

**Diplomarbeit**

**Spiritus contra Spiritum?  
Die Rolle der Spiritualität in der  
Behandlung von Suchterkrankungen:  
Ein systematischer Überblick**

eingereicht von

**Andreas Kimmerle**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor der gesamten Heilkunde  
(Dr. med. univ.)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt an der

**Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin**

unter der Anleitung von

**Priv.-Doz. Mag. Dr.rer.nat Dr.scient.med.**

**Human-Friedrich Unterrainer**

Graz, 6. März 2019 .....

*Eidesstattliche Erklärung*

*Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

*Graz, am 6.3.2019*

*Andreas Kimmerle eh*

## **Danksagungen**

Vielen Dank an alle, die mich in dieser Zeit unterstützt haben: Ganz besonderer Dank gilt natürlich meinen Eltern für alles, was sie mir ermöglicht haben!

Ebenfalls möchte ich bei meinem Diplometreuer Priv.-Doz. Mag. Dr.rer.nat Dr.scient.med. Human-Friedrich Unterrainer für die gute Unterstützung bedanken und für die Möglichkeit, die im Zuge der vorliegenden Arbeit erzielten Ergebnisse publizieren zu können.

Großer Dank auch an Kathrin Trattner für sprachliche und seelische Unterstützung, ebenso wie an Nicola Schauer und Jürgen Fuchshuber für ihre Weisheit und gute Nachbarschaft!

Andreas Kimmerle

Graz, Januar 2019

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** „Spiritus contra Spiritum“ urteilten der Schweizer Psychoanalytiker Carl Gustav Jung und Bill Wilson, ein Mitbegründer der Gruppe der Anonymen Alkoholiker (AA) in einem gemeinsamen Briefwechsel. Dieser Metapher zur Folge verträgt sich der Heilige Geist mit dem Weingeist in keiner Weise – vielmehr noch: Einer treibt den anderen aus. Dementsprechend kann die weltweite Bewegung der AA, welche die spirituelle Dimension als zentral in ihrem Grundkonzept verankert sieht, mittlerweile auf eine viele Jahrzehnte andauernde, erfolgreiche Arbeit zurückblicken. Weniger klar erscheint allerdings die empirische Befundlage zur Zusammenhangsstruktur von Spiritualität hinsichtlich der Fragestellung, welche Rolle die Integration einer spirituellen Komponente für die Behandlung von Suchterkrankungen spielen kann. In diesem Beitrag soll aufbauend auf einer einleitenden Begriffsbestimmung anhand von empirischen Studien ein Überblick hinsichtlich der Bedeutung der spirituellen Dimension im Umgang mit Suchterkrankungen gegeben werden.

**Methode:** Es wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und Web of Science durchgeführt und nach den Richtlinien eines systematischen Überblicks ausgewertet. Insgesamt konnten acht Arbeiten in die inhaltliche Analyse miteinbezogen werden.

**Ergebnisse:** Trotz teilweise sehr heterogener Zugänge bzw. Forschungsdesigns weisen die Ergebnisse die Spiritualität im Allgemeinen als klinisch relevante Dimension aus.

**Schlussfolgerungen:** Ausgehend von diesen Erkenntnissen können Implikationen für zukünftige Forschungsvorhaben, als auch für die klinische Praxis abgeleitet werden. Auf die besondere Bedeutsamkeit von randomisiert-kontrollierten Studien wird hingewiesen.

## **Abstract**

### **Spiritus contra Spiritum? The role of spirituality in the treatment of addictive diseases: A systematic review**

**Background:** „Spiritus contra Spiritum“ was already stated by swiss psychoanalyst Carl Gustav Jung and Bill Wilson, co-founder of Alcoholics Anonymous (AA), in their shared correspondence. According to the metaphor, the Holy Spirit doesn't get along with the spirit of wine at all. On the contrary: one exorcizes the other. Thus, the worldwide movement of AA, which regards a dimension of spirituality as deeply rooted in their core concept, can now look back on many decades of successful work. However, empirical evidence is less clear in terms of the structural relationship of spirituality regarding the question which part a spiritual component could play in treatment of addictive disorders. After an introductory definition of terms, an overview upon empirical studies regarding the spiritual dimension in dealing with addictive disorders will be given.

**Methods:** A literature research was conducted using the databases Pubmed and Web of Science. Thereon, results were evaluated according to PRISMA guidelines for systematic reviews. In the end, 8 studies were included.

**Results:** Despite partly heterogenous approaches and trial designs, results suggest spirituality as a clinically relevant dimension.

**Conclusions:** Based on these findings, implications for future research and clinical practice can be deduced. The importance of randomized clinical trials is emphasized in particular.

# Inhaltsverzeichnis

Danksagungen .....	3
Zusammenfassung .....	4
Abstract.....	5
Inhaltsverzeichnis .....	6
Glossar.....	7
In Zusammenhang stehende Veröffentlichung.....	8
1 Einleitung .....	9
1.1 Abhängigkeitserkrankungen.....	9
1.1.1 Ursachen der Abhängigkeitserkrankungen.....	10
1.1.2 Therapie .....	12
1.2 Spiritualität und Religiosität.....	14
1.2.1 Definition von Religion und Spiritualität .....	15
1.2.2 R/S und psychische Gesundheit .....	17
1.2.3 Religion/Spiritualität und Sucht .....	19
2 Methoden.....	26
2.1 Auswahlprozess .....	26
2.2 Informationsquellen.....	27
2.3 Suche .....	27
2.4 Auswahl der Studien.....	29
3 Ergebnisse.....	29
3.1 Beschreibung der einzelnen Studien.....	39
3.1.1 Studien über zwölf-Schritte basierte Interventionen .....	39
3.1.2 Studien über andere spirituelle Interventionen.....	40
4 Diskussion .....	41
4.1 Einschränkungen .....	42
4.2 Conclusio .....	43
5 References .....	44
6 Anhang .....	50
6.1 Abbildungsverzeichnis .....	50
6.2 Tabellenverzeichnis.....	51

## Glossar

AA	Anonyme Alkoholiker
BMMRS	„Brief Multidimensional Measure of Religiousness“
DSES	„Daily Spiritual Experience Scale“
DSM-IV	„Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ 4. Ausgabe
DSM-5	„Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ 5. Ausgabe
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Ausgabe
ICD-11	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 11. Ausgabe
RBB	Religious Beliefs and Behaviours
R/S	Religion/Spiritualität, religiös/spirituell
TSF	Twelve-Step Facilitation
VT	Verhaltenstherapie

Weiter Abkürzungen werden im Text bzw. in den Tabellen aufgeschlüsselt

## **In Zusammenhang stehende Veröffentlichung**

Kimmerle, A., Unterrainer, H.-F. (2019)

Die Rolle der Spiritualität in der Behandlung von Suchterkrankungen.  
Neurotransmitter 30 (1), 30-34.

Teile dieser Arbeit orientieren sich an dem oben genannten Artikel.

# 1 Einleitung

## 1.1 Abhängigkeitserkrankungen

Nachweise für den Konsum von bewusstseinsverändernden Substanzen durch den Menschen, sei es als Arzneimittel, aus Gründen der Erholung oder als Teil kultischer Handlungen, reichen weit in die Vergangenheit zurück. Die frühesten Funde kultivierter Weinreben stammen aus dem Georgien der Jungsteinzeit. Das Alte Testament beschreibt in der Geschichte des Noah, dass dieser nach der Landung seiner berühmten Arche schnell mit dem Anbau von Weinreben begann, deren vergorene Früchte genoss und daraufhin enthemmtes Verhalten an den Tag legte. Tatsächlich historische Anhaltspunkte für schädliche Konsummuster hingegen sind aber erst in der Antike zu finden. Als prominentes Beispiel sei hier Alexander der Große genannt, dessen Tod im Jahre 323 v. Chr. von manchen Historikern auf dauerhaften starken Alkoholkonsum zurückgeführt wird. Auch wies bereits Aristoteles auf einen Zustand hin, den wir heute als Alkoholentzugssyndrom bezeichnen würden [1]. Man kann also festhalten, dass süchtiges Verhalten ein schon seit Langem beschriebenes Phänomen ist. Interessanterweise ist auch das Wort der Sucht an sich eigentlich ein Anachronismus und bezeichnete früher Krankheiten im Allgemeinen, wie man noch in den historischen Bezeichnungen, wie zum Beispiel Schwindsucht, Fallsucht oder Wassersucht, erkennen kann. Manche Experten fordern daher auch den Begriff der Abhängigkeit dem der Sucht vorzuziehen. [2]. In dieser Arbeit werden aufgrund der Einfachheit diese beiden Begriffe jedoch synonym verwendet.

Das heutige Konzept von Abhängigkeitserkrankungen ist umfassend und kann nach verschiedenen Kriterien unterteilt werden. Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme und das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ beinhalten in ihren neuesten Auflagen unter anderem die derzeit gängigen Inventare an Diagnosekriterien für psychiatrische Erkrankungen und damit auch für Abhängigkeit. Das von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene und seit 1994 in der zehnten Ausgabe bestehende ICD-10 unterteilt nach zehn verschiedenen Substanzen oder Substanzklassen und trennt Abhängigkeit klar von einem schädlichen Gebrauch ab [3]. Um demnach eine Abhängigkeit diagnostizieren zu können, müssen mindestens drei der folgenden sechs Kriterien innerhalb der vorangegangenen zwölf Monate vorgelegen haben:

1. Starker Wunsch, die Substanz einzunehmen
2. Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren
3. Anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen
4. Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Verpflichtungen gegenüber dem Substanzgebrauch
5. Entwicklung einer Toleranzerhöhung
6. Einsetzen eines körperliches Entzugssyndrom bei Absetzen der Substanz [4]

Dieser dichotomen Einteilung süchtigen Verhaltens steht die der 2013 erschienenen fünften Ausgabe des DSM gegenüber, die eine Graduierung der Schwere des Suchtproblems umfasst [3]. Außerdem wird hier neuerdings auch pathologisches Glücksspiel zur Domäne der Süchte gezählt und nicht wie zuvor und auch im ICD-10 zu den Impulskontrollstörungen. Damit wurde zum ersten Mal eine nicht substanzgebundene Sucht als solche klassifiziert. Dieser Entwicklung folgend umfasst der vorläufige Katalog des ICD-11, welcher voraussichtlich ab 2022 angewendet werden soll, ebenfalls das pathologische Glücksspiel und darüber hinaus auch die Sucht nach Videospiele gemeinsam mit den substanzbezogenen Süchten unter der Kategorie „Disorders due to substance use or addictive behaviours“.

Dieser Wandel der Kodifizierungen von Ausgabe zu Ausgabe zeigt, dass das Konzept von Sucht kein statisches ist. Die enorme Entwicklung in der Differenzierung des Begriffs seit der 1952 erschienen ersten Ausgabe des DSM, in der Sucht noch ausschließlich als Symptom einer Persönlichkeitsstörung genannt wird, macht das auch deutlich [5].

### **1.1.1 Ursachen der Abhängigkeitserkrankungen**

Die meisten Abhängigkeitserkrankungen manifestieren sich in negativen Effekten auf allen Ebenen des biopsychosozialen Modells. Bei der Untersuchung der Entwicklung ist auch das Schema des Suchtdreiecks von Bedeutung, das eine personelle, eine gesellschaftliche und eine Substanzebene unterscheidet [6]. In der Theoriebildung bieten ebenfalls unterschiedliche Bereiche Ansätze zur Erklärung der Suchtentstehung und auf allen Ebenen sind Risiken sowie protektive Faktoren identifiziert worden [3]. Die Neurobiologie kann derzeit noch kein vollständiges und integratives Modell der Sucht liefern, wohl aber eine Vielzahl an einzelnen Erkenntnissen über Teilaspekte. Man geht hier von Sucht als einer neurochemischen Anpassung des Gehirns auf den regelmäßigen Konsum des Suchtmittels aus, einschließlich einer Toleranzbildung. Dabei ist die Motivation auf für

den Konsum auf einen nachweisbaren Belohnungseffekt der Substanz zurückzuführen. Aus dieser Sicht ist die Sucht eine erworbene neurochemische Erkrankung des Gehirns [6]. Eine besondere Rolle kommt dabei einer übermäßigen dopaminergen Erregung des zum ventralen Striatum gehörenden Nucleus Accumbens zu, eines zentralen Teils des mesolimbischen Systems, das unter anderem Belohnungsfunktionen vermittelt. Diese Erregung konnte sowohl bei Substanz- als auch Glücksspielabhängigen unter Exposition von suchtbezogenen Reizen mit funktioneller Bildgebung nachgewiesen werden. Bei andauerndem Konsum dominiert das ebenfalls dopaminerge nigrostriatale System das Verhalten. Hier findet unter anderem automatisiertes Verhalten sein Korrelat. Diese beiden Systeme können vereinfachend als vorbestehendes „Lustsystem“ und durch fortwährenden Konsum etabliertes oder erlerntes „Suchtsystem“ gegenübergestellt werden [3, 6, 7]. Die Rolle des Cortex ist bei süchtigem Verhalten ambivalent, da er sowohl durch eine mangelnde Hemmung als auch durch eine dezidierte Aktivierung süchtigen Verhaltens eine Rolle spielen kann [6]. Die dabei zugrundeliegenden Prozesse sind komplex und umfassen noch eine Vielzahl weiterer neuronaler Systeme [7]. Auch variieren sie nach Art der Abhängigkeit und interindividuell. Dies wird verursacht durch unterschiedliche Einflüsse, wie Lernprozesse, Umweltfaktoren oder auch durch genetische Dispositionen [6]. Auch auf psychologischer Ebene gibt es verschiedene Ansätze um die Frage nach dem Entstehungsprozess der Sucht zu klären. Aus verhaltenstherapeutischer Perspektive stellt Sucht erlerntes Verhalten dar. Dabei wohnt dem Suchtmittel eine Funktion als positiver Verstärker inne, entsprechend dem Konzept der operanten Konditionierung. Hierauf weisen ebenfalls Ergebnisse von Experimenten mit Tiermodellen hin, ebenso wie die oben beschriebene belohnende Eigenschaft der Suchtmittel. Außerdem spielt klassische Konditionierung hier eine Rolle, so können eigentlich neutrale Reize, die mit dem Suchtmittelkonsum assoziiert sind, das Verlangen nach diesem auslösen [6].

Psychodynamische Modelle versuchen die innerseelischen Wechselwirkungen, die zur Entstehung der Sucht führen, zu erklären. Hier wird die Abhängigkeit einerseits als (natürlich fehlgeleiteter) Versuch der Lösung eines inneren Konflikts angesehen, der auf einem defizitären Über-Ich beruht, im Sinne eines Selbstheilungsversuchs. Ebenfalls in einem Über-Ich-Defekt verortet die Objektbeziehungstheorie die Ursache für eine autodestruktive Motivation des oder der Süchtigen [6, 8].

Soziokulturelle Faktoren stellen ein weites Feld in der Erforschung der Ursachen von Abhängigkeitserkrankungen dar, reicht das zu untersuchende Gebiet doch vom unmittelbaren Umfeld der erkrankten Person bis hin zu gesamtgesellschaftlichen, politischen

und rechtlichen Aspekten. Der enge soziale Kreis spielt eine wichtige Rolle. Hierbei kann sowohl affirmatives – zum Beispiel von ebenfalls Süchtigen – wie auch intervenierendes Verhalten von Bezugspersonen eine Verstärkung oder Stabilisierung des Suchtsystems verursachen, wobei Letzteres auch oft als Co-Abhängigkeit bezeichnet wird. Auch wurde eine familiäre Häufung von Suchterkrankungen festgestellt, was einerseits für den Effekt vererbter genetischer Prädispositionen spricht, andererseits aber auch als Resultat einer Sozialisation in einem Umfeld der Abhängigkeit bzw. der Erziehung durch süchtige Personen gesehen werden kann. Eine belastende Familienatmosphäre, verursacht durch ein familiäres Abhängigkeitsproblem oder nicht, hat unbestritten negative Effekte für die Gefahr einer Suchtentwicklung. So sind 50 Prozent der Drogenabhängigen mit getrenntlebenden Eltern aufgewachsen [6]. Ebenso stellt soziale Isolation in der Jugend einen Risikofaktor dar [9]. Darüber hinaus können weitere soziale Kreise (sei es das Anstellungsverhältnis, Freundeskreise, Wohnsituation...) oder auch bestimmte kulturelle Muster Ursache für die Entwicklung einer Sucht bieten [6, 9].

Auch wenn manche der gerade umschriebenen Ebenen für die Therapie relevanter erscheinen als andere, kann für ein umfassendes und integratives Suchtmodell keine von ihnen isoliert von den anderen betrachtet werden.

### **1.1.2 Therapie**

Allgemein wird die Therapie von Suchterkrankungen in vier aufeinanderfolgende Phasen untergliedert: Kontaktphase, Entzugsphase, Entwöhnungsphase und Nachsorgephase. Dabei verläuft der Weg durch diese Behandlungskette in der Realität selten derart linear. Die Aufgaben jeder dieser Phasen kann von unterschiedlichen Einrichtungen mit unterschiedlichen Modalitäten übernommen werden. Insgesamt sollte so ein möglichst engmaschiges, sich untereinander austauschendes und interdisziplinäres Versorgungsnetz herrschen, was aber regional durchaus variieren kann. Stark differenziert sind Angebote oft im urbanen Raum, andererseits ist die Nachfrage dort aber auch groß [6].

In der Kontaktphase sucht die süchtige Person den Anschluss an das Versorgungssystem. Dies ist ein wichtiger Moment, da die Abhängigkeitserkrankung oft schambehaftet ist und von Betroffenen zu verbergen versucht wird. So vergehen durchschnittlich fünf bis zehn Jahre bis zur ersten Kontaktaufnahme mit einer Suchthilfestelle. Dies können für diese Aufgabe spezialisierte Einrichtungen, aber auch Hausärzte und -ärztinnen, PsychiaterInnen und verschiedene andere Stellen sein. Es ist hier

wichtig, das Angebot niederschwellig zu halten und eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, um es PatienInnen möglichst leicht zu machen [2, 6].

In der Entzugsphase geht es darum, den ersten Schritt zur Abstinenz zu machen und das Suchtmittel erstmals seit langem aus dem Körper zu entfernen. Dies ist oft mit starken körperlichen und psychischen Reaktionen verbunden, je nach betreffender Substanz. In dieser Phase kommt der Pharmakotherapie eine wichtige Rolle zu, um eben diese Symptomatik einstweilen zu lindern. Besonders schwierig gestaltet sich diese Phase bei Polytoxikomanen mit Opiaten als Leitsubstanz. Hier sind stationäre Angebote von besonderer Bedeutung, wobei bei manchen Abhängigkeiten auch eine ambulante Lösung gefunden werden. Bei stationären Angeboten unterscheidet man zwischen qualifiziertem und nichtqualifiziertem Entzug. Bei letzterem geht es rein um die Entgiftung mit möglichst kurzer Aufenthaltsdauer. Opiatsüchtige werden hier meist „kalt“ entzogen, das bedeutet ohne substituierende Therapie und ausschließlich unter symptomatischer Behandlung der Entzugserscheinungen. Der qualifizierte Entzug umfasst neben der rein medizinischen Behandlung der Folgen der Substanzrestriktion ein breiteres Therapieangebot, das zur Auseinandersetzung mit dem Suchtproblem ermutigen soll. Opiatsüchtige werden hier „warm“ entzogen, also unter stufenweisem Ausschleichen der Substanz und zeitgleicher Umstellung auf ein Substitutionsmedikament [2].

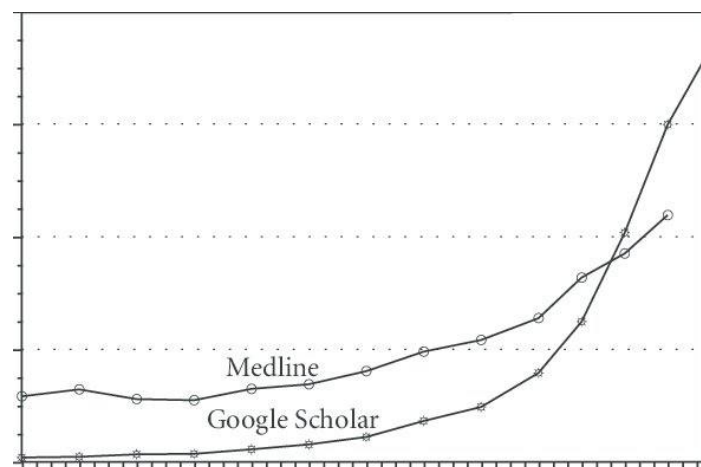
Darauf sollte in der Theorie die Entwöhnungsbehandlung folgen. Dies ist ein langwieriger Prozess, in dem Abhängige erlernen sollen, im Alltag mit ihrem Problem umzugehen und so zu vermeiden, rückfällig zu werden. Hier findet ein breites Spektrum von Therapieformen Anwendung, von Gesprächstherapie in Gruppen und/oder Einzelsitzungen bis hin zu Ergotherapie-Angeboten und künstlerischer Betätigung [2]. Kurz vorgestellt seien hier zwei Therapieformen: Die VT und die motivierende Gesprächsführung. Bei der VT wird unter anderem versucht mittels kognitiver Verfahren Strategien zu finden, die oft jahrelang erlernten Automatismen im Suchtverhalten zu durchbrechen. Außerdem sollen Motive für den Konsum gesucht und hinterfragt werden [10, 11]. Bei der motivierenden Gesprächsführung geht es darum, den Zwiespalt gegenüber eines Lebens ohne die Sucht zu untersuchen und zu lösen. Außerdem soll ein Sinn für Eigenwirksamkeit gefördert werden [12]. Langzeittherapien dauern bis zu 6 Monaten, was ein Problem der Kostenübernahme darstellen kann.

In der Nachsorgephase sollte der Natur der Sucht als chronische Erkrankung Beachtung geschenkt werden, da Süchtige ein lebenslanges Risiko haben rückfällig zu werden. Bei Alkoholabhängigen ist ein Jahr nach der Entwöhnung eine Abstinenzrate von

60 Prozent zu verzeichnen, bei Abhängigkeit von (illegalen) Drogen sind es nur 45 Prozent. Im Falle eines Rückfalls beginnt nun die Kette von Neuem. Die Nachsorge kann von regelmäßiger Adressierung des Themas beim Hausarzt bis hin zu einer fortwährenden Psychotherapie reichen. Einen besonderen Stellenwert haben hierbei Selbsthilfegruppen, deren Besuch spätestens in der Entwöhnungstherapie ermutigt werden sollte [2]. Nicht nur der niederschwellige und peer-basierte Ansatz oder das relativ dichte und kostengünstige Versorgungsnetz, sondern auch empirische Ergebnisse besserer Abstinenzraten bei dauerhaftem Besuch sprechen für Selbsthilfegruppen [13]. Als die am besten untersuchte und weltweit einflussreichste derartige Organisation sei die der Anonymen Alkoholiker und deren Ableger besonders hervorgehoben.

## 1.2 Spiritualität und Religiosität

Im 20. Jahrhundert lässt sich in gewisser Hinsicht eine immer stärker werdende Säkularisation bemerken. Dies spiegelt sich in den sinkenden Mitgliedschaften in klassischen Glaubensgemeinschaften wieder. Das bedeutet jedoch nicht, dass Religion oder deren Inhalte den Leuten weniger wichtig wäre, sondern mehr, dass eine Transformation stattfindet, die neben der oben genannten Deinstitutionalisierung auch in einer Verlagerung der religiösen Realität ins Private besteht. Man versucht nun auch mehr unterschiedliche Facetten religiöser Praktik zu betrachten und differenziert immer mehr zwischen Spiritualität und Religiosität [14]. So bezeichnen sich 25 Prozent der US-amerikanischen Bevölkerung als spirituell aber nicht als religiös [15]. Das Bedürfnis der Menschen nach einer Beziehung zu einer transzendenten Ebene scheint also ungebrochen nur präsentiert es sich eben in anderer Form.



**Abbildung 1** Dreijahresverlauf der Ergebniszahl bei R/S-Literaturrecherche in Medline und Google Scholar bis Ende 2012 (übernommen von Koenig)[16]

Auch in der Wissenschaft ist ein steigendes Interesse an R/S zu verzeichnen. In Abbildung 1 sieht man die nicht-kumulative Darstellung der Ergebniszahlen einer Literaturrecherche über R/S im Verlauf von drei Jahren. Das Ende der Recherchen war Ende des Jahres 2012 [16].

### 1.2.1 Definition von Religion und Spiritualität

Zinnbauer und Pargament [17] formulierten folgenden Satz bezüglich der Forschungsgemeinde, die Spiritualität und Religiosität untersucht: “[We] can agree on one thing: we have never agreed about anything” (s.4) [“Wir können uns auf eine Sache einigen: Wir waren uns nie über etwas einig.“; Übersetzung: A. Kimmerle]

Grund dafür könnte sein, dass schon die Definition von R/S mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist. Der erste Schritt für eine zielführende Konzeptionierung und Operationalisierung muss aber sein, diese Schwierigkeiten zu überwinden und eine funktionale Definition zu formulieren, mit der man arbeiten kann. Ein Problem ist dabei sicherlich die überwältigende Vielzahl an möglichen verschiedenen Definitionen.

Einer der in der Psychologie einflussreichsten Vorschläge kommt von Kenneth Pargament [18]: „spirituality is a search for the sacred. Religiousness refers to a search for significance in ways related to the sacred.“ (S.36) [„Spiritualität ist eine Suche nach dem Heiligen. Der Begriff Religiosität bezeichnet eine Suche nach Bedeutung auf Arten und Weisen, die mit dem Heiligen in Verbindung stehen.“; Übersetzung: A. Kimmerle]. Auf Grund der großen wissenschaftlichen Bedeutung dieses Definitionsvorschlages wird er im Folgenden genauer erläutert. Wichtige Eigenschaften sind hier die Verwendung des Begriffes des „Heiligen“, die Darstellung der Religiosität als das umfassendere Konzept gegenüber der Spiritualität und die Beschreibung eines Suchprozesses [15, 18]. Der Bezug zu dem Heiligen dient hier als Alleinstellungsmerkmal von R/S gegenüber anderen Phänomenen [15]. Aufgrund des wissenschaftlichen Paradigmas der Religionspsychologie, nichtreduktive Schlüsse bezüglich religiöser und spiritueller Phänomene zu ziehen – das bedeutet, sie nicht auf tiefer liegende Prozesse zurückzuführen – stellt dies einen wichtigen Teil der Definition dar [18]. Die Einführung dieses Begriffes setzt aber wiederum dessen Erklärung voraus [15]. Hill, Pargament et al. [14] beschreiben das Heilige mit einem göttlichen Wesen, Objekt, oder einer letztgültigen Wahrheit, jeweils in der Wahrnehmung des Individuums. Auch Transzendenz, also die Überschreitung des normal Wahrnehmbaren, wird in diesem Zusammenhang genannt [19].

Die Beziehung zwischen den beiden Begriffen R/S unterscheidet sich stark in verschiedenen Konzeptionen der Begriffe. In Pargaments Definition wird Religiosität als ein umfassenderer Begriff festgelegt, wohingegen aber Spiritualität deren Kern darstellt. Er unterscheidet zwischen Wegen und Zielen, die eine Beziehung zum Heiligen herstellen, und setzt voraus, dass es eine größere Vielfalt an Zielen, abgesehen von einer transzendenten Ebene, innerhalb des Bereichs der Religiosität gibt [18]. Dies steht eigentlich im Kontrast zu der Entwicklung einer Polarisierung von R/S zugunsten der Spiritualität. Das bedeutet, dass in den letzten Jahrzehnten die beiden Begriffe immer mehr den Charakter eines Gegensatzpaares bekommen haben und Religiosität dabei eine stärker negative Konnotation erfährt. Der Spiritualität werden Attribute wie Individualität, Subjektivität, Emotionalität, Regellosigkeit und ein befreiende Wirkung zugeschrieben, Religiosität hingegen, Institutionalisierung, Formalität, Lehrhaftigkeit, Autoritarismus und eine hemmende Wirkung [20]. Zu dieser Polarisierung und der damit einhergehenden Bewertung ist zu sagen, dass hier sozusagen die Beschreibung die Bewertung beeinflusst hat. Die Frage nach positiven oder negativen Effekten von R/S muss mit empirischen Mitteln beantwortet werden, deren Analyse aber durch eine einfache Zuschreibung inhärenter positiver oder negativer Eigenschaften behindert wird [18].

Die Beschreibung von R/S als Suche erlaubt die Mitebeziehung sowohl von Mitteln und Wegen, diese Suche zu betreiben, als auch das gesuchte Objekt, also den Endpunkt der Suche. Dies ermöglicht in diesem Fall auch die Untersuchung extrinsischer R/S, also eines eher auf die Mittel und Wege bezogenen Modus.

Alle diese Eigenschaften haben praktische Implikationen für die Forschung. So muss man beim Umfang der Definition des R/S Begriffs eine Abwägung von Spezifität und Sensitivität anstellen. Bei einem zu breit definierten Begriff erhält man mit einer auf ihm fußenden Psychometrie zu viele Störfaktoren, bei einem zu eng definierten wird man der dynamischen und multidimensionalen Natur des Begriffes nicht gerecht [15, 20].

Eine Definition kann zwangsläufig nicht den kompletten Umfang des Begriffs erfassen, sondern muss primär dessen Anwendung in einem spezifischen Kontext ermöglichen. Die Auffassung von Religiosität als breiteren Begriff gewährt eine Kontinuität zu älterer Forschung, die auf ähnlichen Konzeptionierungen basiert. So wird eine einfachere Analyse der Forschung durch Übersichtsarbeiten ermöglicht. Ein Nachteil ist, dass so nicht auf aktuelle religionssoziologische Entwicklungen eingegangen wird und diese womöglich ungenügend abgebildet werden. Es sei hier noch erwähnt, dass das Konzept der Achtsamkeit nicht in Domäne von R/S fällt. Dieses Konzept der Offenheit und bewussten Wahrnehmung

der eigenen Lebenserfahrungen muss nicht im Zuge einer spirituellen Suche stattfinden. Es lies sich auch kein empirischer Zusammenhang feststellen [21].

### **1.2.2 R/S und psychische Gesundheit**

Die Verbindung zwischen psychischer Gesundheit und R/S hat eine lange und teilweise düstere Geschichte. Im europäischen Mittelalter wurde deviantes Verhalten oft in Verbindung mit dämonischer Besessenheit gesehen. Diese Ansicht begann mit der Renaissance zu verschwinden, aber weiterhin wurde die Ursache psychiatrischer Erkrankungen in spirituellen Problemen gesehen, wenn sie auch vielleicht komplexer dargestellt wurden. Eine Säkularisierung in der Behandlung und Pflege psychisch Erkrankter fand erst in der Aufklärung und vor allem nach der französischen Revolution statt. Philippe Pinel, einer der Vorreiter des säkularen Anstaltswesens im Frankreich des frühen 19. Jahrhunderts, betrachtete Religion sogar als negative Kraft in der Behandlung. Diese Entwicklung nahm im Verlauf der Zeit zu und R/S wurden in der Medizin, die immer mehr einen biologischen und mechanistischen Charakter bekam, eher als Inhalt denn als Therapie psychischer Erkrankung gesehen. Auch Sigmund Freud, in seiner herausragenden Position als Begründer Psychoanalyse, misst R/S keine therapeutische Bedeutung zu und beschreibt sie im Auftrag psychischer Gesundheit als ein gescheitertes Konzept. Andere Zweige der Psychoanalyse, die in diesem Aspekt nicht direkt in der Tradition Freuds stehen, bilden eine bedeutende Grundlage für eine Implementierung von R/S Inhalten in die Therapie psychischer Erkrankungen. Seit den 60er Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts hat sich wieder ein zunehmendes Interesse in der Wissenschaft um das Thema gebildet [22].

Heutzutage wird vermehrt auf die Selbstermächtigung der PatientInnen geachtet und das umfasst unter Umständen, R/S auch als Ressource zu betrachten [23]. Eine Reihe von Studien hat in den letzten Jahren einen positiven korrelativen Zusammenhang von R/S sowohl mit körperlicher als auch psychischer Gesundheit hergestellt [24, 25]. Mit möglichst sensitiven, multidimensionalen Psychometrien wird versucht herauszufinden, welche Aspekte von R/S genau positiven Einfluss auf psychische Gesundheit haben könnten. Kendler et al. [25] unterschieden nach externalisierenden (Nikotinabhängigkeit, Alkoholabhängigkeit, Drogenmissbrauch und -abhängigkeit, antisoziales Verhalten bei Erwachsenen) und internalisierenden Störungsbildern (Depression, generalisierte Angststörung, Phobien, Panikstörung, Bulimia nervosa). Es konnte ein Zusammenhang zwischen den R/S Dimensionen „thankfulness“ und „social religiosity“ mit einem reduzierten Risiko für beide Störungsgruppen festgestellt werden. Einen spezifischen

negativen Zusammenhang mit dem Auftreten von externalisierenden Störungen sah man bei den Dimensionen „general religiosity“, „involved god“, „forgiveness“ und „god as judge“ [25]. Unterrainer et al. [26] konnten in einer Reihe von Studien ähnliche Verhältnisse erfassen. Hier waren die signifikantesten negativ mit psychischer Krankheit korrelierenden Aspekte „Hoffnung“ und „Vergebung“. Darüber hinaus wurde R/S mit effektiveren Copingstrategien insbesondere bei Suchtpatienten assoziiert [26].

R/S als Copingmechanismus ist vielgestaltig und kann sowohl positive als auch negative Formen annehmen. So kann eine höhere Macht als führend und schützend wahrgenommen werden und auch eine religiöse Gemeinschaft, als sozialer Copingmechanismus, kann unterstützend wirken. Außerdem kann eine Neubewertung negativer Ereignisse in einem positiven religiösen Kontext Trost spenden. Negative religiöse Copingmechanismen können auftreten, wenn ein belastendes Ereignis zu einer Abwendung von bzw. Ausschluss aus einer Glaubensgemeinde führt, zum Beispiel, wenn das Ereignis dort nicht akzeptiert wird. Dies kann auch zu einer Abkehr von religiösen Figuren führen. Als negatives religiöses Coping kann auch die Furcht vor einer göttlichen Strafe betrachtet werden [27]. Studien haben aber gezeigt, dass religiösere Menschen eher positive religiöse Copingmechanismen an den Tag legen [23]. Auch wenn beschrieben wurde, dass psychiatrische PatientInnen und behandelndes Personal gleichermaßen eine Adressierung der R/S Ebene begrüßen würden, lässt sich verzeichnen, dass PsychiaterInnen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weniger spirituell veranlagt sind [23]. Es wird vorgeschlagen, dieser Kluft innerhalb der psychiatrischen Ausbildung Bedeutung beizumessen um in der Praxis die Erfassung eines umfassenderen Bildes der PatientInnen zu ermöglichen. Dem folgend werden auch immer mehr Kurse diesbezüglich angeboten [23, 28]. Die korrelativen Zusammenhänge von R/S und Gesundheit haben dazu geführt, dass vermehrt Vorschläge geäußert werden, Konzepte wie das Bio-psycho-soziale Krankheitsmodell um eine R/S Ebene zu erweitern [29]. Auch beim fünf-Faktoren Modell der Persönlichkeit („Big Five“) wird spirituelle Transzendenz oder auch Frömmigkeit als sechster Faktor vorgeschlagen [30][26].

An der zunehmenden Einbeziehung von R/S in Ausbildung und klinische Praxis gibt es aber auch Kritik. So wird von mancher Seite der positive Zusammenhang zu Gesundheitsmaßen angezweifelt und eher auf den Effekt von Störgrößen zurückgeführt. Deshalb müssen solche beachtet und geprüft werden. Ebenfalls wird auch auf eine Reihe an Studien verwiesen, die durchaus widersprechende Ergebnisse bezüglich eines positiven Zusammenhangs darstellen [31]. Eine Metaanalyse konnte nur einen geringen negativen

Zusammenhang von R/S auf depressive Symptomatik feststellen, der auch von den verwendeten R/S Psychometrien abhing. Auch betont wurde der positive korrelative Zusammenhang negativen religiösen Copings und depressiver Symptomatik [32]. Ein wichtiger Standpunkt der Kritik ist auch, dass neben den genannten salutogenen auch pathogene Wirkungen vermutet werden. So sind gerade psychiatrische PatientInnen vulnerabel gegenüber charismatischen R/S Figuren und können so in das Abhängigkeitsverhältnis ideologisch geprägter religiöser Gruppen geraten [33]. So hat zum Beispiel auch die vom deutschen Verfassungsschutz beobachtete Gruppierung Scientology mit „Narconon“ und „ABLE“ eigene Einrichtungen zur Behandlung psychischer Erkrankungen, welche jedoch als gefährlich und ineffektiv eingestuft werden [34]. Auch kann wie oben bereits angemerkt negatives religiöses Coping die Symptomatik verschlimmern. Im Extremfall kann mit anfälligen Persönlichkeiten dogmatische Argumentation und sozialer Druck innerhalb einer Glaubensgemeinschaft für gewalttätigen Fundamentalismus instrumentalisiert werden [35].

Diesen Einwänden muss auf jeden Fall in der wissenschaftlichen Untersuchung von R/S in der Behandlung psychisch Erkrankter Beachtung geschenkt werden.

### **1.2.3 Religion/Spiritualität und Sucht**

„In god I trust, but just when I thought I had enough“  
-Kendrick Lamar

Wenn auch eine popkulturelle Referenz, spiegelt dieses Zitat die landläufige Annahme über eine gewisse Nähe der Begriffe Religion, Spiritualität und Sucht wieder. In dem Werk, dem das Zitat entnommen wurde, setzt sich der Hip Hop-Künstler Kendrick Lamar, der schon in einem Artikel der Fachzeitschrift „Lancet Psychiatry“ als „street poet of mental health“ bezeichnet wurde, mit Alkoholmissbrauch auseinander [36]. Der sich selbst als gläubiger Christ bezeichnende Künstler beschreibt in dieser Zeile sarkastisch wie er sein Gottvertrauen auf dem Höhepunkt seines Rausches findet. Auch in der Fachliteratur findet sich die Annahme, dass R/S und das Verlangen nach Rausch nicht weit voneinander entfernt sind. So gibt es die Betrachtung, es handle sich bei süchtigem Verhalten um eine Art tief internalisierten Götzendienst, was auf eine gewisse Verwandtschaft der Begriffe hinweist [37]. In eine ähnliche Richtung geht der Standpunkt, Sucht, vor allem nach bewusstseinsverändernden Substanzen, sei ein Ausdruck der Sehnsucht nach Ich-Transzendenz, also eine gescheiterte spirituelle Suche, wenn man so will [38]. Dieser

Ansicht war auch der Psychoanalytiker Carl Gustav Jung, der einen regen Briefwechsel mit dem Gründer der Anonymen Alkoholiker Bill Wilson pflegte. Gemeinsam formulierten sie die Losung „Spiritus contra Spiritum“, womit sie ausdrücken wollten, dass der „heilige Geist“, also R/S, den Weingeist, die Sucht, austreiben könne [33]. Das Zwölf-Schritte-Modell der Anonymen Alkoholiker, das zahlreiche R/S Elemente aufweist, ist in den USA das meist verbreitete Therapiekonzept [38]. Dort gehört es auch zur Regel, nach einer Entwöhnung zu den AA weiter zu verweisen, unabhängig von der therapeutischen Orientierung der Behandelnden. So beschäftigt sich das Gros der Forschung bezüglich R/S und Sucht mit den AA oder mit anderen auf den zwölf Schritten basierten Therapieformen [39].

Um einen Einblick in die Annahmen vom Zusammenhang von R/S und Sucht zu erlangen, ist es zunächst hilfreich, die in Publikationen verwendeten R/S Konzepte genauer zu betrachten. Das ist auch wichtig, da, wie weiter oben erwähnt, die Begriffe R/S durchaus Raum für Diskussion bieten. Cook [40] hat die Definitionen des Begriffs in 265 Artikeln mit dem Thema Abhängigkeit und R/S genauer untersucht und in 13 verschiedenen Konzeptionen unterteilt. Daraufhin wurde aus den 13 Konzepten eine breite Arbeitsdefinition für die Suchtforschung erstellt. Auffallend ist hier, dass 44 Prozent der Artikel den Begriff überhaupt nicht definiert haben [40].

An dieser wie aber auch an anderen Definitionen, die Aspekte psychischer Gesundheit miteinbeziehen, wird die Kritik geübt, dass es dem folgend keine spirituellen psychisch Kranken geben könne, was nicht der Realität entspricht. Ebenso ergäbe sich mit auf solchen Definitionen basierenden Psychometrien ein Messproblem, durch das man nicht unterscheiden könne, ob man eine Verbesserung psychischer Gesundheit oder Spiritualität misst [20].

Worüber sich die einschlägige Fachliteratur aber einig ist, ist die Einschätzung, dass ein negativer Zusammenhang zwischen R/S und Alkoholproblemen herrscht. Menschen, die aktiv in einer religiösen Vereinigung sind, laufen seltener Gefahr, eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln. Umgekehrt sind um eine Suchttherapie Ansuchende eher selten religiös involviert [15, 20, 41, 42].

### 1.2.3.1 Konzepte, Psychometrie und Forschungsfragen

Die Vielzahl an verschiedenen R/S Definitionen allein im Suchtbereich wurde bereits skizziert. Dennoch stehen in dieser Vielfalt zwei Zusammenhangskonzepte von Sucht und R/S im Vordergrund, die von den meisten Forschenden behandelt werden.

Dem Defizit-Modell liegt die Annahme zu Grunde, dass stärker werdendes süchtiges Verhalten mit einem Verlust von R/S Werten, Ansichten und Praktiken einher geht. Im Umkehrschluss muss also eine erfolgreiche Therapie auch deren Rückerlangung umfassen. So soll eine durch die Sucht entstandene existenzielle Leere gefüllt werden. Voraussetzung ist hierbei die Annahme, dass ein grundlegendes angeborenes Verhalten des Menschen in der Suche nach R/S Bedeutung besteht.

Beim Coping-Modell von Sucht und R/S werden hingegen keine Aussagen über die Suchtentstehung getroffen. Eher wird ein schützender Einfluss von R/S Praxis gesehen, um Rückfälle zu vermeiden. Es geht genauer gesagt um eine Trennung negativer emotionaler Zustände und folgenden Substanzkonsum. Bei diesem Modell herrschen Parallelen zur VT, die ja wie bereits beschrieben Strategien zum Durchbrechen süchtiger Verhaltensmuster heraus zu arbeiten versucht [20]. Auch lässt sich R/S als protektiver Faktor für die Entwicklung einer Suchterkrankung sehen, da die Ergebnisse über die negative Beziehung von R/S zur Entwicklung einer Sucht sehr konsistent sind [39]. Dem Coping-Modell liegt die Annahme zu Grunde, dass dieses Verhältnis nicht nur bei der Entwicklung, sondern auch bei der Wiederaufnahme süchtigen Verhaltens herrscht [20]. Diese Modelle dienen der besseren Einordnung der Forschung und Therapien, unter anderem auch, da sie eine gewisse Möglichkeit der Vorhersage erlauben. Bei einer konsequenten Anwendung des Defizit-Modells zum Beispiel ergibt sich die Voraussage, dass, wenn es nicht gelingt spirituell zu wachsen im Zuge der Therapie, im Endeffekt der Rückfall kommen muss. Dies deckt sich mit den Auffassungen der AA [43].

Im Folgenden sollen nun vier psychometrische Instrumente, welche auch in den Studien der Literaturrecherche am häufigsten eingesetzt worden sind, vorgestellt werden. Zur Quantifizierung von R/S gibt es ähnlich wie bei den Definitionen eine breite Anzahl an Werkzeugen. Das Erstellen von psychometrischen Instrumenten stellte lange Zeit einen derart wichtigen Aspekt in der Religionspsychologie dar, dass man der Annahme war, das wissenschaftliche Paradigma der Disziplin bestehe darin, Messungen zu erstellen [15]. Die vorgestellten Messinstrumente sind alle in der Forschung mit Suchterkrankungen erprobt. „Religious Beliefs and Behaviours“ [44] ist ein aus 13 Fragen bestehender Selbstbeurteilungsfragebogen. Er umfasst zwei Größen: „Formal Practices“ und „God

consciousness“. Erstere umfasst Dinge wie Besuch von Gottesdiensten oder Beschäftigung mit Heiligen Schriften, wohingegen letztere eher persönliche Praxis wie Gedanken über Gott, Meditation und Gebet abdeckt. Darüber hinaus ist eine Selbsteinschätzung der ProbandInnen über ihre R/S Einstellung von atheistisch bis religiös enthalten [44]. Das Instrument kann schnell angewendet werden, ist vielfach erprobt und umfasst Basisdaten von 1637 Therapiesuchenden [20]. Es kann hier aber trotz der zwei Skalen nicht zwischen verschiedenen Ebenen von R/S differenziert werden [20].

Das „Brief Multidimensional Measure of Religiousness and Spirituality“ [45] ist ebenfalls ein Selbstbeurteilungsfragebogen und umfasst 35 Fragen in 10 Subskalen: „Daily spiritual practices“, „Values/Beliefs“, „Forgiveness“, „Private Religious practices“, „Religious and Spiritual Coping“, „Religious Support“, „Religious/Spiritual History“, „Organizational Religiousness“, „Religious Preference“ und „Overall Self-Ranking“. Wie der Name schon sagt, handelt sich hierbei um ein dezidiert multidimensionales Messinstrument. Es wurde für den Einsatz in verschiedenen Bereichen von einer Arbeitsgruppe des Fetzer-Instituts entwickelt, zu dessen Kernteam auch Kenneth Pargament gehörte [45]. Viele der Subskalen sind verkürzte Versionen von eigenständigen Fragebögen, wie zum Beispiel die „Daily Spiritual Experience Scale“, auf die hier gleich noch eingegangen wird. Es hat gute psychometrische Eigenschaften und ist auch in der Suchtforschung erprobt [20].

Die „Daily Spiritual Experience Scale“ [46] wurde ebenfalls im Fetzer Institut entwickelt und stellt wie vorhin erwähnt in einer gekürzten Version auch eine der Subskalen des BMMRS dar. Diese Skala mit 16 Fragen beschäftigt sich vor allem mit der Wahrnehmung des Transzendenten im Alltag. Damit sind nicht außergewöhnliche spirituelle Erfahrungen gemeint, sondern eher Dinge wie zum Beispiel Gefühle der Verbundenheit zur Schöpfung in der Natur [46]. Der „Purpose in Life Test“ [47] ist eine 17 Fragen umfassende Selbstbeurteilungsskala. Sie wird eingesetzt, um ein Empfinden von Sinn und Bedeutung im Leben zu evaluieren. Es gibt wenig Beweise, ob dieses Konstrukt Rückfälligkeit bei Suchtpatienten voraussagen vermag. Darüber hinaus gibt es auch Kritik an dem Konzept und seinem Inhalt an sich, da es stark mit Wohlbefinden korreliert. Es ist unklar, ob PIL tatsächlich mit R/S in Verbindung steht [20].

Nach der Vorstellung dieser unterschiedlichen Konstrukte von R/S stellt sich nun die Frage, welche Unklarheiten mit deren Erhebung geklärt werden können. Wie oben bereits beschrieben gibt es konsistente Forschungsergebnisse bezüglich negativer korrelativer

Zusammenhänge von R/S und Sucht in Querschnittsstudien. Daraus ergeben sich laut Tonigan et al. [20] für prospektive longitudinale Studien vier Arten an Forschungsfragen:

1. Gibt es einen direkten Effekt von Änderungen in R/S auf das Suchtverhalten?
2. Welche Veränderungen können bei R/S auftreten, wenn versucht wird, eine Änderung des Suchtverhaltens zu erzielen?
3. Kann R/S die Empfänglichkeit von therapeutischen Interventionen, Nachsorge oder Selbsthilfe verstärken oder vermindern?
4. Wie kann R/S oder deren Veränderung einen direkten Effekt auf das Suchtverhalten statistisch erklären?

### **1.2.3.2 Spirituelle Interventionen in der Suchtbehandlung**

Wie eingangs erwähnt nehmen hier die AA eine prominente Position ein und haben einen wichtigen Teil dazu beigetragen, dass R/S von vielen Seiten als wichtiger Teil der Suchttherapie verstanden wird. Nun war das Verständnis der Sucht als R/S Problem zum Zeitpunkt der Gründung der AA 1935 durchaus nicht neu. Manchmal wird sogar die Geburt der modernen Suchtmedizin auf calvinistische Theologen zurückgeführt, die der Entstehung der Sucht Verstöße gegen theologisch moralische Normen zugrunde legten [1, 48]. Auch der Gründer der AA, Bill Wilson, der selbst unter einer Alkoholsucht litt, besuchte vor der Gründung Treffen der Oxford Gruppe, einer evangelikalen Gruppierung, die sich der moralischen Erbauung der Menschen verschrieben hatte und derer Wilson auch wichtige Elemente der AA entnahm. Eine religiöse Vision nach Erleiden eines wiederholten Rückfalls verleitete ihn dazu, anderen Suchtkranken helfen zu wollen. Der erste war ein Mann, dessen AA-interner Name nur „Dr. Bob“ lautete. So entstanden letzten Endes die AA. Heutzutage sind sie eine weltweit vertretene Selbsthilfeorganisation, mit 2,1 Millionen Mitgliedern in 131 Ländern [49]. Den größten Einfluss haben sie zweifelsohne in den USA, wo sie ein teilweise sogar obligates Element der Nachsorge darstellen [20]. In Europa ist ihre Bedeutung auch groß, aber deutlich geringer als in den Vereinigten Staaten. In Deutschland ist das Angebot an Alternativen im Bereich der Selbsthilfe sehr viel größer. Diese Alternativen sind aber zum Teil konfessionell eingebunden (z.B. Kreuzbund, Blaues Kreuz), weisen also auch Charakteristika von R/S auf [49]. Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Tochterorganisationen der AA, sodass Alkoholiker weit nicht mehr die einzige Zielgruppe der theoretischen Grundlagen der AA sind. Von Nicht-Substanzgebundenen Gruppen wie

„Narcoctics Anonymous“ über spezielle Angebote für Kokain und andere Substanzen bis hin zu Verhaltenssüchten ist das Spektrum mittlerweile sehr groß [49, 50]. Worin genau besteht nun aber das Konzept der AA und welche Rolle spielt R/S darin? Die konzeptuelle Basis der Gruppe findet sich im von Bill Wilson und „Dr. Bob“ verfassten „Blauen Buch“ [43]. Kernelement dessen sind die erwähnten zwölf Schritte. Diese lauten:

1. Wir gaben zu, dass wir dem Alkohol gegenüber machtlos sind und unser Leben nicht mehr meistern konnten.
2. Wir kamen zu dem Glauben, dass eine Macht, größer als wir selbst, uns unsere geistige Gesundheit wiedergeben kann.
3. Wir fassten den Entschluss, unseren Willen und unser Leben der Sorge Gottes, wie wir Ihn verstanden, anzuvertrauen.
4. Wir machten eine gründliche und furchtlose Inventur in unserem Inneren.
5. Wir gaben Gott, uns selbst und einem anderen Menschen gegenüber unverhüllt unsere Fehler zu.
6. Wir waren völlig bereit, all diese Charakterfehler von Gott beseitigen zu lassen.
7. Demütig baten wir Ihn, unsere Mängel von uns zu nehmen.
8. Wir machten eine Liste aller Personen, denen wir Schaden zugefügt hatten, und wurden willig, ihn bei allen wiedergutzumachen.
9. Wir machten bei diesen Menschen alles wieder gut, wo immer es möglich war, es sei denn, wir hätten dadurch sie oder andere verletzt.
10. Wir setzten die Inventur bei uns fort, und wenn wir Unrecht hatten, gaben wir es sofort zu.
11. Wir suchten durch das Gebet und Meditation die bewusste Verbindung zu Gott, wie wir Ihn verstanden, zu vertiefen. Wir baten Ihn nur, uns Seinen Willen erkennbar werden zu lassen und uns die Kraft zu geben, ihn auszuführen.
12. Nachdem wir durch diese Schritte ein spirituelles Erwachen erlebt hatten, versuchten wir, diese Botschaft an Alkoholiker weiterzugeben und unser tägliches Leben nach diesen Grundsätzen auszurichten. [43]

Es fällt auf, dass hierbei fünf dieser zwölf Schritte direkt Gott oder eine höhere Macht beinhalten. Der angestrebte Verhaltenswandel ist der Ansicht der AA nach nicht durch bloßen Willen zu erlangen, sondern muss mit der Selbstaufgabe gegenüber einer höheren

Macht geschehen [49]. Tonigan et al. [51] leiteten aus der Kernliteratur der AA fünf spirituelle Axiome ab: die Existenz einer transzendenten Macht, das Bedürfnis eine persönliche Beziehung zu Gott einzugehen, der Glaube an Mystik, die tägliche Bekräftigung der Gottbeziehung und der Glaube, emotionale Probleme seien Manifestation der Entfernung von spirituellen Prinzipien. Die Arbeit an den Schritten ist zentrales Element des AA Konzepts. Diese Schritte-Arbeit kann vor allem mit dem Sponsor erfolgen, einem erfahreneren Gruppenmitglied, das die Rolle eines Mentors übernehmen soll. Diese Mentor-Mentee Beziehung ist ein wichtiger Aspekt der AA und es wird vermutet, dass sie eines der wirkstärkeren Elemente des Therapiekonzeptes ist. Generell ist durch die Popularität des Programms die Forschungslage sehr dicht und weist gute Ergebnisse auf. So weisen vier von fünf Metaanalysen darauf hin, dass die AA-Teilnahme ein Prediktor für bessere Abstinenz ist [20]. Die Rolle von Spiritualität in der Wirksamkeit der AA ist aber noch eher unerforscht, außerdem gibt es einen Mangel an prospektiven, longitudinalen Studien [20, 49].

Das Wesen der AA als Selbsthilfegruppe, deren Rolle in der Nachsorge überaus wichtig ist, lässt es jedoch schwer zu, ihr den Charakter einer Intervention zu geben, da ihr Besuch bestenfalls dauerhaft stattfinden sollte. Die zwölf Schritte haben ihren Weg aber auch in temporäre und auch stationäre Umgebungen gefunden. Erstmals in Form des Minnesota Modells, das neben Gruppen- und ergotherapeutischen Elementen auch Aspekte der therapeutischen Gemeinschaft und eben auch die Schritte-Arbeit der AA umfasst [49]. Im deutschsprachigen Raum sei hier auch noch das Bad Herrenhalber Modell erwähnt.

Auch das Konzept der „Twelve-step Facilitation“ soll hier kurz erläutert werden. Es stellt eine professionelle Intervention dar, welche die Patienten aktiv zu besserer AA-Teilnahme ermutigen soll [50].

Weitere in der Literatur beschriebene spirituelle Interventionen sind meist nicht derart institutionalisiert wie die AA und können nicht allgemein beschrieben werden. Oft findet sich hier Durchführung von religiösen Praktiken wie zum Beispiel Stoßgebeten oder Reinigungsritualen.

## 2 Methoden

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine systematische Übersichtsarbeit (engl. systematic review). Wie der Name nahelegt, ist es hierbei wichtig, das System nach dem vorgegangen wurde genau und reproduzierbar darzulegen. Um dies zu gewährleisten wurde hier nach den „PRISMA“-Richtlinien vorgegangen. „PRISMA“ ist ein Akronym für „Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses“ und stellt einen Standard für die Erstellung systematischer Übersichtsarbeiten und Metanalysen dar. Zentral dabei sind einerseits eine 27 Punkte umfassende Checkliste, anhand derer sich AutorInnen bei der Erstellung orientieren sollen, und andererseits ein einheitliches Flow-Diagramm zur übersichtlichen Visualisierung des Recherche-Prozesses [52].

Der systematische Überblick wurde nach den im „PRISMA-(„Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses“) Statement vorgegebenen Richtlinien erstellt [52].

### 2.1 Auswahlprozess

Die untersuchten Studien wurden anhand von Kriterien ausgewählt, welche im Voraus oder innerhalb eines iterativen Prozesses während der Quellensuche festgesetzt worden sind. Einschlusskriterium war die Verwendung englischer oder deutscher Sprache. Die von den Studien untersuchte Population musste ein Suchterkrankung aufweisen, wobei auch solche mit zusätzlichen psychiatrischen Diagnosen mitberücksichtigt worden sind. Es wurden ausschließlich Studien untersucht, die sich mit einer Population von Erwachsenen über 18 Jahren auseinandergesetzt hatten.

Bezüglich des Studiendesigns wurde jede Form von quantitativer, longitudinaler Studie, in der die Effektivität einer religiös/spirituellen Intervention im Verlauf einer Suchttherapie untersucht wurde, eingeschlossen. Außerdem musste Religiosität/Spiritualität bzw. Teilaspekte derer mit einer einheitlichen Psychometrie erhoben worden sein. Des Weiteren wurden aufgrund der spezifischen Schwierigkeiten in der Therapie der Suchterkrankungen nur Studien ausgewählt, welche eine Follow-up Messung aufwiesen. Ausgeschlossen wurden qualitative Studien, Studien mit Querschnittsdesign (nur ein Messzeitpunkt), Bücher/Buchkapitel, Übersichtsarbeiten und Fallstudien, außerdem Studien mit dem Fokus auf demographische Unterschiede. Aufgrund konzeptueller

Überschneidungen bzw. der fehlenden Möglichkeit einer genauen Abgrenzung wurden Studien ausgeschlossen, in welchen die Effektivität von Achtsamkeitsinterventionen untersucht wurde[21]. Hinsichtlich des Erscheinungsjahrs wurden keine Einschränkungen gesetzt.

## **2.2 Informationsquellen**

Die Literaturrecherche wurde in den Datenbanken PubMed und ISI Web of Knowledge durchgeführt. Zusätzlich wurden Studien aus anderen systematischen Übersichtsarbeiten [53, 54] in die Recherche miteinbezogen.

## **2.3 Suche**

Die Suche an sich wurde zur besseren Reproduzierbarkeit mit verschachtelten „Boolean“-Operatoren und Trunkationen durchgeführt um mit nur einem Term ein befriedigende Menge an Ergebnissen zu erreichen. In der Pubmed Suche wurde folgender Term benutzt: *((spiritual\* OR religio\*) AND ("substance use disorder" OR "substance-related disorder" OR "substance abuse" OR "substance misuse" OR "addiction" OR "Addictive Behaviour")) AND (Treatment OR Intervention OR "treatment outcomes" OR recovery)*). Anschließend wurde die Suche in deutscher Sprache wiederholt, dieses Vorgehen führte aber zu keinen unterschiedlichen Ergebnissen. Die letzte Suche wurde am 4.3.2018 durchgeführt.

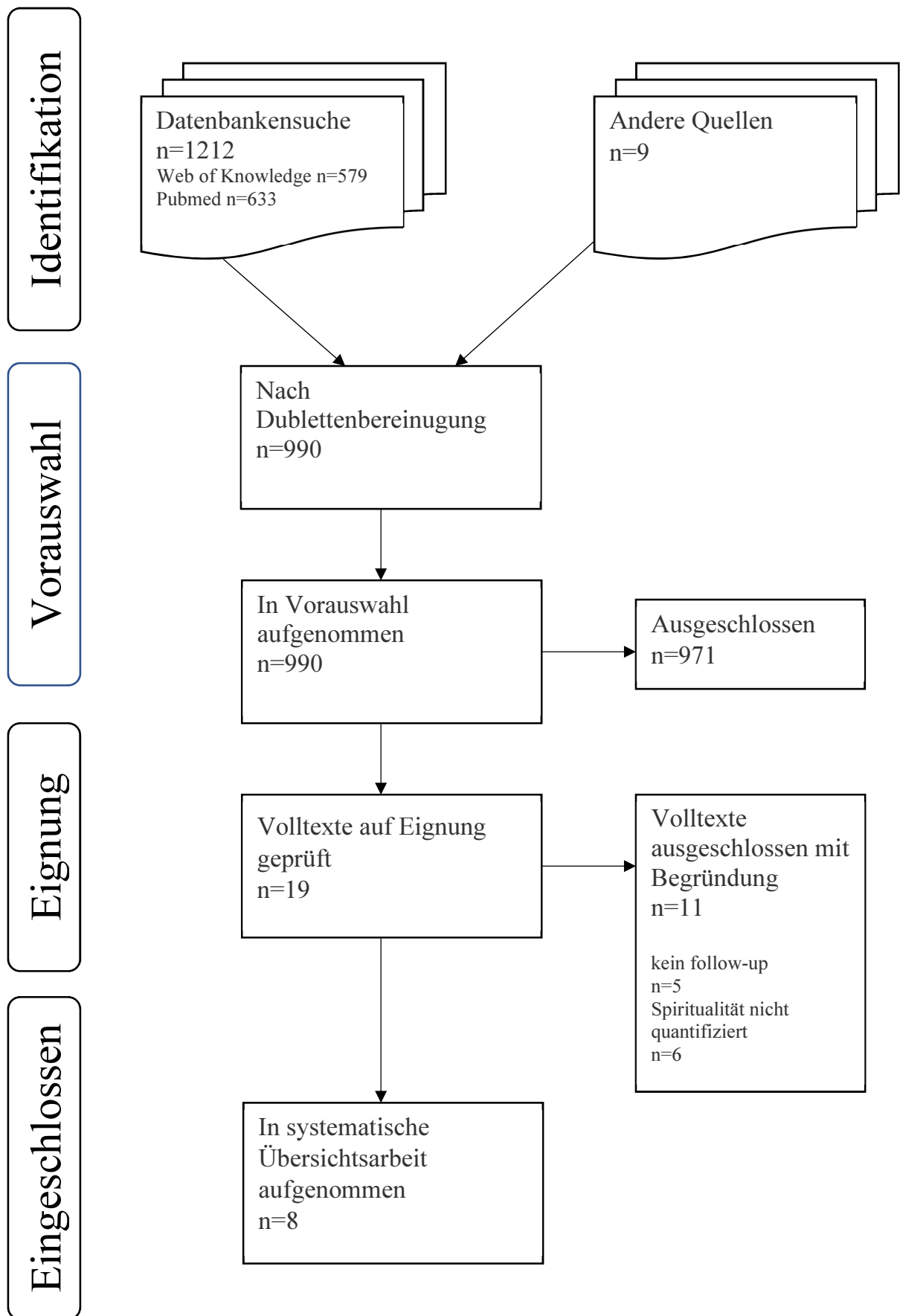


Abbildung 2 Flow-Diagramm der Literatursuche

## 2.4 Auswahl der Studien

Die identifizierten Titel wurden in die Literaturverwaltungssoftware Citavi 6 auf Dubletten bereinigt. Alle weiteren Studien wurden ebenfalls in erwähnter Software nach Titel und Zusammenfassung gesichtet und auf oben erwähnte Ein- und Ausschlusskriterien überprüft. Dafür wurde ein Kategoriensystem in Citavi erstellt. Die ausgewählten Studien wurden über das Internet und den Literaturservice der Medizinischen Universität Graz akquiriert und im Volltext noch einmal auf Eignung untersucht. Dieser Prozess ist zur Veranschaulichung in Abbildung 2 graphisch dargestellt.

## 3 Ergebnisse

Die acht aufgenommenen Studien unterscheiden sich stark hinsichtlich ihres Designs, der Stichprobengröße und auch bezüglich der angewandten Interventionen. Nur bei zwei der Studien handelte es sich um randomisierte kontrollierte klinische Studien [55, 56]. Von diesen beiden wurde eine aufgrund von aufgetretenen Schwierigkeiten zu einem Kohortendesign modifiziert und wiederholt [55]. Da diese beiden innerhalb einer Publikation veröffentlicht worden sind, wurden insgesamt neun Studien untersucht aber nur acht Zeitschriftenartikel durchgesehen. Drei der Studien waren kontrollierte [57–59] und weitere drei nicht-kontrollierte [60–62] longitudinale Studien. Sechs der acht durchgesehenen Studien untersuchten Zwölf-Schritte basierte Therapien, während sich die übrigen mit anderen Formen spiritueller Interventionen auseinandersetzten. Fünf der Studien untersuchten alkoholsüchtige Stichproben [56–60], drei hatten keinen Fokus auf eine bestimmte Substanz und eine Studie beschäftigte sich mit Opiatsüchtigen [61]. Drei der Studien benutzen multidimensionale Psychometrische Instrumente zur Erhebung von R/S in Form des BMMRS [55, 57]. In Tabelle 1 werden die genauen Eigenschaften der Studien angegeben, aufgeschlüsselt nach Design, Stichprobe, Beschreibung des Interventionsprogrammes, Psychometrischen Instrumenten, Folgeuntersuchungen und Ergebnis.

	Studien-Design	Stichprobe	Interventionsprogramm	Psychometrische Instrumente	Follow-up	Ergebnisse
<i>Ranes 2017[60]</i>	longitudinal nicht kontrolliert	<ul style="list-style-type: none"> <li>n=201 erwachsene Personen in Behandlung einer Alkoholabhängigkeit</li> <li>n= 77 mit komplettem follow-up</li> </ul> <p><u>Demographie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>47,8% w</li> <li>52,2% m</li> <li>40,85 Jahre</li> <li>98,5% “non-Hispanic”, 95,5% “Caucasian”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>12-step</li> <li>stationär</li> <li>abstinenzbasiert</li> <li>spirituelle Seelsorge-Angebote</li> <li>25,41 Tage Aufenthalt</li> </ul>	<p>Jeweils erhoben 6,46 Tage nach Eintritt und bei Entlassung</p> <p><u>Spiritualität/ Religiosität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Meaning in Life Questionnaire</li> <li>DSES</li> <li>Gratitude Questionnaire-6</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.,6., 12. Monat nach Entlassung</li> <li>DSES</li> <li>Form 90</li> <li>Alcoholics Anonymous Affiliation Score</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Baseline-Religiosität und Spiritualität hängen sign. zusammen**</li> <li>Spiritualität steigt v.a. im Verlauf der Behandlung bei allen Pat.</li> <li>Bei Pat. mit niedriger Baseline S auch danach</li> <li>S <u>kein</u> signifikanter Prädiktor von Abstinenz nach der Entlassung</li> <li>Signifikanter positiver Zusammenhang mit Abstinenz*</li> <li>Vermutung eines medierten Effektes von Spiritualität über AA Teilnahme auf Abstinenz nach der Behandlung</li> </ul>
				<p><u>Suchtverhalten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Form 90</li> <li>Addiction Severity Index</li> </ul>		
				<ul style="list-style-type: none"> <li>Alcoholics Anonymous Affiliation Scale</li> <li>Brief Symptom Inventory 18</li> <li>Narcissistic Personality Inventory 16</li> <li>Hypersensitive Narcissism Scale</li> <li>Hostility-Guilt Inventory, Resentment Scale</li> </ul>		

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001; Pat: PatientInnen; R: Religiosität; S: Spiritualität

*Tabelle 1 Merkmale der durchgesehenen Studien*

	Studien-Design	Stichprobe	Interventionsprogramm	Zielgrößen und psychometrische Instrumente	Follow-up	Ergebnisse
<i>Parhami 2014[62]</i>	longitudinal nicht kontrolliert	<ul style="list-style-type: none"> <li>n=33 Erwachsene in Therapie für eine substanzbezogene Abhängigkeit</li> </ul> <u>Demographic:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alter: 29 (SD=11,17)</li> <li>64% Männer</li> <li>94% „Caucasian“</li> <li>52% jüdischen Glaubens,</li> <li>42% keine rel. Präferenz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>stationäres jüdisches Therapiezentrum Beit T'Shuvah</li> <li>kognitive Verhaltenstherapie</li> <li>12-Schritte-basiert</li> <li>Jüdische Spiritualität</li> <li>Kunsttherapie</li> <li>Verpflichtender täglicher Torah-Unterricht</li> <li>Gottesdienst in der Synagoge vor Ort</li> </ul>	Screening nach 6 Tagen und Baseline wiederum eine Woche danach  <u>Spiritualität/ Religiosität:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>DSES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1,3 und 6 Monate nach Baseline</li> <li>DSES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine signifikante longitudinale Entwicklung im DSES</li> <li>Baseline-Spiritualität bei denjenigen, die vor der 6 Monate Folgeuntersuchung ausschieden, war signifikant niedriger*</li> </ul>
				<u>Suchtverhalten:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Addiction Severity Index</li> </ul>		
				<u>Weitere:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mini-International Neuropsychiatric Interview Version 2.0</li> <li>Verbleib in Therapie</li> </ul>		

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

	Studien-Design	Stichprobe	Interventionsprogramm	Zielgrößen und psychometrische Instrumente	Follow-up	Ergebnisse
<i>Sterling 2006[57]</i>	longitudinal kontrolliert	<ul style="list-style-type: none"> <li>n=405 Erwachsene Personen, die freiwillig stationäre Therapie einer Alkoholabhängigkeit aufgesucht haben</li> </ul> <p><u>Demographie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>85% „white“</li> <li>60% christlicher Hintergrund, 25% kein rel. Bezug</li> <li>+ 246 m/159f</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zwei stationäre Angebote</li> </ul> <p><u>MSP</u> n=302</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>12-step Tradition in Gruppen und Einzelsitzung</li> <li>Meditation</li> <li>Spirituell geführte Schweigeübungen</li> <li>3 Geistliche bieten informelle Beratung</li> <li>Teilnahme an Einheiten spiritueller Heilung wird erwartet</li> </ul> <p><u>LSP</u> n=103</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>medizinisches Modell von Sucht</li> </ul>	<p>Innerhalb 3 Tage nach Aufnahme erhoben</p> <p><u>Spiritualität/ Religiosität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>DSES</li> <li>BMMRS</li> <li>Spiritual Belief Scale</li> <li>scale of spiritual maturity</li> <li>Index of Core Spiritual Experience</li> </ul> <p><u>Suchtverhalten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>DTCQ</li> <li>ASI</li> </ul> <p><u>Weitere</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>BDI</li> <li>Learned Helplessness Scale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nach Abschluss der Therapie (ca. 4 Wochen nach Baseline)</li> <li>3 Monate nach Baseline</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die meisten PatientInnen mit günstiger Prognose entlassen (MSP 94,8%, LSP 91,3%)</li> <li>Keine Bestätigung der Hypothese von verbessertem Therapieergebnis durch Zuteilung von spirituellen Personen zu spirituellen Angeboten und umgekehrt (MATCH)</li> <li>Im Vergleich zeigen weniger spirituelle TeilnehmerInnen im weniger spirituell orientierten Angebot signifikant schlechtere Ergebnisse in der DTCQ „Versuchung zu trinken“-Subskala *(d.h. heißt bessere in Bezug auf Suchtkontrolle) und in angegebener Sehnsucht nach Alkohol*</li> </ul>

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001; ASI: Addiction Severity Index; BDI: Beck Depression Inventory; DTCQ: Drug Taking Confidence Questionnaire; LSP: Less Spiritual Program; MSP: More Spiritual Program

	Studien-Design	Stichprobe	Interventionsprogramm	Zielgrößen und psychometrische Instrumente	Follow-up	Ergebnisse
Tonigan 2002[56]	Randomisiert-kontrollierte klinische Studie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Project MATCH Datensatz mit n=1697 Personen mit Diagnose für Alkoholmissbrauch oder Abhängigkeit</li> </ul> <p><u>Selbst angegebener Gottglaube:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>26% religiös</li> <li>57% spirituell</li> <li>10% unsicher</li> <li>5% agnostisch</li> <li>2,2% atheistisch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sekundäre Analyse des Project MATCH- Datensatzes:</li> <li>Multizentrische Studie zur Überprüfung der MATCH-Hypothese (Verbesserung des Therapieergebnisses durch Typisierung der PatientInnen und dementsprechender Zuteilung zu jeweils passenden Therapien)</li> <li>Randomisierte Zuteilung der TeilnehmerInnen in: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ TSF</li> <li>○ VT</li> <li>○ spezielle Form der motivierenden Gesprächsführungstherapie (MET)</li> </ul> </li> <li>jeweils 12 Wochen</li> </ul>	<p><u>Spiritualität/Religiosität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>RBB</li> <li>Selbst angegebener Gottglaube</li> </ul> <p><u>Suchtverhalten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Form 90</li> <li>PDA</li> <li>DDD</li> </ul> <p><u>Weitere:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>AAI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3,6,9 und 12 Monate nach Baseline</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Spirituelle Gruppe war signifikant jünger als religiöse***</li> <li>Sign. Unterschiede in DDD zwischen den Gruppen: z.B. unsichere Gruppe hatte mehr DDD im Vergleich zur Agnostikergruppe**</li> <li>Ebenfalls sign. Unterschiede in Abhängigkeit*** und alkoholbezogenen Konsequenzen*, wobei unsichere Gruppe die schwerste Problematik zeigte</li> <li>Bei Atheisten und Religiösen änderte sich die Einstellung über die 12 Monate hinweg am wenigsten</li> <li>In der TSF Gruppe sign. mehr Veränderung in Richtung spirituellerer Einstellung*</li> <li>Atheisten und Agnostiker besuchen sign. weniger AA-Gruppen als der Rest*, auch generell ein sign. Zusammenhang der Gruppen und der Häufigkeit der AA-Besuche***</li> <li>Selbst angegebener Gottglaube und PDA während 12 Monate hängt sign. zusammen*</li> </ul>

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001; AAI: Alcoholics Anonymous Involvement; DDD: Drinks per drinking day; PDA: Percentage of days abstinent

	Studien-Design	Stichprobe	Interventionsprogramm	Zielgrößen und psychometrische Instrumente	Follow-up	Ergebnisse
<i>Ouimette 1999 [58]</i>	longitudinal kontrolliert	n=1873 erwachsene Personen in Therapie für Alkoholabhängigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multizentrisch (fünf verschiedene Einrichtungen)</li> <li>• Stationär</li> </ul>	<u>Spiritualität / Religiosität:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intrinsische Religiosität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Entlassung und 12 Monate danach</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MATCH-Hypothese nicht beweisbar</li> <li>• sign. positiver Zusammenhang von TSF und Verwendung von substanzspezifischem coping bei Entlassung im Vergleich zu VT*</li> <li>• TSF auch bei PatientInnen mit starker psychischer Symptomatik in sign. Zusammenhang mit substanzspezifischem Coping bei Entlassung ggü. VT**</li> <li>• Zwölf-Schritte-Verhalten als sign. Prädiktor von Abstinenz nach einem Jahr ***</li> </ul>
		<u>Demographie</u> n=1069 in VT <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alter 43,67(SD 9,71)</li> <li>• 41,2% „non-white“</li> </ul>	<u>VT</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rückfallverhinderung</li> <li>• Training in kognitiven Fertigkeiten und Verhaltens- und Suchtkontrolle</li> <li>• Coping-Strategien</li> </ul>	<u>Suchtverhalten:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alkoholsucht nach DSM-III-R</li> <li>• Abstinenz als Behandlungsziel</li> <li>• Abstinenz</li> <li>• Keine durch Alkohol folgenden Probleme</li> </ul>		
		n=804 in TSF <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alter 42,49 (SD 9,68)</li> <li>• 60,7% „non-white“</li> </ul>	<u>TSF</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppentreffen</li> <li>• Arbeit an den Schritten</li> <li>• Verfassen von Autobiographie</li> <li>• Akzeptanz des Kontrollverlustes</li> </ul>	<u>Weitere:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Shipley Institute of Living Scale für kognitive Störungen</li> <li>• Coping response Inventory</li> <li>• Process of change questionnaire für substanzspezifische Symptome</li> <li>• Brief Symptom Inventory für psychologische Symptome</li> </ul>		

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

	Studien-Design	Stichprobe	Interventionsprogramm	Zielgrößen und psychometrische Instrumente	Follow-up	Ergebnisse
<i>Waisberg 1994 [59]</i>	longitudinal kontrolliert	<p>131 Personen in stationärer Behandlung einer Alkoholabhängigkeit oder darauf wartend, aufgeteilt in 3 Gruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Einrichtung A</u></li> <li>• n=55 n=41m n=14w</li> <li>• <u>Einrichtung B</u></li> <li>• n=40 37m, 3w</li> <li>• <u>Kontrollgruppe</u></li> <li>• n=36 31m, 5w</li> <li>• Wartend auf Behandlung in Einrichtung A</li> </ul>	<p><u>Einrichtung A</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokus auf Bildung und Unterricht von Fertigkeiten</li> <li>• Gruppentherapien</li> <li>• Entspannungsübungen</li> <li>• Sport</li> <li>• Spiritualität nur indirekt</li> <li>• PatientInnen sollen Einfluss auf Programm nehmen</li> </ul> <p><u>Einrichtung B</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direkte Adressierung von Spiritualität</li> <li>• Inspirierende Vorträge</li> <li>• AA-Treffen, Einzel- und Gruppenberatung</li> <li>• Alle Komponenten verpflichtend</li> <li>• Keine Einflussnahme durch PatientInnen</li> </ul>	<p><u>Spiritualität / Religiosität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PIL bei Therapieeintritt und-entlassung</li> </ul> <p><u>Suchtverhalten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstinenz (nicht näher angegeben) nur bei 3 Monate follow-up, eingeteilt in 3 Kategorien: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abstinent</li> <li>○ Verbessert</li> <li>○ Rückfall</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Weitere:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnahme an Nachsorge-Angeboten, soziale Strukturen, quantifiziert als follow-up change variables, auch nur bei 3 Monate follow-up</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 Monate nach Entlassung</li> <li>A) n=48</li> <li>B) n=23</li> <li>C) n= 16</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittlerer PIL der gesamten Stichprobe niedriger als bei Allgemeinbevölkerung**</li> <li>• PIL steigt in beiden Gruppen ähnlich und sign. gegenüber Kontrollgruppe***</li> <li>• Post-treatment PIL positiver Prädiktor von Veränderungen in wichtigen sozialen Beziehungen** und Gesundheitsverhalten**</li> </ul>

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

	Studien-Design	Stichprobe	Interventionsprogramm	Psychometrische Instrumente	Follow-up	Ergebnisse
<i>Miller 2008 (a)[55]</i>	Randomisiert-kontrollierte klinische Studie	<ul style="list-style-type: none"> <li>n=60 erwachsene Personen mit DSM IV Diagnose für Alkohol-, Kokain-, Opiat- und/oder Stimulanzienabhängigkeit</li> </ul> <u>Demographie:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>n=24 m n=36 w</li> <li>Alter 38,7 (±9.8)</li> <li>„Hispanic“ (50%)</li> <li>„White non-Hispanic“ (35%)</li> <li>„Native American“ (12%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>stationär</li> <li>Randomisierte Aufteilung in Interventionsgruppe (Spiritual Guidance, SG) und Kontrollgruppe (Treatment as usual, TAU)</li> </ul> <u>TAU:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verhaltensberatung</li> <li>versch. Bildungsangebote</li> </ul> <u>SG:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>TAU +</li> <li>12 Einzelberatungstermine zu einem von 13 spirituellen Themen nach Richard Foster durch drei in der Methode erfahrene Seelsorger</li> <li>Motivational Interviewing</li> </ul>	+verblindet erhoben bei Eintritt und Follow-up  <u>Spiritualität/ Religiosität:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>BMMRS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4, 8, 12 Monate nach Baseline</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sowohl in Bezug auf Spiritualität als auch Abhängigkeit kein Effekt in der Interventionsgruppe</li> <li>Eingeschränkte Aussagekraft, weil SG wenig in Anspruch genommen worden ist (nur 17 wurden als behandelt angesehen)</li> <li>Einer der Seelsorger hat sign. weniger Einheiten gehalten*</li> <li>TAU bei 4 Monaten-follow-up Verbesserung in Angst und Depressionssymptomen ggü. SG*** aber nicht mehr bei 8 u 12 Monaten</li> </ul>
				<u>Suchtverhalten:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Form 90</li> </ul>		
				<u>Weitere:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beck Depression Inventory</li> <li>State-Trait Anxiety Inventory</li> <li>Self-Esteem Inventory</li> </ul>		

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001; SG: Spiritual Guidance (R/S); TAU: Treatment as usual (nicht R/S)

	Studien-Design	Stichprobe	Interventionsprogramm	Psychometrische Instrumente	Follow-up	Ergebnisse
Miller 2008 (b)[55]	Kohortenstudie	<ul style="list-style-type: none"> <li>n=80 erwachsene Personen mit DSM IV Diagnose für Alkohol-, Kokain-, Opiat- und/oder Stimulanzienabhängigkeit</li> </ul> <p><u>Demographie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>n=42m n=38w</li> <li>Alter 38,1 (±11,2)</li> <li>„Hispanic“ (56%)</li> <li>„White non-Hispanic“ (28%)</li> <li>„Native American“ (6%)</li> <li>„African-American“ (3%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>stationär</li> <li>Zwei Kohorten zu jeweils 40 TeilnehmerInnen</li> <li>Die erste Kohorte erhielt TAU</li> <li>Nach einem Monat Washout zweite Kohorte mit SG</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verhaltensberatung</li> <li>versch. Bildungsangebote</li> <li>26.8 Tage (± 7.93).</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zusätzlich zu TAU</li> <li>12 Einzelberatungstermine zu einem von 13 spirituellen Themen nach Richard Foster durch ausgebildetes Personal der Einrichtung</li> <li>Motivational Interviewing</li> <li>24,3 Tage (±6.88)</li> </ul>	<p>+verblindet erhoben bei Eintritt und Follow-up</p> <p><u>Spiritualität/ Religiosität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>BMMRS</li> <li>Spiritual Well-Being Scale</li> <li>Duke Religion Index</li> <li>Brief Religious Coping Scale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3 und 6 Monate nach Baseline</li> <li>(81% Teilnahme)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bei allen TeilnehmerInnen war Drogenmissbrauch niedriger nach der Therapie***</li> <li>Kein signifikanter Unterschied im Suchtverhalten in der Interventionsgruppe</li> <li>Signifikanter Effekt auf „daily spiritual experiences“ bei 3 und 6 Monaten follow-up*, aber keine Mediation von SG darüber auf Suchtverhalten nachweisbar</li> <li>6 Monate-follow-up Depression sign. niedriger bei SG***</li> <li>Noch niedrigere Teilnahme an SG als bei Miller 2008 (a)</li> </ul>
				<p><u>Suchtverhalten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Form 90</li> </ul> <p><u>Weitere:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beck Depression Inventory</li> <li>State-Trait Anxiety Inventory</li> <li>Self-Esteem Inventory</li> </ul>		

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001; SG: Spiritual Guidance (R/S); TAU: Treatment as usual (nicht R/S)

	Studien-Design	Stichprobe	Interventionsprogramm	Zielgrößen und psychometrische Instrumente	Follow-up	Ergebnisse
Abd Rashid 2014[61]	longitudinal nicht kontrolliert	<ul style="list-style-type: none"> <li>n=36 erwachsene Männer mit DSM IV Diagnose für Heroinabhängigkeit</li> </ul> <u>Demographie</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>mittleres Alter 36 (18-58)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulantes Methadonprogramm im Rahmen des „SEDAR“-Projektes in einer Moschee in Malaysia</li> <li>Wöchentliche Besuche in der Induktionsphase und monatlich in Erhaltungsphase. Jeder Besuch schließt ein: <ul style="list-style-type: none"> <li>Dosisanpassung</li> <li>Beratende Unterstützung</li> <li>Urinproben</li> <li>kurze spirituelle Intervention auf Basis islamischer Lehren: <ul style="list-style-type: none"> <li>rituelle Waschung</li> <li>Gebete</li> <li>Suchtbezogener Koranunterricht</li> <li>Anregung zur Mitarbeit in der Moschee</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>Dauer: 12 Monate</li> </ul>	Jeweils erhoben bei Anfang und follow-up  <u>Spiritualität/ Religiosität:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>HIRS96</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6, 12 Monate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Religiosität steigt nicht signifikant und kein Hinweis auf Korrelation mit anderen Zielgrößen</li> <li>Nach zwölf Monaten Urinnachweise alle bis auf einen negativ</li> <li>signifikanter Verhaltenswandel im OTI mit verbesserter sozialer Struktur**</li> </ul>
				<u>Suchtverhalten:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>OTI</li> <li>Urinnachweise von verschiedenen Drogen</li> </ul>		

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001; HIRS96: Hatta Islamic Religiosity Scale; OTI: Opiate Treatment Index; WHOQoL-Bref-M: WHO Quality of Life;

## 3.1 Beschreibung der einzelnen Studien

### 3.1.1 Studien über zwölf-Schritte basierte Interventionen

Ranes et al. [60] stellen einen Anstieg der Spiritualität bei allen PatientInnen während der Behandlung fest, bei niedriger Basisreligiosität auch danach. Die Faktoren Spiritualität und Abstinenz hängen signifikant ( $p < 0.05$ ) zusammen. Ein Mediatorzusammenhang von Spiritualität über AA-Teilnahme wird vermutet. Kelly et al. [63] schlagen umgekehrt Spiritualität als Mediator für AA-Teilnahme auf Alkoholendpunkte vor. Interessant wäre eine genauere Betrachtung der Differenz von posttherapeutischer Spiritualität und Baseline gewesen, wie von Zemore [64] vorgeschlagen.

Parhami et al. [62] ist eine Pilotstudie. Es wird keine signifikante Veränderung der Spiritualität über die sechs Monate des Zeitraums der Folgeuntersuchung festgestellt. Jedoch scheint ein Zusammenhang zwischen niedriger Baseline-Spiritualität und einem Ausscheiden aus der Therapie bis zum 6. Monat vorzuliegen. Zemore [64] gibt jedoch Baseline-Spiritualität als schlechten Prädiktor für ein besseres Therapieergebnis an.

Sterling et al. [57] beobachtete ProbandInnen in einem spirituell orientierten bzw. einem säkular orientierten stationären Therapiezentrum. Im Vergleich zeigen weniger spirituelle TeilnehmerInnen im weniger spirituell orientierten Angebot signifikant geringere Werte in der DTCQ „Versuchung zu trinken“-Subskala ( $p < 0,05$ ) (d.h. heißt bessere in Bezug auf Suchtkontrolle) und in angegebener Sehnsucht nach Alkohol ( $p < 0,05$ ).

Tonigan et al. [56] führten eine sekundäre Analyse des Project MATCH Datensatzes durch [30]. Weitere sekundäre Analysen dieses Datensatzes qualifizierten sich nicht für die systematische Übersichtsarbeit, da in der Analyse die ursprüngliche Zuteilung der Studie anhand der Intervention, in TSF, VT und motivierende Gesprächsführung (MET), nicht berücksichtigt wurde. Das Projekt hatte ursprünglich zum Ziel, die Hypothese zu überprüfen, dass ein verbessertes Therapieergebnis zu erzielen ist, wenn passenden (geMATCHten) PatientInnen passende Therapien zugeteilt werden [65]. Bei der vorliegenden Studie wurde eine Typisierung der PatientInnen nach selbst angegebenem Gottglauben vorgenommen. Gruppenunterschiede waren festzustellen, wobei die über ihren Glauben unsichere Gruppe die schwerste Symptomatik aufwies. Außerdem kam es bei den ProbandInnen, die der TSF-Gruppe zugewiesen wurden, zu den größten Veränderungen in Richtung stärkerer Gottglaube.

Quimette et al. [58] beschäftigt sich auch mit der MATCH-Hypothese, benutzt aber einen eigenen Datensatz. Ein sign. positiver Zusammenhang von 12-step-Teilnahme und

Verwendung von substanzspezifischem Coping bei Entlassung im Vergleich zu CB ist zu beobachten, auch bei PatientInnen mit starker psychischer Symptomatik (was oft als starker Prädiktor für das Therapieergebnis beschrieben wird).

Waisberg et al. [59] untersucht zwar nicht direkt Spiritualität, sondern PIL, aber laut Cook [40] entspricht dies einer wichtigen konzeptuellen Komponente von Spiritualität. PIL ist in der Stichprobe niedriger als in der Allgemeinbevölkerung, wobei nicht genannt wird, auf welche Werte der Allgemeinbevölkerung sich hier bezogen wird. PIL steigt bei beiden ProbandInnengruppen sign. gegenüber der Kontrollgruppe an ( $p < 0,001$ ). Keine Gruppenunterschiede waren festzustellen.

### **3.1.2 Studien über andere spirituelle Interventionen**

Miller et al. [55] beinhaltet 2 Studien: Die erste ist eine randomisierte klinische Studie zur Untersuchung einer „spiritual Guidance“- Therapie (SG) durch drei Seelsorger, bei welcher jedoch eine „Kontaminierung“ der Kontrollgruppe stattfand, was durch die Gegebenheiten in einer stationären Einrichtung bei diesem Studiendesign schwer zu vermeiden war. Eine interessante Lösung dafür bieten Stahler et al. [66] mit einer alternativen Intervention für die Kontrollgruppe. In der ersten Studie konnte kein signifikanter Gruppenunterschied festgestellt werden, außer einem signifikanten Anstieg von Angst- und depressiver Symptomatik ( $p < 0,001$ ) bei der Follow-Up Messung nach sechs Monaten in der SG-Gruppe. Dieses Ergebnis konnte allerdings bei einer erneuten Messung nach 8 bzw. 12 Monaten nicht bestätigt werden. Des Weiteren wird von den Autoren einschränkend darauf verwiesen, dass das Angebot der spirituellen Intervention von den ProbandInnen wenig genutzt wurde. Deshalb wurden in Studie (b) Angestellte in der untersuchten Therapietechnik ausgebildet, um mehr Einheiten gewährleisten zu können. Außerdem wurde ein Kohortendesign gewählt, um das Problem der „Kontamination“ zu lösen. Abermals wurde das Angebot wenig genutzt. Ein signifikanter Gruppenunterschied im Therapieergebnis lässt sich auch hier nicht verzeichnen. Ein höherer DSES Wert lässt sich hier aber in der SG-Gruppe beobachten bei Folgeuntersuchung nach drei und sechs Monaten ( $p < 0,05$ ), außerdem weniger depressive Symptomatik bei der Erhebung nach sechs Monaten ( $p < 0,01$ ).

Abd Rashid et al. [61] stellt keine Veränderung im Bereich der Religiosität anhand „Hatta Islamic Religiosity Scale“ fest. Weitere Ergebnisse hinsichtlich des Suchtverhaltens sind bei einer unkontrollierten Studie eines Methadon-Programmes schwierig in Bezug auf

die spirituelle Dimension der Intervention zu bewerten. Laut eigenen Angaben sollen aber bessere Ergebnisse vorliegen als bei vergleichbaren Programmen.

## 4 Diskussion

Mit dem durchgeführten systematischen Überblick soll in dieser Arbeit versucht werden, Forschungsergebnisse über die Einflüsse von spirituellen Interventionen auf den Verlauf von Suchterkrankungen darzustellen. Die immer größer werdende Anzahl an wissenschaftlichen Publikationen über dieses Thema und auch die Überprüfung etablierter Therapiekonzepte wie den zwölf Schritten verleihen einer derartigen systematischen Aufarbeitung der Literatur Relevanz [16]. Spiritualität wurde bereits als Einflussgröße auf verschiedene salutogene aber auch pathogene Parameter vorgeschlagen und es liegt nahe, diese Einflüsse in der Therapie genauer zu untersuchen.

Nur sehr wenige randomisiert-kontrollierte klinische Studien konnten in der Sichtung identifiziert werden. Zum größten Teil handelte es sich dabei um sekundäre Analysen von großen Datensätzen. Vor allem der des MATCH Projekts wurde zahlreich untersucht. Die meisten derer waren für die hier untersuchte Fragestellung nicht relevant, beziehungsweise entsprachen nicht den erarbeiteten Ein- und Ausschlusskriterien. Da so eine größere Anzahl passender Studien untersucht werden konnte, wurden auch andere unkontrollierte longitudinale Studiendesigns miteinbezogen. Dies bringt natürlich mit sich, dass sich der Vergleich der Studien untereinander schwieriger gestaltet. Eine Beurteilung der Entwicklung spiritueller Parameter über den Therapieverlauf ermöglichen unkontrollierte Modelle ebenfalls, aber kontrollierte Studiendesigns wäre ohne Zweifel aussagekräftiger über den Effekt der untersuchten Interventionen. Es lässt sich also bei keiner der untersuchten Studien deren Effekt eindeutig auf die spirituelle Natur der Studie zurückführen.

Es konnte in den untersuchten Studien eine Vielzahl an unterschiedlichen verwendeten psychometrischen Instrumenten festgestellt werden. Im Bereich der R/S Psychometrien findet sich auch eine Reihe unterschiedlicher Messgrößen. Dies schränkt die Vergleichbarkeit der Studien untereinander ein.

Miller et al. [55] haben die größten Anstrengungen durchgeführt, um ein in allen Aspekten kontrolliertes Studiensetting zu schaffen. Bedauerlicherweise ist aufgrund verschiedener Umstände während der Durchführung nur eine beschränkte Aussagekraft der Ergebnisse gewährleistet, insofern überhaupt positive Ergebnisse vorgelegen haben. Das

gewählte Design an sich hätte gute Aussagen über viele Fragen in der R/S Forschung liefern können, insbesondere der Interventionsfrage. In der als zweites durchgeführten Kohortenstudie ließ sich zumindest eine gewisse Steigerung von R/S in der spirituellen Intervention verzeichnen, was Aufschluss über die Frage von R/S als abhängige Variable liefert.

Das Ergebnis von Waisberg et al. [59] über steigende Werte in PIL im Therapieverlauf, sowohl in der spirituelleren Intervention als auch im nicht spirituellen Therapieangebot, entspricht der Kritik, die an der Messgröße PIL als R/S Indikator geübt wird. Genauer gesagt legt es die Betrachtung nahe, dass generell eher die Verbesserung der Lebensqualität durch das Verweilen in der Suchttherapie gemessen wird. Genereller Therapieerfolg ist oft eine Störgröße im Messen von R/S [20].

Zwei der Studien zeigen einen positiven Zusammenhang von spirituellen Interventionen und besseren Coping-Strategien, wobei Ouimette et al. [58] dies auch noch mit speziellen Instrumenten untersuchten. In Anbetracht von Querschnittsstudien, die ebenfalls einen Zusammenhang von individueller Spiritualität und positivem Coping-Verhalten feststellten, sollte dies als mögliche therapeutische Ressource beachtet werden. Drei Viertel der Arbeiten beschäftigten sich mit Interventionen, die auf dem theoretischen Konzept der AA basieren. Ranes et al. [60], Parhami et al. [62], Sterling et al. [57] und Waisberg et al. [59] untersuchten stationäre Zwölf-Schritte basierte Therapien, Ouimette et al. [58] und Tonigan et al. [56] dagegen TSF-Interventionen. Der in der Einleitung beschriebene Unterschied zwischen den AA, stationären Zwölf-Schritte Angeboten und TSF sei hier noch einmal betont. Positive Einflüsse spiritueller Interventionen konnten hier vor allem im Coping Verhalten gefunden werden [57, 58]. Generell stellt sich aber gerade in Bezug auf die AA die Frage, welches Element des Therapiekonzepts hier nun wirklich für die berichteten positiven Ergebnisse verantwortlich ist und ob Spiritualität hier tatsächlich den Kernfaktor darstellt [20, 49].

## **4.1 Einschränkungen**

Eigentlich wurden im Auswahlprozess einheitliche Ein- und Ausschlusskriterien verwendet, um vergleichbare Studien möglichst ähnlichen Aufbaus zu aggregieren. Zu spezifisch dürfen die Kriterien aber auch nicht sein, da man sonst zu wenig Studien aufnehmen könnte. Im Grunde handelt es sich hierbei um eine Art Spezifitäts-Sensitivitäts-Problem. Um eine angemessene Anzahl an Studien zu erhalten wurden neben randomisierten

kontrollierten klinischen Studien auch andere nicht-kontrollierte longitudinale Studiendesigns mitaufgenommen. Auch wurde bei der Anzahl der StudienteilnehmerInnen keine Beschränkung gesetzt. Dies führt letztendlich natürlich zu einer eingeschränkten Vergleichbarkeit der Studien untereinander. Außerdem bringt die Anforderung einer systematischen Übersichtsarbeit, konsequent harte Kriterien zum Ausschluss der Studien anzuwenden, mit sich, dass manche gut konzeptionierten Studien mit aufschlussreichen Ergebnissen nicht in die letzte Auswahl miteingeschlossen werden können. Stellvertretend soll hier insbesondere auf Robinson et al. [67] verwiesen werden, eine Studie die aufgrund ihrer Eigenschaft bezüglich Folgeuntersuchungen nicht mitaufgenommen wurde. Diese Studie zeigt als eine der wenigen medierte Einfluss des Anstiegs der erhobenen R/S Größen auf schweres Trinken. Der Grund dieser seltenen Ergebnisse wird in den angewendeten Psychometrien vermutet [20].

## **4.2 Conclusio**

Die Frage der vorliegenden Arbeit, ob die Adressierung von R/S in therapeutischen Interventionen einen positiven Einfluss auf das Therapieergebnis hat, wird von den untersuchten Studien unterschiedlich beantwortet. Insgesamt lässt sich doch trotz der vorliegenden Heterogenität der Studien aber eine Vielzahl positiver Effekte verzeichnen. Vor allem im Bereich des Copings bei Zwölf-Schritte-basierten Therapien sind positive Ergebnisse erzielt worden. Die Rolle der AA als wichtiges Therapiekonzept wird dadurch unterstützt. Dies lässt die Vermutung von R/S als wichtiger individuelle Ressource zu, deren Adressierung in der Therapie lohnend erscheint. Es muss aber einschränkend gesagt werden, dass die Rolle von R/S in den zwölf Schritten schlecht erforscht ist und in weiterer Zukunft näherer Klärung bedarf.

Um eindeutigere Aussagen über die gestellte Frage zu liefern, wäre es erforderlich, weitere randomisierte kontrollierte klinische Studien durchzuführen. Darüber hinaus sollten hierbei auch einheitlich multidimensionale Psychometrien zur Erhebung von R/S angewendet werden, um eine bessere Vergleichbarkeit zu ermöglichen. Diese würde auch die erforderliche Durchführung von Metaanalysen erleichtern. Die durchgesehenen Studien zeigen keine negativen Effekte von R/S auf die psychische Gesundheit der StudienteilnehmerInnen, solche sind aber in der Literatur an vielen Stellen beschrieben. Hierauf muss sowohl in der Forschung als auch in der Anwendung besonderes Augenmerk gelegt werden, da SuchtpatientInnen hier besonders vulnerabel sind.

## 5 References

1. Crocq M-A. Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. *Dialogues Clin Neurosci.* 2007;9:355–61.
2. Wendt K. Suchthilfe et Suchttherapie: Leitfaden für die Praxis. Stuttgart, Germany: Schattauer; 2017.
3. Batra A, Bilke-Hentsch O, editors. Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. 2nd ed. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2016.
4. Weltgesundheitsorganisation. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th ed. Geneva; 2004.
5. Saunders JB, Latt NC. Diagnosis and Classification of Substance Use Disorders. In: Johnson BA, editor. *Addiction Medicine: Science and Practice.* New York, NY: Springer Science+Business Media, LLC; 2011. p. 95–113. doi:10.1007/978-1-4419-0338-9\_5.
6. Tretter F, editor. Suchtmedizin kompakt: Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis. 3rd ed. Stuttgart: Schattauer; 2017.
7. Rash CJ, Weinstock J, van Patten R. A review of gambling disorder and substance use disorders. *Subst Abuse Rehabil.* 2016;7:3–13. doi:10.2147/SAR.S83460.
8. Rost W-D. Psychoanalyse des Alkoholismus: Theorie, Diagnostik, Behandlung. 1st ed. Stuttgart: Klett-Cotta; 1987.
9. Ouzir M, Errami M. Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability. *Pharmacol Biochem Behav.* 2016;148:59–68. doi:10.1016/j.pbb.2016.06.005.
10. Rothenhäusler H-B, Täschner K-L. Kompendium Praktische Psychiatrie und Psychotherapie. 2nd ed. Berlin: Springer; 2013.
11. Penberthy JK, Wartella JA, Vaughan M. Cognitive Behavioral Therapy for Addiction. In: Johnson BA, editor. *Addiction Medicine: Science and Practice.* New York, NY: Springer Science+Business Media, LLC; 2011. p. 729–750. doi:10.1007/978-1-4419-0338-9\_36.
12. Ingersoll KS, Wagner CC. Motivational Interviewing: Emerging Theory, Research, and Practice. In: Johnson BA, editor. *Addiction Medicine: Science and Practice.* New York, NY: Springer Science+Business Media, LLC; 2011. p. 705–727. doi:10.1007/978-1-4419-0338-9\_35.

13. Kelly JF, Stout R, Zywiak W, Schneider R. A 3-year study of addiction mutual-help group participation following intensive outpatient treatment. *Alcohol Clin Exp Res.* 2006;30:1381–92. doi:10.1111/j.1530-0277.2006.00165.x.
14. Hill PC, Pargament K, II., Hood RW, McCullough JME, Swyers JP, Larson DB, Zinnbauer BJ. Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *J Theory of Social Behaviour.* 2000;30:51–77. doi:10.1111/1468-5914.00119.
15. Paloutzian RF, Park CL, editors. *Handbook of the psychology of religion and spirituality.* New York, London: The Guilford Press; 2013.
16. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry.* 2012;2012:278730. doi:10.5402/2012/278730.
17. Zinnbauer BJ, Pargament KI. Capturing meanings of religiousness and spirituality:: one way down from a definitional tower of Babel. In: Moberg DO, Piedmont RL, editors. *Research in the social scientific study of religion: A research annual.* Leiden, Boston, Köln: Brill; 2003.
18. Paloutzian RF, Park CL, editors. *Handbook of the psychology of religion and spirituality.* New York: Guilford Press; 2005.
19. Pargament KI. *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred.* New York, London: Guilford; 2011, 2007.
20. Tonigan JS, Forcehimes AA. Religiousness, Spirituality, and Addiction: An Evidence-Based Review. In: Johnson BA, editor. *Addiction Medicine: Science and Practice.* New York, NY: Springer Science+Business Media, LLC; 2011. p. 1217–1235. doi:10.1007/978-1-4419-0338-9\_60.
21. Leigh J, Bowen S, Marlatt GA. Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addict Behav.* 2005;30:1335–41. doi:10.1016/j.addbeh.2005.01.010.
22. Koenig HG, editor. *Handbook of religion and mental health.* San Diego: Academic Press; 2006.
23. Seyringer M-E, Friedrich F, Stompe T, Frottier P. Die „Gretchenfrage“ für die Psychiatrie: Der Stellenwert von Religion und Spiritualität in der Behandlung psychisch Kranker. *Neuropsychiatrie.* 2007;4:239–47.
24. Larson DB, Larson SS. Spirituality's Potential Relevance to Physical and Emotional Health: A Brief Review of Quantitative Research. *Journal of Psychology and Theology.* 2003;31:37–51. doi:10.1177/009164710303100104.

25. Kendler KS, Liu X-Q, Gardner CO, McCullough ME, Larson D, Prescott CA. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2003;160:496–503. doi:10.1176/appi.ajp.160.3.496.
26. Unterrainer HF, Lewis AJ, Fink A. Religious/Spiritual Well-being, personality and mental health: a review of results and conceptual issues. *J Relig Health*. 2014;53:382–92. doi:10.1007/s10943-012-9642-5.
27. Pargament KI. *The Psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press; 2001.
28. Levin JS, Larson DB, Puchalski CM. Religion and spirituality in medicine: research and education. *JAMA*. 1997;278:792–3.
29. Marks L. Religion and Bio-Psycho- Social Health: A Review and Conceptual Model. *J Relig Health*. 2005;44:173–86. doi:10.1007/s10943-005-2775-z.
30. Piedmont RL. Does Spirituality Represent the Sixth Factor of Personality? Spiritual Transcendence and the Five-Factor Model. *J Personality*. 1999;67:985–1013. doi:10.1111/1467-6494.00080.
31. Sloan RP, Bagiella E, Powell T. Religion, spirituality, and medicine. *The Lancet*. 1999;353:664–7. doi:10.1016/S0140-6736(98)07376-0.
32. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull*. 2003;129:614–36.
33. Unterrainer H-F. Human-Friedrich Unterrainer Braucht die Suchtbehandlung eine spirituelle Dimension? *Spiritual Care*. 2014;1:28–35.
34. Stephan A. Kent. *Scientology -- Is this a Religion?* 2015. doi:10.17192/mjr.1999.4.3754.
35. Kapfhammer H-P. Pathogene Religiosität – Anmerkungen zur Psychopathologie religiös motivierter Gewalt. *Psychopraxis*. 2008;11:28–36. doi:10.1007/s00739-008-0059-6.
36. Sule A, Inkster B. Kendrick Lamar, street poet of mental health. *The Lancet Psychiatry*. 2015;2:496–7. doi:10.1016/S2215-0366(15)00216-3.
37. May GG. *Addiction and grace*. Pymble, NSW, New York, NY: HarperCollins e-books; 2009.
38. Murken S. Die Konzeptualisierung von Spiritualität und "Höherer Macht" im Genesungsprogramm der Anonymen Alkoholiker (AA). *Archive for the Psychology of Religion*. 1994;21:141–52. doi:10.1163/157361294X00110.

39. Geppert C, Bogenschutz MP, Miller WR. Development of a bibliography on religion, spirituality and addictions. *Drug Alcohol Rev.* 2007;26:389–95.  
doi:10.1080/09595230701373826.
40. Cook CCH. Addiction and spirituality. *Addiction.* 2004;99:539–51.  
doi:10.1111/j.1360-0443.2004.00715.x.
41. Unterrainer H-F, Lewis A, Collicutt J, Fink A. Religious/Spiritual Well-Being, Coping Styles, and Personality Dimensions in People With Substance Use Disorders. *International Journal for the Psychology of Religion.* 2013;23:204–13.  
doi:10.1080/10508619.2012.714999.
42. Unterrainer H-F, Schöggel H, Lewis AJ, Fink A, Weiss E, Kapfhammer HP. Religiös/Spirituelles Befinden bei psychisch Kranken: Ängstlich/Depressive und Suchtkranke im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen. *Neuropsychiatr.* 2013;27:172–9. doi:10.1007/s40211-013-0075-5.
43. World Services Inc. AA. Anonyme Alkoholiker (Das Blaue Buch). 1st ed. Berlin: epubli; 2017.
44. Connors GJ, Tonigan JS, Miller WR. A measure of religious background and behavior for use in behavior change research. *Psychology of Addictive Behaviors.* 1996;10:90–6. doi:10.1037/0893-164X.10.2.90.
45. Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group. Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research: A report of the Fetzer Institute/National Institute on aging working group;; 1999.
46. Underwood LG, Teresi JA. The daily spiritual experience scale: development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Ann Behav Med.* 2002;24:22–33.  
doi:10.1207/S15324796ABM2401\_04.
47. Crumbaugh JC. Cross-validation of Purpose-In-Life test based on Frankl's concepts. *Journal of Individual Psychology.* 1968:74–81.
48. Wassenberg K, Schaller S, editors. *Der Geist der deutschen Mäßigkeitsbewegung: Debatten um Alkohol und Trinken in Vergangenheit und Gegenwart.* Halle (Saale): Mitteltdt. Verl.; 2010.
49. Murken S. Das Konzept der Zwölf Schritte und der 'Höheren Macht'. Zum Genesungsprogramm der Anonymen Alkoholiker. *Prävention.* 2008;2:57–60.

50. Kaskutas LA, editor. Research on alcoholics anonymous and spirituality in addiction recovery: The twelve-step program model spiritually oriented recovery ; twelve-step membership effectiveness and outcome research. [New York, NY]: Springer; 2008.
51. Tonigan JS, Toscova R, Miller WR. Meta-analysis of the literature on Alcoholics Anonymous: sample and study characteristics moderate findings. *J Stud Alcohol*. 1996;57:65–72.
52. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *BMJ*. 2009;339:b2535. doi:10.1136/bmj.b2535.
53. Walton-Moss B, Ray EM, Woodruff K. Relationship of spirituality or religion to recovery from substance abuse: A systematic review. *J Addict Nurs*. 2013;24:217-26; quiz 227-8. doi:10.1097/JAN.0000000000000001.
54. Ossorno Garcia S de, Martin Babarro J, La Toldos Romero MdP. Spiritus contra Spiritum: Including Spirituality in Addiction Treatments for Recovery, a Systematic Review. *ujp*. 2017;5:66–87. doi:10.13189/ujp.2017.050204.
55. Miller WR, Forcehimes A, O'Leary MJ, LaNoue MD. Spiritual direction in addiction treatment: Two clinical trials. *J. Subst. Abus. Treat*. 2008;35:434–42. doi:10.1016/j.jsat.2008.02.004.
56. Tonigan JS, Miller WR, Schermer C. Atheists, agnostics and alcoholics anonymous. *J. Stud. Alcohol*. 2002;63:534–41. doi:10.15288/jsa.2002.63.534.
57. Sterling RC, Weinstein S, Hill P, Gottheil E, Gordon SM, Shorie K. Levels of spirituality and treatment outcome: A preliminary examination. *J. Stud. Alcohol*. 2006;67:600–6. doi:10.15288/jsa.2006.67.600.
58. Ouimette PC, Finney JW, Gima K, Moos RH. A comparative evaluation of substance abuse treatment III. Examining mechanisms underlying patient-treatment matching hypotheses for 12-step and cognitive-behavioral treatments for substance abuse. *Alcoholism (NY)*. 1999;23:545–51.
59. Waisberg JL, Porter JE. Purpose in life and outcome of treatment for alcohol dependence. *Br J Clin Psychol*. 1994;33 (Pt 1):49–63.
60. Raney B, Johnson R, Nelson L, Slaymaker V. The Role of Spirituality in Treatment Outcomes Following a Residential 12-Step Program. *Alcohol. Treat. Q*. 2017;35:16–33. doi:10.1080/07347324.2016.1257275.

61. Abd Rashid R, Karmali K, Habil MH, Shaharom MH, Seghatoleslam T, Looyeh MY. A mosque-based methadone maintenance treatment strategy: Implementation and pilot results. *Int. J. Drug Policy*. 2014;25:1071–5. doi:10.1016/j.drugpo.2014.07.003.
62. Parhami I, Davtian M, Collard M, Lopez J, Fong TW. A Preliminary 6-Month Prospective Study Examining Self-reported Religious Preference, Religiosity/Spirituality, and Retention at a Jewish Residential Treatment Center for Substance-Related Disorders. *J. Behav. Health Serv. Res.* 2014;41:390–401. doi:10.1007/s11414-012-9279-x.
63. Kelly JF, Stout RL, Magill M, Tonigan JS, Pagano ME. Spirituality in Recovery: A Lagged Mediation Analysis of Alcoholics Anonymous' Principal Theoretical Mechanism of Behavior Change. *Alcoholism (NY)*. 2011;35:454–63. doi:10.1111/j.1530-0277.2010.01362.x.
64. Zemore SE. A role for spiritual change in the benefits of 12-step involvement. *Alcoholism (NY)*. 2007;31:76S–79S. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00499.x.
65. Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol*. 1997;58:7–29. doi:10.15288/jsa.1997.58.7.
66. Stahler GJ, Kirby KC, Kerwin ME. A faith-based intervention for cocaine-dependent Black women. *J. Psychoact. Drugs*. 2007;39:183–90. doi:10.1080/02791072.2007.10399877.
67. Robinson EAR, Cranford JA, Webb JR, Brower KJ. Six-month changes in spirituality, religiousness, and heavy drinking in a treatment-seeking sample. *J. Stud. Alcohol Drugs*. 2007;68:282–90.

## 6 Anhang

### 6.1 Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1</b> Dreijahresverlauf der Ergebniszahl bei R/S-Literaturrecherche in Medline und Google Scholar bis Ende 2012 (übernommen von Koenig)[16] .....	14
<b>Abbildung 2</b> Flow-Diagramm der Literatursuche .....	28

## **6.2 Tabellenverzeichnis**

<b>Tabelle 1</b> Merkmale der durchgesehenen Studien .....	30
--	----