

Komorbidity bei Studierenden: eine empirische Analyse zu problematischem Substanzkonsum und psychischen Störungen im Studium

Paeßens, Daniela

Diplomarbeit / master thesis

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Paeßens, D. (2004). *Komorbidity bei Studierenden: eine empirische Analyse zu problematischem Substanzkonsum und psychischen Störungen im Studium*. Köln: Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abt. Köln, Fachbereich Sozialwesen. <https://hdl.handle.net/20.500.11780/256>

Nutzungsbedingungen:

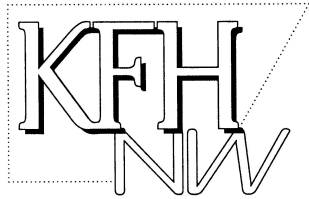
Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Katholische
Fachhochschule 
Nordrhein-Westfalen
University of Applied Sciences

Abteilung Köln

Fachbereich Sozialwesen
Studiengang Sozialpädagogik

Diplomarbeit

Komorbidity bei Studierenden:

**Eine empirische Analyse zu problematischem
Substanzkonsum und psychischen Störungen im Studium**



vorgelegt von: Daniela Paeßens
Matr. Nr.: 210141
Erstprüfer: Prof. Dr. Michael Klein
Zweitprüferin: Dipl. Sozialpädagogin Anne Pauly
Abgabedatum: 29. Januar 2004

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
----------------------------	---

THEORETISCHER TEIL

2. Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit	5
2.1 Diagnostik	6
2.2 Problematischer Konsum psychotroper Substanzen: Prävalenz, Wirkung und Folgen	9
2.2.1 Alkohol	11
2.2.2 Tabak	13
2.2.3 Cannabis	14
2.3 Ätiologie	16
3. Psychische Störungen	23
3.1 Psychiatrische Erkrankungen: Prävalenz, Diagnostik und Folgen	23
3.1.1 Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis	23
3.1.2 Affektive Störungen	26
3.1.3 Angststörungen und Phobien	29
3.2 Ätiologie	32
4. Komorbidität von problematischem Substanzkonsum und psychischen Störungen	36
4.1 Begriffsbestimmung	36
4.2 Prävalenz	37
4.3 Diagnostik	40
4.4 Folgen	41
4.5 Ätiologie	42
5. Die Lebensphase des frühen Erwachsenenalters	44
5.1 Entwicklungsaufgaben im frühen Erwachsenenalter	44
5.2 Psychische Probleme im frühen Erwachsenenalter	46
6. Die Studienphase	50
6.1 Die allgemeine Lage von Studierenden	50

6.2	Die soziale Lage von Studierenden	52
6.3	Die gesundheitliche Lage von Studierenden	53
7.	Forschungsstand	57
7.1	Studentischer Drogengebrauch in Ost- und Westdeutschland	57
7.2	„Sonderauswertung zur 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks“	62
7.3	Das „Bielefelder Gesundheitssurvey“	65

PRAKTISCHER TEIL

8.	Studie „Suchtprobleme an deutschen Hochschulen“	68
8.1	Projektbeschreibung	69
8.1.1	Fragestellung und Hypothesen	70
8.1.2	Qualitative und quantitative Sozialforschung	72
8.1.3	Erhebungsmethoden	73
8.2	Forschungsverlauf	77
8.2.1	Gewinnung der Untersuchungsgruppe	77
8.2.2	Ablauf der Datenerhebung	78
8.3	Datenauswertung	81
8.4	Ergebnisse	82
8.4.1	Stichprobenbeschreibung	82
8.4.2	Substanzkonsum	84
8.4.3	Komorbide psychische Störungen	93
8.4.4	Schwierigkeiten im Studium	100
8.4.5	Beratungsbereitschaft	103
9.	Interpretation und Diskussion	105
10.	Mögliche Konsequenzen für die soziale Praxis	113
11.	Zusammenfassung	119

Abkürzungsverzeichnis	121
Glossar	122
Literaturverzeichnis	127
Anhang	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	„Citycard“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.	1
Abbildung 2:	Bedingungsfaktoren einer Abhängigkeitsentwicklung.	19
Abbildung 3:	Psychophysische Gesundheit als Ergebnis einer Balance zwischen Belastungen und Ressourcen. .	53
Abbildung 4:	Studienfächer der Untersuchungsgruppe.	83
Abbildung 5:	Alkoholkonsum in den letzten 14 Tagen.	85
Abbildung 6:	Rauchverhalten nach Geschlecht.	88
Abbildung 7:	Extremkonsum verschiedener Substanzen.	92
Abbildung 8:	Gegenwärtiges Vorliegen mindestens einer psychischen Störung.	97
Abbildung 9:	Zufriedenheit mit dem bisherigen Studienverlauf. ..	100

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	<i>Umweltbedingte und individuelle Risiko- und Schutzfaktoren einer Suchtentwicklung.</i>	20
Tabelle 2:	<i>Bio-psycho-soziale Risikofaktoren psychischer Störungen.</i>	34
Tabelle 3:	<i>Drogengebrauch bei Studierenden in Leipzig, Dresden und Hamburg.</i>	60
Tabelle 4:	<i>Aktualität des Gebrauchs verschiedener Rauschmittel.</i>	61
Tabelle 5:	<i>Alter und Geschlecht der Untersuchungsgruppe. ...</i>	83
Tabelle 6:	<i>Monatsprävalenz des Alkoholkonsums.</i>	86
Tabelle 7:	<i>Lebenszeit- und Jahresprävalenz des Cannabiskonsums.</i>	89
Tabelle 8:	<i>Gegenwärtiges Vorliegen von Angststörungen.</i>	94
Tabelle 9:	<i>Gegenwärtiges Vorliegen von affektiven Störungen.</i>	95
Tabelle 10:	<i>Gegenwärtiges Vorliegen von Psychosen.</i>	95
Tabelle 11:	<i>Gegenwärtiges Vorliegen von Zwangsstörungen, somatoformen Störungen und Essstörungen.</i>	96
Tabelle 12:	<i>Extremgruppenvergleich nach psychischen Störungen.</i>	98
Tabelle 13:	<i>Wünsche im Studium zur Verbesserung des persönlichen Wohlbefindens.</i>	102
Tabelle 14:	<i>Beratungsbereitschaft der komorbiden Probanden.</i>	103

1. Einleitung

Sind Studierende gefährdet für die Entwicklung einer Komorbidität? Inwieweit existiert ein Zusammenhang zwischen Drogenkonsum, psychischen Störungen und Studium?

Das sind die grundlegenden Fragen, die bei der Auseinandersetzung mit Forschungsaspekten zur psychischen Gesundheit von Studierenden entstehen. Sie bilden den Ausgangspunkt für die vorliegende Untersuchung.

Das öffentliche Bild, das über das Studentendasein vorherrscht, suggeriert eine weitgehende Unbeschwertheit und gesundheitliche Sorgenfreiheit. Tatsächlich sieht der studentische Alltag bei so manchen aber ganz anders aus: Deutsche Studien haben nachgewiesen, dass sich bei einer nicht unerheblichen Zahl von Studierenden durchaus psychische Probleme finden lassen (vgl. HAHNE, 1999; HOLM-HADULLA & SOEDER, 1997; ALLGÖWER, 2000). Greifen die Betroffenen aber deshalb gleich zu Drogen?

Um zu prüfen, inwieweit sich psychische Störungen und Substanzmissbrauch bzw. –abhängigkeit bei Studierenden gleichzeitig vorfinden, befasst sich die vorliegende Diplomarbeit schwerpunktmäßig mit der Komorbidität bei Studierenden.



Abbildung 1: „Citycard“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2004).

Die lückenhafte Forschungsliteratur zu psychischen Problemen¹ bei Studierenden unterstreicht die weitreichende Unaufgeklärtheit über die tatsächliche Situation der Hochschüler. Untersuchungen zur Komorbidität bei Studierenden in Deutschland sucht man nahezu vergebens. Deshalb soll die vorliegende Arbeit einen kleinen Beitrag dazu leisten, die besonderen Problemlagen der Studierenden aufzuschlüsseln. Dabei soll es weniger darum gehen, diese zu dramatisieren oder zu verharmlosen, als vielmehr eine Sensibilisierung für die studentischen Probleme zu erreichen. Ferner interessiert, ob und wie sich psychische Probleme auf den Studienverlauf auswirken und inwiefern das Studiensetting psychische Probleme beeinflusst. Eine empirische Analyse soll hierzu Klarheit verschaffen.

Die Arbeit untergliedert sich in einen theoretischen Teil (Kapitel eins bis sechs) und in einen praktischen Teil (Kapitel acht bis zehn).

Das zweite Kapitel soll zunächst einen allgemeinen Überblick über Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen verschaffen. Dabei werden die diagnostischen Kriterien problematischen Substanzkonsums, Prävalenz, Wirkung und Folgen des übermäßigen Gebrauchs von „Alkohol“, „Tabak“ und „Cannabis“ sowie ätiologische Faktoren für Missbrauch und Abhängigkeit beleuchtet. Der Fokus wird insofern auf die genannten Substanzen gelegt, als sie die am häufigsten von Studenten konsumierten Drogen darstellen.

Im Vergleich dazu behandelt das dritte Kapitel die Epidemiologie, diagnostischen Kriterien, Folgen und Entstehungsbedingungen der psychischen Störungen „Psychosen“, „Affektive Störungen“ und „Angststörungen“.

Daraufhin werden im vierten Kapitel Substanzmissbrauch und –abhängigkeit mit psychischen Störungen im Sinne einer Komorbidität in Zusammenhang gebracht. Hierzu wird zunächst der Begriff „Komorbidität“ erläutert. Anschließend werden Prävalenz, Diagnostik, Folgen und Ätiologie komorbider Störungen betrachtet.

¹ Wird im Weiteren von „psychischen Problemen“ gesprochen, so sind damit sowohl psychiatrische Erkrankungen wie Psychosen, Depressionen, Angststörungen usw. gemeint, als auch Substanzmissbrauch und –abhängigkeit.

Im fünften Kapitel sollen dem Leser die Besonderheiten des jungen Erwachsenenalters aufgezeigt werden. Hier werden Entwicklungsaufgaben sowie Drogen- und psychische Probleme thematisiert.

Das sechste Kapitel geht explizit auf die Studienphase des jungen Erwachsenen ein. Der Leser soll ein Verständnis für die spezielle Lebenssituation und die soziale Lage der Studierenden bekommen, bevor im Besonderen das Augenmerk auf deren psychische Gesundheit gelegt wird.

Das siebte Kapitel präsentiert bisherige Studien zu psychischen Problemen Studierender und stellt damit den Forschungsstand dar.

Das achte Kapitel bildet im Anschluss den praktischen Teil der Arbeit. Es wird untersucht, ob Studierende mit hohem Drogengebrauch tatsächlich unter psychischen Belastungen leiden. Hierzu wird die dieser Arbeit zugrunde liegende Interviewstudie mit dem Schwerpunkt auf Komorbidität bei Studierenden hinsichtlich ihrer Methode und Ergebnisse dargelegt. Sie ist nur ein kleiner Bestandteil der Großuntersuchung „Suchtprobleme an deutschen Hochschulen“, die vom Forschungsschwerpunkt Sucht der Katholischen Fachhochschule, Abteilung Köln unter der Leitung von Prof. Dr. KLEIN und der Diplom Sozialpädagogin PAULY durchgeführt wird. Die Zwischenergebnisse der Großuntersuchung sind in den Medien bereits auf großes Interesse gestoßen.

Das neunte Kapitel befasst sich anschließend mit der Interpretation und Diskussion der Ergebnisse, woraufhin im zehnten Kapitel Schlussfolgerungen für die soziale Praxis abgeleitet werden.

Zuletzt werden die gesamten Ausführungen in Kapitel elf zusammengefasst.

Fachspezifische Begriffe, die im fortlaufenden Text nicht erläutert werden, sind im Glossar aufzufinden.

Im Anhang befinden sich alle zur Durchführung und Auswertung der Interviews und Fragebögen relevanten Arbeitsmaterialien.

Aufgrund der Komplexität des Themas erfolgen einige Einschränkungen sowie persönliche Schwerpunktsetzungen. Themen wie psychiatrische Versorgungsstrukturen, Behandlungsmöglichkeiten und nicht-stoffgebundene Süchte wie Internet- oder Magersucht sind zwar sicherlich aktuell,

können im Rahmen dieser Arbeit aber nicht behandelt werden. Darüber hinaus wird ausschließlich auf Studierende in der Phase des jungen Erwachsenenalters Bezug genommen. Auf eine umfassende Auflistung aller psychotropen Substanzen und psychischen Störungen muss ebenfalls verzichtet werden, da der Rahmen dieser Arbeit sonst gesprengt würde oder nur oberflächliche Beschreibungen möglich wären.

Der besseren Lesbarkeit halber wird im Folgenden die maskuline Schreibweise verwendet, die ausdrücklich beide Geschlechter umfasst.

THEORETISCHER TEIL

2. Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit

Die Begriffe „Missbrauch“ und „Abhängigkeit“ sind in der heutigen Fachliteratur als die allgemein anerkannten Termini zur Charakterisierung übermäßigen Drogengebrauchs² zu finden.

Der Begriff „**Abhängigkeit**“ ist 1964 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Zusammenhang mit dem Konsum chemischer Substanzen ins Leben gerufen worden, um den eher unscharfen und mehrdeutigen Begriff „Sucht“³ abzulösen (vgl. TROST, 2000). Abhängigkeit wird heute als Krankheit anerkannt. Jedoch wird der Begriff Krankheit sehr unterschiedlich definiert, so dass er in den modernen Diagnoseinstrumenten durch den neutraleren Begriff „Störung“ ersetzt worden ist und dort von „Störungen durch Substanzkonsum“ gesprochen wird (vgl. WITTCHEN & ARGANDONA, 2000).

Auch die Bezeichnung „**Missbrauch**“ sollte gemäß der WHO durch den Begriff „schädlicher Gebrauch“ ersetzt werden. Doch wird sie sowohl im allgemeinen Sprachgebrauch als auch im „Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders“ in seiner vierten Fassung (DSM-IV) als eines der derzeit gängigen Klassifikationssysteme für psychische Probleme noch weitgehend als inhaltlich deckungsgleich verwendet (vgl. UCHTENHAGEN, 2000a).

Neben Substanzmissbrauch und –abhängigkeit, schädlichem Gebrauch und Sucht gibt es noch weitere Bezeichnungen, wie „riskanter“ oder „problematischer Substanzkonsum“. Sie sollen das beschreiben, was sowohl Missbrauch, als auch Abhängigkeit definieren. Damit ist eine eindeutige Unterscheidung zwischen beiden Bezeichnungen aufgehoben, die dazu verleitet, zu glauben, dass „...sich vom Missbrauch zur

² Bei der Bezeichnung „Droge“ ist in der vorliegenden Arbeit ebenso an illegale Substanzen wie Cannabis gedacht, als auch an die legalen Substanzen Alkohol und Tabak.

³ Vom althochdeutschen „Siech“ = Krankheit / krank sein (vgl. KLEIN, 1999).

Abhängigkeit ein qualitativer Sprung vollzieht und es sich um klinisch völlig differente Gruppen handelt“ (KRUSE, KÖRKELE & SCHMALZ, 2000, 46).

Die oben genannten Begrifflichkeiten werden in der Literatur sehr breit und vielfach synonym benutzt. Da es in dieser Arbeit nicht darum gehen soll, allumfassende Definitionen herauszuarbeiten oder zu bestimmen, sollen einige der Begriffe im Folgenden ebenfalls parallel verwendet werden.

Nach welchen diagnostischen Kriterien sich Substanzmissbrauch und -abhängigkeit klassifizieren lassen, soll Gegenstand des folgenden Kapitels sein. Bevor dann auf die ätiologischen Aspekte von Missbrauch und Abhängigkeit einschließlich deren Risiko- und Schutzfaktoren eingegangen wird, erscheint es sinnvoll, zunächst ein Bild davon zu vermitteln, wie sich Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol, Tabak und Cannabis bezüglich ihrer Prävalenzen, Wirkungsweisen sowie möglicher Folgeschäden darstellen.

2.1 Diagnostik

Neben dem DSM-IV der „American Psychiatric Association“, bildet die zehnte überarbeitete Auflage des „International Classification of Diseases“ (ICD-10) der WHO die heutige Grundlage zur Diagnostik von Abhängigkeitserkrankungen. Beide Klassifikationsschemata erfassen Substanzmissbrauch und -abhängigkeit vorwiegend deskriptiv und lassen Grundfragen zur Ursache von Symptomen überwiegend aus (vgl. BEUTEL, 2000).

Missbrauch und Abhängigkeit sollen nachfolgend anhand des DSM-IV definiert werden, da dieses im Gegensatz zum ICD-10 psychische, körperliche und soziale Folgen mit berücksichtigt.

Laut der Kriterien des DSM-IV liegt **Substanzmissbrauch** vor, wenn sich mindestens eines der folgenden Merkmale innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums offenbart:

- (1) Wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt (z.B. wiederholtes Fernbleiben von der Arbeit und schlechte Arbeitsleistungen in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt).
 - (2) Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z.B. Alkohol am Steuer oder das Bedienen von Maschinen unter Substanzeinfluss).
 - (3) Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch (Verhaftungen aufgrund ungebührlichen Betragens in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch).
 - (4) Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden (z.B. Streit mit dem Ehegatten über die Folgen der Intoxikation, körperliche Auseinandersetzungen).
- (SASS et al., 1998, 229).

Es muss unterschieden werden zwischen Missbrauch und Gebrauch. Der Gebrauch geht dem Missbrauch zeitlich voraus. Dabei sind die Grenzen zwischen beiden fließend, so dass der Betroffene meist nicht gleich erkennt, welchen zentralen Platz die Droge bereits in seinem Leben eingenommen hat (vgl. SILBEREISEN, 1998).

Um die Diagnose einer **Substanzabhängigkeit** nach DSM-IV rechtfertigen zu können, müssen mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sein:

- (1) Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
 - a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen,
 - b) Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.
- (2) Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
 - a) Charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz [...]
 - b) Dieselbe (oder eine sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.
- (3) Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.

- (4) Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
- (5) Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen (z.B. Besuch verschiedener Ärzte oder Fahrt langer Strecken), sie zu sich zu nehmen (z.B. Kettenrauchen) oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.
- (6) Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmissbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.
- (7) Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde (z.B. fortgesetzter Kokainmissbrauch trotz des Erkennens kokaininduzierter Depressionen oder trotz des Erkennens, dass sich ein Ulcus durch Alkoholkonsum verschlechtert).

(SASS et al., 1998, 227).

Es werden zwei Formen der Abhängigkeit unterschieden, die „körperliche“ und die „psychische“ Abhängigkeit. Obwohl die Unterscheidung laut UCHTENHAGEN (2000a) aufgegeben worden ist, da sie klinisch oft nicht möglich ist und weil für Abhängigkeit generell eine organische Komponente angenommen wird, behält das DSM-IV diese Unterscheidung noch bei. Eine körperliche Abhängigkeit besteht, wenn Toleranzentwicklung oder Entzugerscheinungen (Kriterium 1 oder 2) vorliegen (vgl. SASS et al., 1998). Entzugssymptome sind z.B. Muskelschmerzen und –krämpfe, Zittern, Durchfall, Schweißausbrüche, Schlafstörungen, Depressionen, Ängste oder Psychosen (vgl. TROST, 2000). Jedoch ist das Auftreten von Symptomen der körperlichen Abhängigkeit allein nicht notwendig oder hinreichend für die Diagnose einer Substanzabhängigkeit (FEUERLEIN, KÜFNER & SOYKA, 1998). Dies ist insofern nachzuvollziehen, als es Substanzen, wie z. B. Cannabis, gibt, bei denen das Entzugssyndrom zum Teil oder sogar völlig fehlt.

Von größerer Bedeutung für die Bestimmung einer Substanzabhängigkeit ist hier die psychische Abhängigkeit. Sie ist gekennzeichnet durch den Suchtdruck (Craving), das übermächtige Verlangen nach einer immer wiederkehrenden Einnahme der Substanz, „...um Lust zu erzeugen oder Missbehagen zu vermeiden...“ (FEUERLEIN et al., 1998, 5, zitiert nach WHO 1965). Dabei kann die psychische Substanzabhängigkeit die körperliche auch nach erfolgtem Entzug überdauern (vgl. TROST, 2000).

Die Diagnose einer Substanzabhängigkeit setzt einen vorherigen Substanzmissbrauch nicht voraus oder schließt ihn mit ein (vgl. FEUERLEIN et al., 1998). Die Unterscheidung von Substanzmissbrauch und –abhängigkeit könnte zu der Annahme verleiten, dass der Missbrauch die harmlosere Variante darstellt. Tatsächlich aber sind die meisten Schäden oft dem Missbrauch, insbesondere durch Alkohol, zuzuschreiben (vgl. FEUERLEIN, 1996).

2.2 Problematischer Konsum psychotroper Substanzen: Prävalenz, Wirkung und Folgen

Bevor auf die einzelnen Substanzen eingegangen wird, sollen einige Begriffe erläutert werden, die in deren Zusammenhang wichtig erscheinen.

„**Psychotrope**“ oder „**psychoaktive Substanzen**“ bezeichnen das, was gemeinhin als „Drogen“ bekannt ist. Hierunter werden Stoffe verstanden, die die Fähigkeit besitzen, „...Veränderungen der Befindlichkeit und / oder des Bewußtseins und / oder des Verhaltens beim Menschen...“ (UCHTENHAGEN, 2000a, 1) herbeizuführen. Nach dem Psychotropenabkommen von 1971 gibt es folgende psychotrope Effekte: Halluzinationen, Störungen der Motorik, des Denkens, des Verhaltens oder der Stimmung (vgl. ebd.).

Gelegentlich werden in der Literatur auch die Bezeichnungen „Suchtmittel“, „Rauschmittel“ oder „Rauschgifte“ verwendet. Um die pragmatischen Unterschiede zu verdeutlichen, sollen die Begriffe kurz erläutert werden: Suchtmittel sind laut UCHTENHAGEN (2000a) diejenigen psychotropen Substanzen, welche Abhängigkeit erzeugen können. Mit dem etwas veralteten Wort Rauschgift ist jede Substanz gemeint, die abhängig von der Dosierung giftig wirken kann. Um den wertenden Charakter des Ausdrucks Gift bei der Beschreibung psychotroper Substanzen zu vermeiden, wird heute in einem neutraleren Sinne von Rauschmitteln gesprochen (vgl. TÄSCHNER, 2002).

Beim **Rausch (Intoxikation)** handelt es sich um einen vorübergehenden Dämmer- oder Erregungszustand, der sich während oder kurz nach dem

Gebrauch psychotroper Substanzen entwickelt. Er kann mit Bewusstseinsstörungen wie Benommenheit oder sogar Bewusstlosigkeit einhergehen und ist in seiner Ausprägung persönlichkeits- und dosisabhängig. Ohne erneute Substanzzufuhr bzw. mit Abbau der zugeführten Substanz verschwinden die Symptome nach und nach (vgl. SCHMIDT, 1999; PALLENBACH & DITZEL, 2003).

Darüber hinaus besitzen psychoaktive Substanzen ein unterschiedliches **Suchtpotential**: je schneller die gewünschte Wirkung einer Substanz eintritt, je kürzer diese anhält und je häufiger die Droge eingenommen wird, desto größer ist die substanzeigene Missbrauchs- und Abhängigkeitsgefährdung (KRUSE et al., 2000).

Manche Menschen nehmen oft mehr als eine Droge gleichzeitig ein. Es gibt zum Beispiel starke Trinker, die gleichzeitig Kettenraucher sind. In solchen Fällen wird von **Polytoxikomanie** gesprochen. Oft verstärken sich dadurch die Wirkungen der Substanzen (synergischer Effekt) oder die Stoffe sind sich in ihrer Wirkung so ähnlich, dass die Toleranzentwicklung für eine Droge gleichzeitig zur Toleranz einer anderen Droge führt (Kreuztoleranz). Vielen Konsumenten ist meist nicht bewusst, welche gefährlichen Konsequenzen eine Kombination bestimmter Substanzen für Stoffwechsel und Symptomatik haben kann. Solche Folgen können z.B. Koma oder Tod durch die Kombination von Alkohol und Schlafmitteln sein (vgl. COMER, 2001; TROST, 2000).

Aber damit nicht genug. Die Fachwelt unterscheidet weiterhin zwischen **legalen** und **illegalen** bzw. zwischen legalisierten und illegalisierten Drogen. Legal sind alle Substanzen, deren Konsum, Erwerb, Einfuhr, Weitergabe und Verkauf keiner Strafandrohung unterliegt. Illegal sind dagegen alle Stoffe, deren Erwerb, Besitz, Weitergabe, Einfuhr, Herstellung und Verkauf verboten ist und die im Betäubungsmittelgesetz aufgeführt sind (vgl. UCHTENHAGEN, 2000a).

In ihren Wirkungsweisen lassen sich Drogen in **Sedativa**, **Stimulantien** und **Halluzinogene** einteilen. Eine nähere Erläuterung soll anhand der Substanzen Alkohol, Tabak und Cannabis erfolgen.

2.2.1 Alkohol

Aus fachlicher Sicht ist Alkohol neben Genuss- und Nahrungsmittel eine Droge, die sowohl körperlich als auch psychisch abhängig machen kann. Der Konsum von Alkohol gilt dann als problematisch, „...wenn schweres Trinken (fünf oder mehr typische Einheiten eines Getränks hintereinander) regelmäßig (mehrmals im Monat) erfolgt und mit negativen Verhaltenskonsequenzen (etwa Schuleschwänzen) einhergeht“ (SILBEREISEN, 1998, 1058).

Prävalenz:

Obwohl Alkohol legal ist, ist er eine der gefährlichsten Freizeitdrogen, da er schon von Grundschulkindern probiert wird und noch im hohen Erwachsenenalter zum Problem werden kann (vgl. COMER, 2001). 1991 weisen nach einer europaweiten Studie bereits 20% der 11- bis 15-Jährigen schweres Trinken auf (vgl. SILBEREISEN, 1998). 1995 hat eine Bundesstudie zum Alkoholkonsum in Deutschland ergeben, dass 13,3% (6,5 Mio.) der 18- bis 59-Jährigen Alkoholmissbrauch im Rahmen einer Punktprävalenz betreiben. Die Zahl der Alkoholabhängigen wird auf 2,5 Millionen Personen geschätzt. Dabei sind die Werte schädlichen Konsums bei Männern durchweg höher als bei Frauen (vgl. BÜHRINGER et al., 2000).

Wirkung:

Alkohol enthält den Wirkstoff Ethanol. Er ist den dämpfenden bzw. sedierenden Substanzen zuzuordnen. Diese verlangsamen die Tätigkeit des zentralen Nervensystems und wirken in ausreichender Dosierung spannungslösend und enthemmend (vgl. COMER, 2001). Je nach zugeführter Alkoholmenge verschlechtern sich Konzentrations- und Urteilsvermögen. Reaktionszeiten verlängern sich und es treten motorische,

sprachliche und optische Störungen auf, wie z.B. torkeln, „lallen“ oder verschwommene Bilder (vgl. FEUERLEIN, DITTMAR & SOYKA, 1999).

Folgen:

Bei keiner anderen psychotropen Substanz gibt es so umfassende Folgeschäden wie beim Alkohol. Diese schlagen sich auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene nieder.

Körperliche Schäden infolge chronischen oder übermäßigen Alkoholkonsums reichen oft von Kopf bis Fuß. Arterienverkalkung, Impotenz, Nervenentzündungen sowie bleibende Hirn-, Herz- oder Leberschäden sind nur einige der möglichen Folgen. So bleibt es meist nicht bei der „roten Nase“, die einen übermäßigen Alkoholkonsumenten erkenntlich macht (vgl. TROST, 2001).

Eine durch Alkoholmissbrauch bedingte Hirnschädigung kann darüber hinaus etliche psychische Schäden verursachen, wie z.B. ein Alkoholdelir oder ein Korsakow-Syndrom (vgl. FEUERLEIN et al., 1999).

Schließlich gefährdet übermäßiges Trinken primäre Bezugssysteme wie Familie und Freunde genauso wie die Gesellschaft insgesamt. Im sozialen Umfeld kann es zu Streit und Abkapselung kommen. Die Gesellschaft trägt z.B. durch Erwerbsunfähigkeit vieler Bürger enorme volkswirtschaftliche Kosten. Eine verkürzte Lebenserwartung, Obdachlosigkeit und das Abgleiten in kriminelle Handlungen sind ebenfalls soziale Folgen von riskantem Alkoholgebrauch (vgl. TROST, 2000). Auch Menschen, die keinen missbräuchlichen Alkoholkonsum aufweisen, können in Mitleidenschaft gezogen werden. Das sind zum einen die Verkehrsteilnehmer, die durch Alkoholunfälle geschädigt werden können. Zum anderen sind das die Kinder von Alkoholsüchtigen, die in gestörten Familienverhältnissen aufwachsen, wo sie oft Streit, sexuellem Missbrauch und körperlichen Misshandlungen ausgesetzt sind (ebd.).

Leider sind es meist erst die körperlichen Folgeschäden des übermäßigen Alkoholkonsums, die ein gewisses Problembewusstsein und eine Behandlungsbereitschaft erwirken (vgl. KRUSE et al., 2000).

2.2.2 Tabak

Die heute repräsentativste Form des Tabakkonsums ist das Zigarettenrauchen.

Prävalenz:

Heute gilt Tabak als eine der weltweit am häufigsten verwendeten Drogen (vgl. ADLKOFFER, 2000). Nach einer zuverlässigen Repräsentativerhebung im Jahr 2000 rauchen in Deutschland 34,8% (16,7 Mio.) der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 59 Jahren. Davon rauchen 87% täglich. Im Jahr 2001 bezeichnen sich 38% der 12- bis 15-Jährigen als gelegentliche oder ständige Raucher. Davon sind 11% beim Konsum ihrer ersten Zigarette jünger als 11 Jahre. Bis zum Alter von 20 bis 21 steigt die Prävalenzrate kontinuierlich auf 48% an, bleibt in den Altersgruppen bis 40 Jahre relativ konstant und sinkt in den höheren Altersgruppen bis auf 30% bei den 50- bis 59-Jährigen wieder ab. Insgesamt rauchen mehr Männer als Frauen. Unter den jungen Menschen rauchen ebenso viele Frauen wie Männer (vgl. BORNHÄUSER, 2002; KRÖGER, HEPPEKAUSEN & KRAUS, 2002).

Wirkung:

Der wirksame Bestandteil des Tabaks ist das Nikotin. Dieses ist eine Stimulanz mit hohem Suchtpotential (vgl. BORNHÄUSER, 2002). Entgegen den sedierenden Substanzen steigern Stimulanzien die Aktivität des zentralen Nervensystems, so dass Blutdruck und Puls sich erhöhen. Dadurch werden aktiveres Verhalten, schnellere Denkprozesse und gesteigerte Wachheit hervorgerufen (vgl. COMER, 2001). Die Gesamtwirkung des Nikotins fällt allerdings sehr uneinheitlich aus und ist oft gegensätzlich. Je nach physischer und psychischer Situation des Rauchers und Dosierung können sowohl anregende wie beruhigende Effekte aus der Nikotinzufuhr hervorgehen (ADLKOFFER, 2000; FRIEDERICH & BATRA, 2002).

Folgen:

Aller wirtschaftlichen und gesundheitlichen Risiken zum Trotz stellt Rauchen eine der häufigsten selbstverschuldeten Ursachen von Krankheit, Invalidität und vorzeitigem Tod dar.

So tragen Raucher gegenüber Nichtrauchern nicht nur ein doppelt so hohes Krebsrisiko, sondern sie sind langfristig auch stärker gefährdet für Bluthochdruck, koronare Herzkrankheiten, Schlaganfälle und Lungenerkrankungen wie Bronchitis. Auch Passivraucher können beträchtliche Gesundheitsschäden wie Lungenkrebs oder Herzerkrankungen davon tragen (vgl. ADLKOFFER, 2000).

Übermäßiger Tabakkonsum hat nicht so schwerwiegende soziale Konsequenzen wie erhöhter Alkoholgebrauch. Sozialer Abstieg oder eine Gefährdung sozialer Beziehungen infolge hohen Zigarettengebrauchs werden in der Literatur z.B. nicht genannt. Nichts desto trotz entstehen, ähnlich wie beim Alkoholmissbrauch, durch die vorzeitige Sterblichkeit der Raucher und Gesundheitsleistungen, die den Tabakkonsum betreffen, volkswirtschaftliche Schäden (ebd.).

2.2.3 Cannabis

Keine andere Droge wird im Hinblick auf ihre Gefährlichkeit, gesundheitlichen Folgeschäden und ihr Abhängigkeitspotential so kontrovers diskutiert wie Cannabis (lat. für Hanf). Cannabis bezeichnet die aus der Hanfpflanze gewonnenen Rauschmittel Haschisch und Marihuana. Beim Haschisch („Peace“) handelt es sich um gepresste Platten oder Stangen, die aus dem Harz der weiblichen Hanfblüte hergestellt werden. Marihuana („Gras“) besteht aus den zermahlenden Blättern der weiblichen Hanfpflanze (vgl. MFJFG⁴, 2001; PALLENBACH & DITZEL, 2003). Haschisch und Marihuana unterscheiden sich vor allem durch ihre verschieden hohen Wirkstoffkonzentrationen und werden meist mit Tabak gemischt als „Joint“ geraucht. Cannabis macht angeblich nicht körperlich abhängig. Eine psychische Abhängigkeit soll nach längerem Konsum jedoch möglich sein. Im Gegensatz zu Alkohol und Nikotin ist Cannabis in Deutschland illegal (vgl. KRAUSZ & LAMBERT, 2000).

⁴ MFJFG = Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen

Prävalenz:

Sowohl PERKONIGG, LIEB und WITTCHEN (1998), als auch BÜHRINGER et al. (2000) beziehen sich in ihren epidemiologischen Beschreibungen zum Cannabisgebrauch auf eine Bundesstudie zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen von 1995. Nach dieser stehen Haschisch- und Marihuana-konsum mit fast 90% an der Spitze illegalen Drogengebrauchs. 14,6% (5,8 Mio.) der 18- bis 59-jährigen Westdeutschen, davon 3,9 Millionen Männer und 1,9 Millionen Frauen, sowie 4% Ostdeutsche geben an, mindestens einmal im Leben eine illegale Droge genommen zu haben. Dabei ist der Konsum der 18- bis 29-Jährigen etwa doppelt so hoch wie bei den 30- bis 59-Jährigen. Allerdings müssen die schlechte Erreichbarkeit illegaler Drogennutzer und die dadurch entstehende Dunkelziffer in der Studie berücksichtigt werden (ebd.).

Wirkung:

Der wichtigste psychoaktive Wirkstoff der in Cannabis enthaltenen Cannabinoide ist das „Tetrahydrocannabinol“ (THC). Die Cannabinoide sind zunächst inaktiv und werden erst beim Erhitzen in wirksame Stoffe umgewandelt. Cannabis hat individuell sehr unterschiedliche Wirkungen. Zum einen gehört er der Gruppe der Halluzinogene an, die akute Bewusstseins- und Wahrnehmungsveränderungen wie Halluzinationen hervorrufen können und vorhandene Stimmungen verstärken, so dass z.B. Angstgefühle in Panik oder Traurigkeit in Depression münden können (vgl. PALLENBACH & DITZEL, 2003). Zum anderen kann Cannabis sedierend und stimulierend wirken. Dazu treten körperliche Begleiterscheinungen wie erhöhter Puls, gerötete Augen, Appetitsteigerung, Mundtrockenheit u.a. auf (vgl. COMER, 2001).

Folgen:

Weil Cannabis meist geraucht wird, können nach langfristigem Konsum die gleichen gesundheitlichen Risiken auftreten wie beim Tabakrauchen. Außerdem enthält der Cannabisrauch viele Schadstoffe, deren gesundheitliche Wirkung ungeklärt ist (vgl. KRAUSZ & LAMBERT, 2000). Ob der Konsum die Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit verringert, ist unter

Fachleuten umstritten. Eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit scheint es nach aktuellem Wissensstand jedenfalls nicht zu geben. Bei vorhandener Veranlagung kann Cannabiskonsum wohl Auslöser, nicht jedoch Ursache, für psychiatrische Erkrankungen sein (drogeninduzierte Psychose). Bei seltenem Cannabisgebrauch konnten bislang keine Gesundheitsschäden ausgemacht werden (vgl. BZgA, 2003).

Allgemein wird Cannabis heute nicht mehr als Einstiegsdroge für „härtere“ Drogen wie Heroin betrachtet. Der Begriff „weiche“ Droge, der eine prinzipielle Harmlosigkeit der Substanz suggeriert, ist für Cannabis aber nicht passend. Immerhin wird mit seinem Gebrauch die Schwelle zu den illegalen Drogen überschritten (vgl. PALLENBACH & DITZEL, 2003). Dem Konsum von Cannabis wiederum geht meist der Gebrauch legaler Substanzen wie Tabak voraus (vgl. HURRELMANN, 1991; SILBEREISEN, 1998; KRAUSZ & LAMBERT, 2000).

Missbrauch und Abhängigkeit fangen nicht erst mit der Einnahme einer psychotropen Substanz an oder hören mit deren Absetzen auf. Die Entstehungsbedingungen sind weitaus vielfältiger und sollen im Folgenden behandelt werden.

2.3 Ätiologie

Nachdem nun eingehend dargestellt wurde, welche Folgeschäden Drogenmissbrauch und -abhängigkeit nach sich ziehen können, bleibt die Frage offen, warum Menschen trotz überragender Risiken Drogen missbrauchen oder von ihnen abhängig werden.

Dazu gibt es eine Reihe von Theorien unterschiedlicher Wissenschaftsrichtungen. „In der Vielzahl offenbart sich aber gerade ihre Schwäche: die Tatsache nämlich, dass es jedenfalls bislang keine allgemein anerkannte Erklärung der Sucht gibt“ (SCHEERER, 1995, 39).

Trotz unterschiedlicher Schwerpunkte sind sich jedoch alle Ansätze darüber einig, dass bei der Entstehung von Missbrauch und Abhängigkeit sowohl biologische, als auch psychologische und soziologische Faktoren

eine Rolle spielen (vgl. TRETTER & MÜLLER, 2001). Darum soll an dieser Stelle auch nur kurz auf einige Erklärungsmodelle eingegangen werden.

Biologische Konzepte:

Diese Konzepte gehen von einer genetischen Prädisposition für die Entstehung von Drogenmissbrauch und –abhängigkeit aus, wie z.B. von einem erhöhten Abhängigkeitsrisiko bei Kindern drogenabhängiger Eltern oder einer vererbbaaren Vorliebe für bestimmte Drogen. Grundlage hierfür sind Zwillings- und Adoptionsstudien. Darüber hinaus berücksichtigen die Konzepte biochemische Prozesse, wie die positive Wirkung, die eine Droge im Belohnungszentrum des zentralen Nervensystems verursacht. Durch diese wird die Produktion der körpereigenen Droge Dopamin herabgesetzt, so dass der Konsument immer mehr von der Substanz braucht, um die ursprüngliche Wirkung zu erzielen, und es zu Entzugssymptomen kommt, wenn er die Droge in diesem Stadium absetzt (vgl. Toleranzentwicklung und Entzugssymptome Kapitel 2.1) (vgl. COMER, 2001).

Psychologische Erklärungsansätze:

Unter die psychologischen Ansätze lassen sich beispielsweise lern- und verhaltenstheoretische Konzepte fassen. Als ein Einflussfaktor für die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen wird hier das „operante Konditionieren“ (Lernen am Erfolg) gesehen. Dabei wird „...Verhalten mit unmittelbaren positiven Effekten...wiederholt, Verhalten mit unmittelbaren negativen Effekten...vermieden“ (TRETTER & MÜLLER, 2001, 52). Hierzu zählt auch der Drogenkonsum als „Selbstmedikation“ wie das Trinken zur Bewältigung von Problemen. Daneben gibt es das Phänomen des „klassischen Konditionierens“ (Signallernen), bei dem ursprünglich neutrale Reize zu Auslösern des Drogenkonsums werden können (vgl. ebd.).

In psychoanalytischen Studien wurde empirisch nachgewiesen, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, z.B. eine geringe Erfolgserwartung oder eine hohe Toleranz für abweichendes Verhalten, das Risiko erhöhen, beim Konsum psychoaktiver Substanzen eine Abhängigkeit zu entwickeln (vgl. COMER, 2001; SCHEERER, 1995).

Sozialwissenschaftliche Modelle:

„Konsum, schädlicher Konsum und Abhängigkeit werden verstanden als Anpassungsphänomene im Sinne einer Identifikation mit gesellschaftlich akzeptierten oder geförderten Verhaltensweisen“ (UCHTENHAGEN, 2000b, 194). Im Blickpunkt dieser Theorien steht also vor allem der Einfluss des sozialen Umfeldes einer Person auf ihren Drogenkonsum. Zum einen sind damit sowohl Kontakte zu Gleichaltrigen (Peergroup), Kommilitonen und Arbeitskollegen gemeint, als auch die Beziehung zu den Eltern, wobei deren Konsum und Akzeptanz von psychotropen Substanzen und eine fehlende familiäre Unterstützung den Zugang zu Drogen erleichtern und den eigenen Gebrauch fördern (vgl. COMER, 2001; UCHTENHAGEN, 2000b). Zum anderen wirken auch belastende gesamtgesellschaftliche, kultur- und subkulturspezifische Haltungen wie Trinksitten oder Leistungsdruck auf das Konsumverhalten des Individuums ein (vgl. UCHTENHAGEN, 2000b).

Hiermit sollen nur ein paar der zahlreichen Theorien genannt sein. Jeder der Ansätze klingt einleuchtend und trägt zur Beantwortung der eingangs gestellten Frage bei. Insgesamt liefert jede Theorie für sich betrachtet aber noch keine gültige Erklärung, sondern ist nur das Bruchstück eines ganzheitlichen Konzeptes.

Werden alle Erklärungsmodelle zusammengefasst, so entsteht ein **multifaktorielles Bedingungsgefüge**, das sowohl individuelle (körperliche und psychische Eigenschaften) und gesellschaftliche (soziokulturelle und sozioökonomische Einflüsse), als auch suchtmittelspezifische (Art, Verfügbarkeit, Dosis und Suchtpotential der Droge) Faktoren bei der Entstehung von Missbrauch und Abhängigkeit berücksichtigt (vgl. COMER, 2001). Diese beeinflussen sich gegenseitig, wobei wissenschaftlich nicht geklärt werden kann, welche Faktoren generell gewichtiger sind, ob z.B. die Gene eine größere Rolle spielen als die familiäre Umwelt (vgl. TRETTER & MÜLLER, 2001). Die jeweilige Gewichtung kann nur am Individuum selbst festgemacht werden (vgl. FEUERLEIN, 1999).

Am deutlichsten lässt sich dieses multifaktorielle Bedingungsgefüge anhand des „Drei-Faktoren-Modells“ nach FEUERLEIN (1999) darstellen:

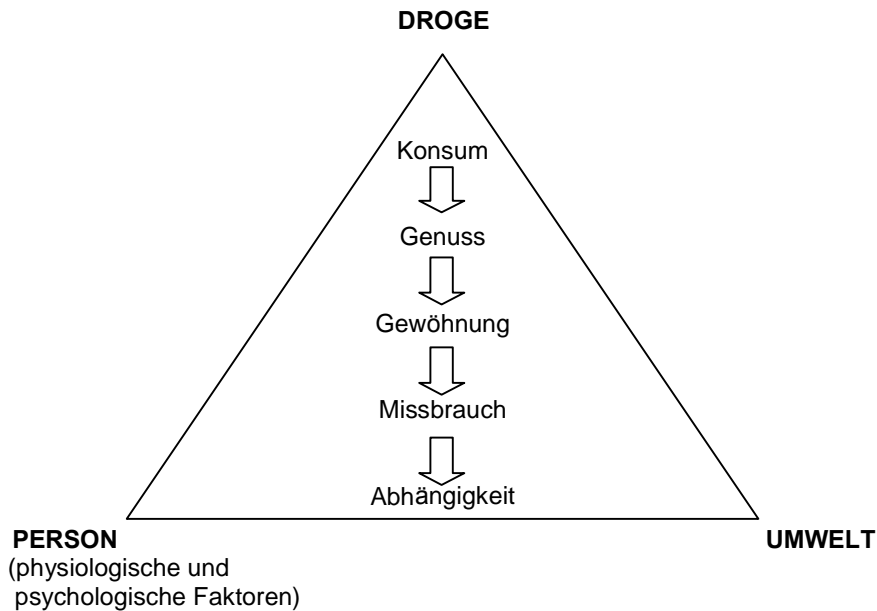


Abbildung 2: Bedingungs-faktoren einer Abhängigkeitsentwicklung (modifiziert nach FEUERLEIN et al., 1999, 71).

Warum aber werden manche Konsumenten unter bestimmten Bedingungen süchtig und andere unter den gleichen Umständen nicht?

Hierauf versucht das Konzept der „Risiko- und Schutzfaktoren“ eine Antwort zu geben. Dieses Konzept umfasst alle genannten Erklärungsansätze, die nicht als Ursache von Missbrauch und Abhängigkeit, sondern als Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit von Missbrauch und Abhängigkeit erhöhen, zu begreifen sind.

Risikofaktoren begünstigen die Wahrscheinlichkeit missbräuchliche und abhängige Verhaltensweisen zu entwickeln.

Schutzfaktoren hingegen verringern die Auftretenswahrscheinlichkeit von Missbrauch und Abhängigkeit (vgl. PETERMANN, 1998).

Risiko- und Schutzfaktoren lassen sich nicht nur in der Umwelt des Menschen finden, sie existieren auch auf Seiten des Individuums und in der Interaktion zwischen beiden. Getreu dem Motto „Gleich und gleich gesellt sich gern“ wird das Umfeld sogar oft nach ähnlichen Interessen und eigenen Vorlieben ausgesucht, auch wenn es Risikofaktoren in sich birgt (vgl. SILBEREISEN, 1998).

Im Folgenden sollen einige individuelle und umweltbedingte Risiko- und Schutzfaktoren aufgeführt werden, die zur Entwicklung bzw. Vermeidung von Substanzmissbrauch und –abhängigkeit beitragen. Zur besseren Übersichtlichkeit sind die wichtigsten der zahlreichen Einflussfaktoren nach HURRELMANN (1991), PETERMANN (1998), SILBEREISEN (1998) und UCHTENHAGEN (2000c) in folgender Tabelle zusammengestellt:

Tabelle 1: *Umweltbedingte und individuelle Risiko- und Schutzfaktoren einer Suchtentwicklung.*

	Risikofaktoren	Schutzfaktoren
Umwelt	<ul style="list-style-type: none"> • niedriger Bildungsstand • niedriger sozioökonomischer Status • soziokultureller Umbruch (Verlust traditioneller Lebensstile und Gewohnheiten etc.) • ungünstige psychosoziale Stressoren (Tod eines Familienmitglieds, Zeit-/ Leistungsdruck etc.) • gesellschaftliche Einflüsse (Anonymisierung, Überangebot an Konsumgütern, Arbeitslosigkeit etc.) • Einfluss des aktuellen sozialen Umfelds (Gruppenzwang etc.) • schlechtes Erziehungsmilieu (rigide Ablehnung oder kritikloser Umgang mit Drogen seitens der Eltern, Trennung der Eltern, Vernachlässigung, Missbrauch etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Zugang zu Bildung und Gesundheitseinrichtungen • Erhöhte Lebensqualität (Wohnqualität, positiv erlebtes Klima in Schule, Beruf etc.) • soziale Vernetzung und soziale Unterstützung (Freunde, Familie etc.) • subjektiv befriedigende Entwicklungsperspektiven • ausgewogenes Maß an sozialer Kontrolle • familiäre Stabilität
Individuum	<ul style="list-style-type: none"> • genetische Disposition • Selbstwertprobleme, schwaches Durchsetzungsvermögen etc. • psychische und Verhaltensauffälligkeiten (Jugenddelinquenz, Persönlichkeitsstörungen, Psychosen etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Risikobewusstsein, Sorge um die eigene Gesundheit • Autonomie, Durchsetzungsvermögen, emotionale Stabilität etc. • positive Selbsteinschätzung • Problembewältigungskompetenzen (social skills, coping) • religiöse Bindung

Die Faktoren sind bei jedem Menschen unterschiedlich ausgeprägt, so dass sich die Konsumenten wesentlich in ihrer Suchtgefährdung unterscheiden. Eine Häufung und Kombination von Risikofaktoren wirkt stärker gefährdend, als einzelne Faktoren allein. Dabei verändern sich die

Risikokonstellationen mit der Veränderung bestimmter Lebensumstände wie z.B. mit einem Wohnortwechsel.

Ein Risikofaktor wie beispielsweise Stress führt bei einem Menschen nicht zwangsläufig zu Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit, wenn genügend Schutzfaktoren wie Entspannungsmöglichkeiten vorhanden sind. Folglich können Schutzfaktoren Risikofaktoren neutralisieren und umgekehrt (vgl. UCHTENHAGEN, 2000c). Das Suchtrisiko einer Person ergibt sich demnach aus der Summe der Risikofaktoren minus der Summe der Schutzfaktoren (vgl. TRETTER & MÜLLER, 2001, 36).

PETERMANN (1998) zufolge müssen Schutz- und Risikofaktoren aber noch nicht einmal beide vorliegen. „Bereits das Fehlen eines Risikofaktors wird häufig als Schutzfaktor angesehen“ (ebd., 220).

Diese Faktoren zu kennen, ist wichtig für den Einsatz präventiver Maßnahmen. Können Risikofaktoren beseitigt oder durch Schutzfaktoren kompensiert werden, so bedeutet das auch eine Verringerung des Erkrankungsrisikos (vgl. HURRELMANN, 1991; PETERMANN, 1998; UCHTENHAGEN, 2000c).

Das sollte insbesondere bei jungen Menschen berücksichtigt werden. Aktuellen Untersuchungen zufolge beginnt problematischer Substanzkonsum zumeist nämlich schon zwischen dem 12. und 18. Lebensjahr. Liegen keine psychischen Beeinträchtigungen aus der Kindheit vor und ist auf das soziale Umfeld als Schutzfaktor Verlass, so ist die Chance vor allem mit der Übernahme der Erwachsenenrolle groß, den problematischen Substanzkonsum wieder abzulegen. Können die Schutzfaktoren die Risikofaktoren nicht ausgleichen, droht eine anhaltende Belastung durch Drogengebrauch (vgl. SILBEREISEN, 1998).

Darüber hinaus gibt es weitere individuelle Faktoren, die zur Entwicklung bzw. Verhinderung einer Missbrauchs- und Abhängigkeitsentstehung beitragen. Die Rede ist von „Vulnerabilität“ und „Resilienz“.

Vulnerabilität ist die „Anfälligkeit eines Individuums gegenüber psychopathologischen Störungen, die zum Beispiel durch eine genetische Prädis-

position bedingt und durch Risikofaktoren beeinflusst wird“ (PETERMANN, 1998, 422).

Bei geringer Vulnerabilität können dennoch Störungen wie Substanzmissbrauch und -abhängigkeit entstehen, wenn viele Risikofaktoren aus der Umwelt auf den Menschen einwirken. Umgekehrt reicht bei einer großen Vulnerabilität eine geringe Belastung für eine Missbrauchs- und Abhängigkeitsentwicklung aus (vgl. ebd.).

Resilienz meint die „Widerstandsfähigkeit von Personen gegenüber pathologischen Auffälligkeiten, die durch bestimmte Schutzfaktoren oder konstitutionelle Faktoren bedingt sind“ (ebd., 418).

Je größer die Resilienz und je günstiger die individuellen Schutzfaktoren, desto weniger ist eine Person auf Schutzfaktoren aus der Umwelt angewiesen, damit es nicht zu einer Suchtentwicklung kommt (vgl. UCHTENHAGEN, 2000c).

Vulnerabilität und Resilienz verändern sich mit der Zeit. So können Menschen, die irgendwann einmal als resilient eingestuft wurden, im Laufe ihres Lebens vulnerabel werden, wenn sie extrem belastenden Problemen ausgeliefert sind und keine Unterstützung finden (ebd.).

Insgesamt können Vulnerabilität und Resilienz, Risiko- und Schutzfaktoren nicht nur eine Suchtentstehung fördern oder eindämmen, sondern sie erhöhen bzw. verringern auch die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten anderer psychischer Störungen wie Psychosen, Angststörungen und affektive Störungen, die im folgenden Kapitel behandelt werden sollen.

3. Psychische Störungen

Bei vielen Menschen, die süchtig sind, bleibt es nicht immer bei der Sucht allein. Manchmal gehen Drogenmissbrauch und –abhängigkeit mit weiteren psychischen Störungen einher. Die häufigsten darunter sind schizophrene Psychosen, affektive Störungen und Angststörungen. In diesem Kapitel sollen die charakteristischen Merkmale, die Auftretenswahrscheinlichkeit und mögliche Folgen der drei genannten psychiatrischen Erkrankungen aufgezeigt werden, woran eine kurze Betrachtung der je spezifischen ätiologischen Merkmale der Störungen angeschlossen wird.

3.1 Psychiatrische Erkrankungen: Prävalenz, Diagnostik und Folgen

3.1.1 Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis

Die Psychose stellt die wohl massivste Form der psychischen Erkrankungen dar, weil sie im Unterschied zu vielen anderen Störungen mit einem gestörten Realitätsbezug einhergeht (vgl. TÖLLE, 2003).

Meist erscheint die Psychose als „**Schizophrenie**“⁵. Schizophrenie ist die von BLEULER 1911 eingeführte Bezeichnung dessen, was früher Verrücktheit, Irresein oder Wahnsinn genannt wurde. Der Begriff entstand aus einem Ansatz, den KRAEPELIN 1893 konzipierte, um zwischen affektiven Störungen (vgl. Kapitel 3.1.2) und der von ihm benannten „Dementia-Praecox“ (Schizophrenie) zu unterscheiden (vgl. FINZEN, 2000; TÖLLE, 2003). Allerdings gibt es nicht *die* Schizophrenie, sondern verschiedene Formen. Deshalb wird korrekterweise von „Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis“ gesprochen (vgl. DÖRNER et al., 2002). Im Folgenden sollen beide Termini verwendet werden.

Prävalenz:

Verschiedene epidemiologische Studien belegen, dass die Lebenszeitprävalenz, zwischen dem 18. und dem 45. Lebensjahr an einer Schizophrenie

⁵ Aus dem Griechischen: Gespaltener Geist (vgl. DEISTER & MÖLLER, 1998).

zu erkranken, in Europa bei 1% liegt. Davon erkranken 62% der Männer und 47% der Frauen bereits vor dem 25. Lebensjahr. Männer und Frauen erkranken gleich oft, wobei die Männer beim Auftreten der Erstsymptome 3-4 Jahre jünger sind. (vgl. DÖRNER et al., 2002; GAEBEL & FALKAI, 2003).

Diagnostik:

Die Schizophrenie ist ein so komplexes Phänomen, dass klare Abgrenzungen zu anderen psychischen Erkrankungen recht schwierig und einheitliche Beschreibungen nicht einmal in der Fachwelt möglich sind. Die derzeit gültigen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV beschreiben die Schizophrenie dennoch relativ übereinstimmend. Die diagnostischen Kriterien der Schizophrenie sollen anhand des DSM-IV dargestellt werden, weil dieses im Vergleich zum ICD-10 ein strengeres Zeitkriterium aufweist, soziale Folgen mitberücksichtigt und eine sorgfältigere Abgrenzung zu den affektiven Psychosen vornimmt⁶.

Nach DSM-IV kann eine Schizophrenie nur diagnostiziert werden, wenn mindestens zwei der folgenden charakteristischen Symptome für einen Zeitraum von einem Monat überwiegend vorhanden sind:

- (1) Wahn,
- (2) Halluzinationen,
- (3) desorganisierte Sprechweise (z.B. häufiges Entgleisen oder Zerfahrenheit),
- (4) grob desorganisiertes oder katatonisches Verhalten,
- (5) negative Symptome, d.h. flacher Affekt, Alogie oder Willensschwäche.

(SASS et al., 1998, 340).

Für eine Diagnose reicht schon ein Kriterium aus, wenn der Wahn bizarr ist oder die Halluzinationen aus einer dauerhaft kommentierenden Stimme bestehen.

Ein „Wahn“ (Paranoia) ist eine krankhafte Fehlbeurteilung der Realität, eine Idee, von der der Mensch leidenschaftlich überzeugt ist, die aber nicht den Tatsachen entspricht und oft absurd ist. Die häufigste Form ist

⁶ Diese Gründe greifen auch für die Klassifikation der affektiven Störungen und Angststörungen, weshalb dem DSM-IV bei der Beschreibung eben dieser einheitlich der Vorzug gegeben werden soll.

der Verfolgungswahn, in dem die Person z.B. glaubt, sie würde bedroht oder ausspioniert. „Halluzinationen“ sind Störungen der Wahrnehmung, d.h. der Betroffene bildet sich ein, etwas zu hören, zu sehen, zu riechen, zu schmecken oder zu fühlen, was real nicht existiert (vgl. COMER, 2001; SCHWARZER, 1999).

Zusätzlich muss das Leistungsniveau in Bereichen wie Arbeit, soziale Beziehungen und selbstständige Versorgung seit Beginn der Störung deutlich abgesunken sein. Überdies erfolgt die Diagnose einer Schizophrenie nach DSM-IV nur dann, wenn die Zeichen des Störungsbildes mindestens sechs Monate andauern und wenn eine körperliche Ursache ausgeschlossen werden kann (vgl. SASS et al., 1998).

Grundsätzlich beeinträchtigt eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis das Denken, das Fühlen, das Wollen, das Ich-Erleben und das Handeln eines Menschen. Deshalb ist die Schizophrenie eine Störung der Gesamtpersönlichkeit (vgl. TÖLLE & WINDGASSEN, 2003).

Die Fachliteratur offenbart viele verschiedene Versuche, die angesichts der vielgestaltigen Symptomatik gemacht worden sind, um die Schizophrenie in Unterformen einzuteilen. Dabei handelt es sich nicht etwa um eigene Krankheiten, sondern um Syndrome, d.h. es geht um das Hervortreten einer Symptomgruppe. Angefangen von KRAEPELIN über BLEULER bis hin zu den aktuellen Klassifikationsschemata ist die Schizophrenie immer wieder in homogene, einander ausschließende Subtypen gegliedert worden (vgl. FINZEN, 2000; Tölle & WINDGASSEN, 2003). Die Syndrome der Schizophrenie sind aber nicht scharf voneinander abzugrenzen, so dass die Konzepte der „...Heterogenität dieser Erkrankung nicht gerecht...“ (OLBRICH et al., 2004, 468) werden. Zwar kann einigen Ansätzen in der aktuellen Literatur immer noch begegnet werden, eine ausführliche Erläuterung soll jedoch lediglich anhand der derzeit gültigen Einteilung, dem im DSM-IV vorgeschlagenen „dimensionale Ansatz“, erfolgen. Dieser lehnt sich an die von LIDDLE 1995 geführte Beobachtung an, dass sich die Symptomatik schizophrener Erkrankter in „Realitätsverzerrung“, „Verarmung der Psychomotorik“ und „Desorganisation“ clustern lässt.

Ersteres umfasst Wahn und Halluzinationen und entspricht dem bisher gebräuchlichen Begriff der Positivsymptome, die hauptsächlich in der akuten Phase bestehen. Sie werden als Phänomene aufgefasst, die beim Gesunden nicht vorhanden sind (vgl. COMER, 2001; OLBRICH et al., 2004).

Die Verarmung der Psychomotorik entspricht dagegen der Negativsymptomatik, die typisch für den chronischen Verlauf einer Schizophrenie ist. Sie kann als das Fehlen von psychischen Funktionen verstanden werden, die bei einem gesunden Menschen vorhanden sind. Dazu zählen Spracharmut, Affektverflachung und verminderte motorische Fähigkeit.

Die Desorganisation beinhaltet schließlich formale Denkstörungen, Ablenkbarkeit und inadäquate Affekte.

Diese Syndrome repräsentieren keine Subtypen-Kategorie, sondern Dimensionen, d.h. meist liegt nicht nur ein Syndrom bei kompletter Abwesenheit der beiden anderen vor. Entsprechend ist bei der Festlegung der Diagnose zu bestimmen, in welchem Ausmaß jedes der drei Syndrome besteht (ebd.).

Folgen:

Wie bereits angedeutet, kann eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis schwerwiegende psychosoziale Folgen nach sich ziehen. Auf individueller Ebene kommt es nicht nur zu Problemen der alltäglichen Lebensbewältigung, die z. B. Tagesstrukturierung und Ernährung betreffen. Schizophrenie bedeutet auch eine Veränderung der Gesamtpersönlichkeit. Damit sind wiederum Ängste, Rückzug aus sozialen Netzen und eine wesentlich erhöhte Suizidgefahr verbunden (vgl. SCHWARZER, 1999). Auf gesellschaftlicher Ebene entstehen z.B. durch vorzeitige Berentung und Krankenhausbehandlungen enorme finanzielle Folgekosten (vgl. COMER, 2001).

3.1.2 Affektive Störungen

Der psychiatrische Sprachgebrauch ist in diesem Gebiet nicht einheitlich. Außer von „affektiven Störungen“ wird auch von „affektiven Psychosen“ oder von „manisch-depressiven Erkrankungen“ gesprochen.

All diese Begriffe umschreiben eine krankhafte Veränderung der Stimmungslage, die sich in zwei entgegengesetzte Richtungen äußern kann: in eine krankhaft gehobene Stimmung („**Manie**“⁷) und in eine krankhaft niedergedrückte Stimmung („**Depression**“⁸) (vgl. DILLING, REIMER & AROLT, 2001). Treten beim gleichen Kranken depressive und manische Phasen auf, so wird von einer „bipolaren Störung“ gesprochen. Ausschließlich depressive oder manische Episoden werden hingegen als „unipolare Störungen“ bezeichnet (vgl. TÖLLE & WINDGASSEN, 2003).

Prävalenz:

In Europa erkranken etwa 0,4 bis 1% der Erwachsenen an einer affektiven Psychose. Davon erkranken 66% an einer unipolaren Depression, die damit die häufigste affektive Störung darstellt. Das Lebenszeitrisiko bei bipolaren Störungen liegt bei 26%. Nur etwa 8% der affektiven Störungen sind unipolare Manien (vgl. DÖRNER et al., 2002). Während es bei den bipolaren affektiven Störungen keinen Unterschied der Erkrankungs­häufigkeit bei den Geschlechtern gibt, erkranken bei den Depressionen doppelt so viele Frauen wie Männer. Bipolare Verläufe beginnen früher als unipolare Verläufe, d.h. meist schon in der Adoleszenz (vgl. BERGER & VAN CALKER, 2004). Laut DÖRNER et al. (2002) wird der Mensch „...erst typischerweise schizophoren, dann manisch, erst ab dem dritten Lebensjahrzehnt...[ist er] ‚depressionsreif‘“ (ebd., 234).

Diagnostik:

Weil die unipolare Depression die häufigste Form der affektiven Störungen darstellt, beschränkt sich dieses Kapitel weitgehend auf eben diese.

Die Depression ist gekennzeichnet von einer Vielzahl von Symptomen in unterschiedlicher Ausprägung und Kombination. Die beiden internationalen Klassifikationsschemata DSM-IV und ICD-10 versuchen, die Symptome derzeit halbwegs einheitlich unter einen Hut zu bringen. Unterschieden wird dabei zwischen der rezidivierenden „Major Depression“ bzw. „depressiven Episode“, die nach DSM-IV mindestens zwei Wochen

⁷ aus dem Lateinischen: Besessenheit, krankhafte Leidenschaft (vgl. FAUST, 2000).

⁸ vom lateinischen „deprimere“ = herunterdrücken, unterdrücken; auch Melancholie genannt (ebd.).

besteht und der „Dysthymie“ als einer Depressionsform in leichterem, aber chronischer Ausprägung von mindestens zwei Jahren (vgl. BERGER & VAN CALKER, 2004).

Weitere Ausführungen sollen sich auf depressive Episoden beschränken, da sie weitaus häufiger im jungen Erwachsenenalter vorkommen, als dysthyme Störungen (vgl. KASPER, MÖLLER & MÜLLER-SPAHN, 2002).

Nach DSM-IV besteht eine Episode einer Major Depression, wenn mindestens fünf der folgenden Symptome während derselben Zwei-Wochen-Periode an fast allen Tagen vorliegen:

- (1) Depressive Verstimmung [...], für die meiste Zeit des Tages [...].
- (2) Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten [...] für die meiste Zeit des Tages [...].
- (3) Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät; oder Gewichtszunahme [...] oder verminderter oder gesteigerter Appetit [...].
- (4) Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf [...].
- (5) Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung [...].
- (6) Müdigkeit oder Energieverlust [...].
- (7) Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle [...].
- (8) Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit [...].
- (9) Wiederkehrende Gedanken an den Tod [...], wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids.

(SASS et al., 1998, 387-388).

Weiterhin setzt das DSM-IV voraus, dass die genannten Symptome klinisch bedeutsames Leiden hervorrufen, die Lebensqualität und Leistung beeinträchtigen und sich nicht auf unmittelbare Drogenwirkung zurückführen lassen (ebd.). Zusätzlich erleichtert die Kenntnis früherer depressiver, nicht-manischer Episoden sowie deren plötzlicher Beginn und Schluss die Diagnose einer Depression (vgl. TÖLLE & WINDGASSEN, 2003).

Schwieriger gestaltet sich die Diagnose dagegen, wenn es nicht allein bei den psychischen Symptomen bleibt, sondern wenn sich die Depression hinter körperlichen Beschwerden wie Druckgefühlen im Bauch oder Kopf versteckt (vgl. KASPER et al., 2002). Ebenso diffizil kann sich die Abgrenzung zu anderen Störungen darstellen. Denn ähnlich wie die

Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis schließen Depressionen Symptome ein, die auch für andere Erkrankungen charakteristisch sind. So liegen Angststörungen und Depressionen nah beieinander und auch psychotische Symptome sind keine Seltenheit (vgl. KAPLAN & SADOCK, 2000). Depressive Episoden im Jugendalter sind oft so kurz, dass sie sich gänzlich einer Diagnose entziehen und sich erst retrospektiv diagnostizieren lassen, zumal Stimmungsschwankungen im Reifungsalter etwas ganz "Normales" sind (vgl. TÖLLE & WINDGASSEN, 2003).

Folgen:

Selbst eine nur teilweise Besserung oder Chronifizierung depressiver Erkrankungen kann sowohl zu bleibenden sozialen und beruflichen Beeinträchtigungen und sozialem Rückzug führen, als auch zu dem Risiko, bisherige Interessen, die Arbeitsstelle und Bezugspersonen zu verlieren. Außerdem besteht im Rahmen misslungener Suizidversuche die Gefahr von Dauerschäden, wie z. B. durch selbst verursachte Verkehrsunfälle (vgl. BERGER & VAN CALKER, 2004).

3.1.3 Angststörungen und Phobien

Angst ist ein Phänomen, das bei allen gesunden Menschen anzutreffen ist. Wenn Ängste pathologisch wird von Angststörungen gesprochen. Angststörungen zählen zu den **Neurosen**, die im Unterschied zu den Psychosen mit einem ungestörten Realitätsbezug und Krankheitseinsicht einhergehen (vgl. LACKINGER-KARGER, 2002).

Der Begriff „**Angststörung**“, auch „Angsterkrankung“ genannt, entstammt dem 1895 von FREUD geprägten Begriff der „Angstneurose“, von dem er die heute als „**Phobie**“ bezeichnete „Angsthysterie“ abgrenzte (vgl. ANGENENDT, FROMMBERGER & BERGER, 2004). Man spricht von Angststörung, wenn sich die Angst nicht an konkreten Dingen festmachen lässt, von Phobie, wenn sie an bestimmte Situationen oder Objekte gebunden ist (vgl. TÖLLE & WINDGASSEN, 2003).

Die Angstneurose wird unterteilt in „Panikstörung“ und „generalisierte Angststörung“. Phobien gliedern sich in „Agoraphobie“, „soziale Phobie“

und „spezifische Phobie“. Im ICD-10 sind alle Formen unter den Oberbegriff „Phobische Störung“ zusammengefasst.

Prävalenz:

Nach epidemiologischen Untersuchungen an repräsentativen Bevölkerungsstichproben gehören Angsterkrankungen mit einer Lebenszeitprävalenz von 15% zu den häufigsten psychischen Störungen. Am weitesten verbreitet sind die Phobien. Davon leiden 13% an einer sozialen, 9% an einer spezifischen und 5% an einer Agoraphobie. Panikstörungen sind nach neueren Studien bei 3% der Allgemeinbevölkerung, generalisierte Angststörungen bei 5% zu finden. Insgesamt leiden Frauen doppelt so häufig an einer Angststörung wie Männer, wobei das Erstauftreten der Erkrankung in jedem Lebensalter, am häufigsten jedoch bis zum 20. Lebensjahr, möglich ist (vgl. ANGENENDT et al. 2004).

Diagnostik:

Wie bereits erwähnt, sind Phobien durch situative Auslöser gekennzeichnet. Bei der Agoraphobie sind das freie Plätze oder enge Räume ohne Fluchtmöglichkeit. Bei der sozialen Phobie steht die Angst vor sozialen oder Leistungssituationen und damit verbundene Versagensängste im Vordergrund. Die Angst bei spezifischen Phobien bezieht sich dagegen auf zahlreiche Objekte oder Situationen, wie z.B. Tiere, Blut, Höhen oder Tiefen. Dabei dürfen die Themen der Phobien „...nicht mit ihren Ursprüngen verwechselt werden, sie sind lediglich deren Ersatzobjekte und haben z.T. Symbolcharakter“ (TÖLLE & WINDGASSEN, 2003, 91).

Generalisierte Angststörungen und Panikstörungen zeichnen sich durch eine diffuse, übermäßige und schwer kontrollierbare Angst aus, die bei der Panikstörung in einer akuten, attackenartigen Form, bei der generalisierten Angststörung in einem eher chronischen Ausmaß, d.h. mindestens sechs Monate an der Mehrzahl aller Tage, auftritt (vgl. SASS et al., 1998).

Das DSM-IV liefert im Gegensatz zur ICD-10 eine umfassendere Beschreibung der Angststörungen, weil es neben den Angststörungen im engeren Sinne auch Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und andere auf Medikamentenwirkung bzw. körperliche Erkran-

kungen zurückführende Ängste subsumiert, die hier jedoch nicht weiter ausgeführt werden sollen.

Um eine generalisierte Angststörung, als die häufigste Angsterkrankung, nach dem DSM-IV diagnostizieren zu können, muss die Angst mit mindestens drei der folgenden Symptome verbunden sein:

- (1) Ruhelosigkeit [...],
- (2) leichte Ermüdbarkeit,
- (3) Konzentrationsschwierigkeiten oder Leere im Kopf,
- (4) Reizbarkeit,
- (5) Muskelspannung,
- (6) Schlafstörungen [...].

(SASS et al., 1998, 500).

Wie bei den Diagnosekriterien der Depression ist auch hier vorausgesetzt, dass durch die Störung der private oder berufliche Lebensbereich beeinträchtigt ist und klinisch bedeutsames Leiden verursacht wird. Die Angststörung darf nicht auf direkte Drogenwirkung zurückzuführen sein und nicht im Verlauf einer affektiven oder psychotischen Störung auftreten (vgl. ebd.).

Ähnlich wie bei depressiven Menschen leiden Personen mit Angststörungen vor allem innerlich, so dass den Betroffenen die Krankheit nicht immer anzusehen ist. Hinzu kommt, dass es den meisten Menschen schwer fällt, sich das Angstgefühl selbst einzugestehen, da sie sich oft nicht erklären können, wo die Angst herrührt (vgl. LACKINGER-KARGER, 2002).

Folgen:

Angststörungen und Phobien können beträchtliche Folgeschäden in seelischer, körperlicher und psychosozialer Hinsicht haben. Viele Menschen mit pathologischer Angst entwickeln nicht nur häufig Erwartungsängste, d.h. eine Angst vor der Angst, sondern versuchen auch, ihre Angst mit Drogen oder Gefahrensport zu kompensieren. Während Angststörungen meist mit Rückzugs- und Vermeidungsverhalten einhergehen, sind Phobien mit weniger Einschränkungen verbunden, weil deren Angst auslösende Situationen zum Teil umgangen werden können (vgl. FAUST, 2000). Einbußen der Lebensqualität und Einbrüche des Selbstwerterle-

bens haben oft negative Einflüsse auf familiäre und soziale Beziehungen, erhöhen das Suizidrisiko und werden letztendlich zu einem finanziellen Wirtschaftsfaktor (vgl. ANGENENDT et al., 2004).

Wie bereits angedeutet, greifen viele Symptome psychischer Krankheiten ineinander über und lassen sich nur durch ihre spezifische Kombination untereinander als eine bestimmte Störung diagnostizieren. Ängste, Wahn und depressive Begleiterscheinungen können bei fast allen genannten Erkrankungen auftreten. So liegen die psychischen Störungen nah beieinander und sind sich auch hinsichtlich ihrer Entstehungsbedingungen ähnlich. Im Folgenden sollen die gemeinsamen und jeweils spezifischen ätiologischen Aspekte der beschriebenen Störungen nahe gebracht werden.

3.2 Ätiologie

Bei vielen psychischen Störungen ist die Ätiologie nur unzureichend bekannt und empirisch noch wenig belegt. Die psychiatrische Fachwelt geht teilweise noch von einem **Triadischen Modell** aus, das psychische Störungen in drei große Krankheitsgruppen einteilt.

Hiernach gibt es zunächst die körperlich begründbaren, z.B. durch Drogenintoxikation oder Hirnverletzung verursachten, exogenen Psychosen.

Zum anderen beinhaltet das Modell die endogenen Psychosen. Das sind die Störungen, die weder körperlich noch seelisch begründbar sind und deren Ursache früher aus dem Inneren des Menschen kommend vermutet wurde. Dazu zählen affektive Psychosen und die Schizophrenie.

Als dritte Gruppe werden die nicht-psychotischen, psychologisch bedingten, psychogenen Psychosen aufgeführt, denen sich Abhängigkeitserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und Neurosen wie Angststörungen und Phobien, zuordnen lassen (vgl. HAUFE & KRAUSE, 2003).

DÖRNER et al. (2002) kritisieren diese Aufteilung, weil sie wissenschaftlich nicht haltbar sei. Das ICD-10 und DSM-IV verzichten ebenfalls auf die Einordnung, zumal die beiden Klassifikationsschemata einer deskriptiven und nicht einer kausalen Diagnostik unterliegen.

Verbreiteter ist dagegen die Auffassung, dass den psychischen Störungen, wie bei Substanzmissbrauch und –abhängigkeit, ein **multifaktorielles Bedingungsgefüge** zugrunde liegt, das biologische, psychologische und soziologische Konzepte vereint. Unter Fachleuten sind „bio-psycho-sozialer“ oder „polyätiologischer Ansatz“ für das Zusammenwirken mehrerer Faktoren ebenso geläufige Begriffe. Dem liegt die Annahme einer Multikausalität zugrunde. Das heißt, dass die Entstehung psychischer Störungen ein komplexes Wirkungsgefüge ist und nicht als linearer Ursache-Wirkungs-Zusammenhang gesehen werden kann. Dabei muss zwischen Ursache und Auslösefaktor unterschieden werden, denn gerade bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und affektiven Störungen sind verbindliche Aussagen über die Ursachen trotz umfangreicher Forschungen nicht möglich (vgl. DILLING, REIMER & AROLT, 2001).

In Anlehnung an das multifaktorielle Bedingungsgefüge stellt das sogenannte **Vulnerabilitäts-Stress-Konzept**, auch „Diathese-Stress-Modell“ genannt, einen heute allgemein akzeptierten Versuch dar, bei der Schizophrenie verschiedene Ansätze unter einem Modell zusammenzufassen. Es gliedert sich in drei Phasen: In der Prodromalphase besteht bei manchen Menschen eine Krankheitsbereitschaft (Vulnerabilität) im Sinne einer Prädisposition. Wird die Verletzlichkeitsschwelle durch Belastungen überschritten, kommt es in der akuten Phase zum Ausbruch der Psychose bzw. zur Wiedererkrankung in der Residualphase. Allerdings kommt es nicht bei allen Menschen mit besonderer Vulnerabilität zu einem Krankheitsausbruch (vgl. TÖLLE & WINDGASSEN, 2003; KAPLAN & SADOCK, 2000).

Das Modell ist vergleichbar mit den Konzepten der Risiko- und Schutzfaktoren sowie der Vulnerabilität und Resilienz, die im Hinblick auf riskanten Drogenkonsum bereits im Kapitel 2.3 eingehend erläutert worden sind⁹. In der psychiatrischen Fachliteratur werden insbesondere

⁹ Da sich die Konzepte nicht grundlegend von denen der in diesem Kapitel behandelten Störungen unterscheiden, soll statt weiterer Ausführungen auf das Kapitel 2.3 verwiesen werden.

über die Schutzfaktoren psychischer Störungen kaum Aussagen gemacht. Das mag an der Tatsache liegen, dass sie noch nicht sehr lange erforscht werden und dementsprechend wenige Erkenntnisse vorliegen (vgl. PETERMANN, 1998). Einige der wissenschaftlich gesicherten Risikofaktoren, die zum Ausbruch, zur Wiedererkrankung oder zur Aufrechterhaltung der einzelnen psychischen Störungen führen, sind nach COMER (2001), DILLING et al. (2001), DÖRNER et al. (2002), und TÖLLE und WINDGASSEN (2003) in folgender Tabelle aufgelistet:

Tabelle 2: *Bio-psycho-soziale Risikofaktoren psychischer Störungen.*

Risiko-faktoren	Schizophrenien	Affektive Störungen	Angststörungen
biologisch	<ul style="list-style-type: none"> • Genetische Disposition 	<ul style="list-style-type: none"> • Genetische Disposition • Somatische Erkrankung, Drogenintoxikation 	<ul style="list-style-type: none"> • Genetische Disposition • Somatische Erkrankung, andere psychische Störungen, Drogenintoxikation
psychisch	<ul style="list-style-type: none"> • Ich-Entwicklungsdefizit • Jahreszeitliche Schwankungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Negative Wahrnehmung der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft (kognitive Triade) • Frühkindliche Mangelenerfahrung • Jahreszeitliche und tageszeitliche Schwankungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Unbewältigte Konflikte • Klassisches Konditionieren und Modelllernen
sozial	<ul style="list-style-type: none"> • Alltagsstress • Psychosoziale Überstimulation in der Familie (High expressed emotions) • Gesellschaftliche Etikettierung Belastende Lebensereignisse (Life-Events) 	<ul style="list-style-type: none"> • Belastende Lebensereignisse (Life-Events) 	<ul style="list-style-type: none"> • Klima gesellschaftlicher Gefahren • Drohende oder überstandene Belastungen (Gewalttat, Naturkatastrophe etc.)

Keiner der Faktoren kann für sich allein genommen die Entstehung einer psychischen Störung erklären, jedoch besteht eine unterschiedliche Gewichtung zwischen ihnen. Während die Entwicklung einer Angststörung überwiegend von psychosozialen Faktoren abhängt, steht bei den affek-

tiven Störungen vor allem die genetische Disposition im Vordergrund (vgl. TÖLLE & WINDGASSEN, 2003).

Folglich sind nicht nur die genannten Faktoren für die Entstehung der psychischen Störungen verantwortlich, sondern die Störung selbst kann auch ein Risikofaktor für eine weitere psychische Erkrankung sein. So ist es möglich, dass eine Depression zusätzlich eine Angststörung auslöst oder eine Angststörung problematischen Substanzkonsum bedingt. Daher kann es passieren, dass ein Mensch gleichzeitig an einer psychischen Störung leidet und süchtige Verhaltensweisen aufweist. Das folgende Kapitel soll hierauf näher eingehen.

4. Komorbidität von problematischem Substanzkonsum und psychischen Störungen

In diesem Kapitel soll zunächst der Begriff „Komorbidität“ beleuchtet werden. Daraufhin wird auf die Epidemiologie komorbider Störungen eingegangen, die sich auf die Diagnosen „Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis“, „Affektive Störungen“ und „Angststörungen“ mit „Drogenmissbrauch“ und „-abhängigkeit“ bezieht. Daran angeschlossen wird eine Betrachtung der Diagnostik von Komorbidität. Schließlich wird dargelegt welche Folgen komorbide Störungen mit sich bringen können und welche ätiologischen Bedingungsbeziehungen zwischen riskantem Drogenkonsum und psychischen Störungen existieren.

4.1 Begriffsbestimmung

Die Begriffe „**Komorbidität**“¹⁰, „multiple“, „Dual-“ oder „Doppeldiagnose“ meinen das gemeinsame Auftreten verschiedener psychischer Erkrankungen bei derselben Person in einem bestimmten Zeitraum (vgl. MOGGI, 2002; STIEGLITZ & FREYBERGER, 2004).

Demnach wird auch von Komorbidität gesprochen, wenn auf der einen Seite eine Störung durch Substanzkonsum wie Missbrauch oder Abhängigkeit vorliegt und gleichzeitig, oder auch über die Lebenszeit hinweg, eine weitere psychische Störung wie eine Schizophrenie, affektive Störung oder Angststörung diagnostiziert wird. Dabei ist die Komorbidität im Gegensatz zum heute nur noch selten verwendeten Begriff „Doppeldiagnose“ nicht grundsätzlich auf das Vorhandensein von zwei Störungen begrenzt (vgl. WITTCHEN, 1996). Im Folgenden sollen die genannten Termini synonym benutzt werden.

Allgemein kann im Hinblick auf zeitliche Zusammenhänge bei Doppeldiagnosen zwischen der **simultanen** Komorbidität und der **sukzessiven** Komorbidität unterschieden werden. Bei der simultanen Komorbidität

¹⁰ Der Begriff ist 1970 im englischen Sprachraum von FEINSTEIN eingeführt worden und löst seit 1992 die Bezeichnung „Doppeldiagnose“ weitgehend ab (vgl. MOGGI, 2002).

liegen mehrere Störungen gleichzeitig bei einer Person vor. Die sukzessive Komorbidität ist durch das Auftreten verschiedener Störungen zu unterschiedlichen Zeiten gekennzeichnet (vgl. WITTFoot & DRIESSEN, 2000).

Des Weiteren kann zwischen der **internen** Komorbidität, bei der die vorhandenen Störungen derselben diagnostischen Klasse angehören, z.B. soziale Phobie und Agoraphobie, und der **externen** Komorbidität, bei der Störungen unterschiedlicher Störungsgruppen vorliegen, z.B. Angststörung und Störungen durch Substanzkonsum, differenziert werden (ebd.). Der Schwerpunkt soll hier auf der externen Komorbidität liegen, bei der nicht zwischen simultan und sukzessiv unterschieden wird.

4.2 Prävalenz

Komorbidität ist laut KRAUSZ et al. (2000,3) ein „...wissenschaftliches Schwerpunktthema der 90er Jahre...“ und stellt nach LÖHRER (2002) auch heute noch einen Forschungsschwerpunkt dar. Begonnen habe die Forschung mit den empirisch gefundenen Zusammenhängen zwischen Substanzabhängigkeit und psychiatrischer Symptomatik. Dabei wurde anhand internationaler evaluativer Untersuchungen aufgezeigt, dass unter Drogenabhängigen psychische Störungen wesentlich häufiger auftreten, als in der Normalbevölkerung. Ebenso auffällig ist der erhöhte zusätzliche Substanzkonsum bei Patienten mit psychiatrischen Störungen (KRAUSZ et al., 2000).

In der Literatur findet sich eine Reihe von deutschen Studien zur Komorbidität von Substanzstörungen mit anderen psychischen Störungen. Es handelt sich hier jedoch überwiegend um Untersuchungen, die sich auf stationär behandelte Patienten beziehen. Laut LIEB und ISENSEE (2002) kann eine Verzerrung der Befunde durch Stichprobenselektivität daher nicht ausgeschlossen werden. Das „National Comorbidity Survey“ (NCS) und das „Epidemiological Catchment Area Program“ (ECA), auf die in der aktuellen Fachliteratur zum Großteil zurückgegriffen wird, haben Komorbiditätsbefunde an repräsentativen Bevölkerungsstichproben ermittelt. Sie

liefern die bislang differenziertesten Ergebnisse zur Komorbidität von Störungen durch Substanzkonsum mit anderen psychischen Störungen (vgl. GOURNEY et al., 1997). Das NCS wurde zwischen 1990 und 1992 von KESSLER et al. (1994) an 8.098 amerikanischen Bürgern im Alter von 15 bis 54 Jahren durchgeführt. Das ECA erfolgte zwischen 1980 und 1984 an 18.571 Personen zwischen 18 und 65 Jahren in Amerika unter der Leitung von REGIER et al. (1990). Da sich die beiden Studien in ihren Ergebnissen nicht wesentlich voneinander unterscheiden, bezüglich der Schizophrenie jedoch einzig das ECA bevölkerungsbezogene Befunde zur Komorbidität mit Alkoholstörungen vorlegt (vgl. LIEB & ISENSEE, 2002), soll ihm der Vorzug bei der Darstellung der Prävalenzen gegeben werden.

Komorbidität von problematischem Substanzkonsum mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis:

Neuere Analysen der ECA-Studie zeigen, dass Patienten mit Schizophrenie im Vergleich zu nicht schizophrenen Menschen häufiger zusätzliche Störungen offenbaren, die durch Drogenkonsum bedingt sind. So weisen 47% der Personen mit einer Lebenszeitdiagnose Schizophrenie gleichzeitig einen stofflichen Missbrauch oder eine Abhängigkeit, überwiegend von Alkohol oder Cannabis, auf. Auf der anderen Seite erkrankten Alkoholiker¹¹ zu 3,8% zusätzlich an einer Schizophrenie. Die Studie bestätigt, dass Patienten mit dieser Komorbidität eher in klinischen Zusammenhängen auftauchen (vgl. DRAKE et al., 1994; GOURNEY et al., 1997).

Komorbidität von problematischem Substanzkonsum mit affektiven Störungen:

Die Untersuchung zeigt weiterhin auf, dass auch Depressionen, überzufällig häufig mit Substanzstörungen auftreten. 13,4% der Alkoholiker erkrankten zusätzlich an einer affektiven Störung und 21,8% der Probanden mit affektiven Störungen leiden zusätzlich an Alkoholmissbrauch oder

¹¹ Die Begriffe „Alkoholiker“ und „Alkoholismus“ umfassen sowohl Missbrauch als auch Abhängigkeit von Alkohol.

-abhängigkeit. Unter den Abhängigen von illegalen Drogen¹², erfüllen 35% die Kriterien einer affektiven Störung. Auch Tabakabhängigkeit geht häufig mit affektiven Störungen einher (vgl. LIEB & ISENSEE, 2002).

Komorbidität von problematischem Substanzkonsum mit Angststörungen:

Für die Komorbidität von Alkoholismus und Angststörungen sind von REGIER et al. folgende Daten gefunden worden: 19,4% der Alkoholabhängigen und -missbraucher erkranken zusätzlich an einer Angststörung. 17,9% der Probanden mit einer Angststörung erkranken zusätzlich an problematischem Alkoholkonsum. Ebenso kann aufgezeigt werden, dass Menschen mit Missbrauchs- und Abhängigkeitsmustern von illegalen Drogen und Nikotin bemerkenswert häufig unter Angststörungen leiden (ebd.).

Insgesamt stimmen die ECA- und die NCS-Befunde darin überein, dass mehr als die Hälfte (53,1% im ECA und 51,4% im NCS) der Probanden mit Störungen durch Substanzkonsum irgendwann einmal in ihrem Leben an mindestens einer weiteren psychischen Störung erkranken. Personen mit Drogenabhängigkeit, insbesondere von Alkohol, leiden eher an einer Komorbidität als Personen mit missbräuchlichem Drogenkonsum. Im Hinblick auf die zeitlichen Muster ergibt sich im ECA und im NCS, dass bei Schizophrenie und affektiven Störungen etwa gleich oft erst die psychische Störung oder erst die Abhängigkeitserkrankung vorliegt. Komorbide Angststörungen treten zu 79% vor der Abhängigkeit auf. Nur in 17% der Fälle geht die Substanzstörung der Angststörung voraus (vgl. WITTCHEN; PERKONIGG & REED, 1996).

Aktuellere Studien aus Deutschland mit klinischen Stichproben und einer geringeren Zahl an Probanden von etwa 300 bis 400 Patienten liegen z.B. nach DRIESSEN (1999), GÜNTHER (2000), SCHÖNELL und CLOSSET (2002) vor. Diese Untersuchungen bestätigen die Befundlage der ECA- und der NCS-Studie. Auch sie belegen einen signifikanten Zusammenhang von

¹² Unter illegalen Drogen werden in epidemiologischen Studien üblicherweise Cannabinoide, Opiate, Kokain, Amphetamine, Halluzinogene, Inhalantien, häufig auch ohne medizinische Indikation konsumierte verschreibungspflichtige psychotrope Medikamente wie Sedativa, Hypnotika u.a. subsumiert (vgl. LIEB & ISENSEE, 2002).

problematischem Substanzkonsum mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, affektiven Störungen und Angststörungen.

4.3 Diagnostik

Seitdem Substanzmissbrauch und –abhängigkeit mit der Einführung der Klassifikationsschemata ICD-10 und DSM-III eigenständig erfasst werden und keine Unterformen von Persönlichkeitsstörungen mehr darstellen, wie dies noch in früheren Versionen der Fall war, ist es möglich geworden, Störungen durch Substanzkonsum und andere psychische Störungen parallel zu diagnostizieren (vgl. KRAUSZ, DEGKWITZ & VERTHEIM, 2000). Die derzeitigen Klassifikationssysteme begünstigen demnach die Diagnose einer Komorbidität. Daraus ist folgte, dass sich immer häufiger Patienten fanden, die gleichzeitig unter einer psychischen Störung und einer Substanzstörung leiden (vgl. MOGGI, 2002).

Um eine Komorbidität diagnostizieren zu können, muss ergründet werden, ob den beiden Störungen gemeinsame Symptome zugrunde liegen oder ob lediglich einzelne Symptome auftreten, ohne dass die Kriterien für beide Störungen erfüllt sind. So können beispielsweise Schuldgefühle sowohl bei Depressionen als auch bei Alkoholabhängigkeit vorliegen, jedoch reichen diese allein nicht aus, um eine der beiden Erkrankungen bestimmen zu können (ebd.).

Liegen beide Störungen vor, so wird nur dann von Komorbidität gesprochen, wenn die psychische Störung unabhängig vom Substanzkonsum existiert (vgl. BRODBECK, 2002). Im Gegensatz zu substanzinduzierten, also z.B. durch akute Intoxikation oder Entzug ausgelöste, psychischen Störungen, die meist nach mehrwöchiger Abstinenz unbehandelt abklingen, bestehen substanzunabhängige oft länger und sind bereits vor der Substanzstörung aufgetreten. Damit eine Diagnose also nicht auf „wackligen Beinen“ steht, sollte diese erst gestellt werden, wenn über mindestens drei Monate Abstinenz besteht (vgl. MÜLLER, 2001; MOGGI, 2002).

4.4 Folgen

Bei Menschen, die neben einer Abhängigkeitserkrankung mit einer zusätzlichen psychischen Krankheit belastet sind, ist mit besonders schwierigen Krankheitsentwicklungen und extrem komplizierten Behandlungsabläufen zu rechnen. Viele Beobachtungen weisen laut KRAUSZ et al. (2000) in die Richtung, dass gegenseitige Verlaufsbeeinflussungen eher negativ sind. Querschnittstudien deuten darauf hin, dass Drogenmissbrauch und –abhängigkeit bei Personen mit psychischen Krankheiten zu weiteren dissoziativen Verhaltensweisen einschließlich verbaler Feindseligkeit, Aggression, kriminellem Verhalten und Suizidalität führen können (vgl. DRAKE et al., 1994). Darüber hinaus besteht eine erhöhte Gefahr für Unfälle, HIV-Infektionen und körperliche Krankheiten (vgl. GOURNAY, 1997). Auch haben Patienten mit einer Doppeldiagnose größere Schwierigkeiten, die praktischen Aspekte ihres Lebens zu bewältigen. So sind ihre Wohnverhältnisse unbeständiger und sie sind häufiger obdachlos. Damit gehen oft Belastungen im sozialen Umfeld und rechtliche Probleme einher (vgl. DRAKE et al., 1994). Trotz der Tatsache, dass Menschen mit Doppeldiagnosen behandlungsunwilliger sind, nehmen sie häufiger allgemeinmedizinische, psychiatrische und suchttherapeutische Hilfen in Anspruch und verursachen dadurch mehr Kosten als Patienten mit nur einer Diagnose (vgl. GÜNTHER et al., 2000). Dennoch fallen sie immer wieder durch das Versorgungsnetz hindurch, denn sie passen nicht so richtig in die etablierten Behandlungsangebote, weder im psychiatrischen Versorgungssystem, noch im Suchtbereich (vgl. MOGGI, 2002). Demnach laufen „...Patienten mit komorbiden Störungen ...erhöhte Gefahr, in ‚traditionellen‘ therapeutischen Settings Therapieversager zu werden“ (STOHLER, 2000, 272).

Treten zwei Störungen überzufällig häufig zusammen auf, so ist aus ätiologischer Perspektive zu klären, inwiefern ein Zusammenhang zwischen den beiden Erkrankungen besteht. Einige theoretische Überlegungen hierzu sollen im Folgenden diskutiert werden.

4.5 Ätiologie

Es stellt sich bezüglich des Zusammenhangs von Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit und psychischen Störungen die Frage: Was war zuerst da, das Huhn oder das Ei? Welche Störung ist primär und welche Symptome sind als Folgeerscheinung zu interpretieren?

Es gibt unterschiedliche theoretische Gesichtspunkte, unter denen dieser Zusammenhang betrachtet werden kann. Hierzu werden in der Literatur verschiedene Ätiologiemodelle differenziert, von denen laut SCHWOON (2001), LIEB und ISENSEE (2002) jedoch keins als grundsätzlich gültig angesehen werden kann, weil die vorliegenden epidemiologischen Befunde noch keine eindeutigen Aussagen zulassen:

Das Zufallsmodell:

Im Rahmen dieses Konzeptes wird ein gleichzeitiges Nebeneinander von übermäßigem Drogenkonsum und psychiatrischer Erkrankung bei einer Person angenommen, ohne dass ein kausaler Zusammenhang oder eine Wechselwirkung, besteht. Diese zufällige Koinzidenz lässt sich dadurch erklären, dass den Störungen ein gemeinsames Syndrom zugrunde liegt, das künstlich aufgespalten wird. Die Komorbidität ist demnach nur das Artefakt einer Erhebungsmethode (vgl. WITTFoot & DRIESSEN, 2000; SCHWOON, 2001). Die meisten epidemiologischen Daten sprechen allerdings gegen diese Annahme (vgl. LÖHRER, 1999).

Das Risikofaktormodell:

Diesen Ansatz, der in der Fachliteratur meist in zwei separate Theorien differenziert wird, bezeichnen WITTFoot und DRIESSEN (2000) auch als „ätiopathogenetisches Modell“. Die beiden Autoren gehen davon aus, dass zwischen dem Auftreten der zuerst manifest gewordenen Störung und dem Auftreten der darauf folgenden Störung Kausalzusammenhänge bestehen.

Zum einen kann also eine primär bestehende Abhängigkeitsproblematik zur Entwicklung einer sekundären psychiatrischen Erkrankung beitragen oder diese sogar induzieren. Ein Beispiel wäre etwa das Auslösen einer

Panikattacke durch die Einnahme einer psychotropen Substanz oder eine drogeninduzierte Psychose nach akuter Intoxikation.

Zum anderen kann eine primär bestehende psychiatrische Erkrankung das Risiko für eine sich sekundär entwickelnde Störung durch Drogengebrauch erhöhen, wie z.B. wenn psychotrope Substanzen im Sinne einer Selbstmedikation zur Bewältigung von Symptomen psychischer Störungen oder von medikamentösen Nebenwirkungen eingesetzt werden und sich daraus ein pathologischer Suchtmittelkonsum entwickelt (vgl. KRAUSZ et al., 2000; WITTFoot & DRIESSEN, 2000).

Das phänomenologische Modell:

Treten Störungen überzufällig häufig gemeinsam auf, kann nach gemeinsam zugrunde liegenden Faktoren gesucht werden. Laut KRAUSZ et al. (2001) werden eine gemeinsame genetische Grundlage, eine gemeinsame biologische Ätiologie oder psychosoziale Umweltfaktoren wie z. B. Armut oder soziale Isolation angenommen, die beim Patienten zu einer Prädisposition für die Entwicklung von Sucht und einer psychischen Störung führen können¹³.

Das interaktionale Modell:

Dieses Modell, von KUSHNER, ABRAMS und BORCHARDT (2000) auch als „feed-forward-cycle“ bezeichnet, wird nur von einigen Autoren den in der einschlägigen Literatur genannten üblichen Modellen angefügt. Es beruht auf der Annahme, dass sich beide Störungen in ihrem Verlauf wie in einer Spirale gegenseitig beeinflussen, indem die eine die andere aufrecht erhält und umgekehrt (vgl. KUSHNER et al., 2000). Kurzzeitig sind positive Rückkoppelungseffekte möglich, z.B. im Sinne einer Selbstmedikation. Bei längerer Krankheitsdauer verschlechtern sich hingegen die Störungsbilder (vgl. DRAKE et al.; LÖHRER, 1999). Insgesamt schwächt sich die Gesamtsymptomatik ab, je länger suchtmittelfreie Zeiten eingehalten werden (vgl. SCHWOON, 2001).

¹³ Einige Überschneidungen lassen sich aus einem tabellarischen Vergleich der Risikofaktoren von Substanzmissbrauch und –abhängigkeit (vgl. Kap.2.3) mit denen psychischer Störungen (vgl. Kap. 3.2) ersehen.

5. Die Lebensphase des frühen Erwachsenenalters

In diesem Kapitel soll ein Beitrag zum Verständnis charakteristischer Entwicklungsprozesse und -aufgaben im jungen Erwachsenenalter geleistet werden. Sodann soll aufgezeigt werden, welche Bedeutung diese Lebensphase für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von psychischen Problemen¹⁴ hat.

5.1 Entwicklungsaufgaben im frühen Erwachsenenalter

Das frühe Erwachsenenalter wird formal und pragmatisch durch den Altersbereich von 18 bis 29 Jahren definiert. Dabei sind die Altersübergänge fließend (vgl. KRAMPEN & REICHLE, 2002). Die „Spätadoleszenz“ fällt mit einer festgelegten Altersspanne von 18 bis 24 Jahren ebenfalls in diese Periode (vgl. TEUWSEN, 2001) und soll im Weiteren synonym benutzt werden.

Die Phase des frühen Erwachsenenalters ist in der psychoanalytischen Literatur lange Zeit unberücksichtigt geblieben und wird auch heute noch vielfach übergangen. Literatur zum frühen Erwachsenenalter lässt sich meist nur in älteren Ausgaben finden, wobei die klassischen Ansätze zu den phasenspezifischen Entwicklungsaufgaben auf die heutige Gesellschaft nicht mehr so altersnormiert anwendbar sind. Infolge der zunehmenden Vielfalt von Lebensstilen stimmen sie kaum noch mit den realen Übergangs- und Entwicklungsprozessen überein. Während beispielsweise ein Anfang 20-Jähriger bereits eine Familie gegründet hat und in einer festen Anstellung arbeitet, fühlt sich ein knapp 30-jähriger Mensch dagegen vielleicht noch nicht erwachsen und geht lieber seinem Single- und Studentenleben nach. KRAMPEN und REICHLE (2002) berücksichtigen diese heterogenen Entwicklungsprozesse und sprechen in dem Zusammenhang von „Patchwork-Identitäten“.

¹⁴ Es soll in Erinnerung gerufen werden, dass bei dem Begriff „psychische Probleme“ sowohl psychische Störungen, als auch Substanzmissbrauch und –abhängigkeit gemeint sind.

Folgende charakteristische Kriterien für den Übergang vom Jugendalter zum frühen Erwachsenenalter lassen sich nach KRAMPEN und REICHLÉ (2002, 319) unterscheiden:

1. *Formale und rechtliche Kriterien*, die sich etwa auf die Volljährigkeit und das aktive Wahlrecht beziehen.
2. *Objektive, verhaltensnahe Kriterien*, wie etwa der Auszug aus dem Elternhaus, finanzielle Unabhängigkeit, Heirat oder Elternschaft.
3. *Psychologische Kriterien*, wie Ablösung, emotionale Autonomie oder psychologische Reife, die zwar plausibel erscheinen, aber mehrdeutig und nur unter Bezug auf eine normative Entwicklungstheorie operationalisierbar sind.
4. *Subjektive Kriterien*, bei denen nach der Selbstklassifikation von Personen zu einer Altersgruppe gefragt wird.

Der Übergang zum Erwachsenenalter ist einer der wichtigsten sozialen Übergänge, die ein Mensch im Laufe seines Lebens durchläuft. Er ist mit vielfältigen **Entwicklungsaufgaben** konfrontiert, die zum einen noch aus der Jugend anstehen, zum anderen aus der unübersichtlichen und herausfordernden Erwachsenenwelt auf ihn einströmen (vgl. ebd.). HURRELMANN (1991) versteht unter Entwicklungsaufgaben gesellschaftliche Anforderungen, die sich einer Person in einem bestimmten Lebensabschnitt stellen.

Entwicklungsaufgaben, die die Lebensphase des frühen Erwachsenenalters prägen, sind vor allem die **Intensivierung** und **Differenzierung** sozialer Beziehungen und die zunehmende Übernahme von **Verantwortlichkeit** im Hinblick auf das Privatleben und das Freizeitverhalten, auf soziale und gesellschaftliche Gruppen sowie auf den Berufseintritt und die Berufstätigkeit (vgl. KRAMPEN & REICHLÉ, 2002).

Der junge Erwachsene ist dabei mit der Aufgabe konfrontiert, die Entwicklungsphase der Adoleszenz definitiv zum Abschluss zu bringen. Das bedeutet allerdings, sich endgültig von den Eltern zu lösen und verlangt zunehmend Unabhängigkeit und Selbstständigkeit (vgl. TEUWSEN, 2001).

Werden die Anforderungen erfolgreich bewältigt, so führt das beim Individuum zu Glück und Erfolg sowie zu einer guten Bewältigung zukünftiger Herausforderungen (vgl. HURRELMANN, 1991; OERTER, 1998). Kann der Spätadoleszente die phasenspezifischen Entwicklungsaufgaben nicht erfüllen, so stößt das nicht nur auf Ablehnung in der Gesellschaft, sondern führt auch zu Problemen bei der Bewältigung späterer Entwicklungsaufgaben und zu persönlichem Rückzug und Unwohlsein. Nach KRAMPEN und REICHLE (2002) kommt es dabei nicht selten zu dysfunktionalen Bewältigungsversuchen wie etwa Drogenmissbrauch und bzw. oder zum Ausbruch oder zur Chronifizierung psychischer Erkrankungen. Auf die Entwicklung riskanten Drogenkonsums und psychischer Störungen sowie einer Komorbidität in der Spätadoleszenz soll nachfolgend ausführlicher eingegangen werden.

5.2 Psychische Probleme im frühen Erwachsenenalter

Im frühen Erwachsenenalter werden oft die „...entscheidenden Weichen hin zu einer stabilen Verfassung einerseits oder aber zur pathologischen Entwicklung andererseits gestellt“ (LEUZINGER-BOHLEBER, 2001, 14). Deshalb wird die Spätadoleszenz unter Fachleuten auch als potentielle Krisensituation deklariert. Jedoch bedeutet Krise auch Chance zur Entwicklung, denn ohne sie kann Entwicklung kaum stattfinden (vgl. HOLM-HADULLA, 2001). Sie ist notwendig und sinnvoll für die Ausgestaltung der eigenen Identität (vgl. HAHNE, 1999).

Riskanter Drogenkonsum:

Während die ersten Risikoverhaltensweisen wie Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum vorwiegend in der Adoleszenz ausprobiert werden, bildet der mehr oder minder regelmäßige Konsum legaler Substanzen einen integralen Bestandteil der Sozialisation im jungen Erwachsenenalter (vgl. HURRELMANN, 1991; BORNHÄUSER, 2001). Laut der „Drogenaffinitätsstudie 2001“, einer Repräsentativerhebung zum Drogengebrauch Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland, liegt der Anteil der regelmäßigen und gelegentlichen Raucher in der Gruppe der 18- bis 25-

Jährigen bei 45%. Etwa 38% konsumieren mindestens einmal in der Woche Alkohol (vgl. BZGA, 2001). Parallel steigt mit der Zunahme des Konsums aber auch die Gefahr einer Abhängigkeit. So müssen laut ALLGÖWER (2000) ca. 10% der 21- bis 24-Jährigen als alkoholgefährdet angesehen werden. Amerikanische Studien sind zu dem Ergebnis gekommen, dass junge Erwachsene, die das Elternhaus verlassen deutlich mehr Alkohol und Tabak konsumieren als zuvor. Der Drogengebrauch sei demnach eng geknüpft an die Bewältigung lebensbezogener Übergangskrisen und ein Symbol erlangter Freiheit und Selbstständigkeit. Der Anteil der regelmäßigen Cannabiskonsumenten ist im frühen Erwachsenenalter deutlich geringer als in der Jugend (ebd.). Allerdings haben laut der Drogenaffinitätsstudie immerhin 37% der 18- bis 25-Jährigen schon mindestens einmal eine illegale Droge genommen, davon zu 96% Cannabis (vgl. BZGA, 2001). Der Gebrauch von Cannabis ist vor allem eine entwicklungstypische Erscheinung, die mit zunehmendem Alter wieder in den Hintergrund tritt (vgl. HURRELMANN, 1997). So hat sich beispielsweise zeigen lassen, dass junge Menschen ihren Marihuanagebrauch als Folge oder in Erwartung von Heirat und Elternschaft reduzierten oder ganz einstellten (vgl. SILBEREISEN, 1998). Jedoch kann sich ein solches Experimentierstadium auch zu einer Gewohnheitsphase entwickeln (BZGA, 2003).

Die zumeist noch mangelhafte soziale und berufliche Stabilität in diesem Lebensabschnitt stellt laut BORNHÄUSER (2001) eine ebenso schlechte Ausgangsposition für ein Leben ohne Drogen und einen negativen Prognosefaktor für eine Abhängigkeit dar. Weil diese Lebensphase durch das schrittweise Hineinwachsen in Vorrechte und Verantwortungen geprägt ist, gehört der verantwortliche Umgang mit psychoaktiven Substanzen zu den Entwicklungsaufgaben. Übermäßiger Drogengebrauch ist dabei als ein Symptom von Anpassungsstörungen zu verstehen (vgl. HURRELMANN, 1997; SILBEREISEN, 1998).

Psychische Störungen:

Da der Ausbruch vieler psychischer Erkrankungen im frühen Erwachsenenalter liegt, sind sie für die besagte Lebensperiode ebenso bedeutend

wie Substanzstörungen. Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass in der Allgemeinbevölkerung zwischen 15 und 25% der jungen Menschen an einer psychischen Störung, darunter am häufigsten Angst- und affektive Störungen erkranken (vgl. SOEDER, BASTINE & HOLM-HADULLA, 2001). Das junge Erwachsenenalter ist geprägt von einer Vielzahl an latenten Widersprüchen in der Gesellschaft, welche ausgehalten werden müssen. So sind z.B. Trennung von den Eltern und Bindung an fremde Menschen gleichzeitig Aufgabe. Für diese Widersprüche sind Spätadoleszenzte besonders sensibel, so dass schizophrene Psychosen am häufigsten gegen Ende der Adoleszenz entstehen (vgl. BOHLEBER, 1993; HARROP & TROWER, 2003): „Schizophren nennt man nur das, was in der Jugend beginnt“ (DÖRNER et al., 2002, 172). Laut TÖLLE (2003) schneiden die Adoleszenzpsychosen prognostisch sehr schlecht ab, weil sie in den unfertigen Reifungsprozess eingreifen und dieser wiederum ungünstig auf die Krankheit zurück wirkt.

Die Trennung von den Eltern ist nicht nur mit Widersprüchen verbunden. Sie bedeutet auch, alte Liebesobjekte aufzugeben und den damit verbundenen vertrauten Halt im Leben zu verlieren. Deshalb ist der Trennungsprozess unvermeidlich mit Trauer und Depressionen belastet, die in schwerer Ausformung sogar bis hin zum Suizid führen können (vgl. TEUWSEN, 2001).

Komorbide Störungen:

KRAUSZ (2000) geht davon aus, „...dass sich zwischen psychischer Befindlichkeit..., dem Konsum psychotroper Substanzen und den allgemeinen, altersabhängigen Lebensanforderungen [in der Regel] ein relatives Gleichgewicht einstellt, das in krisenhaften Situationen und Störungen individueller Bewältigungsmuster gefährdet ist“ (ebd., 5). So können schon junge Erwachsene gleichzeitig an Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit und psychischen Störungen erkranken. In der von WITTCHEN et al. (1998) durchgeführten „Early Developmental Stages of Psychopathology“-Studie (EDSP), einer Längsschnittuntersuchung an 3021 in München lebenden 14- bis 24-Jährigen, beträgt die Lebenszeitprävalenz von komorbiden Störungen (Missbrauch oder Abhängigkeit

und psychische Störungen) 33%, die Jahresprävalenz 27,4%. Die Studie zeigt, dass riskanter Drogenkonsum mit einer Lebenszeitprävalenz von 17,7% am häufigsten, Depressionen mit 16,8% am zweithäufigsten und Angststörungen mit 14,4% am dritthäufigsten vorkommen. Drogenmissbrauch und –abhängigkeit sind eher bei den Männern und andere psychische Erkrankungen eher bei den Frauen zu finden sind, während es keine geschlechtlichen Differenzen bei komorbiden Störungen gibt. Personen mit Komorbidität sind mehr beeinträchtigt in ihrer Arbeitsleistung und haben einen größeren Bedarf an professioneller Hilfe, als Befragte mit nur einer Diagnose (ebd.).

Im Rahmen einer repräsentativen „ABC-Schizophreniestudie“ an 22- bis 27-jährigen Patienten in Mannheim wird aufgezeigt, dass die Lebenszeitprävalenz für Drogenmissbrauch mit 14% in der Gruppe der schizophren Erkrankten etwa doppelt so hoch ist wie in einer Kontrollgruppe aus der Allgemeinbevölkerung (vgl. KRAUSZ, 2001). KRAUSZ erklärt den Befund mit der Selbstmedikationstheorie (vgl. Kap. 4.5). Das Nehmen von Medikamenten sei die kulturelle Ausnahme, der Gebrauch psychotroper Substanzen in einer Peergroup dagegen identitätsstiftend. Er würde längst nicht so geächtet wie die Einnahme von Neuroleptika mit ohnehin schwer kontrollierbaren Nebenwirkungen. FINZEN (2001) führt diesbezüglich an, dass die Diagnose einer Schizophrenie oft hinter dem Drogenmissbrauch zurücktritt, da viele Therapeuten besonders bei jungen Menschen dazu neigen würden, die Symptome schizophrener Psychosen soweit auszublenden, dass an ihrer Stelle meist weniger gravierende Diagnosen wie Adoleszenzkrise gestellt würden. Deshalb seien die Prävalenzen schizophrener Psychosen bei jungen Menschen meist so gering.

Die Befunde bestätigen insgesamt, dass nicht nur riskanter Drogengebrauch und psychische Störungen, sondern vor allem auch Komorbidität bei jungen Erwachsenen verbreitete Phänomene sind. Ob solche Problemlagen auch bei spätadoleszenten Studierenden auftreten, soll das folgende Kapitel klären.

6. Die Studienphase

In diesem Kapitel soll das Augenmerk auf die Studienphase gelegt werden. Zunächst wird hierbei Bezug genommen auf die Besonderheiten des Studiums im Hinblick auf das frühe Erwachsenenalter. Anschließend werden die sozialen und wirtschaftlichen Gegebenheiten von Studierenden fokussiert. Schließlich wird erörtert, inwieweit das Studium die psychische Gesundheit Studierender beeinträchtigt. Dabei wird aufgezeigt, dass das Auftreten psychischer Probleme auch bei Studierenden ein wichtiges Thema ist.

6.1 Die allgemeine Lage von Studierenden

In unserer Kultur kann der Großteil der Studierenden der Lebensphase des frühen Erwachsenenalters bzw. der Spätadoleszenz zugeordnet werden. Der Schwerpunkt bei der Beschreibung dieser Phase liegt dabei meist auf dem Erwerbsleben. Das Studentendasein, das für gewöhnlich ins frühe Erwachsenenalter fällt, wird regelrecht ausgeklammert. Dem trägt die Tatsache Rechnung, dass die früheren Phasenmodelle, wie bereits erwähnt, kaum noch auf die heutige pluralistische Welt anwendbar sind.

Dabei sind Studierende von den kulturbedingten Anforderungen besonders hart betroffen. Sowohl die Ausformung ihrer Identität, als auch der ausgedehnte Bildungsprozess zögern den Abschluss der Jugendphase heute so weit hinaus, dass bei Studierenden oft von einer verlängerten Adoleszenz gesprochen werden kann (vgl. TEUWSEN, 2001; KRAMPEN & REICHLER, 2002). Während sie einerseits rechtlich voll mündig sind, bleiben sie auf der anderen Seite noch lange von den Eltern finanziell abhängig, was mit einer damit verbundenen Rechenschaftspflicht einhergehen kann (vgl. HORNING & FABIAN, 2001; HAHNE, 1999). Die Studierenden können meist nicht frei über das Geld verfügen und haben zum Teil den Druck, die Eltern über ihre Leistungen zu informieren. Darüber hinaus werden autonome Bestrebungen selten wirklich von den Eltern unterstützt. Das trägt

mitunter dazu bei, dass einige Studierende noch lange bei den Eltern wohnen bleiben. Je länger die Jugendzeit aber dauert, desto belastender sind die für diese Phase so typischen Konflikte und Krisen (vgl. TEUWSEN, 2001).

Gleichzeitig müssen junge Erwachsene den Anforderungen im Studium gerecht werden. Das erfordert ein hohes Maß an psychischer Kraft und geistiger Reflexion. Mit dem Statusübergang vom Schüler zum Studenten und vom Jugendlichen zum jungen Erwachsenen ist der Studierende einem neuen Sozialisationsfeld, der Hochschule, ausgesetzt. Der Studienbeginn konfrontiert den Spätadoleszenten mit bislang unvertrauten Anforderungen, wie beispielsweise mit einem Wohnortswechsel, räumlicher Distanz zu bisherigen Freunden, dem Aufbau neuer Bekanntschaften und dem Bewältigen fachlicher Anforderungen des Studienfaches (vgl. HORNING & FABIAN, 2001; TEUWSEN, 2001). Ein wichtiges Charakteristikum dieses Stadiums ist die weitgehende Unvollkommenheit und Offenheit getroffener Entscheidungen, sowie die durch den Wegfall elterlicher Normen wachsenden Selbstverwirklichungsmöglichkeiten (vgl. BÜRGIN & BIEBRICHER, 1993). Die einen genießen diese Freiheit in vollen Zügen, während sich andere hingegen von ihr überfordert fühlen (vgl. HOLMHADULLA, 2001).

Mit fortschreitendem Studium wird die Phase der Spätadoleszenz immer mehr durch die Phase des Erwachsenenalters abgelöst. So müssen Entscheidungen hinsichtlich Partnerschaft, Lebens- und Wohnform getroffen werden, die längerfristig bedeutend sind. Das steht jedoch im Widerspruch zu einer mit dem Studium verknüpften Vorläufigkeit und dazu, dass das eroberte soziale Netz mit dem Verlassen des Studienortes wieder aufgegeben werden muss (vgl. KREJCI, 2001; HAHNE, 1999). Zum Studienende hin werden studienbezogene Leistungen immer relevanter für die berufliche Zukunft. Demzufolge stellt das Studium „...zunehmend eine Situation dar, die permanent über sich selbst hinaus weist“ (HAHNE, 1999, 7).

6.2 Die soziale Lage von Studierenden

Zur sozialen Lage von Studierenden lässt sich insbesondere auf Informationen aus der 16. *Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks* aus dem Jahr 2000 zurückgreifen. Nach dieser Repräsentativerhebung, die alle drei Jahre Daten über die wirtschaftlichen und sozialen Lebensbedingungen von Studierenden erfasst, gibt es im Jahr 2000 rund 1,7 Millionen Studierende in Deutschland (vgl. BMBF¹⁵, 2000).

Allgemeines zum Studium:

Studierende im Erststudium sind durchschnittlich 24,7 Jahre alt. Davon ist nur ein geringer Prozentsatz verheiratet (5%) oder studiert mit Kind (6,7%). Jeder fünfte hat sein Studienfach schon einmal gewechselt und 15% haben ihr Studium zwischendurch unterbrochen.

Finanzielle Situation:

Mit 33% stammt die Mehrzahl der Studierenden aus einer sozial hoch gestellten Herkunftsfamilie. Der Anteil lediger Studierender, die nicht mehr bei den Eltern wohnen, liegt bei 65%. Diese verfügen im Jahr 2000 durchschnittlich über 1375 DM im Monat. Darunter finden 86% finanzielle Unterstützung bei den Eltern, die knapp die Hälfte der monatlich zur Verfügung stehenden Mittel tragen. Ein Drittel derer leistet zu den eigenen Lebenshaltungskosten einen finanziellen Beitrag aus Erwerbstätigkeit neben dem Studium. Bei einer Minderheit ist der „Nebenjob“ die einzige Finanzierungsquelle (5%). 24% der Studierenden beziehen BaföG. Davon lebt nur 1% ausschließlich von dieser Leistung. Die Einnahmehöhen steigen mit zunehmendem Alter, obgleich die Unterstützung der Eltern im Laufe der Zeit sinkt. Im Jahr 2000 liegt der Durchschnittsbetrag der monatlichen Ausgaben Studierender bei 1249 DM.

Zeitbudget:

Der Zeitaufwand für das Studium liegt bei durchschnittlich 36 Stunden in der Woche. Davon entfallen ungefähr 19 Stunden auf die Teilnahme an

¹⁵ BMBF = Bundesministerium für Bildung und Forschung

Lehrveranstaltungen und 17 Stunden auf selbstverantwortliche Studienaktivitäten. Mit steigender Semesterzahl nimmt der Umfang der Studienwoche ab. Der Zeitaufwand für Erwerbstätigkeit neben dem Studium beträgt durchschnittlich 8,4 Stunden in der Woche, streut allerdings recht weit.

Wohnsituation:

Mit 22% leben die meisten Studierenden in einer Wohngemeinschaft. Dicht gefolgt wird die Zahl von denjenigen, die allein in einer Wohnung (21%), noch bei den Eltern (20%) oder mit ihrem Partner zusammen wohnen (19%). 14% sind in einem Wohnheim untergebracht, 2% sind Untermieter. Mit zunehmendem Alter verringert sich die Zahl derjenigen, die bei den Eltern wohnen. Nur 36% sind mit ihrer Wohnform zufrieden.

Die angegebenen Daten sind nur einige von vielen, die die Erhebung erfasst. So ist auch die gesundheitliche Beeinträchtigung Studierender in der Studie berücksichtigt worden. Auf diese wird hier jedoch nicht näher eingegangen, weil sie nachfolgend noch ausgiebiger behandelt wird.

6.3 Die gesundheitliche Lage von Studierenden

Nach HORNING und FABIAN (2001) resultiert psychophysische Gesundheit, ähnlich dem Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren (vgl. Kap. 2.3), aus einem Gleichgewicht zwischen Belastungen einerseits und Ressourcen andererseits (vgl. Abb. 3).

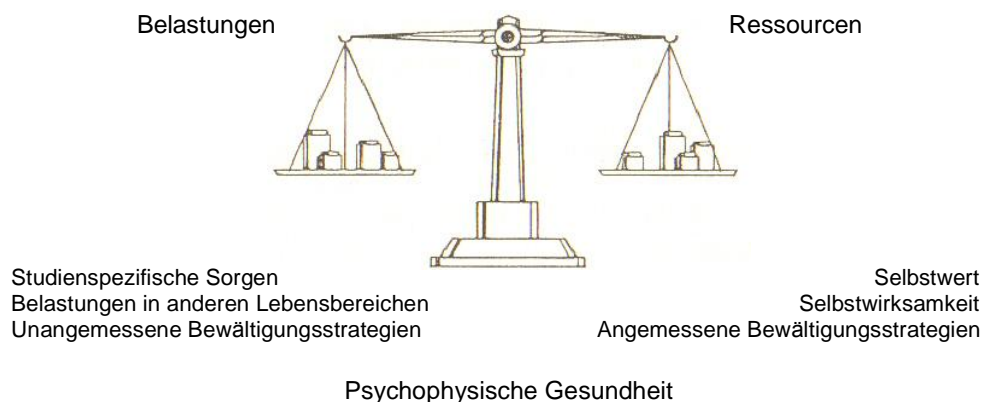


Abbildung 3: Psychophysische Gesundheit als Ergebnis einer Balance zwischen Belastungen und Ressourcen (HORNING & FABIAN, 2001, 135).

Im Hinblick auf das Studium können **Belastungen** konkret mit dem Studiensetting zusammenhängen, z.B. in Form von Prüfungsstress, überfüllten Vorlesungssälen, unüberschaubaren Anforderungen oder mangelnden sozialen Kontakten. Sie können aber auch aus anderen Lebensbereichen resultieren, wie z.B. aus einer neuen Wohnsituation oder unzureichenden finanziellen Möglichkeiten.

Mit **Ressourcen** sind zum einen externe Ressourcen aus der Umwelt gemeint, wie etwa studentische Beratungsstellen, guter Kontakt zu Mitstudierenden oder elterlicher Rückhalt. Zum anderen gibt es persönliche Handlungsressourcen, wie Selbstwirksamkeit, subjektive Autonomie und Optimismus. Von letzteren hängt wesentlich ab, inwiefern die Umweltressourcen in Anspruch genommen werden (vgl. ebd.).

Werden genügend Ressourcen beansprucht, können spätadoleszente Reifungskrisen leicht überwunden und zur Entwicklungschance umgewandelt werden. Manche Studierende nutzen die Ressourcen nicht, sie entwerten oder vernachlässigen sie. Oft reichen sie aber auch einfach nicht aus, um den Belastungen Stand zu halten (vgl. HOLM-HADULLA, 2001; LEUZINGER-BOHLEBER & MAHLER, 1993). In solchen Fällen steigt die Wahrscheinlichkeit, dass das individuelle Wohlbefinden sinkt und die psychophysische Gesundheit beeinträchtigt wird. Die Reifungskrise kann dann zu Selbstwertproblemen, depressiven Verstimmungen, Arbeitsstörungen, sozialer Isolation, Drogenabhängigkeit oder Suizidalität führen (vgl. HORNING, 1999).

Schätzungen zufolge sind 16% der Studierenden psychisch beeinträchtigt, 8% psychisch gestört und 8% befinden sich in einer Krise. Die psychischen Probleme nehmen mit Alter und Semesterzahl zu und korrelieren häufig mit Studienversagen, Studienabbruch oder überlangem Studieren. Laut HOLM-HADULLA (2001) verlassen rund 25% der insgesamt 1,8 Millionen Studierenden in Deutschland die Hochschule ohne Abschluss. Nicht alle studentischen Krisen sind Reaktionen auf unbewältigte Entwicklungsanforderungen. Es gibt viele Studenten mit bereits lang anbahnenden psychischen Störungen, die in der studentischen Situation zum Ausbruch kommen (ebd.). Grundsätzlich bestimmen die Erfahrungen an der Universität in entscheidendem Maße die

Auffassung von gesunden bzw. ungesunden Arbeits-, Lern- und Lebensbedingungen, egal ob die Universität den zentralen Lebensmittelpunkt darstellt oder ob der Lebensmittelpunkt außerhalb der Hochschule gewählt wird (vgl. ALLGÖWER, 2000).

Insgesamt scheinen psychische Störungen bei Studierenden laut HOLM-HADULLA (2001) nicht häufiger aufzutreten, als in der Allgemeinbevölkerung. Jedoch ist übermäßiger Drogengebrauch vor allem bei Studierenden ein verbreitetes Phänomen. Das so genannte „**binge drinking**“ (Rauschtrinken), das an US-Colleges ein besonders großes Problem darstellt, hat sich nun auch auf die deutsche Studentenpopulation ausgeweitet. Amerikanische Forscher definieren „binge drinking“ bei Männern im Allgemeinen als den Konsum von mindestens fünf alkoholischen Getränken hintereinander bei wenigstens einer Gelegenheit innerhalb von 14 Tagen. Bei Frauen sind die Kriterien des „binge drinking“ schon mit der Einnahme von vier Getränken hintereinander erfüllt (vgl. WECHSLER et al., 2000). In den Jahren 1993, 1997, 1999 und 2001 sind amerikanische Studierende an 119 Colleges in 39 US-Bundesstaaten mittels der „Harvard School of Public Health College Alcohol Study“ (CAS) auf ihren Alkoholkonsum hin untersucht worden¹⁶. Aus allen vier Befragungen resultieren ähnliche Ergebnisse. Zwei von fünf Studenten (44%) erfüllen die Kriterien des „binge drinking“. Jedoch geben die Studierenden im Jahr 2001 im Vergleich zu 1993 häufigeres Trinken, häufigere Trunkenheit und häufigeres Trinken, um betrunken zu werden, an (vgl. WECHSLER et al. 2002). Die Tendenz zu abweichendem Verhalten wie Drogenmissbrauch und einer erhöhten Bereitschaft auch illegale Drogen zu probieren, erklärt BAUMGÄRTNER (1998) mit den relativ flexiblen Bedingungen zur Gestaltung des studentischen Alltagslebens. Dadurch, dass Studierende weder einer sozialen Kontrolle durch Eltern, Schule oder Arbeitsplatz unterliegen, noch familiären Verpflichtungen gegenüberstehen, sind die Konsequenzen des Handelns weniger umfassend als bei Gleichaltrigen, die seit Jahren im

¹⁶ Es muss berücksichtigt werden, dass die Ergebnisse aus amerikanischen Studien aufgrund der dortigen internatsähnlichen Hochschulstrukturen u.a. Differenzen nicht vollends auf die Studierenden in Deutschland zu übertragen sind.

Erwerbsleben stehen. Amerikanische Längsschnittuntersuchungen bestätigen einen hohen Zusammenhang zwischen problematischem Alkoholkonsum und akademischen Problemen. Dabei seien die akademischen Probleme meist eher ein Grund als eine Folge des Trinkens (WOOD et al., 1997). Die Folgen des „binge drinking“ können aber noch verheerender sein: eine halbe Million Studenten werden jährlich alkoholbedingt ins Krankenhaus eingeliefert, rund 1400 kommen im Rausch ums Leben. Dem sind Gewalttätigkeiten, soziale Probleme und komorbide psychische Störungen hinzuzufügen (vgl. WECHSLER et al., 2000; LEFFERS, 2003). Nähere Daten zu riskantem Drogenkonsum und psychischen Störungen bei deutschen Studierenden soll das folgende Kapitel liefern.

7. Forschungsstand

Während der Datenbestand komorbider Störungen bei berufstätigen Erwachsenen vergleichsweise gut beforscht ist, stellt der Datenbestand zur Gruppe der Studierenden eine epidemiologische Lücke dar. Nur vereinzelt gibt es repräsentative und aktuelle Studien, die sich auf den Drogenkonsum und auf psychische Störungen bei Studierenden beziehen. Deren Ergebnisse sollen in diesem Kapitel vorgestellt werden. Zunächst soll auf eine von BAUMGÄRTNER (1998) durchgeführte Studie zum studentischen Drogengebrauch in Ostdeutschland eingegangen werden, woran eine Betrachtung der psychischen Verfassung von Studierenden anhand der Ergebnisse der 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks angeschlossen wird. Das „Bielefelder Gesundheitssurvey“ spiegelt anschließend vergleichende Prävalenzen zu psychischen Beeinträchtigungen und zum Drogenkonsum Studierender wider. Dabei wird der Fokus besonders auf die Ergebnisse gelegt, die für das Thema der vorliegenden Arbeit relevant sind.

7.1 Studentischer Drogengebrauch in Ost- und Westdeutschland

Methode:

Das Hauptanliegen der von BAUMGÄRTNER (1998) durchgeführten Studie ist es, einen Überblick über die Situation des Drogengebrauchsverhaltens Leipziger Studenten zu geben. Hier wird insbesondere der Frage nachgegangen, inwieweit sich der in Westdeutschland verbreitete Konsum illegaler Drogen in Richtung Osten ausdehnt. Darüber hinaus will BAUMGÄRTNER aufzeigen, dass sich bei den Studierenden trotz einer überdurchschnittlich hohen Drogenpräsenz und -prävalenz kaum ernsthafte Anzeichen für daraus entstehende Probleme finden lassen. Um die Ergebnisse in Leipzig in einen sinnvollen und aussagekräftigen Kontext zu stellen, wird ein Ost-West-Vergleich vorgenommen, zu dem Studierende der Universitäten in Dresden und Hamburg hinzugezogen werden.

Die Erhebungen erfolgen schriftlich mittels Fragebogen. Die erste Befragungswelle in Leipzig findet im Wintersemester 1995/96 an den Erst-

semester-Studierenden verschiedener Fakultäten statt. Die zweite Welle wird an den im dritten Fachsemester Studierenden im Wintersemester 1996/97 durchgeführt. Aus der ersten Welle resultieren mit einer Rücklaufquote von 83,9% 1095 auswertbare Fragebögen. Die zweite Welle liefert 630 bearbeitbare Erhebungsbögen, wovon aber nur 225 von Studierenden ausgefüllt worden sind, die bereits an der ersten Befragung teilgenommen haben.

Aus den im Wintersemester 96/97 durchgeführten Fragebogenverfahren in Hamburg und Dresden, die vornehmlich an Philosophie- und Sozialwissenschaftsstudenten durchgeführt worden sind, entstammen in Hamburg 346, in Dresden 183 auswertbare Fragebögen.

Die Stichproben der beiden Leipziger Untersuchungen bestehen jeweils zu etwa 42% aus weiblichen und zu 58% aus männlichen Probanden mit einem Durchschnittsalter von 21,6 Jahren. In Dresden setzt sich die Untersuchungsgruppe zu 36,7% aus Männern und zu 63,3% aus Frauen mit einem durchschnittlichen Alter von 21,3 Jahren zusammen. In Hamburg sind 44,7% der Probanden männlich und 53,3% weiblich, wobei das Durchschnittsalter 25,3 Jahre¹⁷ beträgt.

Den Umfrageergebnissen aus der Leipziger Befragung liegen die Daten aller Studierenden zugrunde. Bei den später folgenden Gegenüberstellungen der Leipziger, Dresdner und Hamburger Drogenprävalenzen wird sich nur auf die vorliegenden Daten der Studierenden sozialwissenschaftlicher und philosophischer Fächer aus dem Wintersemester 1996/97 bezogen, da BAUMGÄRTNER studienfachbedingte Verzerrungen bei der Interpretation der Ergebnisse möglichst zu vermeiden versucht hat.

Ergebnisdarstellung: Drogenprävalenz und –präsenz bei den Leipziger Studierenden

Von den Studierenden der Leipziger Hochschulen geben 89,5% im Wintersemester 1996/97 (N=630) an, relativ regelmäßig Alkohol zu trinken

¹⁷ Es liegt hier ein größerer Altersunterschied vor, weil die Hochschulreife in Hamburg erst nach 13, in Ostdeutschland schon nach 12 Jahren erlangt wird, weil in der Hamburger Stichprobe mehr Studierende enthalten sind, die schon eine Berufsausbildung absolviert haben und weil dort nicht so gezielt Erstsemester angesprochen worden sind.

(vgl. Tab. 3). 45,6% der Probanden können im Sinne eines mehr als 25-maligen Gebrauchs zu den aktiven Rauchern gezählt werden. Bezüglich der Lebenszeitprävalenz und dem mehr als 25-maligen Konsum von Alkohol und Tabak zeichnen sich kaum relevante Unterschiede zu der ersten Leipziger Erhebung ab. Die Ergebnisse zum Cannabisgebrauch sind da weitaus bedeutender. In der Ersterhebung der Leipziger Universität (N=1095) haben 33% der Hochschul­er in der Vergangenheit schon mindestens einmal Cannabisprodukte probiert, davon können 12,2% zu den erfahrenen Cannabiskonsumenten im Sinne eines mehr als 25-maligen Gebrauchs gezählt werden. In der Wiederholungsbefragung ist ein sichtbarer Anstieg zu verzeichnen: derweil haben 39,3% schon mindestens einmal, 19% mindestens 25 Mal an einem Joint gezogen. Nach BAUMGÄRTNER scheint die Probierbereitschaft von Cannabisprodukten demnach auch in einer späteren Altersphase noch recht stark ausgebildet zu sein. Im Hinblick auf andere illegale Substanzen, wie z.B. Heroin oder Kokain, gehen aus den beiden Erhebungen laut BAUMGÄRTNER nur wenige Hochschul­er über das Probieren der Drogen hinaus. Ihr Anteil übersteigt selten die 3%-Marke.

Zu den illegalen Drogen ist weiterhin gefragt worden, welche Gründe es für einen Gebrauch geben kann. Aus der Zweitbefragung geht hervor, dass „Neugier“ mit 56,3% als das häufigste Einstiegsmotiv vorliegt. Die „veränderte Wahrnehmung“ nach dem Genuss illegaler Substanzen als wirkungsbezogenes und damit zweckgebundenes Motiv wird mit 42,1% insgesamt am zweithäufigsten genannt. Kontextbezogene Motive wie „Gemeinschaftsgefühl“ (17,1%) oder „Geselligkeit“ (13,8%) werden dagegen eher selten angegeben. Die Beschaffung illegaler Substanzen, hier insbesondere von Cannabis, wird nur von 7% der Probanden als schwierig eingeschätzt. Die am häufigsten genannte Quelle zur erfolgreichen Beschaffung von Cannabis ist dabei der Freundeskreis (51%). Im Hinblick auf die Gefahreinschätzung des Drogenkonsums werden die Risiken des gelegentlichen Alkohol- und Tabakgebrauchs geringer eingestuft als die des Umgangs mit illegalen Substanzen. Bei den illegalen Drogen wird Heroin das größte, Cannabis das geringste Risiko zugeschrieben.

Ergebnisdarstellung: Drogenprävalenz der Leipziger, Dresdner und Hamburger Studierenden im Vergleich

Ein Gesamtvergleich der Daten zeigt, dass es auch zwischen den Studierenden aus Leipzig (N=190), Dresden (N=122) und Hamburg (N=135) kaum Unterschiede im Alkohol- und Tabakkonsum gibt (vgl. Tab. 3).

Tabelle 3: *Drogengebrauch bei Studierenden in Leipzig, Dresden und Hamburg.*

	Lebenszeitprävalenz (in%)					Mehr als 25-maliger Gebrauch (in%)				
	insgesamt		SoWi			insgesamt		SoWi		
	Leipzig WS 95/96 WS 96/97	Leipzig WS 96/97	Dresden WS 96/97	Hamburg WS 96/97	Leipzig WS 95/96 WS 96/97	Leipzig WS 96/97	Dresden WS 96/97	Hamburg WS 96/97		
Alkohol	98,4	98,3	98,4	98,4	100,0	86,2	89,5	88,4	91,8	94,1
Tabak	76,3	78,7	83,6	82,0	85,9	42,6	45,6	54,2	60,7	62,2
Cannabis	33,0	39,3	52,4	49,2	63,0	12,2	19,0	27,4	22,1	30,4
Ecstasy	4,3	7,5	11,6	5,7	4,4	3,3	2,1	3,7	0,8	0,7
Kokain	3,5	4,5	9,0	2,5	7,4	0,5	0,6	1,6	0,0	1,5
Heroin	0,5	0,6	0,5	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LSD	3,4	6,1	10,1	5,7	5,9	0,8	1,1	1,6	0,0	1,5
Amph.	3,7	4,6	9,5	3,3	5,2	0,9	1,6	3,2	0,0	2,2
Psy.Ph.	3,5	4,0	4,8	4,9	6,7	0,3	0,6	0,5	1,6	0,0
Sonstige	9,2	13,7	20,7	12,3	15,6	1,7	3,3	6,4	2,5	2,2
Anzahl	1095	630	190	122	135	1095	630	190	122	135

(adaptiert aus BAUMGÄRTNER, 1998, 139)

Anmerkung: Amph. = Amphetamine; PsyPh. = Psychopharmaka; SoWi = Sozialwissenschafts- und Philosophiestudenten

Bezüglich des Cannabiskonsums erzielen die Hamburger mit 63% die höchsten Werte. Der Anteil der erfahrenen Drogenkonsumenten (mehr als 25-maliger Gebrauch) liegt mit 30,4% in Hamburg dagegen nur noch wenig über dem für die Leipziger Studierenden ermittelten Wert von 27,4%. Dagegen weisen die Dresdner und vor allem die Leipziger Studierenden einen deutlich höheren Ecstasy-Konsum auf. Die insgesamt niedrigen Prävalenzraten anderer illegaler Substanzen werden von BAUMGÄRTNER dahingehend interpretiert, dass illegale Substanzen eher aus Neugier probiert und anschließend wieder abgesetzt werden, statt wie es bei legalen Genussmitteln üblich sei, einen Dauerkonsum fortzusetzen. Um darüber hinausgehende Informationen über die Aktualität des jeweiligen Gebrauchs zu erhalten, sind die Probanden danach befragt worden, wann ihr letzter Konsum stattgefunden hat. Tabelle 4 gibt zum Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum einen Überblick.

Tabelle 4: *Aktualität des Gebrauchs verschiedener Rauschmittel.*

	Leipzig Anzahl (%) WS 96/97	Dresden Anzahl (%) WS 96/97	Hamburg (Anzahl %) WS 96/97
Alkohol	186 (98,4%)	120 (98,4%)	135 (100,0%)
Letzte Woche	127 (68,3%)	92 (76,6%)	95 (70,4%)
Letzter Monat	41 (22,0%)	15 (12,5%)	24 (17,8%)
Letztes Jahr	8 (4,3%)	10 (8,3%)	13 (9,6%)
Mehr als 1 Jahr	10 (5,4%)	3 (2,5%)	3 (2,2%)
Tabak	158 (83,6%)	100 (82,0%)	116 (85,9%)
Letzte Woche	84 (53,2%)	52 (52,0%)	64 (55,2%)
Letzter Monat	17 (10,8%)	9 (9,0%)	12 (10,3%)
Letztes Jahr	17 (10,8%)	18 (18,8%)	19 (16,4%)
Mehr als 1 Jahr	40 (25,3%)	21 (21,0%)	21 (18,1%)
Cannabis	99 (52,4%)	60 (49,2%)	85 (63,0%)
Letzte Woche	35 (35,4%)	12 (20,0%)	20 (23,5%)
Letzter Monat	17 (17,2%)	10 (16,7%)	16 (18,8%)
Letztes Jahr	28 (28,3%)	23 (38,3%)	27 (31,8%)
Mehr als 1 Jahr	19 (19,2%)	15 (25,0%)	22 (25,9%)

(adaptiert aus BAUMGÄRTNER, 1998, 141)

Diskussion:

Insgesamt hält BAUMGÄRTNER fest, dass sich die ostdeutschen Studierenden in einem durchaus zügigen Tempo den westlichen „Konsumgewohnheiten“, insbesondere Cannabis und Ecstasy betreffend, angepasst haben. Er schlussfolgert, dass es sehr wohl möglich sei, verantwortungsvoll mit bestimmten Drogen umzugehen und einen Konsum zu betreiben, der im amerikanischen Raum als „occasional use“, „intermittent use“ oder als „recreational use“ bezeichnet wird. Die Studenten differenzieren sehr bewusst zwischen gefährlichen und weniger gefährlichen Drogen und lassen sich bei ihrer Entscheidung, bestimmte Rauschmittel zu konsumieren oder nicht, eher von diesem Kriterium leiten als von der Frage, ob die Droge ihrer Wahl legal oder illegal ist. Tatsächlich treten bei diesen Drogennutzern nicht mehr Probleme auf, als bei den Konsumenten legaler Substanzen (BAUMGÄRTNER, 1998).

7.2 „Sonderauswertung zur 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks“

Methode:

Die „Sonderauswertung zur 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks“ soll dazu beitragen, dass die psychotherapeutischen Beratungsstellen für Studierende auf der Grundlage der Ergebnisse besser auf deren Bedürfnisse eingehen können. Die Rücklaufquote der im Mai 1997 ausgeteilten Fragebögen an zufällig ausgewählte Studierende beträgt 38%. Das entspricht 20533 verwertbaren Fragebögen. In den Bögen werden geschlossene Fragen verwendet, die auf der Basis einer Selbstauskunft nach subjektiver Einschätzung beantwortet werden (vgl. HAHNE, 1999).

Ergebnisdarstellung: Häufigkeit psychischer Probleme bei Studierenden

Nach HAHNE (1999) gibt jeder vierte Studierende (27%) einer deutschen Hochschule an, davon 31% der Frauen und 24% der Männer, dass das Studium im Jahr vor der Erhebung durch psychische Probleme gelitten hat. Darunter sind die meist genannten Probleme Leistungsstörungen (21%), mangelndes Selbstwertgefühl (19%), depressive Verstimmungen (18%), Labilität (18%), Prüfungsängste (18%) und allgemeine Ängste (17%)¹⁸. An einer Sucht leiden nur 5% der Männer und 3% der Frauen. Psychiatrische Erkrankungen liegen mit Abstand am seltensten vor. Etwa jeder zehnte fühlt sich durch die psychischen Probleme stark belastet. Von gravierendster Ausprägung sind die Leistungsstörungen und Prüfungsängste.

Mit Semesterzahl und Alter nehmen die Schwierigkeiten erheblich zu. Von den 20- bis zu den 30-Jährigen steigt die Problembenennung mit 58% sogar um mehr als die Hälfte an. Während sich die Verbreitung psychiatrischer Erkrankungen verfünffacht, nehmen Drogenprobleme dagegen kaum zu. Auffallend ist eine generelle Problemzunahme bis zum Alter von 26 Jahren sowie bis zum etwa fünften Semester und eine anschließende

¹⁸ Psychische Probleme, die das Studium nicht beeinträchtigen, bleiben in der Studie unberücksichtigt.

Problemstabilisierung. HAHNE erklärt diese Entwicklung damit, dass die Studierenden sich ungefähr ab diesem Zeitraum mit den für diese Lebensphase und für den Studienbeginn typischen Anforderungen vertraut gemacht haben und dadurch eine gewisse Entspannung beim Studieren und in der Persönlichkeitsentwicklung eintritt. Psychische Probleme an der Hochschule hängen demnach eng mit den für diese Lebensphase typischen Entwicklungsanforderungen zusammen.

Ergebnisdarstellung: Psychische Probleme und ihr sozialer Kontext

Es erweist sich nicht nur eine ungleiche Problemhäufung in den unterschiedlichen Fächergruppen, die laut HAHNE mit einer ungleichen Aufmerksamkeit für innerpsychische Prozesse in den einzelnen Fachgebieten zusammenhängt. Auch die Wohnsituation ist für die Verteilung der Probleme von Bedeutung. So geben die Studierenden, die allein in einer Mietwohnung leben, die meisten Probleme an. Diejenigen, die im Elternhaus wohnen, benennen die wenigsten Schwierigkeiten. Laut HAHNE lässt sich letzteres damit erklären, dass ohne eine veränderte Wohnsituation auch kaum Veränderungen in den bisherigen Lebensgewohnheiten auftreten und dementsprechend wenige Risiken oder Konflikte existieren. Bei Studierenden, deren Eltern getrennt leben, können wesentlich mehr psychische Probleme verzeichnet werden, als bei denen, deren Eltern einen gemeinsamen Haushalt führen. Darüber hinaus geben kinderlose Studierende ebenfalls mehr psychische Belastungen an, als studierende Eltern. HAHNE erklärt das Ergebnis damit, dass Studierende mit Kind meist älter sind und an einem anderen Punkt ihrer biographischen Entwicklung stehen, bei der Verantwortungsübernahme und Zukunftsplanung im Vordergrund stehen. Ebenso wenige Probleme geben Studierende an, die neben der Hochschule noch andere Beschäftigungen für wichtig halten. HAHNE zufolge können andere Tätigkeiten neben dem Studium die mangelnde Rückmeldung an der Hochschule kompensieren. Diejenigen, die das Studium als absolute Nebensache betrachten, berichten jedoch von den meisten Schwierigkeiten. Studierende, die laufend erwerbstätig sind, geben insbesondere in Bezug auf Leistungen und Kontakte mehr Belastungen an, als Studierende, die keiner Erwerbs-

tätigkeit nachgehen. Studierende, die regelmäßige, das heißt mindestens zehn, Gespräche mit ihren Dozenten außerhalb der Lehrveranstaltungen in den letzten beiden Semestern geführt haben, geben nur wenige Beeinträchtigungen an.

Ergebnisdarstellung: Problemlösestrategien Studierender

Insgesamt haben 40% der Studierenden gravierende Probleme, die einer Lösung bedürfen. Nur 7% derer, die ein Bedürfnis nach fachlicher Hilfe haben (13%), nehmen tatsächlich eine solche in Anspruch. 27% klären ihre Probleme allein oder zum Großteil mit Freunden oder Kommilitonen. Hierfür sei weniger eine fehlende Informiertheit über die Beratungsmöglichkeiten als vielmehr eine mangelnde Überwindung der Grund. Insbesondere bei Suchtproblemen spielt Scham laut HAHNE eine große Rolle. Zwar gibt es das Bedürfnis nach fachlicher Unterstützung, der praktische Schritt dorthin folgt allerdings nicht.

Je stärker die Probleme erlebt werden, desto eher wird eine Beratung gewünscht. Meist entstehen die Beratungswünsche erst nach mehreren Lösungsversuchen. Während Studienschwierigkeiten häufiger selbst oder mit Freunden gelöst werden, führen stark ausgeprägte psychiatrische und psychosomatische Probleme eher zu einer realisierten Beratung durch Fachleute. Bei mittlerer psychiatrischer Beeinträchtigung wird der Beratungswunsch hingegen meist nicht realisiert.

Diskussion:

HAHNE hält abschließend fest, dass studienrelevante Probleme wesentlich durch die soziale und private Situation der Studierenden beeinflusst sind. Dieser Zusammenhang müsse bei der Bearbeitung der Studienprobleme berücksichtigt werden. Allerdings seien die Schwierigkeiten im Studium nicht grundsätzlich psychischen Problemen zuzuschreiben. Sie könnten auch aus anderen Faktoren wie ineffizienten Lerntechniken oder defizitären Ausbildungsstrukturen an den Hochschulen resultieren. Die Ergebnisse zur Beanspruchung professioneller Hilfen seien Beratungsstellen insofern dienlich, als zumindest persönlichkeitsbedingte Hemmschwellen gesenkt werden könnten (vgl. HAHNE1999).

7.3 Das „Bielefelder Gesundheitssurvey“

Methode:

Repräsentative Ergebnisse zur gesundheitlichen Situation Studierender, liefert das „Bielefelder Gesundheitssurvey für Studierende“ nach ALLGÖWER (2000)¹⁹. Konzipiert als Kohortenstudie²⁰ erfasst die Untersuchung im Wintersemester 1995/1996 epidemiologische Querschnittsdaten zur gesundheitlichen Lage von 650 Hochschulanfängern der Universität in Bielefeld. Eine zweite Befragung der Probanden erfolgt im Wintersemester 1997/1998. Das Gesundheitssurvey wird anhand von Fragebögen durchgeführt. Ziel der Studie ist es, zuverlässige Informationen zum Gesundheitszustand, zu gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen und Kognitionen sowie zum Bedürfnisprofil gesundheitsfördernder Maßnahmen zu erfassen.

Die Stichprobe der ersten Erhebung besteht zu 55,5% aus weiblichen und zu 44,5% aus männlichen Studierenden mit einem Durchschnittsalter von 21,4 Jahren.

Nach dieser Untersuchung beurteilen knapp 80% der Studierenden ihren Gesundheitszustand als positiv. Dabei schätzen Männer ihren Gesundheitszustand signifikant besser ein als ihre Kommilitoninnen.

Die Ergebnisse zur Auftretenshäufigkeit leichterer psychosomatischer Beschwerden weisen laut ALLGÖWER jedoch eindeutig auf ein Problemfeld hin.

Ergebnisdarstellung: psychische Störungen

Zu den am häufigsten genannten psychischen Auffälligkeiten gehören depressive Verstimmungen mit 19,1% und Angstgefühle mit 13,1%. 27% derjenigen, die unter einer Angststörung leiden, erweisen sich als

¹⁹ Eine weitere Studie zur psychophysischen Gesundheit von Studierenden in der Übergangsphase Studienbeginn ist von BACHMANN et al. (1999) an Züricher Hochschulen durchgeführt worden. Sie soll hier aber nicht berücksichtigt werden, weil sie vergleichsweise ältere Daten liefert. Gleiches gilt für die von HOLM-HADULLA durchgeführte „Heidelberger Studie“ zu psychischen Beeinträchtigungen von Medizin- und Psychologiestudenten (vgl. SOEDER, BASTINE & HOLM-HADULLA, 2001).

²⁰ In einer Kohortenstudie werden Entwicklungen und Verläufe einer Personengruppe mit gleichen zeitlichen Merkmalen, in diesem Fall Studierende im ersten Fachsemester, über einen längeren Zeitraum beobachtet.

Tierphobiker. 15,7% leiden an einer Sozialphobie, 14,6% an Prüfungs- und Zukunftsängsten und 12,4% an einer Agoraphobie. Von den genannten Beschwerden sind signifikant mehr Frauen betroffen als männliche Studierende.

Die Hälfte der Probanden fühlt sich durch das Studium belastet. Dabei stellt die fachliche Anforderung im Studium die größte, der fehlende Praxisbezug die zweitgrößte studienspezifische Belastung dar. Als weniger belastend wird dagegen Anonymität, Konkurrenzsituation und der Umgang mit Kommilitonen an der Hochschule erlebt. Insgesamt stellen studienbedingte Belastungen ein deutlich größeres Problem für die Probanden dar als psychosoziale Belastungen.

Ergebnisdarstellung: Drogenkonsum

Werden die Daten zum Drogenkonsum bei Studierenden betrachtet, so fällt auf, dass die Substanzen Alkohol, Tabak und Cannabis am häufigsten konsumiert werden. Laut ALLGÖWER gehört der Gebrauch legaler Drogen nahezu zum festen Bestandteil des studentischen Alltags.

11,7% geben an, im Hinblick auf Alkohol völlig abstinent zu sein. Dagegen trinken 5,4% bereits täglich Alkohol, 21% trinken mehrmals pro Woche. Dabei stellt Bier das mit Abstand beliebteste alkoholische Getränk dar. Bei 85,6% der Stichprobe liegt nach ALLGÖWER keine Alkoholproblematik vor. Bei 7,8% kann ihr zufolge von einer Gefährdung für eine Alkoholstörung ausgegangen werden und 5,8% werden sogar als klinisch auffällig eingestuft. Die männlichen Probanden neigen sehr viel stärker zu einer Alkoholgefährdung als die weiblichen Studierenden.

Bezüglich des Rauchverhaltens bezeichnen sich 64,3% der befragten Studierenden als Nichtraucher. Hingegen geben 10,9% an, Gelegenheitsraucher zu sein. Für 24,5% stellt das Rauchen von Zigaretten ein Gewohnheitsmuster dar. Ein Geschlechtsunterschied kann statistisch nicht aufgezeigt werden.

Zum Cannabiskonsum lässt sich zusammenfassend festhalten, dass ein relativ großer Anteil der Studierenden Erfahrungen mit Cannabis gemacht hat. Im Gesundheitssurvey gibt rund ein Drittel (37,4%) der Befragten an, schon mindestens einmal Haschisch probiert zu haben. Damit ist Canna-

bis diejenige unter den illegalen Drogen, die mit Abstand am häufigsten ausprobiert wird. 60,6% geben an, noch nie Haschisch konsumiert zu haben. Einen ein- bis mehrmaligen Haschischgebrauch in der Woche benennen 7,1%. Nur die Hälfte der Konsumenten ist weiblich.

Diskussion:

Im Rahmen eines Vergleichs der gewonnenen Daten mit den Ergebnissen einer Repräsentativerhebung der „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“, die eine Nicht-Studierendengruppe im gleichen Alter erfasst, sowie mit dem „Jugendgesundheitssurvey“, einer repräsentativen Erhebung an 12- bis 16-jährigen Jugendlichen, ergibt sich folgende Diskussion und Interpretation:

ALLGÖWER zufolge kann auf der Grundlage dieser Vergleichsdaten insgesamt ein Anstieg psychosomatischer Beschwerden vom Jugend- zum jungen Erwachsenenalter festgehalten werden.

Was den Konsum von Alkohol anbetrifft, so ergibt sich eine hohe Übereinstimmung zur Gleichaltrigengruppe. Die Daten des Jugendgesundheits-survey zeigen eine vergleichsweise niedrige Prävalenz des Alkoholgebrauchs. In Bezug auf den Tabakkonsum rauchen Studierende seltener und weniger als vergleichbare Altersgruppen. ALLGÖWER erklärt diesen Befund damit, dass Studierende häufig aus höheren sozioökonomischen Schichten stammen, in denen Tabakabstinenz verbreiteter ist. Die Verbreitung an Erfahrungen mit illegalen Drogen ist unter den Studierenden etwas weiter als in der Gesamtbevölkerung. Laut ALLGÖWER ist empirisch belegt, dass vor allem in der Jugendzeit mit dem Drogengebrauch, insbesondere mit Cannabisprodukten, experimentiert wird. Nach einer Experimentierphase würde das Verhalten wieder abgelegt, so dass davon ausgegangen werden könne, dass für die Mehrzahl der Studierenden kein wesentliches Risikopotential besteht (vgl. ALLGÖWER, 2000).

Weitere Daten zu psychischen Problemen von Studierenden werden anhand der für den empirischen Teil dieser Arbeit zugrunde liegenden Studie „Suchtprobleme an deutschen Hochschulen“ im nächsten Kapitel vorgestellt.

PRAKTISCHER TEIL

8. Studie „Suchtprobleme an deutschen Hochschulen“

In Deutschland existieren zwar vereinzelt Erhebungen zu Substanzkonsum und psychischen Beeinträchtigungen bei Studierenden, allerdings beschränken sich diese weitestgehend auf die soeben genannten Studien. Überdies liegen lediglich Zahlen vor, die sich entweder auf das Vorhandensein einer psychiatrischen Störung beziehen oder auf das Vorliegen problematischen Substanzkonsums. Das gemeinsame Auftreten von psychischen Störungen und Sucht im Sinne einer Komorbidität ist bei Studierenden in Deutschland nie umfassend analysiert worden.

Dabei zeigen doch internationale sowie nationale Komorbiditätsstudien an klinischen Populationen und an der Gesamtbevölkerung auf, wie stark die beiden genannten Phänomene miteinander korrelieren (vgl. Kap. 4.2).

Zudem ist die Altersspanne von 18 bis 29 Jahren, in der sich die meisten Studierenden befinden, eine sensible Phase, innerhalb derer sich am ehesten problematischer Substanzkonsum und psychische Störungen manifestieren können (vgl. Kap. 5.2). So sind psychische Störungen unter den Studierenden weit verbreitet. Viele konsumieren regelmäßig Drogen. Wie ein Rückblick auf die 15. Sozialerhebung zeigt, führen die psychischen Beeinträchtigungen bei einer nicht unerheblichen Zahl von Studierenden (27%) zu Schwierigkeiten im Studium (vgl. Kap.7.2). So besteht offensichtlich ein enger Zusammenhang zwischen Drogenkonsum, psychischen Beeinträchtigungen und Studienverlauf. Daraus lässt sich folgern, dass Studierende eine besondere Risikopopulation für komorbide Störungen darstellen.

Aufgrund des lückenhaften Forschungsstandes in diesem Bereich hat sich die Notwendigkeit ergeben, das Projekt *„Suchtprobleme bei Studierenden an deutschen Hochschulen“* zu entwickeln. Diese Untersuchung soll zu einer aktiven Auseinandersetzung Studierender mit dem Thema Sucht anregen. Ziel der Studie ist es, suchtpreventive Maßnahmen adäquater

auf die Bedürfnisse der Studierenden auszurichten, um deren psychische und körperliche Gesundheit fördern zu können (vgl. PAULY, 2003). Zwischenergebnisse haben bereits aufgezeigt, dass über 20% der Studierenden psychische Probleme wie Suchtverhalten und Depressionen aufweisen (vgl. UTLER, 2003b). Im Rahmen dieser Exploration erfolgt eine vertiefende Interviewstudie mit dem Schwerpunkt auf Komorbidität (problematischer Substanzkonsum und psychische Probleme), die präzisere Daten zur gesundheitlichen Lage von Studierenden zu gewinnen versucht. Die vorliegende Arbeit befasst sich schwerpunktmäßig mit der Auswertung der Interviewstudie und greift auf Daten aus dem vorangegangenen Fragebogenverfahren zurück.

Dieses Kapitel umschreibt zunächst die groß angelegte Studie „Suchtprobleme an deutschen Hochschulen“, worauf eine Darstellung gewonnener Fragestellungen und Hypothesen zum Thema „Komorbidität bei Studierenden“ erfolgt. Anschließend werden quantitative und qualitative Sozialforschung gegenübergestellt. Daran angeschlossen wird eine nähere Betrachtung von Fragebogen und Interview als Wahl der Forschungsmethode. Es folgt eine Erklärung des Forschungsablaufs der Tiefeninterviews und Fragebogenstudie, sowie der Gewinnung der Untersuchungsgruppe. Schließlich werden die Ergebnisse vorgestellt sowie interpretiert und diskutiert, woraus mögliche Konsequenzen für die soziale Praxis abgeleitet werden.

8.1 Projektbeschreibung

Das Projekt „Suchtprobleme an deutschen Hochschulen“ wird vom Forschungsschwerpunkt Sucht der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen (KFH NW) durchgeführt. Es findet finanzielle Unterstützung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).

Die Studie erstreckt sich im Ganzen über den Zeitraum vom 1. September 2002 bis zum 29. Februar 2004.

In den ersten zwei Monaten des Projektes wird bislang undokumentierte Fachliteratur zu problematischem Drogengebrauch bei Studierenden

eingehend bearbeitet. Daran schließt sich eine dreimonatige Phase an, in der bestehende Datenbasen hinsichtlich der Epidemiologie von Störungen durch psychotropen Substanzgebrauch reanalysiert werden. Es folgt die Anfertigung eines Fragebogens als Forschungsinstrument. Im Wintersemester 2002/03 wird ein „Pretest“ an 108 Studierenden der KFH Köln durchgeführt, der den Fragebogen für die repräsentative Großuntersuchung auf Praktikabilität prüfen und inhaltliche Unklarheiten im Vorfeld ausräumen soll.

Die Durchführung der eigentlichen Datenerhebung beansprucht einen Zeitraum von drei Monaten im Sommersemester 2003. Hierzu werden die Fragebögen in einer Auflage von 10 000 Stück an Studierende der Hochschulen Köln, Aachen und Paderborn verteilt, wobei die Stichprobe insgesamt 8000 Probanden umfassen soll. In Köln werden 5000 Exemplare durch Studierende der KFH innerhalb eines „Lernprojektes“ verteilt. Die restlichen Fragebögen werden anteilmäßig in Aachen und Paderborn durch die jeweilige Hochschulgemeinde ausgehändigt.

Auf das repräsentative Fragebogenverfahren folgt eine Datenerhebung zu psychischen Störungen und Substanzkonsum bei Studierenden mittels eines durch geschulte Interviewer durchgeführten Tiefeninterviews.

Parallel zur Befragung wird eine Bestandserhebung der Unterstützungsangebote in den Untersuchungsregionen durchgeführt. Nachdem alle Daten ausgewertet sind, wird eine Handlungsempfehlung für Studentenberatungen angefertigt, die ein Praxismanual einschließt (vgl. BODENSTEINER, 2003).

8.1.1 Fragestellung und Hypothesen

Die unzureichende Erkenntnislage zu psychischen Störungen und riskantem Drogenkonsum bei Studierenden wirft einige Fragen auf. Es interessiert besonders, inwieweit die genannten Probleme mit dem Studium zusammenhängen und ob Studierende zur Bewältigung der Schwierigkeiten entsprechende Hilfen in Anspruch nehmen. Daraus ergeben sich folgende **Fragestellungen**:

- Begünstigt das Studium einen hohen und häufigen Konsum von Alkohol, Nikotin und Cannabis im frühen Erwachsenenalter?
- Begünstigt das Studium das Auftreten einer psychischen Störung im frühen Erwachsenenalter?
- Haben psychische Auffälligkeiten und hoher Substanzkonsum bei Studierenden Einfluss auf das Studierverhalten?
- Wie gut nutzen Studierende mit psychischen Auffälligkeiten und hohem Substanzkonsum die Beratungsstellen der Hochschulen?

Aus den genannten Fragestellungen resultieren folgende **Hypothesen**:

1. Die Mehrheit der Studierenden hat ihren Alkoholkonsum seit Beginn des Studiums erhöht.
2. Die Mehrheit der Studierenden, die täglich rauchen, hat ihren Tabakkonsum seit Beginn des Studiums erhöht.
3. Die Mehrheit der Studierenden, die schon mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis probiert haben, hat ihren Cannabiskonsum seit Beginn des Studiums erhöht.
4. Die Mehrheit der Studierenden mit hohem Substanzkonsum ist auch hinsichtlich psychischer Belastungen auffällig.
5. Die Mehrheit der Studierenden mit hohem Substanzkonsum und psychischen Auffälligkeiten entwickelt die psychischen Konflikte erst während des Studiums.
6. Die Mehrheit der Studierenden mit hohem Substanzkonsum und psychischen Auffälligkeiten nutzt die Wirkung der Droge zur Beeinflussung ihres psychischen Befindens.
7. Die Mehrheit der Studierenden mit hohem Substanzkonsum und psychischen Auffälligkeiten steigert ihren Drogenkonsum nach Auftreten der psychischen Auffälligkeit.
8. Die Mehrheit der Studierenden mit hohem Substanzkonsum und psychischen Auffälligkeiten weist Schwierigkeiten im Studium auf.
9. Die Mehrheit der Studierenden mit hohem Substanzkonsum und psychischen Auffälligkeiten nimmt keine professionelle Hilfe in Anspruch.

8.1.2 Qualitative und quantitative Sozialforschung

Bisherige Forschungen zur Komorbidität bzw. zu problematischem Substanzkonsum und psychischen Störungen bei Studierenden zeichnen sich vorwiegend durch quantitative Datenerhebung aus. Die der vorliegenden Arbeit zugrunde liegende Untersuchung basiert sowohl auf quantitativer als auch auf qualitativer Forschung. Die Grundzüge der beiden Forschungsrichtungen sollen kurz im Vergleich dargestellt werden.

Charakteristisch für die **quantitative** Sozialforschung ist die „Quantifizierung“ bzw. Messung der Beobachtungsrealität in Form von numerischen Daten. Ferner besteht ein hohes Maß an Kontrolle über die Untersuchungsbedingungen: quantitative Befragungen sind standardisiert, sie verlangen vom Befragten inhaltlich zugespitzte Antworten und vom Interviewer ein gleichförmiges Verhalten. Sie zielen darauf ab, von der in der gesamten Stichprobe erfolgten Beobachtung auf einzelne Personen schließen zu können und sind demnach deduktiv (vgl. BORTZ & DÖRING, 2002).

Die **qualitative** Sozialforschung hingegen verzichtet auf Messungen. Sie arbeitet stattdessen mit Verbalisierungen der Erfahrungsrealität. Qualitative Befragungen operieren meist mit offenen Fragen, die dem Befragten viel Spielraum beim Antworten lassen und die Interaktion zwischen Proband und Interviewer sowie Eindrücke des Interviewers als Informationsquellen berücksichtigen. Im Gegensatz zum quantitativen Ansatz ist qualitative Forschung induktiv. D.h., die Erklärung individuellen Erlebens und Verhaltens soll für möglichst viele Menschen gültig sein (vgl. WITTKOWSKI, 1994).

Qualitative Daten liefern meist mehr Details als Messwerte. Dafür sind quantitative Daten besser vergleichbar. Aus diesem Grunde ist eine Kombination der beiden Ansätze in der Forschungspraxis oftmals sinnvoll.

8.1.3 Erhebungsmethoden

Für eine Hypothesenprüfung werden sowohl Daten aus den eigens geführten Interviews herangezogen, als auch jene aus dem Fragebogenverfahren. Die Erhebungsmethoden „Fragebogen“ und „Interview“ werden nachfolgend eingehend erläutert.

Der Fragebogen:

Die erste Datenerhebung erfolgt schriftlich mittels Fragebogen. Diese quantitative Forschungsmethode bietet sich für die Großuntersuchung besonders an, weil sie eine kostengünstige Möglichkeit darstellt, mit der viele Studierende gleichzeitig erreicht werden können. Fragebogenerhebungen sind anonymere als mündliche Befragungen, was offenes Antworten bei intimen Fragen erleichtern kann und subjektive Einflüsse des Interviewers ausschließt. Die Befragungsinhalte sind hoch strukturiert. Demnach liegen den Studierenden in exakt gleicher Anordnung identische Fragen in geschlossener Form vor. Geschlossene Fragen setzen sich aus fest vorgegebenen Antwortmöglichkeiten zusammen. Diese sind im Vergleich zu offenen Fragen, bei denen die Probanden ihre Antwort selbst formulieren müssen, objektiver, einfacher auszuwerten und besser zu vergleichen (vgl. BORTZ & DÖRING, 2002).

Der Fragebogen setzt sich aus 117 Items zusammen, die auf verschiedenen Quellen²¹ basieren. So sind die einleitenden soziodemographischen Fragen der „15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks“ entlehnt, die darauf folgenden Fragen zum Alkoholkonsum werden anhand des „Young Adult Alcohol Problems Screening Test“ (YAAPST) entwickelt und die Fragen zur Beschaffung psychotroper Substanzen entstammen der „Drogenaffinitätsstudie 2001“. Darüber hinaus werden valide Untersuchungsinstrumente zur Fragebogenentwicklung hinzugezogen wie die DSM-IV-Kriterien von Substanzmissbrauch und –abhängigkeit

²¹ An dieser Stelle werden lediglich die Instrumente genannt, die sich auf riskanten Drogenkonsum beziehen. Fragen zum Essverhalten und zur Internetnutzung sind für die Arbeit nicht von Belang.

sowie der CAGE-Test nach MAYFIELD, MC LEOD und HALL (vgl. BODENSTEINER, 2003).

Die kritische Orientierung an bereits entwickelten Erhebungsinstrumenten ist, insofern sie für die eigene Fragebogenentwicklung geeignet erscheinen, sehr wichtig. Zum einen macht sie eine eigene Fragebogenkonstruktion oft überflüssig, zum anderen sichert sie die Praktikabilität des eigenen Fragebogens und einen Vergleich der Daten zu denen ähnlicher Studien.

Das Interview:

Obwohl inzwischen ein großer Bestand an Fragebogenstudien vorliegt, ist der Fragebogen nicht immer die Methode der Wahl. Zwar sind Interviewstudien im Gegensatz zu Fragebogenstudien sehr viel zeit- und arbeitsaufwendiger, jedoch eignet sich ein Interview besonders dann, wenn es, wie in dieser Studie, auch darum geht, vertiefende Informationen zum subjektiven Erleben und Verhalten des einzelnen Probanden zu gewinnen. Vor allem emotionale Bewertungen und psychische Sachverhalte werden in einem Interview vergleichsweise ganzheitlich wiedergegeben. Zudem können Missverständnisse durch den direkten Austausch leicht ausgeräumt werden.

Das für diese Arbeit zugrunde liegende Interview wird in einem neutralen Gesprächsstil geführt. Es ist wichtig, dem Probanden in einer distanziert akzeptierenden Haltung gegenüberzutreten, um eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre zu schaffen, die gleichzeitig dazu dient, gezielt Informationen zu erhalten. Zudem ist es sinnvoll, die Interviewerposition mit Studierenden zu besetzen, da aufgrund der ähnlichen Lebenssituation und des geringen Altersunterschiedes eine Vertrauensbasis und unbefangene Kommunikation schnell gegeben ist. So stützt sich die zweite Datenerhebung auf ein Interview, das persönlich mit einzelnen Studierenden geführt wird.

In der Regel zählt das Interview zu den qualitativen Erhebungsverfahren, da es sprachliche Informationen liefert (vgl. WITTKOWSKI, 1994). Aber auch der Grad der Strukturiertheit bestimmt, ob das Interview den qualitativen oder quantitativen Methoden zuzuordnen ist (vgl. BORTZ & DÖRING, 2001).

In der vorliegenden Studie ist die Wahl auf ein hochstrukturiertes und damit vollstandartisiertes Interview gefallen. Die Fragen sind bezüglich Wortlaut und Reihenfolge komplett vorgegeben und als überwiegend geschlossene Fragen formuliert. Vereinzelt finden sich offene Fragen vor, die das starre Interviewverfahren ein wenig beleben. Demnach enthält der Interviewleitfaden auch halbstandardisierte Anteile und ist als eine Kombination aus halb- und hochstrukturiertem Interview zu betrachten.

Das Interview unterteilt sich in insgesamt vier Bereiche, denen ein selbst verfasster Fragebogenteil angegliedert ist.²²

Der erste Teil des Interviews umfasst den Bereich **Biografie** und **Soziodemografie**, der eigens vom Interviewer erfragt wird. In diesem Teil geht es darum, allgemeine demografische Daten des Studierenden zu erfassen.

Der zweite Bereich wird ebenso vom Interviewer mündlich durchgeführt und fokussiert das **Studieverhalten** des Probanden.

Der dritte Interviewbereich bezieht sich auf **Selbstwirksamkeitserwartung** und **Substanzkonsum**. Hierzu gibt es vier bereits etablierte Fragebogenverfahren, die sich auf die Substanzen Alkohol, Tabak und illegale Drogen ausrichten. Sie werden vom Probanden selbstständig ausgefüllt. Das erste Instrument, der „Alkohol Expectancy“-Fragebogen (Brief AEQ-G), bezieht sich innerhalb zweier Skalen zum einen auf die Erwartung einer unmittelbar positiven Wirkung von Alkohol in sozialen Situationen, zum anderen auf die erwartete Regulation von Affekten wie beispielsweise Schmerzlinderung.

Beim zweiten Fragebogen handelt es sich um den „Basler Drogen- und Alkoholfragebogen“ (BDA), mit Hilfe dessen eine Abhängigkeit von legalen und illegalen Substanzen unter Berücksichtigung der Dimensionen Droge, Individuum und Umwelt zu erfassen versucht wird.

Für diejenigen, die zum Zeitpunkt der Erhebung Raucher sind, gilt es drei Zusatzfragebögen auszufüllen: Der „Self-Efficacy Rauchen“-Fragebogen (SER-G) bezieht sich auf Verlauf, Entwicklung und Veränderung des Tabakkonsums. Der „Decisional Balance Raucher“-Fragebogen (DBR-G)

²² Die Quellen zu den Instrumenten des Interviewleitfadens sind KLEIN & PAULY (2004) zu entnehmen.

fußt auf dem „transtheoretischen Modell der internationalen Verhaltensänderung“ (TTM). Dieses Instrument erfasst die motivationale und kognitive Entscheidung zu rauchen bzw. nicht zu rauchen. Der „Änderungsbereitschaft bei Rauchern“-Fragebogen (FÄR) stützt sich ebenfalls auf das TTM. Das Modell fokussiert sowohl die Stufen, als auch kognitiv-affektive und verhaltensorientierte Strategien, die für eine Verhaltensänderung in Bezug auf Tabakkonsum bedeutend sind.

Der etwas umfangreichere „Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens“ (FEG) gliedert sich in die Bereiche Ernährung, Bewegung, Medikamente, Schlaf, allgemeines Wohlbefinden und Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Den einzelnen Themen sind Fragen angegliedert, die der Studierende nur auszufüllen hat, wenn es Änderungswünsche in den jeweiligen Gebieten gibt.

Ein letzter Bereich bezieht sich auf psychische Erkrankungen und **Komorbidität**. Anhand des „SKID-II“-Fragebogens können Tendenzen von Persönlichkeitsstörungen durch die Erfassung bestimmter Persönlichkeitsstrukturen dargestellt werden. Der SKID-II wird ebenfalls vom Befragten eigenständig bearbeitet.

Der „Mini DIPS“-Fragebogen, als das zweite klinische Befragungsinstrument, beinhaltet gezielte Fragen zu den Problembereichen Angst, Zwang, affektive Störungen, somatoforme Störungen, Essstörungen und Psychosen. In diesem Interviewteil soll der Interviewer unabhängig vom Gesagten einschätzen, ob beim Probanden eine psychische Störung vorliegt oder nicht oder ob dies fraglich ist. Um hier ein Urteil abgeben zu können, das objektiv ist, müssen auch nonverbale Merkmale berücksichtigt werden. Zur Registrierung eben dieser ist das Interview als Forschungsmethode unverzichtbar.

Dem „Mini DIPS“ angeschlossen wird ein vom Verfasser dieser Arbeit erstellter halbstrukturierter Fragebogen mit vertiefenden offenen Zusatzfragen zum Bereich „Komorbidität“, die in dem Interview, sowie im Fragebogen bis dahin unberücksichtigt geblieben sind. Dieser Teil gibt Aufschluss über die Entstehungs- und Einstiegsbedingungen zum Substanzkonsum, über das Erstauftreten psychischer Beschwerden, deren Zusammenhang mit dem Drogenkonsum sowie Einfluss auf das Studium

und das soziale Umfeld. Am Ende des Interviews werden offene Fragen zur Behandlungs- und Beratungsbereitschaft des Probanden in den letzten sechs Monaten gestellt (vgl. KLEIN & PAULY, 2004).²³

8.2 Forschungsverlauf

8.2.1 Gewinnung der Untersuchungsgruppe

In einer ersten Datenerhebung werden Fragebögen an Studierende in Köln verteilt. Die Bögen werden überwiegend in den Mensen der Hochschulen ausgehändigt. Um auch die Studierenden zu erreichen, die nur selten die Mensa besuchen oder deren Hochschule sich nicht in Mensa-Nähe befindet, werden die Fragebögen zusätzlich an mehrere Wohnheime des Kölner Studentenwerks verschickt. Die Studierenden können die ausgefüllten Bögen mit einem beiliegenden Freiumschlag an den „Forschungsschwerpunkt Sucht der KFH Köln“ zurücksenden. Dennoch lässt es sich nicht vermeiden, dass einige Studienfächer gänzlich aus der Studie herausfallen oder nur minder vertreten sind. Die Rücklaufquote der 5000 verteilten Fragebögen beläuft sich auf 35%. Das entspricht 1605 verwertbaren Fragebögen.

Der Fragebogen weist die Studierenden darüber hinaus auf das später folgende Tiefeninterview im gleichen thematischen Rahmen hin. Die Probanden haben die Möglichkeit, ihre E-mail-Adresse bzw. Telefonnummer, sowie einen persönlichen Code freiwillig auf dem Deckblatt des Leitfadens mitzuteilen, wenn sie Interesse an einem späteren Interview haben. Der Code dient der Anonymisierung und der eindeutigen Zuordnung von Interview und Fragebogen. Anschließend werden die Studierenden nach einem Hochrisikoprofil hinsichtlich auffälligen Substanzkonsums unter Berücksichtigung einer eher schlechten Selbsteinschätzung der psychischen Gesundheit selektiert. Das Hochrisikoprofil ergibt sich aus dem jeweiligen Ankreuzverhalten im Bereich Drogengebrauch. Die Studierenden werden unter dem „offiziellen“ Vorwand angeschrieben bzw. ange-

²³ Fragebogen-, Interviewleitfaden sowie Zusatzfragen sind im Anhang einzusehen.

rufen, durch einen Zufallsgenerator in die Stichprobe gelost worden zu sein, denn sie sollen sich unbefangen dem Interview öffnen können.

Hieraus entspringen 97 Tiefeninterviews²⁴, von denen 30 der vorliegenden Arbeit zugrunde liegen. Die Teilnahme der Studierenden wird mit einem Betrag von 30 € honoriert. Für Interviews mit dem Schwerpunkt auf Komorbidität werden 58 Studierende kontaktiert, von denen 33 eine positive Rückmeldung geben. Das entspricht einer Rücklaufquote von 56,9%. Wegen des vorgegebenen Budgets können jedoch nur 30 Studierende interviewt werden. So fallen drei aus der Stichprobe heraus, weil eine Person dem Interviewer bekannt ist, ein Proband sich erst zurückmeldet als die Stichprobengröße $N=30$ schon erfüllt ist und einer bereits in seiner Antwort anmerkt, nur „Scheinstudent“ zu sein. Aufgrund der kleinen Stichprobengröße wird kein Anspruch auf Repräsentativität erhoben, zumal ausschließlich konsumauffällige Studierende interviewt werden. Stattdessen können subjektive Sichtweisen besser beleuchtet werden.

Es ist keine separate Untersuchung an gleichaltrigen Nichtstudierenden erfolgt, da hierzu keine finanziellen Mittel zur Verfügung standen. Da die Untersuchungsgruppe sich generell durch einen hohen Drogengebrauch auszeichnet, ist es kaum sinnvoll, zufällig ausgewählte Nichtstudierende aus bisherigen Studien als Kontrollgruppe einzusetzen.

8.2.2 Ablauf der Datenerhebung

Die Tiefeninterviews werden in den Monaten Juli bis einschließlich Mitte September 2003 geführt. Somit fällt die Interviewphase in die Semesterferien und in den Prüfungszeitraum. Nach der bereits abgeschlossenen Fragebogenerhebung werden die ausgewählten Studierenden angeschrieben oder angerufen, um einen Termin für die Durchführung des Interviews

²⁴ Davon werden 30 geführt, die sich auf ein Hochrisikoprofil im Bereich „auffälliges Essverhalten“ stützen. Diese werden ausgiebig in der Arbeit „Essstörungen bei Studierenden“ von TERHART (2004) behandelt, auf die an dieser Stelle verwiesen werden soll.

zu vereinbaren²⁵. Auf Einverständnis des Probanden trifft man sich in der Hauptmensa der Universität zu Köln. Alle Probanden erweisen sich als sehr zuverlässig und pünktlich.

Die Tiefeninterviews werden in der Mensa und deren Umgebung wie den „Uni-Wiesen“ an einem möglichst ungestörten Platz geführt. Die Uni-Mensa eignet sich besonders, weil sie einen relativ anonymen und vertrauten Rahmen bietet. Vier Interviews finden in umliegenden Cafés statt, da der Interviewtermin außerhalb der Mensa-Öffnungszeiten liegt und die Wetterbedingungen ein Gespräch draußen nicht ermöglichen.

Die Sitzanordnung ist so gewählt, dass eine Verletzung des persönlichen Raums unwahrscheinlich ist und die Probanden keinen direkten Einblick in die Unterlagen haben. Die Interviews finden ausschließlich in Form von Einzelinterviews statt und beanspruchen einen zeitlichen Rahmen von etwa 1 bis 1,5 Stunden.

Nach einem kleinen Gesprächseinstieg zur Auflockerung, folgen die obligatorischen Erläuterungen zum Datenschutz sowie einführende Erklärungen zur Thematik und zum Ablauf des Interviews.²⁶ Zur Wahrung der Anonymität wird die E-mail-Adresse im Beisein des Probanden unkenntlich gemacht. Nach der Klärung noch offen stehender Fragen wird mit den Interviewfragen zur Soziodemografie und zum Studierverhalten begonnen. Hierbei ist es dem Befragten möglich, zur besseren Übersichtlichkeit mit in die Unterlagen einzusehen. Anschließend werden dem Probanden die Bögen „Brief AEQ-G“, „BDA“, „FEG“, „SKID-II“ sowie den Rauchern der „SER-G“, „DBR-G“ und „FÄR“ zur selbstständigen Bearbeitung überreicht. Dabei wendet sich der Interviewer etwas ab und schaut nicht mit in die Fragebögen, um möglichst unbefangene Antworten zu gewährleisten. Allen Fragebögen voran steht eine kurze schriftliche Instruktion, an der sich der Proband bei der Beantwortung der Fragen orientieren kann. Für Unklarheiten während der Bearbeitung steht der Interviewer dennoch zur Seite. Nachdem der Proband diese Fragebögen nun ausgefüllt hat, wendet sich der Interviewer dem Probanden wieder zu, um auf den Bereich Komorbidität anhand des „Mini DIPS“-Fragebogens einzugehen.

²⁵ Der Inhalt des Anschreibens ist dem Anhang F zu entnehmen.

²⁶ Einzelheiten hierzu sind aus der Instruktion im Anhang C ersichtlich.

Hier ist es aufgrund der Einschätzungsskalen wichtig, dass der Befragte keinen Einblick in die Unterlagen hat. Damit die anschließenden „Zusatzfragen“ so gestellt werden können, dass sie auf den Interviewpartner zugeschnitten sind, wird auf Informationen aus dem Fragebogen der ersten Erhebung zurückgegriffen. Mit den abschließenden Fragen zur Beratungsbereitschaft endet das Interview.

Schließlich erhält jeder Proband seine Aufwandsentschädigung in Höhe von 30 €. Es wird sich für die Mithilfe und Offenheit beim Probanden bedankt. Der Befragte unterschreibt die Datenverarbeitungserklärung, sowie die Quittung für die erhaltene Aufwandsentschädigung und bekommt für eventuell auftretende Probleme ein Blatt ausgehändigt, auf dem mehrere Beratungsstellen in Köln aufgeführt sind. Der Interviewer soll den Probanden zuerst gehen lassen, um die Distanz zu wahren und sich noch einige Notizen zum äußeren Erscheinungsbild und zum Auftreten des Studierenden machen zu können.

In der Abschlussphase zeigt sich, dass alle Probanden sehr interessiert an der Studie und den daraus resultierenden Ergebnissen sind. Sehr viele geben ein positives Feedback über die Interviewthemen und -situation ab. Einige merken an, durch das Interview insofern bereichert worden zu sein, als sie durch die Interviewfragen dazu angeregt worden seien, einmal über sich selbst nachzudenken, was sie bis dahin oft vernachlässigt hätten.

Während des Forschungsablaufs gibt es einige Unterbrechungen durch Personen von außen, wie z.B. durch Bekannte des Probanden oder durch Bettler. Zum Teil setzen sich andere Studierende so weit in die Nähe, dass die Intimität nicht mehr gewährleistet ist, weil diese mithören können. Aber auch Wegsetzen bedeutet eine Unterbrechung im Forschungsablauf. Dennoch können auch in ungestörten Situationen Antwortverfälschungen nicht ausgeschlossen werden. Zu diesen kann es leicht kommen, wenn die Studierenden wenig versiert sind, wenn sie unter dem Druck stehen, sozial erwünschte Antworten zu geben, wenn sie Erlebnisse nicht angemessen reflektieren können oder wenn die Behandlung eines Themas im Interview zu einer veränderten Selbsteinschätzung anregt (vgl. WITTKOWSKI, 1994). Insgesamt erweisen sich nahezu alle Probanden als sehr offen,

auch wenn es manchmal etwas dauert, bis der ein oder andere auftaucht. Nur ein Student erweckt den Eindruck, dass er in seinen Äußerungen befangen ist, weil dieser bereits vorher anmerkt, er hätte Angst, das Interview würde eine psychische Störung bei ihm aufdecken.

8.3 Datenauswertung

Die Interviewstudie liefert sowohl quantitative, als auch qualitative Daten. Das Fragebogenverfahren legt ausschließlich quantitative Daten offen.

Die Auswertung **quantitativer** Daten erfolgt durch eine statistische Analyse mit dem Programmsystem „Superior Performing Software Systems“ (SPSS). Bevor die in einer Studie erhobenen Daten in eine SPSS-Datendatei eingetragen werden können, werden die Angaben der Befragten mittels eines Kodierplans numerisch verschlüsselt. Den einzelnen Merkmalen werden „Variablennamen“ zugeordnet, den Antwortmöglichkeiten „Wertelabels“.²⁷ Bei metrischen Angaben wie „Alter“ liegen die Daten meist bereits als direkt eingetragene Zahlen vor. Andere Angaben wie „Studienfach“ werden zur besseren Übersichtlichkeit in bestimmte Fächergruppen zusammengefasst. Anschließend werden die erhaltenen Daten mit Hilfe des entwickelten Kodierplans in das Auswertungsprogramm SPSS 10.0.75 übertragen und schließlich ausgewertet. Die Auswertungen erfolgen anhand von Häufigkeitsverteilungen und Kreuztabellen. Signifikanzwerte werden anhand des Chi²-Tests ermittelt (vgl. DIEHL & STAUFENBIEHL, 2001).

Die Auswertung **qualitativer** Daten kann anhand „qualitativ interpretierender“ und „quantifizierender Inhaltsanalysen“ vollzogen werden. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse besteht ein Ergebnis ausschließlich in zusammengefassten und strukturierten sprachlichen Aussagen über die Inhalte von Interviewtexten. Die Bezeichnung quantifizierende Inhalts-

²⁷ So verbirgt sich hinter dem Variablennamen „studiok“ beispielsweise das Variablenlabel „Zufriedenheit mit dem bisherigen Studienverlauf“. Das Wertelabel „1“ meint z.B. die Antwort „ja“. Ein „nein“ wird mit „2“ kodiert und „fehlende Daten“ erhalten das Label „99“. Weitere Kodierungen sind dem Kodierschema im Anhang B und E zu entnehmen.

analyse meint alle Auswertungen, die zu numerischen Daten führen. Sie können wie eingangs beschrieben mit mathematisch-statistischen Methoden bearbeitet werden (vgl. WITTKOWSKI, 1994; BORTZ & DÖRING, 2002). In dieser Arbeit wird eine Quantifizierung der vorliegenden qualitativen Daten bevorzugt. Demnach werden qualitative Daten kategorisiert und in numerische Daten umkodiert.

8.4 Ergebnisse

In die Auswertungen fließen wie bereits erwähnt sowohl die Datensätze aus den Interviews ein, als auch die von den einzelnen Probanden zuvor bearbeiteten und jeweils auf diese zurückführbaren Fragebögen. Die Datenauswertung bezieht sich zunächst auf die Beschreibung der Stichprobe, woraufhin weitere Ergebnisse zu den Themen Substanzkonsum, Komorbidität von problematischem Substanzkonsum und psychischen Störungen, Schwierigkeiten im Studium und Beratungsbereitschaft dargestellt werden.

8.4.1 Stichprobenbeschreibung

Soziodemografische Daten:

Von den in den Tiefeninterviews befragten 30 Studierenden sind zwei Drittel männlich und ein Drittel weiblich²⁸. Das Durchschnittsalter beträgt 23,5 Jahre bei einer Standardabweichung von 2,2. Die männlichen Probanden sind im Durchschnitt 3,35 Jahre älter als die weiblichen (vgl. Tab. 5). Alle Befragten haben eine deutsche Staatsangehörigkeit und sind kinderlos. Nur ein Proband ist verheiratet. Mit 90% (27 Personen) stehen fast allen Studierenden monatlich bis zu 1000 € Nettoeinkommen aus eigenem Erwerb, elterlichen Zuschüssen, BAFÖG oder anderen Einnah-

²⁸ Die im Folgenden genannten Prozentwerte beziehen sich immer auf gültige Prozente, in denen ‚fehlende Antworten‘ nicht aufgegriffen sind, so dass die angegebenen Prozentzahlen in der Summe nicht unter 100% liegen. Auf Prozentangaben, die weniger als dreißig Antworten umfassen, wird jedoch gesondert hingewiesen.

mequellen zur Verfügung. Weitere 10% (3 Personen) verfügen über bis zu 1500 € im Monat.

Tabelle 5: *Alter und Geschlecht der Untersuchungsgruppe.*

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
Alter	19-21	Anzahl (% v. Geschl.)	4 (40,0%)	3 (15,0%)	7 (23,3%)
	22-23	Anzahl (% v. Geschl.)	3 (30,0%)	6 (30,0%)	9 (30,0%)
	24-25	Anzahl (% v. Geschl.)	2 (20,0%)	5 (25,0%)	7 (23,3%)
	26-27	Anzahl (% v. Geschl.)	1 (10,0%)	6 (30,0%)	7 (23,3%)
Gesamt		Anzahl (% v. Geschl.)	10 (33,3%)	20 (66,7%)	30 (100,0%)

Studium:

Wie bereits erwähnt, sind die einzelnen Studienfächer aufgrund ihrer Vielzahl zu Fächergruppen zusammengefasst worden. In der Verteilung der Fächergruppen zeigen sich einige Differenzen (vgl. Abb. 4).

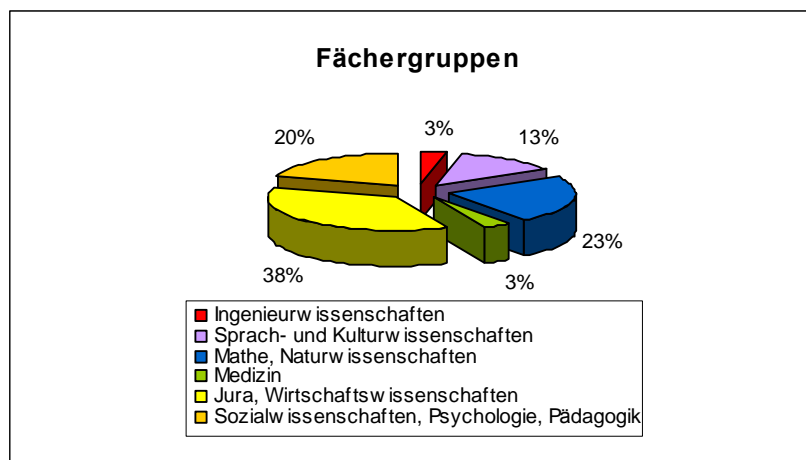


Abbildung 4: Studienfächer der Untersuchungsgruppe.

Während 11 Probanden und damit die Mehrheit Jura oder Wirtschaftswissenschaften studieren, sind Medizin und Ingenieurwissenschaften in der Stichprobe mit je einer Person nur schwach vertreten. Die ungleiche Verteilung der Fächergruppen hängt zum einen, wie bereits dargelegt, damit zusammen, dass nicht alle Fachbereiche gleich stark erreicht werden konnten, zum anderen mit der ungleichen geschlechtlichen Verteilung in der Untersuchungsgruppe. Es wird demnach nicht von einer

Repräsentativität der Fächergruppenverteilung in der Stichprobe ausgegangen, dennoch wird durch die Vielzahl der Fächergruppen ein Mindestmaß an Heterogenität der Stichprobe gewährleistet.

Zum Zeitpunkt der Fragebogenerhebung befinden sich mehrheitlich 11 Probanden in den ersten beiden Fachsemestern. Mit steigender Semesterzahl sinkt die Anzahl der Personen: sechs Befragte besuchen das 3. oder 4., je drei das 5. oder 6. und 7. oder 8. Semester und nur zwei studieren im 9. oder 10. Semester. Die höchsten Semester (11. oder 12.) sind mit vier Probanden wiederum stärker vertreten. Ein Student macht keine Angaben zum aktuellen Studiensemester.

8.4.2 Substanzkonsum

Obschon sich alle Probanden durch ein auffälliges Konsummuster charakterisieren lassen, sollen im Folgenden die Ergebnisse zum Gebrauch einzelner Substanzen vorgestellt werden, um ein Bild vom Konsum-Profil der Studierenden zu vermitteln.

Alkohol:

Das Fragebogenverfahren²⁹ legt seinen Schwerpunkt bei der Erforschung des Drogengebrauchs bei Studierenden überwiegend auf die Substanz Alkohol. Zum Alkoholkonsum wird zunächst erfragt, wie oft vier, fünf oder mehr als fünf alkoholische Getränke innerhalb der letzten 14 Tage vor dem Erhebungszeitraum der Fragebogenstudie hintereinander bei einer Gelegenheit konsumiert worden sind (Frage 8). Die Antwortmöglichkeiten liegen zwischen den Extremen „gar nicht“ und „10 Mal oder mehr“. Abbildung 5 zeigt, dass es große Unterschiede bei den Mengenangaben gibt.

Lediglich neun Antworten können zum Konsum von vier Getränken ausgewertet werden, nur sieben Personen äußern sich zum Konsum von fünf Getränken. Bei beiden Trinkmengen benennt eine Mehrheit einen

²⁹ Die Ergebnisse zum Alkohol-, Tabak- und illegalen Drogenkonsum werden ausschließlich anhand der Fragebogendaten dargestellt, da Häufigkeits- und Mengenangaben im Interview nicht erfragt worden sind.

geringen Konsum: ein Drittel gibt bei vier Getränken, mehr als die Hälfte gibt bei fünf Getränken an, „gar nicht“ getrunken zu haben.

Die Probanden werden im Fragebogen gebeten, nur in der Reihe der Getränkemenge anzukreuzen, die auf sie zutrifft. Weil bei mehr als fünf Getränken hintereinander bis auf einen nahezu alle Probanden Angaben machen, kann dieses Konsummuster bei den Studierenden als das häufigste betrachtet werden. Hierunter fallen auch die Probanden, die sich trotzdem zu mehreren alkoholischen Getränken äußern.

Nur ein Studierender (3,4%) meint, dass er nicht mehr als fünf Getränke hintereinander innerhalb der letzten 14 Tage bei einer Gelegenheit zu sich genommen hat. Dagegen benennt eine Mehrheit von 11 Probanden (37,9%) eine sechs bis neunmalige Einnahme der Getränke. Während zu den vorherigen Mengenangaben über neunmal hinaus keine Antworten vorliegen, geben hier bereits 6 Studierende (20,7%) an, „10 Mal oder mehr“ über fünf Getränke innerhalb der letzten zwei Wochen hintereinander getrunken zu haben. Bis auf eine Probandin erfüllen demnach alle die in Kapitel 6.3 dargestellten Kriterien des „binge drinking“.

Insgesamt fällt auf, dass bei einer geringeren Getränkeanzahl auch seltener getrunken worden ist. Dagegen steigt bei der höchsten Trinkmenge auch die Häufigkeit des Konsums. Ebenso auffällig ist, dass kein Proband angibt, nur einmal die angegebene Trinkmenge konsumiert zu haben.

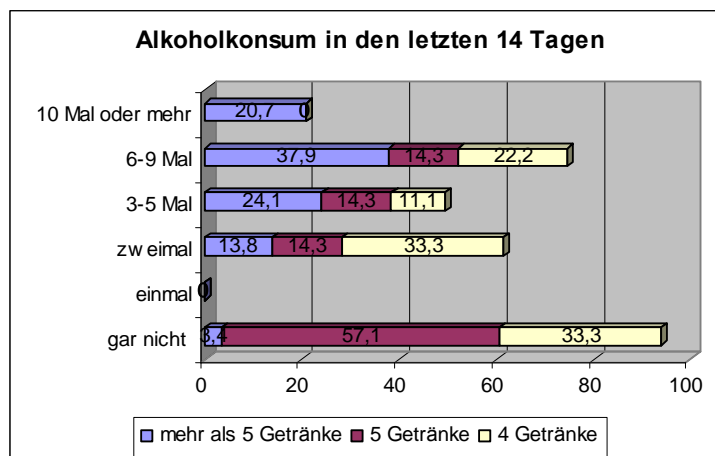


Abbildung 5: Alkoholkonsum in den letzten 14 Tagen.

Bei der Frage, wie viele alkoholische Getränke getrunken wurden, als beim letzten Mal mindestens vier Getränke konsumiert wurden (Frage 10), ist ebenfalls eine Häufung bei den höheren Werten ersichtlich. Die Mehrzahl der Probanden (9; 30%) benennt, 10-14 Getränke konsumiert zu haben. Acht Personen (26,7%) tranken bei der letzten Gelegenheit acht Getränke. Ein weiteres Fünftel hat sogar 15 oder mehr Getränke getrunken. Vier, sechs, sieben und neun Getränke geben nur je ein oder zwei Probanden an. Ein einziger, der zuvor angegeben hat, keinen Alkohol zu trinken, macht hierzu keine Angaben und ist hiernach als Abstinenzler zu bewerten.

Um ein noch genaueres Bild vom Konsumverhalten der Probanden zu gewinnen, wird die Untersuchungsgruppe danach befragt, bei wie vielen Gelegenheiten in den letzten 30 Tagen ein alkoholisches Getränk getrunken worden ist (Frage 16).

Tabelle 6: *Monatsprävalenz des Alkoholkonsums.*

	Geschlecht		Gesamt
	Anzahl (% von Geschlecht)		
	weiblich	männlich	
Bei 1-2	1 (10,0%)	0 (0,0%)	1 (3,3%)
Bei 3-5	2 (20,0%)	1 (5,0%)	3 (10,0%)
Bei 6-9	0 (0,0%)	3 (15,0%)	3 (10,0%)
Bei 10-19	5 (50,0%)	11 (55,0%)	16 (53,3%)
Bei 20-39 Gelegenheiten	2 (20,0%)	5 (25,0%)	7 (23,3%)
Gesamt	10 (100,0%)	20 (100,0%)	30 (100,0%)

Wie in Tabelle 6 gezeigt wird, ergibt sich auch hier das Muster eines häufigen Alkoholgebrauchs. Mehr als die Hälfte der Probanden gibt an, bei „10-19 Gelegenheiten“ ein alkoholisches Getränk zu sich genommen zu haben. Das ist sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern die Mehrheit. Ein Fünftel der Frauen und ein Viertel der Männer benennt sogar einen Konsum bei „20-39 Gelegenheiten“. Angaben zum Alkoholgebrauch bei mindestens 40 Gelegenheiten im letzten Monat liegen nicht vor. Ein signifikanter Geschlechtsunterschied kann statistisch nicht nachgewiesen werden.

Ferner sollen die Probanden benennen, wie viele Getränke sie im letzten Monat an diesen Gelegenheiten im Durchschnitt konsumiert haben (Frage 17). Sechs Probanden (20%), und damit die Mehrheit, äußern einen durchschnittlichen Gebrauch von vier Getränken. Jeweils fünf (16,7%) haben fünf oder sieben Getränke getrunken. Je drei Personen (10%) geben an, normalerweise drei oder sechs Getränke getrunken zu haben. Der von den Studierenden genannte geringste (zwei Getränke) und höchste Wert (acht Getränke) wird von einer Minderheit, bestehend aus je zwei Probanden (6,7%), genannt. Demnach lassen sich zwischen den Angaben einer im Durchschnitt niedrigen und hohen Trinkmenge im Monat nur geringfügige Differenzen feststellen.

Des Weiteren interessiert, ob und inwiefern sich der Alkoholkonsum in der Untersuchungsgruppe der 30 selektierten Studierenden geändert hat. Hierzu werden wiederum Daten aus dem Fragebogenverfahren herangezogen (Frage 14). Etwa die Hälfte und damit die Mehrzahl aller Probanden (16; 53,3%), gibt an, dass sich ihr Trinkverhalten seit Beginn des Studiums nicht geändert hat. Nur drei Personen (10%) benennen eine Abnahme des Konsums. Immerhin 11 Studierende (36,7%) sind der Meinung, dass sich ihr Alkoholkonsum, verglichen mit dem ersten Semester, gesteigert hat.

Die genannten Ergebnisse zeigen, dass sich die befragten Studierenden überwiegend durch ein hohes und häufiges Konsummuster auszeichnen. Dies ist nicht verwunderlich, da die Probanden nicht zufällig, sondern unter anderem aufgrund eben dieser hohen Zahlen ausgewählt worden sind. Insofern sind die Angaben zum Konsumverhalten auch nicht auf die gesamte Studierendenpopulation übertragbar.

Tabak:

Im Hinblick auf den Tabakkonsum unter den Studierenden wird im Fragebogenverfahren erfragt, wie sich die Studierenden bezüglich ihres Rauchverhaltens einordnen (Frage 63). Es lassen sich 29 Antworten auswerten. Abbildung 6 gibt Aufschluss über die prägnantesten Unterschiede im Konsumverhalten.

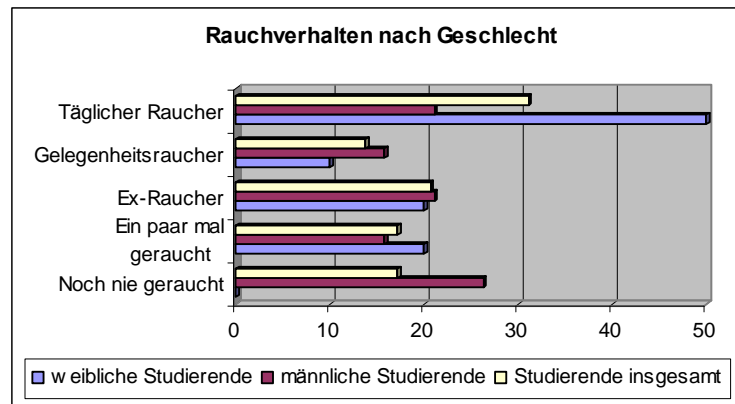


Abbildung 6: Rauchverhalten nach Geschlecht.

Sehr auffällig ist, dass keine weibliche Studentin, aber eine Mehrheit der männlichen Kommilitonen (5; 26,3%) angibt, noch nie geraucht zu haben. Bei den täglichen Rauchern lassen sich ähnliche Differenzen feststellen: bei den weibliche Studierenden ist dies die überwiegende Mehrheit (5; 50%), die Männer rauchen mit 21,1% (4 Personen) nicht einmal halb so oft täglich. Der Ex-Raucher-Anteil unter den Geschlechtern liegt relativ gleich bei etwa 20%. Ein paar Mal geraucht haben zwei Frauen (20%) und drei Männer (15,8%). Nur eine Probandin (10%) ist Gelegenheitsraucherin, bei den Männern sind dies wiederum drei (15,8%). Insgesamt ist die Quote der täglichen Raucher mit fast einem Drittel (9; 31,1%) der Gesamtstichprobe am höchsten.

Diejenigen, die zum Zeitpunkt der Fragebogenerhebung täglich rauchen, sollen sich dazu äußern, wie sich ihr Rauchverhalten im Laufe des Studiums geändert hat (Frage 68). Eine deutliche Mehrheit (6; 66,7%) gibt an, ihr Rauchverhalten habe sich nicht geändert. Nur zwei Probanden (22,2%) meinen, dass sie, verglichen mit dem Anfang des Studiums, mehr rauchen. Lediglich eine Person (11,1%) benennt eine Abnahme des Tabakkonsums seit dem ersten Semester.

Cannabis und weitere illegale Drogen:

Neben den Alkohol- und Tabakkonsumenten unter den Studierenden interessiert ebenso, inwiefern illegale Drogennutzer, insbesondere Cannabiskonsumenten, vertreten sind. Dies gilt es anhand zweier Items heraus-

zufinden, die sich auf die Lebenszeitprävalenz (Frage 74 bzw. 81) und die Jahresprävalenz (Frage 75 bzw. 82) von Cannabis- und illegalem Drogengebrauch beziehen.

Tabelle 7 gibt Aufschluss über die Anzahl der Gelegenheiten, an denen die Studierenden in ihrem Leben und im letzten Jahr Cannabisprodukte probiert haben.

Tabelle 7: *Lebenszeit- und Jahresprävalenz des Cannabiskonsums.*

	Lebenszeitprävalenz Anzahl (% von Geschlecht)			Jahresprävalenz Anzahl (% von Geschlecht)		
	Geschlecht		Gesamt	Geschlecht		Gesamt
	weiblich	männlich		weiblich	männlich	
Noch nie	0 (0,0%)	5 (25,0%)	5(16,7%)	1 (10,0%)	7 (35,0%)	8(26,7%)
Bei 1-2	1 (10,0%)	0 (0,0%)	1 (3,3%)	2 (20,0%)	1 (5,0%)	3(10,0%)
Bei 3-5	1 (10,0%)	1 (5,0%)	2 (6,7%)	0 (0,0%)	1 (5,0%)	1(3,3%)
Bei 6-9	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (10,0%)	0 (0,0%)	1(3,3%)
Bei 10-15	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (10,0%)	1 (5,0%)	2(6,7%)
Bei 16-20	1 (10,0%)	1 (5,0%)	2 (6,7%)	0 (0,0%)	2 (10,0%)	2(6,7%)
Bei 21-39	1 (10,0%)	1 (5,0%)	2 (6,7%)	0 (0,0%)	1 (5,0%)	1(3,3%)
Bei 40 oder mehr Gelegenheiten	6 (60,0%)	12(60,0%)	18(60,0%)	5 (50,0%)	7 (35,0%)	12(40,0%)
Gesamt	10 (100%)	20 (100%)	30 (100%)	10 (100%)	20 (100%)	30 (100%)

Sowohl bei der Lebenszeitprävalenz als auch bei der Jahresprävalenz fällt auf, dass die Gelegenheiten entweder in besonders geringem Ausmaß bzw. überhaupt nicht stattgefunden haben oder extrem häufig gegeben waren. Mit 60% hat über die Hälfte der Probanden, davon zu gleichen Anteilen Frauen und Männer, schon zu mindestens 40 Gelegenheiten Cannabis in ihrem Leben konsumiert. Bei der Jahresprävalenz wird ein mehr als 40-maliger Konsum ebenfalls am häufigsten genannt, allerdings haben 20% derjenigen, die in ihrem Leben schon einmal Cannabis genommen haben, im letzten Jahr kein Haschisch oder Marihuana geraucht. Insbesondere bei den männlichen Probanden ist hier eine Abnahme um fast die Hälfte gegenüber der Lebenszeitprävalenz zu verzeichnen. Bei der Lebenszeitprävalenz fallen die mittleren Werte gänzlich heraus. „Gar nicht“ konsumiert haben in ihrem Leben 16,7% und im letzten Jahr 26,7%. Diesbezüglich ergibt sich im Hinblick auf die

geschlechtliche Verteilung, wie schon beim Nikotinkonsum, das Muster, dass alle weiblichen Studierenden schon mindestens einmal Cannabis probiert haben, ein Viertel der männlichen Probanden hingegen noch nie.

Aufgrund der Tatsache, dass die Jahresprävalenz des Cannabiskonsums zu mindestens 40 Gelegenheiten gegenüber der Lebenszeitprävalenz um ein Drittel geringer ausfällt, sollte geprüft werden, inwiefern sich der Konsum, verglichen mit dem ersten Semester, geändert hat (Frage 79).

Von den 25 Probanden, die schon mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis probiert haben, geben fünf (20%) an, im Vergleich zum Studienbeginn häufiger Haschisch oder Marihuana zu konsumieren. Sieben Personen (28%) benennen hingegen eine Abnahme des Konsums im Laufe des Studiums. Die meisten Probanden (9; 36%) schätzen ihren Gebrauch so ein, dass er sich nicht geändert hat. Vier Studierende (16%) haben derweil ganz aufgehört zu konsumieren.

Der Konsum weiterer illegaler Substanzen wie Amphetamine, Beruhigungsmittel, Ecstasy, Kokain und Opiate ist unter den Befragten weniger verbreitet.

Amphetamine wurden nur von einem Probanden bei mindestens 40 Gelegenheiten im Leben genommen. Je zwei Studierende schätzen den Konsum in ihrem Leben auf „1-2“, „3-5“ und „6-9 Gelegenheiten“. Im letzten Jahr hat nur je einer bei „1-2“ und „3-5 Gelegenheiten“ konsumiert. Beruhigungsmittel sind im letzten Jahr gar nicht eingenommen worden. Vier Probanden benennen einen „1-2“-maligen Konsum in ihrem ganzen Leben, jedoch ergibt sich bei einem Probanden im Interview, dass es sich dabei um harmlose pflanzliche Mittel wie Johanniskrautdragees gehandelt hat.

Drei Probanden schätzen den Ecstasy-Konsum in ihrem Leben auf „1-2 Gelegenheiten“. Je einer hat schon „3-5“ Mal und „10-15“ Mal Ecstasy konsumiert. Im letzten Jahr ist es nur noch einer, der zu „1-2“ Gelegenheiten konsumiert hat.

Kokain ist schon von einem Drittel der Probanden mindestens einmal im Leben probiert worden und ist damit nach Cannabis die am häufigsten

verbreitete illegale Droge unter den Studierenden. Fünf Befragte geben an, Kokain bereits bei „1-2 Gelegenheiten“ in ihrem Leben genommen zu haben. Drei haben die Droge an „3-5 Gelegenheiten“ und einer „16-29“ Mal zu sich genommen. Vier Personen haben sie noch „1-2“ Mal im letzten Jahr konsumiert.

Opiate sind von zwei Probanden bei „1-2 Gelegenheiten“ in ihrem Leben probiert worden, kein Student hat sie im letzten Jahr zu sich genommen. Alle übrigen Personen, die hier nicht aufgeführt sind, also je mindestens zwei Drittel, haben kein einziges Mal eine dieser Drogen konsumiert.

Die Ergebnisse verdeutlichen noch einmal, dass sich die Probanden nicht grundsätzlich auf ein Hochrisikoprofil im Bereich „Alkohol“ zurückführen lassen, sondern auch aufgrund eines auffallend hohen Konsums im Bereich „Nikotin“ und „Cannabis“ ausgewählt worden sind. Die Untersuchungsgruppe kann demnach in den jeweiligen Bereichen in Subgruppen unterteilt werden: in „Vielkonsumenten“ und in „Wenigkonsumenten“.

Die Bestimmung der Vielkonsumenten richtet sich danach, ob ein Proband den in der Stichprobe genannten höchsten Wert bei einem bestimmten Item des Fragebogens angegeben hat. Die Wenigkonsumenten lassen sich anhand desselben Items bestimmen, jedoch ist hier entscheidend, dass der in der Stichprobe genannte niedrigste Wert angegeben wird. Die Kriterien eines „geringen“ Konsums sind relativ zu betrachten, da sie sich nur auf die selektierten 30 Probanden beziehen, deren Konsum im Rahmen der Großuntersuchung immer noch über dem Durchschnitt liegt.

Die Angaben aus der mittleren Kategorie fallen komplett heraus, um einen Extremgruppenunterschied zu gewährleisten.

Obgleich die Bestimmung eines Vielkonsumenten sehr viel komplexer ist, als sich lediglich auf ein paar Items zu beschränken, stehen beim Alkohol ausschließlich die Fragen 16 und 17 aus dem Fragebogen im Vordergrund. Sie sind als Monatsprävalenz am besten mit den Jahresprävalenzen der anderen Substanzen vergleichbar und beziehen sich auf die tatsächliche Häufigkeit des Alkoholkonsums der Probanden. Überdies erscheinen sie als Kategorisierungskriterien zuverlässiger als beispielsweise die Selbstbeschreibung des Probanden als „seltener Alkoholkonsu-

ment“ oder „Problemtrinker“ (Frage 12). Folglich sind Vielkonsumenten diejenigen, die den in der Stichprobe genannten höchsten Wert bei Frage 16 (20 bis 39 Gelegenheiten) und keinen einzigen niedrigen Wert bei Frage 17 angeben. Die Wenigkonsumenten sollen den niedrigsten Wert aus Frage 16 (1 bis 2 Gelegenheiten) und keinen einzigen hohen Wert aus Frage 17 benennen. Beim Tabakkonsum sind Vielkonsumenten diejenigen, die angeben, täglich zu rauchen. Wenigkonsumenten sind die, die noch nie geraucht haben (Frage 63). Die Extremgruppen der Cannabiskonsumenten lassen sich danach differenzieren, ob Cannabis noch nie im Leben oder innerhalb des letzten Jahres bei mehr als 40 Gelegenheiten genommen worden ist (Frage 75). Aus dieser Extremgruppenbildung lassen sich beim Alkohol sieben Viel- und ein Wenigkonsument, beim Tabak neun Viel- und fünf Wenigkonsumenten und beim Cannabis sieben Viel- und fünf Wenigkonsumenten filtern.

Polytoxikomanie:

Im Hinblick auf die Extremgruppenbildungen nach den einzelnen Substanzen wird an dieser Stelle geprüft, inwieweit der hohe Gebrauch einer bestimmten Droge sich mit dem Konsummuster einer anderen Substanz verhält. Hierzu werden die einzelnen Vielkonsumenten einander gegenüber gestellt. Insgesamt geben 16 Probanden bei mindestens einer Substanz die höchsten Werte an.

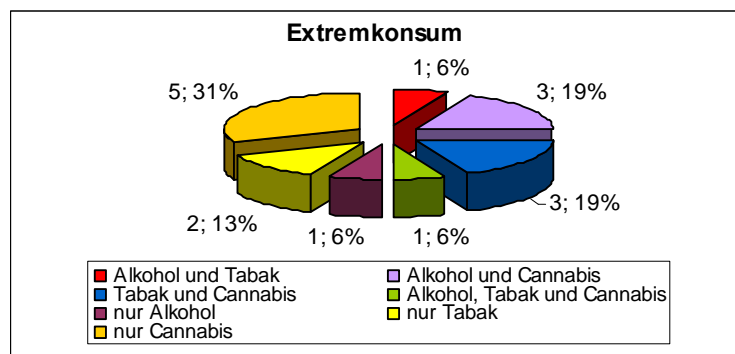


Abbildung 7: Extremkonsum verschiedener Substanzen.

Acht Befragte weisen bei mindestens zwei Substanzen den höchsten Konsum auf und betreiben in diesem Sinne einen polytoxikomanen Sub-

stanzgebrauch. Weitere acht Probanden konsumieren ausschließlich eine Substanz extrem oft, davon am häufigsten Cannabis. Sie zeigen also bei keiner anderen Substanz die höchsten Werte, konsumieren zum Teil aber dennoch „gelegentlich“ mehr als eine Droge. Bei den anderen 14 Probanden, die keinen Vielkonsum betreiben, lässt sich teilweise zumindest ein „mittlerer“ Gebrauch mehrerer Substanzen feststellen.

8.4.3 Komorbide psychische Störungen

Neben dem Konsumverhalten wurde die Untersuchungsgruppe auch auf gegenwärtige Belastungen im psychischen Bereich durchleuchtet.

Wird im Folgenden von „Störungen“ oder „Erkrankungen“ gesprochen, so sind damit die psychischen Störungen gemeint, deren Vorliegen der Interviewer mit „ja“ eingeschätzt hat. Bei allen Probanden, bei denen es „fraglich“ ist, ob eine psychische Störung besteht, wird von einer psychischen „Beeinträchtigung“³⁰ gesprochen, da immerhin entsprechende Symptome benannt worden sind.

Die Termini „Auffälligkeit“, „Schwierigkeit“, „Konflikt“ und „Belastung“ umfassen sowohl voll ausgeprägte, als auch tendenziell gegebene Störungsformen in einem weniger psychopathologischen als vielmehr alltagsgebräuchlichen Sinne und werden synonym benutzt. Unter den Begriff „Komorbidität“ wird in diesem Kapitel ebenso das Auftreten von auffälligem Substanzkonsum mit psychischen Störungen gefasst als auch mit psychischen Beeinträchtigungen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der simultanen Komorbidität (vgl. Kap. 4.1), da ausschließlich untersucht wird, ob aktuell eine psychische Störung vorliegt.

Selbsteinschätzung der psychischen Gesundheit:

Im Fragebogen werden die Studierenden gebeten, ihre psychische Gesundheit einzuschätzen (Frage 116). Hierzu liegen Angaben von 29 Probanden vor. Die Mehrheit der Befragten (12; 41,4%) bezeichnet ihren

³⁰ Der Terminus „Beeinträchtigung“ ist hier bewusst gewählt, um eine verständlichere Abgrenzung zu Störungen vorzunehmen, deren Vorliegen im Interview mit „ja“ eingeschätzt worden ist. Diese rein pragmatische Abgrenzung gilt ausschließlich für den empirischen Teil dieser Arbeit.

gesundheitlichen Zustand als „gut“. Acht Studenten (27,6%) bewerten ihre psychische Gesundheit als „mittelmäßig“, sechs (20,7%) als „ausgezeichnet“, zwei (6,9%) als „schlecht“ und einer (3,4%) als „miserabel“.

Problembereich Angst:

Zunächst soll anhand des „Mini DIPS“-Fragebogens im Interview ergründet werden, ob bei den Probanden eine akute Angststörung vorliegt oder nicht oder ob dies fraglich ist. Aus dem Antwortverhalten der Probanden und der Einschätzung des Interviewers ergibt sich folgende Tabelle:

Tabelle 8: *Gegenwärtiges Vorliegen von Angststörungen.*

	Ja Anzahl (% v. Geschl.)			Nein Anzahl (% v. Geschl.)			Fraglich Anzahl (% v. Geschl.)		
	Weiblich	Männlich	Gesamt	Weiblich	Männlich	Gesamt	Weiblich	Männlich	Gesamt
PS	0 (0,0%)	1 (5,0%)	1 (3,3%)	9 (90,0%)	18 (90,0%)	27 (90,0%)	1 (10,0%)	1 (5,0%)	2 (6,7%)
AG	1 (10,0%)	3 (15,0%)	4 (13,3%)	9 (90,0%)	15 (75,0%)	24 (80,0%)	0 (0,0%)	2 (10,0%)	2 (6,7%)
SP	1 (10,0%)	0 (0,0%)	1 (3,3%)	8 (80,0%)	20 (100,0%)	28 (93,3%)	1 (10,0%)	0 (0,0%)	1 (3,3%)
SPP	1 (10,0%)	0 (0,0%)	1 (3,3%)	9 (90,0%)	18 (90,0%)	27 (90,0%)	0 (0,0%)	2 (10,0%)	2 (6,7%)
GAS	1 (10,0%)	0 (0,0%)	1 (3,3%)	9 (90,0%)	20 (100,0%)	29 (96,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
PB	1 (10,0%)	0 (0,0%)	1 (3,3%)	8 (80,0%)	19 (95,0%)	27 (90,0%)	1 (10,0%)	1 (5,0%)	2 (6,7%)
Angst insg.*	3 (30,0%)	3 (15,0%)	6 (20,0%)	6 (60,0%)	15 (75,0%)	21 (70,0%)	1 (10,0%)	2 (10,0%)	3 (10%)

Anmerkung: PS = Paniksyndrom; AG = Agoraphobie; SP = Sozialphobie; SPP = Spezifische Phobie; GAS = Generalisiertes Angstsyndrom; PB = Posttraumatische Belastungsstörung; Angst insg. = Angst insgesamt.

* Die Zeile Erkrankung „insgesamt“ beinhaltet nicht die Anzahl der in der Untersuchungsgruppe vorliegenden Störungen, sondern die Anzahl der Probanden, die an mindestens einer Störung aus diesem Bereich leiden. Dabei kann eine Person auch mehrere Störungsformen aufweisen. Gleiches gilt für nachfolgende Tabellen mit differenzierten Erkrankungsformen.

Prozentual gesehen ist bei einem doppelt so großen Frauen- wie Männeranteil mindestens eine Störung aus dem Problembereich Angst aufzuzeigen. Fraglich ist das Auftreten einer Angststörung zu gleichen geschlechtlichen Anteilen bei 10% der Probanden. Die häufigste unter den Angstformen vorliegende Störung ist die Agoraphobie. Sie ist vor allem bei den männlichen Studierenden vertreten, während die anderen Angstformen bei den Frauen eher gleichmäßig verteilt sind. Etwa zwei Drittel der Studierenden leiden nicht an einer Angststörung.

Problembereich Affektive Störungen:

Um zu ergründen, ob die Probanden gegenwärtig an einer affektiven Störung leiden, wird im „Mini DIPS“ erfragt, ob entsprechende Symptome vorliegen. Tabelle 9 zeigt, dass affektive Störungen unter den Studierenden im Vergleich zu Angststörungen eher selten, aber dennoch zu einem hohen Prozentsatz vertreten sind. Kein einziger Mann, aber zwei Frauen leiden aktuell an einer affektiven Störung. Dabei handelt es sich einmal um ein Dysthymes Syndrom und einmal um ein Schweres Depressives Syndrom. Bei drei Studentinnen und einem Studenten ist es fraglich, ob eine affektive Störung besteht.

Tabelle 9: *Gegenwärtiges Vorliegen von affektiven Störungen.*

	Ja Anzahl (% v. Geschl.)			Nein Anzahl (% v. Geschl.)			Fraglich Anzahl (% v. Geschl.)		
	Weiblich	Männlich	Gesamt	Weiblich	Männlich	Gesamt	Weiblich	Männlich	Gesamt
SDS	1 (10,0%)	0 (0,0%)	1 (3,3%)	8 (80,0%)	20 (100,0%)	28 (93,3%)	1 (10,0%)	0 (0,0%)	1 (3,3%)
DS	1 (10,0%)	0 (0,0%)	1 (3,3%)	8 (80,0%)	19 (95,0%)	27 (90,0%)	1 (10,0%)	1 (5,0%)	2 (6,7%)
ME	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (90,0%)	20 (100,0%)	29 (96,7%)	1 (10,0%)	0 (0,0%)	1 (3,3%)
Aff.St. insg.	2 (20,0%)	0 (0,0%)	2 (6,7%)	5 (50,0%)	19 (95,0%)	24 (80,0%)	3 (30,0%)	1 (5,0%)	4 (13,3%)

Anmerkung: SDS = Schweres Depressives Syndrom ; DS = Dysthymes Syndrom ; ME = Manische Episode ; Aff.St.insg. = Affektive Störung insgesamt.

Psychosen-Screening:

Die Untersuchung psychotischer Störungen bei Studierenden anhand des „Mini DIPS“ zeigt, dass diese zum Zeitpunkt der Befragung kein einziges Mal gegeben sind (vgl. Tab. 10). Bei einem männlichen und einem weiblichen Probanden ist es fraglich, ob aktuell eine voll ausgeprägte Psychose vorliegt.

Tabelle 10: *Gegenwärtiges Vorliegen von Psychosen.*

	Ja Anzahl (% v. Geschl.)			Nein Anzahl (% v. Geschl.)			Fraglich (% v. Geschl.)		
	Weiblich	Männlich	Gesamt	Weiblich	Männlich	Gesamt	Weiblich	Männlich	Gesamt
PSY	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (90,0%)	19 (95,0%)	28 (93,3%)	1 (10,0%)	1 (5,0%)	2 (6,7%)

Anmerkung: PSY = Psychose

Weitere psychische Störungen:

Über die drei genannten Problembereiche hinaus sollten auch Zwangsstörungen, somatoforme Störungen und Essstörungen unter den Studierenden aufgedeckt werden. Die Ergebnisse hierzu werden in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11: *Gegenwärtiges Vorliegen von Zwangsstörungen, somatoformen Störungen und Essstörungen.*

	Ja Anzahl (% v. Geschl.)			Nein Anzahl (% v. Geschl.)			Fraglich Anzahl (% v. Geschl.)		
	Weiblich	Männlich	Gesamt	Weiblich	Männlich	Gesamt	Weiblich	Männlich	Gesamt
ZS	1 (10,0%)	1 (5,0%)	2 (6,7%)	8 (80,0%)	18 (90,0%)	26 (86,7%)	1 (10,0%)	1 (5,0%)	2 (6,7%)
HYP	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	10 (100,0%)	20 (100,0%)	30 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
SOM	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (90,0%)	18 (90,0%)	27 (90,0%)	1 (10,0%)	2 (10,0%)	3 (10,0%)
SCH	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (90,0%)	20 (100,0%)	29 (96,7%)	1 (10,0%)	0 (0,0%)	1 (3,3%)
KS	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	10 (100,0%)	20 (100,0%)	30 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
SS. insg.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (90,0%)	18 (90,0%)	27 (90,0%)	1 (10,0%)	2 (10,0%)	3 (10,0%)
AN	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	10 (100,0%)	20 (100,0%)	30 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
BN	1 (10,0%)	0 (0,0%)	1 (3,3%)	7 (70,0%)	20 (100,0%)	27 (90,0%)	2 (20,0%)	0 (0,0%)	2 (6,7%)
ES. insg.	1 (10,0%)	0 (0,0%)	1 (3,3%)	7 (70,0%)	20 (100,0%)	27 (90,0%)	2 (20,0%)	0 (0,0%)	2 (6,7%)

Anmerkung: ZS = Zwangsstörung; HYP = Hypochondrie; SOM = Somatisierungssyndrom; SCH = Schmerzsyndrom; KS = Konversionssyndrom; SS.insg. = Somatoforme Störungen insgesamt; AN = Anorexia Nervosa; BN = Bulimia Nervosa; ES.insg.= Essstörungen insgesamt.

Bei einem männlichen und einer weiblichen Befragten liegt eine Zwangsstörung vor, während bei einem weiteren männlichen und einer weiblichen Studierenden von einer leichten Ausprägung an Zwangsstörungen auszugehen ist. Bei der Mehrheit der Probanden lässt sich keine Zwangsstörung feststellen.

Bei den somatoformen Störungen fällt ins Auge, dass insgesamt kein einziger Proband an einer solchen leidet. Wie bei den Zwangsstörungen ist das Vorliegen einer somatoformen Erkrankung, in diesem Fall ein Somatisierungssyndrom und ein Schmerzsyndrom, bei einer Studentin und bei zwei Studenten nur tendenziell gegeben.

In der Untersuchungsgruppe kommt bei keinem der Probanden eine Magersucht (Anorexie) vor. Eine Frau leidet an einer Ess-Brech-Sucht (Bulimie). Bei zwei weiteren Frauen ist es nicht sicher, ob eine bulimische

Erkrankung besteht. Die Männer hingegen weisen alle keine Essstörung auf. Gestörtes Essverhalten stellt für die männlichen Probanden demnach signifikant seltener eine Belastung dar als für Frauen, allerdings sind Essstörungen wie Adipositas nicht erfragt worden.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass Angststörungen unter den Studierenden am weitesten verbreitet sind. Depressionen und Zwangsstörungen zählen mit einigem Abstand zu den zweithäufigsten und Bulimie zu den dritthäufigsten genannten psychischen Auffälligkeiten. Abbildung 8 stellt die psychiatrischen Erkrankungen zusammenfassend dar und bezieht sich dabei auf die Anzahl der Probanden, bei denen mindestens eine der genannten psychischen Störungen gegenwärtig auftritt.

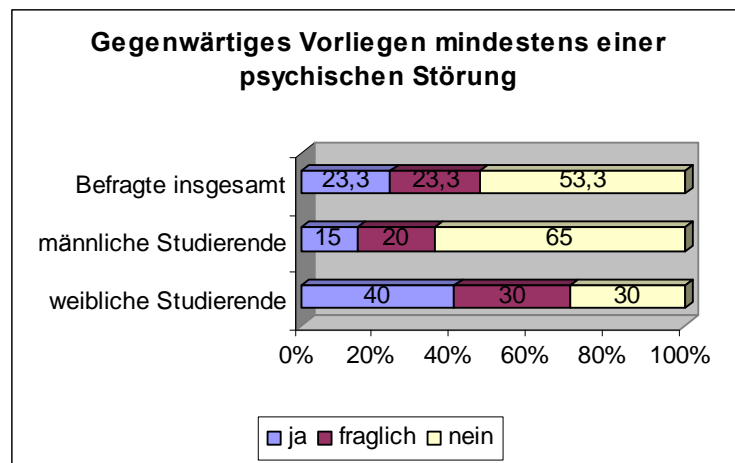


Abbildung 8: Gegenwärtiges Vorliegen mindestens einer psychischen Störung.

Auffällig ist, dass der Anteil der Frauen, die mindestens eine psychische Störung aufweisen (40%), mehr als doppelt so hoch ist wie der Männeranteil (15%). Bei der Verteilung von psychischen Beeinträchtigungen findet sich ein ähnliches Verhältnis vor: bei 30% der Frauen und 20% der Männer ist es fraglich, ob eine voll ausgeprägte Störung gegenwärtig besteht oder nicht. So leidet nur knapp über die Hälfte aller Probanden (16; 53,3%) definitiv an keiner der genannten psychischen Störungen.

Substanzen und psychische Störungen:

Weiterhin interessiert, ob es einen Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und dem Konsum spezifischer Drogen gibt. Um unverfälschte Ergebnisse liefern zu können, werden hierzu nur die Vielkonsumenten untersucht, die bei einer Substanz allein den höchsten Wert aufweisen. Bei den Wenigkonsumenten fallen beim Tabak und Cannabis diejenigen heraus, die gleichzeitig einen höchsten Wert bei einer anderen Substanz angeben. Obgleich der Wenigkonsument von Alkohol den höchsten Wert beim Cannabis aufweist, wird er miteinbezogen, da ansonsten kein Vergleichsprobant existiert. Hieraus entwickelt sich folgende Tabelle:

Tabelle 12: *Extremgruppenvergleich nach psychischen Störungen.*

		Psychische Störung Anzahl (% v. Gruppe)			
		Ja	Nein	Fraglich	Gesamt
Alkohol	Viel	0 (0,0%)	1 (100,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)
	Wenig	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	2 (100,0%)
Tabak	Viel	0 (0,0%)	2 (100,0%)	0 (0,0%)	2 (100,0%)
	Wenig	1 (25,5%)	2 (50,0%)	1 (25,0%)	4 (100,0%)
Cannabis	Viel	1 (20,0%)	4 (80,0%)	0 (0,0%)	5 (100,0%)
	Wenig	2 (40,0%)	2 (40,0%)	1 (20%)	5 (100,0%)

Insgesamt lässt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen spezifischem Drogengebrauch und psychischen Störungen feststellen. Bei allen Substanzen sind die psychischen Störungen und Beeinträchtigungen überwiegend bei den Wenigkonsumenten vorzufinden. Aufgrund der geringen Probandenzahl sind diese Ergebnisse nicht repräsentativ. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Wenigkonsumenten zum Teil bei anderen Substanzen immerhin einen „mittleren“ Konsum betreiben.

Erstauftreten psychischer Störungen:

Während die genannten Ergebnisse zur psychischen Gesundheit Studierender nur die gegenwärtige Situation fokussieren, soll nun geprüft werden, ob die psychischen Auffälligkeiten erst während des Studiums oder schon vor Studienbeginn erstmalig aufgetreten sind („Zusatzfragen“ Nr. 3a). Bei der Mehrheit der Probanden (10; 71,4%) hat sich die psychische Auffälligkeit schon vor dem ersten Semester gezeigt, bei vier Studierenden (28,6%) erst nach Studienbeginn. Der korrelative Zusam-

menhang zwischen dem Erstauftreten eines psychischen Problems und dem Studienbeginn ist demnach statistisch nicht signifikant.

Zudem interessiert, ob sich die psychische Auffälligkeit, verglichen mit dem Anfang des Studiums, geändert hat („Zusatzfragen“ Nr. 4a). Diesbezüglich können 10 komorbide Probanden befragt werden, von denen vier (40%), alle Personen mit psychischer Störung, keine Veränderung seit dem ersten Semester feststellen können. Drei (30%) aus der Gesamtgruppe geben an, dass die Symptome sich seitdem verstärkt haben, davon zwei mit psychischer Störung und einer mit psychischer Beeinträchtigung. Weitere drei, davon ein Proband mit psychischer Störung und zwei mit psychischer Beeinträchtigung, benennen eine Abnahme der psychischen Probleme.

Zusammenhang von Substanzkonsum und psychischen Problemen:

Die Studierenden, die Auffälligkeiten im psychischen Bereich aufweisen, sind anhand der „Zusatzfragen“ (Nr. 3b) im Interview gefragt worden, ob sie glauben, dass ihr Substanzkonsum ihre psychische Befindlichkeit in irgendeiner Weise beeinflusst, so dass sie beispielsweise weniger Ängste haben, wenn sie trinken oder mehr depressiv sind, wenn sie Haschisch rauchen. Es können hierzu Antworten von 10 Probanden ausgewertet werden, die an einer psychischen Störung oder Beeinträchtigung leiden. Bis auf eine Person stellen alle eine Beeinflussung fest. Die Mehrheit (7; 70%) gibt an, dass sich die Einnahme der Substanz positiv auf die psychische Befindlichkeit auswirkt und demnach die Symptome lindert. Weitere zwei (20%) glauben hingegen, dass die psychischen Probleme bei der Einnahme bestimmter Drogen zunehmen.

Auf der anderen Seite wird gefragt, ob die Probanden glauben, dass ihre psychische Befindlichkeit ihren Substanzkonsum beeinflusst (Nr. 3c). Vier Probanden (40%) benennen, dass sich ihr Konsum seit dem Auftreten der psychischen Störung gesteigert hat. Alle vier stellen eine positive Wirkung der Droge fest. Weitere vier sehen keinen Zusammenhang, darunter drei, die eine Symptomlinderung durch die Substanz erfahren haben und einer, bei dem Drogengebrauch keinen Einfluss auf die psychische Störung hat.

Die beiden Probanden (20%), die eine negative Wirkung der Droge festgestellt haben, geben an, seit der psychischen Auffälligkeit weniger Drogen zu nehmen. Der Zusammenhang zwischen Drogenwirkung und Konsumhäufigkeit ist insofern statistisch signifikant ($p = .02$).

8.4.4 Schwierigkeiten im Studium

Im Folgenden wird untersucht, ob eine Komorbidität von problematischem Substanzkonsum und psychischen Auffälligkeiten mit Problemen im Studium zusammenhängt.

Zufriedenheit im Studium:

Hierzu wird zunächst anhand des „Studierverhalten“-Fragebogens aus dem Interview ausgewertet, ob komorbide Studierende mit ihrem bisherigen Studienverlauf zufrieden sind (Frage 24).

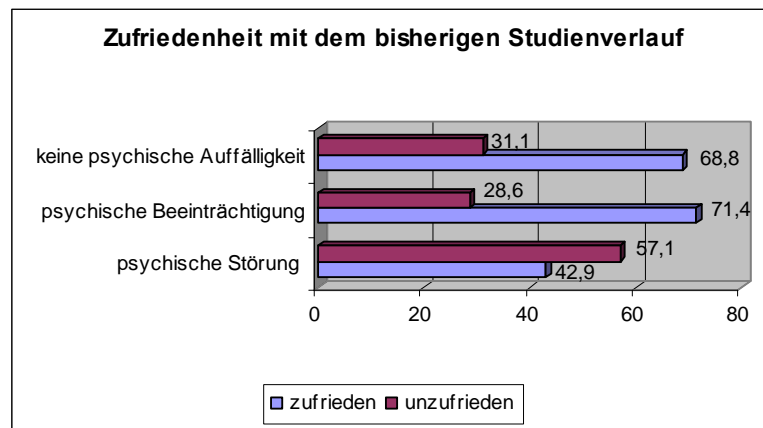


Abbildung 9: Zufriedenheit mit dem bisherigen Studienverlauf.

Abbildung 9 zeigt, dass sowohl die Probanden mit psychischer Beeinträchtigung (N=7) als auch die ohne eine psychische Auffälligkeit (N=16) mehrheitlich zufrieden mit ihrem Studienverlauf sind. Die Studierenden mit einer psychischen Störung (N=7) sind dagegen eher unzufrieden. Werden die Studierenden mit leicht ausgeprägter psychischer Störung und die mit einer voll ausgeprägten psychischen Erkrankung zusammengefasst (N=14), so sind acht Personen, und damit eine knappe Mehrheit, mit dem bisherigen Studienverlauf zufrieden.

Während die überwiegende Mehrheit der „monomorbid³¹“ Studierenden (10; 62,5%) noch nicht daran gedacht hat, ihr Studium abzubrechen, geben sowohl die meisten Probanden mit psychischer Beeinträchtigung (4; 57,1%) als auch die mit psychischer Störung (6; 85,7%) an, schon einmal einen Studienabbruch in Erwägung gezogen zu haben (Frage 21). Die Frage, ob in letzter Zeit Probleme vorgelegen haben, wird insgesamt von fast drei Viertel der Probanden (22; 73,3%), davon zu gleichen Anteilen komorbide und monomorbid³¹ Probanden, bejaht. Siebenmal und damit am häufigsten werden „Studienschwierigkeiten“ wie Lernstress oder Prüfungsangst von den Komorbiden genannt. „Beziehungsprobleme“ wie Partnersuche oder Liebeskummer liegen mit sechsmal fast genauso oft vor. Unter „psychischen Beschwerden“ haben in letzter Zeit drei der komorbiden Probanden gelitten.

Weiterhin werden die Studierenden befragt, was ihnen im Studium zu ihrem persönlichen Wohl fehlt (Frage 25)³². Die Antworten werden hier so aufgefasst, dass bei wenigstens einer Angabe zumindest eine geringe Unzufriedenheit im Studium anzunehmen ist, da eine Gewichtung der einzelnen Aussagen im Nachhinein nicht nachvollzogen werden kann.

Aus Tabelle 13 ist ersichtlich, dass nur ein einziger Proband der Gesamtstichprobe keine Veränderungswünsche zu seiner Studiensituation hat. Eine inhaltlich detaillierte Betrachtung zeigt, dass sowohl bei den Studierenden mit psychischen Beschwerden als auch bei den Studierenden ohne psychische Auffälligkeit die Anonymität an der Hochschule das größte Problem im Studium darstellt. Bei den Komorbiden steht der Wunsch, mehr Selbstdisziplin aufzubringen, ebenfalls an erster Stelle. Eher selten wird in der Gesamtgruppe dagegen eine günstigere Verkehrsanbindung zur Hochschule gewünscht. Insgesamt haben die komorbiden Studierenden zu etwa 30% mehr Veränderungswünsche im Studium als psychisch Unauffällige.

³¹ Monomorbidity = Auftreten einer einzigen psychischen Auffälligkeit bei einem Menschen; hier ausschließlich problematischer Substanzkonsum.

³² Da die Antworten zu Frage 25 und der Frage „Was wünschen Sie sich konkret an Ihrer Hochschule, was Ihr Wohlbefinden dort verbessern würde“ aus den „Abschließenden Fragen“ relativ übereinstimmen, werden die Daten der beiden Items zusammengefasst.

Tabelle 13: *Wünsche im Studium zur Verbesserung des persönlichen Wohlbefindens.*

	Komorbide Studierende (N=14) Anzahl (% v. Gruppe Komorbidität)	Monomorbide Studierende (N=16) Anzahl (% v. Gruppe Monorbidität)
Mehr Praxisbezug an der Hochschule	5 (35,7%)	5 (31,3%)
Weniger Anonymität an der Hochschule	10 (71,4%)	8 (50,0%)
Günstigere Verkehrsanbindung zur Hochschule	2 (14,3%)	1 (6,3%)
Schönere Architektur der Hochschule und modernere Ausstattung	4 (28,6%)	4 (25,0%)
Größeres Angebot an Seminaren und Prüfungsterminen	5 (35,7%)	7 (43,8%)
Mehr Lehrpersonal und fachliche Kompetenz der Dozenten	4 (28,6%)	1 (6,3%)
Bessere Studienberatung und mehr Übersichtlichkeit im Studium	7 (50,0%)	6 (37,5%)
Bessere Mensabedingungen	3 (21,4%)	1 (6,3%)
Bessere allgemeine Lebenssituation	3 (21,4%)	3 (8,8%)
Mehr Selbstdisziplin im Studium	10 (71,4%)	2 (12,5%)
Nichts, es ist alles ok	1 (7,1%)	0 (0,0%)

Einfluss der psychischen Probleme auf das Studium:

Des Weiteren interessiert, ob die psychischen Auffälligkeiten sich negativ auf das Studierverhalten der Probanden, z.B. in Form von Leistungseinbußen oder Schwänzen, auswirken („Zusatzfragen“ Nr. 4b).

Von den zehn befragten komorbiden Studierenden geben bis auf eine Person alle (9; 90%) an, dass ihr Studium unter der psychischen Auffälligkeit leidet. Hierzu zählen alle Probanden mit psychischer Beeinträchtigung (3; 100%) und sechs Probanden mit psychischen Störungen (85,7%). Der Einfluss psychischer Auffälligkeiten auf das Studium ist demnach enorm hoch.

Ebenso problematisch gestaltet sich der Einfluss psychischer Probleme auf das soziale Umfeld („Zusatzfragen“ Nr. 4c). Hier benennen insgesamt sechs Probanden (60%), davon fünf mit psychischer Erkrankung (71,4%) und ein psychisch Beeinträchtigter (33,3%), Kontakteinbußen oder Konflikte im sozialen Umfeld. Jeweils zwei Studenten können keine Beeinträchtigung in ihrem Familien- und Bekanntenkreis feststellen.

8.4.5 Beratungsbereitschaft

Hinsichtlich der hohen Rate an psychischen Schwierigkeiten in der Untersuchungsgruppe sowie einer dadurch bedingten Vernachlässigung des Studiums, wird im Folgenden untersucht, ob die Probanden sich zur Problembewältigung professionelle Hilfen suchen.

Um dies herauszufinden, wird anhand der „Abschließenden Fragen“ im Interview erfragt, ob die Studierenden jemals wegen emotionaler oder psychischer Beschwerden, Alkoholmissbrauch oder ähnlicher Probleme behandelt oder in eine Klinik eingewiesen worden sind. Während vier Probanden mit psychischer Störung anmerken, bereits wegen psychischer Probleme behandelt worden zu sein und einer wegen Drogenmissbrauch in ein Krankenhaus eingeliefert worden ist, hat sich keiner der psychisch Beeinträchtigten je einer Behandlung in den genannten Bereichen unterzogen (vgl. Tab. 14). Der Unterschied zwischen den Gruppen ist statistisch hoch signifikant.

Tabelle 14: *Beratungsbereitschaft der komorbiden Probanden.*

	ja, wegen psych. Belastungen		ja, wegen Substanzmissbrauch		ja, wegen psychischer Belastungen u. Substanzm.		ja, wegen des Studiums		Nein	
	Anzahl (% v. Gruppe)		Anzahl (% v. Gruppe)		Anzahl (% v. Gruppe)		Anzahl (% v. Gruppe)		Anzahl (% v. Gruppe)	
	Ps. St.	Ps. Be.	Ps. St.	Ps. Be.	Ps. St.	Ps. Be.	Ps. St.	Ps. Be.	Ps. St.	Ps. Be.
Hilfe beansprucht	4; 51,7%	0; 0,0%	1; 14,3%	0; 0,0%	0; 0,0%	0; 0,0%	0; 0,0%	0; 0,0%	2; 28,6%	7; 100%
an Hilfe gedacht	5; 71,4%	1; 14,3%	0; 0,0%	0; 0,0%	1; 14,3%	0; 0,0%	0; 0,0%	3; 42,9%	1; 14,3%	3; 42,9%
Schritte unternommen	4; 57,1%	0; 0,0%	0; 0,0%	0; 0,0%	0; 0,0%	0; 0,0%	0; 0,0%	1; 14,3%	3; 42,9%	6; 85,7%

Anmerkung: Ps.St. = Probanden mit psychischer Störung; Ps.Be. = Probanden mit psychischer Beeinträchtigung.

In den letzten sechs Monaten hat die Mehrheit der Probanden mit psychischen Störungen schon einmal daran gedacht, dass sie im psychischen Bereich Beratung benötigen könnte, davon einer wegen psychischer Konflikte und Substanzmissbrauch. Alle psychisch beeinträchtigten Personen wollen entweder überhaupt keine Hilfe oder sehen ihren

Beratungsbedarf eher im Studium. Letzteres ist bei den psychisch gestörten Befragten überhaupt kein Thema.

Im gleichen Zeitraum haben signifikant mehr Probanden mit psychischer Störung schon einmal konkrete Schritte unternommen, um sich wegen ihrer psychischen Auffälligkeiten beraten zu lassen, als psychisch Beeinträchtigte. Von den psychisch Beeinträchtigten hat sich einer um eine Studienberatung bemüht. Alle anderen sind nicht aktiv gewesen.

Werden die beiden Gruppen zusammengefasst, so relativiert sich das Bild: Die Mehrheit der Probanden (9; 64,3%) hat niemals, nur ein Drittel (5; 35,7%) hat schon einmal eine Behandlung erfahren. An eine Hilfe gedacht hat insgesamt die Mehrheit (10; 71,4%), aber nur die Wenigsten (4; 28,6%) haben diese verwirklicht.

9. Interpretation und Diskussion

Die dargestellten Ergebnisse lassen sich in Bezug auf die im Kapitel 8.1.1 erarbeiteten Hypothesen wie folgt interpretieren und diskutieren:

Hypothese 1: Zunahme des Alkoholkonsums

Zunächst einmal ist anzumerken, dass die Befragung wesentlich davon abhängt, wie offen die Probanden mit dem Konsum von Drogen, insbesondere illegaler Substanzen, umgehen. Wirklich Abhängige verleugnen oft ihr Drogenproblem und wollen auch nicht darüber sprechen (vgl. TROST, 2000). Deshalb sind solche Probanden in der Studie wahrscheinlich kaum erfasst worden.

Die Ergebnisse zum Alkoholkonsum zeigen, dass Alkohol in der Untersuchungsgruppe insgesamt die beliebteste Droge darstellt, obgleich die Probanden bewusst auch nach anderen Substanzen selektiert worden sind. Die besondere Vorliebe für alkoholische Getränke ist, wie schon Studien an anderen Hochschulen aufgewiesen haben, nichts Neues (vgl. BAUMGÄRTNER, 1998; ALLGÖWER, 2000, WECHSLER et al., 2000). Zwar geben dreimal so viele Probanden an, dass sich ihr Alkoholkonsum verglichen mit dem ersten Semester erhöht hat, wie solche, deren Gebrauch gesunken ist, jedoch kann ein Anstieg nicht für eine Mehrheit der Probanden festgestellt werden. Die Tatsache, dass die meisten Studierenden keine Veränderung des ohnehin hohen Alkoholgebrauchs bei sich beobachten können, lässt vermuten, dass bei den Probanden bereits eine Gewöhnung stattgefunden hat. Die eingangs gestellte Hypothese, dass die Mehrheit der Probanden ihren Konsum seit Studienbeginn erhöht hat, kann somit nicht bestätigt werden (vgl. Kap. 8.4.2).

Hypothese 2: Zunahme des Tabakkonsums

Ein Drittel und damit die meisten Probanden sind tägliche Raucher. Die Zahl der regelmäßigen Tabakkonsumenten liegt demnach leicht über den Prävalenzen der Studierenden in Bielefeld und ist nur etwa halb so hoch wie in Dresden, Leipzig und Hamburg (vgl. BAUMGÄRTNER, 1998; ALLGÖWER, 2000). Zwar erschweren die methodischen Unterschiede in den

Studien (unterschiedliche Instrumente, Stichprobenselektivität etc.) einen direkten Vergleich der Befunde, dennoch zeigen sie ähnliche Tendenzen in der Konsumhäufigkeit auf.³³ Die Kölner Probanden geben zu einer deutlichen Mehrheit an, dass sich der Tabakkonsum seit dem Beginn des Studiums nicht geändert hat. Doppelt so viele Studierende benennen einen Anstieg des Konsums wie Probanden, die eine Abnahme feststellen. Auch dieses Ergebnis verdeutlicht, dass aus dem Konsum einer Droge mit Suchtcharakter bei vielen bereits eine faktische Sucht entstanden ist. Die Hypothese, dass sich der Tabakkonsum bei den meisten täglichen Rauchern verglichen mit dem ersten Semester erhöht hat, wird auch hier zurückgewiesen (vgl. Kap. 8.4.2).

Hypothese 3: Zunahme des Cannabiskonsums

Die Einnahme von Cannabinoiden stellt bei den Studierenden mit Abstand das verbreitetste Konsummuster von illegalen Drogen dar. Die hohe Quote an Cannabiskonsumern in der Stichprobe spiegelt die ebenso hohe Toleranz und Offenheit Studierender gegenüber illegalen Substanzen wieder. An der vergleichsweise niedrigen Konsumrate anderer illegaler Rauschmittel lässt sich ablesen, dass die Probanden trotz hohen Cannabisgebrauchs nicht zwangsläufig in den Konsum weiterer illegaler Substanzen „abgleiten“. Dieses Resultat entspricht im Wesentlichen den Ergebnissen der Studien nach ALLGÖWER (2000) und BAUMGÄRTNER (1998), auch wenn die dortige Stichprobe nicht aus einer Hochrisikogruppe besteht. Im Vergleich zu den anderen Substanzen haben knapp die Hälfte der Studierenden und damit eine Mehrheit ihren Cannabisgebrauch seit Studienbeginn reduziert oder ganz eingestellt. Nur 28% haben ihren Konsum nicht geändert und nur ein Fünftel nimmt die Droge häufiger ein. Dieses Ergebnis scheint zu bekräftigen, was schon verschiedene empirische Studien herausfanden: der auffallend hohe Gebrauch illegaler Drogen bei jungen Erwachsenen ist eine entwicklungstypische Erscheinung, die nach einem Experimentierstadium meist wieder abgelegt wird (vgl. ALLGÖWER, 2000). Folglich ist auch die Hypothese falsifiziert, dass bei der

³³ Bei weiteren Vergleichsstudien soll dies ebenfalls berücksichtigt werden.

Mehrheit der Studierenden, die schon einmal Haschisch oder Marihuana probiert haben, ein Anstieg des Konsums zu verzeichnen ist (vgl. Kap. 8.4.2).

Hypothese 4: Auffälligkeiten im psychischen Bereich

Die Zahl der Probanden, die neben einem hohen Drogengebrauch auch eine psychische Auffälligkeit aufweisen, ist enorm hoch (46,6%). Das Ergebnis ist beachtlich, wenn man berücksichtigt, dass die Probanden nicht nach einem Hochrisikoprofil im Bereich psychischer Auffälligkeiten selektiert worden sind.

Die psychischen Störungen sind hier nicht im diagnostisch gesicherten Sinne zu verstehen, sondern lediglich als Indikatoren aufzufassen. Eine präzise Diagnose im Rahmen der vorhandenen Instrumente ist kaum möglich, da die vorliegenden Daten sowohl von der Selbsteinschätzung des Probanden als auch von der lediglich ausschnitthaften und subjektiven Fremdeinschätzung des Interviewers abhängen. Bei den Probanden mit einer psychischen Beeinträchtigung besteht zwar keine fundierte pathologische Auffälligkeit, dennoch ist von einer „leichten Ausprägung“ einer psychischen Störung auszugehen. So sollte die Bedeutung der „Fraglichkeit“ psychischer Störungen nicht unterschätzt werden, denn immerhin liegen wie eingangs erläutert einige Symptome bei den Probanden vor, die allein schon eine Belastung für die Studierenden darstellen können. Es ist anzunehmen, dass diejenigen, die „lediglich“ psychisch beeinträchtigt sind, zumindest ein erhöhtes Risiko dafür tragen, dass sie die Schwelle des Pathologischen einmal überschreiten werden. Schließlich sind die Übergänge zu Störungen mit Krankheitswert fließend (vgl. ALLGÖWER, 2000).

Dennoch sind knapp über die Hälfte der Studierenden nicht psychisch beeinträchtigt. Allerdings ist anzunehmen, dass die Gesamtprävalenz höher ausfallen würde, wären genauso viele Frauen wie Männer in der Stichprobe enthalten, da mehr als doppelt so viele Studentinnen psychische Probleme aufweisen wie Studenten. Ein solcher Geschlechtseffekt wurde auch in Untersuchungen an der Allgemeinbevölkerung sowie im Bielefelder Gesundheitssurvey festgestellt (vgl. ALLGÖWER, 2000; BERGER

& VAN CALKER, 2004; ANGENENDT et al., 2004). Darüber hinaus bleiben die Probanden, die zwar vor, aber nicht während des Erhebungszeitraums an einer psychischen Störung gelitten haben unberücksichtigt, da die Studierenden nur nach aktuellen Auffälligkeiten eingeschätzt worden sind.

Angststörungen kommen bei doppelt so vielen Probanden vor wie Depressionen. Das entspricht wiederum den Ergebnissen des Bielefelder Gesundheitssurveys (vgl. ALLGÖWER, 2000). Die hohe Zahl der Angsterkrankungen lässt sich damit erklären, dass sie zum einen generell sehr weit verbreitet sind und sich zum anderen meist bis zum 20. Lebensjahr offenbaren (vgl. ANGENENDT et al., 2004), während Depressionen oft erst ab dem dreißigsten Lebensjahr auftreten (vgl. DÖRNER et al., 2002). Zwar sind es insbesondere Psychosen, die im jungen Erwachsenenalter ausbrechen, allerdings können akut hochpsychotische Menschen allein deshalb schon nicht erfasst werden, weil sie vermutlich weder studierfähig wären, noch in der Lage, einen Fragebogen sachgemäß auszufüllen.

Da es keinen signifikanten Unterschied zwischen Alkohol, Tabak und Cannabis bei der Prävalenz psychischer Schwierigkeiten gibt, lässt sich in Anlehnung an BAUMGÄRTNER festhalten, dass ein illegaler Drogengebrauch nicht automatisch bedeutet, „...dass hier Problemlagen bei den Betroffenen vorliegen müssen, die schwerwiegender wären, als bei den ‚normalen‘ KonsumentInnen der legalen Rauschmittel wie Alkohol...“ (BAUMGÄRTNER, 1998, 38).

Weil keine hohe Korrelation zwischen Drogengebrauch und psychischen Störungen festgestellt werden kann, wäre es anmaßend, die psychischen Beeinträchtigungen strikt dem hohen Drogengebrauch der Studierenden zuzuschreiben. In Kapitel 4.5 ist bereits aufgezeigt worden, dass vielfältige Zusammenhänge zwischen Substanzkonsum und psychischen Störungen möglich sind.

Die Hypothese, dass die Mehrheit der Hochrisikoprofilgruppe eine psychische Beeinträchtigung aufweist, kann demzufolge nicht bestätigt werden (vgl. Kap. 8.4.3).

Hypothese 5: Entstehung psychischer Störungen im Studium

Die Untersuchung des Erstauftretens psychischer Störungen ergibt, dass die Probleme bei den meisten Probanden schon vor Studienbeginn vorhanden gewesen sind. Nur vier Studierende haben die Störung nach dem ersten Semester entwickelt. Da kein zeitlicher Zusammenhang zwischen Studium und Erstauftreten psychischer Störungen festgehalten werden kann, lässt sich vermuten, dass psychische Auffälligkeiten eher mit den für die Lebensphase des jungen Erwachsenenalters typischen Entwicklungsanforderungen zusammenhängen (vgl. HAHNE, 1999). Inwieweit psychische Störungen und Studium tatsächlich miteinander korrelieren, kann nur anhand eines Vergleichs mit Nichtstudierenden überprüft werden, der im Rahmen dieser Studie aber wie gesagt nicht stattfinden konnte. Folglich wird die Hypothese, dass die meisten psychischen Probleme erst während des Studiums auftreten, verworfen (vgl. Kap. 8.4.3).

Hypothese 6: Selbstmedikation

Während mehr als zwei Drittel der Probanden feststellen, dass sich die Einnahme einer Droge positiv auf ihre psychische Befindlichkeit auswirkt, meint nur etwa ein Fünftel, dass der Konsum bestimmter Drogen das psychische Problem verstärkt. Da die Mehrheit derjenigen, die durch die Drogeneinnahme eine Linderung der Symptome verspürt, ihren Drogenkonsum gesteigert hat (vgl. Hypothese 7), lässt sich vermuten, dass die meisten Studierenden einen zweckgebundenen Konsum im Sinne einer Selbstmedikation betreiben, der sich im Laufe der Zeit ritualisiert hat. Die sechste Hypothese wäre damit bestätigt (vgl. Kap. 8.4.3).

Hypothese 7: Einfluss psychischer Störungen auf den Substanzkonsum

Die Anzahl der Probanden, die ihren Konsum seit der psychischen Auffälligkeit erhöht haben und derer, die keinen Einfluss der psychischen Probleme auf ihren Konsum feststellen können, liegt mit je vier Probanden gleich. Ausschließlich diejenigen, bei denen sich der Konsum negativ auf die Psyche auswirkte, reduzierten ihren Drogengebrauch. Zwar kann die Hypothese, dass die meisten Probanden ihren Konsum seit dem Auftreten

der psychischen Schwierigkeiten gesteigert haben, vor diesem Hintergrund nicht beibehalten werden. Dennoch sollte nicht vergessen werden, dass der Drogengebrauch derjenigen, die keine Veränderung anführen, immer noch auffallend hoch ist (vgl. Kap. 8.4.3).

Hypothese 8: Schwierigkeiten im Studium

Während nur eine knappe Minderheit der komorbiden Probanden mit dem eigenen Studienverlauf unzufrieden ist, hat eine Mehrheit schon einmal daran gedacht, das Studium abzubrechen. Die meisten komorbiden Studierenden hatten in letzter Zeit Probleme, davon am häufigsten wegen Lernstress oder Prüfungsängsten. Unter Berücksichtigung dessen, dass die Befragung im Prüfungszeitraum erfolgt ist, zu dem solche Probleme stärker präsent sind, als zu jeder anderen Zeit, ist das Ergebnis nicht verwunderlich. Bei den geäußerten Wünschen im Studium haben bis auf einen Probanden alle einen Veränderungswunsch. In der Gruppe der komorbiden Studierenden besteht ein wesentlich größerer Bedarf an Veränderungen als bei den monomorbid Studierenden, da die Komorbiden etwa ein Drittel Mal mehr Wünsche äußern, als die Monorbiden. Jedoch beruht die Vielzahl der geäußerten Wünsche auch darauf, wie reflektiert die einzelnen Probanden im Interview gewesen sind. Es ist anzunehmen, dass die Studierenden, die ohnehin zufriedener mit dem eigenen Studienverlauf sind und keine psychischen Probleme aufweisen, sich nicht so sehr mit dem persönlichen Wohlbefinden und einer diesbezüglichen Verbesserung der Studiensituation auseinandersetzen wie Probanden mit psychischen Problemen. Während im Bielefelder Gesundheitssurvey (vgl. Kap. 7.3) die Anonymität nur eine geringe Belastung bei den Studierenden darstellt, steht sie in der hier vorliegenden Untersuchung an erster Stelle. Dieses Phänomen dürfte mit der unterschiedlichen Größenordnung der Universitäten in Köln und Bielefeld zusammenhängen. Dass insbesondere Anonymität oft mit problematischem Alkoholkonsum in Verbindung zu bringen ist, wurde bereits von FEUERLEIN (1998) belegt. Die ebenso häufig genannte mangelnde Selbstdisziplin der Studierenden veranschaulicht, dass viele die große Freiheit im Studium nicht produktiv umsetzen können. Fast alle komor-

biden Befragten sagen aus, dass die psychische Auffälligkeit sich negativ auf das Studium auswirkt. Eine knappe Mehrheit stellt den negativen Einfluss auch auf das soziale Umfeld fest. Dieses Resultat bestärkt die Vermutung, dass ein schlechter Einfluss der psychischen Probleme auf das Studium auch zu einer Unzufriedenheit im Studium führt. So lässt sich insgesamt festhalten, dass die meisten komorbiden Studierenden generell nicht nur eher unzufrieden im Studium sind, was allein schon ein Problem im Studium darstellen kann, sondern dass das Studierverhalten durch die psychischen Belastungen auch tatsächlich beeinträchtigt ist. Die Hypothese, dass die Mehrheit der komorbiden Studierenden Schwierigkeiten im Studium aufweist, wird daher beibehalten (vgl. Kap. 8.4.4).

Hypothese 9: Inanspruchnahme professioneller Hilfe

Die Ergebnisse zur Beratungsbereitschaft Studierender zeigen, dass die meisten Probanden mit psychischer Störung bereits ihren Hilfebedarf erkannt und in die Tat umgesetzt haben, während keiner der psychisch Beeinträchtigten jemals eine Beratung erhalten hat und nur einer sich um eine solche bemühte. So werden in der vorliegenden Studie auch die Studierenden erreicht, die sich in den Untersuchungen studentischer Beratungsstellen eher anonym hinter Dunkelziffern verstecken.

Das Ergebnis deutet darauf hin, dass die Studierenden mit ausgeprägten psychischen Auffälligkeiten ihre psychische Erkrankung ernst nehmen. Das entspricht dem, was auch in der 15. Sozialerhebung herausgefunden worden ist: je gravierender ein Problem, desto eher werden Fachleute kontaktiert (vgl. HAHNE, 1999). Dagegen indiziert die vergleichsweise niedrige Behandlungsquote im Hinblick auf Substanzmissbrauch und die Tatsache, dass kein einziger eine Beratung in diesem Bereich auch nur ins Auge gefasst hat, dass der hohe Rauschmittelkonsum von den Studierenden bagatellisiert wird und nur eine geringe Bereitschaft besteht, sich mit der Thematik auseinanderzusetzen. Auch eine für Drogenprobleme charakteristisch hohe Schwellenangst und das öffentliche Bild von der „Normalität“ studentischen Drogengebrauchs könnten dieses Phänomen begründen.

Dass von den psychisch Beeinträchtigten keiner jemals eine Behandlung erhalten hat und die meisten überwiegend eine Beratung in Form von einer Studienberatung wünschen, deutet darauf hin, dass die Studierenden durch die psychischen Belastungen in ihrem Leben noch nicht so beeinträchtigt sind, dass sie einen Hilfebedarf erkennen. Stattdessen schreiben sie ihre Probleme eher der Studiensituation zu. Die neunte Hypothese ist somit bestätigt (vgl. Kap. 8.4.5).

Aufgrund der kleinen Stichprobengröße sind insgesamt noch weitere Untersuchungen an größeren Stichproben und an Hochschulen anderer Städte wie auch ein Vergleich an Nichtstudierenden erforderlich, um wissenschaftlich fundierte Ergebnisse zur Komorbidität bei Studierenden und allgemeine Schlussfolgerungen auf die gesamte Studierendenpopulation liefern zu können.

Es sei in Erinnerung gerufen, dass es sich bei der hier vorliegenden Studie um eine retrospektive Querschnittstudie und nicht um eine Längsschnittuntersuchung handelt. D.h. die Ergebnisse sind wesentlich vom Erinnerungsvermögen und von der Selbsteinschätzung der Probanden beeinflusst, weshalb Verzerrungen nicht ausgeschlossen werden können. Dennoch werden in der vorliegenden Studie Störungstendenzen und potentiell Risikoverhalten aufgezeigt, deren Kenntnis zur Verbesserung präventiver Maßnahmen hilfreich sein kann. Einige Überlegungen hierzu sollen im folgenden Kapitel dargelegt werden.

10. Mögliche Konsequenzen für die soziale Praxis

Die genannten Befunde zur Komorbidität bei Studierenden regen zu der Überlegung an, was in der sozialarbeiterischen Praxis getan werden kann, um den Problemlagen der Studierenden entgegenzuwirken.

Welche präventiven Maßnahmen sind erforderlich?

Zunächst einmal lassen sich Präventionskonzepte zu Abhängigkeits- und psychischen Erkrankungen zeitlich untergliedern:

Die „Primärprävention“ zielt darauf ab, hohen Suchtmittelgebrauch und das Auftreten psychischer Störungen zu verhindern. Angebotsformen sind vor allem die Planung und Durchführung von Aufklärungsarbeiten. Die „Sekundärprävention“ erfolgt im Frühstadium einer Erkrankung oder bei einer bereits erkennbaren Suchtgefährdung und versucht mittels Beratung und frühzeitiger Behandlung, einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes sowie einer Verfestigung abweichenden Verhaltens vorzubeugen. Durch die „Tertiärprävention“ sollen die Folgen einer bereits aufgetretenen Störung minimiert und Rückfälle vermieden werden. Rehabilitation und Resozialisation stehen dabei im Vordergrund (vgl. STING & BLUM, 2003).

Bei den meisten Studierenden hat ein ausgeprägter Drogengebrauch bereits eingesetzt. Zudem zeigen viele von ihnen Tendenzen von psychischen Störungen. Die Mehrheit nimmt keine Beratung in Anspruch und weist insofern ein mangelhaftes Präventionsverhalten auf. Demnach lassen die Ergebnisse auf ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Abhängigkeit und einer pathologischen Auffälligkeit schließen. Für die Sozialarbeit / Sozialpädagogik (SA/SP) offenbart sich hier vor allem die Notwendigkeit sekundärpräventiver Maßnahmen.

Bei der Vorbeugung komorbider Störungen gilt es, Präventionsstrategien gleichermaßen bei psychischen Störungen und Sucht anzusetzen. Eine Prävention zu psychischen Krankheiten kann zugleich suchtpreventiv wirken und umgekehrt.

Es existieren umfassende Konzepte zur Suchtprävention in Schulen, Jugendhilfe und Betrieben, während Studierende gänzlich aus den Prä-

ventionsmaßnahmen herausfallen, obwohl sie bereits selbst als eine gesundheitliche Risikogruppe identifiziert sind. Da die Hochschule durch ihre undurchsichtigen Strukturen wesentlich an der Manifestation bestimmter Belastungen im Studium mitbeteiligt ist, kann sie sich nicht ihrer Verantwortung entziehen, sich an präventiven Maßnahmen zu beteiligen. Der „Arbeitskreis Gesundheitsfördernder Hochschulen“ hat sich bereits das Ziel gesetzt, unter Beteiligung einiger bundesdeutscher Hochschulen sowie des Studentenwerks ein eigenes hochschulspezifisches Gesundheitsförderungskonzept zu entwickeln und dessen Umsetzung zu unterstützen. Die Schaffung gesundheitlich angemessener Lebens- und Arbeitsbedingungen im Lebensraum Universität steht dabei im Vordergrund (vgl. ALLGÖWER, 2000; STOCK, WILLE & KRÄMER, 2001).

Bei den Präventionsbemühungen sollte der Senkung von Belastungen ebenso Beachtung geschenkt werden, wie der Stärkung von Ressourcen. In Anlehnung an HORNING und KNOCH (1999) ergeben sich folgende Vorschläge zu struktureller und individueller Belastungsreduktion und Ressourcenförderung:

Präventionsmaßnahmen an der Hochschule:

Um dem Wunsch nach weniger Anonymität und mehr Selbstdisziplin im Studium gerecht werden zu können, ist eine Umstrukturierung der „Massenuni“ unumgänglich. Es ist unbedingt erforderlich, dass die überaus hohen Studentenzahlen reduziert und überfüllte Seminare kleiner gehalten werden. Könnten zusätzlich außeruniversitäre Freizeitveranstaltungen in kleineren Gruppen organisiert werden, würde das die Kontaktaufnahme zu Mitstudierenden um einiges erleichtern. Die Einführung von Pflichtstunden würde einen Rahmen bieten, in dem stets dieselben Studierenden teilnehmen. Gleichzeitig könnten dies und der Aufbau transparenter Studienbedingungen den „undisziplinierten“ Studierenden eine verbindliche Struktur im Studium verschaffen.

Damit weiteren Problementwicklungen entgegengewirkt werden kann, müssen Selbstwertgefühl und Optimismus der Studenten, z.B. durch die

Sensibilisierung der Dozenten für die ressourcenstärkenden Aspekte ihrer Tätigkeit sowie einer persönlichen Rückmeldung, gestärkt werden.

Prävention sollte schon bei den Lerntechniken ansetzen, denn wo das Risiko von Studien- und psychischen Problemen gesenkt werden kann, verringert sich auch die Wahrscheinlichkeit von Studienabbruch und überlangem Studieren. Vor allem die Erstsemester-Studierenden sollten in den Fokus der Präventionsbemühungen gerückt werden, weil sie besonders gefährdet für die Entwicklung von deviantem Verhalten wie Drogenkonsum und psychischen Störungen sind.

Die 15. Sozialerhebung hat gezeigt, dass sich viele Studierende erst Hilfe holen, wenn sie schon lange an psychischen Konflikten und übermäßigem Drogenkonsum leiden. Mit der Zeit steigt aber auch das Risiko, dass sich die Störung verschlechtert. Eine Behandlung wird dann immer schwieriger. Da sich bei manchen Erkrankungen wie z.B. bei Psychosen schon lange vor Krankheitsausbruch Vorsymptome bemerkbar machen, ist es wichtig, die Studierenden über die Frühwarnzeichen aufzuklären. Dies könnte in Form von Informationsveranstaltungen umgesetzt werden, die mittels Broschüren oder Vorträgen Gesundheit und Früherkennung thematisieren und darauf hinweisen, wo die Studierenden Beratung und Unterstützung erhalten.

Solche Aufklärungskampagnen bieten sich auch für die kostenlosen Studentenzeitschriften an, die in den Hochschulen ausliegen. Hier können vor allem die Studierenden erreicht werden, die sich den Informationsveranstaltungen entziehen. Zugleich wäre dadurch ein Ausgleich zu den zahlreichen Alkohol- und Tabakwerbungen geschaffen.

Problemorientierte Herangehensweisen wie die Beseitigung von Zigarettenautomaten an den Hochschulen, sollten stets durch begleitende Informationen verständlich gemacht werden, um die Gefahr von Widerständen seitens der Studierenden zu verringern. Das Konzept der „Rauchfreien Uni“ hat sich in Köln zum Nichtraucherschutz bereits etabliert. Kostenlose Seminare zur Raucherentwöhnung an der Uni wären für so manchen attraktiver als die teuren Kursangebote außerhalb der Hochschule.

Dem gegenüber gestellt sind die Werbekampagnen der Tabakindustrie, bei der die Studierenden gezielt an der Universität aufgesucht werden und

Tabak als Werbegeschenk erhalten. Es sollte Ziel sein, solche Aktionen auf dem Hochschulgelände zu unterbinden.

Es wurde aufgezeigt, dass sich bei den Studierenden insbesondere der Konsum von Cannabis finden lässt, obgleich dies eine illegale Droge ist, deren Gebrauch strafrechtlich sanktioniert wird. Eine wirkungsvolle Strategie zur Verhinderung schädigenden Drogenmissbrauchs kann jedoch nicht in einem restriktiven Verbot von Rauschmitteln liegen, da dies für die Studierenden nicht relevant erscheint. Abstinenzorientierte Präventionsstrategien sind in der Suchtprävention ebenso unrealistisch und utopisch. Es sollte vielmehr ein verantwortungsvoller Umgang mit Drogen das Ziel sein.

Ein Beispiel für die Einstellung und den Umgang mit Drogen der Studierenden sind die alljährlich stattfindenden „Bierkastenrennen“. Gewinner dieses in Studentenkreisen benannten „Hochleistungssports“ sind die zwei Studierenden, die bei 30 Grad im Schatten mit einem leer getrunkenen 10 Liter-Kasten Bier als erste eine Strecke von etwa 4 km zurückgelegt haben. Überdurchschnittliches Übergeben und Bierverschütten führen dabei zur Disqualifikation. Solange die Studierenden ihre Einstellung und den Umgang mit Drogen nicht ändern und an solcherlei Veranstaltungen teilnehmen, müssen drogenpräventive Maßnahmen noch verstärkt werden.

Zudem sollte die Prävention versuchen, Aktivitäten minderen Risikos zu etablieren, die den Drogengebrauch ersetzen können (vgl. ALLGÖWER, 2000). Sport und autogenes Training beispielsweise ermöglichen Stressabbau, körperbezogene Erlebnisse und Grenzerfahrungen. Sie mindern gleichzeitig die Risikofaktoren für die Manifestation psychischer Störungen.

Präventionsmaßnahmen durch studentische Beratungsstellen:

Der Leiter der psychologischen Beratungsstelle der Uni Hamburg Peter Figge meint, die Uni sei nicht für Drogenprobleme zuständig. Hamburg habe genug Drogenberatungsstellen (vgl. UTLER, 2003a). Wie aber sollen die Studierenden, für die Drogenmissbrauch ohnehin ein sensibles Thema darstellt und Schwellenängste hervorbringt, den Schritt zu einer professio-

nellen Hilfe wagen, die sich weit außerhalb des Hochschulgeländes befindet und bei der ein Zusammenhang der psychischen Schwierigkeiten mit studienrelevanten Problemen gänzlich außen vor bleibt? Hier spiegelt sich die klassische Zweiteilung in der Versorgung komorbider Menschen wider: wo psychisch Kranke unterstützt werden, ist kein Platz für Drogenabhängige. Gerade die studentischen Beratungsstellen sind konzeptionell für studienspezifische Konflikte und Krisen ausgerichtet. Dazu gehören sowohl psychische Störungen, als auch Drogenprobleme. Die Einstellung des Beraters zeigt, dass die Notwendigkeit eines umfassenden Strukturwandels nicht vor den Beratungsstellen Halt machen darf. Auch die professionellen Helfer müssen für die Drogenproblematik sensibilisiert werden. Die Unzufriedenheit der Studierenden mit den vorhandenen Beratungsstellen wurde bereits aufgezeigt (vgl. Kap. 8.4.4). Neben der bloßen Bereitstellung externer Ressourcen sollte es das Ziel sein, individuelle Handlungskompetenzen zu fördern, damit Schwellenängste abgebaut und externe Hilfen in Anspruch genommen werden können. Ferner sollte versucht werden, durch psychotherapeutische Gespräche die gewohnte Stabilität der Klienten wieder zu erreichen und Perspektiven zu entwickeln. Vor allem Studienanfängern sollten frühzeitig niederschwellige Beratungsangebote ermöglicht werden. Auch hier gilt: je eher eine Beratungsstelle konsultiert wird, desto besser greifen therapeutische Maßnahmen.

Hochschulübergreifende Präventionsmaßnahmen:

Suchtprävention sollte besonders dort ansetzen, wo die Drogenaffinität Studierender am größten ist: außerhalb der Hochschule. Um dies zu erreichen, könnten mobile Infostände in Nachtclubs und Studentenkneipen aufgebaut werden. Meist sind anti-alkoholische Getränke in den Kneipen teurer als Bier, erst recht in den weit verbreiteten und von vielen Studenten wahrgenommenen „Happy hours“. Es sollte deshalb zu Happy hours mit preisgünstigen Anti-Alkoholika und zu einer Erhöhung der Bierpreise angeregt werden.

Die öffentlichen Medien stellen eine gute Möglichkeit dar, die Studierenden zu erreichen. Das „Früherkennungs- und Therapiezentrum Köln“

(FETZ) klärt im Internet unter der Adresse „www.fetz.org“ über die Frühwarnzeichen psychischer Störungen auf. Das Projekt „Drugcom.de“ der BZgA dient jungen Menschen als Anlaufstelle, sich über die Wirkungen und Risiken von legalen und illegalen Substanzen zu informieren.

Das hochschuleigene „Campusradio“ könnte ebenso Informationen zu psychischen Störungen und Sucht senden, wie auch andere bei jungen Menschen beliebte Radio- und Fernsehsender. Allerdings sind simple Parolen in einem akademischen Publikum eher Fehl am Platz. Der von der Kunsthochschule Köln für Medien (KHM) gedrehte Kinofilm „Das Weiße Rauschen“ spricht die Studierenden noch gezielter an: Ein junger Mann beginnt sein Studentenleben in Köln mit dem Konsum von Haschisch und erkrankt infolgedessen an einer Schizophrenie (vgl. WEINGARTNER, 2001). Dieser Film kann als das Musterbeispiel eines Aufklärungsfilms über Drogenmissbrauch und psychische Störungen betrachtet werden.

Da der Drogenkonsum bei Studierenden hohe Akzeptanz erfährt und aus gesellschaftlicher Sicht etwas Normales ist, sollte an einem öffentlichen Imagewandel der Studenten gearbeitet werden, indem sich die Aufklärungsarbeiten auch auf die Allgemeinbevölkerung erstrecken. Dem kann sich ein Abbau der teils immer noch vorherrschenden gesellschaftlichen Etikettierungen von psychisch Kranken als „Verrückte“ gleich anschließen. Die genannten Vorschläge können sicherlich um einige präventive Maßnahmen erweitert werden. Wichtig ist vor allem eine verstärkte Umsetzung, damit konsumorientierte Werbebotschaften nicht die Oberhand behalten.

11. Zusammenfassung

Ausgehend von den theoretischen Grundlagen und den zuvor dargestellten Ergebnissen der Untersuchung werden in diesem Schlusskapitel wichtige inhaltliche Befunde nochmals zusammenfassend akzentuiert.

Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist das Thema „Komorbidität bei Studierenden“. Es wurde analysiert, ob Studierende mit hohem Drogenkonsum zusätzlich an einer komorbiden psychischen Störung erkrankt sind und inwieweit sich Substanzgebrauch, psychische Belastungen und die Studiensituation bzw. -verlauf wechselseitig bedingen können. Hierzu wurde der Leser über einen theoretischen Überblick an die Thematik herangeführt, woraufhin durch eine empirische Studie konkret auf die eingangs gestellten Fragen eingegangen wurde.

Die Arbeit differenzierte sich in einen theoretischen Teil und in einen praktischen Teil.

Im zweiten Kapitel wurden die Begriffe „Substanzmissbrauch und –abhängigkeit“ nach den Kriterien des DSM-IV definiert. Nach einer kurzen Darstellung der Wirkung von „Alkohol“, „Tabak“ und „Cannabis“, wurde aufgezeigt, dass deren problematischer Gebrauch weit verbreitet ist und beträchtliche Folgeschäden nach sich ziehen kann. Zudem ließen sich vielfältige Entwicklungsbedingungen für eine Missbrauchs- und Abhängigkeitsentwicklung herausfiltern.

Das dritte Kapitel nahm die psychischen Störungen „Psychosen“, „Affektive Störungen“ und „Angststörungen“ in Augenschein, wobei die häufigsten Subtypen der Erkrankungsformen nach den DSM-IV-Kriterien näher beleuchtet wurden. Es folgte eine Darstellung der Prävalenzen sowie möglicher psychosozialer Folgen. Überdies kristallisierte sich heraus, dass sowohl bei den einzelnen Störungen untereinander als auch bei riskantem Drogengebrauch einige Parallelen in der Ätiologie aufzufinden sind.

Das vierte Kapitel stellte heraus, dass hoher Substanzkonsum und psychische Störungen oft miteinander einhergehen. Nachdem die „Komorbidität“ begrifflich bestimmt wurde, folgte eine eingehende Darstellung der epidemiologischen Befunde. Nachdem auf die Diagnostik komorbider

Störungen eingegangen wurde, konnten gravierende Folgen, sowie Missstände in den Behandlungsmöglichkeiten komorbider Störungen aufgezeigt werden. Schließlich konnte anhand verschiedener Ätiologiemodelle verdeutlicht werden, dass sich Abhängigkeit und psychische Störungen auf vielfältige Weise wechselseitig bedingen können.

Das fünfte Kapitel stellte die typischen Entwicklungsaufgaben im jungen Erwachsenenalter dar und zeigte ihre besondere Bedeutung für die Entwicklung psychischer Erkrankungen und riskanten Drogenkonsums auf.

Daran angeschlossen wurde eine Betrachtung der allgemeinen, sozialen und gesundheitlichen Lage spätadoleszenter Studierender im sechsten Kapitel. Es zeigte sich, dass die Studierenden aufgrund ihrer speziellen Lebenssituation eine besondere Risikogruppe für die Entwicklung psychischer Probleme darstellen.

Das siebte Kapitel sollte die Verbreitung von Drogenkonsum und psychischen Störungen bei Studierenden anhand der 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks, des Bielefelder Gesundheitssurveys und einer Studie nach BAUMGÄRTNER empirisch belegen.

Die im Rahmen der Großuntersuchung „Suchtprobleme an deutschen Hochschulen“ durchgeführte Interviewstudie zur Komorbidität bei Studierenden prägt die Darstellung des achten Kapitels. Die Ergebnisse dieser Untersuchung haben gezeigt, dass hoher Drogengebrauch sehr oft mit psychischen Auffälligkeiten bei Studierenden einhergeht. Besonders häufig konnten Studienschwierigkeiten und eine mehrheitliche Nichtbeanspruchung professioneller Hilfen bei den Probanden nachgewiesen werden. Im neunten Kapitel wurden die Ergebnisse diskutiert und interpretiert, wonach im zehnten Kapitel mögliche Konsequenzen für die soziale Praxis aufgezeigt wurden.

Mit der vorliegenden Arbeit soll im Rahmen der Großuntersuchung dazu angeregt werden, den Zusammenhang von hohem Drogengebrauch und psychischen Störungen bei der Ausarbeitung von Interventionsstrategien für Gesundheitsdienste zu berücksichtigen. Die Ergebnisse dieser Studie sollen einen kleinen Beitrag dazu leisten, die wesentlichen Bedürfnisse der Studierenden aufzuschlüsseln, damit den psychischen Problemen noch besser entgegengewirkt werden kann.

Abkürzungsverzeichnis

BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CAS	College Alcohol Study
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Version
ECA	Epidemiological Catchment Area Program
EDSP	Early Developmental Stages of Psychopathology
FETZ	Früherkennungs- und Therapiezentrum
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. Version
KFH NW	Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen
NCS	National Comorbidity Survey
SPSS	Superior Performing Statistical Software
WHO	World Health Organisation

Glossar

Adipositas: (Übergewichtigkeit) Auch Fettleibigkeit oder Fresssucht genannt; wird zumeist nach dem Verhältnis von Fettgewebe und fettgewebtsfreier Körpermasse definiert (vgl. BENESCH, 1995).

Alkoholdelir: Auch Delirium Tremens genannt, ist eine dramatische Reaktion, die stark körperlich abhängige Alkoholiker erleben können. Sie tritt innerhalb von drei Tagen nach dem Ende oder der Verringerung des Trinkens ein und besteht in geistiger Verwirrung, Bewusstseinstrübung und angsterregenden visuellen Halluzinationen (vgl. COMER, 2001).

Alogie: „Ein Schizophreniesymptom, das sich durch verminderte Sprachflüssigkeit und –produktivität auszeichnet“ (ebd., 506).

Amphetamin: Ein synthetisches Stimulanz, das Schlaf- und Appetitlosigkeit verursacht (vgl. STIMMER, 2000).

Anorexia Nervosa: Auch Magersucht genannt, ist eine Störung, die durch das erbarmungslose Streben nach extremer Schlankheit und durch extreme Gewichtsabnahme gekennzeichnet ist (vgl. COMER, 2001).

Ätiologie: (Aus dem Griechischen: die Ursache) Betrifft klinisch-psychologisch die Erforschung und Bestimmung der Bedingungsfaktoren einer psychischen Störung (vgl. BENESCH, 1995).

Beruhigungsmittel: „Ein Medikament, das in niedrigen Dosen Angst reduziert und in hohen Dosen Schlaf fördernd wirkt“ (COMER, 2001, 507).

Bulimia Nervosa: „Eine Störung, die durch häufige Fressanfälle gekennzeichnet ist, bei denen die Person unkontrollierbar große Mengen Nahrungsmittel zu sich nimmt und die gefolgt sind von absichtlich herbeigeführtem Erbrechen oder anderem extremen Kompensationsverhalten, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden“ (COMER, 2001, 508).

- Chi²-Test:** Prüft, ob eine beobachtete Häufigkeitsverteilung signifikant von einer erwarteten Häufigkeitsverteilung abweicht (vgl. DIEHL & STAUFENBIEL, 2001).
- Dopamin:** „Der Neurotransmitter, dessen hohe Aktivität nachweislich mit Schizophrenie zusammenhängt“ (COMER, 2001, 509).
- Ecstasy:** Eine synthetische Droge, die unterschiedliche Methamphetamine enthält (vgl. STIMMER, 2000).
- Epidemiologische Studie (Epidemiologie):** „Eine Untersuchung, die die Inzidenz und Prävalenz einer Störung in einer bestimmten Population ermittelt“ (COMER, 2001, 510).
- Halluzinogen:** psychoaktive Substanz, die Veränderungen der Sinneswahrnehmung und Sinnestäuschungen hervorrufen (vgl. STIMMER, 2000).
- Heroin:** „Eine Substanz mit hohem Suchtpotential, die aus Opium gewonnen wird“ (COMER, 2001, 513).
- Hypochondrie:** „Eine somatoforme Störung, bei der die Personen irrtümlich und ständig fürchten, dass geringfügige Fluktuationen ihrer Körperfunktionen auf eine schwere Erkrankung hindeuten“ (COMER, 2001, 514).
- Intervention:** Reaktionen auf bereits manifeste Probleme, Auffälligkeiten und Abweichungen (vgl. Sting & Blum, 2003).
- Inzidenz:** „Ein statistisches Maß für die Anzahl neuer Fälle eines Problems oder einer Störung in einem bestimmten Zeitraum“ (COMER, 2001, 515).
- Katatonie:** Störungen der Motorik und des Antriebs bei einigen Formen der Schizophrenie, die sich z. B. in stundenlanger Bewegungslosigkeit (Stupor) oder bizarren Haltungen (Rigidität) äußern können (vgl. FINZEN, 2000).
- Kokain:** Hauptinhaltsstoff der Blätter der Kokapflanze mit einer anregenden und leistungssteigernden sowie abhängigkeits-erzeugenden Wirkung. Die Reinsubstanz Kokain wird i.d.R. geschnupft und über die Nasenschleimhaut resorbiert (vgl. STIMMER, 2000).

- Konversionssyndrom:** „Eine somatoforme Störung, die durch ein oder mehrere körperliche Symptome oder Defizite, die die Willkürmotorik oder Sinnesfunktionen betreffen, charakterisiert ist“ (COMER, 2001, 516).
- Korsakow-Syndrom:** „Eine alkoholbezogene Störung, die durch extreme Verwirrung, Gedächtnisbeeinträchtigung und andere neurologische Symptome gekennzeichnet ist“ (ebd.).
- Methadon:** „Eine synthetische Ersatzdroge für Heroin“ (COMER, 2001, 518).
- Morbidität:** „Häufigkeit der Erkrankungen innerhalb einer Bevölkerungsgruppe“ (WISSENSCHAFTLICHER RAT DER DUDENREDAKTION, 1997, 532).
- Neurotransmitter:** „Eine chemische Substanz, die von einem Neuron ausgeschüttet wird, den synaptischen Spalt überquert und von den Rezeptoren auf den Dendriten benachbarter Neuronen aufgenommen wird“ (COMER, 2001, 519).
- Noradrenalin:** „Ein Neurotransmitter, dessen auffällige Aktivität mit Depression und Panikstörung zusammenhängt“ (ebd.).
- Opiat:** Wird direkt als eingetrockneter Milchsaft der unreifen Kapseln des Schlafmohns gewonnen und besitzt eine schmerzstillende, euphorisierende und berauschende Wirkung. Opiate sind z.B. Opium, Morphinum, Heroin und Kodein (vgl. STIMMER, 2000; COMER, 2001).
- Persönlichkeitsstörung:** „Eine Störung, die durch ein dauerhaftes, umfassendes, fehlangepasstes und inflexibles Muster des Erlebens und Verhaltens, das deutlich von den Erwartungen der jeweiligen Kultur abweicht, gekennzeichnet ist“ (COMER, 2001, 521).
- Posttraumatische Belastungsstörung:** „Eine Angststörung, bei der Angst und ähnliche Symptome lange nach einem traumatischen Ereignis auftreten“ (ebd.).
- Prävalenz:** „Die Gesamtzahl der Fälle eines Problems oder einer Störung in einer Population in einem bestimmten Zeitraum“ (ebd.).
- Punktprävalenz: bezieht sich auf die letzten zwei bis vier Wochen.
- Jahresprävalenz: bezieht sich auf die letzten 12 Monate.
- Lebenszeitprävalenz: bezieht sich auf die gesamte Lebensspanne.

Prävention: Vorbeugendes Eingreifen, das auf die Verhinderung von möglichen oder befürchteten Problemen, Auffälligkeiten und Abweichungen gerichtet ist (vgl. STING & BLUM, 2003).

Psychopathologie: „...Beschreibung, Benennung und Einordnung psychischer Störungen und die Frage nach den inneren Zusammenhängen“ (SCHWARZER & TROST, 1999, 14).

Schmerzsyndrom: „Eine somatoforme Störung mit schweren und anhaltenden Schmerzen, bei der psychische Faktoren eine bedeutende Rolle für Beginn, Schweregrad oder Weiterbestehen des Schmerzes spielen“ (COMER, 2001, 524-525).

Sedativa: Auch Beruhigungsmittel oder Hypnotika genannt, sind Psychopharmaka, die eine dämpfende Wirkung auf die Funktionen des zentralen Nervensystems haben (vgl. STIMMER, 2000).

Setting: (Rahmen, Schauplatz, Lebensbereich) Beschreibt den Ort, an dem die Menschen einen großen Teil ihrer Zeit verbringen, wo sie arbeiten, leben oder wohnen (vgl. ALLGÖWER, 2000).

Signifikantes Ergebnis: „...liegt vor, wenn ein Signifikanztest eine sehr geringe Irrtumswahrscheinlichkeit ermittelt [$p < .05$]. Dies bedeutet, dass sich das gefundene Stichprobenergebnis nicht gut mit der Annahme vereinbaren lässt, dass in der Population die Nullhypothese [widerspricht der Alternativhypothese genau] gilt. Man lehnt deshalb die Nullhypothese ab und akzeptiert die Alternativhypothese [Forschungshypothese]“ (BORTZ & DÖRING, 2002, 30).

Somatisierungssyndrom: „Eine somatoforme Störung, die durch zahlreiche körperliche Beschwerden ohne organische Grundlage über einen Zeitraum von mehreren Jahren gekennzeichnet ist“ (COMER, 2001, 526).

Statistische Signifikanz: „...liegt vor, wenn die empirisch ermittelte Irrtumswahrscheinlichkeit das konventionell festgelegte Signifikanzniveau (z.B. 1% oder 5%) unterschreitet. Statistische Signifikanz ist ein per Konvention festgelegtes Entscheidungskriterium für die vorläufige Annahme von statistischen Populationshypothesen“ (BORTZ & DÖRING, 2002, 32).

Stimulans: „Eine Droge oder ein Medikament, die körperliche Erregung erzeugt, indem sie die Aktivität des Nervensystems steigert“ (COMER, 2001, 526).

Tranquilizer: „Psychotrope Medikamente, die Spannung und Angst reduzieren“ (COMER, 2001, 506).

Ulcus: „Läsionen oder Löcher in der Magen- oder Zwölffingerdarmwand“ (ebd., 529).

Zwangsstörung: „Eine Störung, bei der eine Person wiederkehrende und ungewollte Gedanken oder den Drang zur Ausführung repetitiver und ritualisierter Handlungen hat und intensive Angst empfindet, wenn diese Verhaltensweisen unterdrückt werden“ (ebd., 531).

Literaturverzeichnis

- ALLGÖWER, A.** (2000). *Gesundheitsförderung an der Universität. Zur gesundheitlichen Lage von Studierenden.* Opladen: Leske & Budrich.
- ANGENENDT, J., FROMMBERGER, U. & BERGER, M.** (2004). Angststörungen. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (2., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage). 637-690. München: Urban & Fischer.
- BACHMANN, N., BERTA, D., EGGI, P. & HORNING, R.** (1999). *Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastung und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden.* Bern: Hans Huber.
- BAUMGÄRTNER, T.** (Hrsg.). (1998). *Kiffen, Koksen und Klausuren. Studentischer Drogengebrauch in Ostdeutschland.* Leipzig: Leipziger Universitätsverlag.
- BENESCH, H.** (1995). *Enzyklopädisches Wörterbuch Klinische Psychologie und Psychotherapie.* Weinheim: Beltz.
- BERGER, M. & VAN CALKER, D.** (2004). Affektive Störungen. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (2., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage). 541-636. München: Urban & Fischer.
- BEUTEL, M.** (Hrsg.). (2000). *Diagnose: Sucht.* Geesthacht: Neuland.
- BIERKASTENRENNEN-KÖLN** (2003). [Internet]. Verfügbar unter: www.bierkastenrennen-koeln.de [20. August 2003].
- BODENSTEINER, T.** (2003). *Sucht bei Studierenden - Eine empirische Untersuchung zu alkohol- und drogenbezogenem Risikoverhalten* (unveröffentlichte Diplomarbeit). Katholische Fachhochschule NW, Abteilung Köln.
- BOHLEBER, W.** (1993). Seelische Integrationsprozesse in der Spätadoleszenz. In M. Leuzinger-Bohleber & E. Mahler (Hrsg.), *Phantasie und Realität in der Spätadoleszenz.* 49-63. Opladen: Westdeutscher.

- BORNHÄUSER, A.** (2001). *Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Versorgungskonzepte der modernen Suchtkrankenhilfe*. Bern: Hans Huber.
- BORNHÄUSER, A.** (2002). *Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland* (1. Auflage). Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.
- BORTZ, J & DÖRING, N.** (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (3., überarbeitete Auflage) Heidelberg: Springer.
- BRODBECK, J.** (2002). Diagnostik der Komorbidität. In F. Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht*. 125-140. Bern: Hans Huber.
- BÜHRINGER, G., BAUERNFEIND, R., SIMON, R. & KRAUS, L.** (2000). Entwicklung der Konsumhäufigkeit und –muster in der Bevölkerung. In A. Uchtenhagen & W. Zieglgänsberger (Hrsg.), *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. 129-135. München: Urban & Fischer.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (BMBF).** (2000). *Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2000. 16. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch HIS Hochschul-Informationssystem*. Bonn: Autor.
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZGA).** (2001). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln* [Internet]. Verfügbar unter: www.bzga.de/studien/daten/stud.htm [10. November 2003].
- BZGA** (Hrsg.). (2003), *Cannabis: Haschisch und Marihuana*. Eine Informationsbroschüre. Köln: Autor.
- BZGA** (2004). *Pk_besser_fuehlen* („Citycard“, Bestell-Nr. 32 103 003) [Internet]. Verfügbar unter: www.bist-du-staerker-als-alkohol.de [9. Januar 2003].

- BÜRGIN, D. & BIEBRICHER, D.** (1993). Soziale und antisoziale Tendenz in der Spätadoleszenz. In M. Leuzinger-Bohleber & E. Mahler (Hrsg.), *Phantasie und Realität in der Spätadoleszenz*. 87-102. Opladen: Westdeutscher.
- COMER, R.-J.** (2001). *Klinische Psychologie* (2., deutsche Auflage). Berlin: Spektrum.
- DEISTER, A. & MÖLLER, H.-J.** (1998). *Schizophrenie und verwandte Psychosen. Ein Kompendium für Ärzte und Studierende*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- DIEHL, J.-M. & STAUFENBIEL, T.** (2001). *Statistik mit SPSS, Version 10.0*. Eschborn: Klotz.
- DILLING, H., MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M.H.** (Hrsg.). (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch- diagnostische Leitlinien / Weltgesundheitsorganisation* (4., durchgesehene und ergänzte Auflage). Göttingen: Huber.
- DILLING, H., REIMER, C. & AROLT, V.** (2001). *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie* (4., überarbeitete und aktualisierte Auflage). Berlin: Springer.
- DÖRNER, K., PLOG, U., TELLER, C. & WENDT, F.** (2002). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (Neuausgabe). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- DRAKE, R.-E., MC LAUGHLIN, P., PEPPER, B. & MINKOFF, K.** (1994). Doppeldiagnose von psychischen Störungen und Substanzmissbrauch: Ein Überblick. In M. Krausz & T. Müller-Thomsen (Hrsg.), *Komorbidität. Therapie von psychischen Störungen und Sucht. Konzepte für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation*. 209-219. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- DRIESSEN, M.** (1999). *Psychiatrische Komorbidität bei Alkoholismus und Verlauf der Abhängigkeit*. Darmstadt: Steinkopff.
- FAUST, V.** (2000). *Blickpunkt. Angststörungen, Depressionen, Somatisierungsstörungen, Schlafstörungen. Diagnose und Therapie mit pflanzlichen Psychopharmaka*. Stuttgart: Aesopus.
- FEUERLEIN, W.** (1996). *Alkoholismus. Warnsignale – Vorbeugung – Therapie*. München: Beck.

- FEUERLEIN, W., KÜFNER, H. & SOYKA, M.** (1998). *Alkoholismus-Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie* (5., überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Thieme.
- FEUERLEIN, W., DITTMAR, F. & SOYKA, M.** (1999). *Wenn Alkohol zum Problem wird: Hilfreiche Informationen für Angehörige und Betroffene* (4. Auflage). Stuttgart: Trias.
- FINZEN, A.** (2000). *Schizophrenie. Die Krankheit verstehen* (4., aktualisierte Auflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- FRIEDERICH, H.-M. & BATRA, A.** (2002). Biologische und psychosoziale Bedingungen der Tabakabhängigkeit. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 11 (4), 157-163.
- GAEBEL, W. & FALKAI, P.** (2003). Schizophrenie, Schizotypie und wahnhaftige Störungen. In M.-T. Gastpar, S. Kasper & M. Linden (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (2., vollständig neu bearbeitete Auflage). 97-115. Wien: Springer.
- GOURNAY, K., SANDFORD, T., JOHNSON, S. & THORNICROFT, G.** (1997). Dual diagnosis of severe mental health problems and substance abuse / dependence: a major priority for mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4 (2), 89-95.
- GÜNTHER, A., DEDNER, C., SCHÄFER, G., BERL, J., KUDER, T., BADER, T. & DENGLER, W.** (2000). Komorbidität bei Drogenabhängigen. Empirische Ergebnisse und therapeutische Konsequenzen. *Suchttherapie*, 1, 16-20.
- HAHNE, R.** (1999). *Studium und psychische Probleme. Sonderauswertung zur 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks*. Bonn: Deutsches Studentenwerk.
- HARROP, C. & TROWER, P.** (2003). *Why does schizophrenia develop at late adolescence? A cognitive-developmental approach to psychosis*. Birmingham: Wiley.
- HAUFE, A. & KRAUSE, D.-E.** (2003). Der Weg in eine andere Welt. In S. Barnow, H.-J. Freyberger, W. Fischer & M. Linden (Hrsg.), *Von Angst bis Zwang. Ein ABC der psychischen Störungen: Formen, Ursachen und Behandlung* (2., korrigierte und erweiterte Auflage). 251-273. Bern: Hans Huber.

- HOLM-HADULLA, R.-M. & SOEDER, U.** (1997). Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 47, 419-425.
- HOLM-HADULLA, R.-M.** (2001). Psychische Schwierigkeiten von Studierenden und ihre Behandlung. Ein Überblick. In R.-M. Hadulla (Hrsg.), *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden*. 7-13. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HORNUNG, R.** (1999). Leben an der Hochschule: eine Einführung in den Problem- und Forschungsbereich. In N. Bachmann, D. Berta, P. Egli & R. Hornung, *Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastung und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden*. 11-16. Bern: Hans Huber.
- HORNUNG, R. & FABIAN, C.** (2001). Belastungen und Ressourcen im Studium. In R.-M. Hadulla (Hrsg.), *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden*. 133-157. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HURRELMANN, K.** (1991). *Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf* (2. Aufl.). Weinheim, München: Juventa.
- HURRELMANN, K.** (1997). Trendwende beim Konsum psychoaktiver Substanzen? Zum Zusammenhang von Sozialisation und Drogen im Jugendalter. *Deutsche Jugend*, 12, 517-526.
- JUNGE, B. & THAMM, M.** (2003). *Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum*. In *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V., Jahrbuch Sucht 2003*. 34-61. Geesthacht: Neuland.
- KAPLAN, H.-I. & SADOCK, B.-J.** (2000). *Klinische Psychiatrie* (Deutsche Übersetzung und Bearbeitung von E. Habermeyer, I. Houben, C. Norra & H. Sass). Göttingen: Hogrefe.
- KASPER, S., MÖLLER, H.-J. & MÜLLER-SPAHN, F.** (2002). *Depression. Diagnose und Pharmakotherapie* (2., überarbeitete Auflage). Stuttgart: Thieme.
- KESSLER, R.-C., MC GONAGLE, K.-A., ZHAO, S., NELSON, C.-B.; HUGHES, M., ESHLEMAN, S., WITTCHEM, H.-U. & KENDLER, K.S.** (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the

- United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- KLEIN, M.** (1999). Praxisfeld Suchthilfe. In E. Badry, M. Buchka & R. Knapp (Hrsg.), *Pädagogik. Grundlagen und Arbeitsfelder* (3., überarbeitete Auflage). 495-505. Neuwied: Luchterhand.
- KLEIN, M. & PAULY, A.** (2004). *Abschlussbericht zum Projekt „Suchtprävention an deutschen Hochschulen“* (In Press). Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).
- KRAMPEN, G. & REICHLE, B.** (2002). Frühes Erwachsenenalter. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (5., vollständig überarbeitete Auflage). 319-349. Weinheim: Beltz.
- KRAUSZ, M. & DEGWITZ, P. & VERTHEIM, U.** (2000). Psychiatrische Komorbidität und Suchtbehandlung. *Suchttherapie*, 1, 3-7.
- KRAUSZ, M. & LAMBERT, M.** (2000). Cannabis. In A. Uchtenhagen & W. Zieglgänsberger (Hrsg.), *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. 77-82. München: Urban & Fischer.
- KRAUSZ, M.** (2001). Stand der Entwicklung der Komorbiditätsforschung. In Landschaftsverband Rheinland (LVR), (Hrsg.), *Suchtkrank und psychisch krank – zwischen allen Stühlen? Perspektiven der Versorgung bei Komorbidität. Dokumentation der Fachtagung am 27. Juni 2001 in Köln*. Köln: LVR.
- KREJCI, E.** (2001). Krisenhafte Umbrüche von Studentinnen am Studienende. In R.-M. Hadulla (Hrsg.), *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden*. 65-88. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- KRÖGER, C., HEPPEKAUSEN, K. & KRAUS, L.** (2002). Epidemiologie des Tabakkonsums und die Situation der Raucherentwöhnung in Deutschland. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 11 (4), 149-155.
- KRUSE, G., KÖRKEL, J. & SCHMALZ, U.** (2000). *Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Mit literarischen Beispielen* (1. Auflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- KUSHNER, M. G., ABRAMS, K. & BORCHARDT, C.** (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: A review of

major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20, 149-171.

- LACKINGER-KARGER, I.** (2002). Psychosomatik und Psychoneurosen. In W. Schwarzer & A. Trost (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie für psychosoziale und pädagogische Berufe* (2., verbesserte Auflage). Dortmund: Borgmann.
- LEFFERS, J.** (2003). *US-Studenten im Vollrausch – Delirium Tremens*. [Internet]. Verfügbar unter: www.spiegel.de/unispiegel/wunderbar/0,1518,258766,00.html [28. Dezember 2003].
- LEUZINGER-BOHLEBER, M. & MAHLER, E.** (1993). Phantasie und Realität in der Spätadoleszenz. Gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungsprozesse bei Studierenden. Eine Einleitung. In M. Leuzinger-Bohleber & E. Mahler (Hrsg.), *Phantasie und Realität in der Spätadoleszenz*. 13-48. Opladen: Westdeutscher.
- LEUZINGER-BOHLEBER, M.** (2001). Spätadoleszenz - Ein biographischer Kristallisationspunkt? Versuch einer pluralistischen, modellzentrierten Annäherung an spätadoleszente Entwicklungsprozesse. In R.-M. Hadulla (Hrsg.), *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden*. 14-39. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- LIEB, R. & ISENSEE, B.** (2002). Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In F. Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht*. 31-62. Bern: Hans Huber.
- LÖHRER, F.** (2002). Therapie und Prognose schizophrener Substanzgebraucher. In G. Richter, H. Rommelspacher & C. Spies (Hrsg.), *Alkohol, Nikotin, Kokain...und kein Ende? Suchtforschung, Suchtmedizin und Suchttherapie am Beginn des neuen Jahrzehnts. 14. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V.*. 408-415. Lengerich: Pabst Science.
- MINISTERIUM FÜR FRAUEN, JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (MFJFG).** (Hrsg.). (1999). *Sucht hat immer eine Geschichte. Leitfaden zur Aktion Suchtvorbeugung* (6. Auflage). Düsseldorf: Autor.

- MFJFG** (Hrsg.). (2001). *Suchtvorbeugung in Nordrhein-Westfalen. Lexikon der Süchte*. o.O.: Autor.
- MOGGI, F.** (2002). Doppeldiagnosen - ein artifizielles oder reales Problem? In: F. Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht*. 15-27. Bern: Hans Huber.
- MÜLLER, A.** (2001). Diagnostik süchtiger Störungen. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht*. 251-283. Göttingen: Hogrefe.
- OERTER, R.** (1998). Kultur, Ökologie und Entwicklung. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch* (4., korrigierte Auflage). 84-127. Weinheim: Beltz.
- OLBRICH, H.-M., LEUCHT, S., FRITZE, J., LANCIK, M.-H. & VAUTH, R.** (2004). In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (2., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage). 453-540. München: Urban & Fischer.
- PALLENBACH, E. & DITZEL, P.** (2003). *Drogen und Sucht. Suchtstoffe - Arzneimittel - Abhängigkeit - Therapie*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- PAULY, A.** (2003). *Suchtprobleme bei Studierenden an deutschen Hochschulen* [Internet]. Verfügbar unter: file://A:\Anne Pauly-Projekt.htm [31.08.03]
- PERKONIGG, A., LIEB, R. & WITTCHEN, H.-U.** (1998). Substance use, abuse and dependence in Germany. A review of selected epidemiological data. *European Addiction Research*, 4, 8-17.
- PETERMANN, F., KUSCH, M. & NIEBANK, K.** (1998). *Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- REGIER, D.-A., BURKE, J.-D. & BURKE, K.-C.** (1990). *Comorbidity of affective and anxiety disorders in the NIMH Epidemiological Area Program*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- SASS, H., WITTCHEN, H.-U. & ZAUDIG, M.** (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV. Übersetzt nach der 4. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Deutsche*

Bearbeitung und Einführung (2., verbesserte Auflage). Göttingen: Hogrefe.

- SCHEERER, S.** (1995). *Special: Sucht*. Hamburg: Rowohlt.
- SCHMIDT, L.-G.** (1997). Diagnostische Aufgaben bei Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In H. Watzl & B. Rockstroh (Hrsg.), *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen*. 11-23. Göttingen: Hogrefe.
- SCHMIDT, L.-G.** (1999). Diagnostik der Abhängigkeitserkrankungen. In M. Gastpar, K. Mann & H. Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen*. 70-82. Stuttgart: Thieme.
- SCHÖNELL, J. & CLOSSET, J.** (2002). Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnosen in der psychiatrischen Versorgung. In G. Richter, H. Rommelspacher & C. Spies (Hrsg.), *Alkohol, Nikotin, Kokain ... und kein Ende? Suchtforschung, Suchtmedizin und Suchttherapie am Beginn des neuen Jahrzehnts. 14. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V.*. 473-479. Lengerich: Pabst Science.
- SCHWARZER, W.** (1999). Psychische Störungen im Erwachsenenalter. In W. Schwarzer & A. Trost (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie für psycho-soziale und pädagogische Berufe*. 23-82. Dortmund: Borgmann.
- SCHWARZER, W. & TROST, A.** (1999). Einführung und Grundlagen. In W. Schwarzer & A. Trost (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie für psycho-soziale und pädagogische Berufe*. 11-22. Dortmund: Borgmann.
- SILBEREISEN, R.-K.** (1998). Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol- und Drogengebrauch. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch* (4., korrigierte Auflage). 1056- 1068. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- SOEDER, BASTINE & HOLM-HADULLA** (2001). Empirische Befunde zu psychischen Beeinträchtigungen von Studierenden. In R.-M. Hadulla (Hrsg.), *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden*. 158-187. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- STIEGLITZ, R.-D. & FREYBERGER, H.-J.** (2004). Psychiatrische Diagnostik und Klassifikation. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (2., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage). 47-78. München: Urban & Fischer.
- STIMMER, F.** (Hrsg.). (2000). *Suchtlexikon*. München: Oldenbourg.
- STING, S. & BLUM, C.** (2003). *Soziale Arbeit in der Suchtprävention*. München: Reinhardt.
- STOCK, C., WILLE, L. & KRÄMER, A.** (2001). Gender-specific health behaviors of german university students predict the interest in campus health promotion. *Health Promotion International*, 16 (2), 145-154.
- STOHLER, R.** (2000). Komorbidität. In A. Uchtenhagen & W. Ziegglänsberger (Hrsg.), *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. 271-273. München: Urban & Fischer.
- TÄSCHNER, K.-L.** (2002). *Rauschmittel. Drogen – Medikamente - Alkohol* (6., neu bearbeitete Auflage). Stuttgart: Thieme.
- TERHART, K.** (2004). *Essstörungen bei Studierenden. Eine empirische Untersuchung* (unveröffentlichte Diplomarbeit). Katholische Fachhochschule NW, Abteilung Köln.
- TEUWSEN, E.** (2001). Spätadoleszente Reifungskrisen. In R.-M. Hadulla (Hrsg.), *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden*. 40-64. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- TÖLLE, R. & WINDGASSEN, K.** (2003). *Psychiatrie. Einschließlich Psychotherapie* (13., überarbeitete und ergänzte Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.
- TRETTER, F. & MÜLLER, A.** (Hrsg.). (2001). *Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- TROST, A.** (2000). Alkohol- und Drogenabhängigkeit. In W. Schwarzer (Hrsg.), *Lehrbuch der Sozialmedizin für Sozialarbeit, Sozial- und Heilpädagogik* (3. Auflage). 273-305. Dortmund: Borgmann.
- UCHTENHAGEN, A.** (2000a). Definition und Begriffe. In A. Uchtenhagen & W. Ziegglänsberger (Hrsg.), *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien*

und therapeutisches Management. 1-3. München: Urban & Fischer.

- UCHTENHAGEN, A.** (2000b). Suchtkonzepte: Theoretische Modelle zur Erklärung von Abhängigkeit. In A. Uchtenhagen & W. Zieglgänsberger (Hrsg.), *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. 193-195. München: Urban & Fischer.
- UCHTENHAGEN, A.** (2000c). Risikofaktoren und Schutzfaktoren: eine Übersicht. In A. Uchtenhagen & W. Zieglgänsberger (Hrsg.), *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. 196-198. München: Urban & Fischer.
- UTLER, S.** (2003a). Kiffen & Klausuren. Wissenschaftler wissen: Drogen haben sich auf dem Campus etabliert. *Unicum. Das Hochschulmagazin*, 7, 8-9.
- UTLER, S.** (2003b). Uni & Sucht. Studie: Jeder fünfte Student hat Probleme. *Unicum. Das Hochschulmagazin*, 9, 6.
- WATZL, H. & ROCKSTROH, B.** (Hrsg.). (1997). *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen*. Göttingen: Hogrefe.
- WECHSLER, H., LEE, J.-E., KUO, M. & LEE, H.** (2000). College binge drinking in the 1990s: A continuing problem. Results of the Harvard School of Public Health 1999 College Alcohol Study. *Journal of American College Health*, 48, 199-210.
- WECHSLER, H., LEE, J.-E., KUO, M., SEIBRING, M., NELSON, T.-F. & LEE, H.** (2002). Trends in college binge drinking during a period of increased prevention efforts. Findings from 4 Harvard School of Public Health College Alcohol Study Surveys: 1993-2001. *Journal of American College Health*, 50 (5), 203-217.
- WEINGARTNER, H.** (Produzent). (2001). *Das weisse Rauschen* [Film]. Köln: KHM.
- WISSENSCHAFTLICHER RAT DER DUDENREDAKTION** (Hrsg.). (1997). *Duden. Das Fremdwörterbuch* (6., auf der Grundlage der amtlichen Neuregelung der deutschen Rechtschreibung überarbeitete und erweiterte Auflage, Band 5). Mannheim: Dudenverlag.

- WITTCHEN, H. U.** (1996). Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168 (30), 9-16.
- WITTCHEN, H.-U., PERKONIGG, A. & REED, V.** (1996). Comorbidity of mental disorders and substance use disorders. *European Addiction Research*, 2, 36-47.
- WITTCHEN, H.-U., NELSON, C.-B. & LACHNER, G.** (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.
- WITTCHEN, H.-U. & ARGANDONA, M.** (2000). Diagnostische Klassifikation der Substanzstörungen. In A. Uchtenhagen & W. Ziegglängsberger (Hrsg.), *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. 23-27. München: Urban & Fischer.
- WITTFoot, J. & DRIESSEN, M.** (2000). Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität - ein Überblick. *Suchttherapie*, 1, 8-15.
- WITTKOWSKI, J.** (1994). *Das Interview in der Psychologie. Interviewtechnik und Codierung von Interviewmaterial*. Opladen: Westdeutscher.
- WOOD, P.-K., SHER, K.-J., ERICKSON, D.-J. & DE BORD, K.-A.** (1997). Predicting academic problems in college from freshman alcohol involvement. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 200-210.

Anhang

Inhaltsverzeichnis

A	Fragebogen	1
B	Kodierschema Fragebogen	13
C	Interviewleitfaden	33
D	Zusatzfragen	70
E	Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen	72
F	Anschreibe-Exemplar	106

A Fragebogen

Köln, im Januar 2003

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Forschungsschwerpunkt Sucht der Katholischen Fachhochschule Nordrhein - Westfalen führt mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) eine schriftliche Befragung unter den Studierenden in Deutschland durch.

Ziel dieser Studie ist es, aktuelle Auskünfte über die psychische und körperliche Gesundheit der Studierenden zu erhalten, damit die Arbeit von Gesundheitsdiensten sich an den Bedürfnissen der Studierenden orientieren kann. Besonders im Fokus stehen Suchtverhalten und der Konsum von suchtfördernden Substanzen. Es soll weiterhin untersucht werden, ob Studierende im Bedarfsfall sachgerechte Hilfe bekommen, bzw. wie diese Hilfen ausgebaut werden können. Ihre Teilnahme an der Studie ist selbstverständlich freiwillig. Wir hoffen jedoch sehr, dass Sie bereit sind, zum Gelingen der Untersuchung beizutragen und den beiliegenden Fragebogen zu bearbeiten. Jeder einzelne ausgefüllte Bogen hilft uns, das heterogene Bild der Studierenden in Deutschland adäquat zu erfassen.

Bitte nehmen Sie sich etwa 20 Minuten Zeit, den Fragebogen auszufüllen. Schicken Sie ihn dann bitte im beiliegenden Freiumschlag an den Forschungsschwerpunkt Sucht nach Köln **oder** geben ihn bei den Verantwortlichen der jeweiligen Sonderaktionen ab.

Falls Sie weitere Fragen zur Erhebung haben oder an den Ergebnissen der Studie interessiert sind, wenden Sie sich bitte direkt an die zuständige Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsschwerpunkt Sucht (Frau Anne Pauly, Tel. 0221-7757-157, a.pauly@kfhnw.de).

Mit der Bitte um baldige Antwort und mit freundlichen Grüßen

gez. Prof. Dr. Michael Klein
Projektleiter

Wir haben außerdem vor, mit einer *zufällig ausgewählten Stichprobe* ein vertiefendes Interview von circa zwei Stunden zu führen. Es geht um die gleichen Themen wie in unserem Fragebogen und wird an Ihrem Studienort stattfinden. Falls Sie per Zufallsgenerator in die Stichprobe gelost werden,

bekommen Sie für das Interview ein Honorar in Höhe von 30 €

Wenn Sie Interesse haben, am Interview teilzunehmen, bitten wir Sie, uns Ihre Emailadresse (falls nicht vorhanden, Ihre Telefonnummer) mitzuteilen. Das ist notwendig, damit wir Sie kontaktieren und einen Interviewtermin mit Ihnen ausmachen können. Ihre Emailadresse: _____.

Mit Ihren Daten gehen wir selbstverständlich vertraulich um und werden sie nicht an Dritte weiterreichen. **Wir unterliegen der Schweigepflicht.**

Außerdem möchten wir Sie bitten, einen Code zu verfassen, den nur Sie wieder erkennen können. Der Code ist wichtig, damit wir uns im Interview auf Ihren persönlichen Fragebogen beziehen können. Ihr selbstverfasster Code setzt sich wie folgt zusammen:

Jeweils die ersten beiden Buchstaben Ihres Vornamens **und** die letzten beiden Buchstaben Ihres Nachnamens **und** Ihr sechsstelliges Geburtsdatum.

Beispiel: Lieschen Mueller, geb. am 05.01.77 hat folgenden Code: LIER050177.

Bitte schreiben Sie hier Ihren Code hin: _____

Voraussetzung für die Interviewauslösung sind ein komplett ausgefüllter Fragebogen und der Code.

Der Studi-Fragebogen

1. Geschlecht

 weiblich
 männlich

2. Alter

___ Jahre

3. Aktuelles Fachsemester

___ Sem.

4. Ihr Hauptstudienfach:

 Ingenieurwissenschaften
 Sprach- und Kulturwissenschaften
 Mathe, Naturwissenschaften
 Medizin
 Jura, Wirtschaftswissenschaften
 Sozialwissenschaften, Psychologie, Pädagogik

4a. An welcher Hochschule studieren Sie zur Zeit? (Bitte Hochschulnamen und Ort eintragen)

An der _____

in _____

5. Mit welcher Religion sind Sie aufgewachsen?

 Römisch-Katholisch
 Protestantisch (Religion erlaubt alkoholische Getränke)
 Protestantisch (Religion erlaubt keine alkoholischen Getränke)
 Muslimisch
 Keine
 Andere Religion (bitte eintragen) _____

6. Wie wichtig ist Religion für Sie?

 Sehr wichtig
 Mäßig wichtig
 Weniger wichtig
 Nicht wichtig

7. Sind Sie Mitglied einer Burschenschaft oder Schwesternschaft/ Studentenverbindung?

 Ja
 Nein, nicht mehr.
 Nein, noch nie.

Wie sind die **ersten beiden Stellen der Postleitzahl** Ihrer Uni/ FH ?

Zuerst möchten wir Sie gerne zu Ihren Trinkgewohnheiten befragen.

Ein „alkoholisches Getränk“ bedeutet:

ein kleines Bier (0,25 l)

ein Glas Sekt/ Wein (0,125 l)

ein Schnaps (4 cl)

8. Denken Sie bitte an die letzten 14 Tage (2 Wochen). Wie oft haben Sie wie viele alkoholische Getränke *hintereinander* bei einer Gelegenheit getrunken? (Bitte antworten Sie in der Reihe, die auf Sie zutrifft.)

	gar nicht	Einmal	Zweimal	3-5 Mal	6-9 Mal	10 Mal oder mehr
4 Getränke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Getränke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mehr als 5 Getränke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Sie in Frage 8 „Gar nicht“ geantwortet haben, gehen Sie bitte zu Frage 12. Andernfalls machen Sie bitte bei Frage 9 weiter.

9. Welche Art von Alkohol haben Sie bei solchen Gelegenheiten getrunken, wo Sie vier oder mehr alkoholische Getränke hintereinander hatten? (Mehrfachnennung möglich)

 Bier
 Bier-Mixgetränk (z. B. Mixery u.Ä.)
 Wein
 Sekt
 Cocktails
 Schnaps (z. B. Feigling, Tequila u.Ä.)
 Schnaps-Mixgetränk (z. B. Smirnoff Ice u.Ä.)

10. Wie viele Getränke hatten Sie, als Sie das letzte Mal vier oder mehr alkoholische Getränke hintereinander getrunken haben?

 4 Getränke
 5 Getränke
 6 Getränke
 7 Getränke
 8 Getränke
 9 Getränke
 10-14 Getränke
 15 oder mehr Getränke

11. Wie lange haben Sie gebraucht, um die Anzahl der unter Frage 10 angegebenen Getränke zu trinken?

 1 Stunde oder weniger
 2 Stunden
 3 Stunden
 4 Stunden
 5 Stunden
 6 Stunden oder mehr

Die folgenden Fragen sind für alle Teilnehmer bestimmt.

12 Wie beschreiben Sie sich selbst anhand der folgenden Begriffe bezüglich Ihres momentanen Gebrauchs von Alkohol? (Bitte nur eine Antwort wählen.)

Abstinenter

Abstinenter-ehemaliger Problemtrinker

Seltener Alkoholkonsument

Leichter Alkoholkonsument

Mäßiger Alkoholkonsument

Starker Alkoholkonsument

Problemtrinker

13. Nach wie vielen Getränken fühlen Sie sich im Allgemeinen betrunken? (z. B. lallend, schwankend, schwindelig oder Übelsein.)

Ich trinke nicht 6 Getränke

1 Getränk 7 Getränke

2 Getränke 8 Getränke

3 Getränke 9 Getränke

4 Getränke 10 Getränke oder mehr

5 Getränke Ich weiß nicht

14. Wie hat sich Ihr Trinkverhalten verglichen mit dem Anfang Ihres Studiums (Seit Beginn d. 1. Semesters) geändert?

Ich trinke jetzt mehr.

Es hat sich nicht geändert.

Ich trinke jetzt weniger.

Ich trinke keinen Alkohol mehr.

Ich trinke keinen Alkohol.

15 Wann haben Sie zuletzt ein alkoholisches Getränk zu sich genommen?

Ich habe noch nie eins getrunken → gehen Sie zu Frage 54

Nicht im letzten Jahr (ab heute gezählt) → gehen Sie zu Frage 54

Vor mehr als 30 Tagen, aber noch innerhalb des letzten Jahres → gehen Sie zu Frage 21

Vor mehr als einer Woche, aber in den letzten 30 Tagen → gehen Sie zu Frage 16

Innerhalb der letzten 7 Tage → gehen Sie zu Frage 16

Bearbeiten Sie bitte die Fragen 16 bis 20, wenn Sie in den letzten 30 Tagen ein alkoholisches Getränk getrunken haben.

16 Bei wie vielen Gelegenheiten haben Sie in den letzten 30 Tagen ein alkoholisches Getränk getrunken? (Bitte nur eine Antwort wählen.)

1 bis 2 Gelegenheiten

3 bis 5 Gelegenheiten

6 bis 9 Gelegenheiten

10 bis 19 Gelegenheiten

20 bis 39 Gelegenheiten

40 o. mehr Gelegenheiten

17. Bei den Gelegenheiten, an denen Sie in den letzten 30 Tagen Alkohol tranken, wie viele Getränke hatten Sie normalerweise im Durchschnitt? (Bitte nur eine Antwort wählen.)

1 Getränk 6 Getränke

2 Getränke 7 Getränke

3 Getränke 8 Getränke

4 Getränke 9 Getränke

5 Getränke 10 Getränke oder mehr

18. Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen genug Alkohol getrunken, um betrunken zu sein? (Mit betrunken meinen wir z. B. schwankend, schwindelig oder Übelsein.) (Bitte nur eine Antwort wählen.)

1 bis 2 Gelegenheiten

3 bis 5 Gelegenheiten

6 bis 9 Gelegenheiten

10 bis 19 Gelegenheiten

20 bis 39 Gelegenheiten

40 o. mehr Gelegenheiten

Gar nicht

19. Wie viele alkoholische Getränke hatten Sie das letzte Mal, als Sie innerhalb der letzten 30 Tage an einer der folgenden Veranstaltungen/ Feten teilnahmen? (Bitte wählen Sie in jeder Reihe eine Antwort.)

	Ich nahm teil und hatte						Nicht teilgenommen
	keine alk. Getränke	1 oder 2 alk. Getränke	3 Getränke	4 Getränke	5 oder mehr Getränke		
a. Studentenwohnheim-Party	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b. Verbindungs-Party	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
c. Uni-Party	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
d. Sportveranstaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
e. Kneipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
f. Privatparty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
g. Diskothek/ Club	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
h. Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

20. Haben Sie in den letzten 30 Tagen folgende Angebote genutzt?

	Ja	Nein
a. Happy Hours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Niedrig-Preis-Veranstaltungen (ladies nights, Erstsemesterermäßigung usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Eintritt inkl. frei trinken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Wenig Eintritt und frei trinken auf Privatparty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Wenig Eintritt und frei trinken auf einer Burschenschafts- oder Schwesternschaftsparty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Frei Trinken ohne Eintritt auf einer Burschenschafts- oder Schwesternschaftsparty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Frei Trinken ohne Eintritt auf einer Privatparty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bearbeiten Sie bitte die Fragen 21 bis 53, wenn Sie entweder innerhalb des letzten Jahres oder in den letzten 30 Tagen ein alkoholisches Getränk getrunken haben.

Kreuzen Sie bitte die entsprechende Antwortnummer im jeweils dafür vorgesehenen Kästchen an.

- 1= **Nein, nie.**
- 2= **Ja, aber nicht im letzten Jahr (ab heute gezählt).**
- 3= **Ja, einmal im letzten Jahr.**
- 4= **Ja, zweimal im letzten Jahr.**
- 5= **Ja, dreimal oder mehr im letzten Jahr.**

<p>21. Sind Sie selber Auto gefahren, obwohl Sie zu viel getrunken hatten, um noch sicher zu fahren?</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<p>22. Hatten Sie Kopfschmerzen oder einen „Kater“ am Morgen, nachdem Sie getrunken haben?</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<p>23. Hatten Sie Magenbeschwerden oder haben Sie sich erbrochen, nachdem Sie getrunken haben?</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>24. Sind Sie zu spät zur Vorlesung gekommen, weil Sie getrunken hatten, einen Kater oder eine durch das Trinken verursachte Krankheit hatten?</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<p>25. Sind Sie nicht zu einer Vorlesung gegangen, weil Sie getrunken hatten, einen Kater oder eine durch das Trinken verursachte Krankheit hatten?</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<p>26. Haben Sie sich geprügelt, als Sie getrunken hatten?</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>27. Haben Sie wegen Ihres Trinkens einen Job verloren?</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<p>28. Sind Sie unhöflich, beleidigend oder unausstehlich geworden, nachdem Sie getrunken hatten?</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<p>29. Haben Sie an Trinkwettkämpfen oder an Trinkspielen teilgenommen (z.B. Mäxchen)?</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>30. Haben Sie Eigentum beschädigt, falschen Alarm ausgelöst oder andere derartige Dinge getan, nachdem Sie getrunken hatten?</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<p>31. Haben sich Ihr Partner/ Ihre Partnerin, Ihre Eltern oder andere nahe Personen bei Ihnen wegen Ihres Alkoholkonsums beschwert?</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<p>32. Hat Ihr Trinken Probleme zwischen Ihnen und Ihrem Partner/ Ihrer Partnerin oder Ihren Eltern hervorgerufen?</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>33. Haben Sie Freunde (auch Partner/ Partnerin) wegen Ihres Trinkens verloren?</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<p>34. Haben Sie Ihre Pflichten, Ihre Familie, Ihre Arbeit oder Ihr Studium für nacheinander zwei Tage oder mehr wegen Ihres Trinkens vernachlässigt?</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<p>35. Sind Sie durch das Trinken in sexuelle Situationen geraten, die Sie später bereuten?</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>36. Sind Sie nach einer durchzechten Nacht morgens aufgewacht und konnten sich nicht mehr an alles lückenlos erinnern?</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<p>37. Zitterten Sie, nachdem Sie aufgehört hatten, Alkohol zu trinken oder Ihren Konsum reduzierten? (z. B. so, dass Ihre Kaffeetasse auf der Untertasse klirrte)</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<p>38. Haben Sie das Gefühl gehabt, dass Sie sofort nach dem Aufstehen einen Drink brauchten (vor dem Frühstück)?</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>39. Haben Sie während des Trinkens Dinge gesagt, die Sie später bereuten?</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<p>40. Hatten Sie, weil Sie betrunken waren, mit jemandem sexuellen Kontakt, den Sie mit dieser Person normalerweise nicht gehabt hätten?</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<p>41. Sind Sie zu sexuellen Handlungen mit jemandem genötigt oder gezwungen worden, weil Sie zu betrunken waren, um das zu verhindern?</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>

42. Haben Sie jemanden zu sexuellen Handlungen genötigt oder gezwungen, nachdem Sie getrunken haben?

1 2 3 4 5

Ab hier wählen Sie bitte folgende Antwortmöglichkeiten:

1= Nein, nie.

2= Ja, aber nicht im letzten Jahr.

3= Ja, im letzten Jahr.

43. Haben Sie bemerkt, dass Sie größere Mengen Alkohol brauchen als andere Leute, um irgend einen Effekt zu spüren?

1 2 3

44. Haben Sie bemerkt, dass Sie mit Ihrer gewohnten Trinkmenge nicht länger betrunken sein können?

1 2 3

45. Haben Sie schon einmal gedacht, dass Sie alkoholabhängig sein könnten?

1 2 3

46. Hat ein Arzt Ihnen gesagt, dass Ihr Trinken Ihrer Gesundheit schadet?

1 2 3

47. Sind Sie zu jemandem gegangen, der Ihnen helfen sollte, Ihr Trinken zu kontrollieren?

1 2 3

48. Haben Sie aus Sorge um Ihr Trinken an Treffen einer Selbsthilfegruppe (z. B. Anonyme Alkoholiker) teilgenommen?

1 2 3

49. Haben Sie professionelle Hilfe wegen Ihres Trinkens aufgesucht (z. B. Gespräch mit einem Arzt, Psychologen, Psychiater, Suchtberater, Geistlichen)?

1 2 3

50. Glauben Sie, dass Ihre leiblichen Eltern alkoholabhängig waren oder sind?

Ja, Mutter Ja, Vater

Ja, beide Nein

Weiß nicht

51. Wenn ... in den letzten 12 Monaten einmal weniger als üblich oder nichts getrunken haben: Haben Sie dann eine oder mehrere der folgenden Beschwerden bei sich beobachtet? (Mehrere Antwortmögl.)

Schwitzen/erhöhter Puls

Zittern

Schlaflosigkeit

Übelkeit oder Erbrechen

Körperliche Unruhe („Zappeln“)

Angst

Epileptische Anfälle

Episodische Halluzinationen

Keine dieser Beschwerden sind vorgekommen.

52. Möchten Sie Ihre Trinkgewohnheiten so ändern, dass Sie zu bestimmten Zeiten weniger oder gar nicht mehr trinken?

Ja

Nein

Weiß nicht!

53. Meinen Sie, dass Sie Ihre Trinkgewohnheiten ändern werden?

Nein

Eher nicht

Vielleicht

Eher ja

Ja

Die folgenden Fragen sind wieder für alle Teilnehmer bestimmt.

54. Stellen Sie sich eine Situation vor, in der Sie auf den Konsum von Alkohol verzichten. Welcher der folgenden Gründe ist in dieser Situation so wichtig für Sie, dass Sie nichts trinken? (Bitte wählen Sie in jeder Reihe eine Antwort)

	Sehr wichtig	Wichtig	Etwas wichtig	Nicht wichtig	Nicht zutreffend
a. Trinken widerspricht meiner Religion.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Trinken widerspricht meinen Werte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Menschen aus meiner Familie hatten/ haben Probleme mit Alkohol.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Ich muss Auto fahren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Es kostet zu viel Geld.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Ich mag den Geschmack nicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Meine Freunde trinken nicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Ich möchte niemanden enttäuschen, der mir wichtig ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Ich gehe zu einem Rendezvous.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Es ist schlecht für meine Gesundheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Es behindert mein Studium.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Es behindert meine sportlichen Tätigkeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Ich habe beschlossen, mich einzuschränken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Ich will nicht die Kontrolle verlieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Ich habe in letzter Zeit zu viel getrunken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. Ich hatte Probleme mit Alkohol.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q. Es macht dick.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r. Es macht mich am nächsten Tag „unfir“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte schätzen Sie nun ein, wie oft und wie viel andere Personen trinken.

55. Bitte schätzen Sie ein: Ein durchschnittlicher Studierender in Ihrem Alter gleichen Geschlechts trinkt (nur eine Antwort):

gar nicht

weniger als einmal im Monat

einmal im Monat

zwei- oder dreimal im Monat

ein- oder zweimal die Woche

drei- oder viermal die Woche

nahezu täglich

täglich

56. Die Mehrzahl Ihrer Freunde trinkt (bitte nur eine Antwort):

gar nicht

weniger als einmal im Monat

einmal im Monat

zwei- oder dreimal im Monat

ein- oder zweimal die Woche

drei- oder viermal die Woche

nahezu täglich

täglich

57. Wie viel trinken diese Freunde im Durchschnitt an einem typischen Abend am Wochenende?

kein Glas* 11-12 Gläser

1-2 Gläser 13-14 Gläser

3-4 Gläser 15-16 Gläser

5-6 Gläser 17-18 Gläser

7-8 Gläser 19 oder mehr

9-10 Gläser Gläser

* Ein Glas Alkohol:
ein kleines Bier (0,25 l)
ein Glas Sekt/ Wein (0,125 l)
ein Schnaps (4 cl)

58. Schätzen Sie bitte in Prozent ein, wie das Verhältnis bezüglich folgender Gruppen an Ihrer Hochschule ist:

Abstinenzler (Studierende, die keinen Alkohol trinken) _____ %

Studenten, die „normal“ trinken _____ %

Studenten, die mehr trinken, als sie sollten. _____ %

100 %

59. Wie viel Alkohol trinken Sie im Vergleich zum Alkoholkonsum a) Ihrer Kommilitonen und b) Ihrer Freunde?

	viel weniger als die meisten	weniger als die meisten	etwas weniger als die meisten	so viel/ wenig wie die meisten	etwas mehr	mehr als die meisten	viel mehr als die meisten
	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽
a) Kommilitonen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Freunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wir möchten Sie nun gerne zum Thema Rauchen befragen.

60. Bitte schätzen Sie ein: Ein durchschnittlicher Studierender in Ihrem Alter gleichen Geschlechts raucht etwa (bitte nur eine Antwort):

gar nicht

gelegentlich

nahezu täglich

täglich

61. Ihre besten Freunde rauchen im Durchschnitt etwa (bitte nur eine Antwort):

gar nicht

gelegentlich

nahezu täglich

täglich

62. Wann fängt ein durchschnittlicher rauchender Studierender Ihrer Meinung nach mit dem Rauchen an?

Mit _____ Jahren.

63. Was trifft auf Sie zu (bitte nur eine Antwort)?

Ich habe noch nie geraucht.

Ich habe ein paar Mal geraucht.

Ich bin Ex-Raucher.

Ich bin Gelegenheitsraucher.

Ich bin täglicher Raucher.

64. Seit wie vielen Jahren rauchen Sie?

Seit _____ Jahren.

Bitte beantworten Sie Fragen 64 bis 73 nur, wenn Sie **täglicher Raucher** sind. Wenn nicht, gehen Sie bitte weiter zu Frage 74.

65. Möchten Sie weniger rauchen bzw. ganz mit dem Rauchen aufhören?

Ja

Nein

Vielleicht

66. Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

Etwa _____ Stück.

67. Welche der folgenden Antworten beschreibt am besten Ihr Rauchverhalten? (Bitte in jedem Block eine Antwort)

Ich rauche an der Uni weniger als zu Hause. Ich rauche weniger, wenn ich Alkohol trinke.

Ich rauche an der Uni mehr als zu Hause. Ich rauche mehr, wenn ich Alkohol trinke.

Ich rauche an beiden Plätzen gleich viel. Ich rauche in beiden Situationen gleich viel. Ich trinke keinen Alkohol.

Ich rauche weniger, wenn ich alleine bin. Ich rauche weniger, wenn andere Raucher dabei bin.

Ich rauche mehr, wenn ich alleine bin. Ich rauche mehr, wenn andere Raucher dabei sind.

Ich rauche in beiden Situationen gleich viel. Ich rauche die gleiche Menge in beiden Situationen.

68. Wie hat sich Ihr Rauchverhalten verglichen mit dem Anfang Ihres Studiums (1. Semester) geändert?

Ich rauche jetzt mehr.

Mein Rauchverhalten hat sich nicht geändert.

Ich rauche jetzt weniger.

69. Wie werden Sie in Zukunft mit dem Rauchen umgehen? (Bitte nur eine Antwort wählen)

Ich werde weiter rauchen wie bisher.

Ich werde in den nächsten 6 Monaten meinen Konsum reduzieren.

Ich werde in den nächsten 30 Tagen meinen Konsum reduzieren.

Ich werde ganz aufhören, aber nicht in den nächsten 6 Monaten.

Ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten aufzuhören.

Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen aufzuhören.

70. Meinen Sie, dass Sie Ihre Rauchgewohnheiten ändern werden?

Nein

Eher nicht

Vielleicht

Eher ja

Ja

71. Wann nach dem Aufstehen haben Sie im Allgemeinen in den letzten 30 Tagen Ihre erste Zigarette geraucht?

Innerhalb der ersten 15 Minuten

Innerhalb der ersten 16-30 Minuten

Innerhalb der ersten 31-60 Minuten

Nach mehr als 60 Minuten

Ich rauche erst ab ca. ___ Uhr (bitte eintragen)

72. Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen versucht, mit dem Rauchen aufzuhören und haben für mind. 24 Std. durchgehalten?

einmal viermal

zweimal fünfmal und mehr

dreimal gar nicht

73. Rauchen Sie am frühen Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?

Ja

Nein

Wir möchten Sie nun zum Thema Cannabis befragen. Bitte bedenken Sie, dass die Befragung anonym ist.

74. Bei wie vielen Gelegenheiten in Ihrem Leben haben Sie Cannabis konsumiert (Marihuana, Haschisch, Pot, Gras)?

Noch nie

bei 1-2

bei 3-5

bei 6-9

bei 10-15

bei 16-20

bei 21-39

bei 40 oder mehr Gelegenheiten

75. Bei wie vielen Gelegenheiten im letzten Jahr haben Sie Cannabis konsumiert?

Bei keiner Gelegenheit

bei 1-2

bei 3-5

bei 6-9

bei 10-15

bei 16-20

bei 21-39

bei 40 oder mehr Gelegenheiten

76. Bitte schätzen Sie ein: Wie riskant ist es für die eigene Gesundheit, wenn man Cannabis einmal probiert?

Kein Risiko

Geringes Risiko

Mäßiges Risiko

Großes Risiko

77. Wie riskant ist es Ihrer Meinung nach für die eigene Gesundheit, wenn man Cannabis gelegentlich konsumiert (1-2x im Monat)?

Kein Risiko

Geringes Risiko

Mäßiges Risiko

Großes Risiko

78. Was meinen Sie, wie riskant es für die eigene Gesundheit ist, wenn man Cannabis regelmäßig (mind. 1x die Woche) konsumiert?

Kein Risiko

Geringes Risiko

Mäßiges Risiko

Großes Risiko

79. Wie hat sich Ihr Cannabis-Konsum verglichen mit dem Anfang Ihres Studiums (1. Semester) geändert?

Ich konsumiere jetzt mehr.

Der Konsum hat sich nicht geändert.

Ich konsumiere jetzt weniger.

Ich konsumiere nicht mehr.

Ich konsumiere kein Cannabis.

80. Wie schwer wäre es für Sie, innerhalb von 24 Stunden Cannabis zu bekommen, wenn Sie welches wollten?

Wahrscheinlich unmöglich

Sehr schwierig

Eher schwierig

Eher leicht

Sehr leicht

Nun geht es um verschiedene andere psychotrope Substanzen.
Bitte bedenken Sie, dass der Fragebogen anonym ist.

81. Bei wie vielen Gelegenheiten in Ihrem Leben haben Sie die folgenden Substanzen konsumiert?

	noch nie	bei 1-2	bei 3-5	bei 6-9	bei 10-15	bei 16-20	bei 21-39	bei 40 o. mehr
Amphetamine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beruhigungsmittel/ Tranquillizer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecstasy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kokain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opiate (z. B. Heroin, Methadon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

82. Bei wie vielen Gelegenheiten im letzten Jahr haben Sie die folgenden Substanzen konsumiert?

	noch nie	bei 1-2	bei 3-5	bei 6-9	bei 10-15	bei 16-20	bei 21-39	bei 40 o. mehr
Amphetamine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beruhigungsmittel/ Tranquillizer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecstasy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kokain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opiate (z. B. Heroin, Methadon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

83. Wie schwer wäre es für Sie, innerhalb von 24 Stunden folgende Substanzen zu bekommen, wenn Sie welche wollten?

	Wahrscheinlich unmöglich	Sehr schwierig	Eher schwierig	Eher leicht	Sehr leicht
Amphetamine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beruhigungsmittel/ Tranquillizer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecstasy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kokain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opiate (z. B. Heroin, Methadon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

84. Wie hat sich Ihr Konsum der angegebenen Substanzen verglichen mit dem Anfang Ihres Studiums (1. Semester) geändert?

	jetzt mehr	nicht geändert	jetzt weniger	nicht mehr	konsumiere gar nicht
Amphetamine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beruhigungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecstasy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kokain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opiate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die folgenden Fragen befassen sich mit Ihrem Essverhalten.

85. Wie oft trafen die folgenden Aussagen in den letzten 30 Tagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an.

	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie
a. Ich fürchte mich davor, Übergewicht zu haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Ich vermeide es zu essen, wenn ich hungrig bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Ich hatte Fressanfälle, bei denen ich nicht mehr aufhören konnte zu essen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Ich zerteile mein Essen in kleine Stücke.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Ich kenne den Kaloriengehalt der Nahrungsmittel, die ich esse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Ich vermeide speziell kohlenhydratreiche Nahrung (z. B. Brot, Reis, Kartoffeln)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Ich denke, dass andere es gerne sähen, wenn ich mehr essen würde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Ich erbreche nach dem Essen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Nachdem ich gegessen habe, fühle ich mich deswegen schuldig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Mich beschäftigt der Wunsch, dünner zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Wenn ich in Bewegung bin, denke ich an die dabei verbrauchten Kalorien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Andere Menschen sind der Meinung, dass ich zu dünn bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Ich beschäftige mich mit dem Gedanken, Fett am Körper zu haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Ich brauche mehr Zeit als andere zum Essen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Ich vermeide Nahrungsmittel, die Zucker enthalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. Ich habe das Gefühl, dass das Essen mein Leben beherrscht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q. Ich kontrolliere mein Essverhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r. Ich habe das Gefühl, dass die anderen mich drängen zu essen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

85. Wie oft trafen die folgenden Aussagen in den letzten 30 Tagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an.

	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie
s. Ich verwende zu viel Zeit und zu viele Gedanken an das Essen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
t. Ich fühle mich unwohl, wenn ich Süßigkeiten gegessen habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
u. Mein Essverhalten beschäftigt mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
v. Ich habe es gern, wenn mein Magen leer ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
w. Ich probiere gern neues, reichhaltiges Essen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
x. Nach dem Essen habe ich den Drang, mich zu übergeben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
y. Ich esse Süßigkeiten und Kohlenhydrate, ohne nervös zu werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
z. Ich glaube, mein Bauch ist zu dick.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a2. Ich esse, wenn ich beunruhigt bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b2. Ich stopfe mich mit Essen voll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c2. Ich denke über Diäten nach.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d2. Ich denke, meine Oberschenkel sind zu dick.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e2. Ich fühle mich sehr schuldig, wenn ich zu viel gegessen habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f2. Ich habe fürchterliche Angst, an Gewicht zuzunehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g2. Ich bin mit meiner Figur zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h2. Ich messe dem Körpergewicht zu viel Bedeutung bei.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i2. Ich kenne Fressanfälle, bei denen ich meinte, nicht mehr aufhören zu können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j2. Ich mag die Form von meinem Po.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k2. Ich habe den Wunsch, dünner zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l2. Ich denke, meine Hüften sind zu breit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m2. Ich esse gezügelt in Gegenwart anderer u. stopfe mich voll, wenn sie weg sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n2. Wenn ich ein Pfund zunehme, habe ich Angst, dass es so weiter geht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o2. Ich denke daran, Erbrechen auszuprobieren, um Gewicht zu verlieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p2. Ich esse oder trinke heimlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

86. Wie finden Sie Ihr Aussehen zur Zeit?

Sehr gut

Gut

Befriedigend

Schlecht

Sehr schlecht

87. Wie beurteilen Sie Ihr derzeitiges Körpergewicht?

Zu hoch

Gerade richtig

Zu niedrig

88. Wo essen Sie zu Mittag **oder zu Abend (warm) und wie oft in der Woche? (Zutreffende Anzahl der warmen Mahlzeiten eintragen – bezogen auf eine 7-Tage-Woche (Mo-So), mehrere Antworten möglich)**

bei meinen Eltern _____ Mal

bei mir zu Hause _____ Mal

in der Mensa _____ Mal

in der Stud.-Cafeteria _____ Mal

im Restaurant/ Bistro/ Kneipe o. Ä. _____ Mal

im Schnellimbis _____ Mal

Selbstverpflegung unterwegs _____ Mal

89. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

	trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft völlig zu
a. Ich esse täglich Obst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Ich esse täglich Gemüse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Ich ernähre mich täglich weitgehend fettarm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Ich frühstücke täglich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Ich esse täglich Süßigkeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Ich esse täglich eine warme Mahlzeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Ich achte täglich auf eine vitamin- und nährstoffreiche Ernährung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Ich nehme täglich mind. 2 Liter Flüssigkeit zu mir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Ich nehme mir täglich Zeit zum Essen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Ich esse täglich eher „zwischen Tür und Angel“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Ich esse täglich „fast food“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Ich esse täglich zu regelmäßigen Uhrzeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Seit Beginn des Studiums leide ich unter gelegentlichen Magenschmerzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Seit Studienbeginn habe ich Magenschleimhautentzündung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

91. Wie hat sich Ihr Essverhalten verglichen mit dem Anfang Ihres Studiums (1.Semester) geändert?

Ich esse jetzt mehr.

Mein Essverhalten hat sich nicht geändert.

Ich esse jetzt weniger.

92. Haben Sie schon einmal gedacht, dass Sie eine Essstörung haben könnten?

Ja, seit _____ Jahren (bitte eintragen)

Ich vermute so etwas, habe aber keine genaue Diagnose.

Nein, nicht mehr.

Nein.

Die folgenden Fragen befassen sich mit Ihrer Internetnutzung.

93. Bitte geben Sie nun Auskunft über Ihren Umgang mit dem Internet.

	Ja	Manchmal	Nein
a. Geht Ihnen das Internet im Alltag nicht aus dem Kopf? (Denken z. B. über zukünftige Online-Aktivität nach oder bereiten sich gedanklich auf die nächste Online-Sitzung vor?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Haben Sie bemerkt, dass Sie länger im Internet bleiben, um ein Gefühl von Zufriedenheit zu erlangen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Haben Sie wiederholt erfolglos versucht, Ihre Internetnutzung zu kontrollieren, einzuschränken oder zu beenden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Fühlen Sie sich rastlos, traurig, deprimiert oder sind Sie reizbar, wenn Sie versuchen, die Internetnutzung einzuschränken oder zu beenden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Bleiben Sie länger im Internet, als Sie eigentlich beabsichtigt haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Haben Sie wegen des Internets wichtige Beziehungen, Ihre Arbeit, Ihre Karriere oder Ihr Studium vernachlässigt, gefährdet oder riskiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Haben Sie Familienmitglieder, Therapeuten oder andere belogen, um das Ausmaß Ihres Internetgebrauchs zu verheimlichen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Benutzen Sie das Internet als einen Fluchtweg vor Problemen oder als Erleichterung von Niedergeschlagenheit? (z. B. Gefühle der Hilflosigkeit, Schuld, Angst oder Depression)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

94. Bitte kreuzen Sie das für Sie Zutreffende an.

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
a. Sind Sie täglich mehr als 4 Stunden online?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Vernachlässigen Sie Haushaltspflichten, um länger online zu sein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Bevorzugen Sie Erregung durch das Internet der Intimität mit Ihrem Partner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Schließen Sie neue Freundschaften mit netten Online Usern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Beschweren sich andere in Ihrem Leben über die lange Zeit, die Sie im Internet verbringen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Leidet Ihr Studium unter der Länge der Zeit, die Sie im Internet sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Checken Sie Ihre Emails, bevor Sie irgendetwas anderes tun, was wichtig ist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Werden Sie defensiv oder geheimnisvoll, wenn Sie jemand fragt, was Sie online machen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Verdrängen Sie störende Gedanken über Ihr Leben mit beruhigenden Gedanken aus dem Internet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Ertappen Sie sich beim Planen, wann Sie wieder online gehen können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Denken Sie, dass das Leben ohne Internet langweilig, leer und freudlos ist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Fahren Sie Leute an, schreien Sie oder sind ärgerlich, wenn jemand Sie stört, während Sie online sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Verzögern Sie das Schlafengehen wegen spätem Internetsurfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Fantasieren Sie, während Sie offline sind darüber, online zu sein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Sagen Sie „nur noch ein paar Minuten“, wenn Sie online sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. Versuchen Sie, das Ausmaß der Internetnutzung einzuschränken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q. Versuchen Sie zu verbergen, wie lange Sie online waren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r. Entscheiden Sie sich, online zu bleiben, statt mit anderen auszugehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s. Fühlen Sie sich deprimiert, traurig oder nervös, wenn Sie offline sind, und geht dies alles weg, wenn Sie wieder online sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nun geht es um Ihre Sichtweise in punkto Suchtmittel und Studierende.

95. Bitte schätzen Sie ein, inwiefern der Alkoholkonsum ein Problem für Studierende Ihrer Universität/Fachhochschule ist.

Ein Hauptproblem

Ein Problem

Ein geringes Problem

Kein Problem

96. Bitte schätzen Sie ein, inwiefern der Nikotinkonsum ein Problem für Studierende Ihrer Universität/Fachhochschule ist.

Ein Hauptproblem

Ein Problem

Ein geringes Problem

Kein Problem

97. Bitte schätzen Sie ein, inwiefern der Konsum illegaler Drogen ein Problem für Studierende Ihrer Universität/Fachhochschule ist.

Ein Hauptproblem

Ein Problem

Ein geringes Problem

Kein Problem

98. Haben Sie Interesse an folgenden Gruppen- bzw. Kursangeboten?

	Ja	Nein
a. Tanz, Fitness, Aerobic	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Mannschaftssportarten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Schwimmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Kampfsport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Selbstverteidigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Wirbelsäulengymnastik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Entspannungstraining	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Stressbewältigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Gesunde Ernährung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Vorträge zum Thema Gesundheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Raucherentwöhnungskurse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Selbstsicherheitstraining	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. „Ohne Süchte leben“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Kreatives Malen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Kreatives Schreiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

99. Wie hoch ist Ihr Interesse an einer persönlichen Beratung durch Fachleute in den folgenden Bereichen?

	sehr hoch	hoch	mittel	niedrig	sehr niedrig
a. Beziehung, Partnerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Sexualität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Sexuelle Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Verhütung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Stressbewältigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Lebensführung (z.B. Finanzierung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Schwangerschaft/ Kindererziehung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Studienaufbau, -verlauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Ernährung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Lebenskrise, Belastungssituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Psychische Probleme (Ängste, Depressionen usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Suchtmittel, Drogen, Alkohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Probleme mit Suchtmitteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Probleme mit dem Essverhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Probleme mit suchtnahen Verhaltensweisen (Spielen, Arbeiten etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

100. Nehmen Sie zur Zeit Beratung durch Fachleute in Anspruch?

Ja

Nein

101. Haben Sie schon einmal eine Beratung in Anspruch genommen?

Ja

Nein

102. Wenn Sie ein Problem hätten, würden Sie eine Beratungsstelle aufsuchen?

Ja

Nein

weiß nicht

103. Falls Sie in Frage 102 „Nein“ oder „Weiß nicht“ geantwortet haben, was würde Ihnen den Besuch einer Beratungsstelle erschweren? (Mehrere Antworten möglich)

a. Ich kenne keine Beratungsstelle.

b. Es wäre mir unangenehm, mich Fremden anzuvertrauen.

c. Ich hätte kein Zutrauen in Beratungsstellen.

d. Ich hätte Angst, dass die Daten nicht vertraulich behandelt werden.

e. Ich hätte Zweifel an der Ausbildung der Berater.

f. Es wäre mir peinlich, als hilfebedürftig zu gelten.

g. Ich wüsste nicht, ob Kosten entstehen.

h. Ich habe schlechte Erfahrungen gemacht.

i. Ich habe keinen Beratungsbedarf

j. Andere Gründe

Zum Schluss bitten wir Sie, noch einige Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Lebenssituation zu machen.

104. Mit wem wohnen Sie während des Semesters zusammen? (Bitte nur eine Antwort)

Mit dem Partner/ der Partnerin

Mit meinen Kindern

Mit meinen Kindern und dem Partner/ der Partnerin

Mit meinen Eltern

Alleine

Mit noch anderen Personen.

105. Wo wohnen Sie während des Semesters?

Im Studentenwohnheim

In einer Wohngemeinschaft

Bei meinen Eltern

In einer Wohnung

In einem Zimmer

Woanders als in genannten

106. Welchen Abschluss streben Sie an? (Haben Sie bereits einen Abschluss, nennen Sie denjenigen, den Sie als nächsten anstreben.)

Bachelor 01

FH-Diplom 02

Diplom an einer Universität o. Ä. 03

Magister 04

Staatsexamen (außer Lehramt) 05

Staatsexamen für Lehramt 06

Kirchliche Prüfung 07

Promotion 08

Abschluss eines Aufbau-/ Ergänzungs-/ Zusatzstudiums (Master) 09

Andere 10

Keinen Abschluss 11

107. Seit wie vielen Semestern (einschl. Wintersemester 2002/03) sind Sie im derzeitigen Studiengang eingeschrieben?

Seit _____ Semestern.

108. Wie viele Semester sind Sie bisher insgesamt an Hochschulen eingeschrieben? (Semesterzahl entsprechend Frage 107 plus ggf. frühere Semester in anderer Studiengang, Urlaubssemester u.a.)

Seit _____ Semestern.

109. Haben Sie bereits ein Hochschulstudium erfolgreich abgeschlossen?

ja
 nein

Wenn ja:
Welche Abschlussprüfung haben Sie bestanden? (Bitte zutreffende Nummer aus Frage 106 eintragen) _____

110. Haben Sie seit Ihrer Erstmatrikulation das Studienfach oder den angestrebten Abschluss gewechselt?

nein
 ja, das Fach und den Abschluss
 ja, nur das Fach
 ja, nur den Abschluss

111. Haben Sie während Ihrer Studienzzeit innerhalb Deutschlands die Hochschule gewechselt?

ja
 nein

112. Haben Sie Ihr Studium zwischen- durch unterbrochen?

ja
 nein

Wenn ja: Aus welchem Grund haben Sie Ihr Studium unterbrochen (Mehrfachnennung möglich)?

a. Wehr- oder Zivildienst
 b. Schwangerschaft/Kindererziehung
 c. andere familiäre Gründe
 d. Probleme mit der körperlichen Gesundheit
 e. Probleme mit der psychischen Gesundheit
 f. finanzielle Probleme
 g. Zweifel am Sinn des Studiums
 h. um andere Erfahrungen zu sammeln
 i. sonstige Gründe

113. Wann werden Sie Ihren Abschluss voraussichtlich erreichen?

Ich bin im Abschlusssemester
 Im nächsten Semester
 Im übernächsten Semester
 In drei Semestern
 In vier Semestern
 In mehr als vier Semestern

114. Wie ist Ihre finanzielle Situation? (Mehrere Antworten möglich)

Ich erhalte BAföG
 Ich gehe nebenbei arbeiten.
 Ich habe ein Stipendium.
 Meine Eltern unterstützen mich.
 Mein Partner/ meine Partnerin unterstützt mich.
 Ich finanziere mich auf andere Weise als oben genannt.

115. Wie schätzen Sie Ihre körperliche Gesundheit ein?

ausgezeichnet
 gut
 mittelmäßig
 schlecht
 miserabel

116. Wie schätzen Sie Ihre psychische Gesundheit ein?

ausgezeichnet
 gut
 mittelmäßig
 schlecht
 miserabel

117. Womit beschäftigen Sie sich wie oft in Ihrer Freizeit?

	täglich	2-3x pro Woche	1x pro Woche	2-3x pro Monat	1x pro Monat	alle 2-6 Monate	weniger	gar nicht
a. lesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Musik hören	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. aktiv Musik in einem Chor machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. aktiv Musik in einer Band machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. aktiv Musik alleine machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Musik auflegen (DJ-ing)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Sport treiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. fernsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Computer (außer Arbeit mit dem PC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Kino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Theater/ Oper besuchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Selbst Theater spielen/ schauspielern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. kreatives Hobby (töpfern, Seidenmalerei u. Ä.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Besuch von Kneipe/ Bistro/ Café	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. Besuch von Diskothek/ Club	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q. Besuch von Partys (Rave, Techno usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r. Besuch von Privatpartys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s. shoppen/ bummeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
t. mit Freunden treffen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
u. Museum/ Ausstellungen besuchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
v. „abhängen“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
w. Politische Arbeit machen (ASTA, Parteipolitik)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
x. anderes Hobby	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

😊 **Wir möchten Ihnen herzlich für Ihre Mitarbeit danken!!!** 😊

Bitte denken Sie daran, auf der ersten Seite Ihren Code für ein Nachfolgeinterview einzutragen. Wir freuen uns, wenn Sie sich die Ergebnisse der Studie auf www.addiction.de anschauen. Viel Erfolg in Ihrem weiteren Studium!

B Kodierschema Fragebogen

Variablenname	Variablenlabel	Wertelabels
email	E-Mailadresse/ Telefonnummer	99= MD Bitte alles mit Kleinbuchstaben!
code1	Code KFH	
code2	Selbstgeschriebener Code	99= MD Bitte alles mit Kleinbuchstaben!
geschlec	1. Geschlecht	1= weiblich 2= männlich 99= MD
alter	2. Alter	in Zahlen eingeben 99= MD
semester	3. Aktuelles Fachsemester	in Zahlen eingeben 99= MD
fach	4. Hauptstudienfach	1=Ingenieurwissenschaften 2=Sprach- und Kulturwissenschaften 3=Mathe, Naturwissenschaften 4=Medizin 5=Jura, Wirtschaftswissenschaften 6=Sozialwissenschaften, Psychologie, Pädagogik 99= MD
uniwelch	4a. An welcher Hochschule?	1= Universität 2= FH 99= MD
uniwo	4a. Wo ist die Hochschule?	99= MD
reliwelc	5. Mit welcher Religion aufgewachsen?	1=Römisch-Katholisch 2=Protestantisch, Alkohol erlaubt 3=Protestantisch, Alkohol nicht erlaubt 4=Muslimisch 5=Keine 6=Andere Religion 99= MD
reliwich	6. Wie wichtig ist Religion?	1=sehr wichtig 2=mäßig wichtig 3=weniger wichtig 4=nicht wichtig 99= MD
verbindu	7. Mitglied in Verbindung?	1=ja 2=nein, nicht mehr 3=nein, noch nie 99= MD
plz	Die ersten beiden Postleitzahlen der Uni	33=Paderborn 50=Köln 52=Aachen 99= MD
getränk4	8. 4 Getränke	0=gar nicht 1=einmal 2=zweimal

		3=3-5 Mal 4=6-9 Mal 5=10 Mal oder mehr 99= MD
getränk5	8. 5 Getränke	0=gar nicht 1=einmal 2=zweimal 3=3-5 Mal 4=6-9 Mal 5=10 Mal oder mehr 99= MD
mehral5	8. mehr als 5 Getränke	0=gar nicht 1=einmal 2=zweimal 3=3-5 Mal 4=6-9 Mal 5=10 Mal oder mehr 99= MD
artbier	9. Bier	0=nicht zutreffend 1=angekreuzt 2=nicht angekreuzt 99= MD
artwein	9. Wein	0=nicht zutreffend 1=angekreuzt 2=nicht angekreuzt 99= MD
artcock	9. Cocktails	0=nicht zutreffend 1=angekreuzt 2=nicht angekreuzt 99= MD
artschna	9. Schnaps-Mixgetränk	0=nicht zutreffend 1=angekreuzt 2=nicht angekreuzt 99= MD
artbimix	9. Bier-Mixgetränk	0=nicht zutreffend 1=angekreuzt 2=nicht angekreuzt 99= MD
artsekt	9. Sekt	0=nicht zutreffend 1=angekreuzt 2=nicht angekreuzt 99= MD
artschn	9. Schnaps	0=nicht zutreffend 1=angekreuzt 2=nicht angekreuzt 99= MD
alkmenge	10. Wie viele Getränke das letzte Mal?	0=nicht zutreffend 4=4 Getränke 5=5 Getränke 6=6 Getränke 7=7 Getränke 8=8 Getränke 9=9 Getränke 10=10-14 Getränke 15=15 oder mehr Getränke 99= MD
alkzeit	11. Wie lange haben Sie gebraucht, um die Getränke zu trinken?	0=nicht zutreffend 1=1 Stunde oder weniger 2=2 Stunden 3=3 Stunden

		4=4 Stunden 5=5 Stunden 6=6 Stunden oder mehr 99= MD
selbstbe	12. Selbstbeschreibung	1=Abstinenter 2=abstinenter-ehemaliger Problemtrinker 3=seltener Alkoholkonsument 4=leichter Alkoholkonsument 5=mäßiger Alkoholkonsument 6=starker Alkoholkonsument 7=Problemtrinker 99= MD
drunk	13. Nach wie vielen Getränken fühlen Sie sich betrunken?	0=Ich trinke nicht 1=1 Getränk 2=2 Getränke 3=3 Getränke 4=4 Getränke 5=5 Getränke 6=6 Getränke 7=7 Getränke 8=8 Getränke 9=9 Getränke 10=10 Getränke oder mehr 11=ich weiß es nicht 99= MD
trinkänd	14. Wie hat sich Ihr Trinkverhalten geändert?	1=Ich trinke jetzt mehr. 2=Es hat sich nicht geändert. 3=Ich trinke jetzt weniger. 4=Ich trinke keinen Alkohol mehr. 5= Ich trinke keinen Alkohol. 99= MD
letztalk	15. Wann haben Sie das letzte alkoholische Getränk zu sich genommen?	1=Ich habe noch nie eins getrunken. 2=Nicht im letzten Jahr 3=Vor mehr als 30 Tagen 4=Vor mehr als einer Woche 5=Innerhalb der letzten 7 Tage 99= MD
gelegenh	16. Bei wie vielen Gelegenheiten in den letzten 30 Tagen?	0=nicht zutreffend 1=bei 1-2 Gelegenheiten 2=bei 3-5 Gelegenheiten 3=bei 6-9 Gelegenheiten 4=bei 10-19 Gelegenheiten 5=bei 20-39 Gelegenheiten 6=bei 40 oder mehr Gelegenheiten 99= MD
wieviel	17. Wie viele Getränke hatten Sie bei diesen Gelegenheiten?	0=nicht zutreffend 1=1 Getränk 2=2 Getränke 3=3 Getränke 4=4 Getränke 5=5 Getränke 6=6 Getränke 7=7 Getränke

		8=8 Getränke 9=9 Getränke 10=10 Getränke oder mehr 99= MD
drunkwan	18. Wie oft Alkohol getrunken, um betrunken zu sein?	0=nicht zutreffend 1=bei 1-2 Gelegenheiten 2=bei 3-5 Gelegenheiten 3=bei 6-9 Gelegenheiten 4=bei 10-19 Gelegenheiten 5=bei 20-39 Gelegenheiten 6=bei 40 oder mehr Gelegenheiten 7=gar nicht 99= MD
fetanz1	19. Studentenwohnheimparty	0=nicht zutreffend 1=keine alkoholischen Getränke 2=1 oder 2 alkoholische Getränke 3=3 Getränke 4=4 Getränke 5=5 oder mehr Getränke 6=nicht teilgenommen (nicht teilgenommen ist das stärkste Antwort-Item bei mehreren Antworten) 99= MD
fetanz2	19. Burschen-/Schwesternschaft- Party	s.o.
fetanz3	19. Uni-Party	s.o.
fetanz4	19. Sportveranstaltung	s.o.
fetanz5	19. Kneipe	s.o.
fetanz6	19. Privatparty	s.o.
fetanz7	19. Disko/Club	s.o.
fetanz8	19. Sonstiges	s.o.
happy	20. Happy Hours	0=nicht zutreffend 1=ja 2=nein 99= MD
lowbudge	20. Niedrig-Preis-Veranstaltung	s.o.
eintritt	20. Freier Eintritt inkl. frei trinken	s.o.
wepriat	20. Wenig Eintritt und frei trinken auf Privatparty	s.o.
webursch	20. Wenig Eintritt und frei trinken auf Burschenschaftsparty	s.o.
frbursch	20. Freier Eintritt und frei trinken auf Burschenschaftsparty	s.o.
frpriat	20. Freier Eintritt und frei trinken auf Privatparty	s.o.
auto	21. Alkoholisiert Auto gefahren	0=nicht zutreffend 1=nein, nie 2=ja, aber nicht im letzten Jahr 3=ja, einmal im letzten Jahr 4=ja, zweimal im letzten Jahr 5=ja, dreimal oder mehr im Jahr 99= MD
kater	22. Kater gehabt	s.o.
magen	23. Magenbeschwerden	s.o.

spätvl	24. Zu spät zu Vorlesung gekommen	0=nicht zutreffend 1=nein, nie 2=ja, aber nicht im letzten Jahr 3=ja, einmal im letzten Jahr 4=ja, zweimal im letzten Jahr 5=ja, dreimal oder mehr im Jahr 99= MD
nichtvl	25. Nicht zur Vorlesung	s.o.
prügel	26. Haben Sie sich geprügelt	s.o.
jobweg	27. Job verloren	s.o.
unhöflic	28. Unhöflich, beleidigend, unausstehlich geworden	s.o.
trispiel	29. An Trinkspielen teilgenommen	s.o.
eigenbes	30. Eigentum beschädigt	s.o.
beschwer	31. Haben sich Partner/ Eltern wegen Alkoholkonsum beschwert?	s.o.
probinte	32. Probleme zwischen Partner/Eltern und Pb hervorgerufen	s.o.
freverlo	33. Freunde verloren	s.o.
pflicht	34. Pflichten o. Ä. vernachlässigt	s.o.
reusex	35. In sexuelle Situationen geraten, die später bereut wurden	s.o.
erinner	36. Morgens aufgewacht mit Erinnerungslücken	s.o.
zitter	37. Zittern nach Reduktion?	s.o.
frühdrin	38. Morgens nach dem Aufstehen Drink gebraucht	s.o.
redealk	39. Dinge gesagt, die später bereut wurden	s.o.
unsex	40. Ungewollter sexueller Kontakt mit einer ungewünschten Person	s.o.
nötsex	41. Zu sexuellem Kontakt genötigt worden	s.o.
egonötse	42. Zu sexuellem Kontakt genötigt	s.o.
effekt	43. Mehr Alkoholmengen zu gleichem Effekt	0=nicht zutreffend 1=nein, nie 2=ja, aber nicht im letzten Jahr 3=ja, im letzten Jahr 99= MD
undrunk	44. Trinkmenge reicht nicht mehr	s.o.
alkab	45. Schon mal an eigene Alkoholabhängigkeit gedacht	s.o.
arzt	46. Arzt sagt Schädigung	s.o.
kontroll	47. Helfer gesucht, der hilft zu kontrollieren	s.o.
aa	48. Bei Selbsthilfegruppe gewesen	s.o.
profi	49. Professionelle Hilfe (Einzelgespräch)	s.o.
eltern	50. Eltern abhängig	0=nicht zutreffend 1=ja, Mutter 2=ja, beide 3=weiß nicht 4=ja, Vater 5=nein 99= MD
schwitz	51. Schwitzen/ erhöhter Puls	0=nicht zutreffend

		1= ja (angekreuzt) 2=nein (nicht angekreuzt) 99= MD
zitt	51. Zittern	s.o.
schlaflo	51. Schlaflosigkeit	s.o.
übel	51. Übelkeit oder Erbrechen	s.o.
unruh	51. Körperliche Unruhe	s.o.
angst	51. Angst	s.o.
epilept	51. Epileptische Anfälle	s.o.
hallus	51. Episodische Halluzinationen	s.o.
keine	51. keine dieser Beschwerden sind vorgekommen.	s.o.
wenrink	52. Möchten Sie Ihre Trinkgewohnheiten so ändern, dass Sie zu bestimmten Zeiten weniger oder gar nicht mehr trinken?	0=nicht zutreffend 1= ja 2=nein 99= MD
triänder	53. Meinen Sie, dass Sie Ihre Trinkgewohnheiten ändern werden?	0=nicht zutreffend 1=nein 2=eher nicht 3= vielleicht 4= eher ja 5=ja 99=MD
Religion	54. Trinken widerspricht meiner Religion.	1=sehr wichtig 2=wichtig 3=etwas wichtig 4=nicht wichtig 5=nicht zutreffend 99= MD
werte	54. Trinken widerspricht meinen Werten.	s.o.
famprob	54. Menschen aus meiner Familien hatten/ haben Probleme mit Alkohol.	s.o.
autofahr	54. Ich muss Auto fahren.	s.o.
geld	54. Es kostet zu viel Geld.	s.o.
geschmac	54. Ich mag den Geschmack nicht.	s.o.
nofreund	54. Meine Freunde trinken nicht.	s.o.
enttäus	54. Ich möchte niemanden enttäuschen, der mir wichtig ist.	s.o.
rendevou	54. Ich gehe zu einem Rendezvous.	s.o.
gesundhe	54. Ist schlecht für meine Gesundheit.	s.o.
studium	54. Es behindert mein Studium.	s.o.
sport	54. Es behindert meine sportlichen Tätigkeiten.	s.o.
schränk	54. Ich habe beschlossen, mich einzuschränken.	s.o.
kontrver	54. Ich will nicht die Kontrolle verlieren.	s.o.
zeitviel	54. Ich habe in letzter Zeit zu viel getrunken.	s.o.
hattepro	54. Ich hatte Probleme mit Alkohol.	s.o.
dickmach	54. Es macht dick.	s.o.
unfit	54. Es macht mich am nächsten Tag unfit.	s.o.
alkdurch	55. Ein durchschnittlicher Studierender gleichen Alters und Geschlechts trinkt	0=gar nicht 1=weniger als einmal im Monat 2=einmal im Monat 3=zwei- oder dreimal im Monat

		4=ein- oder zweimal die Woche 5=drei- oder viermal die Woche 6=nahezu täglich 7=täglich 99= MD
alkfreun	56. Die Mehrzahl der Freunde trinkt	s.o.
mengfreu	57. Wie viel trinken diese Freunde im Durchschnitt an einem typischen Wochenendabend	0=kein Glas 1=1-2 Gläser 2=3-4 Gläser 3=5-6 Gläser 4=7-8 Gläser 5=9-10 Gläser 6=11-12 Gläser 7=13-14 Gläser 8=15-16 Gläser 9=17-18 Gläser 10=19 oder mehr Gläser 99= MD
abstinen	58. Wie viele Studierende trinken keinen Alkohol?	in Zahlen eingeben 99= MD
normal	58. Wie viele Studierende trinken normal?	in Zahlen eingeben 99= MD
problema	58. Wie viele Studierende trinken mehr, als sie sollten?	in Zahlen eingeben 99= MD
kommili	59. Wie viel trinkt Proband im Vergleich zu Kommilitonen?	1=viel weniger als die meisten 2=weniger als die meisten 3=etwas weniger als die meisten 4=so viel/ wenig wie die meisten 5=etwas mehr als die meisten 6=mehr als die meisten 7=viel mehr als die meisten 99= MD
freunde	59. Wie viel trinkt Proband im Vergleich zu Freunden?	s.o.
tabdurch	60. Ein durchschnittlicher Studierender gleichen Alters und Geschlechts raucht	0=gar nicht 1=gelegentlich 2=nahezu täglich 3=täglich 99= MD
tabfreun	61. Die Mehrzahl der Freunde raucht	s.o.
einstieg	62. Wann fängt ein durchschnittlicher rauchender Studierender mit dem Rauchen an?	in Zahlen eingeben 99= MD
rauchver	63. Was trifft zu?	1=Ich habe noch nie geraucht 2=Ich habe ein paar Mal geraucht. 3=Ich bin Ex-Raucher. 4=Ich bin Gelegenheitsraucher. 5=Ich bin täglicher Raucher. 99= MD
wielange	64. Seit wie vielen Jahren rauchen Sie?	0=nicht zutreffend in Zahlen eingeben

		99= MD
anzahl	66. Zigarettenanzahl pro Tag	0=nicht zutreffend in Zahlen eingeben 99= MD
veränder	65. Möchten Sie weniger rauchen bzw. ganz aufhören?	0=nicht zutreffend 1=ja 2=nein 3=vielleicht 99= MD
unirauch	67. Rauchen an der Uni	0=nicht zutreffend 1=Ich rauche an der Uni weniger als zuhause. 2=Ich rauche an der Uni mehr als zuhause. 3=Ich rauche an beiden Plätzen gleich viel. 99= MD
alkrauch	67. Rauchen unter Alkoholeinfluss	0=nicht zutreffend 1=Ich rauche weniger, wenn ich Alkohol trinke. 2=Ich rauche mehr, wenn ich Alkohol trinke. 3=Ich rauche in beiden Situationen gleich viel. 4=Ich trinke keinen Alkohol. 99= MD
alleinra	67. Alleine rauchen	0=nicht zutreffend 1=Ich rauche weniger, wenn ich alleine bin. 2=Ich rauche mehr, wenn ich alleine bin. 3=Ich rauche in beiden Situationen gleich viel. 99= MD
raurauch	67. Mit anderen Rauchern rauchen	0=nicht zutreffend 1=Ich rauche weniger, wenn andere Raucher dabei sind 2=Ich rauche mehr, wenn andere Raucher dabei sind. 3= Ich rauch die gleiche Menge in beiden Situationen. 99= MD
rauchänd	68. Wie hat sich Rauchverhalten verglichen mit dem 1. Semester verändert?	0=nicht zutreffend 1=Ich rauche jetzt mehr. 2=Mein Rauchverhalten hat sich nicht geändert. 3=Ich rauche jetzt weniger. 99= MD
zukunft	69. Wie werden Sie in Zukunft mit dem Rauche umgehen?	0=nicht zutreffend 1=Ich werde weiter rauchen wie bisher. 2=Ich werde in den nächsten 6 Monaten meinen Konsum reduzieren 3=Ich werde in den nächsten 30 Tagen meinen Konsum reduzieren. 4=Werde ganz aufhören, aber nicht in den nächsten 6 Monaten

		5=Ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten aufzuhören. 6=Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen aufzuhören. 99= MD
rauänder	70. Meinen Sie, dass Sie Ihre Rauchgewohnheiten ändern werden?	0=nicht zutreffend 1=nein 2=eher nicht 3=vielleicht 4=eher ja 5=ja 99= MD
aufsteh	71. Wann haben Sie die erste Zigarette geraucht?	0=nicht zutreffend 1=innerhalb der ersten 15 Minuten 2=Innerhalb der ersten 16-30 Minuten 3=Innerhalb der ersten 31-60 Minuten 4=nach mehr als 60 Minuten 5=ich rauche erst ab einer bestimmten Uhrzeit 99= MD
aufstwan	71. Ich rauche ab dieser Uhrzeit	0=nicht zutreffend in Zahlen eingeben 99= MD
aufhör	72. Wie oft haben Sie aufgehört und für mindestens 24 Stunden durchgehalten?	0=nicht zutreffend 1=einmal 2=zweimal 3=dreimal 4=viermal 5=fünfmal und mehr 6=gar nicht 99= MD
morgens	73. Rauchen Sie am frühen Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?	0=nicht zutreffend 1=ja 2=nein 99= MD
thclive	74. Bei wie vielen Gelegenheiten in Ihrem Leben haben Sie Cannabis konsumiert?	0=noch nie 1=bei 1-2 2=bei 3-5 3=bei 6-9 4=bei 10-15 5=bei 16-20 6=bei 21-39 7=bei 40 oder mehr Gelegenheiten 99= MD
thcyear	75. Bei wie vielen Gelegenheiten im letzten Jahr haben Sie Cannabis konsumiert?	0=bei keiner Gelegenheit 1=bei 1-2 2=bei 3-5 3=bei 6-9 4=bei 10-15 5=bei 16-20 6=bei 21-39 7=bei 40 oder mehr Gelegenheiten 99= MD

probier1	76. Wie riskant ist es für die eigene Gesundheit, wenn man THC einmal probiert?	0=kein Risiko 1=geringes Risiko 2=mäßiges Risiko 3=großes Risiko 99= MD
gelegent	77. Wie riskant ist es für die eigene Gesundheit, wenn man THC gelegentlich konsumiert?	s.o.
regelmäß	78. Wie riskant ist es für die eigene Gesundheit, wenn man THC regelmäßig konsumiert?	s.o.
thcänder	79. Wie hat sich Ihr Cannabis-Konsum verglichen mit dem 1. Semester geändert?	1=Ich konsumiere jetzt mehr 2=Der Konsum hat sich nicht geändert. 3=Ich konsumiere jetzt weniger. 4= Ich konsumiere nicht mehr. 5=Ich konsumiere kein Cannabis. 99= MD
thcbesor	80. Wie schwer wäre es für Sie, innerhalb von 24 Stunden Cannabis zu bekommen?	0=wahrscheinlich unmöglich 1=sehr schwierig 2=eher schwierig 3=eher leicht 4=sehr leicht 99= MD
amplive	81. Bei wie vielen Gelegenheiten in Ihrem Leben haben Sie Amphetamine konsumiert?	0=noch nie 1=bei 1-2 2=bei 3-5 3=bei 6-9 4=bei 10-15 5=bei 16-20 6=bei 21-39 7=bei 40 oder mehr Gelegenheiten 99= MD
berulive	81. Bei wie vielen Gelegenheiten in Ihrem Leben haben Sie Beruhigungsmittel konsumiert?	s.o.
xtclive	81. Bei wie vielen Gelegenheiten in Ihrem Leben haben Sie Ecstasy konsumiert?	s.o.
koklive	81. Bei wie vielen Gelegenheiten in Ihrem Leben haben Sie Kokain konsumiert?	s.o.
opilive	81. Bei wie vielen Gelegenheiten in Ihrem Leben haben Sie Opiate konsumiert?	s.o.
ampyear	82. Bei wie vielen Gelegenheiten im letzten Jahr haben Sie Amphetamine konsumiert?	s.o.
beruyear	82. Bei wie vielen Gelegenheiten im letzten Jahr haben Sie Beruhigungsmittel konsumiert?	s.o.
xtcyear	82. Bei wie vielen Gelegenheiten im letzten Jahr haben Sie Ecstasy konsumiert?	s.o.
kokyear	82. Bei wie vielen Gelegenheiten im letzten Jahr haben Sie Kokain	s.o.

	konsumiert?	
opiyear	82. Bei wie vielen Gelegenheiten im letzten Jahr haben Sie Opiate konsumiert?	s.o.
ampbesor	83. Wie schwer wäre es für Sie, innerhalb von 24 Stunden Amphetamine zu bekommen?	0=wahrscheinlich unmöglich 1=sehr schwierig 2=eher schwierig 3=eher leicht 4=sehr leicht 99= MD
berubeso	83. Wie schwer wäre es für Sie, innerhalb von 24 Stunden Beruhigungsmittel zu bekommen?	s.o.
xtcbesor	83. Wie schwer wäre es für Sie, innerhalb von 24 Stunden Ecstasy zu bekommen?	s.o.
kokbesor	83. Wie schwer wäre es für Sie, innerhalb von 24 Stunden Kokain zu bekommen?	s.o.
opibesor	83. Wie schwer wäre es für Sie, innerhalb von 24 Stunden Opiate zu bekommen?	s.o.
ampänder	84. Wie hat sich Ihr Amphetamin-Konsum verglichen mit dem 1. Semester geändert?	1=Ich konsumiere jetzt mehr. 2=Der Konsum hat sich nicht geändert. 3=Ich konsumiere jetzt weniger. 4=Ich konsumiere nicht mehr. 5=Ich konsumiere gar nicht. 99= MD
beruände	84. Wie hat sich Ihr Beruhigungsmittel-Konsum verglichen mit dem 1. Semester geändert?	s.o.
xtcänder	84. Wie hat sich Ihr Ecstasy-Konsum verglichen mit dem 1. Semester geändert?	s.o.
kokänder	84. Wie hat sich Ihr Kokain-Konsum verglichen mit dem 1. Semester geändert?	s.o.
opiänder	84. Wie hat sich Ihr Opiat-Konsum verglichen mit dem 1. Semester geändert?	s.o.
a85	85. Ich fürchte mich davor, Übergewicht zu haben.	1=immer 2=oft 3=manchmal 4=selten 5=nie 99= MD
b85	85. Ich vermeide es zu essen, wenn ich hungrig bin.	s.o.
c85	85. Ich hatte Fressanfälle, bei denen ich nicht mehr aufhören konnte zu essen.	s.o.
d85	85. Ich zerteile mein Essen in kleine Stücke.	s.o.
e85	85. Ich kenne den Kaloriengehalt der Nahrungsmittel, die ich esse.	s.o.
f85	85. Ich vermeide speziell kohlenhydratreiche Nahrung (z. B.	s.o.

	Brot, Reis, Kartoffeln)	
g85	85. Ich denke, dass andere es gerne sähen, wenn ich mehr essen würde.	s.o.
h85	85. Ich erbreche nach dem Essen	s.o.
i85	85. Nachdem ich gegessen habe, fühle ich mich deswegen schuldig.	s.o.
j85	85. Mich beschäftigt der Wunsch, dünner zu sein	s.o.
k85	85. Wenn ich in Bewegung bin, denke ich an die dabei verbrauchten Kalorien.	s.o.
l85	85. Andere Menschen sind der Meinung, dass ich zu dünn bin.	s.o.
m85	85. Ich beschäftige mich mit dem Gedanken, Fett am Körper zu haben.	s.o.
n85	85. Ich brauche mehr Zeit als andere zum Essen	s.o.
o85	85. Ich vermeide Nahrungsmittel, die Zucker enthalten.	s.o.
p85	85. Ich habe das Gefühl, dass das Essen mein Leben beherrscht.	s.o.
q85	85. Ich kontrolliere mein Essverhalten.	s.o.
r85	85. Ich habe das Gefühl, dass die anderen mich drängen zu essen.	s.o.
s85	85. Ich verwende zu viel Zeit und zu viele Gedanken an das Essen.	s.o.
t85	85. Ich fühle mich unwohl, wenn ich Süßigkeiten gegessen habe.	s.o.
u85	85. Mein Essverhalten beschäftigt mich.	s.o.
v85	85. Ich habe es gern, wenn mein Magen leer ist.	s.o.
w85	85. Ich probiere gern neues, reichhaltiges Essen.	s.o.
x85	85. Nach dem Essen habe ich den Drang, mich zu übergeben.	s.o.
y85	85. Ich essen Süßigkeiten und Kohlenhydrate, ohne nervös zu werden.	s.o.
z85	85. Ich glaube, mein Bauch ist zu dick.	s.o.
a285	85. Ich esse, wenn ich beunruhigt bin.	s.o.
b285	85. Ich stopfe mich mit Essen voll.	s.o.
c285	85. Ich denke über Diäten nach.	s.o.
d285	85. Ich denke, meine Oberschenkel sind zu dick	s.o.
e285	85. Ich fühle mich sehr schuldig, wenn ich zu viel gegessen habe.	s.o.
f285	85. Ich habe fürchterliche Angst, an Gewicht zuzunehmen.	s.o.
g285	85. Ich bin mit meiner Figur zufrieden.	s.o.
h285	85. Ich messe dem Körpergewicht zu viel Bedeutung bei	s.o.
i285	85. Ich kenne Fressanfälle, bei denen ich meinte, nicht mehr aufhören zu können	s.o.
j285	85. Ich mag die Form von meinem Po	s.o.
k285	85. Ich habe ständig den Wunsch, dünner zu sein.	s.o.
l285	85. Ich denke, meine Hüften sind zu breit	s.o.

m285	85. Ich esse gezügelt in Gegenwart anderer u. stopfe mich voll, wenn sie weg sind	s.o.
n285	85. Wenn ich ein Pfund zunehme, habe ich Angst, dass es so weiter geht	s.o.
o285	85. Ich denke daran, Erbrechen auszuprobieren, um Gewicht zu verlieren.	s.o.
p285	85. Ich esse oder trinke heimlich.	s.o.
ausseh	86. Wie finden Sie Ihr Aussehen zur Zeit.	1=sehr gut 2=gut 3=befriedigend 4=schlecht 5=sehr schlecht 99= MD
gewicht	87. Wie beurteilen Sie zur Zeit Ihr Körpergewicht?	1=zu hoch 2=gerade richtig 3=zu niedrig 99= MD
warmelt	88. bei meinen Eltern	in Zahlen eingeben (bei „von-bis“-Angaben bitte aufunden (z.B. 1-2 Mal als 2 eingeben), bei größeren Angaben Mittelwert eingeben (z.B. 1-3 Mal als 2 eingeben → $1+2+3/6=2$) 99= MD
warmhaus	88. bei mir zu Hause	in Zahlen eingeben (bei „von-bis“-Angaben bitte aufunden (z.B. 1-2 Mal als 2 eingeben), bei größeren Angaben Mittelwert eingeben (z.B. 1-3 Mal als 2 eingeben → $1+2+3/6=2$) 99= MD
warmmens	88. in der Mensa	in Zahlen eingeben (bei „von-bis“-Angaben bitte aufunden (z.B. 1-2 Mal als 2 eingeben), bei größeren Angaben Mittelwert eingeben (z.B. 1-3 Mal als 2 eingeben → $1+2+3/6=2$) 99= MD
warcafet	88. in der Studenten-Cafeteria	in Zahlen eingeben (bei „von-bis“-Angaben bitte aufunden (z.B. 1-2 Mal als 2 eingeben), bei größeren Angaben Mittelwert eingeben (z.B. 1-3 Mal als 2 eingeben → $1+2+3/6=2$) 99= MD
warmbist	88. Restaurant/ Bistro/ Kneipe o.Ä.	in Zahlen eingeben (bei „von-bis“-Angaben bitte aufunden (z.B. 1-2 Mal als 2 eingeben), bei größeren Angaben Mittelwert eingeben (z.B. 1-3 Mal als 2 eingeben → $1+2+3/6=2$) 99= MD
warmimbi	88. im Schnellimbiss	in Zahlen eingeben (bei „von-

		bis“-Angaben bitte aufunden (z.B. 1-2 Mal als 2 eingeben), bei größeren Angaben Mittelwert eingeben (z.B. 1-3 Mal als 2 eingeben → $1+2+3/6=2$) 99= MD
warmselb	88. Selbstverpflegung unterwegs	in Zahlen eingeben (bei „von-bis“-Angaben bitte aufunden (z.B. 1-2 Mal als 2 eingeben), bei größeren Angaben Mittelwert eingeben (z.B. 1-3 Mal als 2 eingeben → $1+2+3/6=2$) 99= MD
a89	89. Ich esse täglich Obst.	1=trifft überhaupt nicht zu 2=trifft eher nicht zu 3=trifft eher zu 4=trifft völlig zu 99= MD
b89	89. Ich esse täglich Gemüse.	s.o.
c89	89. Ich ernähre mich weitgehend fettarm.	s.o.
d89	89. Ich frühstücke täglich.	s.o.
e89	89. Ich esse täglich Süßigkeiten.	s.o.
f89	89. Ich esse täglich eine warme Mahlzeit.	s.o.
g89	89. Ich achte tägl. auf eine vitamin- und nährstoffreiche Ernährung.	s.o.
h89	89. Ich nehme täglich mind. 2 Liter Flüssigkeit zu mir.	s.o.
i89	89. Ich nehme mir täglich Zeit zum Essen.	s.o.
j89	89. Ich esse täglich eher zwischen Tür und Angel.	s.o.
k89	89. Ich esse täglich "fast food".	s.o.
l89	89. Ich esse täglich zu regelmäßigen Uhrzeiten.	s.o.
m89	89. Seit Beginn des Studiums leide ich unter gelegentlichen Magenschmerzen.	s.o.
n89	89. Seit Studienbeginn habe ich Magenschleimhautentzündung.	s.o.
essstöru	90. Haben Sie Erfahrungen mit Essstörungen?	1=Ja, selbst. 2=Ja, bei Freunden/ Bekanntem 3=Ja, bei Familienangehörigen 4=Nein 5= Ja, selbst und bei Freunden 6= Ja, selbst und bei Familienangehörigen 7= Ja, bei Freunden und bei Familienangehörigen 99= MD
essänder	91. Wie hat sich Ihr Essverhalten verglichen mit dem 1. Semester geändert?	1=Ich esse jetzt mehr 2=Mein Essverhalten hat sich nicht geändert. 3=Ich esse jetzt weniger

		99= MD
essselbs	92. Haben Sie schon einmal daran gedacht, dass Sie eine Essstörung haben könnten?	1=Ja, seit Jahren 2=Ich vermute so etwas 3=Nein, nicht mehr 4=nein 99= MD
essjahre	92. Anzahl der Jahre, seitdem die Essstörung besteht	0=nicht zutreffend in Zahlen eingeben 99= MD
a93	93. Geht Ihnen das Internet im Alltag nicht aus dem Kopf?	1=ja 2=manchmal 3=nein 99= MD
b93	93. Haben Sie bemerkt, dass Sie länger im Internet bleiben, um ein Gefühl von Zufriedenheit zu erlangen?	s.o.
c93	93. Haben Sie wiederholt erfolglos versucht, Ihre Internetnutzung zu kontrollieren?	s.o.
d93	93. Fühlen Sie sich rastlos, traurig, deprimiert oder sind Sie reizbar, wenn Sie versuchen, die Internetnutzung einzuschränken?	s.o.
e93	93. Bleiben Sie länger im Internet, als Sie eigentlich beabsichtigt haben?	s.o.
f93	93. Haben Sie wegen des Internets wichtige Beziehungen, Ihre Arbeit, Ihre Karriere oder Ihr Studium vernachlässigt?	s.o.
g93	93. Haben Sie Familienmitglieder, Therapeuten oder andere belogen, um das Ausmaß Ihres Internetgebrauchs zu verheimlichen?	s.o.
h93	93. Benutzen Sie das Internet als einen Fluchtweg vor Problemen oder als Erleichterung von Niedergeschlagenheit?	s.o.
a94	94. Sind Sie täglich mehr als 4 Stunden online?	1=nie 2=selten 3=manchmal 4=oft 5=immer 6=nicht zutreffend 99= MD
b94	94. Vernachlässigen Sie Haushaltspflichten, um länger online zu sein?	s.o.
c94	94. Bevorzugen Sie Erregung durch das Internet der Intimität mit Ihrem Partner?	s.o.
d94	94. Schließen Sie neue Freundschaften mit netten Online Usern?	s.o.
e94	94. Beschweren sich andere in Ihrem Leben über die lange Zeit, die Sie im Internet verbringen?	s.o.
f94	94. Leidet Ihr Studium unter der Länge der Zeit, die Sie im Internet sind?	s.o.
g94	94. Checken Sie Ihre Emails, bevor Sie irgendetwas anderes tun, was wichtig	s.o.

	ist?	
h94	94. Werden Sie defensiv oder geheimnisvoll, wenn Sie jemand fragt, was Sie online machen?	s.o.
i94	94. Verdrängen Sie störende Gedanken über Ihr Leben mit beruhigenden Gedanken aus dem Internet?	s.o.
j94	94. Ertappen Sie sich beim Planen, wann Sie wieder online gehen können?	s.o.
k94	94. Denken Sie, dass das Leben ohne Internet langweilig, leer und freudlos ist	s.o.
l94	94. Fahren Sie Leute an, schreien Sie oder sind ärgerlich, wenn jemand Sie stört, während Sie online sind?	s.o.
m94	94. Verzögern Sie das Schlafengehen wegen spätem Internetsurfen?	s.o.
n94	94. Fantasieren Sie, während Sie offline sind darüber, online zu sein?	s.o.
o94	94. Sagen Sie "nur noch ein paar Minuten", wenn Sie online sind?	s.o.
p94	94. Versuchen Sie, das Ausmaß der Internetnutzung einzuschränken?	s.o.
q94	94. Versuchen Sie zu verbergen, wie lange Sie online waren?	s.o.
r94	94. Entscheiden Sie sich, online zu bleiben, statt mit anderen auszugehen?	s.o.
s94	94. Fühlen sie sich deprimiert, wenn Sie offline sind und geht dies weg, wenn Sie wieder online sind?	s.o.
unialk	95. Bitte schätzen Sie ein, inwiefern der Alkoholkonsum ein Problem für Studierende Ihrer Universität/ Fachhochschule ist.	1=ein Hauptproblem 2=ein Problem 3=ein geringes Problem 4=kein Problem 99= MD
uninik	96. Bitte schätzen Sie ein, inwiefern der Nikotinkonsum ein Problem für Studierende Ihrer Universität/ Fachhochschule ist.	s.o.
unidrog	97. Bitte schätzen Sie ein, inwiefern der Konsum illegaler Drogen ein Problem für Studierende Ihrer Universität/ Fachhochschule ist.	s.o.
akurs	98. Tanz, Fitness, Aerobic	1=ja 2=nein 99= MD
bkurs	98. Mannschaftssportarten	s.o.
ckurs	98. Schwimmen	s.o.
dkurs	98. Kampfsport	s.o.
ekurs	98. Selbstverteidigung	s.o.
fkurs	98. Wirbelsäulengymnastik	s.o.
gkurs	98. Entspannungstraining	s.o.
hkurs	98. Stressbewältigung	s.o.
ikurs	98. Gesunde Ernährung	s.o.
jkurs	98. Vorträge zum Thema Gesundheit	s.o.
kkurs	98. Raucherentwöhnungskurse	s.o.
lkurs	98. Selbstsicherheitstraining	s.o.
mkurs	98. "Ohne Süchte leben"	s.o.

nkurs	98. Kreatives Malen	s.o.
okurs	98. Kreatives Schreiben	s.o.
aberat	99. Beziehung, Partnerschaft	1=sehr hoch 2=hoch 3=mittel 4=niedrig 5=sehr niedrig 99= MD
bberat	99. Sexualität	s.o.
cberat	99. Sexuelle Erkrankungen	s.o.
dberat	99. Verhütung	s.o.
eberat	99. Stressbewältigung	s.o.
fberat	99. Lebensführung (z.B. Finanzierung)	s.o.
gberat	99. Schwangerschaft/ Kindererziehung	s.o.
hberat	99. Studienaufbau, -verlauf	s.o.
iberat	99. Ernährung	s.o.
jberat	99. Lebenskrise	s.o.
kberat	99. Psychische Probleme (Ängste, Depressionen usw.)	s.o.
lberat	99. Suchtmittel, Drogen, Alkohol	s.o.
mlberat	99. Probleme mit Suchtmitteln	s.o.
nberat	99. Probleme mit dem Essverhalten	s.o.
oberat	99. Probleme mit suchtnahen Verhaltensweisen (Spielen, Arbeiten etc.)	s.o.
beratzzt	100. Nehmen Sie zur Zeit Beratung wahr?	1=ja 2=nein 99= MD
beratfrü	101. Haben Sie schon einmal Beratung wahrgenommen?	1=ja 2=nein 99= MD
stelle	102. Wenn Sie ein Problem hätten, würden Sie eine Beratungsstelle aufsuchen?	1=ja 2=nein 3=weiß nicht 99= MD
a103	103. Ich kenne keine Beratungsstelle.	0=nicht zutreffend 1=angekreuzt 2=nicht angekreuzt 99= MD
b103	103. Es wäre mir unangenehm, mich Fremden anzuvertrauen.	s.o.
c103	103. Ich hätte kein Zutrauen in Beratungsstellen.	s.o.
d103	103. Ich hätte Angst, dass die Daten nicht vertraulich behandelt werden.	s.o.
e103	103. Ich hätte Zweifel an der Ausbildung der Berater.	s.o.
f103	103. Es wäre mir peinlich, als hilfebedürftig zu gelten.	s.o.
g103	103. Ich wüsste nicht, ob Kosten entstehen.	s.o.
h103	103. Ich habe schlechte Erfahrungen gemacht.	s.o.
i103	103. Ich habe keinen Beratungsbedarf.	s.o.
j103	103. Andere Gründe.	s.o.
wohnwer	104. Mit wem wohnen Sie während des Semesters zusammen?	1=mit Partner/ Partnerin 2=mit Kindern 3=mit Kindern und Partner/ Partnerin

		4=mit Eltern 5=alleine 6=mit noch anderen Personen 99= MD
wohnwo	105. Wo wohnen Sie während des Semesters?	1=Im Studentenwohnheim 2=In einer WG 3=Bei Eltern 4=In Wohnung 5=In Zimmer 6=Woanders als in genannten 99= MD
abschluss	106. Welchen Abschluss streben Sie an?	1=Bachelor 2=FH-Diplom 3=Uni-Diplom 4=Magister 5=Staatsexamen 6=Staatsexamen für LA 7=Kirchliche Prüfung 8=Promotion 9=Master 10=Andere 11=Keinen Abschluss 99= MD
semstud	107. Seit wie vielen Semestern sind Sie im derzeitigen Studium eingeschrieben?	in Zahlen eingeben 99= MD
seminsge	108. Seit wie vielen Semestern sind Sie insgesamt an Hochschulen eingeschrieben?	in Zahlen eingeben 99= MD
examen	109. Haben Sie bereits ein Hochschulstudium erfolgreich abgeschlossen?	1=ja 2=nein 99= MD
examja	109. Wenn ja, welche Abschlussprüfung haben Sie bestanden?	0=nicht zutreffend 1=Bachelor 2=FH-Diplom 3=Uni-Diplom 4=Magister 5=Staatsexamen 6=Staatsexamen für LA 7=Kirchliche Prüfung 8=Promotion 9=Master 10=Andere 11=Keinen Abschluss 99= MD
wechself	110. Haben Sie seit Ihrer Erstimmatrikulation das Studienfach oder den angestrebten Abschluss gewechselt?	1=nein 2=ja, das Fach und den Abschluss 3=ja, nur das Fach 4=ja, nur den Abschluss 99= MD
wechselo	111. Haben Sie während Ihrer Studienzzeit innerhalb Deutschlands die Hochschule gewechselt?	1=ja 2=nein 99= MD
unterbr	112. Haben Sie Ihr Studium zwischendurch unterbrochen?	1=ja 2=nein 99= MD
a112	112. Wehr- oder Zivildienst	0=nicht zutreffend

		1=angekreuzt 2=nicht angekreuzt 99= MD
b112	112. Schwangerschaft/Kindererziehung	s.o.
c112	112. andere familiäre Gründe	s.o.
d112	112. Probleme mit der körperlichen Gesundheit	s.o.
e112	112. Probleme mit der psychischen Gesundheit	s.o.
f112	112. Finanzielle Probleme	s.o.
g112	112. Zweifel am Sinn des Studiums	s.o.
h112	112. um andere Erfahrungen zu sammeln	s.o.
i112	112. sonstige Gründe	s.o.
wanabsch	113. Wann werden Sie Ihren Abschluss voraussichtlich erreichen?	1=Ich bin im Abschlusssemester 2=Im nächsten Semester 3=Im übernächsten Semester 4=In drei Semestern 5=In vier Semestern 6=In mehr als vier Semestern 99= MD
afinanz	114. Ich erhalte BAföG.	0=nicht zutreffend 1=angekreuzt 2=nicht angekreuzt 99= MD
bfinanz	114. Ich gehe nebenbei arbeiten.	s.o.
cfinanz	114. Ich habe ein Stipendium.	s.o.
dfinanz	114. Meine Eltern unterstützen mich.	s.o.
efinanz	114. Mein Partner/ meine Partnerin unterstützt mich.	s.o.
ffinanz	114. Ich finanziere mich auf andere Weise als oben genannte.	s.o.
gesunphy	115. Wie schätzen Sie Ihre körperliche Gesundheit ein?	1=ausgezeichnet 2=gut 3=mittelmäßig 4=schlecht 5=miserabel 99= MD
gesunpsy	116. Wie schätzen Sie Ihre psychische Gesundheit ein?	1=ausgezeichnet 2=gut 3=mittelmäßig 4=schlecht 5=miserabel 99= MD
a117	117. lesen	1=täglich 2=2-3 Mal pro Woche 3=1 Mal pro Woche 4=2-3 Mal im Monat 5=1 Mal pro Monat 6=alle 2-6 Monate 7=weniger als alle 6 Monate 8=gar nicht 99= MD
b117	117. Musik hören	s.o.
c117	117. aktiv Musik in einem Chor machen	s.o.
d117	117. aktiv Musik in einer Band machen	s.o.

e117	117. aktiv Musik alleine machen	s.o.
f117	117. Musik auflegen (dj-ing)	s.o.
g117	117. Sport treiben	s.o.
h117	117. fernsehen	s.o.
i117	117. Computer (außer Arbeit mit dem PC)	s.o.
j117	117. Internet	s.o.
k117	117. Kino	s.o.
l117	117. Theater/ Oper besuchen	s.o.
m117	117. Selbst Theater spielen/ schauspielern	s.o.
n117	117. kreatives Hobby (töpfeln, Seidenmalerei u. Ä.)	s.o.
o117	117. Besuch von Kneipe/ Bistro/ Café	s.o.
p117	117. Besuch von Diskothek/ Club	s.o.
q117	117. Besuch von Partys (Rave, Techno usw.)	s.o.
r117	117. Besuch von Privatpartys	s.o.
s117	117. shoppen/ bummeln	s.o.
t117	117. mit Freunden treffen	s.o.
u117	117. Museum/ Ausstellungen besuchen	s.o.
v117	117. "abhängen"	s.o.
w117	117. Politische Arbeit machen (ASTA, Parteipolitik)	s.o.
x117	117. anderes Hobby	s.o.

C Interviewleitfaden

Liebe Interviewerinnen und Interviewer!

Der vorliegende Interviewleitfaden besteht aus vier Bereichen. Bereich I, II und IV fragen Sie den Probanden per Interview ab, Bereich III (bestehend aus 4 Fragebögen für alle und noch mal 3 Extra-Fragebögen für Raucher) soll der Proband selbst ausfüllen :

Bereich I	(Biografie/ Soziodemografie)	Interviewen!
Bereich II	(Studienverhalten)	Interviewen!
Bereich III	(Selbstwirksamkeitserwartung/ Substanzkonsum)	Fragebögen mit Dreieck vorlegen und ausfüllen lassen
Bereich IV	(Komorbidität)	Interviewen!

Instruktion: Der Einstieg in das Interview kann die folgenden Punkte beinhalten.

- Gegenseitige Vorstellung, Interviewer und Proband.
- Gesprächseinstieg über Räumlichkeit (bekannt? woher?)
- Verweisen Sie zum Einstieg auf den Fragebogen (z. B. welche Erinnerung hat der Proband daran?) und darauf, dass auf Informationen aus dem Fragebogen im Interview zurückgegriffen wird (notfalls nur mit Vornamen unterschreiben).
- Erklären Sie, dass der Proband nach Durchführung des Interviews 30 Euro erhält und dies quittieren muss (notfalls nur mit Vornamen unterschreiben).

Instruktion: Geben Sie folgende Erklärungen zum Ablauf des Interviews

a) Klärung des weiteren Ablaufs:

- Hinweis auf ungefähren **zeitlichen Rahmen** des Interviews und auf **Pausen** (Toilette, Trinken, frische Luft etc.)
- Hinweis auf **Einverständniserklärung** des Probanden auf Datenverarbeitung (siehe letzte Seite)

b) Interviewregeln:

- Durch Fragebogen sind schon ein paar grobe Informationen bekannt, das Gespräch dient dazu, **Genauerer** zu erfahren
- Was der Proband hier erzählt, erfährt niemand anders, da wir der **Schweigepflicht** unterliegen.
- Es geht um die **persönliche Meinung** und Sicht bestimmter Dinge im Leben des Probanden. Antworten werden nicht bewertet. Wichtig ist aber, dass die Wahrheit gesagt wird.
- Wenn eine Frage nicht beantwortet werden kann, weil Proband die Antwort nicht weiß oder sagen will, kann er das selbstverständlich sagen:
- Wenn er eine Frage nicht versteht, dann wird sie erklärt.
- Das Gespräch wird sich abwechseln zwischen Fragen, über die gesprochen werden soll und Fragen, die auf Fragebögen angekreuzt werden sollen.
- Zum Schluss der Einleitung: „Haben Sie noch Fragen?“

c) Ende des Gesprächs

- Für Offenheit und Mithilfe bedanken
- Einholen der Unterschriften: **Datenverarbeitungserklärung** und **Quittung**
- Das Beratungsstellenblatt aushändigen (am besten mit Worten der Art „Hier ist noch ein nützliches Adressenverzeichnis für dich oder einen Freund, falls mal Probleme auftauchen“)

Das Studenteninterview

Code:

Interviewer: _____

I. Biografie/ Soziodemografie

1. Alter: _____ Jahre	Instruktion: Bitte eintragen.	
2. Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Instruktion: Bitte Zutreffendes ankreuzen.	
3. Familienstand: _____	Instruktion: Bitte eintragen.	
4. Falls Pb. verheiratet/ feste Partnerschaft: Welche Tätigkeit übt der Partner aus? _____		
Instruktion: Bitte eintragen.		
5. Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Instruktion: Bitte Zutreffendes ankreuzen und eintragen.		
5a. Falls ja: Wie viele? _____ Wie alt? _____ Jahre.		
5b. Falls Ja: Wie hoch schätzen Sie den zeitlichen Aufwand für die Kinderbetreuung in der für Sie „typischen“ Semesterwoche? Betreuungsaufwand in Stunden pro Woche: _____ Stunden		
6. Ihre Staatsangehörigkeit? _____	Instruktion: Bitte eintragen.	
7. Wie viele Geschwister haben Sie? _____ Instruktion: Bitte ganze Zahlen eintragen (z.B. 0,1,...)		
7a. Das wievielte Kind sind Sie zu Hause? _____ Instruktion: Bitte Zahlen eintragen (z.B. 1., 2., 3.....)		
8. Haben Ihre Eltern einen gemeinsamen Haushalt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, dauerhaft getrennt oder geschieden <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (Eltern/-teil verstorben)		
Instruktion: Bitte Zutreffendes ankreuzen.		
9. In welchem Beruf arbeitet Ihr Vater? <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/> weiß nicht		
Instruktion: Falls ein Elternteil nicht mehr erwerbstätig ist, gehen Sie bitte von dem früher ausgeübten Beruf aus, bei Berufswechsel vom überwiegend ausgeübten Beruf.		
1. <input type="checkbox"/> landwirtschaftlicher Beruf	2. <input type="checkbox"/> Bergleute, Mineralgewinner	
3. <input type="checkbox"/> Herstellerberuf	4. <input type="checkbox"/> Metallberuf (Industrie und Handwerk)	
5. <input type="checkbox"/> Textilberuf	6. <input type="checkbox"/> Ernährungsberuf	
7. <input type="checkbox"/> Bauberuf (Hochbau, Tiefbau etc.)	8. <input type="checkbox"/> Technischer Beruf	
9. <input type="checkbox"/> Handels- und Verkehrsberuf	10. <input type="checkbox"/> Verwaltungs- und Organisationsberuf	
11. <input type="checkbox"/> Gesundheitsberuf/ Sozialberuf	12. <input type="checkbox"/> Lehrberuf etc.	
13. <input type="checkbox"/> Sonst. Dienstleistungsberuf	14. <input type="checkbox"/> Sonstiger Beruf:	
10. In welchem Beruf arbeitet Ihre Mutter? (s.o.) <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/> weiß nicht		
15. <input type="checkbox"/> landwirtschaftlicher Beruf	16. <input type="checkbox"/> Bergleute, Mineralgewinner	
17. <input type="checkbox"/> Herstellerberuf	18. <input type="checkbox"/> Metallberuf (Industrie und Handwerk)	
19. <input type="checkbox"/> Textilberuf	20. <input type="checkbox"/> Ernährungsberuf	
21. <input type="checkbox"/> Bauberuf (Hochbau, Tiefbau etc.)	22. <input type="checkbox"/> Technischer Beruf	
23. <input type="checkbox"/> Handels- und Verkehrsberuf	24. <input type="checkbox"/> Verwaltungs- und Organisationsberuf	
25. <input type="checkbox"/> Gesundheitsberuf/ Sozialberuf	26. <input type="checkbox"/> Lehrberuf etc.	
27. <input type="checkbox"/> Sonst. Dienstleistungsberuf	28. <input type="checkbox"/> Sonstiger Beruf:	
11. Welchen Schulabschluss hat Ihr Vater? Instruktion: Bitte höchsten erreichten Abschluss eintragen.		
<input type="checkbox"/> Sonderschule	<input type="checkbox"/> Volks-/Hauptschule	<input type="checkbox"/> Realschule/ Mittlere Reife
<input type="checkbox"/> Fachoberschule	<input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> Fachhochschule
<input type="checkbox"/> Universität	<input type="checkbox"/> keinen Abschluss	<input type="checkbox"/> weiß ich nicht

12. Welchen Schulabschluss hat Ihre Mutter? Instruktion: Bitte höchsten erreichten Abschluss eintragen.		
<input type="checkbox"/> Sonderschule	<input type="checkbox"/> Volks-/Hauptschule	<input type="checkbox"/> Realschule/ Mittlere Reife
<input type="checkbox"/> Fachoberschule	<input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> Fachhochschule
<input type="checkbox"/> Universität	<input type="checkbox"/> keinen Abschluss	<input type="checkbox"/> weiß ich nicht
13. Schätzen Sie bitte, über welches ungefähre monatliche Nettoeinkommen Ihre Eltern insgesamt verfügen. Instruktion: Bitte Zutreffendes ankreuzen.		
<input type="checkbox"/> bis 1000 €	<input type="checkbox"/> über 1000-1500 €	<input type="checkbox"/> über 1500-2000 €
<input type="checkbox"/> über 2000-2500 €	<input type="checkbox"/> über 2500-3000 €	<input type="checkbox"/> über 3000-3500 €
<input type="checkbox"/> über 3500-4000 €	<input type="checkbox"/> über 4000 €	<input type="checkbox"/> kann ich nicht schätzen
14. Schätzen Sie bitte, über welches ungefähre monatliche Nettoeinkommen Sie selbst insgesamt verfügen. Instruktion: Bitte Zutreffendes ankreuzen.		
<input type="checkbox"/> bis 1000 €	<input type="checkbox"/> über 1000-1500 €	<input type="checkbox"/> über 1500-2000 €
<input type="checkbox"/> über 2000-2500 €	<input type="checkbox"/> über 2500-3000 €	<input type="checkbox"/> über 3000-3500 €
<input type="checkbox"/> über 3500-4000 €	<input type="checkbox"/> über 4000 €	<input type="checkbox"/> kann ich nicht schätzen

II. Studierverhalten

Instruktion: Zur besseren Übersichtlichkeit sollten Sie den Probanden mit in die Unterlagen einsehen lassen.

15. Ihr Studienfach? _____	Instruktion: Bitte eintragen.
16. Wie schätzen Sie die Situation allgemein in Ihrem Studienfach auf einer Skala von 1-5 ein, wobei 1 „sehr gut“ und 5 „sehr schlecht“ bedeutet? Instruktion: Bitte ganze Zahl ankreuzen, nicht z.B. 2-3 akzeptieren, sondern nur <i>eine</i> Zahl nennen lassen.	
a. Ausstattung mit der erforderlichen Fachliteratur	1 – 2 – 3 – 4 – 5
b. Ausstattung mit erforderlichen Arbeitsplätzen (z.B. Labor, Bibliothek, Computer, Zeichnen)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
c. Betreuung und Beratung durch Lehrpersonen	1 – 2 – 3 – 4 – 5
d. Vermittlung des Lehrstoffs durch Lehrende	1 – 2 – 3 – 4 – 5
e. Motivation/ Interesse der Studierenden am Fach	1 – 2 – 3 – 4 – 5
f. Praxisbezug der Veranstaltung	1 – 2 – 3 – 4 – 5
g. Strukturiertheit (Aufbau) des Studiengangs	1 – 2 – 3 – 4 – 5
h. Kommunikation unter den Studierenden	1 – 2 – 3 – 4 – 5
17. Wie schätzen Sie die Situation persönlich in Ihrem Studienfach auf einer Skala von 1-5 ein, wobei 1 „sehr gut“ und 5 „sehr schlecht“ bedeutet? Instruktion: Bitte ganze Zahl ankreuzen, nicht z.B. 2-3 akzeptieren, sondern nur <i>eine</i> Zahl nennen lassen.	
a. Ausstattung mit der erforderlichen Fachliteratur	1 – 2 – 3 – 4 – 5
b. Ausstattung mit erforderlichen Arbeitsplätzen (z.B. Labor, Bibliothek, Computer, Zeichnen)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
c. Betreuung und Beratung durch Lehrpersonen	1 – 2 – 3 – 4 – 5
d. Vermittlung des Lehrstoffs durch Lehrende	1 – 2 – 3 – 4 – 5
e. Motivation/ Interesse der Studierenden am Fach	1 – 2 – 3 – 4 – 5
f. Praxisbezug der Veranstaltung	1 – 2 – 3 – 4 – 5
g. Strukturiertheit (Aufbau) des Studiengangs	1 – 2 – 3 – 4 – 5
h. Kommunikation unter den Studierenden	1 – 2 – 3 – 4 – 5
18. Wie oft haben sie in den letzten beiden Semestern (SS2002 und WS 2002/03) mit Ihren Lehrkräften außerhalb der eigentlichen Lehrveranstaltung gesprochen? Instruktion: Bitte tragen Sie die Anzahl ein, ggf. eine 0.	
a. Über fachliche Fragen des Studiums	_____ Mal
b. Über meinen Studienplan/ Prüfungen	_____ Mal
c. Über persönliche Fragen	_____ Mal

<p>19. Wie viel Zeit haben Sie während der letzten für Sie „typischen“ Semesterwoche für folgende Aktivitäten aufgewendet?</p> <p>Instruktion: Angaben bitte in Stunden pro 5-Tage-Woche. Bitte auf volle Stunden runden!</p> <p>a. Lehrveranstaltungen (Vorlesungen, Seminare, Praktika u.a., _____ Stunden Lehrveranstaltungen der Hochschule)</p> <p>b. Sonstiger studienbezogener Aufwand (Vor- und Nachbereitung, _____ Stunden Fachlektüre, Studien-/ Haus-/ Abschlussarbeiten, Bücher ausleihen, Sprechstunde usw.)</p> <p>c. Erwerbstätigkeit gegen Bezahlung _____ Stunden</p>	
<p>20. Wie viel Zeit haben Sie in der letzten für Sie „typischen“ Semesterwoche für folgende Freizeitaktivitäten aufgewandt?</p> <p>Instruktion: Angaben bitte in Stunden pro 5-Tage-Woche. Bitte auf volle Stunden runden!</p> <p>a. persönlich lernen, weiterbilden (ohne direkten Bezug zum Studium) _____ Stunden</p> <p>b. gesellschaftliches/ politisches Engagement (Initiative, Verein, _____ Stunden Verband, Kirche, Uni usw.)</p> <p>c. „social life“ (Kneipe, Freunde/ Clique treffen, Disko) _____ Stunden</p> <p>d. Kino/ Theater/ Konzerte/ kulturelle Veranstaltungen _____ Stunden</p> <p>e. Musik o. Filme machen, Theater spielen, anderes _____ Stunden</p> <p>f. Sport treiben _____ Stunden</p> <p>g. sich mit dem Computer beschäftigen (mehr zum Vergnügen) _____ Stunden</p>	
<p>21. Haben Sie schon mal daran gedacht, Ihr derzeitiges Studium abzubrechen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Instruktion: Bitte Zutreffendes ankreuzen.</p>	
<p>22. Wie viele Lehrveranstaltungen „schwänzen“ Sie i.d.R. in der Woche? _____ Lehrveranstaltungen Instruktion: Bitte tragen Sie die Anzahl ein, ggf. eine 0.</p>	
<p>23. Wenn ja, was hat das für Gründe? Instruktion: Bitte max. 3 Antworten ankreuzen.</p> <p><input type="checkbox"/> muss arbeiten <input type="checkbox"/> keine Lust <input type="checkbox"/> komme nicht aus dem Bett</p> <p><input type="checkbox"/> familiäre Verpflichtungen <input type="checkbox"/> Freizeitaktivitäten <input type="checkbox"/> zu viel gefeiert/ getrunken</p> <p><input type="checkbox"/> Besuch lohnt sich nicht <input type="checkbox"/> langweilig/ uninteressant <input type="checkbox"/> Sonstige, nämlich: _____</p>	
<p>24. Sind Sie mit Ihrem bisherigen Studienverlauf zufrieden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Instruktion: Bitte Zutreffendes ankreuzen.</p>	
<p>25. Was fehlt Ihnen im Studium zu Ihrem persönlichen Wohl?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

III. Selbstwirksamkeitserwartung/ Substanzkonsum

Instruktion:

Bitte geben Sie **allen** Probanden folgende 4 Fragebögen zum selbstständigen Ausfüllen: Brief AEQ-G, BDA, FEG und SKID-II.

Bitte geben Sie den **Rauchern** folgende 3 Fragebögen zum selbstständigen Ausfüllen: SER-G, DBR-G und FÄR.

IV. Komorbidität

Instruktion:

Bitte interviewen Sie **alle** Probanden nach dem Interviewleitfaden Mini DIPS.

Code:

Alcohol Expectancy (Brief AEQ-G)

Auf den nächsten Seiten finden Sie eine Reihe von Aussagen über die Wirkung von Alkohol. Jede dieser Aussagen kann mit JA oder NEIN beantwortet werden. Wir möchten Sie bitten, diese Aussagen sorgfältig zu lesen und dann zu entscheiden, ob Sie - in Übereinstimmung mit Ihren derzeitigen persönlichen Meinungen, Einstellungen und Überzeugungen - zustimmen oder nicht. Es geht uns darum, zu erfahren, was Sie persönlich denken!

1. Wenn ich etwas getrunken habe, fällt es mir leichter, mich zu öffnen und meine Gefühle auszudrücken.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Wenn Frauen etwas getrunken haben, sind sie in sexueller Hinsicht entspannter.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Nach ein paar Gläsern fällt mir eine Unterhaltung mit einer Person des anderen Geschlechts wesentlich leichter.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Es fällt mir leichter, neue Leute kennen zu lernen, wenn ich etwas getrunken habe.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Wenn ich etwas getrunken habe, kann ich mich auf Partys besser vergnügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Alkohol verringert Muskelspannungen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Nach ein paar Gläsern bin ich gewöhnlich in besserer Stimmung.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Manchmal erlaubt Alkohol einem, seine Sorgen zu vergessen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Wenn ich etwas getrunken habe, kann ich besser einschlafen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Nach ein paar Gläsern nimmt meine körperliche Erregung zu.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11. Alkohol kann ein Betäubungsmittel sein und Schmerzen lindern.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12. Alkohol macht es leichter, Wut, Ärger und Zorn zu vergessen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13. Ich gehe eher aus mir heraus, wenn ich etwas getrunken habe.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14. Alkohol macht mich gesprächiger.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15. Man ist unbefangener, wenn man etwas getrunken hat.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16. Nach ein oder zwei Gläsern sind kleine Wehwehchen erträglicher.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17. Ich bin nicht mehr so schüchtern, wenn ich etwas getrunken habe.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18. Ein oder zwei Gläser können mich bremsen, so dass ich mich nicht mehr so in Eile oder unter Zeitdruck fühle.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
19. Irgendwie ist alles lustiger, wenn ich etwas getrunken habe - auf jeden Fall lache ich mehr.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Code: 

Basler Drogen- und Alkoholfragebogen (BDA)

Lesen Sie bitte die folgenden 23 Aussagen. Entscheiden Sie bei jeder Feststellung, ob sie für Sie zutrifft oder nicht. Machen Sie ein Kreuz in der rechten Spalte entsprechend der Stärke Ihrer Zustimmung bzw. Ablehnung. Die Feststellungen sollen sich auf Ihren Zustand der letzten Zeit beziehen. Füllen Sie bitte den Bogen sorgfältig und selbständig aus. Lassen Sie keinen Satz aus.

1	2	3	4	5
trifft überhaupt nicht zu	trifft nicht zu	teils/ teils	trifft zu	trifft sehr zu

1. Ich habe die Anweisung verstanden und bin bereit, jeden Satz offen zu beantworten.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
2. In letzter Zeit ist es zum-die-Wände-hochgehen, wenn mir der Alkohol und/oder Medikamente und/oder Drogen ausgehen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
3. In letzter Zeit würde ich gerne alles vergessen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
4. In letzter Zeit macht mir meine Partnerin/ mein Partner bzw. eine mir nahestehende Person häufig Vorwürfe.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
5. In letzter Zeit fühle ich mich oft sehr allein.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
6. In letzter Zeit komme ich mir manchmal selbst fremd vor.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
7. In letzter Zeit denke ich, dass es schön wäre, einmal ganz mit dem Alkohol und/oder Medikamenten und/oder Drogen aufzuhören.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
8. In letzter Zeit empfinde ich meine innere Leere oft als quälend.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
9. In letzter Zeit plagen mich oft Schuldgefühle.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
10. In letzter Zeit geht es mit mir bergab.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
11. Ich muss mich zeitweise berauschen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
12. In letzter Zeit versuchen Leute zu oft, mir zu sagen, was ich tun soll.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
13. In letzter Zeit denke ich mehr an vergangene Tage als an die Dinge, die ich in der Zukunft tun könnte.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
15. In letzter Zeit bin ich launisch (z.B. schwermütig).	1 - 2 - 3 - 4 - 5
16. Ich brauche es, von Zeit zu Zeit „zu“ zu sein.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
17. Ich weiß gut, was Entzugssymptome sind und habe mich mehrfach krank gefühlt, wenn ich keinen Alkohol/ Medikamente/ Drogen hatte.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
18. In letzter Zeit habe ich mehrfach versucht, mit dem Alkohol und/oder den Medikamenten und/oder den Drogen aufzuhören.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
19. In letzter Zeit muss ich am Morgen nach dem Aufwachen gerade wieder an Alkohol und/oder Medikamente und/oder Drogen denken.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
20. In letzter Zeit ist in kritischen Momenten der Alkohol und/oder die Medikamente und/oder die Drogen für mich der letzte Rettungsring.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
21. In letzter Zeit zittere ich am Morgen, wenn ich erwache.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
22. In letzter Zeit fühle ich mich häufig angespannt und müde.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
23. In letzter Zeit bin ich wegen des Trinkens bzw. wegen der Tabletten bzw. Drogen schon in berufliche Schwierigkeiten geraten.	1 - 2 - 3 - 4 - 5

Code: □□□□□□□□□□

Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG)

1. ERNÄHRUNG

1. Bitte kreuzen Sie an, wie häufig Sie die hier angekreuzten Nahrungsmittel essen:

	täglich	mehrmals pro Woche	seltener	nie
1. Brot/ Brötchen: Weizen, Weizenmisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Brot/ Brötchen: Roggen, Vollkorn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cornflakes, Müsli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kuchen, Plätzchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Butter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Diät-/ Halbfettmargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Marmelade, Honig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Diätwurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Milch/ -produkte mit reduziertem Fettgehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Milch/ -produkte mit normaler Fettstufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Käse mit weniger als 45% Fettgehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Vollfettkäse (über 45% Fettgehalt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Obst, Früchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Schokolade, Pralinen, Bonbons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Nüsse, Salzgebäck, Chips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Kartoffeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Nudeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Reis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Gemüse (frisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Gemüse (Konserven)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Salat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Rind-/ Kalbfleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Schweinefleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Fast Food (Pommes frites, Hamburger etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Fertiggerichte (Instant-, Tiefkühl-, Konserven)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie häufig trinken Sie folgende (alkoholfreien) Getränke?

	mehrmals pro Tag	einmal pro Tag	seltener	nie
1. Kaffee (koffeinhaltig)/ Schwarzer Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fruchtsäfte, Limonaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kräuter-/ Früchtetee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kalorienarme Getränke (Light-Produkte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mineralwasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie häufig nehmen Sie folgende Mahlzeiten zu sich?

	täglich	mehrmals pro Woche	seltener	nie
1. Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte füllen Sie die Fragen 9-13 nur aus, falls Sie Änderungswünsche im Bereich der Ernährung haben.

9. Was möchten Sie verändern?

Ich möchte gerne...	trifft nicht zu	trifft genau zu
1. ... weniger essen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
2. ... regelmäßiger essen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
3. ... weniger zwischendurch essen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
4. ... mir mehr Zeit für meine Mahlzeiten nehmen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
5. ... gesünder essen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
6. ... abnehmen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	

10. Bitte kreuzen Sie an, wer / was Ihnen bei den Veränderungen helfen könnte.

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Arzt/ Ärztin | <input type="checkbox"/> | 5. Psychologische Beratung | <input type="checkbox"/> |
| 2. Partner/ Partnerin | <input type="checkbox"/> | 6. Freunde, Verwandte | <input type="checkbox"/> |
| 3. Gruppenangebote (z.B. Selbsthilfegruppe) | <input type="checkbox"/> | 7. Informationen aus Fernsehen, Büchern, Broschüren etc. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich selbst | <input type="checkbox"/> | 8. Sonstige(s) | <input type="checkbox"/> |

11. Bitte geben Sie nun an, was die gewünschten Veränderungen erschweren oder verhindern könnte.

- | Bei Ihnen selbst: | In Ihrer Umwelt: |
|---------------------------------------|--|
| 1. Gesundheitszustand | <input type="checkbox"/> 7. Partner/ Partnerin |
| 2. Gewohnheiten | <input type="checkbox"/> 8. Familie, Kinder |
| 3. Mangelnder Wille | <input type="checkbox"/> 9. Freunde, Bekannte |
| 4. Zeitmangel, Stress | <input type="checkbox"/> 10. Beruf |
| 5. Zu großes „Opfer“ | <input type="checkbox"/> 11. Finanzielle Situation |
| 6. Beeinträchtigung des Wohlbefindens | <input type="checkbox"/> 12. Fehlendes Angebot |

12. Was glauben Sie, wie schwierig es für Sie sein wird, die gewünschten Veränderungen durchzuführen?

überhaupt nicht schwierig sehr schwierig
 1 - 2 - 3 - 4 - 5

13. Glauben Sie, dass die gewünschten Veränderungen für Sie erreichbar sind?

überhaupt nicht erreichbar sehr erreichbar
 1 - 2 - 3 - 4 - 5

2. BEWEGUNG

14. Wie viel Bewegung haben Sie an einem gewöhnlichen Wochentag?

sehr wenig sehr viel
 1 - 2 - 3 - 4 - 5

9. ... mich unwohl fühle.	1	-	2	-	3	-	4	-	5
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

27. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Medikamenteneinnahme? äußerst unzufrieden äußerst zufrieden
 -3 -2 -1 0 1 2 3

28. Wie wirkt sich die Medikamenteneinnahme auf Ihre Gesundheit aus? äußerst negativ äußerst positiv
 -3 -2 -1 0 1 2 3

Bitte füllen Sie die Fragen 29-33 nur aus, falls Sie Änderungswünsche im Bereich Medikamente haben.

29. Was möchten Sie verändern?

Ich möchte gerne...	trifft nicht zu	trifft genau zu
1. ... keine Medikamente einnehmen.	1	5
2. ... weniger Medikamente einnehmen.	1	5
3. ... Medikamente nur noch im Bedarfsfall einnehmen.	1	5
4. ... Medikamente durch andere Mittel/ Maßnahmen (z.B. Entspannung, Autogenes Training) ersetzen.	1	5

30. Bitte kreuzen Sie an, wer / was Ihnen bei den Veränderungen helfen könnte.

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Arzt/ Ärztin | <input type="checkbox"/> | 5. Psychologische Beratung | <input type="checkbox"/> |
| 2. Partner/ Partnerin | <input type="checkbox"/> | 6. Freunde, Verwandte | <input type="checkbox"/> |
| 3. Gruppenangebote (z.B. Selbsthilfegruppe) | <input type="checkbox"/> | 7. Informationen aus Fernsehen, Büchern, Broschüren etc. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich selbst | <input type="checkbox"/> | 8. Sonstige(s) | <input type="checkbox"/> |

31. Bitte geben Sie nun an, was die gewünschten Veränderungen erschweren oder verhindern könnte.

- | | | |
|---------------------------------------|---|--------------------------|
| Bei Ihnen selbst: | In Ihrer Umwelt: | |
| 1. Gesundheitszustand | <input type="checkbox"/> 7. Partner/ Partnerin | <input type="checkbox"/> |
| 2. Gewohnheiten | <input type="checkbox"/> 8. Familie, Kinder | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mangelnder Wille | <input type="checkbox"/> 9. Freunde, Bekannte | <input type="checkbox"/> |
| 4. Zeitmangel, Stress | <input type="checkbox"/> 10. Beruf | <input type="checkbox"/> |
| 5. Zu großes „Opfer“ | <input type="checkbox"/> 11. Finanzielle Situation | <input type="checkbox"/> |
| 6. Beeinträchtigung des Wohlbefindens | <input type="checkbox"/> 12. Fehlendes Angebot (Gruppen o.Ä.) | <input type="checkbox"/> |

32. Was glauben Sie, wie schwierig es für Sie sein wird, die gewünschten Veränderungen durchzuführen?

überhaupt nicht schwierig sehr schwierig
 1 - 2 - 3 - 4 - 5

33. Glauben Sie, dass die gewünschten Veränderungen für Sie erreichbar sind?

überhaupt nicht erreichbar sehr erreichbar
 1 - 2 - 3 - 4 - 5

4. SCHLAF

34. Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht? ___ Stunden

35. Gehen Sie abends zu regelmäßigen Zeiten schlafen?

nie sehr häufig

1 - 2 - 3 - 4 - 5

36. Haben Sie Schwierigkeiten, einzuschlafen? 1 - 2 - 3 - 4 - 5

37. Wachen Sie nach dem Einschlafen nachts wieder auf? 1 - 2 - 3 - 4 - 5

38. Woran liegt es, wenn Sie nachts wieder wach werden?

- | | | |
|-----------------------|--|--------------------------|
| 1. Harndrang | <input type="checkbox"/> 5. Stress | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nervosität | <input type="checkbox"/> 6. Geräusche | <input type="checkbox"/> |
| 3. Probleme | <input type="checkbox"/> 7. Störung durch andere | <input type="checkbox"/> |
| 4. Gesundheitszustand | <input type="checkbox"/> 8. weiß ich nicht | <input type="checkbox"/> |

39. Haben Sie Schwierigkeiten, wieder Schlaf zu finden, wenn Sie wach geworden sind?

nie sehr häufig

1 - 2 - 3 - 4 - 5

40. Wie fühlen Sie sich nach dem Aufstehen?

	nie							sehr häufig	
1. zerschlagen	1	-	2	-	3	-	4	-	5
2. munter	1	-	2	-	3	-	4	-	5
3. dösig	1	-	2	-	3	-	4	-	5
4. tatkräftig	1	-	2	-	3	-	4	-	5
5. müde	1	-	2	-	3	-	4	-	5
6. entspannt	1	-	2	-	3	-	4	-	5

41. Bitte geben Sie im Folgenden an, wann Sie Schwierigkeiten mit dem Schlaf haben.

Mit dem Schlaf habe ich Schwierigkeiten, wenn ich...	trifft nicht zu							trifft genau zu	
1. ... mich einsam fühle.	1	-	2	-	3	-	4	-	5
2. ... mich über etwas geärgert habe.	1	-	2	-	3	-	4	-	5
3. ... nervös bin.	1	-	2	-	3	-	4	-	5
4. ... niedergeschlagen/ deprimiert bin.	1	-	2	-	3	-	4	-	5
5. ... unzufrieden bin.	1	-	2	-	3	-	4	-	5
6. ... Probleme habe.	1	-	2	-	3	-	4	-	5
7. ... alleine bin.	1	-	2	-	3	-	4	-	5
8. ... Schmerzen habe.	1	-	2	-	3	-	4	-	5
9. ... aufgeregt bin.	1	-	2	-	3	-	4	-	5
10. ... mich unwohl fühle.	1	-	2	-	3	-	4	-	5

42. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf? äußerst unzufrieden 0 1 2 3 äußerst zufrieden

43. Bitte schätzen Sie ein, wie sich Ihr Schlaf auf Ihre Gesundheit auswirkt? äußerst negativ 0 1 2 3 äußerst positiv

44. Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Krankheiten bzw. Störungen Ihrer Meinung nach durch Schlafschwierigkeiten (mit-) verursacht werden können:

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1. Herz- Kreislauf- Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | 6. Magen- Darm- Erkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| 2. Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> | 7. Rheumatismus | <input type="checkbox"/> |
| 3. Übergewicht | <input type="checkbox"/> | 8. Psychische Störungen | <input type="checkbox"/> |
| 4. Gicht | <input type="checkbox"/> | 9. Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> |
| 5. Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> | 10. Allergien | <input type="checkbox"/> |

Bitte füllen Sie die Fragen 45-49 nur aus, falls Sie Änderungswünsche im Bereich Schlaf haben.

45. Was möchten Sie verändern?

Ich möchte gerne...	trifft nicht zu	trifft genau zu
1. ... mehr schlafen können.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
2. ... schneller einschlafen können.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
3. ... nachts durchschlafen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
4. ... ruhiger/ entspannter schlafen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
5. ... mit weniger Schlaf auskommen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	

46. Bitte kreuzen Sie an, wer / was Ihnen bei den Veränderungen helfen könnte.

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Arzt/ Ärztin | <input type="checkbox"/> | 5. Psychologische Beratung | <input type="checkbox"/> |
| 2. Partner/ Partnerin | <input type="checkbox"/> | 6. Freunde, Verwandte | <input type="checkbox"/> |
| 3. Gruppenangebote (z.B. Selbsthilfegruppe) | <input type="checkbox"/> | 7. Informationen aus Fernsehen, Büchern, Broschüren etc. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich selbst | <input type="checkbox"/> | 8. Sonstige(s) | <input type="checkbox"/> |

47. Bitte geben Sie nun an, was es erschweren oder verhindern könnte, die gewünschten Veränderungen zu erreichen.

Bei Ihnen selbst:

1. Gesundheitszustand
2. Gewohnheiten
3. Mangelnder Wille
4. Zeitmangel, Stress
5. Zu großes „Opfer“
6. Beeinträchtigung des Wohlbefindens

In Ihrer Umwelt:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 7. Partner/ Partnerin | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 8. Familie, Kinder | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 9. Freunde, Bekannte | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 10. Beruf | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 11. Finanzielle Situation | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 12. Fehlendes Angebot (Gruppen o.Ä.) | <input type="checkbox"/> |

48. Was glauben Sie, wie schwierig es für Sie sein wird, die gewünschten Veränderungen durchzuführen?

überhaupt nicht schwierig
1 - 2 - 3 - 4 - 5
sehr schwierig

49. Glauben Sie, dass die gewünschten Veränderungen für Sie erreichbar sind?

überhaupt nicht erreichbar
1 - 2 - 3 - 4 - 5
sehr erreichbar

5. ALLGEMEINES WOHLBEFINDEN

Nachfolgend werden einige Lebensbereiche angesprochen, die zu Ihrer Zufriedenheit und Ihrem Wohlbefinden beitragen können.

50. Bitte schätzen Sie zunächst ein, wie zufrieden Sie *im Allgemeinen* mit Ihrem Leben sind.

äußerst unzufrieden
äußerst zufrieden
Im Allgemeinen bin ich mit meinem Leben... -3 -2 -1 0 1 2 3

51. Bitte geben Sie nun an, wie Sie Ihr *augenblickliches Wohlbefinden* einschätzen.

sehr unwohl
sehr wohl
Insgesamt fühle ich mich im Moment... -3 -2 -1 0 1 2 3

52. Bitte kreuzen Sie nun an, inwieweit die hier aufgeführten Bereiche zu Ihrer Zufriedenheit und Ihrem Wohlbefinden beitragen.

	gar nicht	sehr	Dieser Bereich trifft für mich nicht zu.
1. Arbeit/ Beruf	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
2. Ehe/ Partnerschaft	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
3. Familie/ Kinder	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
4. Freunde, Bekannte	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
5. Freizeit	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
6. Finanzielle Situation	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
7. Wohnsituation	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>

53. Bitte kreuzen Sie nun an, inwieweit es in den hier aufgeführten Bereichen bei Ihnen Schwierigkeiten und Probleme gibt.

	gar nicht	sehr	Dieser Bereich trifft für mich nicht zu.
1. Arbeit/ Beruf	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
2. Ehe/ Partnerschaft	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
3. Familie/ Kinder	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
4. Freunde, Bekannte	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
5. Freizeit	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
6. Finanzielle Situation	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
7. Wohnsituation	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>

54. Wie unzufrieden sind Sie aufgrund dieser Schwierigkeiten/ Probleme?

äußerst unzufrieden
äußerst zufrieden
-3 -2 -1 0 1 2 3

55. Wie wirken sich diese Schwierigkeiten/Probleme auf Ihre Gesundheit aus? äußerst negativ überhaupt nicht negativ

-3 -2 -1 0 1 2 3

56. Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Krankheiten bzw. Störungen Ihrer Meinung nach durch Schwierigkeiten und Probleme (mit-) verursacht werden können:

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1. Herz- Kreislauf- Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | 6. Magen- Darm- Erkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| 2. Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> | 7. Rheumatismus | <input type="checkbox"/> |
| 3. Übergewicht | <input type="checkbox"/> | 8. Psychische Störungen | <input type="checkbox"/> |
| 4. Gicht | <input type="checkbox"/> | 9. Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> |
| 5. Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> | 10. Allergien | <input type="checkbox"/> |

Bitte füllen Sie die Fragen 57-62 nur aus, falls Sie Änderungswünsche in bestimmten Lebensbereichen haben.

57. Bitte kreuzen Sie an, in welchen Lebensbereichen Sie gerne etwas verändern möchten.

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Arbeit/ Beruf | <input type="checkbox"/> | 6. Freizeit | <input type="checkbox"/> |
| 2. Familie/ Kinder | <input type="checkbox"/> | 7. Finanzielle Situation | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ehe/ Partnerschaft | <input type="checkbox"/> | 8. Wohnsituation | <input type="checkbox"/> |
| 4. Freunde, Bekannte | <input type="checkbox"/> | 9. Sonstige Personen | <input type="checkbox"/> |
| 5. Gesundheitszustand | <input type="checkbox"/> | 10. Sonstige Umstände | <input type="checkbox"/> |

58. Bitte tragen Sie hier ein, was Sie gerne verändern möchten:

59. Bitte kreuzen Sie an, wer / was Ihnen bei den Veränderungen helfen könnte.

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Arzt/ Ärztin | <input type="checkbox"/> | 5. Psychologische Beratung | <input type="checkbox"/> |
| 2. Partner/ Partnerin | <input type="checkbox"/> | 6. Freunde, Verwandte | <input type="checkbox"/> |
| 3. Gruppenangebote (z.B. Selbsthilfegruppe) | <input type="checkbox"/> | 7. Informationen aus Fernsehen, Büchern, Broschüren etc. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich selbst | <input type="checkbox"/> | 8. Sonstige(s) | <input type="checkbox"/> |

60. Bitte geben Sie nun an, was es erschweren oder verhindern könnte, die gewünschten Veränderungen zu erreichen.

Bei Ihnen selbst:

1. Gesundheitszustand
2. Gewohnheiten
3. Mangelnder Wille
4. Zeitmangel, Stress
5. Zu großes „Opfer“
6. Beeinträchtigung des Wohlbefindens

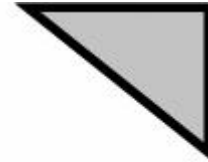
In Ihrer Umwelt:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 7. Partner/ Partnerin | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 8. Familie, Kinder | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 9. Freunde, Bekannte | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 10. Beruf | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 11. Finanzielle Situation | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 12. Fehlendes Angebot (Gruppen o.Ä.) | <input type="checkbox"/> |

61. Was glauben Sie, wie schwierig es für Sie sein wird, die gewünschten Veränderungen durchzuführen?

überhaupt nicht schwierig sehr schwierig

1 - 2 - 3 - 4 - 5

Code: 

Self-Efficacy Rauchen (SER-G)

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Situationen, die manche Menschen zum Rauchen verleiten. Schätzen Sie bitte ein, wie groß Ihre Sicherheit ist, in der jeweiligen Situation auf das Rauchen zu verzichten.

Die Antwortmöglichkeiten liegen zwischen

1 = eine sehr geringe (oder keine) Sicherheit und

5 = eine sehr große Sicherheit.

Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstimmen. Bitte kreuzen Sie an.

1. Wenn ich in einem Lokal oder einer Gaststätte Alkohol trinke...	...Ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können, 1 2 3 4 5 sehr gering gering mittel groß sehr groß
2. Wenn ich den Wunsch nach einer Zigarette verspüre...	...Ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können, 1 2 3 4 5 sehr gering gering mittel groß sehr groß
3. Wenn Dinge nicht so laufen, wie ich möchte, und ich frustriert bin...	...Ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können, 1 2 3 4 5 sehr gering gering mittel groß sehr groß
4. Wenn ich mit meinem Partner oder einem guten Freund zusammen bin und er/sie raucht...	...Ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können, 1 2 3 4 5 sehr gering gering mittel groß sehr groß
5. Wenn es Auseinandersetzungen oder Streit in meiner Familie gibtIst meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können, 1 2 3 4 5 sehr gering gering mittel groß sehr groß
6. Wenn ich glücklich bin und feiere...	...Ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können, 1 2 3 4 5 sehr gering gering mittel groß sehr groß
7. Wenn ich über etwas oder jemanden sehr verärgert bin...	...Ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können, 1 2 3 4 5 sehr gering gering mittel groß sehr groß
8. Wenn ich eine gefühlsmäßige Krise durchmachen würde, wie z.B. bei einem Unfall oder einem Todesfall in der Familie...	...Ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können, 1 2 3 4 5 sehr gering gering mittel groß sehr groß
9. Wenn ich jemanden sehe, der raucht und Spaß daran hat...	...Ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können, 1 2 3 4 5 sehr gering gering mittel groß sehr groß
10. Wenn ich mich beim Kaffeetrinken entspanne und unterhalte...	...Ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können, 1 2 3 4 5 sehr gering gering mittel groß sehr groß

Code:

11. Wenn ich mir klar mache, dass es eine sehr schwierige Aufgabe für mich ist, mit dem Rauchen aufzuhören...	<p>...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können,</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>sehr gering gering mittel groß sehr groß</p>
12. Wenn ich Verlangen nach einer Zigarette habe...	<p>...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können,</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>sehr gering gering mittel groß sehr groß</p>
13. Wenn ich morgens gerade aufstehe...	<p>...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können,</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>sehr gering gering mittel groß sehr groß</p>
14. Wenn ich spüre, dass ich eine Aufmunterung brauche...	<p>...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können,</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>sehr gering gering mittel groß sehr groß</p>
15. Wenn ich anfangs, weniger an meine Gesundheit zu denken und körperlich weniger aktiv bin...	<p>...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können,</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>sehr gering gering mittel groß sehr groß</p>
16. Wenn ich mit Freunden auf einer Feier bin...	<p>...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können,</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>sehr gering gering mittel groß sehr groß</p>
17. Wenn ich morgens aufwache und einen anstrengenden Tag vor mir habe...	<p>...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können,</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>sehr gering gering mittel groß sehr groß</p>
18. Wenn ich ausgesprochen niedergeschlagen bin...	<p>...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können,</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>sehr gering gering mittel groß sehr groß</p>
19. Wenn ich äußerst ängstlich und gestresst bin...	<p>...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können,</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>sehr gering gering mittel groß sehr groß</p>
20. Wenn mir bewusst wird, dass ich eine Zeitlang nicht geraucht habe....	<p>...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können,</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>sehr gering gering mittel groß sehr groß</p>

Code: 

Decisional Balance Raucher (DBR-G)

Die folgenden Aussagen beinhalten Sichtweisen über das Rauchen. Bitte schätzen Sie ein, wie wichtig jede Aussage **für Ihre Entscheidung, nicht zu rauchen** ist. Bitte kreuzen Sie zu jeder Aussage an, wie wichtig diese für Sie ist. 1 bedeutet: überhaupt nicht wichtig, 5 bedeutet: sehr wichtig. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Meinung abstufen.

Das ist für meine Entscheidung, nicht zu rauchen...				
1	2	3	4	5
überhaupt nicht wichtig	nicht wichtig	teils/ teils	wichtig	sehr wichtig

1. Zigarettenrauchen ist etwas Angenehmes für mich.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
2. Mein Rauchen beeinträchtigt die Gesundheit von anderen.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
3. Ich mag das Image von Zigarettenrauchern.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
4. Menschen, die mir nahe stehen, würden darunter leiden, wenn ich durch das Rauchen krank werde.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
5. Ich bin entspannt und daher umgänglicher, wenn ich rauche.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
6. Weil ich weiterhin rauche, denken einige Menschen, die ich kenne, dass ich nicht genug Charakterstärke habe, damit aufzuhören.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
7. Wenn ich versuche, mit dem Rauchen aufzuhören, werde ich reizbar und schwer zu ertragen sein.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
8. Zigarettenrauchen ist gefährlich für meine Gesundheit.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
9. Meine Familie und Freunde mögen mich lieber, wenn ich rauche und glücklich bin, als wenn ich versuche aufzuhören und mich elend fühle.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
10. Es bringt mich in Verlegenheit, dass ich rauchen muss.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
11. Ich mag mich selbst mehr, wenn ich rauche.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
12. Mein Zigarettenrauch stört andere Menschen.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
13. Rauchen hilft mir, mich zu konzentrieren und besser zu arbeiten.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
14. Menschen denken, dass es unvernünftig von mir ist, Warnungen über das Zigarettenrauchen zu ignorieren.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
15. Zigarettenrauchen löst Anspannungen.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
16. Menschen, die mir nahe sind, missbilligen mein Rauchen.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
17. Weiterzurauchen gibt mir das Gefühl, meine eigenen Entscheidungen zu treffen.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
18. Es ist dumm von mir, Warnungen über das Zigarettenrauchen zu ignorieren.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
19. Wenn ich eine Weile nicht geraucht habe, fühle ich mich durch eine Zigarette großartig.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
20. Ich würde mich im Moment tatkräftiger fühlen, wenn ich nicht rauchen würde.	1 – 2 – 3 – 4 – 5

Code: 

Änderungsbereitschaft bei Rauchern (FÄR)

Es folgen jetzt Aussagen, die sich auf Ihre Einstellungen zum Rauchen beziehen. Kreuzen Sie bitte zu jeder Aussage an, wie sehr Sie ihr zustimmen. 1 bedeutet: stimme überhaupt nicht zu, 5 bedeutet: stimme sehr zu. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Meinung abstufen.

	1	2	3	4	5
	stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	teils/ teils	stimme zu	stimme sehr zu
1. Ich glaube, dass ich zuviel rauche.					
2. Ich versuche weniger zu rauchen als früher oder gar nicht mehr zu rauchen.					
3. Ich rauche gern, aber manchmal rauche ich zuviel.					
4. Manchmal denke ich, dass ich weniger oder gar nicht mehr rauchen sollte.					
5. Über mein Rauchen nachzudenken ist reine Zeitverschwendung.					
6. Ich habe erst vor kurzem mein Rauchen eingeschränkt.					
7. Jeder kann darüber reden, dass er wegen des Rauchens etwas tun will, aber ich tue tatsächlich etwas.					
8. Ich bin an dem Punkt angelangt, wo ich darüber nachdenken sollte, weniger oder gar nicht mehr zu rauchen.					
9. Mein Rauchen ist manchmal ein Problem.					
10. Ich finde es notwendig für mich, über eine Änderung meines Rauchens nachzudenken.					
11. Ich bin gerade dabei, mein Rauchen einzuschränken oder ganz damit aufzuhören.					
12. Weniger zu rauchen oder ganz damit aufzuhören ergibt für mich einen Sinn.					

Code: 

SKID-II

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Persönlichkeit, also auf Ihre Empfindungen, Gefühle, Einstellungen und Verhaltensweisen in Ihrem bisherigen Leben. Bitte versuchen Sie, sich so zu beschreiben, wie Sie im Allgemeinen sind. Beziehen Sie sich dabei auf die letzten fünf bis zehn Jahre. Kreuzen Sie bitte das Zutreffende an. Wenn Sie eine Frage nicht verstehen, lassen Sie diese bitte aus.

	Nein	Ja
1. Vermeiden Sie berufliche Aufgaben oder Aufträge, bei denen Sie mit vielen Menschen zu tun haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Meiden Sie Kontakte mit anderen Menschen, es sei denn, Sie sind sicher, dass diese Sie wirklich mögen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fällt es Ihnen schwer, anderen Menschen gegenüber offen zu sein, selbst wenn diese Ihnen nahe stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wenn Sie mit anderen Menschen zu tun haben, befürchten Sie dann oft, von ihnen kritisiert oder abgelehnt zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sind Sie gewöhnlich zurückhaltend und schweigsam, wenn Sie neue Leute kennen lernen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Glauben Sie, dass Sie nicht so klug, so geschickt oder so attraktiv sind wie die meisten anderen Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie Angst davor, neue Dinge auszuprobieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Benötigen Sie häufig Ratschläge oder Bestätigung von anderen, bevor Sie alltägliche Entscheidungen treffen können, also z.B. was Sie anziehen oder in einem Restaurant bestellen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sind Sie bei der Organisation wichtiger Lebensbereiche, wie z.B. finanziellen Angelegenheiten, Kindererziehung oder der Planung des Alltags von anderen Personen abhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fällt es Ihnen schwer, anderen zu widersprechen, selbst wenn Sie denken, dass diese im Unrecht sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fällt es Ihnen schwer, Aufgaben zu beginnen oder daran zu arbeiten, wenn Ihnen niemand dabei hilft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Übernehmen Sie oft freiwillig unerfreuliche Aufgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fühlen Sie sich im Allgemeinen unwohl, wenn Sie alleine sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wenn eine enge Beziehung endet, brauchen Sie dann schnell einen anderen Menschen, auf den Sie sich verlassen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Denken Sie oft darüber nach, allein gelassen zu werden und niemanden zu haben, der sich um Sie kümmert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sind Sie jemand, der viel Wert auf Details, Ordnung und Organisation legt, oder machen Sie gerne Listen und Zeitpläne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Haben Sie Schwierigkeiten, Arbeiten zu Ende zu bringen, weil Sie viel Zeit darauf verwenden, alles genau und richtig zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Glauben Sie selbst oder haben andere Ihnen schon gesagt, dass Sie mit Ihrer Arbeit/ mit dem Studium oder so beschäftigt sind, dass keine Zeit mehr für Freunde oder Vergnügen bleibt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Haben Sie sehr hohe moralische Ansprüche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Fällt es Ihnen schwer, Dinge wegzuworfen, weil Sie denken, sie vielleicht irgendwann wieder gebrauchen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Fällt es Ihnen schwer, sich von anderen helfen zu lassen, wenn diese die Angelegenheit nicht genau nach Ihren Vorstellungen erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Fällt es Ihnen schwer, Geld für sich oder andere Personen auszugeben, auch wenn Sie genügend haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sind Sie oft so sicher, Recht zu haben, dass Ihnen ganz gleich ist, was andere Leute sagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hat man Ihnen schon einmal gesagt, Sie seien eigensinnig oder stur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein	Ja
25. Wenn Sie jemand um etwas bittet, das Sie eigentlich nicht tun wollen, sagen Sie zunächst zwar „ja“, arbeiten dann aber sehr langsam oder nachlässig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Neigen Sie oft dazu, etwas, was Sie nicht tun wollen, einfach zu „vergessen“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Haben Sie häufig den Eindruck, dass andere Sie nicht verstehen oder Ihre Leistungen nicht ausreichend schätzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Sind Sie oft schlechter Laune und geraten dann leicht ins Streiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Haben Sie oft das Gefühl, dass die meisten Ihrer Vorgesetzten, Lehrer, Dozenten oder andere Leute in höheren Positionen eigentlich unfähig sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Erleben Sie es häufig als ungerecht, dass andere Menschen mehr besitzen als Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Beschweren Sie sich oft darüber, dass Ihnen ausschließlich nur Schlechtes passiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Passiert es Ihnen oft, dass Sie erst jemanden vor den Kopf stoßen und dann alles tun, um es wieder gut zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Fühlen Sie sich in der Regel unglücklich und ohne Lebensfreude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Halten Sie sich im Grunde für minderwertig und haben Sie von sich selbst eine schlechte Meinung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Machen Sie sich selbst oft schlecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Sind Sie jemand, der sich ständig Sorgen macht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Verurteilen Sie andere häufig und haben schnell etwas an ihnen auszusetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Denken Sie, dass die meisten Menschen im Prinzip schlecht sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. befürchten Sie fast immer das Schlimmste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Haben Sie oft Schuldgefühle, wenn Sie etwas getan oder unterlassen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Müssen Sie ständig auf der Hut sein, um zu verhindern, dass andere Sie ausnutzen oder verletzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Zweifeln Sie oft daran, ob Sie Ihren Freunden oder Arbeitskollegen trauen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Glauben Sie, dass es besser ist, andere nicht zu viel über Sie wissen zu lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Entdecken Sie häufig eine verborgene Bedeutung hinter dem, was andere sagen oder tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Sind Sie sehr nachtragend, d.h. dauert es lange, bis Sie jemandem verzeihen, der Sie beleidigt oder gekränkt hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Gibt es viele Leute, denen Sie nicht verzeihen können, auch wenn das, was diese gesagt oder getan haben, schon lange zurückliegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Werden Sie schnell wütend oder reagieren Sie aggressiv, wenn Sie kritisiert oder beleidigt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Haben Sie schon öfter den Verdacht gehabt, Ihr Partner sei Ihnen untreu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Wenn Sie in der Öffentlichkeit Leute sehen, die sich miteinander unterhalten, denken Sie dann häufig, dass man über Sie redet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Haben Sie oft das Gefühl, dass Dinge, die augenscheinlich nichts miteinander zu tun haben, Ihnen eine besondere Botschaft vermitteln sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Entdecken Sie häufig verborgene Botschaften hinter scheinbar zufälligen Ereignissen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Hatten Sie jemals den Eindruck, dass Sie Dinge geschehen lassen können, einfach, indem Sie es sich wünschen oder daran denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Haben Sie persönliche Erfahrung mit übernatürlichen Dingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Glauben Sie, einen „sechsten Sinn“ zu haben, so dass Sie – im Gegensatz zu anderen – Dinge im Voraus wissen und vorhersagen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Haben sie schon öfter Gegenstände oder Schatten gesehen und gedacht, es seien in Wirklichkeit Menschen oder Tiere. Oder haben Sie Geräusche für menschliche Stimmen gehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Haben Sie manchmal das Gefühl, dass eine unsichtbare Person oder Kraft Sie umgibt, obwohl Sie niemanden sehen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Sehen Sie oft die Aura oder Energiefelder von anderen Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Gibt es außerhalb Ihrer Familie nur sehr wenige Menschen, zu denen Sie eine wirklich enge Beziehung haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Sind Sie oft nervös und ängstlich, wenn Sie mit anderen Menschen zusammen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Könnten Sie ohne enge Beziehungen, wie man sie zum Beispiel in einer Familie oder mit Freunden hat, auskommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Würden Sie die meisten Dinge lieber allein als mit anderen zusammen machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Könnten Sie ohne sexuelle Beziehungen zufrieden sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Gibt es nur ganz wenige Dinge im Leben, die Ihnen wirklich Freude machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Ist es Ihnen gleichgültig, was andere über Sie denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Haben Sie das Gefühl, dass es nichts gibt, was Sie sehr glücklich oder sehr traurig machen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Stehen Sie gern im Mittelpunkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein	Ja
67. Flirten sie oft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Kleiden Sie sich gern sexy, auch wenn Sie zum Beispiel nur zur Arbeit gehen oder Besorgungen machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Versuchen Sie, durch Ihre äußere Erscheinung, wie zum Beispiel Kleidung, die Aufmerksamkeit anderer auf sich zu ziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Sehen Sie sich gern als schillernde Persönlichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Sind Sie oft unsicher in Ihren Meinungen und Ansichten und übernehmen daher die Meinung anderer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Bekommen Sie zu fast allen Menschen, die Sie treffen, schnell engen Kontakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Haben Sie das Gefühl, dass die meisten Menschen Ihre besonderen Fähigkeiten gar nicht richtig schätzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Würde Ihnen schon einmal gesagt, Sie hätten eine zu hohe Meinung von sich selbst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Denken Sie oft an die Macht, den Ruhm oder die Anerkennung, die Sie eines Tages haben werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Denken sie oft an die ideale Liebe, die Sie eines Tages finden werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Wenn Sie eine Beschwerde haben, bestehen Sie fast immer darauf, den höchsten Vorgesetzten zu sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Glauben Sie, dass es sich nur lohnt, Zeit mit Menschen zu verbringen, die etwas Besonderes oder besonders wichtig sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Ist es Ihnen sehr wichtig, dass andere Sie beachten oder Sie in irgendeiner Weise bewundern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Glauben Sie, dass Sie sich bestimmten regeln oder gesellschaftlichen Konventionen nicht unterordnen müssen, wenn diese Sie irgendwie einschränken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Glauben Sie, dass es Gründe gibt, weswegen andere Leute Sie besonders zuvorkommend behandeln sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Mussten Sie schon mal andere regelrecht benutzen, um etwas zu erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Sind Ihnen Ihre eigenen Bedürfnisse oft wichtiger als die anderer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Sind Sie oft der Meinung, dass andere Ihren Wünschen bedingungslos nachkommen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Halten Sie es oft für unwichtig, sich mit den Angelegenheiten oder Gefühlen anderer auseinander zu setzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Können Sie es kaum ertragen, wenn andere erfolgreich sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Haben Sie den Eindruck, dass andere oft neidisch auf Sie sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Glauben sie, dass nur sehr wenige Menschen Ihre Zeit und Ihre Aufmerksamkeit verdienen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Geraten Sie aus der Fassung, wenn Sie sich vorstellen, dass jemand, der Ihnen viel bedeutet, Sie verlässt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Sind die Beziehungen zu Personen, an denen Ihnen viel liegt, von einem ständigen Auf und Ab gekennzeichnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Haben Sie schon die Erfahrung gemacht, dass sich Ihre Zielsetzung und Ihr Gefühl, wer Sie sind, plötzlich ändern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. Erleben sie häufig krasse Veränderungen dabei, wie Sie sich selbst sehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. Ändern Sie plötzlich Ihre Zielsetzungen, Ihre beruflichen Pläne, religiöse Anschauungen und Ähnliches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. Handeln Sie oft impulsiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. Haben Sie je versucht, sich selbst zu verletzen oder umzubringen oder es angedroht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. Haben Sie sich je absichtlich geschnitten, verbrannt oder gekratzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97. Sind Sie launisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98. Fühlen Sie sich oft innerlich leer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. Haben Sie oft Wutausbrüche oder werden Sie so böse, dass Sie die Kontrolle verlieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. Schlagen Sie andere oder werfen Sie mit Gegenständen, wenn Sie wütend sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101. Können selbst Kleinigkeiten Sie sehr wütend machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102. Werden Sie anderen gegenüber argwöhnisch oder fühlen Sie sich manchmal unwirklich, wenn Sie unter großem Druck stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die folgenden Fragen beziehen sich auf Verhaltensweisen, die vor Ihrem 15. Lebensjahr aufgetreten sein könnten.		
Vor Ihrem 15. Lebensjahr...		
	Nein	Ja
103. ...haben Sie andere Kinder schikaniert oder bedroht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104. ...haben Sie Schlägereien angefangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105. ... haben Sie in einem Kampf eine Waffe benutzt wie zum Beispiel einen Stock, einen Stein, eine zerbrochene Flasche, ein Messer oder einen Revolver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106. ...haben Sie jemals versucht, absichtlich anderen Schmerz oder Leid zuzufügen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein	Ja
107. ...haben Sie manchmal absichtlich Tiere gequält?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108. ...haben Sie einer anderen Person gewaltsam etwas weggenommen, indem Sie sie bedrohten, überfielen oder beraubten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109. ...haben Sie jemals einen anderen Menschen zu sexuellem Kontakt gezwungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110. ...haben Sie schon einmal absichtlich Feuer gelegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111. ...haben Sie vorsätzlich Dinge beschädigt, die nicht Ihnen gehörten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
112. ...sind Sie irgendwo eingebrochen (zum Beispiel Auto, Haus, Wohnung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113. ...haben Sie häufig gelogen oder andere betrogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114. ...haben Sie jemals etwas gestohlen, zum Beispiel in einem Kaufhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115. ...sind Sie jemals von zu Hause weggelaufen und über Nacht weggeblieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor Ihrem 13. Lebensjahr...		
116. ...sind Sie abends oft wesentlich später nach Hause gekommen, als Sie durften?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
117. ...haben Sie oft die Schule geschwänzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Code:

IV. Komorbidität (Mini DIPS)

Instruktion: Lesen Sie dem Probanden folgende Fragen und Einschätzungen vor. Zu jedem Störungsbild geben Sie bitte **Ihre eigene Einschätzung** an, ob gegenwärtig eine Störung vorliegt oder ob dies fraglich ist. Dabei gilt: Wenn Sie der Überzeugung sind, dass eine Störung vorliegt, kreuzen Sie bitte „ja“ an (egal was der Proband sagt). Wenn Sie glauben, der Proband habe die Störung nicht, dann kreuzen Sie bitte „nein“ an (egal was der Proband sagt). Wenn Sie sich nicht sicher sind, dann gilt die Kategorie „fraglich“. Ansonsten machen Sie bitte so viele Notizen/ Kommentare wie möglich, damit wichtige Informationen festgehalten werden.

1. ÜBERBLICK

a. Ich werde Ihnen eine Anzahl von Fragen zu unterschiedlichen Bereichen Ihres Lebens stellen. Zunächst würde ich gerne, ob Sie in letzter Zeit Probleme oder Schwierigkeiten hatten? ja nein

b. Falls ja: Worin bestehen oder bestanden die Beschwerden?

Jetzt möchte ich Ihnen weitere Fragen über verschiedene einzelne Bereiche stellen, in denen Menschen Probleme haben können.

2. PROBLEMBEREICH ANGST

Ich werde Ihnen nun einige Beispiele nennen und möchte Sie bitten, jeweils zu entscheiden, ob die folgenden Situationen oder Dinge Ihnen Angst machen oder ob Sie sie möglichst vermeiden:

1. PS: Plötzliche und unerwartete Angst, ohne dass reale Gefahr vorliegt? ja nein
2. AG: Bestimmte Situationen und Orte wie z.B. Kaufhäuser, Autofahren, Menschenmengen, Fahrstühle oder geschlossene Räume? ja nein
3. SP: Situationen, in denen Sie von anderen Menschen beobachtet oder bewertet werden könnten wie z.B. öffentliches Sprechen, Zusammenkünfte, Partys oder Gespräche? ja nein
4. SPP: Bestimmte Dinge wie z.B. Tiere, Höhen, Flugreisen oder der Anblick von Blut und Verletzungen? ja nein
5. GAS: Leiden Sie häufig unter unangemessen starken Sorgen, z.B. über familiäre, berufliche oder finanzielle Angelegenheiten? ja nein
6. PB: Haben sie schon einmal ein extrem belastendes, lebensbedrohliches oder traumatisches Ereignis erlebt, nach dem es Ihnen sehr schlecht ging(wie z.B. Gewalttaten oder Naturkatastrophen)? ja nein

Störungsbereiche, für die Angst oder Vermeidung berichtet werden, bitte einzeln abklären (siehe unten!). Bitte an die jeweiligen Überleitungen denken! Falls alle Bereiche mit nein beantwortet werden, gehen Sie bitte weiter zum Problembereich Zwang auf Seite 28.

1. Paniksyndrom (PS)

1. In welchen Situationen tritt diese plötzliche unerwartete Angst auf?

2. Treten diese Angstanfälle manchmal auch „wie aus heilerem Himmel“ und ohne jeden ersichtlichen Grund auf? ja nein

3. Erleben Sie üblicherweise während dieser Angstanfälle...

- a) ... Kurzatmigkeit oder Atemnot? ja nein
 b) ... Erstickungs- oder Würgegefühl? ja nein
 c) ... Herzklopfen, -rasen oder –stolpern? ja nein
 d) ... Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust? ja nein
 e) ... Schwitzen? ja nein
 f) ... Schwindel, Benommenheit oder Schwächegefühle? ja nein
 g) ... Übelkeit oder Magen-/Darmbeschwerden? ja nein
 h) ... Gefühle der Unwirklichkeit oder des Losgelöstseins? ja nein
 i) ... Taubheit oder Kribbeln in Körperteilen? ja nein
 j) ... Hitzewallungen oder Kälteschauer? ja nein
 k) ... Zittern oder Beben? ja nein
 l) ... Todesangst? ja nein
 m) ... Angst, verrückt zu werden? ja nein
 n) ... Angst, etwas Unkontrolliertes zu tun? ja nein

4. Hatten Sie schon mehrere solcher unerwarteter Angstanfälle? ja nein

5. Haben diese Angstanfälle Sie in Ihrem Verhalten beeinflusst? ja nein

6. Haben Sie sich schon einmal mindestens vier Wochen lang nach einem Anfall Sorgen über weitere Anfälle oder ihre Bedeutung gemacht? ja nein

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
 Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

2. Agoraphobie (AG)

1. Sie hatten berichtet, dass Sie bestimmte Situationen vermeiden oder dass diese Ihnen Angst machen. Welche Situationen sind dies und was befürchten Sie, könnte Ihnen dort schlimmstenfalls passieren?

2. Hängt die Angst bzw. Vermeidung damit zusammen, dass Sie sich in diesen Situationen ängstlich oder krank fühlen könnten und es dann besonders schwierig wäre, die Situation zu verlassen? ja nein

3. Fühlen Sie sich mit einer Begleitperson sicherer? ja nein

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
 Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

3. Sozialphobie (SP)

1. Was befürchten Sie, könnte Ihnen schlimmstenfalls in Situationen passieren, in denen Sie mit anderen Menschen zusammentreffen?

2. Tritt Ihre Angst nahezu jedes Mal und sofort in solchen Situationen auf? ja nein

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

4. Spezifische Phobien (SPP)

1. Sie hatten berichtet, dass Sie bestimmte Dinge fürchten oder vermeiden. Welche Dinge sind dies?

2. Was befürchten Sie, könnte Ihnen im Zusammenhang mit diesen Dingen schlimmstenfalls passieren?

3. Tritt Ihre Angst nahezu jedes Mal und sofort auf, wenn Sie (...) begegnen? ja nein

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

5. Generalisiertes Angstsyndrom (GAS)

1. Sie hatten von übermäßigen Sorgen berichtet. Worum geht es bei diesen Sorgen?

Falls Sorgen nur in einem Bereich:

2. Sind Sie jemand, der sich oft oder auch über kleine Dinge Sorgen macht? ja nein

3. Litten Sie mindestens sechs Monate die meiste Zeit unter diesen Sorgen? ja nein

Falls ja:

4. Litten Sie während dieser sechs Monate anhaltend unter den folgenden Beschwerden...

a) ...Ruhelosigkeit? ja nein

b) ...leichte Ermüdbarkeit? ja nein

c) ... ständige Anspannung? ja nein

d) ... übermäßige Nervosität? ja nein

e) ... Konzentrationsschwierigkeiten wegen Angst? ja nein

f) ... Reizbarkeit? ja nein

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

6. Posttraumatische Belastungsreaktion (PB)

Bitte vorher einschätzen, ob Sie den Grund des Traumas erfragen wollen und können. Wenn Sie lieber nicht so tief dringen möchten, fragen Sie bitte nur nach dem Zeitpunkt und betonen Sie, dass der Proband nichts sagen muss, wenn er nicht möchte.

1. Wann haben Sie das extrem belastende Ereignis erlebt (und wollen Sie mir sagen, worum es sich handelte)?

2. Welche der folgenden Dinge trifft auf Sie zu?

(Wiedererleben)

- a) ... wiederkehrende und eindringliche Erinnerungen ja nein
- b) ... wiederkehrende Träume ja nein
- c) ... plötzliches Handeln oder Fühlen, als ob das Ereignis wiedergekehrt wäre ja nein
- d) ... psychische Belastung bei Jahrestagen oder Ereignissen, die das Ereignis symbolisieren bzw. ihm ähnlich sind ja nein
- e) ... körperliche Erregung bei Erinnerung an das Ereignis ja nein

(Vermeidung/ verminderte Ansprechbarkeit)

- f) ... bewusstes Vermeiden von Gedanken oder Gefühlen, die mit dem Ereignis verbunden sind ja nein
- g) ... bewusstes Vermeiden von Aktivitäten oder Situationen, die Erinnerungen an das Ereignis bewirken ja nein
- h) ... Unfähigkeit, Einzelheiten des Ereignisses zu erinnern ja nein
- i) ... deutlich verringertes Interesse an wichtigen Aktivitäten ja nein
- j) ... Gefühl der Losgelöstheit oder Fremdheit von anderen ja nein
- k) ... eingeschränkte Gefühlswelt, z.B. unfähig zu Liebesgefühlen ja nein
- l) ... Zukunftspessimismus ja nein

(Anhaltende Übererregung)

- m) ... Einschlaf- oder Durchschlafschwierigkeiten ja nein
- n) ... Reizbarkeit ja nein
- o) ... Konzentrationsschwierigkeiten ja nein
- p) ... übermäßige Wachsamkeit ja nein
- q) ... übermäßige Schreckhaftigkeit ja nein

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

3. PROBLEMBEREICH ZWANG (ZS)

1. Gibt es unangenehme oder unsinnige Gedanken oder Handlungen, die Sie nicht aus Ihrem Kopf verbannen können bzw. die Sie immer wieder ausführen müssen? ja nein

Falls Nein, weiter zum Problembereich affektive Störungen auf der nächsten Seite.

2. Welchen Inhalt und welchen Zweck haben diese Gedanken oder Handlungen?

3. Versuchen Sie, etwas gegen die (Gedanken/ Handlungen) zu unternehmen?

ja nein

Falls Ja, beschreiben:

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens: Liegt Störung gegenwärtig vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> fraglich

4. PROBLEMBEREICH AFFEKTIVE STÖRUNGEN

Ich werde Ihnen nun einige Fragen zu Stimmungsschwankungen oder länger anhaltenden Stimmungen stellen. Gab es schon einmal Zeiten, in denen Sie ...

1. SDS: ... sich mindestens zwei Wochen lang sehr depressiv, traurig und hoffnungslos fühlten oder gar kein Interesse selbst an angenehmen Dingen hatten?

ja nein

2. DSD: ... sich über einen langen Zeitraum (mindestens zwei Jahre) die meiste Zeit niedergeschlagen oder traurig fühlten?

ja nein

3. ME: ... mindestens eine Woche lang sich ganz extrem hochgestimmt oder reizbar fühlten?

ja nein

Falls alle Bereich mit Nein beantwortet werden, weiter zum Problembereich somatoforme Störungen auf Seite 31.

Falls Nr. 4.1 mit „ja“ beantwortet:

Welche der folgenden Beschwerden traf während der Zeit, in der Sie sich traurig oder interesselos fühlten, auf Sie zu?

4. Hat sich Ihr Gewicht oder Ihr Appetit stark verändert?

ja nein

5. Hat sich Ihr Schlaf geändert?

ja nein

6. Waren Sie unfähig, still zu sitzen oder völlig verlangsamt? (nur SDS)

ja nein

7. Waren Sie ständig müde oder hatten keine Energie?

ja nein

8. Dachten Sie schlecht über sich oder fühlten sich schuldig?

ja nein

9. Hatten Sie Probleme mit Entscheidungen oder der Konzentration?

ja nein

10. Fühlten Sie sich hoffnungslos und sahen alles schwarz? (nur DS)

ja nein

11. Dachten Sie an den Tod oder daran, sich selbst etwas anzutun?

ja nein

Wie lange haben diese Symptome angehalten? Gab es Unterbrechungen?

Falls aus Fragen 4-11 mindestens vier bzw. fünf Symptome zwei Wochen oder länger nahezu jeden Tag vorlagen, zuerst weiter zu „Schwere depressives Syndrom“.

Falls aus Fragen 4-11 mindestens zwei Symptome mindestens zwei Jahre die Mehrzahl aller Tage vorlagen, weiter zu „Dysthymes Syndrom“.

Falls keine der beiden Bedingungen zutrifft, weiter zu ME (Seite 30) bzw. somatoforme Störungen (Seite 31)

1. Schweres Depressives Syndrom (SDS)

Gab es in Ihrem Leben, unmittelbar bevor diese Gefühle auftraten, besondere Belastungen, die Ihr Befinden erklären könnten? ja nein

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

2. Dysthymes Syndrom (DS)

Wie lange dauerte die längste Zeitspanne, in der Sie sich nicht (depressiv, traurig etc.) fühlten?

Falls länger als zwei Monate, weiter zum Problembereich somatoforme Störungen (Seite 6).

Falls zusätzlich auch positive Antwort auf Frage 4.6:

Kam Ihre milde depressive Phase vor oder nach Ihrer schweren depressiven Phase? vor SDS nach SDS

Wie lange Zeit hatten Sie dazwischen keine Symptome? Dauer: _____

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

3. Manische Episode (ME)

Erlebten Sie während der Zeit, als Sie extrem hochgestimmt oder reizbar waren, Dinge wie ...

1. ... das Gefühl, eine Person mit besonderen Fähigkeiten zu sein? ja nein

2. ... das Gefühl, mit weniger Schlaf als üblich auszukommen? ja nein

3. ... das Gefühl, gesprächiger als sonst zu sein? ja nein

4. ... das Gefühl, dass Sie voller neuer Ideen stecken? ja nein

5. ... leichte Ablenkbarkeit? ja nein

6. ... ungewöhnliche Aktivitäten oder Ruhelosigkeit? ja nein

7. ... für Sie unübliche sexuelle Aktivitäten? ja nein

Haben Sie sich selbst oder andere in ernsthafte Schwierigkeiten gebracht oder wurden Sie in eine Klinik eingeliefert? ja nein

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

5. PROBLEMBEREICH SOMATOFORME STÖRUNGEN

Haben Sie gegenwärtig körperliche Beschwerden oder Krankheiten? ja nein

Ich möchte Ihnen jetzt einige Fragen zu Ihrem körperlichen Befinden stellen.

1. HYP: Fürchten Sie öfters, dass Sie eine schwere Krankheit haben? ja nein

2. SOM: Hatten Sie (bereits vor Ihrem 30. Lebensjahr) viele körperliche Probleme? ja nein

3. SCH: Hatten Sie schon einmal mindestens sechs Monate so starke Schmerzen, dass Sie sich fast ständig damit beschäftigten? ja nein

4. KS: Haben Sie jemals so etwas erlebt wie eine Lähmung, Verlust der Stimme oder des Sehens oder Gehbeschwerden? ja nein

Angegebene Störungsbereiche einzeln abklären. Falls Nein bei allen Bereichen, weiter zum Problembereich Essstörungen (Seite 32).

1. Hypochondrie (HYP)

1. Seit wann fürchten bzw. glauben Sie, eine schwere körperliche Krankheit zu haben und um welche Krankheit handelt es sich?

2. Hatten Ärzte Schwierigkeiten, eine körperliche Ursache für Ihre Probleme festzustellen? ja nein

3. Wenn Ärzte Ihnen mitteilen, sie könnten nichts Auffälliges finden, hält dann die Beruhigung nur kurz an? ja nein

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

2. Somatisierungssyndrom (SOM)

Hatten Sie so viele Probleme mit den folgenden Beschwerden, dass Sie einen Arzt aufsuchten, Ihren Lebensstil änderten oder Medikamente einnahmen...

1. ... Schmerzen in verschiedenen Körperbereichen, z.B. in Kopf, Gliedern, Rücken und Gelenken? ja nein

Falls Ja, beschreiben: _____

2. ... Magen-/ Darmbeschwerden, z.B. Übelkeit, Durchfall, Erbrechen oder Speisunverträglichkeiten? ja nein

Falls Ja, beschreiben: _____

3. ... brennende Empfindungen in Sexualorganen oder sexuelle Probleme (nur für Frauen: sowie Probleme mit Monatsblutungen oder Schwangerschaft)? ja nein

Falls Ja, beschreiben: _____

4. ...neurologische Symptome, z.B. Gedächtnisverlust, Empfindungsverluste, Schluckbeschwerden, Taub- oder Blindheit, Ohnmacht, Gleichgewichtsstörungen? ja nein

Falls Ja, beschreiben: _____

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

3. Schmerzsyndrom (SCH)

Welcher Art sind Ihre Schmerzen?

Kann nach Meinung eines Facharztes eine organische Ursache Ihre Schmerzen erklären? ja nein

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

4. Konversionssyndrom (KS)

Welcher Art waren Ihre Beschwerden?

Standen Sie zu Beginn dieser Beschwerden unter Stress oder hatten Sie ein belastendes Erlebnis? ja nein

Falls Ja, beschreiben: _____

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

6. Problembereich Essstörungen

Nun werde ich Ihnen einige Fragen zu Ihrem Gewicht stellen.

0.1. Wie groß sind Sie und wie viel wiegen Sie? _____ m _____ kg

0.2. Wie war Ihr niedrigstes bzw. höchstes Gewicht im Erwachsenenalter?

1. Niedrigstes Gewicht: _____ kg 2. Höchstes Gewicht: _____ kg

1. AN/ BN: Haben Sie große Angst davor, zu dick zu sein oder zu werden bzw. machen Sie sich große Sorgen um Ihre Figur und Ihr Gewicht? ja nein

2. AN: Haben Sie schon einmal viel weniger gewogen, als Sie nach Meinung anderer Leute wiegen sollten oder haben Sie schon einmal stark abgenommen? ja nein

3. BN: Haben Sie schon einmal Heißhungerphasen oder Essanfälle gehabt, d.h. sehr viel in sehr kurzer Zeit gegessen? ja nein

Bei Hinweis auf Essstörung die betreffenden Störungsbilder abklären, sonst weiter zum Psychosen-Screening.

1. Anorexia Nervosa (AN)

1. *Fühlen Sie sich insgesamt oder an Teilen Ihres Körpers zu dick?* ja nein

Nur für Frauen:

2. *Hat Ihre Regelblutung schon einmal mindestens drei Mal hintereinander ausgesetzt?* ja nein

Falls Nein:

3. *Nehmen Sie die Pille?* ja nein

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

2. Bulimia Nervosa

1. *Haben Sie während der Essanfälle das Gefühl, Sie könnten sich nicht mehr kontrollieren?* ja nein

2. *Haben Sie einmal drei Monate lang mindestens zwei Mal pro Woche Essanfälle gehabt?* ja nein

3. *Haben Sie etwas unternommen, um nicht durch die Essanfälle zuzunehmen?* ja nein

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

7. PSYCHOSEN-SCREENING

Haben Sie schon einmal in Ihrem Leben eigenartige oder ungewöhnliche Erfahrungen gemacht wie z.B.:

1. *Hören oder Sehen von Dingen oder Stimmen, die andere Menschen nicht bemerkten oder wenn niemand in der Nähe war?* ja nein

2. *Das Gefühl, dass etwas Eigenartiges um Sie herum vorging, dass Menschen Dinge taten, um Sie zu testen oder Ihnen zu schaden, so dass Sie ständig aufpassen mussten?* ja nein

3. *Hatten Menschen Schwierigkeiten, Sie zu verstehen, weil Ihre Sprache durcheinander war oder keinen Sinn machte?* ja nein

Falls Ja bei einer der obigen Fragen, beschreiben, wenn man das Gefühl hat, dass der Proband das möchte:

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

8. ABSCHLIESSENDE FRAGEN

Wurden Sie jemals wegen emotionaler oder psychischer Beschwerden, Alkoholmissbrauch oder ähnlicher Probleme behandelt oder in eine Klinik eingewiesen?

ja nein

Falls Ja: Zeitraum, Diagnose, Art der Einrichtung und der Behandlung feststellen.

Gibt es irgendetwas anderes, was ich nicht gefragt habe, was aber noch wichtig wäre, hier zu nennen?

Beratungsbereitschaft

1. Haben Sie in den letzten 6 Monaten einmal daran gedacht, dass Sie in einem oder mehreren Lebensbereichen eine professionelle Beratung oder Therapie brauchen könnten? Wenn ja, welcher Art und in welchem Bereich?

2. Haben Sie in dieser Zeit schon einmal konkret Schritte unternommen, um sich beraten oder unterstützen zu lassen? Wenn ja, was genau haben Sie gemacht?

3. Schließlich die allerletzte Frage: Was wünschen Sie sich konkret an Ihrer Hochschule, was Ihr Wohlbefinden dort verbessern würde?



Katholische
Fachhochschule ○ ○ ○ ○
Nordrhein-Westfalen
University of Applied Sciences

**Forschungsschwerpunkt
Sucht**

Code:

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der wissenschaftlichen Studien "Suchtprävention an deutschen Hochschulen" sowie der Dissertation „Sucht und Studium“ von Frau Anne Pauly durch die Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen in Köln erhoben und elektronisch in verschlüsselter und anonymisierter Form gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Die Daten werden nur für wissenschaftliche Zwecke verwertet. Die verschlüsselten Daten dürfen nicht die Identität des Einzelnen erkennen lassen.

_____, den _____ _____
Ort Datum Unterschrift

Quittung

Hiermit bestätige ich, dass ich als Aufwandsentschädigung für die Teilnahme an einem Interview im Rahmen des o.g. Forschungsprojekts den Betrag von € 30 erhalten habe.

_____, den _____ _____
Ort Datum Unterschrift

Psychosoziale Beratung

Psycho-Soziale Beratung des Kölner
Studentenwerks
Servicehaus
Universitätsstraße 16, 4. Etage
Tel. 0221-94265-109/-129
beratung@koelner-studentenwerk.de
Bereiche: Psychologische Beratung, Aids-
Beratung, Wirtschaftliche und Sozialberatung

Drogenberatung Köln

Drogenhilfe Köln e.V.
Linksrheinische Beratungsstelle:
Victoriastr. 12
50668 Köln
Tel: 0221/912797-0
Fax: 0221/91279720 Beratungszeiten
(anonym und kostenlos):
Mo: 09.00-13.00 Uhr
Mi: 13.00-20.00 Uhr
Fr: 09.00-13.00 Uhr

Drogenhilfe Köln e.V.
Rechtsrheinisches Drogenhilfezentrum:
Berliner Str. 77a
51063 Köln-Mülheim
Tel: 0221/9641794
Fax: 0221/9641793
Beratungszeiten (anonym und
kostenlos):
Di: 13.00-16.00 Uhr
Mi: 14.00-20.00 Uhr

Sozialdienst katholischer Männer e.V.
Linksrheinische Beratungsstelle
Grosse Telegraphenstr. 31
50676 Köln
Tel: 0221/Telefon 0221-2074325
Beratungszeiten (anonym und kostenlos):
Mo: 14.00-16.00

Sozialdienst katholischer Männer e.V.
Rechtsrheinische Beratungsstelle:
Vielorstr. 20
51103 Köln-Kalk
Tel: 0221/987585
Beratungszeiten (anonym und kostenlos):
Do: 14.00-16.00 Uhr

Beratung bei Essstörung

Die Gesundheitspraxis e.V.
Stolberger Str. 121
50933 Köln
Tel. 0221 541565
gesundheitspraxis@NetCologne.de
www.NetCologne.de/Gesundheitspraxis

FrauenLeben e.V.
- Frauenberatungsstelle -
Venloer Str. 405-407
50825 Köln
Tel. 0221 954 1660
Fax. 0221 954 1662
mail@frauenleben.org
www.frauenleben.org

**Kontakt- und Informationsstelle für
Selbsthilfe (KISS)**
Marsilstein 4-6
50672 Köln
Tel. 0221 95154216
Fax. 0221 541565
kiss@koeln.paritat-nrw.org
www.kisskoeln.de

**Zentrum für Frauen , Mädchen und
Familie in Köln Frau Susanne Gronki**
Herbigstr. 38
50825 Köln
Tel. 0221 4849401
Susanne.Gronki@business-argentinur.de

Internetberatung
www.hungriq-online.de

Studienberatung

Universität zu Köln
Hauptgebäude, Bauteil 2
Albertus-Magnus-Platz
50923 Köln
Tel. 0221/470-3789 / 3606
Fax 0221/470-5095
zsb@verw.uni-koeln.de

FH Köln
Claudiusstrasse 1
50678 Köln (Südstadt), Raum 41b
Öffnungszeiten:
Montag - Freitag: 9:00 bis 12:00 und 13:00 bis
15:00 und Donnerstag von 13:00 bis 19:00
(nach telefonischer Vereinbarung)
Tel. 0221/8275-3407/-3480
saum@zv.fh-koeln.de

D Zusatzfragen

Code:

ZUSATZFRAGEN

ENTSTEHUNGS- UND EINSTIEGSBEDINGUNGEN

1.a Wann haben Sie das erste Mal in Ihrem Leben folgende Substanzen konsumiert?

(vorher anhand des Fragebogens abklären; Alter und Situation erfragen)

Alkohol mit ___ Jahren
Nikotin mit ___ Jahren
Cannabis mit ___ Jahren
Amphetamine..... mit ___ Jahren
Beruhigungsmittel/Tranquilizer mit ___ Jahren
Ecstasy..... mit ___ Jahren
Kokain..... mit ___ Jahren
Opiate(z.B. Heroin, Methadon)..... mit ___ Jahren

1.b Wann haben Sie erste Rauscherfahrten gemacht?

.....
.....
.....
.....

1.c Wann haben Sie angefangen, die jeweilige Substanz regelmäßiger zu konsumieren (z.B. Wochenende)?

.....
.....
.....

2.a Was glauben Sie, warum Sie angefangen haben, die jeweilige Substanz zu konsumieren? Was versprochen Sie sich vom Konsum der jeweiligen Substanz?

.....
.....
.....

2.b Warum konsumieren Sie heute noch die jeweilige Substanz?

(vorher nach Fragebogen abklären, was im letzten Jahr konsumiert wurde)
betreffende Substanz(en):

.....
.....
.....

KOMORBIDITÄT

3.a Wann haben Sie das erste Mal psychische Probleme gehabt oder seit wann leiden Sie darunter?

(anhand der positiv beantworteten Fragen im Mini DIPS-Bogen abklären)

.....
.....
.....

3.b Glauben Sie, dass Ihr Substanzkonsum Ihre psychische Befindlichkeit in irgendeiner Weise beeinflusst?
(z.B. Ängste verschwinden, wenn man trinkt/ weniger depressiv, wenn man kokst etc.)

.....
.....
.....

3.c Glauben Sie, dass Ihre psychische Befindlichkeit Ihren Substanzkonsum in irgendeiner Weise beeinflusst?
(z.B. trinkt seit Zwangshandlungen mehr/ raucht weniger, seitdem man optische Halluzinationen hat etc.)

.....
.....
.....

STUDIENEINFLUSS

4.a Hat sich Ihre psychische Auffälligkeit verglichen mit dem Anfang Ihres Studiums (1. Sem.) geändert? Wenn ja, inwiefern?

(anhand der positiv beantworteten Fragen im Mini DIPS-Bogen abklären)

.....
.....
.....

4.b Haben oder hatten die psychischen Probleme negativen Einfluss auf Ihr Studium z.B. Motivationsverlust, Prüfungsaufschiebung, Konzentrationsprobleme, Schwänzen etc.?)

.....
.....
.....

4.c Haben oder hatten die psychischen Probleme negativen Einfluss auf Ihr soziales Umfeld (z.B. Familie, Partner, Freunde, Kommilitonen - Kontaktabbrüche, Konflikte etc.)?

.....
.....
.....

E Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

Variablenname	Variablenlabel	Wertelabels
code	Selbstverfasster Code	99= MD Bitte alles mit Kleinbuchstaben!
intervie	Interviewer	
alter	1. Alter	in Zahlen eingeben 99= MD
geschlec	2. Geschlecht	1= weiblich 2= männlich 99= MD
famstand	Familienstand	1= ledig 2= verheiratet 3= geschieden 4= verwitwet/ verwitwert 5= wiederverheiratet 99= MD
partner	Falls Pb verheiratet, welche Tätigkeit?	0= nicht zutreffend bitte wörtlich eingeben 99= MD
kinder	Kinder?	1= Ja 2= Nein 99= MD
kindzahl	Wie viele?	Bitte ganze Zahl eintragen 99= MD
kindalt	Wie alt?	Bitte ganze Zahl eintragen 99= MD
betreu	Zeitlicher Betreuungsaufwand in Stunden/Woche	Bitte ganze Zahl eintragen 99=MD
staatsan	Staatsangehörigkeit	1= deutsch 99=MD alles andere bitte eintragen
geschw	Geschwisteranzahl	99=MD
reihe	Reihenfolge	1= erstes Kind 2= zweites Kind 3= drittes Kind usw. 99=MD
platz	Geschwisterplatz?	Achtung, Zusatzvariable!! 1= Älteste/r 2= Mittler/e 3= Jüngste/r 4= Einzelkind
haushalt	Haben Eltern gemeinsamen Haushalt?	1= ja 2= nein 3= trifft nicht zu 99= MD
papaber	Beruf des Vaters	0= nicht zutreffend 1= landwirtschaftl. Beruf 2= Bergleute 3= Herstellerberuf 4= Metallberuf 5= Textilberuf 6 = Ernährungsberuf 7 = Bauberuf 8 = Technischer Beruf

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

		<p>9 = Handels- und Verkehrsberuf 10= Verwaltungs- und Organisationsberuf 11= Gesundheits-/ Sozialberuf 12= Lehrberuf 13= sonst. Dienstleistung 14= sonst. Beruf 15= weiß nicht</p>
welchbev	Vaters genauer Beruf	0= nicht zutreffend Bitte eintragen
mamaber	Beruf der Mutter	s.o.
welchbem	Mutters genauer Beruf	0= nicht zutreffend Bitte eintragen
schulpap	Schulabschluss des Vaters	<p>0= nicht zutreffend 1= Sonderschule 2= Volks-/ Hauptschule 3= Realschule/ Mittlere Reife 4= Fachoberschule 5= Gymnasium 6= Fachhochschule 7= Universität 8= keinen Abschluss 9= weiß nicht</p>
schulmam	Schulabschluss der Mutter	s.o.
nettoelt	Monatliches Nettoeinkommen der Eltern	<p>0= nicht zutreffend 1= bis 1000 € 4= 2000-2500 € 5= 2500-3000 € 6= 3000-3500 € 7= 3500-4000 € 8= 4000 € 9= kann ich nicht schätzen</p>
nettoich	Eigenes monatliche Nettoeinkommen	s.o.
fach	Studienfach	<p>1= Sprach- und Kulturwissenschaften 2= Mathe, Naturwissenschaften 3= Medizin 4= Jura, Wirtschaftswissenschaften 5= Sozialwissenschaften, Psychologie, Pädagogik</p>
allgeme	Ausstattung mit der erforderlichen Fachliteratur	<p>1= sehr gut 2= gut 3= mittelmäßig 4= schlecht 5= sehr schlecht 99= MD</p>
allgemb	Ausstattung mit erforderlichen Arbeitsplätzen	s.o.
allgemc	Betreuung und Beratung durch Lehrpersonen	s.o.
allgemd	Vermittlung des Lehrstoffs durch Lehrende	s.o.
allgeme	Motivation/ Interesse der Studierenden am Fach	s.o.

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

allgemf	Praxisbezug der Veranstaltung	s.o.
allgemg	Strukturiertheit des Studiengangs	s.o.
allgemh	Kommunikation unter den Studierenden	s.o.
persa	Ausstattung mit der erforderlichen Fachliteratur	s.o.
persb	Ausstattung mit erforderlichen Arbeitsplätzen	s.o.
persc	Betreuung und Beratung durch Lehrpersonen	s.o.
persd	Vermittlung des Lehrstoffs durch Lehrende	s.o.
perse	Motivation/ Interesse der Studierenden am Fach	s.o.
persf	Praxisbezug der Veranstaltung	s.o.
persg	Strukturiertheit des Studiengangs	s.o.
persh	Kommunikation unter den Studierenden	s.o.
fachfrag	Wie oft über Fachfragen mit Dozenten gesprochen?	s.o.
planfrag	Wie oft über persönlichen Studienplan mit Dozenten gesprochen?	s.o.
persfrag	Wie oft über persönliche Fragen mit Dozenten gesprochen?	s.o.
lehrzeit	Zeit für Lehrveranstaltungen	99= MD Bitte eintragen (Ggf. 0)
sonstzei	Zeit für sonstigen studienbezogenen Aufwand	s.o.
arbeitze	Zeit für Erwerbstätigkeit	s.o.
lernzeit	Zeit für persönliche Weiterbildung	s.o.
engageme	Zeit für gesellschaftliches Engagement	s.o.
social	Zeit für "social life"	s.o.
kino	Kino/ Theater/ Kultur	s.o.
musik	Musik machen o.ä.	s.o.
sport	Sport treiben	s.o.
pc	sich mit PC beschäftigen	s.o.
abbruch	An Studienabbruch gedacht	1= ja 2= nein 99= MD
schwänze	Geschwänzte Lehrveranstaltung pro Woche	99= MD Bitte eintragen (Ggf. 0)
grund1	Gründe für Schwänzen	0= nicht zutreffend 1= muss arbeiten 2= keine Lust 3= komme nicht aus dem Bett 4= familiäre Verpflichtungen 5= Freizeitaktivitäten 6= zu viel gefeiert/ getrunken 7= Besuch lohnt sich nicht 8= langweilig/ uninteressant 9= sonstige
grund2	Gründe für Schwänzen	s.o.
grund3	Gründe für Schwänzen	s.o.
grundson	sonstiger Grund	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

studiok	Zufriedenheit mit bisherigem Studienverlauf?	1= ja 2= nein 99= MD
fehl	Was fehlt?	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
aeq1	Wenn ich etwas getrunken habe, fällt es mir leichter, mich zu öffnen und meine Gefühle auszudrücken.	1= ja 2= nein 99= MD
aeq2	Wenn Frauen etwas getrunken haben, sind sie in sexueller Hinsicht entspannter.	s.o.
aeq3	Nach ein paar Gläsern fällt mir eine Unterhaltung mit einer Person des anderen Geschlechts wesentlich leichter.	s.o.
aeq4	Es fällt mir leichter, neue Leute kennen zu lernen, wenn ich etwas getrunken habe.	s.o.
aeq5	Wenn ich etwas getrunken habe, kann ich mich auf Partys besser vergnügen.	s.o.
aeq6	Alkohol verringert Muskelspannungen.	s.o.
aeq7	Nach ein paar Gläsern bin ich gewöhnlich in besserer Stimmung.	s.o.
aeq8	Manchmal erlaubt Alkohol einem, seine Sorgen zu vergessen.	s.o.
aeq9	Wenn ich etwas getrunken habe, kann ich besser einschlafen.	s.o.
aeq10	Nach ein paar Gläsern nimmt meine körperliche Erregung zu.	s.o.
aeq11	Alkohol kann ein Betäubungsmittel sein und Schmerzen lindern.	s.o.
aeq12	Alkohol macht es leichter, Wut, Ärger und Zorn zu vergessen.	s.o.
aeq13	Ich gehe eher aus mir heraus, wenn ich etwas getrunken habe.	s.o.
aeq14	Alkohol macht mich gesprächiger.	s.o.
aeq15	Man ist unbefangener, wenn man etwas getrunken hat.	s.o.
aeq16	Nach ein oder zwei Gläsern sind kleine Wehwehchen erträglicher.	s.o.
aeq17	Ich bin nicht mehr so schüchtern, wenn ich etwas getrunken habe.	s.o.
aeq18	Ein oder zwei Gläser können mich bremsen, so dass ich mich nicht mehr so in Eile oder unter Zeitdruck fühle.	s.o.
aeq19	Irgendwie ist alles lustiger, wenn ich etwas getrunken habe - auf jeden Fall lache ich mehr.	s.o.
bda1	Ich habe die Anweisung verstanden und bin bereit, jeden Satz offen zu beantworten.	1= trifft überhaupt nicht zu 2= trifft nicht zu 3= teils/teils 4= trifft zu 5= trifft sehr zu 99= MD
bda2	In letzter Zeit ist es zum-die-Wände-hochgehen, wenn mir der Alkohol und/oder Medikamente und/oder Drogen ausgehen.	s.o.
bda3	In letzter Zeit würde ich gerne alles	s.o.

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

	vergessen.	
bda4	In letzter Zeit macht mir meine Partnerin/ mein Partner bzw. eine mir nahestehende Person häufig Vorwürfe.	s.o.
bda5	In letzter Zeit fühle ich mich oft sehr allein.	s.o.
bda6	In letzter Zeit komme ich mir manchmal selbst fremd vor.	s.o.
bda7	In letzter Zeit denke ich, dass es schön wäre, einmal ganz mit dem Alkohol und/oder Medikamenten und/oder Drogen aufzuhören.	s.o.
bda8	In letzter Zeit empfinde ich meine innere Leere oft als quälend.	s.o.
bda9	In letzter Zeit plagen mich oft Schuldgefühle.	s.o.
bda10	In letzter Zeit geht es mit mir bergab.	s.o.
bda11	Ich muss mich zeitweise berauschen.	s.o.
bda12	In letzter Zeit versuchen Leute zu oft, mir zu sagen, was ich tun soll.	s.o.
bda13	In letzter Zeit denke ich mehr an vergangene Tage als an die Dinge, die ich in der Zukunft tun könnte.	s.o.
bda14	In letzter Zeit bin ich launisch (z.B. schwermütig).	s.o.
bda15	Ich brauche es, von Zeit zu Zeit "zu" zu sein.	s.o.
bda16	Ich weiß gut, was Entzugssymptome sind und habe mich mehrfach krank gefühlt, wenn ich keinen Alkohol/ Medikamente/ Drogen hatte.	s.o.
bda17	In letzter Zeit habe ich mehrfach versucht, mit dem Alkohol und/oder den Medikamenten und/oder den Drogen aufzuhören.	s.o.
bda18	In letzter Zeit muss ich am Morgen nach dem Aufwachen gerade wieder an Alkohol und/oder Medikamente und/oder Drogen denken.	s.o.
bda19	In letzter Zeit ist in kritischen Momenten der Alkohol und/oder die Medikamente und/oder die Drogen für mich der letzte Rettungsring.	s.o.
bda20	In letzter Zeit zittere ich am Morgen, wenn ich erwache.	s.o.
bda21	In letzter Zeit fühle ich mich häufig angespannt und müde.	s.o.
bda22	In letzter Zeit bin ich wegen des Trinkens bzw. wegen der Tabletten bzw. Drogen schon in berufliche Schwierigkeiten geraten.	s.o.
feg1.1	Brot/ Brötchen: Weizen, Weizenmisch	1= täglich 2= mehrmals pro Woche 3= seltener 4= nie 99= MD
feg1.2	Brot/ Brötchen: Roggen, Vollkorn	s.o.
feg1.3	Cornflakes, Müsli	s.o.
feg1.4	Kuchen, Plätzchen	s.o.

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

feg1.5	Butter	s.o.
feg1.6	Diät-/ Halbfettmargarine	s.o.
feg1.7	Eier	s.o.
feg1.8	Marmelade, Honig	s.o.
feg1.9	Diätwurst	s.o.
feg1.10	Wurst	s.o.
feg1.11	Milch/ -produkte mit reduziertem Fettgehalt	s.o.
feg1.12	Milch/ -produkte mit normaler Fettstufe	s.o.
feg1.13	Käse mit weniger als 45% Fettgehalt	s.o.
feg1.14	Vollfettkäse (über 45% Fettgehalt)	s.o.
feg1.15	Obst, Früchte	s.o.
feg1.16	Schokolade, Pralinen, Bonbons	s.o.
feg1.17	Nüsse, Salzgebäck, Chips	s.o.
feg1.18	Kartoffeln	s.o.
feg1.19	Nudeln	s.o.
feg1.20	Reis	s.o.
feg1.21	Gemüse (frisch)	s.o.
feg1.22	Gemüse (Konserve)	s.o.
feg1.23	Salat	s.o.
feg1.24	Rind-/ Kalbfleisch	s.o.
feg1.25	Schweinefleisch	s.o.
feg1.26	Fast Food (Pommes frites, Hamburger etc.)	s.o.
feg1.27	Fertiggerichte (Instant-, Tiefkühl-, Konserven)	s.o.
feg2.1	Kaffee/ Schwarzer Tee	1= mehrmals pro Tag 2= einmal pro Tag 3= seltener 4= nie 99= MD
feg2.2	Fruchtsäfte/ Limonade	s.o.
feg2.3	Kräuter-/ Früchtetee	s.o.
feg2.4	Kalorienarme Getränke (Light-Produkte)	s.o.
feg2.5	Mineralwasser	s.o.
feg3.1	Frühstück	1= täglich 2= mehrmals pro Woche 3= seltener 4= nie 99= MD
feg3.2	Mittagessen	s.o.
feg3.3	Abendessen	s.o.
feg4.1	Ich esse öfter mal was zwischendurch.	1= trifft nicht zu 2= trifft eher nicht zu 3= teils/ teils 4= trifft zu 5= trifft genau zu 99= MD
feg4.2	Ich esse häufig außer Haus.	s.o.
feg4.3	Ich nasche gern.	s.o.
feg4.4	Ich esse oft in einer Kantine/ Cafeteria o.ä.	s.o.
feg4.5	Ich esse meist große Portionen.	s.o.
feg4.6	Ich knabbere oft Salzgebäck, Nüsse, Chips usw.	s.o.
feg4.7	Kurz vor dem Schlafengehen esse ich noch etwas.	s.o.
feg4.8	Wenn ich etwas angeboten bekommen, kann ich es nur schwer ablehnen.	s.o.

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

feg4.9	Wenn das Essen noch nicht fertig ist, esse ich schon irgendeine Kleinigkeit.	s.o.
feg4.10	Ich kann kaum widerstehen, wenn "Leckereien" im Haus sind.	s.o.
feg4.11	Ich koche meine Mahlzeiten meistens selbst.	s.o.
feg5.1	Ich esse mehr als gewöhnlich, wenn ich mich langweile.	s.o.
feg5.2	Ich esse mehr als gewöhnlich, wenn ich mich ablenken will.	s.o.
feg5.3	Ich esse mehr als gewöhnlich, wenn ich mich über etwas ärgere.	s.o.
feg5.4	Ich esse mehr als gewöhnlich, wenn ich mit anderen Leuten zusammen bin.	s.o.
feg5.5	Ich esse mehr als gewöhnlich, wenn ich niedergeschlagen/ deprimiert bin.	s.o.
feg5.6	Ich esse mehr als gewöhnlich, wenn ich es mir mal so richtig gut gehen lassen will.	s.o.
feg5.7	Ich esse mehr als gewöhnlich, wenn es mir besonders gut schmeckt.	s.o.
feg5.8	Ich esse mehr als gewöhnlich, wenn ich alleine bin.	s.o.
feg5.9	Ich esse mehr als gewöhnlich, wenn ich mich in geselliger Runde befinde.	s.o.
feg5.10	Ich esse mehr als gewöhnlich, wenn ich etwas zu feiern habe.	s.o.
feg5.11	Ich esse mehr als gewöhnlich, ich Probleme habe.	s.o.
feg5.12	Ich esse mehr als gewöhnlich, wenn ich nervös bin.	s.o.
feg5.13	Ich esse mehr als gewöhnlich, wenn ich in einem Lokal/ Restaurant bin.	s.o.
ernährzu	Zufriedenheit mit der Ernährung	1= äußerst unzufrieden 2= unzufrieden 3= teils/ teils 4= zufrieden 5= äußerst zufrieden 99= MD
erngesund	Wie wirkt sich Ernährung auf Ihre Gesundheit aus?	1= äußerst negativ 2= negativ 3= teils/ teils 4= positiv 5= äußerst positiv 99= MD
feg8.1	Herz- Kreislauf- Erkrankungen	1= angekreuzt 2= nicht angekreuzt 99= MD
feg8.2	Diabetes (Zuckerkrankheit)	s.o.
feg8.3	Übergewicht	s.o.
feg8.4	Gicht	s.o.
feg8.5	Krebserkrankungen	s.o.
feg8.6	Magen- Darm- Erkrankungen	s.o.
feg8.7	Rheumatismus	s.o.
feg8.8	Psychische Störungen	s.o.
feg8.9	Schlafstörungen	s.o.
feg8.10	Allergien	s.o.
feg9.1	Ich möchte gerne weniger essen.	0= nicht angekreuzt 1= trifft nicht zu

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

		2= trifft eher nicht zu 3= teils/ teils 4= trifft zu 5= trifft genau zu 99= MD
feg9.2	Ich möchte gerne regelmäßiger essen.	s.o.
feg9.3	Ich möchte gerne weniger zwischendurch essen.	s.o.
feg9.4	Ich möchte gerne mir mehr Zeit für meine Mahlzeiten nehmen.	s.o.
feg9.5	Ich möchte gerne gesünder essen.	s.o.
feg9.6	Ich möchte gerne abnehmen.	s.o.
feg10.1	Arzt/ Ärztin	0= nicht zutreffend 1= angekreuzt 2= nicht angekreuzt 99= MD
feg10.2	Partner/ in	s.o.
feg10.3	Gruppenangebote	s.o.
feg10.4	Ich selbst	s.o.
feg10.5	Psychologische Beratung	s.o.
feg10.6	Freunde, Verwandte	s.o.
feg10.7	Informationen aus Medien	s.o.
feg10.8	Sonstiges	s.o.
feg11.1	Gesundheitszustand	s.o.
feg11.2	Gewohnheiten	s.o.
feg11.3	Mangelnder Wille	s.o.
feg11.4	Zeitmangel, Stress	s.o.
feg11.5	zu großes "Opfer"	s.o.
feg11.6	Beeinträchtigung des Wohlbefindens	s.o.
feg11.7	Partner/in	s.o.
feg11.8	Familie/ Kinder	s.o.
feg11.9	Freunde, Bekannte	s.o.
feg11.10	Beruf	s.o.
feg11.11	finanzielle Situation	s.o.
feg11.12	Fehlendes Angebot	s.o.
verändsc	Wie schwierig wird die Durchführung der Veränderung sein?	0= nicht zutreffend 1= überhaupt nicht schwierig 2= eher leicht 3= teils/ teils 4= schwierig 5= sehr schwierig 99= MD
veränder	Sind die Veränderungen erreichbar?	0= nicht zutreffend 1= überhaupt nicht erreichbar 2= eher nicht erreichbar 3= teils/ teils 4= erreichbar 5= sehr erreichbar 99= MD
bewegung	Wie viel Bewegung an einem gewöhnlichen Wochentag?	1= sehr wenig 2= wenig 3= teils/ teils 4= viel 5= sehr viel 99= MD
feg15.1	Wandern, große Spaziergänge	1= täglich 2= mehrmals pro Woche

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

		3= seltener 4= nie 99= MD
feg15.2	Wald-, Dauerlauf, Trimmen	s.o.
feg15.3	Fahrrad fahren	s.o.
feg15.4	Schwimmen	s.o.
feg15.5	Turnen, Gymnastik, Aerobic	s.o.
feg15.6	Ballspiele, Tennis	s.o.
feg15.7	Arbeiten in Haus und Garten	s.o.
feg15.8	Sonstiges	s.o.
feg16.1	Wenn ich mit anderen zusammen bin, bin ich...	Achtung, negative Zahlen!! -3= nicht aktiv -2= eher nicht aktiv -1= wenig aktiv 0= teils/ teils 1= etwas aktiv 2= eher aktiv 3= sehr aktiv 99= MD
feg16.2	Wenn ich niedergeschlagen/ deprimiert bin, bin ich...	s.o.
feg16.3	Wenn es mir so richtig gut geht, bin ich...	s.o.
feg16.4	Wenn ich mich unwohl fühle, bin ich...	s.o.
feg16.5	Wenn ich Probleme habe, bin ich...	s.o.
feg16.6	In meiner Freizeit bin ich...	s.o.
feg16.7	Wenn ich mich für etwas belohnen will, bin ich...	s.o.
bewegzu	Zufriedenheit mit dem Sport-/ Bewegungsverhalten	1= äußerst unzufrieden 2= unzufrieden 3= teils/ teils 4= zufrieden 5= äußerst zufrieden 99= MD
bewgesun	Wie wirkt sich Ernährung auf Ihre Gesundheit aus?	1= äußerst negativ 2= negativ 3= teils/ teils 4= positiv 5= äußerst positiv 99= MD
feg19.1	Herz- Kreislauf- Erkrankungen	1= angekreuzt 2= nicht angekreuzt 99= MD
feg19.2	Diabetes (Zuckerkrankheit)	s.o.
feg19.3	Übergewicht	s.o.
feg19.4	Gicht	s.o.
feg19.5	Krebserkrankungen	s.o.
feg19.6	Magen- Darm- Erkrankungen	s.o.
feg19.7	Rheumatismus	s.o.
feg19.8	Psychische Störungen	s.o.
feg19.9	Schlafstörungen	s.o.
feg19.10	Allergien	s.o.
beverän1	Ich möchte mich im Alltag mehr bewegen.	0= nicht angekreuzt 1= trifft nicht zu 2= trifft eher nicht zu 3= teils/ teils 4= trifft zu 5= trifft genau zu 99= MD
beverän2	Ich möchte regelmäßiger Sport ausüben.	s.o.

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

feg21.1	Arzt/ Ärztin	0= nicht zutreffend 1= angekreuzt 2= nicht angekreuzt 99= MD
feg21.2	Partner/ in	s.o.
feg21.3	Gruppenangebote	s.o.
feg21.4	Ich selbst	s.o.
feg21.5	Psychologische Beratung	s.o.
feg21.6	Freunde, Verwandte	s.o.
feg21.7	Informationen aus Medien	s.o.
feg21.8	Sonstiges	s.o.
feg22.1	Gesundheitszustand	s.o.
feg22.2	Gewohnheiten	s.o.
feg22.3	Mangelnder Wille	s.o.
feg22.4	Zeitmangel, Stress	s.o.
feg22.5	zu großes "Opfer"	s.o.
feg22.6	Beeinträchtigung des Wohlbefindens	s.o.
feg22.7	Partner/in	s.o.
feg22.8	Familie/ Kinder	s.o.
feg22.9	Freunde, Bekannte	s.o.
feg22.10	Beruf	s.o.
feg22.11	finanzielle Situation	s.o.
feg22.12	Fehlendes Angebot	s.o.
beveränd	Wie schwierig wird die Durchführung der Veränderung sein?	0= nicht zutreffend 1= überhaupt nicht schwierig 2= eher leicht 3= teils/ teils 4= schwierig 5= sehr schwierig 99= MD
beerreic	Sind die Veränderungen erreichbar?	0= nicht zutreffend 1= überhaupt nicht erreichbar 2= eher nicht erreichbar 3= teils/ teils 4= erreichbar 5= sehr erreichbar 99= MD
feg25.1	schmerzstillende Medikamente	1= täglich 2= mehrmals pro Woche 3= seltener 4= nie 99= MD
feg25.2	anregende Medikamente	s.o.
feg25.3	beruhigende Medikamente	s.o.
feg25.4	Schlaftabletten	s.o.
feg25.5	Abführmittel	s.o.
feg25.6	Appetitzügler	s.o.
feg25.7	sonstige Medikamente (außer Anti-Baby-Pille)	s.o.
feg25.7b	Folgendes Medikament	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
feg26.1	Ich nehme Medikamente, wenn ich mich einsam fühle.	1= trifft nicht zu 2= trifft eher nicht zu 3= teils/ teils 4= trifft zu 5= trifft genau zu

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

		99= MD
feg26.2	Ich nehme Medikamente, wenn ich mich über etwas ärgere.	s.o.
feg26.3	Ich nehme Medikamente, wenn ich niedergeschlagen/ deprimiert bin.	s.o.
feg26.4	Ich nehme Medikamente, wenn ich unzufrieden bin.	s.o.
feg26.5	Ich nehme Medikamente, wenn ich mich krank fühle.	s.o.
feg26.6	Ich nehme Medikamente, wenn ich nervös bin.	s.o.
feg26.7	Ich nehme Medikamente, wenn ich im Stress bin.	s.o.
feg26.8	Ich nehme Medikamente, wenn ich Schmerzen habe.	s.o.
feg26.9	Ich nehme Medikamente, wenn ich mich unwohl fühle	s.o.
medizu	Zufriedenheit mit der Medikamenteneinnahme	Achtung, negative Zahlen!! -3= äußerst unzufrieden -2= eher unzufrieden -1= wenig zufrieden 0= teils/ teils 1= etwas zufrieden 2= eher zufrieden 3= äußerst zufrieden 99= MD
medigesu	Wie wirkt sich Medikamenteneinnahme auf Ihre Gesundheit aus?	Achtung, negative Zahlen!! -3= äußerst negativ -2= eher negativ -1= wenig positiv 0= teils/ teils 1= etwas positiv 2= eher positiv 3= äußerst positiv 99= MD
feg29.1	Ich möchte keine Medikamente einnehmen	0= nicht angekreuzt 1= trifft nicht zu 2= trifft eher nicht zu 3= teils/ teils 4= trifft zu 5= trifft genau zu 99= MD
feg29.2	Ich möchte weniger Medikamente einnehmen.	s.o.
feg29.3	Ich möchte Medikamente nur noch im Bedarfsfall einnehmen.	s.o.
feg29.4	Ich möchte Medikamente durch andere Mittel/ Maßnahmen (z.B. Entspannung, Autogenes Training) ersetzen.	s.o.
feg30.1	Arzt/ Ärztin	0= nicht zutreffend 1= angekreuzt 2= nicht angekreuzt 99= MD
feg30.2	Partner/ in	s.o.
feg30.3	Gruppenangebote	s.o.
feg30.4	Ich selbst	s.o.
feg30.5	Psychologische Beratung	s.o.
feg30.6	Freunde, Verwandte	s.o.
feg30.7	Informationen aus Medien	s.o.

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

feg30.8	Sonstiges	s.o.
feg31.1	Gesundheitszustand	s.o.
feg31.2	Gewohnheiten	s.o.
feg31.3	Mangelnder Wille	s.o.
feg31.4	Zeitmangel, Stress	s.o.
feg31.5	zu großes "Opfer"	s.o.
feg31.6	Beeinträchtigung des Wohlbefindens	s.o.
feg31.7	Partner/in	s.o.
feg31.8	Familie/ Kinder	s.o.
feg31.9	Freunde, Bekannte	s.o.
feg31.10	Beruf	s.o.
feg31.11	finanzielle Situation	s.o.
feg31.12	Fehlendes Angebot	s.o.
meveränd	Wie schwierig wird die Durchführung der Veränderung sein?	0= nicht zutreffend 1= überhaupt nicht schwierig 2= eher leicht 3= teils/ teils 4= schwierig 5= sehr schwierig 99= MD
meerreic	Sind die Veränderungen erreichbar?	0= nicht zutreffend 1= überhaupt nicht erreichbar 2= eher nicht erreichbar 3= teils/ teils 4= erreichbar 5= sehr erreichbar 99= MD
schlaf	Durchschnittlicher Schlaf pro Nacht	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
regelmäß	Gehen Sie abends zu regelmäßigen Zeiten schlafen?	1= nie 2= eher nicht 3= teils/ teils 4= häufig 5= sehr häufig 99= MD
schprobl	Haben Sie Schwierigkeiten, einzuschlafen?	s.o.
wachschl	Wachen Sie nach dem Einschlafen nachts wieder auf?	s.o.
feg38.1	Harndrang	0= nicht zutreffend 1= angekreuzt 2= nicht angekreuzt 99= MD
feg38.2	Nervosität	s.o.
feg38.3	Probleme	s.o.
feg38.4	Gesundheitszustand	s.o.
feg38.5	Stress	s.o.
feg38.6	Geräusche	s.o.
feg38.7	Störung durch andere	s.o.
feg38.8	weiß ich nicht	s.o.
schlafwa	Haben Sie Schwierigkeiten, wieder Schlaf zu finden, wenn Sie wach geworden sind?	1= nie 2= eher nicht 3= teils/ teils 4= häufig 5= sehr häufig 99= MD

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

feg40.1	zerschlagen	s.o.
feg40.2	munter	s.o.
feg40.3	dösig	s.o.
feg40.4	tatkräftig	s.o.
feg40.5	müde	s.o.
feg40.6	entspannt	s.o.
feg41.1	Mit dem Schlaf habe ich Schwierigkeiten, wenn ich mich einsam fühle.	1= trifft nicht zu 2= trifft eher nicht zu 3= teils/ teils 4= trifft zu 5= trifft genau zu 99= MD
feg41.2	Mit dem Schlaf habe ich Schwierigkeiten, wenn ich mich über etwas geärgert habe.	s.o.
feg41.3	Mit dem Schlaf habe ich Schwierigkeiten, wenn ich nervös bin.	s.o.
feg41.4	Mit dem Schlaf habe ich Schwierigkeiten, wenn ich niedergeschlagen/ deprimiert bin.	s.o.
feg41.5	Mit dem Schlaf habe ich Schwierigkeiten, wenn ich unzufrieden bin.	s.o.
feg41.6	Mit dem Schlaf habe ich Schwierigkeiten, wenn ich Probleme habe.	s.o.
feg41.7	Mit dem Schlaf habe ich Schwierigkeiten, wenn ich alleine bin.	s.o.
feg41.8	Mit dem Schlaf habe ich Schwierigkeiten, wenn ich Schmerzen habe.	s.o.
feg41.9	Mit dem Schlaf habe ich Schwierigkeiten, wenn ich aufgeregt bin.	s.o.
feg41.10	Mit dem Schlaf habe ich Schwierigkeiten, wenn ich mich unwohl fühle.	s.o.
schlafzu	Zufriedenheit mit dem Schlaf	Achtung, negative Zahlen!! -3= äußerst unzufrieden -2= eher unzufrieden -1= wenig zufrieden 0= teils/ teils 1= etwas zufrieden 2= eher zufrieden 3= äußerst zufrieden 99= MD
schlages	Wie wirkt sich Schlaf auf Ihre Gesundheit aus?	Achtung, negative Zahlen!! -3= äußerst negativ -2= eher negativ -1= wenig positiv 0= teils/ teils 1= etwas positiv 2= eher positiv 3= äußerst positiv 99= MD
feg44.1	Herz- Kreislauf- Erkrankungen	1= angekreuzt 2= nicht angekreuzt 99= MD
feg44.2	Diabetes (Zuckerkrankheit)	s.o.
feg44.3	Übergewicht	s.o.
feg44.4	Gicht	s.o.
feg44.5	Krebserkrankungen	s.o.
feg44.6	Magen- Darm- Erkrankungen	s.o.
feg44.7	Rheumatismus	s.o.

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

feg44.8	Psychische Störungen	s.o.
feg44.9	Schlafstörungen	s.o.
feg44.10	Allergien	s.o.
feg45.1	Ich möchte mehr schlafen können.	0= nicht angekreuzt 1= trifft nicht zu 2= trifft eher nicht zu 3= teils/ teils 4= trifft zu 5= trifft genau zu 99= MD
feg45.2	Ich möchte schneller einschlafen können.	s.o.
feg45.3	Ich möchte nachts durchschlafen.	s.o.
feg45.4	Ich möchte ruhiger/ entspannter schlafen.	s.o.
feg45.5	Ich möchte mit weniger Schlaf auskommen.	s.o.
feg46.1	Arzt/ Ärztin	0= nicht zutreffend 1= angekreuzt 2= nicht angekreuzt 99= MD
feg46.2	Partner/ in	s.o.
feg46.3	Gruppenangebote	s.o.
feg46.4	Ich selbst	s.o.
feg46.5	Psychologische Beratung	s.o.
feg46.6	Freunde, Verwandte	s.o.
feg46.7	Informationen aus Medien	s.o.
feg46.8	Sonstiges	s.o.
feg47.1	Gesundheitszustand	s.o.
feg47.2	Gewohnheiten	s.o.
feg47.3	Mangelnder Wille	s.o.
feg47.4	Zeitmangel, Stress	s.o.
feg47.5	zu großes "Opfer"	s.o.
feg47.6	Beeinträchtigung des Wohlbefindens	s.o.
feg47.7	Partner/in	s.o.
feg47.8	Familie/ Kinder	s.o.
feg47.9	Freunde, Bekannte	s.o.
feg47.10	Beruf	s.o.
feg47.11	finanzielle Situation	s.o.
feg47.12	Fehlendes Angebot	s.o.
schverän	Wie schwierig wird die Durchführung der Veränderung sein?	0= nicht zutreffend 1= überhaupt nicht schwierig 2= eher leicht 3= teils/ teils 4= schwierig 5= sehr schwierig 99= MD
scherrei	Sind die Veränderungen erreichbar?	0= nicht zutreffend 1= überhaupt nicht erreichbar 2= eher nicht erreichbar 3= teils/ teils 4= erreichbar 5= sehr erreichbar 99= MD
allgem	Allgemeine Lebenszufriedenheit	Achtung, negative Zahlen!! -3= äußerst unzufrieden -2= eher unzufrieden

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

		-1= wenig zufrieden 0= teils/ teils 1= etwas zufrieden 2= eher zufrieden 3= äußerst zufrieden 99= MD
immoment	Augenblickliches Wohlbefinden	Achtung, negative Zahlen!! -3= sehr unwohl -2= eher unwohl -1= wenig wohl 0= teils/ teils 1= etwas wohl 2= eher wohl 3= sehr wohl 99= MD
feg52.1	Arbeit/ Beruf	Achtung, Anordnungswechsel!! 0= nicht zutreffend 1= gar nicht 2= eher nicht 3= teils/ teils 4= eher viel 5= sehr viel 99= MD
feg52.2	Ehe/ Partnerschaft	s.o.
feg52.3	Familie/ Kinder	s.o.
feg52.4	Freunde, Bekannte	s.o.
feg52.5	Freizeit	s.o.
feg52.6	Finanzielle Situation	s.o.
feg52.7	Wohnsituation	s.o.
feg53.1	Arbeit/ Beruf	s.o.
feg53.2	Ehe/ Partnerschaft	s.o.
feg53.3	Familie/ Kinder	s.o.
feg53.4	Freunde, Bekannte	s.o.
feg53.5	Freizeit	s.o.
feg53.6	Finanzielle Situation	s.o.
feg53.7	Wohnsituation	s.o.
unzufrie	Unzufriedenheit aufgrund dieser Schwierigkeiten/ Probleme	Achtung, negative Zahlen!! -3= äußerst unzufrieden -2= eher unzufrieden -1= wenig zufrieden 0= teils/ teils 1= etwas zufrieden 2= eher zufrieden 3= äußerst zufrieden 99= MD
unzugesu	Auswirkung dieser Probleme auf die Gesundheit	Achtung, negative Zahlen!! -3= äußerst negativ -2= eher negativ -1= wenig positiv 0= teils/ teils 1= etwas positiv 2= eher positiv 3= äußerst positiv 99= MD
feg56.1	Herz- Kreislauf- Erkrankungen	1= angekreuzt 2= nicht angekreuzt 99= MD

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

feg56.2	Diabetes (Zuckerkrankheit)	s.o.
feg56.3	Übergewicht	s.o.
feg56.4	Gicht	s.o.
feg56.5	Krebserkrankungen	s.o.
feg56.6	Magen- Darm- Erkrankungen	s.o.
feg56.7	Rheumatismus	s.o.
feg56.8	Psychische Störungen	s.o.
feg56.9	Schlafstörungen	s.o.
feg56.10	Allergien	s.o.
feg57.1	Arbeit/ Beruf	0= nicht zutreffend 1= angekreuzt 2= nicht angekreuzt 99= MD
feg57.2	Familie/ Kinder	s.o.
feg57.3	Ehe/ Partnerschaft	s.o.
feg57.4	Freunde, Bekannte	s.o.
feg57.5	Gesundheitszustand	s.o.
feg57.6	Freizeit	s.o.
feg57.7	Finanzielle Situation	s.o.
feg57.8	Wohnsituation	s.o.
feg57.9	Sonstige Personen	s.o.
feg57.10	Sonstige Umstände	s.o.
wasänder	Was möchten Sie verändern?	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
feg59.1	Arzt/ Ärztin	0= nicht zutreffend 1= angekreuzt 2= nicht angekreuzt 99= MD
feg59.2	Partner/ in	s.o.
feg59.3	Gruppenangebote	s.o.
feg59.4	Ich selbst	s.o.
feg59.5	Psychologische Beratung	s.o.
feg59.6	Freunde, Verwandte	s.o.
feg59.7	Informationen aus Medien	s.o.
feg59.8	Sonstiges	s.o.
feg60.1	Gesundheitszustand	s.o.
feg60.2	Gewohnheiten	s.o.
feg60.3	Mangelnder Wille	s.o.
feg60.4	Zeitmangel, Stress	s.o.
feg60.5	zu großes "Opfer"	s.o.
feg60.6	Beeinträchtigung des Wohlbefindens	s.o.
feg60.7	Partner/in	s.o.
feg60.8	Familie/ Kinder	s.o.
feg60.9	Freunde, Bekannte	s.o.
feg60.10	Beruf	s.o.
feg60.11	finanzielle Situation	s.o.
feg60.12	Fehlendes Angebot	s.o.
allverän	Wie schwierig wird die Durchführung der Veränderung sein?	0= nicht zutreffend 1= überhaupt nicht schwierig 2= eher leicht 3= teils/ teils 4= schwierig 5= sehr schwierig 99= MD
allerrei	Sind die Veränderungen erreichbar?	0= nicht zutreffend 1= überhaupt nicht erreichbar

		2= ehr nicht erreichbar 3= teils/ teils 4= erreichbar 5= sehr erreichbar 99= MD
feg63.1	Gehen Sie regelmäßig zu ärztlichen und zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen?	1= nie 2= eher nicht 3= teils/ teils 4= häufig 5= sehr häufig 99= MD
feg63.2	Versuchen Sie, Ihre Abwehrkräfte zu stärken, indem Sie bestimmte Präparate einnehmen (z.B. Vitamintabletten, immunstärkende Mittel o. Ä.)?	s.o.
feg63.3	Ergreifen Sie bestimmte Maßnahmen, um sich vor Krankheiten zu schützen (z.B. bei Kälte warm anziehen, regelmäßiger Saunabesuch, Hygienemaßnahmen o. Ä.)?	s.o.
feg63.4	Waren Sie im letzten halben Jahr in ärztlicher Behandlung?	s.o.
feg63.5	Haben sie im letzten halben Jahr vom Arzt verordnete Medikamente (mit Ausnahme der Pille) eingenommen?	s.o.
feg63.6	Haben Sie im letzten halben Jahr selbst verordnete Medikamente eingenommen?	s.o.
feg63.7	Fühlen Sie sich körperlich robuster als die meisten Leute in Ihrer Umgebung?	s.o.
feg63.8	Kommen Sie nach einer Erkrankung relativ schnell wieder auf die Beine?	s.o.
feg63.9	Erwischt Sie im Frühjahr und im Herbst regelmäßig die Grippe?	s.o.
feg63.10	Meistern Sie Stresssituationen, ohne anschließend gesundheitlich angegriffen zu sein?	s.o.
feg63.11	Bleiben Sie gesund, wenn alle anderen zu Hause oder am Arbeitsplatz husten und niesen?	s.o.
feg64.1	Herz-Kreislauf-Beschwerden (z.B. Herzklopfen, unregelmäßiger Herzschlag, Enge in der Brustgegend)	s.o.
feg64.2	Magen-Darm-Beschwerden (z.B. Völlegefühl, Magenschmerzen, Übelkeit, Verstopfung)	s.o.
feg64.3	Glieder-, Schulter-, Kreuz- oder Nackenschmerzen	s.o.
feg64.4	Beeinträchtigt Allgemeines Befinden (z.B. schnelles ermüden, Appetitmangel, Schwindel, Kopfschmerzen, Wetterfühligkeit)	s.o.
feg64.5	Anspannung (z.B. Schlafschwierigkeiten, Schweißausbrüche, Verkrampfungen)	s.o.
ser1	Wenn ich in einem Lokal oder einer Gaststätte Alkohol trinke, ist meine Sicherheit...	0= nicht zutreffend 1= sehr gering 2= gering 3= mittel 4= groß 5= sehr groß 99= MD

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

ser2	Wenn ich den Wunsch nach einer Zigarette verspüre, ist meine Sicherheit...	s.o.
ser3	Wenn Dinge nicht so laufen, wie ich möchte, und ich frustriert bin, ist meine Sicherheit...	s.o.
ser4	Wenn ich mit meinem Partner oder einem guten Freund zusammen bin und er/sie raucht, ist meine Sicherheit...	s.o.
ser5	Wenn es Auseinandersetzungen oder Streit in meiner Familie gibt, ist meine Sicherheit ...	s.o.
ser6	Wenn ich glücklich bin und feiere, ist meine Sicherheit...	s.o.
ser7	Wenn ich über etwas oder jemanden sehr verärgert bin, ist meine Sicherheit...	s.o.
ser8	Wenn ich eine gefühlsmäßige Krise durchmachen würde, wie z.B. bei einem Unfall oder einem Todesfall in der Familie, ist meine Sicherheit...	s.o.
ser9	Wenn ich jemanden sehe, der raucht und Spaß daran hat, ist meine Sicherheit...	s.o.
ser10	Wenn ich mich beim Kaffeetrinken entspanne und unterhalte, ist meine Sicherheit...	s.o.
ser11	Wenn ich mir klar mache, dass es eine sehr schwierige Aufgabe für mich ist, mit dem Rauchen aufzuhören, ist meine Sicherheit...	s.o.
ser12	Wenn ich Verlangen nach einer Zigarette habe, ist meine Sicherheit...	s.o.
ser13	Wenn ich morgens gerade aufstehe, ist meine Sicherheit...	s.o.
ser14	Wenn ich spüre, dass ich eine Aufmunterung brauche, ist meine Sicherheit...	s.o.
ser15	Wenn ich anfangs, weniger an meine Gesundheit zu denken und körperlich weniger aktiv bin, ist meine Sicherheit...	s.o.
ser16	Wenn ich mit Freunden auf einer Feier bin, ist meine Sicherheit...	s.o.
ser17	Wenn ich morgens aufwache und einen anstrengenden Tag vor mir habe, ist meine Sicherheit...	s.o.
ser18	Wenn ich ausgesprochen niedergeschlagen bin, ist meine Sicherheit...	s.o.
ser19	Wenn ich äußerst ängstlich und gestresst bin, ist meine Sicherheit...	s.o.
ser20	Wenn mir bewusst wird, dass ich eine Zeitlang nicht geraucht habe, ist meine Sicherheit....	s.o.
dnr1	Zigarettenrauchen ist etwas Angenehmes für mich.	0= nicht zutreffend 1= überhaupt nicht wichtig 2= nicht wichtig 3= teils/ teils 4= wichtig 5= sehr wichtig

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

		99= MD
dbr2	Mein Rauchen beeinträchtigt die Gesundheit von anderen.	s.o.
dbr3	Ich mag das Image von Zigarettenrauchern.	s.o.
dbr4	Menschen, die mir nahe stehen, würden darunter leiden, wenn ich durch das Rauchen krank werde.	s.o.
dbr5	Ich bin entspannt und daher umgänglicher, wenn ich rauche.	s.o.
dbr6	Weil ich weiterhin rauche, denken einige Menschen, die ich kenne, dass ich nicht genug Charakterstärke habe, damit aufzuhören.	s.o.
dbr7	Wenn ich versuche, mit dem Rauchen aufzuhören, werde ich reizbar und schwer zu ertragen sein.	s.o.
dbr8	Zigarettenrauchen ist gefährlich für meine Gesundheit.	s.o.
dbr9	Meine Familie und Freunde mögen mich lieber, wenn ich rauche und glücklich bin, als wenn ich versuche aufzuhören und mich elend fühle.	s.o.
dbr10	Es bringt mich in Verlegenheit, dass ich rauchen muss.	s.o.
dbr11	Ich mag mich selbst mehr, wenn ich rauche.	s.o.
dbr12	Mein Zigarettenrauch stört andere Menschen.	s.o.
dbr13	Rauchen hilft mir, mich zu konzentrieren und besser zu arbeiten.	s.o.
dbr14	Menschen denken, dass es unvernünftig von mir ist, Warnungen über das Zigarettenrauchen zu ignorieren.	s.o.
dbr15	Zigarettenrauchen löst Anspannungen.	s.o.
dbr16	Menschen, die mir nahe sind, missbilligen mein Rauchen.	s.o.
dbr17	Weiterzurauchen gibt mir das Gefühl, meine eigenen Entscheidungen zu treffen.	s.o.
dbr18	Es ist dumm von mir, Warnungen über das Zigarettenrauchen zu ignorieren.	s.o.
dbr19	Wenn ich eine Weile nicht geraucht habe, fühle ich mich durch eine Zigarette großartig.	s.o.
dbr20	Ich würde mich im Moment tatkräftiger fühlen, wenn ich nicht rauchen würde.	s.o.
fär1	Ich glaube, dass ich zuviel rauche.	0= nicht zutreffend 1= stimme überhaupt nicht zu 2= stimme nicht zu 3= teils/ teils 4= stimme zu 5= stimme sehr zu 99= MD
fär2	Ich versuche weniger zu rauchen als früher oder gar nicht mehr zu rauchen.	s.o.
fär3	Ich rauche gern, aber manchmal rauche ich zuviel.	s.o.

fär4	Manchmal denke ich, dass ich weniger oder gar nicht mehr rauchen sollte.	s.o.
fär5	Über mein Rauchen nachzudenken ist reine Zeitverschwendung.	s.o.
fär6	Ich habe erst vor kurzem mein Rauchen eingeschränkt.	s.o.
fär7	Jeder kann darüber reden, dass er wegen des Rauchens etwas tun will, aber ich tue tatsächlich etwas.	s.o.
fär8	Ich bin an dem Punkt angelangt, wo ich darüber nachdenken sollte, weniger oder gar nicht mehr zu rauchen.	s.o.
fär9	Mein Rauchen ist manchmal ein Problem.	s.o.
fär10	Ich finde es notwendig für mich, über eine Änderung meines Rauchens nachzudenken.	s.o.
fär11	Ich bin gerade dabei, mein Rauchen einzuschränken oder ganz damit aufzuhören.	s.o.
fär12	Weniger zu rauchen oder ganz damit aufzuhören ergibt für mich einen Sinn.	s.o.
skid1	Vermeiden Sie berufliche Aufgaben oder Aufträge, bei denen Sie mit vielen Menschen zu tun haben?	1= nein 2= ja 99= MD
skid2	Meiden Sie Kontakte mit anderen Menschen, es sei denn, Sie sind sicher, dass diese Sie wirklich mögen?	s.o.
skid3	Fällt es Ihnen schwer, anderen Menschen gegenüber offen zu sein, selbst wenn diese Ihnen nahe stehen?	s.o.
skid4	Wenn Sie mit anderen Menschen zu tun haben, befürchten Sie dann oft, von ihnen kritisiert oder abgelehnt zu werden?	s.o.
skid5	Sind Sie gewöhnlich zurückhaltend und schweigsam, wenn Sie neue Leute kennen lernen?	s.o.
skid6	Glauben Sie, dass Sie nicht so klug, so geschickt oder so attraktiv sind wie die meisten anderen Menschen?	s.o.
skid7	Haben Sie Angst davor, neue Dinge auszuprobieren?	s.o.
skid8	Benötigen Sie häufig Ratschläge oder Bestätigung von anderen, bevor Sie alltägliche Entscheidungen treffen können, also z.B. was Sie anziehen oder in einem Restaurant bestellen sollen?	s.o.
skid9	Sind Sie bei der Organisation wichtiger Lebensbereiche, wie z.B. finanziellen Angelegenheiten, Kindererziehung oder der Planung des Alltags von anderen Personen abhängig?	s.o.
skid10	Fällt es Ihnen schwer, anderen zu widersprechen, selbst wenn Sie denken, dass diese im Unrecht sind?	s.o.
skid11	Fällt es Ihnen schwer, Aufgaben zu beginnen oder daran zu arbeiten, wenn Ihnen niemand dabei hilft?	s.o.

skid12	Übernehmen Sie oft freiwillig unerfreuliche Aufgaben?	s.o.
skid13	Fühlen Sie sich im Allgemeinen unwohl, wenn Sie alleine sind?	s.o.
skid14	Wenn eine enge Beziehung endet, brauchen Sie dann schnell einen anderen Menschen, auf den Sie sich verlassen können?	s.o.
skid15	Denken Sie oft darüber nach, allein gelassen zu werden und niemanden zu haben, der sich um Sie kümmert?	s.o.
skid16	Sind Sie jemand, der viel Wert auf Details, Ordnung und Organisation legt, oder machen Sie gerne Listen und Zeitpläne?	s.o.
skid17	Haben Sie Schwierigkeiten, Arbeiten zu Ende zu bringen, weil Sie viel Zeit darauf verwenden, alles genau und richtig zu machen?	s.o.
skid18	Glauben Sie selbst oder haben andere Ihnen schon gesagt, dass Sie mit Ihrer Arbeit/ mit dem Studium oder so beschäftigt sind, dass keine Zeit mehr für Freunde oder Vergnügen bleibt?	s.o.
skid19	Haben Sie sehr hohe moralische Ansprüche?	s.o.
skid20	Fällt es Ihnen schwer, Dinge wegzuerwerfen, weil Sie denken, sie vielleicht irgendwann wieder gebrauchen zu können?	s.o.
skid21	Fällt es Ihnen schwer, sich von anderen helfen zu lassen, wenn diese die Angelegenheit nicht genau nach Ihren Vorstellungen erledigen?	s.o.
skid22	Fällt es Ihnen schwer, Geld für sich oder andere Personen auszugeben, auch wenn Sie genügend haben?	s.o.
skid23	Sind Sie oft so sicher, Recht zu haben, dass Ihnen ganz gleich ist, was andere Leute sagen?	s.o.
skid24	Hat man Ihnen schon einmal gesagt, Sie seien eigensinnig oder stur?	s.o.
skid25	Wenn Sie jemand um etwas bittet, das Sie eigentlich nicht tun wollen, sagen Sie zunächst zwar "ja", arbeiten dann aber sehr langsam oder nachlässig?	s.o.
skid26	Neigen Sie oft dazu, etwas, was Sie nicht tun wollen, einfach zu "vergessen"?	s.o.
skid27	Haben Sie häufig den Eindruck, dass andere Sie nicht verstehen oder Ihre Leistungen nicht ausreichend schätzen?	s.o.
skid28	Sind Sie oft schlechter Laune und geraten dann leicht ins Streiten?	s.o.
skid29	Haben Sie oft das Gefühl, dass die meisten Ihrer Vorgesetzten, Lehrer, Dozenten oder andere Leute in höheren Positionen eigentlich unfähig sind?	s.o.
skid30	Erleben Sie es häufig als ungerecht, dass andere Menschen mehr besitzen als Sie?	s.o.

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

skid31	Beschweren Sie sich oft darüber, dass Ihnen ausschließlich nur Schlechtes passiert?	s.o.
skid32	Passiert es Ihnen oft, dass Sie erst jemanden vor den Kopf stoßen und dann alles tun, um es wieder gut zu machen?	s.o.
skid33	Fühlen Sie sich in der Regel unglücklich und ohne Lebensfreude?	s.o.
skid34	Halten Sie sich im Grunde für minderwertig und haben Sie von sich selbst eine schlechte Meinung?	s.o.
skid35	Machen Sie sich selbst oft schlecht?	s.o.
skid36	Sind Sie jemand, der sich ständig Sorgen macht?	s.o.
skid37	Verurteilen Sie andere häufig und haben schnell etwas an ihnen auszusetzen?	s.o.
skid38	Denken Sie, dass die meisten Menschen im Prinzip schlecht sind?	s.o.
skid39	Befürchten Sie fast immer das Schlimmste?	s.o.
skid40	Haben Sie oft Schuldgefühle, wenn Sie etwas getan oder unterlassen haben?	s.o.
skid41	Müssen Sie ständig auf der Hut sein, um zu verhindern, dass andere Sie ausnutzen oder verletzen?	s.o.
skid42	Zweifeln Sie oft daran, ob Sie Ihren Freunden oder Arbeitskollegen trauen können?	s.o.
skid43	Glauben Sie, dass es besser ist, andere nicht zu viel über Sie wissen zu lassen?	s.o.
skid44	Entdecken Sie häufig eine verborgene Bedeutung hinter dem, was andere sagen oder tun?	s.o.
skid45	Sind Sie sehr nachtragend, d.h. dauert es lange, bis Sie jemandem verzeihen, der Sie beleidigt oder gekränkt hat?	s.o.
skid46	Gibt es viele Leute, denen Sie nicht verzeihen können, auch wenn das, was diese gesagt oder getan haben, schon lange zurückliegt?	s.o.
skid47	Werden Sie schnell wütend oder reagieren Sie aggressiv, wenn Sie kritisiert oder beleidigt werden?	s.o.
skid48	Haben Sie schon öfter den Verdacht gehabt, Ihr Partner sei Ihnen untreu?	s.o.
skid49	Wenn Sie in der Öffentlichkeit Leute sehen, die sich miteinander unterhalten, denken Sie dann häufig, dass man über Sie redet?	s.o.
skid50	Haben Sie oft das Gefühl, dass Dinge, die augenscheinlich nichts miteinander zu tun haben, Ihnen eine besondere Botschaft vermitteln sollen?	s.o.
skid51	Entdecken Sie häufig verborgene Botschaften hinter scheinbar zufälligen Ereignissen?	s.o.
skid52	Hatten Sie jemals den Eindruck, dass Sie Dinge geschehen lassen können, einfach, indem Sie es sich wünschen	s.o.

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

	oder daran denken?	
skid53	Haben Sie persönliche Erfahrung mit übernatürlichen Dingen?	s.o.
skid54	Glauben Sie, einen "sechsten Sinn" zu haben, so dass Sie - im Gegensatz zu anderen - Dinge im Voraus wissen und vorhersagen können?	s.o.
skid55	Haben sie schon öfter Gegenstände oder Schatten gesehen und gedacht, es seien in Wirklichkeit Menschen oder Tiere. Oder haben Sie Geräusche für menschliche Stimmen gehalten?	s.o.
skid56	Haben Sie manchmal das Gefühl, dass eine unsichtbare Person oder Kraft Sie umgibt, obwohl Sie niemanden sehen können?	s.o.
skid57	Sehen Sie oft die Aura oder Energiefelder von anderen Menschen?	s.o.
skid58	Gibt es außerhalb Ihrer Familie nur sehr wenige Menschen, zu denen Sie eine wirklich enge Beziehung haben?	s.o.
skid59	Sind Sie oft nervös und ängstlich, wenn Sie mit anderen Menschen zusammen sind?	s.o.
skid60	Könnten Sie ohne enge Beziehungen, wie man sie zum Beispiel in einer Familie oder mit Freunden hat, auskommen?	s.o.
skid61	Würden Sie die meisten Dinge lieber allein als mit anderen zusammen machen?	s.o.
skid62	Könnten Sie ohne sexuelle Beziehungen zufrieden sein?	s.o.
skid63	Gibt es nur ganz wenige Dinge im Leben, die Ihnen wirklich Freude machen?	s.o.
skid64	Ist es Ihnen gleichgültig, was andere über Sie denken?	s.o.
skid65	Haben Sie das Gefühl, dass es nichts gibt, was Sie sehr glücklich oder sehr traurig machen kann?	s.o.
skid66	Stehen Sie gern im Mittelpunkt?	s.o.
skid67	Flirten sie oft?	s.o.
skid68	Kleiden Sie sich gern sexy, auch wenn Sie zum Beispiel nur zur Arbeit gehen oder Besorgungen machen?	s.o.
skid69	Versuchen Sie, durch Ihre äußere Erscheinung, wie zum Beispiel Kleidung, die Aufmerksamkeit anderer auf sich zu ziehen?	s.o.
skid70	Sehen Sie sich gern als schillernde Persönlichkeit?	s.o.
skid71	Sind Sie oft unsicher in Ihren Meinungen und Ansichten und übernehmen daher die Meinung anderer?	s.o.
skid72	Bekommen Sie zu fast allen Menschen, die Sie treffen, schnell engen Kontakt?	s.o.
skid73	Haben Sie das Gefühl, dass die meisten Menschen Ihre besonderen Fähigkeiten	s.o.

	gar nicht richtig schätzen?	
skid74	Wurde Ihnen schon einmal gesagt, Sie hätten eine zu hohe Meinung von sich selbst?	s.o.
skid75	Denken Sie oft an die Macht, den Ruhm oder die Anerkennung, die Sie eines Tages haben werden?	s.o.
skid76	Denken sie oft an die ideale Liebe, die Sie eines Tages finden werden?	s.o.
skid77	Wenn Sie eine Beschwerde haben, bestehen Sie fast immer darauf, den höchsten Vorgesetzten zu sprechen?	s.o.
skid78	Glauben Sie, dass es sich nur lohnt, Zeit mit Menschen zu verbringen, die etwas Besonderes oder besonders wichtig sind?	s.o.
skid79	Ist es Ihnen sehr wichtig, dass andere Sie beachten oder Sie in irgendeiner Weise bewundern?	s.o.
skid80	Glauben Sie, dass Sie sich bestimmten regeln oder gesellschaftlichen Konventionen nicht unterordnen müssen, wenn diese Sie irgendwie einschränken?	s.o.
skid81	Glauben Sie, dass es Gründe gibt, weswegen andere Leute Sie besonders zuvorkommend behandeln sollten?	s.o.
skid82	Mussten Sie schon mal andere regelrecht benutzen, um etwas zu erreichen?	s.o.
skid83	Sind Ihnen Ihre eigenen Bedürfnisse oft wichtiger als die anderer?	s.o.
skid84	Sind Sie oft der Meinung, dass andere Ihren Wünschen bedingungslos nachkommen sollten?	s.o.
skid85	Halten Sie es oft für unwichtig, sich mit den Angelegenheiten oder Gefühlen anderer auseinander zu setzen?	s.o.
skid86	Können Sie es kaum ertragen, wenn andere erfolgreich sind?	s.o.
skid87	Haben Sie den Eindruck, dass andere oft neidisch auf Sie sind?	s.o.
skid88	Glauben sie, dass nur sehr wenige Menschen Ihre Zeit und Ihre Aufmerksamkeit verdienen?	s.o.
skid89	Geraten Sie aus der Fassung, wenn Sie sich vorstellen, dass jemand, der Ihnen viel bedeutet, Sie verlässt?	s.o.
skig90	Sind die Beziehungen zu Personen, an denen Ihnen viel liegt, von einem ständigen Auf und Ab gekennzeichnet?	s.o.
skid91	Haben Sie schon die Erfahrung gemacht, dass sich Ihre Zielsetzung und Ihr Gefühl, wer Sie sind, plötzlich ändern?	s.o.
skid92	Erleben sie häufig krasse Veränderungen dabei, wie Sie sich selbst sehen?	s.o.
skid93	Ändern Sie plötzlich Ihre Zielsetzungen, Ihre beruflichen Pläne, religiöse	s.o.

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

	Anschauungen und Ähnliches?	
skid94	Handeln Sie oft impulsiv?	s.o.
skid95	Haben Sie je versucht, sich selbst zu verletzen oder umzubringen oder es angedroht?	s.o.
skid96	Haben Sie sich je absichtlich geschnitten, verbrannt oder gekratzt?	s.o.
skid97	Sind Sie launisch?	s.o.
skid98	Fühlen Sie sich oft innerlich leer?	s.o.
skid99	Haben Sie oft Wutausbrüche oder werden Sie so böse, dass Sie die Kontrolle verlieren?	s.o.
skid100	Schlagen Sie andere oder werfen Sie mit Gegenständen, wenn Sie wütend sind?	s.o.
skid101	Können selbst Kleinigkeiten Sie sehr wütend machen?	s.o.
skid102	Werden Sie anderen gegenüber argwöhnisch oder fühlen Sie sich manchmal unwirklich, wenn Sie unter großem Druck stehen?	s.o.
skid103	Haben Sie andere Kinder schikaniert oder bedroht?	s.o.
skid104	Haben Sie Schlägereien angefangen?	s.o.
skid105	Haben Sie in einem Kampf eine Waffe benutzt wie zum Beispiel einen Stock, einen Stein, eine zerbrochene Flasche, ein Messer oder einen Revolver?	s.o.
skid106	Haben Sie jemals versucht, absichtlich anderen Schmerz oder Leid zuzufügen?	s.o.
skid107	Haben Sie manchmal absichtlich Tiere gequält?	s.o.
skid108	Haben Sie einer anderen Person gewaltsam etwas weggenommen, indem Sie sie bedrohten, überfielen oder beraubten?	s.o.
skid109	Haben Sie jemals einen anderen Menschen zu sexuellem Kontakt gezwungen?	s.o.
skid110	Haben Sie schon einmal absichtlich Feuer gelegt?	s.o.
skid111	Haben Sie vorsätzlich Dinge beschädigt, die nicht Ihnen gehörten?	s.o.
skid112	Sind Sie irgendwo eingebrochen (zum Beispiel Auto, Haus, Wohnung)?	s.o.
skid113	Haben Sie häufig gelogen oder andere betrogen?	s.o.
skid114	Haben Sie jemals etwas gestohlen, zum Beispiel in einem Kaufhaus?	s.o.
skid115	Sind Sie jemals von zu Hause weggelaufen und über Nacht weggeblieben?	s.o.
skid116	Sind Sie abends oft wesentlich später nach Hause gekommen, als Sie durften?	s.o.
skid117	Haben Sie oft die Schule geschwänzt?	s.o.
dips1a	Hatten Sie in letzter Zeit Probleme oder Schwierigkeiten?	1= ja 2= nein 99= MD
dips1b	Worin bestehen oder bestanden die Beschwerden?	0= nicht zutreffend 99= MD

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

		Bitte eintragen
dips2.1	Plötzliche und unerwartete Angst, ohne dass reale Gefahr vorliegt?	1= ja 2= nein 99= MD
dips2.2	Bestimmte Situationen und Orte?	s.o.
dips2.3	Situationen, in denen Sie von anderen Menschen beobachtet oder bewertet werden könnten?	s.o.
dips2.4	Bestimmte Dinge wie z.B. Tiere, Höhen, Flugreisen usw..?	s.o.
dips2.5	Leiden Sie häufig unter unangemessen starken Sorgen?	s.o.
dips2.6	Haben sie schon einmal ein extrem belastendes Ereignis erlebt?	s.o.
ps1	In welchen Situationen tritt die Angst auf?	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
ps2	Treten diese Angstanfälle manchmal auch "wie aus heiterem Himmel" und ohne jeden ersichtlichen Grund auf?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD
ps3a	Kurzatmigkeit oder Atemnot?	s.o.
ps3b	Erstickungs- oder Würgegefühl?	s.o.
ps3c	Herzklopfen, -rasen oder -stolpern?	s.o.
ps3d	Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust?	s.o.
ps3e	Schwitzen?	s.o.
ps3f	Schwindel, Benommenheit oder Schwächegefühle?	s.o.
ps3g	Übelkeit oder Magen-/Darmbeschwerden?	s.o.
ps3h	Gefühle der Unwirklichkeit oder des Losgelöstseins?	s.o.
ps3i	Taubheit oder Kribbeln in Körperteilen?	s.o.
pshj	Hitzewallungen oder Kälteschauer?	s.o.
ps3k	Zittern oder Beben?	s.o.
ps3l	Todesangst?	s.o.
ps3m	Angst, verrückt zu werden?	s.o.
ps3n	Angst, etwas Unkontrolliertes zu tun?	s.o.
ps4	Hatten Sie schon mehrere solcher unerwarteter Angstanfälle?	s.o.
ps5	Haben diese Angstanfälle Sie in Ihrem Verhalten beeinflusst?	s.o.
ps6	Haben Sie sich schon einmal mindestens vier Wochen lang nach einem Anfall Sorgen darüber gemacht?	s.o.
psschätz	Liegt Paniksyndrom vor?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 3= fraglich 99= MD
ag1	Welche Situationen sind dies und was befürchten Sie, könnte Ihnen dort schlimmstenfalls passieren?	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
ag2	Hängt die Angst bzw. Vermeidung damit zusammen, dass Sie sich in diesen Situationen ängstlich oder krank fühlen könnten und es dann besonders schwierig wäre, die Situation zu	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

	verlassen?	
ag3	Fühlen Sie sich mit einer Begleitperson sicherer?	s.o.
agschätz	Liegt Agoraphobie vor?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 3= fraglich 99= MD
sp1	Was befürchten Sie, könnte Ihnen schlimmstenfalls in Situationen passieren, in denen Sie mit anderen Menschen zusammentreffen?	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
sp2	Tritt Ihre Angst nahezu jedes Mal und sofort in solchen Situationen auf?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD
spschätz	Liegt Sozialphobie vor?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 3= fraglich 99= MD
spp1	Welche Dinge werden gefürchtet oder vermieden?	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
spp2	Was befürchten Sie, könnte Ihnen im Zusammenhang mit diesen Dingen schlimmstenfalls passieren?	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
sppschät	Liegt Spezifische Phobie vor?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD
gas1	Worum geht es bei diesen Sorgen?	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
gas2	Sind Sie jemand, der sich oft oder auch über kleine Dinge Sorgen	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD
gas3	Litten Sie mindestens sechs Monate die meiste Zeit unter diesen	s.o.
gas4a	Ruhelosigkeit	s.o.
gas4b	leichte Ermüdbarkeit	s.o.
gas4c	ständige Anspannung	s.o.
gas4d	übermäßige Nervosität	s.o.
gas4e	Konzentrationsschwierigkeiten wegen Angst	s.o.
gas4f	Reizbarkeit	s.o.
gasschät	Liegt Generalisiertes Angstsyndrom vor?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 3= fraglich 99= MD
pb1	Wann haben Sie das extrem belastende Ereignis erlebt (und wollen Sie mir sagen, worum es sich handelte)?	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
pb2a	wiederkehrende und eindringliche Erinnerungen	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

pb2b	wiederkehrende Träume	s.o.
pb2c	plötzliches Handeln oder Fühlen, als ob das Ereignis	s.o.
pb2d	psychische Belastung bei Jahrestagen oder Ereignissen, die	s.o.
pb2e	körperliche Erregung bei Erinnerung an das Ereignis	s.o.
pb2f	bewusstes Vermeiden von Gedanken oder Gefühlen, die mit	s.o.
pb2g	bewusstes Vermeiden von Aktivitäten oder Situationen, die	s.o.
pb2h	Unfähigkeit, Einzelheiten des Ereignisses zu erinnern	s.o.
pb2i	deutlich verringertes Interesse an wichtigen Aktivitäten	s.o.
pb2j	Gefühl der Losgelöstheit oder Fremdheit von anderen	s.o.
pb2k	eingeschränkte Gefühlswelt, z.B. unfähig zu Liebesgefühlen	s.o.
pb2l	Zukunftspessimismus	s.o.
pb3m	Einschlaf- oder Durchschlafschwierigkeiten	s.o.
pb2n	Reizbarkeit	s.o.
pb2o	Konzentrationsschwierigkeiten	s.o.
pb2p	übermäßige Wachsamkeit	s.o.
pb2q	übermäßige Schreckhaftigkeit	s.o.
pbschätz	Liegt Posttraumatische Belastungsreaktion vor?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 3= fraglich 99= MD
zwang1	Gibt es unangenehme oder unsinnige Gedanken/ Handlungen, die Sie immer wieder ausführen müssen?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD
zwang2	Welchen Inhalt und welchen Zweck haben diese Gedanken oder Handlungen?	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
zwang3	Versuchen Sie, etwas gegen die (Gedanken/ Handlungen) zu unternehmen?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD
zwang3a	was?	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
zwaschät	Liegt Zwangsstörung vor?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 3= fraglich 99= MD
sds	Gab es schon einmal Zeiten, in denen Sie sich mindestens zwei Wochen lang sehr depressiv fühlten?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD
dsd	Gab es schon einmal Zeiten, in denen Sie sich über einen langen Zeitraum die meiste Zeit traurig fühlten?	s.o.
me	Gab es schon einmal Zeiten, in denen Sie sich mindestens eine Woche lang	s.o.

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

	ganz extrem hochgestimmt/ reizbar fühlten?	
sds4	Hat sich Ihr Gewicht oder Ihr Appetit stark verändert?	s.o.
sds5	Hat sich Ihr Schlaf geändert?	s.o.
sds6	Waren Sie unfähig, still zu sitzen oder völlig verlangsamt?	s.o.
sds7	Waren Sie ständig müde oder hatten keine Energie?	s.o.
sds8	Dachten Sie schlecht über sich oder fühlten sich schuldig?	s.o.
sds9	Hatten Sie Probleme mit Entscheidungen oder der Konzentration?	s.o.
sds10	Fühlten Sie sich hoffnungslos und sahen alles schwarz?	s.o.
sds11	Dachten Sie an den Tod oder daran, sich selbst etwas anzutun?	s.o.
symp	Wie lange haben diese Symptome angehalten? Gab es Unterbrechungen?	0= nicht zutreffend 999= MD Bitte eintragen
sds1	Gab es in Ihrem Leben, unmittelbar bevor diese Gefühle auftraten, besondere Belastungen, die Ihr Befinden erklären könnten?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD
sds 2	Was?	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
sdsschät	Liegt Schweres Depressives Syndrom vor?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 3= fraglich 99= MD
ds1	Wie lange dauerte die längste Zeitspanne, in der Sie sich nicht (depressiv, traurig etc.) fühlten?	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
ds2	Kam Ihre milde depressive Phase vor oder nach Ihrer schweren depressiven Phase?	0= nicht zutreffend 1= vor SDS 2= nach SDS 99= MD
ds3	Wie lange Zeit hatten Sie dazwischen keine Symptome?	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
dsschätz	Liegt Schweres Dysthymes Syndrom vor?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 3= fraglich 99= MD
me1	Hatten Sie das Gefühl, eine Person mit besonderen Fähigkeiten zu sein?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD
me2	Hatten Sie das Gefühl, mit weniger Schlaf als üblich auszukommen?	s.o.
me3	Hatten Sie das Gefühl, dass Sie voller neuer Ideen stecken?	s.o.
me4	Waren Sie leicht ablenkbar?	s.o.
me5	Erlebten Sie ungewöhnliche Aktivitäten oder Ruhelosigkeit?	s.o.
me6	Hatten Sie für Sie unübliche sexuelle	s.o.

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

	Aktivitäten?	
me7	Haben Sie sich selbst oder andere in ernsthafte Schwierigkeiten gebracht oder wurden Sie in eine Klinik eingeliefert?	s.o.
meschätz	Liegt Manische Episode vor?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 3= fraglich 99= MD
somst	Haben Sie gegenwärtig körperliche Beschwerden oder Krankheiten?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD
somst2	Welche?	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
hyp	Fürchten Sie öfters, dass Sie eine schwere Krankheit haben?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD
som	Hatten Sie (bereits vor Ihrem 30. Lebensjahr) viele körperliche Probleme?	s.o.
sch	Hatten Sie schon einmal mindestens sechs Monate so starke Schmerzen, dass Sie sich fast ständig damit beschäftigten?	s.o.
ks	Haben Sie jemals so etwas erlebt wie eine Lähmung, Verlust der Stimme usw.?	s.o.
hyp1	Seit wann fürchten bzw. glauben Sie, eine schwere körperliche Krankheit zu haben und um welche Krankheit handelt es sich?	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
hyp2	Hatten Ärzte Schwierigkeiten, eine körperliche Ursache für Ihre Probleme festzustellen?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD
hyp3	Wenn Ärzte Ihnen mitteilen, sie könnten nichts Auffälliges finden, hält dann die Beruhigung nur kurz an?	s.o.
hypschat	Liegt Hypochondrie vor?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 3= fraglich 99= MD
som1	Schmerzen in verschiedenen Körperbereichen, z.B. in Kopf, Gliedern, Rücken und Gelenken?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD
som1a	Beschreibung	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
som2	Magen-/ Darmbeschwerden, z.B. Übelkeit, Durchfall, Erbrechen oder Speisunverträglichkeiten?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD
som2a	Beschreibung	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
som3	Brennende Empfindungen in	0= nicht zutreffend

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

	Sexualorganen oder sexuelle Probleme (nur für Frauen: sowie Probleme mit Monatsblutungen oder Schwangerschaft)?	1= ja 2= nein 99= MD
som3a	Beschreibung	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
som4	Neurologische Symptome, z.B. Gedächtnisverlust, Empfindungsverluste, Schluckbeschwerden, Taub- oder Blindheit, Ohnmacht, Gleichgewichtsstörungen?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD
som4a	Beschreibung	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
somschät	Liegt Somatisierungssyndrom vor?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 3= fraglich 99= MD
sch1	Welcher Art sind Ihre Schmerzen?	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
sch2	Kann nach Meinung eines Facharztes eine organische Ursache Ihre Schmerzen erklären?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD
schschät	Liegt Schmerzsyndrom vor?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 3= fraglich 99= MD
ks1	Welcher Art waren Ihre Beschwerden?	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
ks2	Standen Sie zu Beginn dieser Beschwerden unter Stress oder hatten Sie ein belastendes Erlebnis?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD
ks3	Beschreibung	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
ksschät	Liegt Konversionssyndrom vor?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 3= fraglich 99= MD
ess01a	Größe	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte in cm eintragen
ess01b	Gewicht	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
ess02a	Niedrigstes Gewicht	s.o.
ess02b	Höchstes Gewicht	s.o.
anbn	Haben Sie große Angst davor, zu dick zu sein oder zu werden bzw. machen Sie sich große Sorgen um Ihre Figur und Ihr Gewicht?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD
an	Haben Sie schon einmal viel weniger	s.o.

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

	gewogen, als Sie nach Meinung anderer Leute wiegen sollten oder haben Sie schon einmal stark abgenommen?	
bn	Haben Sie schon einmal Heißhungerphasen oder Essanfälle gehabt, d.h. sehr viel in sehr kurzer Zeit gegessen?	s.o.
an1	Fühlen Sie sich insgesamt oder an Teilen Ihres Körpers zu dick?	s.o.
an2	Hat Ihre Regelblutung schon einmal mindestens drei Mal hintereinander ausgesetzt?	s.o.
an3	Nehmen Sie die Pille?	s.o.
anschätz	Liegt Anorexie vor?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 3= fraglich 99= MD
bn1	Haben Sie während der Essanfälle das Gefühl, Sie könnten sich nicht mehr kontrollieren?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD
bn2	Haben Sie einmal drei Monate lang mindestens zwei Mal pro Woche Essanfälle gehabt?	s.o.
bn3	Haben Sie etwas unternommen, um nicht durch die Essanfälle zuzunehmen?	s.o.
bn4	Was?	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
bnschätz	Liegt Bulimie vor?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 3= fraglich 99= MD
psy1	Hören oder Sehen von Dingen oder Stimmen, die andere Menschen nicht bemerkten oder wenn niemand in der Nähe war?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD
psy2	Das Gefühl, dass etwas Eigenartiges um Sie herum vorging, dass Menschen Dinge taten, um Sie zu testen oder Ihnen zu schaden, so dass Sie ständig aufpassen mussten?	s.o.
psy3	Hatten Menschen Schwierigkeiten, Sie zu verstehen, weil Ihre Sprache durcheinander war oder keinen Sinn machte?	s.o.
psybesch	Beschreiben	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
psyschä	Liegt Psychose vor?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 3= fraglich 99= MD
behand 1	Wurden Sie jemals behandelt?	1= ja 2= nein 99= MD

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

behand 2	Erläuterung	Bitte eintragen
sonst	Sonstiges, was nicht gefragt wurde	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
berat1	Haben Sie in den letzten 6 Monaten einmal daran gedacht, dass Sie in	0= nicht zutreffend 1= ja, wegen psychischer Beschwerden 2= ja, wegen Substanzmissbrauch 3= ja, wegen psychischer Beschwerden und Substanzmissbrauch 4= ja, wegen des Studiums 5= nein 99= MD
berat2	Haben Sie in dieser Zeit schon einmal konkret Schritte unternommen, um	s.o.
berat3	Was wünschen Sie sich konkret an Ihrer Hochschule, was Ihr Wohlbefinden dort verbessern würde?	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
erstalk	Wann haben Sie das erste Mal in ihrem Leben Alkohol konsumiert?	0= nicht zutreffend 99= MD Bitte eintragen
erstnik	Wann haben Sie das erste Mal in ihrem Leben Nikotin konsumiert?	s.o.
erstcan	Wann haben Sie das erste Mal in ihrem Leben Cannabis konsumiert?	s.o.
erstamph	Wann haben Sie das erste Mal in ihrem Leben Amphetamine konsumiert?	s.o.
erstberu	Wann haben Sie das erste Mal in ihrem Leben Beruhigungsmittel/Tranquilizer konsumiert?	s.o.
erstecst	Wann haben Sie das erste Mal in ihrem Leben Ecstasy konsumiert?	s.o.
erstkok	Wann haben Sie das erste Mal in ihrem Leben Kokain konsumiert?	s.o.
erstopi	Wann haben Sie das erste Mal in ihrem Leben Opiate (z.B. Heroin, Methadon) konsumiert?	s.o.
rausch	Wann haben Sie erste Rauscherfahrungen gemacht?	s.o.
regalk	Wann haben Sie angefangen regelmäßiger Alkohol zu konsumieren?	s.o.
regnik	Wann haben Sie angefangen regelmäßiger Nikotin zu konsumieren?	s.o.
regcan	Wann haben Sie angefangen regelmäßiger Cannabis zu konsumieren?	s.o.
regamph	Wann haben Sie angefangen regelmäßiger Amphetamine zu konsumieren?	s.o.
regberu	Wann haben Sie angefangen regelmäßiger Beruhigungsmittel/Tranquilizer zu konsumieren?	s.o.
regecst	Wann haben Sie angefangen regelmäßiger Ecstasy zu konsumieren?	s.o.
regkok	Wann haben Sie angefangen regelmäßiger Kokain zu konsumieren?	s.o.
regopi	Wann haben Sie angefangen	s.o.

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

	regelmäßiger Opiate (z.B. Heroin, Methadon) zu konsumieren?	
grundalk	Was glauben Sie, warum Sie angefangen haben, Alkohol zu konsumieren? Was versprochen Sie sich vom Konsum?	s.o.
grundnik	Was glauben Sie, warum Sie angefangen haben, Nikotin zu konsumieren? Was versprochen Sie sich vom Konsum?	s.o.
grundcan	Was glauben Sie, warum Sie angefangen haben, Cannabis zu konsumieren? Was versprochen Sie sich vom Konsum?	s.o.
grundamp	Was glauben Sie, warum Sie angefangen haben, Amphetamine zu konsumieren? Was versprochen Sie sich vom Konsum?	s.o.
grundber	Was glauben Sie, warum Sie angefangen haben, Beruhigungsmittel/Tranquilizer zu konsumieren? Was versprochen Sie sich vom Konsum?	s.o.
grundecs	Was glauben Sie, warum sie angefangen haben, Ecstasy zu konsumieren? Was versprochen Sie sich vom Konsum?	s.o.
grundkok	Was glauben Sie, warum Sie angefangen haben, Kokain zu konsumieren? Was versprochen Sie sich vom Konsum?	s.o.
grundopi	Was glauben Sie, warum Sie angefangen haben, Opiate (z.B. Heroin, Methadon) zu konsumieren? Was versprochen Sie sich vom Konsum?	s.o.
heutealk	Warum konsumieren Sie heute noch Alkohol?	s.o.
heutenik	Warum konsumieren Sie heute noch Nikotin?	s.o.
heutecan	Warum konsumieren Sie heute noch Cannabis?	s.o.
heuteamp	Warum konsumieren Sie heute noch Amphetamine?	s.o.
heuteber	Warum konsumieren Sie heute noch Beruhigungsmittel/Tranquilizer?	s.o.
heuteecs	Warum konsumieren Sie heute noch Ecstasy?	s.o.
heutekok	Warum konsumieren Sie heute noch Kokain?	s.o.
heuteopi	Warum konsumieren Sie heute noch Opiate (z.B. Heroin, Methadon)?	s.o.
erstpsy	Wann haben Sie das erste Mal psychische Probleme gehabt oder seit wann leiden Sie darunter?	0= nicht zutreffend 1= vor Studienbeginn 2= nach Studienbeginn 99= MD
subpsy	Glauben Sie, dass Ihr Substanzkonsum Ihre psychische Befindlichkeit in irgendeiner Weise beeinflusst?	0= nicht zutreffend 1= ja, mindert die Symptome 2= ja, verstärkt die Symptome 3= nein 99= MD

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

psysub	Glauben Sie, dass Ihre psychische Befindlichkeit Ihren Substanzkonsum in irgendeiner Weise beeinflusst?	0= nicht zutreffend 1= ja, konsumiere mehr 2= ja, konsumiere weniger 3= nein 99= MD
studpsy	Hat sich Ihre psychische Auffälligkeit verglichen mit dem Anfang Ihres Studiums (1. Sem.) in irgendeiner Weise geändert?	0= nicht zutreffend 1= ja, hat sich gebessert 2= ja, hat sich verschlechtert 3= nein 99= MD
studeinf	Haben oder hatten die psychischen Probleme negativen Einfluss auf Ihr Studium?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99=MD
sozeinf	Haben oder hatten die psychischen Probleme negativen Einfluss auf Ihr soziales Umfeld?	s.o.
psystör	Liegt mindestens eine psychische Störung aus dem „Mini DIPS“-Fragebogen vor?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 3= fraglich 99= MD
extralk	Extremgruppenzuordnung Alkoholkonsum	0= nicht zutreffend 1= Vielkonsument 2= Wenigkonsument 3= mittlerer Konsument 99= MD
extrtab	Extremgruppenzuordnung Tabakkonsum	s.o.
extrcan	Extremgruppenzuordnung Cannabis	s.o.
polytox	Regelmäßiger Konsum von mehr als einer Substanz	0= nicht zutreffend 1= Alkohol und Tabak 2= Alkohol und Cannabis 3= Tabak und Cannabis 4= Alkohol, Tabak und Cannabis 5= kein Vielkonsument 6= nur Alkohol 7= nur Tabak 8= nur Cannabis 99= MD
komorbid	Besteht eine Komorbidität?	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD
fehl0	Unzufriedenheit im Studium	0= nicht zutreffend 1= ja 2= nein 99= MD
fehl1	Mehr Praxisbezug an der Hochschule	s.o.
fehl2	Weniger Anonymität an der Hochschule	s.o.
fehl3	Günstigere Verkehrsanbindung zur Hochschule	s.o.
fehl4	Schönere Architektur der Hochschule und modernere Ausstattung	s.o.
fehl5	Größeres Angebot an Seminaren und Prüfungsterminen	s.o.
fehl6	Größere Vielzahl und Kompetenz des Lehrpersonals	s.o.
fehl7	Mehr Übersichtlichkeit im Studium/ bessere Studienberatung	s.o.

Anhang E: Kodierschema Interviewleitfaden und Zusatzfragen

feh18	Bessere Mensabedingungen	s.o.
feh19	Bessere allgemeine Lebenssituation (z.B. Finanzen, Wohnlage)	s.o.
feh10	Mehr Selbstdisziplin	s.o.
feh11	Nichts, es ist alles ok	s.o.

F Anschreibe-Exemplar

GMX - e-mail Lesen

Seite 1 von 1

Hallo!

Du hast unseren Fragebogen zum Thema "Gesundheit und Studium" in der Hauptmensa der Uni Köln ausgefüllt und wurdest nun ausgelost, an unserem Interview zum Thema "Gesundheit und Studium" teilzunehmen!

Ziel der Befragung ist es, aktuelle Auskünfte über die psychische und körperliche Gesundheit der Studierenden in Köln zu erhalten, damit die Arbeit von Gesundheitsdiensten sich an den Bedürfnissen der Studierenden orientieren kann.

Da wir der Schweigepflicht unterliegen, werden die Daten natürlich vertraulich behandelt! Das Interview dauert etwa 1,5 bis 2 Stunden und Du bekommst als Honorar 30 Euro !

Ich würde mich freuen, wenn wir einen Termin vereinbaren könnten, an dem wir das Interview durchführen. Es wäre schön, wenn wir uns innerhalb der nächsten Woche treffen könnten. Folgende Termine würden für mich dafür in Frage kommen:

- Donnerstag (21.08.) zwischen 10.00 und 20.00 Uhr
- Freitag (22.08.) zwischen 8.00 und 16.00 Uhr
- Montag (25.08.) zwischen 8.30 und 20.00 Uhr
- Dienstag (26.08.) zwischen 8.00 und 13.30Uhr

Sollte Dir keiner der genannten Termine zusagen oder solltest Du Deine mails bis dahin noch nicht gecheckt haben, so wäre es nett, wenn Du mir trotzdem einen Termin nennen könntest, an dem Du Zeit hast. Evtl. läßt sich da bei mir noch was verschieben.

Da wir uns auf eine bestimmte Probandenzahl beschränken müssen, wäre es ganz gut, wenn Du Dich schnellstmöglichst meldest, damit Du auch wirklich teilnehmen kannst.

Es wäre schön, wenn wir uns irgendwo in der Hauptmensa der Uni treffen könnten. Mein Vorschlag wäre rechts im Haupteingangsbereich (dort, wo der Geldautomat steht).

Ich freue mich auf Deine Antwort.
Viele Grüße!

Daniela Paeßens

.../mailprint?CUSTOMERNO=6956537&t=del000260429.1063036771.63330e50&FOLI07.09.2003

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe.

Köln, den 28.01.2004

(Daniela Paeßens)