



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Die Auswirkungen von Coping, Unsicherheitsintoleranz und
Stress auf die Alkoholgefährdung“

verfasst von / submitted by

Nadine Sagasser, 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

Inhaltsverzeichnis

Abstract (Deutsch).....	5
Abstract (Englisch).....	6
Theoretischer Teil.....	7
1 Einleitung.....	8
2 Theoretischer Hintergrund	10
2.1 Alkoholgefährdung.....	10
2.1.1 Definition	10
2.1.2 Ursachen.....	11
2.2 Stress.....	13
2.2.1 Definition und Erklärungsmodelle	13
2.2.2 Stress und Alkoholgefährdung	14
2.2.3 Geschlechtsunterschiede	17
2.3 Coping	18
2.3.1 Definitionen.....	18
2.3.2 Modelle und Forschungsstand.....	20
2.4 Unsicherheitsintoleranz	22
2.4.1 Definition	22
2.4.2 Unsicherheitsintoleranz und Alkohol	22
2.4.3 Unsicherheitsintoleranz und Stress	23
2.4.4 Unsicherheitsintoleranz und Coping	24
Empirischer Teil	26
3 Zielsetzung.....	27
4 Methodik.....	27
4.1 Stichprobe.....	27
4.2 Studiendesign und Untersuchungsdurchführung.....	28
4.3 Messinstrumente.....	28
4.3.1 Soziodemografische Daten.....	28

4.3.2	AUDIT	28
4.3.3	PSQ-20	29
4.3.4	CISS	30
4.3.5	UI-18	30
4.4	Fragestellungen und Hypothesen.....	31
4.4.1	Unterschiedshypothesen zu Auswirkungen der Unsicherheitsintoleranz.....	31
4.4.2	Moderationshypothese zur Auswirkung von Geschlecht auf den Zusammenhang von Stress und Alkoholgefährdung	32
4.4.3	Unterschiedshypothesen zu Auswirkungen der Coping-Strategien	32
4.4.4	Mediationshypothesen zu Auswirkungen von Coping-Strategien auf den Zusammenhang von Unsicherheitsintoleranz und Alkoholgefährdung	33
4.5	Angewandte statistische Auswertung	34
5	Ergebnisse	36
5.1	Deskriptive Daten	36
5.2	Reliabilitätsanalysen.....	37
5.3	Hypothesenprüfungen.....	38
5.3.1	Unterschiedshypothesen zu Auswirkungen der Unsicherheitsintoleranz.....	38
5.3.2	Moderationshypothese zur Auswirkung von Geschlecht auf den Zusammenhang von Stress und Alkoholgefährdung	42
5.3.3	Unterschiedshypothesen zu Auswirkungen der Coping-Strategien	43
5.3.4	Mediationshypothesen zu Auswirkungen von Coping-Strategien auf den Zusammenhang von Unsicherheitsintoleranz und Alkoholgefährdung	45
6	Fazit.....	47
7	Diskussion.....	47
8	Limitationen.....	51
9	Ausblick	52
	Literatur	53
	Tabellenverzeichnis	62
	Abbildungsverzeichnis	62

Abkürzungsverzeichnis	63
-----------------------------	----

Abstract (Deutsch)

Hintergrund. Problematischer Alkoholkonsum verursacht eine Reihe von schwerwiegenden körperlichen, psychischen und sozialen Problemen. Dennoch fällt vielen Menschen ein Verzicht schwer. Wichtige Faktoren, die problematischen Konsum erklären können, sind Stress, Coping und Unsicherheitsintoleranz. Diese können miteinander in Beziehung gesetzt werden und so möglicherweise die Alkoholgefährdung vorhersagen. *Methodik.* Um diese Zusammenhänge untersuchen zu können, wurde einer geschichteten Quotenstichprobe ($N = 320$) eine Fragenbogenbatterie vorgelegt. Diese enthielt soziodemografische Fragen, das Coping-Inventar zum Umgang mit Stress-Situationen (CISS), das Perceived Stress Questionnaire (PSQ-20), die Unsicherheitsintoleranz-Skala (UI-18) und den Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-GM-AT). Es wurden ANOVAs, t -Tests, Moderations- und Mediationsanalysen durchgeführt. *Ergebnisse.* Personen mit hoher Unsicherheitsintoleranz zeigten im Vergleich zu Personen mit weniger Unsicherheitsintoleranz eine geringere Alkoholgefährdung. Mit steigender Unsicherheitsintoleranz wurde Stress stärker wahrgenommen. Das Geschlecht konnte Alkoholgefährdung vorhersagen. Es zeigte sich kein Unterschied in der Alkoholgefährdung bei Personen, die adaptiv, maladaptiv oder vermeidungsorientiert mit Stress umgegangen sind. Das emotionsorientierte Coping wirkte als Suppressor auf den Zusammenhang von Unsicherheitsintoleranz und Alkoholgefährdung. *Schlussfolgerungen.* Es zeigte sich, dass eine stark ausgeprägte Unsicherheitsintoleranz in der Allgemeinbevölkerung nicht als Vulnerabilitätsfaktor für riskanten Alkoholkonsum zu bewerten ist. Sie scheint jedoch starke Auswirkungen auf das Stresserleben von Menschen zu besitzen. In zukünftiger Forschung sollte eine differenziertere Zuteilung von adaptivem und maladaptivem Coping überlegt werden und deren Auswirkung auf die Alkoholgefährdung genauer untersucht werden.

Schlüsselbegriffe. Unsicherheitsintoleranz, Stress, Coping, Alkoholgefährdung

Abstract (English)

Background. Problematic alcohol consumption causes a range of serious physical, psychological and social ailments. Nevertheless, it remains an integral part of most people's lives. Some important factors that can explain problematic consumption are stress, coping and intolerance of uncertainty. These variables can be related to each other and potentially predict alcohol risk. *Methodology.* In order to investigate these relationships, a stratified quota sample ($N = 320$) was administered a questionnaire battery. It included sociodemographic questions, the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS), the Perceived Stress Questionnaire (PSQ-20), the Intolerance of Uncertainty Scale (UI-18) and the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-GM-AT). ANOVAs, *t*-tests, moderation analyses and mediation analyses were conducted. *Results.* Individuals with high intolerance of uncertainty exhibited lower alcohol risk compared to those with lower intolerance of uncertainty. Increasing levels of intolerance of uncertainty were associated with higher perceived stress in the groups. Gender could predict alcohol risk. There was no difference in alcohol risk among individuals who coped adaptively, maladaptively, or avoidance-oriented with stress. Emotion-focused coping acted as a suppressor in the relationship between intolerance of uncertainty and alcohol risk. *Conclusions.* A high level of intolerance of uncertainty in the general population did not appear to be a vulnerability factor for risky alcohol consumption. However, it seemed to have significant effects on people's experience of stress. Future research should distinguish in higher quality between adaptive and maladaptive coping and further investigate their impact on alcohol risk.

Keywords. Intolerance of uncertainty, stress, coping, alcohol risk

Theoretischer Teil

1 Einleitung

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2022) verursacht Alkohol weltweit jedes Jahr drei Millionen Todesfälle und ist damit für 5.3 % aller Tode verantwortlich. Alkoholüberkonsum führt jedoch schon vorher zu massiven Problemen. Alkoholabhängigkeit und problematisches Trinkverhalten können die Entwicklung von diversen körperlichen Krankheiten beschleunigen und bedingen zum Beispiel alkoholische Gastritis, alkoholische Kardiomyopathie, Leberzirrhose, kardiovaskuläre Erkrankungen und verschiedene Krebsarten (Kraus, Piontek, Pabst, & Bühringer, 2011). Darüber hinaus zeigen sich auch massive Schwierigkeiten im sozialen Bereich. So kann es bedingt durch Alkoholkonsum zu einem Nachlassen der Leistungsfähigkeit im Beruf kommen, zu Fehlzeiten und Unfällen, zu Streitigkeiten in der Familie und im Freundeskreis oder zu einem Verlust der Fahrerlaubnis (Mundle et al., 2003). Zusätzlich zeigt sich eine hohe Komorbidität mit affektiven Störungen und Angststörungen bei Alkoholkrankheiten (Mundle et al., 2003). Es kann beispielsweise bei 50% der alkoholabhängigen Patient*innen eine substanzinduzierte depressive Störung und bei zwei Dritteln der alkoholabhängigen Frauen eine Angst- und Panikstörung diagnostiziert werden. Ebenso können Alkoholhalluzinosen oder chronische Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, wie das Korsakow-Syndrom, bei sehr schwerem Alkoholmissbrauch auftreten (Mundle et al., 2003).

Diese drastischen körperlichen, psychischen und sozialen Folgen werfen die Frage auf, wie es dazu kommt, dass Menschen immer wieder zu Alkohol greifen und auf diese Weise ihre Gesundheit und infolgedessen auch ihr Leben aufs Spiel setzen. Es wurden einige Theorien und Modelle aufgestellt, die versuchen, die Gründe für Alkoholkonsum zu erklären. Eine der wichtigsten Variablen ist dabei das wahrgenommene Stresslevel der Personen (Wittgens, Muehlhan, Kräplin, Wolff, & Trautmann, 2022). Alkohol hat eine nachgewiesene stress- und angstlösende Wirkung. Wenn Menschen lernen, dass sie aufgrund dieser Wirkung eine Stressbewältigung erreichen, werden sie zukünftig mehr und häufiger Alkohol konsumieren (Conger, 1956). Ausgehend von diesen Befunden wurden verstärkt unterschiedliche Stressbewältigungsstrategien in Zusammenhang mit Alkohol untersucht und überprüft, ob es hier, je nach Strategien der Menschen, zu Veränderungen im Konsum kommt (Hasking, Lyvers, & Carlopio, 2011; Johnson & Pandina, 1993). Ein neuer Faktor, der in Verbindung mit Alkohol zu berücksichtigen ist, ist die Unsicherheitsintoleranz. Ein Konstrukt, beziehungsweise ein kognitiver Bias, der beschreibt, wie unsichere Situationen wahrgenommen werden und wie mit diesen Unsicherheiten umgegangen wird (Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998). Da

Unsicherheitsintoleranz sehr eng mit Angststörungen verzahnt ist und diese wiederum eine starke Komorbidität mit Alkoholkonsumstörungen aufweisen, liegt die Vermutung nahe, dass unsicherheitsintolerante Menschen einen problematischen Alkoholkonsum zeigen (Morris, Stewart, & Ham, 2005).

Ob und inwiefern diese Konstrukte miteinander zusammenhängen und die Alkoholgefährdung einer Person vorhersagen, wird in der vorliegenden Arbeit untersucht. Das Ziel ist es herauszufinden, welches Bedingungsgefüge problematischen Alkoholkonsum in der Allgemeinbevölkerung erklären kann. Dabei wird der Fokus insbesondere auf vermeidungsorientiertes Coping gelegt, da die Forschungslage zu diesem Bereich noch lückenhaft ist.

Im ersten Kapitel werden der aktuelle Forschungsstand und verschiedene Modelle zu den einzelnen Konstrukten und deren Zusammenhängen beschrieben. Es wird zunächst allgemein auf Begrifflichkeiten und Theorien zur Alkoholgefährdung eingegangen und anschließend Stress, Coping und die Unsicherheitsintoleranz thematisiert. Aufbauend auf dem theoretischen Hintergrund wird eine Zielsetzung formuliert, die das Forschungsziel der vorliegenden Arbeit darlegt und einleitend für den empirischen Teil der Arbeit steht. Das anschließende Kapitel umfasst die gesamte Methodik der Arbeit, von Stichprobe und Studiendesign bis hin zur Beschreibung der eingesetzten Messinstrumente, der Fragestellungen und der angewendeten statistischen Verfahren. Es folgen die Darstellung der statistischen Auswertung und die Diskussion der Ergebnisse, inklusive der Limitationen der Arbeit und ein abschließender Ausblick auf die weitere Forschung.

2 Theoretischer Hintergrund

Den ersten Teil der Arbeit bilden der theoretische Hintergrund und der aktuelle Forschungsstand zu Alkoholgefährdung, Stress, Coping und Unsicherheitsintoleranz. Darüber hinaus werden die Zusammenhänge dieser Konstrukte erläutert.

2.1 Alkoholgefährdung

In diesem Kapitel wird zunächst der Begriff „Alkoholgefährdung“ und die damit in Verbindung stehenden Ausdrücke definiert. Danach wird auf die Ursachen von harmlosem und schädlichem Alkoholkonsum eingegangen.

2.1.1 Definition

Es gibt viele verschiedene Begrifflichkeiten, die Menschen mit schädlichem Alkoholkonsum beschreiben. Eine Abgrenzung der unterschiedlichen Bezeichnungen voneinander ist wichtig, denn sie zeigen ein anderes Ausmaß an Schwere und Gefährlichkeit des Konsums auf. Von dieser Überlegung ausgehend wird nachfolgend definiert, was „riskanten Alkoholkonsum“, „schädlichen Alkoholkonsum“ beziehungsweise „Alkoholmissbrauch“ und „Alkoholabhängigkeit“ kennzeichnet.

Riskanter Alkoholkonsum wird über verschiedene Grenzen von täglichen Konsummengen definiert (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2020). Gemäß der AWMF-S3-Leitlinien ist der Konsum von 24 Gramm reinen Alkohols täglich für Männer und von 12 Gramm reinen Alkohols für Frauen an einem Tag als riskant einzustufen (DGPPN, 2020). Mundle und Kolleg*innen (2003) definieren erst einen Alkoholkonsum ab 40 Gramm reinen Alkohols pro Tag bei Männern und 20 Gramm bei Frauen als risikoreich. Personen, die diese Grenze, vor allem über einen längeren Zeitraum, überschreiten, erhöhen ihr Risiko, eine alkoholbedingte physische oder psychische Beeinträchtigung zu entwickeln. Vor allem das Risiko einer Lebererkrankung steigt immens (Mundle et al., 2003).

Die Gefährdungsgrenze, ab der Alkoholkonsum als gesundheitsgefährdend oder schädlich eingestuft wird, liegt bei einem Konsum von 60 Gramm reinen Alkohols pro Tag bei Männern und bei 40 Gramm reinen Alkohols pro Tag bei Frauen (Bachmayer, Strizek, & Uhl, 2021). Personen, die diesen Richtwert überschreiten, werden als Personen mit problematischem

oder schädlichem Alkoholkonsum bezeichnet. Allein in Österreich konsumieren 15% der erwachsenen Menschen Alkohol in einem nach dieser Definition gesundheitsschädigenden Ausmaß (Bachmayer et al., 2021). Das schädliche Verhalten muss, um als Alkoholmissbrauch definiert zu werden, für mindestens einen Monat oder mehrmals innerhalb von 12 Monaten aufgetreten sein (Mundle et al., 2003). Ebenso müssen eine gesundheitliche Schädigung oder Verhaltensauffälligkeiten wie beispielsweise Leberfunktionsstörungen, depressive Symptome, Blackouts oder Schlafstörungen vorliegen. Mit Hilfe von Labormarkern oder psychologischen Screeningverfahren kann der Alkoholmissbrauch beziehungsweise das schädliche Verhalten zuverlässig diagnostiziert werden (Mundle et al., 2003). Dieses Konsummuster entspricht der Diagnose F10.1 schädlicher Alkoholgebrauch der ICD-10 (DGPPN, 2020).

Eine Alkoholabhängigkeit (F10.2) liegt nach ICD-10 vor, wenn drei der folgenden Kriterien innerhalb des letzten Jahres gemeinsam aufgetreten sind (DGPPN, 2020; Mundle et al., 2003):

1. ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren
2. Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren
3. Ein körperliches Entzugssyndrom, wenn der Alkoholkonsum reduziert oder abgesetzt wird
4. Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen von Alkohol
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums
6. Andauernder Alkoholkonsum trotz nachgewiesener gesundheitsschädigender Folgen

In Österreich sind nach Angaben des Anton-Proksch-Instituts (o.D.) geschätzte 340,000 Menschen an einer Alkoholabhängigkeit erkrankt.

Im Zuge dieser Arbeit wird Alkoholgefährdung mit einem riskanten Alkoholkonsum gleichgesetzt.

2.1.2 Ursachen

Motivationstheorien zufolge entsteht Alkoholkonsum, wenn Personen den Anreiz zu trinken höher als den Anreiz zu alternativem Verhalten einstufen (Bresin & Mekawi, 2021). Die Entscheidung darüber kann je nach Persönlichkeitsmerkmalen und vergangenen Erfahrungen variieren. Grundsätzlich werden zur Berechnung der Entscheidung nach Bresin und Mekawi

(2021) jedoch zwei unterschiedliche Dimensionen betrachtet: Die Richtung der Motivation (Annäherung oder Vermeidung) und die Quelle der Motivation (intrinsisch oder extrinsisch). Auf Grundlage des dadurch entstehenden Schemas können vier Trinkmotive ermittelt werden: Verstärkungsmotiv, Bewältigungsmotiv (Coping), soziales Motiv und Konformitätsmotiv. Das Verstärkungsmotiv bezeichnet die intrinsische Motivation, sich anzunähern, während beim Bewältigungsmotiv aus einer inneren Motivation heraus versucht wird, etwas zu vermeiden. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um einen Stressor. Das soziale Motiv herrscht bei einer extrinsischen Motivation sich anzunähern vor, wohingegen das Konformitätsmotiv aus der externen Motivation zu vermeiden entsteht (Bresin & Mekawi, 2021).

Die einzelnen Motive bedingen bestimmte „Trinkmuster“, die unterschiedlich stark mit problematischem Trinkverhalten assoziiert sind (Cooper, 1994). Die intrinsischen Motive sind die stärksten Prädiktoren für problematisches Trinken. Zusätzlich hat das Verstärkungsmotiv die größte Vorhersagekraft für Alkoholkonsum im Allgemeinen (Bresin & Mekawi, 2021).

Abbey, Smith und Scott (1993) brachten die Ursachen zu trinken mit situativen Faktoren in Zusammenhang. Über ein standardisiertes Telefoninterview kamen sie zu dem Ergebnis, dass in Situationen, in denen Stress wahrgenommen wird, Personen mit Bewältigungsmotiv den höchsten Konsum zeigten. Personen mit sozialen Motiven tranken mehr Alkohol, wenn ihr Umfeld beziehungsweise ihre Freund*innen bei Treffen häufig konsumierten. Somit zeigt sich insgesamt der problematischste Konsum, wenn persönliche Motive mit den individuellen Lebensumständen übereinstimmen (Abbey et al., 1993).

Aufbauend auf diesen Befunden stellt sich die Frage, ob ein Unterschied existiert, abhängig davon, mit welchen Methoden Menschen Stress bewältigen und ob sich die verschiedenen Coping-Strategien in ihrer Stärke als Prädiktor für riskanten oder problematischen Alkoholkonsum unterscheiden.

Darüber hinaus spielen auch Faktoren wie Genetik, Umwelteinflüsse, Persönlichkeitseigenschaften wie Impulsivität, Neurotizismus und Extraversion eine Rolle in der Entwicklung von Alkoholkonsumstörungen (Sher, Grekin, & Williams, 2005). Zu den Umwelteinflüssen zählt beispielsweise die pränatale Exposition mit Alkohol, die das Risiko der Föten erhöht, später selbst eine Alkoholkonsumstörung zu entwickeln. Auch exekutive Funktionsstörungen scheinen einen Risikofaktor für Alkoholkonsumstörungen zu bilden. Personen, in deren Familiengeschichte viele Alkoholabhängigkeiten vorzufinden waren, schnitten beispielsweise schlechter in Planung und psychomotorischen Funktionsbereichen ab. Diese exekutiven Störungen wirken auf andere psychische Störungen ein, die bereits als

Risikofaktor für Alkoholkonsumstörungen identifiziert werden konnten, wie zum Beispiel die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (Sher et al., 2005).

Auch andere interindividuelle Variablen können die Entwicklung von problematischem Alkoholkonsum bedingen beziehungsweise das Risiko der Alkoholgefährdung erhöhen. Zu ihnen zählen die Faktoren Unsicherheitsintoleranz, Stress und Coping-Stil. Auf deren Einfluss und deren Zusammenhänge mit riskantem Alkoholkonsum wird in den nachfolgenden Kapiteln genauer eingegangen.

2.2 Stress

Nachfolgend wird zunächst definiert, worum es sich beim Begriff Stress handelt, um anschließend den aktuellen Forschungsstand zu Stress und Alkoholgefährdung näher zu beleuchten. Einen Schwerpunkt bilden Geschlechtsunterschiede.

2.2.1 Definition und Erklärungsmodelle

Nach Heinrichs, Stächele und Domes (2015) stellt Stress „ein kurzfristiges Ungleichgewicht zwischen wahrgenommenen belastenden Anforderungen und verfügbaren Regulationsressourcen“ (S. 5) dar. Zu chronischem Stress kommt es demnach, wenn dieses Ungleichgewicht über längere Zeit bestehen bleibt und nicht bewältigt werden kann. Stress kann eine Reihe an physiologischen, emotionalen, kognitiven und auch sozialen Symptomen und Verhaltensweisen auslösen. Viele psychische Störungen und Symptomatiken sind mit Stress assoziiert, unter anderem affektive Störungen, jegliche Angststörungen oder Burnout (Heinrichs et al., 2015). Stress konnte zusätzlich als bedeutender Risikofaktor für eine Alkoholgefährdung identifiziert werden (Wittgens et al., 2022).

Das wichtigste Modell, das die psychologischen Aspekte von Stress erklärt, ist das Transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984). Nach diesem Modell löst ein potenzieller Stressor eine erste (primäre) Bewertung aus, bei der überprüft wird, ob der Stressor als wichtig beziehungsweise bedrohlich erachtet wird und ob dieser als positiv oder negativ wahrgenommen wird. Die sekundäre Bewertung beurteilt, ob Ressourcen vorhanden sind, um mit dem Stressor umzugehen (Lazarus & Folkman, 1984). Das Modell kann an dieser Stelle noch erweitert werden. Darauf wird in einem späteren Teil der Arbeit eingegangen.

Wann individueller Stress auftritt, kann anhand des biopsychosozialen Modells (Engel, 1977) verdeutlicht werden. Das Modell beruht auf der Annahme, dass immer biologische, psychologische und soziale Faktoren zusammenspielen und auf Grundlage dieses Outcomes

eine Krankheit oder Störung entsteht beziehungsweise aufrechterhalten wird. Biologische Faktoren, die einer Stressreaktion zu Grunde liegen, sind endokrine und metabolische Regulationsmechanismen, zum Beispiel die Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde und die damit verbundene Ausschüttung von Cortisol (Bear, Connors, Paradiso, 2020; Heinrichs et al., 2015). Als psychologische Faktoren, die Stress bedingen können, sind beispielsweise die Bedingungsgefüge des transaktionalen Stressmodells (Lazarus & Folkman, 1984) oder Persönlichkeitsmerkmale und individuelle Coping-Stile zu nennen. Bei den sozialen Faktoren kommen Bedingungen wie soziale Unterstützung von Familienmitgliedern zum Tragen. Diese können beispielsweise bei finanziellen Problemen helfen, indem finanzielle Unterstützung durch ein Darlehen geleistet wird und so der Stressor ausgeschaltet wird.

2.2.2 Stress und Alkoholgefährdung

Viele Forschungsergebnisse zeigen, dass sich Stress auf den Alkoholkonsum auswirkt. Sowohl die höhere Motivation zu trinken als auch das Rückfallrisiko von alkoholabhängigen Personen sind davon betroffen (Becker, 2017; McGrath, Jones, & Field, 2016). Die Besonderheit an der Verbindung von Stress und Alkohol ist der Umstand, dass Alkoholkonsum einerseits Stress reduzieren kann, wie es beispielsweise die Stress-Reduktions-Hypothese von Conger (1956) besagt, und andererseits Alkohol selbst als Stressor wirken kann und somit eine Stressreaktion auslöst (Becker, 2017). Nach der Stress-Reduktions-Hypothese wird der Konsum von Alkohol negativ verstärkt, da gelernt wurde, dass der unangenehme Stimulus Stress durch Alkoholkonsum verringert werden konnte. Aus diesem Grund wird das Verhalten vermehrt wiederholt (Conger, 1956). Biologisch betrachtet wirkt sich Alkohol auf unser Belohnungssystem und gleichzeitig auf die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse aus, die Cortisol ausschüttet und damit die Stressreaktion des Körpers auslöst (Becker, 2017). Frühere Studien kamen zusätzlich zu dem Schluss, dass Männer, die ein riskanteres Trinkverhalten aufwiesen als Personen der Kontrollgruppe mit harmlosen Konsumgewohnheiten, eine stärkere Reduzierung der Stressreaktion des Körpers durch Alkohol erlangen (Sher & Levenson, 1982). Dieses Ergebnis erklärt, weshalb es Personen mit problematischem Alkoholkonsum schwerer als anderen fällt, ihre Konsummengen zu reduzieren.

Eine wichtige Theorie, die erhöhten Alkoholkonsum und Substanzabhängigkeiten in Zusammenhang mit Stress erklärt und sehr viel Einfluss erlangt hat, ist die

Selbstmedikationshypothese. Diese besagt, dass Personen bemerken, wie die eingenommenen Substanzen ihren affektiven Status verändern. Sie können somit selbst ihre Emotionen steuern sowie möglicherweise vorhandene Schmerzen und Stress lindern (Khantzian, 1997). Dementsprechend können Alkohol oder Drogen als selbstverschriebene Medikamente wirken. Die Selbstmedikationshypothese beziehungsweise die Erfahrungen der Menschen stehen auch im Einklang mit medizinischen und biologischen Befunden, wonach Alkohol als zentralnervendämpfendes Mittel wirkt, das die Stressreaktion vermindert (Lac, 2023).

Eine weitere Theorie von zentraler Bedeutung ist die „Stress Response Dampening Theory“ (SRD) (Sher & Levenson, 1982). Diese steht für eine nachgewiesene Reduktion der Stressreaktion durch Alkoholkonsum. Sher, Bartholow, Peuser, Erickson und Wood (2007) haben in ihrer Studie überprüft, welche Auswirkungen Alkoholkonsum auf die Stresseffekte, die durch das Halten einer Rede entstehen, hat. Der Kontrollgruppe wurden alkoholfreie Getränke als Placebo verabreicht. Es konnte eine direkte Reduzierung der selbstbewerteten Angst und des Hautleitwerts aufgrund des Alkohols gefunden werden. Ein indirekter Effekt von Alkohol auf die Reduzierung der Herzfrequenz konnte bei einem hohen Stresslevel in der Baseline-Untersuchung ebenso festgestellt werden (Sher et al., 2007).

Ein weiteres Modell, das in der Stressforschung eine elementare Rolle spielt, ist das Vulnerabilitäts-Stress-Modell, auch Diathese-Stress-Modell genannt (Wittchen & Hoyer, 2011). Es erklärt, wie sich psychische Störungen unter Einfluss von Stress entwickeln können, und kann darüber hinaus auf das Entstehen von Substanzkonsumstörungen wie Alkoholabhängigkeiten angewendet werden. Grundlage des Modells sind individuelle, bereits vorhandene Vulnerabilitäten und aktuell bestehende Stressereignisse. Zu den Vulnerabilitäten zählen einerseits intraindividuelle Faktoren wie Alter, Geschlecht, Genetik und Traumata und andererseits die soziale Umwelt, worunter auch der sozioökonomische Status, die Bildung, das soziale Netzwerk und Normen fallen. Je nachdem welche Vulnerabilitäten bei einer Person bestehen, kann das Risiko für die Entwicklung von psychischen Störungen erhöht sein, wenn die Person bedeutsamem Stress ausgesetzt wird. Stressereignisse können beispielsweise kritische Lebensereignisse wie Scheidung, Alltagsstress (z.B. finanzielle Probleme) oder berufliche Schwierigkeiten sein. Zusätzlich können modifizierbare Variablen auf die tatsächliche Entstehung einer psychischen Störung einwirken. Hierzu zählen psychologische Faktoren, wie zum Beispiel die Resilienz, der Coping-Stil und vorangegangene Störungen, oder entwicklungsbezogene Faktoren wie Bindung, Impulskontrolle und die Leistungskompetenz. Das Zusammenspiel aller Faktoren bildet damit pro Person ein Grundrisiko. Menschen, die eine geringe Vulnerabilität aufweisen, können dementsprechend mehr Stressoren bewältigen als

Personen mit hoher Vulnerabilität, bei denen die Schwelle für eine psychische Störung niedriger angesetzt ist (Wittchen & Hoyer, 2011).

Viele aktuellere Studien untersuchten vor allem die Auswirkungen der Corona-Pandemie und die damit verbundenen staatlich verhängten Maßnahmen als Stressoren auf den Alkoholkonsum (Clay & Parker, 2020; Lac, 2023; Taylor, Paluszek, Rachor, McKay, & Asmundson, 2021). So konnte pandemischer Stress als Trigger für Alkoholkonsum identifiziert werden und verschiedene Aspekte des Stresses – höherer xenophobischer Stress, traumatische Stresssymptome, zwanghafter Kontrollstress, geringerer Kontaminationsstress – die Trinkmenge, aber nicht die Trinkhäufigkeit vorhersagen (Lac, 2023). Diese genannten Aspekte lassen sich unter dem Covid-Stress-Syndrom zusammenfassen (Taylor et al., 2020). Weltweit konnte in bestimmten Populationen zwar auch eine Reduzierung des Alkoholkonsums beobachtet werden, der Haupttrend war jedoch eine Steigerung des Konsums (Bantounou, 2023). Eine Zwillingstudie fand außerdem heraus, dass 14% der Teilnehmenden einen erhöhten Alkoholkonsum während der Pandemie aufwiesen, im Vergleich zur Zeit vor dem ersten Lockdown (Avery, Tsang, Seto, & Duncan, 2020). Diese Steigerung konnte hauptsächlich bei Personen festgestellt werden, die mehr Stress und Angst durch das Coronavirus und die damit verbundenen Einschränkungen empfanden. Das Stress- und Angstlevel zwischen Personen, die abstinent lebten, und Personen, die ihre Konsumhöhen nicht veränderten, unterschied sich nicht signifikant voneinander (Avery et al., 2020).

Alltägliche Stressoren wirken sich ebenso auf Alkoholkonsumstörungen aus (Keyes, Hatzenbuehler, Grant, & Hasin, 2012). Die Anzahl an Stressoren, wie etwa ein Jobwechsel, ein Umzug oder eine Trennung, die zeitgleich auf eine Person einwirken, stehen mit Alkoholabhängigkeit, problematischem Trinken und Binge-Drinking (mehr als vier Getränke bei Männern, mehr als drei Getränke bei Frauen) in Verbindung (Keyes et al., 2012).

San José, van Oers, van de Mheen, Garretsen und Mackenbach (2000) betrachteten in ihrer Studie unterschiedliche negative Lebensereignisse als Stressoren. Sie kamen zu den Ergebnissen, dass einige chronische Stressoren und kritische Lebensereignisse (z.B. ein nicht gemochter Heirats- und Anstellungstatus) entweder zu stark erhöhtem Alkoholkonsum oder zu Alkoholabstinenz in beiden Geschlechtern führten. Harmlose oder moderate Trinkmengen wurden kaum konsumiert. Es fand quasi eine Verschiebung des Alkoholkonsums zu zwei Extrempolen statt. Andere Stressoren (z.B. Opfer eines Verbrechens sein, Abstieg der finanziellen Position) waren lediglich positiv mit starkem Alkoholkonsum assoziiert. Dieser Zusammenhang fand sich ausschließlich beim männlichen Geschlecht (San José et al., 2000).

Die meisten Studien untersuchen klinische Populationen, während ein Review von Veenstra und Kolleg*innen (2006) 12 Studien analysiert hat, die allesamt bei der Allgemeinbevölkerung die Verbindung von Stress und Alkohol näher betrachteten. Die Ergebnisse der einzelnen Studien waren sehr unterschiedlich und zeigten ein inkonsistentes Bild. Einige Studien fanden Hinweise auf einen erhöhten Alkoholkonsum beim Erleben von kritischen Lebensereignissen, drei Studien fanden keine Zusammenhänge, und vier Studien konnten sowohl einen erhöhten als auch einen verringerten Alkoholkonsum bei Trennungen und finanziellen Problemen finden. Der Outcome war dementsprechend stressor-spezifisch (Veenstra et al., 2006).

2.2.3 Geschlechtsunterschiede

In der Literatur zeigen sich häufig Geschlechtsunterschiede bezüglich der Wirkung von Stress auf die Alkoholgefährdung (Dawson, Grant, & Ruan, 2005; Peltier et al., 2019; Rodriguez, Litt, & Stewart, 2020). Allerdings resultieren widersprüchliche Ergebnisse, ob Frauen oder Männer unter Stress in höheren Maßen zu Alkohol greifen. Sacco, Bucholz und Harrington (2014) fanden beispielsweise geringere Konsummengen unter starkem wahrgenommenem Stress bei Frauen und ein erhöhtes Risiko einer Alkoholkonsumstörung bei Männern in einer Population von über 60-Jährigen. Im Gegensatz dazu weisen die Ergebnisse von Acuff, Strickland, Tucker und Murphy (2022) darauf hin, dass das weibliche Geschlecht einen Risikofaktor für erhöhten Alkoholkonsum unter Stress während der Corona-Pandemie darstellte. Auch Bantounou (2023) kam zu diesem Ergebnis.

Zudem konnten Unterschiede in der Stärke des Konsums bei Frauen und Männern im Zusammenhang mit Stressoren gefunden werden (Dawson et al., 2005). Die Häufigkeit von Binge-Drinking nahm für Männer mit jedem zusätzlichen Stressor um 24% zu, wohingegen diese bei Frauen nur bei 13% lag. Die Häufigkeit von moderaten Trinkmengen (weniger als fünf Getränke bei Männern, weniger als vier Getränke bei Frauen pro Trinkgelegenheit) nahm, im Gegensatz dazu, bei einer Zunahme an Stress ab. Insgesamt konnte für Männer ein stärkerer Zusammenhang zwischen der Anzahl an Stressoren und Alkoholproblemen objektiviert werden als für Frauen (Dawson et al., 2005).

Auch in Tagebuchstudien konnten Unterschiede zwischen den Geschlechtern festgehalten werden (Armeli, Carney, Tennen, Affleck, & O'Neil, 2000). Männer, die ein starkes positives Resultat oder Sorglosigkeit mit dem Konsum von Alkohol verbanden, tranken an stressigen Tagen mehr als an stressfreien Tagen. Im Vergleich dazu tranken Männer, die eine

Beeinträchtigung durch Alkohol erwarteten, an stressigen Tagen weniger Alkohol. Bei Frauen konnte dieser Zusammenhang nicht erhoben werden. Die Autor*innen folgerten hieraus, dass dieser Umstand sozialen Normen geschuldet ist und sich Frauen möglicherweise mehr Sorgen darüber machen, wie ihr Verhalten von anderen beurteilt wird (Armeli et al., 2000).

Im Zuge dieser Beobachtungen muss auf die „Gender Convergence“ verwiesen werden. Dabei handelt es sich um einen Trend, bei dem sich das Trinkverhalten von Frauen zunehmend dem der Männer angleicht (Bratberg et al., 2016; Stewart, Gavric, & Collins, 2009). Dieses Phänomen könnte dadurch entstehen, dass Frauen heutzutage Stressoren ausgesetzt sind, die in früheren Zeiten hauptsächlich der Männerdomäne zugeordnet wurden (Rodriguez et al., 2020). Darunter fällt zum Beispiel der Arbeitsstress. Ein großes Problem hieran stellen die stärkeren gesundheitlichen Beschwerden wie Leber- oder Herzkrankheiten dar, denen Frauen ausgesetzt sind, wenn sie ähnliche Mengen an Alkohol konsumieren wie Männer (Rodriguez et al., 2020). Die Corona-Pandemie hat das Schließen der Konsumunterschiede noch weiter beschleunigt. Beispielsweise konnte bei Personen, die einen starken covid-bedingten Stress erlebten, festgestellt werden, dass Frauen genauso viel wie Männer konsumierten. Ein anderes Bild zeigte sich bei Populationen, die wenig Stress wahrnahmen. Hier konsumierten Männer mehr Alkohol als weibliche Personen (Rodriguez et al., 2020). Frauen versuchen Stress im Allgemeinen häufiger als Männer mit Hilfe von Alkohol zu bewältigen (Kuntsche et al., 2015).

2.3 Coping

Im folgenden Teil wird genauer auf die verschiedenen Coping-Strategien und deren Auswirkungen auf die Alkoholgefährdung eingegangen. Zusätzlich werden Modelle vorgestellt, die mögliche Erklärungen für den Zusammenhang von Coping und Alkoholkonsum geben sollen.

2.3.1 Definitionen

Jeder Mensch verfügt über bestimmte Strategien, um mit Stress umzugehen. Diese werden als Coping-Stile oder Coping-Strategien bezeichnet (Dubow & Rubinlicht, 2011; Heinrichs et al., 2015) und sind sich fortwährend ändernde kognitive und verhaltensbezogene Anstrengungen des Individuums zur Bewältigung von Stressoren (Lazarus & Folkman, 1984). Es existieren verschiedene Kategorien, in die die verschiedenen Strategien eingeordnet werden können (Kälin & Semmer, 2020). Diese werden nun einzeln definiert.

Das aufgabenorientierte oder problemorientierte Coping ist eine Ansammlung an Strategien, die direkt nach einer Lösung suchen, um die Stressoren auszuschalten (Dubow & Rubinlicht, 2011). So können andere Menschen, wie Freund*innen oder die Familie, zur Erreichung dieses Ziels um Hilfe gebeten werden, oder es können Prioritäten gesetzt werden (Kälin & Semmer, 2020).

Emotionsorientierte Strategien legen den Fokus darauf, die negativen physischen und psychischen Folgen der Stressoren zu reduzieren. Die Reaktionen sind dabei auf die eigene Person bezogen und gelingen nicht immer (Dubow & Rubinlicht, 2011; Kälin & Semmer, 2020). So werden beispielsweise Alkohol oder andere Substanzen konsumiert, um Emotionen zu unterdrücken. Es kann auch zu Reaktionen wie Tränenausbrüchen oder emotionalen Sorgen kommen (Dubow & Rubinlicht, 2011; Heinrichs et al., 2015).

Des Weiteren können vermeidungsorientierte Strategien zum Umgang mit Stress eingesetzt werden (Kälin & Semmer, 2020). Ziel dieser Bewältigungsmethode ist die Vermeidung der Auseinandersetzung mit der Stress-Situation. Dies kann über sozialablenkungsorientierte oder zerstreungsorientierte Strategien geschehen. Der Coping-Stil der sozialen Ablenkung beschreibt ein Verhalten, bei dem soziale Kontakte gesucht werden, um die Situation zu bewältigen. Beim zerstreungsorientierten Coping wird eher eine allgemeine Ablenkung durch Aktivitäten, wie beispielsweise Einkaufen gehen, etwas essen oder andere Freizeitaktivitäten (z.B. ein Kinobesuch), gesucht (Kälin & Semmer, 2020).

Es ist darauf hinzuweisen, dass laut Kälin und Semmer (2020) das zerstreungsorientierte Coping stark mit dem emotionsorientierten Stil zusammenhängt und das sozialablenkungsorientierte Coping sowohl mit dem aufgabenorientierten als auch mit dem emotionsorientierten Coping korreliert. Somit sind diese Strategien sehr eng miteinander verzahnt.

Zusätzlich zu den oben genannten Strategien wird Coping oft in maladaptives und adaptives Coping unterteilt (Carver, 1997; Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001; Folkman & Moskowitz, 2004). Adaptives Coping gilt als effektiv, während maladaptive Stressbewältigung ineffektiv oder sogar schädlich sein kann (Holahan, Ragan, & Moos, 2004). In vielen Fällen wird problemorientiertes Coping mit adaptiven Strategien gleichgesetzt, obwohl im Allgemeinen keine pauschale Zuordnung von problemorientiertem oder emotionsorientiertem Coping zu maladaptiv oder adaptiv gemacht werden kann, da jede Art von Coping in verschiedenen Situationen funktional oder dysfunktional sein kann (Holahan et al., 2004). So kann es beispielsweise adaptiv sein, nach dem Tod einer nahestehenden Person zunächst emotionsorientierte Strategien anzuwenden, wie zu weinen, und erst zu einem

späteren Zeitpunkt lösungsorientierte Strategien, wie Pläne für die Zukunft zu entwickeln (Folkman & Moskowitz, 2004). Ein anderes Beispiel wäre das Warten auf ein Prüfungsergebnis. Hier könnte eine adaptive Strategie sein, sich zunächst zu distanzieren und abzuwarten, bevor Lösungen für ein mögliches Durchfallen oder Bestehen entworfen werden (Folkman & Moskowitz, 2004).

In dieser Arbeit wird, trotz der oben genannten Schwierigkeit einer Pauschalisierung, aufgrund von eingeschränkten Möglichkeiten, von adaptivem Coping gesprochen, wenn Personen ein stark ausgeprägtes problemorientiertes Coping zeigen und gleichzeitig wenig emotionsorientierte Strategien nutzen. Gegenläufig wird der Begriff maladaptives Coping für Personen verwendet, die wenige problemorientierte und viele emotionsorientierte Techniken anwenden.

2.3.2 Modelle und Forschungsstand

Das Transaktionale Stressmodell, das bereits im Abschnitt 2.2.1 beschrieben wurde, kann um die Verwendung von Bewältigungsstrategien erweitert werden (Lazarus & Folkman, 1984). Wenn der Stressor nach der primären und sekundären Bewertung als relevant erachtet wird, werden Strategien genutzt, die die Situation adaptieren sollen. Lazarus und Folkman (1984) benennen dabei das problemorientierte Coping als Strategie, eine Veränderung der Stressursachen herbeizuführen, und das emotionsorientierte Coping als eine Strategie, eine Veränderung des emotionalen Zustandes zu erreichen. Nach dem Bewältigungsversuch kommt es zu einer Neubewertung der Situation. Sollte der Stressor noch bestehen und ebenfalls noch keine Ressourcen zur Bewältigung vorhanden sein, nimmt das Individuum weiterhin Stress wahr. Andernfalls kam es zu einer erfolgreichen Stressbewältigung (Lazarus, Folkman, 1984). Es ist wichtig zu betonen, dass nicht immer dieselben Coping-Strategien verwendet werden. Je nach Bewertung der Situation können verschiedene Methoden gewählt werden. Sollte eine Strategie jedoch vermehrt zu Erfolg führen, kann diese zur favorisierten Methode heranwachsen (Heinrichs et al., 2015).

Mit Hilfe weiterer Modelle und Studien soll folgend geklärt werden, warum Menschen auf Alkoholkonsum zurückgreifen, wenn sie stressigen Situationen ausgesetzt sind. In einer Studie von Johnson und Pandina (1993) konnte gezeigt werden, dass emotionsfokussierte Bewältigung von Stress mit einer hohen Zahl von Alkoholproblemen einherging, während bei Personen, die problemorientierte Strategien nutzten, deutlich weniger Alkoholmissbrauch stattfand. Dieser Unterschied lässt sich unter anderem mit Hilfe des „Stress-Coping Models“

von Wills und Shiffman (1985, zitiert nach Hasking et al., 2011, S. 479) erklären. Diesem Modell zufolge kann Alkohol positive Affekte verstärken und schlechte Stimmung verringern. Da genau dies das Ziel emotionsorientierter Bewältigung ist, kann man Alkoholkonsum diesem Coping-Stil zuordnen. Für eine kurze Zeitspanne kann das Verhalten, unter Stress Alkohol zu konsumieren, als adaptiv angesehen werden. Gefährlich wird es, sobald die Coping-Strategie Alkohol zu trinken längerfristig genutzt wird, da die gesundheitlichen Risiken dann deutlich überwiegen (Hasking et al., 2011). Somit muss Alkoholkonsum den maladaptiven Strategien zugeordnet werden. Denn nach dem transaktionalen Modell wird der Konsum als bevorzugte Methode angewendet, wenn die ersten Versuche tatsächlich eine Verbesserung der Stimmung zur Folge hatten. Folglich wird das Risiko gesundheitlicher Probleme steigen.

Ein anderes Modell, das auf Grundlage von Stress und Coping exzessiven Alkoholkonsum erklärt, ist das Stressor-Vulnerabilitäts-Modell von Abrams und Niaura (1987, zitiert nach Hasking et al., 2011, S. 479–480). Das Modell beruht auf der „Social Cognitive Theory“ und nimmt an, dass Menschen stets versuchen, Stressgefühle zu reduzieren und sich daher Alkohol als Coping-Strategie zu Nutze machen, wenn sie befinden, ihnen stehen keine alternativen Methoden zur Verfügung. Es interagieren daher Erwartungen an die Wirkung von Alkohol, individuelle Coping-Stile und Stresserleben, um die Wahrscheinlichkeit von Alkoholkonsum eines Menschen vorherzusagen. Genauer wird angenommen, dass der Coping-Stil Alkohol zu trinken einen medierenden Effekt auf die Verbindung von Erwartung und Alkoholkonsum hat (Hasking et al., 2011).

In Kapitel 2.1.2 wurden die Trinkmotive bereits ausgeführt. An dieser Stelle soll noch einmal betont werden, dass das Bewältigungsmotiv („drinking to cope“) am stärksten mit Alkoholproblemen assoziiert ist. Daher wird gefolgert, dass emotionsorientierte Coping-Strategien einen großen Einfluss auf die Alkoholgefährdung ausüben (Grant, Stewart, O'Connor, Blackwell, & Conrod, 2007; McNally, Palfai, Levine, & Moore, 2003).

Des Weiteren ist auch das vermeidungsorientierte Coping mit Alkoholkonsum und problematischem Trinkverhalten assoziiert (Holahan, Moos, Holahan, Cronkite, & Randall, 2001; Wagner, Myers, & McIninch, 1999). Vermeidungsorientiertes Coping kann als Prädiktor für erhöhten Alkoholkonsum und eine geringere Wahrscheinlichkeit von Abstinenz gesehen werden (Holahan et al., 2001).

2.4 Unsicherheitsintoleranz

Im letzten Kapitel wird das Konzept der Unsicherheitsintoleranz sowie deren Auswirkungen auf die Alkoholgefährdung erklärt. Zudem wird beleuchtet, wie die Unsicherheitsintoleranz mit Stress und Coping-Strategien in Verbindung steht.

2.4.1 Definition

Unsicherheitsintoleranz kann als kognitiver Bias definiert werden, der beeinflusst, wie Menschen unsichere Situationen wahrnehmen, interpretieren und auf diese reagieren (Dugas et al., 1998). Unsicherheitsintoleranz spiegelt sich in erhöhter Wachsamkeit, der Überzeugung, dass zukünftige Ereignisse nicht gut ausgehen werden und daher gemieden werden müssen, und einer Belastung durch unsichere zukünftige Erlebnisse wider (Dugas et al., 1998).

2.4.2 Unsicherheitsintoleranz und Alkohol

Es konnte bisher mehrfach belegt werden, dass ausgeprägte Unsicherheitsintoleranz generalisierte Angststörungen bedingt (Gerlach, Andor, & Patzelt, 2008). Dieser Zusammenhang ist hervorzuheben, da der Einfluss von Angststörungen auf Alkoholmissbrauch eine gute wissenschaftliche Fundierung hat und als belegt gilt (Morris et al., 2005). Beispielsweise gehen bei bestimmten Angststörungen wie der sozialen Phobie und der Agoraphobie oft die Angstsymptome der Alkoholkrankheit voraus (DGPPN, 2020). Alkoholkonsumstörungen können jedoch auch der Auslöser für Angststörungen sein, weshalb allgemein eine hohe Komorbidität der beiden Störungen gegeben ist (Kushner, Abrams, & Borchardt, 2000). Ausgehend von diesen Befunden kann angenommen werden, dass eine hohe Unsicherheitsintoleranz ebenso eng mit einer erhöhten Alkoholgefährdung einhergeht. Auch zu dieser These gibt es mittlerweile zunehmend mehr Forschungsergebnisse (Kraemer, McLeish, & O'Bryan, 2015; Oglesby, Albanese, Chavarria, & Schmidt, 2015).

Oglesby und Kolleg*innen (2015) haben untersucht, wie Unsicherheitsintoleranz mit den verschiedenen Trinkmotiven verbunden ist. Sie fanden einen signifikanten Zusammenhang mit dem Bewältigungs-, dem Konformitäts- und dem sozialen Motiv. Sie zogen die Schlussfolgerung, dass Unsicherheitsintoleranz als Vulnerabilitätsfaktor für gesteigerten Alkoholkonsum anzusehen ist. Die Forscher*innen vermuteten, dass Personen, die eine starke Unsicherheitsintoleranz verspüren, Alkohol konsumieren, um Stress zu bewältigen und um unsichere Situationen zu vermeiden (Oglesby et al., 2015).

Auch in der Studie von Kraemer und Kolleg*innen (2015) konnte ein Zusammenhang von Unsicherheitsintoleranz und verschiedenen Trinkmotiven gefunden werden. Nach der Kontrolle der Variablen Gender, Tabak-, Cannabis- und Alkoholkonsum, negativer Affekt und Angstsensitivität konnte für Personen, die viel Unsicherheitsintoleranz empfanden, ein stärkeres Coping- und Konformitätsmotiv vorhergesagt werden. Ausgehend von dieser Befundlage kamen auch sie zu dem Schluss, dass Unsicherheitsintoleranz mit Alkoholkonsum assoziiert ist, weil negative Emotionen vermieden oder verringert werden können. Zusätzlich stellten Kraemer und Kolleg*innen (2015) die Hypothese auf, dass Unsicherheitsintoleranz auch zur Entwicklung von problematischem Konsum führen kann. Der Alkoholkonsum wird als Folge von negativer Verstärkung bei einer erfolgreichen Reduktion der Unsicherheit erhöht (Kraemer et al., 2015).

Bradford, Shapiro und Curtin (2013) setzten unsichere Situationen in Bezug zu Alkoholkonsum und zur SRD. Sie fanden einen erhöhten stressreduzierenden Effekt von Alkohol in unsicheren Situationen (Stärke eines Elektroschocks) als in sicheren Situationen beziehungsweise bei erwarteten Stressoren. Oglesby und Kolleg*innen (2015) folgerten aus diesem Ergebnis, dass Personen, die eine hohe Unsicherheitsintoleranz erleben, wahrscheinlich auch eher riskante Trinkmotive besitzen, da sie eine stärkere Stressreduzierung verspüren als Personen, die wenig unsicherheitsintolerant sind. Dementsprechend unterliegen sie auch aufgrund der negativen Verstärkung einem erhöhten Risiko, einen problematischen Alkoholkonsum zu entwickeln, da der Stress durch den Konsum von Alkohol tatsächlich verringert wird (Oglesby et al., 2015).

2.4.3 Unsicherheitsintoleranz und Stress

In diesem Abschnitt soll der Zusammenhang zwischen Stress und Unsicherheitsintoleranz näher beleuchtet werden, da beide Konstrukte eng mit Alkoholgefährdung verbunden sind.

In einer Studie, die das Wohlbefinden von Patient*innen mit Lungenkrebs untersuchte, wurde gezeigt, dass starke Unsicherheitsintoleranz erhöhten wahrgenommenen Stress bedingte (Kurita, Garon, Stanton, & Meyerowitz, 2013). Rosen und Knäuper (2009) fanden einen Zusammenhang zwischen hoher Unsicherheitsintoleranz und stärkeren Sorgen, wobei hier auch auf einen positiven Aspekt hingewiesen werden muss: Personen, die unter starker Unsicherheit litten, suchten nach mehr Informationen zu gesunden Verhaltensweisen, um ihr Risiko für eine Infektion zu verringern. Somit konnte eine gesündere Lebensweise gefördert werden (Rosen &

Knäuper, 2009). Oglesby, Gibby, Mathes, Short und Schmidt (2017) konnten in ihrer Studie feststellen, dass hohe Unsicherheitsintoleranz mit stärkeren posttraumatischen Stresssymptomen einherging, auch nachdem für negativen Affekt und Angstsensitivität kontrolliert wurde.

In vielen aktuelleren Studien wurde hauptsächlich der Einfluss von Covid-19 bedingtem Stress und Unsicherheitsintoleranz untersucht (Bavolar et al., 2023; McCarty, Downing, Daley, McNamara, & Guastello, 2023; Sorid, Yap, Bravo, & Behar, 2023). Da mit dem Beginn der Corona-Pandemie viele Unsicherheiten zum Beispiel in Bezug auf das Ansteckungsrisiko, die Zeit bis zum Ende der Lockdowns oder finanzielle Schwierigkeiten auftraten, war dies eine besonders schwere Zeit für Personen mit hoher Unsicherheitsintoleranz (Bavolar et al., 2023). Diese könnte folglich für viele emotionale, kognitive und verhaltensbezogene Reaktionen verantwortlich sein. Bavolar und Kolleg*innen (2023) fanden einen positiven Zusammenhang von Unsicherheitsintoleranz mit wahrgenommenem Stress bei älteren Personen. Beruhend auf diesem Befund und weiteren Ergebnissen schlossen sie darauf, dass Unsicherheitsintoleranz ein stabiles Persönlichkeitsmerkmal ist (Bavolar et al., 2023). Venanzi und Kolleg*innen (2022) kamen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass Personen, die viel Stress und gleichzeitig über eine hohe Unsicherheitsintoleranz verfügen, vermehrt erhöhte Depressionswerte aufwiesen. Zusätzlich resultierte – widersprüchlich zu den Ergebnissen aus Kapitel 2.4.2 – eine Erhöhung des Alkoholkonsums nur bei Personen, die eine eher geringe Unsicherheitsintoleranz empfanden (Venanzi et al., 2022). Zu demselben Ergebnis kamen auch Schmits und Glowacz (2022). Sie fanden in ihrer Studie, dass die Häufigkeit von Alkoholkonsum während der Pandemie negativ mit Unsicherheitsintoleranz korrelierte.

2.4.4 Unsicherheitsintoleranz und Coping

Nun wird auf mögliche Zusammenhänge zwischen Unsicherheitsintoleranz und Coping-Strategien eingegangen.

Im Allgemeinen konnte ein mediiender Effekt von emotionsorientierten Coping-Strategien auf die Verbindung von Unsicherheitsintoleranz und Depressionen bei Frauen, die an Brustkrebs erkrankt waren, gefunden werden (Taha, Matheson, & Anisman, 2012). Nur Frauen, die emotionsbasierte Strategien bei Unsicherheiten nutzen, zeigten höhere Depressionswerte. Dieser Effekt konnte bei vermeidungs- und problemorientierten Bewältigungstechniken nicht gezeigt werden. Darüber hinaus kamen die Forscher*innen in ihrer Untersuchung zu dem Schluss, dass Unsicherheitsintoleranz zwar ein

Persönlichkeitsmerkmal ist, dieses aber nach lebensverändernden Ereignissen, wie einer erfolgreichen Krebsbehandlung, wandelbar ist (Taha et al., 2012). Doruk, Dugenci, Ersöz und Öznur (2015) berichteten in einer Studie, dass Männer als Coping-Mechanismus häufiger zu Alkohol- und Drogenkonsum greifen als Frauen, wenn sie eine starke Unsicherheitsintoleranz zeigten. Diese Strategie kann dem emotionsorientierten Coping zugeordnet werden und unterstreicht noch einmal die Befunde, die in Kapitel 2.4.2 angeführt wurden, wonach Unsicherheitsintoleranz einen höheren Alkoholkonsum bedingt. Die Studie wurde an einer nicht-klinischen Stichprobe durchgeführt (Doruk et al., 2015). Auch Paltell, Edalatian Zakeri, Gorka und Berenz (2022) kamen zu dem Ergebnis, dass stärkere Unsicherheitsintoleranz mit bewältigungsorientiertem Alkoholkonsum bei einer Untersuchung von traumatisierten Studierenden einherging. Eine andere Studie untersuchte, ob die deskriptiven Charakteristika Gender und Studienfortschritt einen moderierenden Effekt auf die Beziehung von Unsicherheitsintoleranz und Coping haben (Başalan İz, 2023). Es konnte ein Einfluss des akademischen Jahres gefunden werden und kein Effekt des Genders. Allerdings wurden keine Angaben zu den verschiedenen Arten von Coping gemacht und nur von einer allgemeinen Verbindung von Unsicherheitsintoleranz und Coping gesprochen (Başalan İz, 2023).

Neuere Studien fokussierten wiederum auf die Zeit während Covid-19. So konnten beispielsweise Rettie und Daniels (2021) feststellen, dass maladaptive Coping-Strategien den Zusammenhang von Unsicherheitsintoleranz und Stress partiell mediieren, während adaptive Coping-Strategien keinen Einfluss auf Gesundheitsoutcomes oder Unsicherheitsintoleranz nehmen. AlHadi, Alarabi und AlMansoor (2021) untersuchten verschiedene Outcomes der psychischen Gesundheit während der Pandemie in Saudi-Arabien. Dabei kamen sie zu dem Ergebnis, dass Unsicherheitsintoleranz stark mit emotionsorientiertem Coping zusammenhing. Die Coping-Strategie sei ebenso zu einem Teil für höhere Depressions- und Angstwerte sowie Stress und Schlafprobleme verantwortlich (AlHadi et al., 2021).

Empirischer Teil

3 Zielsetzung

Aus dem oben beschriebenen Forschungsstand geht hervor, dass viele Modelle sowohl den Zusammenhang von Unsicherheitsintoleranz auf den Alkoholkonsum als auch den Einfluss von Stress und damit einhergehende Bewältigungsstrategien erklären können. Die angstlösende und affektverändernde Wirkung von Alkohol ist der klare Berührungspunkt der Konstrukte. Dennoch existiert wenig Forschung, die all diese Faktoren miteinander in Zusammenhang setzt. Das Ziel dieser Arbeit war daher, die drei vorgestellten Konstrukte Unsicherheitsintoleranz, Stress und Coping-Stil miteinander zu verbinden und deren Auswirkung auf die Alkoholgefährdung zu untersuchen. Der Schwerpunkt der Untersuchung lag auf den unterschiedlichen Coping-Strategien. Besonders die Subkategorien des vermeidungsorientierten Copings wurden näher betrachtet, da diese in der bisherigen Forschung eine untergeordnete Rolle spielten.

4 Methodik

Im Folgenden werden Studiendesign, Untersuchungsdurchführung und Stichprobenbeschreibung sowie die verwendeten Messinstrumente, Fragestellungen und statistischen Verfahren näher ausgeführt.

4.1 Stichprobe

Es gibt drei grundlegende Voraussetzungen, die die Teilnehmenden der Studie erfüllen mussten: Ein Mindestalter von 18 Jahren, das Nachgehen einer Arbeit von mindestens 20 Stunden pro Woche und ausreichend gute Deutschkenntnisse, um die vorgelegten Fragebögen vollständig verstehen zu können. Die Daten wurden an einer geschichteten Quotenstichprobe erhoben. So sollten 50% der Stichprobe aus unter 40-jährigen und 50% aus 40-jährigen und älteren Menschen bestehen. Ebenso sollte das weibliche und männliche Geschlecht sowie ein hohes beziehungsweise niedriges Bildungsniveau (Cutoff: Bachelorabschluss oder Gleichwertiges) gleichmäßig vertreten sein. Innerhalb der jeweiligen Schichten gab es keine Anforderung der Randomisierung und dementsprechend eine Anfallsstichprobe. Insgesamt sollte die Stichprobe aus $N = 320$ Personen bestehen. Jede Schicht enthielt demnach 40 Teilnehmende.

4.2 Studiendesign und Untersuchungsdurchführung

Das Studiendesign war nicht-experimentell und querschnittlich. Die Studie war hypothesenprüfend. Der Erhebungszeitraum lag zwischen März 2022 und Januar 2023. Eine Gruppe Psychologiestudierender hat in dieser Zeit im Rahmen des Seminars „Theorie und Empirie wissenschaftlichen Arbeitens“ (TEWA) über die unterschiedlichen Merkmale gleichverteilte Versuchspersonen angeworben und diesen in Präsenz eine Fragebogenbatterie vorgelegt. Die Fragebogenbatterie bestand aus neun unterschiedlichen psychologischen Instrumenten, von denen vier für diese Studie herausgegriffen wurden. Die Dauer der Beantwortung lag bei etwa 30 Minuten, und die Untersuchung fand in einem Einzelsetting statt. Die Versuchspersonen wurden zu Beginn über ihre Rechte sowie die Anonymität und Freiwilligkeit der Teilnahme in Kenntnis gesetzt.

4.3 Messinstrumente

Im Weiteren werden die erhobenen soziodemografischen Daten sowie die einzelnen Messinstrumente, die in der Untersuchung genutzt wurden, genauer beschrieben.

4.3.1 Soziodemografische Daten

Die Versuchspersonen mussten Angaben zu ihrer Person und zu ihrem Beruf ausfüllen. Insgesamt ergaben sich somit 15 Fragen zu soziodemografischen Daten. Für diese Arbeit relevant waren die Angaben zum Geschlecht, zum Alter, zur Nationalität, zum Beziehungsstatus und zur höchsten abgeschlossenen Ausbildung. Darüber hinaus wurden Informationen zur Körpergröße, dem Körpergewicht, Angaben zum Beruf und zu kritischen Lebensereignissen erfragt.

4.3.2 AUDIT

Um die Alkoholgefährdung zu erfassen, wurde der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-GM-AT) vorgegeben (Vorsorge Neu, 2005). Dieser Screening-Fragebogen soll Personen mit riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum von jenen, die nicht alkoholgefährdet sind, trennen. Der Test besteht aus zehn Selbstaussagen in unterschiedlichem Antwortformat und bezieht sich auf das Trinkverhalten der letzten zwölf Monate. Es werden Trinkmenge und -frequenz sowie Probleme im Zusammenhang mit Alkohol und Kriterien der

Alkoholabhängigkeit abgefragt. Ein Beispielitem lautet „Wie oft trinken Sie sechs oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit (z.B. beim Abendessen, auf einer Party)“ (Vorsorge Neu, 2005). Jede Antwort erhält eine bestimmte Punktzahl (0 bis 4 Punkte). Diese werden aufsummiert und ergeben einen Gesamtscore. Je höher dieser Score, desto höher die Alkoholgefährdung der Person. Insgesamt kann ein Maximalwert von 40 Punkten erreicht werden. Je nach Land oder Geschlecht werden unterschiedliche Cutoff-Werte vorgeschlagen, ab denen die Untersuchten als Risikopersonen zählen. In Deutschland scheint beispielsweise ein allgemeiner Cutoff bei fünf Punkten für beide Geschlechter angemessen (DGPPN, 2020). Es gibt unterschiedliche Versionen des AUDIT mit leichten sprachlichen Differenzierungen. Die Version Lübeck wurde am öftesten untersucht und zeigt eine gute bis sehr gute Reliabilität (Interne Konsistenz $\alpha = .83$, Retest-Reliabilität ICC = .95) und eine gute Validität des Verfahrens (Dybek, 2008).

4.3.3 PSQ-20

Zur Erfassung des wahrgenommenen Stresses der Versuchspersonen diene das Perceived Stress Questionnaire in der deutschen Kurzfassung (PSQ-20) (Fliege, Rose, Arck, Levenstein, & Klapp, 2001). Das Verfahren besteht aus 20 Items, die in die vier Dimensionen „Sorgen“, „Anspannung“, „Freude“ und „Anforderung“ untergliedert werden können. Ein Beispielitem je Subskala kann in Tabelle 1 eingesehen werden.

Tabelle 1. Beispielitems der Subskalen des PSQ-20 (Fliege et al., 2001)

Subskala	Beispielitem
Sorgen	Ihre Probleme scheinen sich aufzutürmen
Anspannung	Sie fühlen sich mental erschöpft
Freude	Sie sind voller Energie
Anforderungen	Sie fühlen sich gehetzt

Die ersten drei Skalen geben das innere Stresserleben der Person wieder, während die Skala „Anforderung“ die Wahrnehmung von äußeren Stressoren abbildet. Die Items werden auf einer vierstufigen Likert-Skala („1 = fast nie“ bis „4 = meistens“) bewertet. Insgesamt zeigt der Fragebogen, wie das Stresserleben der Testpersonen in den letzten vier Wochen war. Für die Berechnung des Gesamtscores werden die Werte der Skala „Freude“ umkodiert. Die Ergebnisse im Test werden für die einzelnen Skalen so transformiert, dass Werte im Bereich von 0 bis 100

möglich sind. Hohe Werte in den Subskalen zeigen hohe Stressausprägungen an. Die psychometrische Qualität des Tests ist gegeben. Das PSQ-20 erreicht ein Cronbachs Alpha zwischen $\alpha = .80$ und $\alpha = .86$, was als sehr gut zu bezeichnen ist. Auch die Konstrukt- und externe Validität ist gegeben (Fliege et al., 2001).

4.3.4 CISS

Um zu erfassen, auf welche Strategien die Testpersonen zurückgreifen, wenn sie mit Stress umgehen müssen, wurde das Coping-Inventar zum Umgang mit Stress-Situationen (CISS) vorgegeben (Kälin & Semmer, 2020). Das Verfahren wurde ausgewählt, da es über eine sehr gute Testgüte verfügt sowie kurz und leicht verständlich in Durchführung und Auswertung ist. Das CISS besteht aus 24 Items, die zu drei Subskalen zusammengefasst werden können. So erfasst das CISS die grundlegenden Coping-Stile: Aufgabenorientiertes Coping, emotionsorientiertes Coping und vermeidungsorientiertes Coping. Letzteres lässt sich noch einmal in die beiden Subkategorien sozialablenkungsorientiertes Coping und zerstreuerorientiertes Coping unterteilen. Tabelle 2 zeigt Beispielitems der jeweiligen Skalen. Die Testpersonen können auf einer fünfstufigen Likert-Skala angeben, wie typisch einzelne Aussagen für sie sind. Dabei stehen in der Auswertung hohe Werte in einer Subskala für eine hohe Ausprägung des Coping-Stils und niedrige Werte für eine geringe Ausprägung. Die Subskalen des Tests weisen mit einem Cronbachs Alpha von $\alpha = .71$ –.83 (für die einzelnen Subskalen) eine gute interne Konsistenz auf. Auch die faktorielle Validität des Verfahrens konnte belegt werden (Kälin & Semmer, 2020).

Tabelle 2. Beispielitems der Subskalen des CISS (Kälin & Semmer, 2020)

Subskala	Beispielitem
Aufgabenorientiertes Coping	Ich setze Prioritäten
Emotionsorientiertes Coping	Ich gerate aus der Fassung
Zerstreuungsorientiertes Coping	Ich mache einen Einkaufsbummel
Sozialablenkungsorientiertes Coping	Ich suche den Kontakt mit anderen Menschen

4.3.5 UI-18

Zur Erfassung der Unsicherheitsintoleranz wurde die Unsicherheitsintoleranz-Skala (UI-18) in der gekürzten deutschen Fassung vorgegeben (Gerlach et al., 2008). Die Skala erfasst

unterschiedliche Aspekte der Unsicherheitsintoleranz wie die Sorgenneigung und Unsicherheit im Hinblick auf zukünftige Ereignisse. UI-18 wurde wegen der guten Testgüte, der einfachen Durchführung und Auswertung sowie der kurzen Bearbeitungsdauer ausgewählt. Die UI-18 besteht aus 18 Items und lässt sich den drei Subskalen „Eingeschränkte Handlungsfähigkeit durch Unsicherheitsintoleranz“, „Belastung durch Unsicherheitsintoleranz“ und „Vigilanz bei Unsicherheitsintoleranz“ zuordnen. Ein Beispielitem wäre „Ich kann es nicht ertragen, unentschlossen über meine Zukunft zu sein.“ (Gerlach et al., 2008). In der vorliegenden Arbeit wurde nur der Gesamtscore der Skala in die Berechnung einbezogen. Es kann über fünf Abstufungen angegeben werden, wie charakteristisch bestimmte Aussagen für eine Person sind. Je höher die Werte, desto stärker ist die Unsicherheitsintoleranz der Testpersonen. Das Cronbachs Alpha der Gesamtskala fällt mit $\alpha = .90$ sehr gut aus. Die Retest-Reliabilität ist mit .66 geringer. Die Konstruktvalidität der Skala ist gegeben (Gerlach et al., 2008).

4.4 Fragestellungen und Hypothesen

Folgend werden die aus der Zielsetzung der Studie und dem theoretischen Hintergrund hergeleiteten Fragestellungen und deren Unterhypothesen beschrieben.

4.4.1 Unterschiedshypothesen zu Auswirkungen der Unsicherheitsintoleranz

Der Summenscore der Unsicherheitsintoleranz-Skala wurde in Quartile geteilt, sodass vier Gruppen entstanden, die eine niedrige, eine eher niedrige, eine eher hohe und eine hohe Ausprägung an Unsicherheitsintoleranz zeigten. Diese Gruppen wurden in den folgenden Hypothesen miteinander verglichen.

Fragestellung 1: Bestehen Unterschiede zwischen Personen mit unterschiedlich hoher Unsicherheitsintoleranzausprägung in der Alkoholgefährdung?

H₀ (1.1): Die verschiedenen UI-Gruppen (UI-18) unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Alkoholgefährdung (AUDIT) voneinander.

H₁ (1.1): Die verschiedenen UI-Gruppen (UI-18) unterscheiden sich hinsichtlich der Alkoholgefährdung (AUDIT) voneinander.

Fragestellung 2: Bestehen Unterschiede zwischen Personen mit unterschiedlich hoher Unsicherheitsintoleranzausprägung hinsichtlich des wahrgenommenen Stresses?

H₀ (2.1): Die verschiedenen UI-Gruppen (UI-18) unterscheiden sich nicht hinsichtlich des wahrgenommenen Stresses (PSQ-20) voneinander.

H₁ (2.1): Die verschiedenen UI-Gruppen (UI-18) unterscheiden sich hinsichtlich des wahrgenommenen Stresses (PSQ-20) voneinander.

Analog zu H₀ bzw. H₁ (2.1) waren die Hypothesen **H₀** bzw. **H₁ (2.2) bis (2.5)** zu den Ausprägungen „Sorgen“, „Anspannung“, „Anforderung“ und „Freude“ der Subskalen des PSQ-20 formuliert.

4.4.2 Moderationshypothese zur Auswirkung von Geschlecht auf den Zusammenhang von Stress und Alkoholgefährdung

Fragestellung 3: Unterscheidet sich der Zusammenhang zwischen Stress und Alkoholgefährdung zwischen Frauen und Männern?

H₀ (3.1): Der Zusammenhang zwischen Stress (PSQ-20) und Alkoholgefährdung (AUDIT) unterscheidet sich nicht zwischen Frauen und Männern.

H₁ (3.1): Der Zusammenhang zwischen Stress (PSQ-20) und Alkoholgefährdung (AUDIT) unterscheidet sich zwischen Frauen und Männern.

4.4.3 Unterschiedshypothesen zu Auswirkungen der Coping-Strategien

Folgend wurden zu adaptiven Coping-Strategien Versuchspersonen gezählt, die einen hohen Score im aufgabenorientierten Coping erzielten (4. Quartil) und gleichzeitig eine geringe Ausprägung an emotionsorientiertem Coping zeigten (1. Quartil). Gegenläufig wurden Testpersonen, die einen hohen Score im emotionsorientierten Coping erhielten (4. Quartil) und einen niedrigen im aufgabenorientierten Coping (1. Quartil), den maladaptiven Strategien zugeordnet. Infolgedessen wurde eine hohe Zahl der Teilnehmenden bei der statistischen Analyse dieser Hypothesen ausgeschlossen.

Bezogen auf das vermeidungsorientierte Coping und dessen Subkategorien wurden die Versuchspersonen an ihrem Median gesplittet und die beiden entstehenden Gruppen miteinander verglichen.

Fragestellung 4: Gibt es Unterschiede zwischen Personen, die maladaptive Coping-Strategien nutzen, und Personen, die adaptive Coping-Strategien nutzen, hinsichtlich der Alkoholgefährdung?

H₀ (4.1): Es gibt keinen Unterschied zwischen Personen, die maladaptive Coping-Strategien (CISS) nutzen, und Personen, die adaptive Coping-Strategien (CISS) nutzen, hinsichtlich der Alkoholgefährdung (AUDIT).

H₁ (4.1): Es gibt einen Unterschied zwischen Personen, die maladaptive Coping-Strategien (CISS) nutzen, und Personen, die adaptive Coping-Strategien (CISS) nutzen, hinsichtlich der Alkoholgefährdung (AUDIT).

H₀ (4.2): Personen, die vermeidungsorientiertes Coping nutzen, unterscheiden sich nicht von Personen, die nicht vermeidungsorientiertes Coping nutzen, hinsichtlich der Alkoholgefährdung (AUDIT).

H₁ (4.2): Personen, die vermeidungsorientiertes Coping nutzen, unterscheiden sich von Personen, die nicht vermeidungsorientiertes Coping nutzen, hinsichtlich der Alkoholgefährdung (AUDIT).

Analog zu H₀ bzw. H₁ (4.2) waren die Hypothesen **H₀** bzw. **H₁ (4.3)** und **(4.4)** zu den Subskalen sozialablenkungsorientiertes und zerstreungsorientiertes Coping des CISS formuliert.

4.4.4 Mediationshypothesen zu Auswirkungen von Coping-Strategien auf den Zusammenhang von Unsicherheitsintoleranz und Alkoholgefährdung

Fragestellung 5: Wird der Zusammenhang von Unsicherheitsintoleranz und Alkoholgefährdung von Coping-Strategien mediiert?

H₀ (5.1): Der Zusammenhang von UI (UI-18) und Alkoholgefährdung (AUDIT) wird nicht von emotionsorientierten Coping-Strategien (CISS) mediiert.

H₁ (5.1): Der Zusammenhang von UI (UI-18) und Alkoholgefährdung (AUDIT) wird von emotionsorientierten Coping-Strategien (CISS) mediiert.

Analog zu H₀ bzw. H₁ (5.1) waren die Hypothesen **H₀** bzw. **H₁ (5.2) bis (5.5)** zu den Subskalen aufgabenorientiertes, vermeidungsorientiertes, sozialablenkungsorientiertes und zerstreungsorientiertes Coping des CISS formuliert.

4.5 Angewandte statistische Auswertung

Alle statistischen Analysen wurden mit Hilfe der Software IBM SPSS 27 durchgeführt. Das Alphaniveau wurde bei den Analysen auf 5% festgelegt. Demnach galt ein Ergebnis von $p \leq .05$ als statistisch signifikant. Alle Fragestellungen wurden zweiseitig geprüft. Aufgrund der einzelnen Stichprobengrößen von $n > 30$ konnte, ausgehend vom zentralen Grenzwerttheorem, angenommen werden, dass die vorliegenden Daten normalverteilt sind (Bortz & Schuster, 2010). Auch von einer Unabhängigkeit der Daten voneinander konnte, basierend auf der Art der Stichprobenerhebung und des Studiendesigns, ausgegangen werden. Diese beiden Voraussetzungen an statistische Tests wurden daher in den einzelnen Fragestellungen nicht statistisch geprüft. Fehlende Werte wurden interpoliert, falls mindestens 80% der Items vollständig ausgefüllt wurden. Aus diesem Grund musste bei Untersuchungen des PSQ-20 ein Fall ausgeschlossen werden.

Für die einzelnen Subskalen des CISS und des PSQ-20 sowie die Gesamtskala des UI-18 und des AUDIT wurden Reliabilitätsanalysen mittels Cronbachs Alpha berechnet. Die interne Konsistenz lässt eine Aussage über die Genauigkeit der Messung zu. Ein Ergebnis von $\alpha \geq .70$ wird als akzeptabel gewertet (Bortz & Döring, 2006). Zu Beginn der Analysen wurden zur Beschreibung der soziodemografischen Angaben der Stichprobe deskriptive Statistiken berechnet. Für Geschlecht, Nationalität, Bildungsstand und Beziehungsstatus wurden Häufigkeiten angegeben. Das Alter wurde mit Mittelwert, Standardabweichung und Spannweite beschrieben. Zusätzlich wurde angegeben, wie viele Personen als alkoholgefährdet eingestuft wurden.

Inferenzstatistisch kamen unterschiedliche statistische Methoden zum Einsatz. Fragestellungen 1 und 2 wurden mit einer einfaktoriellen ANOVA geprüft. Die Summenskala der Unsicherheitsintoleranz wurde, mit Hilfe der visuellen Klassierung, in Quartile geteilt, die die vier Gruppen „niedrige“, „eher niedrige“, „eher hohe“ und „hohe“ Unsicherheitsintoleranz bildeten. Um eine Alphafehler-Kumulierung zu verhindern, wurde die Bonferroni-Holm-

Korrektur bei der Analyse der Subskalen des PSQ-20 durchgeführt (Hypothesen 2.1 bis 2.4). Bei einer Voraussetzungsverletzung der Varianzhomogenität (Levene-Test) wurde auf die Welch-ANOVA zurückgegriffen. Zusätzlich wurden die Daten mit Hilfe von Boxplots auf Ausreißer untersucht. Wenn es sich bei diesen um „echte“ Ausreißer, also plausible Werte, handelte, wurden die jeweiligen Fälle nicht von der Analyse ausgeschlossen. Im Fall von signifikanten Ergebnissen wurden post-hoc-Tests durchgeführt (Games-Howell bei inhomogenen Varianzen oder ungleichen Gruppengrößen und Tukey bei homogenen Varianzen und annähernd gleich großen Gruppen), die Aufschluss darüber geben sollten, welche Gruppen sich signifikant voneinander unterscheiden. Die Effektstärken der einfaktoriellen ANOVA wurden als Maß der Varianzaufklärung η^2 berichtet. Nach der Regel von Cohen (1988) ist ein $\eta^2 \geq .01$ ein kleiner Effekt, ein $\eta^2 \geq .06$ ein mittlerer Effekt und ein $\eta^2 \geq .14$ ein großer Effekt.

Fragestellung 3 wurde mittels einer Moderationsanalyse untersucht. Hierfür wurde das PROCESS-Makro Tool in der Version 4.2 für SPSS installiert (Hayes, 2018). Der Gesamtscore des wahrgenommenen Stresses stellte dabei die unabhängige Variable dar, die Alkoholgefährdung die abhängige Variable und das Geschlecht den Moderator. Da die Methode des Bootstrapping genutzt wurde, kann davon ausgegangen werden, dass die Moderation sehr robust ist und Voraussetzungsverletzungen keine drastischen Folgen für die Ergebnisse haben (Hayes, 2018). Der Vollständigkeit halber wurde dennoch die Voraussetzung der Linearität mittels Streudiagrammen und Anpassungskurven geprüft. Die kontinuierlichen Variablen wurden zentriert, um Multikollinearität zu verhindern.

Um Fragestellung 4 zu prüfen, wurde ein t -Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Hypothese 4.1 prüfte, ob sich Personen mit adaptiven Strategien von Personen mit maladaptiven Coping-Strategien unterscheiden. Hierfür wurde eine neue Variable erstellt. Personen, die Werte im 1. Quartil des aufgabenorientierten Coping und Werte im 4. Quartil des emotionsorientierten Copings erreichten, wurden händisch zur Gruppe „maladaptiv“ geordnet. Studienteilnehmende, die Werte im 4. Quartil im aufgabenorientierten Coping und im 1. Quartil im emotionsorientierten Coping erzielten, wurden der Gruppe „adaptiv“ zugeordnet. Personen, die in beiden Skalen hohe oder niedrige Werte erreichten, wurden aus der Analyse ausgeschlossen, indem ihnen fehlende Werte zugeschrieben wurden. Hypothesen 4.2 bis 4.4 prüften, ob sich Personen mit hohen vermeidungsorientierten (bzw. zerstreungsorientierten/sozialablenkungsorientierten) Werten von Personen mit niedrigen vermeidungsorientierten Werten unterscheiden. Die Skalen wurden am Median gesplittet und zwei Gruppen gebildet. Bei allen Hypothesen wurden Ausreißer mittels Boxplots überprüft.

Sollten Voraussetzungsverletzungen der Homoskedastizität vorgelegen haben (Levene-Test), wurde auf den Welch-Test zurückgegriffen. Im Falle von signifikanten Ergebnissen wurden Effektstärken als Cohens d angeführt. Ein $|d| \geq 0.20$ gilt als kleiner, $|d| \geq 0.50$ als mittlerer und $|d| \geq 0.80$ als großer Effekt (Cohen, 1988).

Die fünfte Fragestellung wurde mit Mediationsanalysen geprüft. Die Summenskala der Unsicherheitsintoleranz bildete die unabhängige Variable, die Mittelwertskalen der CISS-Subskalen wurden als Mediatoren eingebracht, und die Alkoholgefährdung (als Summenscore des AUDIT) bildete die abhängige Variable. Alle Variablen waren demnach intervallskaliert. Die Voraussetzung der Linearität wurde mittels Streudiagrammen überprüft. Es wurde nicht extra auf Varianzgleichheit oder Normalverteilung der Residuen geprüft, da die Mediationsanalyse Bootstrapping als Methode nutzt, was als sehr robustes Verfahren gewertet werden kann (Hayes, 2018). Die Voraussetzung der zeitlichen Präzedenz sollte durch das Studiendesign gegeben sein. Ein indirekter Effekt wurde als signifikant bewertet, wenn die ausgegebenen Konfidenzintervalle die „Null“ nicht einschlossen. Bei einem insignifikanten indirekten Effekt (Pfade a und b) wurde die Analyse abgebrochen.

5 Ergebnisse

Im nachfolgenden Kapitel werden zunächst die deskriptiven Beschreibungen der Stichprobe und anschließend die inferenzstatistischen Ergebnisse geschildert.

5.1 Deskriptive Daten

Geschlecht und Alter: Die Stichprobe bestand, wie im Studiendesign geplant, aus 160 weiblichen Teilnehmerinnen und aus 160 männlichen Personen. Die jüngste Person der Stichprobe war 18 Jahre alt, die älteste 68 Jahre alt. Es ergab sich ein Durchschnittsalter von 40.04 Jahren ($SD = 14.63$)

Nationalität, Beziehungsstatus: Insgesamt kamen 190 Personen aus Deutschland (59.4%), 108 Teilnehmende aus Österreich (33.7%) und 21 Versuchspersonen aus anderen Ländern (6.6%). Bei einer Person fehlte die Information (0.3%). Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren 56 Personen Single (17.5%), 135 Personen in einer Beziehung (42.2%), 110 Teilnehmende waren verheiratet (34.4%), 17 Versuchspersonen waren getrennt oder

geschieden (5.3%) und eine Person verwitwet (0.3%). Eine Person machte die Angabe „Anderes“ (0.3%).

Bildungsstand: Dem Studiendesign folgend hatte die eine Hälfte der Personen einen niedrigen Bildungsstand, definiert als Hochschulreife oder darunter (51.0%) und die andere Hälfte einen höheren Bildungsstatus, definiert als Bachelorabschluss (oder Gleichwertiges) und darüber (49.0%). Die genaue Aufteilung der höchsten Bildungsabschlüsse wird in Tabelle 3 abgebildet.

Tabelle 3. Häufigkeiten und Anteilswerte des höchsten Bildungsabschlusses

Bildungsstand	Anzahl	%
Pflichtschule	15	4.7
Lehrabschluss	47	14.7
Meisterprüfung	9	2.8
Berufsbildende mittlere Schule	12	3.8
Hochschulreife	80	25.0
Bachelor	63	19.7
Master	71	22.2
PhD oder Doktorat	23	7.1
Gesamt	320	100

Alkoholgefährdung: Bei einem Cutoff von 5 Punkten wurden 156 Teilnehmende (48.8%) als alkoholgefährdet eingestuft und 164 Personen (51.2%) als nicht gefährdet. Diese wiesen ein harmloses Trinkverhalten auf.

5.2 Reliabilitätsanalysen

Es wurde für alle Skalen bzw. Subskalen eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt, um die Genauigkeit der Messungen zu prüfen. Alle Skalen, bis auf die Subskala zerstreungsorientiertes Coping ($\alpha = .688$), erreichten mindestens akzeptable Werte. Die genauen Ergebnisse der Reliabilitätsanalysen werden in Tabelle 4 aufgelistet.

Tabelle 4. Reliabilitätsanalysen aller Skalen und Subskalen nach Cronbachs α , Minimum und Maximum der Trennschärfe sowie Itemanzahl

Skala	Itemanzahl	Cronbachs α	Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
AUDIT	10	.814	.354	.741
PSQ-20				
Sorgen	5	.801	.524	.648
Anspannung	5	.816	.532	.653
Freude	5	.802	.518	.660
Anforderungen	5	.784	.483	.663
CISS				
Aufgabenorientiert	8	.852	.430	.708
Emotionsorientiert	8	.831	.454	.645
Vermeidungsorientiert	8	.790	.368	.638
Zerstreuungsorientiert	4	.688	.413	.555
Sozialablenkungsorientiert	4	.848	.646	.786
UI-18	18	.924	.519	.722

5.3 Hypothesenprüfungen

Nachfolgend werden die Ergebnisse der vorherig dargestellten Hypothesen (4.4) berichtet.

5.3.1 Unterschiedshypothesen zu Auswirkungen der Unsicherheitsintoleranz

Fragestellung 1: Es wurde überprüft, ob Unterschiede zwischen Personen mit unterschiedlich hoher Unsicherheitsintoleranzausprägung in der Alkoholgefährdung bestehen. Die Voraussetzungen der Unabhängigkeit der Messungen, der Intervallskalierung der abhängigen Variable, der Nominalskalierung der unabhängigen Variable und die Normalverteilung der Gruppen in der abhängigen Variable waren durch das Studiendesign gegeben. Eine Überprüfung der Ausreißer erfolgte mittels Boxplots. Es wurden zehn leichte Ausreißer und zwei extreme Ausreißer gefunden. Es wurde überprüft, ob es sich um echte Ausreißer handelt; da dies zutraf, wurden die Fälle in die weitere Analyse inkludiert. Die

Voraussetzung der Varianzhomogenität wurde mit Hilfe des Levene-Tests überprüft und war gegeben ($p = .390$).

Das Ergebnis der einfaktoriellen ANOVA war mit einem $p = .030$ ($F = 3.017$; $df = 3$) signifikant. Aufgrund von ungleichen Gruppengrößen wurde der Games-Howell post-hoc-Test durchgeführt. Es konnte festgestellt werden, dass sich die Gruppen „eher hohe Unsicherheitsintoleranz“ und „hohe Unsicherheitsintoleranz“ signifikant mit einer Mittelwertsdifferenz von 2.3 Punkten voneinander in ihrer Alkoholgefährdung unterschieden ($p = .021$). In der Konsequenz konnte die Alternativhypothese angenommen werden und davon ausgegangen werden, dass es einen Unterschied in der Alkoholgefährdung zwischen Personen mit unterschiedlich hoher Unsicherheitsintoleranz gibt. Anzumerken ist, dass bei deskriptiver Betrachtung der Mittelwerte Personen mit einer „eher hohen“ Unsicherheitsintoleranz eine höhere Alkoholgefährdung zeigten als Personen mit „hoher“ Unsicherheitsintoleranz. Personen mit hoher Unsicherheitsintoleranz wiesen einen Mittelwert unter dem Cutoff von 5 auf ($M = 4.84$, $SD = 4.37$), Personen mit einer eher hohen Unsicherheitsintoleranz einen Wert von mehr als zwei Punkten über dem Cutoff für Risikopersonen ($M = 7.12$, $SD = 5.33$). In Abbildung 1 werden die deskriptiven Werte der einzelnen Gruppen in einem Boxplot abgebildet. Die Effektstärke wurde händisch über die Quadratsummen „Zwischen den Gruppen“ und „Gesamt“ berechnet und ergab ein $\text{Eta}^2 = 0.027$, was einem kleinen Effekt nach Cohen (1988) entspricht.

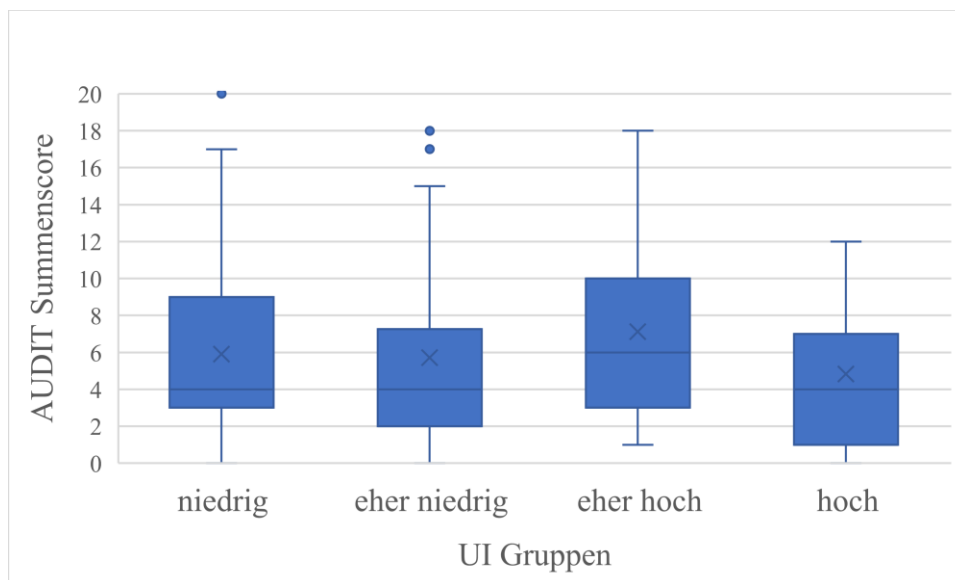


Abbildung 1. Boxplot: Vergleich der Unsicherheitsintoleranz-Gruppen in der Alkoholgefährdung

Anmerkungen. In der Graphik ist ein Wertebereich von 0–20 abgebildet. Der Wertebereich des AUDIT liegt jedoch bei 0–40

Fragestellung 2: Die gesamten Hypothesen prüfen, ob Unterschiede zwischen Personen mit unterschiedlich hoher Unsicherheitsintoleranzausprägung hinsichtlich der Subskalen und des Gesamtscores des PSQ-20 bestehen.

Fall 211 musste aufgrund von zu vielen fehlenden Informationen aus der Analyse ausgeschlossen werden. Als post-hoc-Test wurde auf den Games-Howell-Test zurückgegriffen, da eine ungleiche Gruppengröße bestand und in Hypothese 2.2 zusätzlich Varianzheterogenität.

Hypothese 2.1: Es wurde untersucht, ob es Unterschiede im wahrgenommenen Stress (PSQ-20: Gesamtscore) zwischen den Gruppen mit unterschiedlich hoher Unsicherheitsintoleranz gibt. Es konnte ein leichter Ausreißer festgestellt werden, dieser wurde, da es sich um einen echten Ausreißer handelte, in die weitere Analyse inkludiert. Die Varianzhomogenität ($p = .237$) und alle weiteren Voraussetzungen der einfaktoriellen ANOVA waren gegeben.

Die ANOVA ergab ein signifikantes Ergebnis. In Tabelle 5 können die genauen Werte zu allen Hypothesen der zweiten Fragestellung eingesehen werden. Da es sich bei der ANOVA um einen Omnibustest handelt, wurde der Games-Howell post-hoc-Test durchgeführt. Dieser zeigte, dass sich alle vier Gruppen signifikant voneinander unterscheiden. Abbildung 2 bildet die Boxplots der Gruppen ab. Deskriptiv statistisch wird deutlich: Je höher die Unsicherheitsintoleranz einer Person, desto stärker ausgeprägt ist auch ihr wahrgenommener Stress. Die Effektstärke ist als groß zu bezeichnen, und die Alternativhypothese wurde angenommen.

Tabelle 5. Alle Ergebnisse der Fragestellung 2. Angaben zum F-Wert, p-Wert, der Effektgröße η^2 , und dem nach Bonferroni-Holm korrigierten Alphaniveau

Skala	<i>F</i> (<i>df</i>)	<i>p</i>	η^2	α^*
Wahrgenommener Stress	28.582 (3)	<.001***	.214	
Sorgen ^a	28.578 (3)	<.001***	.235	.0125
Anspannung	23.840 (3)	<.001***	.185	.0167
Anforderung	10.038 (3)	<.001***	.087	.0500
Freude	16.060 (3)	<.001***	.133	.0250

Anmerkungen. ^a Ergebnisse der Welch-ANOVA

*** $p < .001$.

Zur Überprüfung der Hypothesen 2.2 bis 2.5 wurde die Bonferroni-Holm-Korrektur angewendet.

Beim Vergleich der Unsicherheitsintoleranz-Gruppen in deren Ausprägungen von Sorgen (**Hypothese 2.2**) konnten in der Ausreißer-Analyse drei leichte Extremwerte gefunden werden, die nicht exkludiert wurden. Die Varianzhomogenität war nicht gegeben ($p = .002$), daher wurde auf die robuste Welch-ANOVA zurückgegriffen. Das Ergebnis der Analyse war, wie in Tabelle 5 zu sehen, signifikant. Bei Betrachtung des post-hoc-Tests konnte festgestellt werden, dass sich nur die Gruppen „niedrige UI“ und „eher niedrige UI“ nicht signifikant voneinander in ihrer Ausprägung der Sorgen unterscheiden. Alle anderen Vergleiche der Gruppen untereinander besagten einen statistisch signifikanten Mittelwertsunterschied. Ein großer Effekt wurde festgestellt.

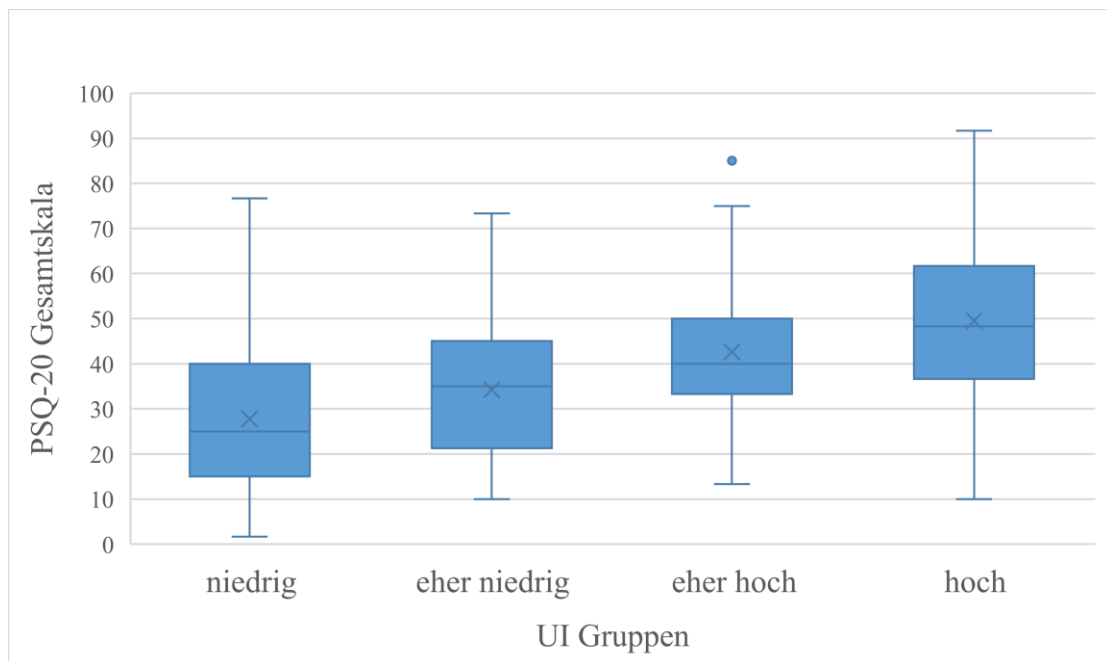


Abbildung 2. Boxplot: Vergleich der Unsicherheitsintoleranz-Gruppen im wahrgenommenen Stress (Wertebereich 0–100)

Bei der Untersuchung von **Hypothese 2.3**, in der Unterschiede zwischen den Unsicherheitsintoleranz-Gruppen in der Subskala „Anspannung“ des PSQ-20 untersucht wurden, wurden zwei leichte Ausreißer gefunden, die in die Analyse eingeschlossen wurden. Die Varianzhomogenität war gegeben ($p = .891$), und das Ergebnis war, trotz Bonferroni-Holm-Korrektur, statistisch signifikant (siehe Tabelle 5). Laut Games-Howell post-hoc-Test unterschieden sich nur die Gruppen „eher hohe UI“ und „hohe UI“ nicht signifikant voneinander. Das berechnete η^2 kann als groß bezeichnet werden.

Hypothese 2.4 testete nach Unterschieden in den Anforderungen. Es konnten keine Ausreißer gefunden werden. Die Voraussetzung der Homoskedastizität war ebenso wie alle anderen Voraussetzungen gegeben ($p = .087$). Das Ergebnis der ANOVA war signifikant. Nach Betrachtung des post-hoc-Tests konnte festgestellt werden, dass sich die Gruppe „niedrige UI“ signifikant von der Gruppe „eher hohe UI“ ($p = .015$) und „hohe UI“ ($p < .001$) unterschied. Die Gruppe „eher niedrige UI“ unterschied sich signifikant von der Gruppe „hohe UI“ ($p = .001$).

Die letzte **Hypothese 2.5** prüfte, wie sich die unterschiedlichen Unsicherheitsintoleranz-Gruppen in ihrer Freude unterschieden. Es konnte ein leichter Ausreißer in der Gruppe „eher hohe UI“ gefunden werden. Dieser wurde in die folgenden Analysen inkludiert. Die Varianzhomogenität war gegeben ($p = .396$). Das Ergebnis der ANOVA war signifikant. Die Analyse des post-hoc-Tests zeigt, dass sich einzig die Gruppen „niedrige UI“ und „eher niedrige UI“ nicht signifikant voneinander unterschieden. Bei Betrachtung der deskriptiven Daten der Gruppen kann festgestellt werden, dass, anders als in den Hypothesen 2.1 bis 2.4, eine hohe Ausprägung in der unabhängigen Variable, keine erhöhte Ausprägung in der abhängigen Variable bedingt. Personen mit viel Unsicherheitsintoleranz erleben weniger Freude.

Alle Alternativhypothesen aus Fragestellung 2 wurden angenommen und die Nullhypothesen verworfen. Es ist darauf hinzuweisen, dass in allen Unterschiedshypothesen ein mittlerer bis sehr großer Effekt nach Cohen (1988) gefunden werden konnte. Zusammenfassend kann berichtet werden: Personen, die eine höhere Unsicherheitsintoleranz erleben, zeigen mehr wahrgenommenen Stress, Sorgen, Anspannung sowie Anforderungen und weniger Freude.

5.3.2 Moderationshypothese zur Auswirkung von Geschlecht auf den Zusammenhang von Stress und Alkoholgefährdung

In **Fragestellung 3** wurde überprüft, ob das Geschlecht als Moderator zwischen dem Zusammenhang von Stress und der Alkoholgefährdung wirkt. Die Voraussetzung der Unabhängigkeit der Fehler der einzelnen Datenpunkte konnte durch die Art des Studiendesigns angenommen werden. Die Normalverteilung der Residuen konnte durch die Stichprobengröße von $n > 30$ ebenso vorausgesetzt werden. Lineare Beziehungen zwischen den einzelnen Variablen waren im Randbereich nicht vollständig gegeben. Es kam daher für die weiteren Analysen zu einem Verlust an statistischer Power. Eine Zentrierung des kontinuierlichen

Prädiktors (wahrgenommener Stress) wurde vorgenommen, um Multikollinearität vorzubeugen. Ein Fall wurde aufgrund von zu vielen fehlenden Werten ausgeschlossen, daher belief sich die Stichprobengröße auf $N = 319$. Es wurde Bootstrapping mit 5000 Iterationen und die heteroskedastizitäts-konsistenten Standardfehler zur Berechnung der Konfidenzintervalle genutzt.

Das Gesamtmodell zeigte eine signifikante Vorhersagekraft ($F(3, 315) = 4.678$, $p = .003$), wobei nur eine geringe Varianzaufklärung vorlag (3.65%). Bei weiterer Betrachtung wurde kein signifikanter Interaktionsterm gefunden ($F(1, 315) = 0.538$, $p = .464$, $\text{Eta}^2\text{-change} = .002$), weshalb davon ausgegangen werden kann, dass das Geschlecht nicht als Moderator auf die Beziehung von wahrgenommenem Stress und der Alkoholgefährdung wirkt. Die Nullhypothese wurde beibehalten.

Anschließend wurden die Haupteffekte ohne Interaktionsterm erneut betrachtet.

Hier konnte eine signifikante Beziehung zwischen Geschlecht und Alkoholgefährdung gefunden werden ($B = 1.796$, $p = .001$). Dementsprechend kann das Geschlecht als signifikanter Prädiktor für die Alkoholgefährdung gesehen werden. Deskriptive Daten zeigten, dass Männer ($M = 6.73$, $SD = 4.74$) eine höhere Punktzahl im AUDIT aufweisen als Frauen ($M = 5.02$, $SD = 4.74$) und damit eher alkoholgefährdet sind. Der wahrgenommene Stress konnte die Alkoholgefährdung nicht vorhersagen ($p = .314$).

5.3.3 Unterschiedshypothesen zu Auswirkungen der Coping-Strategien

Fragestellung 4 untersuchte mittels t -Tests für unabhängige Stichproben, wie sich Unterschiede in den verschiedenen Coping-Stilen auf die Alkoholgefährdung auswirkten.

Hypothese 4.1 betrachtete genauer, ob sich maladaptive und adaptive Coping-Stile unterschiedlich auf die Alkoholgefährdung auswirkten. Die Voraussetzungen für den ungepaarten t -Test waren alle erfüllt. Die Daten waren unabhängig, die abhängige Variable (Alkoholgefährdung) war intervallskaliert, und die unabhängige Variable (adaptives bzw. maladaptives Coping) war nominalskaliert mit zwei Ausprägungen. Es konnten vier leichte Ausreißer gefunden werden; da diese echte Werte darstellten, wurden sie nicht exkludiert. Die Voraussetzung der Normalverteilung konnte aufgrund eines $n > 30$ in beiden Gruppen vorausgesetzt werden. Die Homoskedastizität war gegeben ($p = .110$). Das Ergebnis des t -Tests war bei einem Alpha-Niveau von .05 nicht signifikant. Bei Betrachtung der deskriptiven Daten konnte dennoch beobachtet werden, dass Personen mit emotionsorientiertem Coping einen höheren Mittelwert in der Alkoholgefährdung zeigen als Personen mit adaptivem Coping. Die

genauen Statistiken aller Hypothesen von Fragestellung 4 sind in Tabelle 6 abgebildet. Es gab keinen signifikanten Unterschied von adaptivem und maladaptivem Coping in der Alkoholgefährdung. Die Nullhypothese wurde beibehalten.

Tabelle 6. Alle t-Tests für Fragestellung 4, zweiseitige Testung, Gruppengrößen, Mittelwert und Standardabweichung, t-Wert und p-Wert sind angegeben.

Skala	Gruppe	n	M (SD)	t (df)	p
CISS-auf/emo	Adaptiv	32	5.53 (4.36)	-1.477 (67)	.144
	Maladaptiv	37	7.54 (6.54)		
CISS-ver	Wenig verm.	170	5.61 (4.60)	-1.055 (318)	.292
	Hoch verm.	150	6.18 (5.03)		
CISS-soz	Wenig sozial.	169	5.54 (4.58)	-1.339 (318)	.182
	Hoch sozial.	151	6.26 (5.04)		
CISS-zer ^a	Wenig zerstreut.	174	5.64 (4.47)	-0.963 (288.215)	.336
	Hoch zerstreut.	146	6.16 (5.18)		

Anmerkungen. CISS auf/emot. = aufgabenorientiertes und emotionsorientiertes Coping, CISS-ver = vermeidungsorientiertes Coping, CISS-soz = sozialablenkungsorientiertes Coping, CISS-zer = zerstreunungsorientiertes Coping

^aErgebnisse des Welch-Test

Auch bei der Überprüfung von **Hypothese 4.2**, die testete, ob es einen Unterschied in der Alkoholgefährdung gibt, je nachdem ob man eher vermeidungsorientiert mit Stress umgeht oder nicht, wurden alle Voraussetzungen des ungepaarten *t*-Tests erfüllt. Die Daten waren unabhängig, die abhängige Variable (Alkoholgefährdung) war intervallskaliert, und die unabhängige Variable (hohes bzw. niedriges vermeidungsorientiertes Coping) war nominalskaliert mit zwei Ausprägungen. Es konnten neun leichte Ausreißer identifiziert werden. Da diese echte Werte waren, wurden sie in die weitere Analyse inkludiert. Eine Normalverteilung konnte aufgrund von einer Gruppengrößen $n > 30$ angenommen werden. Varianzgleichheit war gegeben ($p = .287$). Die Nullhypothese wurde beibehalten, da es keinen signifikanten Mittelwertsunterschied bei hohem vermeidungsorientiertem Coping im Vergleich zu niedrigem vermeidungsorientiertem Coping gab.

Hypothese 4.3 überprüfte Unterschiede von hohem im Vergleich zu niedrigem sozialablenkungsorientiertem Coping. Alle Voraussetzungen waren erfüllt. Es wurden zwölf leichte und zwei extreme Ausreißer gefunden; diese waren als echt zu identifizieren und wurden

somit nicht aus der Analyse exkludiert. Varianzhomogenität war gegeben ($p = .279$). Es konnte kein statistisch signifikanter Unterschied in der Alkoholgefährdung zwischen den beiden Gruppen gefunden werden. Folglich wurde die Nullhypothese beibehalten und die Alternativhypothese verworfen.

Die letzte **Hypothese 4.4** untersuchte Unterschiede im zerstreungsorientierten Coping. Alle Voraussetzungen an den t -Test für unabhängige Stichproben waren, mit Ausnahme der Varianzhomogenität, erfüllt. Es konnten neun leichte Ausreißer gefunden werden, die nicht ausgeschlossen wurden. Der Levene-Test fiel knapp signifikant aus ($p = .049$), daher wurden die Ergebnisse des robusten Welch-Tests ausgelesen. Es konnte kein signifikanter Unterschied gefunden werden. Aus diesem Grund wurde die Alternativhypothese verworfen und die Nullhypothese angenommen.

Insgesamt zeigte sich somit für Fragestellung 4, dass es keinen Unterschied für die Alkoholgefährdung gab, egal welche Coping-Strategien von den Versuchspersonen bevorzugt angewendet wurden.

5.3.4 Mediationshypothesen zu Auswirkungen von Coping-Strategien auf den Zusammenhang von Unsicherheitsintoleranz und Alkoholgefährdung

Fragestellung 5 untersuchte, ob verschiedene Coping-Strategien als Mediatoren auf den Zusammenhang von Unsicherheitsintoleranz und Alkoholgefährdung wirken. Die Voraussetzung der Linearität wurde mit Hilfe von Streudiagrammen überprüft. Verletzungen der Normalverteilung der Residuen oder der Homoskedastizität sollten durch das robuste Verfahren des Bootstrapping ausreichend kompensiert werden, sodass sie die Ergebnisse nicht verzerren (Hayes, 2018). Es wurden 5000 Iterationen und die heteroskedastizitäts-konsistenten Standardfehler zur Berechnung der Konfidenzintervalle genutzt. Die Voraussetzungen der Unabhängigkeit der Daten und der zeitlichen Präzedenz der Faktoren sollten durch das Studiendesign gegeben sein. Demnach wurde im Weiteren nur die Voraussetzung der Linearität einzeln geprüft und berichtet. In den Analysen wurde als unabhängige Variable die Summenskala der UI-18 und die Mittelwertsskalen der jeweiligen Subskalen des CISS als Mediatoren verwendet. Die abhängige Variable bildete die AUDIT-Summenskala. Demnach waren alle verwendeten Variablen intervallskaliert. War der indirekte Effekt, und damit die Pfade a und b, nicht signifikant, wurde die Analyse abgebrochen, da in einem solchen Falle keine Mediationseffekte existieren. Wurde ein signifikanter Mediationseffekt gefunden, wurden die unstandardisierten Pfadkoeffizienten des totalen, direkten und indirekten Effekts berichtet.

Hypothese 5.1 nutzte das emotionsorientierte Coping als Mediator. Die Voraussetzung der Linearität scheint nach LOESS-Glättung der Matrixdiagramme augenscheinlich etwa linear. Der totale Effekt von X (UI-18) auf Y (AUDIT) war nicht signifikant ($p = .624$, $KI [-0.049, 0.030]$). Pfad a ($p = .001$) und b ($p = .015$), also der indirekte Effekt ($KI [0.007, 0.066]$), sowie der direkte Effekt ($p = .042$, $KI [-0.088, -0.002]$) waren jedoch statistisch signifikant, wie in Abbildung 3 grafisch dargestellt ist. Diese Beobachtung ist eine Spezialform der Mediation und wird als „inconsistent mediation“ oder Suppression des direkten Effekts bezeichnet (Davis, 1985). Der direkte Effekt von Unsicherheitsintoleranz auf die Alkoholgefährdung war negativ, was darauf schließen lässt, dass je höher die Unsicherheitsintoleranz ist, desto geringer ist die Alkoholgefährdung. Die Unsicherheitsintoleranz wirkt positiv auf emotionsorientiertes Coping, was bedeutet, je höher die Unsicherheitsintoleranz, desto mehr emotionsorientiertes Coping wird gezeigt. Das emotionsorientierte Coping wirkt sich wiederum positiv auf die Alkoholgefährdung aus, beziehungsweise je höhere Werte im emotionsorientierten Coping erreicht werden, desto höher ist die Alkoholgefährdung. Dementsprechend unterdrückt das emotionsorientierte Coping den negativen Effekt von Unsicherheitsintoleranz auf die Alkoholgefährdung.

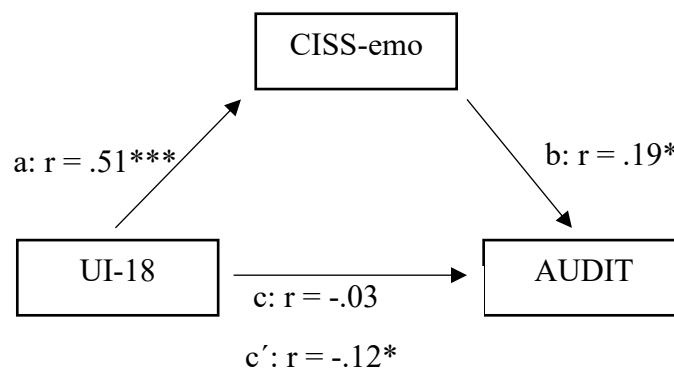


Abbildung 3. Mediationsmodell mit standardisierten Pfadkoeffizienten

Anmerkungen. CISS-emo = Subskala emotionsorientiertes Coping.

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

Für alle weiteren **Hypothesen 5.2 bis 5.5** war die Voraussetzung der Linearität augenscheinlich gegeben. Die Mediationen mussten jedoch abgebrochen werden, da weder ein totaler noch ein indirekter Effekt gefunden werden konnte.

6 Fazit

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Fragestellungen und Hypothesen zusammengefasst und in die Literatur eingebettet beschrieben. Weiters wird auf Kritikpunkte und Limitationen der Studie eingegangen, die unter anderem zu möglichen Verzerrungen der Ergebnisse geführt haben könnten. Zum Abschluss wird ein Ausblick auf mögliche weitere Forschung gegeben.

Das Ziel der Arbeit war es, die verschiedenen Konstrukte in Zusammenhang zu setzen und mögliche Gruppenunterschiede herauszufiltern. Hierfür wurde eine umfangreiche statistische Analyse durchgeführt. Das vermeidungsorientierte Coping konnte nicht so umfassend untersucht werden wie geplant, da die jeweiligen Mediationsanalysen nicht durchführbar waren.

7 Diskussion

Die erste Fragestellung untersuchte, ob es einen Unterschied in der Alkoholgefährdung gibt, je nachdem wie viel Unsicherheitsintoleranz eine Person besitzt. Deskriptiv-statistisch konnte zunächst beobachtet werden, dass mit Zunahme der Unsicherheitsintoleranz auch die Alkoholgefährdung anstieg. Eine Ausnahme zu diesem Trend bildete die Gruppe mit der am stärksten ausgeprägten Unsicherheitsintoleranz. Diese wies im AUDIT einen Mittelwert von mehr als 2 Punkten weniger als die Gruppe „eher hohe“ Unsicherheitsintoleranz auf und lag somit unter der Gefährdungsgrenze von 5 Punkten. Dieser Unterschied war signifikant und steht im Widerspruch zu einem Großteil der Literatur, in der Unsicherheitsintoleranz als Risiko- oder Vulnerabilitätsfaktor für erhöhten Alkoholkonsum gesehen wird (Kraemer et al., 2015; Oglesby et al., 2015). Ausschließlich in den Studien von Venanzi und Kolleg*innen (2022) sowie Schmits und Glowacz (2022) konnte ein ähnlicher Effekt gefunden werden. Bei Venanzi und Kolleg*innen (2022) habe eine geringe Unsicherheitsintoleranz den Effekt von Covid-19-bezogenem Stress auf den Alkoholkonsum moderiert und ein erhöhtes Risiko für problematisches Trinkverhalten bedingt. Folglich zeigten die Ergebnisse denselben Effekt wie in dieser Arbeit: Personen mit sehr hoher Unsicherheitsintoleranz zeigten eine geringere Alkoholgefährdung. Auch Schmitz und Glowacz (2022) kamen zu dem Ergebnis, dass die Häufigkeit, Alkohol zu konsumieren, während Covid-19 negativ mit Unsicherheitsintoleranz korrelierte. Venanzi und Kolleg*innen (2022) vermuteten, dass während der Pandemie ein

anderer und unvorhersehbarer Stress wahrgenommen wurde, der die Verbindung von Unsicherheitsintoleranz zu Alkohol umdrehte, weil die Menschen mehr Angst vor einem Kontrollverlust erlebten. Während des Erhebungszeitraums dieser Studie waren viele der Einschränkungen durch Covid-19 bereits aufgehoben, die Menschen lebten bereits seit über zwei Jahren im Ausnahmezustand, und viele offene Fragen, zum Beispiel in Bezug auf Ansteckungs- und Mortalitätsrisiko, waren bereits geklärt. Der Covid-19-bedingte Stress sollte bei den meisten Personen demnach abgeflacht sein, und viele sollten wieder in ihr präpandemisches Leben zurückgefunden haben. Aufbauend auf dieser Vermutung wirkt es überraschend, dass dennoch ein geringeres Level an Alkoholgefährdung bei hoch unsicherheitsintoleranten Personen gefunden werden konnte. Dieses Ergebnis lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass Personen mit starker Unsicherheitsintoleranz den enthemmten und teilweise unkontrollierbaren Zustand, der durch Alkohol erreicht werden kann, nicht gerne erleben. Sie verspüren vielleicht Angst beziehungsweise eine stärkere Unsicherheit gegenüber Alkohol, weil sie nicht einschätzen können, wie sie betrunken handeln würden. Dieses Risiko vermeiden sie, indem sie nur in harmlosen Mengen und Frequenzen konsumieren. Zusätzlich zu dieser Vermutung ist die Stichprobe keine klinische Population. Der Effekt, der in anderen Studien gefunden werden konnte, zeigt sich möglicherweise nur bei Angstpatient*innen oder Personen, die eine noch viel stärkere Unsicherheitsintoleranz besitzen als die Personen in dieser Stichprobe. Schließlich lag der höchste erreichte Wert in der UI-18 in der vorliegenden Arbeit bei 76 Punkten, während der Maximalwert der Skala bei 90 Punkten liegt. Insgesamt kann dennoch festgehalten werden, dass in dieser Arbeit die Unsicherheitsintoleranz nicht als Vulnerabilitätsfaktor für eine Alkoholgefährdung gesehen werden kann.

In Fragestellung 2 wurde die Unsicherheitsintoleranz in Verbindung mit Stresserleben untersucht. Hier konnte ein klarer Unterschied zwischen den verschiedenen Unsicherheitsintoleranz-Gruppen gefunden werden. Insgesamt kann man folgern: Je stärker die Unsicherheitsintoleranz einer Person ausgeprägt ist, desto höher zeigt sich ihr Stresslevel, und zwar in jeder Facette. Sie erleben mehr Sorgen, mehr Anspannung, höhere Anforderungen und weniger Freude als Personen mit geringerer Unsicherheitsintoleranz. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit dem aktuellen Forschungsstand (Bavolar et al., 2023; Kurita et al., 2013; Rosen & Knäuper, 2009) und scheint damit ein robuster Befund zu sein. Womöglich resultiert dieses Ergebnis, da für unsicherheitsintolerante Menschen jede unkontrollierbare, unsichere Situation ein Stressor ist. Vor allem Entscheidungen, die die Zukunft betreffen, oder Gedanken an

zukünftige Ereignisse rufen eine Stressreaktion hervor. Da derartige Gegebenheiten täglich vorkommen, könnte das Stresslevel der Personen dauerhaft erhöht sein.

Die dritte Fragestellung beschäftigte sich mit der Frage, ob das Geschlecht als Moderator auf den Zusammenhang von Stress und Alkoholgefährdung wirkt. Dies war nicht der Fall. Zwar konnte festgestellt werden, dass das Geschlecht einen Einfluss auf die Alkoholgefährdung hat, erstaunlicherweise konnte jedoch der wahrgenommene Stress riskantes Trinkverhalten nicht vorhersagen. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zur Literatur, in der zwar diskrepante Ergebnisse darüber gefunden werden konnten, ob das weibliche oder männliche Geschlecht als Risikofaktor unter Stress zu bewerten ist, aber konsistent Einflüsse von Stress auf die Alkoholgefährdung resultieren (Acuff et al., 2022; Armelie et al., 2000; Bantounou, 2023; Dawson et al. 2005; Keyes et al., 2012; Kuntsche et al., 2015; San José et al., 2000). Grund für diese Beobachtung könnte der Fakt sein, dass die beschriebenen Effekte von Stress auf den Alkoholkonsum verstärkt bei Person auftreten, die einen allgemein höheren Konsum zeigen als die Allgemeinpopulation. Möglicherweise können die Effekte verstärkt bei Personen mit diagnostizierter Alkoholkonsumstörung objektiviert werden.

Des Weiteren wurde in dieser Arbeit untersucht, wie sich die verschiedenen Coping-Strategien auf die Alkoholgefährdung auswirken. Hierfür wurden zunächst adaptive mit maladaptiven Strategien verglichen. In der Literatur weisen viele Studien darauf hin, dass maladaptive Strategien das Risiko eines problematischen Trinkverhaltens erhöhen (Johnson & Pandina, 1993). Diese Studie konnte den Effekt nicht finden. Deskriptiv-statistisch kann bei maladaptiven Strategien ein höherer Wert im AUDIT beschrieben werden als bei adaptiven Strategien. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Auch in diesem Fall könnte die nicht-klinische Stichprobe der Grund dafür sein. Ebenso muss darauf hingewiesen werden, dass in dieser Studie die Zuteilung zu maladaptiven Strategien fehlerleitend sein könnte. Wie im Theorieteil angeführt, ist nicht jede emotionsorientierte Strategie maladaptiv. Aus Einfachheitsgründen wurden jedoch hoch emotionsorientierte und gering aufgabenorientierte Personen dieser Gruppe zugeordnet. Dies könnte zu einem verfälschten Bild geführt haben.

Die Alternativhypothesen zum vermeidungsorientierten Coping und den Unterkategorien des sozialablenkungsorientierten und des zerstreungsorientierten Copings konnten ebenso nicht angenommen werden. Es resultierte kein Unterschied in der Alkoholgefährdung zwischen Personen, die stark oder wenig vermeidungsorientiert Stress bewältigen. Möglicherweise hätten nur die Gruppen des 1. und des 4. Quartils miteinander verglichen werden sollen und keine bloße Einteilung am Median durchgeführt werden sollen. Diese Extremgruppen hätten eventuell einen stärkeren Unterschied hervorgebracht. Zusätzlich

muss beachtet werden, dass Kälin und Semmer (2020) in ihrem Manual zum CISS darauf verweisen, dass vermeidungsorientiertes Coping mit aufgabenorientiertem und problemorientiertem Coping korreliert. Diese Überlappung der Strategien könnte zu einem fehlenden Effekt geführt haben. Eine andere Erklärung ist schlicht, dass vermeidungsorientierte Strategien keinen Einfluss auf die Alkoholgefährdung zeigen. Eine Überlegung dazu wäre, dass Personen sich eher durch Aktivitäten und vor allem soziale Beschäftigungen ablenken und sie demnach nur aus gesellschaftlichen Gründen mit ihren Freund*innen zusammen trinken. Das Trinkverhalten kann möglicherweise eher dem Sozialen als dem Bewältigungsmotiv zugeordnet werden und ist folglich nicht so stark mit problematischem Trinken assoziiert (Bresin & Mekawi, 2021). Diese Vermutung steht jedoch im Widerspruch zum aktuellen Forschungsstand, in dem Auswirkungen des vermeidungsorientierten Copings auf problematischen Alkoholkonsum gefunden werden konnte (Holahan et al., 2001; Wagner et al., 1999).

Die letzte Fragestellung ging der Frage nach, ob die verschiedenen Coping-Stile einen Einfluss auf den Zusammenhang von Unsicherheitsintoleranz und Alkoholgefährdung ausüben.

Die Analysen des problemorientierten, vermeidungsorientierten, sozialablenkungsorientierten und zerstreungsorientierten Copings konnten nicht ausgewertet werden, da keine signifikanten Pfade aufzufinden waren. Demnach wirken die verschiedenen Strategien nicht als Mediatoren. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Taha und Kolleg*innen (2012). Sie untersuchten den mediiierenden Effekt von Coping auf die Verbindung von Unsicherheitsintoleranz und Depression. Es zeigte sich, dass vermeidungsorientierte und problemorientierte Strategien nicht als Mediatoren wirkten. Es gibt eine hohe Komorbidität und einen starken Zusammenhang zwischen Alkoholkonsumstörungen und affektiven Störungen (Mundle et al., 2003). Auf diesem Befund beruhend kann die Studie von Taha und Kolleg*innen (2012) das Ergebnis unterstützen, dass aufgabenorientierte und vermeidungsorientierte Bewältigungsstrategien möglicherweise auch keinen Einfluss auf die Alkoholgefährdung ausüben. Anders sah die Beziehung beim emotionsorientierten Coping aus. Hier präsentierte sich ein statistischer Sonderfall. Unsicherheitsintoleranz hing positiv mit emotionsorientiertem Coping zusammen. Dies bedeutet, dass je stärker die Unsicherheitsintoleranz war, desto mehr emotionsorientierte Strategien wurden von den Versuchspersonen eingesetzt. Dieses Verhalten wird auch in der Literatur beschrieben (AlHadi et al., 2021). Die emotionsorientierten Strategien wirkten sich wiederum positiv auf die Alkoholgefährdung aus. Auch dazu finden sich Befunde in der Literatur (Johnson & Pandina, 1993). Das Erstaunliche war nun, dass Unsicherheitsintoleranz negativ auf die Alkoholgefährdung wirkte und starke

Unsicherheitsintoleranz demnach weniger risikoreiches Konsumverhalten bedingte. Das emotionsorientierte Coping unterdrückte diesen Effekt, und es scheint, als wären keine Einflüsse oder Zusammenhänge zwischen den Konstrukten vorhanden.

8 Limitationen

An dieser Stelle ist es wichtig, auch auf Kritikpunkte und mögliche Verzerrungen der Studie hinzuweisen.

Zunächst muss auf Mängel am Studiendesign eingegangen werden. Es handelte sich um eine geschichtete Quotenstichprobe, somit wurde zumindest eine Verzerrung aufgrund einer ungleichen Verteilung im Geschlecht, im Bildungsstand und im Alter verhindert. In den einzelnen Schichten ergab sich jedoch eine Anfallsstichprobe. Die Studierenden aus dem TEWA-Seminar haben in ihrem eigenen Bekanntenkreis rekrutiert, wodurch ein Bias vorliegen könnte, möglicherweise vor allem in Bezug auf den sozioökonomischen Status der Teilnehmer*innen. Zudem beruhten die vorgelegten Fragebögen ausschließlich auf Selbstauskunft der Befragten. Dies erhöht das Risiko sozial erwünschter Antworten. Vor allem in Bezug auf den AUDIT könnte dies ein Problem dargestellt haben. Als weiteren Kritikpunkt am Studiendesign ist die querschnittliche und nicht-experimentelle Untersuchung zu nennen. Hierdurch ergibt sich, dass keine Kausalaussagen gemacht werden können und somit auch keine Verallgemeinerung der Studienergebnisse. Es finden sich auch einige Problematiken in anderen Teilen der Methodik. Zum einen liegt die Reliabilität des zerstreungsorientierten Coping ($\alpha = .688$) unter dem Mindeststandard von $\alpha \geq .70$. Somit ist keine ausreichende Genauigkeit der Messung gegeben. Zum anderen wurde in Fragestellung 4.1 mit viel kleineren Gruppen gerechnet als in allen anderen Fragestellungen, da eine Vielzahl an Proband*innen ausgeschlossen werden mussten. Auch die durchgeführte Zuteilung zu adaptiven und maladaptiven Coping-Strategien ist in Zweifel zu ziehen. In der Literatur wurde beschrieben, dass verschiedene Strategien erst in bestimmten Situationen ihren funktionalen beziehungsweise dysfunktionalen Charakter annehmen. Folglich sollte keine Pauschalisierung und Einteilung von emotionsorientierten Strategien zu maladaptiven und problemorientierten Strategien zu adaptiven Stilen stattfinden.

Ebenso muss beachtet werden, dass die Daten der Studie noch während der Corona-Pandemie erhoben wurden. Alle Lockdowns waren zwar bereits beendet und viele Einschränkungen aufgehoben, dieser Umstand könnte jedoch Grund für einige Ergebnisse, die

im Widerspruch zur präpandemischen Literatur stehen, erklären. Der genaue Einfluss von Covid-19 auf die Studienergebnisse kann nicht geklärt werden.

9 Ausblick

In zukünftiger Forschung sollte ein experimenteller und längsschnittlicher Ansatz zur Untersuchung der Konstrukte im Zusammenhang mit Alkohol gewählt werden, um allgemeingültigere Aussagen treffen zu können. Auch Tagebuchstudien scheinen für die Erfassung des Alkoholkonsums sinnvoll, um eine Erinnerungsverzerrung zu Gunsten von sozial angesehenem Verhalten seitens der Proband*innen abzuschwächen. Auch eine genauere Einteilung in adaptive und maladaptive Stressbewältigung könnte auf diese Weise bewerkstelligt werden. Ebenso sollte in der Stichprobenrekrutierung darauf geachtet werden, Personen unterschiedlicher sozialer Schichten zu inkludieren und auf eine ausreichende Anzahl von diversen Personen zu achten. Diese werden in der Forschung stark vernachlässigt, und es sollte in Zukunft einen höheren Stellenwert haben, nicht nur Personen, die in die binäre Klassifikation von Männern und Frauen passen, zu untersuchen. Zusätzlich ist es wichtig, die Allgemeinbevölkerung stärker in der Forschung zu problematischem Alkoholkonsum in den Blick zu nehmen und sich nicht nur auf klinische Populationen zu beschränken, wie es in den meisten Studien der Fall ist.

Weiters wäre es wünschenswert, in der psychologischen Behandlung mehr Fokus auf die Unsicherheitsintoleranz zu legen. Sie spielt einen ernstzunehmenden Faktor in der Entwicklung vieler psychischer Störungen und wird aufgrund der zunehmenden Anzahl an Krisen mit unsicherem Ausgang, denen die Menschheit ausgesetzt ist (z.B. Ukraine-Krieg, Klimakrise, mögliche weitere Pandemien), an immer mehr Bedeutung gewinnen.

Literatur

- Abbey, A., Smith, M. J., & Scott, R. O. (1993). The relationship between reasons for drinking alcohol and alcohol consumption: An interactional approach. *Addictive Behaviors*, 18(6), 659–670. doi: 10.1016/0306-4603(93)90019-6
- Abrams, D. B., & Niaura, R. S. (1987). Social learning theory of alcohol use and abuse. In H. T. Blane, & K. E. Leonard (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (pp. 131–178). New York: Guilford Press.
- Acuff, S. F., Strickland J. C., Tucker J. A., & Murphy, J. G. (2022). Changes in alcohol use during Covid-19 and associations with contextual and individual difference variables: A systematic review and meta-analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 36(1), 1–19. doi: 10.1037/adb0000796
- AlHadi, A. N., Alarabi, M. A., & AlMansoor, K. M. (2021). Mental health and its association with coping strategies and intolerance of uncertainty during the COVID-19 pandemic among the general population in Saudi Arabia: cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 21: 382. doi: 10.1186/s12888-021-03370-4
- Anton-Proksch-Institut. (o.D.). *Alkoholsucht*. Abgerufen am 29.05.2023 unter <https://www.api.or.at/sucht-abhaengigkeit/alkoholsucht/>
- Armeli, S., Carney, M. A., Tennen, H., Affleck, G., & O'Neil, T. P. (2000). Stress and alcohol use: A daily process examination of the stressor-vulnerability model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(5), 979–994. doi: 10.1037//0022-3514.78.5.979
- Avery, A. R., Tsang, S., Seto, E. Y. W., & Duncan, G. E. (2020). Stress, anxiety, and change in alcohol use during the COVID-19 pandemic: Findings among adult twin pairs. *Frontiers in Psychiatry*, 11: 571084. doi: 10.3389/fpsyt.2020.571084
- Bachmayer, S., Strizek, J., & Uhl, A. (2021). *Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen. Datenjahr 2021*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Bantounou, M. A. (2023). A narrative review of the use of alcohol during the Covid-19 pandemic; Effects and implications. *Journal of Addictive Diseases*, 41(1), 30–40. doi: 10.1080/10550887.2022.2058852

- Başalan İz, F. (2023). The impact of intolerance of uncertainty on coping styles among nursing students: The moderating role of descriptive properties. *Nurse Education in Practice*, 66: 103518. doi: 10.1016/j.nepr.2022.103518
- Bavolar, J., Kacmar, P., Hricova, M., Schrötter, J., Kovacova-Holevova, B., Köverova, M., & Raczova, B. (2023) Intolerance of uncertainty and reactions to the COVID-19 pandemic. *Journal of General Psychology*, 150(2), 143–170. doi: 10.1080/00221309.2021.1922346
- Bear, M. F., Connors, B. W., & Paradiso, M. A. (2020). *Neuroscience: Exploring the brain* (Enhanced fourth edition). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Becker, H. C. (2017). Influence of stress associated with chronic alcohol exposure on drinking. *Neuropharmacology*, 122, 115–126. doi: 10.1016/j.neuropharm.2017.04.028
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer-Medizin.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bradford, D. E., Shapiro, B. L., & Curtin, J. J. (2013). How bad could it be? Alcohol dampens stress responses to threat of uncertain intensity. *Psychological Science*, 24(12), 2541–2549. doi: 10.1177/0956797613499923
- Bratberg, G. H., Wilsnack, S. C., Wilsnack, R., Håvås Haugland, S., Krokstad, S., Sund, E. R., & Bjørngaard, J. H. (2016). Gender differences and gender convergence in alcohol use over the past three decades (1984–2008), the HUNT Study, Norway. *BMC Public Health*, 16: 723. doi: 10.1186/s12889-016-3384-3
- Bresin, K., & Mekawi, Y. (2021). The “why” of drinking matters: A meta-analysis of the association between drinking motives and drinking outcomes. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 45(1), 38–50. doi: 10.1111/acer.14518
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6

- Clay, J. M., & Parker, M. O. (2020). Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: A potential public health crisis? *Lancet Public Health*, 5(5): e259. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30088-8.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & 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
- Conger, J. J. (1956). Alcoholism: Theory, problem and challenge. II. Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 17(2), 296–305. doi: 10.15288/QJSA.1956.17.296
- Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, 6(2), 117–128. doi: 10.1037/1040-3590.6.2.117
- Davis, J. A. (1985). *The logic of causal order* (1. Aufl.). Beverly Hills: Sage Publications.
- 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
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (2020). *S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen*. Abgerufen am 28.05.2023 unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html>
- Doruk, A., Dugenci, M., Ersöz, F., & Öznur, T. (2015). Intolerance of uncertainty and coping mechanisms in nonclinical young subjects. *Archives of Neuropsychiatry*, 52(4), 400–405. doi: 10.5152/npa.2015.8779
- Dubow, E. F., & Rubinlicht, M. (2011). Coping. In B. B. Brown, & M. J. Printstein (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 3, pp. 109–118). San Diego: Elsevier Academic Press. doi: 10.1016/b978-0-12-373951-3.00107-1

- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215–226. doi: 10.1016/S0005-7967(97)00070-3
- Dybek, I. (2008). *Screening-Verfahren zur Entdeckung alkoholbezogener Störungen in Allgemeinarztpraxen: Reliabilität und Validität des AUDIT, AUDIT-C, und LAST* (Unveröffentlichte Dissertation). Universität Lübeck. Abgerufen am 26.06.2023 unter <https://www.zhb.uni-luebeck.de/epubs/ediss643.pdf>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. doi: 10.1126/science.847460
- Fliege, H., Rose, M., Arck, P., Levenstein, S., & Klapp, B. F. (2001). Validierung des „Perceived Stress Questionnaire“ (PSQ) an einer deutschen Stichprobe. *Diagnostica*, 47(3), 142–152. doi: 10.1026//0012-1924.47.3.142
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55(1), 745–774. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141456
- Gerlach, A. L., Andor, T., & Patzelt, J. (2008). Die Bedeutung von Unsicherheitsintoleranz für die Generalisierte Angststörung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37(3), 190–199. doi: 10.1026/1616-3443.37.3.190
- Grant, V. V., Stewart, S. H., O'Connor, R. M., Blackwell, E., & Conrod, P. J. (2007). Psychometric evaluation of the five-factor Modified Drinking Motives Questionnaire — Revised in undergraduates. *Addictive Behaviors*, 32(11), 2611–2632. doi: 10.1016/j.addbeh.2007.07.004
- Hasking, P., Lyvers, M., & Carpio, C. (2011). The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives and drinking behaviour. *Addictive Behaviors*, 36(5), 479–487. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.01.014
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis, Second Edition (Methodology in the Social Sciences)* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Heinrichs, M., Stächele, T., & Domes, G. (2015). *Stress und Stressbewältigung* (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Cronkite, R. C., & Randall, P. K. (2001). Drinking to cope, emotional distress and alcohol use and abuse: A ten-year model. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 62(2), 190–198. doi: 10.15288/jsa.2001.62.190
- Holahan, C. J., Ragan, J. D., & Moos, R. H. (2004). Stress. In C. D. Spielberger (Ed.), *Encyclopedia of applied psychology*, (pp. 485–493). New York: Elsevier Academic Press. doi: 10.1016/B978-0-12-809324-5.05724-2
- Johnson, V., & Pandina, R. J. (1993). A longitudinal examination of the relationships among stress, coping strategies, and problems associated with alcohol use. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17(3), 696–702. doi: 10.1111/j.1530-0277.1993.tb00822.x
- Kälin, W., & Semmer N. (2020). *CISS: Coping-Inventar zum Umgang mit Stress-Situationen. Deutschsprachige Adaptation des Coping Inventory for Stressful Situations (CISS™) von Norman S. Endler und James D. A. Parker*. Bern: Hogrefe.
- Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2012). Stress and alcohol: Epidemiologic evidence. *Alcohol Research: Current Reviews*, 34(4), 391–400.
- Khantzian, E. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244, doi: 10.3109/10673229709030550
- Kraemer, K. M., McLeish, A. C., & O'Bryan, E. M. (2015). The role of intolerance of uncertainty in terms of alcohol use motives among college students. *Addictive Behaviors*, 42, 162–166. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.11.033
- Kraus, L., Piontek, D., Pabst, A., & Bühringer, G. (2011). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Mortalität, Morbidität, soziale Probleme und Folgekosten in Deutschland. *Sucht*, 57(2), 119–129. doi: 10.1024/0939-5911.a000095
- Kuntsche, E., Wicki, M., Windlin, B., Roberts, C., Gabhainn, S. N., van der Sluijs, W., ... Demetrovics, Z. (2015). Drinking motives mediate cultural differences but not gender differences in adolescent alcohol use. *Journal of Adolescent Health*, 56(3), 323–329. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.10.267

- Kurita, K., Garon, E. B., Stanton, A. L., & Meyerowitz, B. E. (2013). Uncertainty and psychological adjustment in patients with lung cancer. *Psychooncology*, 22(6), 1396–1401. doi: 10.1002/pon.3155
- Kushner, M., Abrams, K., & Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: A review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 149–171. doi: 10.1016/s0272-7358(99)00027-6
- Lac, A. (2023). COVID-19 Stress (traumatic symptoms, compulsive checking, xenophobia, and danger & contamination) and alcohol use uniquely explain state alcohol cravings. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 45(2), 537–548. doi: 10.1007/s10862-023-10033-z.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- McCarty, R. J., Downing, S. T., Daley, M. L., McNamara, J. P. H., & Guastello, A. D. (2023). Relationships between stress appraisals and intolerance of uncertainty with psychological health during early COVID-19 in the USA. *Anxiety, Stress, and Coping*, 36(1), 97–109. doi: 10.1080/10615806.2022.2075855
- McGrath, E., Jones, A., & Field, M. (2016). Acute stress increases ad-libitum alcohol consumption in heavy drinkers, but not through impaired inhibitory control. *Psychopharmacology*, 233(7), 1227–1234. doi: 10.1007/s00213-016-4205-1
- McNally, A. M., Palfai, T. P., Levine, R. V., & Moore, B. M. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults: The mediational role of coping motives. *Addictive Behaviors*, 28(6), 1115–1127. doi: 10.1016/S0306-4603(02)00224-1
- Morris, E. P., Stewart, S. H., & Ham, L. S. (2005). The relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorders: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 25(6), 734–760. doi: 10.1016/j.cpr.2005.05.004
- Mundle, G., Banger, M., Mugele, B., Stetter, F., Soyka, M., Veltrup, C., & Schmidt, L. G. (2003). AWMF treatment guidelines: Acute treatment of alcohol-related disorders. *Sucht*, 49, 147–167. doi: 10.1024/suc.2003.49.3.147

- Oglesby, M. E., Albanese, B. J., Chavarria, J., & Schmidt, N. B. (2015). Intolerance of uncertainty in relation to motives for alcohol use. *Cognitive Therapy and Research*, 39(3), 356–365. doi: 10.1007/s10608-014-9665-1
- Oglesby, M. E., Gibby, B. A., Mathes, B. M., Short, N. A., & Schmidt, N. B. (2017). Intolerance of uncertainty and post-traumatic stress symptoms: An investigation within a treatment seeking trauma-exposed sample. *Comprehensive Psychiatry*, 72, 34–40. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.08.011
- Paltell, K. C., Edalatian Zakeri, S., Gorka, S. M., & Berenz, E. C. (2022). PTSD symptoms, intolerance of uncertainty, and alcohol-related outcomes among trauma-exposed college students. *Cognitive Therapy and Research*, 46(4), 776–790. doi: 10.1007/s10608-022-10302-3
- Peltier, M. R., Verplaetse, T. L., Mineur, Y. S., Petrakis, I. L., Cosgrove, K. P., Picciotto, M. R., & McKee, S. A. (2019). Sex differences in stress-related alcohol use. *Neurobiology of Stress*, 10: 100149. doi: 10.1016/j.ynstr.2019.100149
- Rettie, H., & Daniels, J. (2021). Coping and tolerance of uncertainty: Predictors and mediators of mental health during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 76(3), 427–437. doi: 10.1037/amp0000710
- Rodriguez, L. M., Litt, D. M., & Stewart, S. H. (2020). Drinking to cope with the pandemic: The unique associations of COVID-19-related perceived threat and psychological distress to drinking behaviors in American men and women. *Addictive Behaviors*, 110: 106532. doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106532
- Rosen, N. O., & Knäuper, B. (2009). A little uncertainty goes a long way: State and trait differences in uncertainty interact to increase information seeking but also increase worry. *Health Communication*, 24(3), 228–238. doi: 10.1080/10410230902804125
- Sacco, P., Bucholz, K. K., & Harrington, D. (2014). Gender differences in stressful life events, social support, perceived stress, and alcohol use among older adults: Results from a national survey. *Substance Use and Misuse*, 49(4), 456–465. doi: 10.3109/10826084.2013.846379

- San José, B., van Oers, H. A. M., van de Mheen, H. D., Garretsen, H. F. L., & Mackenbach, J. P. (2000). Stressors and alcohol consumption. *Alcohol and Alcoholism*, 35(3), 307–312. doi: 10.1093/alcalc/35.3.307
- Schmits, E., & Glowacz, F. (2022). Changes in alcohol use during the COVID-19 pandemic: Impact of the lockdown conditions and mental health factors. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(2), 1147–1158. doi: 10.1007/s11469-020-00432-8
- Sher, K. J., Bartholow, B. D., Peuser, K., Erickson, D. J., & Wood, M. D. (2007). Stress-response-dampening effects of alcohol: Attention as a mediator and moderator. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(2), 362–377. doi: 10.1037/0021-843X.116.2.362
- Sher, K. J., Grekin, E. R., & Williams, N. A. (2005). The development of alcohol use disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 493–523. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144107
- Sher, K. J., & Levenson, R. W. (1982). Risk for alcoholism and individual differences in the stress-response-dampening effect of alcohol. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(5), 350–367. doi: 10.1037/0021-843X.91.5.350
- Sorid, S. D., Yap, D. L., Bravo, A. J., & Behar, E. (2023). The moderating role of intolerance of uncertainty in the relationship between health anxiety and pandemic-related stress. *Cognitive Therapy and Research*, 47(3), 340–349. doi: 10.1007/s10608-023-10365-w
- Stewart, S. H., Gavric, D., & Collins, P. (2009). Women, girls, and alcohol. In K. T. Brady, S. E. Back, & S. F. Greenfield (Eds.), *Women and addiction: A comprehensive handbook* (pp. 341–359). New York: Guilford Press.
- Taha, S. A., Matheson, K., & Anisman, H. (2012). Everyday experiences of women posttreatment after breast cancer: The role of uncertainty, hassles, uplifts, and coping on depressive symptoms. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(3), 359–379. doi: 10.1080/07347332.2012.664259
- Taylor, S., Landry, C. A., Paluszec, M. M., Fergus, T. A., McKay, D., & Asmundson, G. J. G. (2020). COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates. *Depression and Anxiety*, 37(8), 706–714. doi: 10.1002/da.23071

- Taylor, S., Paluszek, M. M., Rachor, G. S., McKay, D., & Asmundson, G. J. G. (2021). Substance use and abuse, COVID-19-related distress, and disregard for social distancing: A network analysis. *Addictive Behaviors*, *114*: 106754. doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106754
- Veenstra, M. Y., Lemmens, P. H. H. M., Friesema, I. H. M., Garretsen, H. F. L., Knottnerus, J. A., & Zwietering, P. J. (2006). A literature overview of the relationship between life-events and alcohol use in the general population. *Alcohol & Alcoholism*, *41*(4), 455–463. doi: 10.1093/alcalc/agl023
- Venanzi, L., Dickey, L., Green, H., Pegg, S., Benningfield, M. M., Bettis, A. H., ... Kujawa, A. (2022). Longitudinal predictors of depression, anxiety, and alcohol use following COVID-19-related stress. *Stress and Health*, *38*(4), 679–691. doi: 10.1002/smi.3125
- Vorsorge Neu. (2005). *Problematischer Alkoholkonsum*. Abgerufen am 26.06.2023 unter <http://ftp.freenet.at/ges/alkoholueberwachung.pdf>
- Wagner, E. F., Myers, M. G., & McIninch, J. L. (1999). Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, *24*(6), 769–779. doi: 10.1016/s0306-4603(99)00058-1
- Wills, T. A., & Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. In S. Shiffman, & T. A. Wills (Eds.), *Coping and substance use* (pp. 3–24). San Diego: Academic Press.
- Wittchen, H. U., & Hoyer, J. (2011). Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In H. U. Wittchen, & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 3–25). Berlin: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-13018-2_1
- Wittgens, C., Muehlhan, M., Kräplin, A., Wolff, M., & Trautmann, S. (2022). Underlying mechanism in the relationship between stress and alcohol consumption in regular and risky drinkers (MESA): Methods and design of a randomized laboratory study. *BMC Psychology*, *10*: 233. doi: 10.1186/s40359-022-00942-1
- World Health Organization. (2022). *Alcohol*. Abgerufen am 19.06.2023 unter <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Beispielitems der Subskalen des PSQ-20 (Fliege et al., 2001)	29
Tabelle 2. Beispielitems der Subskalen des CISS (Kälin & Semmer, 2020)	30
Tabelle 3. Häufigkeiten und Anteilswerte des höchsten Bildungsabschlusses	37
Tabelle 4. Reliabilitätsanalysen aller Skalen und Subskalen nach Cronbachs α , Minimum und Maximum der Trennschärfen sowie Itemanzahl.....	38
Tabelle 5. Alle Ergebnisse der Fragestellung 2. Angaben zum F -Wert, p -Wert, der Effektgröße η^2 , und dem nach Bonferroni-Holm korrigierten Alphaniveau.....	40
Tabelle 6. Alle t -Tests für Fragestellung 4, zweiseitige Testung, Gruppengrößen, Mittelwert und Standardabweichung, t -Wert und p -Wert sind angegeben.....	44

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Boxplot: Vergleich der Unsicherheitsintoleranz-Gruppen in der Alkoholgefährdung.....	39
Abbildung 2. Boxplot: Vergleich der Unsicherheitsintoleranz-Gruppen im wahrgenommenen Stress (Wertebereich 0–100).....	41
Abbildung 3. Mediationsmodell mit standardisierten Pfadkoeffizienten.....	46

Abkürzungsverzeichnis

ANOVA	Analysis of Variance
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
CISS	Coping-Inventar zum Umgang mit Stress-Situationen
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KI	Konfidenzintervall
o. D.	Ohne Datum
PSQ-20	Perceived Stress Questionnaire-20
SRD	Stress response dampening theory
TEWA	Theorie und Empirie wissenschaftlichen Arbeitens
UI-18	Unsicherheitsintoleranzskala-18
WHO	World Health Organisation