

Religiös-spirituelles Befinden und Abhängigkeit bei polytoxikomanen Patienten

Martin Erbler¹ , Janine Neubert¹, Human-Friedrich Unterrainer^{2,3,4} und Christian Vorstius¹

¹ Bergische Universität Wuppertal, Lehrstuhl für Allgemeine und Biologische Psychologie

² CIAR: Zentrum für Integrative Suchtforschung, Verein Grüner Kreis, Wien

³ Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Medizinische Universität Graz, Graz

⁴ Institut für Religionswissenschaften, Universität Wien, Wien

Zusammenfassung: *Zielsetzung:* Substanzgebrauchsstörungen haben eine multifaktorielle Ätiologie und sind in allen Gesellschaftsschichten verbreitet. Langfristige Abstinenz von allen psychotropen Substanzen, inklusive Substitutionsmitteln, bleibt für viele Süchtige ein schwer erreichbares Ziel. Hier soll der Einfluss von spirituellen Inhalten und Praktiken auf erfolgreiche Abstinenz beleuchtet werden, da Spiritualität als eine Grundlage der Wirksamkeit von Narcotics Anonymous (NA) Selbsthilfegruppen (SHG) angenommen wird. *Methodik:* Polytoxikomane Patienten (PP0, n = 43, 12w, 31 m) in stationärer bzw. ambulanter Suchtbehandlung wurden mit einer Stichprobe (PPNA, n = 55, 26w, 29 m), welche mind. 12 Monate konsumfrei von psychotropen Substanzen leben und regelmäßig NA-Treffen besuchen, hinsichtlich ihres religiös-spirituellen Befindens (RSB) verglichen. Zudem wurde der Zusammenhang von Intensität des RSB und Dauer der Abstinenz untersucht. *Ergebnisse:* Die Ergebnisse zeigen signifikant höhere RSB-Werte bei PPNA gegenüber PP0. Ein Zusammenhang von Dauer der Konsumfreiheit und Ausmaß an RSB konnte jedoch nicht gefunden werden. *Schlussfolgerung:* Erfolgreich abstinent polytoxikomane Patienten unterscheiden sich im Ausmaß des religiös-spirituellen Wohlbefindens von noch Abhängigen, der Wirkmechanismus bleibt jedoch weiter unklar. Längsschnittsorientierte Forschung ist notwendig, um Erkenntnisse hinsichtlich der kausalen Zusammenhänge von Spiritualität und Abstinenz bei Menschen mit Substanzkonsumstörung weiter zu ergründen.

Schlüsselwörter: Narcotics Anonymous, Polytoxikomanie, religiös-spirituelles Befinden, Abstinenz, 12-Schritte-Selbsthilfegruppen Programm

Religious-Spiritual Well-Being and Addiction in Polytoxicomaniac Patients

Abstract: *Background:* Substance use disorders have a multifactorial aetiology and are widespread in all parts of society. Long-term abstinence from all psychotropic substances, including substitutes, remains an elusive goal for many addicts. *Aim:* For a number of previously active drug addicts, the spiritual programme of Narcotics Anonymous (NA) seems to be an important support mechanism for a drug-free life. As spirituality is one assumed foundation of NA support group effectiveness, the influence of spiritual content and practices on successful abstinence will be examined. *Methods:* We investigated to what extent polytoxicomaniac patients (PP0, n = 43, 12f, 31 m), who were in in- and outpatient treatment at an addiction clinic, differed in their Religious/Spiritual Well-Being (RSWB) from a sample of patients (NA, n = 55, 26f, 29 m) who had not been consuming psychotropic substances for at least 12 months and who attended NA meetings regularly. In addition, we investigated whether an increase in the intensity of self-reported RSWB is related to the duration of abstinence. *Results:* Our results show significantly higher values in RSWB for the NA compared to the PP0 group. However, there was no significant relationship between the length of abstinence and RSWB. *Conclusion:* Polytoxicomaniac patients, who successfully reached abstinence, differ in the extent of RSWB from those who are still dependent, but the underlying mechanisms remain unclear. Experimental and longitudinal research is needed to further explore the causal relationships between spirituality and abstinence in people with (multiple-) substance use disorders.

Keywords: Narcotics Anonymous, polytoxicomania, religious-spiritual well-being, abstinence, 12-step-mutual-help groups

Einleitung

Aktuelle Erhebungen zur Rückfälligkeit von Patienten in stationären Drogenrehabilitationsmaßnahmen zeigen, dass fast 80 % innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsende rückfällig werden (Fischer et al., 2019). Untersuchungen zu Rückfallquoten bei Opiatabhängigen, wel-

che sich in einer ambulanten Entwöhnungstherapie befanden, wiesen nach 6 Monaten Rückfallquoten von 73 % auf (Dehmel, 1989). Herbst (1992) untersuchte über 4 Jahre hinweg 216 drogenabhängige Personen, welche Heroin, Kokain oder Substitutionsmittel zu sich nahmen. Es zeigte sich, dass nach einer Langzeitdrogentherapie mit einer durchschnittlichen Dauer von 9–12 Monaten, 78,5 %

der Personen einen länger dauernden Rückfall hatten. Dies deutet darauf hin, dass auch nach Teilnahme an Drogenrehabilitationsmaßnahmen völlige Abstinenz die Ausnahme darstellt.

Als ein Faktor, der einen Einfluss auf die Erfolgswahrscheinlichkeit von dauerhafter Abstinenz haben könnte, wird Spiritualität diskutiert. Eine negative Korrelation von Spiritualität und Suchterkrankungen findet sich in der Literatur bereits gut dokumentiert (Galanter, 2006; Derratis & Galanter, 2016), wobei der Fokus hier klar auf der Abhängigkeit und nicht einem etwaigen rituellen Gebrauch bewusstseinsverändernder Substanzen mit dem Ziel spirituelle Erfahrungen zu machen, liegt. Der Zusammenhang kann anhand unterschiedlicher Modellannahmen diskutiert werden (Room, 2013). Im Detail beschreibt Miller (2013) religiöse Involvierung als protektiven Faktor gegen eine Suchterkrankung, dies lässt sich sowohl anhand von Korrelations- als auch von Längsschnittstudien belegen. Dementsprechend weisen George, Larson, Koenig und McCullough (2000) im Besonderen auf den negativen Zusammenhang zwischen Spiritualität und Alkoholabhängigkeit hin (Conner, Anglin, Annon & Longshore, 2009; Treloar, Dubreuil & Miranda, 2014). Dabei betonen sie allerdings, dass über die Kausalrichtung nur gemutmaßt werden kann. In einer Überblicksarbeit von Geppert, Bogenschütz und Miller (2007) wurde eine Bibliographie von Studien erstellt, welche die Verbindung von Spiritualität und Sucht thematisieren. Dabei wurden 10 nichtexklusive Kategorien von Forschungsbeiträgen gebildet (z.B. Religion und Spiritualität in der Epidemiologie von Suchterkrankungen; psychoaktive Substanzen und spirituelle Erfahrungen etc.). Insgesamt wird auch hier eine negative Verbindung von Spiritualität und Sucht berichtet, wobei das Praktizieren von Meditation (Williams, Greene, Leitner & Merlo, 2020) und die Involvierung in 12-Schritte Programme als im Besonderen protektiv im Rückfallgeschehen beschrieben wird. In einer rezenten systematischen Überblicksarbeit zur Bedeutung einer spirituellen Dimension in der Suchtbehandlung von Kimmerle und Unterrainer (2019) konnten insgesamt 8 Studien gefunden werden, in welchen ebenfalls die Bedeutsamkeit der 12-Schritte Programme (Anonyme Gruppen) als wichtig angesehen wird (Krentzman, 2017). Allerdings verweisen die Autoren auch auf die noch recht dürftige Forschungslage, bzw. wird die Messung von Religiosität und Spiritualität mittels eines einheitlichen Ansatzes angeregt, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erleichtern würde. Den bisherigen Ergebnissen entsprechend konnte in einer rezenten Arbeit gezeigt werden, dass auch eine negative Korrelation zwischen Spiritualität und Spielsucht bestehen dürfte (Gavriel-Fried, Moretta & Potenza, 2020).

In der Literatur finden sich also Hinweise, dass im Allgemeinen ein aktiver Drogenkonsum mit einem verminder-

ten psychologischen Wohlbefinden einhergeht. Dem entsprechend weisen Geppert et al. (2007) auf eine inverse Beziehung zwischen Drogenkonsum und Religiosität/Spiritualität hin. Im Speziellen zeigten sich auch geringere Werte im religiös-spirituellen Wohlbefinden (RSB; Unterrainer, Lewis, Collicutt & Fink, 2013a) aus dem MI-RSB48 (Unterrainer, Huber, Ladenhauf, Wallner-Liebmann & Liebmann, 2010), welches auch in unserer Studie verwendet wurde. RSB kann demnach global als die Fähigkeit beschrieben werden, „Sinn und Bedeutung der eigenen Existenz durch ein Gefühl der Verbundenheit mit sich selbst, mit anderen Menschen und einer (wie auch immer gearteten) höheren Macht zu erfahren.“ (Unterrainer & Fink, 2013, S. 34).

Hinsichtlich des Ausmaßes an RSB kann bezüglich klinischer Suchtpatienten zusammengefasst werden, dass dieses im Allgemeinen geringer ausgeprägt ist (Unterrainer, Huber, Stelzer & Fink, 2012; Unterrainer et al., 2013b). Auf Subskalen-Niveau ist das vor allem auf ein hoch signifikant niedrigeres Ausmaß an (allgemeiner) Religiosität zurückzuführen. Hier dürfte auch die oftmals fehlende gesellschaftliche Einbettung von suchtkranken Menschen eine Rolle spielen. Das Merkmal der Religiosität misst vorrangig institutionelle als auch traditionelle Aspekte der Gläubigkeit. Dementsprechend fallen die Unterschiede bei den Subskalen Allverbundenheit und Hoffnung transzendent deutlich geringer aus. Überhaupt ist davon auszugehen, dass mit der Allverbundenheits-Skala die spirituellen Bedürfnisse von Suchtpatienten wohl am besten angesprochen werden können. Das vergleichsweise recht hohe Ausmaß an Hoffnung transzendent innerhalb der Suchtgruppen könnte auch auf die Doppeldeutigkeit der Inhalte der Skala verweisen – so mag die Hoffnung auf ein besseres Leben danach (nach dem Tod) auch Ausdruck einer latent vorhandenen Suizidalität sein (die ja wiederum bei Suchtgruppen drastisch erhöht ist). In Bezug auf diejenigen Sub-Dimensionen, welche den immanenten Raum der Wahrnehmung betreffen (Hoffnung, Vergebung, Erfahrungen von Bedeutung und Sinn) zeigten sich innerhalb der Suchtgruppen deutlich verringerte Werte. Dies kann als Ausdruck eines generell herabgesetzten psychischen Wohlbefindens bzw. auch von psychischer Erkrankung interpretiert werden, so zeigten sich die Parameter immanenten Wohlbefindens meistens hoch signifikant negativ mit Depression oder Angsterleben korreliert (Unterrainer et al., 2012).

Basierend auf diesen Erkenntnissen, sowie der Überblicksarbeit von Geppert et al. (2007) und weiteren Studien (Kaskutas, Turk, Bond & Weisner, 2003; Unterrainer et al., 2012; Walton-Moss, Ray & Woodruff, 2013) wäre ein Anstieg des RSB bei fortdauernder Abstinenz plausibel.

Neben der Dauer der Abstinenz scheinen auch Geschlecht und Alter als Einflussfaktoren eine Rolle zu spielen. So wurden geschlechtsspezifische Unterschiede in

Bezug auf Spiritualität und Religiosität bei Personen mit Substanzkonsumstörungen bereits untersucht, auch wenn die Ergebnisse hierzu nicht eindeutig sind (Bliss & Ekmark, 2013; Kelly & Hoepfner, 2013). Im Allgemeinen zeigen Frauen jedoch ein höheres Ausmaß an Spiritualität und Religiosität als Männer (Acheampong, Lasopa, Striley & Cottler, 2016; Bryant, 2007; Charzyńska, 2015; Poage, Ketzenberger & Olson, 2004; Simpson, Cloud, Newman & Fuqua, 2008). Mit Blick auf Einflüsse von Alter auf das Ausmaß an Religiosität und Spiritualität ist das Bild eindeutiger. So zeigen sich konsistente Befunde dahingehend, dass ältere Erwachsene hier im Allgemeinen höhere Ausprägungen zeigen als jüngere (Lewis, 2001; Toussaint, 2001).

Forschungsziel

Vor diesem Hintergrund soll in der vorliegenden Arbeit der Zusammenhang von Spiritualität und erfolgreicher Abstinenz weiter untersucht werden. Dazu werden folgende Hypothesen überprüft: *Hypothese 1*: Probanden mit einer Substanzkonsumstörung, die abstinent von allen psychotropen Substanzen (exklusive Nikotin und Koffein), leben und regelmäßig 12-Schritte-SHG (Selbsthilfegruppe) besuchen, weisen im Durchschnitt ein höheres RSB (RSB, gemessen mit dem MI-RSB 48) auf, als Probanden mit einer Substanzkonsumstörung, die unter Einfluss von psychotropen Substanzen stehen. *Hypothese 2*: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Abstinenzzeit (Zeitraum der Abstinenz von allen psychotropen Substanzen, exklusive Nikotin und Koffein) und dem RSB.

Methodik

Untersuchungsdesign

Die vorliegende Untersuchung ist eine Querschnittsstudie mit einer Stichprobe von polytoxikomanen Probanden. Für die Untersuchung erfolgte innerhalb der Stichprobe eine eindeutige Gruppenunterscheidung anhand der Kriterien Abstinenzzeit und NA-Mitgliedschaft. Abstinenzzeit wurde dabei definiert als Zeitraum, in dem ein Teilnehmer abstinent, d. h. ohne Einnahme von psychotropen Substanzen (inklusive Alkohol und Substitutionsmitteln) lebt. Als PPO bezeichnen wir Probanden, die sich aktuell in der Entgiftung oder Substitution befinden (Abstinenzzeit = 0). Als PPNA bezeichnen wir Probanden, die angeben zum Untersuchungszeitpunkt mind. 12 Monate abstinent zu sein und regelmäßig 12-Schritte-SHG Meetings der NA zu besuchen. Die mind. 12 Monate Abstinenzzeit wurden auf

Grund der hohen Rückfallquote in diesem Zeitraum gewählt, um weitestgehend sicherzustellen, dass Teilnehmende in dieser Gruppe längerfristig abstinent sind und um die Gruppen somit trennschärfer zu machen.

Alle Probanden gaben an, mindestens einmal in ihrem Leben stationär oder ambulant aufgrund einer Substanzkonsumstörung in einer Entgiftung und oder im Rahmen einer Langzeittherapie behandelt worden zu sein.

Die Gruppe der PPO befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung zur Suchtbehandlung in der LVR Klinik Langenfeld. Alle Mitglieder der Gruppe der PPO gaben an, im Rahmen ihrer Behandlung, in den letzten 48 Stunden psychotrope Substanzen in Form von Buprenorphin, Polamidon oder Methadon, verabreicht bekommen zu haben. Darüber hinaus hat kein Teilnehmer der PPO regelmäßig Treffen einer NA-SHG besucht. Die Teilnehmer dieser Gruppe wiesen entsprechend eine Abstinenzzeit von 0 Monaten auf.

Die Gruppe der PPNA bestand aus Teilnehmern, welche regelmäßig 12-Schritte Meetings der NA besuchten und im Rahmen dieser Meetings befragt wurden. Für die Teilnahme an der Studie war Voraussetzung, dass Teilnehmer dieser Gruppe eine *Abstinenzzeit* von mind. 12 Monaten angeben konnten.

Von allen Personen wurden demographische und anamnestiche Daten sowie das RSB erfasst. Ein entsprechender Erhebungsfragebogen wurde allen Teilnehmern in digitaler Form (Tablet-PC) zugänglich gemacht und konnte vom Großteil der Probanden selbstständig ausgefüllt werden. Sofern die Notwendigkeit bestand, wurden die Probanden vom Testleiter mündlich bei der Bearbeitung des Fragebogens unterstützt. Dabei wurden Fragen vorgelesen und Antworten vom Testleiter in den digitalen Fragebogen eingegeben.

Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus insgesamt 98 Personen, zusammengesetzt aus Patienten, die sich zum Zeitpunkt der Erhebung entweder in einer Entgiftung oder in einer ambulanten Substitutionsbehandlung in der LVR Klinik Langenfeld befanden (PPO, $n = 43$, 12 weiblich, 31 männlich) und abstinent lebenden NA Mitgliedern (PPNA, $n = 55$, 26 weiblich, 29 männlich) mit einer Abstinenzzeit von mind. 12 Monaten. Alle Mitglieder der Gruppe der PPNA besuchen seit mindestens 12 Monaten regelmäßig (mehrmals monatlich) Meetings der NA. Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte durch einen Aushang in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen in der LVR Klinik Langenfeld. Ein weiterer Teil der Probanden wurde direkt in den SHG der NA und in einer geschlossenen, nicht offiziellen NA-Facebook Gruppe rekrutiert. Die Stichprobe der PPNA

wies ein durchschnittliches Alter von 45.38 (SD = 9.88) Jahren auf. Für die Stichprobe der PPO zeigte sich ein durchschnittliches Alter von 41.26 (SD = 9.43) Jahren. Der Anteil der Geschlechter unterschied sich ebenfalls deskriptiv zwischen den Gruppen und lag mit einem Anteil von 72% männlichen Teilnehmern in der Gruppe der PPO höher als der Anteil der männlichen Teilnehmer der PPNA (53%). Auch hinsichtlich der Anzahl vorheriger Entgiftungen und des bisherigen Drogenkonsums zeigten sich Unterschiede in den Gruppen, welche in Tabelle 1 aufgeführt werden.

Instrumente

Demographische und anamnestiche Daten wurden durch einen selbst erstellten Fragebogen erhoben. Abgefragt wurden dabei Alter, Geschlecht, Dauer der Abstinenzzeit, Anzahl der Langzeittherapien und Entgiftungen, sowie die Häufigkeit der Teilnahme an einer 12-Schritte SHG. Zusätzlich wurde die Einnahme von psychotropen Substanzen innerhalb der letzten 48h abgefragt, sowie mittels einer multiple-choice Frage, welche Drogen zur aktiven Konsumzeit eingenommen wurden.

Zur Messung des RSB wurde das Multidimensionale Inventar zum Religiös-Spirituellen Befinden (MI-RSB 48, Unterrainer, Huber, Ladenhauf, Wallner-Liebmann & Liebmann, 2010) eingesetzt. Das Inventar beinhaltet 48 Fragen, die mittels einer Skala von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 6 (trifft sehr zu) beantwortet werden können. Die insgesamt sechs Subskalen können in zwei Erfahrungsräume: einen immanenten und einen transzendenten Bereich differenziert werden (Utsch, 1998). Die Skalen „Hoffnung immanent“, „Vergebung“ und „Erfahrung von Bedeutung und Sinn“ werden dem immanenten Erfahrungsbereich zugeordnet. Zu dem transzendenten Wahrnehmungsraum zählen die Skalen „Allgemeine Religiosität“, „Hoffnung transzendent“ und „Allverbundenheit“. Durch Aufsummierung der Sub-Skalen kann ein Gesamt-Score: „Religiös-Spirituelles Befinden“ gebildet werden. Eine genauere inhaltliche Erläuterung der einzelnen Sub-Skalen kann am besten mittels der Marker-Items erfolgen: „Hoffnung immanent“: „Ich blicke mit Optimismus in die Zukunft“, für „Vergeben“: „Es gibt Dinge, die ich nicht verzeihen kann“ (invers codiert), für „Erfahrungen von Bedeutung und Sinn“: „Ich habe die Erfahrung der Echtheit von Gefühlen gemacht“, für „Hoffnung transzendent“: „Ich denke oft daran, dass ich die von mir geliebten Menschen zurücklassen muss“ (invers codiert), für „Allgemeine Religiosität“: „Mein Glaube gibt mir ein Gefühl von Sicherheit.“ und für „Allverbundenheit“: „Ich habe eine Erfahrung gemacht, in der meine Person in etwas Größerem aufzugehen schien.“ (Unterrainer & Fink, 2013, S. 34). Das Inventar wurde an einer Stichprobe von 200 Studierenden erprobt

Tabelle 1. Stichprobencharakteristika

	PPO	PPNA	sig. (p)
Alter in Jahre	41.26 (9.43)	45.38 (9.88)	.039
Geschlecht			
männlich	72.1	52.7	.051
weiblich	27.9	47.3	
Dauer Abstinenzzeit in Monaten	0	115.47 (90.73)	-
Anzahl Entgiftungen			
0	8	1	.054
1	14	7	
2	9	8	
3	7	3	
>3	17	24	
Anzahl Langzeittherapien			
0	10	21	.010
1	23	12	
2	8	5	
3	9	1	
>3	5	4	
Drogenkonsum			
Alkohol	55,8 %	90,9 %	< .001
Heroin	95,3 %	41,8 %	< .001
Kokain	72,1 %	49,1 %	.022
Amphetamine	62,8 %	52,7 %	.318
Benzodiazepine	58,1 %	40,0 %	.074
THC	69,8 %	72,7 %	.748

Anmerkungen: Mittelwerte und Standardabweichungen oder Häufigkeiten, $n=43$ für PPO und $n=55$ für PPNA. PPO= Gruppe der polytoxikomanen Patienten ohne Abstinenzzeit. PPNA= Gruppe der polytoxikomanen Patienten mit mind. 12 Monaten Abstinenzzeit und Mitgliedschaft bei den NA. RSB=Religiös-spirituelles Befinden. Als Signifikanztests wurden Chi-Quadrat-Tests, bei Alter ein t-Test verwendet. sig. (p) = Signifikanzwert.

und anhand einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung ($N = 263$) validiert. Hier kann ein deskriptiver Mittelwert des Gesamtscores von $M = 197.52$ aus der nicht-klinischen Stichprobe ($N = 263$) der Evaluierungsphase des MI-RSB angegeben werden (Unterrainer, 2010). Der Gesamtscore zum RSB wies mit einem Cronbachs $\alpha = .89$ eine sehr zufriedenstellende interne Konsistenz auf (für alle Subskalen: Cronbachs $\alpha > .70$; Unterrainer, 2010).

Statistisches Analyseverfahren

Für die statistischen Analysen wurde das Statistikprogramm SPSS (Version 25) verwendet. Alter, Geschlecht und Anzahl der Entgiftungen wurden als Kovariaten in die durchgeführte MANCOVA aufgenommen. Die Voraussetzungen für die Nutzung einer MANCOVA wurden geprüft und waren teilweise verletzt. Daher wurde Pillai's Teststatistik verwendet, die als robust gegenüber Abweichungen von der Normalverteilung und der Varianz-Kovarianz-Homogenität gilt. Alle korrelativen Zusammenhänge wurden mit dem Korrelationskoeffizienten nach Pearson geprüft. Für alle Tests wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ verwendet. Als Maß der Effektstärke berichten wir Cohen's d (Cohen, 1988).

Ergebnisse

In Tabelle 1 werden die deskriptiven Statistiken der erhobenen anamnestischen Daten aufgeführt.

Es zeigte sich ein signifikanter Effekt für Gruppenunterschiede zwischen PPO und PPNA, Pillai's Trace $V = .464$, $F_{(7,87)} = 10.76$, $p < .001$, $d = 1.86$. Die Tests der Zwischensubjekt Effekte zeigen sowohl für den Gesamtscore des RSB einen signifikanten Gruppenunterschied als auch für die Subscores des RSB für die abhängigen Variablen „Allgemeine Religiosität“, „Hoffnung immanent“, „Hoffnung transzendent“, „Erfahrung von Bedeutung und Sinn“ und „Vergeben können“ statistisch signifikante Unterschiede, für die Variable „Allverbundenheit“ lediglich eine Tendenz (siehe Tab. 2).

Für die zweite Hypothese, der Prüfung des Zusammenhangs zwischen RSB und Abstinenzzeit, wurden in der Gruppe der PPNA Korrelationen zwischen RSB Gesamtscore, respektive den Subskalen, und der Abstinenzzeit be-

rechnet. Dabei fanden sich weder für den Gesamtscore noch für die Subskalen signifikante Zusammenhänge mit der Abstinenzzeit (alle $p > .08$).

Neben den für die Hypothesen relevanten Werten, zeigte sich in der MANCOVA darüber hinaus ein interessanter Alterseffekt. So wurde für die Subskala „Vergeben können“ ein signifikanter Effekt von Alter gefunden ($F_{(1,93)} = 7.945$, $p = .006$, $d = .59$). Detailliertere Analysen ergaben für die Subskala „Vergeben können“ eine signifikante Interaktion zwischen Alter und Gruppe ($F_{(1,92)} = 5.067$, $p = .027$, $d = .47$). Es zeigte sich, dass vor allem junge Personen der PPO Gruppe niedrigere Werte in der Subskala „Vergeben können“ aufwiesen. Bei allen anderen Subskalen konnten keine Alterseffekte aufgezeigt werden (alle $p > .35$). Getrennte Korrelationsanalysen zum Zusammenhang von Alter und der Subskala „Vergeben können“ zeigten entsprechend für die Gruppe der PPO einen signifikanten Zusammenhang ($r = .432$, $p = .004$), wohingegen in der PPNA Gruppe kein solcher Zusammenhang bestand ($r = .118$, $p = .391$).

Als weitere Zusatzanalyse wurde berechnet, ob sich die vorliegenden Werte der RSB Gesamtscores der beiden Gruppen vom Mittelwert einer nicht-klinischen Stichprobe aus der Normierungsphase des MI-RSB 48 unterscheiden ($M = 198$). Dazu wurden für beide Gruppen Einstichproben t -Tests berechnet. Es zeigte sich, dass der RSB Gesamtscore in der PPO Gruppe signifikant kleiner war ($t_{(42)} = -4.155$, $p < .001$) wohingegen Probanden in der PPNA Gruppe signifikant höhere Werte hatten ($t_{(54)} = 7.000$, $p < .001$).

Diskussion

In der vorliegenden Untersuchung sollte der Frage nachgegangen werden, ob sich das Religiös-Spirituelle Wohlbefinden zwischen zwei Gruppen von polytoxikomanen

Tabelle 2. Zwischensubjekt Effekte der MANCOVA Analyse

MI-RSB 48	PP0	PPNA	F	sig. (p)	d
Religiös-spiritueller Befinden (RSB)	176.35	222.31	50.86	< .001	1.48
Allgemeine Religiosität	21.78	38.22	52.14	< .001	1.50
Allverbundenheit	28.34	32.23	3.79	.054	0.40
Hoffnung immanent	24.80	29.46	16.24	< .001	0.84
Hoffnung transzendent	27.16	33.81	13.48	< .001	0.76
Erfahrung von Bedeutung und Sinn	37.46	41.53	7.42	.008	0.57
Vergeben können	27.94	36.96	24.06	< .001	1.02

Anmerkungen: MI-RSB 48 Gesamtscore und Subskalen bereinigt für Alter, Geschlecht und Anzahl der Entgiftungen. PP0 = Gruppe der polytoxikomanen Patienten ohne Abstinenzzeit; PPNA = Gruppe der polytoxikomanen Patienten mit mind. 12 Monaten Abstinenzzeit und Mitgliedschaft bei den NA; F = F-Wert aus der multivariaten Kovarianzanalyse; sig. (p) = Signifikanzwert; d = Effektstärke Cohen's d .

Patienten unterscheidet und mit der Länge der Abstinenzzeit zusammenhängt. Die Gruppe der PPNA, welche eine Abstinenzzeit von mind. 12 Monaten aufwies, zeigte signifikant höhere Werte für den Gesamtscore des MI-RSB 48, verglichen mit der PPO Gruppe, welche sich zum Erhebungszeitpunkt noch in einer substituierten Entgiftung oder ambulanter Substitution befand. Eine mögliche Konfundierung der Ergebnisse durch eine leicht unterschiedliche Verteilung der Geschlechter zwischen den beiden Gruppen können wir ausschließen, da Geschlecht als Kovariate in den Analysen berücksichtigt wurde. Der Fakt, dass Frauen generell eher höhere Werte in Spiritualität zeigen (Acheampong et al., 2016; Bryant, 2007; Charzyńska, 2015; Poage et al., 2004; Simpson et al., 2008), ist hier also nicht ausschlaggebend.

Die gefundenen Unterschiede könnten zum einen daraus resultieren, dass die PPNA im Gegensatz zu den PPO eine 12-Schritte-SHG besuchen, in denen grundsätzliche spirituelle Inhalte und Praktiken vermittelt werden, zum anderen könnte es sein, dass der ununterbrochene Einfluss von psychotropen Substanzen in der PPO den Zugang zu religiös-spirituellen Wohlbefinden erschwert. Welche der beiden Variablen, Besuch der SHG oder der Einfluss der psychotropen Substanzen, in welchem Maße wirkt, oder ob gar beide Faktoren gemeinsam den signifikanten Unterschied erwirken, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht eindeutig klären.

In diesem Zusammenhang ist auch ein Vergleich der hier erhobenen MI-RSB Werte mit den Durchschnittswerten einer nicht-klinischen Stichprobe aus der Evaluierungsphase des MI-RSB 48 (Unterrainer, 2010) interessant. Dabei zeigte sich, dass RSB-Werte in der PPO-Gruppe *niedriger*, die der PPNA-Gruppe jedoch *höher*, als die der Normstichprobe waren. Dieser Befund wirft die Frage auf, ob das religiös-spiritueller Wohlbefinden im Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung abnimmt, oder ein geringes religiös-spiritueller Wohlbefinden einen Vulnerabilitätsfaktor für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung darstellt. Auf Grundlage der vorhandenen Daten kann zwischen diesen beiden Alternativen jedoch noch nicht unterschieden werden und die Annahmen über die Wirkrichtung bleiben spekulativ, auch wenn sich in der Literatur Hinweise auf einen Anstieg des RSB mit fortdauernder Abstinenzzeit andeuten (Geppert et al., 2007; Kaskutas et al., 2003; Unterrainer et al., 2012; Walton-Moss et al., 2013). Darüber hinaus ist zu beachten, dass sich unsere Gruppen hinsichtlich ihrer präferierten Drogen unterschieden, was zu potentiellen Wechselwirkungen mit Spiritualität beitragen könnte und Gegenstand von Folgeuntersuchungen sein sollte.

Unsere zweite Annahme, die sich genau mit diesem Aspekt, also dem erwarteten Zusammenhang von Abstinenz-

zeit und religiös-spiritueller Befinden innerhalb der NA Gruppe beschäftigt, zeigte sich in unseren Daten allerdings nicht bestätigt. Bei den PPNA, welche zwischen 13 und 397 Monate Abstinenzzeit angaben, zeichnete sich weder beim RSB Gesamtscore, noch bei den Subskalen des MI-RSB 48, ein signifikanter Zusammenhang ab. Anzumerken ist, dass sowohl die Streuung der Abstinenzzeit, als auch deren Mittelwert mit fast 10 Jahren in der PPNA Gruppe recht hoch liegen. Daher kann vermutet werden, dass es sich um eine selektive Stichprobe innerhalb der NA handeln könnte, die besonders konforme Mitglieder beinhaltet und somit zu einer Verzerrung des RSB Wertes führen könnte. Andererseits hätte die breite Streuung der Abstinenzzeit das Aufdecken eines möglichen Zusammenhangs mit Spiritualität (linear oder asymptotisch) erleichtern müssen.

Es stellt sich die Frage, wie der beobachtete Gruppenunterschied zwischen PPO und PPNA zustande kommt, obwohl sich zwischen Dauer der Abstinenz und RSB kein linearer Zusammenhang zeigt. Eine mögliche Erklärung für die Abwesenheit eines linearen Zusammenhangs von Abstinenzzeit und RSB ist, dass der Wechsel von einem niedrigen RSB hin zu einem erhöhten RSB mehr oder weniger übergangslos (sprunghaft) stattfindet. Alternativ könnte es innerhalb der ersten 12 Monate der Abstinenzzeit zu einem linearen Anstieg des RSB kommen. Da auf Grund der großen Rückfallwahrscheinlichkeit in diesem Zeitraum (Fischer et al., 2019) genau diese Probanden der vorliegenden Untersuchung ausgeschlossen wurden, sind für die Klärung dieser Frage weitere Studien notwendig, die die ersten 12 Monate der Abstinenzzeit einbeziehen.

In weiteren Zusatzanalysen zeigte sich ein interessanter Alterseffekt für die Subskala „Vergeben können“. Betrachtet man die Interaktion der Kovariate Alter mit dem Gruppenfaktor, zeigt sich ein signifikanter Effekt, der darauf beruht, dass in der Gruppe der PPNA vor allem junge Personen bereits höhere Werte in der Subskala „Vergeben können“ zeigen. Dies könnte daher rühren, dass Themen wie Groll und Annahme und die Bearbeitung von schuld- und schambesetzten Lebensereignissen der Vergangenheit, in der Schritte-Arbeit der SHG und deren Begleitliteratur (z. B. Faltblatt „Das Dreieck der Selbstbesessenheit“ NA, 1994) eine große Rolle spielen. Schon früh in der Schritte-Arbeit soll eine entsprechende Auseinandersetzung damit bei Neuankömmlingen die Genesung erleichtern. Eine Möglichkeit schmerzliche Erfahrungen aus der Vergangenheit zu bewältigen, bietet die Vergebung (Antonuccio & Jackson, 2009). Die Auseinandersetzung mit diesem Thema ist bei den jungen Probanden der PPO Gruppe hingegen weniger ausgeprägt, weshalb die Werte dieser Subskala hier niedriger sind.

Stärken und Limitationen

In der vorliegenden Studie wurden zwei für wissenschaftliche Befragungen schwer zugängliche Gruppen im Hinblick auf mögliche Faktoren untersucht, die mit erfolgreicher, langfristiger Abstinenz in Zusammenhang stehen. Spiritualität repräsentiert dabei im Zusammenhang mit Sucht eine bislang zu wenig untersuchte Einflussgröße im deutschsprachigen Raum (Seyringer et al., 2007).

Die Schwierigkeit der Rekrutierung zeigt sich in der relativ kleinen Stichprobe (N = 98), die auch hinsichtlich Alter, Geschlecht und Entgiftungen nicht ideal gleich verteilt sind. Diese Effekte konnten in den statistischen Analysen durch die Verwendung von Kovariaten weitestgehend kontrolliert werden. Es ist allerdings nicht auszuschließen, dass innerhalb der PPNA Gruppe vor allem solche Teilnehmer bei der Studie mitmachten, die besonders konforme Mitglieder der Gruppe sind und dadurch eine Verzerrung der Messwerte Richtung Spiritualität denkbar ist.

Hinsichtlich der Angaben zu konsumierten Drogen ist anzumerken, dass sich die Gruppen hier dahingehend unterschieden, dass in der Gruppe der PPO Heroin und Kokaïn am häufigsten genannt wurden, in der Gruppe der PPNA hingegen Alkohol und THC. Allerdings gaben 50 von 55 der PPNA und 41 von 43 Personen der PPO Gruppe an, zwei oder mehr Drogen regelmäßig konsumiert zu haben. Die Probanden beider Gruppen sind also als mehrfachabhängig bzw. polytoxikoman einzuordnen und somit über dieses Kriterium miteinander vergleichbar. Insgesamt sollte jedoch in einer größeren Stichprobe der Einfluss verschiedener Substanzen im Zusammenspiel mit Spiritualität näher untersucht werden.

Eine weitere Einschränkung unserer Untersuchung ist das verwendete Querschnittsdesign. Hinzu kommt, dass auf Grund von Überlegungen zur Rückfallwahrscheinlichkeit, in unserer Studie nur Probanden mit einer Abstinenzzeit von mindestens 12 Monaten untersucht wurden. In diesem Zeitraum könnte der Entwicklung der Spiritualität jedoch eine wichtige Rolle zukommen, weshalb Folgeuntersuchungen zur Entwicklung des Zusammenhangs von religiös-spirituellen Wohlbefinden und Abstinenz im Längsschnittdesign durchgeführt werden und den Zeitraum von 0–12 Monaten Abstinenzzeit enthalten sollten, um Entwicklung und Wirkrichtung der erfassten Konstrukte adäquat abbilden zu können.

Um einen speziellen Einfluss von 12-Schritte-SHG auf Spiritualität zu testen bietet sich die Erfassung weiterer Stichproben mit abstinent lebenden Personen, z. B. solche, welche nach einer Entgiftung oder Therapie, nicht-spirituelle SHG Angebote konsultieren, an. Eine solche Erweiterung des Designs um eine oder mehrere Gruppen erfolgreich Abstinenter würde zum besseren Verständnis des

generellen Zusammenhangs von Abstinenz und Spiritualität beitragen.

Schlussfolgerungen für die Praxis

Insgesamt verweisen unsere Ergebnisse auf einen positiven Zusammenhang zwischen RSB und Drogenabstinenz, wobei aufgrund des beschränkten Datenmaterials und des verwendeten Querschnittsdesigns zu diesem Zeitpunkt nur limitierte Schlussfolgerungen für die Praxis möglich sind. Im Allgemeinen unterstreichen unsere Ergebnisse allerdings die Erkenntnisse bisheriger Forschung, welche die spirituelle Komponente als bedeutsame Dimension in der Behandlung von Suchterkrankungen ausweisen. Obwohl es einige klinische Studien zum Thema Spiritualität bei Alkoholikern und „trockenen“ Alkoholikern der AA gibt (Murken, 1994; Piedmont, 2004; Unterrainer, 2006), fehlen deutschsprachige Studien mit Abhängigen von psychotropen Substanzen, was die Notwendigkeit weiterer Forschung hinsichtlich des Zusammenhangs von erfolgreicher Abstinenz und Spiritualität verdeutlicht.

Literatur

- Acheampong, A. B., Lasopa, S., Striley, C. W. & Cottler, L. B. (2016). Gender differences in the association between religion/spirituality and simultaneous polysubstance use (SPU). *Journal of religion and health*, 55(5), 1574–1584.
- Antonuccio, D. & Jackson, R. (2009). The science of forgiveness. In W. O'Donohue & S. R. Graybar (eds.) *Handbook of contemporary psychotherapy: toward an improved understanding of effective psychotherapy* (pp. 269–284). Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Bliss, D. L. & Ekmark, S. S. (2013). Gender differences in spirituality in persons in alcohol and drug dependence treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 31(1), 25–37.
- Bryant, A. N. (2007). Gender differences in spiritual development during the college years. *Sex Roles*, 56(11), 835–846.
- Charzyńska, E. (2015). Sex differences in spiritual coping, forgiveness, and gratitude before and after a basic alcohol addiction treatment program. *Journal of Religion and Health*, 54(5), 1931–1949.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: L. Erlbaum Associates.
- Conner, B. T., Anglin, M. D., Annon, J. & Longshore, D. (2009). Effect of religiosity and spirituality on drug treatment outcomes. *The journal of behavioral health services & research*, 36(2), 189–198.
- Dehmel, S. (1989). Therapieergebnisse sowie Unterschiede zwischen planmäßigen Therapiebeendern und Abbrechern bei der ambulanten Behandlung von Drogenabhängigen. In W. Feuerlein, G. Bühringer & R. Wille (Hrsg.), *Therapieverläufe bei Drogenabhängigen* (S. 75–101). Berlin: Springer.
- Dermatis, H. & Galanter, M. (2016). The role of twelve-step-related spirituality in addiction recovery. *Journal of religion and health*, 55(2), 510–521.
- Fischer, M., Kemmann, D., Bachmeier, R., Domma-Reichart, J., Erben, C., Susemihl, I. et al. (2019). Effektivität der stationären

- abstinenzorientierten Drogenrehabilitation. FVS-Katamnesen des Entlassjahrgangs 2016 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. *Sucht Aktuell*, 19(1), 51–60.
- Galanter, M. (2006). Spirituality and addiction: A research and clinical perspective. *American Journal on Addictions*, 15(4), 286–292.
- Gavriel-Fried, B., Moretta, T. & Potenza, M.N. (2020). Modeling intrinsic spirituality in gambling disorder. *Addiction Research & Theory*, 28(3), 204–210.
- George, L.K., Larson, D.B., Koenig, H.G. & McCullough, M.E. (2000). Spirituality and health: What we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 102–116.
- Geppert, C., Bogenschütz, M.P. & Miller, W.R. (2007). Development of a bibliography on religion, spirituality and addictions. *Drug and alcohol review*, 26(4), 389–395.
- Herbst, K. (1992). Prediction of dropout and relapse. In G. Bühringer & J.J. Platt (eds.) *Drug addiction treatment research – German and American perspectives* (pp.291–299). Malabar: Krieger.
- Kaskutas, L.A., Turk, N., Bond, J. & Weisner, C. (2003). The role of religion, spirituality and Alcoholics Anonymous in sustained sobriety. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 21(1), 1–16.
- Kelly, J.F. & Hoepfner, B.B. (2013). Does Alcoholics Anonymous work differently for men and women? A moderated multiple-mediation analysis in a large clinical sample. *Drug and alcohol dependence*, 130(1–3), 186–193.
- Kimmerle, A. & Unterrainer, H.F. (2019). Die Rolle der Spiritualität in der Behandlung von Suchterkrankungen: Ein systematischer Überblick. *Neurotransmitter*, 30(0–1), 29–34.
- Krentzman, A.R. (2017). Longitudinal differences in spirituality and religiousness between men and women in treatment for alcohol use disorders. *Psychology of religion and spirituality*, 9(S1), 11.
- Lewis, M.M. (2001). Spirituality, Counseling, and Elderly: An Introduction to the Spiritual Life. *Journal of Adult Development*, 8(4), 231–240.
- Miller, W.R. (2013). Addiction and Spirituality. *Substance Use and Misuse*, 48(12), 1258–1259.
- Murken, S. (1994). Die Konzeptualisierung von Spiritualität und „Höherer Macht“ im Genesungsprogramm der Anonymen Alkoholiker (AA). *Archive for the Psychology of Religion*, 21(1), 141–152.
- Narcotics Anonymous (1994). *NA: Narcotics Anonymous. Wer, was, wie und warum?* Van Nuys: World Service Office NA.
- Piedmont, R.L. (2004). Spiritual transcendence as a predictor of psychosocial outcome from an outpatient substance abuse program. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(3), 213.
- Poage, E.D., Ketzenberger, K.E. & Olson, J. (2004). Spirituality, contentment, and stress in recovering alcoholics. *Addictive Behaviors*, 29(9), 1857–1862.
- Room, R. (2013). Spirituality, intoxication and addiction: six forms of relationship. *Substance use & misuse*, 48(12), 1109–1113.
- Seyringer, M.E., Friedrich, F., Stompe, T., Frottier, P., Schrank, B. & Frühwald, S. (2007). Die „Gretchenfrage“ für die Psychiatrie. Der Stellenwert von Religion und Spiritualität in der Behandlung psychisch Kranker. *Neuropsychiatrie*, 21(4), 239–247.
- Simpson, D.B., Cloud, D.S., Newman, J.L. & Fuqua, D.R. (2008). Sex and gender differences in religiousness and spirituality. *Journal of psychology and theology*, 36(1), 42–52.
- Toussaint, L. (2001). Forgiveness and health: Age differences in a US probability sample. *Journal of Adult Development*, 8(4), 249–257.
- Treloar, H.R., Dubreuil, M.E. & Miranda, R.J. (2014). Spirituality and treatment of addictive disorders. *Rhode Island Medical Journal*, 97, 36–38.
- Unterrainer, H.F. (2006). *Spiritualität & Sucht: Glaube als Ressource in der Alkoholismustherapie*. Bottrop: VDM Verlag.
- Unterrainer, H.F. (2010). *Seelenfinsternis. Struktur und Inhalt der Gottesbeziehung im klinisch-psychiatrischen Feld*. Münster: Waxmann.
- Unterrainer, H.F. & Fink, A. (2013). Das Multidimensionale Inventar zum religiöspirituellen Befinden (MI-RSB). *Diagnostica*, 59(1), 33–44.
- Unterrainer, H.F., Huber, H.P., Ladenhauf, K.H., Wallner-Liebmann, S.J. & Liebmann, P.M. (2010). MI-RSB 48: Die Entwicklung eines multidimensionalen Inventars zum religiös-spirituellen Befinden. *Diagnostica*, 56(2), 82–93.
- Unterrainer, H.F., Huber, H.P., Stelzer, K. & Fink, A. (2012). „Spiritus contra Spiritum?“. Spiritual Well-Being and Depression Among Male Alcohol Dependents in Treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 30(1), 67–77.
- Unterrainer, H.F., Lewis, A., Collicutt, J. & Fink, A. (2013a). Religious/spiritual well-being, coping styles, and personality dimensions in people with substance use disorders. *International Journal for the Psychology of Religion*, 23(3), 204–213.
- Unterrainer, H.F., Schögl, H., Lewis, A.J., Fink, A., Weiss, E. & Kapfhammer, H.P. (2013b). Religiös/Spirituelles Befinden bei psychisch Kranken: Ängstlich/Depressive und Suchtkranke im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen. *Neuropsychiatrie*, 27(4), 172–179.
- Utsch, M. (1998). *Religionspsychologie. Voraussetzungen, Grundlagen, Forschungsüberblick*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Walton-Moss, B., Ray, E.M. & Woodruff, K. (2013). Relationship of spirituality or religion to recovery from substance abuse: A systematic review. *Journal of addictions nursing*, 24(4), 217–226.
- Williams, M.K., Greene, W.M., Leitner, S.A. & Merlo, L.J. (2020). Medical student spirituality and substance use. *Journal of addiction medicine*, 14(6), e316–e320.

Historie

Manuskript eingereicht: 08.09.2020
Manuskript angenommen: 13.04.2021

Deklaration konkurrierender Interessen

Die Autoren deklarieren keine konkurrierenden Interessen.

Förderung

Open-Access-Veröffentlichung ermöglicht durch die Bergische Universität Wuppertal.

ORCID

Christian Vorstius
 <https://orcid.org/0000-0002-3906-2343>

Dr. Christian Vorstius

Bergische Universität Wuppertal
Lehrstuhl für Allgemeine und Biologische Psychologie
Max-Horkheimer-Str. 20
42119 Wuppertal
Deutschland

vorstius@uni-wuppertal.de