



FRIEDRICH-ALEXANDER
UNIVERSITÄT
ERLANGEN-NÜRNBERG

Der Zusammenhang von Stress, Coping und Alkoholkonsum bei jungen Studenten

Bachelorarbeit

An der

Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg

Philosophische Fakultät und Fachbereich Theologie

Studiengang Psychologie

vorgelegt von

Helena Schmidt

Erlangen, Juni 2013

Gutachterin: Dipl.-Psych. Anja Hildebrand

Danksagung

Zunächst möchte ich mich an dieser Stelle bei all denjenigen bedanken, die mich während der Anfertigung dieser Arbeit unterstützt und motiviert haben.

Danken möchte ich meiner Betreuerin Frau Anja Hildebrand, die mich richtungsweisend und mit viel Engagement während meiner Arbeit begleitet hat. Danke!

Des Weiteren möchte ich mich herzlich bei Herrn Prof. Dr. Christoph Mayr und Herrn Prof. Dr. Harald Neumeyer bedanken, die mir ermöglicht haben, meine Befragung in Ihren Vorlesungen durchzuführen. Danke!

Danken möchte ich ebenfalls allen Studenten, die sich bereit erklärt haben, an meiner Untersuchung teilzunehmen. Danke!

Zudem gilt mein Dank Herrn Dr. Lars Satow, der mir seinen Fragebogen zur Durchführung meiner Untersuchung kostenlos zur Verfügung stellte. Danke!

Besonderer Dank gilt Majdi Chourib für seine anregende Kritik als Diskussionspartner, für die Zeit und Mühe als Korrekturleser, aber vor allem für seine emotionale Unterstützung und tatkräftige Motivation. Danke!

Herzlich danken möchte ich Catharina Meyer zum Farwig für die Zeit und Mühe als Korrekturleserin, die konstruktive Kritik und die motivierenden Worte. Danke!

Insbesondere möchte ich meinen Eltern danken. Vielen Dank für die finanzielle und fachkompetente Unterstützung als Leser sowie herzlichen Dank für den emotionalen und motivierenden Beistand während des gesamten Studiums. Danke!

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis.....	6
Abbildungsverzeichnis.....	6
Abstract.....	7
Zusammenfassung.....	7
1. EINLEITUNG	9
2. THEORETISCHER HINTERGRUND	11
2.1 Stress.....	11
2.1.1 Stress: Geschichte und Begriffsbestimmung	11
2.1.2 Reizorientierte Stresskonzeptionen: Stress als Reiz	13
2.1.3 Reaktionsorientierte Ansätze: Stress als Reaktion	14
2.1.4 Kognitive Stressmodelle: Stress als Person-Umwelt-Transaktion	14
2.1.5 Coping – Umgehen mit Stress	16
2.2 Alkohol und Alkoholkonsum.....	18
2.2.1 Alkoholwirkungen.....	18
2.2.2 Alkoholmissbrauch	19
2.2.3 Die Rolle des Alkohols bei Studenten	20
2.2.4 Aktuelle Zahlen	21
2.3 Bisherige Forschung und Hypothesen	22
2.3.1 Coping	23
2.3.2 Stress und Alkoholkonsum.....	23
2.3.3 Coping und Alkoholkonsum	25
2.3.4 Geschlecht	27
2.3.5 Relevanz	28

2.3.6	Hypothesen	29
3.	METHODE.....	31
3.1	Stichprobe	31
3.2	Erhebungsinstrumente.....	32
3.2.1	Stress- und Coping-Inventar – SCI	32
3.2.2	Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT	35
3.2.3	Zusätzlich erfragte Daten.....	37
3.3	Durchführung	38
3.3.1	Generierung der Stichprobe und Datenerhebung	38
3.3.2	Untersuchungsdesign und angewandte statistische Verfahren	39
4.	ERGEBNISSE	42
4.1	Deskriptive Datenanalyse	42
4.2	Testung der Hypothesen	43
5.	DISKUSSION.....	48
5.1	Interpretation und Diskussion der deskriptiven Daten	48
5.2	Interpretation und Diskussion der Ergebnisse der Hypothesentestung.....	50
5.3	Messinstrumente.....	58
5.4	Stichprobe	59
5.5	Weitere Diskussionsaspekte.....	59
6.	ZUSAMMENFASSUNG	61
	Literaturverzeichnis.....	62
	Anhang A: Fragebogen.....	68
	Anhang B: Tabellen und Abbildungen	76
	Anhang C: Eidesstattliche Erklärung	79

Abkürzungsverzeichnis

ANOVA	=	Analysis of variance
AUDIT	=	Alcohol Use Disorders Identification Test
DHS	=	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DSM-IV	=	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revision IV
ESPAD	=	European School Survey Project on Alcohol and other drugs
ICD-10	=	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Revision 10
SCI	=	Stress- und Coping Inventar
Sig.	=	Signifikanz
WHO	=	World Health Organization

Symbolverzeichnis

M	=	Mittelwert
F	=	F-Wert der Regressionsanalyse
N	=	Stichprobengröße
R^2	=	Determinationskoeffizient
SD	=	Standardabweichung
df	=	Freiheitsgrade
p	=	Signifikanzniveau
r	=	Korrelationskoeffizient nach Pearson
t	=	Wert des t-Tests für unabhängige Stichproben
α	=	Cronbachs Alpha
β	=	standardisierter Regressionskoeffizient Beta

Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.1: Fehlende und gültige Werte, Mittelwerte, Varianzen, Standardabweichungen, Minima und Maxima.....	43
Tabelle 4.2: Korrelationen nach Pearson	46
Tabelle B.1: Auswirkungen des Alkohols auf Funktionen des Nervensystems	76
Tabelle B.2: Itemanzahl und Cronbachs α der Skalen des SCI	76
Tabelle B.3: Test der Homogenität der Varianzen mittels Leven-Test	76
Tabelle B.4: Test auf Normalverteilung mittels Kolmogorov-Smirnof Test.....	77
Tabelle B.5: Korrelationen nach Pearson	77

Abbildungsverzeichnis

Abbildung B.1: Streudiagramm für Stressgesamt看 und AUDIT-Gesamt看	78
--	----

Abstract

Aims This study examines the relationship between stress, coping and alcohol use in a cross sectional correlative study at young students. Design, Setting and Participants Data analyzed in this study come from 139 female and 71 male students aged on average 21 at Friedrich-Alexander University in Erlangen-Nürnberg. Measurement Stress (insecurity, excessive demands and loss in relevant areas of life, physical stress symptoms), coping strategies (emotion coping, active coping, social support, religious faith, avoidance coping), alcohol use (recent and during the last 12 months) were assessed with a questionnaire. The data were analyzed with correlation and regression techniques. Findings and Conclusion No relation was found between stress and alcohol use. A negative relation was found between stress and emotion, active and social support coping and between active coping and alcohol use. A positive relation was found between coping by alcohol and stress and coping by alcohol and alcohol use. It seems possible that different coping styles have an influence on stress and alcohol use.

Zusammenfassung

Ziele Die vorliegende Arbeit untersucht den Zusammenhang von Stress, Coping und Alkoholkonsum bei jungen Studenten¹ anhand einer korrelativen Querschnittstudie. Design, Setting und Teilnehmer Die Daten basieren auf einer einmaligen Befragung einer Stichprobe von 139 weiblichen und 71 männlichen Studenten der Friedrich-Alexander Universität in Erlangen-Nürnberg mit einem Durchschnittsalter von 21 Jahren. Messungen Stress (Unsicherheit, Überforderung und Verlust in wichtigen Lebensbereichen), Copingstrategien (emotionsfokussiertes, aktives, Coping durch soziale Unterstützung, Coping mit Hilfe des Glaubens und vermeidendes Coping), Alkoholkonsum (kürzlich und während der letzten 12 Monate) wurden anhand eines Fragebo-

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird ausschließlich die männliche Form verwendet. Personen weiblichen wie männlichen Geschlechts sind darin gleichermaßen eingeschlossen.

gens erhoben. Die Daten wurden mittels Korrelations- und Regressionsberechnungen analysiert.

Resultate und Fazit Es wurde kein Zusammenhang zwischen Stress und Alkoholkonsum gefunden. Ein negativer Zusammenhang konnte zwischen Stress und emotionsfokussiertem, aktivem und Coping durch soziale Unterstützung und zwischen aktivem Coping und Alkoholkonsum gezeigt werden. Ein positiver Zusammenhang wurde zwischen Coping durch Alkohol und Stress und Coping durch Alkohol und Alkoholkonsum ermittelt. Es scheint demnach glaubwürdig, dass verschiedene Copingstrategien Einfluss auf Stress und Alkoholkonsum haben.

1. EINLEITUNG

Dem jüngst erschienenen Drogenbericht 2013 der BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2013) zufolge beträgt der jährliche Konsum reinen Alkohols in Deutschland 9,6 Liter pro Einwohner. Im internationalen Vergleich ist dies ein hoher Wert. Die empfohlenen Trinkmengen werden in Deutschland von 9,5 Millionen Menschen überschritten, von denen wiederum 1,3 Millionen eine Alkoholabhängigkeit aufweisen. An den direkten und indirekten Folgen ihres exzessiven Alkoholkonsums sterben 74.000 Menschen pro Jahr. Allein 7,4 von 26,7 Milliarden Euro der volkswirtschaftlichen Kosten durch Alkohol sind direkte Kosten für das Gesundheitssystem. Diese Zahlen verdeutlichen das volksgesundheitliche Ausmaß des Alkoholkonsums und die Wichtigkeit frühzeitiger Präventions- und Interventionsmaßnahmen.

Ein weiteres bedeutendes gesundheitspolitisches Thema ist der Stress. Laut der „Techniker Krankenkasse-Stress-Studie NRW-Studenten 2012“ (Techniker Krankenkasse, 2012) fühlen sich 40% der Studenten häufig gestresst, wobei Überforderung, Zukunftsängste, Zeitdruck, finanzielle Sorgen und Prüfungsstress als hauptsächliche Stressursachen benannt werden. Stress, Belastung und Beanspruchung sind häufig anzutreffende Bezeichnungen und Zustände, die sich bereits den Weg in die Alltagssprache und den Alltag gebahnt haben. Nicht jeder Mensch geht mit externen Stressfaktoren wie zum Beispiel Zeitdruck, Aufgabenvielfalt oder Konflikten im sozialen Umfeld auf die gleiche Weise um. Einige Menschen werden durch ein und denselben externen Stressor stärker gestresst und psychisch beansprucht als andere.

Verschiedene Bewältigungsstrategien können eingesetzt werden, um diesen Stressoren zu begegnen. In der Forschung werden Bewältigungsstile häufig in verschiedene Kategorien eingeteilt: problemorientiertes Bewältigen, emotionsfokussiertes Bewältigen, Bewältigung durch soziale Unterstützung oder vermeidendes Bewältigungsverhalten (Holahan, Moos, Holahan, Cronkite & Randall, 2001; Lazarus, 1966). In die Kategorie des vermeidenden Bewältigungsverhaltens fällt beispielsweise der Konsum von Alkohol in stressigen oder belastenden Situationen.

Die Reduktion von Stress gilt wiederum als wichtiges Motiv für Alkoholkonsum (Veenstra, Lemmens, Frie sema, Tan, Garretsen, Knottnerus & Zwietering, 2007). Alkohol wird häufig zum Abbau von Stress genutzt, wodurch Stressgefühle zu bedeutenden Auslösern für Alkoholkonsum werden können. Aus diesem Grund wird Stress als ein Vorbote von Alkoholkonsum angesehen und als wichtiger Faktor in der Entwicklung alkoholbezogener Störungen betrachtet (Greeley & Oei, 1999). Neben dem potentiellen stressreduzierenden Effekt hängt der Alkoholgebrauch zur Stressreduktion jedoch auch von verschiedenen persönlichen und situationsbedingten Faktoren, wie beispielsweise den persönlichen Neigungen in Bezug auf Bewältigungsstrategien, ab (Greeley & Oei, 1999).

Es scheint also, dass Stress, Bewältigungsstrategien und Alkoholkonsum in Verbindung zueinander stehen. Aber welcher Zusammenhang besteht hier genau? Mit dieser Fragestellung beschäftigt sich die vorliegende Arbeit. Zuerst wird der theoretische Hintergrund der Fragestellung beleuchtet, innerhalb dessen Stress, Bewältigungsstrategien und Alkoholkonsum sowie die bisherige Forschung zu diesem Thema näher betrachtet werden. Darauf aufbauend werden die Hypothesen dieser Arbeit dargestellt. Im Anschluss daran werden im Methodenteil die Stichprobe, Erhebungsinstrumente und die Durchführung der Untersuchung genauer beschrieben. Im Ergebnisteil werden die empirischen Ergebnisse bezüglich der deskriptiven Statistik und der aufgestellten Hypothesen dargestellt. Danach folgt der Diskussionsteil, in dem die Ergebnisse interpretiert, diskutiert und in Zusammenhang mit der bisherigen Forschung gebracht werden. Abschließend werden alle wichtigen Aspekte der Arbeit zusammengefasst.

2. THEORETISCHER HINTERGRUND

2.1 Stress

Stress im Studium, Stress zu Hause, Stress in der Beziehung oder Stress in der Freizeit: Stress ist heutzutage allgegenwärtig. Im folgenden Abschnitt soll der Stressgegenstand näher beschrieben und die wichtigsten Stresstheorien vorgestellt werden.

2.1.1 Stress: Geschichte und Begriffsbestimmung

Der US-Amerikanische Physiologe Walter Cannon (1871-1945) und der österreichisch-kanadische Arzt und Biochemiker Hans Selye (1907-1982) gelten als Pioniere der Stressforschung. Cannon (1929) entdeckte, dass sowohl Tiere als auch Menschen eine adaptive Reaktion auf ein akutes stressvolles Ereignis zeigen. Gemäß seiner Vorstellung sind solche Reize als Stressoren zu betrachten, die das homöostatische Gleichgewicht des Organismus stören. Laut Cannon wird bei einer akuten Bedrohung eine Abfolge von physiologischen Reaktionen ausgelöst, die es dem Organismus erleichtern, sich entweder zu verteidigen und zu kämpfen oder die Flucht zu ergreifen, um sich in Sicherheit zu bringen (Schneider, 2009; Schoof, 2009). Diese Reaktion bezeichnete er als *fight-or-flight-reaction*.

Selye (1956) führte mit seinem Werk „The stress of life“ den Stressbegriff in die Medizin ein. Er definierte Stress als eine unspezifische Reaktion des Organismus auf jegliche Anforderung, die an ihn gestellt wird. Diese Anforderungen oder Stressoren verlangen eine Anpassungsreaktion des Organismus, die er *Allgemeines Adaptationssyndrom* nannte und in drei Phasen unterteilte. An erster Stelle steht die *Alarmphase*, in der der Stressor erkannt wird und der Organismus Ressourcen aktiviert, um diesen zu bewältigen. In der zweiten, der *Widerstandsphase*, leistet die Person der Einwirkung des Stressors Widerstand, wobei jedoch der Widerstand gegenüber anderen Stressoren eingeschränkt ist. Die dritte Phase wird als *Erschöpfungsphase* bezeichnet. Wenn die Person dem Stressor längere Zeit ausgesetzt ist, tritt schlussendlich eine Erschöpfung des

Widerstandes ein, die ernsthafte, ungünstige gesundheitliche Konsequenzen nach sich ziehen kann, wenn der Stress nicht reduziert wird (Kaluza, 2012; Landy & Conte, 2007). Selye (1956) unterschied als erster zwischen gutem Stress, *Eustress*, und schlechtem Stress, *Distress*. Seiner Ansicht nach bietet Eustress Herausforderungen, die das Individuum zu höherer Anstrengung motivieren. Distress hingegen entsteht durch länger andauernde belastende Situationen, die negative Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden haben.

Neuere Konzeptionen hingegen unterscheiden die Begriffe Stress, Belastung und Beanspruchung. Unter Belastung versteht man objektive, von außen auf den Menschen einwirkende Faktoren wie beispielsweise Lärm, Zeitdruck oder widersprüchliche Situationen (Maier, 2013). Als Beanspruchung hingegen werden die subjektiven Folgen dieser Belastung auf den Organismus bezeichnet, die sich wiederum in physische, mentale und emotionale Beanspruchung unterteilen lässt. Durch eine Diskrepanz zwischen der Beanspruchung einer Person und ihren jeweiligen Bewältigungsmöglichkeiten können sich sowohl positive, beispielsweise eine höhere Aktivierung als auch negative Beanspruchungsfolgen, wie zum Beispiel Stress ergeben (Maier, 2013). Wird eine Beanspruchung zu Stress, wird sie als aversiv erlebt und von negativen Emotionen begleitet; sie ruft folglich einen subjektiven, intensiven und unangenehmen Spannungszustand hervor (Landy & Conte, 2007).

Im Folgenden werden drei unterschiedliche Aspekte des Stressgeschehens näher beleuchtet, die es grundsätzlich zu unterscheiden gilt. Als erstes sind die Auslöser von Stress in Form von äußeren belastenden Bedingungen und Anforderungen zu nennen. Einen weiteren Bestandteil des Stressgeschehens stellt die Stressreaktion dar, also die körperlichen und psychischen Antworten auf Belastungen. Schließlich sind noch die persönlichen Stressverstärker, Motive, Einstellungen und die innere Haltungen zu erwähnen, mit denen das Individuum dem belastenden Ereignis entgegentritt. Diese entscheiden häufig mit darüber, ob überhaupt oder wie ausgeprägt Stressreaktionen in solchen Situationen auftreten. Sie prägen die persönliche Stressverarbeitung und stellen eine Verbindung zwischen den Stressoren und der Stressreaktion dar (Kaluza, 2012). Allen

drei Betrachtungsweisen liegt eine gemeinsame Annahme zugrunde (Nitsch, 1981): Das Phänomen Stress steht immer in Verbindung mit einem Adaptationsprozess des Organismus an seine Umwelt. Stress entsteht dann, wenn diese Anpassungsvorgänge schwierig werden.

2.1.2 Reizorientierte Stresskonzeptionen: Stress als Reiz

Reizorientierte Stresskonzeptionen betrachten Stress als Reize, Ereignisse oder Situationen, die eine Störungsreaktion hervorrufen. Diese Reize werden als Stressoren bezeichnet und können im Anschluss an Kaluza (2012) in verschiedene Kategorien unterteilt werden. Physikalische Stressoren, wie beispielsweise Lärm, starke Hitze oder Kälte können in unserer direkten Umwelt entstehen. Aber auch der eigene Körper kann zur Quelle für Stressoren werden, wie zum Beispiel bei starken oder chronischen Schmerzen, Hunger, Durst oder Bewegungseinschränkung. Des Weiteren existieren mentale Stressoren, die im Zusammenhang mit Leistungsanforderung hervorgerufen werden können. Hierunter fallen Prüfungen, Zeitdruck, oder das Gefühl der Überforderung. Auch im sozialen Bereich können Stressoren auftreten, wie beispielsweise ungelöste zwischenmenschliche Konflikte, Isolation oder Trennungs- oder Verlusterfahrungen. Weitere Stressoren fallen in die Kategorie der Alltagswidrigkeiten (engl.: *Daily Hassles*).

Doch nicht jede Anforderung führt automatisch zu Stressreaktionen. Stress entsteht nur, wenn eine Diskrepanz zwischen der Anforderung einerseits und der eigenen Bewältigungskompetenz andererseits besteht (Kaluza, 2012), dabei spielt die eigene subjektive Einschätzung der Anforderungen, Bewältigungsmöglichkeiten und Ressourcen die entscheidende Rolle.

Kritiker der reizorientierten Stresskonzeption wenden ein, dass viele Reize erst durch kognitive Prozesse zu Stressoren werden. Ein Reiz hat somit nicht an sich eine Wirkung, sondern ist für unterschiedliche Personen in seiner Wirkung verschieden (Nitsch, 1981).

2.1.3 Reaktionsorientierte Ansätze: Stress als Reaktion

Im Gegensatz zu den reizorientierten Ansätzen stehen bei den reaktionsorientierten Konzeptionen der Stressforschung die Reaktionen eines Individuums auf bestimmte Lebens- oder Umwelteinflüsse im Vordergrund.

Stressreaktionen zeigen sich auf vielfältige Weise und auf verschiedenen Ebenen. Es werden drei Ebenen unterschieden, wobei alle drei wechselseitig miteinander interagieren und sich beeinflussen: die körperliche, die Verhaltens- und die kognitiv-emotionale Ebene (Eppel, 2007; Kaluza, 2012). Auf der körperlichen Ebene kommt es zu einer generellen Aktivierung und Energiemobilisierung. Dies ist zum Beispiel an einem schnelleren Herzschlag oder einer erhöhten Muskelspannung zu erkennen und versetzt den Körper innerhalb von kürzester Zeit in Handlungsbereitschaft. Im Laufe der Evolution stellte dieses Reaktionsprogramm einen bedeutenden Überlebensvorteil dar. Wenn diese Aktivierungsreaktion jedoch über einen längeren Zeitraum aufrecht erhalten wird, weil etwa die Stressoren nicht reduziert werden können oder immer wiederkehren, kommt es zu einer Erschöpfungsreaktion, die negative Folgen für die Gesundheit nach sich zieht. Die zweite Ebene der Stressreaktion ist die Verhaltensebene. Häufige Stressverhaltensweisen sind beispielsweise ungeduldiges Verhalten, wie schnell essen oder hastig sprechen, Betäubungsverhalten, wie erhöhter und unkontrollierter Tabak-, Kaffee- oder Alkoholkonsum, motorische Unruhe und konfliktreicher Umgang mit anderen Menschen. Die kognitiv-emotionale Ebene umfasst Gedanken und Gefühle, die in einer Stresssituation auftreten. Dies sind beispielsweise innere Unruhe oder Nervosität, Unzufriedenheit, Angst, Schuldgefühle, kreisende Gedanken, Denkblockaden oder Hilflosigkeit.

2.1.4 Kognitive Stressmodelle: Stress als Person-Umwelt-Transaktion

Im Mittelpunkt der kognitiven Stressmodelle steht nicht mehr die Identifikation von bestimmten Stressoren oder die (unspezifische) Reaktion auf bestimmte Reize, sondern die Interaktion des Individuums mit der Umwelt. Hierbei spielen Prozesse der kognitiven und emotionalen Bewer-

tung einer Situation eine wesentliche Rolle. Verfügbare Bewältigungsmöglichkeiten, Handlungskompetenzen sowie die der Person zur Verfügung stehenden Ressourcen nehmen dabei Einfluss. Das bedeutet, dass das Individuum nicht länger passiv in das Stressgeschehen eingebunden ist, sondern aktiv an der Entstehung und Entwicklung von Stress beteiligt ist. Besonders bekannt ist das transaktionale Stressmodell des amerikanischen Psychologen Richard Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984), das im Folgenden kurz erläutert werden soll.

Das transaktionale Stressmodell ist ein kognitives Rückkopplungsmodell, in dem Bewertungsprozesse und Bewältigungshandeln der Person im Mittelpunkt stehen. Nach Lazarus & Folkman (1984) komme es immer dann zu Stress, wenn die Person eine bestimmte Person-Umwelt-Beziehung als herausfordernd, bedrohlich oder schädlich für ihr Wohlergehen bewertet. Ausschlaggebend für diese Einschätzung einer für die Person relevanten Umweltbeziehung als Bedrohung sind dabei nicht objektive Umstände, sondern die subjektive Beurteilungen der Umwelt durch die Person. Lazarus und Launier (1981) gehen davon aus, dass zwei zentrale Bewertungen die stressrelevante Person-Umwelt-Beziehung bestimmen. Auf der einen Seite ist dies die Ereignisbewertung (engl.: *Primary Appraisal*) und auf der anderen Seite die Bewertung der zur Bewältigung vorhandenen Ressourcen (engl.: *Secondary Appraisal*).

Bewertet die Person die Situation, trotz möglicher Risiken und Hindernisse, als potentiell bewältigbar, wird die Situation als eine Herausforderung gesehen, was mit einem möglichen (emotionalen) Gewinn einher gehen kann. Sind mit einer Situation hingegen mögliche negative Konsequenzen verbunden, die in Form einer Schädigung oder eines Verlustes auftreten, wird diese nach Lazarus und Launier (1981) als Bedrohung eingeschätzt. Die unternommenen Bewältigungsversuche zielen in diesem Fall darauf ab, einen möglichen Schaden zu vermeiden.

Die sekundäre Bewertung bezieht sich auf die Einschätzung der persönlichen Bewältigungsfähigkeiten und der situativen Bewältigungsmöglichkeiten. Es wird also überprüft, ob die Situation mit den verfügbaren Ressourcen bewältigt werden kann. Wenn diese als nicht ausreichend bewertet werden, wird eine Stressreaktion ausgelöst. „Die Fähigkeiten, die eine Person für verfü-

bar hält, werden psychologisch den vorhandenen Gefahren und Schädigungen gegenübergestellt und bilden einen entscheidenden kognitiven Faktor in der Entstehung der psychologischen Stressreaktion“ (Lazarus & Launier, 1981, S. 240).

Entsprechend der Idee des Rückkopplungsmodells findet zeitlich nachgeordnet zu den oben beschriebenen Bewertungsprozessen eine Neubewertung (engl.: *Reappraisal*) der ablaufenden Transaktion statt. Dieser Rückkopplungsmechanismus verarbeitet Informationen hinsichtlich der Veränderungen in der Umwelt sowie Informationen bezüglich des eigenen Bewältigungsverhaltens der Person. Die Neubewertungen führen dann nach Lazarus und Launier (1981) wieder zum Ausgangspunkt für die primären und sekundären Bewertungsprozesse.

2.1.5 Coping – Umgehen mit Stress

Coping (engl.: *to cope with*: bewältigen, überwinden, zurechtkommen mit) bezeichnet die Art des Umgangs mit einem als bedeutsam und schwierig empfundenen Ereignis. Alle Maßnahmen, die ein Mensch unternimmt, um sich mit der jeweiligen Belastung auseinanderzusetzen, werden unter dem Begriff *Coping* zusammengefasst (Kaluza, 2012; Rigter, 2004). Nach Lazarus und Launier (1981) wird Coping als die Gesamtheit aller Bemühungen und Anstrengungen einer Person verstanden, die sich in einer wichtigen und auch überfordernden sowie belastenden Situation befindet, in der sie nicht über entsprechende individuelle Anpassungsmöglichkeiten verfügt. Beim Coping handelt es sich jedoch ausschließlich um das Bemühen einer Person, mit den Situationsanforderungen umzugehen, nicht um die erfolgreich angewendete Bewältigungsstrategie.

Im Rahmen der Stress- und Copingforschung hat sich die Transaktionale Stresstheorie nach Lazarus (1966) in ihrem Forschungsgebiet etabliert und liegt dementsprechend vielen Forschungsarbeiten im Bereich der allgemeinen Copingforschung zugrunde. Es bestehen auch alternative Theorien und Modelle, die sich allerdings meist auf spezifische Bereiche, wie die Familie oder den Arbeitsplatz beziehen (Schneider, 2009). Aus Gründen des eingeschränkten Umfangs dieser Arbeit wenden wir uns hier lediglich der Phase der Bewältigung innerhalb der Transaktionalen

Stresstheorie (Lazarus, 1966) zu. Die Begriffe *Coping* und *Bewältigung* werden im weiteren Verlauf der Arbeit als Synonyme verwendet.

Die Transaktionale Stresstheorie.

Im Anschluss an die primäre und sekundäre Bewertung einer Situation als Herausforderung, Schädigung oder Bedrohung kommt es laut Lazarus (1966) zu einem Prozess der Bewältigung der internen und externen Anforderungen. Anforderungen haben hierbei nicht zwingend eine negative Erlebnisqualität, sie können auch als positiv erfahren werden. Dieser Bewältigungsprozess bezieht sich auf die kognitive und verhaltensbezogene Anstrengung, den Anforderungen denjenigen Person-Umwelt-Transaktionen zu begegnen, die eine Auswirkung auf die Ressourcen, bzw. das Wohlbefinden der Person haben (Schneider, 2009). Daraus ist ersichtlich, dass Coping zwei Hauptfunktionen beinhaltet, die entsprechend ihrer Funktion in problemzentrierte und emotionsregulierende Bewältigungsprozesse zu unterteilen sind (Lazarus & Folkman, 1984). Problemorientiertes Coping umfasst alle Versuche einer Person, beispielsweise durch Informationssuche, direkte Handlungen oder auch das Unterlassen von Handlungen, die stressauslösende Situation zu beseitigen oder zumindest zu beeinflussen.

Emotionsorientiertes Coping dient der Regulation der mit einer Stresssituation verbundenen Gefühle, Erregungszustände und körperlichen Reaktionen (Ruppert, 1996). Diese Form des Coping führt zu einer Veränderung in der subjektiven Wahrnehmung der Umwelt-Person-Beziehung, ohne dabei unmittelbar auf die *objektiven* Gegebenheiten einzuwirken und sie zu verändern (Schneider, 2009). Einerseits kann emotionsregulierendes Coping die subjektive Bedeutung des Ereignisses verändern, indem Abwehrmechanismen wie Verleugnung, Reaktionsbildung oder Rationalisierung zum Tragen kommen. Dadurch kommt es gleichzeitig zu einer Veränderung der mit der stattfindenden Situation verbundenen Emotionen. Andererseits gibt es verhaltensbezogene Prozesse des emotionsregulierenden Coping, die nicht direkt eine Neubewertung der Situation nach sich ziehen. Hierzu zählt man kognitive Prozesse wie das selektive Wahrnehmen oder sys-

tematische Ausblenden von Informationen. Behaviorale Prozesse wie Sport oder Alkoholkonsum können diese Funktion ebenfalls übernehmen (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus (1995) weist darauf hin, dass sich in bestimmten Situationen die eine Funktion dysfunktional auf die andere auswirken kann. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn sich emotionsregulierendes Coping durch Alkoholmissbrauch hemmend auf die Funktion des problemzentrierten Coping auswirkt, sodass Handlungen wegfallen, die für eine Adaptation notwendig sind.

2.2 Alkohol und Alkoholkonsum

Die berauschende Wirkung des Alkohols war bereits im alten Ägypten, ca. 3000 Jahre v. Chr., bekannt (Schandry, 2011). Auch aus späteren Kulturen des Altertums ist der Alkoholgebrauch durchgängig überliefert. Im griechischen und römischen Schriftgut findet sich schon früh Kritik an der Trunksucht und Alkoholexzessen, den klassischen Arbeiten von Plutarch und Aristoteles ist beispielsweise zu entnehmen, dass Suchterkrankungen, insbesondere der Alkoholismus, familiär gehäuft vorkommen (Schandry, 2011). Im frühen 17. Jahrhundert wurden die ersten Vereine zur Bekämpfung der Trunksucht gegründet. 1778 beschrieb Trotter erstmals Trunkenheit als Krankheit, welche auch in den nachfolgenden Jahrzehnten mit fehlender Willensstärke und Charakterschwäche in Verbindung gebracht wurde (Schmidt, 2005). Heutzutage werden anhand der Diagnosemanuale ICD-10² und DSM-IV³, unter Verwendung operationalisierter Diagnosekriterien, verschiedene alkoholbezogene Störungen unterschieden, worunter auch typische Alkoholfolgeerkrankungen berücksichtigt sind.

2.2.1 Alkoholwirkungen

Wenn wir von Alkohol sprechen, meinen wir im Allgemeinen Ethanol, das zur Gruppe der aliphatischen Alkohole gehört (Schandry, 2011). Diese chemischen Verbindungen verfügen über eine narkotisierende Wirkung und zählen demnach zu den Betäubungsmitteln (Riedel & Janiak,

² International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Revision 10

³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revision IV

2007). Bei der Aufnahme von Alkohol bietet die Blut-Hirn-Schranke kein großes Hindernis, da Alkohol sowohl wasser- als auch fettlöslich ist (Pinel & Pauli, 2007). Ethanol wird im Körper schnell resorbiert und in kurzer Zeit im Organismus verteilt. Bereits nach fünf Minuten ist Alkohol im Blutplasma nachweisbar. Nach 30 Minuten bis zwei Stunden ist das Maximum der Alkoholkonzentration im Blut erreicht. Der Abbau des Alkohols findet vornehmlich in der Leber statt, wo er nach Oxidation zu Wasser und Kohlendioxid abgebaut wird (Schandry, 2011). Circa 5% des aufgenommenen Alkohols werden über die Lunge wieder ausgeschieden.

Die auffallendsten Wirkungen des Alkohols sind zum einen die Sedierung, die als von der Dosis abhängige Dämpfung zentralnervöser Funktionen und Leistungen sichtbar wird, und zum anderen die Euphorisierung (Schandry, 2011). Folgen der dämpfenden Funktionen sind Minderungen der Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeit, dem Urteilsvermögen und der psychomotorischen Fähigkeiten. Im Rahmen der Euphorisierung zeigt sich eine verminderte Kritikfähigkeit, Enthemmung, Angstlösung und zeitweilen erhöhte Gewaltbereitschaft (Pinel & Pauli, 2007). Nach der Alkoholaufnahme findet ein relativ stabiler und typischer Ablauf der psychischen Symptome in Abhängigkeit von der Blutalkoholkonzentration statt (Anhang B, Tabelle B.1).

2.2.2 Alkoholmissbrauch

Zwischen Genuss und Missbrauch von Alkohol bestehen fließende Übergänge. Alkoholgenuss hängt neben den äußeren Umgebungsfaktoren auch von dem aktuellen inneren Befinden einer Person ab (Schmidt, 2005). Daher ist bei Missbrauch nicht nur die Menge und Häufigkeit zu berücksichtigen, sondern auch Ort, Zeit, Person und Gesamtsituation.

Risikoarmer Konsum liegt nach der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, 2013) für Männer bei 24g Alkohol pro Tag und für Frauen bei 12g Alkohol pro Tag. Das entspricht für Männer in etwa 0,5-0,6 Liter Bier oder 0,25-0,30 Liter Wein mit durchschnittlichem Alkoholgehalt, für Frauen gelten die halbierten Mengenangaben (Seitz & Bühringer, 2012). Die Grenzwerte für riskanten Alkoholkonsum nach Angaben der World Health Organization (WHO) liegen bei

30g pro Tag für Männer und 20g pro Tag für Frauen, was etwa 0,8 Liter Bier oder 0,4 Liter Wein für Männer entspricht, für Frauen gelten abermals die halbierten Mengenangaben als Grenzwert. Mit dem Begriff *riskanter Konsum* wird ein Konsum oberhalb einer Grenze angegeben, bei dem bei längerem Alkoholkonsum ein erhöhtes Risiko besteht, eine substanzbezogene Störung zu entwickeln (Schandry, 2011). Die Ätiologie von Missbrauch und die Ursache von Abhängigkeitserkrankungen gelten schon immer als sehr unterschiedlich. Missbrauch und Abhängigkeit haben ganz unterschiedliche Verläufe, die wenig durch das Einnahmeverhalten bedingt sind (Lesch & Walter, 2009). Demnach sind Missbrauch und Abhängigkeit als zwei getrennte Kategorien sowohl im ICD-10 als auch im DSM-IV beschrieben. Nach der ICD-10-Definition ist die Ablehnung des Konsumverhaltens oder einer bestimmten Substanz von anderen Personen oder einer ganzen Gesellschaft kein Beleg für einen Missbrauch, ebenso wenig wie eventuelle negative soziale Folgen, z. B. Inhaftierung oder Eheprobleme. Im Gegensatz dazu bezieht die Klassifikation des DSM-IV bei der Definition des Substanzmissbrauches die soziale Dimension explizit mit ein (Schmidt, 2005).

2.2.3 Die Rolle des Alkohols bei Studenten

Um die Rolle des Alkohols im Leben der Studenten besser zu verstehen, ist es sinnvoll sich kurz mit den Beweggründen zu beschäftigen, die in dieser Population in Bezug auf Alkoholkonsum vorherrschen. Einigen Forschern zufolge bestehen zwei unterschiedliche Arten von Motivation, die den Alkoholkonsum fördern (Piacentini & Banister, 2006). Erstens vereinfacht Alkohol das Herstellen und Unterhalten von sozialen Kontakten und Vergnügen, was durch den rituellen Aspekt des Alkoholkonsums begründet wird (Piacentini & Banister, 2006). Zweitens geht Alkoholkonsum mit persönlichen Vorteilen einher, wie beispielweise der Gemütsveränderung, der Bewältigung persönlicher Probleme, dem Umgang mit Stress und der Abhilfe von Langeweile (Piacentini & Banister, 2006). Thom und Francome (2001) beleuchten und diskutieren zudem noch die Bedeutung von Alkoholkonsum als ein Symbol der Geschlechteridentität und Position

und als Mittel der Machtgewinnung. Ergebnisse einer Studie von Piacentini und Banister (2006) zeigen, dass die Mehrheit der Studenten der Meinung sei, dass Alkohol eine bedeutende Rolle in ihrem Leben als Student spiele. Mitunter exzessiver Alkoholkonsum werde nicht als Problemverhalten wahrgenommen, sondern sei ein Teil der Studentenidentität.

2.2.4 Aktuelle Zahlen

Laut des Drogen- und Suchtberichts der Deutschen Bundesregierung (2013) konsumiert jeder deutsche Einwohner jährlich 9,6 Liter reinen Alkohol. Dies ist im internationalen Vergleich ein hoher Wert. In Deutschland überschreiten 9,5 Millionen Menschen die empfohlenen Trinkmengen. Davon sind wiederum 1,3 Millionen an einer Alkoholabhängigkeit erkrankt. An den direkten und indirekten Folgen des übermäßigen Alkoholkonsums versterben pro Jahr 74.000 Personen. Besonders hoch ist der riskante Alkoholkonsum bei den 18-bis 29-Jährigen. Bei den Frauen liegt er bei 32,4% und bei den Männern bei 44,6 % (Drogen- und Suchtbericht, 2013).

Die Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie (DAS) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2012) zeigen, dass bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren die 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums 81,9% beträgt, regelmäßig konsumieren 39,8% Alkohol. Die 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens beträgt 41,9% und die Verbreitung des häufigen Rauschtrinkens 12,9%. Bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist der Alkoholkonsum bei allen beschriebenen Konsumindikatoren höher als bei weiblichen. Entgegen der rückläufigen Tendenz bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren, verläuft die Entwicklung des Alkoholkonsums bei den 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen seit 2004 uneinheitlich (BZgA, 2012). Neben rückläufigen Entwicklungen sind auch Anstiege zu beobachten, so dass sich derzeit für diese Altersgruppe keine klaren Trends erkennen lassen.

Die Ergebnisse des European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD, Hibell, Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi & Kraus, 2012) zeigten, dass sich der Lifetime-Konsum von Alkohol, von durchschnittlich 90% unter jungen Erwachsenen in

Europa, in Deutschland von 2003 über 2007 bis 2011 von 97% auf 92% nicht signifikant geändert hat. Die 12-Monate-Prävalenz von Alkoholkonsum ist in diesem Zeitraum von 94% auf 89% leicht gesunken, ebenso wie die 30-Tage-Prävalenz von 79% auf 73%. Entgegen diesen eher rückläufigen Tendenzen beschreibt der ESPAD-Bericht (Hibell, et al. 2012) einen nicht signifikanten aber leichten Anstieg der Alkoholmenge, die bei einer Trinkgelegenheit innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert wurde. Der Durchschnitt betrug 5.2 Getränke im Jahr 2007 und 5.6 im Jahr 2011. Die Ergebnisse des Drogen- und Suchtberichts (2013) zeigen, dass sich im Gegensatz zu den Jugendlichen bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren eine geringfügige Veränderung beim Rauschtrinken zeigt, 2004 waren es 43,5% und 2011 41,9 %.

2.3 Bisherige Forschung und Hypothesen

Der Beginn des Studiums ist ein bedeutendes Ereignis, welches soziale und bildungsbezogene Möglichkeiten mit sich bringt. Viele Studenten assoziieren ihn jedoch auch mit gesteigertem Stresserleben, psychiatrischen Symptomen wie Angst oder Depression (Andrews & Wilding, 2004). Während des Übergangs zur Universität und des ersten Studienjahres wurden die höchsten Stresswerte der Lebensspanne gefunden (Andersson, Johnsson, Berglund & Öjehagen, 2009). Das Studentenleben birgt ebenfalls die Gefahr, ein riskantes Trinkverhalten zu entwickeln, da viele Studenten anfangen, mehr Alkohol zu konsumieren, sobald sie die Universität besuchen. Diese Jahre repräsentieren die Phase im Leben, die mit dem höchsten Alkoholkonsum und der höchsten Prävalenz für spätere alkoholbezogene Probleme in Verbindung gebracht wird (Anderson et al., 2009). Dieser Zusammenhang kann sowohl auf eine Bewältigungsfunktion des Alkohols als auch auf das Experimentieren mit Alkohol zurückgeführt werden (Armeli, Todd & Mohr, 2005). Welche weiteren Faktoren in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen können, soll im Folgenden näher beleuchtet werden.

2.3.1 Coping

Die unterschiedlichen Möglichkeiten mit Herausforderungen oder Stress umzugehen, wurden von verschiedenen Copingtheorien behandelt (Hobfoll, 1998; Lazarus, 1966) und bereits in Kapitel 2.1.5 ausführlich beschrieben. Coping bezieht sich auf die Art und Weise, wie eine Person mit einer Situation umgeht, in der sie Stress empfindet (Lazarus & Folkman, 1984). In der Forschung wird Coping häufig in verschiedene Kategorien eingeteilt: problemorientiertes Coping stellt die aktive Bewertung einer Situation und die Abwägung der verschiedenen Möglichkeiten, die Situation zu verändern dar (Lazarus & Folkman, 1984). Emotionsfokussiertes Coping repräsentiert die Veränderung der emotionalen Reaktionen und Haltungen in Bezug auf eine stressvolle Situation. Coping durch soziale Unterstützung (engl.: *Support*) beschreibt die Suche nach und das Nutzen von sozialer Unterstützung in Form von emotionaler, informativer oder dinghafter Hilfe (Piacentini & Banister, 2006). Und vermeidendes Copingverhalten steht für den kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Rückzug von der stressenden Situation, worunter auch Alkoholkonsum fällt (Holahan et al., 2001; Lazarus, 1966). Während die Kategorien des problemorientierten, emotionsfokussierten und vermeidenden Coping weitgehend verwendet werden, wird in der Forschung gewarnt, dass nicht alle Bewältigungsverhaltensweisen in diese Gruppen eingeteilt werden können (Lazarus, 1995). Aus diesem Grund kann eine Einteilung des Coping in die oben genannten Klassen zu einem begrenzten Verständnis des Zusammenhangs zwischen Bewältigungsstrategien und anderen Variablen, wie Alkoholkonsum führen (Britton, 2004). Andere Strategien, wie zum Beispiel der Einsatz von Glaube oder Religion, könnten bedeutend sein (Britton, 2004).

2.3.2 Stress und Alkoholkonsum

Spannungsreduktion wird als wichtiges Motiv für Alkoholkonsum betrachtet (Abbey, Smith & Scott, 1993; Cooper, Russel, Skinner, Frone & Mudar, 1992; Holahan, et al., 2001). Alkohol wird häufig gebraucht, um Distress abzubauen, der durch stressbeladene Situationen entstanden

ist. Dieser Theorie folgend können Stressgefühle zu einem Auslöseimpuls für erhöhten Alkoholkonsum (Baer, Berg Garmezy, Mc Laughlin, Pokorny & Wernick, 1987; Cooper et al., 1992; Veenstra, et al., 2007) und als wichtiger Faktor in Bezug auf die Entwicklung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit gesehen werden (Greeley & Oei, 1999). Alkoholkonsum kann zu mehreren Zeitpunkten auf diese Prozesse einwirken. Er kann unmittelbar als primäre Bewältigungsstrategie eingesetzt oder aber zu einem späteren Zeitpunkt als sekundäre Bewältigungsstrategie gebraucht werden, wenn andere Strategien fehlgeschlagen sind (Armeli et al., 2005). Trotz dieses intuitiven Anklangs und obwohl die meisten Menschen die spannungsreduzierende Wirkung von Alkohol bestätigen (Goldman, Del Boca, & Darkes, 1999), weisen Forschungsergebnisse auf große Schwankungen bezüglich des Ausmaßes hin, in dem Alkoholkonsumenten Alkohol als Bewältigungsmöglichkeit negativer Ereignisse oder Emotionen nutzen (Cooper et al., 1992; Fromme & Rivet, 1993; Greeley & Oei, 1999; Sher, 1987; Veenstra et al., 2007). In ihrem Review folgerten Greeley & Oei (1999), dass Alkohol tatsächlich einen stressdämpfenden und -puffernden Effekt mit sich bringt, dass aber verschiedene Arten von Stressoren und große individuelle Unterschiede dieses Bild beeinflussen. Sher (1987) argumentierte, dass das Ausmaß, in dem Alkoholkonsum die Stressantwort dämpft, nicht nur durch den direkten pharmakologischen Effekt des Alkohols bestimmt ist, sondern ebenfalls von einer Reihe kontextueller und psychologischer Faktoren abhängt. Auch Cooper et al. (1992) glauben, dass es weitere Faktoren geben muss, die die Stärke des Zusammenhangs zwischen Stress und Alkoholkonsum oder -missbrauch beeinflussen oder bedingen. Ihrer Meinung nach existieren drei bedeutende potentielle Moderatoren: die Verfügbarkeit von alternativen Copingantworten, die Erwartung bezüglich der Alkoholkonsumwirkung und das Geschlecht. Dieser These zufolge dient Alkohol als Bewältigungsstrategie, wenn andere vermutlich effektivere Copingmöglichkeiten nicht gegeben sind (Cooper et al., 1992), wobei sie betonen, dass der individuelle charakteristische Bewältigungsstil noch bedeutender sei, als die momentane Verfügbarkeit von Copingalternativen.

2.3.3 Coping und Alkoholkonsum

In Bezug auf Coping und Alkoholkonsum haben Studien mehrere teils widersprüchliche Ergebnisse hervorgebracht. Fromme und Rivet (1993) fanden beispielsweise heraus, dass Defizite in emotionsfokussiertem Coping ausgeprägtes Trinkverhalten bei jungen Studenten vorhersagen. Auch zeigten sie, dass vermeidendes Copingverhalten das Ausmaß des Alkoholkonsums prognostiziert, wobei jedoch die Richtung des Zusammenhangs zwischen vermeidendem Coping und Alkoholkonsum unklar blieb. Nach Evans und Dunn (1994) sagt ausgeprägtes vermeidendes Copingverhalten hohen Alkoholkonsum und alkoholbezogene Probleme voraus. Fromme und Rivet (1993) hingegen fanden heraus, dass wenig ausgeprägtes vermeidendes und mangelndes emotionsfokussiertes Copingverhalten hohen Alkoholkonsum prognostiziert. Armeli et al. (2005) konnten zeigen, dass Personen mit einem vermeidenden Copingstil an sehr stressigen Tagen weniger tranken, als an weniger stressigen Tagen. In einer weiteren Studie konnte ebenfalls nur wenig Evidenz dafür gefunden werden, dass ein vermeidender Bewältigungsstil mit stressbezogenem, erhöhten Alkoholkonsum zusammenhängt (Armeli, Dehart, Tennen, Todd, & Affleck, 2007). Auch Hussongs (2003) Ergebnisse sprechen dafür, dass sich ein vermeidender Copingstil eher als Puffer auf die Beziehung zwischen Stress und Alkohol auswirkt. Diese Befunde lassen Fragen bezüglich der Rolle des vermeidenden Coping in Bezug auf die Relation zwischen Stress und Alkohol aufkommen.

Nach Britton (2004) stehen individuelle Copingstrategien mit der Anzahl der Tage, an denen Alkohol konsumiert wird, mit der Durchschnittsmenge an Getränken, mit der Anzahl der Tage, an denen Rauschtrinken (engl.: *Binge-Drinking*) stattfindet und mit alkoholbezogenen Problemen in Verbindung. Zudem fand Britton (2004) heraus, dass Studenten, die die Äußerung der eigenen Emotionen zu ihren Bewältigungsstrategien zählen, bei einer Trinkgelegenheit durchschnittlich weniger trinken, als Studenten, die dies nicht berichten. Die Arbeit von Fromme & Rivet (1993) unterstützt ebenfalls die These, dass der Copingstil junger Erwachsener mit ihrem Alkoholkonsum in Verbindung steht. Außerdem deuten ihre Ergebnisse darauf hin, dass der fehlende Einsatz

von entweder emotionsfokussierten oder vermeidenden Copingstrategien mit einer erhöhten Frequenz und Menge des Alkoholkonsums zusammenhängt. Gering ausgeprägtes emotionsfokussiertes Copingverhalten, welches einen misslungenen Umgang mit negativen Emotionen, die durch Stress entstanden sind, repräsentiert, wurde schon zuvor von Cooper, Russel & George (1988) mit der Entwicklung von problematischem Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Verbindung gebracht.

Veenstra et al. (2007) gehen davon aus, dass emotionsfokussiertes Coping einen Risikofaktor in der Beziehung zwischen Life-events und Alkoholkonsum darstellt. Die Ergebnisse ihrer Studie zeigen, dass Personen, die hohe Werte in emotionsfokussiertem Coping erzielen, ihren Alkoholkonsum nach einem negativen Life-event erhöhen. Im Gegensatz dazu verringern Personen, die niedrige Werte auf der Dimension des emotionsfokussierten Coping erreichen, ihren Alkoholkonsum nach dem Erleben eines negativen Life-events. Aktives und kognitives Coping sowie soziale Unterstützung hatten keinen modifizierenden Einfluss auf den Zusammenhang zwischen negativen Life-events und Alkoholkonsum. Auch Cooper et al. (1992) konnten keinen Puffereffekt von aktivem Coping finden und ihre Ergebnisse bezüglich der Rolle der sozialen Unterstützung blieben unklar. Hussong (2003) hingegen konnte die These der Pufferwirkung von aktivem Coping auf den Zusammenhang zwischen Stress und Alkoholkonsum stützen und fand auch Evidenz für die Bedeutung der sozialen Unterstützung als beschützende Copingstrategie in Bezug auf Alkoholkonsum.

Armeli et al. (2005) fanden einen stärkeren Zusammenhang zwischen Stress und Alkoholkonsum bei Personen mit hohen positiven Erwartungen bezüglich des Alkoholkonsums, vermeidendem Copingstil oder „drinking-to-cope“ Motiven. Daraus schlossen sie, dass mit diesen Risikofaktoren behaftete Menschen eher zu Alkohol greifen, wenn sie gestresst sind, als Menschen, die nicht diese Eigenschaften aufweisen.

Um einen weiteren Aspekt zu beleuchten, kann man in Erwägung ziehen, dass während der Studienzeit Studenten ihre Studienkollegen dabei beobachten, wie sie Substanzen als Bewältigungs-

strategie einsetzen, was dazu führen könnte, dass sie diese ebenfalls ausprobieren (Britton, 2004). Das Experimentieren mit Substanzen wie Alkohol als Bewältigungsmöglichkeit könnte, insbesondere in der Population der Studenten, eine wichtigere Determinante bezüglich des Trinkverhaltens und der Entwicklung alkoholbezogener Probleme darstellen, als Defizite in adaptivem Bewältigungsverhalten und Tendenzen maladaptives Bewältigungsverhalten zu zeigen (Britton, 2004). Demnach könnten Personen, die Schwierigkeiten haben, ihre Emotionen zu erfahren oder auszudrücken, externe Regulationsquellen wie Alkohol benötigen, um ihre emotionalen Erfahrungen zu bewältigen.

2.3.4 Geschlecht

Dass Menschen Alkohol trinken, um Stress zu reduzieren ist eine weit verbreitete Annahme, doch die Zusammenhänge zwischen Stress und Alkohol sind weit komplexer, als angenommen (Breslin, O'Keeffe, Burrell, Ratliff-Crain, & Baum, 1995). Es werden mehr und mehr individuelle Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht oder die Präferenz bestimmter Copingstrategien untersucht, weil man davon ausgeht, dass bestimmte Ausprägungen das Risiko des stressbedingten Alkoholkonsums erhöhen. Korrelationale Studien zeigen, dass der positive Zusammenhang zwischen stressvollen Life-events oder emotionalem Stress und Alkoholkonsum bei Männern stärker ist als bei Frauen. Andere Studien fanden jedoch heraus, dass Stress nicht primär bei Männern das Trinkverhalten beeinflusst (Breslin et al., 1995). Obwohl die Forschungsergebnisse nicht konsistent sind, geht man davon aus, dass der Zusammenhang zwischen Stress und Alkoholkonsum bei Männern anders ist als bei Frauen. Geschlechterunterschiede bezüglich des Copingverhaltens könnten hierbei auch eine Rolle spielen (Breslin et al., 1995). Hunter, David & Saybrook (1999) fanden beispielsweise heraus, dass bei Studenten Geschlechtsunterschiede bezüglich des Stressempfindens und des Umgangs mit Stress bestehen. Auch zeigten sie, dass bestimmte Copingstile mit nicht-adaptiven Copingverhaltensweisen, wie beispielsweise Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum, in Zusammenhang stehen könnten. Auf Basis der Ergebnisse mehre-

rer Studien (Armeli et al., 2005; Cooper et al., 1992; Fromme & Rivet, 1993; Veenstra et al., 2007) wird erwartet, dass Männer einen höheren durchschnittlichen Alkoholkonsum berichten als Frauen und dass sich Männer und Frauen hinsichtlich der präferierten Copingstrategien unterscheiden.

2.3.5 Relevanz

In der Forschung gibt es Hinweise darauf, dass emotionale Zustände, die durch Stress ausgelöst werden, mit dem Auftreten von Depressionen und Drogengebrauch in Verbindung stehen (Fromme & Rivet, 1993). Copingstrategien in Form von kognitiver oder verhaltensbezogener Respons können eingesetzt werden, um die Emotionen, die aufgrund eines stressvollen Ereignisses auftreten, zu regulieren (emotionsfokussiertes Coping) oder um direkt auf die Stressquelle einzuwirken (problemorientiertes Coping; Lazarus, 1995; Lazarus & Folkman, 1984). Es wird vermutet, dass der effektive Einsatz emotionsfokussierter oder problemorientierter Bewältigungsstrategien die Wahrscheinlichkeit reduziert, stressbezogene Probleme zu erleben (Fromme & Rivet, 1993). Die Jahre im jungen Erwachsenenalter, sind eine Zeit, in der mehr und mehr Verantwortung übernommen werden muss, und in der der höchst ausgeprägte Alkoholkonsum der Lebenszeit erlebt wird (Clark & Midanick, 1982). Sie könnten sowohl eine prägende Zeit für die Entwicklung des Bewältigungsrepertoires sein als auch für die Etablierung des zukünftigen Trinkverhaltens (Fromme & Rivet, 1993). Wenn Alkohol als stressreduzierendes Mittel eingesetzt wird, beginnt ein Teufelskreis: der psychosoziale Stress wird aufrechterhalten und die ängstlichen oder depressiven Symptome werden verstärkt. Während dieses Prozesses können weitere komorbide Symptome in Erscheinung treten, wie beispielsweise der Missbrauch anderer Substanzen, Angstzustände oder affektive Störungen (Walter, Dammann & Wiesbeck, 2005). Psychosozialer Stress und dessen psychologische Effekte in Kombination mit Alkohol können demnach als ein bedeutender psychopathologischer Entwicklungsprozess von Alkoholabhängigkeit verstanden werden (Walter et al., 2005). Es besteht die Überlegung, dass wenn junge Men-

schen als Reaktion auf negative affektive Zustände trinken, die Entwicklung ihrer adaptiven Copingstrategien gehemmt wird, und diese Phase ausschlaggebend für den späteren Alkoholkonsum ist (Fromme & Rivet, 1993). Aus diesem Grund ist es wichtig, zu wissen, ob junge Erwachsene stressbedingten Alkoholkonsum zeigen, und ob Copingstrategien junger Erwachsener wirklich ihr Trinkverhalten voraussagen.

2.3.6 Hypothesen

Im Rahmen der vorliegenden Bachelorarbeit wurde bisher der aktuelle Stand der Forschung bezüglich des Zusammenhangs von Stress, Coping und Alkoholkonsum bei jungen Erwachsenen erläutert. Die spannungsreduzierende Wirkung des Alkohols ist weitestgehend anerkannt, es werden jedoch verschiedene Moderatoren vermutet, die einen Einfluss auf den Einsatz von Alkohol als stressverminderndes Mittel haben. Neben dem Geschlecht und der erwarteten Wirkung des Alkohols wird hier der Copingstil genannt, wobei in den meisten Fällen zwischen aktiven, emotionalen und vermeidenden Copingstilen unterschieden wird. Es wird deutlich, dass bestimmte Copingstile den Zusammenhang zwischen Stress und Alkoholkonsum beeinflussen, aber es bleibt unklar, in welche Richtung die einzelnen Bewältigungsstrategien auf diese Relation einwirken. In der Forschung bestehen zum Teil widersprüchliche und inkonsistente Ergebnisse in Bezug auf den Zusammenhang von Stress und Alkoholkonsum als auch bezüglich der Wirkung verschiedener Copingstrategien auf eben diesen. Auch die Forschungsergebnisse hinsichtlich der Geschlechterunterschiede innerhalb dieser Fragestellung sind nicht eindeutig geklärt. Zusammenfassend kann man sagen, dass der Zusammenhang zwischen Stress, Coping und Alkoholkonsum sowohl sehr komplex und differenziert zu sein scheint, als auch stark abhängig vom persönlichen Erleben, der individuellen Verarbeitung und Handlungstendenzen. In dieser Arbeit soll die Beziehung von Stress, Copingstilen und Alkoholkonsum bei jungen Studenten anhand mehrerer Hypothesen untersucht werden:

- Hypothese 1: Studenten, die mehr Stresserleben berichten einen höheren Alkoholkonsum zeigen, als Studenten, die niedriges Stresserleben berichten.
- Hypothese 2: Hoch ausgeprägtes emotionsfokussiertes Coping ist mit niedrigerem Alkoholkonsum und niedrigerem Stresserleben assoziiert, als wenig ausgeprägtes emotionsfokussiertes Coping.
- Hypothese 3: Hoch ausgeprägtes aktives Coping ist mit niedrigerem Alkoholkonsum und niedrigerem Stresserleben assoziiert, als wenig ausgeprägtes aktives Coping.
- Hypothese 4: Hoch ausgeprägtes Coping durch soziale Unterstützung ist mit niedrigerem Alkoholkonsum und niedrigerem Stresserleben assoziiert, als wenig ausgeprägtes Coping durch soziale Unterstützung.
- Hypothese 5: Hoch ausgeprägtes Coping mit Hilfe des Glaubens ist mit niedrigerem Alkoholkonsum und niedrigerem Stresserleben assoziiert, als wenig ausgeprägtes Coping mit Hilfe des Glaubens.
- Hypothese 6: Hoch ausgeprägtes Coping mit Hilfe von Alkohol ist mit höherem Alkoholkonsum und höherem Stresserleben assoziiert, als wenig ausgeprägtes Coping mit Hilfe von Alkohol.
- Hypothese 7: Aktive, emotionale, sozial- und glaubensorientierte Copingstile haben nach Kontrolle der Variablen Alter und Geschlecht einen moderierenden Effekt auf den Zusammenhang von Stresserleben und Alkoholkonsum.
- Hypothese 8: Ausprägungen von Stresserleben, aktivem, emotionalem, sozialfokussiertem, glaubensorientiertem und vermeidendem Coping sowie Alkohol- bzw. Substanzmittelkonsum der Männer unterscheiden sich von denen der Frauen.

3. METHODE

In diesem Abschnitt wird die empirische Bearbeitung der Hypothesen dargestellt. Es wird auf die Stichprobe, die verwendeten Messinstrumente und die Durchführung der Untersuchung eingegangen.

3.1 Stichprobe

Bei der Auswahl der Stichprobe wurde darauf geachtet, universitäre Veranstaltungen auszusuchen, an denen möglichst viele junge Studentinnen und Studenten teilnahmen, da vermutet wurde, dass Studenten am Anfang ihres Studiums mehr Stressoren bewältigen müssen. Des Weiteren konnten auf diesem Wege viele Teilnehmer gleichzeitig erreicht werden, was der Ökonomie der Untersuchung diene. Die Stichprobe stellt sich zusammen aus 210 Studenten zweier Vorlesungen aus den Fachbereichen Germanistik (Vorlesung 19. Jahrhundert) und Geographie (Vorlesung Klima- und Biogeographie). 54% der Probanden stammten aus dem Fachbereich Geographie, 46% der Probanden kamen aus dem Fachbereich Germanistik. Insgesamt nahmen 71 Männer (34%) und 139 Frauen (66%) teil. 97% der Teilnehmer gaben als höchsten Bildungsabschluss Abitur oder Fachabitur an, 2% besaßen zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits einen Hochschulabschluss, 1% hatten sonstige Abschlüsse. Die Probanden waren zwischen 18 und 27 Jahre alt, das Durchschnittsalter der Stichprobe betrug 21 Jahre. 20% der Probanden gaben an, neben dem Studium zu arbeiten, 80% gaben keinen Nebenjob an. 97% machten die Angabe, dass Deutsch ihre Muttersprache sei, 3% hatten eine andere oder Deutsch als zweite Muttersprache. In Bezug auf die momentane Wohnsituation gaben 17% der Teilnehmer an, dass sie allein lebten, 11% wohnten mit dem Partner, 34% lebten zusammen mit Familienangehörigen, 31% wohnten in einer Wohngemeinschaft, 6% lebten im Wohnheim und 1% wählte die Antwortmöglichkeit „sonstige Wohnsituation“.

3.2 Erhebungsinstrumente

Zur Untersuchung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit über den Zusammenhang von Stresserleben, Copingstilen und Alkoholkonsum bei jungen Studenten wurde ein selbstkonstruierter Fragebogen eingesetzt, der sich aus mehreren zusammensetzt. Es wurden zwei bereits bestehenden Fragebögen verwendet, der *Stress- und Coping-Inventar* (SCI) (Satow, 2012) und der *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (Babor, de la Fuente, Saunders & Grant, 1992). Weitere Bestandteile waren ein kurzer, nicht validierter Standardfragebogen zur Erhebung der demographischen Daten und einige selbstkonstruierte, an den ESPAD-Bericht (Hibell et al., 2012) angelehnte Items zur Erfragung des Verhaltens der Freunde und der Reaktion der Eltern in Bezug auf Substanzmittelkonsum. Zuletzt wurde der Life-time Konsum weiterer Substanzmittel außer Alkohol abgefragt. Die einzelnen Bestandteile des Fragebogens zur Erhebung der Variablen Stresserleben, Bewältigungsverhalten und Alkoholkonsum sollen im Folgenden näher erläutert werden. Der vollständige Fragebogen befindet sich im Anhang A.

3.2.1 Stress- und Coping-Inventar – SCI

Das *Stress- und Coping-Inventar* (SCI, Satow, 2012) wurde entwickelt, um die momentane Stressbelastung, Stresssymptome sowie den Umgang mit Stress zu messen. Es umfasst zehn Skalen mit insgesamt 54 Items.

Erhebung des Stresserlebens.

Das aktuelle Stresserleben wird anhand von drei Skalen gemessen. Die erste Skala misst Stress durch Unsicherheit anhand von sieben Items und erhebt, inwieweit sich die Versuchsperson durch Unsicherheiten in bedeutenden Lebensbereichen belastet fühlt. Die Frage zur Unsicherheits-Skala lautet: „Inwieweit haben Sie sich in den letzten drei Monaten durch folgende Unsicherheiten belastet gefühlt?“. Ein Beispielitem hierzu wäre: „Unsicherheit durch finanzielle Probleme“. Die Antwortmöglichkeiten der sieben-stufigen Likert-Skala reichen von „nicht belas-

tet“ bis „sehr stark belastet“. Die erste Skala korreliert ($r = .59$) mit körperlichen und psychischen Stresssymptomen wie Schlafstörungen, Bauchschmerzen und Kopfschmerzen.

Die zweite Skala misst Stress durch Überforderung und ist ebenso aufgebaut wie die erste. Es wird erhoben, inwieweit sich die Versuchspersonen in wichtigen Lebensbereichen überfordert fühlen. Die Frage zur Überforderungs-Skala lautet: „Inwieweit haben Sie sich in den letzten drei Monaten durch folgende Ereignisse und Probleme überfordert gefühlt?“, ein Beispielitem hierzu ist: „Leistungsdruck am Arbeitsplatz, im Studium, in Ausbildung oder Schule“. Die Antwortmöglichkeiten der sieben-stufigen Likert-Skala erstrecken sich hier von „nicht überfordert“ bis hin zu „sehr überfordert“. Diese Skala korreliert mit Stresssymptomen ($r = .65$).

Die dritte Skala erhebt Stress durch Verlust und tatsächlich eingetretene negative Ereignisse ebenfalls anhand von sieben Items. Die Frage zur Verlust-Skala lautet: „Inwieweit haben Sie sich in den letzten drei Monaten durch tatsächlich eingetretene negative Ereignisse belastet gefühlt?“, ein Beispielitem hierzu wäre: „eigenes Scheitern in wichtigen Lebensbereichen“. Die Antwortmöglichkeiten der sieben-stufigen Likert-Skala reichen hier von „nicht eingetreten/ belastet“ bis „sehr stark belastet“. Die Skala korreliert mit Stresssymptomen ($r = .34$).

Die vierte Skala ermittelt den Gesamtstress durch Unsicherheit, Überforderung und Verlust in wichtigen Lebensbereichen. Dieser lässt sich berechnen, indem die Stresswerte der ersten drei Skalen addiert werden. Das Gesamtstresserleben weist die höchste Korrelation ($r = .67$) mit körperlichen und psychischen Stresssymptomen auf.

Auf der fünften Skala werden körperliche und psychische Stresssymptome, wie beispielsweise Schlafstörungen, Kopfschmerzen oder Lustlosigkeit anhand von 13 Items erhoben. Die Frage dieser Skala lautet: „Stress und Druck können körperliche Symptome verursachen. Welche Symptome haben Sie bei sich in den letzten sechs Monaten beobachtet?“, ein Beispielitem wäre: „Ich leide häufig unter Magendrücken oder Bauchschmerzen“. Die Antwortmöglichkeiten auf der vier-stufigen Likert-Skala gehen von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft genau zu“.

Erhebung der Stressbewältigung.

Die Stressbewältigung wird durch fünf Skalen anhand von jeweils vier Items erhoben, die durchmischt dargeboten werden und auf einer vier-stufigen Likert-Skala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft genau zu“ beantwortet werden können.

Die erste Skala umfasst positives Denken, welches unter das emotionsfokussierte Coping fällt. Hier wird erhoben, inwieweit Stress durch positives Denken reduziert und bewältigt wird. Ein Beispielitem für die Copingstrategie positives Denken wäre: „Ich sage mir, dass Stress und Druck auch ihre guten Seiten haben“.

Die zweite Skala erhebt die aktive Stressbewältigung, welche zum problemorientierten Coping gezählt wird, also inwieweit Stress durch aktive, vorbeugende Beseitigung von Stressursachen reduziert und bewältigt wird. Ein Beispielitem für die Copingstrategie aktive Stressbewältigung wäre: „Ich mache mir schon vorher Gedanken, wie ich Zeitdruck vermeiden kann“.

Die dritte Skala untersucht die Bewältigung von Stress durch soziale Unterstützung, also inwieweit es einem Teilnehmer gelingt Stress mit Unterstützung anderer zu reduzieren und zu bewältigen. Ein Beispielitem für die Copingstrategie soziale Unterstützung wäre: „Wenn ich mich überfordert fühle, gibt es Menschen, die mich wieder aufbauen“.

Die vierte Skala untersucht inwieweit ein Teilnehmer bei Stress Halt im Glauben findet. Ein Beispielitem für diese Skala wäre: „Bei Stress und Druck finde ich Halt im Glauben“.

Die fünfte Skala erhebt die Bewältigung von Stress mit Hilfe von erhöhtem Alkohol- und Zigarettenkonsum, anhand dessen das vermeidende Copingverhalten operationalisiert wird. Es wird untersucht, inwieweit ein Testteilnehmer bei Stress vermehrt zu Alkohol und Zigaretten greift. Es ist absehbar, dass zwischen diesem Copingstil und Alkoholkonsum ein Zusammenhang besteht. Die Skala wurde der Vollständigkeit halber mit in die Untersuchung aufgenommen. Ein Beispielitem wäre: „Bei Stress und Druck entspanne ich mich abends mit einem Glas Wein oder Bier“.

Bewertung des SCI.

Das SCI (Satow, 2012) wurde für diese Untersuchung gewählt, da es sowohl das Stresserleben als auch verschiedene Bewältigungsstrategien miteinschließt. Zudem werden Copingstrategien berücksichtigt, die in der Forschung als bedeutend und noch wenig untersucht bewertet werden, wie beispielsweise die soziale Unterstützung und das Bewältigen von Stress mit Hilfe des Glaubens (Britton, 2004; Cooper et al., 1992; Hussong, 2003). Außerdem kann man zusammenfassend sagen, dass alle Skalen des Stress- und Coping-Inventars von Satow (2012) über akzeptable bis gute Werte in Bezug auf Trennschärfe und Reliabilitäten verfügen sowie über eine eindeutige Zuordnung der Items zu den zugrunde liegenden Skalen. In Anhang B (Tabelle B.2) sind die Skalen sowie die Itemanzahl und die interne Konsistenz (Cronbachs α) zur Übersicht aufgeführt. Es besteht eine gute Durchführungsobjektivität, da die Durchführung durch die Bearbeitung des Fragebogens standardisiert ist. Die Auswertungsobjektivität ist gegeben, da jeder Antwort jeder Skala ein Wert zugeordnet wird, und diese anschließend zu Summenwerten pro Skala addiert werden. Diese werden anschließend anhand von Normtabellen in Staninewerte von 1-9 umgewandelt. Die Interpretationsobjektivität ist gewährleistet, da im Testmanual genaue Erläuterungen zu niedrigen, mittleren und hohen Werten pro Skala aufgeführt sind.

3.2.2 Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT

Der *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT, Babor et al., 1992) ist ein auch in deutscher Form vorliegender Fragebogen zur Screening-Diagnostik für schädlichen Alkoholkonsum sowie Alkoholabhängigkeit. Der AUDIT-Fragebogen wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Rahmen eines multinationalen Projektes zur Erkennung von riskantem Alkoholkonsum entwickelt. Er dient dazu, gefährlichen oder schädlichen Alkoholkonsum zu erkennen. Der AUDIT (Babor et al. 1992) besteht aus zehn Items in drei Achsen. Die ersten drei Fragen beziehen sich auf das Konsummuster. Ein Beispielitem hierzu wäre: „Wie oft trinken Sie Alkohol?“, eine Antwort auf diese Frage kann aus den folgenden Möglichkeiten ausgewählt werden:

„nie“, „etwa einmal pro Monat“, „2-4 Mal pro Monat“, „2-3 Mal pro Woche“ oder „viermal oder öfter pro Woche“.

Die Fragen vier bis sechs beziehen sich auf Abhängigkeitssymptome. Ein Beispielitem zu diesem Bereich wäre: „Wie oft haben Sie im letzten Jahr festgestellt, dass Sie mehr getrunken haben, als Sie eigentlich wollten?“, darauf kann entweder mit „nie“, „seltener als einmal pro Monat“, „einmal pro Monat“, „einmal pro Woche“ oder „täglich oder fast täglich“ geantwortet werden.

Die Fragen sieben bis zehn nehmen Bezug auf Probleme infolge von Alkoholkonsum, wie Schuldgefühle, Gedächtnislücken oder das Aufmerksam werden von Mitmenschen auf den Alkoholkonsum mit dem Hinweis, diesen einzuschränken. Hier wird beispielsweise gefragt: „Wie oft fühlten Sie sich im letzten Jahr schuldig oder hatten ein schlechtes Gewissen aufgrund Ihres Alkoholtrinkens?“, hier gelten die gleichen Antwortmöglichkeiten wie bei der vorherigen Skala. Damit deckt der AUDIT (Babor et al. 1992) ein breites Spektrum alkoholassoziierter Probleme ab (Hermes, 2007). Die Datenerhebung beruht auf Selbstaussagen der Betroffenen zu diesen zehn Fragen. Die Angaben zur Trinkmenge (Fragen 2 und 3) beziehen sich jeweils auf Standarddrinks, wobei die Autoren selbst von 10g Alkohol pro Standarddrink ausgehen (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). Die angegebenen Werte der einzelnen Fragen werden zur Gesamtpunktzahl addiert. Die minimale Punktzahl beträgt 0, die maximale 40. Eine Punktzahl von 0 bis 4 bei Frauen und von 0 bis 8 bei Männern gilt als unauffällig. Eine Punktzahl von 8 oder mehr weist laut den Testautoren (Babor et al. 2001) auf einen gefährlichen und schädlichen Alkoholkonsum mit deutlichen Hinweisen auf eine Alkoholabhängigkeit hin. In der Literatur wird bei Frauen ein Grenzwert von 5 empfohlen, um den geschlechtsspezifischen Unterschieden besser Rechnung zu tragen (Hermes, 2007). Des Weiteren können verschiedene Risikozonen gebildet werden, zu denen jeweils Interventionen empfohlen werden. Bei einer Risikozone von 8 bis 15 Punkten wird ein einfaches Beratungsgespräch angeraten, bei 16 bis 19 Punkten ist eine ausführlichere Beratung mit Wiederholungstermin indiziert und bei 20 bis 40 Punkte sollte eine

Überweisung zu einer spezialisierten Behandlung für Alkoholkrankheiten stattfinden (Uhl, Kopf, Springer, Eisenbach-Stangl, Kobra, Bachmayer, Beiglböck, Preinsberger & Mader, 2005).

Bewertung des AUDIT.

Der AUDIT-Fragebogen (Babor et al. 1992) wurde als Messinstrument ausgewählt, da er international als zuverlässiges Screening-Instrument gilt und von der WHO empfohlen wird. Zudem weist er eine gute Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität auf, da der Fragebogen hoch standardisiert ist. Die Werte werden zu Summenscores addiert und bestimmten Kategorien zugeordnet. Diese sind wiederum durch eindeutige Beschreibungen charakterisiert, wodurch sehr wenig Interpretationsspielraum gelassen wird. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) des AUDIT-Fragebogens beträgt .83.

3.2.3 Zusätzlich erfragte Daten

Neben dem SCI (Satow, 2012) und dem AUDIT (Babor et al., 1992) besteht der eingesetzte Fragebogen aus einem kurzen Standardfragebogen zur Erhebung der demographischen Daten, wie Alter, Geschlecht, Studiengang, Wohnsituation und Muttersprache. Auch wird anhand einiger selbstkonstruierter Items das Verhalten der Freunde und die Reaktion der Eltern bezüglich Substanzmittelkonsum sowie der Gebrauch weiterer Substanzmittel außer Alkohol abgefragt. Die Fragen und Antwortmöglichkeiten bezüglich der Verhaltensweisen der Freunde und der Reaktion der Eltern sind angelehnt an den Fragebogen des ESPAD Berichts (Hibell et al., 2012). Die Erhebung des Substanzmittelkonsums der Freunde wurde als bedeutend gesehen, da das Verhalten von gleichaltrigen Jugendlichen den besten Prädiktor für den Konsum von Drogen und Alkohol darstellt (Feuerlein, 2005). Des Weiteren wurde es als wichtig erachtet, diese Aspekte der Elternreaktion zu erheben, da elterliche Toleranz bzw. Billigung starken Alkoholkonsums in (korrelativem) Zusammenhang mit einem höheren Alkoholkonsum bei Jugendlichen stehen (Dielmann, Butchart, Shope & Miller, 1991).

Die Frage zum Verhalten der Freunde lautet folgendermaßen: „Wie viele Ihrer Freunde zeigen schätzungsweise folgende Verhaltensweisen?“, z.B.: „betrunken sein“. Daraufhin konnte der Teilnehmer Antwortmöglichkeiten von „keine“ bis „alle“ ankreuzen. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) beträgt .71.

Die Frage bezüglich der Reaktion der Eltern lautet: „Wie würden Ihre Eltern reagieren, wenn Sie die folgenden Verhaltensweisen zeigen würden?“, ein Beispielimtem dazu wäre: „Marihuana rauchen“. Hier konnten die Teilnehmer innerhalb der folgenden Antworten auswählen: „ Sie würden es nicht erlauben“, „Sie würden davon abraten“, „Es wäre ihnen egal“, „Sie würden es erlauben“ oder „Ich weiß nicht“. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) beträgt .67.

Die letzte Frage des Fragebogens bezieht sich auf den Life-time Konsum anderer Substanzen, wie Tabak, Cannabis, Halluzinogene, Amphetamine, Kokain, Heroin, Methadon, andere Opiate, Medikamente oder sonstige Substanzen. Dies wurde mit aufgenommen, um festzustellen, ob bei erhöhtem Stress nicht andere Substanzen als Alkohol konsumiert werden. Hier wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie die aufgezählten Substanzen jemals konsumiert haben und wenn ja, in welchem Alter das erste Mal und wie oft im letzten Monat.

3.3 Durchführung

Nachdem nun erhobene Variablen und eingesetzte Erhebungsinstrumente bekannt sind, soll in diesem Abschnitt das empirische Vorgehen beschrieben werden.

3.3.1 Generierung der Stichprobe und Datenerhebung

Im Vorfeld der empirischen Erhebung wurde mit Dozenten verschiedener Fachbereiche der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg Emailkontakt aufgenommen, um Erhebungstermine vor oder nach einer Vorlesung zu vereinbaren. Zu Beginn waren Datenerhebungen in den Fachbereichen Geographie, Germanistik, Anatomie und Psychologie geplant, wovon letztendlich lediglich beide ersteren durchgeführt wurden. Diese Reduktion wurde neben den Gründen der finanziellen Restriktionen vorgenommen, da nach den ersten beiden Terminen der

Datenerhebung bereits mehr als die angestrebte Anzahl von 150 Probanden teilgenommen hatten. Vor dem Austeilen der Fragebögen stellte sich die Versuchsleiterin den Studenten kurz persönlich vor. Dann erklärte sie ihnen, dass es in der Untersuchung um Stress und Alkoholkonsum ginge und betonte die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie Anonymität bei der Datenverarbeitung. Danach wurde der Fragebogen durch die Reihen gereicht, sodass jeder Interessent teilnehmen konnte. Für die Teilnahme gab es keine Vergütung.

Die Versuchspersonen der Vorlesung Geographie bearbeiteten am 24.04.2013 um 11:45 Uhr nach ihrer Veranstaltung einmalig und freiwillig den oben beschriebenen Fragebogen (siehe Kapitel 3.2) im großen Hörsaal C der Geographie in der Kochstraße 4 in Erlangen. Die Bearbeitung wurde beaufsichtigt und nahm ca. 10-15 Minuten in Anspruch. Die Probanden legten die ausgefüllten Fragebögen anschließend auf einen großen Stapel auf den Dozententisch im vorderen Bereich des Hörsaals und verließen den Raum. Die Versuchspersonen der Vorlesung Germanistik füllten den gleichen Fragebogen einmalig und freiwillig ebenfalls am 24.04.2013 um 14:00 Uhr jedoch vor ihrer Vorlesung im großen Hörsaal (Raum 1.042) in der Regensburgerstraße 60 in Nürnberg aus. Die Bearbeitung wurde beaufsichtigt und nahm ca. 10-20 Minuten in Anspruch. Die ausgefüllten Fragebögen konnten aufgrund der danach beginnenden Vorlesung nicht abgegeben werden, sondern wurden eingesammelt.

Insgesamt wurden 250 Fragebögen verteilt, von denen 226 ausgefüllt zurückgegeben wurden, dies entspricht einer Antwortrate von 90,4%. Davon wurden weitere 16 Fragebögen ausgeschlossen, da sie in solchem Maße unvollständig ausgefüllt waren, dass sie nicht auswertbar waren. Insgesamt wurden 210 Fragebögen in die Untersuchung eingeschlossen.

3.3.2 Untersuchungsdesign und angewandte statistische Verfahren

Da in der vorliegenden Arbeit die Zusammenhänge zwischen den bereits existierenden Variationen der Variablen Stress, Coping und Alkoholkonsum einmalig untersucht wurden und keine Manipulation vorgenommen wurde, handelt es sich um ein korrelatives Querschnittsdesign.

Für jede Frage, ausgenommen der Fragen zum Lifetimekonsum, wurden in Form von Likert-Skalen mehrere Antwortmöglichkeiten vorgegeben, mit deren Hilfe die Person ihre Zustimmung oder Ablehnung angeben konnte. Bei der Auswertung wurden den Antwortmöglichkeiten je nach Skala Werte von 0 bis 3, 0 bis 6 oder 1 bis 4 zugeordnet. Auf diese Weise konnten bei der Datenaufbereitung jeweils die Summen- und Mittelwerte der einzelnen Skalen berechnet werden. Die Erfassung und die statistische Auswertung der erhobenen Daten wurde mittels des Datenverarbeitungsprogramms IBM SPSS Statistics 21 durchgeführt. Die Dateneingabe erfolgte durch die Verfasserin der Arbeit. Anschließend fand neben einer Plausibilitätsüberprüfung durch die Verfasserin eine systematische, stichprobenartige Überprüfung der Daten auf etwaige Übertragungsfehler durch dritte Personen statt.

Aufgrund der hauptsächlich auf ordinalem Skalenniveau vorliegenden Daten lag es nahe, die Zusammenhänge der Variablen Stress, Coping und Alkohol anhand eines nicht-parametrischen Tests zu messen. Da aber die Testwerte durch die Aufsummierung der einzelnen Likert-Items zu Summenscores als Operationalisierung der Variablen verwendet wurden, ist die Behandlung dieser Summenscores als intervallskaliert gerechtfertigt (Lord & Novick, 1968). Dementsprechend wurde zur Überprüfung der Zusammenhänge der Variablen das Verfahren der Korrelationsanalyse nach Pearson eingesetzt. Um einen nicht-linearen Zusammenhang zu überprüfen und auszuschließen, wurden Streudiagramme erstellt.

Da die Hypothesen 1 bis 6 einen vorhersagenden Aspekt implizieren und somit die prädiktive Variable als unabhängige und die Kriteriumsvariable als abhängige Variable gesehen werden können, wurden zudem Regressionen berechnet. Multiple Regressionen wurden hinzugezogen, da das Regressionsmodell mit Hinzunahme von Prädiktoren mehr Varianz aufklären kann (Schäfer, 2009). Es ist jedoch Vorsicht geboten, da die verschiedenen Prädiktoren teilweise untereinander korrelieren und damit ähnliche Merkmalsanteile erfassen. Durch eine zu hohe Interkorrelation der Prädiktoren wäre die Validität der Regressionsanalyse gefährdet (Bortz, & Döring, 2006). Der lineare Zusammenhang wurde anhand von Streudiagrammen getestet.

Die Daten wurden entsprechend den zentralen theoretischen Voraussetzungen auf Normalverteilung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test und auf Homogenität der Varianzen mittels Levene-Test verifiziert. Dies geschah, um eine statistisch valide Überprüfung der Hypothesen und einen Vergleich der Mittelwerte der weiblichen und männlichen Probanden anhand eines t-Tests für unabhängige Stichproben durchführen zu können (Hypothese 8). Letztere Testung ist von Bedeutung, da sich die Stichproben in ihrer Größe unterscheiden. Die Ergebnisse der Überprüfung der Daten auf Normalverteilung zeigten, dass mehrere Variablen das Kriterium der Normalverteilung nicht erfüllten (Anhang B, Tabellen B.4). Da nach dem zentralen Grenzwertsatz jedoch die Stichprobenkennwerteverteilung ab einem Stichprobenumfang von $n > 30$ sehr gut durch eine Normalverteilung approximiert wird, wären parametrische Tests zwar nicht exakt, aber robust gegenüber Verletzungen der Normalverteilungsannahme (Eid, Gollwitzer & Schmitt, 2010). Die Ergebnisse der Überprüfung der Daten auf Homoskedastizität zeigten, dass sich die Varianzen der Daten der männlichen und weiblichen Probanden bei allen Variablen, außer bei Coping mit Hilfe des Glaubens, nicht signifikant unterschieden (Anhang B, Tabelle B.3). Dementsprechend wurde die Variable Coping mit Hilfe des Glaubens nicht in den t-Test für unabhängige Stichproben zum Vergleich der Mittelwerte der männlichen und weiblichen Probanden miteinbezogen, sondern es wurde der Welch-Test angewandt.

Hypothese 7 geht davon aus, dass der Copingstil als Moderator die Stärke des Zusammenhangs zwischen Stress und Alkoholkonsum beeinflusst. Um dies zu testen wurde eine hierarchische Regression berechnet. Kontrolliert wurden im ersten Schritt die Variablen Alter und Geschlecht. Im zweiten Schritt wurden die Copingstile aktives Coping, positives Denken, Coping durch soziale Unterstützung, Coping anhand des Glaubens und Coping mittels Alkohol miteinbezogen. Im dritten Schritt wurde der Stressgesamtwert als Prädiktorvariable eingesetzt, Alkoholkonsum stellte die abhängige Variable dar. Das Signifikanzniveau der Irrtumswahrscheinlichkeit wird auf $p \leq 0.05$ als signifikant und auf $p \leq 0.01$ als hochsignifikant festgelegt. Für fehlende Werte wurde keine Ergänzung vorgenommen, sondern paarweiser Fallausschluss angewandt.

4. ERGEBNISSE

In diesem Kapitel werden zunächst die deskriptiven, dann die für die Hypothesenprüfung relevanten Ergebnisse dargestellt.

4.1 Deskriptive Datenanalyse

Neben den für die Hypothesen relevanten Berechnungen wurden für die verschiedenen Variablen Mittelwerte, Varianzen, Standardabweichungen sowie Minima und Maxima berechnet. Diese sind in Tabelle 4.1 aufgeführt.

Der Gesamtmittelwert für Stress befindet sich in der unteren Hälfte der möglichen Werte. Im Gegensatz zum Gesamtmittelwert für emotionales und aktives Coping erreicht der Gesamtmittelwert von Coping durch soziale Unterstützung einen relativ hohen Wert. Coping mit Hilfe des Glaubens und Coping durch Alkohol hingegen weisen einen relativ niedrigen Gesamtmittelwert auf. Der Gesamtmittelwert des Alkoholkonsums liegt ebenso wie der Gesamtmittelwert der Stresssymptome in der unteren Hälfte der möglichen Werte. Neben Alkohol werden am häufigsten Tabak und Marihuana konsumiert, der Konsum anderer Substanzmittel ist verschwindend gering. 60% der Teilnehmer gaben an, Tabak ausprobiert zu haben, von denen 29% im letzten Monat keinen Tabakkonsum mitteilten und 8% täglichen Gebrauch berichteten. 41% der Studenten hatten Marihuana ausprobiert, von denen 26% im letzten Monat keinen Konsum angaben, 5% einmal im letzten Monat konsumierten und 1% jeden Tag Marihuana rauchte. Der Gesamtmittelwert der konsumierten Substanzmittel liegt im unteren Quartal der möglichen Werte und korreliert hoch signifikant positiv mit Alkoholkonsum, $r = .42$, $p < .01$. Dadurch kann geschlossen werden, dass Studenten, die keinen Alkohol konsumieren, alternativ auf andere Substanzmittel zurückgreifen. Der Substanzmittelkonsum der Freunde korreliert hoch signifikant positiv mit Alkoholkonsum, $r = .47$, $p < .001$, dem Konsum anderer Substanzmittel, $r = .49$, $p < .001$, sowie der Erlaubnis der Eltern, $r = .18$, $p < .001$.

Tabelle 4.1

Fehlende und gültige Werte, Mittelwerte, Varianzen, Standardabweichungen, Minima und Maxima der Summenscores der einzelnen Variablen aufgeteilt nach männlichen und weiblichen Probanden sowie die Werte beider Geschlechter zusammen.

		Stress gesamt	Coping positiv	Coping aktiv	Coping support	Coping Glaube	Coping Alkohol	AUDIT	Sympto- me	Substan- zen	
N	Gültig	m	71	71	70	71	70	71	69	70	67
		w	135	139	137	139	139	138	136	134	137
		g	206	210	207	210	209	209	205	204	104
Fehlend	m	0	0	1	0	1	0	2	1	4	
	w	4	0	2	0	0	1	3	5	2	
	g	4	0	3	0	1	1	5	6	6	
Mittelwert	m	27.38	6.71	5.95	8.91	3.1	3.7	10.05	9.34	1.80	
	w	27.77	6.07	6.27	10.27	3.53	2.57	7.13	11.74	1.18	
	g	27.63	6.29	6.16	9.81	3.38	2.96	8.11	10.92	1.38	
Varianz	m	240.07	5.54	6.18	6.05	4.35	7.49	32.37	28.34	1.94	
	w	243.91	4.08	5.47	3.44	7.46	7.1	22.17	36.79	1.07	
	g	241.44	4.64	5.71	4.87	6.44	7.49	27.38	35.04	1.44	
Standartab- weichung	m	15.49	2.35	2.48	2.55	2.08	2.73	5.69	5.32	1.39	
	w	15.61	2.02	2.34	1.85	2.73	2.66	4.70	6.06	1.03	
	g	15.53	2.15	2.38	2.20	2.53	2.73	5.23	5.92	1.20	
Minimum	m	2	1	0	2	0	0	0	0	0	
	w	4	1	0	4	0	0	0	0	0	
	g	2	1	0	2	0	0	0	0	0	
Maximum	m	68	11	11	12	11	11	22	23	7	
	w	72	12	12	12	12	11	20	29	5	
	g	72	12	12	12	12	11	22	29	7	

Anm.: N = Anzahl der Probanden; m = männlich; w = weiblich; g = gesamt; Stress gesamt = Gesamtstresswert, Coping positiv = emotionales Coping, Coping aktiv = aktives Coping, Coping support = Coping durch soziale Unterstützung, Coping Glaube = Coping mit Hilfe des Glaubens, Coping alkohol = vermeidendes Coping, AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test, Substanzen = weitere Substanzmittel. Die Mittelwerte basieren auf sieben- oder vierstufigen Skalen.

4.2 Testung der Hypothesen

Hypothese 1:

Bei Betrachtung der Daten wird deutlich, dass die erste Hypothese, die besagte, dass Studenten, die mehr Stresserleben berichten, einen höheren Alkoholkonsum angeben, als Studenten, die niedriges Stresserleben berichten, nicht gestützt werden konnte. Der Zusammenhang der Variablen Gesamtstress und Gesamtalkoholkonsum war mit $r = .08$, $p = .23$ nahezu Null und nicht signifikant. In diesem Fall war die Berechnung einer Regression hinfällig. Auch eine nach Geschlecht getrennte Korrelationsberechnung mit $r = .11$, $p = .36$ für Männer und $r = .08$, $p = .34$

für Frauen ergab keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Stress und Alkoholkonsum, womit eine verdeckte Korrelation zumindest hinsichtlich des Geschlechts ausgeschlossen ist. Die Erstellung eines Streudiagramms bestätigte diese Ergebnisse (Anhang B, Abbildung B.1).

Hypothese 2:

Die zweite Hypothese beinhaltete die Annahme, dass hoch ausgeprägtes emotionsfokussiertes Coping, welches im Fragebogen sowie in der Datenverarbeitung durch den Begriff positives Denken repräsentiert wurde, mit niedrigerem Alkoholkonsum und niedrigerem Stresserleben einhergeht, als wenig ausgeprägtes emotionsfokussiertes Coping. Der Zusammenhang zwischen positivem Denken und Alkoholkonsum konnte nicht bestätigt werden. Der hoch signifikante negative Zusammenhang zwischen positivem Denken und Stress ist aus den Daten ersichtlich, $r = -.23$, $p < .01$. Dies ist als schwacher bis mittlerer Effekt einzustufen (Cohen, 1992). Aus der Regressionsanalyse lässt sich schließen, dass positives Denken als Prädiktor für weniger Stress gelten kann, $\beta = -.23$, $t(208) = -3.39$, $p < .01$. Positives Denken erklärte demnach einen signifikanten Anteil der Varianz von Stress $R^2 = .05$, $F(1, 204) = 11.55$, $p < .01$.

Hypothese 3:

Die dritte Hypothese besagte, dass hoch ausgeprägtes aktives Coping mit niedrigerem Alkoholkonsum und niedrigerem Stresserleben einhergeht, als wenig ausgeprägtes aktives Coping. Diese Annahme konnte gestützt werden. Der Zusammenhang von aktivem Coping und Alkoholkonsum ist mit $r = -.18$, $p < .01$ hoch signifikant negativ. Nach Cohen (1992) liegt ein schwacher bis mittlerer Effekt vor. Auch korreliert aktives Coping signifikant negativ mit Stress, $r = -.13$, $p < .05$. Dies ist als schwacher Effekt anzusehen (Cohen, 1992). Betrachtet man nur die Frauen, besteht zwischen aktivem Coping und Alkoholkonsum ein stärkerer hoch signifikanter Zusammenhang, $r = -.22$, $p < .01$. Die Regressionsberechnung ergab, dass aktives Coping als Prädiktor für weniger Stress gelten kann, $\beta = -.13$, $t(208) = -1.99$, $p < .05$ sowie einen signifikanten Anteil der Varianz von Stress erklärt $R^2 = .01$, $F(1, 201) = 3.96$, $p < .05$. Aktives Coping konnte ebenfalls

als Prädiktor für weniger Alkoholkonsum gesehen werden, $\beta = -.18$, $t(208) = -2.61$, $p < .05$. und erklärt einen signifikanten Anteil dessen Varianz $R^2 = .03$, $F(1, 201) = 6.81$, $p < .05$.

Hypothese 4:

In der vierten Hypothese wurde vermutet, dass hoch ausgeprägtes Coping durch soziale Unterstützung mit niedrigerem Alkoholkonsum und niedrigerem Stresserleben einhergeht, als wenig ausgeprägtes Coping durch soziale Unterstützung. Es konnte keine Evidenz für den Zusammenhang zwischen Coping durch soziale Unterstützung und Alkoholkonsum gefunden werden. Jedoch zeigte sich ein hoch signifikanter negativer Zusammenhang zwischen Coping durch sozialer Unterstützung und Stress, $r = -.19$, $p < .01$. Dies ist als schwacher Effekt anzusehen (Cohen, 1992). Die Ergebnisse der Regressionsanalyse zeigten, dass Coping durch soziale Unterstützung als Prädiktor für weniger Stress angenommen werden kann, $\beta = -.19$, $t(208) = -2.7$, $p < .01$ und einen signifikanten Anteil der Varianz von Stress erklärt, $R^2 = .03$, $F(1, 204) = 8.29$, $p < .01$.

Hypothese 5:

In der fünften Hypothese wurde davon ausgegangen, dass hoch ausgeprägtes Coping durch den Glauben mit niedrigerem Alkoholkonsum und niedrigerem Stresserleben einhergeht, als wenig ausgeprägtes Coping mit Hilfe des Glaubens. Diese Annahmen konnten nicht bestätigt werden.

Hypothese 6:

Die sechste Hypothese besagte, dass hoch ausgeprägtes Coping mit Hilfe von Alkohol oder Substanzen mit höherem Alkoholkonsum und höherem Stresserleben einhergeht, als wenig ausgeprägtes Coping mit Hilfe von Alkohol oder anderen Substanzen. Beide dieser Annahmen konnten gestützt werden. Der Zusammenhang von Coping mit Hilfe von Alkohol und Alkoholkonsum war hoch signifikant positiv, $r = .49$, $p < .01$. Dies ist nach Cohen (1992) als mittlerer bis starker Effekt einzuschätzen. Auch hängen Coping mit Hilfe von Alkohol und Stress signifikant positiv zusammen, $r = .13$, $p < .05$. Dies stellt lediglich einen schwachen Zusammenhang dar (Cohen, 1992). Die Regressionsanalyse zeigte, dass Coping mit Hilfe von Alkohol als guter Prädiktor von

Alkoholkonsum identifiziert werden konnte, $\beta = .49$, $t(208) = 8.17$, $p < .01$ und einen signifikanten Anteil der Varianz von Alkoholkonsum erklärt, $R^2 = .24$, $F(1, 202) = 66.77$, $p < .01$. Coping mit Hilfe von Alkohol konnte auch als Prädiktor für Stress herangezogen werden, $\beta = .14$, $t(208) = 2.1$, $p < .05$ und erklärt einen signifikanten Anteil dessen Varianz, $R^2 = .02$, $F(1, 204) = 4.4$, $p < .05$. Durch die Berechnung einer multiplen Regressionsanalyse wurde deutlich, dass die einflussnehmenden Copingstile, also emotionales Coping, aktives Coping und Coping durch soziale Unterstützung einen signifikanten Anteil der Varianz von Stress erklären, $R^2 = .09$, $F(5, 196) = 5.03$, $p < .05$. In Tabelle 4.2 sind die signifikanten Korrelationen der Variablen zur Übersicht dargestellt, die vollständige Korrelationstabelle befindet sich in Anhang B (Tabelle B.5).

Tabelle 4.2
Korrelationen nach Pearson

	Stress gesamt	Coping positiv	Coping aktiv	Coping support	Coping Alkohol	AUDIT
Stress gesamt	(1.0)	-.232**	-.139*	-.198**	.145*	.084
Coping positiv	-.232**	(1.0)	.254**	.142*	-.051	.036
Coping aktiv	-.139*	.254**	(1.0)	.173*	-.209**	-.182**
Coping support	-.198**	.142*	.173*	(1.0)	-.135	-.118
Coping Alkohol	.145*	-.051	-.209**	-.135	(1.0)	.498**
AUDIT	.084	.036	-.182**	-.118	.498**	(1.0)

Anm.: Stress gesamt = Gesamtstresswert; Coping positiv = emotionales Coping; Coping aktiv = aktives Coping; Coping support = Coping durch soziale Unterstützung; Coping Alkohol = vermeidendes Coping; AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test. Signifikante Ergebnisse sind dick gedruckt dargestellt. 2-seitige Signifikanz.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Hypothese 7:

In Hypothese 7 wurde die Vermutung aufgestellt, dass aktive, emotionale, sozialfokussierte oder glaubensorientierte Copingstile als Moderator auf den Zusammenhang von Stresserleben und Alkoholkonsum wirken. Zusätzlich wurden die Variablen Geschlecht und Alter kontrolliert. Den Ergebnissen der ersten Hypothese zufolge wurde hier kein signifikantes Ergebnis erwartet. Die hierarchische Regressionsanalyse zeigte, dass Geschlecht einen signifikanten Anteil der Varianz von Alkoholkonsum erklärt, $R^2 = .07$, $F(1, 195) = 15.74$, $p < .01$ und als dessen Prädiktor gese-

hen werden kann, $\beta = -.27$, $t(208) = -3.96$, $p < .01$. Alter hatte in der untersuchten Stichprobe keinen Einfluss. Keiner der Copingstile außer Coping durch Alkohol konnten in die Analyse miteinbezogen werden, da deren Kollinearität zu hoch war. Durch die Hinzunahme von Coping durch Alkohol zu diesem Model erhöhte sich die erklärte Varianz, $R^2 = .27$, $F(2, 194) = 36.69$, $p < .01$. Coping durch Alkohol kann auch nach der Kontrolle der Variable Geschlecht als Prädiktor für Alkoholkonsum gelten, $\beta = .45$, $t(208) = 7.3$, $p < .01$. Stress erhöhte den Anteil der erklärten Varianz leicht, $R^2 = .276$, $F(3, 193) = 24.51$, $p < .01$, kann jedoch nicht als signifikanter Prädiktor von Alkoholkonsum betrachtet werden. Hypothese 7 konnte somit nicht gestützt werden.

Hypothese 8:

Hypothese 8 beinhaltete die Erwartung, dass sich die Mittelwerte der Variablen Stress, Coping und Alkoholkonsum männlicher und weiblicher Probanden unterscheiden. Dies konnte teilweise bestätigt werden. Der t-Test für unabhängige Stichproben zur Analyse von geschlechtsbezogenen Mittelwertunterschieden ergab, dass männliche Probanden signifikant mehr emotionales Coping in Form von positivem Denken berichten, als weibliche Probanden, $t(208) = 2.04$, $p < .05$. Coping durch soziale Unterstützung war bei den weiblichen Probanden signifikant mehr vertreten, $t(208) = -4.4$, $p < .01$. Die Copingstrategie mit Hilfe von Alkohol wurde signifikant häufiger von männlichen Probanden berichtet, als von weiblichen, $t(207) = 2.91$, $p < .01$. Der durchschnittliche Wert für Alkoholkonsum war bei den männlichen Probanden signifikant höher, als bei den weiblichen, $t(203) = 3.91$, $p < .01$. Der Mittelwert bezüglich des Konsums anderer Substanzmittel war bei den Männern ebenfalls signifikant höher als bei den Frauen, $t(202) = 3.58$, $p < .01$. Hinsichtlich der Stresssymptome unterschieden sich die Mittelwerte männlicher und weiblicher Probanden auch signifikant voneinander. Frauen ($M = 11.74$) berichteten mehr Stresssymptome als Männer ($M = 9.34$), $t(202) = -2.79$, $p < .01$. In Bezug auf den Stressgesamtwert und die anderen Copingstile unterschieden sich die Mittelwerte männlicher und weiblicher Probanden nicht signifikant.

5. DISKUSSION

In der vorliegenden Arbeit wurde der Zusammenhang von Stress, Bewältigungsstrategien und Alkoholkonsum bei jungen Studenten anhand mehrerer Hypothesen untersucht. Es wurde kein Zusammenhang zwischen Stress und Alkoholkonsum gefunden. Ein negativer Zusammenhang zwischen Stress und emotionsfokussiertem, aktivem sowie Coping durch soziale Unterstützung konnte ermittelt werden. Zwischen aktivem Coping und Alkoholkonsum konnte ebenfalls ein negativer Zusammenhang gezeigt werden. Ein positiver Zusammenhang wurde zwischen vermeidendem Coping und Stress sowie vermeidendem Coping und Alkoholkonsum ermittelt.

In den folgenden Abschnitten sollen nun zuerst die Ergebnisse bezüglich der deskriptiven Daten und anschließend die der aufgestellten Hypothesen interpretiert, mit vorher angeführten Forschungsergebnissen in Verbindung gebracht und diskutiert werden. Darauf folgend sollen Diskussionspunkte bezüglich der Messinstrumente erörtert, und auf die Zusammensetzung der Stichprobe eingegangen werden. Aufgrund des korrelativen Charakters der Untersuchung sind kausale Interpretationen nicht zulässig, alle sich in diese Richtung neigenden Äußerungen sind lediglich als Vermutungen aufzufassen.

5.1 Interpretation und Diskussion der deskriptiven Daten

Die Ergebnisse in Bezug auf den Gesamtstresswert der Studenten lassen darauf schließen, dass die Varianz ziemlich hoch ist, bzw. dass Stresserleben in vielen verschiedenen Ausprägungen vorhanden ist. Positiv zu sehen ist der relativ niedrig ausgeprägte durchschnittliche Stresswert (Staninewert = 1). Selbst der höchste Stresswert, der erzielt wurde, ist laut der Normtabellen des SCI (Satow, 2012) als durchschnittliche Stressbelastung zu interpretieren (Staninewert = 4). Das bedeutet, dass sich die befragten Studenten im Durchschnitt sehr wenig durch Stress belastet fühlen. Der niedrige durchschnittliche Gesamtwert der körperlichen Stresssymptome (Staninewert = 1) verstärkt diesen Eindruck. Dies bestätigt nicht das Bild der gestressten Studen-

ten, wie es in einigen Studien dargestellt wird (Piacentini & Banister, 2006; Techniker Krankenkasse, 2012).

Die Bewältigungsstrategien emotionales, aktives und Coping durch soziale Unterstützung sind ähnlich stark ausgeprägt und sind als durchschnittlich zu interpretieren (Staninewert = 5). Das beinhaltet, dass es diesen Studenten durchschnittlich gut gelingt, Stress mit Humor oder positivem Denken, durch systematisches Beseitigen des Stressors oder durch Unterstützung von anderen zu bewältigen. Coping mit Hilfe des Glaubens ist sehr niedrig ausgeprägt (Staninewert = 1), was so zu interpretieren ist, dass die Studenten bei Stress keinen religiösen oder spirituellen Halt finden. Dieses Ergebnis würde gegen die Vermutung von Britton (2004) sprechen, die beinhaltet, dass Glaube in Bezug auf Coping eine Rolle spielen könnte. Weitere Gründe hierfür werden unter 5.2 diskutiert. In Bezug auf Coping durch Alkohol ist der niedrige Durchschnittswert als positiv zu sehen, da die Studenten bei Stress nicht vermehrt zu Alkohol und Zigaretten zu greifen scheinen (Staninewert = 3), sondern andere Copingstrategien bevorzugen. Der Gesamtmittelwert des Alkoholkonsums hingegen ist als kritisch zu betrachten. Laut der WHO bedeutet dieser, dass die Studenten durchschnittlich einen gefährlichen und schädlichen Alkoholkonsum mit deutlichen Hinweisen auf eine Alkoholabhängigkeit zeigen. Diese Ergebnisse decken sich mit Resultaten anderer Studien, die auf hohen Alkoholkonsum bei Studenten hinweisen (BZgA, 2012, Piacentini & Banister, 2006). Wenn diese Ergebnisse als repräsentativ bewertet würden, wäre dies ein alarmierendes Resultat, welches die Konsequenz nach sich ziehen sollte, dass an Universitäten Aufklärungsarbeit bezüglich der Schädlichkeit eines zu hohen Alkoholkonsums geleistet werden müsste. Diesem Ergebnis sollte weiter nachgegangen werden, indem beispielweise andere Fragebögen eingesetzt oder mehrere Studiengänge einschließende Stichproben rekrutiert würden.

Der positive Zusammenhang von Alkoholkonsum und anderen Substanzmitteln beinhaltet, dass Studenten, die einen hohen Alkoholkonsum berichten, auch vermehrt andere Substanzmittel konsumieren, hier insbesondere Tabak und Marihuana. Dies könnte die Hypothese der For-

schung stützen, Alkohol fungiere als Einstiegsdroge und fördere den Konsum anderer Drogen (Barry & Kurby, 2012). Allerdings kann aufgrund des korrelativen Charakters der Untersuchung kein kausaler Zusammenhang interpretiert werden. Außerdem führe, laut einer Studie der WHO (2010), der Konsum einer Droge nicht automatisch zum Konsum einer anderen. Somit muss dieser Frage in weiterer Untersuchung nachgegangen werden. Der starke positive Zusammenhang des Substanzmittelkonsums der Freunde mit Alkohol- und Substanzmittelkonsum legt die Vermutung nahe, dass der Freundeskreis einen großen Einfluss auf den Drogenkonsum des Individuums hat. Da dies jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, soll hierauf nicht weiter eingegangen werden. Mit dieser These sollte sich in weiterer Forschung auseinander gesetzt werden. Der Einfluss der Erlaubnis der Eltern auf Alkohol- oder Substanzmittelkonsum der Studenten kann ausgeschlossen werden, da diesbezüglich kein Zusammenhang gefunden wurde.

5.2 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse der Hypothesentestung

Interpretation und Diskussion der Hypothese 1:

Die erste Hypothese, die besagte, dass Studenten, die mehr Stresserleben berichten, einen höheren Alkoholkonsum angeben, als Studenten, die niedriges Stresserleben berichten, konnte entgegen der Erwartungen nicht gestützt werden. Das bedeutet in erster Linie, dass in der vorliegenden Studie erhöhter Stress nicht mit erhöhtem Alkoholkonsum in Verbindung steht. Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass weder Studenten, die mehr Stress haben, mehr Alkohol konsumieren, noch Studenten, die mehr Alkohol konsumieren, mehr Stress berichten. Primär wäre dies als positiv zu sehen, da die Studenten anscheinend aus anderen Gründen als ihrem hohen Stresserleben Alkohol konsumieren und die meisten von ihnen andere, also effektivere Stressbewältigungsstrategien dem Alkoholkonsum vorzuziehen scheinen. Der weiter oben beschriebene niedrige Einsatz von Coping durch Alkohol stützt dieses Ergebnis. Dies wäre ein Indiz dafür, dass Alkoholkonsum bei Studenten mit anderen Faktoren in Zusammenhang steht. Vorstellbar wären hier die Abnabelung vom Elternhaus, Gruppenzwang oder sozialer Druck, Demonstration von

Stärke in der Peergroup, erleichterte Kommunikation bei Schüchternheit, Experimentierverhalten oder die erhöhte Möglichkeit im Studium Alkohol zu konsumieren (Britton, 2004). Dennoch steht dieses Ergebnis im Widerspruch zu vielen Forschungen, die einen Zusammenhang zwischen Stress und Alkoholkonsum aufzeigen konnten (Abbey et al., 1993; Baer et al., 1987; Cooper et al., 1992; Greeley & Oei, 1999; Holahan, et al., 2001; Piacentini & Banister, 2006; Veenstra, et al., 2007). Dies müsste in weiteren Studien untersucht werden.

Diesem Ergebnis könnten auch andere Ursachen zu Grunde liegen. Möglicherweise ist die gewählte Zielgruppe junger Studenten nicht geeignet, um einen Zusammenhang zwischen Stress und Alkohol zu finden. Innerhalb dieser Zielgruppe könnten weitere Faktoren, wie beispielsweise vermehrte Trinkgelegenheiten, sozialer Druck oder Modelllernen einen größeren Einfluss auf den Alkoholkonsum haben, als Stress (Britton, 2004). Des Weiteren wäre es denkbar, dass die Entwicklungsstufe der Studenten von Bedeutung ist. Möglich wäre es, dass die Zielgruppe Alkoholkonsum eher als normale soziale Aktivität betrachtet und nicht als Möglichkeit mit Stress umzugehen (Piacentini & Banister, 2006). Ein Mensch muss nämlich erst daran glauben, dass Alkohol negative Emotionen reduziert, bevor er ihn gezielt für die Emotionsregulation einsetzt (Cooper, et al. 1992). Solche Erwartungen könnten bei jungen Studenten aufgrund mangelnder Erfahrung noch nicht vorhanden sein. Führt man diese Studie zum Beispiel mit Studenten mit einem höheren Durchschnittsalter durch, könnten andere Ergebnisse zu erwarten sein, da sich verschiedene Faktoren, wie beispielsweise die Belastung oder die Lebenserfahrung, im Laufe des Studiums verändern. Auch wären bei Jugendlichen andere Ergebnisse denkbar, da das Experimentieren mit verschiedenen Substanzen im jüngeren Alter einen Einfluss auf den Durchschnittskonsum haben könnte (Baer et al., 1987). Weitere Diskussionspunkte bezüglich der Stichprobe sollen unter 5.4 behandelt werden. Ein zusätzlicher Grund für die Ergebnisse könnte in den verwendeten Messinstrumenten begründet liegen. Diese sollen in Kapitel 5.3 eingehender diskutiert werden.

Interpretation und Diskussion der Hypothese 2:

In der zweiten Hypothese wurde davon ausgegangen, dass hoch ausgeprägtes emotionsfokussiertes Coping, welches anhand von positivem Denken operationalisiert wurde, mit niedrigerem Alkoholkonsum und niedrigerem Stresserleben einhergeht, als wenig ausgeprägtes emotionsfokussiertes Coping. Der Zusammenhang zwischen positivem Denken und Alkoholkonsum konnte nicht bestätigt werden. Dies spiegelt die Widersprüchlichkeit über den Einfluss des emotionsfokussierten Coping auf Alkoholkonsum in bisherigen Forschungsergebnissen wider (Britton, 2004; Cooper et al., 1988; Fromme & Rivet, 1993; Veenstra et al., 2007). Diesen und den nun hier gefundenen Ergebnissen nach kann man also davon ausgehen, dass kein eindeutiger Zusammenhang zwischen emotionsfokussiertem Coping und Alkoholkonsum besteht. Möglicherweise spielen andere Aspekte, wie beispielsweise Persönlichkeitseigenschaften oder Erziehung eine Rolle, warum in manchen Studien, emotionsfokussiertes Coping mit hohem Alkoholkonsum einhergeht, in anderen eher das Gegenteil der Fall ist und bei weiteren wiederum gar kein Zusammenhang zu finden ist. In Bezug auf emotionsfokussiertes Coping und Alkoholkonsum muss daher weiterhin Forschung betrieben werden, bei der weitere mögliche Einflussfaktoren berücksichtigt werden.

Es konnte ein schwacher bis mittlerer negativer Zusammenhang zwischen positivem Denken und Stress gefunden werden, der impliziert, dass Studenten, die positives Denken als Bewältigungsstrategie einsetzen, weniger Stress erleben, als Studenten, die diese Copingstrategie nicht verwenden. Daraus kann geschlossen werden, dass emotionsfokussiertes Coping zu den effektiven Bewältigungsstrategien gezählt werden kann und für Studenten in Bezug auf die Reduktion des Stresserlebens von Bedeutung ist (Fromme & Rivet, 1993).

Interpretation und Diskussion der Hypothese 3:

Die dritte Hypothese beinhaltete die Annahme, dass hoch ausgeprägtes aktives Coping mit niedrigerem Alkoholkonsum und niedrigerem Stresserleben einhergeht, als wenig ausgeprägtes akti-

ves Coping. Diese Annahmen konnten bestätigt werden. Der schwache bis mittlere negative Zusammenhang von aktivem Coping und Alkoholkonsum beinhaltet, dass Studenten, welche aktives Coping einsetzen, weniger hohen Alkoholkonsum berichten, als Studenten die weniger aktiv bewältigen. Dies spräche gegen die Ergebnisse von Veenstra et al. (2007) und Cooper et al. (1992), würde jedoch die Ergebnisse von Hussong (2003) stützen. Die hier vorliegenden Resultate weisen darauf hin, dass aktives Coping bei Studenten einen schützenden Effekt vor hohem Alkoholkonsum hat. Somit könnte aktives Coping beispielsweise einen wichtigen Aspekt in Aufklärungs- oder Präventionsmaßnahmen an Universitäten in Bezug auf Alkoholkonsum darstellen.

Auch korreliert aktives Coping zwar nur schwach, aber signifikant negativ mit Stresserleben. Das bedeutet, dass diejenigen Studenten, die aktiv copen, weniger Stress haben, als diejenigen, die Stressoren wenig aktiv bewältigen. Daraus lässt sich schließen, dass auch der Einsatz von aktivem Coping in Bezug auf Stress als effektive Bewältigungsstrategie angesehen werden kann. Dementsprechend wäre es sinnvoll aktives Coping in Stressbewältigungsangebote für Studenten miteinzubeziehen.

Interpretation und Diskussion der Hypothese 4:

In der vierten Hypothese wurde die These aufgestellt, dass hoch ausgeprägtes Coping durch soziale Unterstützung mit niedrigerem Alkoholkonsum und niedrigerem Stresserleben einhergeht, als wenig ausgeprägtes Coping durch soziale Unterstützung. Es konnte keine Evidenz für den Zusammenhang zwischen Coping durch soziale Unterstützung und Alkoholkonsum gefunden werden. Das bedeutet, dass das Bewältigen durch soziale Unterstützung bei Studenten keinen Einfluss auf deren Alkoholkonsum zu haben scheint. Dieses Ergebnis deckt sich mit denen von Veenstra et al. (2007) und Cooper et al. (1992), die ebenfalls keinen Zusammenhang zwischen Coping durch soziale Unterstützung und Alkoholkonsum fanden. Ein positiver Zusammenhang wäre so erklärbar gewesen, als dass Studenten, die mehr soziale Kontakte haben, mehr Trinkge-

legenheiten ausgesetzt sind oder durch die Gruppe eher zum Trinken motiviert werden (Piacentini & Banister, 2006). In Bezug auf den Zusammenhang von Coping durch soziale Unterstützung und Alkoholkonsum muss weitere Forschung betrieben werden. Eventuell wäre es eine Maßnahme, die Qualität oder die Art und Weise der sozialen Unterstützung mit in zukünftige Untersuchungen einzubeziehen.

Es konnte ein schwacher, aber signifikanter negativer Zusammenhang zwischen Coping durch soziale Unterstützung und Stress gezeigt werden, was bedeutet, dass Coping durch soziale Unterstützung bei Studenten einen protektiven Effekt gegenüber Stress ausübt. Dies heißt, dass es für Studenten wichtig ist, Mitmenschen zu haben, die sie in schwierigen Situationen unterstützen und für sie da sind. Die Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung würde demnach eindeutig zur Stressreduktion beitragen. Ergebnisse von Frese und Semmer (1991) stützen diese Annahme.

Interpretation und Diskussion der Hypothese 5:

In der fünften Hypothese wurde davon ausgegangen, dass hoch ausgeprägtes Coping mit Hilfe des Glaubens mit niedrigerem Alkoholkonsum und niedrigerem Stresserleben einhergeht, als wenig ausgeprägtes Coping mit Hilfe des Glaubens. Weder in Bezug auf Alkoholkonsum noch in Bezug auf Stress konnten diese Annahmen bestätigt werden. Das bedeutet, dass Coping mit Hilfe des Glaubens keinen Einfluss auf das Ausmaß des Alkoholkonsums oder das Stresserleben der Studenten zu haben scheint. Dies steht im Gegensatz zur Vermutung einiger Forscher (Britton, 2004). Diese Ergebnisse könnten damit zusammenhängen, dass heutzutage eher wenige junge Menschen ihren Glauben aktiv praktizieren und demnach auch nicht als Bewältigungsstrategie verwenden. Ein weiterer, diese Vermutung stützender Aspekt wäre, dass der Glaube in der heutigen Gesellschaft eine wesentlich geringere Rolle zu spielen scheint, als dies möglicherweise vor einigen Generationen der Fall war. Somit würden junge Studenten auch von ihrem Umfeld eher nicht motiviert werden, in Stresssituationen Halt im Glauben zu suchen. Diese Argumente würden auch erklären, warum kein Zusammenhang zwischen Coping mit Hilfe des Glaubens und

Alkoholkonsum besteht. Es könnte jedoch auch sein, dass der Zusammenhang wirklich nicht besteht oder durch andere Aspekte, wie Persönlichkeit oder das soziale Umfeld beeinflusst wird. Diesbezüglich müsste weitere Forschung betrieben werden.

Interpretation und Diskussion der Hypothese 6:

Die sechste Hypothese besagte, dass hoch ausgeprägtes Coping mit Hilfe von Alkohol oder Substanzen mit höherem Alkoholkonsum und höherem Stresserleben einhergeht, als wenig ausgeprägtes Coping mit Hilfe von Alkohol oder anderen Substanzen. Wie schon eher betont, war der Zusammenhang zwischen Coping durch Alkohol und Alkoholkonsum zu erwarten und wurde der Vollständigkeit halber erhoben. Beide dieser Annahmen konnten gestützt werden. Der mittlere bis starke hoch signifikante positive Zusammenhang von Coping mit Hilfe von Alkohol und Alkoholkonsum bedeutet, dass Studenten, die häufiger Coping mit Hilfe von Alkohol einsetzen, durchschnittlich mehr Alkohol konsumieren, als Studenten, die diese Bewältigungsstrategie weniger gebrauchen. Daraus folgt, dass Studenten mit der Neigung diese Copingstrategie zu zeigen, eher gefährdet sind, einen riskanten und damit gesundheitsschädlichen Alkoholkonsum zu entwickeln. Es wäre sinnvoll in weiterführender Forschung zu untersuchen, wie diese Risikogruppe erkannt und geschützt werden kann.

Des Weiteren zeigte sich ein zwar schwacher, jedoch signifikanter Zusammenhang zwischen Coping mit Hilfe von Alkohol und Stress. Daraus ist zu schlussfolgern, dass Studenten, die diese Copingstrategie zeigen, mehr Stress berichten, als diejenigen, die sie nicht zu ihrem Bewältigungsrepertoire zählen. Diese Ergebnisse bestätigen die in der Forschung von Lazarus und Folkman (1984) vertretene Meinung, dass Alkoholkonsum zu den ineffektiven Copingstrategien zählt. Von diesem zu den vermeidenden Strategien gehörenden Copingstil ist demnach abzuraten, da er nur vordergründig zur Stressreduktion beiträgt und zudem gesundheitsschädliche Folgen nach sich ziehen kann. Insbesondere jungen Studenten sollte dies aufgezeigt werden, um sie auf einen eventuell unbewussten oder automatisierten Einsatz dieser Bewältigungsstrategie

aufmerksam zu machen. Ein weiterer Diskussionspunkt wäre, dass es entgegen der Ergebnisse von Hypothese 1 irgendwo eine Verbindung von Stress und Alkoholkonsum zu geben scheint, da ausgeprägteres Coping durch Alkohol neben Stress ebenfalls mit Alkoholkonsum zusammenhängt. Das würde bedeuten, dass der Zusammenhang von Stress und Alkoholkonsum durch weitere oder andere als die in dieser Arbeit erhobenen Faktoren beeinflusst wird. Dies sollte in zukünftiger Forschung berücksichtigt werden.

Interpretation und Diskussion der Hypothese 7:

In Hypothese 7 wurde die Vermutung aufgestellt, dass aktive, emotionszentrierte, sozialfokussierte und glaubensorientierte Copingstile als Moderatoren auf den Zusammenhang von Stresserleben und Alkoholkonsum wirken. Kontrolliert wurden zudem die Variablen Geschlecht und Alter. Laut den Ergebnissen klärt das Geschlecht einen bedeutenden Anteil der Varianz auf, was beinhaltet, dass sich der durchschnittliche Alkoholkonsum von Studenten und Studentinnen unterscheidet. Diese Geschlechterunterschiede sollen unter Hypothese 8 näher beleuchtet werden. Das Alter der Probanden hatte hingegen keinen Einfluss auf den durchschnittlichen Alkoholkonsum. Durch den Ausschluss der für die Hypothese relevanten Variablen aktives, emotionszentriertes, sozialfokussiertes oder glaubensorientiertes Coping wegen zu hoher Kollinearität war die Berechnung der für Hypothese 7 vermuteten Zusammenhänge nicht möglich. Diesbezüglich sollten weitere Berechnungen durchgeführt werden. Der hohe Anteil der Varianz von Alkoholkonsum, der durch Coping durch Alkohol erklärt werden konnte, war zu erwarten und bedarf keiner weiteren Interpretation. Der Anteil der Varianz, der nach Kontrolle des Alters, Geschlechts und Coping durch Alkohol, durch Stress erklärt werden konnte ist zwar signifikant, jedoch verschwindend gering. Dies ist ein weiterer, die Ergebnisse der ersten Hypothese stützender Hinweis darauf, dass in der untersuchten Stichprobe kein Zusammenhang zwischen Stresserleben und Alkoholkonsum besteht.

Interpretation und Diskussion der Hypothese 8:

In Hypothese 8 beinhaltete die Erwartung, dass sich die Mittelwerte der Variablen Stress, Coping und Alkoholkonsum männlicher und weiblicher Probanden unterscheiden. Die Unterschiede bezüglich der Bewältigungsstrategien bei männlichen und weiblichen Probanden lassen in erster Linie darauf schließen, dass positives Denken eher von Männern gezeigt und die Bewältigung durch soziale Unterstützung eher von Frauen eingesetzt wird. Dies würde zu der allgemein verbreiteten Vorstellung passen, dass Frauen ihr Stresserleben eher mit Freunden teilen, und Männer ihren Stress in erster Linie mit sich selbst ausmachen. Diese Unterschiede lassen die Vermutung aufkommen, dass es grundlegende Differenzen zwischen der Stressbewältigung bei Frauen und Männern geben könnte, was mit der Theorie übereinstimmt (Hunter et al., 1999). Um dies genauer zu untersuchen, müsste weitere Forschung betrieben werden.

Die bei Männern höher ausgeprägten Werte in Coping durch Alkohol und Alkoholkonsum sowie der höhere Konsum anderer Substanzmittel sind deckungsgleich mit den in der Forschung gefundenen Resultaten (Hussong, 2003; Cooper et al., 1992). Sie legen die Schlussfolgerung nahe, dass Männer gefährdeter seien als Frauen, schädlichen Alkoholkonsum zu entwickeln. Dementsprechend wäre es eine sinnvolle Maßnahme, Präventions- oder Aufklärungsprogramme schon im Jugendalter anzusiedeln und insbesondere die risikobehaftete Gruppe der jungen Männer anzusprechen. Man sollte jedoch nicht dem Trugschluss anheimfallen, dass Frauen weniger gefährdet seien, da die Richtwerte für Frauen weit unter denen der Männer liegen. Die weiblichen Probanden zeigen zwar einen geringeren Alkoholkonsum, dieser lässt sich jedoch nach den Richtwerten der WHO immer noch als kritisch einstufen. Außerdem ist der Alkoholkonsum in der Forschung bei jungen Frauen ebenfalls als kritisch bewertet (BzGA, 2012). Dementsprechend sollten beide Geschlechter in künftigen Maßnahmen berücksichtigt werden. In Bezug auf den Stressgesamtwert und die anderen Copingstile unterscheiden sich männliche und weibliche Probanden nicht signifikant voneinander, wohl jedoch berichten Frauen mehr Stresssymptome als Männer. Dies lässt die Frage aufkommen, ob Stress sich bei Frauen schneller auf das körperliche

Wohlbefinden auswirkt, oder ob Frauen eher berichten oder wahrnehmen, wenn sie körperliche Beschwerden haben. Dies müsste in weiterer Forschung untersucht werden.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass laut den vorliegenden Ergebnissen bei Studenten kein Zusammenhang zwischen Stress und Alkoholkonsum gefunden werden konnte. Wohl wurde ein Zusammenhang zwischen Stress und Coping durch Alkohol gezeigt, was wiederum darauf hindeutet, dass irgendwo eine Verbindung von Stress und Alkoholkonsum bestehen müsste. Dies gilt es weiter zu untersuchen. Des Weiteren hängen positives Denken, aktives Coping und Coping durch soziale Unterstützung negativ mit Stress zusammen, wodurch der Gedanke nahe gelegt wird, dass diese Bewältigungsstrategien eine stressreduzierende Wirkung haben. Aktives Coping steht zudem in einem negativen Zusammenhang mit Alkoholkonsum, weshalb vermutet werden könnte, dass aktives Coping eine protektive Wirkung gegenüber Alkoholkonsum hat.

Der moderierende Effekt der Copingstrategien bleibt ungeklärt. Insgesamt stützen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung die in der Forschung vorherrschende Idee, dass der Zusammenhang von Stress und Alkoholkonsum sehr komplex ist und nicht lediglich von in Kategorien unterteilten Copingstrategien beeinflusst wird.

5.3 Messinstrumente

Bezüglich des AUDIT Fragebogens (Babor et al., 1992) ist zu erwähnen, dass zwar der durchschnittliche Alkoholkonsum erhoben wird, jedoch nicht differenziert wird, welche alkoholischen Getränke konsumiert werden, noch zu welchen Gelegenheiten getrunken wird. Diese Aspekte könnten bedeutende Hinweise zur Motivation des Alkoholkonsums unter jungen Studenten liefern, wodurch der Zusammenhang zwischen Stress, Coping und Alkohol weiter präzisiert werden könnte.

In Bezug auf das SCI (Satow, 2012) ist zu berücksichtigen, dass die Normstichprobe zwar relativ umfangreich ist, jedoch ausschließlich auf einer Befragung im Internet basiert und bisher ledig-

lich eine Studie zu diesem Fragebogen veröffentlicht wurde. Beispielsweise wird der Fragebogen zur Überprüfung der Validität nicht mit anderen Fragebögen verglichen.

5.4 Stichprobe

Neben den unter 5.1 beschriebenen Aspekten bezüglich der Stichprobe ist das ungleiche Verhältnis von männlichen und weiblichen Probanden zu erwähnen. Durch den weitaus größeren Frauenanteil könnten die Ergebnisse dahingehend an repräsentativem Wert verlieren, als dass Frauen im Durchschnitt weniger Alkoholkonsum berichten als Männer. Die Studie sollte mit einer Stichprobe durchgeführt werden, in der beide Geschlechter gleichverteilt vertreten sind.

Zudem setzt sich die Stichprobe aus lediglich zwei Studiengängen zusammen, wodurch die Repräsentativität sehr eingeschränkt ist. Möglicherweise sind bestimmte Verhaltensweisen in unterschiedlichen Studiengängen verschieden ausgeprägt vertreten, daher sollte die Studie mit Studenten mehrerer Studiengänge durchgeführt werden.

5.5 Weitere Diskussionsaspekte

Bezüglich der Durchführung der Studie ist zu erwähnen, dass der Fragebogen einmal vor der Veranstaltung der Teilnehmer und einmal danach verteilt wurde. Dies könnte eine Auswirkung auf die Motivation der Probanden gehabt haben. Im ersten Fall könnten sie sich Zeit gelassen haben, um so den Beginn der Veranstaltung hinauszuzögern, im zweiten Fall könnten sie sich beeilt haben, um möglichst schnell fertig zu werden.

Des Weiteren wurden die Fragebögen in einer Veranstaltung von den Probanden auf einen Stapel gelegt, in der anderen mussten sie von der Versuchsleiterin eingesammelt werden. Dies könnte das Gefühl der Anonymität der Probanden beeinträchtigt haben.

Zudem ist zu betrachten, dass die Teilnehmer in dieser Arbeit gebeten wurden, sich selbst und ihr Verhalten in Bezug auf Stress, Coping und Alkohol einzuschätzen. Sie sollten beurteilen, wie stark und durch welche Faktoren sie sich gestresst fühlen, wie sie normalerweise mit stressbeladenen Situationen umgehen und wie ihre Trinkgewohnheiten sind. Studien zeigen, dass die Fä-

higkeit, sich genau an bestimmte Ereignisse und sich entfaltende Prozesse, wie das Auftreten von Stressoren, Emotionen und der Einsatz von Bewältigungsstrategien zu erinnern, höchst begrenzt ist (Armeli et al., 2005). Insbesondere bezüglich des Alkoholkonsums können solche rückgreifenden Methoden zwar adäquate Messungen des durchschnittlichen Alkoholkonsums liefern, einzelne Personen variieren jedoch beträchtlich in ihrer Fähigkeit, sich an die konsumierte Alkoholmenge an einem bestimmten Tag zu erinnern (Armeli et al., 2005). Wenn man demnach das begrenzte Erinnerungsvermögen bezüglich des Trink- und Copingverhaltens bedenkt, entsteht die Frage nach der Validität der retrospektiven Beschreibung des Stressempfindens, der Bewältigungsstrategien und des Alkoholkonsums der Teilnehmer.

Schließlich muss berücksichtigt werden, dass die Einteilung von Coping in Kategorien des emotionsfokussierten, problemorientierten, Coping durch soziale Unterstützung, Coping mit Hilfe des Glaubens und vermeidenden Coping zu einer vereinfachten Darstellung der Coping-Alkohol Relation führt und Faktoren wie beispielsweise die individuelle Entwicklung zu unterschiedlichen Entwicklungszeitpunkten vernachlässigt. Zusammenfassend könnte man demnach sagen, dass die Beziehung zwischen Stress, Coping und Alkoholkonsum komplexer ist, als angenommen. Die bisherige Forschung suggeriert, dass Copingstile nicht als vollkommen adaptiv oder maladaptiv einzustufen sind, sondern dass sie auf unterschiedliche Weise abhängig von der Art des Stressors auf die Gesundheit einwirken. Dies könnte der Grund für die unterschiedlichen Befunde der bisherigen Forschung und in der vorliegenden Arbeit in Bezug auf die Copingstile sein.

6. ZUSAMMENFASSUNG

Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist die Untersuchung des Zusammenhangs von Stress, Coping und Alkoholkonsum bei jungen Studenten anhand einer korrelativen Querschnittstudie. Zu Anfang wird der theoretische Hintergrund behandelt, worin Stress- und Copingtheorien, Alkoholkonsum sowie die bisherige Forschung zu diesen Themen näher beleuchtet werden. Die weiteren Kapitel der Arbeit dienen der empirischen Untersuchung der Fragestellung. Die Stichprobe umfasst 139 weibliche und 71 männliche Studenten der Friedrich-Alexander Universität in Erlangen-Nürnberg mit einem Durchschnittsalter von 21 Jahren. Der Fragebogen setzt sich aus dem SCI (Satow, 2012) und dem AUDIT (Babor et al. 1992) zusammen. Erfasst wurden die Variablen Stress (Unsicherheit, Überforderung und Verlust in wichtigen Lebensbereichen), Copingstrategien (emotionsfokussiertes, aktives, Coping durch soziale Unterstützung, Coping mit Hilfe des Glaubens und Coping mittels Alkohol), und Alkoholkonsum (kürzlich und während der letzten 12 Monate). Die Daten wurden mittels Korrelations- und Regressionsberechnungen analysiert. Es wurde kein Zusammenhang zwischen Stress und Alkoholkonsum gefunden. Ein signifikanter negativer Zusammenhang konnte zwischen Stress und emotionsfokussiertem, aktivem sowie Coping durch soziale Unterstützung festgestellt werden. Zwischen aktivem Coping und Alkoholkonsum wurde ein signifikanter negativer Zusammenhang aufgezeigt. Ein positiver Zusammenhang wurde zwischen vermeidendem Coping und Stress sowie zwischen vermeidendem Coping und Alkoholkonsum ermittelt. Es lässt sich schließen, dass verschiedene Copingstile einen Einfluss auf das Stresserleben sowie den durchschnittlichen Alkoholkonsum junger Studenten haben. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass einige der in der vorliegenden Untersuchung gefundenen Ergebnisse im Einklang mit anderen Studien zu Stress, Coping und Alkohol stehen, einige sich jedoch als widersprüchlich erwiesen. Die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Stress, Bewältigungsstrategien und Alkoholkonsum sollte weiter verfolgt werden, da dieser weitaus komplexer zu sein scheint, als in dieser Arbeit untersucht werden konnte.

Literaturverzeichnis

- Abbey A., Smith M. J. & Scott R. O. (1993). The relationship between reasons for drinking alcohol and alcohol consumption: an interactional approach. *Addict Behaviour*; 18, 659-670.
- Albrecht, J. (2008). Zentrale Verarbeitung multimodaler sensorischer Reize nach Stimulation der Nasenschleimhaut mit Nikotin. Norderstedt: GRIN Verlag.
- Anderson, C., Johnson, K. O., Berglund, M. & Öjehagen, A. (2009). Intervention for hazardous alcohol use and high level of stress in university freshmen. A comparison between an intervention and a control university. *Elsevier Brain Research*, 1305, 61-71.
- Andrews, B. & Wilding, J. M. (2004). The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *Brain Journal Psychology* 95, 509-521.
- Armeli, S., Dehart, T., Tennen, H., Todd, M. & Affleck, G. (2007). Daily Interpersonal Stress And The Stressor-Vulnerability Model Of Alcohol Use. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2 (8), 896-921.
- Armeli, S., Todd, M. & Mohr, C. (2005). A Daily Process Approach to Individual Differences in Stress-Related Alcohol Use. *Journal of Personality* 73, 6. Blackwell Publishing.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G. (2001). AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care. Geneva: World Health Organization.
- Babor T. F., de la Fuente J. R., Saunders J. & Grant M. (1992). The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care. Geneva: World Health Organization.
- Baer, P. E., Berg Garmezy, L., McLaughlin, R. J., Pokorny, A. D. & Wernick, M. J. (1987). Stress, Coping, Family Conflict, and Adolescent Alcohol Use. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 5, 449-466.
- Barry, A. E., & Kurby, T. (2012). Alcohol as a Gateway Drug. *Journal of School Health*, 82, 8, 371-379.

- Benthien, O. (2010). Stressreduktion im Leistungssport durch die pädagogisch – psychologische Methode der Introvision: eine theoretische und empirische Untersuchung am Beispiel des Segelsports (Dissertation). Universität Hamburg.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). Forschungsmethoden und Evaluation für Human und Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer.
- Breslin, F. K.; O’Keeffe, M. K.; Burrell, L.; Ratliff-Crain, J. & Baum, A. (1995). The effects of stress and coping on daily alcohol use in woman. *Addictive Behaviors*, 20, 2, 141-147.
- Britton, P. (2004). The Relation Of Coping Strategies To Alcohol Consumption and Alcohol-Related Consequences In A College Sample. *Addiction Research and Theory*, 12 (2), 103–114.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012a). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Cannon, W.B. (1929). Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. New York: Appleton-Century.
- Clark, W. & Midanick, L. (1982). Alcohol use and alcohol problems among U.S. adults. In: *Alcohol consumption and related problems. Alcohol and Health Monograph 1*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville, MD.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, p. 155-159
- Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B. , Frone, M. R. & Mudar, P. (1992). Stress and Alcohol Use: Moderating Effects of Gender, Coping, and Alcohol Expectancies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 1, 139-152.
- Cooper, M. L., Russell, M. & George, W. H. (1988). Coping, expectancies, and alcohol abuse: A test of social learning formulations. *J. Abnorm. Psychol.* 97, 218-230.
- Deutsche Hauptstelle für Suchfragen (DHS) (2013). Alkohol. Verfügbar unter <http://www.dhs.de/suchtstoffe-verhalten/alkohol.html>. [21.04.2013].
- Drogen- und Suchtbericht Mai (2013). Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Berlin: enka-druck GmbH.

- Dielmann, T. E., Butchart, A. T., Shope, J.T. & Miller, M. (1991). Environment correlates of adolescent substance use and misuse: implications for prevention programs. *International Journal of the Addictions*, 25,7A, 855–880.
- Eid, M., Gollwitzer M. & Schmitt, M. (2010). Statistik und Forschungsmethoden. Weinheim: Beltz.
- Eppel, H. (2007). Stress als Risiko und Chance. Grundlagen von Belastung, Bewältigung und Ressourcen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2012). *Jahresbericht 2012: Stand der Drogenproblematik in Europa*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der EU.
- Evans, M. & Dunn, N.J. (1994). Alcohol expectancies, coping responses and self-efficacy judgements: a replication and extension of Cooper et al.'s 1988 study in a college sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 2, 186–193.
- Feuerlein, W. (2005). Individuelle, soziale und epidemiologische Aspekte des Alkoholismus. In M.V. Singer & S. Thyssen (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S.29-34). Heidelberg: Springer.
- Filipp, S.-H. (1995). Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In S. H. Philipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (3. Aufl., S. 3-52). Weinheim: PVU.
- Frese, M. & Semmer, N. (1991). Streßfolgen in Abhängigkeit von Moderatorvariablen: Der Einfluß von Kontrolle und sozialer Unterstützung. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.), *Psychischer Stress am Arbeitsplatz* (S. 135-153). Göttingen: Hogrefe.
- Fromme, K. & Rivet, K. (1993). Young Adults' Coping Style as a Predictor of Their Alcohol Use and Response to Daily Events. *Journal of Youth and Adolescence*, 23, 1, 85-97.
- Gastpar, M., Kasper, S. & Linden, M. (2003). Psychiatrie und Psychotherapie (2. Aufl.). Wien: Springer Verlag.
- Goldman, M., Del Boca, F., & Darkes, J. (1999). Alcohol expectancy theory: The application of cognitive neuroscience. In K. Leonard & H. Blane (Hrsg.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (S. 203–246). New York: Guilford Press.

- Greeley J. & Oei T. (1999). Alcohol and tension reduction. In: K. Leonard & H. Blane (Hrsg.), *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism* (S. 14-53). New York: Guilford Press.
- Hermes, D. (2007). Diplomarbeit: Untersuchung langzeitarbeitsloser älterer Menschen und deren Suchtgefährdung. Köln: Katholische Fachhochschule.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. & Kraus, L. (2012). *The 2011 ESPAD Report Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm: modintryckoffset AB.
- Hobfoll, S. E. & Buchwald, P. (2004). Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multiaxiale Copingmodell - eine innovative Stressidee. In P. Buchwald, C. Schwarzer & S.E. Hobfoll (Hrsg.), *Stress gemeinsam bewältigen* (S. 11-26). Göttingen: Hogrefe.
- Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, culture, and community*. New York, NY: Plenum Press.
- Holahan C. J., Moos R. H., Holahan C. K., Cronkite R. C. & Randall P. K. (2001). Drinking to cope, emotional distress and alcohol use and abuse: a ten-year model. *J Stud Alcohol*, 62, 190–8.
- Hunter, R., David A. & Saybrook I. (1999). Coping with perceived stress among college students: Gender differences, coping styles, and the role of alcohol, tobacco, and drug use. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 59, 6481.
- Hussong, A. M. (2003). Further refining the stress-coping model of alcohol involvement. *Addictive Behaviors* 28, 1515–1522.
- Kaluza, G. (2012). *Gelassen und sicher im Stress: Das Stresskompetenz-Buch - Stress erkennen, verstehen, bewältigen*. Heidelberg: Springer-Verlag
- Kohlmann, C.-W. (2002). Stress- und Copingtheorien. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 558-560). Göttingen: Hogrefe.
- Kraus, L. & Pabst, A. (Hrsg.) (2010). Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. *Sucht*, 56, 309-384.
- Landy, F.J. & Conte, J.M. (2007). *Work in the 21th Century. An Introduction To Industrial And Organizational Psychology* (2.Aufl.). Malden: Blackwell Publishing.
- Lazarus, R. S. (1995). Stress und Stressbewältigung - ein Paradigma. In S. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (3. Aufl., S. 198-232). Weinheim: Beltz.

- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Personen und Umwelt. In J.R. Nitsch (Hrsg.), *Stress. Theorien, Untersuchungen und Maßnahmen* (S. 213-259). Bern: Huber.
- Lesch, O.-M. & Walter, H. (2009). *Alkohol und Tabak, Medizinische und Soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit*. Wien: Springer-Verlag.
- Lord, F. M. & Novick, M. R. (1968). *Statistical theories of mental test scores*. Reading: Addison-Wesley.
- Maier, G.W. (2013). Gabler Verlag (Herausgeber), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Beanspruchung und Belastung, online im Internet: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de>
- Nitsch, J.R. (1981). Zur Gegenstandsbestimmung der Stressforschung. In J.R. Nitsch (Hrsg.), *Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 27-141). Bern: Huber.
- Piacentini, M. G. & Banister, E. N. (2006). Getting hammered? Students coping with alcohol. *Journal of Consumer Behaviour*, 5, 145-156.
- Pinel, J.P.J. & Pauli, P. (2007). *Biopsychologie*. München: Pearson Studium.
- Riedel, E. & Janiak, C. (2007). *Anorganische Chemie*. Berlin: De Gruyter.
- Rigter, J. (2004). *Psychologie voor der praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Ruppert, W. (1996). Machen Gefühle krank? In *Unterricht Biologie* 20, 219, S. 43-49.
- Satow, L. (2012). *Stress- und Coping-Inventar (SCI): Testmanual und Normen*. Online im Internet: <http://www.drSATOW.de>. [05.04.2013].
- Schäfer, T. (2009). *Methodenlehre II: Multiple Regression*. Chemnitz: Technische Universität Chemnitz.
- Schandry, R. (2011). *Biologische Psychologie*. Basel: Beltz Verlag.
- Schmidt, L.G. (2005) Begriffsbestimmungen. In M.V. Singer & S. Thyssen (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S.29-34). Heidelberg: Springer.

- Schneider, M. (2009). *Bewältigungsstile, Motive und familiäre Bedingungen ihrer Entwicklung*. Siegen: UniPrint.
- Schoof, D. (2009). *Psychosozialer Stress, die endokrine Stressreaktion und ihr Einfluss auf Arbeitsgedächtnisprozesse*. Bochum: Ruhr-Universität.
- Seitz, H & Bühringer, G. (2012). *Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Sher, K. J. (1987). Stress response dampening. In: H. T. Blane & K. E. Leonard (Hrsg.), *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism* (S. 227–71). New York: Guilford Press.
- Techniker Krankenkasse (2012). *TK-Stress-Studie NRW-Studenten 2012. Ergebnisse einer repräsentativen Forsa-Umfrage aus Mai 2012*. Online im Internet: <https://www.tk.de>. [15.06.2013].
- Todd, M., Tennen, H., Carney, M. A., Armeli, S., & Affleck, G. (2004). Do we know how we cope? Relating daily coping reports to global and time-limited retrospective assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 310–319.
- Thom, B. & Francome, C. (2001). *Men at Risk: Risk Taking, Substance Use and Gender*. Middlesex University: London.
- Uhl, A., Kopf, N., Springer, A., Eisenbach-Stangl, I., Kobrna, U., Bachmayer, S., Beiglböck, W., Preinsberger, W. & Mader, R. (2005). *Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends. Zweite, überarbeitete und ergänzte Auflage*. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.
- World Health Organization (2012). *Alcohol Use Disorders Identification Test*. Verfügbar unter: www.who.int. [22.06.2013].
- Veenstra, M., Lemmens, P., Friesema, I., Tan, F., Garretsen, H., Knottnerus, J. André & Zwietering, P. (2007). Coping style mediates impact of stress on alcohol use: A prospective population-based study. *Research Report Addiction, Vol 102(12)*, 1890-1898.
- Walter, M., Dammann, G. & Wiesbeck, G. A. (2005). Psychosozialer Stress und Alkoholkonsum: Wechselwirkungen, Krankheitsprozess und Interventionsmöglichkeiten. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 73, 9, 517-525.

Anhang

Anhang A: Fragebogen

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

ich freue mich, dass Sie an meiner Befragung im Rahmen meiner Bachelorarbeit im Fach Psychologie teilnehmen. In meiner Arbeit geht es um den **Umgang mit Stress und Alkoholkonsum**.

Die Befragung erfolgt vollständig **anonym**. Eine Rückverfolgung auf einzelne Personen ist nicht möglich.

Bitte lesen Sie alle Anweisungen sorgfältig durch und seien Sie ehrlich bei der Beantwortung der Fragen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Die Bearbeitung des Fragebogens dauert ca. 15 Minuten.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Helena Schmidt

Bei Fragen schreiben Sie gerne an helena-schmidt@hotmail.de

Bitte machen Sie zuerst einige Angaben zu Ihrer Person.

Geschlecht

weiblich männlich

Höchster Bildungsabschluss

- Abitur, Fachabitur
- Hochschulabschluss/Fachhochschulabschluss
- Sonstiges

Berufliche Tätigkeit

Studium: _____

und/oder

berufliche Tätigkeit: _____

Momentane Wohnsituation

- allein
- mit Partner
- mit Familienangehörigen
- WG
- Wohnheim
- Sonstiges

Alter: _____

Muttersprache: _____

Inwieweit haben Sie sich in den letzten drei Monaten durch tatsächlich eingetretene negative Ereignisse belastet gefühlt?

	Nicht eingetreten/ nicht belastet				Sehr stark belastet			
Verlust von finanziellen Mitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlust von Wohnung oder Haus / Umzug / neuer Wohnort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlust von Arbeitsplatz, Ausbildungsplatz, Studienplatz oder Verweis von der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlust von Familienangehörigen oder Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlust oder Trennung vom Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlust von Gesundheit oder Handlungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigenes Scheitern in wichtigen Lebensbereichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stress und Druck können körperliche Symptome verursachen. Welche Symptome haben Sie bei sich in den letzten sechs Monaten beobachtet?

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
Ich schlafe schlecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide häufig unter Magendrücken oder Bauchschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe häufig das Gefühl einen Kloß im Hals zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide häufig unter Kopfschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich grübele oft über mein Leben nach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe oft zu nichts mehr Lust.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe stark ab- oder zugenommen (mehr als 5kg).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Lust auf Sex ist deutlich zurückgegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich ziehe mich häufig in mich selbst zurück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Zuckungen im Gesicht, die ich nicht kontrollieren kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich schlecht konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Alpträume.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie gehen Sie mit Stress um? Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Antworten Sie möglichst spontan und lassen Sie keine Aussage aus.

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
Ich sage mir, dass Stress und Druck auch ihre guten Seiten haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egal wie groß der Stress wird, ich würde niemals wegen Stress zu Alkohol oder Zigaretten greifen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir schon vorher Gedanken, wie ich Zeitdruck vermeiden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mich überfordert fühle, gibt es Menschen, die mich wieder aufbauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sehe Stress und Druck als positive Herausforderung an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch wenn ich sehr unter Druck stehe, verliere ich meinen Humor nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche Stress schon im Vorfeld zu vermeiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Stress und Druck finde ich Halt im Glauben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebete helfen mir dabei, mit Stress und Bedrohungen umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egal wie schlimm es wird, ich vertraue auf höhere Mächte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn mir alles zu viel wird, greife ich manchmal zur Flasche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich tue alles, damit Stress erst gar nicht entsteht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich unter Druck gerate, habe ich Menschen, die mir helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Stress und Druck entspanne ich mich abends mit einem Glas Wein oder Bier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Stress und Druck finde ich Rückhalt bei meinem Partner oder einem guten Freund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Stress und Druck konzentriere ich mich einfach auf das Positive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Stress und Druck beseitige ich gezielt die Ursachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Stress und Druck erinnere ich mich daran, dass es höhere Werte im Leben gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egal wie schlimm es wird, ich habe gute Freunde, auf die ich mich immer verlassen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich zu viel Stress habe, rauche ich eine Zigarette.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selbstbeurteilungsfragebogen zu Trinkgewohnheiten

Anleitung: In diesem Fragebogen werden Sie nach Ihren Trinkgewohnheiten gefragt. Bitte lesen Sie die einzelnen Fragen durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an.

Ein Glas Alkohol entspricht: 0,33 Liter Bier / 0,25 Liter Wein oder Sekt / 0,02 Liter Spirituosen

	Nie	Etwa einmal pro Monat	2-4 mal pro Monat	2-3 mal pro Woche	4 mal oder öfters pro Woche
Wie oft trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>				

	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	10 oder mehr
Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viel alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise?	<input type="checkbox"/>				

	Nie	Seltener als 1x/ Monat	1x/ Monat	1x/ Woche	Täglich/ fast täglich
Wie oft haben Sie an einem Tag mehr als 6 alkoholische Getränke getrunken?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft haben Sie im letzten Jahr festgestellt, dass Sie mehr getrunken haben, als Sie eigentlich wollten?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft haben Sie im letzten Jahr im Zusammenhang mit dem Alkoholtrinken eine Aufgabe nicht erledigt, die man eigentlich von Ihnen erwartet hatte?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft haben Sie im letzten Jahr morgens Alkohol getrunken, um in Schwung zu kommen?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft fühlten Sie sich im letzten Jahr schuldig oder hatten ein schlechtes Gewissen aufgrund Ihres Alkoholtrinkens?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft im letzten Jahr waren Sie aufgrund des Alkoholtrinkens nicht in der Lage, sich an Ereignisse der letzten Nacht zu erinnern?	<input type="checkbox"/>				
Wurden Sie oder jemand anders schon einmal verletzt, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>				
Hat sich schon einmal ein Verwandter, ein Freund, ein Arzt oder jemand anders über Ihr Alkoholtrinken Sorgen gemacht oder Ihnen vorgeschlagen, weniger zu trinken?	<input type="checkbox"/>				

Wie viele Ihrer Freunde zeigen schätzungsweise folgende Verhaltensweisen?

	keine	wenige	einige	die meisten	alle
Zigaretten rauchen	<input type="checkbox"/>				
Konsum alkoholhaltiger Getränke	<input type="checkbox"/>				
Betrunken sein	<input type="checkbox"/>				
Marihuana rauchen	<input type="checkbox"/>				
Extasy nehmen	<input type="checkbox"/>				

Wie würden Ihre Eltern reagieren, wenn Sie die folgenden Verhaltensweisen zeigen würden?

	Sie würden es <u>nicht</u> erlauben	Sie würden davon abraten	Es wäre ihnen egal	Sie würden es erlauben	Ich weiß nicht
Zigaretten rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholhaltige Getränke trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betrunken sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extasy nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selbstbeurteilungsfragebogen zu Substanzmittelkonsum

Anleitung: Nun werden Sie nach dem Gebrauch weiterer Mittel gefragt. Bitte kreuzen Sie an, ob Sie die unten genannten Mittel jemals gebraucht haben oder nicht. Wenn Sie „ja“ ankreuzen, geben Sie bitte Ihr Alter beim ersten Gebrauch und die Anzahl der Tage an, an denen Sie dieses Mittel im letzten Monat konsumiert haben.

	Jemals konsumiert		Alter beim ersten Gebrauch	An wie vielen Tagen gebraucht im letzten Monat
	nein	ja		
Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →		
Cannabis (z.B. Marihuana, Haschisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Halluzinogene (z.B. LSD, Pilze, Special K)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Methadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Andere Opiate/ Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Medikamente/ Tabletten (z.B. Antidepressiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sonstige (z.B. Extasy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang B: Tabellen und Abbildungen

Tabelle B.1

Auswirkungen des Alkohols auf Funktionen des Nervensystems in Abhängigkeit von der Blutalkoholkonzentration (nach Schandry, 2007)

Alkoholkonzentration in mg/ml Blut (Promille)	Symptome
0,1 – 0,5	Redseligkeit, Reflexsteigerung
0,5 – 1,0	Verringerung der Tiefensehschärfe und der Dunkeladaptation beim Sehen, verlängerte Reaktionszeit
1,0 – 1,5	Euphorie, Enthemmung, hohe Unfallgefahr im Straßenverkehr
1,5 – 2,0	Reaktionszeit stark verlängert, Sprach-, Gleichgewichts- und Koordinationsstörungen
2,0 – 2,5	Starker Rauschzustand, Gleichgewichts- und Koordinationsstörungen noch stärker hervortretend
2,5 – 3,5	Lähmungserscheinungen, grobe Gleichgewichts- und Koordinationsstörungen, Bewusstseinstrübungen, fehlendes Erinnerungsvermögen
3,5 – 4,0	Tiefes, evtl. tödliches Koma

Tabelle B.2

Itemanzahl und Cronbachs α der Skalen des SCI (angepasst nach Satow, 2012)

Skala	Items	Cronbachs α
Stress 1 (Unsicherheit)	7	.72
Stress 2 (Überforderung)	7	.69
Stress 3 (Verlust)	7	.69
Stress gesamt	21	.82
Stresssymptome	13	.86
Positives Denken	4	.74
Aktive Bewältigung	4	.74
Soziale Unterstützung	4	.88
Halt im Glauben	4	.78
Alkohol- /Zigarettenkonsum	4	.75

Tabelle B.3

Test der Homogenität der Varianzen mittels Levene Test

Variable	Levene-Statistik	df1	df2	Signifikanz
Stress gesamt	.04	1	204	.84
Coping Positives Denken	1.31	1	208	.25
Coping Aktive Bewältigung	.32	1	205	.57
Coping Soziale Unterstützung	3.43	1	208	.06
Coping Halt im Glauben	7.42	1	207	.00
Coping Alkohol /Zigaretten	.01	1	207	.91
Alkoholkonsum	4.02	1	203	.04

Tabelle B.4

Test auf Normalverteilung mittels Kolmogorov-Smirnof Test

Variable	Geschlecht	Kolmogorov-Smirnof		
		Statistik	df	Signifikanz
Stress gesamt	männlich	.11	67	.03
	weiblich	.08	130	.02
Coping Positives Denken	männlich	.11	67	.02
	weiblich	.11	130	.00
Coping Aktive Bewältigung	männlich	.10	67	.04
	weiblich	.10	130	.00
Coping Soziale Unterstützung	männlich	.16	67	.00
	weiblich	.20	130	.00
Coping Halt im Glauben	männlich	.21	67	.00
	weiblich	.23	130	.00
Coping Alkohol /Zigaretten	männlich	.12	67	.01
	weiblich	.19	130	.00
Alkoholkonsum	männlich	.13	67	.00
	weiblich	.11	130	.00

Tabelle B.5

Korrelationen nach Pearson

	Stress gesamt	Coping positiv	Coping aktiv	Coping support	Coping Glaube	Coping Alkohol	AUDIT	Symp-tome
Stress gesamt	(1.0)	-.232**	-.139*	-.198**	.035	.145*	.084	.489**
N	206	206	203	206	205	206	201	200
Coping positiv	-.232**	(1.0)	.254**	.142*	.154*	-.051	.036	-.269**
N	206	210	207	210	209	209	205	204
Coping aktiv	-.139*	.254**	(1.0)	.173*	.177*	-.209**	-.182**	-.101
N	203	207	207	207	206	206	202	201
Coping support	-.198**	.142*	.173*	(1.0)	.055	-.135	-.118	-.119
N	206	210	207	210	209	209	205	204
Coping Glaube	.035	.154*	.177*	.055	(1.0)	-.120	-.122	.121
N	205	209	206	209	209	208	204	203
Coping Alkohol	.145*	-.051	-.209**	-.135	-.120	(1.0)	.498**	.059
N	206	209	206	209	208	209	204	203
AUDIT	.084	.036	-.182**	-.118	-.122	.498**	(1.0)	-.036
N	201	205	202	205	204	204	205	201
Symptome	.489**	-.269**	-.101	-.119	.121	.059	-.036	(1.0)
N	200	204	201	204	203	203	201	204

Anm.: N = Anzahl der Probanden. Stress gesamt = Gesamtstresswert; Coping positiv = emotionales Coping; Coping aktiv = aktives Coping; Coping support = Coping durch soziale Unterstützung; Coping Glaube = Coping mit Hilfe des Glaubens; Coping Alkohol = Coping mit Hilfe von Alkohol oder Zigaretten; AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test; Symptome = Stresssymptome. Signifikante Ergebnisse sind dick gedruckt dargestellt. 2-seitige Signifikanz.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Abbildung B.1

Streudiagramm für den Gesamtstresswert und den AUDIT-Gesamtwert

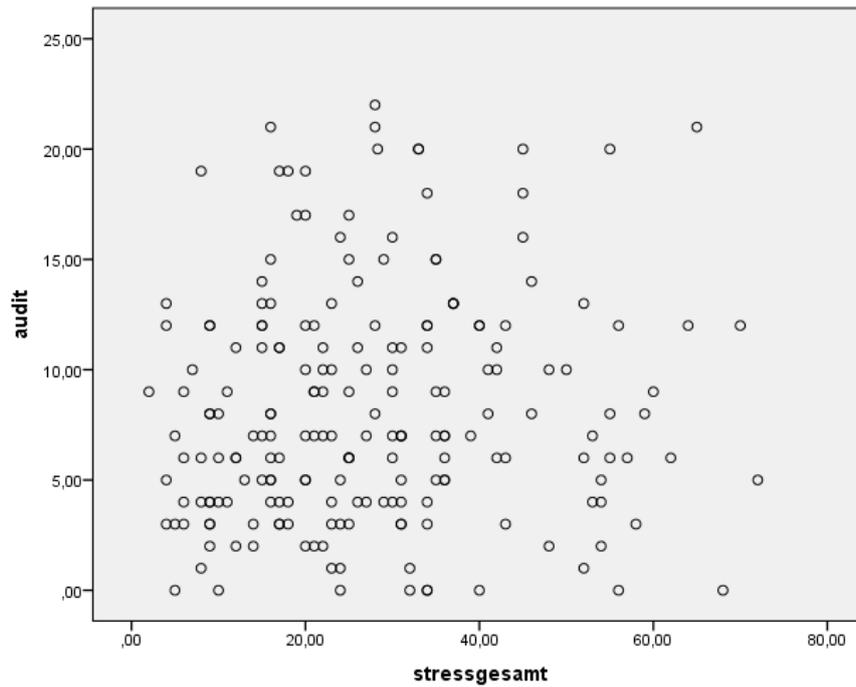


Abbildung B.1. Streudiagramm für die Korrelation zwischen Gesamtstresswert (auf der Abszisse) und AUDIT-Gesamtwert (auf der Ordinate) zur zusätzlichen Überprüfung des Zusammenhangs.

Anhang C: Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel selbstständig angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind als solche kenntlich gemacht. Die vorliegende Arbeit war in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung und wurde nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift