsanalyse des DHEQ

Der DHEQ misst den subjektiven Minority Stress. Im Original umfasst der Fragebogen 50 Items. Aus Gründen der Zumutbarkeit in einem Online-Setting wurde eines der Items auf der Skala *Viktimisierung* entfernt. Der Fragebogen erzielt insgesamt eine exzellente interne Konsistenz mit einem Cronbachs α von .91. Die Trennschärfe reicht von .12 bis .62, womit die vorliegenden Items nicht ausreichend bis zufriedenstellend in den Merkmalsausprägungen diskriminieren. Die Subskalen Elternschaft und Isolation weisen eine zweifelhafte interne Konsistenz mit einem Cronbachs α von .63 bzw. .68 auf. Die Subskala Viktimisierung zeigt eine mangelhafte interne Konsistenz von Cronbachs α = .50. Tabelle 5 gibt einen Überblick über Gesamtwert und Subskalen.

7.2.3 Reliabilitätsanalyse des CMNI-22

Der CMNI-22 weist eine zweifelhafte interne Konsistenz von .68 auf. Auch die Trennschärfe der Items ist nicht ausreichend, mit einigen Items < .30 (siehe Tabelle 6).

7.2.4 Reliabilitätsanalyse des MAAS

Die Reliabilitätsanalyse ergab eine gute interne Konsistenz mit Cronbachs α = .88. Die Trennschärfe der Items sind nicht ausreichend bis zufriedenstellend (siehe Tabelle 7).

7.3 Hypothesenprüfung

Im nachfolgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zu den in Kapitel 6.5 beschriebenen Hypothesen berichtet.

7.3.1 Unterschiedshypothesen zu den soziodemografischen Variablen bzgl.

Alkoholkonsum

Zur Beantwortung der Fragestellung *Bestehen Unterschiede zwischen Gruppen verschiedener soziodemografischer Faktoren hinsichtlich des Alkoholkonsums bei bi- und homosexuellen Männern?* wurde ein ungepaarter *t*-Test durchgeführt. Hinsichtlich Alter (jünger vs. älter), sexuelle Orientierung (bi- vs. homosexuell), Bildung (hoch vs. niedrig) und Nationalität (Österreich vs. Deutschland) wurden die Mittelwerte der jeweiligen Gruppen bezüglich des

Tabelle 5. *Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α , Maximum und Minimum der Trennschärfen für die Skalen des DHEQ; N=100*

Skalenbezeichnung	Itemanzahl	Cronbachs α	Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
Gesamtwert	49	.91	.12	.62
Wachsamkeit	6	.84	.47	.73
Belästigung und Diskriminierung	6	.85	.46	.74
Ausdruck des Geschlechts	6	.77	.31	.69
Elternschaft	6	.63	.29	.44
Viktimisierung	3	.50	.31	.49
Ursprungsfamilie	6	.70	.25	.67
Stellvertretendes Trauma	6	.88	.59	.76
Isolation	4	.68	.32	.64
HIV/AIDS	6	.76	.17	.70

Tabelle 6. *Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α , Maximum und Minimum der Trennschärfen für die Skala des CMNI-22; N=100*

Skalenbezeichnung	Itemanzahl	Cronbachs α	Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
Konformität mit Männlichkeitsnormen	22	.68	.05	.62

Alkoholkonsums miteinander verglichen. Alle Voraussetzungen zur Durchführung eines *t*-Tests zeigten sich erfüllt; nur bei den letzten Gruppen (Österreich vs. Deutschland) erwiesen sich die Daten in der österreichischen Gruppe nicht normalverteilt. Da die Gruppengrößen jedoch $n > 30$ waren, womit sich die Daten einer Normalverteilung zunehmend annähern, und das *t*-Test-Verfahren robust gegenüber der Verletzung einer Normalverteilung ist, wurden

Tabelle 7. *Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α , Maximum und Minimum der Trennschärfe für die Skala des MAAS; N=100*

Skalenbezeichnung	Itemanzahl	Cronbachs α	Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
Dispositionelle Achtsamkeit	15	.88	.25	.81

keine korrigierenden Maßnahmen durchgeführt (Bortz & Schuster, 2010; Rasch & Guiard, 2004). Ausreißer wurden aus der Analyse entfernt (siehe Tabelle 8) bzw. wurden bezüglich der Nationalität nur Deutsche und Österreicher miteinander verglichen; drei Teilnehmer mit anderen Nationalitäten wurden an dieser Stelle ausgeschlossen. Da die Hypothesen zur oben angeführten Fragestellung ungerichtet formuliert sind, wurde der zweiseitige Signifikanzwert zur Hypothesenprüfung aus der Analyse entnommen. In Tabelle 8 sind Mittelwerte (M), Standardabweichung (SD), t-Werte (t), Freiheitsgrade (df), Signifikanzniveau (p), Effektstärke (d) und korrigiertes Alpha ($*\alpha$) zu den jeweiligen Gruppen angeführt. Hohe Werte stehen dabei für einen hohen Konsum. Aufgrund der Ergebnisse durfte für die Hypothesen 1a, 1b und 1d die Nullhypothese H_0 nicht verworfen werden. Das heißt, es bestanden keine Unterschiede hinsichtlich des Alkoholkonsums zwischen bi- vs. homosexuellen Männern, Jüngeren vs. Älteren und mit hoher vs. niedriger Bildung. Lediglich für die Hypothese 1c zeigte sich auch nach der Bonferroni-Holm-Korrektur ein signifikantes Ergebnis: zwischen Deutschen und Österreichern bestand in der vorliegenden Stichprobe ein signifikanter Unterschied im Alkoholkonsum, wobei die österreichische Gruppe einen höheren Konsum aufwies. Die Alternativhypothese H_1 (1c) wurde angenommen. Nach Cohens (1988) Maßstäben zeigte sich hierfür ein mittelgroßer Effekt.

7.3.2 Unterschiedshypothesen zu Minority Stress und Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen bzgl. Alkoholkonsum

Zur Beantwortung der Fragestellung *Haben Minority Stress und Anpassung an hegemoniale Männlichkeitsnormen einen Einfluss auf Alkoholkonsum bei bi- und homosexuellen Männern und besteht eine Wechselwirkung zwischen Minority Stress und hegemonialen Männlichkeitsnormen?* wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse herangezogen. Vorab wurden, wie in Kapitel 6.6 beschrieben, die Voraussetzungen für die Varianzanalyse geprüft, die sich als erfüllt zeigten. Nur die Normalverteilung erwies sich in einer Subgruppe der Variable Minority Stress als nicht gegeben sowie in einzelnen Subgruppen der Variable Konformität mit Männlichkeitsnormen im Shapiro-Wilk-Test. Da sich die Varianzanalyse

Tabelle 8. Deskriptivstatistische Kennwerte der Skala des AUDIT bzgl. sexueller Orientierung ^a, Alter ^a, Nationalität ^b und Bildung ^a, t-Wert mit Signifikanzwert, Effektstärke und korrigiertem Alpha

Demografische Variable	Gruppe	M	SD	t(df)	p	d	* α
Sexuelle Orientierung	BS	9.23	5.15	1.825 (95)	.071		.017
	HS	11.47	5.86				
Alter	älter	10.91	5.56	-0.208 (95)	.835		.050
	jünger	10.66	5.84				
Nationalität	AT	12.62	6.00	2.647 (93)	.010*	0.55	.013
	DE	9.44	5.71				
Bildung	hoch	11.26	5.82	-0.772 (95)	.442		.025
	niedrig	10.35	5.65				

Anmerkung. BS=bisexuell; HS=homosexuell; AT=Österreich; DE=Deutschland.

^aN=97. ^bN=95.

* $p < .05$, zweiseitig. * α = korrigiertes Alpha.

jedoch als robust gegenüber einer Verletzung der Normalverteilungsannahme erwiesen hat (Blanca, Alarcón, Arnau, Bono, & Bendayan, 2017), wurden keine korrigierenden Maßnahmen diesbezüglich durchgeführt. Extreme Ausreißer wurden entfernt, sodass die Analyse mit $N = 99$ Teilnehmern durchgeführt wurde. Der Interaktionsterm Minority Stress x Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen erwies sich als signifikant: $F(9, 83) = 2.194$, $p = .030$, $\eta^2_p = 19.2\%$. Da das partielle Eta² tendenziell den Anteil erklärter Varianz überschätzt (Okada, 2013), wurde zusätzlich f aus Eta² berechnet: dieses ergab einen Wert von 0.20, was nach Cohen (1988) einen kleinen bis mittleren Effekt darstellt. Damit zeigen sich keine großen Abweichungen zwischen den errechneten Effektstärken. Die Alternativhypothese H_1 (2c) wird somit angenommen, die Haupteffekte werden nicht interpretiert. (Zur grafischen Veranschaulichung der Wechselwirkung zwischen den Variablen siehe Abbildung 3).

7.3.3 Unterschiedshypothese zu dispositioneller Achtsamkeit bzgl. Alkoholkonsum

Zur Beantwortung der Fragestellung *Berichten bi- und homosexuelle Männer, die höhere dispositionelle Achtsamkeit besitzen, von einem geringeren Alkoholkonsum?* zu beantworten, wurde erneut ein ungepaarter t-Test durchgeführt. Die Voraussetzungen wurden, wie in

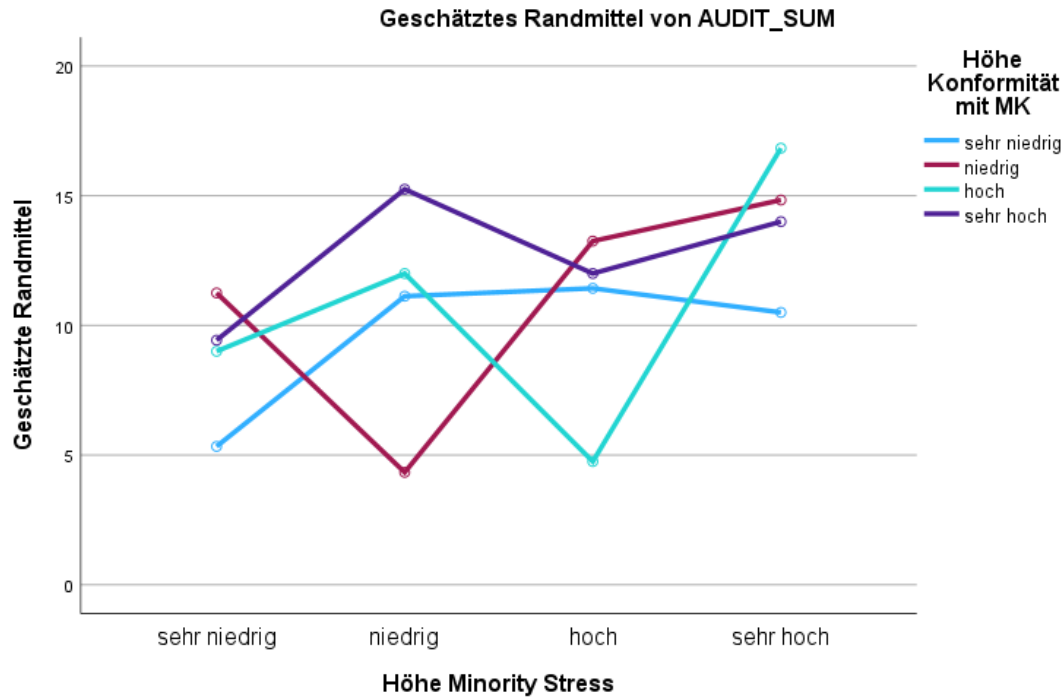


Abbildung 3. Interaktionseffekt zwischen Minority Stress und Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen hinsichtlich des Alkoholkonsums (Ausschnitt 0-20)

Abschnitt 6.6 beschrieben, geprüft und erwiesen sich als erfüllt. Es zeigten sich keine extremen Ausreißer, weswegen die Analyse mit $N=100$ Teilnehmern durchgeführt werden konnte. Da die Hypothese zur vorliegenden Fragestellung gerichtet formuliert wurde, wird hier der einseitige Signifikanzwert zur Hypothesenprüfung berichtet. Es konnte kein Unterschied zwischen Männern mit einer hohen dispositionellen Achtsamkeit ($M = 11.36$, $SD = 6.12$) und Männern mit einer niedrigen dispositionellen Achtsamkeit ($M = 11.53$, $SD = 7.76$) hinsichtlich des Alkoholkonsums festgestellt werden, mit einem Ergebnis von $t(df) = 0.125(98)$, $p = .451$. Die Nullhypothese H_0 (3) wurde beibehalten.

7.3.4 Hypothese zum Einfluss von Achtsamkeit auf den Zusammenhang zwischen Minority Stress und Alkoholkonsum

Zur Beantwortung der Fragestellung *Modertiert dispositionelle Achtsamkeit signifikant den Zusammenhang zwischen Minority Stress und Alkoholkonsum bei bi- und homosexuellen Männern?* wurde ein Moderationsmodell gerechnet. Wie in Kapitel 6.6 beschrieben, wurden im Vorfeld die Voraussetzungen zur Durchführung einer Moderationsanalyse geprüft: Sowohl Linearität als auch die Annahme einer Normalverteilung zeigten sich erfüllt bzw. konnten angenommen werden. Die Interaktion zwischen Minority Stress und Achtsamkeit erwies sich als nicht signifikant ($\Delta R^2 = 0.87\%$, $F(1, 96) = 0.637$, $p = .427$). Entsprechend wurde die

Nullhypothese H_0 (4) beibehalten, die Alternativhypothese H_1 (4) wurde verworfen. Aus diesem Grund wurden in Folge die Haupteffekte betrachtet. Den Empfehlungen von Hayes (2018) folgend, wurde der Interaktionsterm aus dem Modell entfernt, was zu einem neuen Modell mit Haupteffekten führte. Weder für Minority Stress ($B = 1.961$, $SE(B) = 1.214$, $p = .109$) noch für Achtsamkeit ($B = -1.214$, $SE(B) = .859$, $p = .161$) zeigte sich eine signifikante Beziehung hinsichtlich des Alkoholkonsums.

7.3.5 Hypothese zum Einfluss von Achtsamkeit auf den Zusammenhang zwischen Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen und Alkoholkonsum

Zur empirischen Prüfung der Fragestellung *Hat dispositionelle Achtsamkeit einen signifikanten moderierenden Effekt auf den Zusammenhang zwischen Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen und Alkoholkonsum bei b- und homosexuellen Männern?* wurde ebenfalls eine Moderationsanalyse durchgeführt. Die Voraussetzungen wurden vorab wie in Kapitel 6.6 geprüft. Die Interaktion zwischen Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen und Achtsamkeit erwies sich als nicht signifikant ($\Delta R^2 = 3.95\%$, $F(1, 96) = 1.942$, $p = .167$). Die H_0 (5) wurde beibehalten. Wie oben beschrieben, wurden aufgrund des nicht signifikanten Interaktionsterms die Haupteffekte betrachtet. Achtsamkeit erwies sich, wie in der vorigen Hypothesenprüfung bereits festgestellt, als nicht signifikant ($B = -1.217$, $SE(B) = .842$, $p = .152$), doch Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen zeigte einen signifikanten Zusammenhang mit Alkoholkonsum ($B = .231$, $SE(B) = .105$, $p = .030$). Der standardisierte Regressionskoeffizient wurde als Effektstärke herangezogen mit $|\beta| = .22$, was gemäß Cohen (1988) als schwacher bis mittlerer Effekt interpretiert wird.

8 Fazit

Im Folgenden werden die fünf untersuchten Fragestellungen diskutiert, indem die Ergebnisse zusammengefasst und mit der aktuellen Literatur abgeglichen werden. Abschließend wird auf die Limitationen dieser Studie hingewiesen und ein Ausblick auf die zukünftige Forschung gegeben.

Ziel dieser Arbeit war es, mögliche Schutz- und Risikofaktoren hinsichtlich des Alkoholkonsums bei bi- und homosexuellen Männern anhand einer Stichprobe im deutschsprachigen Raum zu untersuchen. Dabei wurden hoher Minority Stress und hohe Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen als potenzielle Risikofaktoren und hohe dispositionelle Achtsamkeit als potenzieller Schutzfaktor in die Analyse einbezogen.

8.1 Diskussion

Die erste Fragestellung bezog sich auf demografische Unterschiede hinsichtlich des Alkoholkonsums bei bi- und homosexuellen Männern. Im Schnitt konsumierten in der vorliegenden Stichprobe homosexuelle Männer deskriptiv mehr als bisexuelle Männer, jedoch erwies sich dieser Unterschied als nicht signifikant. Dies ist konträr zu einigen Ergebnissen in der Literatur, die einen höheren Alkoholkonsum bei bisexuellen Männern im Vergleich zu homosexuellen Männern fanden (Ford & Jasinski, 2006; Green & Feinstein, 2012). Entgegen der Annahme, dass bisexuelle Personen mehr konsumieren, da sie mehr Diskriminierung erfahren (Green & Feinstein, 2012; Rogers et al., 2017), berichteten in dieser Studie homosexuelle Männer deskriptiv häufiger von Minority Stress als bisexuelle Männer, wenngleich dieser Unterschied keine Signifikanz aufwies. Auch wenn sich in der vorliegenden Stichprobe keine Gruppenunterschiede zeigten, wird von Ford und Jasinski (2006) dennoch empfohlen, in der Forschung zwischen verschiedenen LGBTQIA+-Gruppen zu differenzieren.

Ebenfalls überraschend war der nicht signifikante Unterschied zwischen jüngeren und älteren Männern, da bei jüngeren Menschen und Studenten oftmals ein höherer Konsum festgestellt wird (Ford & Jasinski, 2006; Hatzenbuehler, Corbin, & Fromme, 2011). So zeigten Peralta et al. (2019), dass die Prävalenzrate der Alkoholkonsumstörungen bis zu einem Alter von 28 Jahren bei LGB-Personen erhöht war und danach abfiel.

Die Forschung weist vereinzelt darauf hin, dass Unterschiede zwischen verschiedenen Bildungsschichten hinsichtlich des konsumierten Alkohols bestehen: Menschen mit geringem sozioökonomischem Status berichten häufiger von alkoholinduzierten Problemen, wenngleich Menschen mit hohem sozioökonomischem Status häufiger trinken (Kendler et al., 2014; Stapinski et al., 2016). Die vorliegende Studie fand jedoch keinen Unterschied zwischen hoher und niedriger Bildung. Möglicherweise ist dies darauf zurückzuführen, dass Studenten, die noch keinen akademischen Grad erlangt haben, nicht erfasst wurden, und deshalb der Gruppe mit niedriger Bildung zugeordnet wurden.

Einzig signifikant hinsichtlich der soziodemografischen Variablen erwies sich ein Unterschied in den Nationalitäten hinsichtlich des Alkoholkonsums: bi- und homosexuelle Männer mit österreichischer Nationalität konsumierten signifikant mehr Alkohol als die Gruppe mit deutscher Nationalität. Dieses Ergebnis ist aufgrund der starken kulturellen Überschneidungen zwischen den beiden Ländern überraschend und wurde aus diesem Grund in der weiteren Analyse nicht berücksichtigt.

Die zweite Fragestellung setzte sich mit Minority Stress und der Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen auseinander. Es zeigte sich eine signifikante Interaktion zwischen den beiden Variablen, was darauf hinweist, dass sich diese Konstrukte gegenseitig verstärken und einen kumulierten Effekt auf Alkoholkonsum ausüben: Aus der grafischen Darstellung lässt sich der Trend ablesen, dass niedrigere Merkmalsausprägungen bzgl. Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen und Minority Stress mit niedrigerem Alkoholkonsum einhergehen, während umgekehrt hohe Merkmalsausprägungen in den beiden Konstrukten auch mit höherem Alkoholkonsum assoziiert sind. Dies ist im Einklang mit der existierenden Literatur: Hegemoniale Männlichkeitsnormen lösen aufgrund ihrer Heteronormativität Minority Stress bei MSM aus, und Minority Stress führt wiederum zu einer stärkeren Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen, um den Erfahrungen von Minority-Stressoren zu entgehen (Lu et al., 2019; Modrakovic et al., 2021). Dies zieht u.a. einen verstärkten Alkoholkonsum nach sich (Liu & Iwamoto, 2007; Mahalik, et al., 2006).

Im Weiteren wurde der Effekt von dispositioneller Achtsamkeit auf Alkoholkonsum betrachtet. Der alkoholreduzierende Effekt von achtsamkeitsbasierten Interventionen konnte bereits mehrfach belegt werden (z.B. Zgierska et al., 2017). Darüber hinaus fanden Li et al. (2019) und Shorey et al. (2015), dass geringe dispositionelle Achtsamkeit mit höherem Substanzkonsum assoziiert war. Es wird davon ausgegangen, dass Menschen mit einer hohen dispositionellen Achtsamkeit auch achtsamer handeln, was sie weniger anfällig für unkontrollierte Trinkanfälle macht (Karyadi & Cyders, 2015). Entsprechend waren die Hypothesen für diese Studie formuliert: Es wurde davon ausgegangen, dass bi- und homosexuelle Männer mit einer hohen dispositionellen Achtsamkeit einen geringeren Alkoholkonsum aufweisen als jene mit einer geringen dispositionellen Achtsamkeit. Allerdings zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen, womit die positive Wirksamkeit von dispositioneller Achtsamkeit hinsichtlich des Alkoholkonsums nicht belegt werden konnte. Dies zeigt sich in Übereinstimmung mit den Studienergebnissen von Christopher, Ramsey und Antick (2012), die wider Erwarten keinen Moderationseffekt von Achtsamkeit auf den Zusammenhang zwischen stressigen Lebensereignissen und alkoholbedingten Problemen fanden. Dispositionelle Achtsamkeit wurde bisher jedoch nicht in der Population bi- und homosexueller Männer erforscht, sondern hauptsächlich in der Allgemeinbevölkerung und im klinischen Setting – dies könnte ebenfalls eine Erklärung für dieses mit einem Teil der Literatur inkohärenten Ergebnisses sein. Außerdem existieren viele kritische Stimmen hinsichtlich des vom Buddhismus losgelösten Konzepts der Achtsamkeit,

das in den westlichen Kulturen praktiziert wird (Forbes, 2022). Besonders zu hinterfragen ist der Umstand, dass westliche Achtsamkeit von ethischen Werten weitgehend losgelöst ist und somit leicht zu einer Akzeptanz des Status quo führen kann, auch wenn sich dieser negativ abzeichnet (Forbes, 2022; Schindler, 2020). Dies könnte möglicherweise erklären, weshalb Achtsamkeit in dieser Studie keinen Effekt auf Alkoholkonsum zeigte: Möglicherweise besitzen Versuchsteilnehmer mit einer höheren dispositionellen Achtsamkeit eine größere Zufriedenheit mit dem Status quo, was jedoch oder vielleicht gerade deswegen nicht mit einem geringeren Konsum einhergeht. Abgesehen davon existiert eine Studie, die sogar einen positiven Zusammenhang zwischen dispositioneller Achtsamkeit und Binge-Drinking fand (Leigh, Bowen, & Marlatt, 2005). Es wird vermutet, dass die durch Achtsamkeit gegebene Fähigkeit, sich auf körperliche und geistige Erfahrungen einzulassen, Alkoholkonsum fördern statt diesen reduzieren könnte (Leigh & Neighbors, 2009). Vor diesem Hintergrund ist auch die vierte Fragestellung zu betrachten, die untersuchte, ob Achtsamkeit einen Einfluss auf die Beziehung zwischen Minority Stress und Alkoholkonsum aufweist. Auch hier erwies sich das Ergebnis als nicht signifikant. Dies ist konträr zu einigen Studien, die den stressreduzierenden Effekt von Achtsamkeit nachweisen konnten, sowohl im Allgemeinen (z.B. Donald & Atkins, 2016) als auch im Spezifischen auf Minority-Stressoren bezogen (Hidalgo et al., 2020; Li et al., 2019). Die Haupteffekte, d.h. der alleinige Einfluss von Achtsamkeit auf Alkoholkonsum, zeigten keine Signifikanz, ebenso wie Minority Stress als alleiniger Prädiktor des Alkoholkonsums. Es konnte also weder ein Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Minority Stress noch zwischen Alkoholkonsum und Achtsamkeit gefunden werden. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass Minority Stress vermutlich erst im Zusammenspiel mit Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen einen signifikanten Einfluss auf Alkoholkonsum ausübt. Dies ist konträr zu der gut fundierten Studienlage, die den Zusammenhang zwischen Minority Stress und Alkoholkonsum mehrfach belegen konnte (z.B. Feinstein & Newcomb, 2016). Andererseits ist dieses Ergebnis im Einklang mit Literatur, die darauf hinweist, dass Minority Stress nicht zwangsweise zu psychischen Problemen führen muss: Meyer (2003) geht davon aus, dass Minority Stress auch Resilienz und Ressourcen aufbauen kann. Außerdem wurde in der vorliegenden Stichprobe im Schnitt kein hoher subjektiver Minority Stress angegeben ($M = 1.03$, $SD = 0.57$, wobei der Gesamtscore Werte zwischen 0 und 5 annehmen kann). Eine Stichprobe mit mehr Variabilität in dieser Merkmalsausprägung würde eventuell andere Ergebnisse zeigen.

Die fünfte Fragestellung setzte sich ebenfalls mit dem Einfluss von Achtsamkeit auseinander, hier jedoch hinsichtlich der Beziehung zwischen der Konformität mit

hegemonialen Männlichkeitsnormen und Alkoholkonsum. Auch in diesem Zusammenhang zeigte sich kein signifikanter Einfluss von Achtsamkeit. Angesichts der Tatsache, dass dispositionelle Achtsamkeit in Bezug auf Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen bisher kaum beforscht ist, kann dieses Ergebnis nur schwer mit der existierenden Literatur verglichen werden. Betrachtet man jedoch die Interventionen, die Achtsamkeit als Zustand (*State*) anstreben, ist dieses Ergebnis inkohärent mit den Ergebnissen von Lomas et al. (2020), die fanden, dass Achtsamkeit einen positiven Einfluss auf das Verständnis von Männlichkeit bei Teenagern hatte. Andererseits scheint das Ergebnis der hier beschriebenen Studie nicht überraschend, wenn man die Kritikpunkte an Interventionen zur Etablierung einer achtsamen Männlichkeit betrachtet: Nach Forbes (2022) führen diese achtsamkeitsbasierten Interventionen eher zur Weiterförderung von hegemonialen Männlichkeitsnormen und der Akzeptanz des Status quo, statt zu veränderten Männlichkeitsnormen, die ein gesundheitsförderndes Verhalten miteinschließen.

Als alleinige Variable zeigte Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen jedoch einen signifikanten linearen Zusammenhang mit Alkoholkonsum. Dies ist konsistent mit Studienergebnissen von Hamilton und Mahalik (2009), die Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen als signifikanten Prädiktor von Substanzkonsum und riskantem Sexualverhalten identifizierten. Dieses Ergebnis stützt außerdem die Vermutungen von Courtenay (2000), dass Männer, die eine stärkere Anpassung an hegemoniale Männlichkeitsnormen anstreben und die aufgrund ihres Status als sexuelle Minderheit weniger Ressourcen dafür zur Verfügung haben, in Folge auf Substanzkonsum zurückgreifen. Andersherum zeigen in der vorliegenden Studie bi- und homosexuelle Männer mit einer geringeren Anpassung an hegemoniale Männlichkeitsnormen auch einen geringeren Alkoholkonsum. Damit übereinstimmend geht Courtenay (2000) davon aus, dass insbesondere marginalisierte Männer ein anderes Verständnis von Männlichkeit entwickeln, das mit gesundheitsförderndem Verhalten einhergeht. Dies stützt außerdem die Vermutungen einiger Autor:innen, die davon ausgehen, dass sich MSM, die einen geringeren Alkoholkonsum als heterosexuelle Männer berichten, weniger an geschlechterstereotype Männlichkeitsnormen angepasst sind, wie beispielsweise Alkoholkonsum (Green & Feinstein, 2012).

8.2 Kritik und Ausblick

Neben den angeführten Ergebnissen ist es jedoch wichtig, die Einschränkungen und Nachteile dieser Studie zu beleuchten. Ein wichtiger Kritikpunkt betrifft das Studiendesign, das anhand von Selbstberichtsfragebogen konzipiert wurde. Selbstberichtsverfahren sind anfälliger für

Verzerrungen als objektive Verfahren, z.B. aufgrund von sozialer Erwünschtheit. Darüber hinaus führt eine online-Erhebung häufig zu einer selektiven Stichprobe, womit sie weniger repräsentativ ist und ein Rückschluss der Ergebnisse auf die Population kritisch zu betrachten ist. Die vorliegende Stichprobe zeigte beispielsweise ein Ungleichgewicht hinsichtlich der sexuellen Orientierung: Lediglich 32 bisexuelle Männer nahmen im Vergleich zu 68 homosexuellen Männern an der Studie teil. Außerdem sind überwiegend junge Männer in der Stichprobe vertreten und nur vereinzelt Männer über 30 Jahre. Dies könnte ebenfalls zu Verzerrungen führen und möglicherweise eine Erklärung für den nicht signifikanten Unterschied zwischen den Altersgruppen liefern, obgleich die Gruppengröße zwischen Jüngeren vs. Älteren in etwa gleich ausfiel. Wie weiter oben angerissen, differenzierte die Frage nach dem Bildungsstatus nicht zwischen Männern mit Hochschulreife und jenen, die studierten, aber noch keinen akademischen Grad erreicht hatten. In Zukunft sollte hier ein Item hinzugefügt werden, das diesen Unterschied erfasst. Abgesehen davon schränkt die überwiegend hohe Bildung der Stichprobe dessen Repräsentativität ein. Zukünftige Forschungen sollten deshalb darauf achten, repräsentativere Stichproben zu rekrutieren. Außerdem ist nicht überprüfbar, ob die Teilnehmenden tatsächlich den Einschlusskriterien der Studie entsprachen, und es herrschten auch keine standardisierten Bedingungen, unter denen die Fragebögen ausgefüllt wurden. Dies fügt möglicherweise einige konfundierende Variablen hinzu, die nicht erfasst und kontrolliert werden konnten. Von daher ist ein Vergleich der Teilnehmenden mit Vorsicht zu betrachten. Weitere Untersuchungen sollten deshalb nach Möglichkeit einen standardisierten Rahmen anstreben, in dem die Studie durchgeführt wird.

Eine zentrale Einschränkung der Studie stellt die geringe interne Konsistenz des CMNI-22 dar, der die Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen erfasst. Mit einem Cronbachs α von .68 weist dieser Fragebogen eine zweifelhafte Reliabilität auf. Aus diesem Grund sind alle Ergebnisse hinsichtlich dieser Variable mit äußerster Vorsicht zu interpretieren. Zukünftige Studien sollten an dieser Stelle besser den CMNI-30 verwenden (Levant et al., 2020).

Bezüglich der statistischen Analysen ist die metrische Skalierung der Konstrukte Achtsamkeit, Minority Stress, Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen und Alkoholkonsum kritisch zu hinterfragen: Alle Konstrukte wurden mittels einer Likert-Skala erfasst und sind damit streng genommen ordinalskaliert (Field, 2017). Zwar ist dies ein in der Praxis gängiges Verfahren, da sich die Ergebnisse von ordinalen und Intervallskalen meist nur minimal unterscheiden, jedoch empfehlen Wu und Leung (2017), erst ab einer 11-Point-

Likert-Skala die Variablen metrisch zu skalieren, da sich die Daten mit einer steigenden Anzahl an Points zunehmend einer solchen Skalierung annähern. In dieser Studie weisen die verwendeten Skalen jedoch nur drei bis maximal sechs Points auf. Dies schränkt die Interpretationsfähigkeit der Daten ein. Außerdem ist die Unterteilung der Variable Achtsamkeit entlang des Medians in die Gruppen hohe vs. niedrige Achtsamkeit ebenfalls mit Problemen verbunden: Auf diese Weise werden Teilnehmer, die nahe des Medians liegen, in zwei unterschiedliche Gruppen eingeteilt, obwohl sie sich in Wahrheit nur minimal voneinander unterscheiden (Field, 2017). Dies ist zwar ein häufig verwendetes Hilfsmittel, doch es kann zu einer Verfälschung der Ergebnisse führen. Darüber hinaus können aufgrund des querschnittlichen Studiendesigns keine kausalen Schlüsse aus den Ergebnissen gezogen werden. Möglicherweise wäre der Effekt einer achtsamkeitsbasierten Intervention im Rahmen einer longitudinalen Studie aufschlussreicher gewesen, als Achtsamkeit als Eigenschaft (*Trait*) zu messen. Darüber hinaus erklärt der kumulierte Effekt von Minority Stress und Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen lediglich 19.2% der Varianz im Alkoholkonsum, was zeigt, dass noch andere Faktoren einen entscheidenden Einfluss auf den Alkoholkonsum bei bi- und homosexuellen Männern haben. Zukünftige Forschungen sollten hierzu noch weitere Konstrukte mitberücksichtigen, wie beispielsweise verschiedene Bewältigungsstrategien oder Regulationsfähigkeiten der Emotionen.

Wenngleich die Ergebnisse dieser Studie mit Vorsicht zu interpretieren sind, lassen sich dennoch Implikationen daraus ableiten. Der gefundene Zusammenhang zwischen Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen und Alkoholkonsum könnte in der psychologischen Praxis ein wichtiger Anhaltspunkt sein: So wäre im therapeutischen Setting die Erarbeitung eines neuen Verständnisses sowie einer Neudefinition von Männlichkeit ein sinnvolles Ziel für MSM mit Alkoholproblemen.

Zwar sind Implikationen für das Individuum wichtig und sinnvoll, jedoch sollte die Verantwortung für ein gesundheitsförderndes Verhalten nicht allein auf die Betroffenen abgewälzt werden, sondern auch die Veränderung der sozialen Strukturen ins Auge gefasst werden: Den Ergebnissen dieser Studie folgend stellt die soziale bzw. gesellschaftliche Abwertung bestimmter Männlichkeitsformen eine zentrale Ursache hinsichtlich des hohen Alkoholkonsums bei MSM dar und steht in Wechselwirkung mit dem Erleben von Minority Stress. Aus diesem Grund wäre eine Implikation auf gesellschaftlicher Ebene die Umstrukturierung von sozialen Normen und den vorherrschenden Männlichkeitsnormen in der westlichen Kultur, sodass diverse Männlichkeitsformen nebeneinander bestehen können und keiner hierarchischen Struktur mehr unterliegen. Dies könnte Minority Stress bei

betroffenen MSM erheblich reduzieren und nicht nur zu gesundheitsförderndem Verhalten, sondern auch zu einer verbesserten Lebensqualität beitragen.

Literaturverzeichnis

- Adams, C., Cano, M. Á., Heppner, W. L., Stewart, D. W., Correa-Fernández, V., Vidrine, J. I., . . . Wetter, D. W. (2013). Testing a moderated mediation model of mindfulness, psychosocial stress, and alcohol use among African American smokers. *Mindfulness*, 6(2), 315–325. doi:10.1007/s12671-013-0263-1
- Adinoff, B., Iranmanesh, A., Veldhuis, J. D., & Fisher, L. J. (1998). Disturbances of the stress response: The role of the HPA axis during alcohol withdrawal and abstinence. *Alcohol Health and Research World*, 22(1), 67–72.
- American Psychiatric Association (APA). (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5*. (P. Falkai, Hrsg.). Göttingen: Hogrefe.
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective*. United Kingdom: Institute of Alcohol Studies. Abgerufen am 08.02.2023 von <https://op.europa.eu/de/publication-detail/-/publication/2b9e86e6-9372-4ca5-8db5-eeb014211942/language-en>
- Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N., Lochbühler, K., & Kraus, L. (2019). The use of alcohol, tobacco, illegal drugs and medicines. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(35–36), 577–584. doi:10.3238/arztebl.2019.0577
- Bachmayer, S., Strizek, J., & Uhl, A. (2021). *Handbuch Alkohol – Österreich Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2021*. (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Hrsg.). Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45. doi:10.1177/1073191105283504
- Baliunas, D., Rehm, J., Irving, H., & Shuper, P. A. (2010). Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: A meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 55(3), 159–166. doi:10.1007/s00038-009-0095-x
- Balsam, K. F., Beadnell, B., & Molina, Y. (2013). The Daily Heterosexist Experiences Questionnaire. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 46(1), 3–25. doi:10.1177/0748175612449743
- Bartone, P. T., Johnsen, B. H., Eid, J., Hystad, S. W., & Laberg, J. C. (2016). Hardiness, avoidance coping, and alcohol consumption in war veterans: A moderated-mediation study. *Stress and Health*, 33(5), 498–507. doi:10.1002/smi.2734

- Becker, H. S. (2017). Influence of stress associated with chronic alcohol exposure on drinking. *Neuropharmacology*, 122, 115–126. doi:10.1016/j.neuropharm.2017.04.028
- Beiglböck, W. (Hrsg.). (o. D.). *Problematischer Alkoholkonsum*. Wien: Anton-Proksch-Institut.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., . . . Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. doi:10.1093/clipsy.bph077
- Blackwell, C. W. (2012). Reducing alcohol abuse in gay men: Clinical recommendations from conflicting research. *Journal of Social Service Research*, 38(1), 29–36. doi:10.1080/01488376.2011.583836
- Blanca, M. J., Alarcón, R., Arnau, J., Bono, R., & Bendayan, R. (2017). Non-normal data: Is ANOVA still a valid option? *Psicothema*, 29(4), 552–557. doi:10.7334/psicothema2016.383
- Blanz, M. (2015). *Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit: Grundlagen und Anwendungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bloomfield, K., Kraus, L., & Soyka, M. (2008). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen* (Heft 40). (Robert Koch Institut, Hrsg.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Abgerufen am 04.03.2023 von https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/alkoholkonsum.pdf?__blob=publicationFile
- Bodenlos, J. S., Noonan, M., & Wells, S. Y. (2013). Mindfulness and alcohol problems in college students: The mediating effects of stress. *Journal of American College Health*, 61(6), 371–378. doi:10.1080/07448481.2013.805714
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822
- Centers for Disease Control and Prevention (2016). *Substance use*. Abgerufen am 25.01.2023 von <https://www.cdc.gov/msmhealth/substance-abuse.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Binge Drinking*. Abgerufen am 26.01.2023 von <https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/binge-drinking.htm>

- Charoensukmongkol, P. (2013). The contributions of mindfulness meditation on burnout, coping strategy, and job satisfaction: Evidence from Thailand. *Journal of Management & Organization*, 19(5), 544–558. doi:10.1017/jmo.2014.8
- Christopher, M. S., Ramsey, M. A., & Antick, J. R. (2012). The role of dispositional mindfulness in mitigating the impact of stress and impulsivity on alcohol-related problems. *Addiction Research & Theory*, 21(5), 429–434. doi:10.3109/16066359.2012.737873
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hoboken: Taylor and Francis.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. M., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87–127. doi:10.1037/0033-2909.127.1.87
- Connell, R. W. (1992). A very straight gay: Masculinity, homosexual experience, and the dynamics of gender. *American Sociological Review*, 57(6), 735–751. doi:10.2307/2096120
- Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M., & Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 990–1005. doi:10.1037/0022-3514.69.5.990
- Corbin, W. R., Farmer, N. M., & Nolen-Hoekesma, S. (2013). Relations among stress, coping strategies, coping motives, alcohol consumption and related problems: A mediated moderation model. *Addictive Behaviors*, 38(4), 1912–1919. doi:10.1016/j.addbeh.2012.12.005
- Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A., & La Vecchia, C. (2004). A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine*, 38(5), 613–619. doi:10.1016/j.ypmed.2003.11.027
- Courtenay, W. (2000). Behavioral factors associated with disease, injury, and death among men: Evidence and implications for prevention. *Journal of Men's Studies*, 9(1), 81–142. doi:10.3149/jms.0901.81
- Cramer, R. J., McNiel, D. E., Holley, S. R., Shumway, M., & Boccellari, A. (2012). Mental health in violent crime victims: Does sexual orientation matter? *Law and Human Behavior*, 36(2), 87–95. doi:10.1037/h0093954

- Dawson, D. A., Grant, B. F., & Ruan, W. J. (2005). The association between stress and drinking: Modifying effects of gender and vulnerability. *Alcohol and Alcoholism*, 40(5), 453–460. doi:10.1093/alcalc/agh176
- Dawson, D. V., Goldstein, R. B., & Grant, B. F. (2012). Factors associated with first utilization of different types of care for alcohol problems. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(4), 647–656. doi:10.15288/jsad.2012.73.647
- Desrosiers, A., Vine, V., Klemanski, D. H., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: Common and distinct mechanisms of action. *Depression and Anxiety*, 30(7), 654–661. doi:10.1002/da.22124
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT). (2020). S3 Leitlinie. Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen (AWMF-Register Nr. 076-001). AWMF online. Abgerufen am 08.01.2023 von https://register.awmf.org/assets/guidelines/076-001l_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen_2021-02.pdf
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2015). *Binge-Drinking und Alkoholvergiftungen*. Abgerufen am 08.01.2023 von https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/FS_Binge_drinking.pdf
- Díaz, R., Ayala, G., Bein, E., Henne, J., & Marin, B. V. (2001). The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual Latino men: Findings from 3 US cities. *American Journal of Public Health*, 91(6), 927–932. doi:10.2105/ajph.91.6.927
- Donald, J. N., & Atkins, P. W. B. (2016). Mindfulness and coping with stress: Do levels of perceived stress matter? *Mindfulness*, 7(6), 1423–1436. doi:10.1007/s12671-016-0584-y
- Dybek, I., Bischof, G., Grothues, J., Reinhardt, S., Meyer, C., Hapke, U., . . . Rumpf, H. J. (2006). The reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a German general practice population sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(3), 473–481. doi:10.15288/jsa.2006.67.473
- Eisenberg, M. E., & Resnick, M. A. (2006). Suicidality among gay, lesbian and bisexual youth: The role of protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 39(5), 662–668. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.04.024
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *EU LGBT survey. European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey. Main results*. Abgerufen am

- 30.04.2023 von https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-eu-lgbt-survey-main-results_tk3113640enc_1.pdf
- Evans-Polce, R. J., Veliz, P. T., Boyd, C. J., Hughes, T. L., & McCabe, S. E. (2020). Associations between sexual orientation discrimination and substance use disorders: Differences by age in US adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 101–110. doi:10.1007/s00127-019-01694-x
- Feinstein, B. A., & Newcomb, M. E. (2016). The role of substance use motives in the associations between minority stressors and substance use problems among young men who have sex with men. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(3), 357–366. doi:10.1037/sgd0000185
- Field, A. (2017). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). London: Sage Publications.
- Fisseni, H.-J. (2004). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Flandorfer, P. (2023). *Cronbachs Alpha berechnen und interpretieren*. Abgerufen am 23.02.2023 von <https://www.scribbr.de/statistik/cronbachs-alpha/>
- Flood, J., McLaughlin, C. K., & Prentice, G. (2013). Minority stress, homonegativity, alcohol use and mental health among college gay males. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 17(4), 367–386. doi:10.1080/19359705.2013.800006
- Forbes, D. (2022). Neoliberal hegemonic masculinity and McM mindfulness: The need for Buddhist values and principles in mindful masculinity programs. *Religions*, 13(6): 544. doi:10.3390/rel13060544
- Ford, J. J., & Jasinski, J. L. (2006). Sexual orientation and substance use among college students. *Addictive Behaviors*, 31(4), 404–413. doi:10.1016/j.addbeh.2005.05.019
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2009). Internalized homophobia and relationship quality among lesbians, gay men, and bisexuals. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 97–109. doi:10.1037/a0012844
- Garland, E. L. (2011). Trait mindfulness predicts attentional and autonomic regulation of alcohol cue-reactivity. *Journal of Psychophysiology*, 25(4), 180–189. doi:10.1027/0269-8803/a000060
- Gasbarri, A., Pompili, A., Packard, M. G., & Tomaz, C. (2014). Habit learning and memory in mammals: Behavioral and neural characteristics. *Neurobiology of Learning and Memory*, 114, 198–208. doi:10.1016/j.nlm.2014.06.010

- Goldbach, J. T., Tanner-Smith, E. E., Bagwell, M., & Dunlap, S. (2014). Minority stress and substance use in sexual minority adolescents: A meta-analysis. *Prevention Science*, 15(3), 350–363. doi:10.1007/s11121-013-0393-7
- Gonzales, G., Przedworski, J. M., & Henning-Smith, C. (2016). Comparison of health and health risk factors between lesbian, gay, and bisexual adults and heterosexual adults in the United States. *JAMA Internal Medicine*, 176(9), 1344–1351. doi:10.1001/jamainternmed.2016.3432
- Green, K. E., & Feinstein, B. A. (2012). Substance use in lesbian, gay, and bisexual populations: An update on empirical research and implications for treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 265–278. doi:10.1037/a0025424
- Gruskin, E. P., & Gordon, N. (2006). Gay/lesbian sexual orientation increases risk for cigarette smoking and heavy drinking among members of a large Northern California health plan. *BMC Public Health*, 6: 241. doi:10.1186/1471-2458-6-241
- Guy, A. A., Zelaya, D. G., Surace, A., Mastroleo, N. R., Pantalone, D. W., Monti, P. M., . . . Kahler, C. W. (2022). Discrimination and alcohol problems among heavy drinking HIV-positive men who have sex with men: The buffering effect of a brief motivational intervention to reduce alcohol use. *Drug and Alcohol Dependence*, 233: 109384. doi:10.1016/j.drugalcdep.2022.109384
- Hamilton, C. W., & Mahalik, J. R. (2009). Minority stress, masculinity, and social norms predicting gay men's health risk behaviors. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 132–141. doi:10.1037/a0014440
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707–730. doi:10.1037/a0016441
- Hatzenbuehler, M. L., Corbin, W. R., & Fromme, K. (2008). Trajectories and determinants of alcohol use among LGB young adults and their heterosexual peers: Results from a prospective study. *Developmental Psychology*, 44(1), 81–90. doi:10.1037/0012-1649.44.1.81
- Hatzenbuehler, M. L., Corbin, W. R., & Fromme, K. (2011). Discrimination and alcohol-related problems among college students: A prospective examination of mediating effects. *Drug and Alcohol Dependence*, 115(3), 213–220. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.11.002
- Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Emotion regulation and internalizing symptoms in a longitudinal study of sexual minority and

- heterosexual adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(12), 1270–1278. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01924.x
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression based approach* (2nd ed.). New York: Guilford Publications.
- Hemmerich, W. A. (2020). *Bonferroni-Holm-Korrektur*. Abgerufen am 27.02.2023 von <https://statistikguru.de/lexikon/bonferroni-holm-korrektur.html>
- Hidalgo, M. A., Layland, E. K., Kubicek, K., & Kipke, M. D. (2020). Sexual racism, psychological symptoms, and mindfulness among ethnically/racially diverse young men who have sex with men: A moderation analysis. *Mindfulness*, 11(2), 452–461. doi:10.1007/s12671-019-01278-5
- Huebner, D. M., Rebchook, G. M., & Kegeles, S. M. (2004). Experiences of harassment, discrimination, and physical violence among young gay and bisexual men. *American Journal of Public Health*, 94(7), 1200–1203. doi:10.2105/ajph.94.7.1200
- Hughes, T. L., & Eliason, M. (2002). Substance use and abuse in lesbian, gay, bisexual and transgender populations. *Journal of Primary Prevention*, 22(3), 263–298. doi:10.1023/a:1013669705086
- Jasinski, J. L., & Ford, J. J. (2007). Sexual orientation and alcohol use among college students: The influence of drinking motives and social norms. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 51(4), 63–82.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. doi:10.1093/clipsy.bpg016
- Kalb, N., Gillis, J. R., & Goldstein, A. L. (2018). Drinking to cope with sexual minority stressors: Understanding alcohol use and consequences among LGBQ emerging adults. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 22(4), 310–326. doi:10.1080/19359705.2018.1476277
- Karyadi, K. A., & Cyders, M. A. (2015). Elucidating the association between trait mindfulness and alcohol use behaviors among college students. *Mindfulness*, 6, 1242–1249. doi:10.1007/s12671-015-0386-7
- Katz-Wise, S. L., Sarda, V., Austin, S. B., & Harris, S. K. (2021). Longitudinal effects of gender minority stressors on substance use and related risk and protective factors among gender minority adolescents. *PLOS ONE*, 16(6): e0250500. doi:10.1371/journal.pone.0250500

- Kendler, K. S., Gardner, C. O., Hickman, M., Heron, J., Macleod, J., Lewis, G., & Dick, D. M. (2014). Socioeconomic status and alcohol-related behaviors in mid- to late adolescence in the Avon longitudinal study of parents and children. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(4), 541–545. doi:10.15288/jsad.2014.75.541
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kiefer, F., Batra, A., Bischof, G., Funke, W., Lindenmeyer, J., Mueller, S., . . . Hoffmann, S. (2021). S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. *Sucht*, 67(2), 77–103. doi:10.1024/0939-5911/a000704
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8: 70. doi:10.1186/1471-244x-8-70
- Kuntsche, E., Knibbe, R. A., Gmel, G., & Engels, R. C. M. E. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 841–861. doi:10.1016/j.cpr.2005.06.002
- Kuper, L. E., Coleman, B. R., & Mustanski, B. (2013). Coping with LGBT and racial-ethnic-related stressors: A mixed-methods study of LGBT youth of color. *Journal of Research on Adolescence*, 24(4), 703–719. doi:10.1111/jora.12079
- Lannert, B. K. (2015). Traumatogenic processes and pathways to mental health outcomes for sexual minorities exposed to bias crime information. *Trauma, Violence & Abuse*, 16(3), 291–298. doi:10.1177/1524838014526067
- Lee, J., Weiss, A., Ford, C. G., Conyers, D., & Shook, N. J. (in press). The indirect effect of trait mindfulness on life satisfaction through self-esteem and perceived stress. *Current Psychology*. doi:10.1007/s12144-021-02586-7
- Leigh, J., Bowen, S., & Marlatt, G. A. (2005). Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive Behaviors*, 30(7), 1335–1341. doi:10.1016/j.addbeh.2005.01.010
- Leigh, J., & Neighbors, C. (2009). Enhancement motives mediate the positive association between mind/body awareness and college student drinking. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(5), 650–669. doi:10.1521/jscp.2009.28.5.650
- Levant, R. F., McDermott, R. C., Parent, M. C., Alshabani, N., Mahalik, J. R., & Hammer, J. H. (2020). Development and evaluation of a new short form of the Conformity to

- Masculine Norms Inventory (CMNI-30). *Journal of Counseling Psychology*, 67(5), 622–636. doi:10.1037/cou0000414
- Li, M. Y., DiStefano, A. S., Thing, J., Black, D. S., Simpson, K. A., Unger, J. B., . . . Bluthenthal, R. N. (2019). Seeking refuge in the present moment: A qualitatively refined model of dispositional mindfulness, minority stress, and psychosocial health among Latino/a sexual minorities and their families. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(4), 408–419. doi:10.1037/sgd0000338
- Lindenmeyer, J. (2016b). *Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Lindenmeyer, J. (2021). Alkoholabhängigkeit. *Psychotherapeut*, 66(4), 353–368. doi:10.1007/s00278-021-00518-1
- Liu, W. M., & Iwamoto, D. K. (2007). Conformity to masculine norms, Asian values, coping strategies, peer group influences and substance use among Asian American men. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(1), 25–39. doi:10.1037/1524-9220.8.1.25
- Livingston, N. A. (2017). Avenues for future minority stress and substance use research among sexual and gender minority populations. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 11(1), 52–62. doi:10.1080/15538605.2017.1273164
- Lomas, T., Garraway, E., Stanton, C. M., & Ivtzan, I. (2020). Masculinity in the midst of mindfulness: Exploring the gendered experiences of at-risk adolescent boys. *Men and Masculinities*, 23(1), 127–149. doi:10.1177/1097184x18756709
- Lu, A., LeBlanc, A. J., & Frost, D. M. (2019). Masculinity and minority stress among men in same-sex relationships. *Society and Mental Health*, 9(2), 259–275. doi:10.1177/2156869318773425
- Mahalik, J. R., Burns, S. M., & Syzdek, M. (2007). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medicine*, 64(11), 2201–2209. doi:10.1016/j.socscimed.2007.02.035
- Mahalik, J. R., Lagan, H. D., & Morrison, J. A. (2006). Health behaviors and masculinity in Kenyan and U.S. male college students. *Psychology of Men & Masculinity*, 7(4), 191–202. doi:10.1037/1524-9220.7.4.191
- Mahalik, J. R., Locke, B. D., Ludlow, L. H., Diemer, M. A., Scott, R. P. J., Gottfried, M., & Freitas, G. (2003). Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men & Masculinity*, 4(1), 3–25. doi:10.1037/1524-9220.4.1.3
- Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56(1), 393–421. doi:10.1146/annurev.psych.56.091103.070137

- Mann, A., Naugle, A. E., & Lieberman, E. (2022). Experiential avoidance and emotion dysregulation as mediators in the LGBTQ minority stress model. *Archives of Sexual Behavior*, 51(7), 3443–3456. doi:10.1007/s10508-022-02376-7
- McCabe, S. E., Hughes, T. L., Bostwick, W., & Boyd, C. J. (2005). Assessment of difference in dimensions of sexual orientation: Implications for substance use research in a college-age population. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(5), 620–629. doi:10.15288/jsa.2005.66.620
- McKirnan, D. J., & Peterson, P. L. (1988). Stress, expectancies, and vulnerability to substance abuse: A test of a model among homosexual men. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(4), 461–466. doi:10.1037/0021-843x.97.4.461
- McQuaid, J. R., Brown, S. A., Aarons, G. A., Smith, T. J., Patterson, T. L., & Schuckit, M. A. (2000). Correlates of life stress in an alcohol treatment sample. *Addictive Behaviors*, 25(1), 131–137. doi:10.1016/s0306-4603(98)00124-5
- Mereish, E. H., & Miranda, R. (2020). A preliminary experimental study of minority stress, startle reactivity, and alcohol use among heavy drinking sexual minority young adults. *Substance Use & Misuse*, 56(1), 162–168. doi:10.1080/10826084.2020.1846197
- Metzger, I. W., Blevins, C. E., Calhoun, C. D., Ritchwood, T. D., Gilmore, A. K., Stewart, R. W., & Bountress, K. E. (2017). An examination of the impact of maladaptive coping on the association between stressor type and alcohol use in college. *Journal of American College Health*, 65(8), 534–541. doi:10.1080/07448481.2017.1351445
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674
- Michalak, J., Heidenreich, T., Ströhle, G., & Nachtigall, C. (2008). Die deutsche Version der Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS). Psychometrische Befunde zu einem Achtsamkeitsfragebogen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37(3), 200–208. doi:10.1026/1616-3443.37.3.200
- Miller, M. L., Finkel, J. P., Marcus, B. N., Burgin, E. E., Prosek, E. A., Crace, R. K., & Bravo, A. J. (2021). Efficacy of a university offered mindfulness training on perceived stress. *Journal of Counseling and Development*, 100(3), 278–283. doi:10.1002/jcad.12421
- Modrakovic, D., Way, N., Forssell, S. L., & Calabrese, S. K. (2021). Moderating effects of minority stress on the association between adherence to norms of masculinity and

- psychological well-being in a diverse sample of gay male emerging adults. *Psychology of Men and Masculinity*, 22(2), 412–421. doi:10.1037/men0000339
- Morone, N. E., Lynch, C. P., Losasso, V. J., Liebe, K. T., & Greco, C. M. (2012). Mindfulness to reduce psychosocial stress. *Mindfulness*, 3(1), 22–29. doi:10.1007/s12671-011-0076-z
- Morgensen, S. L. (2009). Arrival at home: Radical Faerie configurations of sexuality and place. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 15(1), 67–69. doi:10.1215/10642684-2008-019
- Newcomb, M. E., Heinz, A. J., & Mustanski, B. (2012). Examining risk and protective factors for alcohol use in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: A longitudinal multilevel analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(5), 783–793. doi:10.15288/jsad.2012.73.783
- Okada, K. (2013). Is omega squared less biased? A comparison of three major effect size indices in one-way ANOVA. *Behaviormetrika*, 40(2), 129–147. doi:10.2333/bhmk.40.129
- Otis, M. D. (2007). Perceptions of victimization risk and fear of crime among lesbians and gay men. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(2), 198–217. doi:10.1177/0886260506295346
- Owen, J. (2011). Assessing the factor structures of the 55- and 22-item versions of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *American Journal of Men's Health*, 5(2), 118–128. doi:10.1177/1557988310363817
- Paul, J. P., Barrett, D. C., Crosby, G. M., & Stall, R. (1996). Longitudinal changes in alcohol and drug use among men seen at a gay-specific substance abuse treatment agency. *Journal of Studies on Alcohol*, 57(5), 475–485. doi:10.15288/jsa.1996.57.475
- Peng, J. L., Patel, M. P., McGee, B., Liang, T., Chandler, K., Tayarachakul, S., . . . Liangpunsakul, S. (2017). Management of alcohol misuse in patients with liver diseases. *Journal of Investigative Medicine*, 65(3), 673–680. doi:10.1136/jim-2016-000254
- Peralta, R. L., Victory, E., & Thompson, C. C. (2019). Alcohol use disorder in sexual minority adults: Age- and sex-specific prevalence estimates from a national survey, 2015-2017. *Drug and Alcohol Dependence*, 205: 107673. doi:10.1016/j.drugalcdep.2019.107673
- Pilkington, N. W., & D'Augelli, A. R. (1995). Victimization of lesbian, gay, and bisexual youth in community settings. *Journal of Community Psychology*, 23(1), 34–56.

- Plöderl, M., & Fartacek, R. (2005). Suicidality and associated risk factors among lesbian, gay, and bisexual compared to heterosexual Austrian adults. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 35(6), 661–670. doi:10.1521/suli.2005.35.6.661
- Prakash, R. S., Hussain, M. A., & Schirda, B. (2015). The role of emotion regulation and cognitive control in the association between mindfulness disposition and stress. *Psychology and Aging*, 30(1), 160–171. doi:10.1037/a0038544
- Purcell, D. W., Johnson, C. N., Lansky, A., Prejean, J., Stein, R., Denning, P. D., . . . Crepaz, N. (2012). Estimating the population size of men who have sex with men in the United States to obtain HIV and syphilis rates. *Open Aids Journal*, 6(1), 98–107. doi:10.2174/1874613601206010098
- Quaglia, J. T., Braun, S., Freeman, S. M., McDaniel, M. A., & Brown, K. W. (2016). Meta-analytic evidence for effects of mindfulness training on dimensions of self-reported dispositional mindfulness. *Psychological Assessment*, 28(7), 803–818. doi:10.1037/pas0000268
- Ramon, A. E., Guthrie, L., & Rochester, N. K. (2020). Role of masculinity in relationships between mindfulness, self-compassion, and well-being in military veterans. *Psychology of Men & Masculinities*, 21(3), 357–368. doi:10.1037/men0000240
- Rasch, D., & Guiard, V. (2004). The robustness of parametric statistical methods. *Psychology Science*, 46, 175–208.
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 373(9682), 2223–2233. doi:10.1016/s0140-6736(09)60746-7
- Rehm, J., Probst, C., Shield, K. D., & Shuper, P. A. (2017). Does alcohol use have a causal effect on HIV incidence and disease progression? A review of the literature and a modeling strategy for quantifying the effect. *Population Health Metrics*, 15: 4. doi:10.1186/s12963-017-0121-9
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2003). Addiction. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 25–53. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145237
- Rogers, A. H., Seager, I., Haines, N., Hahn, H., Aldao, A., & Ahn, W. (2017). The indirect effect of emotion regulation on minority stress and problematic substance use in lesbian, gay, and bisexual individuals. *Frontiers in Psychology*, 8: 1881. doi:10.3389/fpsyg.2017.01881

- Russell, S. J., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health, 91*(8), 1276–1281. doi:10.2105/ajph.91.8.1276
- Sandfort, T. G. M., Bakker, F., Schellevis, F. G., & Vanwesenbeeck, I. (2009). Coping styles as mediator of sexual orientation-related health differences. *Archives of Sexual Behavior, 38*(2), 253–263. doi:10.1007/s10508-007-9233-9
- Sarkar, D., Jung, M. K., & Wang, H. J. (2015). Alcohol and the immune system. *Alcohol Research: Current Reviews, 37*(2), 153–155.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., 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. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x
- Savage, J. E., & Dick, D. M. (2023). Internalizing and externalizing subtypes of alcohol misuse and their relation to drinking motives. *Addictive Behaviors, 136*: 107461. doi:10.1016/j.addbeh.2022.107461
- Schindler, S. (2020). Ein achtsamer Blick auf den Achtsamkeits-Hype. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching, 27*(1), 111–124. doi:10.1007/s11613-020-00641-z
- SoSci Survey GmbH. (2022). SoSci Survey (Version 3.1.06) [Computer Software]. Abgerufen von <https://sosci.univie.ac.at/>
- Segrin, C., & Cooper, R. A. (2021). The association between social adversity and alcohol consumption is moderated by social support. *International Journal of Stress Management, 28*(4), 283–294. doi:10.1037/str0000233
- Shield, K. D., Parry, C. D. H., & Rehm, J. (2014). Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Research: Current Reviews, 35*(2), 155–171.
- Shorey, R. C., Brasfield, H., Anderson, S. L., & Stuart, G. L. (2015). The relation between trait mindfulness and early maladaptive schemas in men seeking substance use treatment. *Mindfulness, 6*(2), 348–355. doi:10.1007/s12671-013-0268-9
- Sinha, R., Fox, H. C., Hong, K., Bergquist, K., Bhagwagar, Z., & Siedlarz, K. M. (2009). Enhanced negative emotion and alcohol craving, and altered physiological responses following stress and cue exposure in alcohol dependent individuals. *Neuropsychopharmacology, 34*(5), 1198–1208. doi:10.1038/npp.2008.78
- Smallen, D. L. (2019). Mindful masculinity: Positive psychology, McM mindfulness and gender. *Feminist Review, 122*(1), 134–150. doi:10.1177/0141778919849638

- Stall, R., & Wiley, J. (1988). A comparison of alcohol and drug use patterns of homosexual and heterosexual men: The San Francisco men's health study. *Drug and Alcohol Dependence*, 22(1–2), 63–73. doi:10.1016/0376-8716(88)90038-5
- Stapinski, L., Edwards, A. C., Hickman, M., Araya, R., Teesson, M., Newton, N. C., . . . Heron, J. (2016). Drinking to cope: A latent class analysis of coping motives for alcohol use in a large cohort of adolescents. *Prevention Science*, 17(5), 584–594. doi:10.1007/s11121-016-0652-5
- Stephens, M. A. P., & Wand, G. S. (2012). Stress and the HPA axis: Role of glucocorticoids in alcohol dependence. *Alcohol Research*, 34(4), 468–483.
- Stolle, M., Sack, P., & Thomasius, R. (2009). Binge drinking in childhood and adolescence. *Deutsches Ärzteblatt International*, 106(19), 323–328. doi:10.3238/arztebl.2009.0323
- Stolzenburg, S., Tessmer, C., Melchior, H., Schäfer, I., & Schomerus, G. (2017). Selbststigmatisierung und soziale Integration bei Alkoholabhängigkeit. *Sucht*, 63(5), 269–275. doi:10.1024/0939-5911/a000503
- Sullaway, M. (2004). Psychological perspectives on hate crime laws. *Psychology, Public Policy and Law*, 10(3), 250–292. doi:10.1037/1076-8971.10.3.250
- Szeto, E. H., Schoenmakers, T. M., van de Mheen, D., Snelleman, M., & Waters, A. J. (2019). Associations between dispositional mindfulness, craving, and drinking in alcohol-dependent patients: An ecological momentary assessment study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 33(5), 431–441. doi:10.1037/adb0000473
- Tomlinson, E., Yousaf, O., Vittersø, A. D., & Jones, L. (2017). Dispositional mindfulness and psychological health: A systematic review. *Mindfulness*, 9(1), 23–43. doi:10.1007/s12671-017-0762-6
- Toomey, R. B., & Anhalt, K. (2016). Mindfulness as a coping strategy for bias-based school victimization among Latina/o sexual minority youth. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(4), 432–441. doi:10.1037/sgd0000192
- Villarreal, L., Charak, R., Schmitz, R. M., Hsieh, C., & Ford, J. D. (2021). The relationship between sexual orientation outness, heterosexism, emotion dysregulation, and alcohol use among lesbian, gay, and bisexual emerging adults. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 25(1), 94–115. doi:10.1080/19359705.2020.1809588
- Von Hammerstein, C., Khazaa, Y., Dupuis, M., Aubin, H., Benyamina, A., Luquiens, A., & Romo, L. (2019). Feasibility, acceptability and preliminary outcomes of a mindfulness-based relapse prevention program in a naturalistic setting among

- treatment-seeking patients with alcohol use disorder: a prospective observational study. *BMJ Open*, 9(5): e026839. doi:10.1136/bmjopen-2018-026839
- Vujanovic, A. A., Bonn-Miller, M. O., Bernstein, A., McKee, L. G., & Zvolensky, M. J. (2010). Incremental validity of mindfulness skills in relation to emotional dysregulation among a young adult community sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(3), 203–213. doi:10.1080/16506070903441630
- Wen, X., An, Y., Zhou, Y., Du, J., & Xu, W. (2021). Mindfulness, posttraumatic stress symptoms, and posttraumatic growth in aid workers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(3), 159–165. doi:10.1097/nmd.0000000000001275
- Wichstrøm, L., & Hegna, K. (2003). Sexual orientation and suicide attempt: A longitudinal study of the general Norwegian adolescent population. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 144–151. doi:10.1037/0021-843X.112.1.144
- Witkiewitz, K., Stein, E. R., Votaw, V. R., Wilson, A., Roos, C. R., Gallegos, S. J., . . . Claus, E. D. (2019). Mindfulness-based relapse prevention and transcranial direct current stimulation to reduce heavy drinking: A double-blind sham-controlled randomized trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(6), 1296–1307. doi:10.1111/acer.14053
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. Abgerufen am 02.05.2023 von <https://www.who.int/publications/i/item/global-status-report-on-alcohol-and-health-2014>
- World Health Organization. (2019). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (10. Revision, Version 2019). Abgerufen am 02.05.2023 von <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2019/>
- World Health Organization. (2022). *Alcohol*. Abgerufen am 10.01.2023 von <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Wu, H., & Leung, S. O. (2017). Can Likert scales be treated as interval scales? A simulation study. *Journal of Social Service Research*, 43(4), 527–532. doi:10.1080/01488376.2017.1329775
- Yousfi, S. (2005). Mythen und Paradoxien der klassischen Testtheorie (II). *Diagnostica*, 51(2), 55–66. doi:10.1026/0012-1924.51.2.55
- Zgierska, A., Shapiro, J. A., Burzinski, C. A., Lerner, F., & Goodman-Strenski, V. (2017). Maintaining treatment fidelity of mindfulness-based relapse prevention intervention

for alcohol dependence: A randomized controlled trial experience. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2017: 9716586. doi:10.1155/2017/9716586

Ziyadeh, N. J., Prokop, L. A., Fisher, L., Rosario, M., Field, A. E., Camargo, C. A., & Austin, S. B. (2007). Sexual orientation, gender, and alcohol use in a cohort study of U.S. adolescent girls and boys. *Drug and Alcohol Dependence*, 87(2–3), 119–130. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.08.004

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1a.	<i>Mögliche Vielfalt von Problembereichen bei einer Alkoholabhängigkeit (Lindenmeyer, 2016b, zitiert nach Lindenmeyer, 2021, S. 355).....</i>	18
Tabelle 1b.	<i>Mögliche Vielfalt von Problembereichen bei einer Alkoholabhängigkeit (Lindenmeyer, 2016b, zitiert nach Lindenmeyer, 2021, S. 355).....</i>	18
Tabelle 2.	<i>Skalenbezeichnung und Beispielitems des DHEQ.....</i>	35
Tabelle 3.	<i>Häufigkeiten und Anteilswerte des Bildungsstatus.....</i>	43
Tabelle 4.	<i>Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α, Maximum und Minimum der Trennschärfen für die Skala des AUDIT; N=100.....</i>	45
Tabelle 5.	<i>Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α, Maximum und Minimum der Trennschärfen für die Skalen des DHEQ; N=100.....</i>	45
Tabelle 6.	<i>Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α, Maximum und Minimum der Trennschärfen für die Skala des CMNI-22; N=100.....</i>	46
Tabelle 7.	<i>Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α, Maximum und Minimum der Trennschärfen für die Skala des MAAS; N=100.....</i>	47
Tabelle 8.	<i>Deskriptivstatistische Kennwerte der Skala des AUDIT bzgl. sexueller Orientierung ^a, Alter ^a, Nationalität ^b und Bildung ^a, t-Wert mit Signifikanzwert, Effektstärke und korrigiertem Alpha.....</i>	48

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.	Stress beeinflusst die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit (Becker, 2017).....	14
Abbildung 2.	Psychologisches Mediationsmodell (Hatzenbuehler, 2009).....	22
Abbildung 3.	Interaktionseffekt zwischen Minority Stress und Konformität mit hegemonialen Männlichkeitsnormen hinsichtlich des Alkoholkonsums.....	49

Abkürzungsverzeichnis

LGBTQIA+	lesbisch, schwul, bisexuell, transsexuell, queer/fragend, intersexuell, asexuell
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
WHO	World Health Organisation
DG-SUCHT	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
FRA	European Union Agency for Fundamental Rights