

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Negative Affektivität bei Studierenden in Österreich und ihr
Zusammenhang mit Studienrichtung, Studienphase und Bezie-
hungsstatus“

verfasst von / submitted by

Maximilian Rauch, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2021 / Vienna 2021

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Urs Markus Nater

Danksagung:

Herzlichen Dank an Prof. Dr. Nater sowie Rosa Maidhof und Hanna Mües für
die erstklassige Betreuung!

Nicht minder dankbar bin ich meiner Mutter, meinem Vater, meinem Bruder
Christoph und dessen Partnerin Lena, meinem Musiklehrer Viktor Brester, mei-
nem zukünftigen Trauzeugen Florian Hertzsch und den wunderbaren Freunden,
die ich in Wien kennenlernen durfte: Michael Finnan, Robert Dernberger, David
Bastawros, Benjamin Overaa, Sarah Bolick, Viktória Hajas, Dinah Mordehay,
Michaela Spiegel sowie Johanna Fuchs.

Zusammenfassung

Eine Reihe von wissenschaftlichen Studien beobachtete hohe Ausprägungen an negativer Affektivität (Stress, Depressivität und Ängstlichkeit) bei Studierenden unterschiedlicher Länder. Bis dato fehlt eine deskriptive Analyse dieser Variablen bei Studierenden in Österreich. Außerdem scheiterte die bisherige psychologische Forschung daran, eindeutige Zusammenhänge zwischen negativer Affektivität und den studienbezogenen Variablen Studienrichtung, Studienphase und dem Engagement der Beziehungsform nachzuweisen. Aufgrund der Wichtigkeit psychischer Gesundheit dieser zukünftigen Leistungsträger für ein langfristig reibungsloses Funktionieren unserer Gesellschaft widmet sich vorliegende Arbeit diesen Aufgaben.

Im Rahmen einer Online-Umfrage wurden Studierenden in Österreich mehrere psychometrische Fragebögen vorgelegt. Die Untersuchung bestand aus einem Kernfragebogen, welcher von allen Proband*innen beantwortet wurde, sowie drei weiteren Zusatzfragebögen. Die Stichprobe des Kernfragebogens umfasste 1767 Teilnehmer*innen; die beiden in dieser Studie ausgewerteten Zusatzfragebögen „Stress und Belastung“ (n = 351) und „Beziehung und Sexualität“ (n = 178) wurden von deutlich weniger Personen bearbeitet.

Circa 31% der Befragten aus der Kernstichprobe berichteten über hohen Stress, 19% über mittelhohe sowie 11% über hohe Depressivität. Ungefähr 19% der Stichprobe des ersten Zusatzfragebogens attestierten sich ein hohes Ausmaß an Ängstlichkeit. 6% der Kernstichprobe erfüllten die Kriterien eines Paniksyndroms, 14% jene eines anderen Angstsyndroms und weitere 9% die Kriterien beider Kategorien.

Es wurde ein signifikanter Unterschied hinsichtlich erlebter Depressivität zwischen Studierenden ohne Partner*in und solchen in Partnerschaft gefunden, wobei jene ohne Partner*in von höheren Werten berichteten. Zudem wurde ein signifikanter Moderationseffekt der Partnerschaftsqualität auf den Zusammenhang zwischen Engagement der Beziehungsform und Chance, an einem Angstsyndrom (außer Paniksyndrom) erkrankt zu sein, gefunden. Alle anderen berechneten Zusammenhänge zwischen negativer Affektivität und studienbezogenen Variablen lieferten keine signifikanten Ergebnisse bzw. bildeten einen zu geringen Effekt ab, um als relevant eingestuft zu werden.

Ergebnisse dieser Studie veranschaulichen die positiven Effekte einer romantischen Beziehung, welche bestenfalls von hoher Qualität ist, auf die psychische Gesundheit von Studierenden in Österreich.

Abstract

A range of scientific papers has detected high levels of negative affectivity (stress, depression, anxiety) among college students in different countries. So far, there has not been a descriptive analysis of these variables among college students in Austria. Furthermore, psychological research has not yet resolved the question of how negative affectivity relates unambiguously to college-related variables such as a person's major, what year they are in, and the level of commitment of their relationship status. Considering the importance of these future high achievers' psychological well-being for the long-term, trouble-free functioning of our society, this work aims at contributing to those tasks.

In the context of an online survey, college students in Austria completed multiple psychometric questionnaires. The investigation consisted of one core questionnaire, which was answered by all participants, and three additional questionnaires. The sample size of the core questionnaire contained 1767 probands; both of the additional questionnaires which are relevant to this work, namely „Stress and Strain” ($n = 351$) as well as „Relationship and Sexuality”, ($n = 178$) were answered by far fewer subjects.

About 31% of the core probands experienced high levels of stress, 19% moderately severe and 11% severe depression. Approximately 19% of the students who answered the first additional questionnaire attributed themselves severe levels of anxiety. 6% of the core sample fit the criteria of a panic syndrome, 14% those of any other anxiety syndrome and further 9% those of both categories.

A significant difference in experienced depression was found between college students without and those with romantic partners. The (current) absence of a relationship was associated with higher levels of depression. The quality of the relationship significantly moderated the correlation between level of commitment and chance of fitting the criteria of an anxiety syndrome (except panic syndrome). All other calculated associations between negative affectivity and college-related variables were non-significant or too marginal, respectively, to be considered relevant.

The findings of this study outline the positive impact of a romantic relationship, which at best is of high quality, on the psychological well-being of college students in Austria.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	6
Theoretischer Hintergrund	7
<i>Psychologische Theorien zu negativer Affektivität.....</i>	<i>7</i>
Stress und das transaktionale Stressmodell	8
Depressivität und das Verstärkermodell	8
Ängstlichkeit und das Modell der Eigenschafts- und Zustandsangst	8
<i>Studienbezogene Variablen und negative Affektivität</i>	<i>9</i>
Studienrichtung und negative Affektivität.....	10
Studienphase und negative Affektivität.....	12
Beziehungsstatus und negative Affektivität	15
<i>Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstands und der Forschungslücken.....</i>	<i>18</i>
<i>Fragestellung und Hypothesen.....</i>	<i>19</i>
Methoden.....	20
<i>Studiendesign und -ablauf.....</i>	<i>20</i>
<i>Teilnahmekriterien.....</i>	<i>21</i>
<i>Operationalisierung.....</i>	<i>21</i>
Stress	21
Depressivität	22
Ängstlichkeit.....	22
Partnerschaftsqualität.....	23
Studienrichtung	24
Studienphase	24
Beziehungsstatus.....	24
<i>Statistische Auswertung.....</i>	<i>25</i>
Ergebnisse	25
<i>Stichprobe.....</i>	<i>25</i>
<i>Deskriptive Darstellung.....</i>	<i>27</i>
<i>Inferenzstatistische Analyse.....</i>	<i>32</i>
Studienrichtung und negative Affektivität.....	32
Studienphase und negative Affektivität.....	35
Engagement der Beziehungsform und negative Affektivität.....	36
Diskussion.....	40
<i>Fragestellung 1.....</i>	<i>40</i>
<i>Fragestellung 2.....</i>	<i>43</i>
Studienrichtung	43
Studienphase	43
Beziehungsstatus.....	45
<i>Limitationen.....</i>	<i>46</i>
<i>Ausblick auf weitere Forschung</i>	<i>48</i>
<i>Implikationen für die Praxis</i>	<i>49</i>
Literaturverzeichnis.....	51

Einleitung

Viele Menschen romantisieren die Studienzeit als „die schönste Zeit des Lebens“. In ihrem Bild aus wilden Partys, leichtfertigen Liebschaften und einem Leben in den Tag hinein, ohne Verantwortung übernehmen zu müssen, spielen Leistungsdruck bei Prüfungen, Seminarabgaben, Labor- und Praxiseinheiten sowie der Broterwerb durch Nebenjobs allenfalls eine Nebenrolle. Inwieweit dieses durch Hollywoodblockbuster („*Bad Neighbors*“) und TV-Serien („*Community*“) verstärkte Klischee tatsächlich der Wahrheit entspricht und Studierende frei von psychischen Beeinträchtigungen sind, ist fraglich.

Ein Blick in psychologische Forschungsarbeiten offenbart ein ungeschöntes, realistischeres Bild der psychischen Verfassung von Studierenden. So berichtete Macaskill (2013), dass im Vereinigten Königreich die Prävalenzrate psychischer Störungen unter Bachelor-Studierenden 17.3% betrage. Das *National Institute of Mental Health*, ein Institut unter Schirmherrschaft des US-Gesundheitsministeriums, attestierte im Jahr 2019 29.4% der 18- bis 25-jährigen Amerikaner*innen eine psychische Störung, 9.4 Prozentpunkte mehr als in der generellen erwachsenen Bevölkerung (National Institute of Mental Health, 2020). Das Vorliegen psychischer Störungen in der Bevölkerung zeichnet dabei für viele gesellschaftliche Herausforderungen wie Kosten für Krankheitsbehandlungen oder Arbeitsfehlzeiten (mit)verantwortlich (Schulte-Meßtorff & Wehr, 2013). Da insbesondere Stress, Depressivität und Ängstlichkeit mit vielen psychischen Störungen assoziiert sind (Cohen et al., 2007), sollen jene Variablen, die im Folgenden unter dem Begriff „negative Affektivität“ subsummiert werden, im Fokus dieser Arbeit stehen.

So gaben 70.5% einer Stichprobe aus Master-Studierenden an, dass sie sich im Laufe ihres Masterstudiums mit mindestens einem Stressor konfrontiert sahen, der ihr optimales Funktionieren beeinträchtigte (El-Ghoroury et al., 2012). Eine andere Studie, welche die mentale Gesundheit von jordanischen *College*-Studierenden untersuchte, fand bei 19.5% der Stichprobe hohe und bei 5.8% extrem hohe Stresslevels (Dalky & Gharaihibeh, 2018).

Darüber hinaus legen weitere Studien dar, wie sehr Studierende unter Depressivität leiden. In einer Untersuchung von Furr et al. (2001) gaben 53% der Studierenden an, während ihres Studiums schon einmal eine Depression gehabt zu haben. Was genau dabei unter einer „Depression“ zu verstehen war, lag im Ermessen der Befragten. Außerdem berichteten 9% der gleichen Stichprobe, während ihres Studiums schon einmal über Suizid nachgedacht zu haben, von denen wiederum in etwa jede*r Neunte tatsächlich den Versuch unternommen hatte. Im

Einklang mit diesen Ergebnissen gaben 11.1% einer anderen Stichprobe, bestehend aus Studierenden einer US-amerikanischen Universität, an, innerhalb der letzten vier Wochen vor der Befragung einen Suizid erwogen zu haben (Garlow et al., 2008). Aus dieser Stichprobe berichteten 16.6% über ein mittelhohes und 6.6% über ein hohes Ausmaß an Depressivität.

Schließlich bildet auch Ängstlichkeit einen Problembereich der mentalen Gesundheit bei Studierenden. In einer Stichprobe aus 2843 Studierenden erfüllten 4.2% der Bachelor- und 3.8% der Master-Studierenden die Kriterien einer Angststörung (Eisenberg et al., 2007). Baloglu et al. (2007) untersuchten die Zustandsangst von Studierenden aus den USA, Mexiko, der Türkei und den Philippinen. Ergebnis war, dass die Befragten im Durchschnitt klinisch relevante Ausmaße an Angst berichteten.

Nun leben Studierende in keinem gesellschaftlichen Vakuum und es kann davon ausgegangen werden, dass verschiedene soziodemografische (z.B. Geschlecht) und studienbezogene (z.B. Studiengang) Variablen einen Zusammenhang mit der negativen Affektivität eines Individuums aufweisen. Wurden für einige Variablen bereits eindeutige Zusammenhänge empirisch bestätigt (z.B. erleben weibliche Studierende mehr Stress, Depressivität und Ängstlichkeit als männliche Studierende (Votta & Benau, 2013; Rehmani et al., 2018)), wurde bezüglich anderen Variablen zwar bereits einiges an Forschungsarbeit geleistet, allerdings noch nicht genug, um eindeutige Zusammenhänge verifiziert zu haben. Daher sollen im Folgenden der theoretische Hintergrund von negativer Affektivität sowie der Forschungsstand zu ihren Zusammenhängen mit drei studienbezogenen Variablen erörtert werden, zu deren Verständnis noch Arbeit verrichtet werden muss, um auf sie in Zukunft durch etwaige institutionelle Maßnahmen positiv einwirken zu können.

Theoretischer Hintergrund

Psychologische Theorien zu negativer Affektivität

Um ein Verständnis von den Wirkzusammenhängen, die bei der Ausprägung von Stress, Depressivität und Ängstlichkeit bei Studierenden im Gange sind, zu erlangen, sollen in den nächsten Unterkapiteln verschiedene psychologische Theorien erörtert werden.

Stress und das transaktionale Stressmodell

Stress entsteht in Situationen, in denen äußere oder innere Ansprüche, oder beides, die Ressourcen eines Individuums strapazieren oder übersteigen (Monat & Lazarus, 1991). Die Situationen können dabei unterschiedlicher Natur sein: So erzeugen Umstände, welche emotionale Erregung, Anstrengung, Ermüdung, Leid, Angst, Konzentration, Demütigung, Blutverlust oder großen, unerwarteten Erfolg nach sich ziehen, allesamt Stress (Selye, 1991).

Das „Transaktionale Stressmodell“ von Lazarus und Folkman (1984) stellt die kognitiven Aspekte des Stresserlebens in den Mittelpunkt seines Interesses. So finden als Antwort auf Stressoren der Umwelt Bewertungen bei dem*r Rezipient*in statt, in der diese*r evaluiert, ob die Implikationen des Ereignisses positiv, negativ oder neutral sind, sowie ob die Bewältigungsstrategien und Ressourcen der Person ausreichen, um die potentielle Schädigung, Bedrohung oder Herausforderung zu bewältigen. Daraus resultiert das subjektive Stresserleben, welches sich auf physiologischer, kognitiver, emotionaler und behavioraler Ebene äußert.

Depressivität und das Verstärkermodell

Depressivität äußert sich in den charakteristischen Symptomen traurige, verzweifelte Stimmung, verminderte mentale Produktivität und psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit (Lehmann, 1959).

Insbesondere werden in der psychologischen Forschung eine geringe Rate an positiver Verstärkung mit der Auslösung von Depressionen in Verbindung gebracht. „Positive Verstärkung“ ist dabei als angenehm empfundene Antwort der Umgebung auf die Ausführung gesunder Verhaltensweisen definiert (Ferster, 1973). Paradoxerweise kann depressives Verhalten kurzfristig durch soziale Zuwendung der Umgebung aufrechterhalten und verstärkt werden, belastet aber längerfristig die Sozialbeziehungen, da die depressiven Symptome aversiv auf Sozialpartner*innen wirken, welche sich in Folge zurückziehen und Kontakt mit dem*der Depressiven meiden (Hautzinger, 1998).

Ängstlichkeit und das Modell der Eigenschafts- und Zustandsangst

Ängstlichkeit wird als Persönlichkeitseigenschaft eines Individuums, das in vielen Situationen mit Angst reagiert, definiert. Angst ist dabei als subjektiv erlebter Gefühlszustand als Antwort auf die Wahrnehmung eines psychisch oder physisch bedrohlichen Reizes zu verstehen (Lazarus-Mainka & Siebeneick, 2000).

Spielberger (1972) unterschied weiters zwischen Eigenschafts- und Zustandsangst. Demnach ist Ängstlichkeit als Eigenschaft zu interpretieren, die bei der Entstehung von Angst in als bedrohlich interpretierten Situationen verstärkend mitwirkt. Die Bewertung einer Situation als bedrohlich hängt dabei neben Ängstlichkeit als Disposition und der Situation selbst von der subjektiven Handlungskompetenz und der Erfahrung, die die Person in ähnlichen Situationen bisher sammeln konnte, ab. Der Wirkmechanismus ist in Abbildung 1 grafisch veranschaulicht.

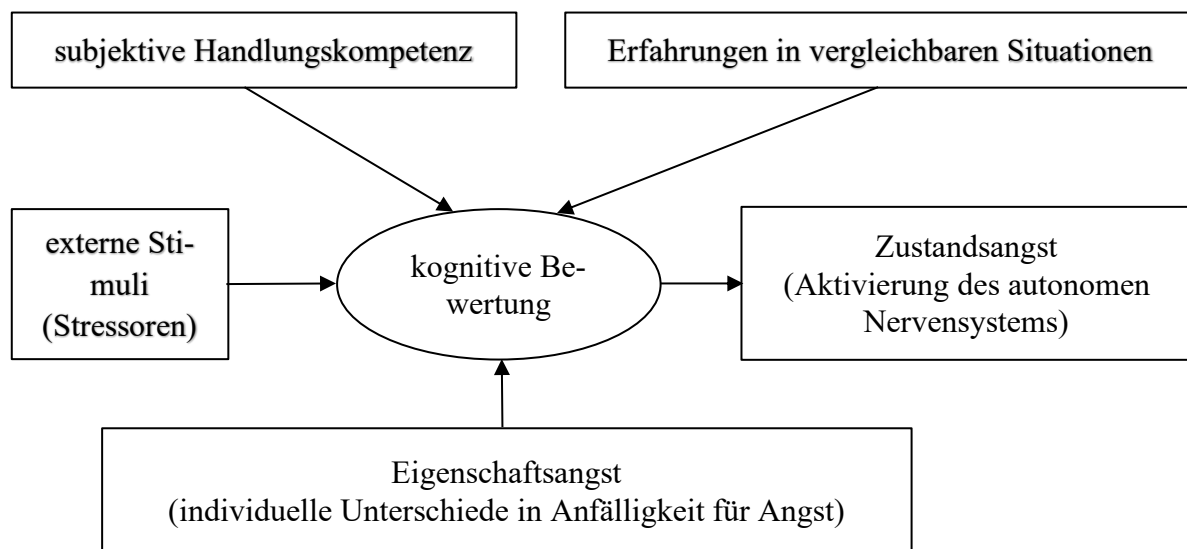


Abbildung 1: Wirkmechanismus zwischen Eigenschafts- und Zustandsangst (in Anlehnung an Spielberger, 1972, S. 43).

Studienbezogene Variablen und negative Affektivität

Das Leben von Studierenden wird durch mannigfaltige Einflussfaktoren beeinflusst. Viele bisherige psychologische Studien untersuchten Interaktionen zwischen studienbezogenen Variablen und Indikatoren mentaler Gesundheit bei Studierenden. Im Folgenden soll der Forschungsstand zu den Wirkeffekten dreier studienbezogener Variablen erörtert werden, um daraus Hypothesen für eine empirische Untersuchung abzuleiten.

Ein Vergleich, der in der psychologischen Forschung schon vielfach vorgenommen wurde, bezieht sich auf etwaige Unterschiede in negativer Affektivität zwischen Studierenden unterschiedlicher Studiengänge. Eine weit verbreitete Erwartung ist dabei, dass Studierende von Gesundheitsstudiengängen besonders viel Stress erleben und sich in einem schlechteren mentalen Gesundheitszustand befinden als Studierende anderer Fakultäten. Im Rahmen dieser Arbeit werden im Einklang mit der Definition der *International Standard Classification of Occupations* und der Einteilung eines Literaturüberblicks der *World Health Organization* unter „Gesundheitsstudiengänge“ die Studienrichtungen Medizin, Zahnmedizin, Veterinärmedizin, Pharmazie sowie Pflege- und Hebammenwissenschaften gezählt (Michalos, 2014; World Health Organization, 2013).

In der Tat wiesen einige Studien sehr hohe Stresswerte bei ebendiesen Studierenden nach. Beispielsweise analysierten Henning et al. (1998) den Stress von Studierenden der Medizin, Zahnmedizin, Pharmazie und Pflegewissenschaft. Ergebnis war, dass die Werte von 27.5% der Stichprobe im klinisch relevanten Bereich lagen – zweieinhalbmals so viel, wie von der Normstichprobe zu erwarten gewesen wäre. Solanky et al. (2012) beobachteten gar bei 41.2% ihrer Stichprobe aus indischen Medizinstudierenden sehr hohe Stressniveaus. Eine andere Studie untersuchte den Stress und die Lebensqualität von Pharmaziedoktorand*innen. Ergebnis war, dass ihr durchschnittlicher Stresswert an der Schwelle zwischen mittlerem und hohem Stressniveau lag. Auch war die mentale Komponente der Lebensqualität der Stichprobe signifikant schlechter als bei der US-amerikanischen Normstichprobe der über Achtzehnjährigen (Marshall et al., 2008). Im Einklang mit dem Transaktionalen Stressmodell (Lazarus & Folkman, 1984) scheint für hohe Stresswerte bei Studierenden von Gesundheitsstudiengängen ein Mangel an Stressbewältigungsressourcen zumindest mitverantwortlich zu sein. Insbesondere der Mangel an Zeit, um zu entspannen und Beziehungen zu pflegen, wird von Studierenden medizinischer Fakultäten als belastend erlebt (Vitaliano et al., 1984).

Hinsichtlich der Depressivität zeigte sich, dass sich die Werte bei Medizinstudierenden im Laufe des ersten Studienjahres verschlechtern (Parkerson et al., 1990). In einer anderen Studie wurde eine Inzidenzrate von 12% für eine schwere Depression während der ersten beiden Studienjahre von Medizinstudierenden ermittelt, sowie eine Lebenszeitprävalenz von 15%, ein dreimal höherer Wert als in der generellen Population zu jener Zeit (Zoccolillo et al., 1986). Nicht nur die ersten Studienjahre werden mit schlechter mentaler Gesundheit assoziiert; speziell der Übergang in die praktische Krankenhaustätigkeit mit direktem Patient*innenkontakt ab

Mitte der Ausbildung scheint besonders belastend für Medizinstudierende zu sein. So berichteten 23% einer Stichprobe aus Medizinstudierenden im dritten Studienjahr über klinisch signifikante Werte an Depressivität (Mosley et al., 1994). Eine andere Studie untersuchte 624 Medizinstudierende und entdeckte, dass 41% der Frauen und 27% der Männer Symptome einer Depression während ihrer praktischen Ausbildung zeigten (Hendrie et al., 1990). Linn und Zeppa (1984) hypothetisierten als Grund hierfür ein Gefühl der Nicht-Kontrolle in einer sehr fordernden Umgebung. Aus einer anderen Stichprobe gaben 20% der Medizin-, 36.8% der Zahnmedizin- und 40% der Pflege- und Hebammenwissenschaften-Studierenden an, an einer milden Depression zu leiden (Rehmani et al., 2018). Weiters beobachteten Lloyd und Musser (1989) an ihrer Stichprobe aus Zahnmedizin-Studierenden höhere Werte an psychiatrischen Symptomen als am Durchschnitt der generellen Population.

Auch die Ängstlichkeit ist bei Medizinstudierenden hoch. So beobachteten Macauley et al. (2018) bei 56% ihrer Stichprobe aus Medizinstudierenden eine höhere Eigenschaftsangst als beim Durchschnitt der generellen Population; die Zustandsangst war in derselben Studie bei 83% der Stichprobe höher (als beim Durchschnitt der generellen Population). Eine andere Untersuchung beobachtete an Medizin-, Zahnmedizin-, Pflege- und Hebammenwissenschaften-Studierenden im Mittel hohe Ängstlichkeitswerte (Rehmani et al., 2018).

Die Studienlage zur Frage, welcher Gesundheitsstudiengang am stressigsten und psychisch belastendsten ist, ist uneindeutig und ohne klare Tendenz (Alkatheri et al., 2020; Dutta et al., 2005).

Untersuchungen, welche den Stress und die mentale Gesundheit von Studierenden verschiedener Fachrichtungen miteinander verglichen, zeichnen allerdings keineswegs ein Bild von im Vergleich zu anderen Studierenden über alle Maße gestressten und psychisch belasteten Studierenden von Gesundheitsstudiengängen, wie von den vielen Studien, die deren mentale Gesundheit zum Thema haben, zu erwarten wäre. So beobachteten zwar Al-Dabal et al. (2010) höhere Depressivitäts- und Ängstlichkeits-Werte bei Medizin-Studierenden im Vergleich zu Nicht-Medizin-Studierenden, demgegenüber stehen aber Studien, welche Jus- oder Psychologie-Studien mit mehr Stress assoziierten als ein Medizin-Studium (Heins et al., 1984), ein Studium der Erziehungswissenschaften stressreicher als andere Studiengänge auswiesen (Böke et al., 2019) sowie eine signifikant höhere Ängstlichkeit bei Jus-Studierenden als bei Medizin-Studierenden fanden (Eron & Redmount, 1957). May und Casazza (2012) beobachteten ferner, dass alle Studienrichtungen mit viel Mathematik, Biologie und Chemie im Curriculum besonders stressreich zu sein scheinen, worunter zwar Gesundheitsstudiengänge zu zählen sind, jedoch nicht ausschließlich.

Aufgrund dieser Forschungsergebnisse, die zwar den Schluss nahelegen, dass Studierende von Gesundheitsstudiengängen äußerst gestresst, depressiv und ängstlich sind, aber offenlassen, ob sie sich in diesen Variablen tatsächlich signifikant von Studierenden (zumindest einiger) anderer Fachrichtungen unterscheiden, sollen in dieser Arbeit der erlebte Stress, die Depressivität und die Ängstlichkeit zwischen Studierenden von Gesundheitsstudiengängen und Studierenden anderer Fachrichtungen verglichen werden. Da eine umfassende Menge an Studien bestätigt, dass Studierende von Gesundheitsstudiengängen eine ausgeprägte negative Affektivität aufweisen, soll die gerichtete Hypothese geprüft werden, ob jene Studierende gestresster, depressiver und ängstlicher als Studierende anderer Fachrichtungen sind. Mit dieser Erkenntnis könnten in Zukunft besonders gefährdete Studierendengruppen ausfindig gemacht werden, was gezieltere Maßnahmen zur Förderung der mentalen Gesundheit unter jenen Studierenden durch die jeweiligen Fakultäten der Universitäten bzw. Fachhochschulen ermöglicht.

Studienphase und negative Affektivität

Eine andere Variable, deren Zusammenhang mit Stress, Depressivität und Ängstlichkeit in der psychologischen Forschung bereits teilweise aufgeschlüsselt wurde, ist die Studienphase, also ob die befragten Personen am Beginn, in der Mitte oder am Ende des Studiums stehen.

Einige Studien berichten von sich verschlechternden Werten hinsichtlich Stress, je weiter fortgeschritten das Studium ist. So stellten Solanky et al. (2012), die die Stresswerte von Medizinstudierenden erfassten, beim Vergleich zwischen verschiedenen Kohorten fest, dass der Prozentsatz an Studierenden, welche hohe Ausmaße an Stress erlebten, am höchsten unter den Studierenden im letzten Studienjahr war, nämlich 28.8%. Auch Studierende der Pflegewissenschaften zeigten im Rahmen einer Studie eine Steigerung ihres erlebten Stresses im Laufe ihres dreijährigen Studiums (Deary et al., 2003). Grund für diese Studienergebnisse, welche steigende Stresswerte gegen Ende des Studiums hin berichten, könnte sein, dass die Anforderungen des akademischen Abschlusses und des Eintritts in das Berufsleben die Ressourcen von Studierenden stärker strapazieren als die oft als aufregend erlebte Anpassung an das Studierendenleben zu Beginn des Studiums (Böke et al., 2019). Demgegenüber stehen die Ergebnisse von Votta und Benau (2013), welche in ihrer demografischen Analyse von Stressprädiktoren unter Pharmazie-Doktorand*innen eine negative Korrelation zwischen den Variablen erlebter Stress und Zeitsemester fanden, also sich verbessernde Stresswerte über den Studienverlauf hinweg. Weiters wurde in einer Studie eine Abnahme des Ausmaßes an psychischen Beeinträchtigungen über den Studienverlauf hinweg beobachtet (Sher et al., 1996). Darüber hinaus wurden einige Untersuchungen durchgeführt, welche über sich verschlechternde Werte an Stress bis etwa zur Mitte des Studiums und sich dann wieder verbessernde Werte bis zum

Ende des Studiums berichten. So beobachteten Böke et al. (2019) die höchsten Stresswerte einer Stichprobe aus Studierenden eines dreijährigen Studienprogramms bei Studierenden im zweiten Studienjahr. Eine andere Studie kam bei der Analyse der Stresswerten von Studierenden im Laufe von vier Jahren zum Ergebnis, dass sich die Werte vor allem während des ersten und zweiten Studienjahres signifikant verschlechterten und etwa zur Mitte des Studiums ihren Höhepunkt erreichten, wohingegen in Richtung Studienabschluss leichte Besserungen der Werte eintraten, allerdings auf einem deutlich höheren Niveau als zu Beginn des Studiums (Conley et al., 2020). Dieses Muster, also ein anfänglicher Anstieg und eine Abnahme zum Ende hin, wobei die zuletzt erhobenen Werte noch deutlich über den Baseline-Messungen blieben, wurde auch an den Stresswerten von Studierenden der Pflegewissenschaften vorgefunden (Edwards et al., 2010). In einer anderen Studie zeigte sich das Muster, dass Studierende eines vierjährigen Studiums in den Jahren zwei bis vier in den jeweiligen ersten Semestern des Studienjahres, also den Wintersemestern, weniger gestresst waren als in den zweiten Semestern des Studienjahres, also den Sommersemestern (Galatzer-Levy & Bonanno, 2013).

Hinsichtlich Depressivität beobachteten Beiter et al. (2015) an ihrer Stichprobe aus 374 Bachelorstudierenden höhere Werte bei Studierenden im dritten bzw. letzten Studienjahr als bei Studierenden im ersten oder zweiten Studienjahr. Ferner konnte eine Abnahme der Lebensqualität mit dem Fortschreiten eines Medizinstudiums in Zusammenhang gebracht werden (Kjeldstadli et al., 2006). Konträr dazu beobachteten Cheung et al. (2020) in ihrer Stichprobe aus Studierenden sich leicht verbessernde Werte an Depressivität über einen Zeitraum von drei Jahren hinweg. Einen anderen Verlauf beobachten Gao et al. (2020); bei ihrer Stichprobe aus Studierenden war die Depressivität zur Mitte des Studiums am ausgeprägtesten. Ähnlich sind die Ergebnisse von Liu et al. (2019), welche Depressivitätswerte von chinesischen Studierenden während ihres vierjährigen Studiums analysierten. Hier nahm Depressivität bis zur Mitte des Studiums hin zu und sank dann bis zum Ende des Studiums, wobei die im letzten Studienjahr gemessenen Werte niedriger lagen als zu Beginn des Studiums. Ferner lag 2012 die Prävalenzrate für eine psychische Störung bei Bachelorstudierenden in Großbritannien mit 23.1% im zweiten Studienjahr, also zur Mitte des Studiums, am höchsten (Macaskill, 2013).

Ähnlich konfus sind die Studienergebnisse hinsichtlich der Ängstlichkeit bei Studierenden. Beobachteten Beiter et al. (2015) an ihrer Bachelorstudierendenstichprobe die höchsten Ängstlichkeitswerte an Studierenden im letzten bzw. dritten Studienjahr, stellten zwei Studien eine Abnahme der Ängstlichkeit im Verlauf von vier Studienjahren fest (Liu et al., 2019; Gao et al., 2020), was im Einklang mit Spielbergers Konzeption (1972) darauf zurückzuführen sein könnte, dass sich Studierende am Anfang eines Studiums, oft getrennt von Familie und Freun-

den, an eine neue Umgebung anpassen müssen, wofür ihnen Erfahrungen in ähnlichen Situationen fehlen und sie ihre Handlungskompetenz als nicht ausreichend einschätzen (Liu et al., 2019). Andrews und Wilding (2004) berichteten weiters steigende Werte an Ängstlichkeit bis zur Mitte des Studiums bei Bachelorstudierenden aus Großbritannien. Bewick et al. (2010) stellten fest, dass in ihrer Stichprobe Ängstlichkeitswerte der Studierenden in den ersten Semestern der Studienjahre, also in den Sommersemestern, tendenziell ausgeprägter waren und sich in den jeweiligen zweiten Semestern besserten.

Möglicherweise könnte eine Verschlechterung der mentalen Gesundheit über den Studienverlauf hinweg studiengangsspezifisch sein. Beispielsweise stieg in einer Studie der Prozentsatz an Zahnmedizinistierenden, die über klinisch auffällige Ängstlichkeit berichteten, zwischen dem zweiten und letzten Studienjahr von 47 auf 67%, unter Medizinstudierenden sank dieser Anteil zwischen denselben Kohorten von 47 auf 26% (Newbury-Birch et al., 2002). Auch könnten Verschlechterungen abhängig von der untersuchten Variablen unterschiedlichen zeitlichen Mustern folgen. So beobachteten Rosal et al. (1997) eine monotone Steigerung des Stresses in ihrer Stichprobe aus Studierenden im Laufe ihres vierjährigen Studiums, während die durchschnittliche Depressivität zur Mitte des zweiten Studienjahres hin zunahm, allerdings bis zum Ende hin wieder abnahm, wobei jedoch der Depressivitätsdurchschnitt im vierten Studienjahr höher war als bei der Baseline-Erhebung. Aufschluss über ein mögliches interessantes Muster gibt eine Studie von Salmela-Aro et al. (2008), welche den Verlauf der Depressivitätssymptome von 18- bis 25-jährigen Studierenden über einen Zeitraum von 10 Jahren hinweg untersuchte. Ergebnis war eine Clusterbildung in drei Gruppen: Personen mit niedrigen, stabilen Depressivitätswerten, Personen mit mittleren, stabilen Depressivitätswerten und Personen mit hohen, zunehmenden Depressivitätswerten. Dies deutet auf einen Zusammenhang zwischen hoher Depressionssymptomatik und deren Steigerung über den Zeitverlauf hinweg hin.

Aufgrund dieser mannigfaltigen Studienergebnisse bezüglich des Zusammenhangs zwischen Studienphase und negativer Affektivität, die keine klare Richtungstendenz abbilden, soll in dieser Arbeit ungerichtet getestet werden, ob Zusammenhänge zwischen erlebtem Stress, Depressivität und Ängstlichkeit und dem Fachsemester, in welchem die untersuchten Studierenden zum Zeitpunkt der Befragung jeweils studieren, bestehen. Je nachdem, von welcher Art ein eventuell gefundener Zusammenhang ist, könnten daraus verschiedene Handlungskonsequenzen für Entscheidungsträger*innen resultieren: Bei schlechteren Werten zu Anfang des Studiums wären beispielsweise vermehrte Kennenlernveranstaltungen für Studienanfänger indiziert, bei schlechteren Werten zum Ende des Studiums hin eher Berufsorientierungsangebote.

Beziehungsstatus und negative Affektivität

Eine weitere Variable, die mit Stress, Depressivität und Ängstlichkeit bei Studierenden in Zusammenhang stehen könnte, ist der Beziehungsstatus. Grundidee ist dabei, dass die soziale Unterstützung, die Personen durch ihnen nahestehende Menschen wie beispielsweise ihre*n Partner*in erhalten, gesundheitsschädigende Effekte durch Stressoren wie zunehmende negative Affektivität abpuffern (Cohen & Willis, 1985). Den angenommenen Wirkmechanismus dieser als „Puffer-Hypothese“ bezeichneten Theorie veranschaulicht Abbildung 2.

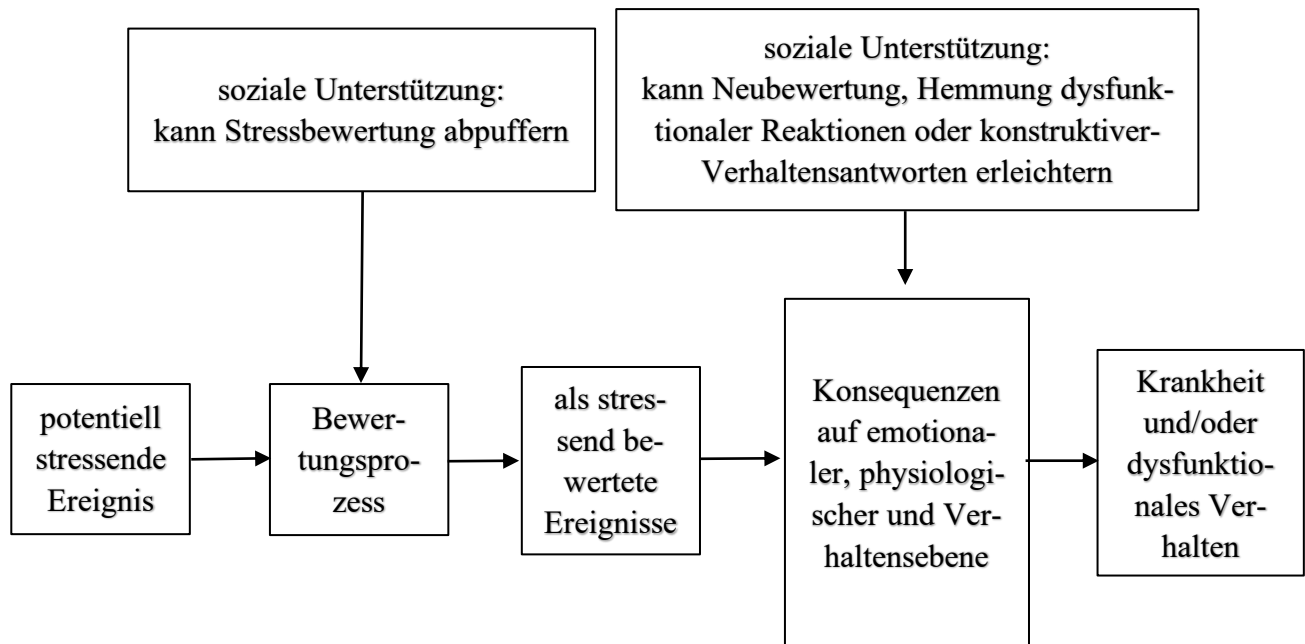


Abbildung 2: Wirkmechanismus zwischen Stressbewertung und sozialer Unterstützung (in Anlehnung an Cohen & Willis, 1985, S. 313).

Demnach kann soziale Unterstützung sowohl den unmittelbaren Bewertungsprozess eines potentiell stressenden Ereignisses als auch die unterschiedlichen Konsequenzen in Folge einer Ereignisbewertung in eine positive Richtung lenken. Die von dem*r Partner*in geleistete soziale Unterstützung kann dabei entweder instrumenteller (z.B. Ratschläge geben, Informationen zur Lösung eines Problems liefern) oder emotionaler (z.B. aufmuntern, anfeuern) Natur sein (Devoldre et al., 2010).

Der Großteil der bisher durchgeführten Untersuchungen, die positive Effekte einer romantischen Beziehung auf die psychische Gesundheit nachzuweisen versuchten, befasste sich allerdings nicht mit dem Zusammenhang zwischen negativer Affektivität und dem Beziehungs-, sondern dem Heiratsstatus. So kam Coombs (1991) in einem Reviewartikel zu dem

Schluss, dass verheiratete Personen weniger Stress und psychiatrische Probleme sowie ein höheres Wohlbefinden als unverheiratete aufweisen. Auch zur Studienzeit scheint dieser Zusammenhang zu gelten: Im Rahmen einer Längsschnittuntersuchung berichteten verheiratete Medizinstudierende über weniger Stress und Ängstlichkeit als ihre unverheirateten Kommiliton*innen (Coombs & Fawzy, 1982).

Die ausschließliche Unterscheidung zwischen verheirateten und unverheirateten Studierenden ist in der heutigen Zeit allerdings wenig sinnvoll, da das Durchschnittsalter der ersten Heirat in den letzten Jahrzehnten sukzessive angestiegen ist und dementsprechend wenige Studierende heutzutage verheiratet sind (Schulman & Connolly, 2013). Nicht viele Studien analysierten den Zusammenhang zwischen (unverheiratetem) Beziehungsstatus, also der dichotomen Unterscheidung zwischen Personen in einer festen Beziehung und Singles, und negativer Affektivität bei Studierenden. So kam eine Studie zu dem Ergebnis, dass Studierende in festen Beziehungen weniger akademische Probleme in Folge von schlechter mentaler Gesundheit berichten als Single-Studierende (Braithwaite et al., 2010). Eine andere Studie ergab, dass Studierende in romantischen Beziehungen ein größeres Selbstbewusstsein besitzen und positiver über ihren Körper denken als Single-Studierende (Pettijohn et al., 2010) - Variablen, welche negativ mit Stress (Murray et al., 2013), Depressivität und Ängstlichkeit (Sowislo & Orth, 2013) assoziiert sind. Weiters beobachteten Adamczyk und Bookwala (2013), dass Single-Studierende mehr Angst davor haben, abgelehnt oder nicht geliebt zu werden als Studierende in Partnerschaften. Für Homosexuelle konnten romantische Beziehungen als Schutzfaktor gegen psychologischen Stress nachgewiesen werden (Whitton et al., 2018).

Eine Konzeptualisierung, welche diese beiden Forschungsstränge miteinander in Einklang bringt, ist die Kategorisierung von romantischen Beziehungen nach Ross (1995), welche zwischen vier verschiedenen Ausprägungen, welche der Beziehungsstatus annehmen kann, unterscheidet: „kein*e Partner*in“, „Partner*in in anderem Haushalt“, „Partner*in in gemeinsamem Haushalt“ und „Ehepartner*in in gemeinsamem Haushalt“. Um diese Einteilung zu testen, verglich die Forscherin die Depressivitätswerte von Personen in loseren Beziehungsformen bzw. keiner Beziehung mit jenen in ernsteren Beziehungsformen. Ergebnis war, dass sich Personen ohne Partner*in, Personen mit Partner*in in anderem Haushalt und Personen mit (Ehe-) Partner*in in gemeinsamem Haushalt signifikant in ihren Ausprägungen an Depressivität unterscheiden. Interessant dabei ist, dass sich die Depressivitätswerte zwischen Personen in einfacher Partnerschaft im gleichen Haushalt und verheirateten Personen im gleichen Haushalt nicht signifikant voneinander unterscheiden, was die Sinnhaftigkeit der dichotomen Unterscheidung zwischen „verheiratet“ und „nicht verheiratet“ in früheren Studien in Frage stellt. Das psychologische Äquivalent, nach dem die von Ross (1995) unterschiedenen Kategorien

gebildet wurden, ist die Stärke des Engagements, das von den Partnern für die Beziehung aufgebracht wird. Insofern kennzeichnet eine lose Beziehungsform wie Partnerschaft in getrennten Haushalten ein geringeres von den Partnern aufgebrachtes Engagement als eine ernste Beziehungsform wie eine Ehe, in der die Partner im selben Haushalt zusammenwohnen. Im Einklang zu den Beobachtungen von Ross (1995) beobachteten Dush und Amato (2005), dass das Wohlbefinden von Personen in ihrer Stichprobe umso größer war, je engagierter die Beziehungsform, in der sie lebten. Auch eine Metaanalyse von Braithwaite und Holt-Lunstad (2017) konstatierte einen positiven Zusammenhang zwischen dem Engagement der Beziehungsform und der Höhe des Wohlbefindens sowie einen negativen zwischen dem Engagement der Beziehungsform und dem Ausmaß an Depressivität. Diese Studienergebnisse könnten damit zu erklären sein, dass Partner in relativ engagierten Beziehungsformen sich gegenseitig helfen, Triebspannungen abzubauen oder soziale Scheu zu überwinden, also Ausprägungen von Variablen reduzieren, welche zu negativer Affektivität beitragen (Cattell & Scheier, 1961).

Weiteren Aufschluss darüber, welche Mechanismen diesem positiven Zusammenhang zwischen mentaler Gesundheit und Engagement einer Beziehungsform zugrunde liegen könnten, liefert die Arbeit von Sternberg (1986). Ihr zufolge gibt es zwei Arten von Engagement in Beziehungen, ein kurzfristiges und ein langfristiges. Das kurzfristige Engagement äußert sich in der Entscheidung, eine bestimmte Person zu lieben, das langfristige im Bestreben, diese Liebe aufrechtzuerhalten. Engagement bildet dabei mit den beiden anderen Komponenten Vertrautheit und Leidenschaft das sogenannte „Dreieck der Liebe“ (Sternberg, 1986), wobei Engagement den kognitiven, Vertrautheit den emotionalen und Leidenschaft den motivationalen Aspekt einer Beziehung repräsentiert. Alle drei Konstrukte interagieren miteinander. Meist ist ein hohes Engagement, also eine kognitive Zusage, in Zukunft in die Beziehung Energie investieren zu wollen, die Folge hoher Vertrautheit oder großer Leidenschaft zwischen zwei Menschen. Der positive Zusammenhang zwischen dem Engagement einer Beziehungsform und der Vertrautheit und Leidenschaft konnte sowohl bei US-amerikanischen als auch bei chinesischen Paaren empirisch nachgewiesen werden (Gao, 2001). Insofern könnte die Korrelation zwischen dem Engagement einer Beziehungsform und der mentalen Gesundheit zumindest zum Teil darauf zurückzuführen sein, dass Personen in engagierteren Beziehungsformen wie Ehe oder einer Partnerschaft im selben Haushalt eine höhere Vertrautheit und eine größere Leidenschaft im Alltag erleben als Personen in weniger engagierten Beziehungsformen und einhergehend mit dieser Trias mehr emotionale und instrumentelle soziale Unterstützung erhalten.

Die Studienlage zur Frage, ob der Zusammenhang zwischen negativer Affektivität und Beziehungsstatus durch die Variable Beziehungsqualität moderiert wird, ist uneindeutig. So

blieb der von Dush und Amato (2005) konstatierte positive Zusammenhang zwischen Engagement der Beziehungsform und Wohlbefinden konstant, nachdem seine Interaktion mit der Beziehungszufriedenheit kontrolliert wurde. Hudson et al. (2020) beobachteten hingegen an ihrer Stichprobe, dass Personen in Beziehungen von hoher Qualität zwar ein höheres Wohlbefinden haben als Singles, Personen in Beziehungen von geringer Qualität allerdings ein niedrigeres Wohlbefinden als Singles aufweisen.

Bisherige Studien legen somit den Schluss nahe, dass die Höhe des Engagements einer Beziehungsform negativ mit Stress, Depressivität und Ängstlichkeit bei Studierenden korrelieren könnte. Da eine Überprüfung dieser Vermutung positive Impulse für Psychotherapie und Beratung von Studierenden mit psychischen Problemen geben könnte, soll sich vorliegende Arbeit dieser Aufgabe widmen.

Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstands und der Forschungslücken

Es kann konstatiert werden, dass hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen den studienbezogenen Variablen Studienrichtung, Studienphase und Engagement der Beziehungsform und negativer Affektivität einige Forschungslücken existieren.

So wurde eine Reihe von Studien durchgeführt, die hohen Stress, Depressivität und Ängstlichkeit bei Studierenden von Gesundheitsstudiengängen wie Medizin, Pharmazie etc. belegen konnten. Allerdings wiesen vereinzelte Untersuchungen, welche Studienrichtungen über Gesundheitsstudiengängen hinweg miteinander verglichen, noch keine signifikant schlechtere negative Affektivität bei Studierenden von Gesundheitsfachrichtungen nach.

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Studienphase und negativer Affektivität fanden sich sowohl positive als auch negative Korrelationen sowie Verläufe, welche die höchsten Werte an Stress, Depressivität und Ängstlichkeit zur Mitte des Studiums abbildeten.

Einige Forschungsarbeiten stellten bereits positive Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen einer (Ehe-)Partnerschaft bzw. einem hohen Engagement der Beziehungsform und niedriger negativer Affektivität fest, allerdings wurde bis dato keine Untersuchung durchgeführt, welche sich den Zusammenhängen zwischen Engagement der Beziehungsform und Stress, Depressivität und Ängstlichkeit bei Studierenden widmete. Vorliegende Arbeit setzt an diesen Forschungslücken an.

Fragestellung und Hypothesen

Da eine flächendeckende österreichische Untersuchung der negativen Affektivität bei Studierenden bislang fehlt, dient die erste Fragestellung dazu, deskriptiv die Ausprägungen an Stress, Depressivität und Ängstlichkeit bei österreichischen Studierenden zu erfassen:

Fragestellung 1: *Wie hoch ist die negative Affektivität (erlebter Stress, Depressivität und Ängstlichkeit) bei Studierenden in Österreich?*

Genauere Zusammenhänge soll Fragestellung 2 aufklären:

Fragestellung 2: *Inwieweit hängt negative Affektivität (erlebter Stress, Depressivität, Ängstlichkeit) bei Studierenden in Österreich mit der Studienrichtung, Studienphase und dem Beziehungsstatus zusammen?*

Die dazugehörigen Hypothesen leiten sich direkt von den theoretischen Ausführungen ab:

Hypothese 1: Studierende von Gesundheitsstudiengängen berichten über ausgeprägtere negative Affektivität (höheren erlebten Stress, höhere Depressivität, höhere Ängstlichkeit) als Studierende anderer Fachrichtungen.

Hypothese 2: Es gibt einen Zusammenhang zwischen negativer Affektivität (erlebter Stress, Depressivität, Ängstlichkeit) und Fachsemester.

Hypothese 3: Studierende in Beziehungsformen mit stärkerem Engagement berichten über niedrigere negative Affektivität (geringerer erlebter Stress, niedrigere Depressivität, niedrigere Ängstlichkeit) als Studierende in Beziehungsformen mit schwächerem Engagement bzw. ohne Partner.

Ferner soll überprüft werden, ob der Zusammenhang zwischen Engagement der Beziehungsform und negativer Affektivität durch die Variable „Partnerschaftsqualität“ moderiert wird.

Methoden

Studiendesign und -ablauf

Die Studie wurde im Rahmen des Forschungsprojekts „Stress bei Studierenden in Österreich - eine Online-Studie“ unter Leitung von Univ.-Prof. Dr. Urs Nater durchgeführt. Kooperationspartner des Forschungsteams der Fakultät für Klinische und Gesundheitspsychologie der Universität Wien war die Österreichische Hochschüler_innenschaft (ÖH), eine Organisation, welche die Interessen aller Studierenden an (Privat-)Universitäten und Fach-/Pädagogischen Hochschulen Österreichs mittels gewählter Vertretungen gegenüber den Hochschulen und der Politik durchzusetzen versucht.

Das Projekt gab nach der Einwilligungserklärung einen Kernfragebogen und drei Zusatzfragebögen mithilfe der Online-Umfrage-Plattform „Unipark“ (Programm: Unipark, Questback GmbH, Köln, Deutschland) vor. Inhalt des Kernfragebogens waren neben der anonymen Erfassung von soziodemografischen Daten die Vorgabe von verschiedenen psychometrischen Fragebögen zu unter anderem Stress, mentaler und körperlicher Gesundheit, Konsumverhalten und studienspezifischen Anforderungen. Die drei Zusatzfragebögen legten ihre Schwerpunkte jeweils auf die Themenkomplexe „Stress und Belastung“, „Freizeitverhalten und Musik“ und „Beziehung und Sexualität“. Alle Studierende, welche den Kernfragebogen ausfüllten, erhielten die Möglichkeit, an einem Gewinnspiel teilzunehmen. Falls sie zudem mindestens einen der drei Zusatzfragebögen beantworteten, wurden ihre Gewinnchancen mit jedem ausgefüllten Zusatzfragebogen erhöht. Der Ethikantrag für die Untersuchung wurde von der Ethikkommission der Universität Wien beurteilt und angenommen. Alle Daten, die im Rahmen dieser Arbeit analysiert werden, beschränken sich auf Erhebungen aus dem Kernfragebogen und den Zusatzfragebögen, die sich den Themenkomplexen „Stress und Belastung“ sowie „Beziehung und Sexualität“ widmeten.

Der Umfrage ging bei jedem*r Proband*in eine Einwilligungserklärung voraus und startete am 08. Dezember 2020. Sie lief noch, als diese Masterarbeit eingereicht wurde, allerdings wurden nur jene Daten ausgewertet, welche bis zum 11. Februar 2021 eingegangen sind. Die ÖH leitete sie über verschiedene Kanäle an Studierende in Österreich weiter. Aufgrund der Covid-19-Pandemie konnte nur online auf sie aufmerksam gemacht werden.

Teilnahmekriterien

Teilnahmekriterien waren ein Mindestalter von 18 Jahren, ausreichende Deutschkenntnisse sowie die Immatrikulation als Student*in in einem Studiengang in Österreich.

Operationalisierung

Neben den im Folgenden aufgeführten psychometrischen Fragebögen und soziodemografischen Erhebungen wurde eine Vielzahl an weiteren Variablen wie beispielsweise Essverhalten, Musikpräferenzen, Diskriminierungserfahrungen, sexuelle Orientierung oder Herkunftsland erfasst, was sich in langen durchschnittlichen Bearbeitungszeiten (1 Stunde und 8 Minuten für den Kernfragebogen und 51 Minuten für die Zusatzfragebögen) niederschlug. In den nächsten Teilkapiteln werden lediglich jene Erhebungsinstrumente berücksichtigt, deren Daten für diese Arbeit bedeutsam sind.

Stress

Der erlebte Stress wurde mittels der validierten, deutschen Version der *Perceived Stress Scale* (PSS-10) (Klein et al., 2016; Cohen et al., 1983) erfasst. Die PSS-10 besteht aus zehn Items, die anhand einer 5-stufigen Skala (0 = „nie“, 1 = „fast nie“, 2 = „manchmal“, 3 = „ziemlich oft“, 4 = „sehr oft“) abfragen, wie sehr die Person ihr Leben im vergangenen Monat als unkontrollierbar, unvorhersehbar und überwältigend empfunden hat (z.B. „Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass es Ihnen nicht möglich ist, wichtige Dinge in Ihrem Leben zu kontrollieren?“). Die Antworten auf die Items werden summiert und ergeben zusammen einen Messwert für den erlebten Stress im letzten Monat, der zwischen 0 und 40 liegt. Höhere Werte sind dabei mit viel, niedrigere mit wenig Stress assoziiert. Um Skalensummen besser interpretieren zu können, wurde festgelegt, dass 0 bis 13 Punkte geringen Stress repräsentieren, 14 bis 26 mittleren Stress und 27 bis 40 hohen Stress. Die Skala weist laut Klein et al. (2016) eine gute interne Konsistenz von Cronbach's $\alpha = .84$ auf.

Depressivität

Depressivität wurde mit dem Depressionsmodul PHQ-9 des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D) (Löwe et al., 2002; Gräfe et al., 2004) erhoben. Dabei handelt es sich um ein Screeningverfahren, das vor allem für die Diagnostik psychischer Störungen in der allgemeinmedizinischen Praxis entwickelt wurde. Das Modul besteht aus neun Items, welche erheben, wie oft die jeweils genannte Beschwerde (z.B. „Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben“ oder „Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit“) das Leben des*r Befragten im Verlauf der letzten zwei Wochen vor der Befragung beeinträchtigt hat. Antworten werden auf einer 4-stufigen Skala (0 = „überhaupt nicht“, 1 = „an einzelnen Tagen“, 2 = „an mehr als der Hälfte der Tage“, 3 = „beinahe jeden Tag“) angegeben. Jede Frage repräsentiert dabei ein DSM-IV-Kriterium zur Diagnose einer „*Major depressive episode*“ (American Psychiatric Association, 1994). Die Summe der Wertungen der Itemantworten gibt an, wie hoch Depressivität bei dem*r Befragten ausgeprägt ist. Man unterscheidet dabei zwischen minimalen (0-4), milden (5-9), mittleren (10-14), mittelhohen (15-19) und hohen (20-27) Niveaus an Depressivität (Kroenke et al., 2001). Laut Kroenke et al. (2001) weist das Modul eine gute interne Konsistenz von Cronbach's α zwischen .86 und .89 auf.

Ängstlichkeit

Ängstlichkeit wurde mittels zweier Fragebögen erhoben. Die gesamte Stichprobe wurde anhand des Ängstlichkeitsmoduls des PHQ-D (Löwe et al., 2002; Gräfe et al., 2004) getestet; zusätzlich wurde im Zusatzfragebogen zum Themenkomplex „Stress und Belastung“ der *Generalized Anxiety Disorder 7* (GAD-7) (Spitzer et al., 2006; Löwe et al., 2008) vorgegeben.

Der PHQ-D erhebt zuerst, ob der*die Proband*in in den letzten vier Wochen eine Angstattdacke erlebt hat. Insofern dies bejaht wird, werden dem*der Probanden*in zwei weitere Blocks mit verschiedenen Fragen, die das Erlebnis der Angstattdacke(n) spezifizieren, gestellt, welche alle mit ja oder nein beantwortet werden können. Wird bei allen Fragen des ersten Blocks bestehend aus drei Fragen (z.B. „Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?“) sowie bei vier oder mehr der insgesamt elf Fragen des zweiten Blocks (z.B. „Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?“) „ja“ angekreuzt, wird dem*der Proband*in ein Paniksyndrom attestiert.

Weiters wird die Filterfrage, ob man sich im Verlauf der letzten vier Wochen durch die Beschwerde „Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis“ beeinträchtigt gefühlt habe, vorgegeben. Als Antwortalternativen stehen „überhaupt nicht“, „an einzelnen

Tagen“ und „an mehr als der Hälfte der Tage“ zur Verfügung. Nur wenn eine andere Alternative als „überhaupt nicht“ angekreuzt wird, wird man zu sechs weiteren Items weitergeleitet (z.B. „Schwierigkeiten beim Ein- und Durchschlafen“), welche sich genauso darauf beziehen, ob in den letzten vier Wochen die jeweiligen Beschwerden als Beeinträchtigung empfunden wurden. Falls drei oder mehr dieser sechs Items mit „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet werden, kann geschlussfolgert werden, dass der*die Befragte an einem „anderen Angstsyndrom“ leidet. „Anders“ ist dabei als verschieden zum Paniksyndrom zu verstehen. Somit ermöglicht dieses Modul zwei dichotome Kategorisierungen der Befragten in Personen mit und ohne Paniksyndrom sowie Personen mit und ohne anderem Angstsyndrom.

Darüber hinaus wurde Ängstlichkeit zumindest an einem Teil der Stichprobe dimensional erfasst. Zu diesem Zweck diente der GAD-7 (Spitzer et al., 2006; Löwe et al., 2008), der in den ersten Zusatzfragebogen integriert wurde. Der GAD-7 besteht, ähnlich wie das Ängstlichkeitsmodul des PHQ-D, aus 7 Items, welche abfragen, wie oft sich der*die Befragte im Verlauf der vergangenen zwei Wochen durch die jeweils genannten Beschwerden (z.B. „Gefühle der Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung“ oder „Schwierigkeiten zu entspannen“) beeinträchtigt fühlte. Die Skala, entlang welcher geantwortet wird, ist mit der des PHQ-9 ident (4-stufig, 0 = „überhaupt nicht“, 1 = „an einzelnen Tagen“, 2 = „an mehr als der Hälfte der Tage“, 3 = „beinahe jeden Tag“). Ergebnisse im GAD-7 reichen von 0 bis 21 Punkten. 0 bis 4 Punkte können dabei als minimales, 5 bis 9 Punkte als mildes, 10 bis 14 Punkte als mittleres und 15 bis 21 Punkte als hohes Level an Ängstlichkeitssymptomen interpretiert werden (Löwe et al., 2008). Die interne Konsistenz des GAD-7 ist nach Löwe et al. (2008) gut ($\alpha = .89$).

Partnerschaftsqualität

Die Partnerschaftsqualität wurde mit dem Partnerschaftsfragebogen (PFB) erhoben (Hahlweg, 1979; Hinz et al., 2001), welcher im dritten Zusatzfragebogen, der das Themenfeld „Beziehung und Sexualität“ abdeckte, vorgegeben wurde. Dieses Erhebungsinstrument enthält 30 Items (z.B. „Ich merke, dass er/sie mich körperlich attraktiv findet.“), von denen die Ergebnisse von jeweils zehn Items zu Summenwerten der Dimensionen „Streitverhalten“, „Zärtlichkeit“ und „Gemeinsamkeit/Kommunikation“ addiert werden. Geantwortet wird dabei entlang einer 4-stufigen Skala (0 = „nie/sehr selten“, 1 = „selten“, 2 = „oft“, 3 = „sehr oft“). Die drei Summen werden wieder zusammengerechnet, wobei der Wert der Dimension „Streitverhalten“ vorher umgepolt wird. Ergebnis ist eine Gesamtskala, welche in einem Wertebereich zwischen 0 und 90 angibt, wie gut die Partnerschaftsqualität einer Beziehung ist, wobei niedrige Werte mit

schlechten, hohe Werte mit guten Beziehungen assoziiert sind. Nach Hinz et al. (2001) weist der Fragebogen eine exzellente interne Konsistenz von Cronbach's $\alpha = .93$ auf.

Studienrichtung

Zur Angabe des Studiengangs wurden die Befragten gebeten, ihre Fachrichtung einer von 68 Kategorien zuzuordnen. Studierende, welche sich den Kategorien „Humanmedizin“, „Krankenpflege und Geburtshilfe“, „Medizinische Diagnostik und Behandlungstechnik“, „Pflege alter oder behinderter Menschen“, „Pharmazie“, „Tiermedizin“ oder „Zahnmedizin“ zuordneten, wurden als Studierende von Gesundheitsstudiengängen klassifiziert, alle anderen als Studierende von Nicht-Gesundheitsstudiengängen.

Studienphase

Die Studienphase wurde mithilfe der Angabe des Fachsemesters erfasst. Darunter sind in Abgrenzung zum Zeitsemester, welches alle bis dato studierten Semester unabhängig vom Studiengang berücksichtigt, jene bisherigen Semester zu zählen, welche zur Absolvierung des Hauptstudiums aufgewendet wurden. Etwaige Urlaubssemester fließen darin nicht mit ein, worauf in der Ausfüllanweisung hingewiesen wurde.

Beziehungsstatus

Der Beziehungsstatus konnte einer von sieben Kategorien zugeordnet werden. Die Kategorien „Single“, „geschieden/getrennt“ und „verwitwet“ wurden bezüglich des Ausmaßes des Engagements der Beziehungsform als gleich, nämlich mit „kein Engagement“, definiert. Übrig blieben fünf Kategorien, welche sich im aufgewendeten Engagement für den*die Partner*in unterscheiden ließen. Da es für die Intensität des erlebten Stresses und der Depressivität einen Unterschied macht, ob man mit seinem*r Partner*in zusammenwohnt oder nicht (Ross, 1995), wurden Studierende „in fester Partnerschaft“, „in offener Beziehung“ und Verlobte mithilfe einer Frage nach der Wohnsituation zudem danach aufgeteilt, ob sie mit ihren Partnern zusammenwohnen oder nicht. Somit wurden Studierende wie folgt anhand des Engagements ihrer Beziehungsform unterschieden (in aufsteigender Reihenfolge, also von „kein Engagement“ bis „sehr viel Engagement“): „Single“ / „geschieden/getrennt“ / „verwitwet“, „in offener Beziehung“ (ohne oder mit gemeinsamem Haushalt), „in fester Partnerschaft“ (ohne oder mit gemeinsamem Haushalt), „verlobt“ (ohne oder mit gemeinsamem Haushalt) und „verheiratet“.

Die im Folgenden berichteten Ergebnisse wurden mithilfe der Statistiksoftware IBM SPSS® 26.0 generiert. Das Signifikanzniveau wurde, wie in den meisten empirisch-psychologischen Studien üblich, auf die Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = .05$ festgesetzt.

Zur Überprüfung der Hypothesen kamen verschiedene statistische Methoden zum Einsatz: Zur Überprüfung, ob sich Studierende von Gesundheitsstudiengängen in ihren Ausprägungen an negativer Affektivität von Studierenden anderer Fachrichtungen unterscheiden, wurden drei t-Tests für unabhängige Stichproben sowie zwei Phi-Koeffizienten berechnet. Inwiefern die Studienphase mit negativer Affektivität zusammenhängt, wurde mittels einer Pearson-Korrelation, zweier Spearman-Korrelationen sowie zweier punktbiserialer Korrelationen überprüft. Ob eine Verbindung zwischen Engagement der Beziehungsform und negativer Affektivität besteht, wurde anhand der Ergebnisse dreier einfaktorieller ANOVAs beurteilt. Bei signifikanten Gruppenunterschieden wurden anschließend die Post-hoc-Tests GT2 nach Hochberg und LSD berechnet. Inwiefern die Partnerschaftsqualität den Zusammenhang zwischen Engagement der Beziehungsform und negativer Affektivität moderiert, wurde schließlich mittels zweier linearer und zweier binär logistischer Regressionen beurteilt.

Nach Ablauf der Erhebungsfrist wurden die Daten zunächst in SPSS importiert. Im Zuge der Datenbereinigung wurden alle Erhebungen, die unvollständig bzw. unbrauchbar in den für die nachfolgende Analysen relevanten Variablen waren (Einwilligung, Übereinstimmung der Codes, auszuwertende soziodemografische und psychometrische Angaben) ausgeschlossen.

Ergebnisse

Stichprobe

Für die Analyse der psychometrischen Daten aus dem Kernfragebogen und dem Zusatzfragebogen wurden jene Proband*innen herangezogen, welche zwischen dem 08.12.2020 und dem 11.02.2021 die Fragebögen auf der Plattform Unipark bearbeitet hatten.

Von den 6567 Kernfragebögen, welche die Software als angefangen anzeigte, konnten letztlich 1767 Fragebögen ausgewertet werden, da alle übrigen Datensätze unvollständig waren. Bei 3535 der ausgeschlossenen Teilnehmer*innen fehlte die Einwilligung oder sie wurde abgelehnt, 887 brachen bei der Codeeingabe ab, bei 150 fehlten relevante soziodemografische Angaben und 228 füllten die für diese Arbeit interessanten Fragebögen nur unvollständig aus.

Der Kernfragebogen beinhaltete neben den psychometrischen Maßen zwei Kontrollitems, also leichte Fragen, die vornehmlich prüfen sollen, ob die Versuchsperson Fragen gewissenhaft durchliest und sinnvoll beantwortet. Obwohl elf der 1767 Teilnehmenden von diesen Fragen jeweils eine falsch beantworteten, wurden ihre Daten trotzdem in die Analyse mitaufgenommen, da ihre Antworten auf andere Fragen keine Auffälligkeiten zeigten und deshalb davon ausgegangen wurde, dass es sich bei den Fehlern um zufälliges Verklicken handelte.

Ein Großteil der Studienteilnehmer*innen war weiblich ($n = 1328$); 385 waren männlich. Von den übrigen 54 Teilnehmenden gaben 29 an, divers zu sein, 12 ordneten sich einem anderen Geschlecht zu und 13 tätigten keine Angabe zu ihrer Geschlechtszugehörigkeit. Die Teilnehmenden waren zwischen 18 und 64 Jahren alt ($M = 24.05$, $SD = 4.95$). 48 Nationalitäten waren in der Stichprobe vertreten. Die meisten Teilnehmenden ($n = 1408$) gaben an, österreichische*r Staatsbürger*in zu sein, gefolgt von 215 Deutschen sowie 27 Italiener*innen und 12 Kroat*innen. Von allen übrigen Nationalitäten waren alle weniger als zehnmal vertreten. Weiters bestätigten 93 Proband*innen eine doppelte Staatsbürgerschaft.

Zudem wurden die Antworten von zwei der drei Zusatzfragebögen ausgewertet. Von den 460 Teilnehmenden, welche ihr Einverständnis für die Beantwortung der Zusatzfragebögen gaben und ihr Interesse daran bekundeten, den Zusatzfragebogen mit psychometrischen Fragen zum Themenkomplex „Stress und Belastung“ zu bearbeiten, beantworteten 87 den für diese Arbeit relevanten Ängstlichkeitsfragebogen GAD-7 nur unvollständig. Außerdem konnten 22 personalisierte Codes des Fragebogens „Stress und Belastung“, welche zu Anfang des Kernsowie der Zusatzfragebögen erfragt wurden, damit bei der Auswertung eine Verknüpfung der Daten möglich würde, keinen im Kernfragebogen abgegebenen Codes eindeutig zugeordnet werden. So konnten schließlich 351 Datensätze zur Analyse verwendet werden.

255 dieser Proband*innen waren weiblich, 82 männlich, 8 gaben an, divers zu sein, 4 ordneten sich einem anderen Geschlecht zu und 2 tätigten keine Angabe bezüglich ihrer Geschlechtszugehörigkeit. Ihre Alterspanne reichte von 18 bis 59 Jahren ($M = 24.45$, $SD = 5.34$). 276 der Teilnehmenden hatten eine österreichische Staatsbürgerschaft, gefolgt von 55 Deutschen. Insgesamt waren 16 verschiedene Nationalitäten in der Stichprobe vertreten und 22 Proband*innen bestätigten eine zweite Staatsbürgerschaft.

Der zweite Zusatzfragebogen, von welchem Daten für diese Arbeit herangezogen wurden, behandelte den Themenkomplex „Beziehung und Sexualität“. Von den 543 Daten der Proband*innen, welche ihr Einverständnis gaben und ihr Interesse bestätigten, diesen Zusatzfragebogen ausfüllen zu wollen, konnten letztlich 178 ausgewertet werden, da 350 Teilnehmende nur unvollständig den für diese Arbeit relevanten Partnerschaftsfragebogen ausgefüllt hatten sowie 15 Codes nicht eindeutig mit den Codes des Kernfragebogens verknüpft werden konnten.

Zufälligerweise wurde ein Kontrollitem direkt im Anschluss an den PFB vorgegeben. Da jede*r Proband*in darauf die richtige Antwort gab, musste niemand aufgrund dessen ausgeschlossen werden.

Der prozentuelle Frauenanteil war mit 82% ($n = 145$) in dieser Stichprobe höher als in der Stichprobe des Kernfragebogens (75%) sowie des Zusatzfragebogens „Stress und Belastung“ (73%). 27 Teilnehmer waren männlich, 4 Proband*innen divers und jeweils eine Person ordnete sich einem anderen Geschlecht zu oder tätigte keine Angabe. Das Alter der Befragten lag zwischen 18 und 63 Jahren ($M = 24.38$, $SD = 5.41$). In dieser Stichprobe waren elf Nationalitäten vertreten. 139 Proband*innen gaben an, die österreichische Staatsbürgerschaft zu besitzen, 27 die deutsche und 3 die italienische. Zudem besaßen 11 eine weitere Staatszugehörigkeit.

Deskriptive Darstellung

In Tabelle 1 sind die Ergebnisse des erlebten Stresses (PSS-10) und der Depressivität (PHQ-9) für die Stichprobe des Kernfragebogens und der Ängstlichkeit (GAD-7) für die Stichprobe des Zusatzfragebogens mit Fragen zu dem Themenkomplex „Stress und Belastung“ aufgelistet. Sowohl für den PHQ-9 als auch für den GAD-7 waren alle Ausprägungen des Summenwertes vertreten, für den PSS-10 fehlten jeweils das höchst- (40) und niedrigstmögliche (0) Ergebnis.

Der durchschnittlich im vergangenen Monat erlebte Stress lag mit einem Wert von 22.47 im mittleren Bereich der Skala. Das Mittel der in den vergangenen zwei Wochen gefühlten Depressivität repräsentierte mit einem Wert von 11.49 ein mittleres Level. Mit einem Wert von 9.15 lag das von der Stichprobe des Zusatzfragebogens „Stress und Belastung“ durchschnittlich angegebene Ausmaß der in den vergangenen zwei Wochen erlebten Ängstlichkeit zwischen den Wertebereichen einer milden (bis 9) und mittlerer (ab 10) Ängstlichkeit.

Tabelle 1

Ergebnisse der PSS-10 und PHQ-9 für die Stichprobe des Kernfragebogens sowie des GAD-7 für die Stichprobe des Zusatzfragebogens zu dem Themenkomplex „Stress und Belastung“

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Spannweite</i>	<i>N</i>
PSS-10	22.47	6.92	38	1767
PHQ-9	11.49	5.78	27	1767
GAD-7	9.15	5.05	21	351

Anmerkung. Die fett gedruckten Werte sind die arithmetischen Mittel der jeweiligen Fragebogensummenwerte.

Betrachtet man die Schiefe der Verteilung der Ergebnisse des PSS-10, ergibt sich mit einem Wert von -.32 und einem Standardfehler von .06 eine signifikante Rechtssteilheit, d.h. mehr Versuchspersonen als bei einer normalverteilten Population anzunehmen sind, berichten über überdurchschnittlich hohe Stresswerte.

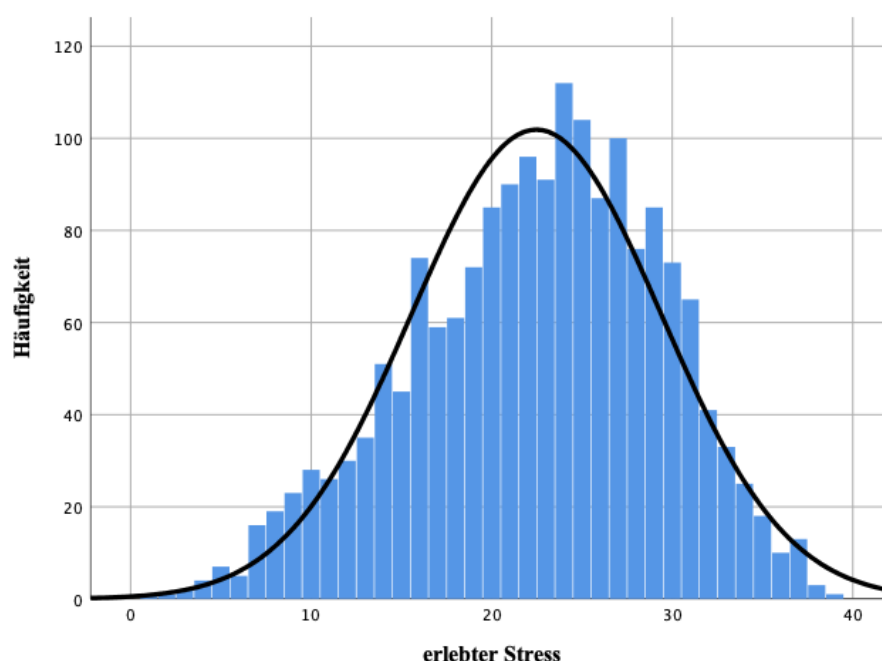


Abbildung 3: Verteilung der PSS-10-Ergebnisse der Stichprobe des Kernfragebogens. Die y-Achse bildet die Anzahl an Personen ab, die x-Achse den jeweiligen PSS-10-Summenwert.

Im Gegensatz dazu bildet Abbildung 3 mit einer Schiefe von .34 und einem Standardfehler von .06 eine signifikant linkssteile Verteilung der Ergebnisse des PHQ-9 ab.

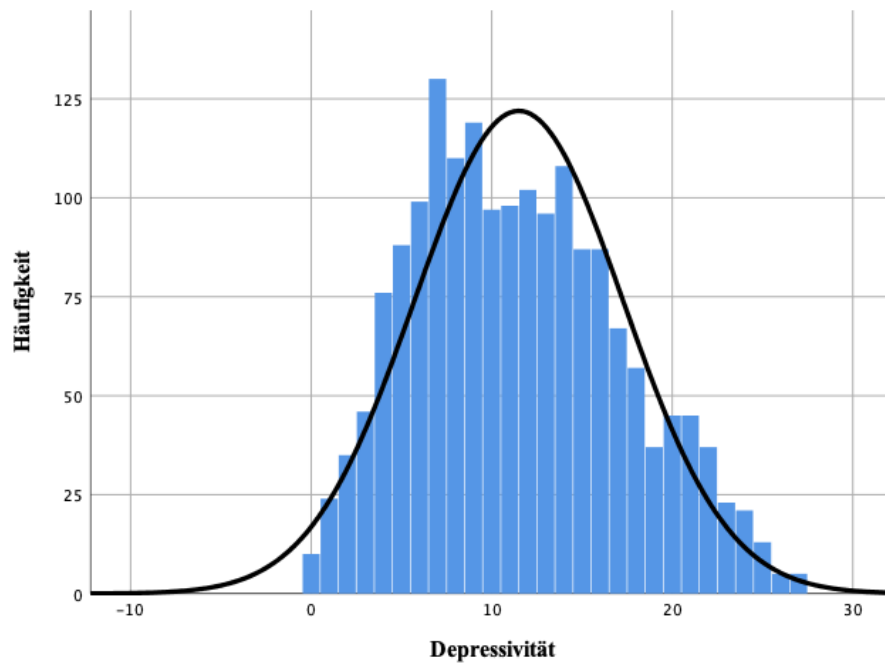


Abbildung 4. Verteilung der PHQ-9-Ergebnisse der Stichprobe des Kernfragebogens. Die y-Achse bildet die Anzahl an Personen ab, die x-Achse den jeweiligen PHQ-9-Summenwert.

Die Ängstlichkeit in der kleineren Stichprobe des Zusatzfragebogens „Stress und Belastung“ ist mit einer Schiefe von .36 und einem Standardfehler von .13 signifikant linksschief.

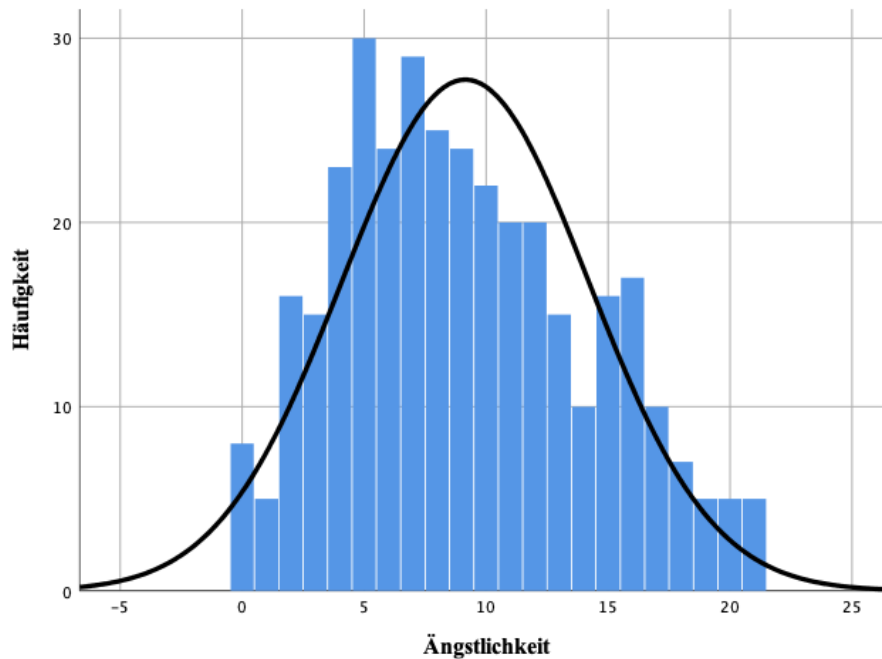


Abbildung 5. Verteilung der GAD-7-Ergebnisse der Stichprobe des Zusatzfragebogens mit dem Themenkomplex „Stress und Belastung“. Die y-Achse bildet die Anzahl an Personen ab, die x-Achse den jeweiligen GAD-7-Summenwert.

In den Tabellen 2, 3 und 4 sind die Häufigkeiten und Prozente der Wertebereiche dieser drei psychometrischen Maße abgebildet. Über hohe Stresswerte berichteten demnach ca. 31 % der Kernstichprobe.

Tabelle 2

Häufigkeiten und Prozente der Wertebereiche der Ergebnisse der PSS-10 im Kernfragebogen

	<i>Häufigkeit</i>	<i>%</i>
gering	197	11.1
mittel	1027	58.1
hoch	543	30.7
Gesamt	1767	100.0

Anmerkung. Der fett gedruckte Prozentwert gibt den Anteil jener Proband*innen an, welche hohe Stresswerte berichteten.

Von derselben Stichprobe wurden 19% ein mittelhohes und 11% ein hohes Depressivitätslevel attestiert.

Tabelle 3

Häufigkeiten und Prozente der Wertebereiche der Ergebnisse des PHQ-9 im Kernfragebogen

	<i>Häufigkeit</i>	<i>%</i>
minimal	191	10.8
mild	546	30.9
mittel	501	28.4
mittelhoch	335	19.0
hoch	194	11.0
Gesamt	1767	100.0

Anmerkung. Die fett gedruckten Prozentwerte veranschaulichen die Anteile jener Proband*innen, welche mindestens über mittelhohe Depressivität berichteten.

Schließlich berichteten etwa 19% der kleineren Stichprobe des ersten Zusatzfragebogens über hohe Ausmaße an Ängstlichkeit.

Tabelle 4

Häufigkeiten und Prozente der Wertebereiche der Ergebnisse des GAD-7 des Zusatzfragebogens zu dem Themenkomplex „Stress und Belastung“

	<i>Häufigkeit</i>	<i>%</i>
minimal	67	19.1
mild	132	37.6
mittel	87	24.8
hoch	65	18.5
Gesamt	351	100.0

Anmerkung. Der fett gedruckte Prozentwert gibt den Anteil jener Proband*innen an, welche über hohe Ängstlichkeit berichteten.

Weiters finden sich in Tabelle 5 die Anzahlen der Personen mit bzw. ohne Paniksyndrom sowie jener mit bzw. ohne anderem Angstsyndrom unter der Stichprobe des Kernfragebogens. Von

den 1756 Teilnehmenden wurden 447 bzw. 25% mindestens einer der beiden Kategorien zugeordnet, 106 Proband*innen (6%) erfüllten nur die Kriterien eines Paniksyndroms, 247 (14%) jene eines anderen Angstsyndroms und die Daten von 94 Personen (5%) legten den Schluss nahe, dass sie sowohl die Kriterien eines Paniksyndroms als auch jene eines anderen Angstsyndrom erfüllten.

Tabelle 5

Kreuztabelle mit Anzahl an Personen mit Paniksyndrom und/oder anderem Angstsyndrom für die Stichprobe des Kernfragebogens

		anderes Angstsyndrom		Gesamt
		nein	ja	
Paniksyndrom	nein	1320	247	1567
	ja	106	94	200
Gesamt		1426	341	1767

Anmerkung. Die fett gedruckten Anzahlen repräsentieren jene Proband*innen, die die Kriterien mindestens eines Syndroms erfüllten.

Inferenzstatistische Analyse

Nachdem im vorangegangenen Kapitel mit einer deskriptiven Darstellung der psychometrischen Maße das Ausmaß der vorhandenen negativen Affektivität in den Stichproben analysiert und somit Fragestellung 1 beantwortet wurde, sollen in diesem Kapitel die Hypothesen der Fragestellung 2 inferenzstatistisch geprüft werden.

Studienrichtung und negative Affektivität

Zur Prüfung der Hypothese 1, ob Studierende von Gesundheitsstudiengängen über schlechtere negative Affektivität berichten als Studierende von Nicht-Gesundheitsstudiengängen, wurden für die dimensionalen Maße des PSS-10, PHQ-9 und des GAD-7 t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet und für die dichotomen Maße, ob ein Paniksyndrom oder ein anderes Angstsyndrom vorliegt, Phi-Koeffizienten. Der Levene-Test für die PSS-10-Werte in den beiden Gruppen wurde nicht signifikant ($p = .204$), es konnten also homogene Varianzen angenommen werden. Ein t-Test erbrachte einen nicht signifikanten Gruppeneffekt auf das Ausmaß des erlebten Stresses, $t(1765) = -.60$, $p = .273$. Interessant ist hierbei, dass ganz im Gegensatz zu der

aufgestellten Hypothese das Stressmittel der Studierenden von Gesundheitsstudiengängen niedriger ausfiel als das Mittel der Studierenden von Nicht-Gesundheitsstudiengängen (22.06 vs. 22.49).

Auch die Varianzen hinsichtlich der Ausprägungen an Depressivität waren gleich ($p = .549$). Ähnlich wie beim obigen t-Test konnte kein signifikanter Gruppeneffekt auf den PHQ-9-Summenwert nachgewiesen werden, $t(1765) = -.97, p = .168$. Studierende von Gesundheitsstudiengängen berichteten im Durchschnitt über niedrigere Ausprägungen an Depressivität als Studierende von Nicht-Gesundheitsstudiengängen (10.95 vs. 11.53).

Da die Anzahl der Studierenden von Gesundheitsstudiengängen in der kleineren Stichprobe des ersten Zusatzfragebogens kleiner als 30 war ($n = 19$) und somit der zentrale Grenzwertsatz nicht gilt, wurde zur Prüfung auf Normalverteilung der GAD-7-Werte der Shapiro-Wilk-Test berechnet, der nicht signifikant wurde ($p = .595$) und damit eine Normalverteilung bestätigte. Ein Levene-Test konstatierte homogene Varianzen der Ängstlichkeitssummen zwischen Studierenden von Gesundheitsstudiengängen und Studierenden von Nicht-Gesundheitsstudiengängen ($p = .872$). Der t-Test für unabhängige Stichproben erbrachte einen nicht signifikanten Gruppeneffekt auf die Ängstlichkeitsangaben, $t(349) = -1.44, p = .076$, wobei Studierende von Gesundheitsstudiengängen im Mittel niedrigere Ängstlichkeitswerte vermeldeten als Studierende von Nicht-Gesundheitsstudiengängen (7.53 vs. 9.24). Somit erbrachte keiner der t-Tests der ersten Hypothese ein signifikantes Ergebnis. Interessanterweise fielen alle Mittelwerte der Indikatoren der negativen Affektivität bei Studierenden von Gesundheitsstudiengängen niedriger aus als jene bei Studierenden von Nicht-Gesundheitsstudiengängen, was in diametralem Gegensatz zu der gerichteten Hypothese steht, Studierende der Medizin, Pharmazie etc. berichteten über höhere negative Affektivität als Studierende anderer Fachrichtungen.

Schließlich sind in Tabelle 6 und 7 die Kreuztabellen mit den Anzahlen an Personen des Kernfragebogens aufgetragen, welche einen (Nicht-)Gesundheitsstudiengang studieren sowie jeweils die Kriterien eines Paniksyndroms bzw. eines anderen Angstsyndroms erfüllen oder nicht. Vergleicht man die beobachteten mit den erwarteten Werten Zelle für Zelle, fällt auf, dass sich diese Parameter nur sehr geringfügig voneinander unterscheiden. Zwar sind die Abweichungen in der Kreuztabelle, die das Vorhandensein eines Paniksyndroms berücksichtigt, etwas höher als in der Kreuztabelle mit der Anzahl derer, welche die Kriterien für ein anderes Angstsyndrom erfüllen, trotzdem sind sie alles in allem marginal. Dementsprechend nahe an Null liegen auch die Phi-Koeffizienten der beiden Zusammenhänge, $\phi = .003, p = .474$ für den Zusammenhang zwischen Gesundheitsstudiengang und dem Vorliegen eines Paniksyndroms sowie $\phi = -.022, p = .341$ für den Zusammenhang mit der Diagnose eines anderen Angstsyndroms.

Tabelle 6

Kreuztabelle mit Anzahl an Personen in Gesundheitsstudiengang oder Nicht-Gesundheitsstudiengang und mit oder ohne anderem Angstsyndrom

			<u>Gesundheitsstudiengang</u>		Gesamt
			nein	ja	
anderes Angstsyn- drom	nein	Anzahl	260	15	275
		Erwartete Anzahl	260.1	14.9	275.0
	ja	Anzahl	72	4	76
		Erwartete Anzahl	71.9	4.1	76.0
Gesamt	Anzahl		332	19	351
	Erwartete Anzahl		332.0	19.0	351.0

Tabelle 7

Kreuztabelle mit Anzahl an Personen in Gesundheitsstudiengang oder Nicht-Gesundheitsstudiengang und mit oder ohne Paniksyndrom

			<u>Gesundheitsstudiengang</u>		Gesamt
			nein	ja	
Paniksyndrom	nein	Anzahl	286	17	303
		Erwartete Anzahl	286.6	16.4	303.0
	ja	Anzahl	46	2	48
		Erwartete Anzahl	45.4	2.6	48.0
Gesamt	Anzahl		332	19	351
	Erwartete Anzahl		332.0	19.0	351.0

In diesem Abschnitt soll Hypothese 2 geprüft werden, also die Vermutung, dass ein Zusammenhang zwischen negativer Affektivität und der Studienphase, operationalisiert als momentan Fachsemester, besteht. Da nach einer Analyse des Streudiagramms sowie einer Kurvenanpassung des Zusammenhangs zwischen erlebtem Stress (gemessen anhand PSS-10) und Fachsemester kein linearer Zusammenhang ausgemacht werden konnte, wurde eine Spearman-Korrelation berechnet. Diese ergab einen sehr geringen nicht signifikanten Zusammenhang von $r_s(1765) = -.02, p = .340$.

Eine Kurvenanpassung des Zusammenhangs zwischen den Ergebnissen des PHQ-9 und der Fachsemesteranzahl erbrachte mit einem von den beiden extremen Ausreißern unter den Semesterangaben bereinigten Datensatz eine signifikante Linearität ($p = .045$), sodass eine Pearson-Korrelation berechnet werden konnte. Diese ergab einen sehr geringen signifikanten Zusammenhang von $r(1763) = -.05, p = .045$.

In der kleineren Stichprobe des Fragebogens „Stress und Belastung“ fand sich keine Linearität im von einem extremen Ausreißer bereinigten Datensatz. Daraufhin wurde mit den kompletten Daten eine Spearman-Korrelation zwischen Ängstlichkeit und Fachsemester berechnet. Ergebnis war ein nicht signifikanter schwacher Zusammenhang von $r_s(349) = -.09, p = .112$.

Ebenfalls unter den Teilnehmenden des ersten Zusatzfragebogens wurden zwei punkt-biseriale Korrelationen berechnet, um herauszufinden, ob Zusammenhänge zwischen dem Fachsemester und dem Vorliegen eines Paniksyndroms bzw. eines anderen Angstsyndroms bestehen. Die Korrelation zwischen Paniksyndrom und Fachsemester war knapp nicht signifikant und bildete einen schwachen negativen Zusammenhang ab ($r_{pb}(349) = -.10, p = .051$). Zwischen anderem Angstsyndrom und Fachsemester ergab sich ein sehr kleiner nicht signifikanter positiver Zusammenhang von $r_{pb}(349) = .02, p = .673$.

Von den fünf berechneten Zusammenhängen zwischen Studienphase und negativer Affektivität stellte sich nur jener als signifikant heraus, der einen sehr geringen negativen Zusammenhang zwischen momentanem Fachsemester und Depressivität abbildete. Erwähnenswert ist überdies, dass vier der fünf Korrelationen negativ waren.

Die Kategorisierung des Beziehungsengagements erfolgte aus der Angabe der momentanen Beziehungsform, wobei die Kategorien „in offener Beziehung“, „in fester Partnerschaft“ und „verlobt“ noch weiter danach aufgeteilt wurden, ob die befragte Person mit ihrem*r Partner*in einen gemeinsamen Haushalt unterhält. Da im Kernfragebogen die Stichprobengrößen der Kategorien „in offener Beziehung mit gemeinsamem Haushalt“ ($n = 5$) und „verlobt ohne gemeinsamen Haushalt“ ($n = 4$) sehr gering ausfielen, wurden die Daten jeweils zu den Kategorien mit der gleichen Beziehungsform dazugerechnet, welche beide höhere Stichprobengrößen aufwiesen. In der kleineren Stichprobe der Teilnehmenden, welche den Fragebogen zu dem Themenkomplex „Stress und Belastung“ beantworteten, wurden alle Proband*innen in offener Beziehung ($n = 10$) sowie jene, die verlobt ($n = 6$) oder verheiratet ($n = 11$) waren, aufgrund ihrer geringen Anzahl aus der Analyse ausgeschlossen.

Eine grafische Analyse der Q-Q-Diagramme der PSS-10 Werte innerhalb der einzelnen Kategorien des Beziehungsengagements bestätigte normalverteilte Daten innerhalb der Gruppen. Eine Analyse der Boxplots, die die Stresswerte getrennt nach Engagementgruppen abbildete, wies lediglich auf zwei milde Ausreißer in der „Single / geschieden / getrennt / verwitwet“-Kategorie hin, welche im Datensatz behalten wurden. Ein nicht signifikanter Levene-Test bestätigte Varianzhomogenität zwischen den Gruppen ($p = .528$). Eine einfaktorielle ANOVA ergab, dass sich die Gruppen nicht signifikant in ihrem Ausmaß an berichtetem erlebten Stress unterschieden ($F(5, 1761) = 1.08, p = .368$). Vergleicht man die Mittelwerte der Stresssumme über die verschiedenen Gruppen hinweg, die in Tabelle 8 abgebildet sind, fällt ein fast monotoner, wenn auch sehr geringer, Abstieg des Mittelwerts von Beziehungsformen mit fehlendem bzw. wenig Engagement hin zu Beziehungsformen mit hohem Engagement auf. Einzig die Gruppen „in offener Beziehung“ und „in fester Partnerschaft ohne gemeinsamen Haushalt“ weichen von diesem Muster ab, da die erste Kategorie trotz niedrigerem Engagement ein günstigeres PSS-10-Mittel berichtet als Personen in Partnerschaften, die in getrennten Haushalten leben.

Tabelle 8

Mittelwerte der PSS-10 getrennt nach Engagement der Beziehungsform

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
ohne Partner*in	846	22.69	7.03
in offener Beziehung	49	22.29	6.03
in fester Partnerschaft ohne gemeinsamen Haushalt	411	22.57	6.73
in fester Partnerschaft mit gemeinsamem Haushalt	381	22.18	6.86
verlobt	33	21.61	7.14
verheiratet	47	20.66	7.89
Gesamt	1767	22.47	6.92

Anmerkung. Die fett gedruckten Mittelwerte veranschaulichen den im Text erwähnten fast monotonen Abstieg des Stresses entlang der Höhe des Engagements der Beziehungsform.

Eine grafische Analyse der Q-Q-Diagramme, die die Depressivitätswerte aufgeteilt nach den Gruppen des Beziehungsengagements abbildeten, konnte die Normalverteilungsannahme bestätigen. Boxplots zeigten keinerlei Ausreißer der Depressivität über alle Gruppen hinweg. Ein nicht signifikanter Levene-Test bestätigte homogene Varianzen zwischen den Gruppen ($p = .828$). Das Ergebnis einer einfaktoriellen ANOVA war mit $F(2, 781) = 2.78, p = .017$ signifikant. Ein Eta-Quadrat von $\eta^2 = .008$ bildete einen sehr kleinen Effekt ab. Da die Gruppen zwar sehr unterschiedliche Fallzahlen, aber ähnliche Varianzen aufwiesen, wurde basierend auf den Empfehlungen von Field (2013) der GT2 nach Hochberg als Post-hoc-Test durchgeführt. Dieser wurde nicht signifikant. Um herauszufinden, welche Gruppen sich, zumindest tendenziell, unterscheiden, und auf welche Gruppenunterschiede sich die signifikante ANOVA bezieht, wurde der relativ liberale Post-hoc-Test LSD berechnet. Dieser ergab signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe „Single / geschieden / getrennt / verwitwet“ und jeweils den Kategorien „in Partnerschaft ohne gemeinsamen Haushalt“ ($p = .007$) und „in Partnerschaft ohne gemeinsamen Haushalt“ ($p = .015$), wobei letztere Gruppen mit niedrigeren Depressionswerten assoziiert sind. Vergleicht man die Mittelwerte aller Gruppen miteinander in einem Histogramm, wie in Abbildung 5 dargestellt, fällt weiters auf, dass Verlobte und Verheiratete die niedrigsten Werte an Depressivität berichteten.

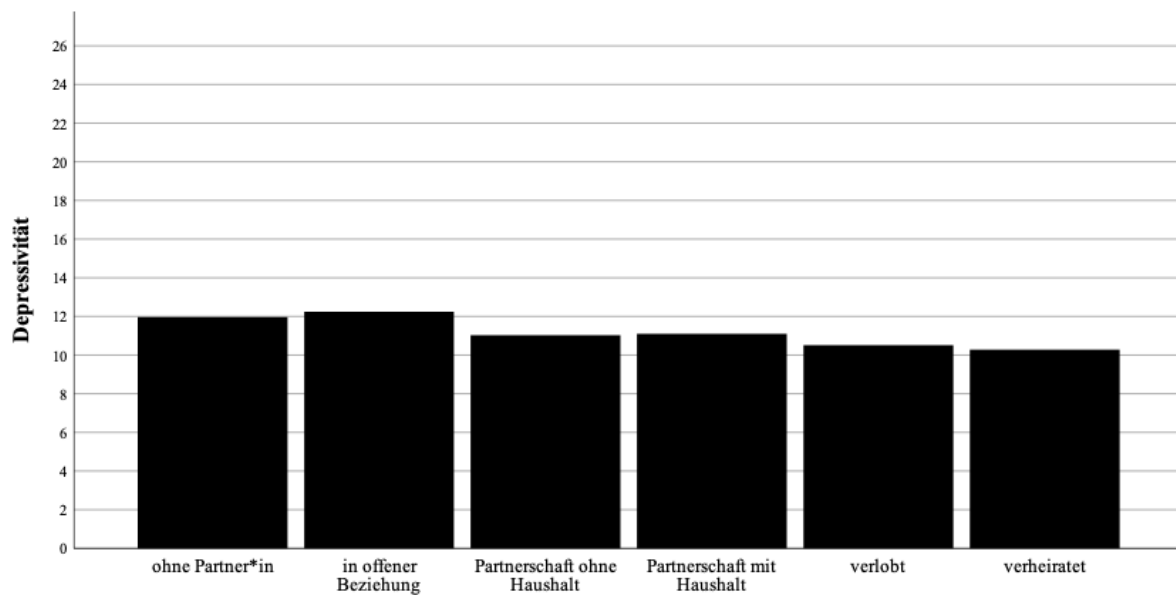


Abbildung 6. Mittelwerte des PHQ-9 im Kernfragebogen unterteilt nach Engagement der Beziehungsform. Die y-Achse bildet den PHQ-9-Summenwert zwischen 0 und 27 ab.

Da in der Stichprobe des ersten Zusatzfragebogens jene Gruppen ausgeschlossen wurden, welche sehr kleine Stichproben aufwiesen, standen insgesamt nur 324 Daten von Proband*innen für die Analyse zur Verfügung. Die Q-Q-Plots der verbliebenen Kategorien bestätigten Normalverteilungen innerhalb der Gruppen. Alle Boxplots waren frei von Ausreißern. Es wurde eine einfaktorielle ANOVA durchgeführt, welche ein nicht signifikantes Ergebnis hatte ($F(19, 639) = .77, p = .465$). Interessant ist hier, dass die Mittelwerte des GAD-7 der drei untersuchten Gruppen sich monoton entlang der Dimension „Engagement der Beziehungsform“ veränderten, diesmal aber, im Gegensatz zum oben berichteten Effekt auf die Depressivität, wie in Abbildung 6 dargestellt, mit einer Zunahme an Ängstlichkeit einhergehend. Allerdings sind die Unterschiede im Ausmaß sehr gering und umfassen insgesamt weniger als einen Punkt.

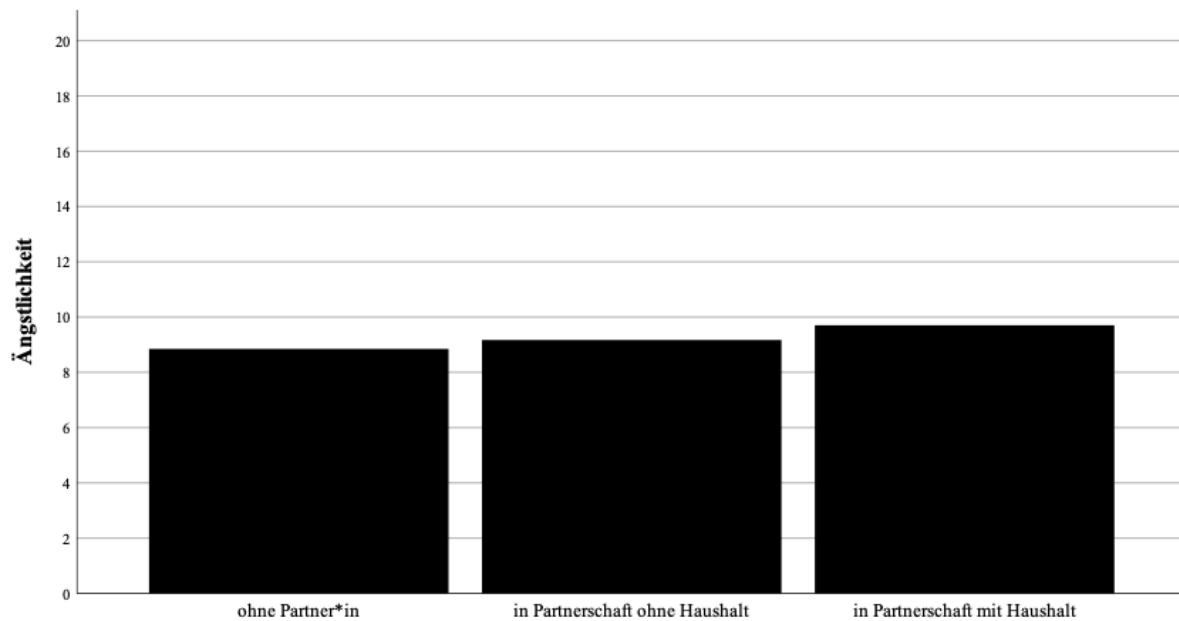


Abbildung 7. Mittelwerte des GAD-7 im Zusatzfragebogen „Stress und Belastung“ unterteilt nach Engagement der Beziehungsform. Die y-Achse bildet den GAD-7-Summenwert zwischen 0 und 21 ab.

Um anhand der Daten des Kernfragebogens zu prüfen, ob die Chance, an einem Paniksyndrom bzw. anderen Angstsyndrom zu leiden, durch das Engagement der Beziehungsform beeinflusst wird, wurden zwei binär logistische Regressionen berechnet. Weder das Modell des Paniksyndroms ($\chi^2(5, n = 1767) = 2.77, p = .735$), noch jenes eines anderen Angstsyndroms ($\chi^2(5, n = 1767) = .887, p = .971$) wurden signifikant.

Schließlich wurde anhand der Stichprobe zu dem Themenkomplex „Partnerschaft und Sexualität“ noch getestet, ob die Partnerschaftsqualität den etwaigen Effekt des Engagements der Beziehungsform auf die negative Affektivität moderiert. Die linearen Regressionen, die sich aus den um den Mittelwert zentrierten Gruppenwerten und psychometrischen Maßen sowie dem Moderationseffekt zwischen beiden Variablen zusammensetzten, lieferten weder für den Einfluss auf den erlebten Stress ($\beta = -.12, p = .173$), noch für jenen auf die Depressivität ($\beta = -.14, p = .103$) signifikante Ergebnisse. In den binär logistischen Regressionen, welche für die Chance, an einem Paniksyndrom bzw. anderen Angstsyndrom zu leiden, aufgestellt wurden, zeigte sich eine nicht signifikante Moderation für Paniksyndrom ($Odds Ratio = .99, p = .370$) und eine signifikante Moderation für anderes Angstsyndrom ($Odds Ratio = .98, p = .044$). Somit beeinflusst die Partnerschaftsqualität den Effekt, den das Engagement der Beziehungsform auf die Chance ausübt, die Kriterien eines anderen Angstsyndrom zu erfüllen, signifikant.

Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, anhand einer online akquirierten Stichprobe aus Studierenden in Österreich deren negative Affektivität, operationalisiert als erlebter Stress, Depressivität und Ängstlichkeit, deskriptiv zu beschreiben sowie zu prüfen, ob ein Zusammenhang zu den studienbezogenen Variablen Studienrichtung, Studienphase und Beziehungsstatus besteht.

Fragestellung 1

Fragestellung 1 - die deskriptive Beschreibung, wie ausgeprägt negative Affektivität unter Studierenden in Österreich ist - ergab im Kernfragebogen im Durchschnitt mittlere Skalenwerte für erlebten Stress und ein mittleres Depressivitätslevel. Im ersten Zusatzfragebogen vermeldeten die Proband*innen im Durchschnitt milde bis mittlere Ängstlichkeit. Ungefähr 31% der Kernstichprobe berichteten dabei über hohen Stress sowie 19% über ein mittelhohes und 11% über ein hohes Ausmaß an Depressivität. Ca. 19% der Stichprobe des Zusatzfragebogens „Stress und Belastung“ gaben an, an hoher Ängstlichkeit zu leiden. Zudem erfüllten 6% der Kernstichprobe die Kriterien eines Paniksyndroms, 14% jene eines anderen Angstsyndroms sowie weitere 9% die Kriterien beider Kategorien. Diese Ergebnisse stehen in Einklang mit zahlreichen Studien (Dalky & Gharaihibeh, 2018; Furr et al., 2001; Baloglu et al. 2007), die ein schlechtes Bild der mentalen Gesundheit von Studierenden zeichnen. Dalky & Ghraihibeh (2018), Furr et al. (2001) und Baloglu et al. (2007) erhoben wie in dieser Studie ihre Stichproben willkürlich und die Arbeiten beider letzterer Forschungsteams wiesen sehr ähnliche Stichprobengrößen auf wie jene des Kernfragebogens (Kernfragebogen: 1767; bei Furr et al., 2001: 1455; bei Baloglu et al., 2007: 1709). Insbesondere wenn man bedenkt, dass die Umfrage relativ ausführlich war – so gab die Software Unipark eine Dauer von 1 Stunde und 8 Minuten als arithmetisches Mittel für den Kernfragebogen und 51 Minuten für die Zusatzfragebögen an –, sind die hohen Anteile an Teilnehmer*innen, welche über hohe mentale Beeinträchtigungen Auskunft gaben, besorgniserregend. Es erscheint plausibel, dass vor allem potentielle Stichprobenteilnehmer*innen, welche über eine relativ hohe negative Affektivität verfügten, weder Energie noch Muße fanden, den Fragebogen vollständig zu bearbeiten. So könnte es sein, dass die wahren Werte über denen in dieser Arbeit gefundenen liegen, weil besonders gestresste, depressive und ängstliche Studierende den Fragebogen entweder erst gar nicht in Angriff nahmen oder ihn vorzeitig abbrachen.

Andererseits ist der Zeitraum der Erhebung zu berücksichtigen: So stand die gesamte Erhebungsspanne vom 08.12.2020 bis 11.02.2021 unter dem Schatten der seit März weltweit grassierenden Covid-19-Pandemie, die in zahlreichen Ländern einschließlich Österreich mit

einschneidenden Restriktionen des öffentlichen Lebens einherging. Konkret galt seit dem 07.12.2020 österreichweit ein „Lockdown light“ mit Ausgangssperren zwischen 20 und 6 Uhr, Kontaktbeschränkungen auf zwei Haushalte, Ein-Meter-Abstandsregel im öffentlichen Raum, geschlossener Gastronomie und Veranstaltungsstätten, dafür aber offenem Handel (Austria Presse Agentur, 2020). Besonders belastend dürften zwei weitere Maßnahmen für Studierende in Österreich gewesen sein: die komplette Umstellung des Universitäts- bzw. Hochschulbetriebs auf *Distance Learning*, also die Aussetzung des Präsenzunterrichts und dessen Verlegung in die digitale Sphäre, sowie Einreisebeschränkungen zu angrenzenden Ländern, was Familienbesuche für ausländische Studierende erschwerte. Aufgrund steigender Infektionszahlen wurde dieser sanfte Lockdown ab dem 26.12.2020 zu einem harten Lockdown ausgeweitet, mit einer ganztägigen Ausgangssperre, verschärften Kontaktbeschränkungen sowie dem Schließen von Handelsstätten, welche nicht zur Befriedigung der Grundbedürfnisse dienen (ORF, 2020). In den letzten drei Tagen der Erhebung wurde dieses Maßnahmenpaket wieder gelockert, mit zwar noch strengeren Einreisebeschränkungen, die eine digitale Einreiseanmeldung vor der Grenzüberquerung nach Österreich vorschrieben, aber einer kompletten Öffnung des Handels und Ermöglichung körpernaher Dienstleistungen wie Friseurterminen, vorausgesetzt man konnte ein negatives Testergebnis vorweisen (Austria Presse Agentur, 2021). Möglicherweise hatte dieser Ausnahmezustand, welcher für alle Studierende eine noch nie dagewesene Situation darstellte, einen schädigenden Einfluss auf ihre psychische Gesundheit. Obgleich hier (ausnahmsweise) die Alltagspsychologie ausreichend ist, um diesen Wirkzusammenhang zu konstatieren, bestätigten Studien diesen Zusammenhang unter Studierenden in Frankreich (Bourion-Bédès et al., 2021), in den USA (Wang et al., 2020; Kecojevic, 2020) und in China (Chen et al., 2020). Auch im Kernfragebogen des Gesamtprojekts, das den Rahmen für diese Arbeit bildete, wurden die Proband*innen zu ihrem Befinden während der momentanen Pandemiesituation befragt. Es ist noch offen, ob diese Daten in weiteren Studien des Forschungsteams ausgewertet werden können.

So könnte dieser gesellschaftliche Sonderzustand dazu geführt haben, dass Ressourcen wie soziale Interaktionen oder Hobbys wie die Belegung von Sportkursen im Leben der Studierenden wegfielen, sodass sie schlechter in der Lage waren, ihre Stressoren adäquat zu bewältigen (Lazarus & Folkman, 1984). Sicher fielen dadurch auch positive Verstärker weg, welche oft als Ansporn für Studienleistungen dienen, wie beispielsweise geplante Reisen in den Semesterferien oder Semesterabschlusspartys, wodurch die Depressivität zugenommen haben könnte (Hautzinger, 1998).

Allerdings ist es zu kurz gegriffen, die in dieser Arbeit beschriebene schlechte psychische Verfassung von Studierenden allein der Covid-19-Pandemie anzulasten. Leistet sie unbestreitbar ihren Beitrag, kann sie nicht als einzige Ursache für negative Affektivität im Studierendenalltag wirken. Hier ist es sinnvoll, Seligmans Konzept der Erlernten Hilflosigkeit (1972) zu Rate zu ziehen und sich seine konkreten Implikationen für das psychische Gleichgewicht von Studierenden zu vergegenwärtigen. Demnach ist v.a. das Erleben produktiver Reiz-Kontingenzen ausschlaggebend für psychische Stabilität. Erlebt man nun aber Annehmlichkeiten, also positive Reize, ohne adäquat auf seine Umgebung reagiert haben zu müssen, kann dies auf ähnliche Weise in Depressivität münden wie Erfahrungen von Traumata. Wie Seligman (1995) schon vor über 25 Jahren beobachtete und es für unsere heutige Gesellschaft wahrscheinlich umso mehr gilt, leiden junge Menschen in reichen westlichen Ländern unbewusst an dem Wohlstand, den ihnen das System bietet, da sie von Erfahrungen abgehalten werden, durch eigene Aktivitäten Veränderungen in ihrer Außenwelt herbeizuführen. Beispielsweise ist es unter Studierenden weit verbreitet, sich Essen mittels Lieferservices nach Hause bringen zu lassen, im Ausland gefertigte Kleidungsstücke bei global operierenden Modeketten zu kaufen und viele Stunden ihrer Freizeit dafür aufzuwenden, sich von Videos unterhalten zu lassen. Keine dieser Tätigkeiten beinhaltet in zufriedenstellendem Ausmaß die Erfahrung, produktiv mit seiner Umwelt zu interagieren und unmittelbar sein Leben zu gestalten. Untermauert wird diese Schlussfolgerung von den Ergebnissen einer großangelegten Studie mit einer Stichprobe von 17 348 Studierenden, welche signifikante negative Korrelationen zwischen dem Ausmaß an depressiven Symptomen und dem Gefühl der Kontrolle in 22 der 23 untersuchten Länder fand (Steptoe et al., 2007).

Auch könnte Spielbergers Wirkmechanismus zwischen Eigenschafts- und Zustandsangst (1972) hilfreiche Ansatzpunkte liefern, die beobachtete hohe negative Affektivität unter Studierenden zu erklären. Demnach hängt die als Reaktion auf Stressoren erlebte Ängstlichkeit (= Zustandsangst) neben der individuellen Ängstlichkeitsdisposition (= Eigenschaftsangst) u.a. davon ab, ob und welche Erfahrungen man schon in ähnlichen Situationen sammeln konnte. Da Universitäts- und Hochschulstudien mit wenigen Ausnahmen vor allem intellektuelle Erfahrungen liefern, in denen abstrakt-logisches Denken geschult wird, bereitet es junge Menschen nur ungenügend auf berufliche, soziale oder alltägliche Herausforderungen vor, für welche ein breiterer Erfahrungsschatz vonnöten wäre als das erfolgreiche Absolvieren von Prüfungen oder die Vorbereitung von Referaten. Zwar gelingt es vielen Studierenden sicherlich, ihr Leben so zu führen, dass sie ihr Gehirn auf vielfältige Weise beanspruchen, allerdings wirkt ein auf Engprofilierung ausgerichtetes Hauptstudium dieser Entwicklung entgegen.

Fragestellung 2

Die inferenzstatistische Analyse setzte sich zum Ziel, Zusammenhänge zwischen der Studienrichtung, der Studienphase und dem Beziehungsstatus mit den Indikatoren für negative Affektivität Stress, Depressivität und Ängstlichkeit aufzuspüren.

Studienrichtung

Hypothese 1, welche prüfte, ob Studierende von Gesundheitsstudiengängen negativere Affektivität erleben würden als Studierende anderer Fachrichtungen, musste verworfen werden. Weder die drei berechneten t-Tests für die dimensionalen noch die beiden Phi-Koeffizienten für die kategorialen Maße wurden signifikant. Bezeichnend ist dabei, dass die Mittelwerte der t-Tests alle höher für die Studierenden von Nicht-Gesundheitsstudiengängen im Vergleich zu Studierenden von Gesundheitsstudiengängen waren, sie also entgegen der Gerichtetheit der Hypothese im Mittel eine nicht signifikant höhere negative Affektivität aufwiesen. Dies verwundert angesichts der Vielzahl an Studien, welche ausschließlich die mentale Gesundheit von Studierenden medizinischer Fakultäten zum Thema hatten (Henning et al., 1998; Solanky et al., 2012; Macauley, et al., 2018; Parkerson, et al., 1990; Rehmani et al., 2018). Zwar existieren weitere Studien, welche Stress, Depressivität und Ängstlichkeit beispielsweise unter Jus- (Kelk et al., 2010) oder Maschinenbau-Studierenden (Deziel et al., 2013) untersuchten, diese sind allerdings verglichen mit den vielen Studien, die die mentale Gesundheit von Studierenden der Medizin, Pharmazie etc. zum Thema hatten, deutlich unterrepräsentiert. Weisen manche Studien darauf hin, dass andere Studiengänge mit schlechterer psychischer Gesundheit einhergehen als Gesundheitsstudiengänge (Böke et al., 2019; May & Casazza, 2012; Heins et al., 1984; Eron & Redmount, 1957), suggeriert dieser Überhang an Untersuchungen, in welchen betont wird, wie sehr Studierende von Gesundheitsstudiengängen unter ihren Studienbedingungen leiden, möglicherweise ein verzerrtes Bild der Wirklichkeit. Zur Erlangung eines besseren Verständnisses der Wirkzusammenhänge sind weitere Studien vonnöten, welche verschiedene Studiengänge in ihren Ausmaßen an negativer Affektivität miteinander vergleichen.

Studienphase

Hypothese 2 nahm an, dass ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der bisher für das Hauptstudium absolvierten Semester und negativer Affektivität besteht; auch sie musste verworfen

werden. Einzig signifikantes Ergebnis war die negative Pearson-Korrelation zwischen Fachsemesternzahl und Depressivität. Da sie nur einen sehr schwachen Zusammenhang abbildete ($r = -.05$) und die Stichprobe mit einer Größe von 1765 sehr umfangreich war, darf diesem Ergebnis aber keine große Bedeutung eingeräumt werden, weil auch kaum relevante Korrelationen bei sehr großen Stichproben leicht unter das Signifikanzniveau fallen (Field, 2013). Zwar waren überdies drei der vier anderen berechneten nicht signifikanten Korrelationen negativ (wobei zwei Koeffizienten nahe an .10 lagen), doch reicht dies bei Weitem nicht aus, um einen Zusammenhang zwischen Studienphase und negativer Affektivität annehmen zu können. Es könnte allerdings möglich sein, dass die Covid-19-Pandemie einen eigentlich stärkeren signifikanten Zusammenhang so sehr zusammenstauchte, dass kein Effekt mehr in den Daten nachzuweisen war: Da Studierende in höheren Fachsemestern unmittelbar vor ihrem Eintritt in das Berufsleben stehen und dieser sie daher gedanklich mehr beschäftigt als Studierende in niedrigeren Fachsemestern, ist es naheliegend, dass eine globale Ausnahmesituation, aufgrund derer viele Arbeitnehmer*innen in Österreich in Kurzarbeit geschickt und ganze Branchen (z.B. Gastronomie, Tourismus, Kultur) quasi stillgelegt wurden, eher jene Studierende psychisch belastet, deren Studien schon weiter fortgeschritten sind.

Warum es dessen ungeachtet einige Studien gibt, die bedeutsame positive oder negative lineare Zusammenhänge zwischen Studienphase und negativer Affektivität gefunden haben, sollte hinterfragt werden. Eine Konfundierung durch die Variable Studiengang kann ausgeschlossen werden, da viele Studien mit ganz unterschiedlichen Ergebnissen jeweils Studierende mehrerer verschiedener Fakultäten in ihre Analysen miteinbezogen (Beiter et al., 2015; Cheung et al., 2020; Liu et al., 2019; Gao et al., 2020; Sher et al., 1996; Böke et al., 2019; Andrews & Wilding, 2004; Conley et al., 2020; Macaskill, 2013). Auch der Idee, dass der Zusammenhang zwischen Studienphase und negativer Affektivität aufgrund arbeitsmarkt- und bildungspolitischer sowie kultureller Unterschiede zwischen Ländern variiert, fehlt jegliche empirische Grundlage. So wurden unterschiedliche Arten des Zusammenhangs zwischen Studien, die in denselben Staaten ihre Proband*innen rekrutierten, gefunden, wie den USA (Beiter et al., 2015; Votta & Benau, 2013; Sher et al., 1996; Conley et al., 2020), China (Liu et al., 2019; Gao et al., 2020; Cheung et al., 2020) und Großbritannien (Deary et al., 2003; Andrews & Wilding, 2004; Edwards et al., 2010; Macaskill, 2013).

Bedauerlicherweise konnte diese Arbeit keinen Beitrag dazu leisten, zu prüfen, ob eine – in anderen Untersuchungen festgestellte (Conley et al., 2020; Gao et al., 2020; Liu et al., 2020; Edwards et al., 2010) – quadratische Funktion den Zusammenhang zwischen negativer Affektivität und Studienphase erklärt. Aufgrund des österreichischen Studiensystems, in dem

man nicht an eine festgelegte Anzahl an Semestern gebunden ist, um sein Studium abzuschließen, war aus der Angabe des momentanen Fachsemesters nicht nachzuvollziehen, ob die jeweiligen Proband*innen eher in der Mitte oder am Ende ihres Studiums standen.

Beziehungsstatus

Die 3. und letzte Hypothese prüfte, ob negative Affektivität mit Zunahme des Engagements der Beziehungsform sinkt. Sie konnte teilweise bestätigt werden. Fanden sich bezüglich Stress, Ängstlichkeit und Chance, die Kriterien eines Paniksyndroms bzw. anderen Angstsyndroms zu erfüllen, keine signifikanten Zusammenhänge, erbrachte eine einfaktorielle ANOVA mit anschließendem Post-hoc-Test einen signifikanten Unterschied an Depressivität zwischen Personen ohne Partner*in und Personen in fester Partnerschaft ($p = .007$ bzw. $p = .015$). Dabei war es egal, ob die beiden Partner in einer gemeinsamen Wohnung zusammenlebten oder nicht. Weiters zeigte sich ein sehr geringer monotoner Rückgang der Mittelwerte an Depressivität entlang der Dimension Engagement der Beziehungsform zwischen den Gruppen „Single / geschieden / getrennt / verwitwet“, „in fester Partnerschaft“, „verlobt“ und „verheiratet“. Zudem wurde eine signifikante Moderation der Partnerschaftsqualität auf den Zusammenhang zwischen dem Engagement der Beziehungsform und der Chance, an einem anderen Angstsyndrom erkrankt zu sein, nachgewiesen ($p = .044$).

Der gefundene signifikante Unterschied an Depressivität zwischen Personen ohne Partner*in und Personen in fester Partnerschaft steht in Einklang mit den Ergebnissen der Metaanalyse von Braithwaite und Holt-Lunstad (2017), welche einen negativen Zusammenhang zwischen Depressivität und Engagement der Beziehungsform beobachtete, und validiert diesen Zusammenhang an der engeren Population von Studierenden in Österreich. Bezeichnend ist außerdem, dass die in dieser Arbeit berichteten Ergebnisse sehr ähnlich zu jenen von Ross (1995) sind, allerdings mit einer Ausnahme: Fand Ross signifikante Unterschiede im Ausmaß an Depressivität zwischen den drei Gruppen „Personen ohne Partner*in“, „Personen mit Partner*in in anderem Haushalt“ und „Personen mit (Ehe-) Partner*in in gemeinsamem Haushalt“, spielte es also für die erlebte Depressivität eine Rolle, ob man zusammenwohnte oder nicht, so war diese Unterscheidung für die in dieser Untersuchung analysierten Depressivitätswerte unerheblich. Man könnte mutmaßen, dass der Grund hierfür in der Veränderung unseres Alltags im Laufe der letzten 25 Jahre zu verorten ist: Durch die Digitalisierung wurde es ab Anfang der 2000er Jahre zunehmend einfacher für Menschen, engen Kontakt auch über große physische Distanzen hinweg zu pflegen. Ob sie zusammenwohnen oder nicht, könnte daher heutzutage für Paare einen geringeren Unterschied machen, als es 1995 der Fall war. Ferner könnte der gefundene Zusammenhang auch darauf zurückzuführen sein, dass – insbesondere mit Hinblick

auf die Pandemiesituation – eine Beziehung nicht per se weniger depressiv macht, sondern Personen in Partnerschaften einfach weniger allein sind, ein Zusammenhang, der vielfach in psychologischen Studien bestätigt wurde (Evren & Özkan, 2018; Dziedzic et al., 2021; Weeks et al., 1980). Allerdings ist ein Vergleich dieser Arbeit mit jener von Ross (1995) problematisch, da in dieser Untersuchung ausschließlich Studierende untersucht wurden und Ross (1995) die generelle Bevölkerung der USA als zugrunde Population interessierte. Dementsprechend unterschiedlich fielen auch die jeweiligen Altersdurchschnitte der Stichproben aus (Kernfragebogen: 24.1; Ross, 1995: 43.5). Ähnlich war hingegen, wie Depressivität erhoben wurde: Mussten die Proband*innen im Rahmen dieses Projekts neun Items beantworten, um ihre Depressivität innerhalb der letzten zwei Wochen zu beurteilen, wurde der Depressivitätswert der Proband*innen bei Ross (1995) anhand von zehn Items, die nach der Depressivität in der vorigen Woche fragten, gebildet.

Die signifikante Moderation der Partnerschaftsqualität auf den Zusammenhang zwischen Beziehungsengagement und Chance, an einem anderen Angstsyndrom zu leiden, geht in die Richtung der Ergebnisse von Hudson et al. (2020), die bei Personen in Partnerschaft abhängig von der Qualität ihrer Beziehungen entweder ein höheres oder niedrigeres Wohlbefinden maßen als bei Singles. Da der Zusammenhang mit der Chance, die Kriterien eines Paniksyndroms zu erfüllen, nicht signifikant wurde, gegensätzliche Studienergebnisse existieren (Dush & Amato, 2005) sowie die verwendeten Konstrukte nicht ident sind (Wohlbefinden vs. Chance der Diagnose eines Paniksyndroms bzw. anderen Angstsyndroms), wären Schlussfolgerungen hierzu allerdings verfrüht.

Limitationen

In mehreren Punkten stieß diese Untersuchung auf methodische Grenzen, die die aus ihr gezogenen Schlussfolgerungen einschränken. Beispielsweise ist es kritisch, Studien zur mentalen Gesundheit von Studierenden aus einer so weiten Zeitspanne wie in dieser Arbeit zu berücksichtigen. Bildungspolitik stellt einen sehr dynamischen Bereich dar und insbesondere der Bologna-Prozess, der ab 1999 gestartet wurde und dessen Ziel es war, innerhalb von zehn Jahren einen homogenen europäischen Hochschulraum zu schaffen, veränderte den tertiären Bildungsbereich und damit das Leben von Studierenden enorm (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, 2019). Zudem hat sich, obgleich sie noch heute eine wichtige Herausforderung darstellt, die gesellschaftliche Akzeptanz psychischer Probleme in den letzten Jahrzehnten deutlich weiterentwickelt (Kardorff, 2008). So war die Bereitschaft, eigene negative Affektivität zuzugeben, früher geringer ausgeprägt als heute, sodass ältere Studien, die

Stress, Depressivität und Ängstlichkeit maßen, verglichen mit aktuellen Untersuchungen die wahren Werte in der Population wahrscheinlich konservativer schätzen (Kardorff, 2008). Schließlich muss man sich vergegenwärtigen, dass heutzutage mehr junge Leute studieren als früher; heute also eine breitere sozioökonomische Schicht akademische Titel erwirbt. Dies erschwert die Vergleichbarkeit zwischen älteren und neueren Studien, die zwar jeweils „Studierende“ untersuchen, darunter aber abhängig von der gesellschaftlichen Situation eigentlich andere Grundpopulationen meinten. Dies verdeutlicht Österreichs demografische Entwicklung: So ist die Jahresdurchschnittsbevölkerung zwischen 1984 und 2019 von 7.56 auf 8.88 Millionen Personen, also um 14.9%, angestiegen (Statistik Austria, 2020), die Anzahl an ordentlichen Studierenden an öffentlichen Universitäten im selben Zeitraum allerdings von 152 000 auf 265 000, also um 74.3% (Statistik Austria, 2021).

Auch die verwendeten psychometrischen Fragebögen müssen kritisch betrachtet werden. So wurden die Module des PHQ-D sowie dessen dimensionaler Weiterentwicklung GAD-7 eigentlich als zeitlich ökonomische Testverfahren konzipiert, um Patienten in medizinischer Grundversorgung auf das Vorliegen einer psychischen Störung hin zu überprüfen (Kroenke et al., 2010). Zwar zeichnen sich diese Instrumente durch eine praktische schnelle Handhabung aus; gleichwohl ersetzen sie mitnichten längere, strukturierte Interviews, um negative Affektivität mit ausreichender Genauigkeit erheben zu können.

War die Stichprobe des Kernfragebogens mit 1767 relativ umfangreich, waren jene der beiden Zusatzfragebögen zu den Themenkomplexen „Stress und Belastung“ ($n = 351$) und „Beziehung und Sexualität“ ($n = 178$) deutlich kleiner. Folglich konnte bei den Zusammenhängen, welche die dimensionale Ängstlichkeit oder die Partnerschaftsqualität miteinberechneten, geringere Teststärken realisiert werden. Da es sich um eine sehr lange Online-Umfrage handelte, in der neben den in dieser Arbeit berichteten Maßen noch viele weitere Instrumente für andere Studien ihre Verwendung fanden, sah sich das Studienteam nicht in der Lage, den GAD-7 und den Partnerschaftsfragebogen im Vorfeld in den Kernfragebogen zu integrieren, um auch für deren Konstrukte eine umfangreiche Stichprobengröße zu erreichen.

Eine schwere Einschränkung stellt die Art und Weise dar, wie die Untersuchungseinheiten zusammengetragen wurden, nämlich mittels einer willkürlichen Auswahl. Dies bedeutet, die einzelne Proband*innen bzw. deren Gruppen wurden nicht zufällig aus der zugrunde liegenden Population gezogen, wie es beispielsweise bei Klumpen- oder geschichteten Stichproben der Fall wäre, sondern es wurde einfach auf die Studie aufmerksam gemacht und jede Person genommen, die mitmachen wollte. Streng genommen sind bei einem solchen *convenience sample* keine inferenzstatistischen Schlüsse möglich (Jandura & Leidecker, 2013). Allerdings verwenden viele Studien in diesem Forschungsfeld diese Art der Stichprobenziehung (Beiter et

al., 2015; Dalky & Gharaibeh, 2018; Cheung et al., 2020). Deshalb ist davon auszugehen, dass in den Daten ein Selektionsbias vorliegt; darüber hinaus auch deswegen, wie bereits oben erwähnt, weil sehr gestresste Studierende bzw. Personen, welche hohe Depressivität und Ängstlichkeit in ihrem Alltag erleben, mit geringerer Wahrscheinlichkeit Zeit und Energie finden, um freiwillig an einer ausführlichen digitalen Umfrage teilzunehmen, als Studierende mit besserer mentaler Gesundheit.

Schließlich erschwert auch die Covid-19-Pandemie eine Verallgemeinerbarkeit der Untersuchungsergebnisse, da durch sie das Leben von Studierenden eine große Veränderung erfuhr und diese Situation nur schwer mit dem gewohnten gesellschaftlichen Zustand verglichen werden kann, während dem man beispielsweise ohne Beschränkungen Freunde treffen kann oder Vorlesungen vor Ort an den Universitäten bzw. Fachhochschulen gehalten werden.

Ausblick auf weitere Forschung

Es wäre wünschenswert, in Zukunft mehr Studien durchzuführen, welche die negative Affektivität auch von Studierenden von Nicht-Gesundheitsstudiengängen untersuchen und die mentale Gesundheit zwischen Studierenden unterschiedlicher Fachrichtungen fakultätsübergreifend miteinander vergleichen.

Weiters sind die vielen Studien, welche signifikante Zusammenhänge zwischen Studienphase und negativer Affektivität in unterschiedlichen Richtungen festgestellt haben, Grund zur Annahme, dass hier Ausprägungen anderer Variablen mit hineinspielen. So wäre es vorstellbar, dass Parameter wie Jobperspektiven und familiärer Druck den Zusammenhang zwischen Studienphase und negativer Affektivität moderieren.

Bezüglich des Beziehungsstatus könnten jene Untersuchungen interessante Erkenntnisse liefern, welche negative Affektivität in relativ neuen Beziehungsformen wie offene Beziehungen oder Fernbeziehungen analysieren – Beziehungskategorien, welche in der Stichprobe dieser Arbeit zu selten vorkamen, um aussagekräftige Zusammenhänge aufzeigen zu können. Außerdem sollte in Zukunft untersucht werden, welche Mechanismen dazu beitragen, dass Studierende in einer Partnerschaft weniger Depressivität erleben als Single-Studierende. Bestenfalls würden dabei verschiedene potentiell intervenierende Variablen in einem Studiendesign integriert werden, um die Größe ihrer Auswirkungen vergleichen zu können. Gezielt könnten die Parameter instrumentelle und emotionale soziale Unterstützung, Vertrautheit, Leidenschaft sowie Einsamkeit in den Blick genommen werden.

Aus dem in dieser Arbeit gefundenen signifikanten Unterschied im Ausmaß an Depressivität zwischen Studierenden ohne Partner*in und Personen in fester Partnerschaft (wobei Personen in Partnerschaft niedrigere Werte berichteten als Personen ohne Partner*in), können wichtige Implikationen für die Praxis abgeleitet werden. Zwar sind romantische Beziehungen eine Sphäre des privaten Bereichs und können (und sollen) nicht durch universitäre Institutionen beeinflusst werden, allerdings haben Konnotationen des gesellschaftlichen Diskurses Auswirkungen auf die Einstellungen von Studierenden. Eine für viele junge Menschen wichtige Bewegung ist der kontemporäre Feminismus, der die traditionelle geschlechtliche Rollenverteilung in Frage stellt. Haben Vertreter*innen dieser Bewegung ohne Frage zu massiven Verbesserungen der gesellschaftlichen Verhältnisse im 20. und beginnenden 21. Jahrhundert geführt (z.B. Frauenwahlrecht, Aufhebung von Berufsverboten, Einräumung sexueller Freiheiten) (Gerhard, 2009), besteht bei seinen zeitgenössischen Strömungen die Gefahr, über die Stränge zu schlagen und jegliche Tradition aus Selbstzweck abzulehnen und zu bekämpfen, den „glücklichen Single“ zur neuen Norm emporzuheben und leichtfertige sexuelle Beziehungen über verantwortliche Partnerschaften zu stellen. Natürlich soll jedes Individuum die Freiheit haben, sein Leben – und damit auch seine romantischen Beziehungen – selbst zu gestalten, allerdings kann die Ablösung einer alten durch eine neue Ideologie zur Erfüllung dieses Ziels wenig Konstruktives beitragen, insbesondere wenn wissenschaftliche Evidenz besteht, dass Studierende in Partnerschaften über weniger Depressivität berichten als Single-Studierende. Ein differenzierterer Diskurs in den Medien als gegenwärtig wäre wünschenswert; ebenso mehr Mut vonseiten der Entscheidungsträger*innen, nicht jede progressive Idee zu unterstützen, weil dadurch oft die Trennlinie zwischen wichtigen gesellschaftlichen Anliegen und dysfunktionalen Vorhaben verwässert wird. Außerdem sind Universitäten, Fachhochschulen, Studierendenvertretungen, Studentenheime, gastronomische Betriebe und Veranstaltungsstätten mehr denn je dazu aufgefordert, nach der Covid-19-Ausnahmesituation Gelegenheiten für Studierende zu schaffen, sich kennenzulernen und in Kontakt zueinander zu treten. Die Initiierung von Buchclubs oder Gründung von Theatergruppen könnten hier kreative neue Impulse neben etablierteren Konzepten wie Erstsemestrigen-Partys oder Poetry Slams senden. Auch die zunehmende Verlagerung des sozialen Lebens in die digitale Sphäre erscheint angesichts des menschlichen Bedürfnisses, tiefe Verbindungen mit anderen einzugehen, kontraproduktiv, da der interpersonelle Kontakt dadurch auf die audiovisuelle Ebene reduziert wird und sowohl haptische als auch energetische Aspekte von Interaktionen verarmen. Es bleibt daher zu hoffen, dass der während der Corona-

Krise hauptsächlich auf *Distance Learning* umgestellte Universitäts- bzw. Fachhochschulbetrieb anschließend wieder größtenteils zum Präsenzunterricht zurückkehrt.

Literaturverzeichnis

- Adamczyk, K., & Bookwala, J. (2013). Adult attachment and single vs. partnered relationship status in Polish university students. *Psihologijske Teme*, 22, 481–500.
- Al-Dabal, B. K., Koura, M. R., Rasheed, P., Al-Sowielem, L., & Makki, S. M. (2010). A comparative study of perceived stress among female medical and non-medical university students in Dammam, Saudi Arabia. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 10, 231–240.
- Alkatheri, A. M., Bustami, R. T., Albekairy, A. M., Alanizi, A. H., Alnafesah, R., Almodaimegh, H., Alzahem, A., Aljamaan, K., Zurnuq, S., & Qandil, A. M. (2020). Quality of life and stress level among health professions students. *Health Professions Education*, 6, 201–210. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2019.11.004>
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. Aufl.). APA.
- Andrews, B., & Wilding, J. M. (2004). The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *British Journal of Psychology*, 95, 509–521. <https://doi.org/10.1348/0007126042369802>
- Austria Presse Agentur (2020, 3. Dezember). Zurück zum Lockdown light: Alle Regelungen ab 7. Dezember. *Vienna Online*. <https://www.vienna.at/zurueck-zum-lockdown-light-alle-regelungen-ab-7-dezember/6827296>
- Austria Presse Agentur (2021, 18. Februar). Vom ersten Corona-Fall zum dritten Lockdown: Eine Chronologie der Ereignisse. *Salzburg 24*. <https://www.salzburg24.at/news/oesterreich/chronologie-vom-ersten-corona-fall-zum-dritten-lockdown-99952177>
- Baloglu, M., Abbasi, A., & Masten, W. G. (2007). A cross-cultural comparison of anxiety among college students. *College Student Journal*, 41, 977–984. <https://doi.org/10.1037/e525962007-001>
- Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M., & Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of Affective Disorders*, 173, 90–96. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.054>
- Bewick, B., Koutsopoulou, G., Miles, J., Slaa, E., & Barkham, M. (2010). Changes in undergraduate students' psychological well-being as they progress through university. *Studies in Higher Education*, 35, 633–645. <https://doi.org/10.1080/03075070903216643>
- Böke, B. N., Mills, D. J., Mettler, J., & Heath, N. L. (2019). Stress and coping patterns of university students. *Journal of College Student Development*, 6, 85–103. <https://doi.org/10.1353/csd.2019.0005>

- Bourion-Bédès, S., Tarquinio, C., Batt, M., Tarquinio, P., Lebreuilly, R., Sorsana, C., Legrand, K., Rousseau, H., & Baumann, C. (2021). Stress and associated factors among French university students under the Covid-19 lockdown: the results of the PIMS-CoV 19 study. *Journal of Affective Disorders*, 283, 108–114. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.041>
- Braithwaite, S. R., Delevi, R., & Fincham, F. D. (2010). Romantic relationships and the physical and mental health of college students. *Personal Relationships*, 17, 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2010.01248.x>
- Braithwaite, S. & Holt-Lunstad, J. (2017). Romantic relationships and mental health. *Current Opinion in Psychology*, 13, 120-125.
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (2019, 1. Januar). *Der Europäische Hochschulraum – Bologna Prozess*. https://www.oesterreich.gv.at/themen/bildung_und_neue_medien/universitaet/Seite.160125.html
- Cattell, R. B., & Scheier, I. H. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. Ronald Press.
- Chen, B., Sun, J., & Feng, Y. (2020). How have Covid-19 isolation policies affected young people’s mental health? – Evidence from Chinese college students. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01529>
- Cheung, K., Tam, K. Y., Tsang, H., Zhang, L. W., & Lit, S. W. (2020). Depression, anxiety and stress in different subgroups of first-year university students from 4-year cohort data. *Journal of Affective Disorders*, 274, 305–314. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.041>
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *The Journal of the American Medical Association*, 10, 1685-1687. <https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cohen, S., & Willis, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357. [https://doi.org/0033-2909/85/\\$00.75](https://doi.org/0033-2909/85/$00.75)
- Conley, C. S., Shapiro, J. B., Huguenel, B. M., & Kirsch, A. C. (2020). Navigating the college years: Developmental trajectories and gender differences in psychological functioning, cognitive-affective strategies, and social well-being. *Emerging Adulthood*, 8, 103-117.
- Coombs, R. H. (1991). Marital Status and Personal Well-Being: A Literature Review. *Family Relations*, 40, 97-102. <https://doi.org/10.2307/585665>
- Coombs, R. H., & Fawzy, F. I. (1982). The effect of marital status on stress in medical school. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1490-1493. <https://doi.org/10.1176/ajp.139.11.1490>
- Dalky, H. F., & Gharaibeh, A. (2018). Depression, anxiety, and stress among college students in Jordan and their need for mental health services. *Nursing Forum*, 54, 205–212. <https://doi.org/10.1111/nuf.12316>

- Deary, I. J., Watson, R., & Hogston, R. (2003). A longitudinal cohort study of burnout and attrition in nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 43, 71–81.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02674.x>
- Devoldre, I., Davis, M. H., Verhofstadt, L. L., & Buysse, A. (2010). Empathy and social support provision in couples: social support and the need to study the underlying processes. *The Journal of Psychology*, 144, 259-284.
<https://doi.org/10.1080/00223981003648294>
- Deziel, M., Olawo, D., Truchon, L., & Golab, L. (2013). Analyzing the mental health of engineering students using classification and regression. *Educational Data Mining*, 1, 1-4.
- Dush, C. M. K., & Amato, P. R. (2005). Consequences of relationship status and quality for subjective well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22, 607–627.
<https://doi.org/10.1177/0265407505056438>
- Dutta, A. P., Pyles, M. A., & Miederhoff, P. A. (2005). Stress in health professions students: Myth or reality? A review of the existing literature. *Journal of National Black Nurses' Association*, 16, 63-68.
- Edwards, D., Burnard, P., Bennett, K., & Hebden, U. (2010). A longitudinal study of stress and self-esteem in student nurses. *Nurse Education Today*, 30, 78-84.
- El-Ghoroury, N. H., Galper, D. I., Sawaqdeh, A., & Bufka, L. F. (2012). Stress, coping, and barriers to wellness among psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology*, 6, 122–134. <https://doi.org/10.1037/a0028768>
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 534-542. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.4.534>
- Eron, L. D., & Redmount, R. S. (1956). Effect of legal education on attitudes. *The Journal of Legal Education*, 9, 431-443.
- Evren, E., & Özkan, Ç. (2018). The effect of loneliness on depression: A meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 64, 427-435.
<https://doi.org/10.1177/0020764018776349>
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857–870. <https://doi.org/10.1037/h0035605>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. (3. Aufl.). Sage.
- Furr, S. R., McConnell G. N., Westefeld, J. S., & Jenkins, J. M. (2001). Suicide and depression among college students: A decade later. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 97-100. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.32.1.97>
- Galatzer-Levy, I. R., & Bonanno, G. A. (2013). Heterogeneous patterns of stress over the four years of college: Associations with anxious attachment and ego-resiliency: Adjustment to college. *Journal of Personality*, 81, 476–486.
<https://doi.org/10.1111/jopy.12010>

- Gao, G. (2001). Intimacy, passion, and commitment in Chinese and US American romantic relationships. *International Journal of Intercultural Relations*, 25, 329–342.
[https://doi.org/10.1016/S0147-1767\(01\)00007-4](https://doi.org/10.1016/S0147-1767(01)00007-4)
- Gao, W., Ping, S., & Liu, X. (2020). Gender differences in depression, anxiety, and stress among college students: A longitudinal study from China. *Journal of Affective Disorders*, 263, 292–300. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.121>
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*, 25, 482–488.
<https://doi.org/10.1002/da.20321>
- Gerhard, U. (2009). *Frauenbewegung und Feminismus*. C. H. Beck.
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. *Diagnostica*, 50, 171–181.
<https://doi.org/10.1026/0012-1924.50.4.171>
- Hahlweg, K. (1979). Konstruktion und Validierung des Partnerschaftsfragebogens PFB. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 8, 17-40.
- Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Hogrefe.
- Heins, M., Fahey, S. N., & Leiden, L. I. (1984). Perceived stress in medical, law, and graduate students. *Journal of Medical Education*, 59, 169-179.
<https://doi.org/10.1097/00001888-198403000-00003>
- Hendrie, H. C., Clair, D. K., Brittain, H. M., & Fadul, P. E. (1990). A study of anxiety/depressive symptoms of medical students, house staff, and their spouses/partners. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 204-207.
<https://doi.org/10.1097/00005053-199003000-00009>
- Henning, K., Ey, S., & Shaw, D. (1998). Perfectionism, the impostor phenomenon and psychological adjustment in medical, dental, nursing and pharmacy students. *Medical Education*, 32, 456–464. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.1998.00234.x>
- Hinz, A. & Stöbel-Richter, Y. & Brähler, E. (2001). Der Partnerschaftsfragebogen (PFB): Normierung und soziodemographische Einflussgrößen auf die Partnerschaftsqualität. *Diagnostica*, 47, 132-141.
<https://doi.org/10.1026/00121924.47.3.132>
- Hudson, N. W., Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2020). The highs and lows of love: Romantic relationship quality moderates whether spending time with one's partner predicts gains or losses in well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 46, 572–589. <https://doi.org/10.1177/0146167219867960>
- Jandura O., & Leidecker M. (2013). Grundgesamtheit und Stichprobenbildung. In Möhring W., & Schlütz D. (Hrsg.), *Handbuch standardisierte Erhebungsverfahren in der Kommunikationswissenschaft* (1. Aufl., S. 61-77). Springer Publishing.

- Kardorff, E. von (2008). Kein Ende der Ausgrenzung: Ver-rückter in Sicht? In Anhorn, R., Bettinger, F., & Stehr, J. (Hrsg.), *Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit* (2. Aufl., S. 291-317). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kecojevic, A., Basch C. H., Sullivan, M., & Davi, N. K. (2020). The impact of the Covid-19 epidemic on mental health of undergraduate students in New Jersey, cross-sectional study. *PLOS ONE*, 15, 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239696>
- Kelk, N., Medlow, S., & Hickie, I. (2010). Distress and depression among Australian law students: Incidence, attitudes and the role of universities. *Sydney Law Review*, 32, 113-122.
- Kjeldstadli, K., Tyssen, R., Finset, A., Hem, E., Gude, T., Gronvold, N. T., Ekeberg, O., & Vaglum, P. (2006). Life satisfaction and resilience in medical school – a six-year longitudinal, nationwide and comparative study. *BMC Medical Education*, 6, 48. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-6-48>
- Klein, E. M., Brähler, E., Dreier, M., Reinecke, L., Müller, K. W., Schmutzer, G., Wölfling, K., & Beutel, M. E. (2016). The German version of the Perceived Stress Scale – psychometric characteristics in a representative German community sample. *BMC Psychiatry*, 16, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0875-9>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32, 345–359. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing.
- Lazarus-Mainka, G., & Siebeneick, S. (2000). *Angst und Ängstlichkeit* (1. Aufl.). Hogrefe.
- Lehmann, H. E. (1959). Psychiatric concepts of depression: Nomenclature and classification. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 4, 1–12. <https://doi.org/10.1177/070674375900401S01>
- Linn, B. S., & Zeppa, R. (1984). Stress in junior medical students: relationship to personality and performance. *Journal of Medical Education*, 59, 7–12.
- Liu, X., Ping, S., & Gao, W. (2019). Changes in undergraduate students' psychological well-being as they experience university life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph16162864>
- Lloyd, C., & Musser, L. A. (1989). Psychiatric symptoms in dental students. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 61–69. <https://doi.org/10.1097/00005053198902000-00001>
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the generalized anxiety disorder screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46, 266–274. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093>
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S., & Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Manual und Testunterlagen* (2. Aufl.). Pfizer.

- Macaskill, A. (2013). The mental health of university students in the United Kingdom. *British Journal of Guidance & Counselling*, 41, 426–441.
<https://doi.org/10.1080/03069885.2012.743110>
- Macauley, K., Plummer, L., Bemis, C., Brock, G., Larson, C., & Spangler, J. (2018). Prevalence and predictors of anxiety in healthcare professions students. *Health Professions Education*, 4, 176–185. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2018.01.001>
- Marshall, L. L., Allison, A., Nykamp, D., & Lanke, S. (2008). Perceived stress and quality of life among doctor of pharmacy students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 72, 137. <https://doi.org/10.5688/aj7206137>
- May, R. W., & Casazza, S. P. (2012). Academic major as a perceived stress indicator: Extending stress management intervention. *College Student Journal*, 46, 264–273.
- Michalos, A. C. (2014). *Updating the International Standard Classification of Occupations (ISCO)*. Verfügbar unter <https://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/docs/health.pdf>
- Monat, A., & Lazarus, R. S. (1991). Stress and coping: Some current issues and controversies. In Monat, A., & Lazarus, R. S. (Hrsg.), *Stress and coping: An anthology* (3. Aufl., S. 1–15). Columbia University Press.
- Mosley, T. H., Jr, Perrin, S. G., Neral, S. M., Dubbert, P. M., Grothues, C. A., & Pinto, B. M. (1994). Stress, coping, and well-being among third-year medical students. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 69, 765–767.
<https://doi.org/10.1097/00001888-199409000-00024>
- Murray, K., Rieger, E., & Byrne, D. (2015). The relationship between stress and body satisfaction in female and male adolescents: Adolescent stress and body satisfaction. *Stress and Health*, 31, 13–23. <https://doi.org/10.1002/smi.2516>
- National Institute of Mental Health (2020). *Mental health information: Statistics*.
<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>
- Newbury-Birch, D., Lowry, R. J., & Kamali, F. (2002). The changing patterns of drinking, illicit drug use, stress, anxiety and depression in dental students in a UK dental school: A longitudinal study. *British Dental Journal*, 192, 646–649.
- ORF (2020, 18. Dezember). *Lockdown ab 16. Dezember fix*. <https://orf.at/stories/3194311/>
- Parkerson, G. R., Jr, Broadhead, W. E., & Tse, C. K. (1990). The health status and life satisfaction of first-year medical students. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 65, 586–588.
<https://doi.org/10.1097/00001888-199009000-00009>
- Pettijohn, T. F., Naples, G. M., & McDermott, L. A. (2010). Gender, college year, and romantic relationship status differences in embarrassment and self attitudes of college students. *Individual Differences Research*, 8, 164–170.
- Rehmani, N., Khan, Q.-A., & Fatima, S. S. (2018). Stress, anxiety and depression in students of a private medical school in Karachi, Pakistan. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 34, 696–701. <https://doi.org/10.12669/pjms.343.14664>

- Rosal, M. C., Ockene, I. S., Ockene, J. K., Barrett, S. V., Ma, Y., & Hebert, J. R. (1997). A longitudinal study of students' depression at one medical school. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 72, 542–546.
<https://doi.org/10.1097/00001888-199706000-00022>
- Ross, C. E. (1995). Reconceptualizing marital status as a continuum of social attachment. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 129-140. <https://doi.org/10.2307/353822>
- Salmela-Aro, K., Aunola, K., & Nurmi, J.-E. (2008). Trajectories of depressive symptoms during emerging adulthood: Antecedents and consequences. *European Journal of Developmental Psychology*, 5, 439–465.
<https://doi.org/10.1080/17405620600867014>
- Schulte-Meßtorff, C., & Wehr P. (2013) Auswirkungen psychischer Störungen am Arbeitsplatz. In Schulte-Meßtorff, C., & Wehr P. (Hrsg.), *Employee Assistance Programs* (2. Aufl., S. 13-20). Springer Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-642-38021-1_3
- Shulman, S., & Connolly, J. (2013). The challenge of romantic relationships in emerging adulthood: reconceptualization of the field. *Emerging Adulthood*, 1, 27–39.
<https://doi.org/10.1177/2167696812467330>
- Seligman, M. E. P. (1972). Learned helplessness. *Annual Review of Medicine*, 23, 407-412.
<https://doi.org/10.1146/annurev.me.23.020172.002203>
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness*. W. H. Freeman and Company.
- Seligman, M. E. P. (1995). *Erlernte Hilflosigkeit* (5. Aufl.). Psychologie Verlags Union.
- Selye, H. (1991). History and present status of the stress concept. In Monat, A., & Lazarus, R. S. (Hrsg.), *Stress and coping: An anthology* (3. Aufl., S. 21-35). Columbia University Press.
- Sher, K. J., Wood, P. K., & Gotham, H. J. (1996). The course of psychological distress in college: A prospective high-risk study. *Journal of College Student Development*, 37, 42-51.
- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety: current trends in theory and research: I*. Academic Press.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-657401-2.50008-3>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Solanky, P., Desai, B., Kavishwar, A., & Kantharia, S. (2012). Study of psychological stress among undergraduate medical students of government medical college, Surat. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 1, 38-42.
<https://doi.org/10.5455/ijmsph.2012.1.38-42>
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139, 213–240.
<https://doi.org/10.1037/a0028931>

- Statistik Austria (2020, 17. Dezember). *Bevölkerung im Jahresdurchschnitt*.
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstand_und_veraenderung/bevoelkerung_im_jahresdurchschnitt/index.html
- Statistik Austria (2021, 12. Mai). *Studierende, belegte Studien*.
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung/hochschulen/studierende_belegte_studien/index.html
- Steptoe, A., Wardle, J., Tsuda, A., & Tanaka, Y. (2007). Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 Countries. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14, 97–107.
<https://doi.org/10.1007/BF03004175>
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93, 119–135. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.93.2.119>
- Vitaliano, P., Russo, J., Carr, J., & Heerwagen, J. (1984). Medical school pressures and their relationship to anxiety. *The Journal of nervous and mental disease*, 172, 730–6.
<https://doi.org/10.1097/00005053-198412000-00006>
- Votta, R. J., & Benau, E. M. (2013). Predictors of stress in doctor of pharmacy students: Results from a nationwide survey. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 5, 365–372. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2013.06.014>
- Wang, X., Hegde, S., Son, C., Keller, B., Smith, A., & Sasangohar, F. (2020). Investigating mental health of US college students during the Covid-19 pandemic: Cross-sectional survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 22, 1–11.
<https://doi.org/10.2196/22817>
- Weeks, D. G., Michela, J. L., Peplau, L. A., & Bragg, M. E. (1980). Relation between loneliness and depression: A structural equation analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1238–1244. <https://doi.org/10.1037/h0077709>
- Whitton, S. W., Dyar, C., Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2018). Romantic involvement: A protective factor for psychological health in racially-diverse young sexual minorities. *Journal of Abnormal Psychology*, 127, 265–275.
<https://doi.org/10.1037/abn0000332>
- World Health Organization (2013). *Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013*.
https://www.who.int/hrh/resources/transf_scaling_hpet/en/
- Zoccolillo M., Murphy G. E., & Wetzel, R. D. (1986). Depression among medical students. *Journal of Affective Disorders*, 11, 91–96.
[https://doi.org/10.1016/0165-0327\(86\)90065-0](https://doi.org/10.1016/0165-0327(86)90065-0)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirkmechanismus zwischen Eigenschafts- und Zustandsangst (in Anlehnung an Spielberger, 1972, S. 43) 9

Abbildung 2: Wirkmechanismus zwischen Stressbewertung und sozialer Unterstützung (in Anlehnung an Cohen & Willis, 1985, S. 313). 15

Abbildung 3: Verteilung der PSS-10-Ergebnisse der Stichprobe des Kernfragebogens 28

Abbildung 4: Verteilung der PHQ-9-Ergebnisse der Stichprobe des Kernfragebogens 29

Abbildung 5: Verteilung der GAD-7-Ergebnisse der Stichprobe des Zusatzfragebogens mit dem Themenkomplex „Stress und Belastung“ 30

Abbildung 6: Mittelwerte des PHQ-9 im Kernfragebogen unterteilt nach Engagement der Beziehungsform 38

Abbildung 7: Mittelwerte des GAD-7 im Zusatzfragebogen „Stress und Belastung“ unterteilt nach Engagement der Beziehungsform 39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ergebnisse der PSS-10 und PHQ-9 für die Stichprobe des Kernfragebogens sowie des GAD-7 für die Stichprobe des Zusatzfragebogens zu dem Themenkomplex „Stress und Belastung“	28
Tabelle 2: Häufigkeiten und Prozente der Wertebereiche der Ergebnisse der PSS-10 im Kernfragebogen	30
Tabelle 3: Häufigkeiten und Prozente der Wertebereiche der Ergebnisse des PHQ-9 im Kernfragebogen	31
Tabelle 4: Häufigkeiten und Prozente der Wertebereiche der Ergebnisse des GAD-7 des Zusatzfragebogens zu dem Themenkomplex „Stress und Belastung“	31
Tabelle 5: Kreuztabelle mit Anzahl an Personen mit Paniksyndrom und/oder anderem Angstsyndrom für die Stichprobe des Kernfragebogens	32
Tabelle 6: Kreuztabelle mit Anzahl an Personen in Gesundheitsstudiengang oder Nicht-Gesundheitsstudiengang und mit oder ohne anderem Angstsyndrom	34
Tabelle 7: Kreuztabelle mit Anzahl an Personen in Gesundheitsstudiengang oder Nicht-Gesundheitsstudiengang und mit oder ohne Paniksyndrom	34
Tabelle 8: Mittelwerte der PSS-10 getrennt nach Engagement der Beziehungsform	37