



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Gefahren der Selbstmedikation in Zeiten der Pandemie?
Veränderung des Koffein- und Alkoholkonsums in der Covid-
19-Krise unter dem Einfluss von Stress, Angst und
Depression“

verfasst von / submitted by

Christina Stockreiter, BSc

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

Wien, 2023 / Vienna 2023

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:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Inhaltsverzeichnis

Abstract (Deutsch).....	5
Abstract (Englisch).....	6
I Theoretischer Teil	7
Einleitung	8
1 Maßnahmen gegen Covid-19 und deren Auswirkungen.....	9
1.1 Die Krankheit	9
1.2 Soziale Isolation	10
1.3 Veränderte Arbeitssituation.....	10
1.4 Belastung im eigenen Haushalt	11
2 Bedeutung von Stress	11
2.1 Stress auf psychologischer Ebene.....	11
2.2 Stress auf neurobiologischer Ebene.....	12
3 Folgen von Stress	13
3.1 Depression	13
3.1.1 Ätiologie der Depression.	14
3.1.2 Prävalenz von Depression.	15
3.2 Angststörungen.....	15
3.2.1 Ätiologie der Angststörung.....	16
3.2.2 Prävalenz von Angststörung.	17
3.3 Pandemie und mentale Probleme	17
4 Bewältigung von Stress.....	17
4.1 Selbstmedikationshypothese.....	18
4.2 Koffein.....	18
4.2.1 Koffeinkonsum.	19
4.2.2 Koffein und Depression.	20
4.2.3 Koffein und Angst.....	21
4.3 Alkohol	21

4.3.1 Alkoholkonsum.....	22
4.3.2 Prävalenz von Alkoholkonsum.	22
4.3.3 Alkohol und psychische Störungen.	23
II Empirischer Teil	24
5 Zielsetzung	25
6 Methodik	25
6.1 Studiendesign.....	25
6.2 Untersuchungsdurchführung	26
6.3 Stichprobenbeschreibung.....	26
6.4 Messinstrumente	26
6.4.1 Fragebogen zu soziodemografischen Daten.	26
6.4.2 Konsumtabelle für Koffein.	26
6.4.3 Alcohol Use Disorders Identification Test for Consumption (AUDIT-C).	26
6.4.4 Covid-19-Pandemie Stress Skala (CPSS).	27
6.4.5 Depression-Anxiety-Stress-Scales-21 (DASS-21).	28
6.5 Fragestellungen und Hypothesen.....	29
6.5.1 Unterschiedshypothesen zur aktuellen psychischen Belastung	29
6.5.2 Unterschiedshypothesen zur psychischen Belastung im Lockdown	29
6.5.3 Unterschiedshypothese zur aktuellen psychischen Belastung im Vergleich zu Lockdownzeiten	30
6.5.4 Hypothesen zur Vorhersage der aktuellen Konsumhöhe	31
6.5.5 Unterschiedshypothesen zur aktuellen Konsumhöhe	31
6.5.6 Unterschiedshypothesen zur Konsumhöhe im Lockdown.....	31
6.5.7 Aktueller Konsum im Vergleich zu Lockdown	32
6.6 Angewandte statistische Auswertung	32
7 Ergebnisdarstellung	35
7.1 Stichprobenbeschreibung.....	35
7.1.1 Rücklaufstatistik.	35

7.1.2 Geschlecht und Alter.....	35
7.1.3 Nationalität, Familienstand und Wohnsituation.....	35
7.1.4 Erwerbstätigkeit und Bildung.	35
7.1.5 Mentale Belastung der Stichprobe	36
7.1.6 Koffein- und Alkoholkonsum der Stichprobe.....	36
7.2 Reliabilitätsanalyse der Messinstrumente	37
7.2.1 Reliabilitätsanalyse des AUDIT-C.....	37
7.2.2 Reliabilitätsanalyse der CPSS.....	38
7.2.3 Reliabilitätsanalyse der DASS-21.....	38
7.2 Hypothesenprüfung	39
7.2.1 Unterschiedshypothesen zur aktuellen psychischen Belastung.	39
7.2.2 Unterschiedshypothesen zur psychischen Belastung im Lockdown.	42
7.2.3 Unterschiedshypothese zur aktuellen psychischen Belastung im Vergleich zu Lockdownzeiten.	47
7.2.4 Hypothesen zur Vorhersage der Konsumhöhe.....	47
7.2.5 Unterschiedshypothesen zur aktuellen Konsumhöhe.	48
7.2.6 Unterschiedshypothesen zur Konsumhöhe im Lockdown.....	50
7.2.7 Aktueller Konsum im Vergleich zu Lockdown.	51
8 Fazit.....	52
8.1 Diskussion	53
8.2 Limitationen und Ausblick	57
9 Literaturverzeichnis.....	59
10 Tabellenverzeichnis.....	69
11 Abbildungsverzeichnis	70

Abstract (Deutsch)

Hintergrund: Die Covid-19-Pandemie hat in vielen Bereichen das alltägliche Leben der Bevölkerung verändert. In den verhängten Lockdowns haben Social Distancing, Distance Learning und Home-Office einen großen Einschnitt in das soziale Leben bedeutet. Ein Anstieg der psychischen Belastung war die Folge. Als eine Methode, um negative Affektivität zu mindern, wird im Rahmen der Selbstmedikationshypothese Substanzkonsum genannt. Koffein und Alkohol sind zwei psychotrope Substanzen, deren Erwerb und Konsum frei und legal sind und deren Verbreitung in der Allgemeinbevölkerung sehr hoch ist. *Methodik:* Um zu untersuchen, ob die Phasen der Lockdowns mit einer Verschlechterung der mentalen Gesundheit einhergingen und sich gleichzeitig der Koffein- und Alkoholkonsum erhöhte, wurde den Proband:innen ($N=232$) eine Online-Fragebogenbatterie vorgelegt. Enthalten darin war ein soziodemografischer Fragebogen, eine Koffeinkonsumtabelle, der Alcohol Use Disorders Identification Test for Consumption (AUDIT-C), die Covid-Pandemie Stress Skalen (CPSS) und die Depression-Anxiety-Stress-Scales-21 (DASS-21). Der soziodemografische Fragebogen musste nur einmal beantwortet werden. Alle anderen Instrumente wurden einmal im Kontext der aktuellen Situation und ein zweites Mal retrospektiv bezogen auf die Situation in den Lockdowns beantwortet. *Ergebnisse.* Die Proband:innen gaben eine höhere mentale Belastung in Zeiten der Lockdowns an im Vergleich zur normalen Zeit danach. Frauen wiesen leicht höhere Belastungswerte auf als Männer. Außerdem war die Belastung bei jungen Proband:innen (18- bis 24-Jährige) am höchsten. Personen mit mittlerer Bildung (mit Matura) zeigten vermehrt psychische Probleme im Lockdown. Die Höhe des Alkoholkonsums außerhalb des Lockdowns konnte durch vier Variablen (Geschlecht, Alter, Covid-Stress und in einer Beziehung lebend) vorhergesagt werden. Der Koffeinkonsum unterschied sich zwischen den beiden Zeitpunkten nicht. Der Alkoholkonsum war im Lockdown signifikant niedriger als in der normalen Zeit danach. *Schlussfolgerungen.* Entgegen der angenommenen Selbstmedikationshypothese war der Alkoholkonsum in den Lockdowns geringer als zu normalen Zeiten danach, obwohl die mentale Belastung in den Lockdowns höher war. Es kann angenommen werden, dass der Konsum legaler psychotroper Substanzen in Zeiten der Lockdowns nicht zur Reduktion negativer Affektivität erfolgte.

Schlüsselbegriffe: Covid-19-Pandemie, Lockdown, psychische Belastung, Koffeinkonsum, Alkoholkonsum

Abstract (Englisch)

Background. The Covid-19 pandemic has changed the everyday life of the population in many areas. In the lockdowns, social distancing, distance learning and home office have meant a major cut in social life. The result was an increase in mental stress. As a method to reduce negative affectivity, substance use is mentioned within the framework of the self-medication hypothesis. Caffeine and alcohol are two psychotropic substances which are free and legal to purchase and use, and whose prevalence in the general population is very high. *Methods.* In order to investigate whether the lockdown phases were accompanied by a deterioration in mental health and whether caffeine and alcohol consumption increased at the same time, the subjects (N=232) were presented with an online questionnaire. Included was a sociodemographic questionnaire, a caffeine consumption table, the Alcohol Use Disorders Identification Test for Consumption (AUDIT-C), the Covid Pandemic Stress Scales (CPSS) and the Depression-Anxiety-Stress-Scales-21 (DASS-21). The sociodemographic questionnaire only had to be answered once. All other instruments were answered once in the context of the current situation and a second time retrospectively in the context of the situation in the lockdowns. *Results.* The test persons indicated a higher mental stress during lockdown times compared to normal times. Women showed slightly higher exposure values than men. In addition, the exposure was highest in young subjects (18 to 24 year olds). People with medium education (with a high school diploma) also showed more mental problems in lockdown. The level of alcohol consumption outside of lockdown could be predicted by four variables (gender, age, Covid stress and living in a relationship). The caffeine consumption did not differ between the two measurement points. Alcohol consumption was lower during lockdown than normal. *Conclusions.* Contrary to the self-medication hypothesis, alcohol consumption was lower during the lockdowns than at normal times, although mental distress was higher during the lockdowns. It can be assumed that the use of legal psychotropic substances during the lockdown was not consumed to reduce negative affectivity.

Keywords: Covid-19 pandemic, lockdown, psychological stress, caffeine consumption, alcohol consumption

I Theoretischer Teil

Einleitung

Im Laufe des Jahres 2020 entwickelte sich aus einer zunächst nur vereinzelt auftretenden Lungenkrankheit in China die bisher größte Pandemie des 21. Jahrhunderts. Verursacht wird die Erkrankung durch den Coronavirus SARS-Cov-2. Die Krankheit wurde im Februar 2020 von der WHO mit dem Namen Covid-19 betitelt. Mit Symptomen wie Husten, Fieber und Schnupfen unterscheidet sich die Erkrankung nicht weit von den gewöhnlichen Influenza-Viren. Jedoch gibt es auch außergewöhnliche Symptome wie etwa den Verlust des Geruch- und Geschmackssinns. Im Vergleich zu einer herkömmlichen Grippe birgt die Infektion mit dem Coronavirus auch ein höheres Risiko für schwere Erkrankungen, in Folge derer es unter anderem zu Benötigung einer intensivmedizinischen Betreuung kommen kann. Auch ist die Sterblichkeitsrate höher als bei einer Influenza (Robert Koch Institut, 2021). Schätzungen zu Folge liegt die Wahrscheinlichkeit, an Covid-19 zu sterben, bei circa 0.23% (Ioannidis, 2021), im Vergleich dazu beim Grippevirus etwa bei 0.05% (Paget et al., 2019). Die besondere Gefährlichkeit des Coronavirus besteht vor allem in seiner raschen Übertragung. Durch von Infizierten ausgestoßene Aerosole wird der Virus schon allein beim Atmen und in vermehrter Anzahl bei Handlungen wie Niesen, Sprechen oder Husten in die Luft abgegeben. Diese vereinfachte Übertragung birgt das größte Problem bei der Eindämmung der Erkrankung. Zudem sind nicht nur symptomatisch Infizierte Überträger, sondern auch asymptomatische bzw. präsymptomatische (Robert Koch Institut, 2021).

Schon bald nach der globalen Ausbreitung des Coronavirus zeigte sich in vielen Ländern eine Überlastung des Gesundheitssystems. Vor allem die Situation auf den Intensivstationen nahm für Personal und Patient:innen verheerende Formen an. Um diese Belastung des Systems zu entspannen, wurde eine Reihe von Maßnahmen gesetzt. Diese neuen Regeln hatten zum Ziel, die Infektionsübertragung zu verlangsamen. Aufgrund der gegebenen Beschaffung der Übertragung von Coronaviren hatte das vor allem die Einschränkung des sozialen Kontakts zur Folge. Im sogenannten *Lockdown* wurden alle nicht unbedingt notwendigen Interaktionen zu anderen Menschen untersagt. Es wurde eine Ausgangssperre verhängt. Leute wurden dazu aufgerufen, möglichst zu Hause zu bleiben. Der Besuch von Freunden, Verwandten und Bekannten wurde untersagt. Arbeitsplätze wurden so weit wie möglich in die eigenen vier Wände verlegt, ins *Home-Office*. Schulen, Universitäten und Kindergärten wurden geschlossen, und der Unterricht wurde weitestgehend auf *Distance learning* umgestellt. Die Möglichkeit von Arzt-, Krankenhaus- und Apothekenbesuche wurden auf das Allernotwendigste reduziert, auch hier stieg man überwiegend auf Telefon- oder E-Mail-Verkehr um. Alle Geschäfte bis auf Lebensmittelläden, Apotheken und Trafiken wurden

geschlossen sowie Gastronomie und Hotellerie. Auch alle öffentlichen Einrichtungen und Plätze waren oft auch über die Dauer des Lockdowns hinaus nicht geöffnet für die Bevölkerung.

Der erste österreichweite Lockdown wurde am 16. März 2020 verhängt (Vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19, BGBl. II Nr. 96/2020) und endete am 01. Mai 2020 (COVID-19-Lockerungsverordnung, BGBl. II Nr. 197/2020). Es folgten noch drei weitere Lockdowns von 17. November (COVID-19-Notmaßnahmenverordnung, BGBl. II Nr. 479/2020) bis 06. Dezember 2020 (2. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung, BGBl. II Nr. 544/2020), 26. Dezember 2020 (3. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung, BGBl. II Nr. 566/2020) bis 07. Jänner 2021 (Änderung der 3. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung und 2. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung, BGBl. Nr. 598/2020) und 22. November (5. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung, BGBl. II Nr. 475/2021) bis 11. Dezember 2021 (6. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung, BGBl. II, 537/2021), wobei der vierte und bisher letzte Lockdown für Personen ohne Impfung oder Genesung bis 31. Jänner 2022 (6. Novelle zur 6. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung, BGBl. II Nr. 6/2022) andauerte. In den benachbarten Ländern wie Deutschland und der Schweiz war ein ähnlicher zeitlicher Ablauf bei der gesellschaftlichen Einschränkung zu beobachten wie in Österreich.

1 Maßnahmen gegen Covid-19 und deren Auswirkungen

Alle gesetzten Maßnahmen zur Verhinderung der Ausbreitung des Coronavirus haben das bisherige gesellschaftliche und wirtschaftliche Leben auf den Kopf gestellt. Die Menschen sahen sich mit einer Reihe neuer Regeln und Verhaltensweisen konfrontiert, deren Einhaltung einen massiven Anstieg des Stresserlebens bedeutete (Eckhard, Menne, Salzburger, Poppelreuter, & Bering, 2022). Der massive Stressanstieg lässt sich auf mehrere Faktoren zurückführen, die vor allem in Zeiten der Lockdowns zum Tragen kamen. Im folgenden Abschnitt wird ein näherer Blick auf vier dieser Faktoren geworfen.

1.1 Die Krankheit

Die Angst vor der eigenen Infektion mit Covid-19 oder der Infektion von Familie und Freunden war ein massiver Stressfaktor (Ahorsu et al., 2020; Taylor et al., 2020). Ausschlaggebend dafür war die Unsicherheit bezüglich der Erkrankung (Bakioğlu, Korkmaz, & Ercan, 2021; Satıcı, Saricali, Satıcı, & Griffiths, 2022). Es gab am Anfang nur wenige Erkenntnisse über Ansteckung, Verlauf und Letalität von Covid-19. Unbekannt waren wichtige Faktoren wie zum Beispiel die Schwere des Verlaufs bei einer Erkrankung oder die genauen Übertragungsmechanismen. Auch war lange Zeit ein Ende der Pandemie nicht in Sicht. Der

Hoffnungsträger, nämlich die Entwicklung von Impfstoffen gegen das Coronavirus, hatte die Lage zwar ein wenig entspannt, dennoch konnte keiner vorhersagen, wie lange Covid-19 die Gesellschaft und Wirtschaft noch einschränken würde (Schimmenti, Billieux, & Starcevic, 2020). All diese Punkte bedeuteten Unsicherheit und damit auch einen erhöhten Stressfaktor (Rettie & Daniels, 2020).

1.2 Soziale Isolation

Soziale Beziehungen und Kommunikation sind ein wesentlicher Bestandteil des menschlichen Lebens. Sie dienen bei vielen psychischen Störungen als protektive Ressource. Im Umkehrschluss beschreibt ein Wegfall von sozialen Kontakten einen erheblichen Risikofaktor für mentale Probleme (Thoits, 2011). Die Maßnahmen zur Eindämmung von Covid-19 hatten alle eine Einschränkung der sozialen Kontakte zur Folge. Besuche von Verwandten, Freunden und Bekannten wurden untersagt. Vor allem Personen, die allein in einem Haushalt lebten, traf eine Einschränkung jeglicher sozialer Kontakte schwer. Auch kleine soziale Interaktionen mit Fremden wurden durch Verhaltensregeln wie Abstand halten und Mund-Nasen-Schutz-Tragen massiv eingeschränkt (Eckhard et al., 2022).

1.3 Veränderte Arbeitssituation

Im Lockdown wurden alle nicht überlebenswichtigen Arbeiten stillgelegt bzw. ins Home-Office verlegt. Der Arbeitsalltag, wie bisher gewohnt, war nicht mehr vorhanden. Ein Großteil der Arbeiter:innen und Angestellten war von Kurzarbeit oder sogar Kündigungen betroffen (Bundesministerium für Arbeit, 2021). Dabei bildet Arbeit einen essenziellen Aspekt der Lebensqualität. Arbeit bietet zum einen das Überleben, indem man mit verdientem Geld fundamentale Güter wie Essen, Kleidung oder Wohnung bezahlen kann. Zudem hat Arbeit auch immer einen nicht zu unterschätzenden sozialen Wert. Aber vor allem ermöglicht Arbeit auf höherer Ebene das Erleben von Selbstbestimmung. Das Erfahren von Selbstwirksamkeit, sozialer Eingebundenheit und Autonomie im Kontext des Arbeitsplatzes führt auch zu gesteigertem Wohlbefinden (Ryan & Deci, 2000).

Die Situation während der Pandemie bzw. verstärkt während der Lockdowns bedeutete auch einen Wegfall all dieser wichtigen arbeitsbezogenen Aspekte. Vorherige Studien zeigten schon, dass bei Verlust der Arbeit oder massiven Veränderungen des Arbeitsplatzes das Risiko für psychische Erkrankungen steigt (de Witte, Pienaar, & de Cuyper, 2016; Paul & Moser, 2009).

1.4 Belastung im eigenen Haushalt

Die Verlagerung des Lebens in die eigenen vier Wände hatte auch einen Anstieg der Belastungen zu Hause zur Folge. Für alle beteiligten Personen war die Situation während eines Lockdowns im eigenen Heim belastend und stressgeladen. Vor allem Mehrpersonenhaushalte mit Kindern dienten plötzlich auch als Lernstätte, Betreuungseinrichtung und Arbeitsplatz von einem oder beiden Elternteilen (Eckhard et al., 2022). Daraus folgt ein Gender-Gap des Arbeitsaufwands und des Stresses. Arbeiten im Haushalt oder Betreuung der Kinder haben nach wie vor einen höheren Frauenanteil. Durch Wegfall wichtiger alltäglicher Stützen wie etwa Schulen, Besuch der Großeltern oder Haushaltshilfen blieben die meisten Aufgaben an den Frauen der Haushalte hängen. Die Folge war ein erhöhter Arbeitsaufwand mit gleichzeitiger geringerer Arbeitszufriedenheit für Frauen im eigenen Haushalt im Laufe der Pandemie (Feng & Savani, 2020).

2 Bedeutung von Stress

Stress ist ein Begriff, der vielfältig angewandt wird und dessen Bedeutung sehr unterschiedlich sein kann. Im Allgemeinen werden damit die körperlichen und mentalen Folgen auf die unmittelbare Umwelt bezeichnet. Wird eine Situation als herausfordernd oder gar bedrohlich empfunden, entsteht eine sogenannte Stressreaktion. Im Wesentlichen ist sie ein grundlegender Mechanismus, um ein Individuum in potenziell gefährlichen Situationen möglichst schnell mit Energie zu versorgen, um eine mögliche Flucht- oder Kampfreaktion ausführen zu können. Im Folgenden wird das Konstrukt Stress näher betrachtet. Zuerst soll die Entstehung von Stress anhand des transaktionalen Stressmodells von Lazarus und Folkman (1984) genauer betrachtet werden. Danach wird auf die Abläufe und Vorgänge in Gehirn und Körper eingegangen, die eine Stressreaktion hervorrufen. Zum Schluss werden die Folgen von Langzeitstress erläutert.

2.1 Stress auf psychologischer Ebene

Die bekannteste Theorie zur Entstehung von Stress auf psychologischer Ebene ist das transaktionale Stressmodell (Lazarus & Folkman, 1984). Demnach entsteht Stress immer in der Auseinandersetzung eines Individuums mit seiner Umwelt. Gibt es Reize oder Situationen, die von einer Person als belastend oder gefährlich wahrgenommen werden, entsteht Stress. Wichtig hierbei ist, dass nicht die objektiven Eigenschaften der Situation oder Reize zu Stress führen, sondern die subjektive Bewertung durch das damit konfrontierte Individuum. Die Autor:innen benennen drei verschiedene Arten von Stressoren. Große kritische Ereignisse betreffen eine Vielzahl an Personen, wie etwa Naturkatastrophen oder Pandemien. Kritische Lebensereignisse

sind persönlicher Natur, wie Scheidungen oder Todesfälle in der Familie. Alltagsärgernisse sind temporäre Ereignisse, wie zum Beispiel unpünktliche Verkehrsmittel oder steigende Wohnkosten. Ob Stress im Angesicht solcher Ereignisse entsteht, entscheidet jeweils die Bewertung durch die betroffene Person. Stressoren können als irrelevant, gutartig-positiv oder belastend bewertet werden. Dabei erfolgt die Bewertung in drei Schritten.

Bei der *primären Bewertung* sieht sich das Individuum mit einer Veränderung der Umwelt konfrontiert und muss in einem ersten Schritt entscheiden, ob diese Situation für sie selbst gutartig-positiv, irrelevant oder belastend ist. Verspricht die Situation ein angenehmes Wohlfühl für die Person, wird sie als gutart-positiv eingestuft. Wird die Veränderung weder als angenehm noch als mit Verlusten für die Person angesehen, so wird sie als irrelevant bewertet. Wird hingegen die Situation als belastend empfunden, kommt es zu der weiteren Einschätzung, ob die Situation als *Schaden/Verlust*, als *Bedrohung* oder *Herausforderung* wahrgenommen wird. Bei der Einstufung *Schaden/Verlust* hat bereits eine Schädigung oder ein Verlust stattgefunden. Bei der *Bedrohung* hingegen ist dies noch nicht geschehen, jedoch erwartet das Individuum eine Schädigung bzw. einen Verlust. Als *Herausforderung* wird eine Situation eingeschätzt, wenn sie zwar als schwer zu bewältigen wahrgenommen wird, aber als bewältigbar. Sowohl *Bedrohung* als auch *Herausforderung* ähneln sich, da beide einen Bewältigungsmechanismus in Gang setzen. Während dieser bei *Bedrohung* vorwiegend von negativen Emotionen begleitet wird, gehen mit *Herausforderung* positive Affekte wie Ehrgeiz und Vorfreude einher.

Befindet sich das Individuum in einem Zustand der Herausforderung oder Bedrohung, muss ein Plan definiert werden, wie die Situation bewältigt werden kann. Die Erstellung dieses Aktionsplans mit der Bewertung aller zur Verfügung stehenden Ressourcen wird *sekundäre Bewertung* genannt. Die Ressourcen können unterschiedlichster Natur sein, wie etwa soziale, psychische, materielle oder zeitliche Ressourcen. Je weniger Ressourcen eine Person zur Bewältigung zur Verfügung hat, je unkontrollierbarer eine Situation erscheint, desto größer fällt die Stressreaktion aus.

2.2 Stress auf neurobiologischer Ebene

Wird eine Situation und deren Stressoren als bedrohlich bewertet, so kommt es zu einer Stressreaktion. Die Bewertung erfolgt auf physiologischer Ebene im Hippocampus. Wird eine Situation als stressbezogen eingestuft, so wird über den Hypothalamus die wesentlichste Instanz der Stressreaktion in Gang gesetzt, die sogenannte Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA).

In einem ersten Schritt setzt der Hypothalamus ein Hormon namens Corticotropin-Releasing Hormone (CRH) frei. Dieses beeinflusst den Hypophysenvorderlappen und bewirkt die Ausschüttung von adrenocorticotropen Hormonen (ACTH), die die Nebennierenrinde aktivieren. In der Nebennierenrinde kommt es schlussendlich zur Ausschüttung von Cortisol. Cortisol wird allgemein als Stresshormon bezeichnet und ist für die typischen körperlichen Reaktionen von Stress verantwortlich. Es breitet sich im ganzen Körper aus, und unter anderem kommt es zur Steigerung des Blutdrucks, der Durchblutung von Herz- und Skelettmuskulatur, des Immunsystems und der Herzschlagfrequenz. Im Gegensatz dazu werden nicht unmittelbar benötigte Bereiche gehemmt, wie etwa Magen-trakt und Geschlechtsorgane.

Über eine negative Feedbackschleife hemmt sich die HHNA selbst und beendet somit die Stressreaktion. Das ausgeschüttete Cortisol hat auch eine hemmende Wirkung. Aufgrund seiner Eigenschaften kann das Stresshormon ohne Probleme und in kürzester Zeit die Blut-Hirn-Schranke überwinden. Im Gehirn selbst wirkt es sowohl auf Hypothalamus als auch die Hypophyse, die wiederum die Produktion von CRH und ACTH einstellen. Durch die nicht mehr vorhandene Ausschüttung von ACTH kann auch die Nebennierenrinde kein weiteres Cortisol mehr freisetzen, und die Stressreaktion endet (Bear, Connors, & Paradiso, 2009).

3 Folgen von Stress

Wird der normale Ablauf der HHNA gestört, so kann dies schwerwiegende Folgen haben. Chronischer Stress wird in Verbindung gebracht mit vielen körperlichen und mentalen Problemen (Miller, Chen, & Zhou, 2007). Studien zeigen ein erhebliches Risiko für die Erkrankung an körperlichen und psychischen Störungen. Personen, die über einen längeren Zeitraum hinweg stressigen Situationen ausgesetzt sind, haben ein höheres Risiko für ein gemindertes Immunsystem, Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen (Gallo et al., 2014; Segerstrom & Miller, 2004). Auf psychischer Ebene wird chronischer Stress vor allem mit Depressionen, Angstzuständen und Erschöpfung in Verbindung gebracht (Thoits, 2010).

3.1 Depression

Eine Depression ist eine psychische Störung, deren Hauptmerkmal eine gedrückte Stimmung über einen länger andauernden Zeitraum ist (BÄK, KBV, AWMF, 2015). Die Symptome selbst sind sehr zahlreich und in ihrer Ausprägung von Person zu Person unterschiedlich. Das Störungsbild der Depression kann daher nicht klar umrissen werden und kann sehr verschieden sein. Die Symptome selbst lassen sich auf unterschiedliche Wirkungsebenen einteilen. Auf emotionaler Ebene sind vor allem Traurigkeit, Verzweiflung, Ängstlichkeit, Niedergeschlagenheit, aber auch Gefühllosigkeit und Emotionsleere zu erwähnen. Die

Symptome auf kognitiver Ebene sind unter anderem Grübeln, Zweifeln gegenüber dem Selbst, Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten. Auf physiologischer Ebene kann eine Depression gekennzeichnet sein durch Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit oder auch vermehrtes Weinen. Die Verhaltensebene zeigt eine eher besorgte bis gefühllose Mimik, verlangsamte Sprache oder auch eine gebeugte Körperhaltung (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011).

Die ICD-10 (International Classification of Disease), das offizielle Klassifikationssystem für Erkrankungen der WHO, nennt drei Hauptsymptome einer Depression, die länger als 14 Tage vorliegen müssen, um eine Diagnose erstellen zu können. Über sieben Zusatzsymptome kann der Schweregrad der depressiven Episode entschieden werden (World Health Organization, 2005). Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Haupt- und Zusatzsymptome der depressiven Episode nach ICD-10.

Tabelle 1. *Symptome einer depressiven Episode nach ICD-10*

Hauptsymptome	
1.	Depressive, gedrückte Stimmung
2.	Interessenverlust und Freudlosigkeit
3.	Antriebslosigkeit und leichte Ermüdbarkeit
Zusatzsymptome	
1.	Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
2.	Schuldgefühle und Gefühl von Wertlosigkeit
3.	Suizidgedanken oder -handlungen, Selbstverletzung
4.	Konzentrationsschwierigkeiten und verminderte Aufmerksamkeit
5.	Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung
6.	Schlafstörungen
7.	Verminderter oder gesteigerter Appetit

3.1.1 Ätiologie der Depression. Zur Pathogenese einer depressiven Störung gibt es kein spezifisches Erklärungsmodell. Wie bei der Entstehung vieler anderer psychischer und physischer Erkrankungen wird hierzu das Vulnerabilitäts-Stress-Modell herangezogen. Dieses beschreibt die Entstehung von Störungen als Zusammenspiel mehrerer Faktoren. Einerseits muss eine grundlegende Vulnerabilität gegenüber einer Erkrankung vorliegen. Das heißt, es gibt sowohl genetische als auch erlernte Dispositionen, die eine Entstehung begünstigen. Das allein reicht aber nicht für die Entwicklung einer psychischen Störung aus. Zusätzlich muss es

einen Stressor geben, der eine Anpassungsreaktion erfordert. Der Stressor kann viele Formen annehmen, wie zum Beispiel ein bestimmtes kritisches Lebensereignis oder auch eine langanhaltende Belastung. Das Wirken dieser beiden Vulnerabilitäts- und Stressfaktoren entscheidet dann, ob ein Individuum mit der Entwicklung einer depressiven Episode reagiert oder nicht (Wittchen, 2002).

3.1.2 Prävalenz von Depression. Depression ist eine der am meist verbreitesten psychischen Störung in der Allgemeinbevölkerung (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). Die 12-Monats-Prävalenz liegt in etwa zwischen 5.5% und 8.1% (Alonso et al., 2004; Bromet et al., 2011; Busch, Maske, Ryl, Schlack, & Hapke, 2013). Die Lebenszeit-Prävalenz liegt für depressive Episoden bei etwa 14.6% bis 20% (Bromet et al., 2011; Kessler et al., 2010). Wichtige einflussnehmende Faktoren auf Depression sind das Geschlecht, der Beziehungsstatus und das Alter (Bromet et al., 2011). Frauen sind etwa doppelt so oft betroffen wie Männer mit einer Prävalenz von 10.6% im Vergleich zu 4.8% (Jacobi, Höfler, Strehle et al., 2014). Personen, die getrennt, geschieden oder verwitwet sind, haben ein höheres Risiko einer Depression (Bromet et al., 2011). Auch das Alter spielt eine Rolle, wobei jüngere Personen im Alter von 18 bis 34 Jahren vermehrt an Depression leiden (Busch et al., 2013; Kessler et al., 2010).

3.2 Angststörungen

Angst ist eine Reaktion auf Situationen, in denen sich eine Person in Gefahr sieht. Damit einhergehend sind körperliche Folgen des vegetativen Nervensystems wie etwa Schwitzen und Herzrasen. Auch auf psychischer Ebene wird auf Angst mit Unruhe reagiert (Bandelow et al., 2021). Prinzipiell ist Angst ein Schutzmechanismus und dient zur Aktivierung und Fokussierung, um eine etwaige Flucht- oder Kampfreaktion ausführen zu können. Jedoch gibt es auch eine pathologische Angst. Davon ist dann die Rede, wenn eine Person über einen längeren Zeitraum hinweg eine grundlose und auch übertriebene Angstreaktion zeigt (Hoyer & Beesdo-Baum, 2020). Es gibt viele Ausprägungen der Angststörung. Grob kann man sie unterscheiden nach Angststörungen mit einem konkreten Auslöser und Angststörungen ohne Auslöser. Störungen mit einer gewissen Situation oder einem bestimmten Objekt als Ursache sind zum Beispiel die *soziale Angststörung*, *Agoraphobie* und *spezifische Phobien*. Pathologische Ängste ohne konkreten Auslöser umfassen die *generalisierte Angststörung* und die *Panikstörung*. Screeningverfahren zum schnellen Erfassen einer pathologischen Angst beziehen sich meist auf die Symptome der generalisierten Angststörung (Bandelow et al., 2021).

Die ICD-10 bleibt in ihrer Symptombeschreibung der generalisierten Angststörung eher vage mit Symptomen wie *vegetative Symptome*, *psychische Symptome* oder *Symptome der Anspannung* (World Health Organization, 2005). Das DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders in fünfter Auflage) der APA (American Psychiatric Association) hingegen kennt sechs genau definierte Symptome der Angststörung, von denen zumindest drei vorliegen müssen, um eine Diagnose zu erhalten (American Psychiatric Association, 2013). Tabelle 2 beschreibt die sechs Symptome einer Angststörung nach DSM-5.

Tabelle 2. *Symptome einer generalisierten Angststörung nach DSM-5*

Symptome	
1.	Ruhelosigkeit
2.	Leichte Ermüdbarkeit
3.	Konzentrationsschwierigkeiten
4.	Reizbarkeit
5.	Muskelspannung
6.	Schlafstörungen

Im Allgemeinen ähneln sich die Symptome einer Depression und von Angststörungen stark. Eine diagnostische Abgrenzung ist daher oft schwierig. Der relevanteste Unterschied ist der inhaltliche. Bei einer Depression drehen sich die Gedanken vorwiegend um Vergangenes, mit dem Fokus auf Verlusten und das eigene Versagen. Im Vordergrund der Überängstlichkeit hingegen steht die Zukunft sowie potenzielle Bedrohungen (Bandelow et al., 2021).

3.2.1 Ätiologie der Angststörung. Wie auch bei der Depression wird die Entstehung von Angststörungen derzeit am besten im Rahmen des Vulnerabilitäts-Stress-Modells erklärt. Einerseits spielen genetische Erbanlagen eine wichtige Rolle bei der vulnerablen Gruppe. Andererseits gibt es auch mehrere psychologische Faktoren, die die Entstehung einer pathologischen Angst begünstigen. Zum Beispiel wird ein überfürsorglicher Erziehungsstil der Eltern als Risikofaktor angesehen. Aber auch kognitive Verhaltensmuster sind relevant. Personen, die dazu tendieren, sich häufig Sorgen zu machen oder zu Rumination neigen, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, eine Angststörung zu entwickeln. Als auslösende Faktoren gelten Veränderungen der Lebensbedingungen, aber auch alltägliche Mikrostressoren (Hoyer & Beesdo-Baum, 2020).

3.2.2 Prävalenz von Angststörung. Angststörungen sind mit einer Lebenszeitprävalenz zwischen 12.9% und 16.6% eine der häufigsten mentalen Erkrankungen. Die 12-Monats-Prävalenz liegt bei circa 12% (Jacobi, Höfler, Siegert et al., 2014; Remes, Brayne, & Lafortune, 2016; Steel et al., 2014). Frauen sind doppelt so oft betroffen wie Männer in einem Verhältnis von 1:1.91 (Remes et al., 2016). Die generalisierte Angststörung ist im Spektrum der Angststörungen mit einer Lebenszeitprävalenz von 3.7% und einer 12-Monats-Prävalenz von 2.2% eine der weniger diagnostizierten Störungen (Kessler et al., 2010; Ruscio et al., 2017). Aber auch hier überwiegt der Frauenanteil mit 2.9% im Vergleich zu 1.5% bei Männern (Jacobi, Höfler, Siegert et al., 2014). Sowohl Personen als auch Länder mit höherem sozioökonomischen Status weisen höhere Prävalenzraten auf (Baxter, Scott, & Vos, 2013; Ruscio et al., 2017). Im Gegensatz zum Großteil anderer psychischer Störungen gibt es bei Angststörungen keinen Anstieg der diagnostizierten Fälle im Laufe der letzten Jahrzehnte (Baxter et al., 2013).

3.3 Pandemie und mentale Probleme

Eine Vielzahl an Studien beschäftigt sich mit den Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Belastung der Menschen. Die Ergebnisse zeigen, dass es durchwegs eine Verschlechterung der mentalen Befindlichkeit gab (Bueno-Notivola et al., 2021; Ozamiz-Etxebarria, Dosil-Santamaria, Picaza-Gorrochategui, & Idoiaga-Mondragon, 2020; Özdin & Özdin, 2020; Stanton et al., 2020). Aktuelle Prävalenzraten von 31.9% für Angststörungen und 33.7% für Depression zeigen den massiven Anstieg. Betroffen davon sind vor allem Frauen und die jüngere Bevölkerung (vor allem Personen unter 40 Jahren) sowie Personen mit einem höheren Bildungsabschluss (Salari et al., 2020).

4 Bewältigung von Stress

Wie schon von Lazarus und Folkman (1984) postuliert, erfordert jede Form von negativer Affektivität gewisse Verhaltens- oder Denkweisen, die die Spannung lösen und eine Loslösung von negativen Emotionen erlauben. Es gibt verschiedenste Arten von solchen Bewältigungsmechanismen, manche recht simpel in der Anwendung und für jedermann erreichbar, andere wiederum komplexer und mit mehr Anstrengung verbunden. Zudem wird zwischen zwei Arten von Bewältigung unterschieden, positiver und negativer. Während positive Bewältigungsmechanismen den Grund der negativen Affektivität direkt bearbeiten und somit eine längerfristige Entspannung erlauben, geht es bei negativen Mechanismen vor allem darum, sofort und möglichst schnell Linderung von unangenehmen Emotionen zu erfahren.

Diese Form der negativen Bewältigung wird auch als Ursache für den Konsum bestimmter Substanzen postuliert. Einen Erklärungsansatz dazu bietet die sogenannte *Selbstmedikationshypothese*.

4.1 Selbstmedikationshypothese

Nach der Selbstmedikationshypothese (Khantzian, 1997) werden Substanzen eingenommen, um unangenehme Zustände zu lösen. Substanzkonsum ist in diesem Sinne ein Copingmechanismus, um mit negativer Affektivität umgehen zu können. Dabei geht es weniger darum, ein „High“ oder unnatürliches Wohlbefinden herbeizuführen, als vielmehr darum, die innere Anspannung zu lösen. Die Einnahme von Substanzen dient der Emotionsregulation, vor allem bei vorherrschender negativer Affektivität wie etwa Angstzuständen oder depressiver Stimmungen. Die negative Affektivität ist für manche Personen nicht tolerierbar, jedoch können sie ihre Emotionen nicht selbst adäquat regulieren. Um einen Zustand der emotionalen Stabilität zu erreichen und diesen dann weiterhin auch aufrechtzuerhalten, greifen sie auf externe Hilfe in Form von Substanzen zurück. Etwa 21.9% bis 24.1% der Personen geben an, Alkohol oder andere Substanzen primär zur Linderung ihrer Depressions- bzw. Angstsymptome zu konsumieren. Dabei dürfte die Dunkelziffer deutlich höher sein, da es sich oftmals um ein unbewusstes Verhalten handelt (Turner, Mota, Bolton, & Sareen, 2018).

Zwei der am häufigsten konsumierten Substanzen weltweit sind Koffein und Alkohol. Beide sind Substanzen mit einer psychoaktiven Wirkung, deren Konsum legal und deren Beschaffung relativ einfach ist. In den folgenden Kapiteln wird näher auf beide Substanzen eingegangen. Erklärt werden soll ihre Wirkung, ihre Verbreitung und ihre Rolle bei psychischen Auffälligkeiten wie depressiver und ängstlicher Symptomatik.

4.2 Koffein

Koffein ist eine der weltweit am häufigsten konsumierten psychotropen Substanzen und kommt vor allem in Genussmitteln wie Kaffee, Tee, Cola und Energydrinks vor. In der Natur findet sich Koffein in diversen Pflanzen wie dem Teestrauch, Guaraná oder Mate-Strauch in Südamerika und Ost-Asien. In Reinform handelt es sich bei Koffein um ein weißes, geruchloses Pulver. Konsumiert wird Koffein vor allem wegen seiner stimulierenden Wirkung (National Center for Biotechnology Information, 2022). Koffein bindet an Adenosin-Rezeptoren, was zur Stimulierung des Zentralnervensystems führt. Folgen daraus sind erhöhte Wachsamkeit, gesteigerte Konzentration und verringerte Müdigkeit (EFSA, 2015). Aufgrund seiner Fettlöslichkeit kann Koffein schnell über den Magen-Darm-Trakt in den Blutkreislauf aufgenommen werden. Nach ungefähr 20 Minuten erreicht Koffein die maximale

Konzentration im Blutplasma. Etwa nach 45 Minuten hat es seine maximale Wirkungsentfaltung erreicht. Abgebaut wird Koffein hauptsächlich über die Leber, wobei nach zwei bis vier Stunden die Halbwertszeit erreicht wird. Faktoren wie Alter, Geschlecht, Gewicht, Rauchverhalten, Medikamente und Schwangerschaft beeinflussen den Abbau erheblich (Beiglböck, 2016). Tabelle 3 gibt einen Überblick über die durchschnittlich enthaltene Menge an Koffein in häufig konsumierten Lebensmitteln.

Tabelle 3. *Koffeingehalt von oft konsumierten Lebensmitteln (Schott, 2014)*

Produkt	Menge in ml/g	Koffeingehalt in mg
Kaffee	140	56
Espresso	40	80
Entkoffeinierter Kaffee	140	1
Tee	220	50
Cola	330	30
Kakao	150	11
Energydrink	250	80
Vollmilchschokolade	100	15
Bitterschokolade	100	12

4.2.1 Koffeinkonsum. Eine großangelegte länderübergreifende Untersuchung der *Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit* (EFSA) über Koffeinkonsum fand 2015 statt. Der durchschnittliche tägliche Koffeinkonsum lag zwischen 37 und 319 mg, abhängig von Kultur und Ländern. Für den mitteleuropäischen Raum ergab sich ein durchschnittlicher Konsum von etwa 200 mg Koffein pro Tag, wobei Kaffee die häufigste Koffeinquelle war. Ein Konsum von bis zu 400 Milligramm täglich gilt als unbedenklich. Wird nicht mehr als diese Menge an Koffein pro Tag konsumiert, gibt es keine Auswirkungen auf die mentale oder körperliche Gesundheit (EFSA, 2015; Nawrot, 2003).

Im Gegensatz zu den meisten anderen psychotropen Substanzen unterliegt Koffein keinerlei Konsumkontrolle. Obwohl auf etwaige negative Folgen für vulnerable Gruppen wie beispielsweise Kinder und Schwangere hingewiesen wird, sind koffeinhaltige Produkte im Handel frei erwerbbar. Im Gegensatz zur Restriktion anderer psychoaktiver Substanzen hat sich sogar eine Form der gesellschaftlichen Anerkennung etabliert, wie etwa am Beispiel der *Wiener Kaffeehauskultur* erkennbar (Beiglböck, 2016).

Von den meisten Personen wird Koffein vor allem in Form von Kaffee zu Konzentrationssteigerung bzw. als Muntermacher konsumiert. Dabei zeigt sich ein viel komplexeres Bild von positiven Folgen von Koffein als in der Allgemeinbevölkerung bekannt. Beispielsweise wird Koffein mit einem verringerten Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden oder an Alzheimer und Parkinson zu erkranken, in Verbindung gebracht (Hall et al., 2015). In der Forschung wird zudem auch immer wieder auf den Zusammenhang zwischen Koffeinkonsum, Depressionen und Angststörungen hingewiesen.

4.2.2 Koffein und Depression. Gemeinhin wird Koffein zusätzlich zu seiner leistungssteigernden Wirkung auch eine stimmungsaufhellende Eigenschaft nachgesagt. Deshalb liegt seit jeher ein Interesse bei der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Koffeinkonsum und Depression vor. Insgesamt zeigt die Datenlage einer Vielzahl an Studien eine negative Korrelation zwischen der Höhe des Koffeinkonsums und Depressionssymptomen (Hall et al., 2015). Koffein wird daher eine protektive Wirkung gegenüber Depressionen angerechnet. Wang, Shen, Wu und Zhang (2016) kommen sogar zu dem Schluss, dass jede pro Tag konsumierte Tasse Kaffee das Risiko, eine Depression zu entwickeln, um acht Prozent vermindert. Dabei handelt es sich jedoch nicht um einen linearen, sondern einen J-förmigen Zusammenhang. Wenn die Konsummenge zwischen circa 68 bis 500 Milligramm pro Tag liegt, ergibt sich ein negativer Zusammenhang. Eine niedrigere Menge hat keinerlei Auswirken auf die mentale Befindlichkeit. Eine höhere Menge hingegen führt zum gegenteiligen Effekt, nämlich erhöhtem Risiko für Depressionen und Angst (Grosso, Micek, Castellano, Pajak, & Galvano, 2016; Wang et al., 2016).

Grosso und Kollegen (2016) betonen aber die Ungewissheit der genauen Wirkungsfaktoren von Koffein auf Depression, da die am häufigsten konsumierten Produkte Kaffee und Tee aus einer Vielzahl an chemischen Stoffen bestehen und eventuell erst deren Zusammenspiel den protektiven Faktor ausmachen (de Meija & Ramirez-Mares, 2014). Zudem unterliegt gerade der Koffeinkonsum gewissen Regeln. Meist zu einer bestimmten Uhrzeit konsumiert, ergibt sich daraus eine eigene Art der Unterteilung des Tages bzw. Arbeitsalltags in bestimmte Abschnitte. Zudem ist der Koffeinkonsum auch oftmals mit bestimmten äußeren Faktoren verbunden: zum Beispiel eine kurze Pause und das Innehalten für eine kurze Zeit. Aber auch der gemeinsame Konsum mit Kolleg:innen und Freunden beschreibt einen zusätzlichen sozialen Faktor beim Konsum. Da das Alltagsleben eine wichtige Rolle für das Erleben einer Depression spielt (Steger & Kashdan, 2009), sind die Umstände, die bei der Erklärung der protektiven Wirkung von Koffein auf Depression mitbetrachtet werden müssen (Grosso et al., 2016).

4.2.3 Koffein und Angst. Im Gegensatz dazu ist die Datenlage zum Zusammenhang zwischen Angst und Koffein weniger klar. Eine Vielzahl an Studien verweist auf einen erhöhten Koffeinkonsum bei gleichzeitig vorhandenen Angstsymptomen. Unklar ist hingegen die Richtung des Zusammenhangs (Smith, 2002). Einige Studien kommen zu dem Schluss, dass die Koffeinzufuhr aufgrund der physiologischen Wirkungen der Substanz zu einer verstärkten Symptomatik führt und es sich somit um eine koffeininduzierte Angst handelt. Andere Untersuchungen weisen hingegen darauf hin, dass der hohe Koffeinkonsum im Zusammenhang mit Angst vor allem bei Personen mit schon diagnostizierter Angststörung vorliegt (Klevebrant & Frick, 2022; Nardi et al., 2009). Auffällig jedenfalls bleibt bei der Betrachtung des Zusammenhangs von Koffein und ängstlichen Personen die hohe Konsummenge (Smith, 2002). Meist lag bei den Studien zum Zusammenhang zwischen Koffein und Angst die Konsummenge bei über 400 Milligramm (Patel, Rawal, & Patani, 2022), was die durch die EFSA definierte Gefährdungsgrenze übersteigt.

4.3 Alkohol

Alkohol (auch Ethanol oder Ethylalkohol) ist eine farblose, brennend schmeckende und charakteristisch riechende Substanz, die bei der Vergärung von Zucker entsteht. Enthalten ist Alkohol in Wein, Bier und Spirituosen. Als Genussmittel konsumiert hat es in geringen Dosen eine entspannende und das Wohlbefinden steigernde Wirkung. In größeren Mengen konsumiert wirkt Alkohol als Sedativum und kann Störungen bei Koordination, Sprache und Gedächtnis auslösen (Beck, Rosenthal, Müller, Heinz, & Charlet, 2017).

Alkohol gelangt nach dem Konsum direkt in den Magen, wo etwa 20% resorbiert werden. Der Rest gelangt über den Dünndarm in den Blutkreislauf und wird im ganzen Körper verteilt. Auf psychischer Ebene führt Alkoholkonsum zu Entspannung und einem gesteigerten Wohlbefinden. Grund dafür ist die Stimulation von GABA-Rezeptoren durch Alkohol. GABA-Rezeptoren haben eine inhibierende Wirkung auf die neuronale Aktivität. Die Aktivierung dieser Rezeptoren führt zu einer langsameren Verarbeitung von neuronalen Inhalten. In kleiner Konsummenge hat das eine entspannende Wirkung auf den Gemütszustand. In größerer Konsummenge führt das zu gehemmter Funktionsfähigkeit, was wiederum die kognitiven Einschränkungen beim Alkoholkonsum erklärt. Durch Alkohol werden auch das dopaminerge und das serotonerge System beeinflusst. Dopamin und Serotonin werden umgangssprachlich auch als Glückshormone bezeichnet. Durch Alkoholkonsum werden die beiden Neurotransmitter vermehrt ausgeschüttet, was das gesteigerte Wohlbefinden beim Genuss von Alkohol erklärt (Bear et al., 2009).

4.3.1 Alkoholkonsum. Alkohol ist die am längsten konsumierte psychotrope Substanz in der Historie der Menschheit. Bereits vor 7000 Jahren haben Menschen Alkohol konsumiert. Damals wie heute hat der Konsum von Alkohol meist eine soziale Komponente. Getrunken wird in Gesellschaft anderer zur Feier wichtiger Anlässe oder schlicht der Geselligkeit wegen. So lange wie der Gebrauch von Alkohol als berauschendes Mittel bekannt ist, so lange sind auch seine negativen Seiten bekannt. Seit jeher gab es Individuen, die den Alkoholkonsum exzessiver auslebten als der Rest der Menschen. Früher wurden solche Personen als Trunkenbolde oder Trunksüchtige bezeichnet und am Rande der Gesellschaft verortet (Beck, et al., 2017).

Heutzutage definiert die Psychologie problematischen Alkoholkonsum weitaus vielschichtiger. Nach der ICD-11 kann zwischen *harmlosem*, *riskantem* und *schädlichem* Konsum und einer *Substanzabhängigkeit* unterschieden werden. Nach dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz liegt ein harmloser Alkoholkonsum bei 16 Gramm Reinalkohol für Frauen und 20 Gramm Reinalkohol bei Männern, wobei an maximal fünf Tagen in der Woche Alkohol konsumiert werden soll. Die Gefährdungsgrenze liegt bei 40 bzw. 60 Gramm bei Frauen und Männern (Strizek, Gaiswinkler, Nowotny, Puhm, & Uhl, 2022). Unter *schädlichem* Gebrauch wird verstanden, wenn Alkohol konsumiert wird und dadurch Probleme mit dem sozialen Umfeld entstehen, wichtige Verpflichtungen vernachlässigt werden und es gar zur körperlichen Gefährdung kommt. Von *Substanzabhängigkeit* wird gesprochen, wenn über einen längeren Zeitraum hinweg große Mengen Alkohol zu sich genommen werden, Versuche, den Alkoholkonsum einzudämmen, erfolglos bleiben, eine Toleranz gegenüber Alkohol entwickelt wird oder Entzugssymptome bei Abstinenz entstehen (Bühringer, Behrendt, & Endrass, 2020).

4.3.2 Prävalenz von Alkoholkonsum. In Österreich konsumieren rund 81% der Bevölkerung Alkohol. Männer im höheren Alter zwischen 50 und 60 Jahren beschreiben dabei den größten Teil an Alkoholkonsumenten. Etwa 14% weisen einen riskanten oder gar schädlichen Gebrauch von Alkohol auf, wobei vor allem jüngere Personen davon betroffen sind (Hapke, von der Lippe, & Gaertner, 2013). Männer weisen circa dreimal so häufig chronischen Alkoholismus auf wie Frauen, im Vergleich etwa 7.5% bei Männern zu 2.5% bei Frauen (Bachmayer, Strizek, Hojni, & Uhl, 2020). Vor allem Europa und hier überwiegend Zentraleuropa sticht in Bezug auf problematischen Alkoholkonsum weltweit heraus. In diesen Ländern geben rund 71.6% der Personen an, in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert zu haben (Atzendorf, Rauschert, Seitz, Lochbühler, & Kraus, 2019). Dabei haben rund 50% eine

heavy alcohol session hinter sich. Das beschreibt eine Situation, in der zu einer Gelegenheit mehr als 60 Gramm Reinalkohol am Stück konsumiert wurde (Peacock et al., 2018).

4.3.3 Alkohol und psychische Störungen. Die Komorbidität zwischen alkoholbezogenen Konsumstörungen und Depression ist seit langem Gegenstand der Forschung (Rodgers et al., 2000). Etwa 25% aller Patient:innen, die wegen missbräuchlichem Alkoholkonsum in Behandlung sind, leiden auch an einer Depression (Conner, Pinquart, & Gamble, 2009). Umgekehrt geben auch etwa 24% der Personen, die primär wegen einer Depression in Behandlung sind, einen missbräuchlichen Alkoholkonsum an (Bolton, Robinson, & Jitender, 2009). Circa 4.7% aller Personen mit Angstsymptomen weisen auch einen missbräuchlichen Alkoholkonsum auf (Jacobi, Höfler, Siegert et al., 2014). Die Wirkfaktoren sind zum heutigen Forschungsstand nicht ganz klar. In Diskussion steht, ob die Depression oder der gestörte Alkoholkonsum als auslösender Faktor gilt oder ob sich beide Störungen gegenseitig beeinflussen (Boden & Fergusson, 2011). Im Sinne der Selbstmedikationshypothese ist die Depression bzw. Angst der auslösende Faktor, während der Alkoholkonsum als Copingmechanismus zur Bewältigung der negativen Affektivität dient.

II Empirischer Teil

5 Zielsetzung

Ziel dieser Untersuchung war, einen näheren Blick von Koffein- und Alkoholkonsum in der Allgemeinbevölkerung zu werfen. Es sollte erforscht werden, inwieweit sich das Konsumverhalten beider Substanzen in Abhängigkeit von psychisch belastenden Situationen verändert. Da die letzten Jahre durch die herausfordernden Zeiten der Pandemie geprägt waren, wurde der Fokus auf den Vergleich von der Situation im Lockdown mit der Situation in der normalen Zeit danach gelegt. Dadurch sollten sich grundlegende Erkenntnisse über etwaige Konsummotive erschließen lassen, speziell ob die beiden Substanzen Koffein und Alkohol zur Erleichterung von negativer Affektivität konsumiert wurden. Außerdem sollte auch näher auf die mentale Belastung der Bevölkerung während der Lockdowns eingegangen werden. Es wurden hier die Komponenten Stress, Depression und Angst genauer betrachtet.

6 Methodik

In diesem Kapitel werden Studiendesign, Untersuchungsdurchführung, Stichprobe, Messinstrumente, Fragestellungen der Untersuchung sowie die dazugehörigen Hypothesen und die verwendeten statistischen Verfahren näher beschrieben.

6.1 Studiendesign

Die Erhebung wurde als Online-Studie durchgeführt. Die Erhebung der Daten fand von Ende Jänner bis Mitte April 2022 statt. Die Beantwortung der Fragebogenbatterie dauerte ca. zehn Minuten. Nachdem die Teilnehmer:innen über das Ziel der Studie und die Wahrung ihrer Anonymität aufgeklärt worden waren, wurden ihre soziodemografischen Daten erfragt. Anschließend wurden die *Konsumtabelle für Koffein* (Schott, 2014), die deutsche Version des *Alcohol Use Disorders Identification Test for Consumption* (AUDIT-C; Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn, & Bradley, 1998), die *Covid-19-Pandemie Stress Skalen* (CPSS; Werner, Kater, Schlarb, & Lohaus, 2021a) und zum Schluss die deutsche Version der *Depressions-Angst-Stress-Skalen* in der gekürzten Form mit 21 Items (DASS-21; Nilges & Essau, 2015) vorgegeben. Bis auf den Fragebogen zu den soziodemografischen Daten wurden alle Instrumente doppelt vorgelegt. Einmal zur Beantwortung im Kontext der Situation eines Lockdowns und einmal zur Beantwortung im Kontext der aktuellen Situation ohne erhebliche gesellschaftliche Einschränkungen durch die Pandemie. Um Verzerrungen durch die zeitliche Vorgabe zu vermeiden, wurden die Fragebögen bei jedem:r zweiten Proband:in abwechselnd vorgegeben. Ein:e Proband:in erhielt zuerst die Fragen im Kontext des Lockdowns und im Anschluss im Kontext der aktuellen Situation. Bei der nächsten Person wurde zuerst nach der aktuellen Situation gefragt und anschließend nach der Situation im Lockdown.

6.2 Untersuchungsdurchführung

Mittels SoSciSurvey (SoSci Survey GmbH, 2019) wurde die Fragebogenbatterie erstellt. Die Rekrutierung fand vorwiegend über Snowball Sampling im Bekanntenkreis statt. Zudem wurde der Link zur Studie auf diversen Social-Media-Plattformen gepostet.

6.3 Stichprobenbeschreibung

Die Studie richtete sich an Männer und Frauen, die mindestens 18 Jahr alt waren. Ausschlusskriterien für die Studie waren nicht ausreichende Deutschkenntnisse zur Beantwortung der Fragen. Um eine ausreichende Power des Studiendesigns zu erreichen, sollte die Stichprobe zumindest eine Größe von 156 Personen umfassen. Mit 232 Teilnehmer:innen wurde das Ziel übertroffen.

6.4 Messinstrumente

Im Folgenden werden die Messinstrumente zur Erhebung der soziodemografischen Daten, des Konsums von Koffein und Alkohol, des Covid-Stresses und der psychischen Belastung näher beschrieben.

6.4.1 Fragebogen zu soziodemografischen Daten. Der Fragebogen zur Erhebung der soziodemografischen Daten wurde selbst erstellt und bildete den Anfang der Befragung. Insgesamt beinhaltet der Fragebogen sieben Fragen: Alter, Geschlecht, Nationalität, Bildungsstand, derzeitiger Beschäftigungsstatus, aktueller Beziehungsstatus und die aktuelle Wohnsituation.

6.4.2 Konsumtabelle für Koffein. Die Höhe des Koffeinkonsums wurde mit einem Fragebogen erhoben, der eine Liste aller gängigen konsumierten Koffeinprodukte enthält. Die Proband:innen sollten angeben, wie viele Portionen sie von dem jeweiligen Produkt in den letzten zwei Wochen im Schnitt pro Tag konsumiert hatten. Die Tabelle erfragt den Konsum von zehn Koffeinprodukten, angegeben in der üblichen Konsummenge (zum Beispiel: Cola pro Dose = 330 ml oder Kaffee mit Milch pro Tasse = 140 ml). Anhand einer Aufschlüsselungstabelle konnte im Anschluss der durchschnittliche Koffeingehalt der konsumierten Produkte abgelesen bzw. ermittelt werden (Schott, 2014).

6.4.3 Alcohol Use Disorders Identification Test for Consumption (AUDIT-C). Die Entwicklung des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) wurde von der WHO in Auftrag gegeben, und er ist seitdem das meisteingesetzte Verfahren, wenn es um ein Screening des Alkoholkonsums geht. Zehn Fragen werden darin zum Alkoholkonsum und zu potenziellen

Abhängigkeitssymptomen gestellt. Bei dieser Studie kam die gekürzte Version des Verfahrens, der sogenannte Alcohol Use Disorders Identification Test for Consumption (AUDIT-C) (Bush et al., 1998) zum Einsatz, der lediglich die drei Items bezogen auf den Alkoholkonsum beinhaltet. Auf einer fünfstufigen Likertskala werden Fragen zum Alkoholkonsum beantwortet. Die Antwortmöglichkeiten sind für jedes Item unterschiedlich. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die verschiedenen Antwortmöglichkeiten der drei Items.

Tabelle 4. *Items und Antwortmöglichkeiten des AUDIT-C*

Item	Antwortmöglichkeiten
Wie oft trinken Sie Alkohol?	Häufigkeit (0 = nie; 4 = 4 mal pro Woche oder öfter)
Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viel alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise?	Menge (0 = 1 oder 2; 4 = 10 oder mehr)
Wie oft haben Sie an einem Tag mehr als 6 alkoholische Getränke getrunken?	Häufigkeit (0 = nie; 4 = jeden Tag oder fast jeden Tag)

Durch Aufsummieren der Antworten ergibt sich ein Bild über den Alkoholkonsum der Person. Je höher der Summenscore, desto schwerwiegender ist die Abhängigkeit, mit einem minimalen Punktescore von 0 und einem Maximum von 12. Studien zeigen, dass ein Cutoff-Wert ab 4 als gutes Indiz für problematischen Alkoholkonsum dient. Der AUDIT-C besticht durch seine kurze Bearbeitungsdauer und seine hohe Akzeptanz der Fragen seitens der Befragten (Rumpf, Hapke, Meyer, & John, 2002). Mit einem Cronbachs Alpha von .80 ist die interne Konsistenz gut (Rumpf, Wohler, Freyer-Adam, Grothues, & Bischof, 2013).

6.4.4 Covid-19-Pandemie Stress Skala (CPSS). Die Covid-19-Pandemie Stress Skala wurde von Werner und Kolleg:innen (2021a) entwickelt, um Stress zu erheben, der durch die besonderen Umstände der Covid-19-Krise entstanden ist. Das Instrument besteht aus zehn Items. Pro Item wird jeweils eine Regel oder Verhaltensweise zur Infektionseindämmung abgefragt: hygienisches Verhalten (z.B. Hände waschen), Verhalten in der Öffentlichkeit (z.B. Abstand halten), soziale Kontakteinschränkungen, Medienberichterstattung, Angst vor einer Infektion mit Covid-19, Angst vor einer Infektion bekannter Personen mit Covid-19, Ängste anderer Personen, unsichere Wirtschaftslage, Schließungen öffentlicher Einrichtungen (z.B. Schulen). Mittels einer vierstufigen Likertskala wird angegeben, wie gestresst/ängstlich man

sich durch den jeweiligen Aspekt in den letzten zwei Wochen gefühlt hat (0 = *überhaupt nicht belastet*; 3 = *sehr belastet*).

Über einen Summenscore wird die allgemeine Belastung durch die Konsequenzen der Pandemie abgebildet. Es kann ein minimaler Score von 0 und ein maximaler von 30 Punkten erreicht werden. Die CPSS hat eine geringe Bearbeitungszeit und gibt einen einfachen Überblick, ob Personen sich durch die Covid-19-Krise bedroht fühlen oder nicht. Eine erste Analyse ergab eine gute interne Konsistenz von Cronbachs Alpha .74 (Werner, Kater, Schlarb, & Lohaus, 2021b).

6.4.5 Depression-Anxiety-Stress-Scales-21 (DASS-21). Die Depression-Anxiety-Stress-Scales wurden von Lovibond und Lovibond (1995) als Instrument zur Erfassung von Depression, Angst und Stress entwickelt. Es gibt zwei Versionen der Skalen. Die ursprüngliche Version enthält 42 Items, die gekürzte 21 Items. Bei dieser Studie kam die kürzere Version zum Einsatz, in der deutschen Übersetzung von Nilges und Essau (2015). Erhoben werden die drei Subskalen *Depression*, *Angst* und *Stress*. Jede Subskala wird mittels sieben Items erfasst. Die Subskala *Depression* erfragt die Aspekte Dysphorie, Hoffnungslosigkeit, Entwertung des Lebens, Selbstherabwürdigung, mangelndes Interesse/Engagement, Anhedonie und Energielosigkeit. Die Subskala *Angst* erfragt Inhalte wie Erregung des autonomen Nervensystems, körperliche Aspekte der Angst, Situationsangst und subjektive Erfahrung von Angst. Die Subskala *Stress* erhebt Schwierigkeiten beim Entspannen, Ungeduld, Überreaktionen und leichte Erregbarkeit. Ein Beispielitem für *Depression* ist „Ich empfand das Leben als sinnlos“, für *Angst* „Ich fühlte mich grundlos ängstlich“ und für *Stress* „Ich fand es schwer, mich zu beruhigen“. Die Beantwortung der Items erfolgt über eine vierstufige Likertskala, wobei angegeben werden soll, inwieweit die Behauptung innerhalb der letzten Woche auf einen selbst zutraf (0 = *traf gar nicht auf mich zu*; 3 = *traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit*).

Es können sowohl für jede Subskala eigene Summenscores gebildet werden als auch ein genereller *Distress*-Score über ein Aufsummieren aller Itemwerte. Eine höhere Summe bedeutet jeweils eine höhere Belastung in der Skala bzw. Subskala. Die Subskala-Summenscores haben jeweils ein Minimum von 0 und ein Maximum von 21. Als Cutoff-Wert für klinisch auffällige Ergebnisse wird für den Faktor *Depression* und *Stress* jeweils ≥ 10 und für *Angst* ≥ 6 herangezogen.

Das Instrument besticht mit seiner ökonomischen Anwendung. Anhand von nur 21 Items können die wesentlichsten Aspekte negativer Affektivität erhoben werden. Untersuchungen zur

internen Konsistenz der Skalen ergaben gute Werte mit einem Cronbachs Alpha von .88 für *Depression*, .76 für *Angst* und .86 für *Stress* (Nilges & Essau, 2015).

6.5 Fragestellungen und Hypothesen

Mit dieser Arbeit wurde erforscht, wie sich die psychische Belastung von Personen im Vergleich zwischen Lockdownzeiten und normalen Zeiten darstellt. Bezogen darauf wurden auch mögliche Veränderungen beim Konsum von Koffein und Alkohol erhoben.

6.5.1 Unterschiedshypothesen zur aktuellen psychischen Belastung

Fragestellung 1: Gibt es signifikante Unterschiede im Ausmaß der aktuellen psychischen Belastung in Bezug auf die soziodemografischen Daten?

H₀ (1.1): Frauen weisen aktuell im Vergleich zu Männern gleiche oder niedrigere Werte auf der Skala Depression der DASS-21 auf.

H₁ (1.1): Frauen weisen aktuell im Vergleich zu Männern höhere Werte auf der Skala Depression der DASS-21 auf.

Analog zu H₀ und H₁ (1.1) wurden H₀ und H₁ (1.2) bis (1.4) in Bezug auf die Skalen Stress und Angst sowie den Gesamtscore der DASS-21 formuliert.

H₀ (1.5): Personen mit höherer Bildung weisen aktuell im Vergleich zu Personen mit m niedrigerer Bildung gleiche oder niedrigere Werte auf der Skala Depression der DASS-21 auf.

H₁ (1.5): Personen mit höherer Bildung weisen aktuell im Vergleich zu Personen mit niedrigerer Bildung höhere Werte auf der Skala Depression der DASS-21 auf.

Analog zu H₀ und H₁ (1.5) wurden H₀ und H₁ (1.6) bis (1.8) in Bezug auf die Skalen Stress und Angst sowie den Gesamtscore der DASS-21 formuliert.

H₀ (1.9): Jüngere Personen weisen aktuell im Vergleich zu älteren Personen gleiche oder niedrigere Werte auf der Skala Depression der DASS-21 auf.

H₁ (1.9): Jüngere Personen weisen aktuell im Vergleich zu älteren Personen höhere Werte auf der Skala Depression der DASS-21 auf.

Analog zu H₀ und H₁ (1.9) wurden H₀ und H₁ (1.10) bis (1.12) in Bezug auf die Skalen Stress und Angst sowie den Gesamtscore der DASS-21 formuliert.

6.5.2 Unterschiedshypothesen zur psychischen Belastung im Lockdown

Fragestellung 2: Gab es signifikante Unterschiede im Ausmaß der psychischen Belastung im Lockdown in Bezug auf die soziodemografischen Daten?

H₀ (2.1): Frauen wiesen im Lockdown im Vergleich zu Männern gleiche oder niedrigere Werte auf der Skala *Depression* der DASS-21 auf.

H₁ (2.1): Frauen wiesen im Lockdown im Vergleich zu Männern höhere Werte auf der Skala *Depression* der DASS-21 auf.

Analog zu H₀ und H₁ (2.1) wurden H₀ und H₁ (2.2) und (2.4) in Bezug auf die Skalen *Stress* und *Angst* sowie den Gesamtscore der DASS-21 formuliert.

H₀ (2.5): Personen mit höherer Bildung wiesen im Lockdown im Vergleich zu Personen mit niedrigerer Bildung gleiche oder niedrigere Werte auf der Skala *Depression* der DASS-21 auf.

H₁ (2.5): Personen mit höherer Bildung wiesen im Lockdown im Vergleich zu Personen mit niedrigerer Bildung höhere Werte auf der Skala *Depression* der DASS-21 auf.

Analog zu H₀ und H₁ (2.5) wurden H₀ und H₁ (2.6) bis (2.8) in Bezug auf die Skalen *Stress* und *Angst* sowie den Gesamtscore der DASS-21 formuliert.

H₀ (2.9): Jüngere Personen wiesen im Lockdown im Vergleich zu älteren Personen gleiche oder niedrigere Werte auf der Skala *Depression* der DASS-21 auf.

H₁ (2.9): Jüngere Personen wiesen im Lockdown im Vergleich zu älteren Personen höhere Werte auf der Skala *Depression* der DASS-21 auf.

Analog zu H₀ und H₁ (2.9) wurden H₀ und H₁ (2.10) bis (2.12) in Bezug auf die Skalen *Stress* und *Angst* sowie den Gesamtscore der DASS-21 formuliert.

6.5.3 Unterschiedshypothese zur aktuellen psychischen Belastung im Vergleich zu Lockdownzeiten

Fragestellung 3: Zeigte sich eine höhere psychische Belastung in Lockdownzeiten im Vergleich zur aktuellen Situation?

H₀ (3.1): Die Werte auf der Skala *Depression* der DASS-21 waren in Lockdownzeiten gleich hoch oder niedriger als in der aktuellen Situation.

H₁ (3.1): Die Werte auf der Skala *Depression* der DASS-21 waren in Lockdownzeiten höher als in der aktuellen Situation.

Analog zu H₀ und H₁ (3.1) wurden H₀ und H₁ (3.2) bis (3.5) in Bezug auf die Skalen *Stress*, *Angst* und dem Gesamtscore der DASS-21, sowie den Gesamtscore der CPSS formuliert.

6.5.4 Hypothesen zur Vorhersage der aktuellen Konsumhöhe

Fragestellung 4: Können die Faktoren *Alter, Geschlecht, Bildungsstand, derzeitiger Beschäftigungsstatus, aktueller Beziehungsstatus, die aktuelle Wohnsituation* und *Covid-Stress* die aktuelle Koffein- bzw. Alkoholkonsumhöhe vorhersagen?

H₀ (4.1): Es gibt keinen Prädiktor, der die aktuelle Koffeinkonsumhöhe vorhersagen kann.

H₁ (4.1): Es gibt mindestens einen Prädiktor, der die aktuelle Koffeinkonsumhöhe vorhersagen kann.

Analog zu H₀ und H₁ (4.1) wurden H₀ und H₁ (4.2) in Bezug auf den Alkoholkonsum formuliert.

6.5.5 Unterschiedshypothesen zur aktuellen Konsumhöhe

Fragestellung 5: Weisen Personen mit aktuell höheren Depressionswerten, Angstwerten, Stresswerten und Covid-Stress aktuell einen höheren Koffein- bzw. Alkoholkonsum auf?

H₀ (5.1): Personen mit aktuell höheren Werten auf der Depressionsskala der DASS-21 weisen im Vergleich zu Personen mit niedrigen Werten aktuell einen gleich hohen oder niedrigeren Koffeinkonsum auf.

H₁ (5.1): Personen mit aktuell höheren Werten auf der Depressionsskala der DASS-21 weisen im Vergleich zu Personen mit niedrigen Werten aktuell einen höheren Koffeinkonsum auf.

Analog zu H₀ und H₁ (5.1) wurden H₀ und H₁ (5.2) bis (5.4) in Bezug auf die Skalen Stress, Angst sowie den Gesamtscore der CPSS formuliert.

H₀ (5.5): Personen mit aktuell höheren Werten auf der Depressionsskala der DASS-21 weisen im Vergleich zu Personen mit niedrigen Werten aktuell einen gleich hohen oder niedrigeren Alkoholkonsum auf.

H₁ (5.5): Personen mit aktuell höheren Werten auf der Depressionsskala der DASS-21 weisen im Vergleich zu Personen mit niedrigen Werten aktuell einen höheren Alkoholkonsum auf.

Analog zu H₀ und H₁ (5.5) wurden H₀ und H₁ (5.6) bis (5.8) in Bezug auf die Skalen Stress, Angst sowie den Gesamtscore der CPSS formuliert.

6.5.6 Unterschiedshypothesen zur Konsumhöhe im Lockdown

Fragestellung 6: Wiesen Personen mit im Lockdown höheren Depressionswerten, Angstwerten, Stresswerten und Covid-Stress im Lockdown einen höheren Koffein- bzw. Alkoholkonsum auf?

H₀ (6.1): Personen mit im Lockdown höheren Werten auf der Depressionsskala der DASS-21 wiesen im Vergleich zu Personen mit niedrigen Werten im Lockdown einen gleich hohen oder niedrigeren Koffeinkonsum auf.

H₁ (6.1): Personen mit im Lockdown höheren Werten auf der Depressionsskala der DASS-21 wiesen im Vergleich zu Personen mit niedrigen Werten im Lockdown einen höheren Koffeinkonsum auf.

Analog zu H₀ und H₁ (6.1) wurden H₀ und H₁ (6.2) bis (6.4) in Bezug auf die Skalen Stress, Angst sowie den Gesamtscore der CPSS formuliert.

H₀ (6.5): Personen mit im Lockdown höheren Werten auf der Depressionsskala der DASS-21 wiesen im Vergleich zu Personen mit niedrigen Werten im Lockdown einen gleich hohen oder niedrigeren Alkoholkonsum auf.

H₁ (6.5): Personen mit im Lockdown höheren Werten auf der Depressionsskala der DASS-21 wiesen im Vergleich zu Personen mit niedrigen Werten im Lockdown einen höheren Alkoholkonsum auf.

Analog zu H₀ und H₁ (6.5) wurden H₀ und H₁ (6.6) bis (6.8) in Bezug auf die Skalen Stress, Angst sowie den Gesamtscore der CPSS formuliert.

6.5.7 Aktueller Konsum im Vergleich zu Lockdown

Fragestellung 7: War die Alkohol- und Koffeinkonsummenge in Lockdownzeiten höher als aktuell?

H₀ (7.1): Der Koffeinkonsum war in Lockdownzeiten gleich hoch oder niedriger als aktuell.

H₁ (7.1): Der Koffeinkonsum war in Lockdownzeiten höher als aktuell.

H₀ (7.2): Der Alkoholkonsum war in Lockdownzeiten gleich hoch oder niedriger als aktuell.

H₁ (7.2): Der Alkoholkonsum war in Lockdownzeiten höher als aktuell.

6.6 Angewandte statistische Auswertung

Für die Analyse wurde mit dem Computerprogramm IBM SPSS Statistics 28 gearbeitet. Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha = 5\%$ festgelegt, daher wurden Ergebnisse ab $p < .05$ als statistisch signifikant angesehen.

Da bei der vorliegenden Stichprobe die jeweiligen Teilgruppen ein $n \geq 30$ aufwiesen, wurde Normalverteilung der Daten angenommen (siehe zentraler Grenzwertsatz, Bortz & Schuster, 2010). Zur Ermittlung der Reliabilität der verwendeten Instrumente wurde Cronbachs α ermittelt. Als Maß für die interne Konsistenz gibt es an, inwieweit die Items einer Skala

miteinander korrelieren. Ein Wert ab .70 wird als akzeptabel angesehen, ab .90 spricht man von einem sehr guten Wert (Bortz & Schuster, 2010).

Zur Beschreibung der soziodemografischen Werte wurden Häufigkeiten ermittelt. Lagen metrische Daten vor, dann wurden auch Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet. Die Gruppeneinteilung für die Unterschiedshypothesen erfolgte nach den Cutoff-Werten der Manuale des jeweiligen Instruments. Für die Gruppeneinteilung anhand des CPSS wurde der Median herangezogen. Die Gruppenbildung nach Geschlecht erfolgte in weiblich und männlich. Für das Alter wurden drei Gruppen gebildet: 18- bis 24-Jährige, 25- bis 29-Jährige und Personen ab 40 Jahren. Die Gruppeneinteilung für die höchste abgeschlossene Bildung ergab ebenfalls drei Gruppen: niedrigere Bildung (keine Ausbildung, Pflichtschule, Lehre und berufsbildende mittlere Schule), mittlere Bildung (Personen mit Matura bzw. Abitur) und höhere Bildung (abgeschlossenes Studium).

Zur Überprüfung der Unterschiedshypothesen bei unabhängigen Gruppen wurde ein Zwei-Stichproben-t-Test durchgeführt, anhand dessen die Mittelwerte zweier Gruppen verglichen wurden. Bei abhängigen Gruppen wurden die Mittelwerte zwischen zwei verschiedenen Zeitpunkten verglichen. Hierbei wurde ein paarweiser t-Test eingesetzt. Falls die Voraussetzung der Varianzhomogenität nicht gegeben war, so wurde der Welch-Test herangezogen (Hemmerich, 2022). Für gerichtete Hypothesen wurde der p -Wert halbiert. Ergab sich bei der Überprüfung der Unterschiedshypothesen ein signifikantes Ergebnis, wurde zusätzlich die Effektstärke Cohens d angegeben. Cohens d gibt an, wie groß der Mittelwertsunterschied zwischen zwei Gruppen ist und dient zur besseren Interpretation signifikanter Ergebnisse (Cohen, 1988). Ein $|d| \geq 0.20$ entspricht einem kleinen, $|d| \geq 0.50$ einem mittleren und $|d| \geq 0.80$ einem großen Effekt. Beim Vergleich von mehr als zwei Gruppen wurde eine ANOVA durchgeführt. Wurde die Voraussetzung der Varianzhomogenität verletzt, so wurden die Werte der Welch-ANOVA herangezogen. Zusätzlich wurde für die ANOVA die Effektstärke η^2 angegeben. Dabei gibt η^2 die Größe des Gesamteffekts für einen Faktor an. Es gelten folgende Größenordnungen für η^2 : $\leq .01$ bedeutet einen kleinen, $\leq .06$ einen mittleren und $\leq .14$ einen großen Effekt (Cohen, 1988). Die in diesem Kontext zu überprüfenden Hypothesen wurden allesamt gerichtet formuliert. Daher wurden zur genaueren Analyse anschließend die Kontraste betrachtet. Falls das Kriterium der Varianzhomogenität hierbei nicht erfüllt war, erfolgte die Betrachtung der Kontraste über die Parameterschätzungen für ungleiche Varianzen. Falls ein signifikanter Unterschied der Gruppen festgestellt wurde, erfolgte die Berechnung der Effektstärke $r_{Kontrast}$. Durch folgende Berechnung erhält man

$r = \sqrt{t^2/t^2 + df}$. Nach Lipsey und Wilson (2001) lässt sich die Größe folgendermaßen einordnen: ein $r \geq .10$ gilt als kleiner, ein $r \geq .25$ als mittlerer und ein $r \geq .40$ als großer Effekt.

Mittels multipler linearer Regression wurden die Kriterien des aktuellen Koffein- und Alkoholkonsums analysiert. Über zuvor festgelegte Variablen wurde ermittelt, inwieweit diese das Outcome, also die Konsumhöhe, vorhersagen konnten. Als mögliche einflussnehmende Variablen wurden das *Alter*, der *Bildungsstand*, der *derzeitige Beschäftigungsstatus*, der *aktuelle Beziehungsstatus*, die *aktuelle Wohnsituation* und der *aktuelle Covid-Stress* definiert. Die multiple lineare Regression setzt eine Reihe von Annahmen über die Daten voraus, die vor der endgültigen Interpretation der Ergebnisse überprüft werden müssen (Field, 2017). Die Voraussetzungen des linearen Zusammenhangs der metrischen Variablen und der Homoskedastizität der Residuen wurden anhand von Streudiagrammen der standardisierten vorhergesagten Werten und Residuen ermittelt. Bei Unsicherheiten bezüglich der grafischen Überprüfung der Varianzhomogenität wurde zusätzlich der Breusch-Pagan-Test herangezogen. Bei einer Verletzung der Voraussetzung der Homoskedastizität der Residuen werden die Standardfehler der Parameterschätzer beeinträchtigt, wodurch der p -Wert der Signifikanztests unzureichend geschätzt wird. Lag bei den Daten zur Berechnung der multiplen linearen Regression Heteroskedastizität vor, so wurde bei der Interpretation der Signifikanz auf die Parameterschätzung mit robusten Standardfehlern nach der HC4-Methode zurückgegriffen (Hayes & Cai, 2007). SPSS bietet diesen Zusatz an für Fälle, bei denen die Homoskedastizität nicht vorliegt. Die Daten sollten außerdem keine Ausreißer beinhalten. Mittels Cook-Distanz, zentriertem Hebelwert und Mahalanobis-Abstand wurde diese Annahme überprüft. Die Normalverteilung der standardisierten Residuen wurde anhand von Histogrammen und P-P-Diagrammen grafisch beurteilt. Eine Multikollinearität der Prädiktoren sollte nicht vorliegen. Anhand des Variance-Inflation-Factors (VIF) kann diese Voraussetzung geprüft werden. Der sollte $VIF < 10$. Ob eine Unabhängigkeit der Residuen, also keine Autokorrelation vorliegt, wurde mittels Durbin-Watson-Statistik überprüft. Die Werte der Durbin-Watson-Statistik können zwischen 0 und 4 liegen, wobei ein Wert nahe 2 wünschenswert ist. Um auch nominalskalierte Variablen mit dichotomen bzw. mehreren kategorialen Ausprägungen in das Regressionsmodell aufnehmen zu können, wurde eine Dummy-Codierung der Variablen durchgeführt. Zur Interpretation der Modellanpassung wurde R^2 (bzw. $R^2_{\text{kor.}}$) herangezogen. Dieser Wert gibt, an wie viel Varianz der abhängigen Variablen durch die Prädiktoren erklärt werden kann. Nach Cohen (1988) handelt es sich bei $|R^2| \geq .02$ um eine geringe, bei $|R^2| \geq .13$ um eine mittlere und ab $|R^2| \geq .26$ um eine hohe Varianzaufklärung. Zusätzlich wurde auch der standardisierte Regressionskoeffizient β berichtet. Als Effektstärke interpretiert gibt dieser die

Richtung und Vorhersagekraft der einzelnen Prädiktoren an. Ein Wert von $|\beta| \geq .10$ gilt dabei als schwacher, von $|\beta| \geq .30$ als mittlerer und $|\beta| \geq .50$ als starker Effekt (Cohen, 1988).

7 Ergebnisdarstellung

In diesem Kapitel erfolgt zuerst eine nähere Beschreibung der Stichprobe, anschließend werden die Ergebnisse zu den inferenzstatistischen Analysen zu oben angeführten Hypothesen berichtet.

7.1 Stichprobenbeschreibung

In diesem Kapitel werden Geschlechter- und Altersverteilung, Nationalität, Familienstand, Wohnstatus, Bildungsstatus und Beschäftigungsstatus der Stichprobe beschrieben. Außerdem werden die Prävalenzraten dieser Stichprobe bezüglich Depression, Angst und Stress, sowie des Koffein- und Alkoholkonsums berichtet.

7.1.1 Rücklaufstatistik. Insgesamt haben 317 Personen den Fragebogen begonnen. Davon haben 242 (76.3%) die Untersuchung abgeschlossen. Drei Personen waren unter 18 Jahre alt, und bei weiteren sieben Personen fehlten maßgebliche Angaben bei der Fragebogenbatterie. Deshalb mussten zehn Personen von der Analyse ausgeschlossen werden.

7.1.2 Geschlecht und Alter. Die verwendete Stichprobe hatte eine Größe von 232 Personen. Davon waren 174 Frauen (75.0%) und 58 Männer (25.0%). Das Durchschnittsalter lag bei 34.32 Jahren ($SD = 13.26$). Die jüngste Person war 19 Jahre alt, die älteste 81 Jahre.

7.1.3 Nationalität, Familienstand und Wohnsituation. Der Großteil der Teilnehmenden kam aus Österreich mit 154 Personen (66.4%), gefolgt von 73 Personen (31.5%) aus Deutschland. Die Mehrheit mit 156 Personen (67.3%) gab an, in einer Beziehung oder verheiratet zu sein, 69 Teilnehmer:innen (29.7%) waren ledig, vier Personen (1.7%) waren geschieden, und drei Teilnehmende (1.3%) gaben an, verwitwet zu sein. Zum Erhebungszeitpunkt wohnten 59 Personen (25.4%) allein, 132 Personen (56.9%) in einem Haushalt mit zwei bis drei anderen Bewohnern, und 41 Teilnehmer:innen (17.7%) bewohnten einen Haushalt mit mehr als vier anderen Personen.

7.1.4 Erwerbstätigkeit und Bildung. Die meisten Personen waren mit 87 Personen (37.5%) Vollzeit beschäftigt. Nur sechs Personen (2.6%) befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung in Kurzarbeit. Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Verteilung der Beschäftigungen, absteigend nach Anzahl der Personen pro Kategorie geordnet.

Mit 93 Personen (40.1%) verfügte der Großteil der Stichprobe über ein bereits abgeschlossenes Studium. Achtundsiebzig Teilnehmende (33.6%) hatten Matura, jeweils 29 Personen (12.5%) besuchten eine berufsbildende mittlere Schule oder hatten eine Lehre abgeschlossen. Der geringste Anteil mit drei Personen (1.3%) gab einen Pflichtschulabschluss als höchste abgeschlossene Ausbildung an.

Tabelle 5. *Häufigkeiten und Anteilswerte*

Beschäftigungsstatus	Anzahl	%
Vollzeit	87	37.5
Teilzeit	45	19.4
geringfügig	30	12.9
Arbeitslos	15	6.5
In Pension	14	6.0
sonstiges	14	6.0
In Ausbildung	11	4.7
Selbstständig	10	4.4
Kurzarbeit	6	2.6
Gesamt	232	100.0

7.1.5 Mentale Belastung der Stichprobe. Die mentale Belastung wurde mit den DASS-21 erhoben. Ab 10 Punkten auf dem Summenscore der Subskala Depression liegt ein erhöhter Wert vor. In dieser Stichprobe erreichten 30 Personen (12.9%) in der aktuellen Situation und 47 (20.3%) im Lockdown diesen Wert. Für die Subskala Angst wurde der kritische Wert von 6 Punkten von 47 Proband:innen (20.3%) in der aktuellen Situation und 46 Personen (19.8%) im Lockdown erreicht. Insgesamt gaben 37 Personen (15.9%) aktuell auffällige Werte auf der Stressskala (ab einem Wert von 10) an, im Vergleich dazu im Lockdown 48 Proband:innen (20.7%).

7.1.6 Koffein- und Alkoholkonsum der Stichprobe. Durchschnittlich konsumierten die Proband:innen im Lockdown 154 mg Koffein pro Tag, in der aktuellen Situation rund 159 mg. Jeweils zehn Personen (4.3%) gaben an, einen problematischen Koffeinkonsum von über 400 mg pro Tag zu konsumieren, sowohl im Lockdown als auch in der aktuellen Situation. Männer hatten sowohl im Lockdown als auch in der aktuellen Situation einen leicht höheren Konsum als Frauen, im Schnitt um rund 50 mg.

Für den Alkoholkonsum lag der Mittelwert des AUDIT-C-Summscores im Lockdown bei 2.6 Punkten und in der aktuellen Situation bei 2.8 Punkten. Mit einem Minimum von 0 Punkten gaben 48 Personen (20.7%) im Lockdown und 37 Personen (15.9%) in der aktuellen Situation an, wenig bis gar keinen Alkohol zu konsumieren. Einen problematischen Alkoholkonsum (d.h. mehr als 3 Punkte beim AUDIT-C-Summscore) gaben 65 Personen (28.0%) im Lockdown und 79 Personen (34.0%) in der aktuellen Situation an. Geschlechtsspezifisch gesehen wiesen im Lockdown rund 20.7% und in der aktuellen Situation 27.6% der Frauen einen problematischen Alkoholkonsum auf. Bei den Männern gaben 29.3% im Lockdown und 32.8% in der aktuellen Situation einen überdurchschnittlichen Alkoholkonsum an.

7.2 Reliabilitätsanalyse der Messinstrumente

In diesem Abschnitt wird auf die Reliabilitätsanalyse der eingesetzten Instrumente eingegangen. Unter Reliabilität versteht man die Messgenauigkeit eines Tests. Die interne Konsistenz ist ein bestimmtes Maß der Reliabilität. Bei ihr werden die Korrelationen einzelner Items einer Skala betrachtet, um zu sehen, wie hoch der Zusammenhang untereinander ist. Gemessen wird die interne Konsistenz anhand des Cronbachs α . Der Wertebereich liegt zwischen 0 und 1, wobei Werte ab .70 als akzeptabel gelten. Weiters wird für jede Skala der Instrumente das Minimum und Maximum der Item-Trennschärfe angeführt. Allgemein versteht man darunter die Korrelation eines Items mit dem Gesamtergebnis einer Skala. Dadurch kann eingeschätzt werden, wie gut ein Instrument zwischen hoher und niedriger Merkmalsausprägung von Personen unterscheiden kann. Eine Trennschärfe unter .30 wird als nicht akzeptabel angesehen (Blanz, 2015). Da die Verfahren jeweils zweimal vorgelegt wurden (einmal im Kontext der Lockdowns und einmal im Kontext der aktuellen Situation), gibt es jeweils zwei Reliabilitätsanalysen.

7.2.1 Reliabilitätsanalyse des AUDIT-C. Der Alkoholkonsum wird beim AUDIT-C anhand dreier Items erhoben. Für die Befragung im Kontext der aktuellen Situation ergab sich eine interne Konsistenz von .696, ein Wert im nicht akzeptablen Bereich. Die Item-Trennschärfe lag zwischen .445 und .662, die akzeptablen Werten entsprechen. Die Erhebung im Kontext des Lockdowns ergab ein akzeptables Cronbachs Alpha von .731. Auch die Werte für die Trennschärfe sind mit Zahlen zwischen .521 und .701 höher als bei der Befragung im Kontext der aktuellen Situation. Ein Überblick über Cronbachs Alpha und Trennschärfe bietet Tabelle 6.

Tabelle 6. *Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α , Maximum und Minimum der Trennschärpen für die Skala des AUDIT-C im Kontext der aktuellen Situation und der Lockdowns; N=232*

Skalenbezeichnung	Itemanzahl	Cronbachs α	Item-Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
aktuell				
AUDIT for consumption	3	.696	.445	.662
Lockdown				
AUDIT for consumption	3	.731	.521	.701

7.2.2 Reliabilitätsanalyse der CPSS. Die CPSS erfassen anhand einer Skala mit zehn Items den empfundenen Covid-Stress. Für die Erhebungen in beiden Kontexten ergab sich ein akzeptables Cronbachs Alpha von $> .70$. Auch die Werte für die Item-Trennschärfe lagen im akzeptablen Bereich, siehe Tabelle 7.

Tabelle 7. *Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α , Maximum und Minimum der Trennschärpen für die Skala CPSS im Kontext der aktuellen Situation und der Lockdowns; N=232*

Skalenbezeichnung	Itemanzahl	Cronbachs α	Item-Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
aktuell				
Covid-Stress	10	.831	.414	.617
Lockdown				
Covid-Stress	10	.794	.326	.540

7.2.3 Reliabilitätsanalyse der DASS-21. Die DASS-21 erheben mittels drei Subskalen zu je sieben Items die mentale Belastung einer Person. Für die Erhebung im Kontext der aktuellen Situation ergaben sich für die Konsistenz gute bis sehr gute Werte. Mit einem Minimum von .624 ergab sich die niedrigste Trennschärfe für die Skala Angst, jedoch befindet sich dieser Wert über dem Akzeptanzniveau. Für die Befragung im Kontext der Lockdowns zeigte sich in der Skala Angst das niedrigste Cronbachs Alpha von .902. Damit lag die interne Konsistenz in allen drei Skalen im sehr guten Bereich. Auch bei der Item-Trennschärfe ergaben sich mit einem Minimum von .539 und einem Maximum von .860 zufriedenstellende Werte. Tabelle 8 gibt einen genaueren Überblick über die Werte.

Tabelle 8. *Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α , Maximum und Minimum der Trennschärfe für die Skalen der DASS-21 im Kontext der aktuellen Situation und der Lockdowns; N=232*

Skalenbezeichnung	Itemanzahl	Cronbachs α	Item-Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
aktuell				
Depressivität	7	.932	.717	.825
Angst	7	.899	.624	.745
Stress	7	.918	.732	.774
Lockdown				
Depressivität	7	.930	.687	.860
Angst	7	.902	.539	.777
Stress	7	.923	.705	.820

7.2 Hypothesenprüfung

Das folgende Kapitel beschreibt die Ergebnisse der im Kapitel 6.5 dargestellten Hypothesen.

7.2.1 Unterschiedshypothesen zur aktuellen psychischen Belastung. Für die Beantwortung der ersten Fragestellung *Gibt es signifikante Unterschiede im Ausmaß der aktuellen psychischen Belastung in Bezug auf die soziodemografischen Daten?* wurden die Mittelwerte der mentalen Belastung anhand der DASS-21 für die verschiedenen Gruppen mittels t-Tests für unabhängige Stichproben bzw. ANOVA mit Kontrastanalysen verglichen. Da nach dem zentralen Grenzwertsatz alle Teilgruppen normalverteilt waren, wurde diese Voraussetzung erfüllt. Für die Analyse der Unterschiede der psychischen Belastung in der aktuellen Situation mussten zwei Personen ausgeschlossen werden, da bei beiden zu allen Subskalen der DASS-21 in der aktuellen Situation die Antworten fehlten. Insgesamt beinhalteten die Unterschiedsanalysen daher 230 Proband:innen. Die Hypothesen wurden jeweils gerichtet formuliert, weswegen der Signifikanzwert bei jeder Testung halbiert wurde. Die nachfolgenden Tabellen zeigen jeweils Mittelwert (M), Standardabweichung (SD), t -Werte, Freiheitsgrade (df), Signifikanzniveau (p), Effektstärke (d) und nach Bonferroni-Holm korrigiertes Alpha (α^*). Hohe Werte weisen auf eine höhere psychische Belastung hin.

Geschlecht. Die Voraussetzung der Varianzhomogenität konnte bei allen Hypothesen außer Hypothese (1.2) belegt werden. Bei dieser Hypothese wurde deswegen der Welch-Test zur Betrachtung der Ergebnisse herangezogen.

Tabelle 9 zeigt die Auswertung der Hypothesen (1.1) bis (1.4). Nach Bonferroni-Holm-Korrektur zeigte sich ein signifikanter Unterschied für die Subskala *Stress*. Das heißt, Frauen gaben höhere Stresswerte in der aktuellen Situation als Männer an. Es müssen H_0 (1.1), (1.3) und (1.4) beibehalten werden. Für Hypothese (1.2) kann die Alternativhypothese angenommen werden.

Tabelle 9. *Deskriptivstatistische Kennwerte der Skalen der DASS-21 für Frauen^a und Männer^b in der aktuellen Situation, t-Wert mit Signifikanzwert, Effektstärke und korrigiertem Alpha*

DASS-21-Skala	Gruppe	M	SD	t(df)	p	d	α^*
Depression	weiblich	4.02	5.18	1.217 (228)	.112		
	männlich	3.11	4.10				
Angst	weiblich	2.92	4.35	1.011 (228)	.157		
	männlich	2.26	3.94				
Stress	weiblich	4.97	5.26	2.337 (122.662)	.011*	0.31	.017
	männlich	3.40	4.07				
Gesamtscore	weiblich	11.91	13.79	1.550 (228)	.061		
	männlich	8.77	11.53				

Anmerkung. Für die Subskala Stress wurde der Welch-Test herangezogen

^a $n = 173$. ^b $n = 57$.

* $p < .05$, einseitig. α^* = korrigiertes Alpha.

Bildung. Für die Gruppen niedriger, mittlerer und hoher Bildungsstand ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in den Subskalen und der Summenskala der DASS-21. Das heißt, der Bildungsstand hatte keinen wesentlichen Einfluss auf die aktuellen psychische Belastung der Proband:innen. Die Nullhypothese für die Fragestellungen (1.5) bis (1.8) musste beibehalten werden. Tabelle 10 fasst die wichtigsten Kennwerte zusammen.

Alter. Bei der ANOVA ergab sich ein signifikanter Effekt des Alters auf die aktuelle psychische Belastung in den Subskalen Depression, $F(2, 227) = 3.492$, $p = .016$, $\eta^2 = .030$, Angst, $F(2, 135.537) = 4.841$, $p = .005$, $\eta^2 = .046$, Stress, $F(2, 227) = 6.524$, $p = .001$, $\eta^2 = .054$, und in der Summenskala der DASS-21, $F(2, 227) = 5.612$, $p = .004$, $\eta^2 = .024$. Tabelle 11 gibt einen Überblick über die deskriptivstatistischen Kennwerter der drei Altersgruppen.

Die Hypothesen (1.9) bis (1.12) wurden anschließend mittels Kontrastanalysen ausgewertet. Tabelle 12 zeigt die Koeffizienten der verwendeten Kontraste. Kontrast 1 bezieht sich auf den Vergleich der Gruppe der jüngeren Personen mit Personen im mittleren und

höheren Alter. Der zweite Kontrast vergleicht die Gruppe der Personen im mittleren Alter mit älteren Personen.

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in allen Subskalen der DASS-21 in der aktuellen Situation zwischen der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen im Vergleich zu der Gruppe der 25- bis 39-Jährigen und der Gruppe der über 40-Jährigen. Der größte Unterschied fand sich in der Subskala Stress. Mit einer Effektstärke r zwischen .16 und .23 handelt es sich nach Lipsey und Wilson (2001) für die Subskalen Depression und Stress und der Summenskala um kleine Effekte, für die Subskala Angst um einen mittleren Effekt. Die H_0 für Fragestellungen (1.9) bis (1.12) konnten verworfen und die Alternativhypothesen angenommen werden. Der Vergleich der Personen im mittleren Alter mit den Proband:innen höheren Alters ergab in keiner Subskala einen signifikanten Unterschied. Tabelle 13 gibt einen Überblick über die genauen Werte.

Tabelle 10. *Deskriptivstatistische Kennwerte und ANOVA für die Skalen der DASS-21 für die Gruppen niedriger^a, mittlerer^b und hoher Bildungsstand^c in der aktuellen Situation*

Gruppe	Niedriger Bildungsstand ^a		Mittlerer Bildungsstand ^b		Hoher Bildungsstand ^c		F(2, 227)	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Skala								
Depression	3.23	5.39	4.04	4.93	3.96	4.68	0.529	.295
Angst	2.37	4.63	3.09	4.22	2.73	4.04	0.490	.307
Stress	3.65	5.22	4.58	4.55	5.18	5.24	1.706	.092
Gesamt	9.25	14.72	11.71	12.78	11.87	12.80	0.816	.222

^a $n = 60$. ^b $n = 77$. ^c $n = 93$.

Tabelle 11. *Deskriptivstatistische Kennwerte der Skalen der DASS-21 für die Gruppen der 18- bis 24-Jährigen, der 25- bis 39-Jährigen und der über 40-Jährigen in der aktuellen Situation*

Gruppe	18 bis 24 Jahre ^a		25 bis 39 Jahre ^b		ab 40 Jahren ^c	
	M	SD	M	SD	M	SD
DASS-21-Skala						
Depression	4.92	5.12	3.61	4.91	2.72	4.55
Angst	4.08	4.68	2.12	3.73	2.15	4.15
Stress	6.18	5.39	4.22	4.71	3.21	4.59
Gesamt	15.18	14.04	9.95	12.40	8.08	12.79

^a $n = 74$. ^b $n = 95$. ^c $n = 61$.

Tabelle 12. *Darstellung der verwendeten orthogonalen Kontraste für Mittelwertsunterschiede der Altersgruppen in der aktuellen Situation*

Altersgruppen	Kontrast 1	Kontrast 2	Produkt
18–24 Jahre	1	0	0
25–39 Jahre	-0.5	1	-0.5
≥ 40 Jahren	-0.5	-1	0.5
Summe	0	0	0

Tabelle 13. *Kontraste der ANOVA für die DASS-21-Skalen und den Altersgruppen in der aktuellen Situation, Kontrastwert, Standardfehler, t-Wert mit Freiheitsgraden, Signifikanzwert und Effektstärke*

Skala	Kontrast	Kontrastwert	SE	t(df)	p	r
Depression	1	1.75	0.70	2.520 (227)	.006**	.16
	2	0.89	0.80	1.108 (227)	.135	
Angst	1	1.95	0.64	3.069 (125.368)	.002*	.26
	2	-0.03	0.66	-0.048 (118.070)	.481	
Stress	1	2.46	0.70	3.519 (227)	< .001***	.23
	2	1.01	0.81	1.251 (227)	.106	
Gesamt	1	6.16	1.86	3.319 (227)	< .001***	.22
	2	1.87	2.14	0.871 (227)	.192	

Anmerkung. Für die Subskala Angst wurden die Werte bei Varianzheterogenität betrachtet.

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

7.2.2 Unterschiedshypothesen zur psychischen Belastung im Lockdown. Wie in der vorherigen Untersuchung wurden auch zur Beantwortung der zweiten Fragestellung *Gab es signifikante Unterschiede im Ausmaß der psychischen Belastung im Lockdown in Bezug auf die soziodemografischen Daten?* die Mittelwerte der Gruppe in Bezug auf die DASS-21 im Kontext der Lockdowns verglichen. Die Voraussetzung der Normalverteilung der Gruppen konnte auch bei der Analyse der zweiten Fragestellung angenommen werden.

Geschlecht. Für die Hypothesen (2.1) bis (2.4) gab es eine Voraussetzungsverletzung in Bezug auf die Varianzhomogenität. Daher wurden hierfür Welch-Tests herangezogen. Für die Fragestellungen (2.1) und (2.2) musste die H_0 beibehalten werden.

Nach Bonferroni-Holm-Korrektur zeigten sich signifikante Ergebnisse für Hypothesen (2.3) und (2.4), womit jeweils die Alternativhypothese angenommen werden konnte. Dies bedeutet, dass Frauen angaben, im Lockdown gestresster gewesen zu sein bzw. allgemein eine höhere psychische Belastung aufzeigten als Männer. Mit einem Cohens d von 0.35 und 0.30 handelt es sich hierbei um kleine Effekte, siehe Tabelle 14.

Tabelle 14. *Deskriptivstatistische Kennwerte der Skalen der DASS-21 für Frauen^a und Männer^b im Lockdown, t-Wert mit Signifikanzwert, Effektstärke und korrigiertem Alpha*

DASS-21-Skala	Gruppe	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t(df)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	α^*
Depression	weiblich	5.51	5.76	1.661 (135.064)	.050		
	männlich	4.34	4.16				
Angst	weiblich	3.20	4.49	1.917 (125.159)	.029		.025
	männlich	2.10	3.48				
Stress	weiblich	5.80	5.57	2.706 (131.472)	.004*	0.35	.017
	männlich	3.95	4.12				
Gesamtscore	weiblich	14.51	14.75	2.279 (133.267)	.012*	0.30	
	männlich	10.40	10.78				

Anmerkung. Es wurde für alle Skalen der Welch-Test herangezogen

^a $n = 174$. ^b $n = 58$.

* $p < .05$, einseitig. α^* = korrigiertes Alpha.

Bildung. Für die psychische Belastung im Lockdown ergab sich ein signifikanter Effekt von Bildung auf die Subskalen *Depression*, $F(2, 229) = 4.235$, $p = .008$, $\eta^2 = .036$), und *Stress*, $F(2, 229) = 4.383$, $p = .007$, $\eta^2 = .037$, sowie der *Summenskala* der DASS-21, $F(2, 229) = 3.988$, $p = .010$, $\eta^2 = .034$. Bei der Subskala *Angst*, $F(2, 229) = 1.815$, $p = .083$, konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt werden. Somit musste bei Hypothese (2.6) die Nullhypothese beibehalten werden. Tabelle 15 gibt einen Überblick über die wichtigsten Kennwerte der Deskriptivstatistik.

Für die Subskalen, in denen sich signifikanten Gruppenunterschiede zeigten, wurden anschließend die Kontraste näher betrachtet. Tabelle 16 zeigt die Koeffizienten der verwendeten Kontraste. Kontrast 1 bezieht sich auf den Vergleich zwischen der Gruppe mit hohem Bildungsstand und den Gruppen mit mittleren bzw. niedrigerem Bildungsstand. Der

zweite Kontrast vergleicht die Gruppe der Personen mit mittleren Bildungsstand mit der Gruppe mit niedrigem Bildungsstand.

Tabelle 15. *Deskriptivstatistische Kennwerte für die Skalen der DASS-21 für die Gruppen niedriger, mittlerer und hoher Bildungsstand im Lockdown*

Gruppe	Niedrige Bildung ^a		Mittlere Bildung ^b		Höhere Bildung ^c	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Skala						
Depression	3.62	4.71	6.26	5.81	5.39	5.32
Angst	2.18	4.05	3.56	4.64	2.87	4.06
Stress	3.72	4.81	6.31	5.30	5.59	5.41
Gesamt	9.52	12.86	16.13	14.58	13.85	13.66

^a*n* = 61. ^b*n* = 78. ^c*n* = 93.

Tabelle 16. *Darstellung der verwendeten orthogonalen Kontraste für Mittelwertsunterschiede der Bildungsgruppen im Lockdown*

Bildungsstand	Kontrast 1	Kontrast 2	Produkt
niedriger Bildungsstand	-0.5	-1	0.5
mittlerer Bildungsstand	-0.5	1	-0.5
hoher Bildungsstand	1	0	0
Summe	0	0	0

Im kombinierten Vergleich zeigte sich, dass die Gruppe mit dem höchsten Bildungsstand keine höheren Werte in den Subskalen *Depression* und *Stress* sowie der *Summenskala* der DASS-21 im Kontext des Lockdowns aufwies im Vergleich mit den Gruppen mit niedrigem und mittlerem Bildungsstand. Jedoch unterschied sich die Gruppe mit mittlerem Bildungsstand signifikant in den Skalen *Depression*, *Stress* und Gesamtscore der DASS-21 von der Gruppe mit niedrigerem Bildungsstand. Die Subskalen *Depression* und *Stress* wiesen mit einem *r* von .19 die größten Effektstärke auf. Tabelle 17 zeigt die entsprechenden Werte. Für die Fragestellungen (2.5), (2.7) und (2.8) musste jeweils die Nullhypothese beibehalten werden.

Tabelle 17. Kontraste der ANOVA für die DASS-21-Skalen im Lockdown, Kontrastwert, Standardfehler, t-Wert mit Freiheitsgraden, Signifikanzwert und Effektstärke

Skala	Kontrast	Kontrastwert	SE	t(df)	p	r
Depression	1	0.45	0.72	0.630 (229)	.267	
	2	2.63	0.91	2.883 (229)	.002**	.19
Stress	1	0.58	0.70	0.823 (229)	.206	
	2	2.57	0.89	2.889 (229)	.002**	.19
Gesamt	1	1.02	1.85	0.553 (229)	.146	
	2	6.60	2.35	2.804 (229)	.003**	.18

** $p < .01$, einseitig.

Alter. Bei der Unterschiedsanalyse der psychischen Belastung im Lockdown nach Alter wurde für alle Subskalen und für die Summenskala der DASS-21 die Voraussetzung der Varianzhomogenität verletzt. Deswegen wurden die Werte der Welch-ANOVA verwendet. Es ergab sich insgesamt ein signifikanter Effekt des Alters auf die psychische Belastung im Lockdown in den Subskalen *Depression*, $F(2, 143.374) = 9.574$, $p < .001$, $\eta^2 = .079$, *Angst*, $F(2, 137.189) = 5.237$, $p = .003$, $\eta^2 = .050$, *Stress*, $F(2, 143.400) = 10.971$, $p < .001$, $\eta^2 = .089$, und der *Summenskala* der DASS-21, $F(2, 140.071) = 9.317$, $p < .001$, $\eta^2 = .083$. Tabelle 18 gibt einen Überblick über die deskriptivstatistischen Kennwerte der drei Altersgruppen.

Tabelle 18. Deskriptivstatistische Kennwerte der Skalen der DASS-21 für die Gruppen der 18- bis 24-Jährigen, der 25- bis 39-Jährigen und der über 40-Jährigen im Lockdown

Gruppe	18 bis 24 Jahre ^a		25 bis 39 Jahre ^b		ab 40 Jahren ^c	
	M	SD	M	SD	M	SD
DASS-21-Skala						
Depression	7.17	5.86	4.91	5.05	3.25	4.61
Angst	4.29	4.75	2.33	3.73	2.15	4.12
Stress	7.37	5.60	5.03	4.95	3.30	4.56
Gesamt	18.83	15.07	12.27	12.45	8.69	12.69

^a $n = 76$. ^b $n = 95$. ^c $n = 61$.

Die Hypothesen (2.9) bis (2.12) wurden anschließend mittels Kontrastanalysen ausgewertet. Tabelle 19 zeigt die Koeffizienten der verwendeten Kontraste. Kontrast 1 bezieht sich auf den

Vergleich der Gruppe der jüngeren Personen mit Personen im mittleren und höheren Alter. Der zweite Kontrast vergleicht die Gruppe der Personen im mittleren Alter mit älteren Personen.

Tabelle 19. *Darstellung der verwendeten orthogonalen Kontraste für Mittelwertsunterschiede der Altersgruppen im Lockdown*

Altersgruppen	Kontrast 1	Kontrast 2	Produkt
18–24 Jahre	1	0	0
25–39 Jahre	-0.5	1	-0.5
≥ 40 Jahren	-0.5	-1	0.5
Summe	0	0	0

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in allen Subskalen des DASS-21 im Lockdown zwischen der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen im Vergleich zu der Gruppe der 25- bis 39-Jährigen und der Gruppe der über 40-Jährigen. Die größten Unterschiede fanden sich in der Subskala *Stress* und der *Summenskala der DASS-21*. Mit einer Effektstärke r zwischen .27 und .35 für die Subskalen handelt es sich um mittlere Effekte. Für die Hypothesen (2.9) bis (2.12) konnte die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden. Tabelle 20 zeigt die näheren Werte. Der Vergleich der psychischen Belastung der Personen im mittleren Alter mit den Proband:innen im höheren Alter ergab für alle Skalen einen signifikanten Unterschied, außer für die Subskala *Angst*. Es zeigten sich hierbei kleine Effekte mit einem r zwischen .15 und .19.

Tabelle 20. *Kontraste der ANOVA für die DASS-21 und der Altersgruppen im Lockdown, Kontrastwert, Standardfehler, t-Wert mit Freiheitsgraden, Signifikanzwert und Effektstärke*

Skala	Kontrast	Kontrastwert	SE	t(df)	p	r
Depression	1	3.09	0.78	3.969 (126.788)	< .001***	.33
	2	1.67	0.79	2.126 (136.250)	.018*	.18
Angst	1	2.05	0.63	3.235 (127.948)	.001**	.27
	2	0.18	0.65	0.274 (118.778)	.392	
Stress	1	3.21	0.75	4.274 (129.735)	< .001***	.35
	2	1.74	0.77	2.245 (135.546)	.013*	.19
Gesamt	1	8.35	2.01	4.145 (128.449)	< .001***	.34
	2	3.59	2.07	1.735 (126.296)	.043*	.15

Anmerkung. Für alle Subskalen und die Gesamtskala wurden die Werte bei Varianzheterogenität betrachtet.

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

7.2.3 Unterschiedshypothese zur aktuellen psychischen Belastung im Vergleich zu Lockdownzeiten. Der Vergleich der Werte der DASS-21 und der CPSS im Lockdown mit den Werten der aktuellen Situation ergab in allen Skalen außer *Angst* einen signifikanten Unterschied. Die Proband:innen wiesen im Lockdown allgemein eine höhere psychische Belastung auf. Der *Covid-Stress* hatte mit einem d von 0.85 den größten Effekt, gefolgt von *Depression* mit einem d von 0.36, siehe Tabelle 21. Bei den Hypothesen (3.1), (3.2), und (3.4) konnte die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden. Bei Hypothese (3.3) musste die Nullhypothese hingegen beibehalten werden.

Tabelle 21. *Deskriptivstatistische Kennwerte der Skalen der DASS-21 und der CPSS im Lockdown und in der aktuellen Situation, t-Wert mit Signifikanzwert, Effektstärke und korrigiertem Alpha*

Skala	Gruppe	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i>	<i>d</i>	α^*
Depression	Lockdown	5.22	5.44	5.447 (229)	< .001***	0.36	.017
	aktuell	3.80	4.94				
Angst	Lockdown	2.92	4.30	0.995 (229)	.160		
	aktuell	2.76	4.25				
Stress	Lockdown	5.35	5.32	3.084 (229)	.001**	0.20	.025
	aktuell	4.58	5.03				
Gesamtscore	Lockdown	13.49	14.01	3.900 (229)	< .001***	0.26	
	aktuell	11.13	13.31				
Covid-Stress	Lockdown	14.22	5.75	12.910 (231)	< .001***	0.85	
	aktuell	10.16	5.71				

** $p < .01$, einseitig, *** $p < .001$, einseitig, α^* = korrigiertes Alpha.

7.2.4 Hypothesen zur Vorhersage der Konsumhöhe. Um die vierte Fragestellung *Können die Faktoren Bildungsstand, derzeitiger Beschäftigungsstatus, aktueller Beziehungsstatus, die aktuelle Wohnsituation und Covid-Stress die aktuelle Koffein- bzw. Alkoholkonsumhöhe vorhersagen?* zu beantworten, wurde jeweils eine multiple lineare Regression durchgeführt. Die Analyse beinhaltete 12 Prädiktoren, bestehend aus Alter, Geschlecht, höchster abgeschlossener Bildungsstand, aktueller Beschäftigungsstatus, Beziehungsstatus, aktuelle Wohnsituation und aktueller Covid-Stress, um deren Erklärungsgehalt auf den Koffein- bzw. Alkoholkonsum zu ermitteln. Die Analysen wurden mittels Rückwärts-Methode für den Koffeinkonsum durchgeführt, da es sich hier um eine explorative Analyse handelt. Für den aktuellen Alkoholkonsum wurde die Einschluss-Methode gewählt. Für die Vorhersage des aktuellen Alkoholkonsums wurden nach Betrachtung des

zentralen Hebelwerts und der standardisierten Residuen 23 Ausreißer entfernt, somit beinhaltete diese Stichprobe 209 Personen.

Der aktuelle Koffeinkonsum konnte durch einen Prädiktor signifikant hervorgesagt werden. Daher wurde für Fragestellung (4.1) die Alternativhypothese angenommen und die Nullhypothese verworfen. Die erklärte Varianz R^2 lag bei 4.3%. Der Prädiktor Covid-Stress wies eine Vorhersagekraft von $|\beta| = .166$ auf.

Der aktuelle Alkoholkonsum konnte durch die Prädiktoren *Alter*, *Geschlecht*, *Covid-Stress* und *in einer Beziehung* signifikant vorhergesagt werden. Die erklärte Varianz R^2 lag bei 13.5 %. Der Prädiktor mit der stärksten Vorhersagekraft war *Covid-Stress*, mit einem $|\beta|$ von .18. Tabelle 22 gibt einen Überblick über die Ergebnisse. Angeführt werden für signifikante Prädiktoren die unstandardisierten Regressionskoeffizienten (B) mit deren Standardfehler ($SE B$), die standardisierten Regressionskoeffizienten (β), der jeweilige p -Wert, R^2 sowie korrigiertes R^2 , die Durbin-Watson-Statistik und der VIF für den Prädiktor mit der höchsten Kollinearität.

Tabelle 21. *Ergebnisse der Regressionsanalyse für die Prädiktoren der aktuellen Koffeinkonsumhöhe und Summenskala des AUDIT-C mit Regressionskoeffizienten und Standardfehler, Signifikanzbeurteilung, R^2 und korrigierte R^2 Werte, Durbin-Watson-Statistik und VIF*

Prädiktor	Aktueller Koffeinkonsum				Summenskala AUDIT-C			
	B	$SE B$	β	p	B	$SE B$	β	p
Summenskala CPSS	4.013	1.563	.166	.011*	0.062	0.024	.180	.009**
Alter					-0.025	0.010	-.174	.010*
Geschlecht					0.724	0.312	.164	.021*
In einer Beziehung					0.620	0.308	.149	.046*
R^2 ($R^2_{\text{kor.}}$)			.043 (.034)				.135 (.091)	
F (df1, df2)			5.118 (2, 229)				3.081 (10, 198)	
Durbin-Watson-Statistik			1.902				2.029	
VIF			1.004				≤ 5.096	

Anmerkung. B = unstandardisierter Regressionskoeffizient, $SE B$ = Standardfehler von B , β = standardisierter Regressionskoeffizient, p = Signifikanzwert

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

7.2.5 Unterschiedshypothesen zur aktuellen Konsumhöhe. Um die fünfte Fragestellung *Weisen Personen mit aktuell höheren Depressionswerten, Angstwerten, Stresswerten und Covid-Stress aktuell einen höheren Koffein- bzw. Alkoholkonsum auf?* wurde die Stichprobe

pro Hypothese in jeweils zwei Gruppen eingeteilt, deren Mittelwerte dann in Bezug auf die aktuelle Koffein- bzw. Alkoholkonsumhöhe verglichen wurden. Alle Hypothesen wurden mittels t-Test für ungepaarte Stichproben ausgewertet. Da alle Gruppen eine Mindestgröße von dreißig Personen aufwiesen, wurde eine Normalverteilung der Daten angenommen. Zwei Personen wurden bei der Berechnung herausgenommen, da sie keine Antworten zu den betroffenen Skalen im Fragebogen angaben.

Depression. Die aktuelle tägliche Koffeinkonsummenge in mg war bei Personen mit höheren Depressionswerten ($n = 30$; $M = 213.67$, $SD = 178.66$) größer als bei Personen mit unauffälligen Depressionswerten ($n = 200$; $M = 152.11$, $SD = 129.36$). Laut Levene-Test war keine Varianzhomogenität gegeben ($p = .044$), somit wurde zur Signifikanztestung der Welch-Test herangezogen. Der Unterschied in der Konsumhöhe zwischen den Gruppen fiel signifikant aus, $t(33.710) = 1.817$, $p = .039$. Nach Cohen (1988) lag ein kleiner Effekt vor, $d = 0.45$. Somit konnte die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden.

In Bezug auf den Alkoholkonsum gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen Personen mit höheren Depressionswerten ($M = 3.27$, $SD = 2.68$) und Proband:innen mit niedrigeren Werten ($M = 2.75$, $SD = 2.07$) mit $t(228) = 1.225$, $p = .111$. Hier wurde die Nullhypothese beibehalten.

Angst. Im Vergleich zwischen Personen mit aktuell höheren Angstwerten ($n = 47$, $M = 185.81$, $SD = 171.31$) und Personen mit niedrigeren Angstwerten ($n = 183$, $M = 153.55$, $SD = 127.65$) ergab sich kein signifikanter Unterschied in der Koffeinkonsumhöhe, $t(59.749) = 1.208$, $p = .116$. Auch hier wurden nach einem signifikanten Levene-Test ($p = .040$) die Ergebnisse des Welch-Tests herangezogen. Die Nullhypothese musste beibehalten werden.

Hingegen zeigte sich bei Personen mit höheren Angstwerten ($M = 3.30$, $SD = 2.57$) ein höherer Alkoholkonsum als bei Personen mit unauffälligen Angstwerten ($M = 2.70$, $SD = 2.03$). Es ergab sich ein signifikanter Unterschied, $t(228) = 1.720$, $p = .043$, $d = 0.28$, mit einem kleinen Effekt. Hier konnte die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden.

Stress. Proband:innen in der Gruppe mit aktuell hohen Stresswerten ($n = 37$, $M = 207.57$, $SD = 165.74$) konsumierten im Vergleich zur Gruppe mit aktuell unauffälligen Stresswerten ($n = 193$, $M = 151.05$, $SD = 130.44$) rund 57 mg mehr Koffein. Dies beschreibt einen signifikanten Unterschied, $t(228) = 2.305$, $p = .011$ mit einem kleinen Effekt, $d = 0.41$. Auch der aktuelle Alkoholkonsum ist bei gestressten Personen ($M = 3.38$, $SD = 2.58$) signifikant höher als bei Personen mit unauffälligem Stressniveau ($M = 2.71$, $SD = 2.06$),

$t(228) = 1.735, p = .042, d = 0.31$. Somit konnten beide Nullhypothesen verworfen und die Alternativhypothesen angenommen werden.

Covid-Stress. In Bezug auf den aktuellen Koffeinkonsum gab es zwischen den Gruppen mit aktuell hohen Covid-Stress-Werten ($n = 118, M = 176.35, SD = 147.16$) und aktuell niedrigen Covid-Stress-Werten ($n = 114, M = 141.74, SD = 125.35$) einen signifikanten Unterschied, $t(230) = 1.925, p = .028$. Mit einem Cohens d von 0.25 handelt es sich hierbei um einen kleinen Effekt.

Ebenso zeigte sich im aktuellen Alkoholkonsum zwischen Personen mit hohem Covid-Stress ($M = 3.06, SD = 2.14$) und niedrigem Covid-Stress ($M = 2.55, SD = 2.14$) ein signifikanter Unterschied, $t(230) = 1.803, p = .036$. Das heißt, es zeigte sich ein höherer Koffein- und Alkoholkonsum bei Personen mit aktuell höherem Covid-Stress. Somit konnten auch hier beide Nullhypothesen verworfen und die Alternativhypothesen angenommen werden.

7.2.6 Unterschiedshypothesen zur Konsumhöhe im Lockdown. Für die sechste Fragestellung *Weisen Personen mit im Lockdown höheren Depressionswerten, Angstwerten, Stresswerten und Covid-Stress im Lockdown einen höheren Koffein- bzw. Alkoholkonsum auf?* wurde die Stichprobe wie bei der vorherigen Fragestellung in jeweils zwei Gruppen eingeteilt, deren Mittelwerte dann in Bezug auf die aktuelle Koffein- bzw. Alkoholkonsumhöhe verglichen wurden. Alle Hypothesen wurden mittels t-Test für ungepaarte Stichproben ausgewertet. Bei allen Gruppen waren die Voraussetzungen für eine Normalverteilung und Varianzhomogenität gegeben.

Depression. Es ergab sich kein Unterschied des Koffeinkonsums im Lockdown zwischen Personen, die höhere Werte für Depression im Lockdown angaben ($n = 47, M = 161.31, SD = 135.86$), und Personen, die niedrigere Werte aufwiesen ($n = 185, M = 152.33, SD = 126.58$), $t(230) = 0.428, p = .335$. Für die Fragestellung (6.1) musste somit die Nullhypothese beibehalten werden.

Die Gruppe mit höheren Depressionswerten ($M = 3.28, SD = 2.76$) verzeichnete jedoch einen signifikant höheren Alkoholkonsum im Lockdown als Personen, die niedrigere Depressionswerte ($M = 2.37, SD = 2.14$) angaben, $t(230) = 2.440, p = .008, d = 0.40$. Es handelte sich hierbei um einen kleinen Effekt. Die Nullhypothese für die Fragestellung (6.5) konnte verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden.

Angst. Personen, die angaben, im Lockdown ängstlicher gewesen zu sein ($M = 157.59, SD = 129.46$), unterschieden sich bezüglich des Koffeinkonsums nicht von der Gruppe der weniger Ängstlichen ($M = 153.30, SD = 128.30$), $t(230) = 0.202, p = .420$. Auch der Alkoholkonsum unterschied sich in der Gruppe mit höheren Angstwerten ($M = 2.93, SD = 2.67$)

nicht vom Konsum der Personen mit niedrigeren Angstwerten im Lockdown ($M = 2.46$, $SD = 2.20$), $t(230) = 1.260$, $p = .104$. In beiden Fällen musste die Nullhypothese beibehalten werden.

Stress. Der Koffeinkonsum im Lockdown unterschied sich bei Personen mit hohen Stresswerten ($n = 48$, $M = 171.37$, $SD = 135.09$) nicht von Personen mit niedrigeren Stresswerten ($n = 184$, $M = 149.66$, $SD = 126.42$), $t(230) = 1.044$, $p = .149$. Daher musste die Nullhypothese für Hypothese (6.5) beibehalten werden. Für Alkohol hingegen ergab sich ein signifikant höherer Alkoholkonsum für die gestresste Gruppe ($M = 3.04$, $SD = 2.73$) im Vergleich zur Gruppe mit niedrigeren Stresswerten ($M = 2.42$, $SD = 2.17$), $t(230) = 1.660$, $p = .049$. Mit einem Cohens d von 0.27 handelte es sich um einen kleinen Effekt. Somit konnte die Alternativhypothese für die Fragestellung (6.6) angenommen werden.

Covid-Stress. Im Vergleich zwischen Personen, die im Lockdown höheren Covid-Stress erlebten ($n = 182$, $M = 152.65$, $SD = 132.17$), und Personen, die weniger Covid-Stress empfanden ($n = 50$, $M = 159.61$, $SD = 113.98$) ergab sich kein Unterschied im Koffeinkonsum, $t(230) = -0.339$, $p = .367$. Das heißt, hier musste die Nullhypothese beibehalten werden.

Hingegen war der Alkoholkonsum bei der Gruppe mit höheren Covid-Stresswerten ($M = 2.69$, $SD = 2.40$) höher als bei der Gruppe mit den niedrigeren Werten ($M = 2.06$, $SD = 1.86$). Es ergab sich ein signifikanter Unterschied mit einem kleinen Effekt, $t(230) = 1.710$, $p = .044$, $d = 0.27$. Daher konnte die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden.

7.2.7 Aktueller Konsum im Vergleich zu Lockdown. Für die Beantwortung der siebten und letzten Fragestellung *War die Koffein- und Alkoholkonsummenge in Lockdownzeiten höher als aktuell?* wurden die Mittelwerte des Konsums im Lockdown mit den aktuellen verglichen. Zur Anwendung kam ein t-Test für gepaarte Stichproben.

Der Koffeinkonsum war im Lockdown ($M = 154.15$, $SD = 128.26$) um rund 5.2 mg niedriger als in der aktuellen Situation ($M = 159.34$, $SD = 137.68$), siehe Abbildung 1. Der Unterschied war nicht signifikant, $t(231) = 0.673$, $p = .251$. Somit musste die Nullhypothese beibehalten werden.

Für den Alkoholkonsum ergab sich die gleiche Situation. Auch hier war der Alkoholkonsum im Lockdown ($M = 2.55$, $SD = 2.31$) niedriger als in der aktuellen Situation ($M = 2.81$, $SD = 2.15$), siehe dazu Abbildung 2. Im Gegensatz zum Koffeinkonsum war der Unterschied beim Alkoholkonsum jedoch signifikant, $t(231) = 2.977$, $p = .002$, $d = 0.20$, wobei es sich nach Cohen (1988) um einen kleinen Effekt handelte. Auch bei Fragestellung 7.2 musste die Nullhypothese beibehalten werden.

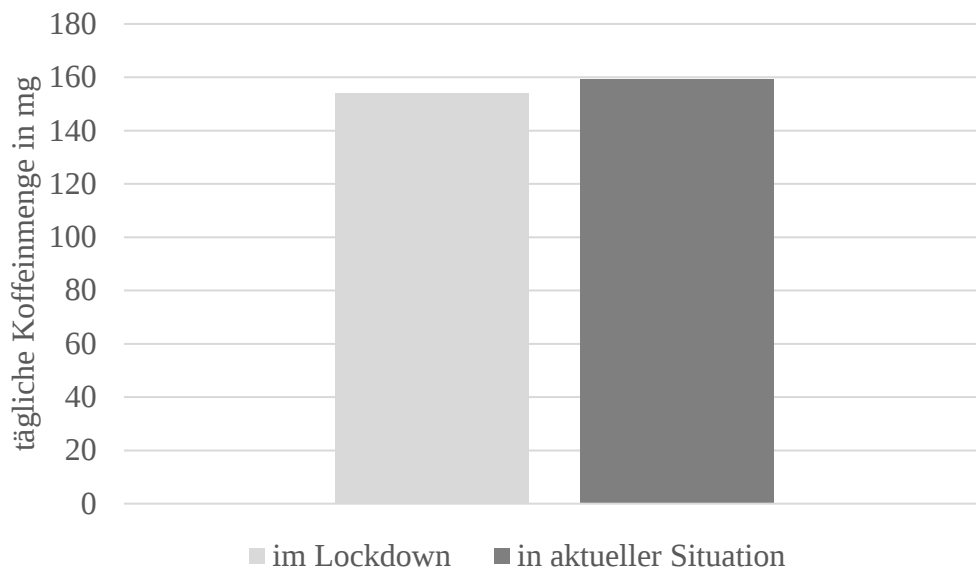


Abbildung 1. Koffeinkonsum im Vergleich von Lockdown und aktueller Situation

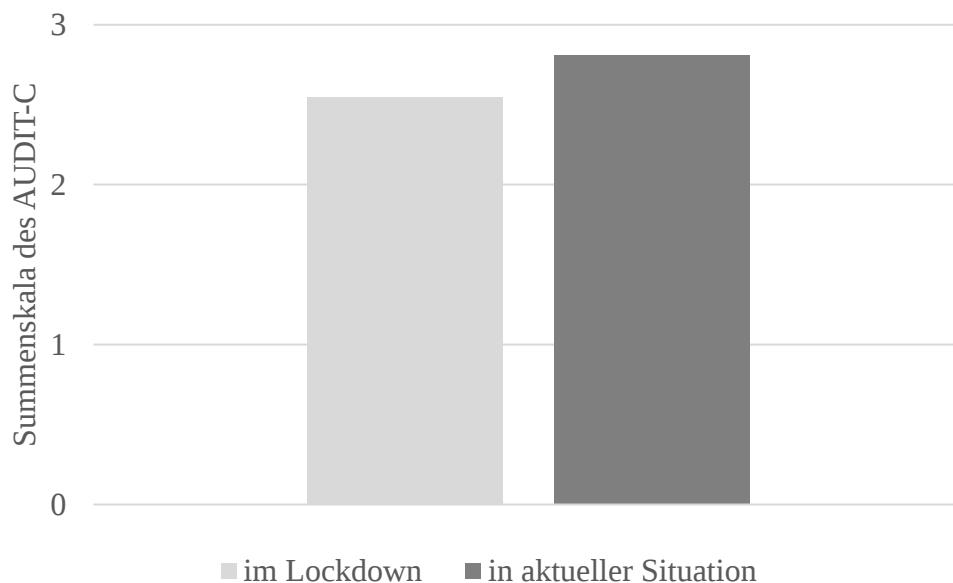


Abbildung 2. Alkoholkonsum im Vergleich von Lockdown und aktueller Situation

8 Fazit

In diesem letzten Kapitel erfolgt eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse. Diese werden im Kontext der aktuellen Literatur betrachtet. Das Ziel dieser Arbeit war, einen genaueren Blick auf den Koffein- und Alkoholkonsum vor allem im Kontext des Vergleichs zwischen Lockdownzeiten und normalen Zeiten zu werfen. Der Substanzkonsum wurde in Zusammenhang mit negativer Affektivität betrachtet. Zusammenfassend unterschied sich der

Koffeinkonsum zwischen Lockdownzeiten und normaler Zeit nicht. Der Alkoholkonsum hingegen war in Lockdownzeiten niedriger als in normalen Zeiten. Die mentale Belastung der Stichprobe war im Lockdown höher als in aktueller Zeit. Nachfolgend wird ein näherer Blick auf die einzelnen Fragestellungen und deren Ergebnisse geworfen.

8.1 Diskussion

Die erste und zweite Fragestellung untersuchten, ob es Unterschiede in der mentalen Belastung bezogen auf die Kategorien Geschlecht, Alter und höchste abgeschlossene Bildung gab. Der Vergleich wurde bei der ersten Fragestellung im Kontext der normalen Situation gestellt, bei der zweiten im Kontext des Lockdowns. Es zeigte sich bezogen auf das Geschlecht, dass Frauen in der aktuellen Situation höhere Stresswerte aufwiesen als Männer. Für die Situation im Lockdown gaben Frauen ebenfalls für Stress höhere Werte an sowie eine generell höhere psychische Gesamtbelastung. Es handelte sich in allen Fällen um kleine Effekte. Dass Frauen eine höhere mentale Belastung im Lockdown angaben, deckt sich mit der Studie von Salari und Kolleg:innen (2020). Auch hier litten Frauen mehr unter den pandemiebedingten Einschränkungen und Sorgen als Männer. Abweichend von der vorherrschenden Literatur hingegen zeichnet sich die Geschlechterverteilung in Bezug auf Depressions- und Angstwerte ab. In der vorliegenden Untersuchung wurden keine signifikanten Unterschiede bezüglich Frauen und Männern sowohl in der aktuellen als auch in der Lockdown-Situation gefunden. Dies steht im Gegensatz zu den Prävalenzraten beider psychischen Störungen. Sowohl für Depressionen als auch Angststörungen sind die Zahlen für Frauen fast doppelt so hoch wie für Männer (Jacobi, Höfler, Siegert et al., 2014; Remes et al., 2016). Es zeigte sich nicht der erwartete vergrößerte Gender-Gap bezüglich der mentalen Belastungen als Folge von erhöhter Arbeitsbelastung von Frauen in der Pandemie (Feng & Savani, 2020). Es zeichnete sich gegenteilig dazu sogar ein kleinerer Unterschied von Frauen und Männern bezüglich psychischer Belastungen ab, als die Literatur wiedergibt.

Für die drei Gruppen eingeteilt nach Bildungsstand zeigten sich keine signifikanten Unterschiede der mentalen Belastung in der aktuellen Situation. Für den Lockdown hingegen gab es zwischen den Bildungsgruppen signifikante Unterschiede in den Skalen Depression und Stress sowie der Summenskala. Dabei wies der mittlere Bildungsstand (mit Matura) die höchsten Werte für die psychische Belastung auf. Dies steht zum Teil im Einklang mit der Studie von Salari und Kolleg:innen (2020), nach dem ein höherer Bildungsabschluss die Anfälligkeit für psychische Probleme während der Pandemie erhöht. Jedoch haben Personen mit einem Studienabschluss sich weniger belastet gefühlt als Proband:innen mit mittlerer

Bildung. Gründe dafür könnten sein, dass im Allgemeinen ein höherer Bildungsstand mit einem höheren sozioökonomischen Status einhergeht, der rein wirtschaftlich gesehen ein Schutzfaktor für Krisen bedeutet. Somit würden demnach vor allem Personen mit niedrigerem Bildungsstand eine vulnerable Gruppe bilden. Dies war bei der Untersuchung jedoch nicht der Fall. Hierbei muss man bei der Betrachtung jedoch zwei Dinge bedenken. Einerseits kam der Großteil der Proband:innen aus Sozialstaaten. Während der Pandemie gab es eine Vielzahl an Maßnahmen, um den pandemiebedingten wirtschaftlichen Ruin von Unternehmen und Privatpersonen abzufedern. Finanzielle Förderungen und alternative Arbeitsbedingungen (wie zum Beispiel das Modell der Kurzarbeit) lieferten ein wirtschaftliches Sicherheitsnetz. Demnach waren aus finanzieller Sicht fehlende Produktionsaufträge für die Industrie oder der ausbleibende Kundenstrom für den Dienstleistungssektor sogar weniger schwerwiegend als vor oder nach der Pandemie. Außerdem geht ein höherer Bildungsstand mit einer anderen Berufssituation einher als ein niedrigerer Bildungsstand. Entscheidungsgewalt, Führungsaufgaben oder Koordination von Arbeitsbereichen sind im beruflichen Kontext meist höher ausgebildeten Personen vorenthalten. In Ausnahmesituationen wie einer Pandemie erfordern solche Positionen mehr Arbeitsaufwand als Positionen ohne große Verantwortung. Das heißt, die Unterschiede der mentalen Belastungen zwischen den Gruppen mit unterschiedlichen Bildungsständen könnten sich diesem Gedankengang folgend nicht aus wirtschaftlichen Sorgen, sondern aus gesteigerten Arbeitsanforderungen erklären lassen.

Die Literatur zeigt, dass das Alter ein wichtiger Faktor bei psychischen Erkrankungen ist. Generell sind die Prävalenzraten bei jüngeren Menschen höher (Kessler et al., 2010). Im Einklang mit diesen Daten sind die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung. In der aktuellen Situation zeigten Personen zwischen 18 und 24 Jahren eine signifikant höhere mentale Belastung als ältere Personen. Auch in vorangehenden Studien zur Covid-19-Pandemie bildeten Personen unter vierzig Jahren die vulnerablste Gruppe für negativen Folgen in Form von Einbußen auf die mentale Gesundheit (Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Stanton et al., 2020). Im Kontext der Lockdowns ergaben sich auch bei dieser Studie höhere mentale Belastungen für jüngere Personen. Im Gegensatz zur aktuellen Situation unterschieden sich im Lockdown auch die Gruppe der 25- bis 39-Jährigen und die Gruppe der über 40-Jährigen, wobei auch hier gilt, dass die jüngere Personengruppe höhere Werte für die mentale Belastung angab. Gründe dafür könnte vor allem der Faktor der Ungewissheit sein. Zwar befand sich die ganze Allgemeinbevölkerung in einer äußerst ungewissen Situation, jedoch haben ältere Personen meist schon ein gewisses Maß an Stabilität in ihrem Leben etabliert. Die junge Generation befindet sich im Alter von 18 bis 24 Jahren generell in einer Lebensphase der Orientierung und

Selbstfindung. Hier bedeutete diese Krise einen zusätzlichen Faktor an Unsicherheit, der sich auch in den Prävalenzraten der mentalen Belastung niederschlägt. Zudem haben vor allem junge Leute ein generelles Gefühl der Unverwundbarkeit. Gedanken an Krankheit und Tod sind bei dieser Generation noch weit entfernt. Durch die anfängliche Ungewissheit bezüglich der Ansteckungsmechanismen und des Tödlichkeitrisikos in Bezug auf Covid-19 mussten sich nun auch eigentlich unverwundbare jüngere Menschen mit der Gefahr einer Ansteckung auseinandersetzen, was einen zusätzlichen Belastungsfaktor für die mentale Gesundheit bedeuten konnte.

Für die dritte Fragestellung wurde untersucht, inwiefern sich die psychische Belastung im Lockdown im Vergleich zur aktuellen Situation unterschied. Die Ergebnisse zeigten, dass die Depressionswerte, Stresswerte, die generelle psychische Belastung und der Covid-Stress im Lockdown signifikant höher waren als in der aktuellen Situation. Lediglich die Angstwerte waren in der aktuellen Situation annähernd gleich hoch wie im Lockdown. Die Prävalenzrate von 12.9% für überdurchschnittliche Depressionswerte lag leicht über den Zahlen der vorherrschenden Literatur mit Raten zwischen 5.5% und 8.1%. Die Depressionswerte im Lockdown hingegen waren mit 20.3% auffälligen Personen deutlich geringer als in vorangehenden Studien, in denen die Zahl bei ca. 34% lag (Salari et al., 2020). Besorgniserregend waren die Prävalenzraten für Angst. Nach den DASS-21 liegt ab einem Wert von 6 eine pathologische Angst vor. In dieser Studie erreichten rund 20.3% der Proband:innen diesen Wert (im Lockdown waren es 19.8%). Während alle anderen Subskalen zwar im Lockdown hohe Werte aufwiesen, diese aber nach dem Lockdown signifikant sanken, blieben die Angstwerte auf einem hohen Niveau.

Bei der vierten Fragestellung wurden Faktoren gesucht, die die aktuellen Koffein- bzw. Alkoholkonsumwerte vorhersagen können. Hierfür wurden die soziodemographischen Variablen und der aktuelle Covid-Stress herangezogen. Generell hatten beide Modelle zur Vorhersage der Konsumhöhe nur eine geringe Erklärungskraft. Für den Koffeinkonsum ergab sich nur ein Prädiktor, nämlich *Covid-Stress*. Bei der Vorhersage des Koffeinkonsums war es im Vorhinein eine explorativ angelegte Analyse, da sich die Literatur bisher nur sehr wenig mit möglichen Faktoren bzw. Risikofaktoren für den Konsum auseinandergesetzt hat. Da Koffein im allgemeinen Diskurs als unbedenkliche Substanz eingestuft wird, war eine Erforschung möglicher Konsumfaktoren nicht von primärem Interesse. Für den Alkoholkonsum hingegen gab es viel Aufmerksamkeit zu diesem Thema. Bei der vorliegenden Untersuchung fanden sich vier Prädiktoren zur Vorhersage des aktuellen Alkoholkonsums, ebenfalls *Covid-Stress*, das *Alter*, *Geschlecht* und *in einer Beziehung*. Demnach hatten jüngere Personen, Männer, in einer

Beziehung lebenden Proband:innen und Personen mit höherem erlebten Covid-Stress einen höheren Alkoholkonsum. In Österreich machen vor allem Männer zwischen dem fünfzigsten und sechzigsten Lebensjahr den Großteil der Alkoholkonsumenten in Österreich aus (Bachmayer et al., 2020). Jüngere Personen weisen hingegen einen gefährlicheren Alkoholkonsum auf (Hapke et al., 2013). In der vorliegenden Studie konnte mit dem übereinstimmend das Geschlecht den Alkoholkonsum vorhersagen. Auch war das Alter ein Prädiktor für vermehrtes Alkohol trinken, wobei hier aber jüngere Personen höheren Alkoholkonsum aufwiesen.

Die Hypothesen der fünften und sechsten Fragestellung beschäftigten sich mit der Konsumhöhe in Abhängigkeit der vorherrschenden mentalen Belastung. Es sollte untersucht werden, ob im Sinne der Selbstmedikationshypothese (Khantzian, 1997) bei Personen mit höheren Werten in der psychischen Belastung auch ein höherer Konsum von Koffein und Alkohol vorliegt. Es zeigte sich, dass Personen mit höheren Depressionswerten, Stresswerten und Covid-Stresswerten auch einen höheren Koffeinkonsum aufwiesen in der aktuellen Situation. Für die Zeiten des Lockdowns konnte keiner dieser Zusammenhänge gefunden werden. Beim Alkoholkonsum in der aktuellen Situation hingen höhere Angst-, Stress- und Covid-Stresswerte mit vermehrtem Konsum zusammen. Auch im Lockdown war dieser Zusammenhang vorhanden, außer für die Subskala Angst. Diese Ergebnisse zeigen, dass psychisch belastete Personen anscheinend eine größere Tendenz zum Substanzkonsum haben.

Die letzte Fragestellung sollte prüfen, ob die Konsumhöhe von Koffein und Alkohol während des Lockdowns höher war als während der normalen Zeit. Für Koffein gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Zeiten. Für den Alkoholkonsum ergab sich zwar ein signifikanter Unterschied, jedoch nicht in die angedachte Richtung. Es zeigte sich, dass der Alkoholkonsum während der Lockdowns geringer war als in der normalen Zeit danach. Dabei handelte es sich jedoch lediglich um einen kleinen Effekt. Die Prävalenzrate für einen gefährlichen Alkoholkonsum im Lockdown mit 28% war auch geringer als für die aktuelle Situation mit 34%. Wie im Rahmen der dritten Fragestellung festgestellt wurde, war jedoch die mentale Belastung im Lockdown durchwegs höher. Somit muss die Annahme im Rahmen der Selbstmedikationshypothese, dass eine erhöhte mentale Belastung auch zu einem erhöhtem Substanzkonsum führt, bei dieser Untersuchung verworfen werden. Dieses Ergebnis ist durchwegs als positiv anzusehen, da bei dieser Stichprobe Substanzkonsum nicht als Form einer negativen Bewältigungsstrategie angewandt wurde. Vielmehr könnten im Hintergrund des Alkoholkonsums der allgemeinen Bevölkerung soziale Faktoren zu liegen. Da im Lockdown die Möglichkeit eingeschränkt war, sich mit Freunden und Bekannten zu treffen, sank der

Alkoholkonsum. Die Ergebnisse müssen aber auch mit den Daten der fünften und sechsten Fragestellung gemeinsam betrachtet werden. Demnach hatten sehr wohl Personen, die die Cutoff-Werte der DASS-21 überschritten haben, einen signifikant höheren Substanzkonsum. Deswegen müssen die Ergebnisse der Studie etwas differenzierter betrachtet werden. Generell besteht bei dem Großteil der Stichprobe keine Gefahr für erhöhten Substanzkonsum aufgrund negativer Affektivität. Bei Personen, die jedoch klinisch auffällige Werte bei Depression und Stress aufwiesen, zeigte sich durchaus ein höherer Substanzkonsum. Mit einiger Vorsicht können daher Personen, die eine höhere mentale Belastung aufweisen als der Durchschnitt, als eine vulnerable Gruppe für Selbstmedikation in Form von Substanzkonsum definiert werden.

Generell herrschte in der Stichprobe eine hohe Bereitschaft zum Trinken von Alkohol. Die Prävalenzrate für einen gefährlichen Alkoholkonsum war im Lockdown um einiges niedriger als in der aktuellen Situation, hierbei vor allem für Frauen. Für die aktuelle Situation gaben rund 27.6 % der Frauen an, in letzter Zeit eine gefährliche Menge an Alkohol konsumiert zu haben. Im Lockdown hingegen waren es nur 20.7% (im Vergleich dazu Männer mit 32.8% in der aktuellen Situation und 29.3% im Lockdown). Daher besteht die Möglichkeit, dass vor allem Frauen Alkohol aufgrund gesellschaftlicher Normen bzw. manchmal sogar sozialen Drucks konsumieren. Da Alkohol die Ursache vieler Probleme und Erkrankungen ist, und etwa 3.3 Millionen Menschen jährlich an den Folgen von übermäßigem Alkoholkonsum sterben (World Health Organization, 2014), ist es wichtig, Gründe für den Konsum und Risikogruppen zu erforschen.

8.2 Limitationen und Ausblick

Eine Studie in Form einer Online-Erhebung durchzuführen bietet viele Vorteile, jedoch auch einige Nachteile. Einerseits besteht keinerlei Kontrolle darüber, in welchem Setting die Studie durchgeführt wurde, andererseits ist die Richtigkeit der Angaben nicht überprüfbar. Außerdem kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass manche Personen den Fragebogen mehrmals ausgefüllt haben. Zudem führt eine Online-Studie meist auch zu einer selektiven Stichprobe. Auch bei dieser Studie waren die soziodemografischen Variablen sehr ungleichmäßig verteilt. Ein Frauenanteil von 75.0%, ein Durchschnittsalter von 34.32 Jahren und 40% der Stichprobe mit einem abgeschlossenen Studium entspricht nicht den tatsächlichen Verteilungswerten der Population. Das kann durchaus zu einer Ergebnisverzerrung geführt haben. Ein weiterer Kritikpunkt ist der Selbstbeurteilungsauftrag der ganzen Fragebogenbatterie. Selbstbeurteilungen unterliegen meist einer Verzerrung. Erschwerend dazu kommt der Faktor, dass circa die Hälfte der Fragen retrospektiv beantwortet werden musste. Vor allem in der

emotionsgeladenen Situation des ersten Lockdowns kann es dabei rückblickend zu Erinnerungsverzerrungen bei der Einschätzung der eigenen Gefühlslage gekommen sein. Eine Längsschnittstudie mit zwei Teilnahmezeitpunkten würde diesen Verzerrungen entgegenwirken. Zudem fiel die Mengenangabe von Koffein den meisten Proband:innen wahrscheinlich sehr schwer. Während auf die Menge des Alkoholkonsums meist präziser geachtet wird, ist der Koffeinkonsum weniger Eigenkontrolle unterworfen. Daher muss angenommen werden, dass es bei der retrospektiven Mengenangabe für Koffein einige Verzerrungen gab. Für zukünftige Untersuchungen zum Thema Koffeinkonsum wäre eine Tagebuchstudie besser geeignet. Wenn am Ende des Tages die täglich konsumierte Menge eingetragen wird, ist die Wahrscheinlichkeit der Erinnerungsverzerrung geringer. Da die meisten Fragen doppelt beantwortet werden mussten, besteht die Möglichkeit, dass die Fragebogenbatterie als anstrengend und langweilig empfunden wurde.

Bei der vorliegenden Untersuchung handelte es sich um eine Querschnittstudie. Daher kann keine kausale Interpretation der Ergebnisse erfolgen. Eine zukünftige Untersuchung des Koffein- und Alkoholkonsums im Rahmen einer Längsschnittstudie würde zu kausal interpretierbaren Daten führen, vor allem da die Regressionsmodelle in dieser Studie nur eine unzureichende Erklärung von 4.3% bzw. 13.5% ergaben. Für die Zukunft wäre es interessant, sich genauer mit den Konsummotiven von Koffein und Alkohol auseinanderzusetzen. Beim Koffeinkonsum könnte sich ein näherer Blick auf die Arbeitssituation einer Person lohnen, da es eventuell einen Zusammenhang zwischen Arbeit und Koffeinkonsum gibt. Beim Alkohol hingegen sollte genauer auf die soziale Komponente beim Konsum eingegangen werden, um etwas mehr über die Trinkmotive erfahren zu können.

9 Literaturverzeichnis

- Ahorsu, D. K., Lin, C.-Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20, 1537–1545. doi:10.1007/s11469-020-00270-8
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., . . . Vollebergh, W. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21–27. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing. doi:10.1176/appi.books.9780890425787
- Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N.-N., Lochbühler, K., & Kraus, L. (2019). The use of alcohol, tobacco, illegal drugs and medicines. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116, 577–584. doi:10.3238/arztebl.2019.0577-1
- Bachmayer, S., Strizek, J., Hojny, M., & Uhl, A. (2020). *Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1 – Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2019* (8. Aufl.). Wien: Gesundheit Österreich. Abgerufen am 19. Februar 2023 unter <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1574>
- BÄK, KBV, AWMF. (2015). S3-Leitlinie/ Nationale Versorgungs-Leitlinie, Unipolare Depression – Langfassung (2. Aufl.). Abgerufen am 17. Februar 2023 unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-0051_S3_Unipolare_Depression_2017-05_abgelaufen.pdf
- Bakioğlu, F., Korkmaz, O., & Ercan, H. (2021). Fear of COVID-19 and positivity: mediating role of intolerance of uncertainty, depression, anxiety, and stress. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19, 2369–2382. doi:10.1007/s11469-020-00331-y
- Bandelow, B., Aden, I., Benecke, A., Benecke, C., Deckert, J., Domschke, K., . . . Beutel, M. E. (2021). *Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen* (2. Aufl.). Abgerufen am 07. März 2023 unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-0281_S3_Behandlung-von-Angststoerungen_2021-06.pdf
- Baxter, A. J., Scott, K. M., & Vos, T. W. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, 43, 897–910. doi:10.1017/S003329171200147X

- Bear, M. F., Connors, B. W., & Paradiso, M. A. (2009). *Neurowissenschaften* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Beck, A., Rosenthal, A., Müller, C., Heinz, A., & Charlet, K. (2017). Alkohol. In M. von Heyden, H. Jungaberle, & T. Majic (Hrsg.), *Handbuch Psychoaktive Substanzen* (S. 609–629). Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-642-55125-3
- Beesdo-Baum, K., & Wittchen, H.-U. (2011). Depressive Störung: Major Depression und Dysthymie. In H.-U. Wittchen, & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl.) (S. 880–911). Heidelberg: Springer. doi:10.1007/978-3-642-13018-2
- Beiglböck, W. (2016). *Koffein – Genussmittel oder Suchtmittel?* Heidelberg: Springer. doi:10.1007/978-3-662-49564-3
- Blanz, M. (2015). *Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit: Grundlagen und Anwendungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Boden, J. M., & Fergusson, D. M. (2011). Addiction. *Alcohol and Depression*, 106, 906–914. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x
- Bolton, J., Robinson, J., & Jitender, S. (2009). Self-medication of mood disorders with alcohol and drugs in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Affective Disorders*, 115, 367–375. doi:10.1016/j.jad.2008.10.003
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Aufl.). Heidelberg: Springer. doi:10.1007/978-3-642-12770-0
- Bromet, E., Andrade, L., Hwang, I., Sampson, N., Alonso, J., de Girolamo, G., . . . Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9:e90. doi:10.1186/1741-7015-9-90
- Bueno-Notivol, J., Gracia-Garcia, P., Olaya, B., Lasheras, I., Lopez-Anton, R., & Santabarbara, J. (2021). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21:100196. doi:10.1016/j.ijchp.2020.07.007
- Bühringer, G., Behrendt, S., & Endrass, T. (2020). Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen. In J. Hoyer, & S. Knappe

- (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (3. Aufl.) (S. 837–863). Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-662-61814-1
- Bundesministerium für Arbeit. (2021). *News: COVID-19 aktuelle Arbeitsmarktzahlen*. Abgerufen am 14. Februar 2023 <https://www.bma.gv.at/Services/News/Aktuelle-Arbeitsmarktzahlen.html>
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2023). *Alkohol: Informationsbroschüre "Alkoholkonsum und mögliche Folgen"*. Abgerufen am 10. Februar 2023 von <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Alkohol.html>
- Busch, M., Maske, U., Ryl, L., Schlack, R., & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 733–739. doi:10.1007/s00103-013-1688-3
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*, 158, 1789–1795. doi:10.1001/archinte.158.16.1789
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Conner, K., Pinquart, M., & Gamble, S. (2009). Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, 127–137. doi:10.1016/j.jsat.2008.11.007
- de Meija, E. G., & Ramirez-Mares, M. V. (2014). Impact of caffeine and coffee on our health. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 25, 489–492. doi:10.1016/j.tem.2014.07.003
- de Witte, H., Pienaar, J., & de Cuyper, N. (2016). Review of 30 years longitudinal studies on the association between job insecurity and health and well-being: Is there causal evidence? *Australian Psychologist*, 51, 18–31. doi:10.1111/ap.12176
- Eckhard, A., Menne, B., Salzburger, M., Poppelreuter, M., & Bering, R. (2022). The stress barometer: validation of a bio-psycho-social brief screening instrument of pandemic stress reaction. *Frontiers in Psychology*, 13:879535. doi:10.3389/fpsyg.2022.879535

- EFSA. (2015). Scientific opinion on the safety of caffeine. *EFSA Journal*, 13:4102. doi:10.2903/j.efsa.2015.4102
- Feng, Z., & Savani, K. (2020). Covid-19 created a gender gap in perceived work productivity and job satisfaction: implications for dual-career parents working from home. *Gender in Management*, 35, 719–736. doi:10.1108/GM-07-2020-0202
- Field, A. (2017). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). London: SAGE.
- Gallo, L., Roesch, S., Fortmann, A., Carnethon, M., Penedo, F., Perreira, K., . . . Daviglus, M. (2014). Associations of chronic stress burden, perceived stress, and traumatic stress with cardiovascular disease prevalence and risk factors in the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos Sociocultural Ancillary Study. *Psychosomatic Medicine*, 76, 468–475. doi:10.1097/PSY.0000000000000069
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*, 9, 137–150. doi:10.1016/S2215-0366(21)00395-3
- Grosso, G., Micek, A., Castellano, S., Pajak, A., & Galvano, F. (2016). Coffee, tea, caffeine and risk of depression: systematic review and dose-response meta-analysis of observational studies. *Molecular Nutrition and Food Research*, 60, 223–234. doi:10.1002/mnfr.201500620
- Hall, S., Desbrow, B., Anoopkumar-Dukie, S., Davey, A., Arora, D., McDermott, C., . . . Grant, G. (2015). A review of the bioactivity of coffee, caffeine and key coffee constituents on inflammatory responses linked to depression. *Food Research International*, 76, 626–636. doi:10.1016/j.foodres.2015.07.027
- Hapke, U., von der Lippe, E., & Gaertner, B. (2013). Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 809–813. doi:10.1007/s00103-013-1699-0
- Hayes, A. F., & Cai, L. (2007). Using heteroskedasticity-consistent standard error estimators in OLS regression: An introduction and software implementation. *Behavior Research Methods*, 39, 709–722. doi:10.3758/bf03192961

- Hemmerich, W. (2022). *Ungepaarter t-Test*. Abgerufen am 03. März 2023 unter <https://statistikguru.de/spss/ungepaarter-t-test/ungepaarten-t-test-in-spss-berechnen.html>
- Hoyer, J., & Beesdo-Baum, K. (2020). Generalisierte Angststörung. In J. Hoyer, & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3. Aufl.) (S. 1099–1140). Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-662-61814-1
- Ioannidis, J. P. (2021). Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data. *Bulletin of the World Health Organization*, 99, 19–33. doi:10.2471/BLT.20.265892
- Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. B., . . . Wittchen, H.-U. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23, 304–319. doi:10.1002/mpr.1439
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., . . . Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85, 77–87. doi:10.1007/s00115-013-3961-y
- Kessler, R. C., Birnbaum, H., Shahly, V., Bromet, E., Hwang, I., McLaughlin, K., . . . Stein, D. (2010). Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV Major Depressive Episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depression and Anxiety*, 27, 351–364. doi:10.1002/da.20634
- Khantzian, E. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231–244. doi:10.3109/10673229709030550
- Klevebrant, L., & Frick, A. (2022). Effects of caffeine on anxiety and panic attacks in patients with panic disorder: a systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 74, 22–31. doi:10.1016/j.genhosppsych.2021.11.005
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (2001). *Practical meta-analysis*. Beverly Hills: Sage.

- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2. Aufl.). Sydney: Psychology Foundation.
- Miller, G. E., Chen, E., & Zhou, E. S. (2007). If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *Psychological Bulletin*, 133, 25–45. doi:10.1037/0033-2909.133.1.25
- Nardi, A., Lopes, F., Freire, R., Veras, A., Nascimento, I., Valenca, A., . . . Zin, W. (2009). Panic disorder and social anxiety disorder subtypes in a caffeine challenge test. *Psychiatry Research*, 169, 149–153. doi:10.1016/j.psychres.2008.06.023
- National Center for Biotechnology Information. (2022). *PubChem Substance Record for SID 134971358, 3G6A5W338E*. Abgerufen am 12. Februar 2023 von ChemIDplus: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/substance/134971358>
- Nawrot, P. (2003). Effects of caffeine on human health. *Food Additives and Contaminants*, 20, 1–30. doi:10.1080/0265203021000007840
- Nilges, P., & Essau, C. (2015). Die Depressions-Angst-Stress-Skalen: Der DASS – ein Screeningverfahren nicht nur für Schmerzpatienten. *Schmerz*, 29, 649–657. doi:10.1007/s00482-015-0019-z
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cadernos de Saúde Pública*, 36:e00054020. doi:10.1590/0102-311X00054020
- Özdin, S., & Özdin, Ş. B. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: the importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, 66, 504–511. doi:10.1177/0020764020927051
- Paget, J., Spreuwwenberg, P., Charu, V., Taylor, R. J., Iuliano, D., Bresee, J., . . . Viboud, C. (2019). Global mortality associated with seasonal influenza epidemics: New burden estimates and predictors from the GLaMOR Project. *Journal of Global Health*, 9:020421. doi:10.7189/jogh.09.020421
- Patel, D., Rawal, Y., & Patani, P. (2022). Effects of caffeine on human body. *Journal of Pharmaceutical Negative Results*, 13, 2087–2092. doi:10.47750/pnr.2022.13.S08.259

- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74, 264–282. doi:10.1016/j.jvb.2009.01.001
- Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Colledge, S., Hickman, M., Rehm, J., . . . Degenhardt, L. (2018). Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*, 113, 1905–1926. doi:10.1111/add.14234
- Remes, O., Brayne, C. v., & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior*, 6:e00497. doi:10.1002/brb3.497
- Rettie, H., & Daniels, J. (2020). Coping and tolerance of uncertainty: Predictors and mediators of mental health during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 76, 427–437. doi:10.1037/amp0000710
- Robert Koch Institut. (2021). *Infektionskrankheiten A–Z*. Abgerufen am 25. Februar 2023 unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html;jsessionid=055E2A4744E9CAC02B545F59DD353CBE.internet111?nn=2386228#doc13776792bodyText13 abgerufen
- Rodgers, B., Korten, A. E., Jorm, A., Jacomb, P., Christensen, H., & Henderson, A. (2000). Non-linear relationships in associations of depression and anxiety with alcohol use. *Psychological Medicine*, 30, 421–432. doi:10.1017/S0033291799001865
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., Meyer, C. J., & John, U. (2002). Screening for alcohol use disorders and at-risk drinking in the general population: psychometric performance of three questionnaires. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 261–268. doi:10.1093/alcalc/37.3.261
- Rumpf, H.-J., Wohlert, T., Freyer-Adam, J., Grothues, J., & Bischof, G. (2013). Screening questionnaires for problem drinking in adolescents: performance of AUDIT, AUDIT-C, CRAFFT and POSIT. *European Addiction Research*, 19, 121–127. doi:10.1159/000342331
- Ruscio, A., Hallion, L., Lim, C., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., . . . Scott, K. (2017). Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA Psychiatry*, 74, 465–475. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.0056

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68–78. doi:10.1037/110003-066X.55.1.68
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., . . . Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16:57. doi:10.1186/s12992-020-00589-w
- Satici, B., Saricali, M., Satici, S. A., & Griffiths, M. D. (2022). Intolerance of uncertainty and mental wellbeing: Serial mediation by rumination and fear of COVID-19. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 20, 2731–2742. doi:10.1007/s11469-020-00305-0
- Schimmenti, A., Billieux, J., & Starcevic, V. (2020). The four horsemen of fear: An integrated model of understanding fear experiences during the COVID-19 pandemic. *Clinical Neuropsychiatry*, 17, 41–45. doi:10.36131/CN20200202
- Schott, M. (2014). *Übersetzung und Validierung des CaffEQ*. Wien: Sigmund Freud Privatuniversität Wien.
- Segerstrom, S., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130, 601–630. doi:10.1037/0033-2909.130.4.601
- Smith, A. (2002). Effects of caffeine on human behavior. *Food and Chemical Toxicology*, 40, 1243–1255. doi:10.1016/S0278-6915(02)00096-0
- SoSci Survey GmbH. (2019). *SoSci Survey (Version 3.1.06) [Computer Software]*. Abgerufen am 24 Februar 2023 unter <https://www.soscisurvey.de>
- Stanton, R., To, Q. G., Khalesi, S., Williams, S. L., Alley, S. J., Thwaite, T. L., . . . Vandelandotte, C. (2020). Depression, anxiety and stress during COVID-19: associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in Australian adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17:4065. doi:10.3390/ijerph17114065
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-

- analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43, 476–493. doi:10.1093/ije/dyu038
- Steger, M., & Kashdan, T. (2009). Depression and every day social activity, belonging and well-being. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 289–300. doi:10.1037/a0015416
- Strizek, J., Gaiswinkler, S., Nowotny, M., Puhm, A., & Uhl, A. (2022). *Handbuch Alkohol Österreich – Band 3: Ausgewählte Themen*. Wien: Gesundheit Österreich. Abgerufen am 11. Februar 2023 unter https://jasmin.goeg.at/1928/1/Handbuch%20Alkohol%20%C3%96sterreich_Band%203_Ausgew%C3%A4hlte%20Themen_bf.pdf
- Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D., & Asmundson, G. J. (2020). COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates. *Depression and Anxiety*, 37, 706–714. doi:10.1002/da.23071
- Thoits, P. A. (2010). Stress and health: major findings and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, 41–53. doi:10.1177/0022146510383499
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52, 145–161. doi:10.1177/0022146510395592
- Turner, S., Mota, N., Bolton, J., & Sareen, J. (2018). Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: a narrative review of the epidemiological literature. *Depression and Anxiety*, 35, 851–860. doi:10.1002/da.22771
- Wang, L., Shen, X., Wu, Y., & Zhang, D. (2016). Coffee and caffeine consumption and depression: A meta-analysis of observational studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50, 228–242. doi:10.1177/0004867415603131
- Werner, A., Kater, M., Schlarb, A. A., & Lohaus, A. (2021a). COVID-19-Pandemie-Stress-Skala (CPSS). Abgerufen am 02. Februar 2023 unter <https://psyarxiv.com/4gduz/>
- Werner, A., Kater, M., Schlarb, A., & Lohaus, A. (2021b). Sleep and stress in times of the COVID-19 pandemic: the role of personal resources. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 13, 935–951. doi:10.1111/aphw.12281
- Wittchen, H.-U. (2002). Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety*, 16, 162–171. doi:10.1002/da.10065

World Health Organization. (2014). *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*. Geneva: WHO. Abgerufen am 08. März 2023 unter https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf;jsessionid=05EAB4D98BAC740CDE61928AFDE51328?sequence=1 abgerufen

World Health Organization. (2005). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.). Geneva: WHO.

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.	<i>Symptome einer depressiven Episode nach ICD-10</i>	14
Tabelle 2.	<i>Symptome einer generalisierten Angststörung nach DSM-5</i>	16
Tabelle 3.	<i>Koffeingehalt von oft konsumierten Lebensmitteln (Schott, 2014)</i>	19
Tabelle 4.	<i>Items und Antwortmöglichkeiten des AUDIT-C.....</i>	27
Tabelle 5.	<i>Häufigkeiten und Anteilswerte der höchst abgeschlossenen Bildung.....</i>	36
Tabelle 6.	<i>Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α, Maximum und Minimum der Trennschärfen für die Skala des AUDIT-C im Kontext der aktuellen Situation und der Lockdowns; N=232</i>	38
Tabelle 7.	<i>Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α, Maximum und Minimum der Trennschärfen für die Skala CPSS im Kontext der aktuellen Situation und der Lockdowns; N=232.....</i>	38
Tabelle 8.	<i>Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α, Maximum und Minimum der Trennschärfen für die Skalen der DASS-21 im Kontext der aktuellen Situation und der Lockdowns; N=232</i>	39
Tabelle 9.	<i>Deskriptivstatistische Kennwerte der Skalen der DASS-21 für Frauen^a und Männer^b in der aktuellen Situation, t-Wert mit Signifikanzwert, Effektstärke und korrigiertem Alpha.....</i>	40
Tabelle 10.	<i>Deskriptivstatistische Kennwerte und ANOVA für die Skalen der DASS-21 für die Gruppen niedriger^a, mittlerer^b und hoher Bildungsstand^c in der aktuellen Situation</i>	41
Tabelle 11.	<i>Deskriptivstatistische Kennwerte der Skalen der DASS-21 für die Gruppen der 18 bis 24-Jährigen, der 25 bis 39-Jährigen und der über 40-Jährigen in der aktuellen Situation</i>	41
Tabelle 12.	<i>Darstellung der verwendeten orthogonalen Kontraste für Mittelwertsunterschiede der Altersgruppen in der aktuellen Situation.....</i>	42
Tabelle 13.	<i>Kontraste der ANOVA für die DASS-21-Skalen und den Altersgruppen in der aktuellen Situation, Kontrastwert, Standardabweichung, t-Wert mit Freiheitsgraden, Signifikanzwert und Effektstärke</i>	42
Tabelle 14.	<i>Deskriptivstatistische Kennwerte der Skalen der DASS-21 für Frauen^a und Männer^b im Lockdown, t-Wert mit Signifikanzwert, Effektstärke und korrigiertem Alpha</i>	43
Tabelle 15.	<i>Deskriptivstatistische Kennwerte für die Skalen der DASS-21 für die Gruppen niedriger, mittlerer und hoher Bildungsstand im Lockdown</i>	44
Tabelle 16.	<i>Darstellung der verwendeten orthogonalen Kontraste für Mittelwertsunterschiede der Bildungsgruppen im Lockdown</i>	44

Tabelle 17. Kontraste der ANOVA für die DASS-21-Skalen im Lockdown, Kontrastwert, Standardabweichung, t-Wert mit Freiheitsgraden, Signifikanzwert und Effektstärke	45
Tabelle 18. Deskriptivstatistische Kennwerte der Skalen der DASS-21 für die Gruppen der 18 bis 24-Jährigen, der 25 bis 39-Jährigen und der über 40-Jährigen im Lockdown	45
Tabelle 19. Darstellung der verwendeten orthogonalen Kontraste für Mittelwertsunterschiede der Altersgruppen im Lockdown	46
Tabelle 20. Kontraste der ANOVA für die DASS-21 und der Bildungsgruppen im Lockdown, Kontrastwert, Standardabweichung, t-Wert mit Freiheitsgraden, Signifikanzwert und Effektstärke	46
Tabelle 21. Ergebnisse der Regressionsanalyse für die Prädiktoren der aktuellen Koffeinkonsumhöhe und Summenskala des AUDIT-C mit Regressionskoeffizienten und Standardfehler, Signifikanzbeurteilung, R^2 und korrigierten R^2 Werte, Durbin-Watson-Statistik und VIF	48

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Koffeinkonsum im Vergleich von Lockdown und aktueller Situation.....	52
Abbildung 2. Alkoholkonsum im Vergleich von Lockdown und aktueller Situation.....	52