

Universität Trier

Fachbereich I - Psychologie

---

**Lebensbedeutungen bei alkoholabhängigen Menschen:**

Eine empirische Untersuchung mit dem „Fragebogen zu Lebensbedeutungen“

---

Diplomarbeit

vorgelegt von Christina Beuel

Trier, im Mai 2004

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>THEORETISCHER HINTERGRUND.....</b>	<b>7</b>
2.1	DAS KONSTRUKT DES LEBENSSENS ..... 7	7
2.1.1	<i>Was ist Lebenssinn? Versuch einer Definition.....</i>	7
2.1.2	<i>Sinn in der psychologischen Literatur .....</i>	8
2.1.3	<i>Exkurs: Sinn aus der Sicht der Existenzanalyse und Logotherapie.....</i>	15
2.2	DER FRAGEBOGEN ZU LEBENSBEDEUTUNGEN.....	21
2.2.1	<i>Aufbau und Skalen des Fragebogens zum Lebenssinn.....</i>	21
2.2.2	<i>Zusammenhänge zwischen dem LeBe und anderen Messinstrumenten .....</i>	26
2.3	ALKOHOLABHÄNGIGKEIT .....	29
2.3.1	<i>Alkoholismus - Differenzierung des Begriffs.....</i>	30
2.3.2	<i>Störungsmodelle der Alkoholabhängigkeit .....</i>	33
2.3.3	<i>Folgeerscheinungen der Alkoholabhängigkeit .....</i>	39
2.3.4	<i>Das Konzept der Anonymen Alkoholiker .....</i>	40
2.4	SINN UND ALKOHOLABHÄNGIGKEIT.....	41
2.4.1	<i>Sucht aus existenzanalytischer Sicht.....</i>	42
2.4.2	<i>Die Studie von Rainer .....</i>	43
2.4.3	<i>Schlussfolgerungen aus der Studie von Rainer.....</i>	44
2.4.4	<i>Die Studien von Kern und von Krampen &amp; von Eye.....</i>	45
2.4.5	<i>Schlussfolgerung aus den Studien von Kern und von Krampen &amp; von Eye.....</i>	46
2.4.6	<i>Die Studie von Becker und Quinten .....</i>	47
2.4.7	<i>Schlussfolgerungen aus der Studie von Becker und Quinten.....</i>	48
2.4.8	<i>Die Studie von Scheller und Lemke.....</i>	51
2.4.9	<i>Schlussfolgerungen aus der Studie von Scheller und Lemke .....</i>	51
2.4.10	<i>Implikationen des Störungsbildes der Alkoholabhängigkeit für Lebensbedeutungen .....</i>	52
2.4.11	<i>Erwartungen bezüglich der Lebensbedeutungen von Teilnehmern an Selbsthilfegruppen.....</i>	54
<b>3</b>	<b>METHODIK .....</b>	<b>57</b>

3.1	DER PROZESS DER DATENERHEBUNG.....	57
3.2	BESCHREIBUNG DER UNTERSUCHTEN STICHPROBEN .....	58
3.2.1	<i>Die Gruppe der Alkoholiker, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in klinischer Behandlung befanden.....</i>	58
3.2.2	<i>Die Kontrollgruppe der KA-Gruppe .....</i>	59
3.2.3	<i>Die Gruppe der Alkoholiker in Selbsthilfegruppen.....</i>	59
3.2.4	<i>Die Normalstichprobe des LeBe insgesamt .....</i>	60
3.3	DIE AUSWERTUNG DER DATEN .....	60
3.4	STATISTISCHE BERECHNUNGEN .....	60
3.5	MAßNAHMEN ZUR KONTROLLE VON STÖR VARIABLEN .....	61
3.6	STATISTISCHE HYPOTHESEN .....	62
<b>4</b>	<b>ERGEBNISSE .....</b>	<b>68</b>
4.1	RELIABILITÄTEN DER SKALEN DES LeBe .....	68
4.2	EFFEKTE DER DEMOGRAFISCHEN VARIABLEN .....	69
4.2.1	<i>Alterseffekte in der KA-Gruppe.....</i>	69
4.2.2	<i>Geschlechtseffekte in der KA-Gruppe.....</i>	70
4.2.3	<i>Effekte der Variablen Bildungsstand .....</i>	71
4.2.4	<i>Effekte der Variablen Familienstand .....</i>	73
4.3	ERGEBNISSE DER HYPOTHESENPRÜFUNG .....	75
4.4	ERGEBNISSE DER EXPLORATIVEN TESTUNG.....	82
4.4.1	<i>Ergebnisse bezüglich der Dimensionen des LeBe.....</i>	83
4.4.2	<i>Ergebnisse bezüglich der Skalen des LeBe, zu denen keine Hypothesen aufgestellt wurden.....</i>	87
<b>5</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>91</b>
5.1	DISKUSSION DER HYPOTHESENGELEITETEN ERGEBNISSE .....	91
5.2	DISKUSSION DER EXPLORATIV GEWONNENEN ERGEBNISSE .....	97
5.2.1	<i>Diskussion der Ergebnisse bezüglich der Dimensionen des Lebe .....</i>	97
5.2.2	<i>Diskussion der Ergebnisse bezüglich der nicht hypothesenrelevanten Skalen....</i>	98
<b>6</b>	<b>AUSBLICK .....</b>	<b>100</b>

**7 ZUSAMMENFASSUNG.....102**

**8 LITERATURVERZEICHNIS .....104**

**ANHANG**

# 1 Einleitung

Alkoholismus ist in vielen Ländern verbreitet und ist mit vielfältigen negativen Konsequenzen verbunden. So betonen Saß, Wittchen & Zaudig (2001, S. 242), dass der Alkohol in den meisten Kulturen dieser Welt „das am häufigsten gebrauchte Beruhigungsmittel und die Ursache von beträchtlicher Morbidität und Mortalität“ darstellt. Was den Alkoholkonsum angeht lag Deutschland 1999 im europäischen Vergleich an fünfter Stelle (Küfner & Kraus, 2002). Nach einer Studie des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (Küfner & Kraus, 2002) konsumierten im Jahr 2003 insgesamt 5,5 Millionen Erwachsene, also 12,3% der Bevölkerung, Alkohol in einem Maße, das als riskant gilt. Im Jahr 2000 wurde nach einer Repräsentativerhebung in Deutschland bei drei Prozent der 18 bis 59-Jährigen eine Alkoholabhängigkeit und bei fünf Prozent Alkoholmissbrauch nach den Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV) diagnostiziert (Kraus & Augustin, 2001). Kostenanalysen ergaben alkoholbedingte volkswirtschaftliche Gesamtkosten in Höhe von 40 Mrd. DM im selben Jahr (Bergmann & Horch, 2000). 2001 waren 13% der im Straßenverkehr getöteten Personen auf Alkoholunfälle zurückzuführen (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 2001). Diese Daten zeigen, dass die negativen Folgen des Alkoholismus nicht nur die an Alkoholabhängigkeit erkrankten Personen und ihr unmittelbares soziales Umfeld betreffen, sondern auch ein gesellschaftliches und volkswirtschaftliches Problem darstellen. So formuliert die Bundesregierung in ihrem *Aktionsplan Drogen und Sucht*, der im Jahr 2003 verabschiedet wurde, als substanzbezogenes Ziel eine deutliche Senkung des Alkoholkonsums. Aufgrund der gesellschaftlichen Relevanz ist die bisher vorliegenden empirische Forschung zum Thema Alkoholismus recht umfangreich. Ein Thema, zu dem bisher jedoch nur sehr wenige Studien vorliegen, ist die Frage nach dem Lebenssinn bei alkoholabhängigen Menschen. Einige Autoren sind der Meinung, dass die Alkoholabhängigkeit in einem Zusammenhang zur Sinndimension steht (Schmidt, 1988; Rainer, 1997). Andere gehen sogar so weit, zu behaupten, dass die Abstinenz nur durch neue Sinnperspektiven erreicht werden kann (Lukas, 1994). Um das Thema des Lebenssinns in der Suchttherapie sowie in der präventiven Suchtarbeit angemessen berücksichtigen zu können, wäre eine Klärung der folgenden Fragen hilfreich: Unterscheiden sich Alkoholiker in Bezug auf das Ausmaß der von ihnen empfundenen Sinnerfüllung von anderen Menschen? Unterscheiden sie sich in Bezug auf bestimmte Bedeutungen, die sie in

ihrem Leben sehen von der Durchschnittsbevölkerung? Ziel der vorliegenden Diplomarbeit ist es, zur Klärung dieser Fragen beizutragen.

Hier soll nun ein kurzer Inhaltsüberblick dieser Arbeit gegeben werden. Kapitel 2 bildet den theoretischen Teil der Arbeit und beleuchtet zunächst das Konstrukt des Lebenssinns aus Sicht der Psychologie sowie der Logotherapie. Das verwendete Messinstrument, der Fragebogen zu Lebensbedeutungen (Schnell, 2003), wird beschrieben und Zusammenhänge zu anderen Messinstrumenten werden dargestellt. Das Störungsbild der Alkoholabhängigkeit wird kurz charakterisiert. Anschließend werden theoretische Vorstellungen und empirische Ergebnisse zur Frage der Sinnproblematik bei Alkoholabhängigen dargestellt. Daraus werden Hypothesen abgeleitet. In Kapitel 3, dem methodischen Teil der Arbeit, wird zunächst ein Überblick über den Ablauf der Datenerhebung sowie über Charakteristika der untersuchten Stichprobe gegeben. Die Vorgehensweise bei der Auswertung der Daten sowie die Art der statistischen Berechnungen werden dargestellt. Es wird über die Maßnahmen zur Kontrolle von Störvariablen berichtet und ein Überblick über die aufgestellten Hypothesen wird gegeben. In Kapitel 4 werden die Ergebnisse der durchgeführten statistischen Analysen berichtet. Diese werden dann in Kapitel 5 diskutiert und interpretiert. Vorschläge für die zukünftige Forschung, die sich aus der vorliegenden Arbeit ergeben, werden in Kapitel 6 gemacht. Kapitel 7 gibt schließlich eine kurze Zusammenfassung der Arbeit.

In der gesamten Arbeit werden die Begriffe Alkoholiker, Alkoholabhängiger, Proband, Teilnehmer und andere in der männlichen Form benutzt, auch wenn hiermit jeweils beide Geschlechter gemeint sind. Diese Vorgehensweise wurde gewählt, um den Lesefluss nicht zu stören.

## 2 Theoretischer Hintergrund

Dieses Kapitel bildet die theoretische Basis der vorliegenden Arbeit. Das Konstrukt ‚Lebenssinn‘ wird beleuchtet und der in dieser Studie verwendete Fragebogen zum Lebenssinn wird beschrieben. Das Störungsbild der Alkoholabhängigkeit wird charakterisiert und anschließend zur Sinnthematik in Bezug gesetzt.

### 2.1 Das Konstrukt des Lebenssinns

Im Rahmen dieser Arbeit geht es um das Thema „Lebenssinn“ und dieser Begriff kann, je nach Kontext, in dem er benutzt wird, verschiedene Bedeutungen haben. Im Folgenden werden zunächst verschiedene Bedeutungsaspekte des Begriffes erläutert. Dazu werden verschiedene in der Literatur gegebene Definitionen herangezogen. Anschließend wird ein Überblick über verschiedene psychologische Theorien und Modelle, in denen das Konstrukt des Lebenssinns eine Rolle spielt, gegeben. Aufgrund der großen Relevanz dieses Ansatzes werden die zentralen Konzepte und Annahmen in der von Viktor E. Frankl begründeten Logotherapie und Existenzanalyse ausführlich dargestellt.

#### 2.1.1 Was ist Lebenssinn? Versuch einer Definition

Freya Dittmann-Kohli und Gerben J. Westerhof (2000) geben folgende Definition des Begriffes Lebenssinn (meaning of life): "The term meaning of life can thus be understood as the interpretation of what it means to live one's life, on the one hand, and the goals and purposes one has in life, on the other hand." (ebd., S. 107). Unter Lebenssinn kann also zum einen die Bedeutung des Lebens an sich verstanden werden und zum anderen kann er konkrete Lebensziele meinen, die ein Individuum sich setzt. Irving D. Yalom (1989) differenziert dagegen zwischen einem *kosmischen* und einem *irdischen* Sinnbegriff. Der irdische Sinnbegriff meint die Ausrichtung eines Individuums auf konkrete Lebenszwecke und -ziele und ähnelt damit dem von Dittmann-Kohli und Westerhof beschriebenen Sinnaspekt. Yalom unterstreicht, dass *irdischer Sinn* vollkommen auf weltlichen Grundlagen beruht. Unter *kosmischem Sinn* versteht er dagegen das Gefühl, Teil eines übergreifenden und zusammenhängenden Musters zu sein. Während *irdischer Sinn* erlebt werden kann, ohne dass ein Individuum ein kosmisches System von Sinn besitzt, impliziert das Vorhandensein des

*kosmischen Sinns* ein Gefühl für *irdischen Sinn*. Yalom geht also davon aus, dass eine Person, der es an konkreten Lebenszielen mangelt, sich nicht mit einem größeren Ganzen verbunden fühlen kann.

Für Viktor E. Frankl (1979b, S. 58) stellen Sinn und Werte Gründe dar, „die den Menschen zu seinem jeweiligen Verhalten und Handeln bewegen.“. Er betont den umsetzbaren Charakter des Sinns, der sich jeweils in einer bestimmten Situation für eine bestimmte Person erschließt. So beschreibt Längle (1988, S. 7) den existenzanalytischen Sinnbegriff folgendermaßen: „...Sinn‘ - das ist in der Logotherapie keine abstrakte (und daher schwer fassliche) Kategorie. ‚Sinn‘ ist aber auch keine Anforderung, der der Mensch nicht gerecht werden könnte. ‚Sinn‘ ist, der Logotherapie zufolge, stets eine *konkrete* Möglichkeit, die es dem Menschen erlaubt, von Situation zu Situation seine Existenz ganzheitlich zu verwirklichen“. Der Gedanke, dass es eine konkrete Ebene des Sinns gibt, liegt auch dem in dieser Studie verwendeten Messinstrument, dem Fragebogen zu Lebensbedeutungen (LeBe), zugrunde. Allerdings wird hier zwischen dem abstrakten Gefühl der Sinnerfüllung und konkretisierbaren Aspekten dieser Sinnerfüllung, den „Lebensbedeutungen“ unterschieden (Schnell, 2004; vgl. auch Kapitel 2.2).

### 2.1.2 Sinn in der psychologischen Literatur

In der psychologischen Literatur findet man verschiedene Modelle, in denen das Konstrukt des Lebenssinns als eine zentrale Einflussgröße betrachtet wird. In den vergangenen Jahren hat die Forschung bezüglich dieses Konstruktes zugenommen. In diesem Kapitel wird ein kurzer Überblick über die relevanten psychologischen Modelle sowie über den bisherigen Forschungsstand zum Thema Sinn gegeben.

Als bedeutender Sinntheoretiker ist sicherlich Viktor E. Frankl zu nennen. Ausgehend von seinen Erfahrungen während der Inhaftierung in einem Konzentrationslager von 1942-1945 stellte er eine anthropologische Theorie auf, in der die Frage nach dem Sinn das zentrale Thema darstellt: die Existenzanalyse. Darauf basierend entwickelte er eine therapeutische Richtung, die den Menschen bei seiner Sinnfindung unterstützen soll, die sogenannte Logotherapie. Die zentralen Konzepte seiner Theorie werden in Kapitel 2.1.3 ausführlich dargestellt.

Als Jemand, der wichtige Impulse für die Sinnforschung in der Psychologie gesetzt hat, ist hier außerdem der amerikanische Psychologe Abraham Maslow zu erwähnen. In seinem Werk „Motivation und Persönlichkeit“ stellte er (1977) eine Hierarchie der

menschlichen Bedürfnisse auf. Er ordnet menschliche Bedürfnisse aufsteigend von den physischen (z. B.: Hunger und Schlaf) über die psychischen (z. B.: Schutz vor Gefahren, Unabhängigkeit) und sozialen (z. B.: Liebe, Geselligkeit) zu den geistigen Bedürfnissen (z.B.: Freiheit, Kreativität, Autonomie, Wissbegierde, Sinnfindung). Auffällig ist hier, dass die von Maslow beschriebenen höheren menschlichen Bedürfnisse große Ähnlichkeit zu den aus der qualitativen Studie von Schnell (in press) resultierenden Lebensbedeutungen (vgl. Kapitel 2.2) aufweisen. Als Beispiel seien hier Freiheit, Kreativität, Wissen, Leistung, Gemeinschaft sowie Liebe genannt. Während Maslow die physiologischen und die Sicherheitsbedürfnisse als Mangelbedürfnisse betrachtet, stellen soziale Motive, das Bedürfnis nach Selbstachtung und Wertschätzung sowie das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung für ihn Wachstumsmotive dar. Hervorzuheben ist, dass das Bedürfnis nach Selbstaktualisierung und Sinnfindung in der Maslow'schen Bedürfnistheorie als ein in der menschlichen Natur angelegtes Grundprinzip verstanden wird, das nach Erfüllung verlangt, sobald die ihm untergeordneten Bedürfnisse befriedigt sind. Dies stellt eine Parallele zu den Gedanken Frankls dar, der davon ausgeht, dass der Wille zum Sinn im Wesen des Menschen verankert ist (vgl. Kapitel 2.1.3.1). Beiden Theorien ist also der Gedanke gemeinsam, dass der Mensch seinem Wesen entspricht, wenn er sich über seine physiologischen Bedürfnisse hinaus entfaltet. Während Frankl hier die Sinnmanifestation in den Mittelpunkt stellt, ist Sinnfindung bei Maslow eines von mehreren möglichen Wachstumsmotiven. Maslow übte Kritik an Frankls Postulat (Maslow, 1966), dass Lebenssinn letztendlich nur durch Selbsttranszendierung zu erreichen ist (vgl. Kapitel 2.1.3.2). Nach der Maslow'schen Theorie kann Selbsttranszendierung nicht für jede Person und zu jedem Zeitpunkt gut sein, da ein Versäumnis der Befriedigung der Mangelbedürfnisse den natürlichen Entwicklungsprozess behindern würde. Frankl betrachtete die von Maslow beschriebene Bedürfnishierarchie dagegen als zu rigide, da der Mensch im Gegensatz zum Tier die Fähigkeit besitze, seine niederen Bedürfnisse zurückzustellen und auch ohne deren Befriedigung höhere Werte zu verwirklichen (Frankl, 1966). Battista und Almond (1973) integrierten die Gemeinsamkeiten der Theorien von Frankl und Maslow in einem Modell der Sinnerfüllung. Danach impliziert Sinnerfüllung a) das Gefühl einer Lebensperspektive oder eines Lebenszusammenhangs, aus dem individuelle Lebensziele resultieren und b) das Gefühl an der Realisierung dieser Lebensziele zu arbeiten.

Im Gegensatz zu Frankl und Maslow beschreibt Irving D. Yalom (1989) die Sinnlosigkeit als eines der existentiellen Grundprobleme des Menschen. Er geht zwar, wie Frankl und Maslow davon aus, dass der Mensch einen Lebenssinn, also Ziele, Werte und

Ideale für die es sich zu leben lohnt, braucht und ohne diese krank würde. Er postuliert jedoch, dass Lebenssinn weder außerhalb (wie bei Frankl) noch innerhalb des Selbst (wie bei Maslow) gefunden werden kann. Das Sinndilemma besteht für ihn darin, dass das Universum an sich keinen Sinn enthält außer demjenigen, den der Mensch selbst erschafft.

Das Konstrukt der Sinnerfüllung fand außerdem Eingang in verschiedene Stressverarbeitungstheorien. So stellt das Gefühl von Sinnhaftigkeit eine wichtige Komponente des von Suzanne C. Kobasa (1979) entwickelten Persönlichkeitskonstrukts der inneren Widerstandsfähigkeit (*hardiness*) dar. Diese Persönlichkeitseigenschaft unterscheidet nach Kobasa zwischen Personen, die belastende Lebensereignisse gut bewältigen können, und solchen, die es nicht können. Als Komponenten der inneren Widerstandsfähigkeit nennt Kobasa neben Kontrolle (*control*) und Herausforderung (*challenge*) die Komponente der Verpflichtung oder des Engagements (*commitment*). Unter *commitment* versteht sie ein generalisiertes Gefühl der Sinnhaftigkeit und des Lebenszwecks, das sich durch die Bereitschaft, sich aktiv in Dinge zu involvieren ausdrückt. Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1997) kritisierte an Kobasas Konzept die zu starke Kulturbezogenheit. Mit seinem Konzept der *Salutogenese* leitete er einen Paradigmenwechsel in der klinisch-psychologischen und medizinischen Forschung ein. Sein Anliegen bestand darin, den in der Medizin vorherrschenden pathogenetischen Ansatz, in dem das Hauptaugenmerk auf der Erforschung krankheitserzeugender Faktoren liegt, um eine „salutogenetische“ Sichtweise zu ergänzen (Antonovsky, 1997). Er versuchte, Bedingungen zu identifizieren, die es dem Einzelnen ermöglichen, krankmachende Einflüsse auszugleichen und so einen gesunden Zustand aufrechtzuerhalten. Zur Beschreibung dieser Widerstandsressourcen entwickelte er das übergreifende Konzept des Kohärenzgefühls (*sense of coherence*). Dies definiert er als:

eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen. (Antonovsky, 1997, S. 36)

Er betrachtet das Kohärenzgefühl als Persönlichkeitskonstante, die über die Zeit hinweg stabil ist und sich aus den folgenden drei Komponenten zusammensetzt: *comprehensibility*, *manageability* und *meaningfulness*, was mit Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit übersetzt werden kann. Mit Verstehbarkeit meint Antonovsky die Erwartung, künftige Reize einordnen und verstehen zu können. Unter der zweiten Komponente der „Handhabbarkeit“ versteht er die Überzeugung, über ausreichende Ressourcen zu verfügen, um Anforderungen bewältigen zu können. Unter Bedeutsamkeit als dritter Komponente versteht Antonovsky (1997, S. 35) „...das Ausmaß, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet...“ Hier geht es um die Fähigkeit, Probleme als Herausforderungen zu werten, die den persönlichen Einsatz lohnen. Während die ersten beiden Komponenten Erwünschtheit und Handhabbarkeit kognitive Aspekte des Kohärenzgefühls darstellen, wird durch die Komponente der Bedeutsamkeit die emotionale Seite des Kohärenzgefühls betont. Antonovsky geht davon aus, dass Bedeutsamkeit im Hinblick auf die Erhaltung der Gesundheit die wichtigste Komponente darstellt. Er versteht sie als motivierende Kraft, ohne die starke Ausprägungen auf den Faktoren Handhabbarkeit und Erwünschtheit nicht anhaltend wären. Antonovsky beschreibt das Kohärenzgefühl als Persönlichkeitsvariable, die sich im Laufe der ersten zehn Lebensjahre ausbildet und danach relativ konstant bleibt. Nur ein ganzes Muster an neuen Lebenserfahrungen kann, seiner Meinung nach, eine Veränderung des Kohärenzgefühls bewirken (Antonovsky, 1997). Die Chance, das Kohärenzgefühl eines Menschen mit Hilfe therapeutischer Methoden zu beeinflussen hält er aufgrund des meist kurzfristigen Charakters einer Therapie für sehr gering. Dies stellt einen Gegensatz zu Frankls Ansatz dar, der aufgrund seiner existenzanalytischen Überlegungen eine Therapie zur Unterstützung der individuellen Sinnfindung entwickelte (vgl. Kapitel 2.1.3). In seiner Theorie berücksichtigt Antonovsky auch die soziale Komponente, indem er davon ausgeht, dass das Ausmaß an Kohärenzgefühl einer Gruppe sich auf die Gesundheit der einzelnen Gruppenmitglieder auswirken kann. Auch Lazarus und De Longis (1983) beziehen in ihrem Stressbewältigungsmodell das Konstrukt der Lebensbedeutungen mit ein. Sie gehen davon aus, dass persönliche Lebensbedeutungen den Stress- und Coping-Prozess über die Lebensspanne beeinflussen. Neben dem Konstrukt der Kontrollüberzeugungen sehen sie existentielle Überzeugungen wie Vertrauen und den Glauben an eine höhere, natürliche Ordnung als Einflussgrößen des Coping-Prozesses.

Eine Gemeinsamkeit der Theorien von Frankl, Yalom, Maslow und Antonovsky besteht in der Annahme, dass ein Zusammenhang zwischen dem Empfinden von

Sinnerfüllung und psychischem Wohlbefinden und umgekehrt zwischen mangelnder Sinnhaftigkeit und psychischer Beeinträchtigung besteht. Korotkov (1998) betont die Widersprüchlichkeit der empirischen Befunde zu dieser Annahme. So zeigt sich in einer Studie von Reker, Peacock und Wong (1987) ein positiver Zusammenhang zwischen körperlichem und psychischem Wohlbefinden und dem Vorhandensein eines Lebenszwecks.<sup>1</sup> Der Zustand des existentiellen Vakuums (vgl. Kapitel 2.1.3.5) ging dagegen mit körperlicher Beeinträchtigung einher. Debats (1996) untersuchte die klinische Relevanz des Lebenssinn-Konstrukts<sup>2</sup>. Er fand einen starken positiven Zusammenhang zwischen Selbstachtung und Lebenssinn sowie zwischen Glück und Lebenssinn. Psychische Beeinträchtigung ging in dieser Studie mit geringem Lebenssinn einher. Darüber hinaus zeigten sich in der Untersuchung von Debats (ebd.) Zusammenhänge zwischen Lebenssinn und Therapieerfolg<sup>3</sup>. Zika und Chamberlain (1992) berichten starke Zusammenhänge zwischen Lebenssinn und Wohlbefinden bei gewordenen Müttern und älteren Menschen<sup>4</sup>. In einer Untersuchung von Debats, Drost und Hansen (1995) zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen erfolgreicher Bewältigung kritischer Lebensereignisse und Sinnerfüllung. Andere Studien, in denen die Beziehungen zwischen der Bedeutsamkeitskomponente des Kohärenzgefühls und gesundheitsbezogenen Korrelaten untersucht wurden, unterstützen diese Befunde nicht. So wies die Bedeutsamkeitskomponente in manchen Untersuchungen (Flannery & Flannery, 1990; Flannery, Perry, Penk & Flannery, 1994) im Vergleich zu den anderen Komponenten

---

<sup>1</sup> Hier wurde das Life Attitude Profile (LAP; Reker & Peacock, 1981) eingesetzt.

<sup>2</sup> Als Messinstrumente dienten hier der CRI (Battista & Almond, 1973), der Happiness Index (HI, Veenhoven, 1984), die Self-Esteem Scale (SES, Helbing, 1982) und die Symptom Checkliste (SCL-90-R, Derogatis, 1977).

<sup>3</sup> Ein zu beachtender Störfaktor in der Therapieerfolgswissenschaft liegt in der Tatsache, dass die Durchführung einer Befragung einen Einfluss auf das Therapeuten- und Patientenverhalten haben kann. In der betreffenden Studie wurden die Therapeuten zwar nicht darüber informiert, welche ihrer Patienten an der Untersuchung teilnahmen, allein ihr Bewusstsein über die Befragung könnte jedoch einen Effekt haben. Die Nennung der Thematik der Befragung könnten außerdem zu einer verstärkten Auseinandersetzung mit der Sinnthematik führen.

<sup>4</sup> Zur Erfassung negativer und positiver Aspekte des Wohlbefindens wurde hier das Mental Health Inventory eingesetzt. Lebenssinn wurde mit Hilfe drei verschiedener Messinstrumente erhoben: dem Purpose in Life test (PIL, Crumbaugh & Maholick, 1964), dem Life Regard Index (LRI, Battista & Almond, 1973), und der Sense of Coherence Scale (SOC, Antonovsky, 1983, 1985, 1987).

des Kohärenzgefühls die niedrigsten Korrelationen zu Alltagsbelastungen, Depression und Ängstlichkeit auf. Bei Fiorentino und Pomazal (1994) waren die Zusammenhänge zwischen Bedeutsamkeit und einzelnen Variablen des körperlichen Wohlbefinden sehr inkonsistent. Die Widersprüchlichkeit der Befunde könnten auf die unterschiedlichen Operationalisierungen des Sinnkonstruktes zurückzuführen sein. Darüber hinaus ist eine mögliche Konfundierung mit anderen Variablen zu bedenken. So wurde beispielsweise die Kritik vorgebracht, dass die Sense of Coherence Scale mit der Variablen der Emotionalität konfundiert sei (Korotkov, 1998).

Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass mehrere Studien zum Thema Lebenszweck und Psychopathologie mit dem Purpose in Life Test durchgeführt wurden. Da der PIL jedoch im Hinblick auf seine Kulturspezifität und seine schlechte Validität mehrfach kritisiert wurde (vgl. Dufton & Perlman, 1986; Dyck, 1987), wird hier nicht weiter auf diese Untersuchungen eingegangen.

Abschließend sollen Modelle und empirische Befunde über Art und Struktur des persönlichen Sinns vorgestellt werden. Reker und Wong (1988) stellten eine differenzierte Theorie darüber auf, wie Lebenssinn seelische Zustände beeinflusst. Sie spezifizierten vier Hauptdimensionen des Lebenssinns: Struktur, Inhalte, Breite und Qualität der Erfahrung von Lebenssinn. In Bezug auf die Struktur des Lebenssinns beschrieben sie drei Komponenten: eine kognitive, eine motivationale und eine affektive. Das Erreichen eines persönlichen Sinns geht nach Reker und Wong auf der affektiven Ebene mit Gefühlen der Zufriedenheit und der Erfüllung einher. Sie schreiben dem persönlichen Sinn eine vermittelnde Funktion zu, die auf der kognitiven Ebene die Interpretation der Lebenserfahrungen beeinflusst und auf der motivationalen Ebene das Verhalten steuert. Eine 1998 von Wong durchgeführte explorative Studie zu impliziten Theorien des idealen Lebenssinns, in der eine Kombination aus qualitativen und quantitativen Methoden eingesetzt wurde, bestätigte die in der Theorie postulierten Komponenten. Darüber hinaus konnten ein beziehungsbezogener und ein persönlichkeitsbezogener Anteil des Lebenssinns identifiziert werden. Der Autor schließt daraus, dass Lebensbedeutungen keine starren Entitäten darstellen, sondern von der Persönlichkeit eines Individuums sowie von ihren sozialen Erfahrungen beeinflusst werden, was sich in den impliziten Theorien über Lebenssinn niederschlägt. Persönlichkeitseigenschaften wie Kreativität, Flexibilität, Anpassungsfähigkeit, Intelligenz, Verantwortungsbewusstsein und Wissbegierde können demnach ebenso einen Einfluss auf die individuellen Lebensbedeutungen haben wie zum Beispiel die Erfahrung von Unterdrückung

im zwischenmenschlichen Bereich. In Bezug auf die spezifischen Inhalte des Lebenssinns betont Reker (2000), dass sie im Gegensatz zum meist relativ stabilen Gefühl der allgemeinen Sinnerfüllung entwicklungspezifischen Einflüssen unterliegen. Mit der Dimension der Breite des Lebenssinns meinen Reker und Wong (1988) die individuelle Tendenz einer Person, ihren Lebenssinn aus einer Vielzahl von verschiedenen Quellen der Lebensbedeutung zu ziehen. Sie gehen davon aus, dass der individuelle Lebenssinn aus mehreren verschiedenen Sinnquellen entsteht, und dass eine höhere Anzahl von Sinnquellen mit einem höheren Grad der Sinnerfüllung einhergeht. Erste empirische Ergebnisse (Reker, 1994) deuten auf die Richtigkeit dieser Annahmen hin. Die vierte Dimension, die Qualität der Erfahrung von Lebenssinn definierten Reker und Wong (1988) in Anlehnung an Frankls Konzept der Selbsttranszendierung (vgl. Kapitel 2.1.3.2) als den Grad an Selbsttranszendenz, den ein Individuum erfährt. Reker (1991; zit. nach Reker, 2000) fand, dass ein höherer Grad an Qualität des Lebenssinns mit einem höheren Ausmaß an Zufriedenheit einhergeht.

Debats, Drost und Hansen (1995) erforschten die Lebensbedeutungen von Studenten mit Hilfe qualitativer und quantitativer Methoden<sup>5</sup>. Die Autoren identifizierten drei wesentliche Komponenten eines sinnerfüllten Lebens, nämlich a) Kontakt zum eigenen Selbst (Integriertheit), b) Kontakt zu anderen (Beziehungskomponente) und c) Kontakt zum Leben (Sein). In einer Folgeuntersuchung befragte Debats (1999) eine Gruppe von Patienten<sup>6</sup> und eine Gruppe von Nicht-Patienten im Hinblick auf Quellen des Lebenssinns. Die folgenden sieben Kategorien sinnstiftender Lebensbedeutungen konnten in Bezug auf beide Gruppen ermittelt werden: soziale Beziehungen, Lebenswerk, persönliches Wohlbefinden, Selbstaktualisierung, Altruismus, Glaube und Materialismus<sup>7</sup>. Als weiteres interessantes Ergebnis dieser Studie berichtet Debats, dass die Gruppe der Patienten signifikant häufiger Lebensbedeutungen nannte, die mit dem Thema Selbstaktualisierung in Zusammenhang standen als die Gruppe der Nicht-Patienten. Dagegen wurden in der Gruppe der Nicht-Patienten bedeutsam öfter Werte genannt, die zur Kategorie des Wohlbefindens gehörten. Außerdem zeigte sich in der Patienten-Stichprobe ein signifikant geringeres Engagement in

---

<sup>5</sup> Es wurden Interviews geführt und die Teilnehmer wurden mit dem LRI befragt.

<sup>6</sup> Bei den Beschwerden der Patienten handelte es sich um das gesamte nichtpsychotische Symptomspektrum des DSM-III-R.

<sup>7</sup> Die Quellen des Lebenssinns sind in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit genannt.

Bezug auf die Sinnkomponente der sozialen Beziehungen als in der Gruppe der Nicht-Patienten.

### 2.1.3 Exkurs: Sinn aus der Sicht der Existenzanalyse und Logotherapie

Wie im vorausgehenden Kapitel dargestellt spielt Lebenssinn in den verschiedensten psychologischen Theorien eine Rolle. Im Folgenden wird auf eine psychotherapeutische Richtung sowie auf die ihr zugrunde liegende Theorie eingegangen, die einen wichtigen Hintergrund dieser Arbeit darstellt: die von Viktor E. Frankl begründete Existenzanalyse und Logotherapie.

#### 2.1.3.1 Existenzanalyse und Logotherapie

Die Existenzanalyse ist eine anthropologische Forschungsrichtung, während die Logotherapie, wie der Name schon sagt, eine psychotherapeutische Behandlungsmethode darstellt (Riemeyer, 2001). Sie bilden Teile eines Ganzen und ergänzen sich gegenseitig. Die Existenzanalyse bildet die philosophische Grundlage der logotherapeutischen Arbeitsweise. Sie ist nicht als abstrakte, für sich alleine stehende, Theorie zu verstehen, sondern als Basis zu sehen, die der Logotherapie Impulse geben soll. Logotherapie kann übersetzt werden mit ‚Sinntherapie‘. Die Überlegung, dass der Mensch ein sinnorientiertes Wesen ist, bildet das Grundkonzept von Existenzanalyse und Logotherapie. Frankl ist der Meinung, dass viele Menschen in der modernen Gesellschaft darunter leiden, dass ihr natürliches Bedürfnis nach einem Sinn im Leben frustriert wird (Frankl, 1975, 1979a, 1979b). Die Bearbeitung von Sinnverlusten und das Finden eines Sinns sind daher die zentralen Themen der Logotherapie. In der Existenzanalyse wird der Mensch als geistige Person verstanden, die den Fragen, die vom Leben an sie gestellt werden, zu antworten hat. Dem Einzelnen die Geistigkeit seines Wesens, und damit seine eigenen Möglichkeiten, wieder bewusst zu machen, ist das Ziel der Logotherapie (Riemeyer, 2001; Längle, 1988; Frankl, 1979b).

#### 2.1.3.2 Grundannahmen der Existenzanalyse

Für Frankl lässt sich die menschliche Person durch drei Dimensionen charakterisieren: die leibliche, die seelische und die geistige oder noetische Dimension. Die leibliche und die seelische Dimension gehen ineinander über und bilden zusammen das ‚Psychophysikum‘.

In Abbildung 1 wird der Zusammenhang dieser drei Ebenen des menschlichen Seins veranschaulicht.

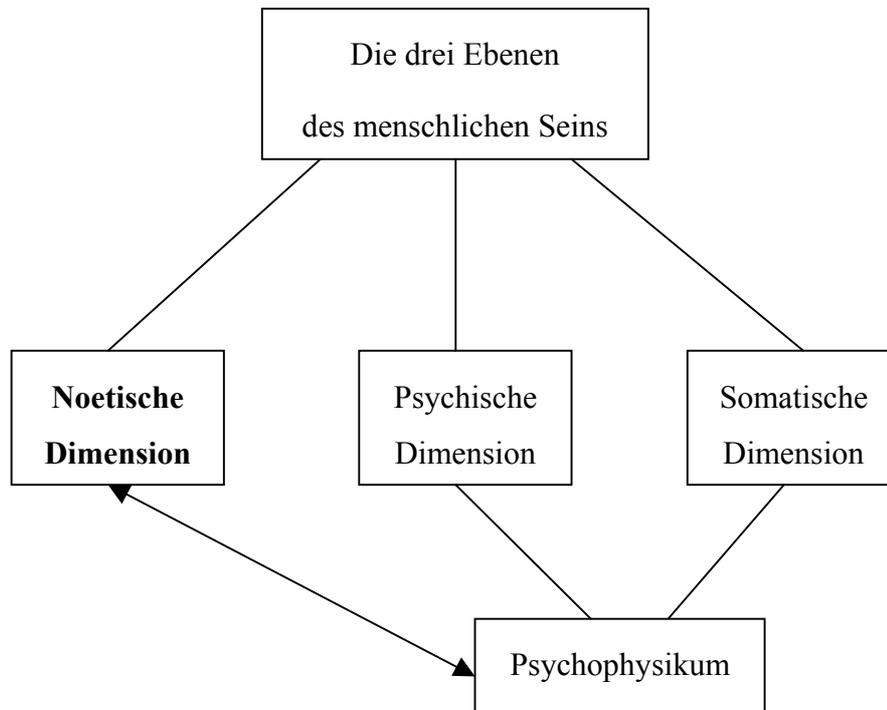


Abbildung 1: Die drei Ebenen des menschlichen Seins (in Anlehnung an Längle, 1988)

Leib, Seele und Geist sind unterschiedliche Formen des Seins und bilden dennoch eine nicht trennbare Einheit. Das Geistige wird innerhalb dieser Einheit jedoch besonders hervorgehoben, denn es ist das, was das Wesen des Menschen auszeichnet, das „spezifisch Humane“ (Längle, 1988, S. 14). Die geistige Dimension im Menschen setzt sich mit der seelischen und der leiblichen Dimension auseinander (Riemeyer, 2001). Die geistige Dimension lässt sich ihrerseits wiederum in drei Teile gliedern, die ebenfalls eine Einheit bilden und zentrale Elemente der logotherapeutischen Arbeitsweise darstellen. Dies sind ein ‚Sinn im Leben‘, der menschliche ‚Wille zum Sinn‘ und die ‚Freiheit des Willens‘. Zur Veranschaulichung sind diese drei Elemente in Abbildung 2 dargestellt.

Die Abbildung wurde in Anlehnung an das in Längle (1988) zu findende und auf Frankl zurückgehende E-Schema erstellt.

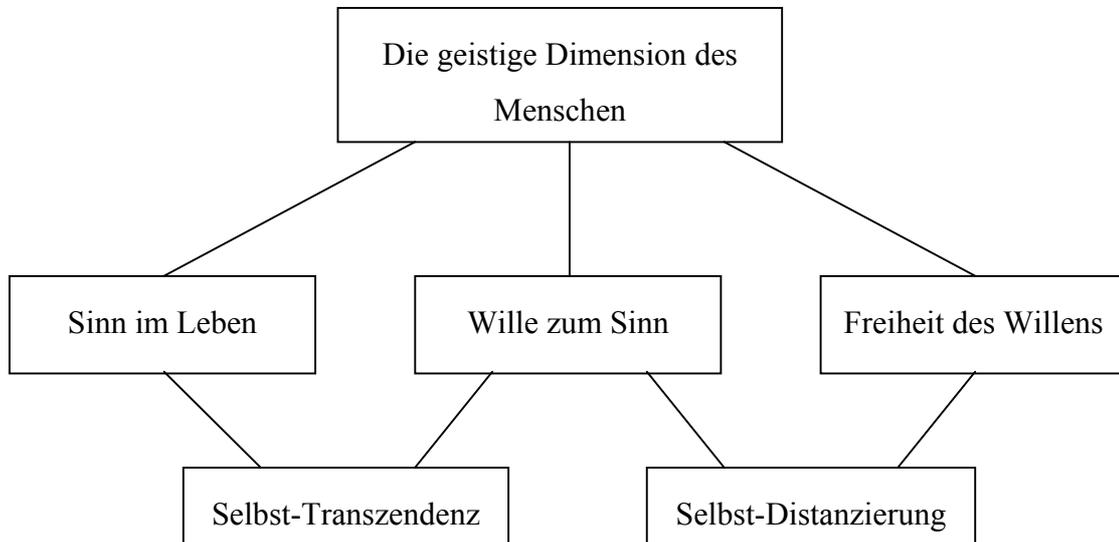


Abbildung 2: Die geistige Dimension des Menschen (in Anlehnung an Längle, 1988)

Frankl geht davon aus, dass dem Menschen das Bedürfnis nach einem Lebenssinn angeboren ist. Er denkt, dass der Mensch von Grund auf danach strebt, sein Leben einem Sinn zu widmen und Verantwortung dafür zu übernehmen, wodurch er Anteil am Geschehen der Welt haben kann. Diese Bereitschaft, sich einem Wert hinzugeben und für ihn zu leben, ermöglicht es dem Menschen, Beziehung zu Dingen außerhalb seiner Selbst einzugehen und so über sein begrenztes Ich hinaus zu wachsen (Längle, 1988). Frankl nennt dieses menschliche Potential die Fähigkeit zur ‚Selbsttranszendenz‘. Für Frankl ist es eine Tatsache, dass das menschliche Sein immer auf etwas verweist, das über die Person hinausgeht. In dieser Selbst-Transzendierung liegt, seiner Meinung nach, die einzige Möglichkeit der Verwirklichung des Menschen. Selbst-Transzendierung kann auf verschiedenen Wegen entstehen, wie zum Beispiel in der zwischenmenschlichen Liebe oder der intensiven Hingabe an eine bestimmte Aufgabe. Für Frankl ist die Fähigkeit zur Selbst-Transzendenz eine existentielle, im Wesen des Menschen liegende Kompetenz (Frankl, 1975, 1979a, 1979b).

Ein weiteres Potential des Menschen ist die Fähigkeit zur ‚Selbst-Distanzierung‘. Damit meint Frankl die Gabe, von seinen eigenen Bedürfnissen, von der eigenen

Befindlichkeit Abstand zu nehmen (Frankl, 1979b). Wenn der Einzelne diese Fähigkeit nicht nutzt und sich statt dessen auf seinen Gefühlszustand oder seine Interessen fixiert, so entsteht das Phänomen der ‚Hyperreflexion‘ (Frankl, 1975). Die Person fängt an, sich selbst zu beobachten und zu interpretieren. Ihr persönlicher Zustand rückt in den Mittelpunkt ihrer Wahrnehmung. Die Fähigkeit der Selbst-Distanzierung ermöglicht es der Person, sich von diesem hyperreflektiven Zustand zu lösen, indem sie innerlich auf Distanz zu sich selbst geht und ihre Einstellung zu der gegebenen Situation ändert (Riemeyer, 2001). So kann der Mensch über sich selbst hinaus gehen. Die Fähigkeit zur Selbst-Distanzierung und die Fähigkeit zur Selbst-Transzendenz sind also aufeinander bezogen. Diese beiden existentiellen Kompetenzen des Menschen gründen in der ‚Freiheit des Willens‘, die der Mensch nach existenzanalytischer Auffassung besitzt (Riedel, 2002). Das bedeutet, dass der Mensch die Macht hat, Entscheidungen zu treffen. Er kann sich dafür entscheiden, seine Bedürfnisse in den Mittelpunkt zu stellen oder aber dafür, „trotz seiner Umwelt und trotz seiner Triebe“ (Riemeyer, 2001, S. 120) einen Wert zu verwirklichen, der über ihn hinausgeht. Diese Wahlfreiheit nennt Frankl auch die ‚Trotzmacht des Geistes‘ (Frankl, 1979a). Diese Trotzmacht des Geistes hat auch unter schwierigsten Bedingungen Bestand. Denn selbst bei schweren Schicksalsschlägen besitzt der Mensch zumindest noch die Entscheidungsmacht über seine Einstellung und sein Erleben. Das ‚Homöostase-Prinzip‘, welches davon ausgeht, dass der Mensch danach strebt, sein inneres Gleichgewicht unter allen Umständen aufrechtzuerhalten und Spannungen zu vermeiden unterstützt Frankl nicht. Er hält dagegen ein gesundes Maß an Spannung für notwendig. So sieht er den Menschen nicht in erster Linie als triebbestimmt, sondern als jemanden, der von der Welt herausgefordert und angezogen wird. Er selbst hat die Freiheit, sich dieser Herausforderung zu stellen und die Fragen, die das Leben an ihn stellt, zu beantworten. Für die einzelnen Bereiche des Lebens, deren Gestaltung und Gelingen, trägt jede Person also selbst die Verantwortung (Frankl, 1979b; Längle 1988; Riemeyer 2001).

### 2.1.3.3 Sinnerfüllung durch Werteverwirklichung

Nach existenzanalytischer Auffassung kann der Mensch den Sinn des Lebens finden, indem er sich der Verwirklichung bestimmter Werte widmet. Damit sind in der Existenzanalyse konkrete, realisierbare Werte gemeint, wie in der existenzanalytischen Definition von Sinn (siehe unter 2.1.1) schon zum Ausdruck kam. Es werden drei Kategorien von Werten unterschieden, nämlich schöpferische Werte, Erlebniswerte und Einstellungswerte. Unter

schöpferischen Werten versteht Frankl solche Werte, „die sich durch ein Schaffen verwirklichen lassen“ (Frankl, 1979a, S. 60), wie dies beispielsweise in beruflicher Arbeit möglich ist. Erlebniswerte manifestieren sich zum Beispiel in der Hingabe an die Schönheit von Natur und Kunst. Die dritte Wertekategorie wird dadurch realisiert, dass der Mensch sich zu einer womöglich beeinträchtigenden Situation, in der er sich befindet, auf eine bestimmte Art und Weise einstellt. Widerfährt dem Menschen Leid, an dem er nichts mehr verändern kann, so kann seine Einstellung gegenüber dieser Tatsache und das Akzeptieren dieses Leides zu neuer Sinnentstehung führen (Riemeyer, 2001; Längle, 1988).

#### 2.1.3.4 Die „tragische Trias“

Als die „...scheinbar negativen Seiten der menschlichen Existenz...“ (Frankl, 1979b, S. 159) nennt Frankl das Leid, das jedem Menschen widerfährt, die Schuld, die sich oft nicht vermeiden lässt und den Tod. Diese drei Grundphänomene, denen jeder begegnet, werden in der Existenzanalyse als ‚tragische Trias‘ bezeichnet (ebd.). Es wird betont, dass die tragische Trias auch eine Chance zur positiven Verwandlung beinhaltet (Frankl, 1979a). Wenn der Mensch Leid, Tod und Schuld mit „...der rechten Haltung und Einstellung begegnet...“ (ebd., S. 236), so kann er den individuellen Sinn hinter diesen Phänomenen erkennen. Er kann das Leid als einen Ansporn zu Veränderungen in seinem Leben begreifen, zum Beispiel zu einer stärkeren Verantwortungsübernahme (Riedel, 2002).

#### 2.1.3.5 Die noogenen Neurosen

Was passiert nun, wenn ein Mensch seine geistigen Potentiale nicht nutzt und es ihm nicht gelingt, sein Leben einem Sinn zu widmen? Eine Person, deren Bedürfnis nach Sinn nicht erfüllt wird, wird nach Frankl existentiell frustriert (Frankl, 1975). Ein existentiell frustrierter Mensch fühlt sich leer, ziel- und inhaltslos (ebd.). Häufig mündet die existentielle Frustration in ein vorherrschendes Sinnlosigkeitsgefühl, das sogenannte ‚existentielle Vakuum‘. Der Mensch fühlt sich vom Leben gelangweilt, zeigt kaum mehr Interesse und Initiative und wird apathisch. Die existentielle Frustration und das existentielle Vakuum sind Ausdruck geistiger Müdigkeit. Beide müssen jedoch nicht zwangsläufig pathologisch sein. Ebenso wie die tragische Trias kann auch das existentielle Vakuum einen Anstoß geben, sich den geistigen Bedürfnissen wieder mehr zuzuwenden und so zur seelischen Gesundheit zurückzufinden (Frankl, 1975; Frankl, 1979a; Längle, 1988; Riemeyer, 2001). Die existentielle Frustration kann jedoch in eine Erkrankung führen, die von Frankl als ‚noogene‘, das heißt geistig

entstandene, Neurose bezeichnet wird (Frankl, 1975). Die existentielle Frustration wird nach Frankl dann pathogen, wenn zusätzlich eine psychophysische Erkrankung auftritt. Da der Geist an sich für Frankl nicht erkranken kann, bedarf es dieser Beteiligung des menschlichen Organismus' bei der Manifestation der noogenen Neurose. Noogene Neurosen stellen für Frankl Erkrankungen „aus dem Geist“ dar, und nicht Krankheiten „im Geist“ (Frankl, 1975, S. 151). Als typische Ausdrucksformen der noogenen Neurose nennt Riemeyer (2001) eine passive, gleichgültige, apathische Grundhaltung, das Streben nach Lust und Konsumdenken.<sup>8</sup> Als Ursachen betrachtet Längle (1988) einen Mangel an Werten, ungelöste Probleme bezüglich der eigenen Sinnorientierung sowie ein chronisch empfundenes Gefühl der Leere. Deckart (2002) skizziert den Teufelskreis, in dem sich eine Person mit einer noogenen Neurose befindet, wie folgt: im Zuge der Neurose verliert der Betroffene die Fähigkeiten zur Selbst-Distanzierung und Selbst-Transzendenz, die normalerweise eine Ausrichtung auf sinnvolle Lebensziele ermöglichen. Der Verlust dieser personalen Fähigkeiten intensiviert wiederum das Gefühl der Sinnlosigkeit.

#### 2.1.3.6 Das existentielle Vakuum als kollektive Erscheinung

Für Riemeyer (2001) ist das existentielle Vakuum keine vereinzelte Erscheinung, sondern ein kollektives, weltweit verbreitetes Phänomen. Den Grund für ein gehäuftes Empfinden von Sinnlosigkeit und Leere sieht Frankl in einer reduzierten Verfügbarkeit von Instinkten und Traditionen. In seinem Werk ‚Ärztliche Seelsorge‘ schreibt er: „Dem Menschen sagt nicht, wie den Tieren, ein Instinkt, was er tun muss, und heute sagen ihm auch keine Traditionen mehr, was er tun soll; bald wird er nicht mehr wissen, was er eigentlich will...“ (Frankl, 1979a, S. 19). Dieser Verlust an Orientierung scheint durch die verstärkt materielle Sichtweise in der heutigen Konsumgesellschaft noch unterstützt zu werden (Riemeyer, 2001). Ein weiterer Aspekt unserer Gesellschaft ist ein Zuwachs an Freizeit im Vergleich zu früher. Schon 1975 meinte Frankl, dass der Mensch oft nicht mehr weiß, wozu er seine freie Zeit

---

<sup>8</sup> Mit der existentiellen Neurose beschrieb Salvatore R. Maddi (1967) einen Zustand, der der noogenen Neurose Frankls sehr ähnelt. Als charakteristische Merkmale des Syndroms nennt Maddi die Überzeugung, dass das Leben sinnlos ist, Gefühle der Apathie, der Langeweile und der Entfremdung. Er fügt im Gegensatz zu Frankl hinzu, dass die existentielle Neurose eine kognitive, eine affektive und eine verhaltensbezogene Dimension beinhaltet.

nutzen soll (Frankl, 1975). Seitdem ist das Ausmaß an freier Zeit ebenso wie die Freizeitangebote und -möglichkeiten sicherlich noch einmal gewachsen. Mit der Zunahme an Freizeit und Freiheit wächst auch die Notwendigkeit zur Verantwortungsübernahme und persönlichen Stellungnahme zu den individuellen Möglichkeiten des Lebens. Der Mensch muss mehr denn je zwischen Wichtigem und Unwichtigem unterscheiden können und erwägen, was für ihn persönlich sinnvoll ist.

## 2.2 Der Fragebogen zu Lebensbedeutungen

In diesem Kapitel wird die Operationalisierung des Lebenssinn-Konstruktes in dem in dieser Studie verwendeten Fragebogen zu Lebensbedeutungen (LeBe, Schnell, 2003) erläutert. Der LeBe ist ein psychodiagnostisches Erhebungsinstrument zur Erfassung des Ausmaßes an empfundener allgemeiner Sinnerfüllung sowie spezifischer Lebensbedeutungen auf fünf (Sinn)dimensionen. Entwickelt wurde er im Anschluss an eine qualitative Interviewstudie (Schnell, in Druck) zur *psychologischen Theorie impliziter Religiosität* (ebd.). Schnell definiert implizite Religiosität als Religiosität, die sich in persönlichen Mythen, persönlichen Ritualen und Transzendierungserfahrungen ausdrückt, ohne notwendigerweise Beziehungen zu Inhalten expliziter Religiosität aufzuweisen. Eine Person ist implizit religiös, wenn sie a) sich selbst als in irgend einer Weise religiös betrachtet und b) bestimmte Lebensbereiche als ultimativ bedeutsam wahrnimmt und in Form von persönlichen Mythen, persönlichen Ritualen und Transzendierungserfahrungen erlebt und auslebt. Welche Lebensbereiche in welchem Ausmaß als ultimativ bedeutsam wahrgenommen werden, kann mit dem Fragebogen zu Lebensbedeutungen erfasst werden.

### 2.2.1 Aufbau und Skalen des Fragebogens zum Lebenssinn

Der Aufbau und die einzelnen Skalen des in dieser Studie verwendeten Fragebogens zu Lebensbedeutungen werden hier inhaltlich vorgestellt. Dies soll einem besseren Verständnis der sowohl aus der Literatur abgeleiteten, als auch auf inhaltlichen Überlegungen beruhenden Hypothesen dieser Arbeit dienen. Die Reliabilität des LeBe wird in Kapitel 4.1 dargestellt.

### 2.2.1.1 Der Aufbau des LeBe

Die in der vorliegenden Arbeit verwendete zweite Version des LeBe besteht aus 190 Items, die von den Probanden auf einer Skala von 0 – 5 (für „stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme vollkommen zu“) zu bewerten sind. Diese 190 Items bilden 29 Skalen, die sich wiederum fünf globalen Dimensionen des Sinns zuordnen lassen. Im Folgenden werden die einzelnen Dimensionen und Skalen des LeBe vorgestellt.

### 2.2.1.2 Beschreibung der Dimensionen und Skalen des LeBe

Die Skalen *Sinnerfüllung*, *Lebensenergie* und *Lebenszufriedenheit*<sup>9</sup> sind in inhaltlicher Hinsicht von den übrigen Skalen abzugrenzen. Sie messen allgemeine Grundhaltungen, die ein Mensch dem Leben gegenüber hat. Diese Konstrukte wurden erhoben, um eine zusätzliche Evaluation der Lebensbedeutungen hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit diesen drei allgemeinen Lebenshaltungen zu ermöglichen. Die drei allgemeinen Grundhaltungen gegenüber dem Leben lassen sich wie folgt beschreiben:

#### *Sinnerfüllung*

Die Skala *Sinnerfüllung* operationalisiert eine Haltung, die annimmt, dass dem Leben ein Sinn zugrunde liegt, dass das eigene Leben durch eine tiefere Bedeutungsebene oder die Anbindung an eine übergeordnete Wirklichkeit getragen wird.

#### *Lebensenergie*

Menschen mit hoher Ausprägung auf der Skala *Lebensenergie* fühlen sich fähig, ihr Leben zu meistern und die Anforderungen des Lebens zu bewältigen. Sie fühlen sich von anderen Menschen verstanden und sozial verbunden. Sie haben einen stabilen Selbstwert und sehen für sich eine Zukunftsperspektive.

#### *Lebenszufriedenheit*

---

<sup>9</sup> In der mittlerweile vorliegenden dritten Version des LeBe wurden die Skalen *Lebensenergie* und *Lebenszufriedenheit* aus dem Verfahren ausgeschlossen, da alternative, bereits überprüfte Verfahren zur Erhebung dieser Konstrukte zur Verfügung stehen.

Die dritte Skala *Lebenszufriedenheit* beschreibt eine optimistische Grundhaltung, Zufriedenheit mit dem eigenen Leben und ein Gefühl des inneren Friedens.

Während alle Sinndimensionen mit der Skala *Sinnerfüllung* korrelieren, hängen nicht alle mit hoher Lebensenergie und Lebenszufriedenheit zusammen (Schnell, 2003). Sinnerfüllung kann also aus verschiedenen Lebensbedeutungen erwachsen. Die weiteren 26 Skalen des LeBe erheben spezifische Bedeutungen, die eine Person in ihrem und für ihr Leben sieht. Schnell (2004) versteht Lebensbedeutungen „...als konkretisierbare und operationalisierbare Facetten einer abstrakt empfundenen Sinnerfüllung.“ Es wird davon ausgegangen, dass sich der Mensch in seinem Denken, Verhalten und Erleben an diesen konkreten Lebensbedeutungen orientiert. Die fünf faktorenanalytisch ermittelten Sinndimensionen des LeBe können als *Transzendenzbezug*, *Verantwortung*, *Selbstverwirklichung*, und *Wir- und Wohlgefühl* sowie *Ordnung* beschrieben werden. Anhang B gibt einen Überblick über die Zuordnung der Items zu den einzelnen Skalen und Dimensionen des LeBe. Die einzelnen Skalen des LeBe werden im Folgenden charakterisiert.

## **I. Transzendenzbezug**

### *Explizite Religiosität*

Hohe Werte auf dieser Skala zeichnen einen Menschen aus, dem seine Religiosität und beten wichtig sind, und der seinen Glauben als Kraftquelle sieht.

### *Transzendenzorientierung*

Hohe Werte auf der Skala *Transzendenzorientierung* verweisen auf den Glauben an tiefer liegende Zusammenhänge, an eine andere Wirklichkeit, an Wunder, an heilige Dinge und das Schicksal.

### *Generativität*

Hohe Werte in *Generativität* sprechen für den Glauben an eine persönliche Lebensaufgabe, den Wunsch diese zu erfüllen und etwas Bleibendes von Wert zu hinterlassen.

## II. Verantwortung

### *Wissen*

Hohe Werte auf der Skala *Wissen* lassen auf eine Person schließen, die viel Zeit mit dem Sammeln von Wissen verbringt, alles verstehen möchte und die Dinge gerne hinterfragt.

### *Selbsterkenntnis*

Hohe Werte auf der Skala *Selbsterkenntnis* weisen auf einen Menschen hin, dem Selbsterkenntnis sehr viel bedeutet, und der viel darüber nachdenkt, wer er ist.

### *Naturverbundenheit*

Hohe Werte in Naturverbundenheit sprechen für eine Person, die sich in der Natur sehr wohl und mit ihr verbunden fühlt, und die sich bemüht, die Umwelt zu schützen.

### *Soziales Engagement*

Hohe Werte in der Skala *Soziales Engagement* sprechen für hohes soziales Engagement und die Bereitschaft zugunsten der Umwelt finanzielle Einbußen in Kauf zu nehmen.

### *Gesundheitsorientierung*

Menschen mit hohen Werten in *Gesundheitsorientierung* bedeutet Gesundheit sehr viel und sie verhalten sich gesundheitsförderlich.

## III. Selbstverwirklichung

### *Herausforderung*

Hohe Werte in *Herausforderung* lassen auf Risikofreude und Offenheit gegenüber Neuem und Sinnstiftung durch Abwechslung und Stimulation schließen.

### *Entwicklung*

Hohe Werte in *Entwicklung* deuten auf Flexibilität und eine hohe Bedeutsamkeit persönlicher Weiterentwicklung hin.

### *Kreativität*

Hohe Werte in *Kreativität* verweisen auf eine Person, der Kreativität, Originalität und Ästhetik sehr wichtig sind, und die gerne schöpferisch tätig ist.

*Individualismus*

Hohe Werte in *Individualismus* sprechen für eine hohe Bedeutung von Selbstverwirklichung, Individualismus, Einzigartigkeit und Unabhängigkeit.

*Freiheit*

Hohe Werte in *Freiheit* weisen auf Freiheit als zentrale Lebensbedeutung hin. Menschen mit hohen Werten auf dieser Skala geht Freiheit über alles.

*Macht*

Personen mit hohen Werten in *Macht* streben Führungspositionen an und fühlen sich vom Leben zum Kampf herausgefordert.

**IV. Wir- und Wohlgefühl***Spaß*

Menschen mit hohen Werten in *Spaß* suchen fröhliche Gesellschaft, lachen viel und finden Spaß sehr wichtig.

*Harmonie*

Hohe Werte in *Harmonie* weisen auf einen Menschen hin, der Gefühle in den Vordergrund rückt und Harmonie und Gleichklang mit sich und anderen als zentral ansieht.

*Liebe*

Menschen mit hohen Werten in *Liebe* messen Romantik und Liebe eine hohe Bedeutung zu und nehmen sich viel Zeit dafür.

*Fürsorge*

Hohe Werte in *Fürsorge* weisen auf Fürsorglichkeit, Hilfsbereitschaft und eine hohe Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme hin.

*Gemeinschaft*

Menschen mit hohen Werten in *Gemeinschaft* bedeuten soziale Kontakte sehr viel und sie nehmen sich viel Zeit, um mit anderen zusammen zu sein und Beziehungen zu pflegen.

### *Achtsamkeit*

Für Personen mit hohen Werten in *Achtsamkeit* hat Achtsamkeit eine hohe Bedeutung, und sie zelebrieren Dinge, die ihnen wichtig sind durch Rituale.

### *Wellness*

Menschen mit hohen Werten in *Wellness* ist es sehr wichtig, dass sie sich wohlfühlen. Sie gönnen sich regelmäßig Genuss und Entspannung.

## **V. Ordnung**

### *Tradition*

Hohe Werte in *Tradition* verweisen auf Ordnungsliebe und Orientierung durch Altbewährtes.

### *Moral*

Hohe Werte in *Moral* lassen auf feste moralische Vorstellungen und eine starke Betonung von Sicherheit schließen.

### *Bodenständigkeit*

Hohe Werte in *Bodenständigkeit* deuten auf hohe Praxisorientierung, Sachlichkeit und Unkompliziertheit hin.

### *Vernunft*

Hohe Werte auf *Vernunft* weisen auf einen Menschen hin, der sich in einer rationalen, vernünftigen Haltung gegenüber dem Leben befindet und dadurch Orientierung gewinnt.

### *Leistung*

Hohe Werte in *Leistung* lassen auf einen leistungsorientierten Menschen schließen, der nach Erfolg strebt und diesen Erfolg braucht, um zufrieden zu sein.

## 2.2.2 Zusammenhänge zwischen dem LeBe und anderen Messinstrumenten

Da sie zur Hypothesenbildung der vorliegenden Arbeit herangezogen wurden, sollen im folgenden die Zusammenhänge zwischen dem LeBe und dem Trierer Integrierten Persönlichkeitsinventar (TIPI, Becker 2003) sowie zwischen dem LeBe und der Existenzskala

(ESK; Längle, Orgler und Kundi, 2000) dargestellt werden, wie sie sich in einer Studie von Schnell (2003) zeigten. Das TIPI und die ESK werden zunächst jeweils kurz dargestellt.

### 2.2.2.1 Kurzbeschreibung des TIPI

Das Trierer Integrierte Persönlichkeitsinventar (TIPI) ist ein objektiv auswertbares Testverfahren, das nach dem ordinalen Rasch-Modell entwickelt wurde. Es kann sowohl zur Diagnostik der „normalen“ als auch der „gestörten“ Persönlichkeit Erwachsener eingesetzt werden. Das TIPI liegt in der vierten Version vor (Becker, 2003). Es umfasst vier Globalskalen, welche die übergeordneten Persönlichkeitsfaktoren (Big Four) „Neurotizismus versus geringe seelische Gesundheit“, „Extraversion/Offenheit“, „Unverträglichkeit versus Verträglichkeit“ und „Gewissenhaftigkeit/Kontrolliertheit“ messen. Des Weiteren besitzt das TIPI 34 Primärskalen, die der Messung von Facetten der Big Four dienen.

### 2.2.2.2 Zusammenhänge zwischen dem TIPI und dem LeBe

Schnell (2003) untersuchte die Zusammenhänge zwischen dem LeBe und dem TIPI in einer Stichprobe von 170 Studierenden. Tabelle 2.1 gibt einen Überblick über die signifikanten Zusammenhänge zwischen TIPI und LeBe, die zur Hypothesen-Bildung dieser Arbeit herangezogen wurden (für weitere Ergebnisse siehe Schnell, 2003). Es erschien sinnvoll, als Auswahlkriterium zusätzlich zu dem Kriterium der Signifikanz eine Mindestgrenze bezüglich der Effektgröße festzulegen. Da die Korrelationshöhe weder zu trivial sein sollte, noch wertvolle Aspekte zur Hypothesenbildung verloren gehen sollten, wurde eine mittlere Mindestkorrelationshöhe von  $r = .30$  gewählt.

Tabelle 2.1

Zusammenhänge zwischen dem Trierer Integrierten Persönlichkeitsinventar (TIPI-Version IV) und dem LeBe

LeBe/ TIPI	US	HED	VA	MIS	NE	OS
Macht	-.38**	.12	.09	.09	-.19*	.05
Lebensenergie	-.41**	.00	-.41**	-.44**	-.65**	.03
Tradition	.12	-.14	.14	.18*	.24**	.38**
Entwicklung	-.28**	.13	-.01	-.15*	-.27**	.03
Moral	.21**	-.15	.24**	.08	.20**	.41**

Anmerkung: \*Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant. \*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant. Korrelation nach Pearson, N = 171. US = Unselbständigkeit; HED = Hedonismus; VA = Verlassensangst; MIS = Misstrauen; NE = Neurotizismus; OS = Ordnungsstreben

### 2.2.2.3 Kurzbeschreibung der Existenzskala

Die auf dem theoretischen Hintergrund der Existenzanalyse basierende Existenzskala (ESK) von Längle, Orgler und Kundi (2000)<sup>10</sup> ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung personaler Dynamik. Mit der Existenzskala werden die vier noetischen Bereiche Selbstdistanzierung, Selbsttranszendenz, Freiheit und Verantwortung definiert und erfasst. In Tabelle 2.2 werden die einzelnen Skalen und Faktoren der ESK beschrieben.

Tabelle 2.2

Beschreibung der Skalen und Faktoren der Existenzskala ( nach Längle, Orgler & Kundi, 2000, S. 22)

Subtests/ Superfaktor	Bezeichnung	Art der Erhebung	Beschreibung
P SD	Selbst-Distanzierung	Wahrnehmung	Fähigkeit, zu sich selbst (zu seinen Gefühlszuständen, Wünschen, Vorstellungen) auf Distanz zu kommen und frei zu werden für Wahrnehmung von Objekten
P ST	Selbst-Transzendenz	Wertempfinden	Fähigkeit, über sich hinausgehen zu können und emotionale Beziehung aufnehmen zu können
P	Personalität	Additiv	Zugänglichkeit und Erreichbarkeit der Person
E F	Freiheit	Möglichkeiten haben/ Entscheiden	Fähigkeit, sich für die Möglichkeiten entsprechend der subjektiven Wertung zu entscheiden
E V	Verantwortung	Engagiertes Sich-Einlassen	Fähigkeit, sich tatkräftig einzulassen und die Konsequenzen zu tragen
E	Existentialität	Additiv	Entschiedenenes Engagement
ESK ges	Gesamtwert (existentielle Erfülltheit)	Additiv	Personale, sinnerfüllte Existenz

<sup>10</sup> Ein Kritikpunkt an diesem Verfahren ist die Tatsache, dass bisher nur recht wenige Validierungsstudien vorliegen.

#### 2.2.2.4 Zusammenhänge zwischen dem Fragebogen zu Lebensbedeutungen und der Existenzskala

In einer Korrelationsstudie untersuchte Schnell (2003) auch die Beziehungen zwischen dem LeBe und der ESK. Tabelle 2.3 gibt einen Überblick über die korrelativen Zusammenhänge zwischen den Skalen der ESK und den Skalen *Lebensenergie*, *Lebenszufriedenheit*, und *Freiheit* des LeBe. Die Skala *Lebensenergie* des LeBe weist mittlere bis hohe Zusammenhänge zu den meisten ESK-Skalen auf. *Lebenszufriedenheit* weist zu fast allen Skalen der ESK signifikante Zusammenhänge auf, die sich im kleinen (bei der Skala Freiheit) bis mittelgroßen Bereich bewegen. Die Skala *Freiheit* des LeBe korreliert nicht signifikant mit den ESK-Skalen.

Tabelle 2.3

Signifikante Korrelationen zwischen dem Fragebogen zu Lebensbedeutungen und der Existenzskala

ESK/ LeBe	Lebensenergie	Lebenszufriedenheit	Freiheit
P SD	.38**	.32**	-.01
P ST	.52**	.40**	-.02
P	.54**	.43**	-.02
E F	.40**	.17*	.01
E V	.59**	.34**	-.01
E	.57**	.30	.00
ESK gesamt	.61**	.40**	-.01

Anmerkung: \* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant. \*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant. Abkürzungen der ESK-Skalen siehe Tabelle 2.2.

Die beschriebenen Zusammenhänge werden in Kapitel 2.4.2 als Hinweise zur Hypothesenbildung herangezogen werden. Zunächst wird jedoch auf das Störungsbild der Alkoholabhängigkeit eingegangen.

## 2.3 Alkoholabhängigkeit

Im Folgenden werden die Charakteristika des untersuchten Störungsbildes vermittelt, auf die sich einige der späteren Überlegungen dieser Arbeit stützen. Dazu gehört die Differenzierung des Begriffes ‚Alkoholismus‘, die Darstellung verschiedener Störungsmodelle sowie die Beschreibung der Folgeerscheinungen dieser Erkrankung. Außerdem wird das Konzept der Selbsthilfegruppe ‚Anonyme Alkoholiker‘ skizziert.

### 2.3.1 Alkoholismus - Differenzierung des Begriffs

Nach Schmidt beschrieb beschrieb Trotter den Alkoholismus bereits im Jahre 1778 als Krankheit. Von Seiten des Bundessozialgerichtes wurde der Alkoholismus erst 1968 als Krankheit anerkannt. Damit wurden die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Behandlung der Störung geschaffen. Die krankheitsbezogenen Betrachtungsweise des Alkoholismus wurde seitdem häufig kritisiert. So betrachten Verhaltenstherapeuten den Alkoholismus als erlerntes Fehlverhalten, das im Gegensatz zu einer Krankheit auch wieder verlernt werden kann (vgl. Kapitel 2.3.2.2). Anti-Psychiater wie Szasz (1972) sehen das Phänomen als schlechte Angewohnheit. Ein Kritikpunkt am Krankheitskonzept des Alkoholismus ist, dass es dem Alkoholiker ermöglicht die Verantwortung für sein Verhalten abzugeben (vgl. Barthels, 1991). Als Argument für das Krankheitskonzept führt Feuerlein (1996) jedoch an, dass es vom Alkoholiker fordert, kompetente Hilfe in Anspruch zu nehmen und sich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Darüber hinaus verhindere das Krankheitsmodell eine Stigmatisierung des Alkoholikers und, als Folge, die Tabuisierung des Themas. Die Hemmschwelle zum Aufsuchen professioneller Hilfe wird somit geringer und der therapeutische Zugang erleichtert.

Während der Terminus des Alkoholismus im engeren Sinne die Alkoholabhängigkeit meint, werden in der Alltagssprache die Begriffe der Alkoholabhängigkeit und des Alkoholmissbrauchs darunter zusammengefasst. Die beiden Phänomene sind jedoch voneinander zu unterscheiden und sollen im Folgenden definiert werden. Zwei Klassifikationssysteme zur Diagnostik psychischer Störungen sind weltweit anerkannt: das „Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen“ (DSM-IV; Saß, Wittchen & Zaudig, 2001) und die „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10, Dilling, Mombour & Schmidt, 1993). Da die Teilnehmer der vorliegenden Untersuchung nach der ICD-10 diagnostiziert wurden, und eine Darstellung beider Systeme hier zu weit führen würde, wird hier die ICD-10 zur Begriffsdefinition herangezogen.<sup>11</sup> Dem Terminus der

---

<sup>11</sup> Obwohl sich das DSM-IV und die ICD-10 im großen und ganzen sehr ähneln, gibt es doch Unterschiede zwischen diesen beiden Klassifikationssystemen. Caetano und Tam (1995) wiesen darauf hin, dass die Kriterien der beiden Systeme nicht exakt übereinstimmen. Sie verglichen die beiden Systeme hinsichtlich der bei ihrer Verwendung erreichten Prävalenzraten. Die Diagnostik nach der ICD-10 führte zum Teil zu wesentlich höheren

Alkoholabhängigkeit entspricht der in der ICD-10 verwendete Begriff des *Abhängigkeitssyndroms*. Alkoholmissbrauch wird in der ICD-10 als *schädlicher Gebrauch* bezeichnet. Beide Phänomene werden in der ICD-10 den „psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ zugeordnet. Nach der ICD-10 handelt es sich bei einem Abhängigkeitssyndrom „...um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden.“ (Dilling et al., 1993, S. 92). Die Leitlinien zur Diagnose eines Alkoholabhängigkeitssyndroms nach der ICD-10 werden in Tabelle 2.4 ausführlich dargestellt. Der starke Wunsch nach Alkoholkonsum tritt besonders dann verstärkt auf, wenn der Betroffene versucht, mit dem Trinken aufzuhören. Eingeengte Verhaltensweisen in Bezug auf die Substanz, wie zum Beispiel die Tendenz in der Woche genauso viel Alkohol zu konsumieren wie am Wochenende gelten ebenfalls als charakteristisches Merkmal eines Abhängigkeitssyndroms. Es wurde außerdem beobachtet, dass die in Tabelle 2.4 beschriebenen Merkmale des Abhängigkeitssyndroms bei Abhängigen nach einem Rückfall schneller auftreten als bei Personen, die nicht abhängig sind. Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass die Bezeichnung Sucht häufig als Synonym zum Begriff der Abhängigkeit verwendet wird. Aufgrund der negativen Konnotation des Suchtbegriffes führte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1964 den Begriff der Abhängigkeit ein. Beide Bezeichnungen werden jedoch sowohl in der Alltagssprache als auch in der Forschung immer noch synonym verwendet (Wilcken & Rochow, 2000).

---

Prävalenzraten in derselben Stichprobe als die Diagnostik nach dem DSM-IV. So fällt bei den Diagnosekriterien des Alkoholmissbrauchs (DSM-IV) bzw. des „schädlichen Gebrauchs von Alkohol“ (ICD-10) auf, dass sich die Kriterien des ICD-10 auf psychologische und psychische Kriterien beschränken während im DSM-IV zusätzlich soziale Kriterien genannt werden.

Tabelle 2.4

---

Definiton des Alkoholabhängigkeitssyndroms nach der ICD-10 (Dilling et al., 1993)

---

Zur Diagnose einer Alkoholabhängigkeit sollten mindestens drei der folgenden Kriterien innerhalb des letzten Jahres gleichzeitig erfüllt gewesen sein:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen<sup>12</sup> zu sich zu nehmen.
  2. Bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums besteht eine verminderte Kontrollfähigkeit.
  3. Bei Beendigung oder Reduktion des Konsums tritt ein körperliches Entzugssyndrom mit den für diese Substanz typischen Entzugssymptomen auf. Die Substanz oder einer nahe verwandte Substanz wird eingenommen um die Entzugssymptome zu mildern.
  4. Es besteht eine Toleranz gegenüber der betreffenden Substanz, das heißt die Dosis muss zunehmend gesteigert werden, um die ursprüngliche Wirkung der Substanz hervorzurufen. Bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung würden diese gesteigerten Dosen zu schweren Beeinträchtigungen oder sogar zum Tode führen.
  5. Andere Interessen oder Vergnügungen werden zugunsten des Substanzkonsums zunehmend vernachlässigt. Es wird immer mehr Zeit aufgewandt, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren und sich von den Folgeerscheinungen zu erholen.
  6. Trotz nachweislicher Schädigungen aufgrund des Substanzkonsums, wie zum Beispiel einer Leberschädigung, wird die Substanz weiterhin konsumiert. Dabei sollte festgestellt werden, dass dem Betroffenen Art und Ausmaß der Schädigungen bewusst sind oder hätten bewusst sein können.
- 

In der ICD-10 wird dem Abhängigkeitssyndrom der *schädliche Gebrauch* gegenübergestellt. Darunter wird ein Konsumverhalten verstanden, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann körperlicher (z. B. ein Leberschaden) oder psychischer (z.B. eine depressive Episode nach massivem Alkoholkonsum) Art sein. Negative soziale Folgen, wie zum Beispiel Eheprobleme oder die Ablehnung des Konsumverhaltens durch das soziale Umfeld gelten nicht als Kriterium für schädlichen Gebrauch. Auch eine akute Intoxikation allein reicht nicht aus, um den Gesundheitsschaden zu beweisen, der für diese Diagnose erforderlich ist.

---

<sup>12</sup> In diesem Zusammenhang ist mit der Substanz der Alkohol gemeint.

Feuerlein (1996) betont, dass der schädliche Gebrauch des Alkohols jedoch nicht als „harmlos“ missverstanden werden sollte. Während die Alkoholabhängigkeit den schädlichen Gebrauch des Alkohols mit einschließt ist dies umgekehrt nicht der Fall.

### 2.3.2 Störungsmodelle der Alkoholabhängigkeit

Da das Phänomen der Sucht sehr komplex ist, reichen monokausale Modelle allein nicht aus, um seine Entstehung und Aufrechterhaltung zu erklären. Aufgrund dessen werden im Folgenden zunächst verschiedene multikausale Erklärungsmodelle vorgestellt. Die Notwendigkeit einer multikausalen Betrachtungsweise wurde von verschiedenen Autoren hervorgehoben (Küfner & Bühringer, 1997; Arend, 1994; Feuerlein, 1996). So sieht Feuerlein den Alkoholismus als „Paradebeispiel für die Notwendigkeit einer biopsychosozialen Betrachtungsweise“ (Feuerlein, 1996, S. 18). Dies schlägt sich in seinem Modell für die Entstehung der Drogenabhängigkeit nieder, das in Abbildung 3 dargestellt wird.

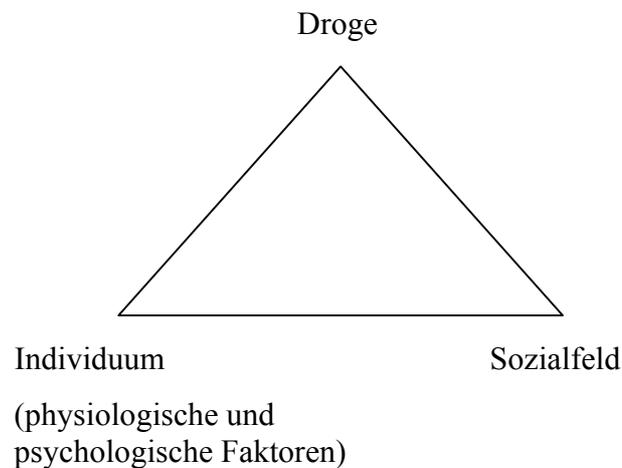


Abbildung 3: Modell für die Entstehung der Drogenabhängigkeit (nach Feuerlein, 1996, S. 19).

Feuerlein (1994) beschreibt den Charakter seines Modells als dynamisch. Die drei Faktorengruppen ‚Droge‘, ‚Individuum‘ und ‚Sozialfeld‘ stehen nicht für sich alleine, sondern beeinflussen sich auf unterschiedliche Weise. So kann ein sich gegenseitig verstärkendes

System entstehen. Auch dem „Teufelskreismodell der Sucht“ von Kufner (1981), das in Abbildung 4 dargestellt wird, liegt diese Annahme zugrunde.

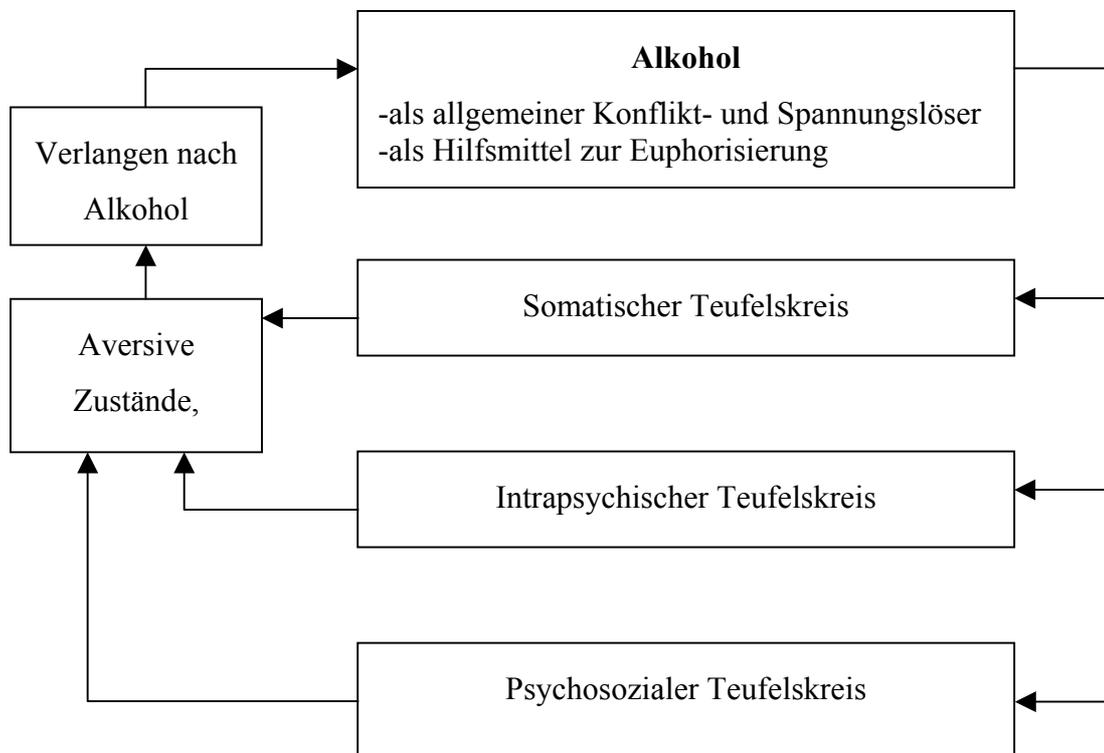


Abbildung 4: Teufelskreismodell der Sucht nach Kufner (1981)

Es integriert unterschiedliche monokausale Erklärungsansätze, und kommt der Komplexität der Störung damit nahe. Im Folgenden werden monokausale Erklärungsansätze erläutert, die unter den einzelnen Komponenten dieses Modells, dem somatischen, dem intrapsychischen und dem psychosozialen Teufelskreis zusammengefasst werden können.

### 2.3.2.1 Erklärungsansätze bezüglich des somatischen Teufelskreises

In Bezug auf körperliche Gründe für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit sind drei Mechanismen zu nennen: die Toleranzentwicklung, das sogenannte ‚Suchtgedächtnis‘ und Störungen des sogenannten ‚Belohnungssystems‘ des Gehirns (Lindenmeyer, 1999). Die sogenannte ‚Toleranzentwicklung‘ stellt ein Kriterium zur Diagnose der Alkoholabhängigkeit dar und trägt enorm zur Verfestigung der Sucht bei. Mit Toleranz ist die Abnahme der Wirkung des Alkohols bei wiederholtem Konsum gemeint (vgl. auch Kriterien zur Diagnose des Alkoholabhängigkeitssyndroms, Dilling et al., 1993). Die

Toleranzentwicklung wird durch zwei Faktoren bedingt. Zum einen bildet die Leber bei wiederholtem Konsum von Alkohol zusätzliche Enzyme, die ihre Verarbeitungskapazität erhöhen. Die Betroffenen werden dadurch schneller nüchtern als zuvor (Lindenmeyer, 1999). Zum anderen führen die Nebenwirkungen des Alkohols dazu, dass der Abhängige im Verlauf der Erkrankung immer mehr Alkohol zu sich nehmen muss, um diese unangenehmen Effekte zu überdecken (ebd.). Der Teufelskreis besteht also darin, dass der Betroffene immer häufiger und immer größere Mengen Alkohol konsumieren muss, um die ursprünglich erwünschte Wirkung zu erzielen.

Die Abhängigkeit vom Alkohol entsteht unter anderem durch seine Auswirkung auf verschiedene Transmittersysteme des Gehirns. Hirnregionen, deren Neurone bei Aktivierung zu angenehmen Gefühlen führen werden als ‚Belohnungssysteme‘ bezeichnet. Regelmäßiger Alkoholkonsum führt über verschiedene neurologische Mechanismen dazu, dass die Belohnungssysteme des Gehirns derart gestört werden, dass ihre Selbstregulierung ohne Alkohol nicht mehr funktioniert. Dies führt bei Abstinenz zu Suchtmittelverlangen und Entzugserscheinungen wie Depression, Reizbarkeit und Ärger (Küfner & Bühringer, 1997; Lindenmeyer, 1999).

Im Zusammenhang mit dem Belohnungssystem des Gehirns wird auch das sogenannte ‚Suchtgedächtnis‘ diskutiert. Angenehme Erfahrungen, die mit dem Alkohol zusammenhängen, werden demnach in bestimmten Hirnregionen dauerhaft gespeichert. Diese werden dann in einer ähnlichen Situation, zum Beispiel durch charakteristische Gerüche oder Geräusche aufgerufen und der Abhängige empfindet erhöhtes Verlangen nach Alkohol (Böning, 1991). Alkoholspezifische Handlungsschemata, die sich im Verlauf der Erkrankung ausgebildet haben, werden dadurch leicht wieder aufgerufen (vgl. Lindenmeyer, 1999; Böning, 1994; Tretter, Böning, Wolffgramm & Heyne, 2000).

#### 2.3.2.2 Erklärungsansätze bezüglich des intrapsychischen Teufelskreises

Im Zusammenhang mit dem intrapsychischen Teufelskreis seien hier lern- und verhaltenspsychologische Erklärungsansätze sowie kognitive Modelle der Alkoholabhängigkeit erwähnt. Außerdem wird kurz auf die persönlichkeitspsychologische Forschung zur Alkoholabhängigkeit eingegangen. Die lern- und verhaltenspsychologischen Erklärungsmodelle basieren auf den Theorien des klassischen und operanten Konditionierens. Ihnen liegt der Gedanke zugrunde, dass Trinkverhalten erlerntes Verhalten darstellt, das - wie jedes andere Verhalten auch - wieder verlernt oder zumindest modifiziert werden kann (Jung, 1996). Dabei umfasst Verhalten auch Gefühle, Vorstellungen und zwischenmenschliche

Beziehungen, bezieht sich also nicht nur auf äußere, beobachtbare Aspekte. Im Sinne der Klassischen Konditionierung können bestimmte Stimuli, zum Beispiel situative Bedingungen, als konditionierte Reaktion den Alkoholkonsum auslösen. Wendet man die Theorie des operanten Konditionierens auf die Alkoholabhängigkeit an, so wird der Alkoholkonsum durch die Verknüpfung mit belohnenden oder bestrafenden Erfahrungen erlernt. Positive Verstärker, wie Spannungsreduktion oder die Verbesserung sozialer Kontakte unter Alkoholeinfluss können den Alkoholkonsum demnach begünstigen. Der Wegfall negativer Verstärker, wie die Vermeidung von Alkoholentzugserscheinungen oder von Stress ist demnach für die Aufrechterhaltung des Alkoholkonsums verantwortlich (Feuerlein, 1996; Jung, 1996).

Dem kognitiven Ansatz liegt die Annahme zugrunde, dass es einen engen Zusammenhang zwischen Kognitionen, Emotionen und Verhalten gibt. Verhaltensstörungen, wie in diesem Fall der Alkoholkonsum, sind demnach auf dysfunktionale Kognitionen zurückzuführen (Jung, 1996). Eine solche dysfunktionale Kognition kann im Zusammenhang mit der Alkoholabhängigkeit zum Beispiel die Überzeugung sein, dass Abstinenz zu Entzugserscheinungen führt, die kaum zu ertragen sind. Derartige Annahmen wirken im Sinne einer selbst erfüllenden Prophezeiung. Der Betroffene versucht erst gar nicht, abstinent zu bleiben und mit der Zeit werden die befürchteten Entzugserscheinungen tatsächlich immer stärker ausfallen (Beck, Wright, Newmann & Liese, 1997).

Unter die intrapsychischen Erklärungsmodelle kann außerdem die persönlichkeitspsychologische Forschung eingeordnet werden. Im Hinblick auf die Erforschung psychischer Dispositionen von Alkoholabhängigen erscheint es sinnvoll, zwischen der prämorbiden Persönlichkeit und der Persönlichkeit beim Bestehen der Alkoholabhängigkeit zu unterscheiden (Küfner und Bühringer, 1997). Um Aussagen über die prämorbidie Alkoholikerpersönlichkeit machen zu können, sind Längsschnittstudien über einen längeren Zeitraum nötig. Feuerlein (1996) berichtet von amerikanischen Untersuchungen aus den 60er 70er Jahren, in denen sich männliche Personen, die später Alkoholiker wurden, durch erhöhte Impulsivität, Geselligkeit und Nonkonformismus auszeichneten. In anderen Untersuchungen wurden Eigenschaften wie Hyperaktivität, eine geringere Neigung zur Schadensvermeidung, Sensationslust, Abhängigkeit von Belohnungen, Aufmerksamkeitsdefizite und Schwierigkeiten, sich zu entspannen als charakteristische Merkmale der prämorbidie Alkoholikerpersönlichkeit gefunden. Bei Frauen wurden weniger eindeutige Ergebnisse berichtet und der Einfluss soziokulturelle Faktoren wurde in diesen Untersuchungen nicht kontrolliert. Zum Forschungsstand im Hinblick auf bereits an

Alkoholabhängigkeit erkrankte Personen ist festzustellen, dass es bisher nicht gelungen ist, eine einheitliche Alkoholikerpersönlichkeit zu identifizieren. Die diesbezüglichen Ergebnisse sind sehr heterogen. Anstatt typische Merkmale der Gesamtgruppe der Alkoholabhängigen zu erforschen, geht man deshalb zunehmend dazu über, Alkoholiker im Hinblick auf bestimmte Subgruppen, die sich durch charakteristische Persönlichkeitsprofile auszeichnen, zu untersuchen. Als Beispiele seien hier die Studien von Funke, Klein und Scheller (1981) sowie von Becker und Quinten (2003) genannt. Da die unterschiedlichen Persönlichkeitstypen von Alkoholabhängigen in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt werden können, würde die Darstellung der einzelnen Untersuchungsergebnisse hier zu weit führen.

### 2.3.2.3 Erklärungsansätze bezüglich des psychosozialen Teufelskreises

Als Erklärungsansätze bezüglich des psychosozialen Teufelskreises sollen hier soziologische und systemische Betrachtungsweisen beleuchtet werden.

Der soziologische Ansatz rückt die „erheblichen Unterschiede in der regionalen und epochalen Ausprägung“ (Feuerlein, 1996) in den Fokus der Betrachtung. So hebt Kryspin-Exner (1998) hervor, dass der Alkoholkonsum durch den jeweiligen Kulturkreis einer Person beeinflusst wird. Sogenannte ‚Trinksitten‘ prägen die Einstellung zum Alkohol und den Umgang mit dieser Substanz. Auch die Reaktionen des Umfeldes auf die Trunkenheit fallen je nach Kulturkreis unterschiedlich aus<sup>13</sup>. In gestörten Trinkkulturen kann das sogenannte ‚Eisbergphänomen‘ enorm zur Entstehung der Alkoholabhängigkeit beitragen (Lindenmeyer, 1999). Der Konsum von Alkohol - auch in großen Mengen - liegt in solchen Kulturen innerhalb der „normalen“ Trinknormen. Dies führt dazu, dass die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit oft über Jahre hinweg nicht erkannt wird. Die Betroffenen suchen meist erst dann professionelle Hilfe, wenn sie die Folgeerscheinungen des langjährigen chronischen Konsums alleine nicht mehr bewältigen können, was die Therapie erschwert. Solch ein Phänomen wäre ohne eine gewisse Billigung des Alkoholkonsums von Seiten der Mitmenschen nicht möglich.

Systemische Modelle heben diese Anpassung des sozialen Umfeldes der Betroffenen an die Erkrankung hervor. Das Alkoholabhängigkeitssyndrom könnte demnach auch als

---

<sup>13</sup> Für genauere Informationen sei auf Bühringer (1996) verwiesen, der einen Überblick über kulturelle Unterschiede im Umgang mit Alkohol gibt.

„Umfeldkrankheit“ bezeichnet werden (Schmidt, 1988, S. 146). Sowohl die Familie als auch Arbeitskollegen und Freunde des Abhängigen reagieren zunächst nicht selten mit Bagatellisierung und Verheimlichung auf das Suchtverhalten. Wilke und Ziegler (1984) beschreiben den sozialen Mechanismus, der zur Verfestigung des Suchtverhaltens beiträgt, folgendermaßen: erst wenn die Situation so unerträglich geworden ist, dass sie nicht länger ignoriert werden kann, wird dem Abhängigen mit negativen Konsequenzen gedroht. Dieser verspricht, mit dem Trinken aufzuhören und versucht ohne therapeutische Unterstützung abstinenter zu werden. In der Regel kommt es nach einiger Zeit zu einem Rückfall. Zu diesem Zeitpunkt verwirklicht das soziale Umfeld die zuvor ausgesprochene Drohung oft nicht und die Situation wird wiederum ignoriert bis sie unerträglich wird. Erneute Drohungen sowie erneute Versprechen von Seiten des Abhängigkeitskranken folgen, und der Teufelskreis beginnt von vorne. Dadurch, dass die dem Abhängigen nahestehenden Personen die angedrohten Konsequenzen nicht realisieren, werden auch sie immer wieder „rückfällig“ (Schmidt, 1988, S.146). Das konfliktvermeidende Verhalten des sozialen Umfeldes wird auch als ko-abhängiges Verhalten bezeichnet (Lindenmeyer, 1999).

Im familiären Bereich entstehen durch die Abhängigkeitserkrankung verschiedene Konfliktfelder (Schmidt, 1988). Neben ökonomischen und sexuellen Konflikten kommt es zu Rollenkonflikten, da der Abhängige im Verlauf der Erkrankung immer weniger in der Lage ist, seine Rolle auszufüllen. Die Veränderung der Autoritätsstruktur löst Generationskonflikte aus und die Abhängigkeit wirkt sich auf das Erziehungsverhalten aus. Im Verlauf der Störung wird der Abhängige, so Schmidt (ebd.), immer aggressiver und passiver und es kommt zu einer zunehmenden Isolierung seiner Person.

Als weiteres multikausales Erklärungsmodell der Alkoholabhängigkeit sei hier das Modell von Schmidt (1988) erwähnt. Er betont, dass sowohl die Ursachen für die Alkoholkrankheit als auch ihre Auswirkungen multifaktorieller Natur sind. Er ist der Meinung, dass der Alkoholismus „alle Lebensbereiche durchdringt“ und zu einer „komplexen Schädigung führt“ (ebd., S. 163). Wie Kufner nennt er hier den somatischen, den psychischen und den sozialen Bereich. Darüber hinaus bezieht er jedoch auch den spirituellen Bereich und die Sinnfrage mit ein. Als Therapieziel sieht er deshalb neben der Abstinenz, der Beseitigung körperlicher Störungen und dem Wiederaufbau von sozialen Beziehungen das Erlangen neuer wertorientierter Lebensperspektiven. Die Frage, wie genau das Sinnsystem mit der Alkoholkrankheit zusammenhängt lässt Schmidt jedoch offen.

### 2.3.3 Folgeerscheinungen der Alkoholabhängigkeit

Im Folgenden werden einige der zahlreichen Folgeschädigungen, die mit dem Alkoholabhängigkeitssyndrom einhergehen, beschrieben, um das Bild dieser Störung zu vervollständigen. Der Schweregrad und die Art der Folgeschäden werden nicht nur von der Menge und der Dauer des Alkoholkonsums beeinflusst. Darüber hinaus sind individuelle Faktoren wie Alter, Geschlecht, Verträglichkeit und Faktoren des Umfeldes wirksam (Schmidt, 1988). Chronischer Alkoholkonsum bewirkt Funktionsstörungen an nahezu allen Organsystemen. Am bekanntesten sind hier sicherlich die Auswirkungen auf die Leber, wie zum Beispiel die Leberzirrhose. Zahlreiche Stoffwechselstörungen, Schädigungen des Magen-Darm-Traktes, des Herz-Kreislaufsystems, des Hormonhaushaltes, der Muskeln und des Skeletts sowie der Bauchspeicheldrüse sind weitere körperliche Folgeschäden des chronischen Alkoholkonsums. Auch verschiedene neurologisch-psychiatrische Krankheitsbilder können durch Alkoholkonsum induziert werden. Beispielfhaft seien hier das Entzugssyndrom, das Delirium tremens, die Alkohol-Halluzinose sowie das Wernicke-Korsakow-Syndrom angeführt (vgl. Feuerlein, 1996; Schmidt, 1988; Dilling et al., 1993). Auf alkoholbedingte Funktionsstörungen im seelischen Bereich weist Schmidt (1988) hin. Er spricht von einer verringerten aktiven Bewältigungsfähigkeit psychischer Belastungen sowie einem „überdurchschnittlichen Bedürfnis nach Kontrolle ihres psychischen Gleichgewichts“ (ebd., S. 154). Er geht von einer zunehmenden Verletzung des Selbstwertgefühls im Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung aus. Als Auswirkung hirnorganischer Schädigungen kann es außerdem zu einem Verlust der Kritikfähigkeit und des Realitätsbezuges kommen. Ein Alkoholabhängigkeitssyndrom kann zu Schädigungen in den folgenden sozialen Bereichen führen: Familie, Beruf und, damit zusammenhängend die wirtschaftliche Situation und Verkehrstüchtigkeit. Als weitere für den sozialen Kontext relevanten Folgen des Alkoholismus sind Suizidhandlungen, Kriminalität und erhöhte volkswirtschaftliche Kosten zu bedenken (vgl. Schmidt, 1988; Feuerlein, 1996).

## 2.3.4 Das Konzept der Anonymen Alkoholiker

17% der Alkoholiker-Stichprobe sind Mitglieder der Selbsthilfe-Gruppe ‚Anonyme Alkoholiker‘ (AA). Da sich einige Hypothesen dieser Arbeit auf Teilnehmer der AA beziehen, werden das Konzept und die Philosophie der AA im Folgenden kurz dargestellt.

### 2.3.4.1 Das 12-Schritte-Programm

Die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker entstand aus einer Begegnung zwischen zwei Amerikanern, die diese Selbsthilfegruppe in den USA gründeten. Im Jahre 1953 kam die Bewegung nach Deutschland. Inzwischen ist die Selbsthilfegruppe der AA weit verbreitet. In 150 Ländern der Erde gibt es über 100.000 Gruppen mit ungefähr 2,1 Millionen Mitgliedern. Es gibt drei unterschiedliche Formen der Gruppentreffen (Meetings): das geschlossene, zu dem nur Alkoholiker gehen; das offene, an dem auch Angehörige, Freunde und Interessierte teilnehmen können und das öffentliche Informationsmeeting. Für Alkoholiker ist die einzige Voraussetzung zur Teilnahme „der Wunsch, mit dem Trinken aufzuhören“ (Broschüre: Anonyme Alkoholiker, Informationen für die Öffentlichkeit, 2001). Einen zentralen Aspekt des Programms der AA bilden zwölf Grundsätze, die von der Gemeinschaft der AA formuliert wurden. Sie werden die „Zwölf Schritte“ genannt und sind als Empfehlungen zu verstehen, die dem Alkoholiker helfen sollen, sich von seinem Trinkzwang zu lösen und sein Leben neu zu gestalten. Sie lauten folgendermaßen:

Wir gaben zu, dass wir dem Alkohol gegenüber machtlos sind – und unser Leben nicht mehr meistern konnten.

Wir kamen zu dem Glauben, dass eine Macht, größer als wir selbst, uns unsere geistige Gesundheit wiedergeben kann.

Wir fassten den Entschluss, unseren Willen und unser Leben der Sorge Gottes - wie wir ihn verstanden - anzuvertrauen.

Wir machten eine gründliche und furchtlose Inventur in unserem Inneren.

Wir gaben Gott, uns selbst und einem anderen Menschen gegenüber unverhüllt unsere Fehler zu.

Wir waren völlig bereit, all diese Charakterfehler von Gott beseitigen zu lassen.

Demütig baten wir ihn, unsere Mängel von uns zu nehmen.

Wir machten eine Liste aller Personen, denen wir Schaden zugefügt hatten, und wurden willig, ihn bei allen wieder gutzumachen.

Wir machten bei diesen Menschen alles wieder gut - wo immer es möglich war - es sei denn, wir hätten dadurch sie oder andere verletzt.

Wir setzten die Inventur bei uns fort, und wenn wir Unrecht hatten, gaben wir es sofort zu.

Wir suchten durch Gebet und Besinnung, die bewusste Verbindung zu Gott – wie wir ihn verstanden – zu vertiefen. Wir baten Ihn nur, uns seinen Willen erkennbar werden zu lassen und uns die Kraft zu geben, ihn auszuführen.

Nachdem wir durch diese Schritte ein geistiges Erwachen erlebt hatten, versuchten wir, diese Botschaft an Alkoholiker weiterzugeben und unser tägliches Leben nach diesen Grundsätzen auszurichten (Broschüre: Anonyme Alkoholiker, Informationen für die Öffentlichkeit, 2001).

## 2.4 Sinn und Alkoholabhängigkeit

Es gibt bisher nur wenige Studien, in denen der Grad der Sinnerfülltheit oder die Ausprägung einzelner Lebensbedeutungen alkoholsüchtiger Menschen untersucht wurden. Aufgrund des Mangels an Untersuchungen stützen sich die folgenden Ausführungen in Teilen auf Ansichten, die auf der Erfahrung von Suchttherapeuten in der Arbeit mit Alkoholkranken basieren sowie auf die existenzanalytische Theorie. Zusammen mit Untersuchungen zu bestimmten Persönlichkeitsvariablen bei Alkoholikern (Becker & Quinten, 2003; Scheller & Lemke, 1994) und empirisch berichteten Zusammenhängen zwischen dem Fragebogen zu Lebensbedeutungen (LeBe) und dem Trierer Integrierten Persönlichkeitsinventar sowie zwischen dem LeBe und der Existenzskala dienen diese therapeutischen Beobachtungen als Hinweise auf die Ausprägung bestimmter Lebensbedeutungen bei Alkoholikern. Die Überlegungen der folgenden Kapitel beziehen sich dabei auf die Gruppe derjenigen Alkoholiker, die sich zum Zeitpunkt der Erhebung in klinischer Behandlung befanden (KA-Gruppe; vgl. Kapitel 3.2.1). Die Gruppe der Teilnehmer an Selbsthilfegruppen wird unter 2.4.11 gesondert betrachtet.

### 2.4.1 Sucht aus existenzanalytischer Sicht

Für Frankl bildet die Drogenabhängigkeit zusammen mit den Phänomenen der Suizidalität und der Aggressivität die ‚massenneurotische Trias‘ (Frankl, 1994). Seiner Meinung nach liegen diesen Phänomenen unter anderem gesellschaftliche Ursachen zugrunde. Er betont, dass das Individuum in der modernen Gesellschaft große Freiheiten besitzt, ohne dass diese an die Notwendigkeit der Verantwortungsübernahme geknüpft werden. Da viele Menschen mit dieser Freiheit nicht umgehen können, entsteht bei ihnen ein Gefühl der Sinnlosigkeit und des existentiellen Vakuums. Der Missbrauch von Alkohol ist aus Sicht der Existenzanalyse also eine „...maskierte Form der existentiellen Frustration“ (Rainer, 1997, S. 40). Deckart (2002) sieht in der gesellschaftlichen Orientierung auf Konsum und Wohlstand eine Begünstigung für die Entstehung von Süchten, da hier der Eindruck vermittelt wird, der Einzelne könne alles haben und dabei seine Verantwortung delegieren. Außerdem betrachtet sie den Süchtigen als jemanden, der von seinem Alltag gelangweilt, und aufgrund fehlender Spannung, von seinem Leben enttäuscht ist. In dieser Enttäuschung liegt für sie der Grund für die Suchtentstehung. Auf der Suche nach einem ‚Kick‘, der der Langeweile entgegenwirken kann, dient das Suchtmittel als Abwechslung. Je stärker das Suchtmittel jedoch in den Hauptfokus des Lebens rückt, desto stärker sinkt, so Deckart, das Lebenswertgefühl.

Existenzanalytisch betrachtet entspricht die Haltung des Süchtigen der von Frankl beschriebenen neurotischen Motivation des ‚Willens zur Lust‘. Dieses reine Luststreben entsteht erst dann, wenn der ‚Wille zum Sinn‘, der nach Frankl im Wesen des Menschen liegt, frustriert wurde (Frankl 1979a). Frankl meint, dass sich Lust nur als Folge der Erfüllung unseres Strebens nach Werteverwirklichung einstellt (ebd.) und nicht durch reines Streben nach Lust erreicht werden kann. Derjenige, der die Lust direkt zu erreichen sucht, wird dieses Ziel seiner Meinung nach zwangsläufig verfehlen. Nach Frankl führt der ‚Wille zur Lust‘ letztendlich in den Zustand des existentiellen Vakuums und damit in die Verzweiflung. Aufgrund dieser Überlegungen ist anzunehmen, dass sich alkoholabhängige Menschen in einem Zustand empfundener Sinnleere befinden, was eine geringe Ausprägung der Alkoholiker auf der Skala *Sinnerfüllung* vermuten lässt. Empirische Hinweise, die diese Vermutung unterstützen, werden in den folgenden Kapiteln (vgl. Kapitel 2.4.3 und 2.4.7) berichtet. Der Zustand des existentiellen Vakuums scheint einer hohen Zufriedenheit mit dem eigenen Leben und dem Empfinden eines inneren Friedens außerdem geradezu

entgegengesetzt zu sein, was eine geringe Werteausprägung der Alkoholiker auf der Skala *Lebenszufriedenheit* erwarten lässt.

Neben dem Streben nach Lustvollem wird bei Süchtigen in der logotherapeutischen Literatur eine Tendenz zur Vermeidung von Unangenehmem vermutet. So sieht Längle (1997) hinter jeder Sucht eine Leidvermeidung. Seiner Meinung nach verkennt der Süchtige die Chance zur Verwandlung, die die Erfahrung von Leid nach existenzanalytischer Auffassung beinhaltet (vgl. Kapitel 2.1.3.4). Tutsch (Heitger, Längle & Tutsch, 1997) meint, dass Süchtige neuen Erfahrungen aus dem Weg gehen, weil sie Schmerzen, Trauer und Scheitern umgehen wollen. Dabei würden sie die Droge benutzen, um passiv bleiben zu können. Da Leid im Leben aber nicht zu vermeiden ist, führt eine derartige Lebenseinstellung zwangsläufig zu Lebensunzufriedenheit. Die Realisierung der folgenden, mit den Skalen des LeBe erfassten, Lebensbedeutungen erfordert außerdem ein hohes Maß an Aktivität sowie die Bereitschaft, Erfahrungen zu sammeln und dabei das Risiko des Scheiterns zu akzeptieren. Daher werden auf den Skalen *Generativität*, *Fürsorge*, *Soziales Engagement* und *Entwicklung* niedrige Ausprägungen der Alkoholiker erwartet.

#### 2.4.2 Die Studie von Rainer

In einer existenzanalytischen Untersuchung überprüfte Rainer (1997) die Annahme, dass Zustände wie Sinnleere, Werteverlust und existentielles Vakuum ursächliche Faktoren süchtigen Verhaltens darstellen. Er befragte fünfzig Patienten, die an Alkoholabhängigkeit oder Alkoholmissbrauch litten. Als Messinstrumente wurden nach einem strukturierten Interview ein Anamnesefragebogen „Angaben zur Person und Suchtentwicklung“ (APS, Krampen, 1985), ein Einstellungsfragebogen zum Alkoholismus (EFA, Krampen 1985) und die Existenzskala von Längle, Orgler und Kundi (2000) eingesetzt. Eine zusätzlich vorhandene Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit galt dabei nicht als Ausschlusskriterium. Als Arbeitshypothese wurde angenommen, dass der Grad der existentiellen Frustration signifikant mit dem „Alcohol-Involvement-Index“ korreliert. Als Motive für das Trinken wurden folgende Gründe genannt: innere Leere und Sinnlosigkeitsgefühle, familiäre oder Partnerschaftsprobleme, soziale Probleme, innere Spannungen, exogene Belastungen und impulshaftes Trinken, wobei hier Mehrfachantworten möglich waren. Als Hauptgrund nannten 17 Männer (das sind 51,5% der Gesamtstichprobe) und 8 Frauen (dies entspricht 61,5% der Gesamtstichprobe) innere Leere und Sinnlosigkeitsgefühle. Dieses Motiv wurde am häufigsten genannt, gefolgt von familiären

Problemen und sozialen Problemen. Rainer sieht aufgrund dessen die Hypothese, dass das existentielle Vakuum einer der wichtigsten ätiologischen Faktoren der Sucht ist, bestätigt. In der Existenzskala zeigte sich, dass die Mittelwerte der Alkoholkranken in den Skalen *Selbstdistanzierung*, *Selbsttranszendenz* sowie *Freiheit und Verantwortung* deutlich unter denen einer getesteten Normalpopulation lagen. Des Weiteren wurden bei mehr als der Hälfte der Alkoholiker Phänomene wie „...Zentrierung auf die eigenen Wünsche, Wertsubjektivismus, In-Sich-Verhaftetsein...“ (Rainer, 1997, S. 47) gefunden. Die Auswertung der Antworten wies auf eine geringe Orientierungssicherheit, eine geringe Handlungssicherheit, ein übergroßes Sicherheitsbedürfnis sowie Gefühle des Gezwungenseins und der inneren Unfreiheit hin. Als weiteres Ergebnis der Studie berichtet Rainer, dass die Frauen auf den wichtigen noetischen Faktoren höhere Werte erzielten als die Männer. Im Vergleich zu der Normalstichprobe waren jedoch auch ihre personalen Fähigkeiten deutlich reduziert. Da die Stichprobengröße in der oben beschriebenen Studie relativ klein ( $N = 50$ ) war und zudem nicht zwischen Alkoholabhängigkeit und Medikamentenabhängigkeit differenziert wurde, werden die Ergebnisse von Rainer in dieser Arbeit eher als Hinweise zur Hypothesengenerierung betrachtet, denn als empirisch belegte Tatsachen.

### 2.4.3 Schlussfolgerungen aus der Studie von Rainer

Im Folgenden werden die Ergebnisse der existenzanalytischen Untersuchung von Rainer (vgl. Kapitel 2.4.2) zu den von Schnell (2003) ermittelten Zusammenhängen zwischen dem LeBe und der ESK (vgl. auch Kapitel 2.2.2.4) in Bezug gesetzt. Es ergeben sich inhaltliche Hypothesen für die folgenden Skalen des LeBe: *Sinnerfüllung*, *Lebensenergie*, *Fürsorge* sowie *Freiheit*.

Nach der Existenzanalyse sind die Fähigkeiten zur Selbstdistanzierung und Selbsttranszendenz sowie das Erkennen der eigenen Freiheit und Verantwortung zur Verwirklichung eines sinnerfüllten Lebens unerlässlich (vgl. auch Kapitel 2.1.3.2). Da süchtige Menschen diese Fähigkeiten anscheinend nur wenig nutzen, ist bei den Alkoholabhängigen eine geringe Sinnerfüllung zu erwarten (vgl. auch Kapitel 2.4.1).

Von allen Skalen des LeBe korreliert die Skala *Lebensenergie* am höchsten mit der ESK-Gesamtskala ( $r = .61$ ). Lebensenergie weist dabei besonders starke Beziehungen zu Selbsttranszendenz, Personalität, Verantwortung und Existentialität auf. Da sich Alkoholiker in der Studie von Rainer (1997) durch signifikant niedrigere Werte auf diesen Skalen der

Existenzskala auszeichneten als die Kontrollgruppe, legt dieser Zusammenhang die Vermutung nahe, dass Alkoholiker auf der Skala *Lebensenergie* des LeBe eine niedrigere Ausprägung aufweisen als die Personen aus der Normalbevölkerung.

Mittelgroße signifikante Zusammenhänge zwischen der Skala *Lebenszufriedenheit* und den Skalen *Selbst-Distanzierung*, *Selbst-Transzendenz* und *Verantwortung* der Existenzskala (siehe unter 2.2.2.4) weisen darauf hin, dass hohe Lebenszufriedenheit mit der Anwendung dieser personalen Fähigkeiten einhergeht. Da Alkoholiker diese Fähigkeiten jedoch weniger zu nutzen scheinen als andere Menschen (Rainer, 1997), unterstützt dieser Zusammenhang die unter 2.4.1. gemachte Annahme, dass alkoholabhängige Menschen mit ihrem Leben weniger zufrieden sind als die Gruppe aus der Normalbevölkerung.

Die Lebensbedeutung *Fürsorge* bedarf der Bereitschaft, Unangenehmes in Kauf zu nehmen und sich aktiv für andere einzusetzen. Da die Alkoholiker in der Untersuchung von Rainer jedoch eine starke Selbstbezogenheit aufwiesen, kann davon ausgegangen werden, dass Fürsorge für Alkoholiker weniger Bedeutung hat als für die Personen aus der Normalbevölkerung.

Die Tatsache, dass die Gruppe der Alkoholabhängigen in der Studie von Rainer signifikant niedrigere Ausprägungen auf der Skala *Freiheit* der ESK aufwies als die Normalstichprobe legt zunächst den Schluss nahe, dass sich die Alkoholiker im LeBe durch geringere Werte auf der Skala *Freiheit* auszeichnen werden. Trotz des gleichen Namens misst die Skala *Freiheit* der ESK jedoch ein anderes Konstrukt als die Skala *Freiheit* des LeBe. Dies wird auch durch die Tatsache bestätigt, dass die beiden Skalen nicht miteinander korrelieren (Schnell, 2003). Während die ESK die Fähigkeit misst, die eigene Freiheit in der Entscheidungsfindung und Bewertung von Situationen wahrzunehmen, wird im LeBe erhoben, ob der Freiheit als individueller Lebensbedeutung ein hohes Gewicht zugeschrieben wird oder nicht. Die Autorin vermutet, dass Menschen, die sich unfrei fühlen, der Freiheit eine um so größere Bedeutung in ihrem Leben zuschreiben. Deshalb wird erwartet, dass die Alkoholiker Freiheit wichtiger finden als die Kontrollgruppe.

#### 2.4.4 Die Studien von Kern und von Krampen & von Eye

Im Folgenden werden zwei Studien vorgestellt, in denen Wertehierarchien von Alkoholabhängigen untersucht wurden. Kern (1986) ermittelte die Ziel- und Wunschvorstellungen von 104 Alkoholikern und Medikamentenabhängigen, die sich in einer vier- bis fünfmonatigen stationären Langzeittherapie befanden. Nach Ablauf der halben

Therapiezeit wurden die Patienten mit dem "Wertorientierungsbogen" von Ullrich und Ullrich (1976) untersucht. Es wurden Einzelfragen zu acht verschiedenen Wertebereichen, wie beispielsweise Anerkennung und Lob, Zuneigung und Hilfe gestellt. Anschließend wurden die Patienten gebeten, die Wertebereiche hinsichtlich ihrer subjektiven Wichtigkeit in eine Rangfolge zu bringen. In der so entstandenen Wertehierarchie standen die Begriffe „meinem Leben einen Sinn geben“ und „meine Selbstachtung zu erhalten“ an der Spitze. Kern schlussfolgert daraus, dass die Abhängigkeitskranken zum Zeitpunkt der Befragung keinen Sinn mehr in ihrem Leben sehen konnten und ihnen die ehemals womöglich sinnstiftenden Lebensbedeutungen nicht mehr ausreichten. Als geschlechtsspezifisches Ergebnis zeigte sich darüber hinaus, dass die alkoholkranken Männer der Absicht, für etwas Bleibendes zu leben die höchste Bedeutung zuschrieben.

Krampen und von Eye (1979) untersuchten die allgemeinen Wertvorstellungen von Alkoholikern, die sich am Anfang einer stationären Entziehungskur befanden, und verglichen sie mit denen einer Kontrollgruppe. Als Messinstrument wurde hier das Value Survey für Endwerte (VS; Rokeach, 1973) verwendet. Den Probanden wurden 18 Werte vorgegeben, zu denen sie Wertpunkte vergeben sollten (Q-Sort-Methode). So entstanden auch hier individuelle Wertehierarchien. Clusteranalysen wiesen auf eine Übereinstimmung der Werte der beiden Gruppen in fast allen Wertebereichen hin. Ein Unterschied zeigte sich jedoch hinsichtlich des Bereichs der interpersonalen Beziehungen. In der Gruppe der Alkoholiker nahmen die interpersonalen Werte, wie „soziale Anerkennung“ und „echte Freundschaft“, einen höheren Rangplatz ein als in der Kontrollgruppe.

#### 2.4.5 Schlussfolgerung aus den Studien von Kern und von Krampen & von Eye

Die Schlussfolgerung von Kern, dass die Abhängigkeitskranken keinen Sinn mehr in ihrem Leben sahen, ist kritisch zu betrachten, da hier nicht zwischen dem empfundenen Ausmaß an Sinnerfüllung und einem generellen Bedürfnis nach Sinn differenziert wurde. Dass jemand das Bedürfnis nach Sinn in seinem Leben an die erste Stelle stellt, bedeutet nach Meinung der Autorin noch nicht zwangsläufig, dass er in seinem Leben keinen Sinn mehr sieht. Außerdem wurden die Ergebnisse der klinischen Gruppe nicht mit den Wertorientierungen einer Kontrollgruppe aus der Normalbevölkerung verglichen. Die Frage, ob Alkoholiker weniger Sinn in ihrem Leben sehen als Nicht-Alkoholiker, konnte also im Rahmen dieser Studie nicht beantwortet werden. Die Ergebnisse der Studie von Kern werden aufgrund dieser

Überlegungen lediglich als Hinweis darauf betrachtet, dass das Bedürfnis nach Sinngehalten im Leben von alkoholabhängigen Menschen eine wichtige Rolle spielt. Ob und in welcher Weise sie sich bezüglich ihres Grades an Sinnerfüllung und in der Art ihrer Lebensbedeutungen von der Normalbevölkerung unterscheiden, soll in der vorliegenden Arbeit überprüft werden.

Das Ergebnis der Studie von Krampen & von Eye (1979) legt zunächst den Schluss nahe, dass die Lebensbedeutung *Gemeinschaft* für Alkoholiker wichtiger ist als für Personen aus der Normalbevölkerung. Hier muss jedoch der handlungsbezogene Aspekt der Skala *Gemeinschaft* des LeBe berücksichtigt werden. Die Annahme bezüglich dieser Skala wird daher in Zusammenhang mit den Implikationen des Störungsbildes der Alkoholabhängigkeit für die Umsetzung dieser Lebensbedeutung in Kapitel 2.4.10 spezifiziert.

#### 2.4.6 Die Studie von Becker und Quinten

Becker und Quinten (2003) verglichen 95 alkoholabhängige Männer und 56 alkoholabhängige Frauen, die sich in stationärer Behandlung befanden, mit 199 Personen aus der Allgemeinbevölkerung. Es wurde untersucht, inwieweit sich die Alkoholiker in bestimmten Persönlichkeitseigenschaften und Persönlichkeitsstörungen von der Kontrollgruppe unterscheiden. Hierzu wurden das Trierer Integrierte Persönlichkeitsinventar (TIPI) in seiner ersten Version<sup>14</sup> und das Strukturierte Klinische Interview zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen (SKID-II) eingesetzt. In den durchgeführten t-Tests zeigten sich hochsignifikante Mittelwertsunterschiede bezüglich mehrerer Skalen.<sup>15</sup> Die Gruppe der Alkoholiker ließ sich im Vergleich zur Kontrollgruppe durch folgende Persönlichkeitseigenschaften beschreiben:

---

<sup>14</sup> Die betreffenden Skalen des TIPI-I werden im Anhang kurz charakterisiert.

<sup>15</sup> Es sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass Becker und Quinten darüber hinaus mit Hilfe clusteranalytischer Verfahren vier Persönlichkeitstypen bestimmten, die bei alkoholabhängigen Menschen signifikant häufiger vorkommen als in der Normalbevölkerung. Da in dieser Arbeit jedoch nicht auf typenspezifische Unterschiede der Alkoholiker eingegangen werden kann, wird diese Information für die Hypothesenbildung nicht weiter verwendet.

- geringe Autonomie (insbesondere Angst davor, vom Partner/Partnerin verlassen zu werden)
- starke emotionale Labilität und geringe seelische Gesundheit
- ausgeprägter Pessimismus
- mangelndes Selbstvertrauen und geringes Selbstwertgefühl
- geringe Sinnerfülltheit
- Gehemmtheit und Introversion (insbesondere starkes Misstrauen und Anhedonie)
- erhöhte Impulsivität
- Ordnungsstreben
- verringerte rechthaberische Arroganz.

#### 2.4.7 Schlussfolgerungen aus der Studie von Becker und Quinten

Aus den Ergebnissen der persönlichkeitspsychologischen Untersuchung von Becker und Quinten (2003) in Verbindung mit der Korrelationsstudie von Schnell (2003) werden im Folgenden inhaltliche Hypothesen für die vorliegende Arbeit abgeleitet. Diese beziehen sich auf die im LeBe erfassten allgemeinen Grundhaltungen gegenüber dem Leben *Sinnerfüllung*, *Lebensenergie*, *Lebenszufriedenheit* sowie auf die Lebensbedeutungen *Entwicklung*, *Macht*, *Spaß*, *Tradition*, und *Moral*.

Die Resultate der Studie von Becker und Quinten deuten daraufhin, dass Alkoholiker ihr Leben als weniger sinnerfüllt empfinden als Personen aus der Normalbevölkerung. Dieses Ergebnis bestätigt den in der Literatur zu findenden Gedanken, dass das Gefühl der Sinnleere als möglicher Auslöser für die Entwicklung eines Abhängigkeitssyndroms zu betrachten ist. So vertritt zum Beispiel Meyer (1987) die Auffassung, dass abhängige Menschen im Suchtmittel einen Ersatz für das Empfinden von Sinnhaftigkeit suchen. Auch Böschmeyer (1993) meint, dass süchtige Menschen zur Droge greifen, um ihre unerfüllte Sehnsucht nach Sinn zu stillen.

Ein weiteres Ergebnis der Untersuchung von Becker und Quinten (2003) ist, dass sich die Alkoholiker durch ein signifikant niedrigeres Selbstwertgefühl auszeichneten als die Personen der Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis bestätigt die in Kapitel 2.3.3 beschriebene

Annahme von Schmidt (1988). Auch in der logotherapeutischen Literatur wird Süchtigen häufig ein niedriges Selbstwertgefühl zugeschrieben. Guth (1997, S. 68) meint zum Beispiel, dass der Süchtige einen „äußerst unsicheren Grundwert“ habe und das Leben nicht bejahe. Sie ist der Meinung, dass die Sucht ein Mittel ist, um diese Verneinung seiner selbst und seines Lebens auf destruktive Weise auszudrücken. Auch Ladewig (1996) spricht von geringem Selbstwertgefühl als möglicher Eigenschaft süchtiger Menschen. Heitger (Heitger et al., 1997) sieht den süchtigen Menschen als Jemanden, der sich nach einer Steigerung seines Selbstwertes sehnt. Anstatt sich mit der Realität auseinander zu setzen, würden Süchtige jedoch versuchen, dieses Ziel mit Hilfe des Drogenkonsums zu verwirklichen. Da sich der Süchtige im Laufe der Abhängigkeitsentwicklung immer mehr von der Realität abschneidet, wird das Gefühl der eigenen Inkompetenz noch verstärkt und der Selbstwert des Abhängigen sinkt dadurch noch weiter. Das Ausmaß an positivem oder negativem Selbstwertgefühl stellt einen wichtigen Aspekt der Skala *Lebensenergie* dar. Auch diese Hinweise sprechen daher für die in Kapitel 2.4.3 dargestellte Vermutung, dass Alkoholabhängige eine niedrigere Ausprägung von Lebensenergie aufweisen als die Personen aus der Normalbevölkerung. Darüber hinaus wiesen die Alkoholiker starkes Misstrauen sowie eine große Angst, vom Partner verlassen zu werden, auf (Becker und Quinten, 2003). Die Skalen *Misstrauen* und *Angst, vom Partner/der Partnerin verlassen zu werden* des TIPI gingen in der Zusammenhangsstudie zwischen dem TIPI und dem LeBe (Schnell, 2003) mit niedrigen Werten auf der Skala *Lebensenergie* einher. *Verlassensangst* und *Lebensenergie* korrelierten zu  $r = -.41$  miteinander, während zwischen *Misstrauen* und *Lebensenergie* ein Zusammenhang der Höhe  $r = -.44$  gefunden wurde. Dies lässt ebenfalls vermuten, dass Alkoholiker im Vergleich zur Normalbevölkerung geringe Lebensenergie aufweisen.

Die Lebenseinstellung der Alkoholiker war außerdem signifikant pessimistischer als die der Kontrollgruppe. Da eine optimistische Grundhaltung ein zentraler Aspekt der Skala *Lebenszufriedenheit* ist, lässt dieses Ergebnis eine geringe Lebenszufriedenheit bei Alkoholikern erwarten.

In der Studie von Schnell (2003) ergab die Überprüfung der korrelativen Zusammenhänge zwischen dem TIPI und dem LeBe einen statistisch bedeutsamen negativen Zusammenhang von  $r = -.27$  zwischen der Skala *Entwicklung* des LeBe und der Skala *Neurotizismus* des TIPI. In der Studententichprobe ging stark ausgeprägter Neurotizismus also einher mit geringen Werten auf der Skala *Entwicklung*. In der Untersuchung von Becker und Quinten (2003) wiesen die Alkoholiker im Vergleich zu der Kontrollgruppe signifikant

höhere Neurotizismus-Werte auf. Es wird daher erwartet, dass Entwicklung Alkoholikern weniger bedeutet als Nicht-Alkoholikern.

Zwischen der Skala *Unselbständigkeit* des TIPI-IV und der Skala *Macht* des LeBe zeichnete sich ein signifikant negativer Zusammenhang von  $r = -.38$  ab. Personen, die sehr unselbständig sind, werden also eher niedrigere Werte in *Macht* aufweisen, was nicht weiter überrascht. Aufgrund der niedrigen Autonomie-Werte der Alkoholiker bei Becker und Quinten (ebd.) kann erwartet werden, dass Alkoholiker weniger Wert auf Macht legen als die Normalbevölkerung.

Starke Anhedonie ist ein weiteres Merkmal, durch das sich die Alkoholiker in der Untersuchung von Becker und Quinten (ebd.) auszeichneten. Darin unterschieden sie sich signifikant von der Kontrollgruppe. Die Skala Anhedonie des TIPI-I beschreibt Menschen, die extreme Schwierigkeiten damit haben, Vergnügen zu empfinden, sich zu freuen, positive Gefühle zu haben und diese zu äußern. Menschen mit hohen Werten auf der Skala *Spaß* suchen dagegen fröhliche Gesellschaft, lachen viel und finden Spaß sehr wichtig. Da die Persönlichkeitseigenschaft Anhedonie einer hohen Bedeutung von Spaß im eigenen Leben zu widersprechen scheint, ist davon auszugehen, dass die Alkoholiker-Gruppe Spaß geringere Bedeutung zuschreibt als die Kontrollgruppe aus der Normalbevölkerung.

Auf der Skala *Ordnungsstreben und Prinzipientreue* des TIPI-I waren die Ausprägungen der Alkoholiker gegenüber denen der Kontrollgruppe signifikant erhöht (Becker und Quinten, 2003). Personen mit hohen Werten auf dieser Skala legen großen Wert darauf, Regeln und Vorschriften zu beachten. Ordnung und Sauberkeit bedeutet ihnen viel, und sie sind für neue Ideen und Werte nur wenig offen. Dies stellt eine Ähnlichkeit zu der Skala *Tradition* des LeBe dar. Diese Skala erfasst die Wertschätzung von Altbewährtem und Ordnungsliebe. Auch der signifikante Zusammenhang zwischen den Skalen *Tradition* und *Ordnungsstreben* ( $r = .38$ ) in der Studie von Schnell (2003) weist auf die Ähnlichkeit der beiden Konstrukte hin. Es wird daher erwartet, dass Alkoholiker größeren Wert auf Tradition legen als die Kontrollgruppe.

Ein weiterer positiver Zusammenhang bestand zwischen den Skalen *Moral* des LeBe und *Ordnungsstreben* des TIPI (ebd.). Die Korrelation betrug hier  $r = .41$ . Das stark ausgeprägte Ordnungsstreben der Alkoholiker (Becker und Quinten, 2003) deutet darauf hin, dass Moral den alkoholabhängigen Menschen mehr bedeutet als der Kontrollgruppe.

#### 2.4.8 Die Studie von Scheller und Lemke

Scheller und Lemke (1994) untersuchten 63 Alkoholiker, 63 Nicht-Alkoholiker und 57 an einer Selbsthilfegruppe teilnehmende ehemalige Alkoholiker im Hinblick auf Unterschiede in den generalisierten Persönlichkeitsvariablen ‚Stressbewältigungsverhalten‘ und ‚Kompetenzüberzeugungen‘. Hierzu wurden das ‚Coping Response Inventory‘ (CRI) von Moos (1988), der ‚Stressverarbeitungsfragebogen‘ (SVF) von Janke, Erdmann und Kallus (1985) und der ‚Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen‘ (FKK) von Krampen (1991) eingesetzt. Letzterer wurde um die ‚Selbstkonzeptskala zur allgemeinen Problembewältigung‘ (SAP) der ‚Frankfurter Selbstkonzeptskalen‘ (Deusinger, 1986) ergänzt. Es zeigte sich, dass sich die Alkoholiker sowohl in ihren Bewältigungsstrategien als auch in ihren Kompetenzüberzeugungen von Nicht-Alkoholikern und ehemaligen Alkoholikern unterschieden. Der „problemvermeidende Coping-Stil“ war in der Gruppe der Alkoholiker signifikant stärker ausgeprägt als in der Selbsthilfegruppe und in der Kontrollgruppe. Die Ergebnisse wiesen darauf hin, dass die Alkoholiker es vermieden, ihre Probleme logisch zu analysieren. Statt dessen neigten sie zu Resignation und reagierten auf emotionalen Druck mit negativen Gefühlsentladungen. Außerdem versuchten die Alkoholiker überzufällig häufiger als die Nicht-Alkoholiker und die ehemaligen Alkoholiker, ihre Probleme durch Alkoholkonsum zu bewältigen.

Im Gegensatz zu den Alkoholikern wandten die ehemaligen Alkoholiker verstärkt problemgerichtete Coping-Strategien, wie gezielte Problemanalyse, an. Bei der Lösung ihrer Probleme ließen sie sich von ihrem sozialen Umfeld unterstützen und setzten dafür, ebenso wie die Nicht-Alkoholiker, konkretes, lösungsorientiertes Handeln ein. Das Selbstkonzept der Alkoholiker war sowohl in Bezug auf ihre generalisierten Kompetenzüberzeugungen als auch hinsichtlich der bereichsspezifischen Erwartung, stressige Alltagssituationen bewältigen zu können, signifikant niedriger ausgeprägt als in den beiden anderen Gruppen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Alkoholiker zu problemvermeidendem Coping-Verhalten neigen, und ihre eigenen Kompetenzen zur Problembewältigung eher niedrig einschätzen.

#### 2.4.9 Schlussfolgerungen aus der Studie von Scheller und Lemke

Neben dem Hinweis aus der Studie von Becker und Quinten (2003) stützen die Ergebnisse der Untersuchung von Scheller und Lemke in zweierlei Hinsicht die Vermutung, dass Alkoholiker niedrige Lebensenergie aufweisen. Zum einen operationalisiert die Skala

*Lebensenergie* des LeBe eine Haltung, die sich unter anderem durch positive Bewältigungsfähigkeit auszeichnet. Diese war jedoch bei den Alkoholikern nach den Resultaten der Studie von Scheller und Lemke nicht vorhanden. Ein weiterer Aspekt, der durch die Skala *Lebensenergie* beschrieben wird, ist das Gefühl, sozial verbunden zu sein. In der Untersuchung von Scheller und Lemke stellte sich heraus, dass die Alkoholiker im Gegensatz zu ehemaligen Alkoholikern die Unterstützung durch ihre soziale Umwelt bei der Problembewältigung nur wenig suchten, was auf eine eher wenig ausgeprägte soziale Verbundenheit schließen lässt.

#### 2.4.10 Implikationen des Störungsbildes der Alkoholabhängigkeit für Lebensbedeutungen

Bestimmte Merkmale des Störungsbildes der Alkoholabhängigkeit implizieren eine geringe Ausprägung der Lebensbedeutungen *Gemeinschaft*, *Generativität*, *Selbsterkenntnis*, *Achtsamkeit* *Gesundheitsorientierung* bei Alkoholikern. Dies wird im folgenden Kapitel erläutert.

Ein möglicher weiterer Grund für die angenommene Sinnleere bei Alkoholikern ist im Verlauf der Suchtentwicklung zu suchen. Wie in Kapitel 2.3.1 schon dargestellt, ist ein Kriterium zur Diagnostik eines Abhängigkeitssyndroms nach der ICD-10 erfüllt, wenn die betreffende Person Tätigkeiten, die ihr früher Freude bereitet hatten, vernachlässigt, um die Substanz konsumieren zu können (Dilling, Mombour & Schmidt, S. 93). Mit fortschreitender Abhängigkeitsentwicklung wird immer mehr Zeit dafür verwendet, zu trinken, den Alkohol zu besorgen oder sich von Folgeerscheinungen zu erholen. Das Leben und der Alltag des Alkoholabhängigen zentriert sich also mehr und mehr auf den Alkohol. Für das Wahrnehmen und Gestalten von Lebensmöglichkeiten jenseits des Alkohols, welches eine notwendige Voraussetzung für ein sinnerfülltes Leben ist, wendet der Alkoholiker also immer weniger Kraft und Zeit auf. Rainer (1997) geht davon aus, dass sich der Süchtige im Zuge der Zentrierung auf den Alkohol immer stärker von der realen Welt abwendet und sich in eine Scheinwelt zurückzieht. So versäumt es der Abhängige immer mehr, Werte zu verwirklichen. Schließlich wird „der Wille zum Sinn ... im Alkohol ertränkt.“ (ebd.). Es kommt zu einer „Nivellierung des sinnvoll erfahrenen Daseins“ (ebd.).

Nach Heitger (Heitger, Längle & Tutsch, 1997) sehnt sich der Süchtige nach dem Erleben sozialer Kompetenz und danach, akzeptiert zu werden und geborgen zu sein. Demnach müsste Gemeinschaft für Alkoholiker eine hohe Bedeutung haben. Auch die hohe

Bedeutung interpersonalen Werte für Alkoholiker in der Studie von Krampen und von Eye (1979) weist in diese Richtung. In unserer Gesellschaft wird das Zusammensein mit anderen Menschen, zum Beispiel auf Feiern, leider fast immer mit dem Konsumieren alkoholischer Getränke verbunden. So kann schnell der Trugschluss entstehen, dass Alkohol ein Garant für fröhliche Geselligkeit ist bzw. dass diese ohne Alkohol nicht erreichbar wäre. Dies begünstigt das in Kapitel 2.3.2.3 beschriebene ‚Eisbergphänomen‘. Heitger ist der Meinung, dass der Alkohol nur kurzfristig die Illusion vermitteln kann, dem Ziel der Geborgenheit und der Akzeptanz näher zu kommen. Langfristig erfährt sich der Süchtige jedoch als inkompetent, was zu einer Vermeidung des Kontaktes mit der Umwelt führen kann. Ein Aspekt der Skala *Gemeinschaft* bezieht sich auf die Ebene des Handelns, das heißt auf das Pflegen von Beziehungen und das Investieren von Zeit in die Wahrnehmung sozialer Kontakte. Aufgrund der zunehmenden Zentrierung auf den Alkohol wird es Alkoholikern bei fortschreitender Abhängigkeit jedoch immer schwerer fallen, den Wert *Gemeinschaft* zu pflegen. Es sei an dieser Stelle auch an die zahlreichen Konfliktfelder im familiären Bereich erinnert, die durch die mangelnde Fähigkeit, der eigenen Rolle weiterhin gerecht zu werden, entstehen, und nach Schmidt (1988) mit der Zeit zur Isolierung des Abhängigen führen (vgl. Kapitel 2.3.2.3). Aus diesen Gründen wird davon ausgegangen, dass Alkoholiker auf dieser Skala niedrigere Werte aufweisen als die Kontrollgruppe.

Zur Einordnung der Lebensbedeutung *Generativität* bei Alkoholikern sei zunächst noch einmal daran erinnert, dass der LeBe über die Ebene des Denkens hinaus auch die Ebenen des Erlebens und Verhaltens mit einbezieht. Es wird also nicht nur erhoben, ob eine Person Sehnsucht danach verspürt, generativ zu sein, sondern auch, ob sie sich in ihrem Leben dementsprechend verhält und diesen Wert als konstante Bedeutung in ihrem Alltag erlebt. Die von Kern (vgl. Kapitel 2.4.4) berichtete Wertehierarchie der alkoholabhängigen Männer deutet zwar auf eine starke Sehnsucht nach Generativität bei männlichen Alkoholikern hin; die Zentrierung auf den Alkohol impliziert jedoch, dass Alkoholikern nur wenig Zeit und Kraft bleibt, um Dinge von bleibendem Wert zu erschaffen. Auf der Skala *Generativität* sind daher geringe Ausprägungen zu erwarten.

In Bezug auf die Lebensbedeutung *Selbsterkenntnis* lassen manche Meinungen in der Literatur ein hohes Bedürfnis der Alkoholiker nach Selbsterkenntnis vermuten. So sind Dörner und Plog (1996) der Meinung, dass hinter der Sucht eine Sehnsucht nach Selbstfindung liegt. Nach Guth (1997) liegt diese Sehnsucht in einem geringen Selbstwert begründet. Nach Meinung der Autorin erschwert der Teufelskreis der Abhängigkeit jedoch

die Verwirklichung dieser Lebensbedeutung. Die Suche nach Selbsterkenntnis als zentrale Lebensbedeutung zu sehen, setzt den Willen voraus, sich mit seinen Problemen auseinander zu setzen. Dies verlangt Bewusstheit, Mut und die Bereitschaft, sich auch mit unangenehmen Seiten seines Selbst zu konfrontieren. Alkoholiker entscheiden sich eher dafür, sich selbst durch den Alkohol zu betäuben und so nicht mehr über ihre Probleme nachdenken zu müssen. Sie setzen sich nicht aktiv mit ihren Problemen auseinander, sondern stellen immer wieder den kurzfristig angenehmen, alkoholisierten Zustand her. Es werden daher eher niedrige Werte der Alkoholiker in der Skala *Selbsterkenntnis* erwartet.

Da das Erleben im alkoholisierten Zustand nach Meinung der Autorin dem Zustand der Achtsamkeit völlig entgegengesetzt ist, wird angenommen, dass Alkoholiker der Achtsamkeit eine geringere Bedeutung zumessen als die Personen der Normalbevölkerung, was auf geringe Ausprägungen in der Skala *Achtsamkeit* verweist.

Bedenkt man die organschädigenden Folgen des Alkoholmissbrauchs, so ist es offensichtlich, dass Alkoholiker sich nicht gesundheitsförderlich verhalten. Ihnen scheint, zumindest für die Dauer des Alkoholmissbrauchs, der Konsum des Alkohols wichtiger zu sein als ihre Gesundheit. In der Gruppe der Alkoholiker werden deshalb niedrigere Werte auf der Skala *Gesundheitsorientierung* erwartet als in der Kontrollgruppe.

#### 2.4.11 Erwartungen bezüglich der Lebensbedeutungen von Teilnehmern an Selbsthilfegruppen

30% der Alkoholikerstichprobe dieser Untersuchung nehmen an Selbsthilfegruppen teil. Da Personen, die an Selbsthilfegruppen teilnehmen, sich freiwillig mit ihrer Störung auseinandersetzen, ist anzunehmen, dass sie sich von den Alkoholikern, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in klinischer Behandlung (KA-Gruppe) befanden, bezüglich ihrer Lebensbedeutungen unterscheiden.

Da die Teilnehmer an einer Selbsthilfegruppe sich in der Untersuchung von Scheller und Lemke (1994; vgl. Kapitel 2.4.8) im Gegensatz zu den Alkoholikern durch problemgerichtetes Coping-Verhalten und ein stabiles Selbstkonzept der Problembewältigungsfähigkeit auszeichneten, wird bei ihnen eine höhere Ausprägung an Lebensenergie erwartet als bei der KA-Gruppe.

In Selbsthilfegruppen stellt die Erfahrung der Gemeinschaft der Gruppe auf dem Weg in die dauerhafte Abstinenz eine wichtige Stütze dar. Es wird daher erwartet, dass Teilnehmer

an Selbsthilfegruppen im Vergleich zu der KA-Gruppe der Lebensbedeutung *Gemeinschaft* eine höhere Bedeutung zuschreiben.

17% der Stichprobe besuchen die Selbsthilfegruppe ‚Anonyme Alkoholiker‘. Die Philosophie und das Programm der Anonymen Alkoholiker (AA) legen hohe Werte auf einigen der im LeBe erhobenen Lebensbedeutungen nahe. So besteht ein zentraler Punkt des Programms der AA (vgl. Kapitel 2.3.4) in der Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst, der „gründlichen Inventur im Inneren“ (Broschüre: Anonyme Alkoholiker, Informationen für die Öffentlichkeit, 2001), also letztlich dem Bemühen um *Selbsterkenntnis*, was für eine hohe Ausprägung dieser Lebensbedeutung bei den Teilnehmern der AA spricht. Aufgrund dieses Bemühens um Selbsterkenntnis sowie der Bereitschaft, die eigenen „Charakterfehler von Gott beseitigen zu lassen“ (ebd.) wird außerdem erwartet, dass *Entwicklung* für Teilnehmer der AA eine größere Bedeutung hat als für die KA-Gruppe.

Aufgrund des spirituellen Elementes im Konzept der Anonymen Alkoholiker, das den Glauben und die persönliche Hingabe an „eine Macht, größer als wir selbst“ (ebd.) beinhaltet, wird erwartet, dass die AA eine stärkere Transzendenzorientierung aufweisen als die Gruppe der klinischen Alkoholiker. Ein weiterer der sogenannten „zwölf Schritte“ im Programm der Anonymen Alkoholiker lautet: „Wir suchten durch Gebet und Besinnung, die bewusste Verbindung zu Gott - wie wir Ihn verstanden - zu vertiefen.“ (ebd.). Dies führt zu dem Schluss, dass AA explizit religiöser sind als diejenigen Alkoholiker, die sich zur Zeit der Befragung in Kliniken befanden.

Die zuvor geäußerten Vermutungen hinsichtlich der Teilnehmer an Selbsthilfegruppen insgesamt gelten natürlich auch für die Gruppe der Teilnehmer an den AA-Gruppen. Auch bei ihnen werden also höhere Ausprägungen auf den Skalen *Lebensenergie* und *Gemeinschaft* erwartet als in der KA-Gruppe. Der Aspekt der Gemeinschaft wird von den AA selbst als eines der Hauptwirkungsmechanismen ihrer Selbsthilfegruppe verstanden. So betonen sie in ihrer Informationsbroschüre für die Öffentlichkeit, dass der „Zwang zum Trinken... durch den ständigen Kontakt mit den genesenden AA-Freunden, dem Gefühl der Gemeinschaft und der Freundschaft...“ durchbrochen werden kann (ebd., S. 9).

## 3 Methodik

Dieses Kapitel umfasst den methodischen Teil dieser Arbeit. Zunächst wird der Ablauf der Datenerhebung geschildert und die Charakteristika der untersuchten Stichproben werden beschrieben. Die Vorgehensweise bei der Auswertung der Daten, die Art der statistischen Analysen und die hier durchgeführten Maßnahmen zur Kontrolle von Störvariablen werden dargestellt. Anschließend wird ein Überblick über die statistischen Hypothesen gegeben.

### 3.1 Der Prozess der Datenerhebung

Die Daten der Alkoholiker, die sich in klinischer Behandlung befanden, wurden in drei verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen erhoben: in der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, in der SHG-Klinik Merzig und im St. Nikolaus Hospital Wallerfangen. Die Erhebungen wurden von dem jeweiligen Psychologen vor Ort durchgeführt. Die Teilnehmer wurden darüber informiert, dass es sich um einen Fragebogen zum Lebenssinn handelt, und dass es weder richtige noch falsche Antworten gibt. Die Diagnosen des jeweiligen Teilnehmers wurde von dem Untersuchungsleiter auf den betreffenden Briefumschlag geschrieben, wobei die F-Codierung nach der ICD-10 benutzt wurde. Zuvor wurde den Patienten mitgeteilt, dass die Teilnahme an der Untersuchung freiwillig ist, dass ihre Auskünfte anonym bleiben, und dass die Daten zu wissenschaftlichen Zwecken benutzt werden. Sie unterschrieben diesbezüglich eine Einverständniserklärung, die in der jeweiligen Einrichtung blieb. Auf Wunsch bekamen die Teilnehmer eine Rückmeldung über ihre Fragebogenergebnisse, wobei aus Gründen des Datenschutzes ein Code benutzt wurde.

Zur Rekrutierung der Gruppe der Alkoholiker, die eine Selbsthilfegruppe besuchten, wurden Teilnehmer der Selbsthilfegruppe Anonyme Alkoholiker Trier, Anonyme Alkoholiker Bitburg und Kreuzbund Trier telefonisch kontaktiert. Diese verteilten die Fragebögen an interessierte Gruppenmitglieder. Als Bedingung für die Teilnahme galt, dass die Personen alkoholabhängig waren und keine zusätzliche Medikamentenabhängigkeit oder Multitoxikomanie vorlag.

## 3.2 Beschreibung der untersuchten Stichproben

Im Folgenden werden die für diese Arbeit relevanten Untersuchungsgruppen anhand ihrer demografischen Merkmale kurz charakterisiert. Dabei wird zunächst die Gruppe der Alkoholiker, die sich beim Erhebungszeitpunkt in klinischer Behandlung befand, sowie deren Kontrollgruppe beschrieben. Anschließend werden die Stichprobe der Alkoholiker, die an einer Selbsthilfegruppe teilnehmen, sowie die Normalstichprobe des LeBe charakterisiert.

### 3.2.1 Die Gruppe der Alkoholiker, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in klinischer Behandlung befanden

Die Gruppe der Alkoholiker, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in klinischer Behandlung befanden (KA-Gruppe) besteht insgesamt aus 45 Personen, von denen 37,8% weiblich und 62,2% männlich sind. 64,4% der KA-Gruppe wurde in der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach befragt, 20% in der SHG-Klinik Merzig und 15,6% im St. Nikolaus Hospital Wallerfangen. Der Altersrange beträgt 24-61 Jahre bei einem Mittelwert von 45.36 Jahren und einer Standardabweichung von 9.41 Jahren. Fast die Hälfte der Stichprobe (48,9%) hat einen Hauptschulabschluss. 22,2% besitzen einen Realschulabschluss und 13,3% absolvierten ein Studium. Je 4,4% der Gruppe haben Abitur, Fachabitur oder einen anderen Abschluss gemacht. Bezüglich des Familienstandes ist der größte Teil der Stichprobe geschieden. 26,75% sind verheiratet und 22,25% ledig. 11,15% gaben an getrennt zu leben, 4,45% leben in einer Partnerschaft und 2,25% der Gruppe sind verwitwet. Von weiteren 2,2% fehlte die Angabe.

Beruflich sind die Personen der KA-Gruppe in sehr verschiedenen Bereichen tätig. 13,2% sind im handwerklichen Bereich tätig, je 6,6% gaben an Arbeiter oder Kaufmann zu sein und weitere 6,6% arbeiten im KFZ-Bereich. Jeweils 4,4% sind Verkäufer, Verwaltungsangestellte oder Hausfrau. Die folgenden Berufe sind außerdem jeweils mit 2,2% vertreten: Arzthelferin, Medizinisch-Technische-Assistentin, Baumaschinist, Betriebsschlosser, Bürogehilfin, Chemikant, Designerin, Floristin, Hauswirtschafter, Juristin, Koch, Krankenschwester, Lehrer, Maler und Lackierer, Mechaniker, Rechtsanwältin. Alle Teilnehmer sind Deutsche.

### 3.2.2 Die Kontrollgruppe der KA-Gruppe

Aufgrund des Matchings der Stichproben (vgl. Kapitel 3.5) besteht die Kontrollgruppe der KA-Gruppe ebenfalls aus 45 Personen, von denen 37,8% weiblich und 62,2% männlich sind. Das Mindestalter beträgt hier 22 Jahre, das Höchstalter 67 Jahre. Der Mittelwert liegt bei 44,98 Jahren bei einer Standardabweichung von 1,59 Jahren. Bezüglich des Bildungsstandes ist der Anteil der Personen mit Hauptschulabschluss hier mit 28,9% wesentlich geringer als in der KA-Gruppe. 28,9% haben einen Realschulabschluss, was dem Prozentsatz in der KA-Gruppe ähnelt. Mit 24,4% gaben in dieser Gruppe fast doppelt so viele Personen als in der KA-Gruppe an, studiert zu haben. 8,9% haben ein Abitur und 4,4% ein Fachabitur. Weitere 4,4% haben andere Abschlüsse.

Hinsichtlich des Familienstandes bildeten die Verheirateten hier mit 44,4% die größte Untergruppe. 20% der Teilnehmer sind ledig und 15,5% leben in einer Partnerschaft. Mit 8,9% sind hier wesentlich weniger Teilnehmer geschieden als in der KA-Gruppe. Weitere 8,9% leben getrennt und 2,2% sind verwitwet. Auch hier ist das Heimatland aller Personen Deutschland.

13,2% der Stichprobe sind Lehrer, 8,9% in der Verwaltung tätig, 4,4% sind Sekretärin oder Beamte oder kaufmännisch tätig. Außerdem sind die folgenden Berufe mit je 2,2% vertreten: Bankangestellter, Bibliothekar, Dachdeckermeister, Drogistin, Fachinformatiker, Bauarbeiter, Erzieherin, Kraftfahrer, Gruppenleiter, Industriearbeiter, Konditor, Lagerhelfer, Lohnbuchhalterin, Masseur, Medizinisch-Technische-Angestellte, Postbeamter, Manager, Therapeut, Sekretärin, Soldat, Altenpflegerin.

### 3.2.3 Die Gruppe der Alkoholiker in Selbsthilfegruppen

Zusätzlich zu den Alkoholikern in klinischer Behandlung nahmen 19 Alkoholiker, die eine Selbsthilfegruppe besuchen (SHG-Gruppe), an der Befragung teil. Davon besuchten 47,4% die Anonymen Alkoholiker Trier, 10,5% die Anonymen Alkoholiker Bitburg und 42,1% den Kreuzbund Trier. 47,4% der SHG-Gruppe sind weiblich und 52,6% männlich. Der Altersrange liegt hier bei 31-64 Jahren bei einem Mittelwert von 48,32 Jahren und einer Standardabweichung von 9,6 Jahren. Im Gegensatz zu der KA-Gruppe hat hier der größte Teil der Gruppe (42,1%) studiert. 31,6% haben einen Realschulabschluss und 21,1% einen Hauptschulabschluss. 5,3% gaben an, einen anderen Bildungsstand zu haben. Bezüglich des Familienstandes gaben 84,2% an, verheiratet zu sein. Je 5,3% leben in einer Partnerschaft,

sind ledig oder leben getrennt. 15,8% der Stichprobe sind in der Verwaltung tätig und 10,6% arbeiten als Lehrer. Daneben waren die folgenden Berufe mit jeweils 5,3% zu finden: Architekt, Arzthelferin, Beamter, Facharbeiter, Friseurin, Gärtner, Hausfrau, Ingenieur, Landwirt, Maurer Polizeibeamter, Rechtsanwältin, Rentner und Verwaltungsangestellter.

### 3.2.4 Die Normalstichprobe des LeBe insgesamt

Die Daten der Normalstichprobe des LeBe wurden von Frau Schnell zur Verfügung gestellt. In der Normalstichprobe des LeBe sind 358 Personen. 70,4% der Stichprobe sind weiblich und 29,6% sind männlich. Das Alter reicht von 16 bis 89 Jahren bei einem Mittelwert von 32,26 Jahren und einer Standardabweichung von 15,73 Jahren. Bezüglich des Bildungsstandes haben 53,1% der Personen Abitur und 15,6% einen Hochschulabschluss. 12% gaben an, einen Realschulabschluss zu haben und 9,8% haben die Hauptschule besucht. 3,9% der Gruppe haben Fachabitur oder einen anderen Abschluss gemacht. 43,6% gaben in Bezug auf den Familienstand an, ledig zu sein und 28,5% leben in einer Partnerschaft. 20,9% sind verheiratet, 2,5% sind geschieden und 2,2% leben getrennt. Weitere 1,7% sind verwitwet. Die Nennung der einzelnen Berufe würde hier zu weit führen.

## 3.3 Die Auswertung der Daten

Die Fragebogendaten wurden manuell in das Statistikprogramm eingegeben und auf Eingabefehler überprüft. Fehlende Werte wurden, sofern die Anzahl nicht über 10% des Fragebogens ausmachte, durch die geschlechtsspezifischen Itemmittelwerte ersetzt.

## 3.4 Statistische Berechnungen

Zur statistischen Analyse der Daten wurde das Computerprogramm *SPSS 10.0 für Windows* 1999 angewendet. Es wurden sowohl univariate (ANOVA) als auch multivariate Varianzanalysen (MANOVA) berechnet. Tests bezüglich der gematchten Stichprobe (siehe auch Kapitel 3.5.) erforderten messwiederholte Untersuchungsdesigns (vgl. z. B. Bortz & Döring, 1995; Bortz, 1993). Zur Überprüfung der Voraussetzung der Varianzhomogenität wurde bei den nicht messwiederholten Analysen der Levene-Test gerechnet. Dieser testet die Nullhypothese, dass die Fehlervarianzen der abhängigen Variablen über die Gruppen hinweg

gleich sind. Signifikante Ergebnisse im Levene-Test weisen also auf eine Verletzung der Varianzhomogenität hin. Die drei Stichproben, also die KA-Gruppe, die KA-Kontrollgruppe und die SHG-Gruppe wurden mittels der Berechnung der Schiefe und des Exzesses auf Normalverteilttheit überprüft. Nach den Kriterien von West, Finch und Cohen (1995) lag hier keine Verletzung der Normalverteilung vor, da die Schiefe für alle Skalen einen Wert unter 2 und der Exzess einen Wert unter 7 hatte. Das Signifikanzniveau wurde der Konvention entsprechend bei allen Berechnungen auf  $\alpha \leq .05$  festgesetzt. Bei signifikanten Ergebnissen der t-Tests wurde das standardisierte Effektstärkenmaß  $\omega^2$  und bei signifikanten Resultaten der Varianzanalysen das Effektstärkenmaß  $\eta^2$  berechnet. Führten die Berechnungen zu nicht-signifikanten Ergebnissen, so wurde die Teststärke mit Hilfe des Programms G\*Power von Faul und Erdfelder (1992) analysiert. Bei der Berechnung mehrerer Tests besteht die Gefahr der Alpha-Fehler-Kumulierung. Zur Korrektur dieser Kumulierung wurde hier die sequentielle Alpha-Fehler-Korrektur nach Bonferoni-Holm durchgeführt, die liberaler ist als die Alpha-Fehler-Adjustierung nach Bonferoni.

### 3.5 Maßnahmen zur Kontrolle von Störvariablen

Aufgrund des quasiexperimentellen Charakters dieser Studie (vgl. z. B. Bortz & Döring, 1995; Bortz & Lienert, 1998) war ein randomisiertes Zuweisen der Probanden zu den experimentellen Gruppen nicht möglich. Vorab durchgeführte Analysen wiesen jedoch auf Störeffekte der demografischen Variablen Alter, Geschlecht und Bildungsstand in der KA-Gruppe hin (vgl. Kapitel 4.2). Um diese Störeinflüsse weitestgehend zu minimieren, wurde die Vorgehensweise des „Matching“ (vgl., z. B. Bortz & Döring, 1995) gewählt. Der Vorteil dieser Methode besteht in der Reduzierung der Fehlervarianz, während der Nachteil in dem kleineren Stichprobenumfang der Kontrollgruppe liegt. Jeder Person aus der KA-Gruppe wurde eine in Bezug auf ihre demografischen Merkmale möglichst ähnliche Person aus der Normalstichprobe des LeBe zugeordnet. Als Auswahlkriterium für die Variable Alter wurde die Bedingung „plus/minus zehn Jahre“ festgelegt. Für die Variable Bildungsstand wurden die folgenden zwei Gruppen gebildet: kein Abschluss, Haupt- oder Realschulabschluss versus Abitur, Fachabitur oder Studium. Trafen diese Kriterien auf mehrere der Personen der Normalstichprobe zu, so wurde die jeweils erste ausgewählt. Da jedoch nicht immer alle Kriterien erfüllt werden konnten, wurden, besonders im Hinblick auf die Variable Bildungsstand, Kompromisse eingegangen.

Bei den statistischen Gruppenvergleichen der KA-Gruppe mit der AA-Gruppe und der SHG-Gruppe wurden die Variablen Alter, Geschlecht und Bildungsstand als Kovariaten in die Berechnung mit aufgenommen, um so mögliche Störeffekte herauszupartialisieren.

Aufgrund des teils explorativen Charakters dieser Studie wurden Post-hoc-Tests auch in denjenigen Fällen durchgeführt, in denen der globale Test nicht signifikant wurde. Diese Vorgehensweise wurde gewählt, um Hinweise auf Unterschiedstendenzen in der Stichprobe aufzudecken und für die künftige Forschung nutzbar zu machen.

### 3.6 Statistische Hypothesen

Aus den in Kapitel zwei formulierten inhaltlichen Hypothesen werden im Folgenden inhaltliche Vorhersagen abgeleitet, die wiederum in statistische Hypothesen und statistische Vorhersagen transformiert werden. Die insgesamt 26 Hypothesen beziehen sich auf die folgenden drei Bereiche: Unterschiede zwischen (1) der KA-Gruppe und der Kontrollgruppe, (2) der KA-Gruppe und der AA-Gruppe und (3) der KA-Gruppe und der SHG-Gruppe. Alle aufgestellten Hypothesen sind gerichtet und entsprechen der Alternativhypothese (H1). Einen Überblick über die Hypothesen bezüglich der Unterschiede zwischen der KA-Gruppe und der Kontrollgruppe gibt Tabelle 3.1. Zur Überprüfung der ersten Hypothese wird eine einfaktorielle multivariate Varianzanalyse (MANOVA) mit Messwiederholung gerechnet. Dabei bildet die Gruppe den messwiederholten Faktor mit zwei Stufen, während die Skalen des LeBe die sechzehn abhängigen Variablen darstellen. Die Hypothesen 2 bis 17 werden mit t-Tests für abhängige Stichproben untersucht.

Tabelle 3.1

Hypothesen 1 - 17 zu Unterschieden zwischen der Gruppe der Alkoholiker, die sich in klinischer Behandlung befanden (KA-Gruppe, N = 45) und der 1:1 gematchten Kontrollgruppe (KG, N = 45) auf einzelnen Skalen des LeBe

	<b>Inhaltliche Vorhersage</b>	<b>Statistische Vorhersage</b>	<b>Statistische Hypothese</b>
<b>H1.</b>	Die Alkoholiker der KA-Gruppe (KA) unterscheiden sich bezüglich der Ausprägung auf den Skalen des LeBe von den Personen der Kontrollgruppe (KG).	Die erwarteten Mittelwerte der beiden Gruppen KA und KG auf den Skalen des LeBe unterscheiden sich voneinander.	Die MANOVA mit Messwiederholung zeigt einen signifikanten Haupteffekt der Gruppenzugehörigkeit auf die hypothesenrelevanten Skalen des LeBe.
<b>H2.</b>	Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit weisen niedrigere Werte auf der Skala <i>Sinnerfüllung</i> auf als Personen aus der Vergleichsstichprobe.	In der Skala <i>Sinnerfüllung</i> ist der erwartete Mittelwert in der KA-Gruppe kleiner als der erwartete Mittelwert der KG.  H1: $\mu_{KA} - \mu_{KG} < 0$	In einem Post-hoc-t-Test ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe signifikant kleiner als der der KG.
<b>H3.</b>	Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit weisen niedrigere Werte auf der Skala <i>Lebensenergie</i> auf als Personen aus der Vergleichsstichprobe.	In der Skala <i>Lebensenergie</i> ist der erwartete Mittelwert in der KA-Gruppe kleiner als der erwartete Mittelwert der KG.  H1: $\mu_{KA} - \mu_{KG} < 0$	In einem Post-hoc-t-Test für abhängige Stichproben ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe signifikant kleiner als der der KG.
<b>H4.</b>	Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit weisen niedrigere Werte auf der Skala <i>Lebenszufriedenheit</i> auf als Personen aus der Vergleichsstichprobe.	In der Skala <i>Lebenszufriedenheit</i> ist der erwartete Mittelwert in der KA-Gruppe kleiner als der erwartete Mittelwert der KG.  H1: $\mu_{KA} - \mu_{KG} < 0$	In einem Post-hoc-t-Test für abhängige Stichproben ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe signifikant kleiner als der der KG.
<b>H5.</b>	Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit weisen niedrigere Werte auf der Skala <i>Generativität</i> auf als Personen aus der Vergleichsstichprobe.	In der Skala <i>Generativität</i> ist der erwartete Mittelwert in der KA-Gruppe kleiner als der erwartete Mittelwert der KG.  H1: $\mu_{KA} - \mu_{KG} < 0$	In einem Post-hoc-t-Test für abhängige Stichproben ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe signifikant kleiner als der der KG.
<b>H6.</b>	Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit weisen niedrigere Werte auf der Skala <i>Selbsterkenntnis</i> auf als Personen aus der Vergleichsstichprobe.	In der Skala <i>Selbsterkenntnis</i> ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe kleiner als der erwartete Mittelwert der KG.  H1: $\mu_{KA} - \mu_{KG} < 0$	In einem Post-hoc-t-Test für abhängige Stichproben ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe signifikant kleiner als der der KG.

	<b>Inhaltliche Vorhersage</b>	<b>Statistische Vorhersage</b>	<b>Statistische Hypothese</b>
<b>H7.</b>	Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit weisen niedrigere Werte auf der Skala <i>Soziales Engagement</i> auf als Personen aus der Vergleichsstichprobe.	In der Skala <i>Soziales Engagement</i> ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe kleiner als der erwartete Mittelwert der Kontrollgruppe (KG).  H1: $\mu_{KA} - \mu_{KG} < 0$	In einem Post-hoc-t-Test für abhängige Stichproben ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe signifikant kleiner als der der KG.
<b>H8.</b>	Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit weisen niedrigere Werte auf der Skala <i>Gesundheitsorientierung</i> auf als Personen aus der Vergleichsstichprobe.	In der Skala <i>Gesundheitsorientierung</i> ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe kleiner als der erwartete Mittelwert der Kontrollgruppe.  H1: $\mu_{KA} - \mu_{KG} < 0$	In einem Post-hoc-t-Test für abhängige Stichproben ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe signifikant kleiner als der der KG.
<b>H9.</b>	Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit weisen niedrigere Werte auf der Skala <i>Entwicklung</i> auf als Personen aus der Vergleichsstichprobe.	In der Skala <i>Entwicklung</i> ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe kleiner als der erwartete Mittelwert der Kontrollgruppe.  H1: $\mu_{KA} - \mu_{KG} < 0$	In einem Post-hoc-t-Test für abhängige Stichproben ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe signifikant kleiner als der der KG.
<b>H10.</b>	Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit weisen höhere Werte auf der Skala <i>Freiheit</i> auf als Personen aus der Vergleichsstichprobe.	In der Skala <i>Freiheit</i> ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe größer als der erwartete Mittelwert in der Kontrollgruppe.  H1: $\mu_{KA} - \mu_{KG} > 0$	In einem Post-hoc-t-Test für abhängige Stichproben ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe signifikant größer als der der KG.
<b>H11.</b>	Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit weisen niedrigere Werte auf der Skala <i>Macht</i> auf als Personen aus der Vergleichsstichprobe.	In der Skala <i>Macht</i> ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe kleiner als der erwartete Mittelwert der Kontrollgruppe.  H1: $\mu_{KA} - \mu_{KG} < 0$	In einem Post-hoc-t-Test für abhängige Stichproben ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe signifikant kleiner als der der KG.
<b>H12.</b>	Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit weisen niedrigere Werte auf der Skala <i>Spaß</i> auf als Personen aus der Vergleichsstichprobe.	In der Skala <i>Spaß</i> ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe kleiner als der erwartete Mittelwert der Kontrollgruppe.  H1: $\mu_{KA} - \mu_{KG} < 0$	In einem Post-hoc-t-Test für abhängige Stichproben ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe signifikant kleiner als der der KG.

	<b>Inhaltliche Vorhersage</b>	<b>Statistische Vorhersage</b>	<b>Statistische Hypothese</b>
<b>H13.</b>	Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit weisen niedrigere Werte auf der Skala <i>Fürsorge</i> auf als Personen aus der Vergleichsstichprobe.	In der Skala <i>Fürsorge</i> ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe kleiner als der erwartete Mittelwert der Kontrollgruppe.  H1: $\mu_{KA} - \mu_{KG} < 0$	In einem Post-hoc-t-Test für abhängige Stichproben ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe signifikant kleiner als der der KG.
<b>H14.</b>	Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit weisen niedrigere Werte auf der Skala <i>Gemeinschaft</i> auf als Personen aus der Vergleichsstichprobe.	In der Skala <i>Gemeinschaft</i> ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe kleiner als der erwartete Mittelwert der Kontrollgruppe.  H1: $\mu_{KA} - \mu_{KG} < 0$	In einem Post-hoc-t-Test für abhängige Stichproben ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe signifikant kleiner als der der KG.
<b>H15.</b>	Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit weisen niedrigere Werte auf der Skala <i>Achtsamkeit</i> auf als Personen aus der Vergleichsstichprobe.	In der Skala <i>Achtsamkeit</i> ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe (KA) kleiner als der erwartete Mittelwert der KG.  H1: $\mu_{KA} - \mu_{KG} < 0$	In einem Post-hoc-t-Test für abhängige Stichproben ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe signifikant kleiner als der der KG.
<b>H16.</b>	Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit weisen höhere Werte auf der Skala <i>Tradition</i> auf als Personen aus der Vergleichsstichprobe.	In der Skala <i>Tradition</i> ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe größer als der erwartete Mittelwert der KG.  H1: $\mu_{KA} - \mu_{KG} > 0$	In einem Post-hoc-t-Test für abhängige Stichproben ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe signifikant größer als der der KG.
<b>H17.</b>	Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit weisen höhere Werte auf der Skala <i>Moral</i> auf als Personen aus der Vergleichsstichprobe.	In der Skala <i>Moral</i> ist der erwartete Mittelwert KA-Gruppe größer als der erwartete Mittelwert der KG.  H1: $\mu_{KA} - \mu_{KG} > 0$	In einem Post-hoc-t-Test für abhängige Stichproben ist der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe signifikant größer als der der KG.

In Tabelle 3.2. sind die Hypothesen aufgelistet, die sich auf Unterschiede zwischen den Teilnehmern der Anonymen Alkoholiker (AA-Gruppe) und der Gruppe der Alkoholiker, die sich in klinischer Behandlung befanden (KA-Gruppe), beziehen (Hypothesen 18 bis 24). Hypothese 18 wird mittels einer einfaktoriellen MANOVA mit sechs abhängigen Variablen und wiederum zwei Stufen auf dem Faktor „Gruppe“ untersucht. Die Skalen des LeBe bilden die abhängigen Variablen. Univariate einfaktorielle Varianzanalysen mit jeweils zwei Stufen auf dem Faktor „Gruppe“ und der jeweiligen Skala als abhängiger Variable sollen Aufschluss über die Hypothesen 19 bis 24 geben.

Tabelle 3.2

Hypothesen 18 - 24 zu Unterschieden zwischen den Teilnehmern der Anonymen Alkoholiker (AA-Gruppe), und der Gruppe der Alkoholiker, die sich zum Befragungszeitpunkt in klinischer Behandlung befanden (KA-Gruppe) auf einzelnen Skalen des LeBe

	<b>Inhaltliche Vorhersage</b>	<b>Statistische Vorhersage</b>	<b>Statistische Hypothese</b>
<b>H18</b>	Die AA-Gruppe unterscheidet sich bezüglich der Ausprägungen auf den Skalen des LeBe von der KA-Gruppe.	Die erwarteten Mittelwerte der beiden Gruppen KA und AA unterscheiden sich auf den sechs hypothesenrelevanten Skalen des LeBe voneinander.	Die MANOVA zeigt einen signifikanten Haupteffekt der Gruppenzugehörigkeit auf die sechs hypothesenrelevanten Skalen des LeBe.
<b>H19</b>	Auf der Skala <i>Lebensenergie</i> zeigen sich bei der AA-Gruppe höhere Ausprägungen als bei der KA-Gruppe.	Auf der Skala <i>Lebensenergie</i> ist der erwartete Mittelwert der AA-Gruppe größer als der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe . H1: $\mu_{AA} - \mu_{KA} > 0$	In einem Post-hoc-t-Test ist der erwartete Mittelwert der AA-Gruppe signifikant größer als der der KA-Gruppe.
<b>H20</b>	Die Gruppe der AA weist höhere Werte auf der Skala <i>Explizite Religiosität</i> auf als die KA-Gruppe.	Auf der Skala <i>Explizite Religiosität</i> ist der erwartete Mittelwert der AA-Gruppe größer als der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe . H1: $\mu_{AA} - \mu_{KA} > 0$	In einem Post-hoc-t-Test ist der erwartete Mittelwert der AA-Gruppe signifikant größer als der der KA-Gruppe.
<b>H21</b>	Die Gruppe der AA weist höhere Werte in der Skala <i>Transzendenzorientierung</i> auf als die klinische Gruppe der Alkoholiker.	Auf der Skala <i>Transzendenzorientierung</i> ist der erwartete Mittelwert der AA-Gruppe größer als der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe . H1: $\mu_{AA} - \mu_{KA} > 0$	In einem Post-hoc-t-Test ist der erwartete Mittelwert der AA-Gruppe signifikant größer als der der KA-Gruppe.
<b>H22</b>	Die Gruppe der AA weist höhere Werte auf der Skala <i>Selbsterkenntnis</i> auf als die Gruppe der klinischen Alkoholiker.	Auf der Skala <i>Selbsterkenntnis</i> ist der erwartete Mittelwert der AA-Gruppe größer als der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe . H1: $\mu_{AA} - \mu_{KA} > 0$	In einem Post-hoc-t-Test ist der erwartete Mittelwert der AA-Gruppe signifikant größer als der der KA-Gruppe.
<b>H23</b>	Auf der Skala <i>Entwicklung</i> haben die AA höhere Werte als die Personen der KA-Gruppe.	Auf der Skala <i>Entwicklung</i> ist der erwartete Mittelwert der AA-Gruppe größer als der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe . H1: $\mu_{AA} - \mu_{KA} > 0$	In einem Post-hoc-t-Test ist der erwartete Mittelwert der AA-Gruppe signifikant größer als der der KA-Gruppe.
<b>H24</b>	Die AA weisen auf der Skala <i>Gemeinschaft</i> höhere Werte auf als die Personen der KA-Gruppe.	Auf der Skala <i>Gemeinschaft</i> ist der erwartete Mittelwert der AA-Gruppe größer als der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe . H1: $\mu_{AA} - \mu_{KA} > 0$	In einem Post-hoc-t-Test ist der erwartete Mittelwert der AA-Gruppe signifikant größer als der der KA-Gruppe.

Die letzten Hypothesen beziehen sich auf Unterschiede zwischen der KA-Gruppe und der SHG-Gruppe. Tabelle 3.3 enthält die diesbezüglichen Annahmen. Die Hypothesen 25 und 26 werden mit einfaktoriellen Varianzanalysen mit der Gruppe als Faktor mit zwei Stufen und den Skalen als abhängiger Variable überprüft.

Tabelle 3.3

Hypothese 25 und 26 zu Unterschieden zwischen der Gruppe der Alkoholiker, die sich in klinischer Behandlung befanden, (KA-Gruppe) und der Alkoholiker, die an einer Selbsthilfegruppe teilnehmen, (SHG-Gruppe) auf einzelnen Skalen des LeBe.

	<b>Inhaltliche Vorhersage</b>	<b>Statistische Vorhersage</b>	<b>Statistische Hypothese</b>
<b>H25</b>	Die Personen der SHG-Gruppe weisen auf der Skala <i>Lebensenergie</i> höhere Werte auf als die Personen der KA-Gruppe.	In der Skala <i>Lebensenergie</i> ist der erwartete Mittelwert der SHG-Gruppe größer als der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe . H1: $\mu_{AA} - \mu_{KA} > 0$	In einer einfaktoriellen Varianzanalyse gibt es einen Haupteffekt des Faktors Gruppe.
<b>H26</b>	Die Personen der SHG-Gruppe weisen auf der Skala <i>Gemeinschaft</i> höhere Werte auf als die Personen der KA-Gruppe.	In der Skala <i>Gemeinschaft</i> ist der erwartete Mittelwert der SHG-Gruppe größer als der erwartete Mittelwert der KA-Gruppe . H1: $\mu_{AA} - \mu_{KA} > 0$	In einer einfaktoriellen Varianzanalyse gibt es einen Haupteffekt des Faktors Gruppe.

Aufgrund der eher schmalen theoretischen Basis in Bezug auf die Ausprägung spezifischer Lebensbedeutungen bei Alkoholikern werden die hypothesengeleiteten Tests in dieser Arbeit durch explorative Analysen ergänzt. Zusätzlich zu den auf der Ebene der Skalen gemachten Annahmen sollen die Stichproben auf bedeutsame Unterschiede in den Dimensionen des LeBe überprüft werden. Außerdem sollen die einzelnen Gruppen im Hinblick auf Unterschiede in denjenigen Skalen des LeBe, zu denen keine Hypothesen aufgestellt wurden, verglichen werden.

## 4 Ergebnisse

Die zentralen Ergebnisse der statistischen Hypothesenüberprüfung werden in diesem Kapitel dargestellt. Dabei wird zunächst ein Überblick über die Reliabilitäten des LeBe gegeben. Die Ergebnisse bezüglich der explorativen Analysen sowie bezüglich der drei Hypothesenbereiche werden tabellarisch aufgeführt. In Kapitel 5 werden die Daten dann ausführlich interpretiert.

### 4.1 Reliabilitäten der Skalen des LeBe

Um die Reliabilität der Skalen zu überprüfen, wurden die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen des LeBe mittels Cronbachs Alpha berechnet. Außer bei den Skalen *Selbsterkenntnis* ( $\alpha = .58$ ), *Macht* ( $\alpha = .56$ ) und *Bodenständigkeit* ( $\alpha = .50$ ) können die internen Konsistenzen der Skalen in der Alkoholikerstichprobe als zufriedenstellend (.60) bis sehr gut (.91) bezeichnet werden. Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse sind in Tabelle 4.1 dargestellt. Schnell (2003) berichtet für die Normalstichprobe des LeBe folgende Reliabilitäten: eine mittlere interne Konsistenz der Lebensbedeutungen von  $\alpha = .77$  und ein Cronbachs Alpha von  $\alpha = .88$  für die Sinndimensionen. Die Retest-Reliabilität betrug nach sechs Wochen  $r = .81$  und nach neun Monaten  $r = .71$  (ebd.).

Tabelle 4.1

Reliabilitäten (Cronbachs- $\alpha$ ) für die Skalen des LeBe in der gesamten Alkoholikerstichprobe.

Skala	N	M	SD	Item-Anzahl	Cronbachs- $\alpha$
Sinnerfüllung	64	11.65	4.49	4	.73
Lebensenergie	64	24.36	9.67	8	.87
Lebenszufriedenheit	64	15.14	7.31	6	.88
Explizite Religiosität	64	6.72	4.89	3	.91
Transzendenzorientierung	64	13.15	5.73	5	.70
Generativität	64	19.76	7.55	7	.82
Wissen	64	17.00	5.19	5	.79
Selbsterkenntnis	64	6.54	2.40	2	.58
Soziales Engagement	64	15.20	4.96	5	.75
Gesundheitsorientierung	64	10.98	3.84	4	.67
Herausforderung	64	17.70	5.40	6	.72
Entwicklung	64	13.67	3.60	4	.67
Kreativität	64	12.07	3.67	4	.60
Individualismus	64	11.67	3.83	4	.65

Skala	N	M	SD	Item-Anzahl	Cronbachs- $\alpha$
Freiheit	64	7.20	2.73	2	.89
Macht	64	13.65	4.65	5	.56
Spaß	64	20.45	5.09	6	.71
Harmonie	64	10.98	2.60	3	.66
Liebe	64	12.43	4.01	4	.71
Fürsorge	64	17.64	3.95	5	.70
Gemeinschaft	64	19.36	5.41	6	.79
Achtsamkeit	64	22.60	7.44	8	.77
Wellness	64	19.66	5.34	6	.75
Tradition	64	18.53	6.39	7	.77
Moral	64	18.60	4.05	5	.73
Bodenständigkeit	64	13.00	3.21	4	.50
Vernunft	64	15.31	4.66	5	.73
Leistung	64	14.30	5.02	6	.88

Anmerkungen: N = Probandenanzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

## 4.2 Effekte der demografischen Variablen

Wie in Kapitel 3.5 schon erwähnt, wurde die KA-Stichprobe zunächst im Hinblick auf das Vorhandensein von Effekten der demografischen Variablen analysiert, um so die für diese Stichprobe relevanten Kriterien für das Matching zu identifizieren. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Analysen in Bezug auf die Variablen Alter, Geschlecht, Bildungsstand und Familienstand dargestellt.

### 4.2.1 Alterseffekte in der KA-Gruppe

Zur Überprüfung der KA-Gruppe auf Alterseffekte, wurde die Altersvariable mit den Skalen des LeBe korreliert. Tabelle 4.2 enthält die statistischen Kennwerte in Bezug auf die alterskorrelierten Skalen des LeBe. Die nicht signifikanten Ergebnisse befinden sich in Tabelle A1 des Anhangs.

Tabelle 4.2

Signifikante Korrelationen zwischen den einzelnen Skalen des LeBe und der demografischen Variable Alter in der KA-Gruppe.

	Lebens- zufriedenheit	Explizite Religiosität	Selbst- erkenntnis	Natur- verbundenheit	Gesundheits- orientierung	Vernunft
Alter	.30*	.31*	.32*	.35*	.31*	.33*

Anmerkungen: \*Die Korrelation ist auf dem Signifikanzniveau von  $p < .05$  (2-seitig) signifikant.  $N = 44$ ; alle Korrelationen Pearson  $r$

Die Skalen *Lebenszufriedenheit*, *Explizite Religiosität*, *Selbsterkenntnis*, *Naturverbundenheit*, *Gesundheitsorientierung* und *Vernunft* weisen signifikante korrelative Zusammenhänge mit der Altersvariable auf. Höheres Alter geht mit höheren Ausprägungen auf diesen Skalen des LeBe einher. Die Höhe der Korrelationen kann mit  $r = .30$  bis  $r = .35$  nach der von Cohen formulierten Konvention (Cohen, 1988) als mittelgroß bezeichnet werden.

#### 4.2.2 Geschlechtseffekte in der KA-Gruppe

Um die KA-Gruppe auf das Vorhandensein von Geschlechtseffekten zu überprüfen wurden, analog zur Vorgehensweise hinsichtlich der Altersvariable Korrelationen berechnet. Tabelle 4.3 gibt einen Überblick über die statistisch bedeutsamen Zusammenhänge zwischen den Skalen des LeBe und der Geschlechtsvariable.

Tabelle 4.3

Signifikante Korrelationen zwischen den einzelnen Skalen des LeBe und der demografischen Variable Geschlecht in der KA-Gruppe.

	Soziales Engagement	Individualismus	Fürsorge	Selbsterkenntnis	Wellness
Geschlecht	-.34*	.33*	-.30*	-.32*	.37*

Anmerkungen: \*Die Korrelation ist auf dem Signifikanzniveau von  $p < .05$  (2-seitig) signifikant.  $N = 45$ ; alle Korrelationen Pearson  $r$ ; Weibliche Personen erhielten den Wert 1 und männliche den Wert 2.

Auf fünf der 29 Skalen des LeBe zeigten sich signifikante Geschlechtseffekte. Während die Skalen *Selbsterkenntnis*, *Soziales Engagement*, und *Fürsorge* negative Korrelationen aufweisen, zeichneten sich auf den Skalen *Individualismus* und *Wellness* positive

Zusammenhänge ab. Die Korrelationen liegen bei einer mittleren Höhe von  $r = -.30$  bis  $r = .37$ .

#### 4.2.3 Effekte der Variablen Bildungsstand

Um Effekte der Variablen „Bildungsstand“ und „Familienstand“ auf die Ausprägungen der Skalen des LeBe in der KA-Gruppe festzustellen, wurden einfaktorielle multivariate Varianzanalysen berechnet. Die Gruppe stellt dabei den Faktor mit drei Stufen dar und die 29 Skalen des LeBe bilden die abhängigen Variablen. Um Hinweise auf Effekte dieser demografischen Variablen bei der Kontrolle von Störvariablen berücksichtigen zu können, wurden anschließende einfaktorielle Varianzanalysen auch dann durchgeführt, wenn die MANOVA keinen signifikanten Effekt zeigte. Hier war die Gruppe wiederum die unabhängige Variable und die jeweilige Skala diente als abhängige Variable. Zum Vergleich der einzelnen Subgruppen untereinander wurde die Honest Significant Difference nach Tukey berechnet, da hier auch ungleich große Gruppengrößen berücksichtigt werden. Die Ergebnisse dieser Berechnungen werden im Text dargestellt und aus Ökonomiegründen nicht zusätzlich in Tabellenform aufgeführt. Um eine zu kleine Personenanzahl in den einzelnen Zellen zu vermeiden, wurden nur diejenigen Gruppen in die Analyse aufgenommen, bei denen  $N > 5$  war. Bei den Teststärkeberechnungen wurde von einem mittleren Populationseffekt ausgegangen, da es für wahrscheinlich gehalten wird, dass diese beiden Variablen die Lebensbedeutungen in einem zumindest mittelgroßen Ausmaß beeinflussen.

In Tabelle 4.4 werden die Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse bezüglich der demografischen Variable Bildungsstand berichtet. Aufgrund der zu kleinen Gruppengröße wurden Personen, die Fachabitur ( $N = 2$ ), Abitur ( $N = 2$ ) oder einen anderen Bildungsstand ( $N = 2$ ) hatten von den Analysen ausgeschlossen. Die drei untersuchten Gruppen enthielten Personen mit einem Hauptschulabschluss (Ha-Gruppe), einem Realschulabschluss (Re-Gruppe) oder einem Hochschulabschluss (Ho-Gruppe).

Die MANOVA wurde mit  $F_{(29/58)} = 1.36$  und  $p = .27$  nicht signifikant. Der Bildungsstand hat also keinen Effekt auf die Ausprägungen in den Skalen des LeBe. Die Teststärke lag hier bei  $1 - \beta = .21$  bei einem angenommenen mittleren Populationseffekt von  $\Omega^2 = .13$ . Die Wahrscheinlichkeit einen Effekt mittlerer Größe zu finden, falls er in der Population vorhanden ist, betrug also lediglich 21%.

Tabelle 4.4

Ergebnisse der MANOVA bezüglich der demografischen Variable Bildungsstand.

	N	df	F	p	1- $\beta$
Globaler Effekt	N = 38	58/14	1.36	.27	.21

Anmerkungen: N = Probandenanzahl; df = Hypothese-/Fehlerfreiheitsgrade; F = F-Wert nach Wilks-Lambda; p = Signifikanzniveau der MANOVA; 1- $\beta$  = Teststärke bei einem Populationseffekt von  $\Omega^2 = .13$

Tabelle 4.5 zeigt die signifikanten Ergebnisse der Varianzanalysen bezüglich der Variablen Bildungsstand auf den einzelnen Skalen des LeBe. Signifikante Haupteffekte zeigten sich auf den Skalen *Transzendenzorientierung* mit  $F_{(2/35)} = 4.04$  und  $p = .03$  und *Bodenständigkeit* mit  $F_{(2/35)} = 3.39$  und  $p = .05$ . Bei einem  $\eta^2$  von .19 bezüglich der Skala *Transzendenzorientierung* und  $\eta^2 = .16$  bezüglich der Skala *Bodenständigkeit* können die Effekte als mittelgroß bezeichnet werden. Hochsignifikante Effekte wurden auf den Skalen *Wissen* ( $F_{(2/35)} = 5.47$ ;  $p = .01$ ) und *Tradition* gefunden ( $F_{(2/35)} = 7.12$ ;  $p = .003$ ). Mit  $\eta^2 = .24$  konnten 24% der Variabilität der Werte auf der Skala *Wissen* aufgeklärt werden. Hinsichtlich der Skala *Tradition* betrug die Effektstärke  $\eta^2 = .29$ . Diese Effekte sind als groß zu betrachten.

Die Berechnung der HSD nach Tukey ergab für die Skala *Transzendenzorientierung* einen signifikanten ( $MD = 1.33$ ;  $p = .02$ ) Unterschied zwischen der Ha-Gruppe und der Ho-Gruppe. Interessanterweise hatte die Gruppe der Personen, die die Hauptschule besucht hatten mit  $M = 2.66$  und  $SD = .99$  signifikant höhere Werte auf der Skala *Transzendenzorientierung* als die Gruppe der Hochschulabsolventen mit  $M = 1.33$  und  $SD = .96$ .

Auf der Skala *Wissen* wies die Ha-Gruppe signifikant ( $MD = 1.18$  und  $p = .01$ ) niedrigere Werte ( $M = 2.76$ ;  $SD = 1.05$ ) auf als die Re-Gruppe ( $M = 3.94$ ;  $SD = .67$ ).

Auf der Skala *Tradition* hatte die Ha-Gruppe dagegen mit  $MD = .93$  und  $p = .03$  signifikant höhere ( $M = 3.06$ ;  $SD = .82$ ) Werte als die Re-Gruppe ( $M = 2.13$ ;  $SD = .85$ ). Die Ha-Gruppe und die Ho-Gruppe unterschieden sich hier mit  $MD = 1.30$  und  $p = .01$  hochsignifikant voneinander, wobei die Werte in der Ha-Gruppe höher ( $M = 3.06$ ;  $SD = .82$ ) ausgeprägt waren als in der Ho-Gruppe ( $M = 1.76$ ;  $SD = 1.14$ ).

Die Skala *Bodenständigkeit* war in der Ha-Gruppe stärker ausgeprägt ( $M = 3.51$ ,  $SD = .74$ ) als in der Ho-Gruppe ( $M = 2.71$ ,  $SD = .68$ ). Dieser Unterschied wurde mit  $MD = .80$  und  $p = .05$  gerade noch signifikant.

Der Levene-Test zeigte eine Verletzung der Varianzhomogenität bezüglich der Skala *Freiheit* an ( $F_{(2/35)} = 3.35$ ;  $p = .05$ ). Aufgrund dessen wurde eine Kruskal-Wallis Varianzanalyse für Ränge durchgeführt. Hier zeigte sich jedoch mit  $\chi^2 = 3.37$  und  $p = .15$  keine signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen.

Tabelle 4.5

Signifikante Ergebnisse der ANOVAs bezüglich der Variablen Bildungsstand auf den Skalen des LeBe mit den Gruppen Hauptschulabschluss ( $N_1$ ), Realschulabschluss ( $N_2$ ) und Hochschulabschluss ( $N_3$ ).

Skala	N	M	SD	df	F	p	$\eta^2$
Transzendenz-orientierung	$N_1 = 22$	2.66	.99	2/35	4.04	.03*	.19
	$N_2 = 10$	1.70	1.10				
	$N_3 = 6$	1.94	.96				
Wissen	$N_1 = 22$	2.76	1.05	2/35	5.47	.009**	.24
	$N_2 = 10$	3.94	.67				
	$N_3 = 6$	3.43	.98				
Tradition	$N_1 = 22$	3.06	.82	2/35	7.12	.003**	.29
	$N_2 = 10$	2.13	.85				
	$N_3 = 6$	1.76	1.14				
Bodenständigkeit	$N_1 = 22$	3.51	.74	2/35	3.39	.05*	.16
	$N_2 = 10$	3.10	.68				
	$N_3 = 6$	2.71	.68				

Anmerkungen: N = Probandenanzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; df = Hypothese-/Fehlerfreiheitsgrade; F = F-Wert nach Wilks-Lambda; p = Signifikanzniveau der ANOVA; \* Der Mittelwertsunterschied ist auf dem Niveau von  $\alpha \leq .05$  (2-seitig) signifikant. \*\* Der Mittelwertsunterschied ist auf dem Niveau von  $\alpha \leq .01$  (2-seitig) signifikant.

#### 4.2.4 Effekte der Variablen Familienstand

Zur Überprüfung der Variablen Familienstand wurde analog zur Testung der Variable Bildungsstand vorgegangen. Die folgenden Gruppen wurden in die Analysen aufgenommen: ledige Personen (Le-Gruppe,  $N = 10$ ), verheiratete Personen (Ve-Gruppe,  $N = 12$ ) und geschiedene Personen (Ge-Gruppe,  $N = 14$ ). Die Gruppen der in Partnerschaft lebenden Personen ( $N = 2$ ), der getrennt lebenden Personen ( $N = 5$ ) sowie der Verwitweten ( $N = 1$ ) wurden wegen der zu kleinen Gruppengrößen von den Analysen ausgeschlossen.

Tabelle 4.6 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse bezüglich der demografischen Variable Familienstand. Die MANOVA wurde mit  $F_{(10/58)} = 1.75$  und  $p = .17$  nicht signifikant. Hier lag die Teststärke bei  $1 - \beta = .25$  bei einem zugrunde gelegten mittleren Populationseffekt von  $\Omega^2 = .13$ .



Tabelle 4.6

Ergebnisse der MANOVA bezüglich der demografischen Variable Familienstand.

	N	df	F	p	1- $\beta$
Globaler Effekt	N = 36	58/10	1.75	.17	.25

Anmerkungen: N = Probandenanzahl; df = Hypothese-/Fehlerfreiheitsgrade; F = F-Wert nach Wilks-Lambda; p = Signifikanzniveau der MANOVA; 1- $\beta$  = Teststärke bei einem Populationseffekt von  $\Omega^2 = .13$

Die Ergebnisse des Levene-Tests wiesen auf inhomogene Varianzen bezüglich der Skalen *Generativität* ( $F_{(2/33)} = 7.55$ ;  $p = .002$ ), *Naturverbundenheit* ( $F_{(2/33)} = 5.69$ ;  $p = .01$ ), *Soziales Engagement* ( $F_{(2/33)} = 5.05$ ;  $p = .01$ ), *Entwicklung* ( $F_{(2/33)} = 5.68$ ;  $p = .01$ ), *Kreativität* ( $F_{(2/33)} = 3.77$ ;  $p = .03$ ), *Individualismus* ( $F_{(2/33)} = 5.78$ ;  $p = .01$ ), *Fürsorge* ( $F_{(2/33)} = 4.19$ ;  $p = .02$ ) und *Leistung* ( $F_{(2/33)} = 6.04$ ;  $p = .01$ ) hin. Daher wurde der Kruskal-Wallis-Test berechnet, bei dem sich jedoch auf keiner der Skalen ein signifikantes Ergebnis zeigte.

Die Varianzanalysen zeigten ebenfalls keine signifikanten Ergebnisse. Die statistischen Kennwerte können Tabelle A4 des Anhangs entnommen werden.

### 4.3 Ergebnisse der Hypothesenprüfung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der drei hypothesenrelevanten Bereiche dargestellt. Zunächst werden die Ergebnisse des umfangreichsten Hypothesenbereichs zu Unterschieden zwischen den Alkoholikern der KA-Gruppe und der Kontrollgruppe berichtet. Anschließend werden die Resultate der statistischen Tests bezüglich der Unterschiede zwischen der KA-Gruppe und der AA-Gruppe dargestellt. Die Ergebnisse der Hypothesenprüfung hinsichtlich des Vergleichs der KA-Gruppe mit der SHG-Gruppe werden zuletzt beschrieben.

#### *Ergebnisse zu Unterschieden zwischen der KA-Gruppe und der Kontrollgruppe*

Wie in Kapitel 3.4 schon beschrieben war die Voraussetzung der Normalverteiltheit in der KA-Gruppe erfüllt. Bei der Berechnung von t-Test für gepaarte Stichproben ist außerdem zu überprüfen, ob zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt negative Korrelationen bestehen (vgl. Bortz, 1993). Negative Korrelationen der Messwertreihen können sich negativ auf die Teststärke auswirken (ebd.). Bei nicht signifikanten Ergebnissen der t-Tests wurde für

diejenigen Skalen, die negativ miteinander korrelieren, deshalb zur Hypothesenüberprüfung zusätzlich der Wilcoxon-Test verwendet.

Tabelle 4.7 zeigt die Ergebnisse der MANOVA zur Überprüfung der ersten Hypothese. Die simultane Testung der sechzehn abhängigen Variablen erbrachte mit  $F_{(16/29)} = 1.89$  und  $p = .07$  kein signifikantes Ergebnis. Die Alternativhypothese muss also abgelehnt werden. Die Teststärke war bei einem angenommenen kleinen Populationseffekt von  $\Omega^2 = .01$  mit  $1-\beta = .81$  gerade noch zufriedenstellend.

Tabelle 4.7

Per MANOVA mit Messwiederholung ermittelte Ergebnisse zu Unterschieden zwischen der KA-Gruppe ( $N_1$ ) und der Kontrollgruppe ( $N_2$ ) auf 16 Skalen des LeBe.

Hypothese	N	F	df	p	1- $\beta$	Hypothese angenommen?
Globaler Effekt (H1)	$N_1 = 45$ $N_2 = 45$	1.89	16/29	.07	.81	Nein

Anmerkungen: H1 = erste Hypothese; N = Probandenanzahl; F = F-Wert nach Wilks-Lambda; df = Hypothese-/Fehlerfreiheitsgrade; p = Signifikanzniveau der MANOVA;  $1-\beta$  = Teststärke bei einem Populationseffekt von  $\Omega^2 = .01$

In Tabelle 4.8 werden die mittels Post-hoc-t-Tests für abhängige Stichproben ermittelten statistischen Kennwerte bezüglich der Hypothesen 2 bis 17 dargestellt. Bei den Mittelwertsvergleichen bezüglich der sechzehn Skalen zeigten sich nur sechs signifikante Ergebnisse. So unterschieden sich die beiden Gruppen auf der Skala *Lebensenergie* hochsignifikant voneinander ( $T_{(44)} = -3.22$ ;  $p = .002$ ). Die Kontrollgruppe wies auf der Skala *Lebensenergie* mit  $M = 3.44$  und  $SD = 1.12$  bedeutsam höhere Werte auf als die KA-Gruppe ( $M = 2.70$ ;  $SD = 1.14$ ), womit Hypothese 3 angenommen werden kann. Die Berechnung der empirischen Effektstärke ergab  $\omega^2 = .10$ , was bedeutet, dass 10% der Varianz der Werte auf der Skala *Lebensenergie* auf die Gruppenzugehörigkeit zurückgeführt werden können. Dies entspricht fast dem nach der Konvention von Cohen (1988) üblichen Wert von  $\omega^2 = .14$  für große Effektstärken.

Auch auf der Skala *Lebenszufriedenheit* ließen sich überzufällige Differenzen ermitteln ( $T_{(44)} = -2.19$ ;  $p = .02$ ). Die Kontrollgruppe aus der Normalbevölkerung ( $M = 2.70$ ;  $SD = .93$ ) zeichnete sich durch eine signifikant höhere Lebenszufriedenheit aus als die Alkoholiker der KA-Gruppe ( $M = 2.26$ ;  $SD = 1.22$ ). Die Effektstärke betrug hier  $\omega^2 = .04$ ,

was bei t-Tests für abhängige Stichproben fast einem mittleren Effekt entspricht. Hypothese 4 wurde somit ebenfalls bestätigt.

Ein sehr signifikanter Effekt zeigte sich auf der Skala *Selbsterkenntnis* ( $T_{(44)} = 2.89$ ;  $p = .01$ ). Bei einer eher als mittelgroß zu bezeichnenden Effektstärke von  $\omega^2 = .08$  erreichten die Alkoholiker signifikant höhere Werte auf dieser Skala ( $M = 3.32$ ;  $p = 1.11$ ) als die Personen der Kontrollgruppe ( $M = 2.67$ ;  $SD = 1.24$ ). Dies entspricht jedoch nicht der Richtung der Vorhersage, weshalb Hypothese 6 abgelehnt werden muss.

Auch auf der Skala *Spaß* unterschieden sich die beiden Gruppen entgegen der erwarteten Richtung hochsignifikant voneinander ( $T_{(44)} = 2.68$ ;  $p = .01$ ). Die Alkoholiker erreichten auf der Skala *Spaß* signifikant höhere Werte ( $M = 3.45$ ;  $SD = .88$ ) als die Personen der Kontrollgruppe ( $M = 2.99$ ;  $SD = .84$ ). Hypothese 12 muss somit ebenfalls verworfen werden. Mit  $\omega^2 = .07$  sind 7% der Variation der Werte durch die Gruppenzugehörigkeit begründet.

Auf der Skala *Gesundheitsorientierung* führte der Gruppenvergleich ebenfalls zu einem signifikanten Ergebnis ( $T_{(44)} = -2.09$ ;  $p = .02$ ). Für die Personen der Kontrollgruppe bedeutete Gesundheitsorientierung mehr ( $M = 3.04$ ;  $SD = .92$ ) als für die Gruppe der Alkoholiker ( $M = 2.62$ ;  $SD = 1.02$ ). Die Befunde bestätigen somit die Hypothese 8. Das Effektstärkenmaß liegt bei  $\omega^2 = .04$  und ist somit fast mittelgroß.

Auf der Skala *Freiheit* wiesen die Personen der KA-Gruppe ( $M = 3.72$ ;  $SD = 1.28$ ), wie in Hypothese 10 erwartet, mit  $T_{(44)} = 1.97$  und  $p = .03$  signifikant höhere Mittelwerte auf als die Kontrollgruppe ( $M = 3.21$ ;  $SD = 1.23$ ). Hier liegt ein eher kleiner Effekt von  $\omega^2 = .03$  vor.

Die berichteten Ergebnisse sind hinsichtlich der Alpha-Fehler-Kumulierung unkorrigiert. Nach einer sequentiellen  $\alpha$ -Fehler-Korrektur nach Holm ist nur noch die Mittelwertsdifferenz auf der Skala *Lebensenergie* signifikant und damit nach strengen methodischen Kriterien als empirisch gesichert zu betrachten.

Auf den übrigen Skalen des LeBe, die in die Hypothesen aufgenommen wurden, zeigten sich keine signifikanten Effekte der Gruppenzugehörigkeit. Die Hypothesen 2, 5, 7, 9 und 11 sowie 13 bis 17 konnten somit nicht bestätigt werden. Die Teststärke der t-Tests lag bei  $1-\beta = .24$  bei einem zugrunde gelegten kleinen Populationseffekt von  $\Omega^2 = .01$ . Falls in der Population ein kleiner Effekt existiert, so hätte er also lediglich mit 24 prozentiger Wahrscheinlichkeit aufgedeckt werden können. Auf den Skalen *Sinnerfüllung*, *Generativität*, *Entwicklung*, *Fürsorge*, *Gemeinschaft* und *Tradition* wiesen die Messwertreihen negative

Korrelationen auf (siehe Tabelle A5 des Anhangs). Ebenso wie die t-Tests zeigte der nonparametrische Wilcoxon-Test hier jedoch keine signifikanten Ergebnisse.

Tabelle 4.8

Ergebnisse der Post-hoc-t-Tests für abhängige Stichproben bezüglich der Unterschiede zwischen der KA-Gruppe ( $N_1$ ) und der Kontrollgruppe ( $N_2$ ) auf den Skalen des LeBe zur Testung der Hypothesen 2-17.

Skala (Hypothese)	N	M	SD	T	p	$\omega^2$	1- $\beta$	Hypothese angenommen ?
Sinnerfüllung (H2)	$N_1 = 45$ $N_2 = 45$	2.76 3.00	1.01 .93	1.03	.16		.24	Nein
Lebensenergie (H3)	$N_1 = 45$ $N_2 = 45$	2.70 3.44	1.14 1.12	-3.22	<b>.002**</b>	.10		Ja
Lebenszufriedenheit (H4)	$N_1 = 45$ $N_2 = 45$	2.26 2.70	1.22 .93	-2.19	.02*	.04		Ja
Generativität (H5)	$N_1 = 45$ $N_2 = 45$	2.76 2.92	1.07 .90	-.74	.23		.24	Nein
Selbsterkenntnis (H6)	$N_1 = 45$ $N_2 = 45$	3.32 2.67	1.11 1.24	2.89	.01**	.08		Nein
Soziales Engagement (H7)	$N_1 = 45$ $N_2 = 45$	3.03 3.03	.95 1.09	-.02	.49		.24	Nein
Gesundheits- orientierung (H8)	$N_1 = 45$ $N_2 = 45$	2.62 3.04	1.02 .92	-2.09	.02*	.04		Ja
Entwicklung (H9)	$N_1 = 45$ $N_2 = 45$	3.36 3.30	.91 .86	.28	.39		.24	Nein
Freiheit (H10)	$N_1 = 45$ $N_2 = 45$	3.72 3.21	1.28 1.23	1.97	.03*	.03		Ja
Macht (H11)	$N_1 = 45$ $N_2 = 45$	2.75 2.52	.91 .90	1.42	.08		.24	Nein
Spaß (H12)	$N_1 = 45$ $N_2 = 45$	3.45 2.99	.88 .84	2.68	.01**	.07		Nein
Fürsorge (H13)	$N_1 = 45$ $N_2 = 45$	3.53 3.38	.77 .80	.88	.19		.24	Nein
Gemeinschaft (H14)	$N_1 = 45$ $N_2 = 45$	3.21 3.19	.96 .76	.14	.44		.24	Nein
Achtsamkeit (H15)	$N_1 = 45$ $N_2 = 45$	2.69 2.71	.86 .78	-.13	.45		.24	Nein

Skala (Hypothese)	N	M	SD	T	p	$\omega^2$	1- $\beta$	Hypothese angenommen ?
Tradition (H16)	N <sub>1</sub> = 45 N <sub>2</sub> = 45	2.63 2.60	.96 .90	.17	.43		.24	Nein
Moral (H17)	N <sub>1</sub> = 45 N <sub>2</sub> = 45	3.75 3.50	.85 .70	1.60	.06		.24	Nein

Anmerkungen: N = Probandenanzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; T = t-Wert; für alle Post-hoc-t-Tests df = 44 (Fehlerfreiheitsgrade);  $\omega^2$  = empirische Effektstärke; Die Mittelwertsunterschiede, bei denen p fett gedruckt ist, sind auch nach der Bonferoni-Korrektur noch signifikant. \* Der Mittelwertsunterschied ist auf dem Niveau von  $\alpha \leq .05$  (1-seitig) signifikant. \*\* Der Mittelwertsunterschied ist auf dem Niveau von  $\alpha \leq .01$  (1-seitig) signifikant. 1- $\beta$  = Teststärke bei einem Populationseffekt von  $\Omega^2 = .01$ .

### *Unterschiede zwischen der Gruppe der Teilnehmer der Anonymen Alkoholiker und der KA-Gruppe*

Tabelle 4.9 enthält die Ergebnisse der MANOVA und der einfaktoriellen Varianzanalysen bezüglich der Hypothesen 18 bis 24. Unter Einbezug der Variablen Alter, Geschlecht und Bildungsstand als Kovariaten konnten in Bezug auf zwei Skalen Effekte aufgedeckt werden, die ohne Berücksichtigung dieser Störeffekte nicht gefunden wurden. Zum Vergleich werden die Ergebnisse der Varianzanalysen ohne Kovariaten in der Tabelle A2 des Anhangs zusammengefasst.

Die MANOVA zur Überprüfung des globalen Effektes der Gruppenzugehörigkeit auf die sechs für diesen Gruppenvergleich relevanten Skalen des LeBe wurde mit  $F_{(6/45)} = 2.79$  und  $p = .02$  signifikant. Dieser Befund bestätigt Hypothese 18. Die Berechnung der Effektstärke ergab einen großen Effekt von  $\varphi^2 = .27$ .

Der Levene-Test wies keine signifikanten Ergebnisse auf. Die Voraussetzung der Homogenität der Fehlervarianzen kann demnach als erfüllt betrachtet werden. Die Post-hoc-Varianzanalysen wiesen auf signifikante Effekte der Gruppenbedingung auf drei Skalen des LeBe hin.

Auf der Skala *Transzendenzorientierung* wurden statistisch sehr bedeutsame Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gefunden ( $F_{(1/50)} = 9.90$ ;  $p = .003$ ). Die Werte der Teilnehmer der Anonymen Alkoholiker waren gemäß der Erwartung in Hypothese 21 gegenüber den Werten der KA-Gruppe signifikant erhöht. Es ergab sich eine mehr als große

Effektstärke von  $\eta^2 = .17$ . Dieses Ergebnis war auch nach einer sequentiellen Bonferoni-Korrektur noch signifikant.

Die Unterschiede bezüglich der Skalen *Lebensenergie* und *Selbsterkenntnis* waren dagegen nach einer sequentiellen Bonferoni-Korrektur nicht mehr signifikant, und sollten somit lediglich als Ergebnistrends bezeichnet werden. Die Alkoholiker der KA-Gruppe zeichneten sich mit  $F_{(1/50)} = 4.25$  und  $p = .05$  durch gerade noch signifikant geringere ( $M = 2.71$ ;  $SD = 1.15$ ) Ausprägungen auf der Skala *Lebensenergie* aus als die Personen der AA-Gruppe ( $M = 3.43$ ;  $SD = 1.06$ ), was im Sinne der Hypothese 19 ist. Mit  $\eta^2 = .08$  konnten hier 8% der Varianz der Werte auf die Gruppenbedingung zurückgeführt werden. Hier lag also ein mittelgroßer Effekt vor.

Der F-Test bezüglich der Skala *Selbsterkenntnis* deckte mit  $F_{(1/50)} = 3.88$  und  $p = .05$  einen gerade noch statistisch bedeutsamen Effekt der Gruppenbedingung auf. Auf der Skala *Selbsterkenntnis* erzielten die Alkoholiker der AA-Gruppe signifikant höhere ( $M = 4.01$ ;  $SD = .79$ ) Werte als die Alkoholiker der KA-Gruppe ( $M = 3.33$ ;  $SD = 1.12$ ), womit Hypothese 22 bestätigt wurde. Mit  $\eta^2 = .07$  konnte hier ein mittelgroßer Effekt ermittelt werden.

Hinsichtlich der Skalen *Explizite Religiosität*, *Entwicklung* und *Gemeinschaft* wiesen die Teilnehmer der Anonymen Alkoholiker zwar tendenziell höhere Mittelwerte auf als die KA-Gruppe, es wurden jedoch keine signifikanten Ergebnisse gefunden. Die Hypothesen 20, 23 und 24 müssen also verworfen werden. Die Teststärke beträgt  $1 - \beta = .11$  bei einem angenommenen kleinen Populationseffekt von  $\Omega^2 = .01$ .

Tabelle 4.9

Ergebnisse der MANOVA und der Post-hoc-Varianzanalysen zu Unterschieden zwischen der KA-Gruppe ( $N_1$ ) und der AA-Gruppe ( $N_2$ ) unter Einbezug der Kovariaten Alter, Geschlecht und Bildung.

Skala (Hypothese)	N	M	SD	df	F	p	$\eta^2$	1- $\beta$	Hypothese angenommen ?
Globaler Effekt (H 18)	$N_1 = 45$ $N_2 = 11$	-	-	6/45	2.79	.02*	.27		Ja
<u>Einzeltests:</u>									
Lebensenergie (H 19)	$N_1 = 45$ $N_2 = 11$	2.71 3.43	1.15 1.06	1/50	4.25	.05*	.08		Ja
Explizite Religiosität (H 20)	$N_1 = 45$ $N_2 = 11$	2.07 2.81	1.59 1.83	1/50	2.31	.14		.11	Nein
Transzendenz- orientierung (H 21)	$N_1 = 45$ $N_2 = 11$	2.37 3.49	1.12 1.03	1/50	9.90	.003**	.17		Ja
Selbsterkenntnis (H 22)	$N_1 = 45$ $N_2 = 11$	3.33 4.01	1.12 .79	1/50	3.88	.05*	.07		Ja
Entwicklung (H 23)	$N_1 = 45$ $N_2 = 11$	3.37 3.77	.92 .70	1/50	1.66	.20		.11	Nein
Gemeinschaft (H 24)	$N_1 = 45$ $N_2 = 11$	3.20 3.43	.97 .78	1/50	.36	.55		.11	Nein

Anmerkungen: N = Probandenanzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; F = F-Wert nach Wilks-Lambda; df = Hypothese-/Fehlerfreiheitsgrade; p = Signifikanzniveau der F-Tests;  $\eta^2$  = empirische Effektstärke; \*\* ist auf dem Niveau von  $\alpha \leq .01$  signifikant. \* ist auf dem Niveau von  $\alpha \leq .05$  signifikant. 1- $\beta$  = Teststärke bei einem Populationseffekt von  $\Omega^2 = .01$ .

#### *Unterschied zwischen der Gruppe der Alkoholiker in klinischer Behandlung und der Gruppe der Teilnehmer an Selbsthilfegruppen*

Tabelle 4.10 zeigt die Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen bezüglich der Unterschiede zwischen der KA-Gruppe und der SHG-Gruppe. Der Levene-Test zur Überprüfung der Gleichheit der Fehlervarianzen war hier bezüglich beider Skalen nicht signifikant. Die Voraussetzung der Varianzhomogenität war also erfüllt. Der Einbezug der Kovariaten Alter, Geschlecht und Bildung führte in diesem Fall nicht zu bedeutsamen Unterschieden, deshalb werden die Ergebnisse der Kovarianzanalyse hier nicht dargestellt.

Auf der Skala *Lebensenergie* wies die SHG-Gruppe mit  $M = 3.84$  und  $SD = 1.00$  hochsignifikant ( $F_{(1/62)} = 14.20$ ;  $p = .000$ ) höhere Werte auf als die KA-Gruppe mit  $M = 2.71$

und  $SD = 1.14$ . Hypothese 25 wurde somit bestätigt. Die Effektstärke betrug hier  $\eta^2 = .19$ . 19% der Varianz der Werte konnten auf die Gruppenzugehörigkeit zurückgeführt werden, was als großer Effekt bezeichnet werden kann.

Bezüglich der Skala *Gemeinschaft* zeigten sich keine signifikanten Ergebnisse, was zur Ablehnung von Hypothese 26 führt. Geht man von einem kleinen Effekt ( $\Omega^2 = .01$ ) in der Population aus, so ist die Teststärke mit  $1-\beta = .12$  hier nicht sehr hoch.

Tabelle 4.10

Ergebnisse der Varianzanalysen zu Unterschieden zwischen der KA-Gruppe ( $N_1$ ) und der SHG-Gruppe ( $N_2$ ) bezüglich der Hypothesen 25 und 26.

Hypothese (Skala)	N	M	SD	df	F	p	$\eta^2$	$1-\beta$	Hypothese angenommen ?
Lebensenergie (H25)	$N_1 = 45$ $N_2 = 19$	2.71 3.84	1.14 1.00	1/62	14.20	<b>.000**</b>	.19		Ja
Gemeinschaft (H26)	$N_1 = 45$ $N_2 = 19$	3.21 3.19	.96 .77	1/62	.03	.87		.12	Nein

Anmerkungen: N = Probandenanzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; F = F-Wert nach Wilks-Lambda; df = Hypothese-/Fehlerfreiheitsgrade;  $1-\beta$  = Teststärke bei einem Populationseffekt von  $\Omega^2 = .06$ . p fett gedruckt = Ergebnis ist nach einer Bonferoni-Korrektur noch signifikant.

## 4.4 Ergebnisse der explorativen Testung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der explorativ durchgeführten Analysen dargestellt. Dabei werden zunächst die Ergebnisse bezüglich der fünf Dimensionen des LeBe dargestellt. Anschließend werden die Resultate der Testungen hinsichtlich derjenigen Skalen des LeBe, zu denen keine Hypothesen aufgestellt wurden, berichtet. Was die post-hoc durchgeführten Einzeltests betrifft, so werden hier nur diejenigen Ergebnisse dargestellt, die signifikant wurden und von inhaltlichem Interesse sind. Die statistischen Kennwerte der nicht signifikanten Testungen befinden sich im Anhang.

#### 4.4.1 Ergebnisse bezüglich der Dimensionen des LeBe

Zur Analyse möglicher Mittelwertsunterschiede zwischen der KA-Gruppe und der Kontrollgruppe auf Dimensionsebene wurden aufgrund des gepaarten Designs Testverfahren für abhängige Stichproben eingesetzt (vgl. Kapitel 3.2). Es wurde eine einfaktorielle multivariate Varianzanalyse (MANOVA) mit Messwiederholung und fünf abhängigen Variablen gerechnet. Die Variable „Gruppe“ bildete dabei den messwiederholten Faktor mit zwei Stufen, während die Dimensionen des LeBe die fünf abhängigen Variablen waren. Um die beiden Gruppen auf Unterschiede bezüglich der einzelnen Dimensionen des LeBe zu überprüfen, wurden Post-hoc-t-Tests für abhängige Stichproben gerechnet. Auch bei den übrigen Gruppenvergleichen wurden multivariate Varianzanalysen durchgeführt, wobei hier die Variablen Alter, Geschlecht, und Bildungsstand als Kovariaten in die Analyse aufgenommen wurden. Die Gruppenbedingung bildete hier jeweils den Faktor mit zwei Stufen, während die Dimensionen des LeBe die fünf abhängigen Variablen darstellten. Post-hoc wurden univariate einfaktorielle Varianzanalysen mit wiederum jeweils zwei Stufen gerechnet, ebenfalls unter Einbezug der oben genannten demografischen Variablen als Kovariaten.

##### *Unterschiede zwischen der Gruppe der Alkoholiker in klinischer Behandlung und der Kontrollgruppe auf Dimensionsebene*

Tabelle 4.11 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der MANOVA bezüglich der Unterschiede zwischen den Alkoholikern, die während eines Klinikaufenthaltes befragt wurden, und der Kontrollgruppe aus der Normalstichprobe. Die MANOVA mit Messwiederholung ermittelte keinen signifikanten Effekt der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte in den fünf Dimensionen des LeBe. Die Teststärke lag hier bei  $1-\beta = .56$  bei einem angenommenen kleinen Populationseffekt von  $\Omega^2 = .02$ .

Tabelle 4.11

Per MANOVA mit Messwiederholung ermittelte Ergebnisse zu Unterschieden zwischen der KA-Gruppe ( $N_1$ ) und der Kontrollgruppe ( $N_2$ ) auf Dimensionsebene.

	N	df	F	p	1- $\beta$
Globaler Effekt	$N_1 = 45$ $N_2 = 45$	5/40	2.19	.08	.56

Anmerkungen: N = Probandenanzahl; df = Hypothese-/Fehlerfreiheitsgrade; F = F-Wert nach Wilks-Lambda; p = Signifikanzniveau der MANOVA; 1- $\beta$  = Teststärke bei einem Populationseffekt von  $\Omega^2 = .02$

Bei den post-hoc durchgeführten t-Tests für abhängige Stichproben zeigte sich jedoch ein sehr interessantes Ergebnis. Tabelle 4.12 zeigt die entsprechenden statistischen Kennwerte. Der Mittelwertsunterschied bezüglich der Dimension *Selbstverwirklichung* wurde mit  $T_{(44)} = 2.80$  und  $p = .01$  sehr signifikant. Die KA-Gruppe erreichte bedeutsam höhere Werte auf dieser Skala ( $M = 3.17$ ;  $SD = .69$ ) als die Kontrollgruppe ( $M = 2.80$ ;  $SD = .71$ ). Die Effektstärke ist mit  $\omega^2 = .07$  als mittelgroß zu bezeichnen.

Tabelle 4.12

Ergebnisse der Post-hoc-t-Tests für abhängige Stichproben zu Unterschieden zwischen der KA-Gruppe ( $N_1$ ) und der Kontrollgruppe ( $N_2$ ) auf Dimensionsebene.

Dimension	N	M	SD	df	T	p	$\omega^2$	1- $\beta$
Selbstverwirklichung	$N_1 = 45$ $N_2 = 45$	3.17 2.80	.69 .71	44	2.80	.01**	.07	
Transzendenzbezug	$N_1 = 45$ $N_2 = 45$	2.40 2.47	.97 .94	44	.14	.71		.24
Verantwortung	$N_1 = 45$ $N_2 = 45$	3.12 3.04	.75 .61	44	.52	.52		.24
Wir- und Wohlfühl	$N_1 = 45$ $N_2 = 45$	3.23 3.13	.68 .57	44	.45	.51		.24
Ordnung	$N_1 = 45$ $N_2 = 45$	3.18 3.03	.68 .62	44	1.35	.25		.24

Anmerkungen: N = Probandenanzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; df = Fehlerfreiheitsgrade; T = t-Wert; p = Signifikanzniveau des t-Tests;  $\omega^2$  = empirische Effektstärke; \*\* Der Mittelwertsunterschied ist auf dem Niveau von  $\alpha \leq .01$  (2-seitig) signifikant. 1- $\beta$  = Teststärke bei einem Populationseffekt von  $\Omega^2 = .01$ .

Auf den Dimensionen *Transzendenzbezug*, *Verantwortung*, *Wir- und Wohlgefühl* sowie *Ordnung* unterschied sich die KA-Gruppe nicht signifikant von der Kontrollgruppe. Die Teststärke betrug  $1-\beta = .24$ , wenn man von einem kleinen Populationseffekt von  $\Omega^2 = .01$  ausging.

#### *Unterschiede zwischen der KA-Gruppe und der Gruppe der AA-Gruppe auf Dimensionsebene*

Tabelle 4.13 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der MANOVA sowie der Varianzanalysen bezüglich der Unterschiede zwischen der KA-Gruppe und der AA-Gruppe auf den einzelnen Dimensionen des LeBe. Der Levene-Test zeigte für die durchgeführten Varianzanalysen keine Verletzungen bezüglich der Varianzhomogenitätsannahme an (vgl. Kapitel 3.4). Die Befunde der MANOVA weisen auf einen globalen Effekt der Gruppenzugehörigkeit auf die Ausprägungen in den Dimensionen des LeBe hin ( $F_{(5/46)} = 5.59$  und  $p = .000$ ), der sich als hochsignifikant erwies. Das standardisierte Effektstärkenmaß fiel hier mit  $\eta^2 = .38$  sehr hoch aus. In den Post-hoc-F-Tests zeigte sich allerdings lediglich ein signifikantes Ergebnis. Auf der Dimension *Transzendenzbezug* wiesen die Teilnehmer der Anonymen Alkoholiker bedeutsam ( $F_{(1/50)} = 5.11$  und  $p = .03$ ) höhere Werte ( $M = 3.14$ ;  $SD = 1.16$ ) auf als die Personen der KA-Gruppe ( $M = 2.40$ ;  $SD = .99$ ). Hier gingen 9% ( $\eta^2 = .09$ ) der Variation der Werte auf die Gruppenzugehörigkeit zurück, was einem mittleren Effekt entspricht. Auf den Dimensionen *Verantwortung*, *Selbstverwirklichung*, *Wir- und Wohlgefühl* sowie *Ordnung* wurden keine signifikanten Gruppenunterschiede gefunden. Die Teststärke lag hier bei  $1-\beta = .11$  bei einem angenommenen kleinen Populationseffekt von  $\Omega^2 = .01$ .

Tabelle 4.13

Statistische Kennwerte der MANOVA und der Post-hoc-F-Tests bezüglich der Unterschiede zwischen der KA-Gruppe (N1) und der AA-Gruppe (N2) auf Dimensionsebene mit Alter, Geschlecht und Bildungsstand als Kovariaten.

Dimension	N	M	SD	df	F	p	$\eta^2$	1- $\beta$
Globaler Effekt	N <sub>1</sub> = 45 N <sub>2</sub> = 11	- -	- -	5/46	5.59	.000**	.38	
<u>Einzeltests:</u>								
Transzendenzbezug	N <sub>1</sub> = 45 N <sub>2</sub> = 11	2.40 3.14	.99 1.16	1/50	5.11	.03*	.09	
Verantwortung	N <sub>1</sub> = 45 N <sub>2</sub> = 11	3.11 3.54	.75 .82	1/50	3.05	.09		.11
Selbstverwirklichung	N <sub>1</sub> = 45 N <sub>2</sub> = 11	3.17 3.24	.70 .73	1/50	.22	.64		.11
Wir- und Wohlgefühl	N <sub>1</sub> = 45 N <sub>2</sub> = 11	3.22 3.62	.68 .57	1/50	2.96	.09		.11
Ordnung	N <sub>1</sub> = 45 N <sub>2</sub> = 11	3.18 2.75	.69 .62	1/50	3.20	.08		.11

Anmerkungen: N = Probandenzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; df = Hypothese-/Fehlerfreiheitsgrade; F = F-Wert nach Wilks-Lambda; p = Signifikanzniveau der F-Tests;  $\eta^2$  = empirische Effektstärke; \*\* ist auf dem Niveau von  $\alpha \leq .01$  signifikant; \* ist auf dem Niveau von  $\alpha \leq .05$  signifikant; 1- $\beta$  = Teststärke bei einem Populationseffekt von  $\Omega^2 = .01$ .

#### *Unterschiede zwischen der KA-Gruppe und der SHG-Gruppe auf Dimensionsebene*

Bei der Analyse der Unterschiede zwischen der KA-Gruppe und der SHG-Gruppe zeigte sich ein sehr signifikantes Ergebnis in der MANOVA ( $F_{(5/54)} = 3.48$ ;  $p = .009$ ). Dieses Resultat weist auf einen globalen Effekt der Gruppenzugehörigkeit auf die Ausprägung in den Dimensionen des LeBe hin. Tabelle 4.14 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse.

In den Einzeltests für die Dimensionen ließen sich jedoch keine signifikanten Ergebnisse feststellen. Die statistischen Kennwerte dieser Varianzanalysen befinden sich in Tabelle A7 des Anhangs. Der Levene-Test zeigte hier günstige Voraussetzungen bezüglich der Varianzhomogenitätsbedingung an.

Tabelle 4.14

Per MANOVA ermittelte Ergebnisse zu Unterschieden zwischen der KA-Gruppe ( $N_1$ ) und der SHG-Gruppe ( $N_2$ ) auf den Dimensionen des LeBe mit Alter, Geschlecht und Bildung als Kovariaten.

	N	df	F	p	$\eta^2$
Globaler Effekt	$N_1 = 44$ $N_2 = 19$	5/54	3.48	.009**	.24

Anmerkungen: N = Probandenanzahl; df = Hypothese-/Fehlerfreiheitsgrade; F = F-Wert nach Wilks-Lambda; p = Signifikanzniveau der MANOVA;  $\eta^2$  = empirische Effektstärke; \*\* ist auf dem Niveau von  $\alpha \leq .01$  signifikant.

#### 4.4.2 Ergebnisse bezüglich der Skalen des LeBe, zu denen keine Hypothesen aufgestellt wurden

Im Folgenden werden die Ergebnisse der explorativen Analysen auf Skalenebene dargestellt. Analog zur Vorgehensweise in Kapitel 4.3.1 wurde zum Vergleich der KA-Gruppe mit der 1:1 gematchten Kontrollgruppe eine einfaktorielle MANOVA mit Messwiederholung durchgeführt. Hier bildeten die 13 nicht hypothesenrelevanten Skalen des LeBe die abhängigen Variablen. Mittels Post-hoc-t-Tests für abhängige Stichproben wurden die beiden Gruppen auf signifikante Mittelwertsunterschiede auf den entsprechenden einzelnen Skalen des LeBe untersucht.

Zum Vergleich der KA-Gruppe mit der AA-Gruppe wurde eine einfaktorielle multivariate Varianzanalyse mit den 23 in dieser Gruppe nicht hypothesenrelevanten Skalen als abhängigen Variablen durchgeführt. Anschließend wurden einfaktorielle univariate Varianzanalysen mit der jeweiligen Skala als abhängiger Variable gerechnet.

##### *Unterschiede zwischen der KA-Gruppe und der Kontrollgruppe*

Die MANOVA bezüglich der Unterschiede zwischen der KA-Gruppe und der Kontrollgruppe (siehe Anhang) auf den nicht hypothesenrelevanten Skalen wurde nicht signifikant, was bedeutet, dass sich die beiden Gruppen hinsichtlich der Ausprägung auf diesen 13 Skalen nicht bedeutsam unterscheiden. Die diesbezüglichen Kennwerte befinden sich in Tabelle A7 des Anhangs.

Bei den Einzelvergleichen zeigten sich jedoch bei drei Skalen statistisch bedeutsame Mittelwertsdifferenzen. In Tabelle 4.15 sind diese Ergebnisse zusammengefasst.

*Herausforderung* bedeutete den Personen der KA-Gruppe mit  $M = 3.10$  und  $SD = .78$  hochsignifikant ( $T_{(44)} = 3.71$ ;  $p = .001$ ) mehr als den Personen der Kontrollgruppe ( $M = 2.49$ ;  $SD = .92$ ).

Auf der Skala *Kreativität* ist ebenfalls ein hochsignifikanter Gruppenunterschied zu erkennen ( $T_{(44)} = 2.88$ ;  $p = .01$ ). Die Alkoholiker der KA-Gruppe ( $M = 3.08$ ;  $SD = .90$ ) erreichen auf dieser Skala bedeutend höhere Werte als die Personen der Kontrollgruppe ( $M = 2.63$ ;  $SD = .75$ ).

Auf der Skala *Leistung* wiesen die Alkoholiker ( $M = 3.08$ ;  $SD = .93$ ) ebenfalls höhere Werte auf als die Kontrollgruppe ( $M = 2.65$ ;  $SD = .96$ ). Diese Mittelwertsdifferenz war mit  $T_{(44)} = 2.14$  und  $p = .04$  signifikant.

Tabelle 4.15

Signifikante Ergebnisse der Post-hoc-t-Tests für abhängige Stichproben bezüglich der Unterschiede zwischen der KA-Gruppe ( $N_1$ ) und der Kontrollgruppe ( $N_2$ ) auf den nicht hypothesenrelevanten Skalen.

Skala	N	M	SD	T	df	p	$\omega^2$
Herausforderung und Stimulation	$N_1 = 45$	3.10	.78	3.71	44	.001**	.12
	$N_2 = 45$	2.49	.92				
Kreativität und Phantasie	$N_1 = 45$	3.08	.90	2.88	44	.01**	.07
	$N_2 = 45$	2.63	.75				
Leistung	$N_1 = 45$	3.08	.93	2.14	44	.04*	.04
	$N_2 = 45$	2.65	.96				

Anmerkungen: N = Probandenanzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; T = t-Wert; df = Fehlerfreiheitsgrade; p = Signifikanzniveau der t-Tests;  $\omega^2$  = empirische Effektstärke; \*Der Mittelwertsunterschied ist auf dem Niveau von  $\alpha \leq .05$  (2-seitig) signifikant. \*\* Der Mittelwertsunterschied ist auf dem Niveau von  $\alpha \leq .01$  (2-seitig) signifikant.

#### *Unterschiede zwischen der KA-Gruppe und der AA-Gruppe*

Tabelle 4.16 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der explorativen Testung bezüglich des Gruppenvergleichs der Alkoholiker der KA-Gruppe mit den Personen der AA-Gruppe auf Skalenebene. Die hier durchgeführte multivariate Varianzanalyse wurde mit  $F_{(23/28)} = 2.11$  und  $p = .03$  signifikant. Die empirische Effektstärke war hier mit  $\eta^2 = .63$  sehr groß.

In den Post-hoc-Tests zeigten sich sechs signifikante Mittelwertsdifferenzen. Auf der Skala *Sinnerfüllung* konnte mit ( $F_{(1/50)} = 5.97$ ;  $p = .02$ ) ein signifikanter Unterschied gefunden werden. Die Werte der KA-Gruppe waren auf dieser Skala mit  $M = 2.76$  und  $SD = 1.02$

signifikant niedriger als die der AA-Gruppe ( $M = 3.58$ ;  $SD = .97$ ). Dabei konnten mit  $\eta^2 = .11$  11% der Varianz der Werte auf die Gruppenbedingungen zurückgeführt werden.

Auch auf der Skala *Lebenszufriedenheit* erreichten die Teilnehmer der Anonymen Alkoholiker ( $M = 3.24$ ;  $SD = 1.05$ ) signifikant ( $F_{(1/50)} = 7.19$ ;  $p = .01$ ) höhere Werte als die Personen der KA-Gruppe ( $M = 2.25$ ;  $SD = 1.23$ ). Die Berechnung der Effektstärke ergab hier einen mittelgroßen Wert von  $\eta^2 = .13$ .

Auf der Skala *Harmonie* lagen die Werte der Teilnehmer der Anonymen Alkoholiker ( $M = 4.24$ ;  $SD = .65$ ) ebenfalls signifikant ( $F_{(1/50)} = 5.82$ ;  $p = .02$ ) über den Werten der KA-Gruppe ( $M = 3.55$ ;  $SD = .84$ ).

Darüber hinaus waren die Werte der AA-Gruppe ( $M = 3.37$ ;  $SD = .86$ ) auf der Skala *Achtsamkeit* signifikant ( $F_{(1/50)} = 5.15$ ;  $p = .03$ ) höher ausgeprägt als die der KA-Gruppe ( $M = 2.68$ ;  $SD = .87$ ). Das empirische Effektstärkenmaß lag in Bezug auf die beiden zuletzt beschriebenen Skalen bei  $\eta^2 = .11$ .

Die Skala *Wellness* war bei den Personen der AA-Gruppe ( $M = 3.73$ ;  $SD = .87$ ) ebenfalls signifikant ( $F_{(1/50)} = 5.14$ ;  $p = .03$ ) höher ausgeprägt als bei den während eines klinischen Aufenthaltes befragten Alkoholikern ( $M = 3.13$ ;  $SD = .90$ ). Die Effektstärkeberechnung ergab hier  $\eta^2 = .09$ .

Auf zwei Skalen erzielten die Alkoholiker der KA-Gruppe signifikant höhere Werte als die Alkoholiker der AA-Gruppe. So hatten sie auf der Skala *Vernunft* mit  $F_{(1/50)} = 4.34$  und  $p = .04$  signifikant höhere Werte ( $M = 3.18$ ;  $SD = 2.49$ ) als die Personen der AA-Gruppe ( $M = 2.49$ ;  $SD = .90$ ). Hier lag eine kleine Effektstärke von  $\eta^2 = .04$  vor.

Auf der Skala *Leistung* lagen die Werte der KA-Gruppe ( $M = 3.08$ ;  $SD = .94$ ) außerdem signifikant ( $F_{(1/50)} = 4.76$ ;  $p = .03$ ) über den Werten der AA-Gruppe ( $M = 2.38$ ;  $SD = .75$ ). Das Effektstärkenmaß betrug hier  $\eta^2 = .03$  und ist somit ebenfalls als klein zu bezeichnen.

Auf den übrigen explorativ getesteten Skalen wurden keine signifikanten Ergebnisse gefunden. Die Statistiken befinden sich in Tabelle A9 des Anhangs. Die Teststärke betrug hier  $1-\beta = .11$  bei einem angenommenen kleinen Populationseffekt von  $\Omega^2 = .01$ .

Für die Skala *Liebe* wies der Levene-Test auf eine Verletzung der Varianzhomogenitätsannahme hin ( $F = 4.31$ ;  $p = .04$ ). Aus diesem Grund wurden die beiden Gruppen in Bezug auf die Skala *Liebe* zusätzlich mit dem nonparametrischen Mann-Whitney-U-Test verglichen, der jedoch mit  $U = 165.00$  und  $p = .09$  kein signifikantes Ergebnis

anzeigte. Hinsichtlich der übrigen getesteten Skalen zeigte der Levene-Test günstige Voraussetzungen an.

Tabelle 4.16

Per MANOVA und Post-hoc-ANOVAs ermittelte signifikante Ergebnisse zu Unterschieden zwischen der KA-Gruppe ( $N_1$ ) und der AA-Gruppe ( $N_2$ ) auf den nicht hypothesenrelevanten Skalen des LeBe mit Alter, Geschlecht und Bildung als Kovariaten.

Skala	N	M	SD	df	F	p	$\eta^2$
Globaler Effekt	$N_1 = 44$ $N_2 = 11$	- -	- -	23/28	2.11	.03*	.63
<u>Einzeltests:</u>							
Sinnerfüllung	$N_1 = 44$ $N_2 = 11$	2.76 3.58	1.02 .97	1/50	5.97	.02*	.11
Lebenszufriedenheit	$N_1 = 44$ $N_2 = 11$	2.25 3.24	1.23 1.05	1/50	7.19	.01**	.13
Harmonie	$N_1 = 44$ $N_2 = 11$	3.55 4.24	.84 .65	1/50	5.82	.02*	.11
Achtsamkeit	$N_1 = 44$ $N_2 = 11$	2.68 3.37	.87 .86	1/50	5.15	.03*	.11
Wellness	$N_1 = 44$ $N_2 = 11$	3.13 3.73	.90 .87	1/50	5.14	.03*	.09
Vernunft	$N_1 = 44$ $N_2 = 11$	3.18 2.49	.90 1.10	1/50	4.34	.04*	.04
Leistung	$N_1 = 44$ $N_2 = 11$	3.08 2.38	.94 .75	1/50	4.76	.03*	.03

Anmerkungen: N = Probandenanzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; df = Hypothese-/Fehlerfreiheitsgrade; F = F-Wert nach Wilks-Lambda; p = Signifikanzniveau der F-Tests;  $\eta^2$  = empirische Effektstärke; \*\* ist auf dem Niveau von  $\alpha \leq .01$  signifikant; \* ist auf dem Niveau von  $\alpha \leq .05$  signifikant.

## 5 Diskussion

Im Rahmen der Diskussion werden die zentralen Ergebnisse dieser Arbeit kritisch diskutiert und interpretiert. Zunächst wird auf die hypothesengeleiteten Analysen eingegangen. Anschließend werden die explorativ gewonnenen Ergebnisse diskutiert.

### 5.1 Diskussion der hypothesengeleiteten Ergebnisse

Analog zu den aufgestellten Hypothesenbereichen werden hier zunächst die Ergebnisse bezüglich der Unterschiede zwischen der KA-Gruppe und der Kontrollgruppe diskutiert.

In der multivariaten Varianzanalyse zu Unterschieden zwischen der KA-Gruppe und der Kontrollgruppe bezüglich der sechzehn Skalen des LeBe zeigte sich kein signifikantes Ergebnis. Bei einem kleinen erwarteten Populationseffekt war die Teststärke hier mit  $1-\beta = .81$  gemäß der Konvention ausreichend hoch, um die Nullhypothese anzunehmen. Die Gruppe der Alkoholiker, die sich in klinischer Behandlung befanden, unterscheidet sich also in Bezug auf die hypothesenrelevanten Skalen nicht von der Kontrollgruppe aus der Normalbevölkerung.

Auf der Ebene der Einzelvergleiche zeigten sich jedoch Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Von den sechzehn auf Skalenebene aufgestellten Hypothesen wurden vier Hypothesen bestätigt, nämlich diejenigen bezüglich der allgemeinen Grundhaltungen *Lebensenergie* und *Lebenszufriedenheit* sowie bezüglich der Lebensbedeutungen *Gesundheitsorientierung* und *Freiheit*. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass es sich hier - mit Ausnahme des Unterschiedes auf der Skala Lebensenergie - um Artefakte handeln könnte, die aufgrund der Alpha-Fehler-Kumulierung entstanden sind. Die Befunde werden daher als Ergebnistrends betrachtet und sollten in weiteren Studien überprüft werden. Bezüglich der drei allgemeinen Grundhaltungen gegenüber dem Leben wurden bei den Alkoholikern jeweils geringere Ausprägungen erwartet als bei den Personen der Kontrollgruppe. Hinsichtlich der Skala *Sinnerfüllung* konnte diese Vermutung, trotz der zahlreichen in diese Richtung weisenden Hinweise in der logotherapeutischen Literatur sowie in der Studie von Becker und Quinten (2003), nicht bestätigt werden. Alkoholiker empfinden ihr Leben demnach nicht als weniger sinnerfüllt als Personen aus der Normalbevölkerung. Die Teststärke war für die durchgeführten Post-hoc-t-Tests jedoch mit  $1-\beta = .24$  bei einem erwarteten kleinen Populationseffekt viel zu gering, um die Nullhypothese annehmen zu können. Die

Wahrscheinlichkeit einen kleinen Effekt der Gruppenbedingung zu übersehen, obwohl er existiert, lag hier bei 76%. Um das Vorhandensein eines signifikanten Mittelwertsunterschiedes bezüglich dieser Skalen auszuschließen, müsste die Untersuchung mit einem größeren Stichprobenumfang wiederholt werden. Um mit einer Teststärke von  $1-\beta = .80$  rechnen zu können, müssten 620 Personen, also 310 pro Gruppe an der Untersuchung teilnehmen. Für eine Teststärke von .93 wären schon 500 Personen pro Gruppe nötig.

Bezüglich der Skala *Lebensenergie* hat sich die Hypothese dagegen bewährt. Die Personen mit einer Alkoholabhängigkeit weisen tatsächlich „niedrigere Lebensenergie“ auf als die Kontrollgruppe. Sie fühlen sich dem Leben weniger gewachsen als die Personen der Kontrollgruppe, was mit dem von Scheller und Lemke (1994) berichteten problemvermeidenden Coping-Verhalten bei Alkoholikern zusammenhängen könnte. Außerdem gaben die Alkoholiker an, das Gefühl zu haben, von ihren Mitmenschen nicht verstanden zu werden. Dies könnte ein Grund für die Beobachtung sein, dass Alkoholiker sich weniger soziale Unterstützung im Hinblick auf ihre Problembewältigung suchen (Scheller & Lemke, 1994) als Nicht-Alkoholiker. Sie zweifeln stärker an sich selbst als die Personen der Kontrollgruppe, was das Ergebnis von Becker und Quinten (2003) sowie die Gedanken von Schmidt (1988) und verschiedenen Existenzanalytikern im Hinblick auf ein niedriges Selbstwertgefühl bei Alkoholikern unterstreicht. Darüber hinaus mangelt es ihnen an einer Zukunftsperspektive. Dieses Ergebnis war auch noch nach der Bonferoni-Korrektur signifikant und kann somit als empirisch belegter Befund betrachtet werden.

Auch das Ergebnis bezüglich der Skala *Lebenszufriedenheit* entsprach der Hypothese. Es zeigte sich, dass Alkoholiker mit ihrem Leben weniger zufrieden sind als Menschen aus der Normalbevölkerung. Sie sind dem Leben gegenüber pessimistischer eingestellt und empfinden weniger inneren Frieden. Dieser Befund bestätigt sowohl das von Becker und Quinten (2003) berichtete Merkmal der pessimistischeren Grundhaltung der Alkoholiker, als auch die in der logotherapeutischen Literatur oft geäußerte Vermutung eines geringen Lebenswertgefühls bei Alkoholikern. In diesem Zusammenhang wäre für die künftige Forschung auch die Frage von Interesse, ob die Lebenszufriedenheit durch das Entwickeln neuer Lebensbedeutungen gesteigert werden kann.

Auf der Ebene der spezifischen Lebensbedeutungen haben sich die Erwartungen hinsichtlich der Skalen *Gesundheitsorientierung* und *Freiheit* bestätigt. Die Personen der Kontrollgruppe erwiesen sich als bedeutsam gesundheitsorientierter als die Alkoholiker der

Klinik-Gruppe, was in Anbetracht der in Kapitel 2.3.3 beschriebenen Folgeschädigungen dieser Störung nicht weiter verwunderlich ist. Die Annahme, dass Alkoholiker *Freiheit* eine größere Bedeutung zuschreiben als die Kontrollgruppe hat sich ebenfalls bestätigt. Dass der Grund dafür ein Gefühl mangelnder Freiheit durch die Einengung im Teufelskreis der Sucht ist, kann hier nur vermutet werden und könnte in weiteren Untersuchungen mit Hilfe korrelativer Methoden untersucht werden.

Bezüglich der Lebensbedeutungen *Selbsterkenntnis* und *Spaß* wurden Mittelwertsunterschiede gefunden, die in die entgegengesetzte Richtung der aufgestellten Hypothesen weisen. So hatte *Selbsterkenntnis* für die Alkoholiker wider Erwarten einen bedeutsam höheren Stellenwert als für die Kontrollpersonen. Die Annahme, dass *Selbsterkenntnis* von Alkoholikern niedriger bewertet wird als von Personen der Normalbevölkerung, weil es ihnen an Mut und Bereitschaft zur Umsetzung dieser Lebensbedeutung mangelt, scheint also nicht zuzutreffen. Möglicherweise hatte hier die Tatsache, dass sich die befragten Alkoholiker zum Erhebungszeitpunkt in klinischer Behandlung befanden einen Einfluss auf die Bewertung der Lebensbedeutung *Selbsterkenntnis*. Das Bedürfnis mittels *Selbsterkenntnis* etwas an seinem Zustand zu ändern mag während eines klinischen Aufenthaltes stärker ins Bewusstsein rücken als zuvor. Aufgrund der alle Lebensbereiche umfassenden Krisen, die mit einem solchen Klinikaufenthalt meist einhergehen, könnte gerade zu einem solchen Zeitpunkt die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit eigenen Problemthemen besonders hoch sein. Es ist jedoch auch in Erwägung zu ziehen, dass die Sehnsucht nach *Selbsterkenntnis* bei Alkoholikern schon vor der Entwicklung der Abhängigkeit stärker ausgeprägt ist als bei anderen Menschen. Um diese Frage zu klären, wäre weitere Forschung nötig. Aus methodischer Sicht ist hier außerdem zu beachten, dass die Skala *Selbsterkenntnis* in der hier verwendeten zweiten Version des LeBe nur zwei Items enthält und ihre interne Konsistenz lediglich  $r = .58$  betrug. Der Befund sollte also mit einer reliableren Fassung überprüft werden.

*Spaß und Humor* bedeutete den Alkoholikern, wiederum entgegen der aufgestellten Hypothese, mehr als den Personen der Kontrollgruppe. Die auf dem von Becker und Quinten (2003) gefundenen Merkmal der Anhedonie beruhende Vermutung, dass Alkoholiker weniger Wert auf *Spaß* legen als die Normalbevölkerung hat sich also empirisch nicht bewährt. Bei den übrigen hypothesenrelevanten Skalen wurden keine statistisch bedeutsamen Mittelwertsdifferenzen gefunden. So wurde etwa erwartet, dass Alkoholiker aufgrund einer

Tendenz zur Vermeidung von Unangenehmem den Werten *Generativität*, *Soziales Engagement*, *Entwicklung* und *Fürsorge* geringere Bedeutung zuschreiben als die Kontrollgruppe. Dies konnte jedoch nicht bestätigt werden. Auch die auf Zusammenhängen mit den TIPI-Skalen beruhende Vermutung, dass *Tradition* sowie *Moral* Alkoholikern mehr bedeutet als den Personen der Kontrollgruppe wurde nicht bestätigt. Obwohl Merkmale des Störungsbildes dies zu implizieren scheinen, unterscheiden sich Alkoholiker im Hinblick auf die Lebensbedeutungen *Gemeinschaft* sowie *Achtsamkeit* nicht bedeutsam von den Personen der Kontrollgruppe.

Vor der Interpretation der einzelnen Resultate bezüglich des Vergleichs der KA-Gruppe mit der AA-Gruppe muss zunächst darauf hingewiesen werden, dass die Stichprobengröße dieser beiden verglichenen Gruppen ungleich groß war ( $N_1 = 45$ ;  $N_2 = 11$ ). Dies kann zu methodischen Artefakten führen. Eine Angleichung der Gruppengrößen war im Rahmen dieser Untersuchung leider nicht möglich. Darüber hinaus war die Stichprobengröße insgesamt recht klein, wodurch auch die Teststärke nicht ausreichend groß war ( $1-\beta = .11$ ), um die Nullhypothese interpretieren zu können. Die Ergebnisse sind deshalb mit Vorsicht zu betrachten und sollten in weiteren Untersuchungen überprüft werden. Um eine ausreichende Teststärke von  $1-\beta = .80$  zu erhalten, sollten dabei insgesamt 780 Personen, also 390 pro Gruppenbedingung befragt werden. Für eine Teststärke von  $1-\beta = 1$  wären 1075 Probanden pro Gruppe notwendig.

Bei der inhaltlichen Interpretation der erhaltenen Ergebnisse fällt zunächst auf, dass die multivariate Varianzanalyse trotz der sehr geringen Teststärke von  $1-\beta = .09$  einen Effekt der Gruppenbedingung auf die hypothesenrelevanten Skalen aufdeckte. Die Anonymen Alkoholiker unterschieden sich demnach von den Alkoholikern, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in klinischer Behandlung befanden hinsichtlich der hypothesenrelevanten Lebensbedeutungen. Von den sechs aufgestellten Hypothesen bezüglich der Unterschiede auf den einzelnen Skalen konnten zunächst drei angenommen werden. Die Ergebnisse bezüglich der Skalen *Selbsterkenntnis*, *Lebensenergie* und *Transzendenzorientierung* bestätigen die gemachten Annahmen. Berücksichtigt man allerdings die Alpha-Fehler-Kumulierung, so kann lediglich der Unterschied in Bezug auf die Skala *Transzendenzorientierung* als empirisch belegt betrachtet werden.

Wie die von Scheller und Lemke (1994) berichtete Beobachtung eines problemgerichteten Coping-Verhaltens bei ehemaligen Alkoholikern erwarten ließ, zeichnen sich die Anonymen Alkoholiker tatsächlich durch höhere *Lebensenergie* aus als die Personen der KA-Gruppe. Im

Vergleich zu den Alkoholikern der KA-Gruppe sehen sich die Teilnehmer der AA also eher in der Lage, ihr Leben zu meistern und die täglichen Anforderungen des Lebens zu bewältigen. Sie fühlen sich sozial verbundener und haben eher das Gefühl, von ihren Mitmenschen verstanden zu werden. Ihr Selbstwert ist stabiler als der der Personen der KA-Gruppe und sie haben eine Perspektive für die Zukunft. Die Teilnahme an den Treffen der AA scheint die Bewältigungsfähigkeit zu schulen. Dies mag allein schon durch die Vorbildfunktion anderer Alkoholiker, die von ihren Bewältigungsstrategien berichten, geschehen. Die Erfahrung, von anderen Menschen, die unter derselben Erkrankung leiden, verstanden zu werden und somit wieder sozial verbunden zu sein, ist eine zentrale Säule in der Arbeit der AA, ebenso wie in anderen Selbsthilfegruppen. Bedenkt man außerdem, dass Teilnehmer an einer Selbsthilfegruppe es mit größerer Wahrscheinlichkeit geschafft haben, über einen längeren Zeitraum abstinent zu sein, so überrascht der stabilere Selbstwert nicht. Durch wiederholte Versagenserfahrungen in Bezug auf die Bemühung, sich vom Alkohol zu lösen wird die eigene Kompetenz bei nicht abstinenten Alkoholikern immer wieder in Frage gestellt, was sich sicherlich negativ auf den Selbstwert auswirkt. Auch das Entwickeln neuer Zukunftsperspektiven setzt Abstinenz voraus. Hier bleibt die Frage offen, ob die höhere Lebensenergie auf die Teilnahme an den Treffen der AA oder auf das Kriterium der Abstinenz zurückzuführen ist. Der Vergleich einer Gruppe abstinenter Teilnehmer der AA mit einer Kontrollgruppe von abstinenten Alkoholikern, die an keiner Selbsthilfegruppe teilnehmen, könnte darüber Aufschluss geben. Da ein Punkt des sogenannten ‚12-Schritte-Programmes‘ (vgl. Kapitel 2.3.4.1) der AA darin besteht, eine „gründliche Inventur im Inneren“ durchzuführen, wurde erwartet, dass Selbsterkenntnis für Anonyme Alkoholiker eine größere Bedeutung hat als für die Alkoholiker der KA-Gruppe. Diese Annahme hat sich als richtig herausgestellt. Es sei hier daran erinnert, dass diese Lebensbedeutung für die Personen der KA-Gruppe einen höheren Stellenwert einnahm als für die Kontrollgruppe. Auch für die Alkoholiker der KA-Gruppe war Selbsterkenntnis also bedeutend, für die Teilnehmer der AA war sie jedoch noch wichtiger. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass die Bedeutung von Selbsterkenntnis durch die regelmäßigen Treffen der AA sowie durch das Bemühen um die Umsetzung der 12 Grundsätze, im Alltag der AA-Gruppe stärker verankert ist als dies in der KA-Gruppe der Fall ist. Die ebenfalls auf den zwölf Schritten aufbauende Vermutung, dass Teilnehmer der AA mehr Wert auf Entwicklung legen als die KA-Gruppe wurde jedoch nicht bestätigt. Im Gegensatz zu der Lebensbedeutung Selbsterkenntnis wird bei *Entwicklung* eher der dynamische Aspekt betont. Den Probanden

der AA-Gruppe lag also möglicherweise eher daran, sich selbst zu ergründen und zu verstehen als daran, sich auf eine bestimmte Art und Weise zu verändern, bzw. zu entwickeln.

Das spirituelle Element im Konzept der AA legte die Vermutung nahe, dass AA transzendenzorientierter sind als die Personen der KA-Gruppe. Diese Annahme konnte bestätigt werden. Teilnehmer der AA glauben demnach eher an tiefer liegende Zusammenhänge, eine andere Wirklichkeit und an das Schicksal als die Personen der KA-Gruppe. Sie halten Wunder für möglich und es gibt Dinge, die ihnen heilig sind. Dieses Ergebnis war auch nach einer Alpha-Fehler-Korrektur noch signifikant und kann somit als empirisch belegt betrachtet werden. Ebenfalls auf dem Programm der AA beruhte die Vermutung, dass AA explizit religiöser sind als Personen, die nicht an den AA teilnehmen. Trotz einer leichten Tendenz in die erwartete Richtung unterschieden sich die AA jedoch nicht bedeutsam von den Alkoholikern, die sich in klinischer Behandlung befanden. Eine Folgeuntersuchung sollte klären, ob dies auf die geringe Teststärke zurückzuführen ist, oder ob die AA vielleicht nur implizit aber nicht explizit religiöser sind als Personen, die nicht an deren Treffen teilnehmen. Obwohl die Erfahrung von Gemeinschaft ein zentraler Aspekt des Programms der AA ist, legten die Teilnehmer der AA erstaunlicherweise keinen größeren Wert auf diese Lebensbedeutung als die Alkoholiker, die sich in klinischer Behandlung befanden.

Beim Vergleich der KA-Gruppe mit der SHG-Gruppe bestätigte sich nur eine der beiden Hypothesen. Ebenso wie bei den Teilnehmern an den AA-Gruppen zeigte sich auch bei den Teilnehmern an Selbsthilfegruppen insgesamt eine höhere *Lebensenergie* als in der KA-Gruppe. Als Grund hierfür sind dieselben Überlegungen heranzuziehen wie bei dem Vergleich der Anonymen Alkoholiker mit der KA-Gruppe. Wie schon bei dem Vergleich der AA-Gruppe mit der KA-Gruppe überrascht auch hier die Tatsache, dass sich die Teilnehmer an Selbsthilfegruppen im Hinblick auf die Lebensbedeutung *Gemeinschaft* nicht von den Alkoholikern der KA-Gruppe unterschieden. Die Teststärke war auch hier mit  $1-\beta = .12$  nicht ausreichend für eine Annahme der Nullhypothese. Auch dieses Ergebnis sollte daher mit einer größeren Stichprobe überprüft werden. Für eine Teststärke von 1 wären hier 1050 Personen pro Gruppe nötig.

## 5.2 Diskussion der explorativ gewonnenen Ergebnisse

Analog zu der Vorgehensweise im Ergebnisteil werden hier zunächst die Ergebnisse bezüglich der fünf Sinndimensionen des LeBe diskutiert. Es folgt die Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf diejenigen Skalen des LeBe, die explorativ auf Unterschiede überprüft wurden.

### 5.2.1 Diskussion der Ergebnisse bezüglich der Dimensionen des LeBe

Hinsichtlich der fünf Dimensionen des LeBe unterschieden sich die KA-Gruppe und die Kontrollgruppe aus der Normalbevölkerung nicht voneinander, wie die Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse zeigten. Die Teststärke von  $1-\beta = .56$  reichte jedoch nicht aus, um die Nullhypothese annehmen zu können. Eine Überprüfung der Ergebnisse mit größeren Stichproben wäre daher auch hier angebracht. Der Vergleich der beiden Gruppen hinsichtlich der einzelnen Dimensionen des LeBe wies jedoch auf einen sehr interessanten Unterschied hin. Die Alkoholiker der KA-Gruppe legten mehr Wert auf Selbstverwirklichung als die Personen der Kontrollgruppe. Lebensbedeutungen, die zur eigenen Verwirklichung beitragen oder mit ihr zusammenhängen, wie *Herausforderung*, *Entwicklung*, *Kreativität*, *Individualismus*, *Freiheit* und *Macht* nehmen in ihrem Bedeutungssystem somit eine wichtigere Position ein als im Bedeutungssystem der Personen aus der Normalbevölkerung. Dieses Ergebnis weist in dieselbe Richtung wie die von Debats (1999) berichtete Tatsache, dass eine Gruppe von Patienten signifikant häufiger Lebensbedeutungen nannte, die mit Selbstaktualisierung zu tun hatten, als eine Gruppe von Nicht-Patienten. Die starke Bedeutung von Selbstverwirklichung scheint also nicht unbedingt ein spezifisches Merkmal der Alkoholabhängigkeit zu sein, sondern bei verschiedenen klinischen Populationen aufzutreten. Künftige Forschung zu verschiedenen Störungsbildern könnte weiteren Aufschluss über diese Frage geben.

Bezüglich der Dimensionen *Transzendenzbezug*, *Verantwortung*, *Wir- und Wohlgefühl* sowie *Ordnung* unterschied sich die KA-Gruppe nicht von der Kontrollgruppe. In weiteren Studien könnte überprüft werden, ob sich unterschiedliche Persönlichkeitstypen von Alkoholikern bezüglich dieser Sinndimensionen unterscheiden.

Der Vergleich der KA-Gruppe mit der AA-Gruppe auf Dimensionsebene lieferte interessante Ergebnisse. So zeigte sich in der MANOVA ein statistisch bedeutsamer Unterschied

zwischen den beiden Gruppen auf den Dimensionen des LeBe. Dieser scheint, betrachtet man die Einzelvergleiche, am wenigsten auf die Dimension *Selbstverwirklichung* zurückzuführen zu sein, was bei den eben erläuterten Ergebnissen logisch erscheint. Mit Ausnahme der Dimension *Ordnung* weist die AA-Gruppe jeweils höhere Ausprägungen auf den Dimensionen des LeBe auf als die KA-Gruppe. Die Personen der AA-Gruppe legten somit tendenziell größeren Wert auf Verantwortung, Selbstverwirklichung und Wir- und Wohlgefühl als die Personen der KA-Gruppe. Der Unterschied bezüglich der Dimension *Transzendenzbezug* war jedoch auf der Ebene der Einzelvergleiche der einzige statistisch bedeutsame Effekt. Demnach zeichneten sich die Teilnehmer der AA durch einen bedeutsam stärkeren Transzendenzbezug aus als die Alkoholiker der KA-Gruppe. Legt man das Konzept der AA zugrunde, so ist dieser Befund nicht sehr überraschend.

Auch die KA-Gruppe und die SHG-Gruppe unterschieden sich nach den Ergebnissen der multivariaten Varianzanalyse auf den Dimensionen des LeBe. Die Einzelvergleiche gaben hier jedoch keinen Aufschluss über die Art der Unterschiede auf den einzelnen Dimensionen.

### 5.2.2 Diskussion der Ergebnisse bezüglich der nicht hypothesenrelevanten Skalen

Nach den Ergebnissen der MANOVA unterschieden sich die KA-Gruppe und die Kontrollgruppe bezüglich der 13 nicht hypothesenrelevanten Skalen des LeBe nicht voneinander. Die Einzeltests zeigten allerdings Unterschiede im Hinblick auf drei Lebensbedeutungen an, die den Personen der KA-Gruppe wichtiger waren als den Personen der Kontrollgruppe. Die Alkoholiker legten größeren Wert auf *Herausforderung*, waren also risikofreudiger und offener gegenüber Neuem als die Personen der Kontrollgruppe und legten größeren Wert auf Abwechslung und Stimulation. Der höhere Stellenwert von *Kreativität* weist auf eine hohe Bedeutung von Originalität und Ästhetik hin und auf eine Vorliebe dazu, schöpferisch tätig zu sein. Die Alkoholiker sind außerdem leistungsorientierter als die Kontrollgruppe, streben stärker nach Erfolg und brauchen Erfolgserlebnisse, um zufrieden zu sein.

Beachtlicher Weise wurde die MANOVA bezüglich der Unterschiede zwischen der KA-Gruppe und der AA-Gruppe auf den nicht hypothesenrelevanten Skalen signifikant. Die beiden Gruppen unterscheiden sich demnach im Hinblick auf die 23 Lebensbedeutungen, zu denen keine Hypothesen aufgestellt wurden, voneinander. Hier soll nun zunächst auf zwei der

drei allgemeinen Grundhaltungen gegenüber dem Leben, nämlich *Sinnerfüllung* und *Lebenszufriedenheit* eingegangen werden. Beide waren bei den AA höher ausgeprägt als bei den Personen der KA-Gruppe. Die Teilnehmer der Anonymen Alkoholiker empfanden ihr Leben als sinnerfüllter als diejenigen Alkoholiker, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in klinischer Behandlung befanden. Sie waren außerdem zufriedener mit ihrem Leben, hatten eine optimistischere Grundhaltung und empfanden eher ein Gefühl des inneren Friedens als die KA-Gruppe. Die Teilnahme an den Treffen der AA scheint also die Generierung von Sinnperspektiven und Lebensbedeutungen sowie die Lebenszufriedenheit zu fördern. In Verbindung mit dem oben beschriebenen Ergebnis bezüglich der Skala *Lebensenergie* kann man also sagen, dass die drei allgemeinen Grundhaltungen gegenüber dem Leben bei den Teilnehmern der AA stärker ausgeprägt waren als bei den Personen der KA-Gruppe.

Die Lebensbedeutungen *Harmonie*, *Achtsamkeit* und *Wellness* bedeuteten den AA ebenfalls mehr als der KA-Gruppe. Teilnehmer der AA rückten ihre Gefühle also eher in den Vordergrund als die Personen der KA-Gruppe, was durch den offenen Austausch und die Mitteilung der eigenen Befindlichkeit während der Gruppentreffen sicherlich gefördert wird. Auch die Achtsamkeit im Hinblick auf die eigenen Empfindungen und auf das eigene Verhalten werden durch die Struktur der AA-Gruppen sicherlich geschult. Interessant ist, dass die Teilnehmer der AA eher als die Personen der KA-Gruppe von sich sagen konnten, dass sie sich regelmäßig Genuss und Entspannung gönnen. Die Lebensbedeutung *Wellness* nahm bei ihnen einen größeren Stellenwert ein als bei der KA-Gruppe. Dagegen legten die Personen der KA-Gruppe mehr Wert auf Leistung als die Teilnehmer der AA. Es wäre lohnenswert zu überprüfen, ob sich diese Lebensbedeutungen durch die Teilnahme an den Treffen der AA verändern. So wäre eine Relativierung der Bedeutung *Leistung* durch einen größeren Stellenwert von *Wellness* denkbar. Eine mögliche Hypothese wäre hier, dass die Teilnehmer der AA lernen, die Bewertung der eigenen Leistung nicht mehr so sehr in den Vordergrund zu stellen, und mehr auf ihr eigenes Wohlbefinden zu achten. Auch die Fähigkeit, Dinge zu genießen und sich zu entspannen könnte durch die Vorbildfunktion der anderen Alkoholiker geschult werden. Für die Personen der KA-Gruppe war *Vernunft* wichtiger als für die Teilnehmer der AA. Die Personen der KA-Gruppe haben also eine eher rationale Grundhaltung gegenüber dem Leben, die ihnen Orientierung bietet.

## 6 Ausblick

Die Forschung bezüglich des Themas Lebenssinn und spezifische Lebensbedeutungen bei Alkoholikern steht noch am Anfang. Einen Beitrag hierzu konnte die vorliegende Untersuchung leisten. Die weitere empirische Überprüfung der gefundenen Resultate mit größeren Stichproben ist als notwendig zu erachten. In nachfolgenden Untersuchungen wäre die Erhebung zusätzlicher Daten günstig. Bei den Personen, die sich in klinischer Behandlung befinden, sollten die Gründe für den Klinikaufenthalt erfragt werden. Sind sie zum Beispiel „freiwillig“ in die Klinik gekommen, um einen Entzug zu machen oder haben finanzielle oder soziale Krisen sie dazu gezwungen? Des Weiteren sollte darauf geachtet werden, wie lange sich die einzelnen Personen schon in therapeutischer Behandlung befinden und in welcher Phase des Entzuges sie gerade sind. Ob und inwiefern sich diese Aspekte auf die Lebensbedeutungen auswirken wäre zu überprüfen. Bei Teilnehmern an einer Selbsthilfegruppe wäre das Kriterium der Abstinenz eine wichtige Information. Auch die Dauer der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe sollte berücksichtigt werden. Eine Verlaufsuntersuchung im Hinblick auf eine mögliche Veränderung der Lebensbedeutungen von Alkoholikern vor, während und nach der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe wie den Anonymen Alkoholikern könnte präzisere Informationen darüber liefern, inwiefern sich die Teilnahme an den AA auf die individuellen Lebensbedeutungen auswirkt. Denkbar wäre auch, individuelle Lebensbedeutungsprofile von Alkoholikern zu erstellen und zu überprüfen, ob sich diese durch eine therapeutische Behandlung verändern. Der Befund von Reker (2000), dass Lebensbedeutungen entwicklungspezifischen Einflüssen unterliegen, wirft die Frage auf, ob und inwiefern sich Lebensbedeutungen im Verlauf einer Suchtentwicklung verändern. Da am Anfang einer Suchtentwicklung kaum Problembewusstsein vorhanden ist und hier auch noch nicht absehbar ist, ob es zu einer Alkoholabhängigkeit kommen wird, wird sich die Überprüfung dieser Fragestellung jedoch recht schwierig gestalten. Zur adäquaten Erforschung dieses Themas wären Längsschnittstudien nötig, die aufgrund des zeitlichen wie finanziellen Aufwandes leider sehr selten zu realisieren sind. Die Beachtung unterschiedlicher Persönlichkeitstypen von Alkoholikern bei der Erforschung der Lebensbedeutungen könnte weitere interessante Hinweise liefern. So wäre es denkbar, dass bestimmte Persönlichkeitsdispositionen mit bestimmten Lebensbedeutungen einhergehen. Möglicherweise gibt es hier Kombinationen, die für das Störungsbild der Alkoholabhängigkeit charakteristisch sind.



## 7 Zusammenfassung

In dieser Untersuchung wurden 45 alkoholabhängige Menschen, die sich in klinischer Behandlung befanden (Klinik-Gruppe) mit 45 Personen aus der Normalbevölkerung sowie mit 19 alkoholabhängigen Teilnehmern von Selbsthilfegruppen im Hinblick auf Unterschiede in 26 Lebensbedeutungen und in drei allgemeinen Grundhaltungen gegenüber dem Leben verglichen. Unter den Teilnehmern an Selbsthilfegruppen befanden sich elf Personen, die an Treffen der ‚Anonymen Alkoholiker‘ (AA) teilnahmen. Diese Gruppe wurde gesondert auf Unterschiede gegenüber der Klinikgruppe untersucht. Als Messinstrument wurde der Fragebogen zu Lebensbedeutungen (Schnell, 2003) verwendet.

Die Hypothesenbildung erfolgte auf der Basis von existenzanalytischen Vorstellungen und einzelnen empirischen Untersuchungen zu Persönlichkeitsmerkmalen bei Alkoholikern. Es wurden insgesamt 26 Unterschiedshypothesen aufgestellt, von denen neun bestätigt werden konnten. Da es bisher nur wenige empirische Studien zu dem behandelten Thema gibt, wurden die hypothesengeleiteten Analysen durch explorative Testung ergänzt. Fasst man die Ergebnisse der hypothesengeleiteten und der explorativen Tests zusammen, so lassen sich folgende Unterschiede festhalten: Im Hinblick auf die drei allgemeinen Grundhaltungen gegenüber dem Leben waren die Alkoholiker der Klinik-Gruppe mit ihrem Leben unzufriedener und zeichneten sich durch niedrigere Lebensenergie aus als die Personen aus der Normalbevölkerung. Bezüglich des von ihnen empfundenen Ausmaßes an Sinnerfüllung unterschieden sich die beiden Gruppen jedoch nicht. Bei spezifischen Lebensbedeutungen wurden ebenfalls Unterschiede gefunden. So legten die Alkoholiker größeren Wert auf Freiheit, Selbsterkenntnis, Herausforderung, Spaß und Leistung und sahen sich als weniger gesundheitsorientiert als die Kontrollgruppe. Ein weiterer Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen zeichnete sich hinsichtlich der übergeordneten Dimension Selbstverwirklichung ab. Alkoholabhängige Menschen legten demnach größeren Wert auf Lebensbedeutungen, die mit Selbstverwirklichung in Zusammenhang stehen, als die nicht alkoholabhängigen Personen.

Beim Vergleich der Klinik-Gruppe mit den Teilnehmern der Selbsthilfegruppe ‚Anonyme Alkoholiker‘ zeigte sich, dass letztere ihr Leben als sinnerfüllter empfanden. Teilnehmer der AA waren außerdem zufriedener mit ihrem Leben und wiesen eine höhere Lebensenergie auf. Die Lebensbedeutungen Harmonie, Achtsamkeit, Wellness und Selbsterkenntnis bedeuteten den AA-Gruppen-Teilnehmern mehr als Alkoholabhängigen der

Klinik-Gruppe. Sie waren außerdem transzendenzorientierter und Lebensbedeutungen, die mit der Dimension Transzendenzbezug zusammenhängen, waren bei ihnen stärker vertreten. Bezüglich der Lebensbedeutungen Vernunft und Leistung unterschieden sich die beiden Gruppen dahingehend, dass diese den Alkoholikern der Klinik-Gruppe wichtiger waren als den Teilnehmern der AA.

Die Gesamtgruppe der Teilnehmer an Selbsthilfegruppen zeichnete sich durch höhere Lebensenergie aus als die Alkoholiker der Klinik-Gruppe.

Mit der vorliegenden Untersuchung konnte gezeigt werden, dass sich alkoholabhängige Menschen bezüglich bestimmter Lebensbedeutungen von Personen aus der Normalbevölkerung unterscheiden. Alkoholiker, die eine Selbsthilfegruppe besuchen, unterschieden sich wiederum bezüglich bestimmter Lebensbedeutungen von solchen Alkoholikern, die nicht an einer Selbsthilfegruppe teilnehmen. Dies galt auch für die Selbsthilfegruppe der Anonymen Alkoholiker. Weitere empirische Untersuchungen mit größeren Stichproben wären notwendig.

## 8 Literaturverzeichnis

- Anonyme Alkoholiker (2001). *Anonyme Alkoholiker: Informationen für die Öffentlichkeit* [Broschüre]. München: Gemeinsames Dienstbüro, Anonyme Alkoholiker.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*. (A Franke & N. Schulte, Übers.). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. (Originalausgabe erschienen 1987)
- Arend, H. (1994). *Alkoholismus: ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe*. Weinheim: Beltz.
- Baltes-Götz, B. (2001). *Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows*. (Reihe: Benutzereinführung, Bd. 25). Trier: Universität.
- Barthels, M. (1991). *Subjektive Theorien über Alkoholismus: Arbeiten zur sozialwissenschaftlichen Psychologie*. Münster: Aschendorff.
- Battista, J. & Almond, R. (1973). The development of meaning in life. *Psychiatry*, 36, 409-427.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Beltz.
- Becker, P. & Quinten, C. (2003). Persönlichkeitstypen und Persönlichkeitsstörungen bei stationär behandelten Alkoholabhängigen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (2), 104-116.
- Becker, P. (2003). *Trierer Integriertes Persönlichkeitsinventar (TIPI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Bergmann & E. Horch, K. (2000). Ökonomische Bewertung von gesundheitlichen Folgen des Alkoholismus. *Sucht Aktuell*, (2), 14-18.
- Böning, J. (1991). Zur Neurobiologie und Psychopathologie süchtigen Verhaltens. In K. Wanke & G. Bühringer (Hrsg.), *Grundstörungen der Sucht* (S. 3-27). Berlin: Springer.
- Böning, J. (1994). Warum muss es ein „Suchtgedächtnis“ geben? Klinische Empirie und neurobiologische Argumente. *Sucht*, 40, 244-252.

- Bortz, J & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation* (2. überarbeitete Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Böschemeyer, U. (1993). *Wege aus der Abhängigkeit*. Lahr: SKV-Edition.
- Bühringer, G. (1996). Folgen des schädlichen Gebrauchs von alkoholischen Getränken. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Alkohol – Konsum und Missbrauch, Alkoholismus – Therapie und Hilfe*. Freiburg: Lambertus.
- Caetano, R. & Tam, T.W. (1995). Prevalence and correlates of DSM-IV and ICD-10 alcohol dependence. 1990 national survey. *Alcohol and Alcoholism*, 30, 177-186.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Erlbaum.
- Debats, D. L. (1996). Meaning in life: Clinical relevance and predictive power. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 503-516.
- Debats, D. L. (1999). Sources of meaning: an investigation of significant commitments in life. *Journal of Humanistic Psychology*, 39(4), 30-57.
- Debats, D. L., Drost, J. & Hansen, P. (1995). Experiences of meaning in life: A combined qualitative and quantitative approach. *British Journal of Psychology*, 86, 359-375.
- Deckart, R. (2002). Psychische Störungen und Verhaltenstörungen. In C. Riedel, R. Deckart, & A. Noyon (Hrsg.), *Existenzanalyse und Logotherapie* (S. 231-365). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (1997). *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung* (2. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2004). *Drogen- und Suchtbericht*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Information, Publikation, Redaktion.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V* (2. Aufl.). Bern: Huber.

- Dittmann-Kohli, F., Gerben J. & Westerhof, (2000). The personal meaning system in a life-span perspective. In G. T. Reker & K. Chamberlain (Eds.), *Exploring existential meaning: Optimizing human development across the life span* (pp. 107-122). Thousand Oaks: Sage.
- Dörner, K. & Plog, U. (1996). *Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Dufton, B. D. & Perlman, D. (1986). The association between religiosity and the Purpose in Life Test: Does it reflect purpose or satisfaction? *Journal of Psychology and Theology, 14*, 42-48.
- Dyck, M. J. (1987). Assessing logotherapeutic constructs: Conceptual and psychometric status of the Purpose in Life and Seeking of Noetic Goals Tests. *Clinical Psychology Review, 7*, 439-447.
- Faul, F. & Erdfelder, E. (1992). *G\*Power: A priori, post-hoc, and compromise power analysis for MS-DOS* [Computer program]. Bonn, Universität.
- Feuerlein, W. (1994). Alkoholkrankheit. In V. Faust (Hrsg.), *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung*. Stuttgart: Fischer.
- Feuerlein, W. (1996). *Alkoholismus: Warnsignale, Vorbeugung, Therapie*. München: Beck.
- Fiorentino, L. M. & Pomazal, R. J. (1994). Sense of coherence and the stress-illness relationship among employees: A prospective study. In H. I. McCubbin, E. A. Thompson, A. I. Thompson, & J. E. Fromer (Eds.), *Sense of coherence and resiliency: Stress, coping, and health*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Flannery, R. B. & Flannery, G. J. (1990). Sense of coherence, life stress and psychological distress: A prospective methodological inquiry. *Journal of Clinical psychology, 46(4)*, 415-420.
- Flannery, R. B., Perry, J. C., Penk, W. E., & Flannery, G. J. (1994). Validating Antonovsky's sense of coherence scale. *Journal of Clinical Psychology, 50 (4)*, 575-577.

- Frankl, V. E. (1966). Self-transcendence as a human phenomenon. *Journal of Humanistic Psychology*, 6, 97-106.
- Frankl, V. E. (1994). *Logotherapie und Existenzanalyse: Texte aus sechs Jahrzehnten*. (Neue, erweiterte Ausgabe). Berlin: Quintessenz.
- Frankl, V. E. (1975). *Theorie und Therapie der Neurosen* (4. erweiterte u. ergänzte Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Frankl, V. E. (1979a). *Ärztliche Seelsorge: Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. (9. ergänzte Aufl.). Wien: Deuticke.
- Frankl, V. E. (1979b). *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn: Eine Auswahl aus dem Gesamtwerk*. München: Piper.
- Funke, J., Klein, M. & Scheller, R (1981). Zur Klassifikation von Alkoholikern durch Persönlichkeitsmerkmale. *Psychologische Beiträge*, 23, 146-158.
- Guth, E. (1997). Der suchtkranke (abhängige) Mensch aus der Sicht der Existenzanalyse und Logotherapie. In A. Längle, & C. Probst, (Hrsg.), *Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten* (S. 63-70). (Erweiterter Tagungsbericht 1/1993). Wien: Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE).
- Hager, W., Spies, K. & Heise, E. (2001). *Versuchsdurchführung und Versuchsbericht: ein Leitfaden* (2. überarbeitete Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Heitger, B., Längle, A., Tutsch, L. (1997). Zusammenfassung der Paneldiskussion: „Was sucht der Süchtige?“. In A. Längle, & C. Probst, (Hrsg.). *Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten* (S. 139-142). (Erweiterter Tagungsbericht 1/1993). Wien: Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse.
- Jung, M. (1996). Abhängigkeit als gelerntes Verhalten - die Sicht der Verhaltenstherapie. In G. Längle, K. Mann & G. Buchkremer (Hrsg.), *„Sucht“ - Die Lebenswelten Abhängiger*. Tübingen: Attempto Verlag.
- Kern, P. (1986). Meinem Leben einen Sinn geben. *Suchtgefahren* 1986,32, 254-268.

- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Korotkov, D. (1998). The sense of coherence: making sense out of chaos. In T. P. Wong & S. Fry (Eds.), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications* (pp. 51-70). London: Erlbaum.
- Krampen, G. & von Eye, A. (1979). Zur Strukturanalyse der Wert- und Zielvorstellungen von Alkoholikern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 8, 91-102.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, 44 (Sonderheft 1).
- Kryspin-Exner, I. (1998). Alkoholismus. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie: Modelle psychischer Störungen* (S. 353-387). Göttingen: Hogrefe.
- Küfner, H. & Bühringer, G. (1997). Alkoholismus. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.), *Psychische Störungen und ihre Behandlungen* (S. 437-512). Göttingen: Hogrefe.
- Küfner, H. (1981). Systemwissenschaftlich orientierte Überlegungen zu einer integrativen Alkoholismustheorie. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 4, 3-16.
- Ladewig, D. (1996): *Sucht und Suchtkrankheiten: Ursachen, Symptome, Therapien*. München: Beck.
- Längle, A. (1997). Das Ja zum Leben finden: Existenzanalyse und Logotherapie in der Suchtkrankenhilfe. In A. Längle, & C. Probst, (Hrsg.), *Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten* (S. 13-32). Wien: Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse.
- Längle, A.(1988).Was ist Existenzanalyse und Logotherapie? In A. Längle (Hrsg.), *Entscheidung zum Sein. Viktor E. Frankls Logotherapie in der Praxis* (S. 9-21). München: Piper.
- Längle, A., Orgler, C. & Kundi, M. (2000). *Existenz-Skala (ESK)*. Göttingen: Beltz.
- Lazarus, R. S. & De Longis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist*, 38, 245-254.

- Lindenmeyer, J. (1999). *Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Lukas, E. (1994). Die Bedeutung der Sinnfindung als Therapieziel im Genesungsprozeß von Suchtkranken. In *Therapieziele im Wandel?: Beiträge des 6. Heidelberger Kongresses 1993/Fachverband Sucht e.V.* (S. 67–78). Geesthacht: Neuland.
- Maddi, S. R. (1967). The existential neurosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 311-325.
- Maslow, A. H. (1966). Comments on Dr. Frankl's paper. *Journal of Humanistic Psychology*, 6, 107-112.
- Maslow, A. H. (1977). *Motivation und Persönlichkeit* (P. Kruntorad, Übers.). Freiburg im Breisgau: Walter-Verlag.
- Meyer, G. (1987). Die stimulierende Wirkung des Glücksspiels. *Suchtgefahren*, 33, 102-109.
- Rainer, M. (1997). Die existentielle Seite der Alkoholkrankheit. Eine existenzanalytische Untersuchung an Alkoholkranken. In A. Längle, & C. Probst, (Hrsg.), *Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten* (S. 39-50). (Erweiterter Tagungsbericht 1/1993). Wien: Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE).
- Reker, G. T. & Wong, P. T. P. (1988). Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. In J. E. Birren & V. L. Bengston (Eds.), *Emergent theories of aging* (pp. 214-246). New York: Springer.
- Reker, G. T. (1994). Logotherapy and logotherapy: Challenges, opportunities, and some empirical findings. *The International Forum for Logotherapy*, 17, 47-55.
- Reker, G. T. (2000). Theoretical perspective, dimensions and measurement of existential meaning. In G. T. Reker & K. Chamberlain (Eds.), *Exploring existential meaning: optimizing human development across the life span* (pp. 39-55). Thousand Oaks: Sage.
- Reker, G. T., Peacock, E. J. & Wong, T. P. (1987). Meaning and purpose in life and well-being: A life-span perspective. *Journal of Gerontology*, 42(1), 44-49.

- Riedel, C. (2002). Grundlagen der Existenzanalyse und Logotherapie. In C. Riedel, R. Deckart, & A. Noyon (Hrsg.), *Existenzanalyse und Logotherapie* (S. 19-129). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Riemeyer, J.(2001). *Die Logotherapie Viktor Frankls*. München: Profil Verlag.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (2001). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: DSM-IV* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Scheller, R. & Lemke, P. (1994). Streßbewältigungsstrategien, Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen von Alkoholikern. *Sucht*, 40, 232-243.
- Schmidt, L. (1988). *Alkoholkrankheit und Alkoholmißbrauch: Definition – Ursachen – Folgen – Behandlung – Prävention* (2. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidt, O. (1999). *Entwicklung eines Fragebogens zur dimensionalen Erfassung gestörter und nicht gestörter Persönlichkeit*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Trier: Fachbereich I – Psychologie.
- Schnell, T. (2003). *Der Fragebogen zu Lebensbedeutungen (LeBe)*. Poster, 7. Arbeitstagung der Fachgruppe für Differentielle Psychologie, Persönlichkeitspsychologie und Psychologische Diagnostik, September 2003, Halle.
- Schnell, T. (2004). Wege zum Sinn. Sinnfindung mit und ohne Religion – Empirische Psychologie der Impliziten Religiosität. *Wege zum Menschen* 56 (1), 3-20.
- Schnell, T. (in press). *A Framework for the Study of Implicit Religion: The Psychological Theory of Implicit Religiosity*.
- Szasz, T. S. (1972). Bad habits are not diseases. A regulation of the claim that alcoholism is a disease. *Lancet*, (2), 83.
- Tretter, F., Böning, J., Wolffgramm, J. & Heyne, A. (2000). Anmerkungen zum Konstrukt „Suchtgedächtnis“. *Sucht*, 46, 276-286.

- West S. G., Finch, J.F., & Cohen, P. J. (1995). Models with nonnormal variables: problems and remedies. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling* (pp. 56-75). Thousand Oaks: Sage.
- Wilcken, S. & Rochow, M. (2000). *Rückfallprävention bei Alkoholismus: Fähigkeiten im Fokus: Ein Manual*. Bern: Huber.
- Wilke, K. H. & Ziegler, H. (1984). *Probleme mit dem Alkohol*. Köln: Deutscher Instituts-Verlag.
- Wong, T. P. (1998). Implicit theories of meaningful life and the development of the personal meaning profile. In T. P. Wong & S. Fry (Eds.), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications* (pp. 111-140). London: Erlbaum.
- Yalom, I. D. (1989). *Existenzielle Psychotherapie*. (M. Gremmler-Fuhr & R. Fuhr, Übers.). Köln: Edition Humanistische Psychologie. (Originalarbeit erschienen 1980).
- Zika, S. & Chamberlain, K. (1992). On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British Journal of Psychology*, 83, 133-145.

## Anhang A: Empirische Ergebnisse

Tabelle A1

Nicht signifikante Korrelationen zwischen den einzelnen Skalen des LeBe und der demografischen Variable „Alter“ in der KA-Gruppe (N = 44; Signifikanztestung 2-seitig; Korrelationen nach Pearson).

	Sinnerfüllung	Lebensenergie	Transzendenz-orientierung	Spuren hinterlassen	Wissen	Soziales Engagement
Alter	.17	.06	-.01	.18	.14	.29

Tabelle A1 (Fortsetzung)

Nicht signifikante Korrelationen zwischen den einzelnen Skalen des LeBe und der demografischen Variable „Alter“ in der KA-Gruppe (N = 44; Signifikanz-Testung 2-seitig; Korrelationen nach Pearson).

	Herausforderung	Entwicklung	Kreativität	Individualismus	Freiheit	Macht
Alter	.02	.02	.16	.07	.29	-.03

Tabelle A1 (Fortsetzung)

Nicht signifikante Korrelationen zwischen den einzelnen Skalen des LeBe und der demografischen Variable „Alter“ in der KA-Gruppe (N = 44; Signifikanz-Testung 2-seitig; Korrelationen nach Pearson).

	Spaß	Harmonie	Liebe	Fürsorge	Gemeinschaft	Rituale
Alter	.00	.03	-.09	.15	-.01	.06

Tabelle A1 (Fortsetzung)

Nicht signifikante Korrelationen zwischen den einzelnen Skalen des LeBe und der demografischen Variable „Alter“ in der KA-Gruppe (N = 44; Signifikanz-Testung 2-seitig; Korrelationen nach Pearson).

	Wohlfühl	Tradition	Moral	Bodenständigkeit	Leistung
Alter	-.17	.09	.14	.14	.15

Tabelle A2 (Fortsetzung)

Nicht signifikante Korrelationen zwischen den einzelnen Skalen des LeBe und der demografischen Variable „Geschlecht“ in der KA-Gruppe (N = 44; Signifikanztestung 2-seitig; Korrelationen nach Pearson).

	Lebensenergie	Lebens- zufriedenheit	Explizite Religiosität	Transzendenz- orientierung	Generativität	Wissen
Geschlecht	.16	.15	-.18	-.04	-.26	-.20

Tabelle A2 (Fortsetzung)

Nicht signifikante Korrelationen zwischen den einzelnen Skalen des LeBe und der demografischen Variable „Geschlecht“ in der KA-Gruppe (N = 44; Signifikanztestung 2-seitig; Korrelationen nach Pearson).

	Natur- verbundenheit	Gesundheits- orientierung	Heraus- forderung	Entwicklung	Kreativität	Sinnerfüllung
Geschlecht	-.04	-.01	.29	-.13	-.08	-.14

Tabelle A2 (Fortsetzung)

Nicht signifikante Korrelationen zwischen den einzelnen Skalen des LeBe und der demografischen Variable „Geschlecht“ in der KA-Gruppe (N = 44; Signifikanztestung 2-seitig; Korrelationen nach Pearson).

	Freiheit	Macht	Spaß	Harmonie	Liebe	Gemeinschaft
Geschlecht	.17	.18	.10	-.19	.13	-.05

Tabelle A2 (Fortsetzung)

Nicht signifikante Korrelationen zwischen den einzelnen Skalen des LeBe und der demografischen Variable „Geschlecht“ in der KA-Gruppe (N = 44; Signifikanztestung 2-seitig; Korrelationen nach Pearson).

	Rituale	Tradition	Moral	Boden- ständigkeit	Vernunft	Leistung
Geschlecht	-.13	.12	-.09	.08	.15	.02

Tabelle A3

Nicht signifikante Ergebnisse der ANOVAs bezüglich der Variablen Bildungsstand auf den Skalen des LeBe mit den Gruppen Hauptschulabschluss ( $N_1$ ), Realschulabschluss ( $N_2$ ) und Hochschulabschluss ( $N_3$ ).

Skala	N	M	SD	df	F	p	1- $\beta$
Lebensenergie	$N_1 = 22$	2.77	1.03	2/35	.61	.55	.24
	$N_2 = 10$	2.31	1.10				
	$N_3 = 6$	2.79	1.59				
Lebenszufriedenheit	$N_1 = 22$	2.23	1.14	2/35	.86	.43	.24
	$N_2 = 10$	1.65	1.26				
	$N_3 = 6$	2.28	1.49				
Explizite Religiosität	$N_1 = 22$	2.41	1.75	2/35	.72	.50	.24
	$N_2 = 10$	1.70	1.35				
	$N_3 = 6$	1.94	1.50				
Generativität	$N_1 = 22$	2.53	1.23	2/35	.22	.80	.24
	$N_2 = 10$	2.79	.95				
	$N_3 = 6$	2.76	.91				
Selbsterkenntnis	$N_1 = 22$	2.11	1.30	2/35	.41	.66	.24
	$N_2 = 10$	3.45	.93				
	$N_3 = 6$	3.50	1.14				
Naturverbundenheit	$N_1 = 22$	3.45	1.31	2/35	.38	.68	.24
	$N_2 = 10$	3.14	1.15				
	$N_3 = 6$	3.03	.97				
Soziales Engagement	$N_1 = 22$	2.67	1.02	2/35	2.58	.09	.24
	$N_2 = 10$	3.24	.60				
	$N_3 = 6$	3.50	.92				
Gesundheitsorientierung	$N_1 = 22$	2.74	1.10	2/35	1.58	.22	.24
	$N_2 = 10$	2.05	.93				
	$N_3 = 6$	2.79	1.18				
Herausforderung	$N_1 = 22$	3.18	.91	2/35	.25	.78	.24
	$N_2 = 10$	3.05	.62				
	$N_3 = 6$	2.94	.57				
Entwicklung	$N_1 = 22$	3.24	1.12	2/35	.10	.91	.24
	$N_2 = 10$	3.40	.71				
	$N_3 = 6$	3.33	.77				
Kreativität	$N_1 = 22$	3.05	1.05	2/35	1.02	.37	.24
	$N_2 = 10$	3.20	.66				
	$N_3 = 6$	2.54	.66				

Anmerkungen: N = Probandenanzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; df = Hypothese-/Fehlerfreiheitsgrade; F = F-Wert nach Wilks-Lambda; p = Signifikanzniveau der ANOVA, 1- $\beta$  = Teststärke bei einem angenommenen Populationseffekt von  $\Omega^2 = .06$ .

Tabelle A3 (Fortsetzung)

Nicht signifikante Ergebnisse der ANOVAs bezüglich der Variablen Bildungsstand auf den Skalen des LeBe mit den Gruppen Hauptschulabschluss (N<sub>1</sub>), Realschulabschluss (N<sub>2</sub>) und Hochschulabschluss (N<sub>3</sub>).

Skala	N	M	SD	df	F	p	1-β
Individualismus	N <sub>1</sub> = 22	2.98	1.08	2/35	1.49	.24	.24
	N <sub>2</sub> = 10	3.15	.68				
	N <sub>3</sub> = 6	2.33	.74				
Macht	N <sub>1</sub> = 22	2.65	1.05	2/35	.85	.44	.24
	N <sub>2</sub> = 10	2.88	.56				
	N <sub>3</sub> = 6	2.27	.81				
Harmonie	N <sub>1</sub> = 22	3.56	.73	2/35	.75	.48	.24
	N <sub>2</sub> = 10	3.23	1.14				
	N <sub>3</sub> = 6	3.72	.68				
Liebe	N <sub>1</sub> = 22	3.09	.97	2/35	1.35	.27	.24
	N <sub>2</sub> = 10	2.42	1.17				
	N <sub>3</sub> = 6	2.79	1.26				
Fürsorge	N <sub>1</sub> = 22	3.34	.75	2/35	.88	.42	.24
	N <sub>2</sub> = 10	3.54	.87				
	N <sub>3</sub> = 6	3.80	.77				
Gemeinschaft	N <sub>1</sub> = 22	3.17	1.00	2/35	.19	.83	.24
	N <sub>2</sub> = 10	2.95	1.12				
	N <sub>3</sub> = 6	3.17	.63				
Achtsamkeit	N <sub>1</sub> = 22	2.67	.96	2/35	.20	.82	.24
	N <sub>2</sub> = 10	2.45	.93				
	N <sub>3</sub> = 6	2.58	.62				
Wohlgefühl	N <sub>1</sub> = 22	3.33	.83	2/35	1.85	.17	.24
	N <sub>2</sub> = 10	2.83	1.13				
	N <sub>3</sub> = 6	2.64	.78				
Moral	N <sub>1</sub> = 22	3.82	.93	2/35	.55	.58	.24
	N <sub>2</sub> = 10	3.46	.93				
	N <sub>3</sub> = 6	3.70	.60				
Vernunft	N <sub>1</sub> = 22	3.39	.80	2/35	3.12	.06	.24
	N <sub>2</sub> = 10	2.72	.78				
	N <sub>3</sub> = 6	2.70	.99				
Leistung	N <sub>1</sub> = 22	3.15	1.14	2/35	.80	.46	.24
	N <sub>2</sub> = 10	3.02	.66				
	N <sub>3</sub> = 6	2.57	.79				

Anmerkungen: N = Probandenanzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; df = Hypothese-/Fehlerfreiheitsgrade; F = F-Wert nach Wilks-Lambda; p = Signifikanzniveau der ANOVA. 1-β = Teststärke bei einem angenommenen Populationseffekt von  $\Omega^2 = .06$ .

Tabelle A4

Nicht signifikante Ergebnisse der Varianzanalysen bezüglich des Effektes der Variablen Familienstand auf den Skalen des LeBe mit den Gruppen „ledig“ (N<sub>1</sub>), „verheiratet“ (N<sub>2</sub>) und „geschieden“ (N<sub>3</sub>).

Skala	N	M	SD	df	F	p	1-β
Sinnerfüllung	N <sub>1</sub> = 10	2.45	1.17	2/33	1.17	.32	.23
	N <sub>2</sub> = 12	3.12	1.21				
	N <sub>3</sub> = 14	2.70	.81				
Lebensenergie	N <sub>1</sub> = 10	3.09	.89	2/33	1.58	.22	.23
	N <sub>2</sub> = 12	2.89	1.37				
	N <sub>3</sub> = 14	2.32	1.00				
Lebenszufriedenheit	N <sub>1</sub> = 10	2.25	1.14	2/33	.84	.44	.23
	N <sub>2</sub> = 12	2.74	1.46				
	N <sub>3</sub> = 14	2.17	.91				
Explizite Religiosität	N <sub>1</sub> = 10	1.63	1.75	2/33	.73	.49	.23
	N <sub>2</sub> = 12	2.11	1.67				
	N <sub>3</sub> = 14	2.43	1.40				
Transzendenzorientierung	N <sub>1</sub> = 10	2.72	1.12	2/33	.44	.65	.23
	N <sub>2</sub> = 12	2.30	1.48				
	N <sub>3</sub> = 14	2.33	.84				
Wissen	N <sub>1</sub> = 10	3.10	1.30	2/33	1.31	.28	.23
	N <sub>2</sub> = 12	3.67	.86				
	N <sub>3</sub> = 14	3.09	.88				
Selbsterkenntnis	N <sub>1</sub> = 10	2.70	1.57	2/33	2.12	.14	.23
	N <sub>2</sub> = 12	3.37	1.03				
	N <sub>3</sub> = 14	3.64	.77				
Gesundheitsorientierung	N <sub>1</sub> = 10	2.77	1.31	2/33	.48	.62	.23
	N <sub>2</sub> = 12	2.73	1.14				
	N <sub>3</sub> = 14	2.37	.95				
Herausforderung	N <sub>1</sub> = 10	3.53	1.00	2/33	1.32	.28	.23
	N <sub>2</sub> = 12	3.10	.70				
	N <sub>3</sub> = 14	3.02	.70				
Macht	N <sub>1</sub> = 10	2.68	1.17	2/33	.20	.82	.23
	N <sub>2</sub> = 12	2.95	.76				
	N <sub>3</sub> = 14	2.79	1.08				
Spaß	N <sub>1</sub> = 10	3.72	1.15	2/33	1.91	.16	.23
	N <sub>2</sub> = 12	3.70	.73				
	N <sub>3</sub> = 14	3.11	.84				

Anmerkungen: N = Probandenanzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; F = F-Wert nach Wilks-Lambda; M = Mittelwert, SD = Standardabweichung df = Hypothese-/Fehlerfreiheitsgrade; p = Signifikanzniveau der F-Tests; 1-β = Teststärke bei einem angenommenen Populationseffekt von  $\Omega^2 = .06$

Tabelle A4 (Fortsetzung)

Nicht signifikante Ergebnisse der Varianzanalysen bezüglich des Effektes der Variablen Familienstand auf den Skalen des LeBe mit den Gruppen „ledig“ (N<sub>1</sub>), „verheiratet“ (N<sub>2</sub>) und „geschieden“ (N<sub>3</sub>).

Skala	N	M	SD	df	F	p	1-β
Harmonie	N <sub>1</sub> = 10	3.57	.75	2/33	.06	.94	.23
	N <sub>2</sub> = 12	3.67	.77				
	N <sub>3</sub> = 14	3.67	.77				
Liebe	N <sub>1</sub> = 10	3.02	1.23	2/33	.08	.92	.23
	N <sub>2</sub> = 12	2.92	1.01				
	N <sub>3</sub> = 14	3.09	1.01				
Gemeinschaft	N <sub>1</sub> = 10	3.12	1.13	2/33	.22	.81	.23
	N <sub>2</sub> = 12	3.33	.99				
	N <sub>3</sub> = 14	3.11	.77				
Rituale	N <sub>1</sub> = 10	2.86	1.14	2/33	.18	.83	.23
	N <sub>2</sub> = 12	2.75	.92				
	N <sub>3</sub> = 14	2.64	.60				
Tradition	N <sub>1</sub> = 10	2.99	.96	2/33	.79	.46	.23
	N <sub>2</sub> = 12	2.44	1.10				
	N <sub>3</sub> = 14	2.72	.98				
Moral	N <sub>1</sub> = 10	3.70	1.15	2/33	.06	.95	.23
	N <sub>2</sub> = 12	3.77	.97				
	N <sub>3</sub> = 14	3.64	.74				
Bodenständigkeit	N <sub>1</sub> = 10	3.47	.92	2/33	.41	.67	.23
	N <sub>2</sub> = 12	3.17	.73				
	N <sub>3</sub> = 14	3.30	.75				
Vernunft	N <sub>1</sub> = 10	3.30	1.07	2/33	.86	.43	.23
	N <sub>2</sub> = 12	2.85	.80				
	N <sub>3</sub> = 14	3.19	.73				

Anmerkungen: N = Probandenanzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; F = F-Wert nach Wilks-Lambda; M = Mittelwert, SD = Standardabweichung df = Hypothese- / Fehlerfreiheitsgrade; p = Signifikanzniveau der F-Tests; 1-β = Teststärke bei einem angenommen Populationseffekt von  $\Omega^2 = .06$

Tabelle A5

Negative Korrelationen der Messwertpaare der Stichproben KA-Gruppe - Kontrollgruppe.

	Sinn	Spuren	Entwicklung	Fürsorge	Gemeinschaft	Tradition
Korrelation	-.30	-.06	-.12	-.09	-.01	-.16
Signifikanz	.05*	.69	.45	.56	.96	.31

Tabelle A6

Nicht signifikante Ergebnisse der Varianzanalysen zu Unterschieden zwischen der KA-Gruppe (N<sub>1</sub>) und der Gruppe der AA-Gruppe (N<sub>2</sub>) auf den hypothesenrelevanten Skalen des LeBe ohne Einbezug von Kovariaten.

Skala (Hypothese)	N	M	SD	F	df	p	1-β	Hypothese angenommen ?
Lebensenergie (H 19)	N <sub>1</sub> = 45 N <sub>2</sub> = 11	2.70 3.43	1.14 1.06	3.67	1/54	.06	.11	Nein
Explizite Religiosität (H 20)	N <sub>1</sub> = 45 N <sub>2</sub> = 11	2.07 2.81	1.57 1.83	1.88	1/54	.18	.11	Nein
Selbsterkenntnis (H 22)	N <sub>1</sub> = 45 N <sub>2</sub> = 11	3.32 4.01	1.10 .79	3.76	1/54	.06	.11	Nein
Entwicklung (H 23)	N <sub>1</sub> = 45 N <sub>2</sub> = 11	3.36 3.77	.91 .70	1.94	1/54	.17	.11	Nein
Gemeinschaft (H 24)	N <sub>1</sub> = 45 N <sub>2</sub> = 11	3.21 3.42	.96 .78	.46	1/54	.50	.11	Nein

Anmerkungen: N = Probandenanzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; F = F-Wert nach Wilks-Lambda; df = Hypothese- / Fehlerfreiheitsgrade; p = Signifikanz; 1-β = Teststärke bei einem Populationseffekt von  $\Omega^2 = .01$ .

Tabelle A7

Ergebnisse der MANOVA zu Unterschieden zwischen der KA-Gruppe und der Kontrollgruppe auf den nicht hypothesenrelevanten Skalen.

	N	M	SD	F	df	Signifikanz p	1- $\beta$
Globaler Effekt (H1)	N <sub>1</sub> = 45 N <sub>2</sub> = 45	- -	- -	1.46	12/33	.35	1.00

Anmerkungen: N = Probandenanzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; 1- $\beta$  = Teststärke bei einem Populationseffekt von  $\Omega^2 = .13$ .

Tabelle A8

Nicht signifikante Mittelwertsunterschiede der Post-hoc-t-Tests für abhängige Stichproben bezüglich der Unterschiede zwischen der KA-Gruppe (N1) und der Kontrollgruppe (N2) auf den nicht hypothesenrelevanten Skalen.

Skala	N	M	SD	T	df	Signifikanz p	1- $\beta$
Explizite Religiosität	N <sub>1</sub> = 45	2.07	1.57	.90	44	.38	.75
	N <sub>2</sub> = 45	1.81	1.63				
Transzendenzorientierung	N <sub>1</sub> = 45	2.38	1.11	-1.35	44	.18	.75
	N <sub>2</sub> = 45	2.68	1.03				
Wissen	N <sub>1</sub> = 45	3.29	1.05	.86	44	.40	.75
	N <sub>2</sub> = 45	3.14	.81				
Natur	N <sub>1</sub> = 45	3.33	1.19	.16	44	.88	.75
	N <sub>2</sub> = 45	3.30	.90				
Individualismus	N <sub>1</sub> = 45	3.00	.90	1.71	44	.10	.75
	N <sub>2</sub> = 45	2.64	1.07				
Harmonie	N <sub>1</sub> = 45	3.55	.84	-.36	44	.72	.75
	N <sub>2</sub> = 45	3.61	.83				
Liebe	N <sub>1</sub> = 45	3.02	1.08	.47	44	.64	.75
	N <sub>2</sub> = 45	2.91	.93				
Fürsorge	N <sub>1</sub> = 45	3.53	.77	.88	44	.38	.75
	N <sub>2</sub> = 45	3.38	.80				
Wohlgefühl	N <sub>1</sub> = 45	3.13	.90	-.11	44	.92	.75
	N <sub>2</sub> = 45	3.15	.91				

Tabelle A8 (Fortsetzung)

Nicht signifikante Mittelwertsunterschiede der Post-hoc-t-Tests für abhängige Stichproben bezüglich der Unterschiede zwischen der KA-Gruppe (N<sub>1</sub>) und der Kontrollgruppe (N<sub>2</sub>) auf den nicht hypothesenrelevanten Skalen.

Skala	N	M	SD	T	df	Signifikanz p	1-β
Bodenständigkeit	N <sub>1</sub> = 45	2.28	.73	.78	44	.44	.75
	N <sub>2</sub> = 45	3.15	.84				
Vernunft	N <sub>1</sub> = 45	3.17	.89	-.30	44	.77	.75
	N <sub>2</sub> = 45	3.23	.91				

Anmerkungen: N = Probandenanzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; T = t-Wert; p = Signifikanzniveau der t-Tests; 1-β = Teststärke bei einem Populationseffekt von  $\Omega^2 = .06$

Tabelle A9

Nicht signifikante Ergebnisse der Varianzanalysen zu Unterschieden zwischen der KA-Gruppe (N<sub>1</sub>) und der AA-Gruppe (N<sub>2</sub>) auf den nicht hypothesenrelevanten Skalen des LeBe mit Alter, Geschlecht und Bildung als Kovariaten.

Skala	N	M	SD	df	F	p	1-β
Wissen	N <sub>1</sub> = 44	3.29	1.06	1/50	1.14	.29	.11
	N <sub>2</sub> = 11	3.71	1.04				
Naturverbundenheit	N <sub>1</sub> = 44	3.31	1.20	1/50	1.16	.29	.11
	N <sub>2</sub> = 11	3.70	1.02				
Soziales Engagement	N <sub>1</sub> = 44	3.01	.96	1/50	1.06	.31	.11
	N <sub>2</sub> = 11	3.35	.89				
Gesundheitsorientierung	N <sub>1</sub> = 44	2.61	1.03	1/50	1.13	.29	.11
	N <sub>2</sub> = 11	2.93	.87				
Herausforderung	N <sub>1</sub> = 44	3.11	.79	1/50	.07	.79	.11
	N <sub>2</sub> = 11	3.01	.84				
Kreativität	N <sub>1</sub> = 44	3.07	.90	1/50	.01	.92	.11
	N <sub>2</sub> = 11	3.01	1.08				
Individualismus	N <sub>1</sub> = 44	2.99	.91	1/50	.97	.33	.11
	N <sub>2</sub> = 11	3.23	.81				
Freiheit	N <sub>1</sub> = 44	3.74	1.29	1/50	.11	.74	.11
	N <sub>2</sub> = 11	3.77	1.23				
Macht	N <sub>1</sub> = 44	2.74	.92	1/50	.02	.89	.11
	N <sub>2</sub> = 11	2.66	.92				

Tabelle A9 (Fortsetzung)

Nicht signifikante Ergebnisse der Varianzanalysen zu Unterschieden zwischen der KA-Gruppe ( $N_1$ ) und der AA-Gruppe ( $N_2$ ) auf den nicht hypothesenrelevanten Skalen des LeBe mit Alter, Geschlecht und Bildung als Kovariaten.

Skala	N	M	SD	df	F	p	1- $\beta$
Spaß	$N_1 = 44$	3.45	.89	1/50	.11	.74	.11
	$N_2 = 11$	3.53	.61				
Fürsorge	$N_1 = 44$	3.54	.78	1/50	.34	.56	.11
	$N_2 = 11$	3.42	.75				
Tradition	$N_1 = 44$	2.63	.98	1/50	.71	.40	.11
	$N_2 = 11$	2.32	.65				
Moral	$N_1 = 44$	3.75	.86	1/50	.46	.50	.11
	$N_2 = 11$	3.55	.79				
Bodenständigkeit	$N_1 = 44$	3.29	.74	1/50	.89	.35	.11
	$N_2 = 11$	3.00	.91				

Anmerkungen: N = Probandenanzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; df = Hypothese-/Fehlerfreiheitsgrade; F = F-Wert nach Wilks-Lambda; p = Signifikanzniveau der F-Tests; 1- $\beta$  = Teststärke bei  $\Omega^2 = .01$ .

# Anhang B: Der Fragebogen zu Lebensbedeutungen: Itemzuordnung und Beispielexemplar

Tabelle B1

Operationalisierung der drei Allgemeinen Grundhaltungen gegenüber dem Leben im LeBe

Skalen	Items
Sinnerfüllung	<p>Ich habe eine Lebensaufgabe.            Ich erlebe das, was ich tue, als bedeutungsvoll.            Ich glaube, mein Leben hat einen tieferen Sinn.            Ich fühle mich als Teil eines größeren Ganzen.</p>
Lebensenergie	<p>Mein Leben überfordert mich. (-)            Ich habe das Gefühl, keine Kontrolle über mein Leben zu haben. (-)            Ich habe keine Ahnung, wie es weitergehen soll. (-)            Keiner versteht mich wirklich. (-)            Meine Hilflosigkeit lähmt mich. (-)            Ich fühle mich abgelehnt. (-)            Ich werde von anderen unterdrückt. (-)            Ich neige dazu, mich wertlos zu fühlen. (-)</p>
Lebenszufriedenheit	<p>Ich bin ein zufriedener Mensch.            In meinem Leben überwiegen glückliche Momente.            Ich blicke mit Zufriedenheit auf mein bisheriges Leben zurück.            Ich habe inneren Frieden.            Meinen Optimismus verliere ich nicht so leicht.            Ich könnte die ganze Welt umarmen.</p>

Anmerkung: (-) = negative Polung des Items

Tabelle B2

Beschreibung der Dimensionen, Skalen und Items des Fragebogens zu Lebensbedeutungen

Dimensionen	Skalen	Items
Transzendenzbezug	Explizite Religiosität	Es ist mir wichtig zu beten. Religion ist ein wichtiger Bestandteil meines Lebens. Ich schöpfe Kraft aus meinem Glauben.
	Transzendenzorientierung	Es hat alles seinen Grund, warum die Dinge so geschehen, wie sie geschehen. Ich glaube an Wunder. Ich habe das Gefühl, dass es noch eine andere Wirklichkeit als die uns bekannte gibt. Das Schicksal eines jeden ist vorherbestimmt. Es gibt Dinge, die ich als heilig bezeichnen würde.
	Generativität	Es ist mir ziemlich egal, was einmal nach mir kommt. (-) Durch sein Leben sollte man Generativität. Ich bemühe mich darum, etwas für die Generationen nach mir zu tun. Ich möchte, dass etwas von mir der Nachwelt erhalten bleibt. Ich versuche, Dinge von bleibendem Wert zu schaffen. Ich arbeite daran, die Welt ein Stückchen besser zu machen. Jeder hat eine Mission im Leben zu erfüllen.
Verantwortung	Wissen und Verstehen	Ich bin wissbegierig. Ich gehöre zu denen, die gern alles hinterfragen. In meiner Freizeit beschäftige ich mich mit Sachthemen, über die ich mehr erfahren möchte. Ich will alles verstehen können, was mir begegnet. Ich lese viel.
	Selbsterkenntnis	Ich mache mir viele Gedanken darüber, wer ich bin. Auch, wenn es viel Mühe macht, bin ich doch ständig auf der Suche nach Selbsterkenntnis.
	Naturverbundenheit	Ich fühle mich der Natur sehr verbunden. Mein Ziel ist es, im Einklang mit der Natur zu leben. Ich leiste meinen Beitrag dazu, die Umwelt zu schützen. In der Natur fühle ich mich geborgen. Wenn ich in der Natur bin, fühle ich mich erst richtig lebendig.

	Soziales Engagement	<p>Wenn ich Unrecht sehe, greife ich ein.  Ich engagiere mich für Gerechtigkeit.  Soziale Anliegen und Solidarität sind mir wichtiger als der wirtschaftliche Aufschwung.  Ich wäre bereit, für die Erhaltung unserer Umwelt auch höhere finanzielle Einbußen in Kauf zu nehmen.  Die Erhöhung des Benzinpreises zugunsten der Umwelt finde ich richtig.</p>
	Gesundheitsorientierung	<p>Ich achte sehr auf meine Gesundheit.  Ich verhalte mich so, dass es meiner Gesundheit förderlich ist.  Ich lege großen Wert auf gesunde Ernährung.  Genuss ist mir wichtiger als Gesundheit. (-)</p>
Selbstverwirklichung	Herausforderung und Stimulation	<p>Ich bin ein Mensch, der das Risiko liebt.  Ich brauche einen Hauch von Abenteuer in meinem Leben.  Ich bin froh über jede Abwechslung.  Man sollte alles einmal ausprobieren.  Neue Ideen können mich sofort begeistern.  Ich suche nach Herausforderungen.</p>
	Entwicklung und Bewegung	<p>Ich arbeite ständig daran, mich zu verändern und zu entwickeln.  Leben bedeutet für mich ständige Weiterentwicklung.  Ich arbeite daran, meine Ziele zu verwirklichen.  Ich kann mich gut auf Veränderungen einstellen.</p>
	Kreativität und Phantasie	<p>Ich finde, Picasso hatte Recht: das wichtigste im Leben ist es, kreativ und phantasievoll zu sein.  Ich bin gern schöpferisch tätig.  Ich würde eine Lösung, die aus der Reihe fällt, einer praktischen Lösung vorziehen.  Ich habe einen guten Geschmack.</p>
	Individualismus	<p>Das wichtigste Ziel in meinem Leben ist, mich selbst zu verwirklichen.  Grenzen sind dazu da, um überschritten zu werden.  Ich möchte anders sein als andere.  Unabhängigkeit ist für mich ungemein wichtig.</p>
	Freiheit	<p>Ich habe ein starkes Freiheitsbedürfnis.  Freiheit geht mir über alles.</p>
	Macht und Kampf	<p>Ich lasse mich vom Leben zum Kampf herausfordern.  Ohne Egoismus kommt man nicht durchs Leben.  Ich bin ein Kämpfertyp.  Ich würde lieber eine Gruppe leiten, als einfach nur Mitglied zu sein.  Es gefällt mir, Einfluss auf andere Menschen auszuüben.</p>
Wir- und Wohlgefühl	Spaß und Humor	<p>Ich fühle mich eher zu fröhlichen Menschen hingezogen als zu ernsten.  Es ist mir wichtig, an jedem Tag mindestens einmal herzlich zu lachen.</p>

	Spaß und Humor (Fortsetzung)	Ein Mensch, mit dem ich viel Zeit verbringe, sollte ein sonniges Gemüt haben. Das Wichtigste im Leben ist es, Spaß zu haben. Ich gehe gern aus. Ein guter Witz pro Tag erleichtert das Leben.
	Harmonie und Gefühl	Ich lege großen Wert auf Harmonie. Ich bemühe mich um einen ausgewogenen und harmonischen Tagesablauf. Ich bin ein gefühlsbetonter Mensch.
	Liebe und Romantik	Für alles, was die Liebe betrifft, nehme ich mir besonders viel Zeit. Ich nehme mir viel Zeit und Ruhe, um mit einem Menschen intim zu sein. In meinem Leben dreht sich alles um die Liebe. Ich schwelge gern in romantischen Gefühlen.
	Fürsorge und Verantwortung	Ich bin ein fürsorglicher Mensch. Mir liegt das Wohl anderer am Herzen. Ich mache mir häufig Gedanken darüber, wie ich anderen eine Freude bereiten kann. Ich übernehme gern Verantwortung. Wenn man mich um etwas bittet, bin ich sofort bereit zu helfen.
	Gemeinschaft und Nähe	Wir sollten unser Leben in Gemeinschaft mit anderen verbringen. Der Mensch ist nur in der Gemeinschaft stark. Ich bemühe mich darum, Beziehungen zu pflegen. Ich brauche die Nähe zu anderen Menschen. Ich verbringe so viel Zeit wie möglich in Gemeinschaft mit anderen Menschen. Freundschaften sind mit das Wichtigste in meinem Leben.
	Achtsamkeit und Rituale	Übergänge von einem Lebensabschnitt zum anderen müssen gefeiert werden. Wenn ein Kind geboren wird, eine Ehe geschlossen wird oder ein Mensch stirbt, ist es wichtig, bestimmte Rituale durchzuführen. Zur Jahreswende nehme ich mir Zeit zur Besinnung. Ich finde es wichtig, den Wechsel zwischen den Jahreszeiten wahrzunehmen und gebührend zu feiern. Es gibt Dinge, die ich regelmäßig mit anderen Menschen tue und die eine ganz besondere Bedeutung für mich haben. Manche Dinge sind mir so wichtig, dass ich sie regelmäßig zelebriere. Bestimmte Dinge gönne ich mir regelmäßig, weil sie mein Wohlfühl steigern. Ich will jeden Moment meines Lebens ganz bewusst wahrnehmen.
	Wellness  Wellness (Fortsetzung)	Man muss sich regelmäßig verwöhnen. Ich nehme mir Zeit, um zu entspannen. Wenn ich Lust auf etwas habe, dann gönne ich es mir. Bei allem, das ich tue, ist es das wichtigste, dass ich

		<p>mich wohlfühle.  Ich nehme mir genug Zeit zum Faulenzen.  Ab und zu lasse ich es mir so richtig gut gehen und achte dabei nicht so wie sonst auf das Geld.</p>
Ordnung	Tradition und Ordnung	<p>Bewährtes sollte man nicht in Frage stellen.  In der Schule sollten Werte vorgegeben und gelehrt werden, und nicht hinterfragt.  Wir sollten uns dafür einsetzen, dass die Werte unserer Gesellschaft von Menschen anderer Kulturen übernommen werden.  Ordnung ist das halbe Leben.  Andere suchen immer Neues; ich gehöre zu denen, die lieber am Altbewährten festhalten.  Ich mag es, wenn mein Leben in gewohnten Bahnen verläuft.  Ich halte gern an Gewohnheiten fest.</p>
	Moral und Gesetzestreue	<p>Ich habe feste moralische Vorstellungen.  Jeder Mensch braucht klare Werte, an die er sich halten kann.  Ich brauche das Gefühl von Sicherheit in meinem Leben.  Gutes Benehmen ist mir wichtig.  Eltern sollten ihren Kindern wieder mehr Moral beibringen.</p>
	Bodenständigkeit und Praxisnähe	<p>Ich lerne lieber etwas Praxisnahes als etwas Theoretisches.  Anstatt zu philosophieren, sollte man Dinge lieber anpacken.  Man sollte sich auf die nützlichen und notwendigen Dingen im Leben konzentrieren.  Ich bin ein sachlicher Mensch.</p>
	Vernunft	<p>Entscheidungen fälle ich nicht intuitiv, sondern überlegt.  Ich würde mich als vernünftigen Menschen bezeichnen.  Probleme lassen sich nur mit Vernunft lösen.  Bevor ich Entscheidungen treffe, wäge ich alle Vor- und Nachteile genau ab.  Vernunft ist das Maß aller Dinge.</p>
	Leistung und Erfolg	<p>Was für mich zählt, ist der Erfolg.  Ich bewundere Menschen, die erfolgreich sind.  Es ist mir wichtig, herausragende Leistungen zu erbringen.  Ich bin ein leistungsorientierter Mensch.  Am Ende eines Tages muss ich auf bewältigte Aufgaben zurückschauen können, um zufrieden zu sein.</p>

Anmerkung: (-) = negative Polung des Items

## Anhang C

### Kurzbeschreibung der für diese Arbeit relevanten Primärskalen des TIPI (Version-I; vgl. Schmidt, 1999)

Da in der für diese Arbeit relevanten Studie von Becker und Quinten die Version I des TIPI zum Einsatz kam, beziehen sich die folgenden Skalenbeschreibungen auf die TIPI - Version I.

#### *Autonomie*

Menschen mit niedrigen Werten auf dieser Skala suchen bei Problemen die Hilfe anderer Menschen und lehnen sich bei wichtigen Entscheidungen gerne an andere an. Sie folgen anderen Personen und haben den Eindruck, dass andere Personen oder Umstände das Leben stark beeinflussen. Der Verantwortung für ihr Leben weichen sie aus und sind risikoscheu.

#### *Ordnungsstreben und Prinzipientreue*

Personen mit hohen Werten auf dieser Skala sind ordnungsliebend, prinzipientreu und konservativ. Gutes Benehmen ist ihnen wichtig.

#### *Sinnerfülltheit vs. Depressivität*

Hohe Werte auf dieser Skala weisen auf einen Menschen hin, der mit seinem Leben hoch zufrieden ist und der sein Leben als sinnvoll und ausgefüllt empfindet. Diese Person ist selbstsicher, fühlt sich von anderen verstanden und sozial verbunden. Von Gefühlen der Ohnmacht, Hilflosigkeit, Angst, Niedergeschlagenheit und von Schuldgefühlen ist sie relativ frei. Menschen mit niedrigen Werten auf dieser Skala zeichnen sich durch eine geringe Lebenszufriedenheit aus. Sie haben Gefühle der Sinnlosigkeit und Leere, sowie häufige Gefühle der Ohnmacht, Hilflosigkeit, Angst und Niedergeschlagenheit. Die betreffende Person neigt zu Schuld- und Einsamkeitsgefühlen, ist selbstunsicher und fühlt sich von anderen missverstanden und abgelehnt.

### *Angst davor, verlassen zu werden*

Menschen, die hohe Werte in dieser Skala erzielen, haben ständig Angst, von einer nahe stehenden, geliebten Bezugsperson, von der sie sich abhängig fühlen, verlassen zu werden. Schon der Gedanke an eine Trennung versetzt diese Menschen in Panik. Sie sind überzeugt, ohne eine nahe Bezugsperson nicht leben zu können und haben ständig Angst, sie zu verlieren.

### *Misstrauen*

Hohe Werte in dieser Skala weisen auf eine Person hin, die ohne ausreichenden Grund erwartet, ausgenutzt, benachteiligt oder enttäuscht zu werden. Anderen Menschen vertraut sie sich nur zögernd an, aus Angst, die Informationen könnten in böswilliger Weise gegen sie verwendet werden. Bei anderen Menschen vermutet sie ständig Hintergedanken, verdächtigt sie ohne ausreichenden Grund und zweifelt stark an der Vertrauenswürdigkeit und Loyalität ihrer Mitmenschen. Mit anderen in engen Kontakt zu treten, widerstrebt ihr.

### *Anhedonie*

Personen mit hohen Werten auf dieser Skala, haben extreme Schwierigkeiten damit, Vergnügen zu empfinden, sich zu freuen, positive Gefühle zu haben und diese zu äußern.

