

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
der Universität zu Köln
Direktor: Professor Dr. med. C. Albus

Suizidale Gedanken und Bindungsdimensionen von Studierenden der Universität zu Köln

– Ergebnisse einer Online-Befragung –

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Joana Lax
aus Dinslaken

promoviert am 22. August 2023

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln
2023

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. G. R. Fink

1. Gutachter: Professor Dr. med. C. H. Albus
2. Gutachter: Professor Dr. med. Dr. phil. D. Schäfer

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich Unterstützungsleistungen von folgenden Personen erhalten:

Herr Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Rainer Weber
Frau M.Sc. Wiebke Müller

Weitere Personen waren an der Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin/eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

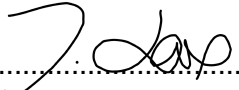
Die dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten wurden ohne meine Mitarbeit in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie von Herrn Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Rainer Weber erhoben und mir anschließend zur weiteren Auswertung zur Verfügung gestellt.

Die in dieser Arbeit erstellten Berechnungen und Analysen mit SPSS sind von mir selbst durchgeführt worden. Unterstützend wurde ich dabei von Frau M.Sc. Wiebke Müller (Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik) und von Herrn Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Rainer Weber (Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie) beraten.

Erklärung zur guten wissenschaftlichen Praxis:

Ich erkläre hiermit, dass ich die Ordnung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zum Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten (Amtliche Mitteilung der Universität zu Köln AM 132/2020) der Universität zu Köln gelesen habe und verpflichte mich hiermit, die dort genannten Vorgaben bei allen wissenschaftlichen Tätigkeiten zu beachten und umzusetzen.

Köln, den 05.03.2023

Unterschrift: 

Danksagung

Einen ganz herzlichen Dank möchte ich meinem Betreuer Herrn Dr. Rainer Weber für die Erhebung der Daten sowie die tolle Unterstützung und Beratung während dieser Arbeit aussprechen.

Ich möchte mich außerdem bei Frau Wiebke Müller bedanken, die mich bei meinen Berechnungen mit SPSS beraten hat.

Bei meinen Eltern und Geschwistern, insbesondere meinem Bruder Christian, möchte ich mich für Ihre Geduld und Unterstützung während des Studiums und der Durchführung dieser Doktorarbeit herzlich bedanken. Ein großes Dankeschön geht auch an meinen Ehemann Fredrik und meine liebe Freundin Johanna.

Zuletzt möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Christian Albus bedanken, der mein Interesse für das Fachgebiet der Psychosomatik geweckt und somit den Impuls für diese Doktorarbeit gegeben hat.

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	6
1. ZUSAMMENFASSUNG	8
2. EINLEITUNG	12
2.1. Psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter in Deutschland.....	14
2.1.1. Epidemiologie	14
2.1.2. Psychische Erkrankungen bei Studierenden	19
2.1.3. Psychische Gesundheit und Risikofaktoren	29
2.2. Suizidalität in der Allgemeinbevölkerung.....	31
2.2.1. Suizidale Gedanken bei Studierenden	34
2.3. Grundlagen der Bindungstheorie.....	39
2.3.1. Bindungsressourcen und psychische Belastung.....	41
2.4. Ziele und Hypothesen der Arbeit	42
3. MATERIAL UND METHODEN	44
3.1. Rekrutierung der Stichprobe	44
3.2. Testverfahren.....	44
3.2.1. Soziodemographische Fragen.....	45
3.2.2. Gesundheitsfragebogen für Patienten.....	45
3.2.3. Deutsche Kurzversion des Bindungsfragebogens.....	46
3.3. Statistische Analysemethoden.....	48
4. ERGEBNISSE	52
4.1. Deskription der Stichprobe und des Rücklaufs.....	52
4.2. Suizidale Gedanken Kölner Studierender	56
4.3. Bindungsdimensionen Kölner Studierender.....	65
4.4. Zusammenhang zwischen suizidalen Gedanken und Bindungsdimensionen der Studierenden an der Universität zu Köln	75

4.5.	Zusammenhang zwischen suizidalen Gedanken und der Inanspruchnahme von therapeutischen Hilfeleistungen	79
4.6.	Auftretenswahrscheinlichkeit suizidaler Gedanken Kölner Studierender	81
5.	DISKUSSION	83
5.1.	Interpretation der Ergebnisse	83
5.2.	Limitationen und Ausblick	94
5.3.	Praktische Implikationen	97
6.	LITERATURVERZEICHNIS	101
7.	ANHANG	110
7.1.	Abbildungsverzeichnis	110
7.2.	Tabellenverzeichnis	110
7.3.	Anhang A: Online-Umfrage	112
7.4.	Anhang B: Ergänzende Tabellen	130
7.5.	Anhang C: Email: Servicezentrum Inklusion	154

Abkürzungsverzeichnis

b:	Regressionskoeffizient
BAföG:	Bundesausbildungsförderungsgesetz
BANG:	Bindungsbezogene Angst
BiBo:	Bochumer Bindungsfragebogen
BVER:	Bindungsbezogene Vermeidung
DALY:	Disability-Adjusted Life Years
DSM-IV:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV
DSW:	Deutsches Studentenwerk
DZHW:	Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung
ECR-RD:	Experiences in Close Relationships-Revised
Hum-Fak:	Humanwissenschaftliche Fakultät
IBM-SPSS:	International Business Machines Corporation-Statistical Package for the Social Sciences (urspr.)
ICD-10:	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10
IQA:	Interquartilsabstand
Jur-Fak:	Juristische bzw. Rechtswissenschaftliche Fakultät
KI:	Konfidenzintervall
KSTW:	Kölner Studierendenwerk
KUMBEL:	Kölner Umfrage bei Studierenden zu psychischen Belastungen
m:	Männlich
Med:	Median
Med-Fak:	Medizinische Fakultät
MW:	Mittelwert
NEMO:	Netzwerk für Medizinstudierende mit Behinderung
NRW:	Nordrhein-Westfalen
NSSI:	Non-suicidal self-injury
Phil-Fak:	Philosophische Fakultät
PHQ:	Patient Health Questionnaire
PHQ-D:	Patient Health Questionnaire (Deutsche Version)
PRIME-MD:	Primary Care Evaluation of Mental Disorders
PSS-K:	Persönlichkeitsstörungs-Screening-Kurzform
PT:	Psychotherapie
Q:	Quartil

SD:	Standard Deviation (Standardabweichung)
SMI:	Severe mental illness
SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences (urspr.)
SOS:	Studieren ohne Schranken
SoSe:	Sommersemester
STB:	Suicidal thoughts and behaviors
USA:	United States of America
w:	Weiblich
WiSo-Fak:	Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät
WS:	Wintersemester

1. Zusammenfassung

Aktuelle Publikationen zeigen, dass unter Studierenden eine hohe psychische Belastung in Form von suizidalen Gedanken und suizidalem Verhalten besteht¹⁻⁴. Insbesondere weibliche Studierende sind von Suizidgedanken betroffen⁵⁻⁸. Ein hoher Anteil suizidgefährdeter Studierender nimmt Hilfsangebote in Form von Beratungsstellen und Psychotherapien in Anspruch⁹⁻¹¹. Entsprechende therapeutische Hilfeleistungen können zur Symptomverbesserung und Steigerung des Wohlbefindens¹²⁻¹⁴ sowie zum erfolgreichen Studienabschluss⁹ beitragen.

In dieser Arbeit werden mögliche Risikofaktoren, die die Pathogenese suizidaler Gedanken beeinflussen, untersucht und deren Bedeutung eruiert. Wird ein besseres Verständnis für dieses komplexe Thema erlangt, können gezielte Präventionsmaßnahmen für Studierende etabliert und therapeutische Hilfeleistungen ausgebaut werden.

Der Hauptfokus der vorliegenden Dissertationsschrift liegt auf der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen suizidalen Gedanken unter Kölner Studierenden und den Bindungsdimensionen Bindungsangst und Bindungsvermeidung. In vergangenen Studien konnte die Relevanz einer intakten familiären und partnerschaftlichen Beziehung zum Erhalt psychischer Gesundheit sowie als Protektor für das Auftreten suizidaler Gedanken bei Studierenden eruiert werden^{5,6,15-20}. Sheftall et al. (2014) stellten zudem einen positiven Zusammenhang zwischen Suizidversuchen und dem Auftreten von Bindungsangst und Bindungsvermeidung bei Jugendlichen fest. Zudem ging eine geringe familiäre Bindung bei den Jugendlichen mit einer erhöhten Bindungsangst einher²¹.

Die Korrelationen zwischen den genannten Bindungsdimensionen und suizidalem Verhalten ist bislang noch nicht ausreichend erforscht, weshalb die Analyse der Bindungsdimensionen, als weiterer möglicher Risikofaktor für die Entstehung suizidaler Gedanken, den Schwerpunkt dieser Arbeit darstellt.

Um diesem Forschungsdesiderat zu begegnen, wurden für die vorliegende Studie drei Ziele und zwei Hypothesen formuliert.

Das erste Ziel stellt die Analyse von Einflussfaktoren auf suizidale Gedanken bei Studierenden der Universität zu Köln dar. Es wurde die erste Hypothese formuliert, dass weibliche Studierende der Universität zu Köln häufiger unter suizidalen Gedanken leiden als männliche Studierende.

Das zweite Ziel stellt die Untersuchung dar, ob es einen Zusammenhang zwischen Suizidgedanken und Bindungsdimensionen bei Studierenden gibt.

Die Überprüfung der Korrelation zwischen suizidalen Gedanken unter Studierenden und der Inanspruchnahme von psycho-sozialen Beratungsstellen bzw. Psychotherapien stellt das

dritte Ziel dar. Die zweite Hypothese dieser Dissertation lautet, dass die Inanspruchnahme von Psychotherapien bei Studierenden mit suizidalen Gedanken höher ist als bei ihren Mitstudierenden ohne suizidale Gedanken.

Zur Klärung des skizzierten Forschungsanliegens wurden ausgewählte Daten einer Online-Befragung (Wintersemester 2014/15) analysiert, welche im Rahmen der KUmBel-Studie (Kölner Umfrage bei Studierenden zu psychischen Belastungen) erhoben wurden. Insgesamt nahmen 4894 Studierende der Universität zu Köln (75,3 % weiblich und 24,7 % männlich) an der Erhebung teil, was einer Rücklaufquote von 11,04 % entsprach.

Die Erfassung der Suizidgedanken erfolgte anhand des „Prime MD Patient Health Questionnaire“ (PHQ) in der autorisierten deutschen Version²² und wurden über das Item 2i analysiert. Beide Bindungsdimensionen Bindungsangst und Bindungsvermeidung wurden durch den „Experiences in Close Relationships – Revised12“ (ECR-RD12)²³ erfasst. Die Auswertung des Online-Fragebogens erfolgte mithilfe des Statistikprogrammes IBM-SPSS Statistics (International Business Machines Corporation-Statistical Package for the Social Sciences).

Zunächst wurden die möglichen Risikofaktoren mithilfe der Methoden der deskriptiven Statistik betrachtet. Diejenigen Faktoren, bei denen sich dabei ein Einfluss erkennbar zeigte, wurden im Weiteren mittels Chi²-Test und durch Einbezug in die logistische Regression auf Signifikanz untersucht. Zu den Prädiktoren zählten das Geschlecht, das Alter und die Anzahl der Fachsemester. Außerdem wurden die Art der Studienfinanzierung, Studienabbrüche und Abbruchgedanken sowie die Bindungsdimensionen einbezogen. Weitere Einflussfaktoren stellten die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten und Psychotherapien dar.

Um einen Überblick über die Häufigkeitsverteilung der Variablen suizidale Gedanken (Ziel 1) und Bindungsdimensionen zu bekommen, wurden die Daten zunächst deskriptiv-statistisch ausgewertet. Insgesamt wiesen 16,8 % der Studierenden Suizidgedanken auf. Der Anteil der weiblichen (16,3 %) und der männlichen (18,3 %) Studierenden mit Suizidgedanken, gemessen an der jeweiligen Gesamtzahl weiblicher und männlicher Studierenden, war vergleichbar. Die erste Hypothese, dass weibliche Studierende der Universität zu Köln häufiger unter suizidalen Gedanken leiden als männliche Kommilitonen, konnte nach Durchführung eines Chi²-Tests nicht bestätigt werden ($p = 0,153$).

Das mittlere Alter der Studierenden mit Suizidgedanken betrug 24,66 Jahre. Mit steigendem Alter und mit steigender Anzahl der Fachsemester zeichnete sich in der deskriptiven Statistik ein Trend der Zunahme suizidaler Gedanken bei Studierenden ab. Der größte Anteil der Teilnehmenden mit Suizidgedanken (28,4 %) befand sich in den Fachsemestern 13 bis 16.

Studierende, die ihr Studium durch eine Nebentätigkeit finanzierten, waren seltener von suizidalen Gedanken betroffen als Studierende ohne eine Nebentätigkeit (16,1 % vs. 18,0 %). Überdies legen die Befunde nahe, dass die familiäre finanzielle Unterstützung ein protektiver Faktor in Bezug auf das Auftreten suizidaler Gedanken zu sein scheint (15,7 % vs. 19,3 %). Studierende mit Studienabbruchgedanken litten vermehrt unter suizidalen Gedanken im Vergleich zu ihren Kommilitonen ohne diese Überlegungen zum vorzeitigen Abbruch des Studiums (67,9 % vs. 41,1 %).

Nach der Dichotomisierung beider Bindungsdimensionen in „niedrige Ausprägung“ und „hohe Ausprägung“, wiesen 46,0 % der Studienteilnehmenden erhöhte Werte sowohl für Bindungsangst (BANG) als auch für Bindungsvermeidung (BVER) auf. Die erweiterte Einteilung der Bindungsdimensionen in „niedrig“, „medium“ und „hoch“, zeigte hohe Ausprägungen für BANG bei 16,9 % der Studierenden und 16,6 % wiesen hohe Werte für BVER auf.

Die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Suizidgedanken und den Bindungsdimensionen (Ziel 2) ergab, dass 68,6 % der Studierenden mit Suizidgedanken, in der dichotomen Einteilung, hohe Werte im Bereich der Bindungsangst und 62,3 % der Studierenden mit Suizidgedanken hohe Werte im Bereich der Bindungsvermeidung aufwiesen. In der logistischen Regression konnte ein signifikanter positiver Zusammenhang sowohl zwischen dem Auftreten suizidaler Gedanken und Bindungsangst ($p < 0,001$) als auch zwischen Suizidgedanken und Bindungsvermeidung ($p < 0,001$) festgestellt werden.

Zur Erreichung des dritten Ziels wurden die Zusammenhänge zwischen Studierenden mit suizidalen Gedanken und der Inanspruchnahme von psycho-sozialen Beratungsstellen bzw. Psychotherapien analysiert. Mittels Chi²-Test konnte ein hypothesenkonformer Zusammenhang zwischen dem Auftreten suizidaler Gedanken und der Inanspruchnahme einer Psychotherapie ermittelt werden ($p < 0,001$, Hypothese 2).

In der logistischen Regression konnten von zwölf Prädiktoren acht detektiert werden, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens suizidaler Gedanken erhöhen. Zu den statistisch signifikanten Prädiktoren zählen die fehlende finanzielle Unterstützung durch Verwandte ($p = 0,025$), die fehlende Studienfinanzierung durch eine Nebentätigkeit ($p = 0,010$), das Vorhandensein von Studienabbruchgedanken ($p < 0,001$), Bindungsangst ($p < 0,001$) und Bindungsvermeidung ($p < 0,001$) sowie die Inanspruchnahme von Beratungsstellen ($p < 0,001$). Statistisch signifikant sind zudem die aktuelle ($p = 0,047$) sowie generelle ($p < 0,001$) Inanspruchnahme von Psychotherapeuten. Keine statistische Relevanz haben die vier Prädiktoren Geschlecht, Alter, Fachsemesterzahl und vorangegangener Studienabbruch (alle $p > 0,05$).

In der Diskussion werden neben den Ergebnisinterpretationen sowohl Limitationen als auch praktische Implikationen ausgeführt. Das Vorliegen eines Selektions-Bias ist denkbar, da sich aufgrund des Titels der Umfrage „Online-Befragung zur psychischen Belastung von Studierenden“ möglicherweise insbesondere psychisch belastete Studierende für die Teilnahme der Studie entschieden haben könnten. Zudem könnte es aufgrund des deutlich höheren Frauenanteils unter den Studienteilnehmenden (75,3 % vs. 24,7 %) und der zwischen den Fakultäten stark schwankenden Rücklaufquote (Med-Fak: 13,5 %, Phil-Fak: 39,9 %, Hum-Fak: 23,6 %, WiSo-Fak: 15,7 %, Jur-Fak: 7,4 %) zur Erschwernis des Ergebnistransfers bezüglich der psychischen Belastungen Kölner Studierender auf die Gesamtheit der Studierendenschaft kommen. In der vorliegenden Arbeit wurde lediglich die dichotome Geschlechterteilung in weiblich und männlich analysiert. Durch eine weitere Rubrik „divers“ könnte eine höhere Rücklaufquote und bei starker psychischer Belastung unter Studierenden anderen Geschlechts ⁷ gegebenenfalls höhere Prävalenzen resultieren. Außerdem hätten möglicherweise mehr Studierende zur Teilnahme an der Studie bewegt werden können, wenn der Fragebogen mehrsprachig aufgebaut gewesen wäre. Bei der Ergebnisinterpretation ist ebenfalls zu bedenken, dass es sich bei der Auswertung des PHQ-D lediglich um Syndromdiagnosen und nicht um die Diagnose einer manifesten psychischen Störung handelt ²². Zudem ist der niedrig positive Vorhersagewert des PHQ-9's zu beachten ^{24,25}, wodurch möglicherweise falsch positive Ergebnisse suizidaler Gedanken unter den Studienteilnehmenden resultierten.

Die vorliegenden Ergebnisse unterstreichen die Relevanz eines intakten Bindungsverhaltens zur potenziellen Reduktion des Auftretens suizidaler Gedanken. Außerdem wird der Bedarf an gut zugänglichen präventiven und therapeutischen Maßnahmen zur Unterstützung der Studierenden mit psychischen Belastungen durch die Gesamtheit der vorliegenden Ergebnisse deutlich. Die Wichtigkeit eines offenen Umgangs mit psychischen Belastungen könnte die Hemmschwelle der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten senken und folglich dazu beitragen das Studium erfolgreich abzuschließen.

In der vorliegenden Arbeit wird auf genderneutrale Sprache geachtet. Aus Gründen der Lesbarkeit wird teilweise die männliche Form verwendet. Die Personenbezeichnungen gelten dennoch für alle Geschlechter.

2. Einleitung

Die „*Psychische Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung von Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und sozialer Teilhabe*“²⁶. Es handelt sich um eine dynamische Interaktion individueller Merkmale sowie sozialer Faktoren^{27,28}. Wichtig für den Menschen ist ein Gleichgewicht aus Risiko- und Schutzfaktoren. Einen wichtigen Schutzfaktor stellt die soziale Unterstützung dar. Chronisch belastender Stress (Disstress) hingegen erhöht das Risiko die psychische Gesundheit zu gefährden.²⁷

Ist die psychische Gesundheit beeinträchtigt, kann dies von kleinen Lebenseinschränkungen bis hin zu schwersten psychischen Störungsbildern reichen²⁶.

Psychische Erkrankungen, wie zum Beispiel die Depression oder schizophrene Erkrankungen, können zu suizidalem Denken und Handeln führen^{29,30}.

Es konnte festgestellt werden, dass alle 40 Sekunden weltweit eine Person durch den Akt der Selbsttötung stirbt³¹. Der Suizid stellt im Alter von 15-29 Jahren die zweithäufigste Todesursache dar³².

Auch unter Studierenden kann ein hohes Risiko für suizidale Gedanken und suizidales Verhalten festgestellt werden. Einer von vier Studierenden weist weltweit Suizidgedanken auf.¹

Vor allem weibliche Studierende sind von suizidalen Gedanken betroffen⁵⁻⁸.

Es konnte gezeigt werden, dass eine stabile Partnerschaft als protektive Ressource suizidalen Verhaltens angesehen werden kann³³. Unter Studierenden kann ebenfalls gezeigt werden, dass eine gute familiäre Beziehung suizidale Gedanken und suizidales Verhalten mindern kann^{17,18,34}.

Die Kenntnis von psychischen Erkrankungen bei Studierenden ist wichtig, um ein passendes Hilfsangebot in Form von psycho-sozialen Beratungen bis hin zu Nachteilsausgleichen anbieten zu können. Daher wurde im Rahmen der Kölner Umfrage bei Studierenden zu psychischen Belastungen (KUMbel-Studie) die psychische Belastung Kölner Studierender erfasst. Geplant und durchgeführt wurde die Studie von Herrn Dr. Weber, dem leitenden Psychologen der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität zu Köln.

Die vorliegende Arbeit basiert auf den Daten der KUMbel-Studie und beleuchtet die Problematik der suizidalen Gedanken Kölner Studierender (Ziel 1).

In einer Meta-Analyse konnte festgestellt werden, dass 10,6 % der Studierenden suizidale Gedanken, 3,0 % Suizidpläne und 1,2 % Suizidversuche aufzeigten¹.

Im Vereinigten Königreich wiesen sogar 37,3 % der Studierenden ein erhöhtes suizidales Verhalten auf³.

Wie belastet die Kölner Studierenden sind und welche Risiko- und Schutzfaktoren existieren, soll in der vorliegenden Arbeit analysiert werden. Da in verschiedenen Studien weibliche Studierende stärker von suizidalen Gedanken betroffen sind⁵⁻⁸, konnte die erste Hypothese, dass weibliche Studierende an der Universität zu Köln häufiger Suizidgedanken aufzeigen als männliche Studierende, aufgestellt werden.

Es konnte gezeigt werden, dass die familiäre Beziehung Einfluss auf Suizidgedanken hat^{5,6,17,18,35}. Insbesondere konnte das Vorliegen von Bindungsangst und Bindungsvermeidung mit suizidalem Verhalten in Verbindung gebracht werden²¹.

Das zweite Ziel umfasst die Thematik der Bindungsdimensionen (Bindungsangst und Bindungsvermeidung) und es wird analysiert, inwiefern sich ein stabiles Bindungsverhalten protektiv auf das Auftreten suizidaler Gedanken bei den Studierenden auswirkt.

Ebenfalls wird die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten Kölner Studierenden, insbesondere unter dem Aspekt eines möglichen Einflusses von Suizidgedanken, betrachtet (Ziel 3).

Studierende mit STBs (*Suicidal thoughts and behaviors*) weisen mehr therapeutische Erfahrung auf als Studierende ohne entsprechende Pathologie^{10,11}. Es konnte die Hypothese 2, dass Kölner Studierende mit suizidalen Gedanken häufiger Psychotherapeuten in Anspruch nehmen als ihre Mitstudierenden, aufgestellt werden.

Eine Zusammenfassung der vorliegenden Arbeit ist im *Kapitel 1 Zusammenfassung* zu finden. Im *Kapitel 2 Einleitung* kommt es zur Darstellung psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung sowie unter Studierenden. Es wird außerdem auf Risikofaktoren zur Entstehung psychischer Störungen eingegangen. Des Weiteren wird das Thema Suizidalität in der Allgemeinbevölkerung und das Vorkommen suizidaler Gedanken bei Studierenden beleuchtet. Auch die Grundlagen der Bindungstheorie sowie die Thematik von Bindungsressourcen werden beschrieben. Zuletzt werden in diesem Kapitel die Ziele und Hypothesen dieser Arbeit formuliert.

Im *Kapitel 3 Material und Methoden* wird die Rekrutierung der Stichprobe beschrieben sowie die in der Online-Umfrage verwendeten Fragebögen vorgestellt. Die statistischen Methoden für die Analyse werden erläutert.

Das *Kapitel 4 Ergebnisse* stellt die für die Arbeit relevanten Ergebnisse der statistischen Analyse dar.

Die Interpretation der Ergebnisse sowie Limitationen und Handlungsempfehlungen werden im *Kapitel 5 Diskussion* vorgestellt.

2.1. Psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter in Deutschland

Psychische Erkrankungen sind in Deutschland weit verbreitet. Die bundesweite 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen von Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren beträgt 27,7 %. Weniger als die Hälfte der Erkrankten befinden sich in psychischer Behandlung.³⁶

Aufgrund der hohen Prävalenzen zählen psychische Erkrankungen zu den Volkskrankheiten³⁷. Der Begriff Volkskrankheit beschreibt eine in der gesamten Bevölkerung weit verbreitete Krankheit, die gesellschaftspolitisch von großer Bedeutung ist sowie Auswirkungen auf die Wirtschaft aufweist³⁸.

2.1.1. Epidemiologie

Im folgenden Kapitel werden die Häufigkeiten psychischer Erkrankungen sowie Risikogruppen beschrieben. Ebenso wird auf die Problematik ausreichender Therapieplätze und dadurch resultierende Wartezeiten eingegangen.

Dies macht die Notwendigkeit effektiver Präventionsmaßnahmen sowie den Ausbau von Hilfsmaßnahmen für psychisch erkrankte Personen deutlich.

Die *Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)* des Robert-Koch-Instituts beschreibt die bundesweite gesundheitliche Situation der deutschen Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren und beinhaltet, neben den beanspruchten Leistungen im Gesundheitssystem, auch den Gesundheitsstatus sowie das Gesundheitsverhalten der Probanden³⁹.

Eine von drei Frauen sowie einer von drei bis vier Männern ist an einer psychischen Störung erkrankt. Die 12-Monats-Prävalenz beträgt 27,7 %.³⁶

Es kann eine steigende Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Behandlungen festgestellt werden. Obwohl die Anzahl erkrankter Personen nicht zugenommen hat, sind innerhalb von 15 Jahren (1998-2013) die Behandlungsquoten in der Bevölkerung angestiegen⁴⁰. Während sich 2013 zwischen 10-40 % der psychisch Erkrankten in Therapie befanden³⁶, konnte im Bundes-Gesundheitssurveys (1998) eine geringere Behandlungsquote von 10 % gezeigt werden⁴¹. Die 12-Monats-Prävalenzen, an einer psychischen Störung zu erkranken, sind auch in den folgenden Jahren vergleichbar (12-Monats Prävalenz: 31 %⁴² vs. 27,8 %⁴³).

Im Jahr 2017 befanden sich pro Quartal 1,4 Millionen Patienten in psychotherapeutischer Behandlung, während es im Jahr 2011 pro Quartal lediglich 1,1 Millionen Patienten waren⁴⁰. Im Jahr 2017 befanden sich 806.227 Patienten in psychiatrischer und psychotherapeutischer, stationärer Behandlung. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wurden 61.091 und in der psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik 82.513 stationäre Patienten behandelt.⁴⁴

Junge Menschen und Frauen, sowie Arbeitslose und Personen mit niedrigem oder ohne Schulabschluss, sind häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen ⁴⁰. Insbesondere jüngere, beruflich produktive Menschen leiden unter psychischen Störungen. In der Gesamtbevölkerung sind mit 36,7 % die jüngeren Menschen im Alter zwischen 18-34 Jahren am häufigsten erkrankt. In der Altersgruppe 65-79 Jahren sind es nur noch 20,3 %. ³⁶

In der Altersklasse < 35 Jahren sind insbesondere der Substanzmissbrauch, Stimmungsschwankungen und Essstörungen vertreten. Junge weibliche Patienten leiden vermehrt an Angststörungen. ⁴⁵

Die Geschlechterverteilung zeigt, dass Frauen im Alter von 18-34 Jahren mit 43 % eine deutlich höhere psychische Belastung aufweisen, im Vergleich zu Männern in der entsprechenden Altersklasse (30,1 %) ³⁶.

Nach Bühren, et al. (2008) sind soziale Beziehungen wichtig für die psychische Gesundheit. Dies spiegeln Daten im Vergleich von Menschen in Partnerschaften zu alleinstehenden Personen wider. Alleinstehende Personen (37 %) erkranken häufiger an einer psychischen Erkrankung als Menschen, die sich in einer Beziehung befinden (26 %) ⁴⁵.

Je nach sozioökonomischem Status, welcher u.a. die berufliche Situation, den Bildungsstand und die Einkommenssituation beinhaltet, sind unterschiedliche Erkrankungsraten nachweisbar. Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status erkranken wesentlich häufiger (37,9 %) als Menschen mit einem höheren sozioökonomischen Status (22 %) ³⁶.

Die Verteilung der Erkrankungen zeigt, dass Angststörungen (15,4 %), affektive Störungen (9,8 %, davon unipolare Depression 8,2 %) und Störungen durch Substanzgebrauch (5,7 %, ohne Nikotin) zu den häufigsten Erkrankungen zählen ^{36,43} (siehe Tabelle 1). Stationär befanden sich im Jahr 2016 1.222.241 Patienten in Behandlung, davon zählten zu den häufigsten stationären Diagnosen in abfallender Reihenfolge psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (35 %), affektive Störungen (24 %) und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (13 %) ⁴⁶.

Psychisch belastete Menschen weisen oftmals mehrere Diagnosen parallel auf. Die Geschlechterverteilung zeigt, dass fast 50 % der erkrankten Frauen und 36 % der Männer mehr als eine psychische Diagnose aufweisen. Häufig sind Angststörungen mit affektiven- und oder somatoformen Störungen kombiniert. Trotz der bekanntlich hohen Belastungen und Lebens einschränkungen befinden sich weniger als die Hälfte der Erkrankten in einer Therapie.

In der *Global Burden of Disease-Studie 2010* konnten, anhand der Maßeinheit *DALY (Disability-Adjusted Life Years)*, Aussagen über den Verlust gesunder Lebenszeit getroffen werden. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen sind psychische- sowie Verhaltensstörungen unter den *Top 4* der Ursachen des Verlustes gesunder Lebensjahre. Unter den zehn wichtigsten Ursachen für DALYs befindet sich die Depression bei Männern auf Rang sieben und bei Frauen auf dem dritten Rang. ⁴⁷

Auch die Lebenserwartung (*Years of Potential Life Lost*) bei betroffenen Personen verringert sich um zehn Jahre ^{37,48}. Das Mortalitätsrisiko ist bei Menschen mit psychischen Erkrankungen signifikant höher als in der Allgemeinbevölkerung. Insgesamt sind etwa acht Millionen Todesfälle im Jahr durch psychische Erkrankungen bedingt. ⁴⁸

Bei depressiven Erkrankungen ist die Mortalität bei Männern höher, obwohl Frauen daran häufiger erkranken ⁴⁹.

Tabelle 1: Übersicht psychischer Erkrankungen in Deutschland

Störung bzw. Störungsgruppe (mit ICD-10-Code)	Frauen (%)	Männer (%)	Gesamt (%)
Irgendeine der genannten Störungen (ohne Nikotinabhängigkeit)	33,5 (31,4–35,7)	22,1 (20,2–24,1)	27,8 (26,4–29,3)
Störung durch Substanzgebrauch (F1)	14,0 (12,5–15,7)	19,4 (17,6–21,4)	16,7 (15,5–18,0)
Angststörung (F40, F41)	21,4 (19,5–23,4)	9,3 (8,1–10,8)	15,4 (14,2–16,6)
Affektive Störungen (F3)	13,1 (11,5–14,8)	6,4 (5,4–7,6)	9,8 (8,8–10,8)
Störung durch Substanzgebrauch (ohne Nikotinabhängigkeit)	3,5 (2,8–4,5)	8,0 (6,7–9,4)	5,7 (5,0–6,6)
Zwangsstörung	4,0 (3,1–5,1)	3,3 (2,5–4,2)	3,6 (3,0–4,3)
Somatoforme Störung (F45)	5,3 (4,3–6,4)	1,7 (1,3–2,4)	3,5 (3,0–4,2)
Mögliche psychotische Störung (F2 und andere Gruppen psychotischer Störungen)	3,1 (2,3–4,1)	2,1 (1,6–2,9)	2,6 (2,1–3,2)
Posttraumatische Belastungsstörung	3,6 (2,8–4,7)	0,9 (0,6–1,5)	2,3 (1,8–2,9)
Psychische Störung aufgrund medizinischem Krankheitsfaktor oder substanzinduzierte Störung (F06)	1,2 (0,8–1,9)	1,2 (0,8–1,8)	1,2 (0,9–1,6)
Essstörung (F50)	1,4 (0,9–2,1)	0,5 (0,3–0,9)	0,9 (0,7–1,3)

Anmerkung: 12-Monats-Prävalenzen (95 % Konfidenzintervall) psychischer Störungen (DSM-IV-TR) in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Alter von 18 bis 79 Jahren. Angaben in Prozent; N (Gesamtstichprobe) = 5303 (davon imputierte Werte von n = 820 mit fehlenden Werten in diagnostischen Variablen). Daten nach Jacobi, et al., 2016; eigene Darstellung.

Etwa 1-2 % der deutschen Bevölkerung leidet an einer schweren psychischen Störung⁵⁰. Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung weisen erhebliche Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen⁵⁰, wie zum Beispiel im beruflichen Alltag auf. Psychische Krankheiten sind der derzeit häufigste Grund für die Beantragung einer Frührente³⁷. Im Jahr 2012 waren 42 % der Frühberentungsanträge durch psychische Diagnosen begründet³⁶. Menschen mit psychischen Störungen weisen dreimal höhere Krankschreibungstage als die gesunde Bevölkerung auf³⁶. Insgesamt sind psychische Störungen, hinter muskuloskelettalen Erkrankungen und Atemwegserkrankungen, auf Rang drei der häufigsten Ursachen für Krankschreibungen und Frühberentungen²⁷. Im Jahr 2005 waren 39,6 % der Frauen und 28,5 % der Männer aufgrund von psychischen Erkrankungen berentet⁵¹.

Es besteht außerdem eine hohe Komorbidität zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen^{27,51,52}. Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (*SMI: severe mental illness*) weisen im Alter von 18-49 Jahren ein dreifach erhöhtes Risiko auf, an einer koronaren Herzkrankung zu versterben; im Alter von 50 bis 75 Jahren ist das Mortalitätsrisiko zweifach erhöht⁵³. Auch können schwere somatische Erkrankungen, wie z.B. finales Krebsleiden, die Entwicklung einer Depression oder Angststörung hervorrufen³⁷, welche wiederum Einfluss auf den Verlauf der somatischen Grunderkrankung haben^{27,51}.

Im Rahmen der Studie *Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH)*, werteten Mack et al. (2014) Selbstberichte von 4483 Personen bezüglich der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten („Mental health care services“) aufgrund Problemen der psychischen Gesundheit aus. Es gaben 24,5 % der Erkrankten an entsprechende Dienstleistungen lebenslang in Anspruch zu nehmen. 42,6 % der Personen mit einer 12-Monats-Diagnose einer psychischen Störung (N=1186) erhalten dauerhaft Leistungen und 18,9 % erhielten Hilfe in den letzten 12 Monaten. Bei Patienten mit einer lebenslangen Diagnose einer psychischen Störung nehmen Frauen (47,8 %) deutlich häufiger Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch als Männer (33,6 %). Mit 48,2 % ist die 12-Monats-Nutzung einer Hilfeleistung bei sozialen Angststörungen am größten, gefolgt von generalisierten Angststörungen (42,6 %). Die niedrigsten Werte konnten beim Substanzmissbrauch mit 15,6 % festgestellt werden.

Mit Blick auf die sozialen Faktoren weisen Menschen in Partnerschaften eine niedrigere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf. Verheiratete Personen mit einer lebenslangen psychischen Diagnose beanspruchen, im Gegensatz zu nicht verheirateten Personen (58,5 %), mit 39,2 % entsprechende Gesundheitsleistungen. Auch bei festen Partnerschaften ist dieser Trend zu erkennen (40 % versus 45,9 % bei Alleinstehenden).

Der Vergleich von Arbeitnehmern und Nicht-Arbeitnehmern zeigt eine niedrigere Beanspruchung bei den Arbeitnehmern (38 % versus 47,7 %).⁵²

Es ist wichtig rechtzeitig Hilfe zu suchen, um eine adäquate Therapie durchzuführen. Doch umso wichtiger wäre es, vorbeugende Maßnahmen zu treffen. Neben einer geeigneten Prävention ist es nötig, den Menschen in der medizinischen Versorgung ganzheitlich zu betrachten. Das heißt sowohl somatische, als auch psychische und soziale Faktoren sollten einbezogen werden, damit die Patienten mit psychischen Symptomen erkannt und die Entstehung einer manifesten Erkrankung verhindert wird ⁴⁰.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine hohe psychische Belastung unter den Erwachsenen in Deutschland vorliegt und im Laufe der Jahre ein Anstieg der Behandlungsquoten detektiert werden konnte ⁴⁰. Zu den häufigsten Erkrankungen zählen die Angststörungen, affektive Störungen und Störungen durch Substanzgebrauch ⁴⁵.

Insgesamt sind Frauen ^{36,40} und alleinstehende Personen ⁴⁵ häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen und nehmen auch häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch als Männer oder Personen in festen Partnerschaften ⁵².

2.1.2. Psychische Erkrankungen bei Studierenden

Wie im Kapitel 2.1.1 beschrieben, konnte in der Studie von Jacobi et.al (2014) festgestellt werden, dass jüngere Menschen (18-34 Jahre) häufiger von psychischen Störungen betroffen sind als ältere Menschen (56-79 Jahre).

In weiteren Studien konnten hohe Prävalenzen psychisch belasteter Studierender eruiert werden ^{19,54,55}.

Die Darstellung hoher Belastungen an Universitäten soll dazu beitragen die Thematik zu enttabuisieren und den Ausbau von Hilfsangeboten anzustoßen.

Im vorliegenden Kapitel werden die Prävalenzen sowie Formen psychischer Erkrankungen bei Studierenden beschrieben. Außerdem wird auf die Studienbeeinträchtigungen sowie das Thema Studienfinanzierung eingegangen. Zuletzt wird die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten beleuchtet.

Prävalenzen und Varianten psychischer Erkrankungen

Im Zeitraum von 2007-2009 konnte an amerikanischen Studierenden bezüglich psychischer Krankheiten eine Prävalenz von 17,3 % für Depressionen, 15,3 % für nichtsuizidale Selbstverletzungen, 7 % für generalisierte Angststörungen, 6,3 % für Suizidgedanken und 4,1 % für Panikstörungen festgestellt werden ¹⁹.

Im Jahr 2008 konnten Bailer et al. in ihrer Studie der Universität Mannheim bei 22,7 % der Studierenden eine psychische Störung nachweisen.

Im Jahr 2013 wurden im Rahmen der Datenermittlung der Techniker Krankenkassen (2015) bei Studierenden an einer Universität in Deutschland insbesondere neurotische Belastungs-

und somatoforme Störungen (14,95 %) sowie affektive Störungen (7,95 %) diagnostiziert. Hohe Diagnoseraten unter den neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen zeigten insbesondere die somatoformen Störungen (6,64 %), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (5,17 %) sowie Angststörungen (3,90 %). Zu den häufigsten affektiven Störungen zählten die Depressionen (7,34 %) sowie depressive Episoden (6,44 %).⁵⁵ (Vgl. hierzu auch Grobe et al. (2018))

Im Jahr 2013 konnte gezeigt werden, dass psychische- und Verhaltensstörungen zwischen Studierenden (21,36 %) und Erwerbspersonen (22,62 %) etwa gleich häufig diagnostiziert wurden. Studierende befinden sich jedoch fast doppelt so häufig in psychotherapeutischer Behandlung.⁵⁵ Im Arztreport 2018 wurden jedoch Depressionen im Jahr 2015 bei den Nicht-Studierenden deutlich häufiger diagnostiziert als bei den Studierenden (Elf-Jahres-Prävalenz 19 % vs. 13 %)⁵⁶.

Im Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse (2015) werden unter anderem Medikamentenverordnungen sowie die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung berücksichtigt, die somit das Gesundheitssystem erreichten. Hinzu kommt, dass Studierende, die z.B. familienversichert sind, nicht als Studierende identifiziert werden konnten.⁵⁵ Folglich konnten nicht alle Studentinnen und Studenten in der Auswertung erfasst werden.

Belastungen und Beeinträchtigungen im Studium

In der *best2-Studie des Deutschen Zentrums für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (DZHW)* wurden circa 21.000 Studierende von 153 Hochschulen in Deutschland bezüglich studienerschwerender Beeinträchtigungen befragt und um Selbstauskünfte gebeten. Die Befragung umfasste neben Beeinträchtigungen in Form von chronisch-somatischen Erkrankungen, Bewegungs- und Sinneseinschränkungen, auch die psychischen Erkrankungen sowie Teilleistungsstörungen und längerfristige, schwerwiegende Erkrankungen. Einen besonders starken Einfluss auf das Studium haben die Störungsbilder Depression (80 %), Angststörung (39 %), Essstörung (16 %) und Persönlichkeitsstörung (12 %). Sowohl die Form als auch das Ausmaß der Beeinträchtigung basieren auf den Selbstauskünften der Studierenden, sodass es sich nicht zwangsläufig um medizinisch gesicherte Diagnosen handelt.⁵⁷

Ebenfalls veröffentlichte das Deutsche Studentenwerk (DSW) die *21. Sozialerhebung* (Sommersemester 2016), dessen Online-Fragebogen Aufschluss über die soziale und wirtschaftliche Situation deutscher und bildungsinländischer Studierenden bietet⁵⁸.

In Deutschland weisen 11 % der Studierenden, die an der Umfrage teilgenommen haben, relevante gesundheitliche Probleme auf^{57,58}. „Studienrelevant“ meint hierbei das Vorliegen einer langanhaltenden Erkrankung, die die Durchführung des Studiums beeinträchtigt⁵⁷. In absoluten Zahlen bedeutet dies, dass 264.000 Studierende an studienerschwerenden

gesundheitlichen Schwierigkeiten leiden. Im Vergleich zum Jahr 2012 erhöhte sich der Anteil beeinträchtigter Studierender um 4 %. ⁵⁸

Unter Studierenden an Hochschulen in den USA geben mehr als die Hälfte der psychisch Erkrankten an, in ihrer akademischen Laufbahn eingeschränkt zu sein ¹⁹.

Von den gesundheitseingeschränkten Studierenden an deutschen Hochschulen geben 6 % an, (*sehr*) *stark* eingeschränkt zu sein. Der Anteil (*sehr*) *stark* beeinträchtigter Studierender hat sich im Vergleich zum Jahr 2012 mehr als verdoppelt, vermutlich begründet durch den Zuwachs (+ 13 % vgl. 2012) psychisch erkrankter Studierender. Im Vergleich zu anderen Beeinträchtigungsgründen geben psychisch erkrankte Studierende mit 63 % überdurchschnittlich häufig eine (*sehr*) *starke* Studienbeeinträchtigung an ⁵⁸ (vergleichbar mit Poskowsky et al., 2016/17: 72 %). 20 % der Studierenden schätzen sich selbst als psychisch schwer belastet ein ⁵⁹.

Das psychische und oder andere persönliche Beeinträchtigungen Auswirkungen auf die Studienleistungen haben können, konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden. Mit 47 % wirkt sich die psychische Erkrankung, bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen, am stärksten auf die Studienbeeinträchtigung aus ⁵⁸. Jeder vierte Studierende leidet außerdem unter mehr als einer studienrelevanten Einschränkung ⁵⁷ (vergleichbar mit Middendorff et al., 2017: 29 %). Ortenburger konnte in der *HISBUS-Befragung* (2013) von Bachelorstudierenden zeigen, dass belastete Studierende signifikant höhere Studienbeeinträchtigungen aufweisen als nicht belastete Studierende. Auch konnte festgestellt werden, dass die Studienleistungen mit der Anzahl der als belastet empfundenen Bereiche im Leben korreliert. Je mehr belastete Lebensbereiche die Studierenden angeben, desto höher sind ihre Beeinträchtigungen im Studium. ⁶⁰

Bei 17 % der beeinträchtigten Studierenden sind die Erkrankungen erst im Verlauf des Studiums aufgetreten. Die psychischen Erkrankungen bestanden überwiegend schon vor Studienbeginn. Während 73 % der Menschen psychische Beeinträchtigungen bereits nach der Einschulung aufweisen, erkranken 17 % im Studienverlauf. Männer (20 %) erkranken häufiger nach dem Studienbeginn als Frauen (16 %). ⁵⁷

Wie aus *Tabelle 2* zu entnehmen, geben 53 % der Studierenden eine psychische Erkrankung als häufigsten Beeinträchtigungsgrund an ⁵⁷. Middendorff et al. (2017) konnte unter der Gruppe der beeinträchtigten Studierenden eine vergleichbar hohe Anzahl (55 %) psychisch Erkrankter feststellen. Seit dem Jahr 2011 (45 %) ist der Anteil um acht Prozentpunkte gestiegen. Mit 94 % haben Studierende mit psychischen Erkrankungen besonders häufig beeinträchtigungsbezogene Probleme im Verlauf ihres Studiums. ⁵⁷

Tabelle 2: Erkrankungen mit der stärksten beeinträchtigenden Wirkung auf das Studium

Beeinträchtigende Wirkung auf das Studium	%
psychische Erkrankungen	53
chronisch-somatische Erkrankungen	20
andere schwere Erkrankungen/ Beeinträchtigungen	6
Bewegungsbeeinträchtigungen	4
Teilleistungsstörungen	4
Hör-/Sprech-Beeinträchtigungen	2,8
Sehbeeinträchtigungen	2,5
Psychische und chronisch-somatische Erkrankungen	2,0
Andere Mehrfachbeeinträchtigungen	5

Anmerkung: Selbsteinschätzungen der Studierenden. Daten aus der best2-Studie (2016/17), Rundungsdifferenzen möglich; eigene Darstellung.

Insbesondere im Bereich „Prüfungen, Hausarbeiten und andere Leistungsnachweise“ geben psychisch Erkrankte gehäuft Probleme an, dazu zählt mit 47 % als größter Anteil die „Prüfungsdichte“. Mehr als 30 % haben außerdem Schwierigkeiten mit Abgabefristen und Wiederholungsprüfungen. Problematisch sind zudem, im Bereich der „Studienorganisation, Lehre und Lernen“ die Anwesenheitspflicht (39 %) sowie das eigenständige Lernen (37 %) und das Leistungspensum im Allgemeinen (41 %). Ebenso weisen psychisch erkrankte Studierende deutlich häufiger ein Problem mit Team- und Gruppenarbeiten (25 %) auf als Studierende mit anderen Einzelbeeinträchtigungen.

Bezieht man sich auf das soziale Miteinander, inklusive des Knüpfens von Kontakten an den Hochschulen, zeigen 59 % der psychisch beeinträchtigten Studierenden Einschränkungen auf. Mit 19 % bestehen große Probleme bei sozialen Bindungen, Gruppenarbeiten und weiteren Problemen in Bezug auf die Interaktionen mit Kommilitonen. Vertrauensvolle Bindungspersonen an der Hochschule sind besonders wichtig, um schwierige Studiensituationen (gemeinsam) zu meistern. Infolge von Ängsten vor Kontaktaufnahmen können auch beeinträchtigungsbedingte Studienunterbrechungen dazu führen, dass keine feste Studienclique entsteht. Die beeinträchtigten Studierenden fühlen sich nicht zugehörig, ziehen sich zurück und können nur schwierig Kontakte knüpfen oder aufrechterhalten. Neben einem geminderten Selbstwertgefühl spielen Ängste, wie z.B. die Angst vor Menschenmengen, eine Rolle bei derartigen Problemen. Im Studienalltag allgemein (33 %) nehmen unter anderem Kontakt- und Kommunikationsschwierigkeiten einen großen Anteil ein.

Von den beeinträchtigten Studierenden geben nur 4 % an, dass Außenstehende ihre problematische Lage erkennen. Davon werden nur 1,2 % der psychisch Erkrankten bei Erstkontakt als beeinträchtigt wahrgenommen. 72 % geben an, dass die psychische Beeinträchtigung durch Dritte gar nicht erkannt wird.⁵⁷

Im Geschlechtervergleich kann gezeigt werden, dass Studentinnen häufiger von einer studienerschwerenden Beeinträchtigung betroffen sind (12 %) als die männlichen Studenten (10 %)⁵⁸. Unter den psychischen Beeinträchtigungen sind ebenfalls mehr Frauen (55 %) als Männer (50 %) betroffen. Stärkere Studieneinschränkungen liegen bei Studierenden mit psychischen Erkrankungen jedoch häufiger aufseiten der Männer.⁵⁷

In einer empirischen Untersuchung zum Thema Studierendenstress von Herbst et al. (2016) konnte mithilfe von 18.214 Studierenden in Deutschland gezeigt werden, dass das Stresslevel bei Studentinnen signifikant höher ist als bei ihren männlichen Kommilitonen. Außerdem kann eine signifikant höhere Ängstlichkeit bei Studentinnen nachgewiesen werden^{7,61,62}.

Betrachtet man das Alkoholsyndrom in einer Stichprobe der Universität Mannheim, weisen Männer lediglich bei diesem Syndrom ein höheres Risiko im Vergleich zu Frauen auf⁵⁴.

Das Alter ist ein wichtiger Gesichtspunkt in Bezug auf das Studieren mit Beeinträchtigung. Der Altersgipfel (58 %) von Studierenden in Deutschland liegt bei 20-25 Jahren (Sommersemester 2016). Das Durchschnittsalter der Studentinnen und Studenten liegt bei 24,7 Jahren. Ältere Studierende (≥ 31 Jahre) sind mit 20 % deutlich häufiger studienbeeinträchtigt als Studierende bis zum 19. Lebensjahr (5 %).⁵⁸

Es konnte außerdem gezeigt werden, dass der Anteil der Studierenden, die sehr schwere Studieneinschränkungen aufgrund ihrer Beeinträchtigung angaben, deutlich mit dem Alter ansteigen, schwache Einschränkungen jedoch mit dem Alter sinken. Das Durchschnittsalter der studienrelevanten Beeinträchtigten liegt bei 26,9 Jahren.⁵⁷

Für psychische Erkrankungen ist vor allem die Altersklasse zwischen 25-30 Jahren betroffen (42 %)⁵⁷ (vgl. Lutz-Kopp et al. (2017): Durchschnittsalter: 26,5 Jahre). Beeinträchtigungen im Studium können kurzzeitig oder über längere Zeit (z.B. ein Semester) vorliegen. Ebenfalls ist das Risiko, über das gesamte Semester hinweg beeinträchtigt zu sein, im Alter höher. Unter den Studierenden aller Altersklassen geben 50 % an, nur zeitweise im Semester eingeschränkt zu sein.⁵⁷

Außerdem konnten in höheren Altersklassen (circa 25 bis 34 Jahre) ein deutlicher Anstieg von Depressionen, sowie höhere Antidepressiva-Verordnungen (insbesondere um 34 Jahre) aufgezeigt werden. Insgesamt konnte im Zeitraum von 2006 bis 2014 ein deutlicher Anstieg des Verordnungsvolumens der Antidepressiva, um 68 %, bei Studierenden festgestellt werden. Darunter wurden Frauen deutlich häufiger mit Antidepressiva behandelt als Männer.⁵⁵

Unter jungen Erwachsenen im Allgemeinen zeigte sich im Zeitraum von 2005 bis 2016 ebenso ein relativer Anstieg der Verordnungsrate um 60 %⁵⁶.

Im Vergleich der einzelnen Fakultäten sind insbesondere im Bereich der Geisteswissenschaften psychische Erkrankungen häufiger nachweisbar. Betrachtet man Studieneinschränkungen im Allgemeinen, liegen ebenfalls die Geisteswissenschaftler im Bereich sehr schwerer Einschränkungen mit 31 % vorne. Humanmedizinstudierende sind in dieser Kategorie mit 24 % am wenigsten betroffen⁵⁷. Vergleicht man die möglichen Studienabschlüsse kann gezeigt werden, dass 62 % der Beeinträchtigten den Bachelorstudiengängen (vgl. Ortenburger (2013): 49 %) zu zuordnen sind. 21 % streben den Masterabschluss an und 11 % möchten ihr Staatsexamen absolvieren⁵⁷.

In dem Projekt „Gesundheit Studierender in Deutschland 2017“, konnte mit Hilfe der Heidelberger Stressskala festgestellt werden, dass 25,3 % der Studierenden in Deutschland ein hohes Stresserleben durch das Studium erfahren⁶³. Auch die TK-Stressstudie konnte aufzeigen, dass 40 % der Studierenden in NRW angeben, sich im Studium häufig gestresst zu fühlen. Nur 2 % studieren stressfrei und 6 % der Studierenden fühlen sich dauerhaft gestresst. Ursächlich für das Stressempfinden sind insbesondere der Prüfungsstress (64 %), Zeitdruck (55 %) sowie finanzielle Probleme (36 %).⁶⁴

Das Stresslevel ist bei Bachelorstudierenden höher als bei Studierenden die andere Studienabschlüsse anstreben⁶⁵.

Viele Studierende wechseln oder unterbrechen aus unterschiedlichen Gründen ihren Studiengang. Der Wechsel findet insgesamt bei 45 % der Studierenden im ersten bzw. zweiten Fachsemester statt. Es konnte gezeigt werden, dass die gesundheitlich beeinträchtigten Studierenden häufiger das Studienfach wechseln als die nicht Beeinträchtigten (31 % vs. 21 %).⁵⁸

Gesundheitliche Probleme haben nicht nur Einfluss auf den Studienfachwechsel, ebenso kommt es bei beeinträchtigten Studierenden häufiger zu Studienunterbrechungen (32 % vs. 13 %)^{57,58}. Unter den Studierenden, die (sehr) starke Beeinträchtigungen angeben, unterbrechen 39 % ihr Studium⁵⁸. Des Weiteren sind Studienabbrüche bei circa einem Drittel der Studierenden, mit dem Hauptgrund der „Überforderung“, nachweisbar⁶⁶. Neben der Überforderung, führen falsche Erwartungen an das Studium und die eigenen Leistungen⁶⁷ sowie psychische Probleme zu Studienabbrüchen. Es konnte eine signifikant positive Korrelation zwischen psychischen Gesundheitsprobleme bei Schülern und Schulabbrüchen gezeigt werden⁶⁸. Sowohl bei Schülern⁶⁹ als auch unter Studierenden⁷⁰ konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen Suizidalität und einem erhöhten Abbruchrisiko festgestellt werden.

Weisen Studierende bereits vor der Immatrikulation STBs auf, besteht ebenfalls ein höheres Risiko das Studium abzubrechen ⁷¹.

In der 21. *Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks* gaben 3274 Studierende im SoSe 2016 an deutschen Hochschulen an, in den letzten zwölf Monaten depressive Verstimmungen gehabt zu haben. 3235 Studierende litten unter Prüfungsangst. Auch zählen Arbeits- und Konzentrationsschwierigkeiten mit 4035 betroffenen Studierenden zu häufig angegebenen Problemen. ⁵⁸

Der Übergang von der Schule ins universitäre Leben bedeutet für viele junge Erwachsene eine große, teils belastende Umstellung ^{67,72,73}. Dieser neue Lebensabschnitt fordert einen hohen Grad der Selbstständigkeit, welcher insbesondere problematisch für die sehr jungen Studienanfänger sein kann ⁶⁷. Eine höhere Belastung zum Studienstart zeigt auch die Studie von Klug et al. (2013). Es zeigte sich, dass Studierende, die einen Bachelor-/Masterabschluss anstreben, in den ersten Semestern stärker belastet sind als in den höheren Studiensemestern ⁷⁴. Studierende einer türkischen Universität leiden insbesondere in den ersten beiden Studienjahren vermehrt unter Depressionen und weisen sowohl eine hohe Ängstlichkeit, als auch erhöhte Stresswerte auf. Auch im sechsten Studienjahr ist ein erneuter Anstieg, insbesondere der Depressionen und Stresswerte, zu verzeichnen. ⁶¹

Studienfinanzierung

Nicht nur private und soziale Schwierigkeiten können negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und die Studienleistung haben, auch die finanzielle Situation der Studierenden stellt einen zusätzlichen belastenden Faktor dar ⁶⁷. 65 % der Studierenden arbeiten parallel zu ihrem Studium durchschnittlich 12,5 Stunden in der Woche ¹². Studierende mit Nebenjob weisen im Studium eine stärkere Belastung auf als nicht arbeitende Kommilitonen ^{59,60}.

In einer empirischen Untersuchung zum Studierendenstress in Deutschland konnte festgestellt werden, dass insbesondere Studierende ohne Nebentätigkeit, aber auch Studierende, die mehr als 15 Stunden in der Woche arbeiten, ein besonders hohes Stresserleben aufweisen ⁶⁵. Das Auftreten suizidaler Gedanken bei Studierenden mit und ohne einer Nebentätigkeit unterscheidet sich laut einer britischen Studie dagegen nicht signifikant ³.

Hilfsangebote für Studierende

Sind Studierende von Belastungssituationen im Studium betroffen, gibt es die Möglichkeit sich über psycho-soziale Beratungsstellen professionell helfen zu lassen ⁷⁵. Die einzelnen Beratungsstellen weisen große Unterschiede auf, gemein haben sie jedoch, als erste Anlaufstelle eine möglichst schnelle Problemlösung zu bieten. Neben Einzelgesprächen, sozialem Kompetenztraining und Achtsamkeitsgruppen, wird eine breite Beratungsvielfalt angeboten. ⁶⁷

Auch onlinebasierte Beratungsangebote werden aufgrund der schnellen Verfügbarkeit, Flexibilität und Anonymität gerne in Anspruch genommen ^{67,76}.

Eine besonders hohe und stetig wachsende Nachfrage ⁵⁹ sowie Inanspruchnahme der Beratungsangebote ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu verzeichnen ⁵⁷. Es konnte in der studentischen Stichprobe von Holm-Hadulla et al. (2009) festgestellt werden, dass 60 % der Studierenden, die eine psychotherapeutische Beratungsstelle nutzen, klinisch relevante Störungen aufwiesen.

Doch obwohl 72 % der Studierenden über mögliche psychische Beratungsstellen der Universität informiert sind, nutzen nur 33 % der Studierenden mit studienrelevanten Beeinträchtigungen diese spezifischen Beratungsangebote ⁵⁷. Dieses Problem konnte auch in der *21. Sozialerhebung* festgestellt werden. Hilfe in Form von Beratungsangeboten nahm nur ein geringer Anteil der Studierenden in Anspruch (z.B. Arbeits- und Konzentrationsschwierigkeiten: 598 von 3357, Prüfungsangst: 545 von 2656, depressive Verstimmung: 1119 von 2767) ⁵⁸.

Eine Begründung von Bachelorstudierenden ist die zu große Überwindung (21 %), die es braucht eine Beratung in Anspruch zu nehmen. Auch der Zeitfaktor spielt eine Rolle (25 %). Mit 62 % gaben die meisten Studierenden an, die Probleme ohne fremde Hilfe gelöst zu haben. In einer Umfrage von Bachelorstudierenden, gaben 34 % der Befragten an, noch nie etwas über psychische Beratungsangebote für Studierende gehört zu haben. Über eine Beratungsmöglichkeit für chronisch erkrankte Studierende hatten 54 % keine Kenntnis. ⁶⁰

Studierende versuchen sich außerdem selbst zu helfen, indem sie z.B. gegen das hohe Stressempfinden, sportlichen Aktivitäten (86 %) nachgehen ⁶⁴.

Beratungen werden insbesondere bei persönlichen und studienbezogenen Themen wie bei psychosomatischen Beschwerden (34 %), Depressionen (28 %) und Studienabschlussproblemen (24 %) in Anspruch genommen. Auch Selbstwertprobleme und Ängste gehören zu den häufigeren Beratungsthemen. Im sozialen Themenkomplex ist die Inanspruchnahme aufgrund von Problemen der Studienfinanzierung (33 %) an dritter Stelle. ⁶⁰

Von 3,3 Millionen College- und Universitätsstudierenden, verteilt auf 275 Beratungsstellen in den Vereinigten Staaten und Kanada, nutzten 11 % das Angebot für Einzel- oder Gruppenberatungen innerhalb eines Jahres. 65 % der Studierenden, die eine Beratungsstelle in Anspruch genommen haben, gaben an, dass diese Beratung ihnen geholfen hat, immatrikuliert zu bleiben. Etwa 44 % der Studierenden erleben schwerwiegende Belastungssituationen wie z.B. suizidale Gedanken, Depressionen oder Angstzustände. Innerhalb der letzten 5 Jahre konnte ein Anstieg von 89 % bei Angststörungen, 58 % bei Depressionen und 35 % für Selbstverletzungen festgestellt werden. 86 % der Studierenden, die Selbstmord begangen haben, haben keinen Kontakt zu Beratungsstellen aufgenommen. ⁹

Im Geschlechtervergleich kann gezeigt werden, dass psychologische Beratungen häufiger von weiblichen (7 %) als von männlichen (4 %) Studierenden in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme der Beratungsangebote steigt mit der Anzahl der Fachsemester an.⁶⁰

Anhand der Daten der *Psychotherapeutischen Beratungsstelle der Johannes Gutenberg-Universität Mainz* konnte gezeigt werden, dass eine psychotherapeutische Kurzzeittherapie bei Studierenden mit insbesondere leichten Störungsbildern zur signifikanten Symptomverbesserung führt¹². Diesen positiven Trend bezüglich der Symptomverbesserung kann durch die Effektivitätsstudie von Sperth et al. (2014) ebenfalls bestätigt werden. Zudem konnte, im Verlauf des therapeutischen Beratungsangebots, eine Verbesserung der Lebens- und Studienzufriedenheit gezeigt werden¹³. Studierende in Italien, die im Rahmen einer Studie über ein Jahr 50 Minuten pro Woche eine Psychotherapie erhalten haben, zeigten eine verringerte Symptomlast und eine signifikante Verbesserung des Wohlbefindens auf¹⁴.

Dennoch befinden sich nur knapp die Hälfte der betroffenen Studierenden in psychischer Therapie. 28 % geben an, vormals in psychischer Behandlung gewesen zu sein⁵⁷ (vgl. Lutz-Kopp et al. (2017): 24,5 %). Insbesondere Studierende mit Persönlichkeitsstörung weisen therapeutische Erfahrungen auf. Weitere 7 % möchten sich gerne behandeln lassen und warten auf einen freien Therapieplatz. Die Unterstützung durch Ärzte und Therapeuten werden vor allem bei psychischen Problemen als sehr sinnvoll empfunden (61 %).⁵⁷

Besteht eine psychische Erkrankung bei Studierenden, geben 81 % der Männer, 67 % der Frauen und 57 % eines anderen Geschlechts an, keine Unterstützung in Form von Medikamenten, Beratungen oder Psychotherapie zu erhalten⁷.

Eine schnelle psychotherapeutische Behandlung mit fachgerechter diagnostischer Einordnung bei Studierenden sei jedoch wichtig, um eine zeitnahe Wiederherstellung der Studierfähigkeit zu erreichen¹².

In einer Studie der *World Mental Health International College Student Initiative*, die sich mit Barrieren der Inanspruchnahme von psychologischen Behandlungsmöglichkeiten an 13.984 Studierenden in 19 Colleges und Universitäten im ersten Studienjahr befasst, fand heraus, dass sich nur 24,6 % der Studierenden therapeutische Hilfe suchen würden, wenn sie von emotionalen Problemen betroffen seien. 56,4 % möchten ihre Probleme allein lösen und 48 % suchen Hilfe im Freundes- und Familienkreis. Auch ein Schamgefühl (32,2 %) ist ein häufiger Grund für die fehlende Inanspruchnahme von Hilfsangeboten, insbesondere für Studierende mit schwerer Depression und generalisierter Angststörung. Wiesen Studierende in den letzten zwölf Monaten Selbstmordgedanken oder -pläne auf, würden sich 8,8 % bzw. 7,8 % der Studierenden „nicht unbedingt“ behandeln lassen. Die Chance, dass sich Studierende mit suicidalen Gedanken oder Suizidplänen eine psychologische Beratungshilfe suchen, ist deutlich

reduziert. Einen starken Zusammenhang zwischen der fehlenden Inanspruchnahme von Hilfsangeboten und psychischen Erkrankungen konnte insbesondere die generalisierte Angststörung, Manie, Alkoholismus und die schwere Depression zeigen.⁷⁷

Bei Studierenden mit suizidalen Gedanken wird die 12-Monats-Behandlungsrate zwischen 19,9 - 37,8 % geschätzt. Die Lebenszeitbehandlungsrate bei Studierenden mit STBs liegt bei 24,5 - 41,9 %. Studierende mit STBs und insbesondere mit einem Selbstmordversuch weisen einen starken Zusammenhang bezüglich einer lebenslangen Therapie auf. 29,5 % der Studierenden mit STBs in den letzten zwölf Monaten erhielten eine Behandlung in diesem Zeitraum. Bei Studierenden ohne STBs waren es im Vergleich nur 4,2 %. Die Inanspruchnahme einer Behandlung in den letzten 12-Monaten war bei Studierenden mit einem Selbstmordversuch besonders hoch.¹⁰

Auch an der Emory University waren Studierende mit aktuellen suizidalen Gedanken (16 %) häufiger in psychiatrischer Therapie als Studierende ohne entsprechende Pathologie (10,4 %). Dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant. 12,35 % der Studierenden in psychologischer Behandlung wiesen suizidale Gedanken auf. Im Vergleich dazu sind es 4,5 % ohne suizidale Gedanken.¹¹

In einer Studie im Vereinigten Königreich erhielten 27 % der Studierenden vor ihrem Suizid eine psychologische Therapie. Als primäre Diagnose waren insbesondere affektive Störungen unter diesen Studierenden zu finden.⁷⁸

Es besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass Frauen und Studierende die 20 Jahre oder älter sind, eine lebenslange Therapie in Anspruch nehmen¹⁰.

Diese Tendenz zeigten auch Eisenberg et al. (2007), indem sie das weibliche Geschlecht und das Alter (31 Jahre oder älter) als Prädiktor für die Inanspruchnahme für therapeutische Hilfeleistungen feststellten. Die meisten Studierenden einer italienischen Universität, die sich psychologische Unterstützung suchten, sind ebenfalls weiblich¹⁴.

Beratungsangebote außerhalb der Hochschule zum Thema Stress werden unter Studierenden vermehrt von Frauen wahrgenommen, während hingegen ärztliche und therapeutische Unterstützung von beiden Geschlechtern etwa gleich häufig in Anspruch genommen wird⁶⁵.

Auch ein nicht im klassischen Sinne intaktes Elternhaus, was in diesem Falle bedeutet, dass die Eltern nicht verheiratet sind oder ein Elternteil verstorben ist, erhöht die Wahrscheinlichkeit einer lebenslangen Behandlung.¹⁰

Hingegen nehmen verheiratete Studierende Beratungsstellen weniger in Anspruch⁷⁹.

Eisenberg et al. (2007) zeigten in ihrer Studie, dass Studierende mit psychischen Erkrankungen, wie Depressionen und Angststörungen, signifikant häufiger Therapien in Anspruch nehmen. 10 % der Gesamtstichprobe hatte einen therapeutischen Kontakt. Bei Studierenden mit

Depression und Angststörung geben 47 % an im letzten Jahr Kontakt zu Therapeuten oder Beratungsstellen gehabt zu haben. 28 % mit alleiniger schwerer Depression und 38 % der Studierenden mit alleiniger Angststörung nahmen ebenfalls Hilfestellungen in Anspruch. Bei Studierenden ohne entsprechende psychische Belastungen waren es im Vergleich nur 8 %. ⁷⁹

Zusammenfassend kann aus den o.g. Studien eine hohe psychische Belastung unter Studierenden festgestellt werden ^{19,54,55,59}. Insbesondere die Depression hat einen hohen beeinträchtigenden Einfluss auf den Studienverlauf ⁵⁷. Zudem konnte ein Zusammenhang zwischen der Suizidalität und einem erhöhten Studienabbruchrisiko gezeigt werden ^{70,71}.

Weibliche Studierende sind durch psychische Probleme ⁵⁷ stärker im Studium beeinflusst als ihre männlichen Kommilitonen und weisen außerdem ein höheres Stressempfinden auf ⁶⁵. Zudem zeigte sich, dass vor allem die Altersklasse 25-30 Jahre von psychischen Erkrankungen betroffen ist ⁵⁷.

Obwohl eine Vielzahl von Hilfsangeboten für Studierende existiert, werden diese nur von einem kleinen Anteil in Anspruch genommen ^{9,57,58}. Es konnte jedoch ein positiver Einfluss auf die Symptomlast durch eine Psychotherapie bei Studierenden gezeigt werden ¹²⁻¹⁴.

Insbesondere die psychisch belasteten Studierenden nehmen entsprechende therapeutische Hilfeleistungen wahr ^{9-11,57,59,60,79}.

2.1.3. Psychische Gesundheit und Risikofaktoren

Der Mensch wird täglich mit belastenden Faktoren konfrontiert. Ob diese belastenden Ereignisse Auswirkungen auf die Gesundheit haben, ist unter anderem von der Widerstandskraft des Menschen abhängig, die als Resilienz bezeichnet wird ⁸⁰. Lutz-Kopp et al. (2018) definieren die Resilienz als Abbild der emotionalen Stabilität einer Person sowie als protektive Ressource im Umgang mit Stress. Die Fähigkeit stressige Situationen zu bewältigen hängt unter anderem von der Resilienz der betroffenen Person ab ⁶⁵.

Die Resilienz ist eine erlernbare Ressource, die Hilfe gegenüber Krisensituationen bietet ⁸¹. Als Ressource einer persönlichen Anpassungsfähigkeit gelten die Hauptmerkmale „Persönliche Kompetenz und Akzeptanz des Selbst und des Lebens“ (Personal Competence and Acceptance of Self and Life) ⁸². Eine wichtige Grundlage zum Aufbau der Widerstandskraft sind positive Gefühle, die durch Auseinandersetzung mit dem Leben und der Realität resultieren ⁸¹ (in Anlehnung an die „Broaden-and-Built-Theorie“ von Fredrickson und Cohn 2008). Auch positive familiäre, freundschaftliche und soziale Beziehungen sind ein Grundbaustein für die Stärkung der Resilienz ⁸¹. Wagnild und Young (1993) konnten in ihrer Studie mit einer 25-Punkte Resilienz Skala feststellen, dass hohe Resilienz Scores eine positive Auswirkung auf die körperliche Gesundheit und Lebenszufriedenheit aufweisen. Des Weiteren zeigen hohe Punktewerte ein niedrigeres Aufkommen von Depressionen an ⁸². Auch in der Metaanalyse von

Färber und Rosendahl (2018) konnte ein mittlerer Zusammenhang zwischen der Resilienz und psychischer Gesundheit bei somatisch erkrankten Probanden festgestellt werden (Korrelation: $r = 0,43$)⁸⁰.

Betrachtet man die Studierenden unter dem Aspekt der Resilienz, konnte die Stressstudie von Herbst et al. (2016) unter deutschen Studierenden bei 43,8 % eine niedrige, bei 23 % eine moderate und bei 33,3 % eine hohe Stressresilienz aufweisen. Im Vergleich zeigten an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz 58 % der Studierenden eine niedrige, 18 % eine moderate und 24 % eine hohe Resilienz auf⁸³.

Bei weiblichen Studierenden könnte eine signifikant niedrigere Resilienz festgestellt werden, als bei ihren männlichen Kommilitonen^{65,83}. Auch Studienanfänger (Semester 1-4) wiesen signifikant niedrigere Werte auf⁸³. Die niedrigsten Stressresilienzwerte konnten auch Herbst et al. (2016) bei den Bachelorstudierenden feststellen.

Studierende die hohe Anforderungen empfinden und eine niedrige Resilienz aufzeigen, fühlten sich erschöpfter als ihre Kommilitonen. Andersherum konnte eine hohe Resilienz mit einem niedrigen Anforderungsgefühl sowie großem Wohlbefinden in Zusammenhang gebracht werden.⁸³

Es konnte auch ein schwacher negativer Zusammenhang zwischen Resilienz und Stress festgestellt werden. Studierende mit niedriger Resilienz fühlen sich stärker gestresst als Studierende mit hohen Resilienzwerten (Korrelation = $- 0,262$).⁶⁵

Es gibt verschiedene Faktoren, die die psychische Gesundheit fördern oder aber diese negativ beeinflussen. Als Risikofaktor für die Entstehung psychischer Störungen gilt, insbesondere bei Männern, der Beruf. Auch die hohen Anforderungen, die die Menschen an sich selbst stellen sowie die ständige Erreichbarkeit in jeder Lebenssituation^{37,51}, via Smartphone, Email und durch diverse Social Media Angebote, hat negative Einflüsse auf die Gesundheit. Es konnte festgestellt werden, dass in modernen Industriegesellschaften bei Menschen mit mittleren bis hohem Einkommen neuropsychiatrische Erkrankungen häufiger vorkommen als bei Menschen mit niedrigem bis mittleren Einkommen. Aber nicht nur die großen beruflichen Anforderungen fördern psychische Erkrankungen, auch die Arbeitslosigkeit stellt einen sozioökonomischen Risikofaktor dar.⁵¹

Als weitere Risikofaktoren zählen sowohl der chronisch belastende Stress (Disstress), als auch Gewalterfahrungen. Des Weiteren spielen Schmerzen eine wichtige Komponente für psychische Störungen, insbesondere für die Entstehung der Depression.²⁷

Außerdem beeinflussen Drogen- und Alkoholkonsum sowie Übergewicht die psychische Gesundheit⁵¹.

Neben der sozialen Unterstützung, insbesondere familiär, ist die sportliche Aktivität ein wichtiger positiver Faktor für Gesundheit und Wohlbefinden ^{27,51}. Körperliche Inaktivität hat nicht nur negative Auswirkungen auf die Entstehung chronisch-somatischer Erkrankungen, sie gilt auch als Hauptrisikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen, wie z.B. der Depression. Infolgedessen kann man sagen, dass körperliche Aktivität die Mortalität und Morbidität bezüglich psychischer und somatischer Erkrankungen verringert. Ein bedeutender Faktor für die Lebensqualität bei psychischen Störungen, psychosozialer Belastung, Disstress sowie Depression und Burn-Out ist außerdem ein erholsamer Schlaf. ²⁷

2.2. Suizidalität in der Allgemeinbevölkerung

Weltweit stirbt alle *40 Sekunden* eine Person durch Suizid. Dies entspricht circa 800.000 suizidale Todesfälle im Jahr. ³¹

In Deutschland sterben jährlich etwa 10.000 Personen durch Selbstmord ^{84,85}. Bis zu 150.000 Suizidversuche sind beschrieben ⁸⁵.

Die Suizidalität kann definiert werden, als *„die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handeln lassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als möglichen Ausgang einer Handlung in Kauf nehmen“* (S.444) ³⁰. Die Menschen leiden unter einem ausgeprägten Todeswunsch und erreichen ihr Ziel durch selbstschädigende Handlung. Im Vergleich beschreibt der Suizidversuch den Wunsch etwas verändern zu wollen und kann als Hilferuf verstanden werden. ³⁰ Es handelt sich um ein nicht tödliches suizidales Verhalten ³². Das Risiko suizidale Gedanken zu entwickeln, bis hin zum suizidalen Handeln, ist prinzipiell bei jeder Person möglich ³⁰.

Nach Wolfersdorf (2008) kann klinisch die Suizidalität in eine passive und aktive Form unterteilt werden. Unter passiver Suizidalität kann man den Todeswunsch, den Wunsch nach Ruhe, verstehen, wohingegen die aktive Suizidalität die aktive Handlung beschreibt. Womit der bereits durchgeführte Suizid oder aber auch der vorbereitete oder bereits begonnene Versuch der Selbsttötung gemeint ist. Der Übergang von der passiven in die aktive Form ist vom Handlungsdruck abhängig, welcher neben Risikopathologien und quälender Symptomatik, auch durch mangelnde soziale Bindung erhöht werden kann. Suizidprotektive Faktoren können dagegen z.B. deutliche Symptomverbesserungen, aber auch die Hoffnung auf Besserung durch Behandlungen oder der sozialen Situation sein. ³⁰

Es gibt viele verschiedene Situationen sowie Krankheitsbilder die als Auslöser von suizidalen Handlungen existieren. Normalerweise handelt es sich jedoch nicht um ein einzelnes Problem,

sondern um die Summe aus verschiedenen Risikofaktoren ³², die den Menschen angreifbar machen und zu suizidalem Denken und oder Handeln verleiten können.

Neben aussichtslosen sozialen Problemsituationen, wie z.B. Arbeitslosigkeit ⁸⁶, können Depressionen und auch schizophrene Erkrankungen den Menschen zu suizidalen Handlungen führen ^{29,30}. Ebenso spielen kulturelle und umweltbedingte Faktoren in die Entstehung suizidalen Verhaltens mit ein ³². Sowohl Kindesmisshandlungen als auch sexuelle Gewalterfahrungen stehen in einem engen Zusammenhang mit suizidalen Handlungen ^{32,87}. Auch familiäre Prädispositionen ³³, beziehungsweise Selbsttötungen in der Familie ^{86,88} werden diskutiert. Als besonders risikoreich kann jedoch ein vorheriger Suizidversuch gewertet werden ⁸⁶.

Des Weiteren können Menschen die z.B. in nicht klassischer sexueller Orientierung leben (homosexuell, transsexuell o.ä.) oder auch „Mobbingopfer“ durch Diskriminierung ein erhöhtes suizidales Verhalten aufweisen. Das bedeutet, dass auch die Diskriminierung auf verschiedensten Ebenen als suizidaler Risikofaktor angesehen wird. Ein weiterer Hauptrisikofaktor ist der leichte Zugang zu Hilfsmitteln, wie Giften, Schusswaffen oder Medikamenten, welche die Selbsttötung eindeutig erleichtern. ³² Weitere Risikofaktoren sind der Tabelle 3 zu entnehmen.

Tabelle 3: Hauptrisikofaktoren für Suizid

Hauptrisikofaktoren nach Gruppen	
Gesundheitssystem	Problem beim Zugang zum System
Gesellschaft	Zugang zu Mitteln und Methoden Unangemessene Medienberichterstattung Stigmatisierungsängste
Kommune	Katastrophen, Krieg und Konflikte Folgen von Akkulturation und Dislokation Diskriminierung Trauma oder Missbrauchserfahrungen
Beziehungen	Gefühl der Isolation und mangelnde soziale Unterstützung Konflikte oder Verlusterfahrung
Individuum	Vorherige Suizidversuch(e) Psychische Erkrankungen Missbrauch von Alkohol Arbeitsplatzverlust, Finanzielle Krisen Hoffnungslosigkeit Chronische Schmerzen Suizide in der Familiengeschichte Genetische und biologische Faktoren

Anmerkung: Daten der Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2016); eigene Darstellung.

Ein besonders hohes Suizidrisiko liegt bei depressiven Patienten vor, die unter Unruhe und Getriebenheit, aber auch unter Ängsten, Hoffnungslosigkeit und Schuldgefühlen leiden.

Ebenso können chronische Schlafstörungen Depressiver das Risiko für die Selbsttötung erhöhen. Auch Suchterkrankungen, insbesondere bei Alkohol- und Drogenrückfall, können ursächlich für Selbsttötungshandlungen sein.³⁰

In der psychologischen Autopsiestudie von Schneider et al. (2005) litten Suizidanten signifikant häufiger an Alkoholkrankungen oder konsumierten multiple Substanzen. Bei männlichen Suizidopfern konnte häufiger eine Alkoholstörung nachgewiesen werden als bei Frauen.²⁹

Während Konflikte in zwischenmenschlichen Beziehungen einen Risikofaktor darstellen, kann eine stabile Partnerschaft hingegen als protektiv angesehen werden³³.

Im Geschlechtervergleich kann gezeigt werden, dass Männer deutlich häufiger Selbstmord begehen als Frauen^{33,84}. 76 % der Suizide wurden von Männern vollzogen⁸⁴. Insbesondere in Ländern mit hohem Einkommen, versterben Männer etwa dreimal häufiger als Frauen durch den Akt der Selbsttötung³².

Betrachtet man das Alter, in dem die meisten Suizide durchgeführt werden, kann in Deutschland bei Frauen ein Durchschnittsalter von 58,6 Jahren und beim männlichen Geschlecht von 57,6 Jahren aufgezeigt werden⁸⁴. Eine Übersicht nach Altersgruppen ist der Tabelle 4 zu entnehmen. Hingegen findet man Selbstmordversuche, beziehungsweise nicht tödliches Selbstmordverhalten, eher bei jüngeren Menschen³³. Der Tod durch Selbsttötung ist weltweit eine bedeutende und häufige Ursache. Im Alter von 15-29 Jahren stellt der Suizid weltweit die zweithäufigste Todesursache, nach Verkehrsunfällen, dar³². Auch das Statistische Bundesamt beschreibt Verkehrsunfälle und Suizide, in der Altersklasse 15-19 Jahren, als die beiden Haupttodesursachen⁸⁹. In der Altersklasse von 30-49 Jahren handelt es sich um die fünfthäufigste Ursache³².

Tabelle 4: Suizide in Deutschland (2017) nach Altersgruppen (absolute Zahlen)

Suizide in Deutschland			
Altersgruppe (Jahren)	Insgesamt	Männlich	Weiblich
15-20	184	132	52
20-25	303	233	70
25-30	352	295	57
30-35	447	342	105
35-40	461	369	92
40-45	444	346	98
45-50	762	602	160
50-55	1026	735	291
55-60	932	701	231
60-65	746	550	196

Anmerkung: Daten des statistischen Bundesamts (2017), absolute Zahlen; eigene Darstellung.

Es gibt diverse Möglichkeiten sein Leben eigenständig und vorzeitig zu beenden. Die häufigsten Suizidmethoden in Deutschland stellen für beide Geschlechter das „Erhängen, Ersticken oder Strangulieren“ dar (w.: 33 % vs. m.:49 %) ⁸⁴. Weltweit hingegen zählen, neben dem Erhängen, außerdem der Einsatz von Pestiziden und Schusswaffen zu den häufigsten Maßnahmen der Selbsttötung ³².

Um Todesfälle durch Selbsttötung zu verhindern, bedarf es einer geeigneten Suizidprävention. Die Basis liegt in der Erkennung von Risikofaktoren ³², um den Patienten, vor jeglicher Form des suizidalen Handelns, aufzufangen. Neben der Früherkennung, zählen ebenso die effektive Behandlung der, falls vorhandenen, psychischen Erkrankung ^{33,90}, die Minderung des Leidensdrucks und der Beistand durch eine „sichernde Fürsorge“ zu sinnvollen Präventionsmaßnahmen ³⁰. Für die Umsetzung entsprechender Maßnahmen sind funktionierende Versorgungsstrukturen und eine auch zeitnahe therapeutische Verfügbarkeit essentiell ^{30,33}. Dies alleine reicht allerdings nicht aus, da aufgrund von Stigmatisierung bei Hilfesuchverhalten, diese Hilfe nicht oder unzureichend den Patienten erreicht ³². Als erste Auffangmaßnahme eines akut gefährdeten Patienten können Krisentelefone hilfreich sein ³², welche aufgrund der Anonymität auch den Stigmatisierungsängsten entgegenwirken kann. Es sollte außerdem darauf geachtet werden, den Zugang zu Schusswaffen und bestimmten Arzneimitteln bestenfalls nicht zu ermöglichen ⁹⁰.

Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass eine Großzahl der Suizidanten noch vor der Selbsttötung ihren Hausarzt aufsuchte. Dies unterstreicht die Wichtigkeit einer guten Schulung für Hausärzte, damit sie Risikofaktoren bei ihren Patienten erkennen und schnellstmöglich eingreifen können. Es ist aber nicht nur wichtig entsprechende Risikofaktoren zu minimieren oder frühzeitig zu erkennen. Ebenso sollte die Resilienz der Patienten aktiviert werden, indem Schutzfaktoren (z.B. sozialer und familiärer Zusammenhalt) gestärkt werden. Schutzfaktoren, die bereits im frühen Lebensalter aufgebaut werden, können sich im Laufe des Lebens positiv auf das Verhalten des Menschen auswirken. ³²

2.2.1. Suizidale Gedanken bei Studierenden

Wie bereits im vorherigen Kapiteln erläutert, finden sich Suizide bzw. Suizidversuche in hohem Anteil auch bei jungen Menschen. Die häufigste Todesursache im Alter von 15-29 Jahren stellt, in Ländern mit hohem Volkseinkommen, die Selbsttötung dar. Weltweit sind 8,5 % der Todesfälle junger Erwachsener der Selbsttötung geschuldet. ⁹⁰

Etwa 1.100 Collegestudierende in den USA sterben jährlich durch Suizid ⁹¹.

In der Adoleszenz besteht ein erhöhtes Risiko für die Entstehung von Selbstmordgedanken- und verhalten (STB) ³⁵. Die Meta-Analyse von Mortier et al. (2018) konnte zeigen, dass Studierende einem hohen Risiko für STBs ausgesetzt sind. Aus insgesamt 634.662 Studierenden

wurde eine 12-Monats-Prävalenz von etwa 10,6 % für suizidale Gedanken, 3,0 % für Suizidpläne und 1,2 % für Suizidversuche festgestellt. Insgesamt erlebt weltweit einer von vier Studenten eine Variante von Selbstmordgedanken. ¹

Im Vergleich untersuchten Auerbach et al. (2019) Studierende im ersten Semester an neunzehn Hochschulen in acht verschiedenen Ländern bezüglich ihrer psychischen Gesundheit. Bei 17,6 % der Studierenden zeigten sich Selbstmordgedanken, 9,2 % planten ihren Suizid und 1,1 % vollzogen einen Selbstmordversuch ². Man konnte feststellen, dass etwa die Hälfte der Studierenden mit Selbstmordgedanken, im Verlauf Selbstmordpläne erstellten und von diesen fast ein Viertel einen Selbstmordversuch vollziehen ⁹².

In einer Studie von Akram et al. (2020) im Vereinigten Königreich konnte gezeigt werden, dass 37,3 % der Studierenden ein signifikant erhöhtes Risiko für suizidales Verhalten aufweisen. 42,2 % der Studierenden gaben an in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal über Selbstmord nachgedacht zu haben und 20,1 % planten ihren Suizid. 10,8 % der britischen Studierenden haben bereits einen Selbstmordversuch unternommen und 6 % schließen einen zukünftigen Suizidversuch nicht aus. ³

Auch bei Studierenden der Ulster Universität in Nord Irland kann mit 31 % eine hohe Quote an Selbstmordgedanken in den letzten zwölf Monaten festgestellt werden (24,3 % Männer und 36,9 % Frauen). Von den Studierenden mit suizidalen Gedanken äußern 12,1 % Suizidpläne und 4,3 % haben einen Selbstmordversuch durchgeführt. Insgesamt haben 19,6 % der Studienteilnehmenden einen Suizidplan erstellt (16,5 % Männer und 21,6 % Frauen) und 7,7 % führten einen Suizidversuch durch (5,5 % Männer und 9 % Frauen). Es zeigt sich sowohl bei den Selbstmordgedanken als auch bei den Suizidplänen und -versuchen das Studentinnen häufiger betroffen sind. ⁴

Betrachtet man im Weiteren die Geschlechterverteilung zeigt sich, dass Studenten häufiger Selbstmord begehen, als Studentinnen. Farrell et al. (2017) konnten im Zeitraum zwischen 1997-2012 an britischen Studierenden eine Selbstmordrate zwischen Männern und Frauen im Verhältnis von 1,3:1 feststellen. In den USA wiesen im Jahr 2005-2009 Studentinnen (27 %) deutlich weniger Suizide auf als Studenten (73 %) ⁹³.

In Bezug auf das Auftreten suizidaler Gedanken stellten Dachew et al. (2018) keinen signifikanten Unterschied nach dem Geschlecht fest. Auch Akram et al. (2020) konnten keinen Geschlechterunterschied in der Prävalenz suizidaler Gedanken feststellen. Weitere Studien belegen hingegen, dass Universitäts- und Collegestudentinnen häufiger Selbstmordgedanken aufweisen als ihre männlichen Kommilitonen ⁵⁻⁸.

Wie im Kapitel 2.1.2 beschrieben, kann der Übergang von der Schule zur Universität eine belastende Situation für Studierende darstellen.

In einer Studie an der Ege Universität in der Türkei konnte festgestellt werden, dass mehr als 50 % der Studierenden im ersten Studienjahr schulische Probleme aufweisen, welche auf Anpassungsprobleme an das Universitäts- und Campusleben zurückzuführen seien. Diese schulischen Probleme stellen Einflussfaktoren für die Entstehung suizidaler Gedanken der Studierenden dar.⁸

Während in einer britischen Studie kein Unterschied bezüglich der Prävalenz suizidaler Gedanken bei Studierenden vor und nach dem ersten akademischen Grad festgestellt wurde³, konnte eine nationale Umfrage der Universität Pittsburgh zeigen, dass 80 % der Studierenden die Selbstmord begangen haben, Studierende vor dem Erhalt des ersten akademischen Grads waren⁹. Unter Studierenden an einer Universität in Äthiopien zeigte sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied bezüglich des Auftretens suizidaler Gedanken in den ersten drei Studienjahren⁹⁴. Jedoch konnte in einer Studie an Pädagogikstudierenden in Kasachstan in den ersten vier Studienjahren gezeigt werden, dass Studierende im ersten Studienjahr ein signifikant höheres Risiko für suizidales Verhalten aufweisen, als Studierende im zweiten und dritten Jahr. Das höchste Risiko für suizidales Verhalten besteht im ersten und vierten Studienjahr.⁹⁵

Das Risiko eines Suizids besteht außerdem bei leistungseinschränkenden psychisch belasteten, insbesondere depressiven Studierenden mit erfolgsabhängigem Selbstwert und niedriger sozialer Unterstützung⁶⁷.

Es konnte gezeigt werden, dass Studierende mit hohen Komorbiditäten häufiger Selbstmordgedanken sowie- verhalten aufweisen, als andere Studierende. 83 % der Studierenden mit Selbstmordgedanken wiesen innerhalb der letzten 12 Monate mindestens eine der folgenden Krankheitsbilder auf: Depressionen, Angst- und Panikstörungen, Manie, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrome sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch.²

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Studierenden mit erhöhtem Suizidrisiko und dem Auftreten von Depressionen, Psychosen, psychischem Stress und Symptomen der Manie konnte festgestellt werden³.

Auch Mortier et al. (2017) konnten in ihrer Studie unter anderem die (Hypo-) Manie, aber auch die nicht-suizidale Selbstverletzung als Risikofaktor für das Auftreten von suizidalen Gedanken und Handlungen aufzeigen. Die höchste Signifikanz stellt die Manie/Hypomanie sowie die generalisierte Angststörung bezüglich der Selbstmordversuche dar². Angststörungen geben einen signifikanten Prädiktor⁹⁶ für suizidale Gedanken wieder, beziehungsweise werden als beeinflussender Faktor für die Entstehung suizidaler Gedanken bei Studierenden erkannt⁸.

Ebenfalls ist eine starke Assoziation zwischen suizidalem Verhalten und der Major Depression zu verzeichnen⁹⁷.

In einer Studie der *KU Leuven University* wiesen 13 % der Studienanfänger, vor der Immatrikulation STBs auf, von denen im ersten (28 %) sowie im ersten und zweiten (27,7 %) Studienjahr weiterbestehende STBs angegeben wurden. Bei den Studierenden mit zweijährigen Aufwärtigkeiten an der Universität, bestehen eine signifikant höhere 12-Monats-Prävalenz in Bezug auf Selbstmordpläne. Auch bestehende Risikofaktoren, wie z.B. das Risiko für drei oder mehr psychische Erkrankungen sowie Stresserleben, sind häufiger mit den über zwei Universitätsjahre aufzeigbaren STBs assoziiert. Weitere Risikofaktoren sind u.a. Trennungen von Bezugspersonen sowie Verluste durch Todesfälle von z.B. Freunden oder Familienmitgliedern. Des Weiteren stellen körperlicher und sexueller Missbrauch im Kindes- und Jugendalter ein signifikantes Risiko dar. Mit einer Prävalenz von 33,6 % befinden sich die Studierenden nicht in einer intakten familiären Beziehung.³⁵

Die Beziehung zwischen Studierenden und Ihren Eltern hat Einfluss auf das Auftreten suizidaler Gedanken. Familiäre Konfliktsituationen korrelieren positiv mit der Entstehung von Suizidgedanken, insbesondere wenn die Studierenden an Depressionen leiden.⁵

In einer Studie bezüglich Risiko- und Schutzfaktoren im Zusammenhang mit Selbstmordgedanken von Wong et al. (2011), beschreiben Studierende aktuelle familiäre Probleme als die häufigste Ursache für die Entstehung von Selbstmordgedanken.

21 % der Studierenden der Universität Pittsburgh, die Selbstmord begangen haben, wiesen Beziehungsprobleme auf⁹. Von 20 studentischen Selbstmordfällen in Großbritannien erlebten sechs Studierende kurz vor ihrem Selbstmord eine Trennung von ihren Partnern, drei Studierende hatten Beziehungsprobleme und weitere Drei erfuhren unerwiderte Liebe⁹⁸. Die stärksten Risiken für das Auftreten von erstmaligen STBs stellen Gewalterfahrungen in einer Partnerschaft (sog. dating violence) bis zum 17. Lebensjahr und zwölfmonatiger schwerer Verrat dar¹⁵. Junge Personen nach Suizidversuchen erleben zweimal häufiger körperliche Gewalt durch ihre Partner als Personen ohne Suizidversuch⁹⁹.

Die Frage, inwiefern familiäre und freundschaftliche Beziehungen Auswirkungen auf suizidales Verhalten von Studierenden hat, wurde unter anderem in einer japanischen Studie behandelt. Es zeigte sich ein Zusammenhang zwischen mütterlicher Fürsorge und der Einstellung zum Selbstmord unter Medizinstudenten. Genauer gesagt, sind die Studierenden mit einer guten mütterlichen Bindung der Meinung, dass Menschen nicht das Recht haben, ihr Leben durch Selbstmord zu beenden.³⁴

Es konnte ein signifikanter Zusammenhang sowohl zwischen familiärem Zusammenhalt als auch zwischen familiärer Unterstützung und Suizidgedanken bei Studierenden festgestellt werden. Mit steigendem Zusammenhalt sinkt das Risiko für suizidale Gedanken.¹⁶

Einen Zusammenhang zwischen hoher elterlicher Fürsorge und vermindertem Auftreten von Selbstmordgedanken konnte ebenfalls an australischen Schülern¹⁰⁰ sowie Studierenden, die

sich selbst als schwarze Amerikaner identifizieren, ¹⁷ festgestellt werden. Einen signifikanten Zusammenhang zwischen elterlicher Bindung und Suizid konnte eine amerikanische Studie an 766 teilnehmenden Studierenden feststellen. Die gute elterliche Bindung vermindert das Auftreten von Selbstmordneigung, Selbstmordgedanken und maladaptiven Selbstschemata mit einer Fehlanpassung in Bezug auf emotionale Vernachlässigung und Verlassenheit. ¹⁸

Nach einem Selbstmordversuch junger Personen geben diese, kurz vor dem Erreichen der Lebensmitte, häufiger an unter Einsamkeitsgefühlen zu leiden als Gleichaltrige ohne entsprechende suizidale Erfahrungen im jungen Erwachsenenalter ⁹⁹. Ebenfalls gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten psychischer Störungsbilder unter Studierenden und einem, nicht im klassischen Sinne, intakten Elternhaus. Damit sind z.B. unverheiratete Eltern oder Studierende mit einem verstorbenen Elternteil gemeint. ²⁰

Verheiratete Studierende bzw. Studierende in festen Partnerschaften haben ein geringeres Risiko psychische Gesundheitsprobleme, insbesondere eine Depression, zu entwickeln ¹⁹.

Leben Studierende mit einem Partner oder Familienmitglied zusammen, ist das Risiko morbide Gedanken zu entwickeln ebenfalls geringer. Bezüglich ernstzunehmender suizidaler Überlegungen weist jedoch lediglich das Zusammenleben mit der Familie ein signifikant vermindertes Risiko auf. ⁶

Wenn Personen, die selbstverletzendes Verhalten aufweisen, mit der Familie oder Freunden zusammen leben, sterben sie seltener durch Selbstmord, als alleinlebende Personen (1,4 % vs. 2,2 %) ¹⁰¹.

Eine gute Bindung scheint also einen positiven Effekt auf suizidales Verhalten zu haben. Dies verdeutlicht auch, dass Jugendliche nach einem Selbstmordversuch häufiger angeben an einer Bindungsangst und Bindungsvermeidung zu leiden. Jedoch nur die Bindungsvermeidung dient als signifikanter Prädiktor eines Selbstmordversuches. Außerdem sei die familiäre Bindung, bei Jugendlichen nach dem Suizidversuch, herabgesetzt. Dies zeigt insbesondere der negative Zusammenhang zwischen familiärer Bindung und Bindungsangst. ²¹

Als Schutzfaktor für das Suizidrisiko kann die soziale Unterstützung, insbesondere durch die Eltern, angesehen werden. Auch die Beziehung zu Gleichaltrigen hat Auswirkungen auf das Suizidrisiko. Haben die Studierenden eine niedrige Bindung zu Peergroups, besteht ein höheres Risiko der Suizidalität, dies ist jedoch nicht relevant, wenn eine starke familiäre Unterstützung nachweisbar ist. ¹⁷

Auch eine religiöse Zugehörigkeit senkt das Auftreten von „krankhaften“ Gedanken bzw. psychischen Gesundheitsproblemen ^{6,19}.

Des Weiteren konnte ein Zusammenhang zwischen dem Gefühl des Vertrauens und der nicht-suizidalen Selbstverletzung (NSSI) festgestellt werden. Studierende ohne NSSI besitzen ein höheres Maß an Vertrauen gegenüber anderen Personen als Studierende mit NSSI. Außerdem weisen Studierende, bei denen die letzte Selbstverletzung bereits vor mehr als einem Jahr durchgeführt wurde, ein größeres Vertrauen auf als Studierende, bei denen noch kurz vor der Studienteilnahme eine Selbstverletzung angegeben wurde. Es kann außerdem gesagt werden, dass ein unsicheres Bindungsverhalten das Risiko für Selbstverletzungen erhöht. ¹⁰²

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Studierende international ein erhöhtes Risiko für STBs aufzeigen ¹⁻⁴. Sowohl die Situation bezüglich des zeitlichen Auftretens während des Studiums als auch der Geschlechterverteilung ist innerhalb der verschiedenen Studien mehrdeutig. Wesentlich kann ein positiver Effekt einer guten familiären Bindung, in Bezug auf das Auftreten von suizidalen Gedanken beschrieben werden ^{5,6,17,18,34}.

2.3. Grundlagen der Bindungstheorie

Die Entwicklung der Bindungstheorie geht auf den Mediziner und Psychologen John Bowlby (1907-1990) zurück ¹⁰³, der bereits in seinen Forschungen 1944, sowohl den frühen Kindheits-erfahrungen, wie Zuneigung und Trennung, als auch der psychischen Gesundheit sowie dem Charakter der Eltern, eine hohe Bedeutung für die spätere Persönlichkeitsentwicklung des Kindes zusprach ¹⁰⁴.

Die Bindungstheorie befasst sich, neben dem Streben des Menschen nach emotionalen Beziehungen, auch mit den Auswirkungen der Bindungserfahrungen auf die psychische Gesundheit ¹⁰⁵ und die Persönlichkeitsentwicklung ¹⁰⁶.

Bindung ist eine emotionale Beziehung zu einer bestimmten Person, unter zeitlicher und räumlicher Kontinuität ¹⁰⁷. Bindung kann als tiefes menschliches Bedürfnis ¹⁰⁸ nach einer engen emotionalen Beziehung zu Vertrauenspersonen beschrieben werden, die Schutz und Unterstützung bieten ¹⁰⁵. Die Bezugspersonen sind nicht beliebig austauschbar. Traditionell wird als primäre Bezugsperson die Mutter beschrieben, die durch Zuverlässigkeit und Einfühlungsvermögen zur Ausbildung des kindlichen Urvertrauens beiträgt ¹⁰⁹. Der Psychoanalytiker Erik H. Erikson (1902–1994) beschreibt das Urvertrauen als wichtige Komponente für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung. Dieses Urvertrauen resultiert unbewusst insbesondere aus den Erfahrungen des ersten Lebensjahres und ist abhängig von dem Charakter des Kindes ¹¹⁰.

Bindung wird außerdem als Resultat eines angeborenen Verhaltenssystem verstanden, welches bei Gefahrensituationen aktiviert, bei dem Gefühl der Sicherheit deaktiviert wird. Tritt ein Unsicherheitsgefühl beim Kind auf, ist es darauf ausgerichtet die Nähe zu der Bezugsperson wiederherzustellen. Erst beim Erlangen des Sicherheitsgefühls ist das Kind befähigt sich der Exploration der Umwelt zu widmen ¹⁰³. Während des Erkundungsverhaltens des Kleinkindes

dient die anwesende Bezugsperson als sichere Anlaufstation ^{109,111}. John Bowlby beschreibt diese Verbindung aus Sicherheitsgefühl und Explorationsverhalten als „Sichere Basis“ ¹¹². Die Grundbedürfnisse eines Kindes nach Bindung und Exploration können in dem Zitat: *„Zwei Dinge sollten Kinder von ihren Eltern bekommen: Wurzeln und Flügel.“* (S. 7)¹¹³, welches vor- geblich Johann Wolfgang von Goethe zugeschrieben wurde, zum Ausdruck gebracht werden. Die Wurzeln sollen hiernach den Schutz durch die Bezugspersonen beschreiben, der eine wichtige Basis darstellt, um die Welt mit den Flügeln erkunden zu können. ¹¹³

Der Mensch entwickelt im Kleinkindalter, auf Grundlage seiner Erfahrungen mit Bindungspersonen, wie z.B. emotionale Verfügbarkeit oder Zurückweisungen ¹⁰⁵, „innere Arbeitsmodelle“, die sowohl auf die Bewertung von Menschen und den Ablauf von Beziehungen ¹⁰³, als auch auf die Entwicklung ihres Selbstwertgefühls einwirken ¹⁰⁷. Mittels des inneren Arbeitsmodells können Kinder das Verhalten der Bezugspersonen ableiten und ihre eigenen Reaktionen planen ¹¹⁴. Obwohl es die allgemeine Einstellung des Kindes sowie das soziale Verhalten beeinflusst ¹⁰⁷, können das Arbeitsmodell beziehungsweise die Bindungserfahrungen, durch spätere Erfahrungen umgestaltet werden ^{105,115}. Diese funktionelle Anpassung ist individuell verschieden und wird protektiv durch positive frühkindliche Erfahrungen beeinflusst ¹¹⁵.

Neben den traditionellen Bezugspersonen, wie Mutter und Vater, können auch weitere nahe- stehende Personen diese Rolle einnehmen. Das Kind differenziert und priorisiert bei der Wahl der Bindungspersonen bezüglich deren Fähigkeiten, das kindliche Bedürfnis nach Geborgenheit zu befriedigen ¹⁰³. Kinder sind nicht nur in der Lage sich auf unterschiedliche Interaktionspartner, sondern ebenso auf verschiedene Umweltbedingungen einzustellen. Dies bedeutet, dass es zur Ausbildung von außerfamiliären Bindungsbeziehungen kommen kann ^{106,116}. Als „Bindungsfigur“ kommen ebenfalls die Schule, Universität oder religiöse Verbände in Frage ^{103,106}. Neben sozialen Beziehungen, können auch Wesensmerkmale, wie Tapferkeit und Geduld sowie besondere sportliche oder akademische Kompetenzen zu einem Sicherheitsgefühl beitragen ¹¹⁷.

Mary Ainsworth entwickelte in den 70er Jahren einen „Fremde-Situations-Test“ ^{107,111}, aus dem drei Bindungskategorien bei Kindern resultierten. Zu diesen Kategorien zählen der sichere Bindungstyp, unsicher-vermeidende- und unsicher-ambivalente Bindungstyp ¹⁰⁷. M. Ainsworths Forschung konnte um den desorganisierten-desorientierten Bindungstyp ergänzt werden ¹¹⁸. Dieser Test wurde konzipiert, um die Bindung zwischen Kleinkindern und ihrer primären Bezugsperson zu beurteilen. Das Kind wird mit acht Situationen ¹¹¹ konfrontiert, bei denen die Reaktionen zu fremden Personen sowie das Verhalten zu der primären Bezugsperson nach der Trennung und der Wiedervereinigung beobachtet werden ¹⁰⁷. Nach J. Bowlby besteht eine Bindung zwischen sich liebenden Menschen, wenn sie sich beim Wiedersehen mit Freude begrüßen ¹⁰⁶.

Neben der hier beschriebenen Form der Fremdbeobachtung, die eher im Kleinkindalter Anwendung findet, sowie durch weitere Fremdeinschätzungsverfahren¹¹⁹, kann partnerschaftsbezogene Bindung auch durch selbsteinschätzungsbasierte Fragebögen, wie zum Beispiel den Fragebogen „*Experiences in Close Relationships-Revised*“ (ECR-RD), erfasst werden¹²⁰. Während bei der Fremdbeobachtung die Empathie¹²¹ sowie der Erfahrungsschatz des Therapeuten maßgeblich sind, ist bei den Fragebögen wichtig zu beachten, dass die Befragten nicht zwingend ehrliche Angaben machen und oder sie gegebenenfalls nicht in der Lage sind entsprechende Auskünfte zu geben¹²². Fragebogenmethoden finden eher im Erwachsenenalter gebrauch¹²⁰ und werden gewöhnlich in der Sozial- und Persönlichkeitspsychologie verwendet¹¹⁹.

Der ECR-RD ermittelt das Vorliegen der Bindungsdimensionen bindungsbezogene Angst sowie bindungsbezogene Vermeidung^{23,120}. Die Bindungsangst, kann als Angst vor zwischenmenschlicher Ablehnung oder Verlassenheit sowie einem übermäßigen Bedürfnis nach der Zustimmung von anderen Personen definiert werden. Die bindungsbezogene Vermeidung hingegen beschreibt die Angst vor Abhängigkeit sowie zwischenmenschlicher Intimität und weist ein erhöhtes Bedürfnis nach Selbstständigkeit auf.¹²³

2.3.1. Bindungsressourcen und psychische Belastung

Die psychische Widerstandskraft wird als Resilienz bezeichnet und kann als die „*Erhaltung oder zügige Wiederherstellung der psychischen Gesundheit nach einem traumatischen Erlebnis oder adverser Lebensumstände*“ definiert werden (S. 8)¹²⁴. Es geht darum, trotz einer Störung, wieder die Ausgangsposition einzunehmen, um somit die ursprüngliche Funktion, Struktur und Identität beizubehalten¹²⁴. (Vgl. auch Kapitel 2.1.3.)

Als Resilienzfaktor gilt zum Beispiel eine sichere Bindung, die vor der Entstehung von Psychopathologien schützt. Hingegen gilt ein unsicheres Bindungsmuster als Risikofaktor. Erfahren Kinder häufig Traumatisierungen durch ihre Bindungspersonen, kann eine Bindungsstörung resultieren die als frühe emotionale Psychopathologie bezeichnet werden kann. Leidet ein Kind an schweren Bindungsstörungen, können diese negative Auswirkungen auf die soziale Interaktion aufzeigen. Schulversagen und Schulverweigerung können resultieren.¹²⁵

Als gesicherte Risikofaktoren für anhaltende Beziehungstraumen gelten Gewalteinwirkungen, niedriger Sozialstatus, Disharmonie zwischen den Eltern und eine verminderte Verfügbarkeit der Bindungsperson¹⁰⁹. Schutzfaktoren für das Kind stellen eine psychisch gesunde Mutter, soziale Kontakte, ein aktives Temperament sowie eine mindestens mittlere Intelligenz des Kindes dar¹⁰⁹.

Als protektiver Faktor kann neben dem familiären Zusammenhalt, auch die familiäre Unterstützung gegen suizidales Verhalten angesehen werden ¹⁶.

Betrachtet man die Bindungsfertigkeiten einer Person unter dem Aspekt der Suizidalität kann ein Zusammenhang zwischen elterlicher Bindung und suizidalem Verhalten festgestellt werden. Hohe elterliche Fürsorge weist ein geringeres Wiederholungsrisiko suizidalen Verhaltens auf, wobei hingegen hohe elterliche Kontrolle eine positive Korrelation und somit ein erhöhtes Risiko aufzeigt. ¹²⁶

Auch die Bindungsdimensionen Bindungsangst und Bindungsvermeidung scheinen einen Risikofaktor für suizidales Verhalten bei Jugendlichen darzustellen ²¹. (Vgl. auch Kapitel 2.2.1.) Im Rahmen der Prävention ist es also wichtig die Resilienz zu fördern, um psychische Erkrankungen einzudämmen ¹²⁴.

2.4. Ziele und Hypothesen der Arbeit

Basierend auf den bereits dargestellten Forschungsergebnissen werden im Folgenden Ziele und Hypothesen ausgeführt.

Wie bereits bisherige Studien zeigten, kann eine hohe psychische Belastung unter Studierenden festgestellt werden (siehe Kapitel 2.1.2. und 2.3.1.). Da nicht alle belasteten Studierenden erfasst werden können und die Ehrlichkeit der Antworten nicht prüfbar ist, ist von einer Dunkelziffer psychisch erkrankter Studierender auszugehen, die eine exakte Häufigkeitsangabe nicht zulässt.

Um Verzerrungen aufgrund ungenauer und generalisierter Antwortmöglichkeit bezüglich des Bildes der psychischen Erkrankung und Belastungssituation zu umgehen, wird in dieser Studie ein Screeningverfahren verwendet, welches syndromale psychische Belastungen gemäß DSM-IV ¹²⁷ feststellt und keine gesicherten Diagnosen erfasst ¹²⁸.

Im Wesentlichen wird die Frage, inwiefern positive Bindungsressourcen sowie die Bindungsdimensionen, Bindungsangst und Bindungsvermeidung, Einfluss auf das Auftreten suizidaler Gedanken Kölner Studierender haben, behandelt.

Neben Bindungsproblematiken ^{17,18,21} gibt es weitere Risikofaktoren (z.B. Auerbach et al., 2019, Engin et al., 2009, Mortier et al., 2017, Gallagher, 2015), die die Entstehung suizidaler Gedanken begünstigen können. Um weitere Risikofaktoren ermitteln zu können, werden im vorliegenden Fragebogen dieser Arbeit u.a. das Alter und Geschlecht, die Erwerbstätigkeit in Stunden sowie Studienabbruchgedanken der Studierenden erfragt. Auch die Inanspruchnahme von psycho-sozialer Beratung sowie therapeutischer Hilfe bei psychischen Problemen werden erfasst.

Das erste Ziel stellt die Untersuchung von Einflussfaktoren auf suizidale Gedanken bei Studierenden der Universität zu Köln dar.

Betrachtet man den Geschlechterunterschied zeigen sich neben einem erhöhten Stresslevel⁶⁵, auch vermehrt psychische Beeinträchtigungen^{57,58} bei Studentinnen. Einige Studien konnten belegen, dass auch Selbstmordgedanken häufiger bei Studentinnen als bei Studenten auftreten⁵⁻⁸.

Daher lautet die erste Hypothese: Weibliche Studierende der Universität zu Köln leiden häufiger unter suizidalen Gedanken als männliche Studierende.

Zusätzlich werden sowohl die Zusammenhänge zwischen dem Alter sowie der Semesteranzahl, als auch die eigenständige Studienfinanzierung durch eine Nebentätigkeit im Bezug auf das Auftreten suizidaler Gedanken untersucht. Auch die Beziehung zwischen Studienabbruchgedanken und suizidalen Gedanken wird analysiert.

Des Weiteren wird das Augenmerk auf suizidale Gedanken der Kölner Studierenden gelenkt, welche im Hinblick auf die Bindungsdimensionen, Bindungsangst und Bindungsvermeidung, analysiert werden (Ziel 2). Sheftall et al. (2014) konnten einen positiven Zusammenhang zwischen den Bindungsdimensionen und suizidalem Verhalten feststellen.

Es soll überprüft werden, ob und falls ja, welche Bindungsdimensionen bei Studierenden der Universität zu Köln auftreten. Außerdem wird die Geschlechterverteilung entsprechender Pathologien in dieser Population untersucht. In dieser Arbeit wird hierfür der Bindungsfragebogen „Experiences in Close Relationships-Revised12“ (ECR-RD12) verwendet²³.

Das dritte Ziel dieser Dissertation stellt die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Studierenden mit suizidalen Gedanken und der Inanspruchnahme von psycho-sozialen Beratungsstellen bzw. Psychotherapien dar.

Es konnte festgestellt werden, dass Studierende mit psychischen Erkrankungen signifikant häufiger therapeutische Kontakte in Anspruch nehmen als ihre Kommilitonen ohne psychische Erkrankung⁷⁹. Einen Zusammenhang zwischen suizidalen Gedanken und Verhalten bei Studierenden und der erhöhten Inanspruchnahme von therapeutischen Hilfeleistungen konnte ebenfalls eruiert werden^{10,11}. Insbesondere Studentinnen nehmen therapeutische Unterstützungen wahr^{10,14,79}.

Es resultiert die Annahme, dass die Inanspruchnahme von Psychotherapien bei Studierenden der Universität zu Köln mit suizidalen Gedanken höher ist als bei ihren Mitstudierenden ohne suizidale Gedanken (Hypothese 2).

3. Material und Methoden

Das folgende Kapitel beinhaltet neben der Rekrutierung der Stichprobe ebenso die verwendeten Testverfahren sowie Analyseschritte. Im Besonderen wird das Augenmerk auf den Bindungsfragebogen „Experiences in Close Relationships-Revised“ gelegt. Eine Zustimmung der Ethikkommission der Universität zu Köln (14-059), für die Online-Befragung zu psychischen Belastungen der Kölner Studierenden, liegt vor.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den suizidalen Gedanken sowie den Bindungsdimensionen, Bindungsangst und Bindungsvermeidung, der Studierenden der Universität zu Köln.

3.1. Rekrutierung der Stichprobe

Die Rekrutierung der Stichprobe für die Online-Befragung fand via E-Mail über das hochschul-eigene System statt. Es handelt sich um eine Ad-hoc Stichprobe, bei der sich die Teilnehmer für eine Untersuchung zufällig zusammensetzen ¹²⁹. Im Allgemeinen lassen solche Zufallsstichproben Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit zu und haben den Vorteil, dass die ermittelten Kenngrößen nur die zufälligen Abweichungen zum wahren Wert der Grundgesamtheit aufweisen ¹³⁰. Ein Nachteil des allgemeinen Teilnehmerrufes kann die Selbstselektion darstellen ¹²⁹. Auf den Bias wird in Kapitel 5.2. Limitationen eingegangen.

Der Titel dieser Studie lautet: **Kölner Umfrage bei Studierenden zu psychischen Belastungen** (KUMBEL-Studie). Von insgesamt 49.772 Studierenden der Universität zu Köln im Wintersemester 2014/15, wurden 44.299 Studierende durch das Anschreiben erreicht. Um weder E-Mailadressen noch IP-Adressen oder andere personenbezogene Daten zu speichern, wurde der Link zur Umfrage für die Studierenden über www.soscisurvey.de, einer Online-Plattform für professionelle Onlinebefragungen nach deutschem Datenschutz, bereitgestellt. Die Studie wurde mit Hilfe der SoSci Survey Software erstellt. ¹³¹

3.2. Testverfahren

Vor der Teilnahme der Umfrage wurden die Studierenden über die Freiwilligkeit der Mitwirkung und die Auswertung der anonymisierten Daten aufgeklärt. Die Teilnahme an der Umfrage war erst nach hierzu erteilter Zustimmung von Seiten der Studierenden möglich. Beginnend mit der Erfassung soziodemografischer Daten, folgte ein Screening nach psychischen Syndromen durch valide Open-source-Fragebögen. Hierzu zählten der „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“ (Patient Health Questionnaire (Deutsche Version) ²², der „Experiences in Close Relationships – Revised12“ (ECR-RD12) zur Erfassung von Bindungsangst und Bindungsvermeidung ²³ sowie der Fragebogen *Persönlichkeitsstörungs-Screening-Kurzform (PSS-K)* ¹³². Im Folgenden wird auf die für diese Arbeit relevanten Verfahren detaillierter, gemäß ihrer Reihenfolge in der Online-Umfrage, eingegangen. Die komplette Befragung befindet sich im Anhang A.

3.2.1. Soziodemographische Fragen

Die ersten 25 Fragen der Umfrage bezogen sich auf die soziodemografischen Daten, welche als Multiple-Choice-Fragen mit vorformulierten Antwortmöglichkeiten gestellt wurden. Beginnend mit dem Geschlecht und Lebensalter, wurden die Studierenden auch nach ihrer Nationalität sowie dem Studiengang und Fachsemester befragt. Ebenfalls wurde nach der bisherigen Bildungsbiografie sowie eventueller bisheriger oder geplanter Studienabbrüche, welche bei Bejahung als Freitextantwort begründet werden konnten, gefragt. Die Fragen 12 und 13 bezogen sich auf die Studienfinanzierung, beziehungsweise die Nebentätigkeiten (h / Woche) im Studium. Des Weiteren wurde auf bisherige, aktuelle und oder geplante psychotherapeutische Behandlungen sowie psychosoziale Beratungen eingegangen. Ebenso wurden chronische körperliche Erkrankungen oder Behinderungen erfragt, die studienrelevanten Einfluss aufweisen. Diese konnten anhand vorformulierter Antwortmöglichkeiten geäußert werden. Auch der Grad der Belastung durch diese einschränkenden Erkrankungen konnten durch eine Skala von 1 bis 10 (1 = niedrigste Ausprägung bis 10 = höchste Ausprägung) angegeben werden.

3.2.2. Gesundheitsfragebogen für Patienten

Zur Erfassung psychischer Syndrome unter den Kölner Studierenden, wurde die Kompletversion des Gesundheitsfragebogens PHQ-D, die autorisierte deutsche Version des „Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)“, verwendet. Es handelt sich um eine Weiterentwicklung des Prime MD von Spitzer et al. aus dem Jahre 1994.²²

Bereits diese Erstversion galt als nützliches Instrument zur Identifizierung von psychischen Störungen¹³³.

Um aus den Syndromdiagnosen entsprechende Störungsdagnosen ableiten zu können, bedarf es, neben dem ärztlichen Gespräch, auch einem diagnostischen System. Primär beziehen sich die abgefragten diagnostischen Kriterien auf das DSM-IV System (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), doch auch das ICD-10 System (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), welches in Deutschland verstärkt eingesetzt wird, kann entsprechend verwendet werden. Es kann zwischen einer Kurz- und einer Kompletversion unterschieden werden. Die Kompletversion umfasst unter anderem neben somatoformen Störungen, Angststörungen und depressiven Störungen, auch Essstörungen sowie den Alkoholmissbrauch. Für das weibliche Geschlecht werden zusätzliche Fragen zur Regelblutung, Schwangerschaften und eventuellen Geburten gestellt.

Mit Hilfe von tabellarischen Auswertungsalgorithmen oder Schablonen werden entsprechenden Frageblöcken Syndrome zugeordnet. In den Themenbereichen Stress, Depression und somatische Symptome handelt es sich um eine kontinuierliche Diagnostik, bei der anhand von Skalennummernwerten zudem auf Schweregrade rückgeschlossen werden kann. Am Beispiel

der Depressivität können den Antwortmöglichkeiten Werte von 0 („Überhaupt nicht“), 1 („An einzelnen Tagen“), 2 („An mehr als der Hälfte der Tage“) bis 3 („Beinahe jeden Tag“) zugeordnet werden. Die Skalenpunktwerde werden wie im Folgenden interpretiert: Punktwerte < 5 entsprechen am ehesten keiner depressiven Störung, 5-10 Punkte deuten auf eine leichte oder unterschwellige depressive Störung hin und bei > 10 Punkten kann von einer Major-Depression gesprochen werden. Die stärkste Ausprägung der Major-Depression erhält den maximalen Punktwert von 27. ²²

Eine besonders hohe Validität zeigt der PHQ bei der Diagnose einer Major Depression auf. Hier beträgt die Sensitivität 95 % und die Spezifität 86 %. Neben der Major Depression gelten auch andere depressive Störungen und die Panikstörung als besonders valide. ¹³⁴

Das Item 2i zielt auf Suizid bzw. Suizidfantasien ab. Dieses gilt als positiv, sobald eine andere Antwortmöglichkeit als „Überhaupt nicht“ angekreuzt wird. In solchen Fällen ist eine weitere Exploration notwendig, um die Akuität einschätzen zu können. Des Weiteren zielen die Items 12a-12j auf psychosoziale Belastungsfaktoren ab und können den Bereich „Stress“ mit Skalennummernwerten von 0-20 widerspiegeln. Hier liegt die Bewertung bei 0 („Nicht beeinträchtigt“), 1 („Wenig beeinträchtigt“) und 2 („Stark beeinträchtigt“). ²²

Nicht nur zur Erstdiagnostik, sondern auch zur Verlaufsbeurteilung psychischer Störungen findet der PHQ Anwendung ²² und wird von mehr als 90 % der Ärzte als Screening-Instrument akzeptiert ¹³⁴. Zudem wird der PHQ als wertvolles, valides und zeitsparendes diagnostisches Instrument für die Erfassung psychischer Störungen angesehen ¹³⁴.

3.2.3. Deutsche Kurzversion des Bindungsfragebogens

Die deutschsprachige Version des Bindungsfragebogens „Experiences in Close Relationships - Revised“ (ECR-RD) basiert auf der amerikanischen Version von Fraley, Waller und Brennan aus dem Jahr 2000 ¹²⁰. Bei den Fragen 49 und 50 der Online-Befragung handelte es sich um eine entsprechende deutsche Kurzversion (ECR-RD12) bestehend aus 12, statt 36 Items ²³. Die Beantwortung der Fragen erfolgte anhand einer Likert-Skala von 1 (Stimme gar nicht zu) bis 7 (Stimme völlig zu) und maß das Vorliegen von bindungsbezogener Angst und oder bindungsbezogener Vermeidung ^{23,120}. Die Fragen 1, 2, 5, 8, 10 und 11 beziehen sich auf die bindungsbezogene Angst, während sich entsprechend die Fragen 3, 4, 6, 7, 9, und 12 auf die bindungsbezogene Vermeidung beziehen. Bei den Fragen 3, 4, 9 und 12 handelt es sich um invers auszuwertende Items. (Brenk-Franz, Ehrenthal, Gensichen, Schauenburg & Strauß, gemäß persönlicher Mitteilung von J. C. Ehrenthal an Dr. Weber, Version 2.0, Stand 14.07.2011).

Tabelle 5: Items des ECR-RD12

ECR-RD12

1. Ich habe Angst, die Liebe meines Partners/meiner Partnerin zu verlieren.
 2. Ich mache mir oft Sorgen, dass mein Partner/meine Partnerin nicht bei mir bleiben will.
 3. Ich fühle mich wohl damit, meine privaten Gedanken und Gefühle mit meinem Partner/meiner Partnerin zu teilen.
 4. Es fällt mir leicht, mich auf meinen Partner/meine Partnerin zu verlassen.
 5. Ich befürchte, dass ich meinem Partner/meiner Partnerin weniger bedeute als er/sie mir.
 6. Ich ziehe es vor, meinem Partner/meiner Partnerin nicht nahe zu sein.
 7. Mir wird unwohl, wenn ein Partner/eine Partnerin mir sehr nahe sein will.
 8. Ich habe den Eindruck, dass mein Partner/meine Partnerin nicht so viel Nähe möchte wie ich.
 9. Ich bespreche vieles mit meinem Partner/meiner Partnerin.
 10. Ich habe Angst, dass sobald ein Partner/eine Partnerin mich näher kennen lernt, er/sie mich nicht so mag, wie ich wirklich bin.
 11. Es macht mich wütend, dass ich von meinem Partner/meiner Partnerin nicht die Zuneigung und Unterstützung bekomme, die ich brauche.
 12. Es fällt mir leicht, meinem Partner/meiner Partnerin gegenüber liebevoll zu sein.
-

Anmerkung: Die 12 Items der deutschsprachigen Kurzversion des ECR-RDs. Daten nach Brenk-Franz et al., 2018; eigene Darstellung.

Der ECR-RD dient der Erfassung von partnerschaftsbezogener Bindung. Es handelt sich um die Darstellung der Bindungsdimensionen Angst und Vermeidung durch Selbstbeschreibung und Partnerschaftsrepräsentation. Der Fragebogen weist laut einer großen nicht klinischen Studie (n = 1006) eine sehr hohe interne Konsistenz auf (Cronbachs $\alpha = 0,91$ (Bindungsbezogene Angst) und $\alpha = 0,92$ (Bindungsbezogene Vermeidung)), womit diese höher als bei allen anderen veröffentlichten deutschsprachigen Bindungsfragebögen ist. ¹²⁰

Auch die Kurzversion liegt bezüglich der internen Konsistenz in einem angemessenen Bereich (Cronbachs $\alpha = 0,88$ (Bindungsbezogene Angst) und $\alpha = 0,87$ (Bindungsbezogene Vermeidung)) ²³ und kann als Screening-Instrument in der Grundversorgung empfohlen werden ^{23,123}.

3.3. Statistische Analysemethoden

In diesem Kapitel werden die statistischen Verfahren zur Auswertung der Fragestellungen und Hypothesen (Kapitel 2.5) dargestellt. Die Berechnungen wurden mit dem Statistikprogramm IBM-SPSS Statistics, Version 25 und 28 für Windows durchgeführt.

Es handelt sich um eine Querschnittsstudie aus einer nicht-repräsentativen Zufallsstichprobe. Im Abschnitt 5.2. sind Limitationen aufgeführt, die bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden müssen. Zur Analyse werden vor allem die soziodemographischen Daten, der ECR-RD12 sowie das Item 2i des PHQ-D verwendet.

Zur Beschreibung der Stichprobe wurde eine deskriptive Analyse durchgeführt. Hierzu zählen die Verteilung der Studierenden nach Fakultäten, die Geschlechterverteilung, die Anzahl der Fachsemester sowie das Durchschnittsalter. Außerdem wurden Nebentätigkeiten zur Studienfinanzierung und weitere soziodemographische Angaben deskriptiv analysiert.

Die quantitativen Variablen wurden mittels Mittelwert (MW), Median (Med) und Interquartilsabstand (IQA) deskriptiv beschrieben; qualitative Variablen mittels absoluter und relativer Häufigkeiten. Das arithmetische Mittel gibt den Durchschnitt aller Messergebnisse wieder. Der Median hingegen halbiert die Werte einer Messreihe, sodass genauso viele Messwerte über wie unter dem Median liegen. Vom Median weichen alle Werte im Durchschnitt am wenigsten ab.¹³⁵ Mit dem Interquartilsabstand beschreibt man das Intervall, in dem die zentralen 50 % der Messwerte liegen¹³⁰.

Die quantitativen Merkmale Alter, Anzahl der Fachsemester, durchschnittliche Wochenarbeitszeit einer Nebentätigkeit und die Bindungsdimensionen wurden mit Hilfe des Kolmogoroff-Smirnoff-Tests auf Normalverteilung getestet. Der Kolmogoroff-Smirnoff-Test überprüft, ob beobachtete Daten einer speziellen Verteilung, z.B. einer Normalverteilung, entsprechen¹³⁰.

Zur Bestimmung der Belastung Kölner Studierender in Bezug auf das Vorliegen suizidaler Gedanken, wurde das Item 2i des Gesundheitsfragebogens PHQ-D ausgewertet (Kapitel 3.2.2). Die Auswertung der PHQ-D-Daten erfolgte deskriptiv und sollte einen Überblick über die Quantität suizidaler Gedanken der Studierenden bieten.

Auch das Auftreten suizidaler Gedanken nach der Anzahl der Fachsemester wurde analysiert. Zur Veranschaulichung wurden Semestergruppen gebildet, um einen Eindruck zu erhalten, in welchen Studienabschnitten suizidale Gedanken am ehesten auftreten. Die Einteilung der Semestergruppen lautet wie folgt: Gruppe 1 = Fachsemester 1-4, Gruppe 2 = Fachsemester 5-8, Gruppe 3 = 9-12, Gruppe 4 = Fachsemester 13-16, Gruppe 5 = Fachsemester 17-20, Gruppe 6 = 21-39.

Zur Darstellung des Zusammenhangs suizidaler Gedanken und der Studienfinanzierung durch eine Nebentätigkeit wurden die durchschnittlichen Wochenarbeitsstunden der Studierenden erhoben und deskriptiv analysiert.

Des Weiteren fand im Ergebnisteil die deskriptive Beschreibung der Merkmale Studienabbruchgedanken bzw. stattgefundenen Studienabbrüche und suizidale Gedanken mittels relativer und absoluter Häufigkeiten statt. Das Merkmal Abbruchgedanken nach Studiensemestern wurde zusätzlich nach Geschlechtersubgruppen beschrieben.

Der Zusammenhang von den Merkmalen Geschlecht und suizidale Gedanken wurde mittels Chi-Quadrat-Tests für unabhängige Stichproben untersucht. Der Chi-Quadrat-Test wird zur Analyse der Häufigkeitsverteilung von Nominaldaten verwendet¹³⁶ und prüft die Nullhypothese gegen die Alternativhypothese¹³⁰. Dieser Signifikanztest überprüft, ob die beobachteten Häufigkeiten von den erwarteten Häufigkeiten abweichen. Bei systematischem Unterschied ist die Nullhypothese hinreichend unwahrscheinlich und die Alternativhypothese wird angenommen.

¹³⁶ Zum Nachweis statistisch signifikanter Unterschiede kann der p-Wert betrachtet werden.

Der p-Wert gibt die Wahrscheinlichkeit an, das beobachtete oder ein noch extremeres Ergebnis zu erhalten, unter der Annahme, dass die Nullhypothese gültig ist¹³⁰. Diese Wahrscheinlichkeit liegt zwischen 0 und 1. Die maximal tolerable Irrtumswahrscheinlichkeit (Signifikanzniveau α) liegt in der Regel, sowie auch in der vorliegenden Arbeit, bei 5%.¹³⁷

Man spricht von statistischer Signifikanz, wenn der p-Wert kleiner ist als das Signifikanzniveau α ($\alpha = 0,05$)^{137,138}. In diesem Fall wird die Alternativhypothese angenommen und die Nullhypothese verworfen. Ist der p-Wert größer als das Signifikanzniveau α muss die Alternativhypothese abgelehnt werden.¹³⁷

Die Auswertung der Bindungsdimensionen BANG und BVER erfolgte mit Hilfe des Bindungsfragebogens ECR-RD 12 (Kapitel 3.2.3).

Es wurden Mittelwerte, Mediane sowie Interquartilsabstände für BANG und BVER der Gesamtstichprobe gebildet. Die Bindungsdimensionen wurden nach dem Median dichotomisiert, sodass sich die Gruppen niedrig ($< \text{Median}$) und hoch ($\geq \text{Median}$) ergeben. Auch der Zusammenhang der Merkmale Geschlecht und Bindungsdimensionen (dichotomisiert) wurde beschrieben.

Um die Belastung der Studierenden in Bezug auf das Vorliegen der Bindungsdimensionen BANG und BVER besser einschätzen zu können, wurden die Studienteilnehmenden nach Ihren Ergebnissen in die drei Ausprägungsgruppen niedrig, medium und hoch aufgeteilt. Die Einteilung fand separat für die bindungsbezogene Angst und die bindungsbezogene

Vermeidung statt, und zwar anhand des Mittelwertes und der Addition bzw. Subtraktion der Standardabweichung.

Bei den Bindungsdimensionen werden die Werte als niedrig eingestuft, die im Bereich maximal bis zum Wert MW minus SD liegen. Der Bereich „medium“ setzt sich aus den Werten zwischen MW minus SD und MW plus SD zusammen. Der Bereich „hoch“ besteht aus allen Werten die größer als MW plus SD sind. Anhand dieser Gruppierungen sollen die besonders stark belasteten Studierenden der Gruppe „hoch“ erkannt und mit den niedrig Belasteten verglichen werden. Bei der Ausprägungsgruppe „hoch“ handelt es sich um eine Art Hochrisikogruppe für das Auftreten von BANG und BVER.

Um einschätzen zu können, in welchen Altersklassen die Auftretenswahrscheinlichkeit der bindungsbezogenen Angst oder Vermeidung am größten ist, wurden fünf Altersgruppierungen vorgenommen. Es handelt sich um die Altersklassen 16-25 J., 26-35J., 36-45 J., 46-55 J. und 56-65 J.

Des Weiteren wurde auch bei diesem Merkmal die Fachsemesteranzahl deskriptiv analysiert. Sowohl anhand der Mittelwerte als auch unter der Berücksichtigung der Einteilung in die oben genannten drei Gruppen, wurde der Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Bindungsdimensionen und der Inanspruchnahme von psycho-sozialen Beratungsstellen analysiert.

Die Kernfrage dieser Arbeit behandelt den Zusammenhang zwischen suizidalen Gedanken und den Bindungsdimensionen der Studierenden an der Universität zu Köln.

Die Merkmale Bindungsdimensionen (dichotom und trichotom) und suizidale Gedanken wurden deskriptiv analysiert. Insbesondere die Hochrisikogruppe der Bindungsdimensionen wurde betrachtet.

Des Weiteren wurde die Inanspruchnahme von therapeutischen Hilfeleistungen und der Zusammenhang mit suizidalen Gedanken der Kölner Studierenden analysiert. Insbesondere wurden psycho-soziale Beratungsstellen und die Psychotherapie (PT) beleuchtet. Es wird zwischen aktueller und genereller PT unterschieden. Die generelle PT umfasst bereits stattgehabte Kontakte zu Psychotherapeuten. Eine Auswertung der Inanspruchnahme erfolgte nach dem Geschlecht, nach der Art der Hilfeleistung sowie dem Status suizidaler Gedanken. Zur Überprüfung der zweiten Hypothese, dass Studierende mit suizidalen Gedanken häufiger eine Psychotherapie in Anspruch nehmen als ihre Mitstudierenden, wurde der Chi-Quadrat-Test durchgeführt.

Für die Untersuchung des Einflusses der Merkmale Geschlecht, Alter, Semesteranzahl, Studienfinanzierung und Studienabbrüche sowie Studienabbruchgedanken, auf die Auftretenswahrscheinlichkeit suizidaler Gedanken, wurde eine logistische Regression gewählt. Außerdem wurden die Merkmale BANG und BVER sowie die Inanspruchnahme einer Psychotherapie und psycho-sozialer Beratungsstellen in die logistische Regression mit eingeschlossen. Die logistische Regression untersucht den Einfluss erklärender Variablen auf eine Zielvariable binären Messniveaus ¹³⁹. In der vorliegenden Arbeit handelt es sich um die Zielvariable „suizidale Gedanken“ mit der Dichotomie „Ja“ oder „Nein“.

4. Ergebnisse

Das folgende Kapitel umfasst die Beschreibung des Rücklaufs und der Stichprobe sowie die Ergebnisse der deskriptiven und inferenzstatistischen Analysen.

4.1. Deskription der Stichprobe und des Rücklaufs

Es konnten 44.299 Studierende, von insgesamt 49.772 Studierenden der Universität zu Köln (Stand WS 2014/2015), durch das Anschreiben erreicht werden. An der Online-Umfrage nahmen 4952 Studierende teil, was einer Rücklaufquote der Befragung von 11,18 % entspricht. Aufgrund einer Systemumstellung an der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät konnten nur etwa die Hälfte der Studierenden dieser Fakultät mit dem Anschreiben der Online-Befragung erreicht werden. Um Verzerrung zu vermeiden, wurde die Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät von weiteren Analysen ausgeschlossen (bereinigte Rücklaufquote: N = 4894; 11,04 %).

Die Universität zu Köln gliedert sich in sechs Fakultäten. Hierzu zählen die Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, die Rechtswissenschaftliche Fakultät, die Medizinische Fakultät, die Philosophische Fakultät, die Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät und die Humanwissenschaftliche Fakultät.

Die Teilnehmeranzahl nach den entsprechenden Fakultäten kann der *Tabelle 6* entnommen werden.

Tabelle 6: Teilnehmeranzahl gegliedert in fünf Fakultäten

Fakultät	Häufigkeit	Prozent
Med-Fak	662	13,5
Phil-Fak	1952	39,9
Hum-Fak	1153	23,6
WiSo-Fak	766	15,7
Jur-Fak	361	7,4
Gesamt	4894	100,0

Anmerkung: Die Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät wurde ausgeschlossen (s.o.). Med-Fak = Medizinische Fakultät, Phil-Fak = Philosophische Fakultät, Hum-Fak = Humanwissenschaftliche Fakultät, WiSo-Fak = Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Jur-Fak = Juristische/ Rechtswissenschaftliche Fakultät.

Mit Hilfe des Kolmogoroff-Smirnoff-Tests konnte gezeigt werden, dass in der vorliegenden Arbeit das Alter, die Anzahl der Fachsemester, die durchschnittliche Wochenarbeitszeit einer Nebentätigkeit sowie die Bindungsdimensionen Bindungsangst und Bindungsvermeidung nicht normal verteilt sind. (Anhang B1)

Einen Überblick über die Gesamtstichprobe bezüglich der soziodemographischen Daten sowie dem Kontaktverhalten zu Hilfsangeboten kann der Tabelle 7 entnommen werden.

Tabelle 7: Beschreibung der Gesamtstichprobe

Merkmal		Median	Interquartilsabstand	
			Q25	Q75
Alter		23,0	21,0	26,0
Fachsemesteranzahl		5,0	3,0	7,0
Wochenarbeitszeit einer Nebentätigkeit in Std.		10,0	8,0	16,0
Bindungsdimensionen	Bindungsangst	2,67	1,67	3,83
	Bindungsvermeidung	2,17	1,50	3,17
		Häufigkeit	Prozent	
Geschlecht	Weiblich	3687	75,3	
	Männlich	1207	24,7	
Bildungsbiografie	Berufsausbildung	803	16,4	
	Abgeschlossenes Erststudium	950	19,4	
	Vorheriger Studienabbruch	1182	24,2	
Studienfinanzierung	Verwandte	3450	70,5	
	Nebentätigkeit	3319	67,8	
	BAföG	1185	24,2	
	Stipendium	217	4,4	
Kontakt zu psycho-sozialen Beratungsstellen	Kontakt: Ja	1409	28,8	
	Schulzeit	534	10,9	
	Berufsausbildung	41	0,8	
	Studium	868	17,7	
	Andere Lebensabschnitte	117	2,4	
Psychotherapie	Keine Psychotherapie	3621	74,0	
	Eine Psychotherapie	915	18,7	
	Mehrere Psychotherapien	358	7,3	

Anmerkung: N = 4894, Quantitative Daten werden dargestellt als Median und Interquartilsabstand, qualitative Daten als absolute und relative Häufigkeit. Nebentätigkeit: fehlende Angaben 1564, BANG/BVER: fehlende Angaben 189.

Wie in Abbildung 1 ersichtlich, konnte eine deutlich größere Teilnahmebereitschaft auf Seiten des weiblichen Geschlechts ermittelt werden.

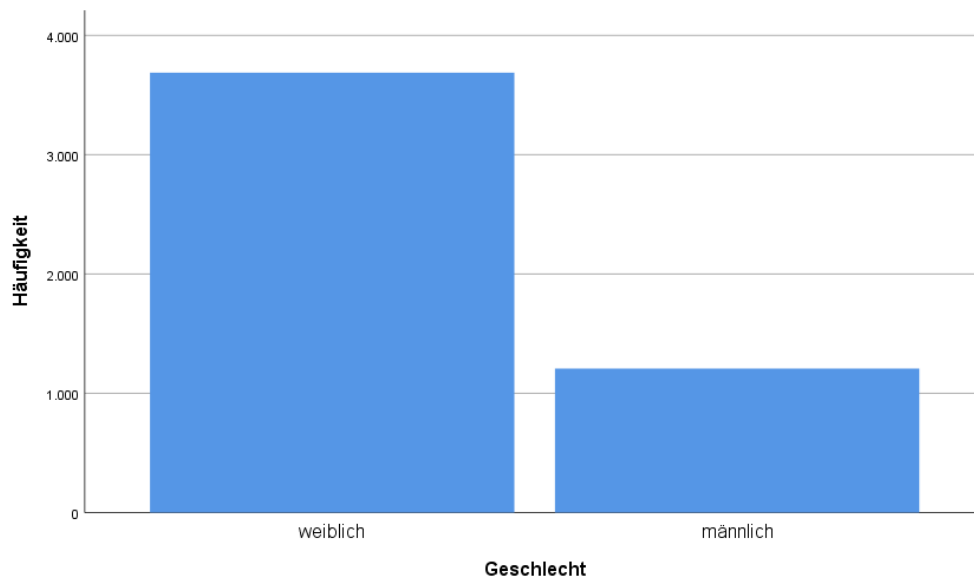


Abbildung 1: Geschlechterverteilung der Studienteilnehmer

Anmerkung: Weibliche Teilnehmer: 3687, männliche Teilnehmer: 1207.

Das Alter der Befragten reichte von 17 bis 65 Jahren, mit einem Durchschnittsalter von 24,33 Jahren (Vergleichbar mit dem Durchschnittsalter der Studierenden nach Middendorff et al., 2017: 24,7 Jahre) (Med = 23,0, IQA = 5). Das Durchschnittsalter der weiblichen Respondenten lag bei MW = 24,07 (Med = 23,0, IQA = 5), das der männlichen Teilnehmer bei MW = 25,11 (Med = 24,0, IQA = 5). Durchschnittlich befanden sich die Studierenden zum Zeitpunkt der Befragung im fünften Fachsemester (Med = 5,0, IQA = 4,0). Die Altersverteilung nach den Fachsemestern ist dem Anhang B2 zu entnehmen.

94,7 % der Studienteilnehmenden hatten die deutsche Staatsangehörigkeit. 67,8 % der Studierenden gaben an einen Nebenjob zur Studienfinanzierung auszuführen, welcher im Durchschnitt 12,39 Stunden pro Woche (Med = 10, IQA = 8,0) in Anspruch nimmt (Abbildung 2).

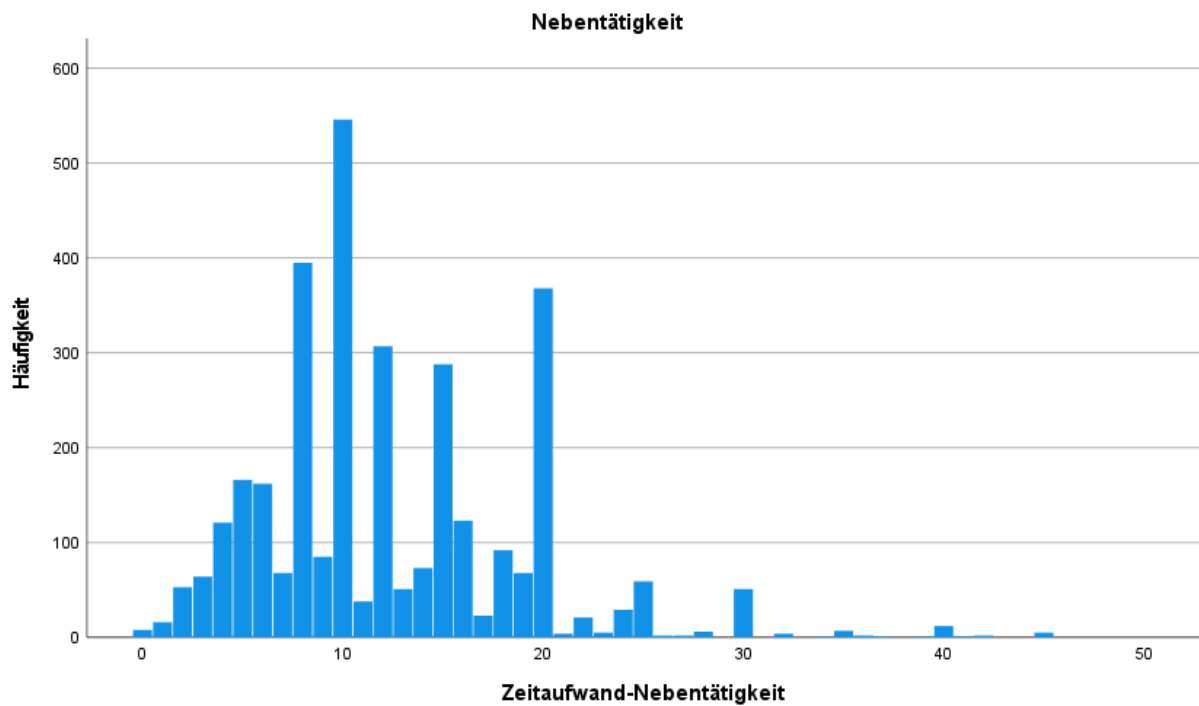


Abbildung 2: Zeitaufwand Nebentätigkeiten

Anmerkung: In der Abbildung wird die absolute Häufigkeit der Studienteilnehmer der Universität zu Köln mit einer Nebentätigkeit in Stunden pro Woche dargestellt. Die durchschnittliche Arbeitszeit beträgt 12,39 Stunden pro Woche. N = 3330.

4.2. Suizidale Gedanken Kölner Studierender

Die Daten des PHQ-Ds wurden deskriptiv ausgewertet und geben Auskunft über die syndromale psychische Belastung der Studienteilnehmer zum Zeitpunkt der Befragung. In dieser Arbeit liegt der Schwerpunkt auf dem speziellen Item 2i der auf die Beantwortung der Aussage „Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen“ abzielt und damit suizidale Gedanken der Stichprobe erfasst (Ziel 1).

Unter der Berücksichtigung, dass sich 2 Studienteilnehmer zu der Frage nicht geäußert haben, kann gezeigt werden, dass 83,2 % keine suizidalen Gedanken aufweisen. Eine Klassifizierung der gerundeten 16,8 % mit suizidalen Gedanken ist der folgenden Tabelle 8 zu entnehmen.

Tabelle 8: Übersicht suizidaler Gedanken

Suizidale Gedanken	Häufigkeit	Prozent
Überhaupt nicht	4073	83,2
An einzelnen Tagen	619	12,6
An mehr als der Hälfte der Tage	137	2,8
Beinahe jeden Tag	63	1,3
Enthaltungen	2	0,0
Gesamt	4894	100,0

Anmerkung: Ausschließlich die Aussage „Überhaupt nicht“ wird als negativ gewertet (83,2 %); 16,7 % sind positiv.

Geschlechterverteilung

Betrachtet man die Geschlechterverteilung weisen 16,3 % der weiblichen- und 18,1 % der männlichen Studierenden suizidale Gedanken auf.

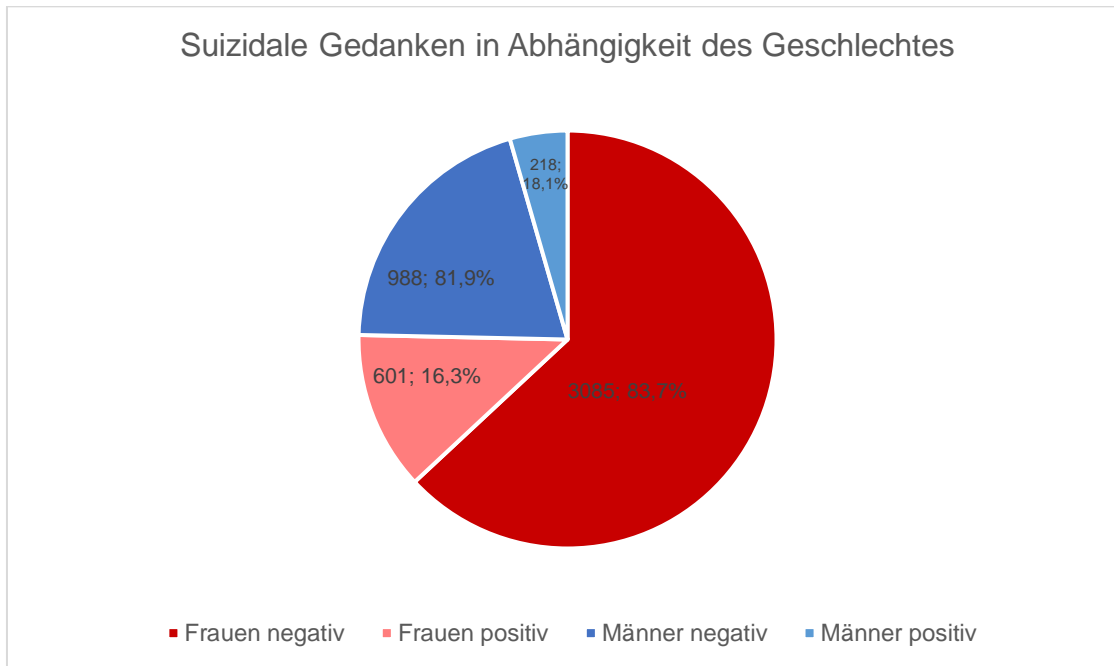


Abbildung 3: Absolute und relative Häufigkeiten suizidaler Gedanken in Abhängigkeit des Geschlechtes

Anmerkung: Weibliche Teilnehmeranzahl N = 3686, männliche Teilnehmeranzahl N = 1206 für die Beantwortung des Item 2i.

Tabelle 9: Geschlechtervergleich suizidaler Gedanken

Geschlecht		Häufigkeit	Prozent
weiblich	Überhaupt nicht	3085	83,7
	An einzelnen Tagen	457	12,4
	An mehr als der Hälfte der Tage	98	2,7
	Beinahe jeden Tag	46	1,2
	Enthaltungen	1	0,0
	Gesamt	3687	100,0
männlich	Überhaupt nicht	988	81,9
	An einzelnen Tagen	162	13,4
	An mehr als der Hälfte der Tage	39	3,2
	Beinahe jeden Tag	17	1,4
	Enthaltungen	1	0,1
	Gesamt	1207	100,0

Anmerkung: Detaillierte Darstellung des Auftretens suizidaler Gedanken nach dem Geschlecht.

Altersverteilung

Der Altersdurchschnitt für das Vorliegen suizidaler Gedanken liegt insgesamt bei 24,66 Jahren (10,6 %) (Med =24,0, IQA = 6). Die Altersverteilung der Studienteilnehmenden mit suizidalen Gedanken ist dem Histogramm (Abbildung 4) zu entnehmen. Frauen sind durchschnittlich etwas jünger als die männlichen Studenten (w = 24,26 Jahre (Med = 24,0, IQA = 5,0), m = 25,77 Jahre (Med = 25,0, IQA = 6,0)).

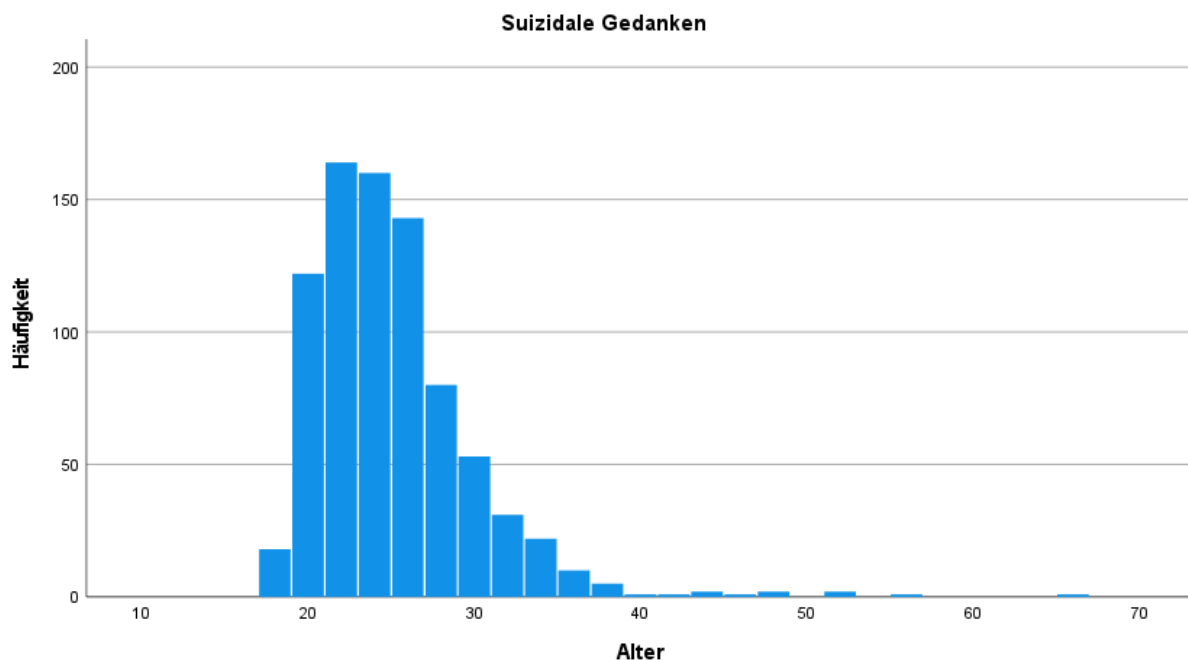


Abbildung 4: Altersverteilung suizidaler Gedanken

Anmerkung: N= 819, Darstellung der Verteilung des Alters (in Jahren) der Studienteilnehmenden mit suizidalen Gedanken.

Dem Linien-Säulen-Diagramm (Abb. 5) kann die Darstellung der Teilnehmeranzahl sowie des prozentualen Auftretens suizidaler Gedanken nach Altersklassen entnommen werden. Während mit dem 18. Lebensjahr 16,7 % der Studienteilnehmenden betroffen sind, weisen mit 28 Jahren 19,6 % Suizidgedanken auf. Es ist ein Aufwärtstrend bis zum 35. Lebensjahr (23,5 %) zu erkennen. Mit steigendem Alter sinkt jedoch drastisch die Teilnehmerzahl, sodass die Beurteilung der deutlich schwankenden prozentualen Zahlen bezüglich des Auftretens suizidaler Gedanken und die extremen Ausschläge bis hin zu 66,7 % im Alter von 48 Jahren, bei einer Personenzahl von 3, als kritisch anzusehen ist (siehe Kapitel 5.1.). (Anhang B3)

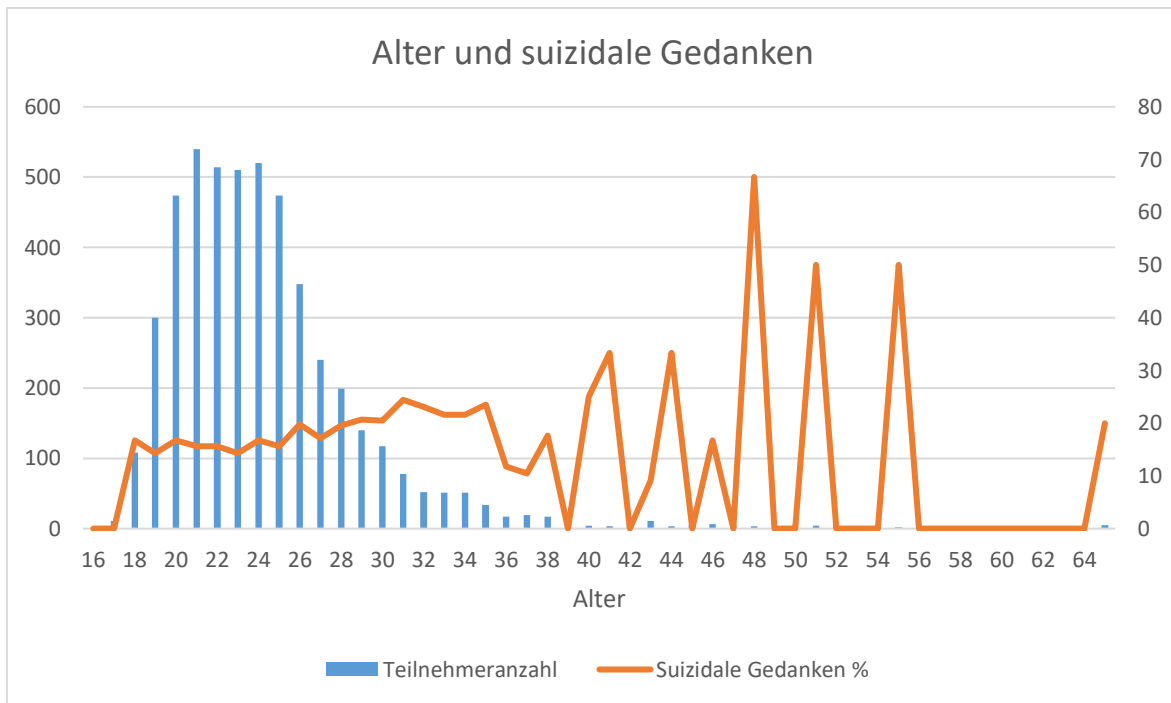


Abbildung 5: Alter und suizidale Gedanken

Anmerkung: Darstellung der absoluten Anzahl (Skala am linken Rand) der Teilnehmer nach dem Alter (16-65 Jahren) und prozentuale Häufigkeit (Skala am rechten Rand) des Auftretens suizidaler Gedanken je Alter.

Im Alter 25 und 26 gab es jeweils eine Enthaltung bei der Beantwortung des Item 2i, sodass in dieser Abbildung 2 Studienteilnehmer weniger dargestellt wurden.

Fachsemesteranzahl

Wie unter 4.1. erwähnt, befinden sich im Durchschnitt die Studierenden zum Zeitpunkt der Teilnahme im 5. Fachsemester. Untersucht man die Auftretenswahrscheinlichkeit suizidaler Gedanken nach der Anzahl der Fachsemester, ist eine deutliche Kumulation im 1. und 3. Fachsemester zu verzeichnen. 150 Studierende (18,3 %), von insgesamt 819 Studierenden, die das Auftreten entsprechender Todeswünsche angaben, befinden sich im 1. und 149 Teilnehmende (18,2 %) im 3. Fachsemester.

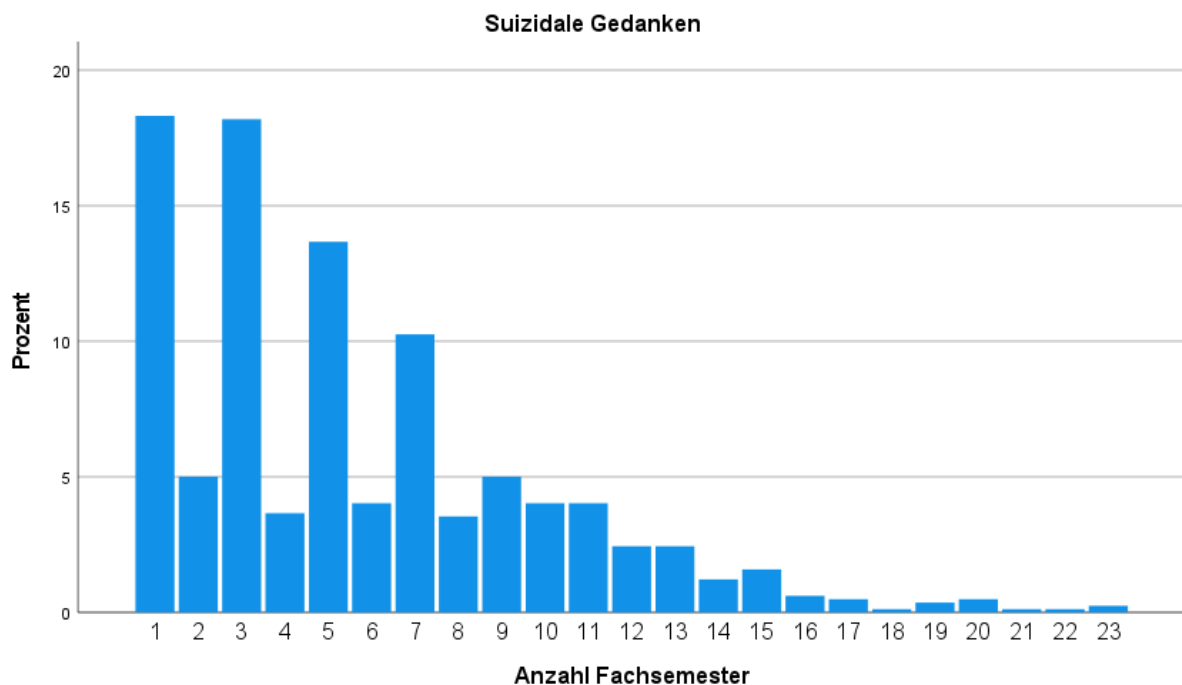


Abbildung 6: Suizidale Gedanken nach der Anzahl der Fachsemester

Anmerkung: Darstellung der Anteile von Studienteilnehmenden mit suizidalen Gedanken nach der Anzahl der Fachsemester.

Betrachtet man das Auftreten suizidaler Gedanken gebündelt in Fachsemestergruppen, zeigt sich, dass im fortgeschritteneren Fachsemester der Anteil Studierender mit suizidalen Gedanken höher ist als zum Studienbeginn. In den Fachsemestern 1-12 zeigen 15,5 % (Gruppe 1), 16,5 % (Gruppe 2) und 18,1 % (Gruppe 3) der Studienteilnehmenden suizidale Gedanken auf. Einen Anstieg kann man ab dem 13. Fachsemester feststellen. In der Gruppe 4 weisen 28,4 % der Studienteilnehmenden suizidale Gedanken auf. In der Gruppe 5 sind es 23,1 % und in Gruppe 6 22,2 % der Studierenden.

Tabelle 10: Auftreten suizidaler Gedanken nach Fachsemestergruppen

<i>Fachsemestergruppen</i>			
	Suizidale Gedanken	Häufigkeit	Prozent
Gruppe 1	negativ	2014	84,4
	positiv	370	15,5
	Enthaltungen	1	0,0
	Gesamt	2385	100,0
Gruppe 2	negativ	1308	83,5
	positiv	258	16,5
	Enthaltungen	1	0,1
	Gesamt	1567	100,0
Gruppe 3	negativ	576	81,9
	positiv	127	18,1
	Gesamt	703	100,0
Gruppe 4	negativ	121	71,6
	positiv	48	28,4
	Gesamt	169	100,0
Gruppe 5	negativ	40	76,9
	positiv	12	23,1
	Gesamt	52	100,0
Gruppe 6	negativ	14	77,8
	positiv	4	22,2
	Gesamt	18	100,0

Anmerkung: N = 4892, Gruppe 1 = Fachsemester 1-4, Gruppe 2 = Fachsemester 5-8, Gruppe 3 = 9-12, Gruppe 4 = Fachsemester 13-16, Gruppe 5 = Fachsemester 17-20, Gruppe 6 = 21-23+39.

Studienfinanzierung

Insgesamt 67,8 % der Studienteilnehmenden finanzieren ihr Studium durch eine Nebentätigkeit (Kapitel 4.1). Unter den Studierenden mit einer Nebentätigkeit geben 16,1 % an unter suizidalen Gedanken zu leiden, während im Vergleich Studierende ohne eine Nebentätigkeit einen höheren prozentualen Anteil aufzeigen (18,0 %). Ein besonders hohes Risiko kann bei 8 (10,7 %), 10 (14,2 %), 15 (10,8 %), und 20 (14,2 %) Arbeitsstunden pro Woche festgestellt werden. (Abbildung 7)

Werden die Studierenden finanziell durch Verwandte unterstützt, sind 15,7 %, im Vergleich zu 19,3 % bei den Studierenden ohne Unterstützung, von suizidalen Gedanken betroffen. (Anhang B4)

Tabelle 11: Suizidale Gedanken und Studienfinanzierung durch Nebentätigkeit

Studienfinanzierung: Jobs/Nebentätigkeit		Häufigkeit	Prozent
Nein	negativ	1291	82,0
	positiv	284	18,0
	Gesamt	1575	100,0
Ja	negativ	2782	83,8
	positiv	535	16,1
	Enthaltungen	2	0,1
	Gesamt	3319	100,0

Anmerkung: Darstellung suizidaler Gedanken Kölner Studierender nach der Studienfinanzierung durch eine Nebentätigkeit.

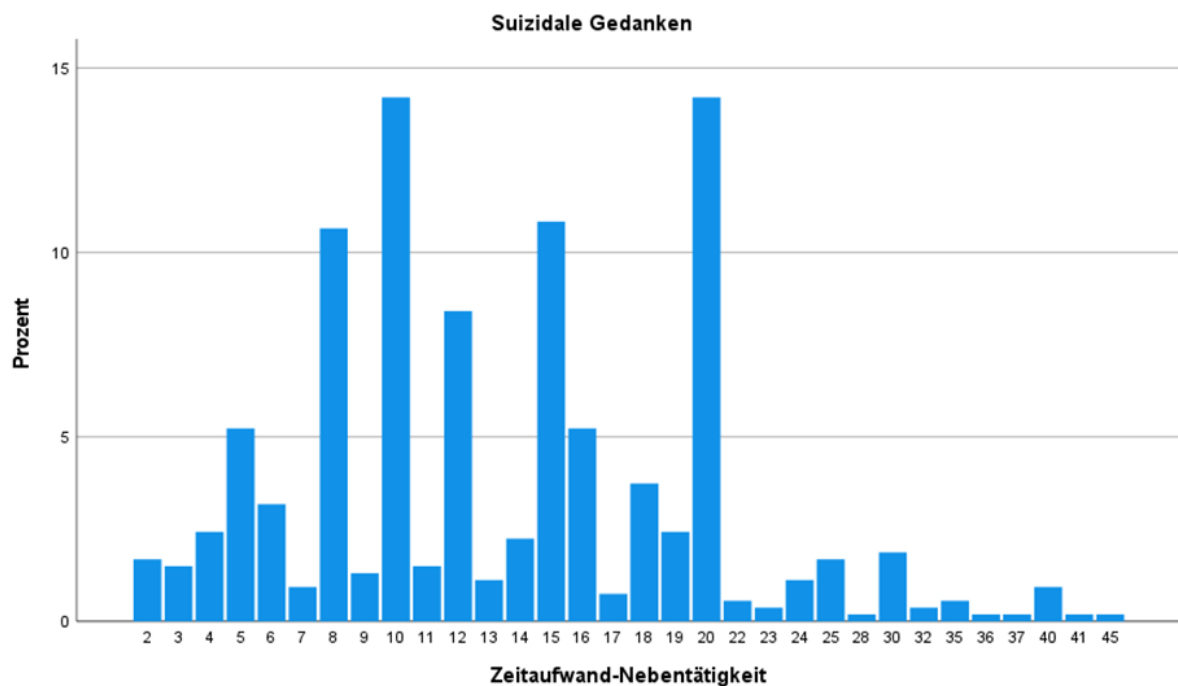


Abbildung 7: Suizidale Gedanken nach Arbeitsstunden pro Woche

Anmerkung: Prozentuale Darstellung der Anteile der Studienteilnehmenden mit suizidalen Gedanken nach dem Zeitaufwand für die Nebentätigkeit in Arbeitsstunden pro Woche.

Studienabbruch/ Studienabbruchgedanken

Während 23,4 % der Studierenden ohne derzeitige lebensmüde Gedanken ein vorheriges Studium abgebrochen haben, geben 27,8 % mit suizidalen Gedanken einen vorherigen Abbruch an. Es haben mehr männliche als weibliche Studierende bereits ein Studium ohne Abschluss vorzeitig beendet (m: 26,8 % vs. w: 23,3 %).

Im aktuellen Studiengang denken 45,6 % über einen Studienabbruch nach. Auch hier sind etwas mehr die männlichen Studierenden betroffen als die Weiblichen (m: 48,3 % vs. w: 44,8 %). Es ist eine deutliche Abbruchtendenz bei den Studierenden mit suizidalen Gedanken zu verzeichnen. 67,9 % dieser Studierenden denken über einen Studienabbruch nach. Im Vergleich sind es 41,1 % ohne entsprechende psychische Pathologie.

Die Studienabbruchgedanken häufen sich insbesondere in den ersten Studiensemestern. Mit 18,7 % können die meisten Abbruchgedanken im 3. Semester nachgewiesen werden, gefolgt von 15,5 % im 1. und 14,0 % im 5. Semester. Der Kreuztabelle (Tab. 12) kann entnommen werden, dass bei der Verneinung von den „Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten“, die relative Mehrheit keine Überlegungen aufweisen, ihr Studium frühzeitig abzubrechen (58,9 %). Je häufiger zeitlich suizidale Gedanken auftreten, desto höher ist auch der Anteil der Studierenden mit Studienabbruchgedanken. Beim Vorliegen suizidaler Gedanken „an einzelnen Tagen“ denken 65,4 % der Studierenden über einen vorzeitigen Abbruch nach. Bei den Antwortmöglichkeiten „an mehr als der Hälfte der Tage“ (75,2 %) sowie „beinahe jeden Tag“ (76,2 %) sind steigende Zahlen der Abbruchgedanken zu verzeichnen.

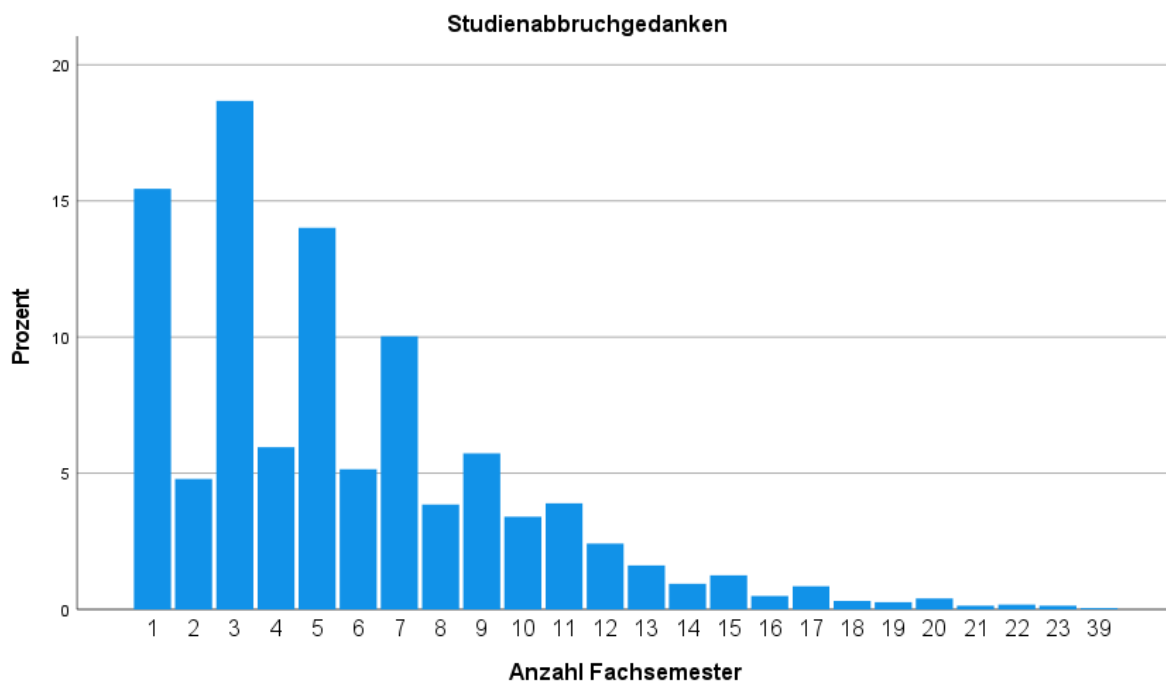


Abbildung 8: Studienabbruchgedanken nach Fachsemestern

Anmerkung: Die Abbildung zeigt den Anteil der Studienteilnehmenden mit Studienabbruchgedanken im jeweiligen Fachsemester an.

Tabelle 12: Kreuztabelle suizidale Gedanken und Studienabbruchgedanken

Suizidale Gedanken und Studienabbruchgedanken

			Studienabbruchgedanken		
			nein	ja	Gesamt
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	überhaupt nicht	Anzahl	2397	1676	4073
		SG	58,9%	41,1%	100,0%
	an einzelnen Tagen	Anzahl	214	405	619
		SG	34,6%	65,4%	100,0%
	an mehr als der Hälfte der Tage	Anzahl	34	103	137
		SG	24,8%	75,2%	100,0%
	beinahe jeden Tag	Anzahl	15	48	63
		SG	23,8%	76,2%	100,0%
Gesamt		Anzahl	2660	2232	4892
		SG	54,4%	45,6%	100,0%

Anmerkung: N = 4892, SG steht für Suizidale Gedanken und bezieht sich auf das Item 2i „Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten“.

Die Tabelle 13 zeigt die Verteilung bereits stattgefundenener Studienabbrüche nach der Zugehörigkeit entsprechender Fakultäten.

Tabelle 13: Studienabbruch nach Fakultätszugehörigkeit

Vorheriger Studienabbruch		Häufigkeit	Prozent
nein	Med-Fak	546	14,7
	Phil-Fak	658	17,7
	Hum-Fak	1605	43,2
	Wiso-Fak	603	16,2
	Jur-Fak	300	8,1
	Gesamt	3712	100,0
ja	Med-Fak	116	9,8
	Phil-Fak	278	23,5
	Hum-Fak	584	49,4
	Wiso-Fak	143	12,1
	Jur-Fak	61	5,2
	Gesamt	1182	100,0

Anmerkung: Darstellung bereits stattgefundenener Studienabbrüche nach der Zugehörigkeit der Fakultäten.

Hypothese 1

Der Chi-Quadrat-Test zur Prüfung von Hypothese 1 ergibt einen p-Wert von 0,153. Die Nullhypothese, dass kein Zusammenhang zwischen Geschlecht und dem Auftreten von suizidalen Gedanken unter Kölner Studierenden besteht, muss beibehalten werden.

Tabelle 14: Chi-Quadrat-Test für das Auftreten suizidaler Gedanken nach dem Geschlecht

		Geschlecht			Pearson-Chi-Quadrat
		weiblich	männlich	Gesamt	
Suizidale Gedanken	negativ	3085	988	4073	p-Wert: 0,153
	positiv	601	218	819	
	Gesamt	3686	1206	4892	

Anmerkung: Signifikanzprüfung durch den Chi-Quadrat-Test für die Merkmale Suizidale Gedanken und Geschlecht; Hypothese 1.

4.3. Bindungsdimensionen Kölner Studierender

Für die Darstellung der Bindungsdimensionen in der Stichprobe wurde die Kurzversion des Bindungsfragebogens ECR-RD12 eingesetzt. 4705 Studierende der Universität zu Köln bearbeiteten den Bindungsfragebogen, während sich 189 Studierende enthielten.

Es konnte ein Mittelwert von 2,86 (Med = 2,67, IQA = 2,17) für die bindungsbezogene Angst und von 2,47 (Med = 2,17, IQA = 1,67) für die bindungsbezogene Vermeidung festgestellt werden.

Tabelle 15: Bindungsdimensionen in der Gesamtstichprobe

<i>Bindungsdimensionen</i>						
N	Min.	Max.	MW	SD	Med.	IQA
BANG	1,00	7,00	2,8618	1,40723	2,6667	2,17
BVER	1,00	7,00	2,4739	1,23097	2,1667	1,67

Anmerkung: Darstellung der Bindungsdimensionen in der Stichprobe nach dem Mittelwert, der Standardabweichung, des Medians und des Interquartilsabstandes.

Dichotomisierung

Teilt man die Bindungsdimensionen nach dem Median in die zwei Gruppen *niedrig* (BANG 1-2,6667; BVER 1-2,1667) und *hoch* (BANG 2,6667-7; BVER 2,1667-7) auf, ergibt sich, dass 50,1 % der Studierenden eine niedrige und 46,0 % eine hohe Ausprägung einer Bindungsangst aufzeigen. Während 50,2 % einen niedrigen Wert für die Bindungsvermeidung aufweisen, zeigen 46,0 % der Studierenden eine hohe Ausprägung auf.

Tabelle 16: Bindungsdimensionen dichotomisiert

<i>Bindungsangst</i>		
	Häufigkeit	Prozent
niedrig	2453	50,1
hoch	2252	46,0
Enthaltungen	189	3,9
Gesamt	4894	100,0

<i>Bindungsvermeidung</i>		
	Häufigkeit	Prozent
niedrig	2456	50,2
hoch	2249	46,0
Enthaltungen	189	3,9
Gesamt	4894	100,0

Anmerkung: Darstellung der Bindungsdimensionen in den Gruppen *niedrig* und *hoch*.

Um das Auftreten der Bindungsdimensionen im Geschlechtervergleich zu betrachten, wurde auch hier die Dichotomisierung der Merkmale zu Hilfe genommen. Es kann gezeigt werden, dass Frauen häufiger Bindungsängste aufweisen als Männer (w: 47,7 % vs. m: 40,8 %). Hin- gegen zeigen sich bei den Studenten höhere Ausprägungen der Bindungsvermeidung (m: 53,4 % vs. w: 43,5 %).

Tabelle 17: Zweiteilung der Bindungsdimensionen nach dem Geschlecht

Geschlecht und Bindungsdimensionen

<i>BANG</i>		Häufigkeit	Prozent
weiblich	niedrig	1790	48,5
	hoch	1760	47,7
	Enthaltungen	137	3,7
	Gesamt	3687	100,0
männlich	niedrig	663	54,9
	hoch	492	40,8
	Enthaltungen	52	4,3
	Gesamt	1207	100,0

<i>BVER</i>		Häufigkeit	Prozent
weiblich	niedrig	1946	52,8
	hoch	1604	43,5
	Enthaltungen	137	3,7
	Gesamt	3687	100,0
männlich	niedrig	510	42,3
	hoch	645	53,4
	Enthaltungen	52	4,3
	Gesamt	1207	100,0

Anmerkung: Dichotome Darstellung der Bindungsdimensionen nach dem Geschlecht.

Trichotomisierung

Um die Intensität der Bindungsdimensionen in Form von BANG und BVER unter den Studierenden besser einschätzen zu können, wurden die entsprechenden Merkmale in die drei Gruppen *niedrig*, *medium* und *hoch* aufgeteilt. Bei der Bindungsangst (MW = 2,8618, SD = 1,40723) werden die Werte als niedrig eingestuft, die im Bereich 1-1,45457 liegen. Der Bereich „medium“ setzt sich aus den Werten 1,45457-4,26903 zusammen. Der Bereich „hoch“ besteht aus den Werten 4,26903-7. Für die Bindungsvermeidung (MW = 2,4739, SD = 1,23097) ergeben sich folgende Einteilungen: „niedrig“: 1-1,24293, „medium“: 1,24293-3,70487 und „hoch“: 3,70487-7 (siehe Kapitel 3.3.).

16,9 % der Studierenden weisen hohe Werte für das Auftreten der Bindungsangst und 16,6 % für die Bindungsvermeidung auf.

Tabelle 18: Bindungsdimensionen nach Ausprägungsgruppen

		Häufigkeit	Prozent
BANG	niedrig	844	17,2
	medium	3033	62,0
	hoch	828	16,9
	Enthaltungen	189	3,9
	Gesamt	4894	100,0
BVER	niedrig	770	15,7
	medium	3121	63,8
	hoch	814	16,6
	Enthaltungen	189	3,9
	Gesamt	4894	100,0

Anmerkung: Häufigkeitsverteilung der Bindungsdimensionen BANG und BVER nach ihren Ausprägungsgruppen *niedrig*, *medium* und *hoch*.

In der trichotomen Einteilung weisen Studentinnen mit 17,8 % höhere Werte für die bindungsbezogene Angst auf als ihre männlichen Kommilitonen (14,3 %). Während die Studentinnen mit 15,9 % niedrige Werte für die bindungsbezogene Angst aufzeigen, weisen männliche Studenten mit 21,5 % deutlich häufiger niedrige Werte auf. Die mittlere Gruppe liegt bei $w = 62,7$ % und $m = 59,9$ %.

Betrachtet man die bindungsbezogene Vermeidung, weisen Studentinnen mit 17,5 % niedrige und mit 15,0 % hohe Werte auf. Männliche Studierende hingegen zeigen eine deutliche Tendenz für hohe Ausprägungen einer bindungsbezogenen Vermeidung (21,5 %), während nur bei 10,4 % niedrige Werte vorliegen. Die Gruppierung *medium* zeigt mit etwa 64 % keinen Unterschied in der Geschlechtsverteilung auf.

Tabelle 19: Dreiteilung der Bindungsdimensionen nach dem Geschlecht

Geschlecht und Bindungsdimensionen

BANG		Häufigkeit	Prozent
weiblich	niedrig	585	15,9
	medium	2310	62,7
	hoch	655	17,8
	Enthaltungen	137	3,7
	Gesamt	3687	100,0
männlich	niedrig	259	21,5
	medium	723	59,9
	hoch	173	14,3
	Enthaltungen	52	4,3
	Gesamt	1207	100,0
BVER		Häufigkeit	Prozent
weiblich	niedrig	644	17,5
	medium	2352	63,8
	hoch	554	15,0
	Enthaltungen	137	3,7
	Gesamt	3687	100,0
männlich	niedrig	126	10,4
	medium	769	63,7
	hoch	260	21,5
	Enthaltungen	52	4,3
	Gesamt	1207	100,0

Anmerkung: Darstellung der Bindungsdimensionen in den drei Ausprägungen *niedrig*, *medium* und *hoch* nach dem Geschlecht.

Altersverteilung

Zur Betrachtung der Bindungsdimensionen nach dem Alter wurden gruppierte Säulendiagramme in den Ausprägungsgruppen *niedrig*, *medium* und *hoch* gewählt.

Die Mittelwerte der 5 gebildeten Altersgruppen für hohe Ausprägungen einer Bindungsangst zeigen in den Altersklassen 16-25 J.: MW = 16,51 %, 26-35 J.: MW = 18,61 %, 36-45 J.: MW = 13,04 %, 46-56 J.: MW = 3,70 %. Für die Altersklasse 56-65 J. liegt kein erhöhter Wert mehr vor. Nach diesen Daten kann die Altersgruppe 26-35 als das Alter der höchsten Ausprägungen für BANG festgelegt werden.

Insbesondere die Altersklassen 31 J. (26,9 %), 40 J. (25 %) und 41 J. (33,3 %) weisen deutlich erhöhte Werte für Bindungsängste auf. Ab dem 44. Lebensjahr (Ausreißer 46 Jahre) nehmen die Ausprägungen einer Bindungsangst deutlich ab.

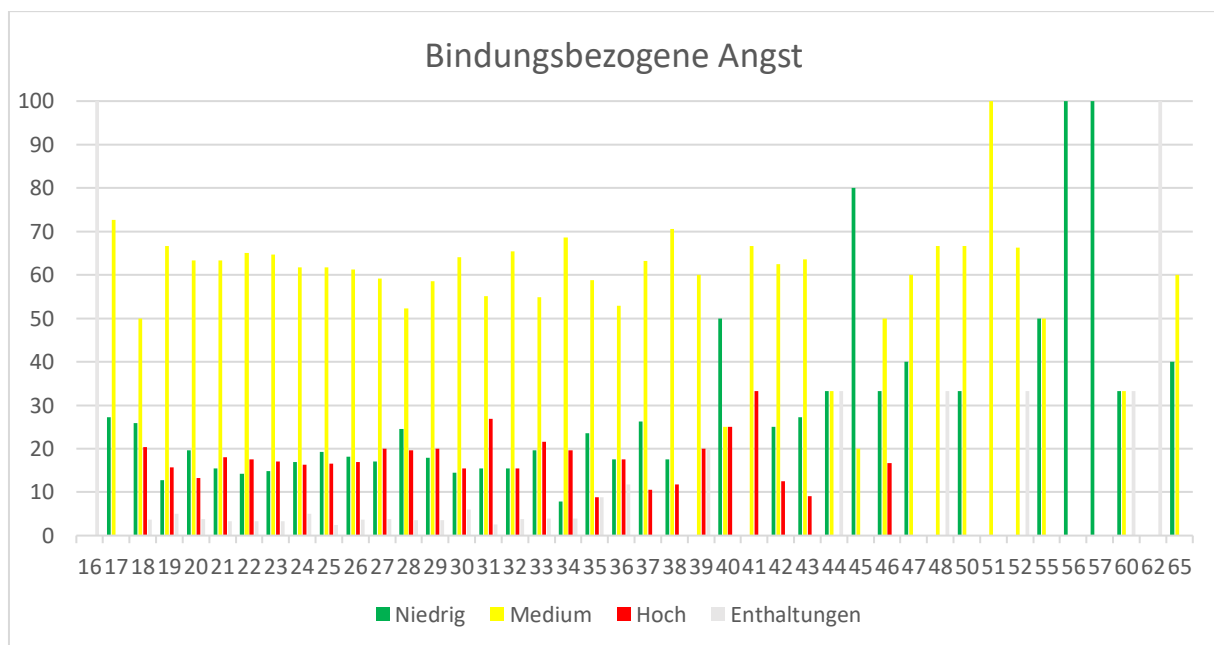


Abbildung 9: Ausprägungsgruppen der bindungsbezogenen Angst nach dem Alter

Anmerkung: Darstellung der bindungsbezogenen Angst nach dem Alter (X-Achse) in der Einteilung *niedrige*, *mittlere* und *hohe* Ausprägung in % (Y-Achse). Für die Altersklassen 49, 53, 58, 59, 61, 63 und 64 liegen keine Werte vor.

Betrachtet man die Verteilung der Mittelwerte in Bezug auf die bindungsbezogene Vermeidung, können in den Altersklassen folgende Werte festgestellt werden: 16-25 J.: MW = 15,61 %, 26-35 J.: MW = 18,15 %, 36-45 J.: MW = 28,26 %, 46-55 J.: MW = 29,63 % und 56-65 J.: MW = 27,27 %. In den Altersgruppierungen kann ein stetiger Anstieg bis zur Altersgruppe 4 der BVER gesehen werden.

Insbesondere die Altersklasse 39 J. (40 %), 41 J. (66,7 %), 43 J. (45,5 %), 47 J. (40 %), 50 J. (100 %), 55 J. (50 %), 57 J. (100 %) und 65 J. (40 %) weisen deutlich erhöhte Werte für die Bindungsvermeidung auf.

In den Abbildungen ist veranschaulicht dargestellt, dass die höchsten Ausprägungen der Bindungsvermeidung insbesondere in den höheren Altersklassen präsent sind, während die Bindungsangst ab dem 44. Lebensjahr, mit Ausnahme eines Ausreißers (46 J.), keine Werte der Ausprägungsgruppe *hoch* annimmt.

Ab der Altersklasse 36. Jahre (sowie im 17. Lebensjahr) nehmen, sowohl für BANG als auch für BVER, jedoch weniger als 20 Personen pro Lebensjahr teil, sodass diese Werte kritisch zu beurteilen sind. (Anhang B5)

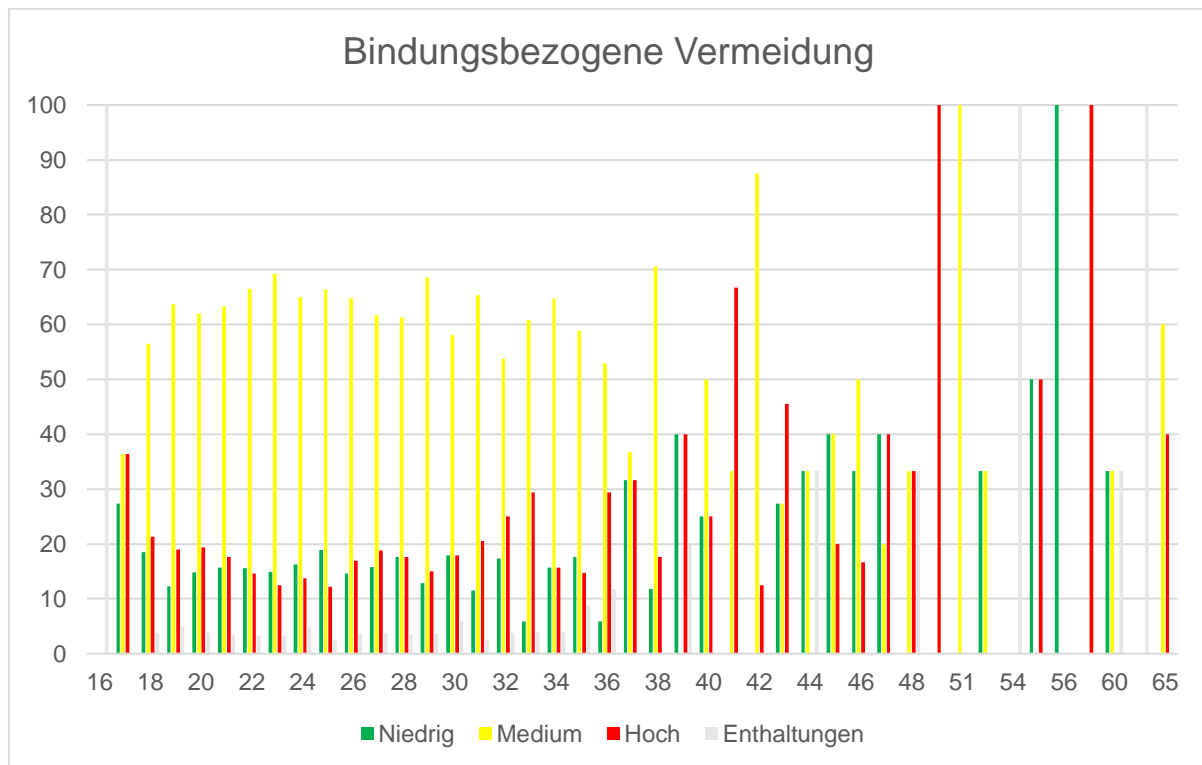


Abbildung 10: Ausprägungsgruppen der bindungsbezogenen Vermeidung nach dem Alter

Anmerkung: Darstellung der bindungsbezogenen Vermeidung nach dem Alter (X-Achse) in der Einteilung *niedrige*, *mittlere* und *hohe* Ausprägung in % (Y-Achse). Für die Altersklassen 49, 53, 58, 59, 61, 63 und 64 liegen keine Werte vor.

Fachsemesteranzahl

Betrachtet man das Auftreten der Bindungsdimensionen nach der Anzahl der Fachsemester, ist für die Bindungsangst ab dem 8. Fachsemester und für die Bindungsvermeidung ab dem 11. Fachsemester ein Anstieg der Werte zu erkennen. Parallel sinkt die Ausprägungsgruppe *niedrig* tendenziell für das Vorliegen der BANG ab dem 12. und der BVER ab dem 14. Fachsemester.

Ab dem 19. Fachsemester ist bei deutlich reduzierter Teilnehmeranzahl kein Trend zu verzeichnen. (Anhang B6)

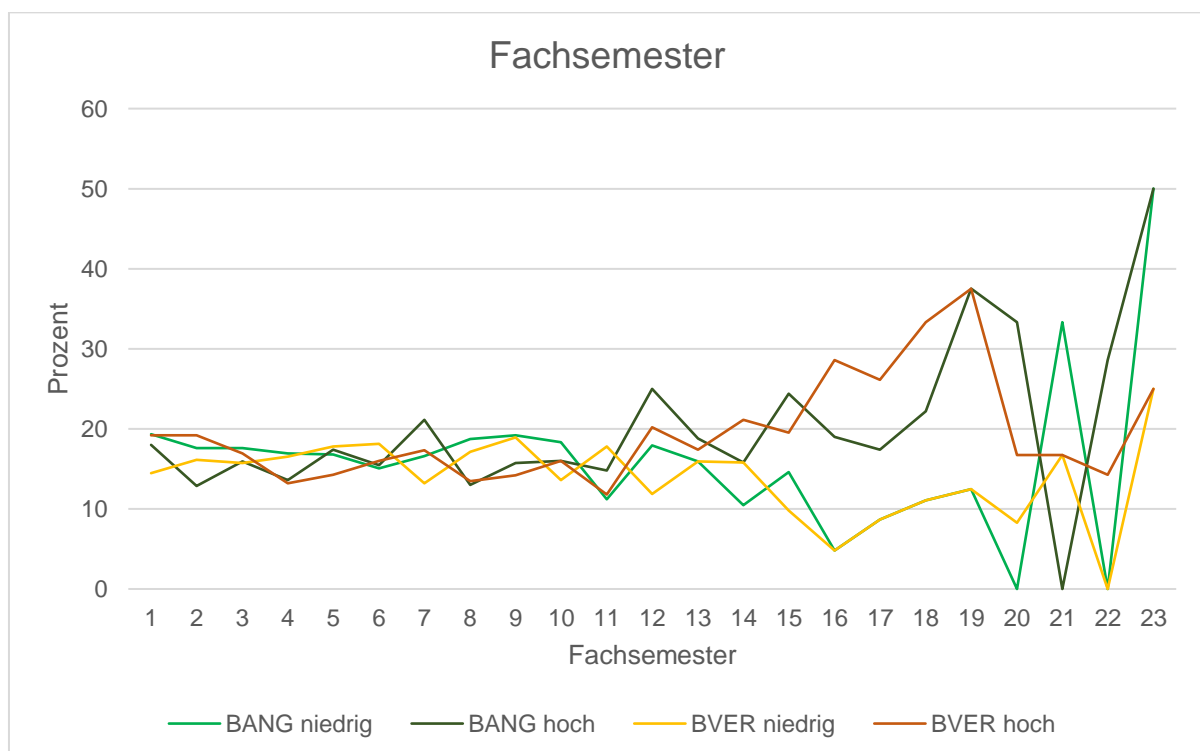


Abbildung 11: Bindungsdimensionen nach Fachsemestern

Anmerkung: Die Abbildung zeigt die prozentualen Anteile der niedrigen und erhöhten Ausprägungen einer Bindungsangst sowie Bindungsvermeidung. Die mittleren Werte werden in dieser Abbildung nicht dargestellt.

Nur ein Studienteilnehmer befindet sich im 39. Fachsemester. Dieses Ergebnis ergab lediglich mittlere Werte für die Bindungsdimensionen, sodass dieser Fall aus der Darstellung herausgenommen wurde.

Psycho-soziale Beratung

Beleuchtet man den Zusammenhang zwischen dem Vorliegen der Bindungsdimensionen und dem Aufsuchen von Hilfe in Form von psycho-sozialen Beratungsstellen, kann gezeigt werden, dass bei höheren Mittelwerten im Bindungsfragebogen (BANG: 3,2803 und BVER: 2,6623) im Vergleich zu den Mittelwerten der Stichprobe (BANG: 2,8618 und BVER: 2,4739), während des Studiums Hilfe bei Beratungsstellen in Anspruch genommen werden. (Anhang B7)

Die Mittelwerte der Studienteilnehmenden, die keine Beratungsstellen aufgesucht haben, liegen im Schnitt unterhalb der Mittelwerte der Gesamtpopulation (BANG: 2,7710 und BVER: 2,4330).

Studierende, die außerhalb des Studiums, d.h. in anderen Lebensabschnitten, Hilfe durch Beratungsstellen angaben, weisen ebenso Mittelwerte über dem Durchschnitt der Grundgesamtheit auf (BANG: 3,0599 und BVER: 2,5585).

Betrachtet man die niedrigen und hohen Ausprägungen in der trichotomen Einteilung, nehmen mehr Studierende der Hochrisikogruppe Beratungsstellen in Anspruch (BANG: 11,4 % vs. 25,6 %; BVER: 11,5 % vs. 21,4 %).

Unter den Studierenden, die keine Beratungsstellen aufsuchen sind 15,1 % in der Hochrisikogruppe-BANG, während 25,6 % mit erhöhten Werten Beratungsangebote wahrnehmen. Ähnliche Daten sind ebenfalls bei den bindungsvermeidenden Studierenden festzustellen (15,6 % vs. 21,4 %).

Tabelle 20: Risikoprofil Bindungsdimensionen und Beratungsstellen

<i>Bindungsdimensionen und Beratungsstellen</i>			
BANG		Häufigkeit	Prozent
nein	niedrig	745	18,5
	medium	2515	62,5
	hoch	606	15,1
	Enthaltungen	160	4,0
	Gesamt	4026	100,0
ja	niedrig	99	11,4
	medium	518	59,7
	hoch	222	25,6
	Enthaltungen	29	3,3
	Gesamt	868	100,0
BVER		Häufigkeit	Prozent
nein	niedrig	670	16,6
	medium	2568	63,8
	hoch	628	15,6
	Enthaltungen	160	4,0
	Gesamt	4026	100,0
ja	niedrig	100	11,5
	medium	553	63,7
	hoch	186	21,4
	Enthaltungen	29	3,3
	Gesamt	868	100,0

Anmerkung: Darstellung der Inanspruchnahme von Beratungsstellen während des Studiums nach der Auftretenswahrscheinlichkeit der Bindungsdimensionen BANG und BVER.

4.4. Zusammenhang zwischen suizidalen Gedanken und Bindungsdimensionen der Studierenden an der Universität zu Köln

Die Kernfrage dieser Arbeit beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen suizidalen Gedanken und den Bindungsdimensionen Bindungsangst und -vermeidung (Ziel 2).

In der vorliegenden Stichprobe kann gezeigt werden, dass bei den Studierenden ohne suizidale Gedanken, sowohl für die Bindungsangst als auch für die Bindungsvermeidung, die Mittelwerte unterhalb der Mittelwerte der Grundgesamtheit liegen (BANG: MW = 2,8618 vs. MW = 2,6906 und BVER: MW = 2,4739 vs. MW = 2,3658). Bei den psychisch belasteten Studierenden in Form von dem Auftreten von suizidalen Gedanken, kann ein deutlicher Anstieg der Mittelwerte festgestellt werden (BANG: MW = 2,8618 vs. MW = 3,7128 und BVER: MW = 2,4739 vs. MW = 3,0112). Dies deutet auf einen positiven Zusammenhang zwischen dem Auftreten suizidaler Gedanken und dem Auftreten von Bindungsangst und Bindungsvermeidung hin (siehe Kapitel 5.1.).

Unter den Studierenden mit Suizidgedanken weisen 68,6 % hohe Werte für die Bindungsangst und 62,3 % für die Bindungsvermeidung auf.

Tabelle 21: Suizidale Gedanken und Bindungsdimensionen dichotomisiert

<i>Bindungsangst</i>			
Suizidale Gedanken		Häufigkeit	Prozent
negativ	niedrig	2227	54,7
	hoch	1690	41,5
	Enthaltungen	156	3,8
	Gesamt	4073	100,0
positiv	niedrig	226	27,6
	hoch	562	68,6
	Enthaltungen	31	3,8
	Gesamt	819	100,0
<i>Bindungsvermeidung</i>			
Suizidale Gedanken		Häufigkeit	Prozent
negativ	niedrig	2178	53,5
	hoch	1739	42,7
	Enthaltungen	156	3,8
	Gesamt	4073	100,0
positiv	niedrig	278	33,9
	hoch	510	62,3
	Enthaltungen	31	3,8
	Gesamt	819	100,0

Anmerkung: Darstellung des Zusammenhangs suizidaler Gedanken und der Bindungsdimensionen in den Ausprägungsgruppen *niedrig* und *hoch*. N = 4892 (2 Enthaltungen zum Item 2i).

Untersucht man die Studierenden in der trichotomen Einteilung für die Ausprägungsgruppe *hoch*, also mit den Mittelwerten von 4,26903-7 für BANG und 3,70487-7 für BVER, zeigt sich, dass bei den Studierenden mit suizidalen Gedanken, eine hohe Anzahl der entsprechenden Hochrisikogruppe für das Vorliegen der Bindungsangst (35,8 %) und der Bindungsvermeidung (29,3 %) zu finden sind.

Tabelle 22: Bindungsdimensionen und suizidale Gedanken

Bindungsdimensionen und suizidale Gedanken

Suizidale Gedanken/ BANG		Häufigkeit	Prozent
Negativ	niedrig	789	19,4
	medium	2593	63,7
	hoch	535	13,1
	Enthaltungen	156	3,8
	Gesamt	4073	100,0
Positiv	niedrig	55	6,7
	medium	440	53,7
	hoch	293	35,8
	Enthaltungen	31	3,8
	Gesamt	819	100,0

Suizidale Gedanken/ BVER		Häufigkeit	Prozent
Negativ	niedrig	700	17,2
	medium	2643	64,9
	hoch	574	14,1
	Enthaltungen	156	3,8
	Gesamt	4073	100,0
Positiv	niedrig	70	8,5
	medium	478	58,4
	hoch	240	29,3
	Enthaltungen	31	3,8
	Gesamt	819	100,0

Anmerkung: Darstellung des Zusammenhanges zwischen Suizidgedanken und den Bindungsdimensionen BANG und BVER in den Ausprägungsgruppen *niedrig*, *medium* und *hoch*. N = 4892 (2 Enthaltungen zum Item 2i).

Um den positiven Zusammengang zwischen suizidalen Gedanken und den Bindungsdimensionen BANG und BVER zu veranschaulichen, wurde ein Punktdiagramm (Abbildung 12) gewählt, das einen deutlichen Anstieg suizidaler Gedanken mit steigenden Mittelwerten im ECR-RD12 zeigt. Ausreißer sind bei BANG $MW = 5,83$ (27,3 %) sowie BVER $MW = 6,00$ (21,4 %) und $MW = 6,67$ (25 %) zu erkennen.

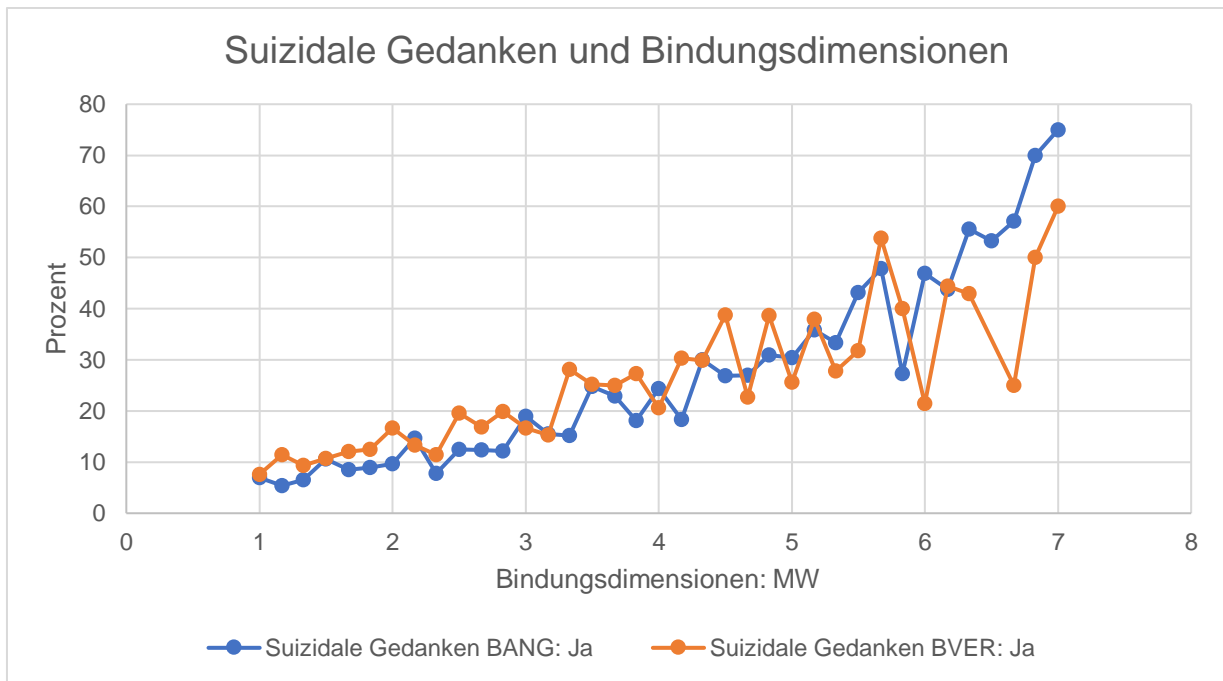


Abbildung 12: Suizidale Gedanken und Bindungsdimensionen

Anmerkung: Die Abbildung zeigt den Zusammenhang zwischen den Bindungsdimensionen BANG und BVER (X-Achse) und den suizidalen Gedanken in Prozent (Y-Achse) in der vorliegenden Stichprobe (N = 4705). Dabei sind auf der X-Achse die vorkommenden Mittelwerte bezüglich der Ergebnisse der Items des Bindungsfragebogens für BANG und BVER aufgetragen. (Anhang B8)

4.5. Zusammenhang zwischen suizidalen Gedanken und der Inanspruchnahme von therapeutischen Hilfeleistungen

Das Ziel 3 dieser Arbeit umfasst die Analyse des Zusammenhangs zwischen suizidalen Gedanken und der Inanspruchnahme von psycho-sozialen Beratungsstellen sowie therapeutischer Hilfe und kann der Tabelle 23 entnommen werden.

Sowohl psycho-soziale Beratungsstellen als auch eine Psychotherapie werden häufiger vom weiblichen Geschlecht in Anspruch genommen (Beratungsstellen: w = 18,2 % vs. m = 16,4 %; Psychotherapie: w = 27,1 % vs. m = 22,5 %). Auch zum Zeitpunkt der Umfrage befinden sich mehr Studentinnen (9,3 %) als Studenten (6,9 %) in einer psychotherapeutischen Behandlung.

Tabelle 23: Inanspruchnahme psycho-sozialer Beratungsstellen und Psychotherapie

<i>Psycho-soziale Kontaktaufnahme</i>		
Kontakt zu Beratungsstellen	Häufigkeit	Prozent
im Studium		
ja	868	17,7
nein	4026	82,3
weiblich		
ja	670	18,2
nein	3017	81,8
männlich		
ja	198	16,4
nein	1009	83,6
Suizidale Gedanken positiv		
ja	253	30,9
nein	566	69,1
Suizidale Gedanken negativ		
ja	614	15,1
nein	3459	84,9
in anderen Lebensabschnitten		
ja	117	2,4
nein	4777	97,6
weiblich		
ja	90	2,4
nein	3597	97,6
männlich		
ja	27	2,2
nein	1180	97,8
Generelle PT		
ja	1273	26,0
nein	3621	74,0
weiblich		
ja	1001	27,1
nein	2686	72,9
männlich		
ja	272	22,5
nein	935	77,5
Suizidale Gedanken positiv		
ja	354	43,2
nein	465	56,8

Suizidale Gedanken negativ			
	ja	918	22,5
	nein	3155	77,5
<hr/>			
Aktuelle PT			
	ja	425	8,7
	nein	4469	91,3
weiblich			
	ja	342	9,3
	nein	3345	90,7
männlich			
	ja	83	6,9
	nein	1124	93,1
Suizidale Gedanken positiv			
	ja	147	17,9
	nein	672	82,1
Suizidale Gedanken negativ			
	ja	277	6,8
	nein	3796	93,2

Anmerkung: Darstellung der Inanspruchnahme von psycho-sozialen Beratungsstellen und Psychotherapie. PT = Psychotherapie.

Die Hypothese 2 dieser Arbeit lautet, dass Studierende mit suizidalen Gedanken häufiger Kontakt zu Psychotherapeuten (generelle PT) aufnehmen als ihre Mitstudierenden.

43,2 % der Studierenden mit suizidalen Gedanken hatten bereits Kontakt zu Psychotherapeuten. Bei Studierenden ohne suizidalen Gedanken waren es 22,5 %. Während sich zum Zeitpunkt der Umfrage 17,9 % der Studierenden mit suizidalen Gedanken in einer Psychotherapie befanden, waren es 6,8 % der Studierenden ohne entsprechende Problematik.

Um die Signifikanz der zweiten Hypothese zu überprüfen wurde der Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Es konnte ein p-Wert von $< 0,001$ ermittelt werden. Folglich nehmen Studierende mit suizidalen Gedanken in der Befragung signifikant häufiger Psychotherapeuten in Anspruch als Studierende ohne suizidale Gedanken.

Tabelle 24: Chi-Quadrat-Test: Suizidale Gedanken und Psychotherapie

		Inanspruchnahme Psychotherapie			Pearson-Chi-Quadrat
		nein	ja	Gesamt	
Suizidale Gedanken	negativ	3155	918	4073	p-Wert: < 0,001
	positiv	465	354	819	
	Gesamt	3620	1272	4892	

Anmerkung: Signifikanzprüfung zwischen den Merkmalen Suizidgedanken und der generellen Inanspruchnahme einer Psychotherapie.

4.6. Auftretenswahrscheinlichkeit suizidaler Gedanken Kölner Studierender

Durch die Durchführung einer logistischen Regression soll geprüft werden, ob sich die Wahrscheinlichkeit, dass Studierende der Universität zu Köln suizidale Gedanken aufweisen, durch das Geschlecht, Alter, Semesteranzahl, Studienabbrüche sowie Studienabbruchgedanken und ihr Bindungsverhalten vorhersagen lässt. Auch die Art der Studienfinanzierung und die Inanspruchnahme von Psychotherapien sowie psycho-sozialen Beratungsstellen werden in die Analyse eingeschlossen.

Tabelle 25: Logistische Regression - Suizidale Gedanken

Prädiktoren der multivariaten logistischen Regression - Suizidale Gedanken

	b	p-Wert	Odds Ratio (95 % KI)
Geschlecht (<i>weiblich</i>)	-0,159	0,098	0,853 (0,706-1,030)
Alter	-0,013	0,205	0,987 (0,967-1,007)
Fachsemesterzahl	0,018	0,128	1,018 (0,995-1,043)
Finanzielle Unterstützung durch Verwandte (<i>nein</i>)	0,207	0,025	1,230 (1,026-1,475)
Studienfinanzierung durch eine Nebentätigkeit (<i>ja</i>)	-0,234	0,010	0,791 (0,662-0,946)
Vorheriger Studienabbruch (<i>ja</i>)	0,064	0,512	1,066 (0,881-1,288)
Studienabbruchgedanken (<i>ja</i>)	0,941	< 0,001	2,563 (2,160-3,042)
Bindungsangst (<i>hoch</i>)	0,886	< 0,001	2,425 (2,030-2,898)
Bindungsvermeidung (<i>hoch</i>)	0,512	< 0,001	1,668 (1,405-1,981)
Beratung während des Studiums (<i>ja</i>)	0,365	< 0,001	1,440 (1,160-1,787)
Aktuelle Psychotherapie (<i>ja</i>)	0,280	0,047	1,323 (1,004-1,745)
Generelle Psychotherapie (<i>ja</i>)	0,501	< 0,001	1,650 (1,341-2,031)
Konstante	-2,771	< 0,001	0,063

Anmerkung: N = 4705. Das Auftreten suizidaler Gedanken stellt die abhängige Variable dar. Nagelkerkes $R^2 = 0,176$. In Klammern sind die jeweiligen Ausprägungen der Prädiktoren angegeben. Die kategorialen Variablen sind dichotomisiert.

Der Omnibustest der Modell-Koeffizienten weist einen Modell- $X^2(12) = 520,895$ mit $p < 0.001$ auf. Die Signifikanz des Modells wurde somit nachgewiesen. Das Regressionsmodell verfügt über eine Varianzaufklärung von 0,176 (Nagelkerkes R^2). 17,6 % der Varianz der abhängigen Variablen *suizidale Gedanken* lassen sich durch die unabhängigen Variablen erklären.

Der *Tabelle 25* kann entnommen werden, dass Frauen eine geringere Wahrscheinlichkeit haben suizidale Gedanken zu entwickeln im Vergleich zu Männern. Der Geschlechterunterschied ist nicht signifikant (p -Wert = 0,098).

Ebenfalls konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter sowie der Anzahl der Fachsemester und dem Auftreten suizidaler Gedanken festgestellt werden.

Bezüglich der Studienfinanzierung haben Studierende ohne familiäre finanzielle Unterstützung eine um 23 % höhere Wahrscheinlichkeit von suizidalen Gedanken betroffen zu sein (p -Wert = 0,025) als Studierende mit entsprechender Unterstützung. Studierende, die zur Studienfinanzierung eine Nebentätigkeit ausüben haben eine um 20,9 % geringere Wahrscheinlichkeit von suizidalen Gedanken betroffen zu sein im Vergleich zu Studierenden ohne Nebenjob (p -Wert = 0,010).

Während zwischen Suizidgedanken und einem vorherigen Studienabbruch kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden konnte, weisen Studierende mit Studienabbruchgedanken signifikant häufiger suizidale Gedanken auf (p -Wert < 0,001) als Studierende ohne Abbruchgedanken.

Hohe Dimensionen von Bindungsangst und Bindungsvermeidung sind mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für das Auftreten suizidaler Gedanken assoziiert (p -Wert < 0,001).

Außerdem konnte sowohl ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von Beratungsstellen im Studium (p -Wert < 0,001), als auch von Psychotherapeuten, generell (p -Wert < 0,001) und aktuell (p -Wert 0,047), und dem Auftreten von Suizidgedanken festgestellt werden. Studierende die entsprechende Hilfsangebote wahrnehmen, sind häufiger von suizidalen Gedanken betroffen als Studierende, die keine Inanspruchnahme angaben.

5. Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie in Bezug auf die Fragestellungen interpretiert. Im Vergleich mit anderen Studien werden die vorliegenden Ergebnisse in den Kontext der Forschung gesetzt. Es werden Limitationen der Studie aufgezeigt, die bei der Interpretation der Ergebnisse bedacht werden müssen. Abschließend werden praktische Handlungsempfehlungen erstellt.

5.1. Interpretation der Ergebnisse

Die Interpretation erfolgt nach der Gliederung der Ergebnisse in den Kapiteln 4.1. bis 4.6..

Das Hauptergebnis zur Kernfrage dieser Arbeit, welche sich mit dem Zusammenhang zwischen suizidalen Gedanken und den Bindungsdimensionen Bindungsangst und -vermeidung beschäftigt, ist unter dem Unterpunkt „*Ergebnisse zu 4.4. suizidale Gedanken und Bindungsdimensionen (Ziel 2)*“ zu finden. Es konnte gezeigt werden, dass ein positiver Zusammenhang zwischen suizidalen Gedanken und den Bindungsdimensionen besteht ($p < 0,001$).

Ergebnisse zu 4.1. Deskription der Stichprobe

Zunächst wird die Stichprobe und der Rücklauf der vorliegenden Studie betrachtet.

Die Rücklaufquote liegt bei 11,04 %. Die Rücklaufquote beschreibt die Anzahl aller ausgefüllten Fragebögen in Relation zu den ausgeteilten Fragebögen, nach Abschluss der Erhebungsphase und liegt häufig im Bereich zwischen 5 % und 40 %¹²⁹. Damit liegt die Rücklaufquote der vorliegenden KUmBel-Studie im angegebenen Bereich. Mit diesem Wert liegt sie zwischen der Rücklaufquote der HISBUS-Studie von Ortenburger (2013) mit 25 % und der best2-Studie von Poskowsky et al. (2016/17) mit 1,2 %. Der Rücklauf ist am ehesten vergleichbar mit der Quote der 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks von Middendorff et al. (2017) mit 16,2 %.

Die Teilnehmeranzahl nach der Zugehörigkeit der Fakultäten zeigt eine deutliche Spannweite von 7,4 % aus der Juristischen Fakultät bis hin zu 39,9 % aus der Philosophischen Fakultät. Studierende der Medizinischen Fakultät nahmen zu 13,5 % an der Studie teil, gefolgt von 15,7 % aus der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät und 23,6 % aus der Humanwissenschaftlichen Fakultät. Die Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät wurde aufgrund technischer Probleme nicht adäquat von dem Anschreiben erreicht und wurde schließlich aus der Analyse ausgeschlossen.

Studierende der Geisteswissenschaften weisen in der best2-Studie (2016/17) häufig psychische Erkrankungen auf und fühlen sich im Vergleich zu Studierenden anderer Fakultäten am häufigsten stark bis sehr stark durch ihre Beeinträchtigung im Studium behindert⁵⁷. Folglich könnte für den hohen Rücklauf aus der Philosophischen Fakultät sprechen, dass sich die

Studierenden von der Online-Umfrage mit dem Titel „Online-Befragung zur psychischen Belastung von Studierenden“ eher angesprochen gefühlt haben. Ein weiterer Grund könnte sein, dass sich laut der best2-Studie (2016/17) mehr Frauen für ein Studium im Bereich der Geisteswissenschaften interessieren und sich in der vorliegenden Arbeit ein deutlich größerer Frauenanteil unter den Studienteilnehmenden befindet.

An der Studie nahmen 3687 Studentinnen (75,3 %) und 1207 Studenten (24,7 %) teil. Der hohe weibliche Anteil ist mit der nicht-klinischen Feldstichprobe von Holm-Hadulla et al. (2009) (72 %) sowie mit dem Screening-Projekt von Garlow et al. (2008) (71,7 %) vergleichbar. Auch in einigen anderen Studien, die psychische Belastungen unter Studierenden analysierten, haben mehr weibliche Studierende an den Umfragen teilgenommen^{7,19,54,61}. In einer Studie von Laguilles et al. (2011), die sich mit der Frage befasste, ob Incentives die Rücklaufquote in Online-Umfragen erhöht, konnte gezeigt werden, dass, unabhängig von den Incentives, Studentinnen häufiger an Online-Umfragen teilnehmen als Studenten. Folglich könnte dies eine Erklärung für die hohe weibliche Teilnehmeranzahl an der KUmBel-Studie sein. Des Weiteren weisen Frauen häufiger als Männer psychische Beeinträchtigungen⁵⁷ und ein höheres Stressempfinden im Studium⁶⁵ auf. Insbesondere Depressionen und Angststörungen sind vermehrt dem weiblichen Geschlecht zuzuordnen^{7,19}. Es besteht die Möglichkeit, dass sich Studentinnen von dem Titel der Online-Befragung mehr zur Teilnahme angesprochen gefühlt haben als ihre männlichen Kommilitonen.

Aktuell liegt das bundesweite Durchschnittsalter der Studierenden bei 23,4 Jahren (Median, WS 2019/2020 und 2020/2021)¹⁴⁰. Im Sommersemester 2016 lag das Alter in der 21. Sozialerhebung im Durchschnitt bei 24,7 Jahren (*MW*)⁵⁸. An der Online-Umfrage nahmen Studierende im Alter von 17 bis 65 Jahren teil. Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 24,33 Jahren (Med = 23,0) und ist somit vergleichbar mit dem Durchschnittsalter der Studierendenschaft in Deutschland.

Ergebnisse zu 4.2. Suizidale Gedanken (Ziel 1)

Die KUmBel-Studie erfasste erstmals systematisch die Häufigkeit suizidaler Gedanken Kölner Studierender. Die Analyse der Suizidgedanken stellt das erste Ziel dieser Arbeit dar.

Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen die unter dem Abschnitt 5.2. aufgeführten Limitationen beachtet werden, sodass die hohe Prävalenz suizidaler Gedanken Kölner Studierender kritisch hinterfragt werden sollte.

Bei 16,8 % der Studienteilnehmenden konnten suizidale Gedanken festgestellt werden. Davon geben 12,6 % an, dass *an einzelnen Tagen* entsprechende Gedanken auftreten. 2,8 % weisen *an mehr als der Hälfte der Tage* und 1,3 % *beinahe jeden Tag* Suizidgedanken auf.

In der Meta-Analyse von Mortier et al. (2018) (10,6 %), Macalli et al. (2021) (17,1 %) und in der Studie von Auerbach et al. (2019) (17,6 %) konnten vergleichbare Ergebnisse in Bezug auf Suizidgedanken bei Studierenden ermittelt werden. Garlow et al. (2008) hat in seiner Studie ebenfalls den PHQ zur Detektion von Depressionen und suizidalen Gedanken verwendet. Sie konnten eine Prävalenz suizidaler Gedanken von 11,1 % unter amerikanischen Studierenden ermitteln ¹¹.

Die *erste Hypothese* dieser Arbeit lautet, dass Studentinnen häufiger von suizidalen Gedanken betroffen sind als Studenten. Während sowohl von psychischen Beeinträchtigungen ⁵⁷, als auch vom Studierendenstress ⁶⁵ häufiger Studentinnen betroffen sind, konnten einige Studien ebenfalls ein höheres Auftreten suizidaler Gedanken bei Studentinnen feststellen ⁴⁻⁸, woraus die erste Annahme resultierte.

In der vorliegenden Arbeit weisen mit 16,3 % weniger Studentinnen Suizidgedanken auf als Studenten (18,1 %). Bei den Studienteilnehmenden der Universität zu Köln konnte die erste Hypothese nicht bestätigt werden (p -Wert = 0,153), sodass man sagen kann, dass kein signifikanter Geschlechterunterschied in Bezug auf das Auftreten von Suizidgedanken festgestellt werden konnte. In der logistischen Regression kann dies bestätigt werden (p -Wert = 0,098). Bei Studentinnen ist die relative Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Suizidgedanken 14,7 % niedriger als bei Studenten.

Vergleichbar sind diese Ergebnisse mit den Ergebnissen von Garlow et al. (2008) an der *Emory University*. Auch hier konnten im PHQ mehr Suizidgedanken bei Männern (14,6 %) als bei Frauen (9,83 %) detektiert werden, jedoch waren die Resultate nicht statistisch signifikant ¹¹. Ebenfalls vergleichbar ist das Resultat mit der Studie zur Vorhersage von Suizidgedanken und- verhalten bei College-Studierenden von Macalli et al. (2021). Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Suizidgedanken bei Studentinnen (17,4 %) und Studenten (16,8 %) festgestellt werden ¹⁴¹. Auch weitere Studien konnten keinen signifikanten Geschlechterunterschied erfassen ^{3,94}.

Die Diversität der Studienergebnisse zeigt, dass zu dem Thema suizidaler Gedanken im Geschlechtervergleich keine einheitlichen Ergebnisse der Häufigkeitsverteilung zu finden sind. Dies könnte auf verschiedene Erhebungszeitpunkte und unterschiedliche Messinstrumente zurückzuführen sein.

Bei einem Durchschnittsalter der Studienteilnehmenden von 24,33 Jahren, liegt der Mittelwert für das Auftreten suizidaler Gedanken bei 24,66 Jahren.

Im Vergleich konnten Akram et al. (2020) ein mittleres Alter der Gesamtstichprobe von 20,88 Jahren und ein durchschnittliches Alter für ein erhöhtes Risiko von Suizidgedanken von 21,25 Jahren ermitteln. Das Alter der Befragten reichte in der vorliegenden Arbeit von 17 bis 65

Jahren im Vergleich zu Akram et al. (2020) von 18 bis 56 Jahren, was das höhere Durchschnittsalter in der vorliegenden Arbeit erklären könnte. Zudem handelt es sich um eine Universität des Vereinigten Königreiches, sodass gegebenenfalls unterschiedliche Studienbedingungen und Studienbeginne berücksichtigt werden müssen, sodass bereits hierdurch eine grundlegende Altersunterscheidung begründet sein könnte. In beiden Fällen kann jedoch festgestellt werden, dass das Alter der suizidalen Belastung leicht über dem durchschnittlichen Alter der Gesamtstichprobe liegt.

In der best2-Studie (2016/17) konnte gezeigt werden, dass insbesondere die Altersklasse zwischen dem 25-30. Lebensjahr von psychischen Erkrankungen betroffen sind. Lutz-Kopp et al. (2017) stellten ebenfalls, in Bezug auf das Auftreten psychischer Störungen, ein Durchschnittsalter von 26,5 Jahren fest. In der Altersklasse 25-34 Jahre konnte ein besonderer Anstieg des Vorkommens von Depressionen ermittelt werden⁵⁵. Überträgt man das Belastungsalter der genannten Studien auf das Vorkommen suizidaler Gedanken an der Universität zu Köln, ist im Vergleich in der vorliegenden Arbeit das mittlere Alter der Studierenden etwas niedriger. Doch auch hier ist ein Aufwärtstrend bis zum 35 Lebensjahr bezüglich des Auftretens von Suizidgedanken erkennbar (Abbildung 5). Allerdings ist mit steigendem Alter und insbesondere ab dem 39 Lebensjahr ein deutlicher Rückgang der Teilnehmerzahl zu verzeichnen, weshalb die Daten kritisch zu beurteilen sind.

Einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alter und suizidalen Gedanken konnte in der Stichprobe jedoch nicht festgestellt werden (p -Wert = 0,205). Auch Dachew et al. (2018) konnten keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alter und Suizidgedanken ermitteln.

Frauen mit suizidalen Gedanken sind durchschnittlich jünger als ihre männlichen Kommilitonen (w: MW = 24,26 Jahren, m: MW = 25,77 Jahren). Jedoch ist auch das generelle Durchschnittsalter der Studienteilnehmerinnen etwas niedriger als das der Studienteilnehmer (w: MW = 24,07 Jahren, m: MW = 25,11 Jahren). Das Durchschnittsalter der Studierenden ist mit den Daten der 21. Sozialerhebung vergleichbar (w: MW = 24,4 Jahre, m: MW = 25,0)⁵⁸.

Betrachtet man das Auftreten von Suizidgedanken nach der Anzahl der Fachsemester konnte in der vorliegenden Arbeit eine Kumulation im 1. (18,3 %) sowie im 3. (18,2 %) Semester festgestellt werden.

In anderen Studien konnten insbesondere zum Studienstart höhere Belastungen für Studierende festgestellt werden^{61,74}.

Hingegen kann, gebündelt in Fachsemestergruppen, insgesamt gezeigt werden, dass es mit der Höhe der Semestergruppe zu einem Anstieg des Auftretens von Suizidgedanken kommt.

Während im Semester 1-4 15,5 % der Studierenden Suizidgedanken aufweisen, sind es in der letzten Gruppe 6 (Semester 21-39) 22,2 %. Der höchste Anteil suizidaler Gedanken kann in den Semestern 13-16, mit 28,4 %, festgestellt werden. In dieser Semestergruppe liegt das mittlere Alter im Bereich von 28,58-30,32 Jahren und somit im vergleichbaren Altersfenster des erhöhten Aufkommens psychischer Belastungen, das in der best2-Studie (2016/17) ermittelt wurde.

Die Auftrittswahrscheinlichkeit der Suizidgedanken zeigt allerdings keinen signifikanten Zusammenhang mit der Anzahl der Fachsemester (p -Wert = 0,128). Auch in weiteren Studien konnte kein Zusammenhang zwischen Suizidgedanken und der Fachsemesteranzahl gezeigt werden^{3,94}.

Studierende der Universität zu Köln erhalten zu 70,5 % finanzielle Unterstützung von Verwandten während des Studiums. 67,8 % führen eine Nebentätigkeit aus. 24,2 % der Studierenden erhalten BAföG und 4,4 % finanzieren ihr Studium über ein Stipendium.

Obwohl in Studien gezeigt werden konnte, dass Studierende mit Nebentätigkeit eine stärkere Belastung im Studium aufzeigen,^{59,60} konnte in der vorliegenden Arbeit, in Bezug auf Suizidgedanken, gegenteiliges ermittelt werden. Die Studierenden mit einer Nebentätigkeit leiden seltener an Suizidgedanken als Studierende ohne entsprechenden Eigenerwerb (16,1 % vs. 18,0 %). In der logistischen Regression kann gezeigt werden, dass die relative Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Suizidgedanken bei Studierenden mit einer Nebentätigkeit 20,9 % niedriger ist als bei Studierenden ohne Nebentätigkeit (p -Wert = 0,010).

Grund dafür könnte sein, dass durch die Nebentätigkeit und der damit einhergehende Verdienst ein belastender Faktor in der Studienzeit minimiert wird. Denn finanzielle Probleme im Studium haben negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit⁶⁷.

Während Akram et al. (2020) keinen signifikanten Unterschied zwischen Studierenden mit und ohne Nebentätigkeit bezüglich des Auftretens von Suizidgedanken feststellten, konnten Herbst et al. (2016) in ihrer Stressstudie zeigen, dass Studierende ohne eigene Nebentätigkeit im Studium die höchsten Stresswerte aufwiesen. Außerdem konnte gezeigt werden, dass Studierende, die mehr als 15 Wochenarbeitsstunden tätig sind, gestresster sind als Studierende mit geringerer Stundenzahl⁶⁵.

Einen Trend bezüglich höherer Arbeitsstunden und folglich einem erhöhten Aufkommen von Suizidgedanken konnte in der vorliegenden Arbeit nicht festgestellt werden. (Abbildung 7)

Die Studierenden mit familiärer finanzieller Unterstützung weisen seltener suizidale Gedanken auf als Studierende ohne Unterstützung (15,7 % vs. 19,3 %). Die relative Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Suizidgedanken ist bei Studierenden ohne familiäre finanzielle Unterstützung 23 % höher als bei Studierenden mit entsprechender Unterstützung (p -Wert 0,025).

Dieser protektive Zusammenhang konnte in weiteren Studien festgestellt werden. Einen signifikanten Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und dem Auftreten suizidaler Gedanken konnte an amerikanischen College-Studierenden gezeigt werden. Ein Defizit sozialer Unterstützung stellt einen Risikofaktor der Entstehung von Suizidgedanken dar.⁵

Die Vergleichbarkeit zwischen deutschen und amerikanischen Studierenden mag zu dieser Fragestellung eingeschränkt sein, da bekanntermaßen in Amerika die Studiengebühren erheblich höher sind als in Deutschland und somit die finanzielle Belastung und das Verschuldungsrisiko der amerikanischen Studierenden deutlich erhöht ist.

Soziale Unterstützung im Allgemeinen hat positive Auswirkungen auf das Abwenden von Suizidgedanken⁹⁴. Außerdem vermindert eine hohe elterliche Fürsorge sowohl das Risiko für das Aufkommen suizidaler Gedanken bei Studierenden¹⁷, als auch für suizidales Verhalten¹²⁶. Ein guter Familienzusammenhalt und familiäre Unterstützung ist mit einem niedrigeren Risiko suizidaler Gedanken assoziiert¹⁶.

Im Studienalltag kann gezeigt werden, dass insbesondere psychisch beeinträchtigte Studierende Schwierigkeiten mit sozialen Bindungen aufweisen, welche die Studiensituation, wie zum Beispiel Gruppenarbeiten und die generelle Interaktion unter Mitstudierenden erschwert⁵⁷.

Die Studienergebnisse untermauern die Wichtigkeit sozialer und familiärer Beziehungen für die Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit mit einer potenziellen Auswirkung auf die Studienfähigkeit.

In der vorliegenden Arbeit konnte festgestellt werden, dass sowohl Studierende mit Studienabbruchgedanken als auch mit bereits erfolgtem Studienabbruch, vermehrt Suizidgedanken aufzeigen. Einen signifikanten Zusammenhang konnte man jedoch nur für die Studienabbruchgedanken nachweisen (p-Wert <0,001). Studierende mit Studienabbruchgedanken weisen eine mehr als 2,5-fache Chance für suizidale Gedanken auf, als Studierende ohne Abbruchgedanken (OR = 2,563; 95 %-KI: 2,160-3,042).

Middendorff et al. (2017) konnten zeigen, dass beeinträchtigte Studierende häufiger ihr Studienfach wechseln als nicht beeinträchtigte Mitstudierende (31 % vs. 21 %).

Einen Zusammenhang zwischen Suizidalität und einem erhöhten Abbruchrisiko konnte auch in anderen Studien festgestellt werden^{70,71}.

Insbesondere zu Beginn des Studiums zeigten sich Abbruchgedanken unter den Studierenden. 15,5 % der Studierenden mit Abbruchgedanken sind im 1. und 18,7 % im 3. Fachsemester.

Im Vergleich konnten in einer bundesweiten Studie zum Thema Studienabbruch ebenfalls die höchsten Abbruchquoten zu Beginn des Studiums, nämlich in den ersten vier Fachsemester,

erfasst werden. Insbesondere Bachelorstudierende brechen ihr Studium zu 63 % in den ersten beiden Semestern ab. An deutschen Universitäten brachen im Jahr 2008 insgesamt die meisten Studierenden (37 %) ihr Studium zum Studienbeginn, im ersten und zweiten Fachsemester, ab.¹⁴² Die Studienabbruchquoten sind im Bachelorstudium deutlich höher als im Masterstudium¹⁴³.

Studienabbruchgedanken und ein erfolgter Abbruch sind in der vorliegenden Arbeit häufiger beim männlichen Geschlecht zu finden. Auch Ishii et al. (2018) konnten höhere Abbruchraten bei den männlichen Studierenden aufzeigen.

In der vorliegenden Kreuztabelle zu suizidalen Gedanken und Studienabbruchgedanken kann gezeigt werden, dass es zu einem deutlichen Anstieg der Abbruchgedanken, mit steigender Intensität der Suizidgedanken kommt. Während 41,1 % der Studierenden ohne Suizidgedanken über einen Studienabbruch nachdenken, sind es bereits 65,4 % mit Suizidgedanken *an einzelnen Tagen*, 75,2 % mit Suizidgedanken *an mehr als der Hälfte der Tage* und 76,2 % mit Suizidgedanken *an beinahe jedem Tag*.

Die Ergebnisse sind vergleichbar mit den Resultaten von Ishii et al. (2018), die einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl von Suizidversuchen und Studienabbrüchen feststellen konnten. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass mit steigender psychischer Belastung durch suizidale Gedanken die Bewältigung eines Studiums erschwert wird und es folglich zu Studienabbruchgedanken kommen kann.

In der vorliegenden Arbeit konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen einem Studienabbruch und Suizidgedanken gefunden werden (p-Wert = 0,512).

Ergebnisse zu 4.3. Bindungsdimensionen

Für die bindungsbezogene Angst konnte ein Mittelwert von 2,86 und für die Bindungsvermeidung von 2,47 ermittelt werden. Diese Werte sind mit den Mittelwerten aus der Nicht-klinischen Stichprobe der Studie von Ehrenthal et al. (2008) vergleichbar (BANG: MW = 2,77, BVER: MW = 2,36). 46,0 % der Studierenden weisen ein erhöhtes Risiko für die Bindungsangst und die bindungsbezogene Vermeidung auf. Während Studenten ein höheres Risiko aufzeigen an einer Bindungsvermeidung zu leiden (m: 53,4 %, MW = 2,69 vs. w: 43,5 %, MW = 2,40), weisen hingegen Studentinnen ein höheres Risiko für das Vorliegen einer Bindungsangst auf im Vergleich zu ihren männlichen Kommilitonen (w: 47,7 %, MW = 2,92 vs. m: 40,8 %, MW = 2,69). Im Bochumer Bindungsfragebogen (BiBo) zur Erfassung der Vermeidung und Angst in Partnerschaften konnte ebenfalls festgestellt werden, dass mehr männliche Studierende (MW = 2,82) von der Bindungsvermeidung betroffen sind als die Studentinnen (MW = 2,57). In der Studierendenkohorte konnte jedoch kein signifikanter Geschlechterunterschied für die Bindungsangst gefunden werden. Hingehen wurden in der klinischen Replikationsstichprobe

signifikant mehr bindungsängstliche Frauen (MW = 4,00) als Männer (MW = 3,47) nachgewiesen, was mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit vergleichbar ist. Der BiBo beruht auf dem gleichen Itemsatz und der gleichen Skalenstruktur wie der ECR. ¹⁴⁴

Jacobi et al. (2016) konnten zeigen, dass Frauen (21,4 %) deutlich häufiger von Angststörungen betroffen sind als Männer (9,3 %). Dass Studentinnen häufiger unter Angststörungen leiden als Studenten, konnte auch in weiteren Studien belegt werden ^{7,19}. Auch wenn die Bindungsangst explizit nicht unter die Angststörungen nach ICD-10 fällt ¹⁴⁵, handelt es sich um ein Krankheitsbild, welches eine erhöhte Ängstlichkeit einschließt und zwar unter anderem die erhöhte Angst vor zwischenmenschlicher Ablehnung oder Verlassenheit ¹²³, weshalb ein Vergleich zur klassischen Angststörung sinnvoll ist.

Zur besseren Differenzierung und Einschätzung des Risikos an einer Bindungsstörung zu leiden, wurden die Bindungsdimensionen zusätzlich in die 3 Ausprägungsgruppen *niedrig*, *medium* und *hoch* eingeteilt. Die mittleren Ausprägungen, welche alle Studierenden mit den Werten 1,45457-4,26903 für BANG und 1,24293-3,70487 für BVER des Bindungsfragebogens beinhaltet, weisen mit Abstand die meisten Studierenden auf (BANG: 62 %, BVER: 63,8 %). In dieser Arbeit sind insbesondere die hoch belasteten Studierenden, also Studierende mit hohen Scores im Bindungsfragebogen (BANG: 4,26903-7 und BVER: 3,70487-7) von Interesse.

In dieser Dreiteilung können hohe Werte, im Vergleich zur Dichotomie der Bindungsdimensionen, als besonderes Hochrisiko eingeschätzt werden.

16,9 % der Studierenden weisen nach der trichotomen Einteilung ein hohes Risiko auf an einer Bindungsangst und 16,6 % an einer Bindungsvermeidung zu leiden. Auch im Hochrisikobereich sind mehr Studentinnen von Bindungsängsten betroffen als Studenten (w: 17,8 % vs. m: 14,3 %). Einen deutlichen Unterschied kann man bei der Geschlechterverteilung in Bezug auf die Bindungsvermeidung sehen, denn während Frauen mit 15,0 % hohe Werte aufweisen, sind es bei den männlichen Studierenden 21,5 %.

Unter dem Aspekt des Alters können in der Altersgruppe 26-35 Jahren, nach der Dreiteilung der Bindungsdimensionen, die höchsten Werte der Ausprägungsgruppe *hoch* für das Auftreten einer Bindungsangst festgestellt werden (MW: 18,61 %). In den höheren Altersklassen sinkt das Risiko für die Bindungsangst ab. In Bezug auf das Auftreten einer Bindungsvermeidung kann mit steigendem Alter, bis zur Altersgruppierung 46-55 Jahre (29,63 %), ein stetiger Anstieg der Ausprägungsgruppe *hoch* erfasst werden. Während in der ersten Altersgruppe (16-25 Jahre) 15,61 % der Hochrisikogruppe zugeteilt werden können, sind es in der letzten Gruppierung (56-65 Jahre) 27,27 %. In der Altersgruppen 56-65 J., bei insgesamt nur noch 11 Studienteilnehmenden, sind somit wieder abfallende Werte in der Ausprägungsgruppe *hoch* zu

verzeichnen. Aufgrund der geringen Teilnehmeranzahl sind diese Werte jedoch kritisch zu beurteilen.

Anhand der Höhe der Mittelwerte konnte ebenfalls in der Studierendengruppe im Bochumer Bindungsfragebogen, sowohl eine Abnahme der Bindungsangst, als auch ein Anstieg der Bindungsvermeidung mit zunehmendem Alter (Range 18 bis 48 Jahre), festgestellt werden ¹⁴⁴.

Auch nach der Anzahl der Fachsemester kann in höheren Semestern tendenziell ein Anstieg des Hochrisikos für das Auftreten der Bindungsdimensionen festgestellt werden. Insbesondere zwischen dem 11. und 19. Fachsemester (N = 462) ist für beide Merkmale insgesamt ein Anstieg zu verzeichnen. Ab dem 19. Fachsemester befinden sich lediglich noch 38 Studierende in der Stichprobe, sodass eine Beurteilung der starken Unterschiede und Ausschläge (Abbildung 11) nicht sinnhaft ist.

In den Semestern 11-19 liegt das Durchschnittsalter der Studierenden im Bereich von 26,47-32,33 Jahren, was in etwa der Altersgruppe mit dem höchsten Risiko für das Auftreten von Bindungsängsten entspricht.

Diese Altersklasse konnte auch in anderen Studien als das Alter eines erhöhten Risikos für Depressionen (25-34 Jahre) ⁵⁵ und für andere psychische Erkrankungen ^{12,57} erklärt werden, weshalb auch ein erhöhtes Aufkommen der Bindungsdimensionen in diesem Alter schlüssig erscheint. Im Vergleich befindet sich das durchschnittliche Alter in den ersten 10 Semestern zwischen Mittelwerten von 21,95 und 27,04 Jahren.

Ergebnisse zu 4.4. Suizidale Gedanken und Bindungsdimensionen (Ziel 2)

Das Ziel 2 stellt die Analyse dar, ob es einen Zusammenhang zwischen Suizidgedanken und den Bindungsdimensionen, Bindungsangst und Bindungsvermeidung, bei Studierenden der Universität zu Köln gibt.

In der Vorliegen Arbeit kann im Zusammenhang mit dem Vorliegen suizidaler Gedanken ein deutlicher Anstieg der Mittelwerte der Bindungsdimensionen BANG und BVER festgestellt werden (Abbildung 12). Unter den Studierenden mit Suizidgedanken sind 68,6 % einem erhöhten Risiko ausgesetzt unter einer Bindungsangst zu leiden und 62,3 % weisen ein erhöhtes Risiko für das Auftreten der Bindungsvermeidung auf. Auch in der Ausprägungsgruppe *hoch* können bei 35,8 % der Studierenden die Bindungsangst und bei 29,3 % die Bindungsvermeidung, bei gleichzeitigem Vorliegen von Suizidgedanken, festgestellt werden.

Sheftall et al. (2014) konnten ebenfalls einen positiven Zusammenhang zwischen den Bindungsdimensionen BANG und BVER und suizidalem Verhalten feststellen.

In Bezug auf Bindungsverhalten zeigten Arria et al. (2009) in ihren Untersuchungen, dass die Beziehung zwischen Studierenden und den Eltern einen wichtigen Zusammenhang mit dem Auftreten suizidaler Gedanken darstellt.

Außerdem konnte ein positiver Zusammenhang zwischen Angststörungen und suizidalem Verhalten² sowie Suizidgedanken^{8,11,96} festgestellt werden, was die hohe Belastung unter den bindungsängstigen Studierenden der Universität zu Köln erklären könnte.

In verschiedenen Studien kann ein Zusammenhang zwischen Problemen in familiären Beziehungen^{5,6,35} sowie Partnerschaften^{9,15,98,99} und einem erhöhten Risiko für STBs festgestellt werden.

Eine gute mütterliche³⁴ bzw. elterliche Bindung¹⁸ vermindert STBs.

Sowohl für die Bindungsangst als auch für die Bindungsvermeidung kann in der vorliegenden Arbeit ein signifikanter Zusammenhang bezüglich des Auftretens suizidaler Gedanken festgestellt werden (p-Wert <0,001). Während Studierende der Gruppe *hoch* für die Bindungsvermeidung eine 66,8 % höhere relative Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Suizidgedanken aufzeigen, kann bei Studierenden mit hohen Werten in der dichotomen Einteilung für die Bindungsangst eine fast 2,5-fach erhöhte Chance für suizidale Gedanken nachgewiesen werden (OR = 2,425; 95 %-KI: 2,030-2,898).

Die Ergebnisse unterstreichen, wie die Resultate der genannten Studien, ebenfalls die Wichtigkeit eines intakten Bindungsverhaltes zur Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit, beziehungsweise genauer gesagt zur Vermeidung suizidaler Gedanken.

Ergebnisse zu 4.5. Suizidale Gedanken und therapeutische Hilfeleistungen (Ziel 3)

Die Überprüfung der Zusammenhänge zwischen suizidalen Gedanken unter Studierenden und der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten stellt das dritte Ziel dar

Betrachtet man die Inanspruchnahme von psycho-sozialen Beratungsstellen und Psychotherapie in der Gesamtstichprobe nach dem Geschlecht, kann ein höherer Gebrauch der Hilfsangebote dem weiblichen Geschlecht zugeordnet werden. Diese Geschlechterverteilung konnte in anderen Studien bestätigt werden^{14,60,79}.

King et al. (2021) konnten zeigen, dass auch unter den psychisch erkrankten Studierenden, Studenten seltener Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen als Studentinnen.

Die *zweite Hypothese*, welche lautet, dass Studierende mit suizidalen Gedanken häufiger Kontakt zu Psychotherapeuten aufnehmen, als ihre Mitstudierenden ohne Suizidgedanken, konnte in der vorliegenden Arbeit bestätigt werden (p-Wert < 0,001).

43,2 % der betroffenen Studierenden hatten in ihrem Leben bereits Kontakt zu Psychotherapeuten. Das sind beinahe doppelt so viele, im Vergleich zu den Studierenden ohne

Suizidgedanken (22,5 %). Ebenso befanden sich zum Zeitpunkt der vorliegenden Umfrage deutlich mehr Studierende mit Suizidgedanken in einer Psychotherapie (17,9 % vs. 6,8 %). Ähnliche Ergebnisse konnten auch in anderen Studien ermittelt werden. Garlow et al. (2008) konnten feststellen, dass 12,35 % der Studierenden mit aktuellen suizidalen Gedanken eine psychologische Behandlung in Anspruch nahmen, im Vergleich zu 4,5 % ohne Suizidgedanken (p -Wert $< 0,007$). Bei Studierenden mit STBs eruierten Bruffaerts et al. (2019) ebenfalls eine höhere Behandlungsrate in den letzten 12-Monaten als bei Studierenden ohne STBs (29,5 % vs. 4,2 %).

In der vorliegenden logistischen Regression kann sowohl bei Studierenden die Beratungsstellen während des Studiums (p -Wert = $< 0,001$) in Anspruch genommen haben, als auch bei Studierenden die psychotherapeutische Kontakte (p -Wert $< 0,001$) sowie eine aktuelle Psychotherapie (p -Wert = 0,047) aufweisen, eine signifikant höhere relative Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Suizidgedanken festgestellt werden.

Studierende, die bereits Psychotherapeuten in Anspruch nahmen weisen eine 65 % höhere relative Wahrscheinlichkeit für das Auftreten suizidaler Gedanken auf, als Studierende, die noch keinen Kontakt zu Psychotherapeuten angaben.

Haben Studierende bezüglich der Bindungsdimensionen höhere Mittelwerte als die Grundgesamtheit, nehmen auch diese häufiger psycho-soziale Beratungsstellen in Anspruch. Dies gilt sowohl für bindungsängstliche als auch bindungsvermeidende Studierende. Insbesondere in der Dreiteilung der Bindungsdimensionen kann man im Vergleich zwischen den niedrig- und hochbelasteten Studierenden erkennen, dass insbesondere von den Studierenden der Ausprägungsgruppe *hoch* entsprechende Hilfsangebote genutzt werden (BANG: 25,6 %, BVER: 21,4 %).

In der Studie von Holm-Hadulla et al. (2009) konnte ermittelt werden, dass 60 % der Studierenden, die eine psychotherapeutische Beratung in Anspruch nehmen, eine klinisch relevante Störung aufweisen. Auch Eisenberg et al. (2007) zeigten, dass sich psychisch erkrankte Studierende signifikant häufiger in einer Therapie befinden.

Folglich wurden in der vorliegenden Arbeit sowohl für belastete Studierende durch suizidale Gedanken als auch durch das Auftreten von Bindungsangst und Bindungsvermeidung, eine höhere Inanspruchnahme von Hilfsangeboten nachgewiesen.

5.2. Limitationen und Ausblick

Die Studierenden der Universität zu Köln erhielten für die vorliegende Online-Befragung eine E-Mail. Wie in Kapitel 3.1. beschrieben, handelt es sich um eine Zufallsstichprobe mit freiwilliger Studienteilnahme. Der Betreff der Rekrutierungsmail lautete „Online-Befragung zur psychischen Belastung von Studierenden“. Es ist möglich, dass sich durch die Überschrift insbesondere Studierende, die sich bereits mit diesem Thema auseinandersetzen und gegebenenfalls persönlich betroffen sind, angesprochen gefühlt haben und somit vorzugsweise an der Umfrage teilnahmen. Das Vorliegen eines Selektions-Bias ist denkbar, sodass sich eventuell falsch hohe Prävalenzen psychisch belasteter Studierender ergeben haben. Ein Selektions-Bias liegt vor, wenn die Auswahl der Studienteilnehmer von den Untersuchungsbedingungen beeinflusst wird ¹³⁰.

Für die Interpretation der Ergebnisse ist es wichtig zu wissen, dass deutlich mehr Frauen (75,3 %) an der Umfrage teilnahmen als Männer (24,7 %). Es konnte gezeigt werden, dass Studentinnen häufiger von psychischen Beeinträchtigungen betroffen sind als Studenten ⁵⁷. Somit ist aufgrund des unausgeglichenen Geschlechterverhältnisses eine Übertragung der Prävalenzen (bezüglich psychischer Belastungen) auf die Gesamtheit der Studierenden als kritisch zu betrachten.

In dem Fragebogen konnten sowohl weibliche als auch männliche Studierende teilnehmen. Eine Rubrik für Personen, die sich einem anderen Geschlecht zugehörig fühlen, gab es nicht. King et al. (2021) konnten in ihrer Studie feststellen, dass Studierende anderen Geschlechts psychisch stark belastet sind. 52,4 % leiden an einer klinisch signifikanten Angststörung, 55 % an einer klinisch signifikanten Depression und 66,7 % geben suizidale Gedanken an ⁷. Bei erneuter Befragung wäre es sinnvoll den Fragebogen, um die Rubrik „divers“ zu ergänzen.

In der vorliegenden Arbeit ist die Analyse der bindungsbezogenen Angst und Vermeidung ein wichtiger Gesichtspunkt. Hierzu wurde die Kurzversion des Experiences in Close Relationships – Revised verwendet. Eine Angabe bezüglich des aktuellen Beziehungsstatus ist in dem vorliegenden Fragebogen nicht möglich. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass sich soziale Beziehungen positiv auf die psychische Gesundheit auswirken ⁵¹ und Personen in festen Partnerschaften seltener psychisch erkranken ^{19,45}. Obwohl Dachew et al. (2018) keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Suizidgedanken und dem Beziehungsstatus feststellen konnten, wäre für die Interpretation der Ergebnisse des Bindungsverhaltens in Bezug auf das Vorliegen suizidaler Gedanken in dieser Arbeit der aktuelle Beziehungsstatus eine interessante Ergänzung und könnte gegebenenfalls für weitere Befragungen berücksichtigt werden.

Von insgesamt 49.772 Studierenden an der Universität zu Köln konnten 44.299 Studierende mit dem Anschreiben erreicht werden. Aufgrund eines technischen Problems konnten die Studierenden der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät nicht vollständig mit dem Anschreiben kontaktiert werden und wurden deshalb von der Analyse ausgeschlossen. Dadurch wurde die Teilnehmerzahl von 4952 auf 4894 Studierende korrigiert. Dies hat zur Folge, dass aus dieser Studierendengruppe keine Informationen zur psychischen Belastung im Studium vorliegen. Für weitere Befragungen ist es wichtig, dass sichergestellt wird, dass die Studierenden gleichermaßen erreicht werden und somit die Möglichkeit einer Beteiligung aller Fakultätsgruppen gewährleistet ist. Dies könnte eventuell durch die Nutzung von Social-Media Angeboten, wie zum Beispiel Facebook, Twitter, Instagramm usw. erfolgen.

Die korrigierte Rücklaufquote dieser Umfrage liegt bei 11,04 %. Um die Teilnahmebereitschaft an einer Umfrage zu erhöhen, könnte man Incentives anwenden¹²⁹. Es konnte gezeigt werden, dass Anreize, wie z.B. Gewinnspiele, die Teilnahme sowie Vollendung einer Umfrage erhöhen^{146,147}. Dies könnte jedoch zur Folge haben, dass Studienteilnehmende gedankenlos den Fragebogen bearbeiten, ausschließlich um eine Chance auf den Gewinn der Prämie zu haben, sodass eine gute Datenselektion im Vorfeld nötig wäre.

Des Weiteren wurde der Fragebogen ausschließlich in deutscher Sprache erstellt, was zur Folge hat, dass sich Studierende mit einer anderen Muttersprache unter Umständen nicht für eine Beteiligung an der Umfrage angesprochen gefühlt haben. 94,7 % der Studienteilnehmer hatten die deutsche Staatsangehörigkeit (Vgl. Herbst et al. (2016) 93 %). Für weitere Studien wäre es sinnvoll, den Fragebogen in weiteren internationalen Verkehrssprachen anzubieten, damit Studierende einen leichteren Zugang zu den Fragen haben und somit das Ziel einer möglichst hohen Rücklaufquote positiv begünstigt werden könnte. Hieraus könnte jedoch durch den Stressfaktor „*Leben im Ausland*“, ein weiterer Bias resultieren, der folglich berücksichtigt werden müsste.

Im vorliegenden Fragebogen wurden Studienabbrüche durch die Frage „*Haben Sie bereits ein Studienfach abgebrochen?*“ erfragt. Studienabbrechende können definiert werden, als Studierende, die ein Erststudium aufgenommen und das Hochschulsystem ohne ersten Abschluss wieder verlassen haben. Ein Studienplatzwechsel, sowie ein erfolgloses Zweitstudium wird nicht als Studienabbruch bezeichnet.¹⁴³

Je nach Interpretation der Studienabbruchfrage von den Studierenden, kann es demnach zu falsch positiven Angaben und somit erhöhten Prävalenzen gekommen sein.

Eine weitere Limitation kann in dem verwendeten Gesundheitsfragebogen PHQ-D gesehen werden. Um die Diagnose psychischer Störungen valide stellen zu können, bedarf es einer

Kombination aus der Auswertung des Fragebogens und einem ärztlichen Gespräch. In der vorliegenden Arbeit wurde allein der PHQ-D als Screeninginstrument verwendet und ausgewertet, weshalb es sich um die Angabe von Syndromdiagnosen und nicht um die Diagnose von psychischen Störungen handelt.²²

Da die Diagnose auf Syndromebene einzig auf den Selbstangaben der Studierenden beruht und das fachliche Gespräch, einschließlich anamnestischer Zusatzinformationen fehlen²², könnte es zu Fehlinterpretationen und falschen Prävalenzangaben kommen.

Insgesamt kann der PHQ jedoch als valides und wertvolles Messinstrument angesehen werden¹³⁴.

Es konnte festgestellt werden, dass das Item 9 des PHQ-9 zur Erfassung von Depressionen und suizidalen Gedanken (entspricht dem Item 2 der vorliegenden Arbeit) einen niedrigen positiven Vorhersagewert und eine geringe Spezifität aufzeigt²⁵. Kim et al. (2021) könnte einen vergleichbar niedrigen positiven Vorhersagewert sowie eine geringfügig höhere Spezifität nachweisen. Die Spezifität gibt an, wie viele gesunde Patienten von einem Test als negativ klassifiziert werden. Der positive Vorhersagewert gibt den Anteil der tatsächlich kranken Personen an, die mittels eines Testverfahrens positiv getestet wurden.¹⁴⁸

Mit Hilfe des PHQ-9's könnten falsch positive Ergebnisse suizidaler Gedanken resultieren, weshalb das Suizidrisiko unzureichend beurteilt werden kann²⁵. Insgesamt konnte der PHQ-9 jedoch als erstes Screening suizidaler Gedanken als nützlich eingestuft werden²⁴.

Bei weiteren Studien wäre es sinnvoll auf eine möglichst repräsentative Stichprobe, insbesondere in Bezug auf das Geschlecht und die Erreichbarkeit der Studierenden aller Fakultäten, zu achten. Insgesamt kann jedoch gezeigt werden, dass ein beachtlicher Anteil der Studierenden der Universität zu Köln von psychischen Belastungen, wie Suizidgedanken und Bindungsstörungen vom ängstlichen und vermeidenden Typ, betroffen ist und Folgeuntersuchungen als sinnvoll erscheinen.

5.3. Praktische Implikationen

Die praktischen Implikationen sind von der Repräsentativität der Stichprobe abhängig. Aufgrund der Möglichkeit des Vorliegens eines Selektions-Bias (Kapitel 5.2) könnten weitere Studien notwendig sein, um einen Transfer der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation zu gewährleisten.

Durch die Studienergebnisse kann erstmalig gezeigt werden, wie viele Kölner Studierende von suizidalen Gedanken betroffen sind. Unter der Berücksichtigung des Selektionsbias und dadurch möglicherweise falsch hoher Prävalenzen, konnten bei 16,8 % der Studierenden Suizidgedanken festgestellt werden. Folglich sollten präventive und therapeutische Maßnahmen zur Unterstützung der Studierenden ausgebaut und besser zugänglich gemacht werden.

Die Universität zu Köln bietet verschiedene Beratungsangebote für die Studierenden an, die auf den entsprechenden Internetseiten übersichtlich dargestellt werden. Neben psychologischen Beratungsangeboten, zum Beispiel zur Krisenintervention, Prüfungsbewältigung und für Studierende mit Beeinträchtigung oder Krankheit, werden unter anderem auch das studentisch geführte „Zuhör – und Infotelefon“ (Nightline) angeboten ¹⁴⁹. Das Kölner Studierendenwerk (KSTW) dient nicht nur als Anlaufstelle für soziale Fragestellungen, bei zum Beispiel finanziellen Schwierigkeiten, es bietet unter anderem auch psychologische Beratungen, eine Lernberatung sowie Onlineberatungen an ¹⁵⁰. Im KSTW werden neben Einzelgesprächen auch Paartherapien angeboten. Es können Beratungen zu psychischen Erkrankungen sowie zu Partnerschaftsproblemen und Kontaktschwierigkeiten zu Kommilitonen besprochen werden. ¹⁵¹

Im Rahmen dieser Arbeit wurde nicht untersucht, ob die Beratungsmöglichkeiten der Universität zu Köln ausreichend sind und eine Möglichkeit besteht die Thematik der Suizidgedanken ausreichend zu behandeln. Dies könnte eine interessante und wichtige Fragestellung zukünftiger Analysen darstellen.

Es kann aber gesagt werden, dass sowohl Hilfesuchende an universitären Servicestellen als auch an außeruniversitären Beratungsstellen lange warten müssen, bis ein Therapiebeginn möglich ist. Neben einem zwischenzeitlichen Aufnahmestopp im Kölner Studierendenwerk für psychologische Beratung, besteht mindestens eine Wartezeit von 4-6 Wochen, bevor eine Therapie begonnen werden kann. Auch eine psychologische Beratung des Servicezentrums Inklusion weist eine Wartezeit von 2-3 Wochen auf. (Persönliche Mitteilung, vom 10.05.2022, von Herrn Schumann, Teamleitung Servicezentrum Inklusion, E-Mail im Anhang C)

Alternativ könnten sich Studierende Hilfe in einer Akutsprechstunde bei Psychotherapeuten suchen. Seit 2017 müssen Psychotherapeuten eine Akutsprechstunde anbieten, was zur Folge hat, dass Patientinnen und Patienten mit einer akuten Krise innerhalb von circa drei Wochen einen Ersttermin erhalten. Die Akutsprechstunde soll ermöglichen, dass die Patientinnen und Patienten schnellstmöglich „aufgefangen“ werden, um insbesondere eine Selbst-

und Fremdgefährdung zu verhindern. Um einen Termin für eine Richtlinien-therapie zu erhalten, müssen Patientinnen und Patienten jedoch etwa fünf Monate warten.⁴⁰

Es konnte gezeigt werden, dass 16,9 % der Studierenden ein stark erhöhtes Risiko für das Auftreten einer Bindungsangst und 16,6 % einer Bindungsvermeidung aufweisen. Soziale Beziehungen⁵¹ sowie intakte Partnerschaften^{19,45} sind wichtig für die psychische Gesundheit. Haben Studierende Schwierigkeiten Kontakte zu Gleichaltrigen aufzubauen, steigt das Suizidrisiko an¹⁷, weshalb es wichtig ist, bei bestehenden Kontaktschwierigkeiten, frühzeitig Hilfsangebote wahrnehmen zu können.

Obwohl es Beratungsstellen für Studierende gibt, werden diese nur von einem Bruchteil wahrgenommen. Lediglich 17,7 % der Kölner Studierenden haben während des Studiums Kontakt zu Beratungsstellen aufgenommen; 30,9 % dieser Studierenden gaben suizidale Gedanken an. 26,0 % der Studierenden haben in ihrem Leben bereits schonmal Kontakt zu einem Psychotherapeuten gehabt und aktuell befinden sich 8,7 % in einer Psychotherapie.

Gründe für die reduzierte Inanspruchnahme von Hilfsangeboten stellen eine zu große Überwindung, zeitliche Probleme⁶⁰ sowie ein Schamgefühl⁷⁷ der Studierenden dar. Außerdem möchten 56,4 % ihre Probleme lieber alleine oder durch Hilfe im privaten Umfeld (48 %) lösen⁷⁷. 34 % der Studierenden gaben an, nichts von psychologischen Beratungsangeboten zu wissen⁶⁰. Des Weiteren glauben 36 % nicht zur Zielgruppe zu gehören, 30 % der Studierenden fühlen sich von den Beratungsangeboten nicht angesprochen und 14 % haben kein passendes Angebot gefunden⁵⁷. Um passende Beratungsangebote für Studierende der Universität zu Köln anbieten zu können, wäre eine Erfassung von Beratungswünschen in einer weiteren Umfrage sinnvoll, um die Angebote gezielt zu erweitern.

Studierende mit psychischen Erkrankungen geben mit 43 % den Wunsch nach Geheimhaltung als Grund für die fehlende Inanspruchnahme von Beratungsstellen an⁵⁷. Um die Anonymität zu wahren sind Onlineberatungen bei Studierenden sehr beliebt^{67,76}. Das Kölner Studierendenwerk wirbt auf ihrer Homepage mit einer nach Wünschen vollständigen Anonymität sowie vertraulichen Beratung und hebt die Schweigepflicht gegenüber Dritten hervor¹⁵².

Nach Betrachtung der Gründe fehlender Inanspruchnahme, würde eine Erweiterung des Beratungsangebots allein die Häufigkeit psychischer Belastungen bzw. suizidaler Gedanken nicht mindern.

Ziel sollte es sein, dass Studierende der Universität zu Köln auf bereits bestehende Beratungsangebote aufmerksam gemacht werden und ein Ausbau von Hilfsangeboten in Angriff genommen wird. Das SOS-Referat, Studieren ohne Schranken, hält Erstsemesterinformationsveranstaltungen für Studierende mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ab, um die Studierenden unter anderem über Hilfsangebote und das Thema Nachteilsausgleich zu informieren¹⁵³.

Diese Informationen sollten für alle Erstsemesterstudierenden publik gemacht und zum Beispiel durch das Verteilen von Flyern unterstrichen werden. Ein offener Umgang mit der Thematik könnte die Hemmschwelle der Inanspruchnahme senken sowie eine Enttabuisierung des Themas der psychischen Belastungen zur Folge haben.

Die Universität zu Köln nutzt diverse Social-Media-Kanäle, wie z.B. Facebook, Twitter, Instagram und Xing ¹⁵⁴. Informationen zu Beratungsangeboten könnten über entsprechende Medien vermehrt und in regelmäßigen Abständen, auf für Studierende attraktive Weise, veröffentlicht sowie aktualisiert werden, sodass die Aufmerksamkeit auf bestehende Hilfsmöglichkeiten gelenkt wird. Eine Eingliederung in den studentischen Alltag wäre sinnvoll. Liegen von Anfang an Informationen zu Beratungsangeboten bereit und bleiben sie während des Studiums präsent, ist eine frühzeitige Kontaktaufnahme bei psychischer Belastung im Studium wahrscheinlicher.

Eine weitere Überlegung wäre es, dass Studierende in dem Immatrikulationsprozess, nach dem Erhalt der Studienplatzzusage, die Möglichkeit besitzen ihren Bedarf bezüglich bestehender Beeinträchtigungen zu formulieren, sodass sie gezielte Informationen zu Anlaufstellen und Ansprechpartnern, unmittelbar vor dem Studienstart, erhalten und gegebenenfalls zu Studienbeginn kontaktiert werden, um die Hemmschwelle der eigenständigen Kontaktaufnahme zu umgehen. Mortier et al. (2017) empfiehlt ein webbasiertes Risikoscreening für Studienanfänger, um eine Verbindung zwischen dem STB-Risiko und einer optimalen Versorgung der Studierenden zu schaffen.³⁵

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. hat kürzlich ein Netzwerk für Medizinstudierende mit Behinderung (NEMO) gegründet. Es handelt sich um eine Art Selbsthilfegruppe, die einen monatlichen digitalen Erfahrungsaustausch zwischen Gleichgesinnten anbietet und durch gemeinschaftliche Problemlösungen das Studium mit einer Beeinträchtigung erleichtern möchten. ¹⁵⁵

An der Universität zu Köln gibt es ebenfalls bereits die Möglichkeit sich mit beeinträchtigten Studierenden auszutauschen. Es finden zum Beispiel regelmäßige Austauschtreffen für Studierende mit Sehbehinderungen statt ¹⁵⁶. Außerdem organisiert das SOS-Referat Austauschtreffen für Studierende mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. SOS hat sich das Ziel gesetzt, sich, aufgrund steigender psychischer Erkrankungen unter Studierenden, mit dem Thema näher zu beschäftigen. ¹⁵⁷

Die Gründung beziehungsweise der Ausbau von Selbsthilfegruppen unter Studierenden mit psychischen Beeinträchtigungen wäre auch an der Universität zu Köln denkbar, um kurzfristige Hilfestellungen Studierender in ähnlichen Situationen zu erhalten und das Gefühl zu bekommen, dass man mit entsprechenden Problemsituationen nicht allein ist. Dieser offene Umgang

könnte das Selbstbewusstsein stärken und das Thema der psychischen Erkrankungen enttabuisieren.

Ein weiterer Aspekt besteht darin, dass die Lehrkräfte der Universität über die Thematik der psychischen Belastungen Kölner Studierender ausreichend informiert und für die Problematik sensibilisiert werden, um die beeinträchtigten Studierenden unterstützen zu können. Hierzu wurde 2016 an der Kölner Hochschule eine Informationsbroschüre für Dozentinnen und Dozenten veröffentlicht. Ein wichtiger Punkt stellt unter anderem der Nachteilsausgleich bei Studien- und Prüfungsleistungen dar, der auf eine bedarfsgerechte Studiengestaltung beeinträchtigter Studierender abzielt. Hierzu können zum Beispiel die Verlängerung des Prüfungszeitraums, die Ermöglichung von Erholungsphasen oder Einzel- statt Gruppenprüfungen zählen. Ebenso wird in der Broschüre auf mögliche Hilfsangebote für Studierende aufmerksam gemacht, wie z.B. das Früherkennungs- & Therapiezentrum für psychische Krisen, Nightline Köln e.V. und das Studierendenwerk.¹⁵⁸

Es ist wichtig, dass auch zukünftig Dozierende Informationen über psychische Belastungen, den Umgang mit beeinträchtigten Studierenden und mögliche Hilfeleistungen erhalten. Neben Informationsbroschüren, deren Informationen nur durch Eigenleistung und Eigeninteresse aufgenommen werden, könnten auch Schulungen sinnvoll sein, um alle Dozierenden mit der Thematik zu erreichen.

6. Literaturverzeichnis

1. Mortier P, Cuijpers P, Kiekens G, et al. The prevalence of suicidal thoughts and behaviours among college students: a meta-analysis. *Psychological Medicine* 2018; **48**(4): 554-65.
2. Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, et al. Mental disorder comorbidity and suicidal thoughts and behaviors in the World Health Organization World Mental Health Surveys International College Student initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2019; **28**(2): e1752.
3. Akram U, Ypsilanti A, Gardani M, et al. Prevalence and Psychiatric Correlates of Suicidal Ideation In UK University Students. *J Affect Disord* 2020; **272**: 191-7.
4. O'Neill S, McLafferty M, Ennis E, et al. Socio-demographic, mental health and childhood adversity risk factors for self-harm and suicidal behaviour in College students in Northern Ireland. *J Affect Disord* 2018; **239**: 58-65.
5. Arria A, O'Grady K, Caldeira K, Vincent K, Wilcox H, Wish E. Suicide Ideation Among College Students: A Multivariate Analysis. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research* 2009; **13**: 230-46.
6. Wong YJ, Brownson C, Schwing A. Risk and Protective Factors Associated With Asian American Students' Suicidal Ideation: A Multicampus, National Study. *Journal of College Student Development* 2011; **52**: 396-408.
7. King N, Pickett W, McNevein SH, et al. Mental health need of students at entry to university: Baseline findings from the U-Flourish Student Well-Being and Academic Success Study. *Early Interv Psychiatry* 2021; **15**(2): 286-95.
8. Engin E, Gurkan A, Dulgerler S, Arabaci LB. University students' suicidal thoughts and influencing factors. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; **16**(4): 343-54.
9. Gallagher RP. National Survey of College Counseling Centers 2014. 2015. http://d-scholarship.pitt.edu/28178/1/survey_2014.pdf (Zuletzt geöffnet am 27.01.2022).
10. Bruffaerts R, Mortier P, Auerbach RP, et al. Lifetime and 12-month treatment for mental disorders and suicidal thoughts and behaviors among first year college students. *Int J Methods Psychiatr Res* 2019; **28**(2): e1764.
11. Garlow SJ, Rosenberg J, Moore JD, et al. Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depress Anxiety* 2008; **25**(6): 482-8.
12. Lutz-Kopp C, Luka-Krausgrill U, Einig B. Psychische Störungen Studierender: Beispiel einer Psychotherapeutischen Beratungsstelle *Psychotherapeutenjournal* 2017; **01/2017**: 43–50.
13. Sperth M, Hofmann F-H, Holm-Hadulla RM. Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung für Studierende. *Psychother Psych Med* 2014; **64**(06): 224-31.
14. Vescovelli F, Melani P, Ruini C, Ricci Bitti PE, Monti F. University counseling service for improving students' mental health. *Psychological Services* 2017; **14**(4): 470-80.
15. Mortier P, Demyttenaere K, Auerbach RP, et al. First onset of suicidal thoughts and behaviours in college. *J Affect Disord* 2017; **207**: 291-9.
16. Harris TL, Molock SD. Cultural orientation, family cohesion, and family support in suicide ideation and depression among African American college students. *Suicide Life Threat Behav* 2000; **30**(4): 341-53.
17. Thomas AL, Brausch AM. Family and peer support moderates the relationship between distress tolerance and suicide risk in black college students. *J Am Coll Health* 2020: 1-8.
18. Langhinrichsen-Rohling J, Thompson K, Selwyn C, Finnegan H, Misra T. Maladaptive schemas mediate poor parental attachment and suicidality in college students. *Death Stud* 2017; **41**(6): 337-44.
19. Eisenberg D, Hunt J, Speer N. Mental health in American colleges and universities: variation across student subgroups and across campuses. *J Nerv Ment Dis* 2013; **201**(1): 60-7.

20. Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, et al. WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *J Abnorm Psychol* 2018; **127**(7): 623-38.
21. Sheftall AH, Schoppe-Sullivan SJ, Bridge JA. Insecure attachment and suicidal behavior in adolescents. *Crisis* 2014; **35**(6): 426-30.
22. Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, Herzog W. Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D): Manual Komplettversion und Kurzform. Autorisierte deutsche Version des „Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)“. 2002. https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/download/PHQ_Manual1.pdf (Zuletzt abgerufen am 09.02.2021).
23. Brenk-Franz K, Ehrental J, Freund T, et al. Evaluation of the short form of "Experience in Close Relationships" (Revised, German Version "ECR-RD12") - A tool to measure adult attachment in primary care. *PLoS One* 2018; **13**(1): e0191254.
24. Kim S, Lee H-K, Lee K. Which PHQ-9 Items Can Effectively Screen for Suicide? Machine Learning Approaches. *International journal of environmental research and public health* 2021; **18**(7): 3339.
25. Na PJ, Yaramala SR, Kim JA, et al. The PHQ-9 Item 9 based screening for suicide risk: a validation study of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 Item 9 with the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *J Affect Disord* 2018; **232**: 34-40.
26. Robert Koch Institut. Psychische Gesundheit. 2018. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Psychische_Gesundheit/Psychische_Gesundheit_node.html (Zuletzt abgerufen am 15.10.2019).
27. Robert-Koch-Institut. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: DEGS – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. 2009. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/degs_projektbeschr.pdf?blob=publicationFile (Zuletzt abgerufen am 19.10.2019).
28. Weltgesundheitsorganisation Europa. Psychische Gesundheit – Faktenblatt. 2019. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf (Zuletzt abgerufen am 02.11.2020).
29. Schneider B, Bartusch B, Schnabel A, Fritze J. Achse-I-Störungen als Risikofaktoren für Suizid in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht. *Psychiatr Prax* 2005; **32**(04): 185-94.
30. Wolfersdorf M. Depression und Suizid. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2008; **51**(4): 443-50.
31. Deutsche Presse-Agentur (dpa). WHO: Alle 40 Sekunden stirbt ein Mensch durch Suizid. 2019. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/105842/WHO-Alle-40-Sekunden-stirbt-ein-Mensch-durch-Suizid> (Zuletzt abgerufen am 24.03.2020)
32. Stiftung Deutsche Depressionshilfe. Suizidprävention: Eine globale Herausforderung. 2016. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779-ger.pdf> (Zuletzt abgerufen am 23.11.2020).
33. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health / edited by Etienne G. Krug ... [et al.]. 2002 2002. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42495> (Zuletzt abgerufen am 05.11.2020).
34. Hashimoto K, Sugawara N, Tanaka O, Nakamura K, Yasui-Furukori N. Parental bonding and attitudes toward suicide among medical college students in Japan. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014; **10**: 2015-20.
35. Mortier P, Kiekens G, Auerbach RP, et al. A Risk Algorithm for the Persistence of Suicidal Thoughts and Behaviors During College. *J Clin Psychiatry* 2017; **78**(7): e828-e36.
36. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 2014; **85**(1): 77-87.
37. Bühring P. Psychische Erkrankungen: Eine Volkskrankheit im Fokus. *Dtsch Arztebl International* 2018; **115**(20-21): 980-4.
38. IKK e.V. Volkskrankheiten in Zahlen. 2019. <https://www.ikkev.de/politik/gkv-in-zahlen/volkskrankheiten-in-zahlen/> (Zuletzt abgerufen am 16.10.2019).

39. Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R, et al. Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1): Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2013; **56**: 620–30.
40. Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie: Wartezeiten 2018. 2018. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf (Zuletzt abgerufen am 16.10.2019).
41. Wittchen HU, Jacobi F. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2001; **44**: 993-1000.
42. Jacobi F, Wittchen HU, Höltling C, et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine* 2004; **34**(4): 597-611.
43. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, et al. Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 2016; **87**(1): 88-90.
44. Destatis. Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser (2017). 2018. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611177004.pdf?_blob=publicationFile (Zuletzt abgerufen am 14.10.2019).
45. Jacobi F, Höfler M, Siegert J, et al. Twelve-months prevalence of mental disorders in the German Health Interview and Examination Survey for Adults - Mental Health Module (DEGS1-MH): A methodological addendum and correction. *Int J Methods Psychiatr Res* 2014; **24**(3): 304–19.
46. Destatis. Gesundheit: Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2016. 2017. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/diagnosedaten-krankenhaeuser-2120621167004.pdf?_blob=publicationFile (Zuletzt abgerufen am 11.11.2020).
47. Plass D, Vos T, Hornberg C, Scheidt-Nave C, Zeeb H, Krämer A. Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland. *Dtsch Arztebl International* 2014; **111**(38): 629-38.
48. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2015; **72**(4): 334-41.
49. Abas M, Hotopf M, Prince M. Depression and mortality in a high-risk population. 11-Year follow-up of the Medical Research Council Elderly Hypertension Trial. *Br J Psychiatry* 2002; **181**: 123-8.
50. Günhe U, Becker T, Salize H-J, Riedel-Heller SG. Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? *Psychiatr Prax* 2015; **42**: 415-23.
51. Bühren A, Voderholzer U, Schulte-Markwort M, et al. Psychische Erkrankungen: Alle Fachgebiete sind gefordert. *Dtsch Arztebl International* 2008; **105**(17): 880-4.
52. Mack S, Jacobi F, Gerschler A, et al. Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2014; **23**(3): 289-303.
53. Osborn DPJ, Levy G, Nazareth I, Petersen I, Islam A, King MB. Relative Risk of Cardiovascular and Cancer Mortality in People With Severe Mental Illness From the United Kingdom's General Practice Research Database. *JAMA Psychiatry* 2007; **64**(2): 242-9.
54. Bailer J, Schwarz D, Witthöft M, Stübinger C, Rist F. Prävalenz psychischer Syndrome bei Studierenden einer deutschen Universität. *Psychother Psych Med* 2008; **58**(11): 423-9.
55. Techniker Krankenkasse. Gesundheitsreport 2015: Gesundheit von Studierenden. 2015. <https://www.tk.de/resource/blob/2026676/cfc25bd5aec0a734d6f2c89b1929fb1b/gesundheitsreport-2015-data.pdf> (Zuletzt abgerufen am 29.02.2020).

56. Grobe T, Steinmann S, Szecsenyi J. Arztreport 2018: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. 2018. <https://www.barmer.de/blob/144368/08f7b513fdb6f06703c6e9765ee9375f/data/dl-barmer-arztreport-2018.pdf> (Zuletzt abgerufen am 07.11.2020)7).
57. Poskowsky J, Heißenberg S, Zaussinger S, Brenner J. beeinträchtigt studieren – best2: Datenerhebung zur Situation Studierender mit Behinderung und chronischer Krankheit 2016/17. 2016/17. https://www.studentenwerke.de/sites/default/files/beeintraechtigt_studieren_2016_barrierefrei.pdf (Zuletzt abgerufen am 12.11.2019).
58. Middendorff E, Apolinarski B, Becker K, et al. Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2016: 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks – durchgeführt vom Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung. 2017. http://www.sozialerhebung.de/download/21/Soz21_hauptbericht.pdf (Zuletzt abgerufen am 22.02.2020).
59. Holm-Hadulla RM, Hofmann F-H, Sperth M, Funke J. Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden. *Psychotherapeut* 2009; **54**(5): 346-56.
60. Ortenburger A. Beratung von Bachelorstudierenden in Studium und Alltag: Ergebnisse einer HISBUS-Befragung zu Schwierigkeiten und Problemlagen von Studierenden und zur Wahrnehmung, Nutzung und Bewertung von Beratungsangeboten. 2013. https://www.studentenwerke.de/sites/default/files/29_HISBUS-Beratung-2013.pdf (Zuletzt abgerufen am 07.11.2010).
61. Bayram N, Bilgel N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; **43**(8): 667-72.
62. Ramón-Arбуés E, Gea-Caballero V, Granada-López JM, Juárez-Vela R, Pellicer-García B, Antón-Solanas I. The Prevalence of Depression, Anxiety and Stress and Their Associated Factors in College Students. *Int J Environ Res Public Health* 2020; **17**(19).
63. Grützmacher J, Gusy B, Lesener T, Sudheimer S, Willige J. Gesundheit Studierender in Deutschland 2017: Ein Kooperationsprojekt zwischen dem Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, der Freien Universität Berlin und der Techniker Krankenkasse. 2018. https://www.dzhw.eu/pdf/21/gesundheit_studierender_in_deutschland_2017.pdf (Zuletzt abgerufen am 07.11.2020).
64. Techniker Krankenkasse. TK-Stress-Studie NRW-Studenten 2012: Ergebnisse einer repräsentativen Forsa-Umfrage aus Mai 2012. 2012. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwjI_5aTnZroAhUMy6QKHtK1AhcQFjACegQIBhAB&url=https%3A%2F%2Fwww.phil-fak.uni-duesseldorf.de%2Ffileadmin%2FRedaktion%2FInstitute%2FSozialwissenschaften%2FBF%2FBarz%2FAktuelles%2F2012_Forsa-Studie_Studentenalltag_in_NRW.pdf&usq=AOvVaw3usqWAUViMwWdCP2_vAQQS (Zuletzt abgerufen am 14.03.2020).
65. Herbst U, Voeth M, Eidhoff AT, Müller M, Stief S, AOK-Bundesverband. Studierendenstress in Deutschland - eine empirische Untersuchung. 2016. https://www.uni-heidelberg.de/md/journal/2016/10/08_projektbericht_stressstudie.pdf (Zuletzt abgerufen am 17.01.2022).
66. Rößler N. Ängste, Depressionen, Studienabbruch: Wenn Studenten psychisch krank werden. 2019. https://www.deutschlandfunk.de/aengste-depressionen-studienabbruch-wenn-studenten.724.de.html?dram:article_id=460415 (Zuletzt abgerufen am 10.11.2019).
67. Hofmann F-H, Sperth M, Holm-Hadulla RM. Psychische Belastungen und Probleme Studierender. *Psychotherapeut* 2017; **62**(5): 395-402.
68. Wang H, Yang C, He F, et al. Mental health and dropout behavior: A cross-sectional study of junior high students in northwest rural China. *International Journal of Educational Development* 2015; **41**: 1-12.
69. Daniel SS, Walsh AK, Goldston DB, Arnold EM, Reboussin BA, Wood FB. Suicidality, school dropout, and reading problems among adolescents. *J Learn Disabil* 2006; **39**(6): 507-14.

70. Ishii T, Tachikawa H, Shiratori Y, et al. What kinds of factors affect the academic outcomes of university students with mental disorders? A retrospective study based on medical records. *Asian Journal of Psychiatry* 2018; **32**: 67-72.
71. Mortier P, Auerbach RP, Alonso J, et al. Suicidal thoughts and behaviors among college students and same-aged peers: results from the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2018; **53**(3): 279-88.
72. Radcliffe C, Lester H. Perceived stress during undergraduate medical training: a qualitative study. *Med Educ* 2003; **37**(1): 32-8.
73. Cleary M, Walter G, Jackson D. "Not always smooth sailing": mental health issues associated with the transition from high school to college. *Issues Ment Health Nurs* 2011; **32**(4): 250-4.
74. Klug C, Strack M, Reich G. Belastungen von Bachelor- und Diplom-Studierenden. *Psychotherapeut* 2013; **58**(2): 159-64.
75. Weis A. Die Nachfrage ist gestiegen: Immer mehr Studenten wenden sich an den Psychologischen Beratungsservice der Universität Oldenburg, weil sie unter Überforderung leiden. 2019. <https://www.sueddeutsche.de/karriere/psychologische-beratung-die-nachfrage-ist-gestiegen-1.4475751> (Zuletzt abgerufen am 11.11.2019).
76. Kählke F, Kähler A-M, Baumeister H, Ebert D. StudiCare erfolgreich und gesund studieren – ein umfassendes deutsches und internationales Projekt zur Förderung der psychischen Gesundheit von Studierenden. 2019; **15** (2): 133-56.
77. Ebert DD, Mortier P, Kaehlke F, et al. Barriers of mental health treatment utilization among first-year college students: First cross-national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2019; **28**(2): e1782.
78. Farrell S, Kapur N, While D, Appleby L, Windfuhr K. Suicide in a national student mental health patient population, 1997–2012. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 2017; **38**(2): 82-8.
79. Eisenberg D, Golberstein E, Gollust SE. Help-Seeking and Access to Mental Health Care in a University Student Population. *Medical Care* 2007; **45**(7): 594-601.
80. Färber F, Rosendahl J. Zusammenhang von Resilienz und psychischer Gesundheit bei körperlichen Erkrankungen. *Dtsch Arztebl International* 2018; **115**(38): 621-7.
81. Lang U. Resilienz: Ressourcen stärken, psychisches Wohlbefinden steigern. Stuttgart: Kohlhammer Verlag; 2019.
82. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas* 1993; **1**(2): 165-78.
83. Lutz-Kopp C, Meinhardt-Injac B, Luka-Krausgrill U. Psychische Belastung Studierender. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2018; **14**(3): 256-63.
84. Destatis. Todesursachen: Suizide. 2017. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html> (Zuletzt abgerufen am 15.03.2020).
85. Change Magazin - Das Magazin der Bertelsmann Stiftung. Das geht uns alle an: Am 10. Oktober ist World Mental Health Day. 2019. https://www.change-magazin.de/de/am-10-oktober-ist-world-mental-health-day/?etcc_cmp=2019+KW41+FB+B&etcc_med=Facebook+Dark+Posts&etcc_grp&etcc_par&etcc_ctv&et_cmp_seq5 (Zuletzt abgerufen am 15.03.2020).
86. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K, Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med* 2008; **13**(5): 243-56.
87. Fergusson DM, McLeod GFH, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect* 2013; **37**(9): 664-74.
88. Foster T. Adverse Life Events Proximal to Adult Suicide: A Synthesis of Findings from Psychological Autopsy Studies. *Archives of Suicide Research* 2011; **15**(1): 1-15.
89. Ellsäßer G. Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2014. 2017.

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Publikationen/Downloads-Gesundheitszustand/unfaelle-gewalt-kinder-5230001149004.pdf?__blob=publicationFile (Zuletzt abgerufen am 28.12.2020).

90. Weltgesundheitsorganisation Europa. Suizid ist eine führende Todesursache unter jungen Erwachsenen in Ländern mit hohem Volkseinkommen. 2014. <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2014/09/suicide-a-leading-cause-of-death-among-young-adults-in-high-income-countries> (Zuletzt abgerufen am 24.03.2020).
91. Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O'Grady KE. Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *J Affect Disord* 2010; **127**(1-3): 287-94.
92. Mortier P, Auerbach RP, Alonso J, et al. Suicidal Thoughts and Behaviors Among First-Year College Students: Results From the WMH-ICS Project. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2018; **57**(4): 263-73.e1.
93. Schwartz AJ. Rate, relative risk, and method of suicide by students at 4-year colleges and universities in the United States, 2004-2005 through 2008-2009. *Suicide Life Threat Behav* 2011; **41**(4): 353-71.
94. Dachew BA, Biftu BB, Tiruneh BT, Anlay DZ, Wassie MA. Suicidal thoughts among university students in Ethiopia. *Annals of General Psychiatry* 2018; **17**.
95. Tolegen M, Utegenova B, Baymuhambetova B, et al. Factor Analysis of Suicidal Risk and Protective Mechanisms of Pedagogical Students in Kazakhstan. *Psychiatr Danub* 2021; **33**(3): 306-13.
96. Bentley KH, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Fox KR, Nock MK. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2016; **43**: 30-46.
97. Ebert DD, Buntrock C, Mortier P, et al. Prediction of major depressive disorder onset in college students. *Depress Anxiety* 2019; **36**(4): 294-304.
98. Stanley N, Mallon S, Bell J, Manthorpe J. Trapped in transition: Findings from a UK study of student suicide. *British Journal of Guidance and Counselling* 2009; **37**: 419-32.
99. Goldman-Mellor SJ, Caspi A, Harrington H, et al. Suicide attempt in young people: a signal for long-term health care and social needs. *JAMA psychiatry* 2014; **71**(2): 119-27.
100. Martin G, Waite S. Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1994; **89**(4): 246-54.
101. Haw C, Hawton K. Living alone and deliberate self-harm: a case-control study of characteristics and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2011; **46**(11): 1115-25.
102. Braga C, Gonçalves S. Non-suicidal self injury, psychopathology and attachment: a study with university students. *Span J Psychol* 2014; **17**: E66.
103. Strauß B. Bindung. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2014.
104. Bowlby J. Forty-four juvenile thieves: their characters and home-life, (II). 1944; **25**: 107-28.
105. Oerter R, Montada L. Entwicklungspsychologie. Basel: Beltz Psychologie Verlags Union; 2008.
106. Bowlby J. Attachment and Loss: Attachment. 2nd ed. New York: Basic Books; 1969, 1982.
107. Siegler R, DeLoache J, Eisenberg N. Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag; 2008.
108. Bowlby J. Can I Leave My Baby? London: National Association for Mental Health; 1958.
109. Wettig J. Eltern-Kind-Bindung: Kindheit bestimmt das Leben. *Dtsch Arztebl International* 2006; **103**(36): 2298-301.
110. Erikson EH. Identity and the life cycle. New York, London: W W Norton & Company; 1980, 1994.
111. Ainsworth MD, Bell SM. Attachment, exploration and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development* 1970; **41**(1): 49-67.
112. Bowlby J. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books; 1988.

113. Lengning A, Lüpschen N. Bindung. 2nd ed. München: Ernst Reinhardt Verlag; 2019.
114. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology* 1992; **28**(5): 759-75.
115. Sroufe LA, Carlson EA, Levy AK, Egeland B. Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Dev Psychopathol* 1999; **11**(1): 1-13.
116. Niebergall T. Pädagogisches Handeln in Kindertageseinrichtungen: Zur Bedeutung der Interaktion im Außengelände und im Gebäude. Hamburg: Diplomica Verlag; 2014.
117. Waters E, Cummings EM. A secure base from which to explore close relationships. *Child Dev* 2000; **71**(1): 164-72.
118. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, eds. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention. Chicago, London: The University of Chicago Press; 1990: 121-60.
119. Kirchmann H, Strauss B. Methoden zur Erhebung von Bindungsmerkmalen. *Klinische Diagnostik und Evaluation* 2008; **1**: 293-327.
120. Ehrenthal JC, Dinger U, Lamla A, Funken B, Schauenburg H. Evaluation der deutschsprachigen Version des Bindungsfragebogens "Experiences in Close Relationships—Revised" (ECR-RD) (Evaluation of the German Version of the Attachment Questionnaire "Experiences in Close Relationships—Revised"[ECR-RD]). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 2008; **59**: 215-23.
121. Schulz-Stübner S, de Bruin J, Neuser J, Rossaint R. Vergleich der Einschätzung von Depressivität und Ängstlichkeit durch einen standardisierten Fragebogen oder Fremdbeobachtung in einer universitären Prämedikationsambulanz. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2001; **36**(06): 331-5.
122. W. Möhring, D. Schlütz. Handbuch standardisierte Erhebungsverfahren in der Kommunikationswissenschaft. Wiesbaden: Springer; 2013.
123. Wei M, Russell D, Mallinckrodt B, Vogel D. The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-Short Form: Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of personality assessment* 2007; **88**: 187-204.
124. Böhme R. Resilienz : Die psychische Widerstandskraft. München, GERMANY: C.H. Beck; 2019.
125. Brisch KH, Hilmer C, Oberschneider L, Ebeling L. Bindungsstörungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2018; **166**(6): 533-44.
126. Dale R, Power K, Kane S, Stewart AM, Murray L. The role of parental bonding and early maladaptive schemas in the risk of suicidal behavior repetition. *Arch Suicide Res* 2010; **14**(4): 311-28.
127. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
128. Weber R, Ehrenthal JC, Pförtner TK, Albus C, Stosch C. Die schönste Zeit des Lebens? Psychische Belastungen von Studierenden am Beispiel einer deutschen Hochschule. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2020: 1-9.
129. Döring N, Bortz J. Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage 2016 ed. Berlin, Heidelberg: Springer; 2016.
130. Hedderich J. Angewandte Statistik: Methodensammlung mit R. 17th ed. 2020 ed. Berlin, Heidelberg: Imprint: Springer Spektrum; 2020.
131. Leiner DJ. SoSci Survey: Willkommen bei SoSci Survey (Version 2.4.00-i) [Computer Software]. 2014. <https://www.soscisurvey.de> (Zuletzt abgerufen am 15.02.2021).
132. Schöttke H, Lange J, Imholz M, Wiedl K. Entwicklung eines Screening-Verfahrens zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen: Das Persönlichkeitsstörungs-Screening – Kurzform (PSS-K). *Verhaltenstherapie* 2011; **21**: 154-61.
133. Spitzer R, Williams J, Kroenke K, et al. Utility of a New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary CareThe PRIME-MD 1000 Study. *JAMA : the journal of the American Medical Association* 1994; **272**: 1749-56.
134. Gräfe K, Zipfel S, Herzog W, Löwe B. Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". *Diagnostica* 2004; **50**: 171-81.

135. Rasch B, Friese M, Hofmann W, Naumann E. Quantitative Methoden 1. Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler; 2014.
136. Rasch B, Friese M, Hofmann W, Naumann E. Quantitative Methoden 2: Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler: Springer Berlin Heidelberg; 2014.
137. Victor A, Elsässer A, Hommel G, Blettner M. Wie bewertet man die p-Wert-Flut? Hinweise zum Umgang mit dem multiplen Testen – Teil 10 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. *Dtsch Arztebl International* 2010; **107**: 50-6.
138. Lange S, Bender R. Was ist ein Signifikanztest? Allgemeine Aspekte. *Dtsch Med Wochenschr* 2007; **132**(S 01): e19-e21.
139. Bender R, Ziegler A, Lange S. Logistische Regression. *Dtsch Med Wochenschr* 2007; **132**(S 01): e33-e5.
140. Destatis. Hochschulen: Studierende nach Bundesländern. 2022. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/studierende-insgesamt-bundeslaender.html> (Zuletzt abgerufen am 18.05.2022).
141. Macalli M, Navarro M, Orri M, et al. A machine learning approach for predicting suicidal thoughts and behaviours among college students. *Scientific Reports* 2021; **11**(1): 11363.
142. Heublein U, Hutzsch C, Schreiber J, Sommer D, Besuch G. Ursachen des Studienabbruchs in Bachelor- und in herkömmlichen Studiengängen. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Exmatrikulierten des Studienjahres 2007/08. Hannover: HIS; 2010.
143. Heublein U, Richter J, Schmelzer R. Die Entwicklung der Studienabbruchquoten in Deutschland: DZHW Brief 3|2020. Hannover: DZHW; 2020.
144. Neumann E, Rohmann E, Bierhoff H-W. Entwicklung und Validierung von Skalen zur Erfassung von Vermeidung und Angst in Partnerschaften – Der Bochumer Bindungsfragebogen (BoBi). *Diagnostica* 2007; **53**: 33-47.
145. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. ICD-10-GM Version 2022: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48). 2022. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/impressum/> (Zuletzt abgerufen am 30.05.2022).
146. Bosnjak M, Tuten TL. Prepaid and Promised Incentives in Web Surveys: An Experiment. *Social Science Computer Review* 2003; **21**(2): 208-17.
147. Laguilles JS, Williams EA, Saunders D. Can Lottery Incentives Boost Web Survey Response Rates? Findings from Four Experiments. *Research in Higher Education* 2011; **52**: 537-53.
148. Faller H. Sensitivität, Spezifität, positiver und negativer Vorhersagewert. *Rehabilitation (Stuttg)* 2005; **44**(01): 44-9.
149. Universität zu Köln. Studentisches Gesundheitsmanagement: Angebotswegweiser. 2022. https://gesunde.uni-koeln.de/sgm/content/angebotswegweiser/index_ger.html (Zuletzt abgerufen am 28.04.2022).
150. Kölner Studierendenwerk. Beratung, Kinder und Soziale Angebote: Beratung. 2020. <https://www.kstw.de/beratung> (Zuletzt abgerufen am 28.04.2022).
151. Kölner Studierendenwerk. Darüber reden ist hilfreich und erleichternd: Psychologische Beratung. 2020. <https://www.kstw.de/beratung/psychologische-beratung> (Zuletzt abgerufen am 28.04.2022).
152. Kölner Studierendenwerk. Anonym, vertraulich und sicher: Online-Beratung. 2020. <https://www.kstw.de/beratung/online-beratung> (Zuletzt abgerufen am 28.04.2022).
153. Universität zu Köln. SOS-Referat: Informationen für ErstsemesterInnen. 2021. <https://sos-referat.uni-koeln.de/informationen-fuer-erstsemesterinnen> (Zuletzt abgerufen am 03.02.2022).
154. Universität zu Köln. Presse & Kommunikation: Social media. 2022. https://kommunikation-marketing.uni-koeln.de/presse_kommunikation/social_media/index_ger.html (Zuletzt abgerufen am 02.05.2022).
155. Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland. NEMO: Netzwerk für Medizinstudierende mit Behinderung. 2022. <https://www.bvmd.de/portfolio-items/7333/?portfolioCats=110> (Zuletzt abgerufen am 02.05.2022).

156. Universität zu Köln. Servicezentrum Inklusion: Nice to meet you - Austauschtreffen für Studierende mit Sehbehinderung. 2022. https://inklusion.uni-koeln.de/e133364/e34803/e34804/preview_html?lang=ger&preview=preview (Zuletzt abgerufen am 03.05.2022).
157. Universität zu Köln. SOS-Referat. 2021. <https://sos-referat.uni-koeln.de/> (Zuletzt abgerufen am 03.05.2022).
158. Universität zu Köln. Studieren mit psychischen Erkrankungen an der Universität zu Köln: Eine Informationsbroschüre für Dozentinnen und Dozenten. 2016. https://inklusion.uni-koeln.de/tipps_informationen/nachteilsausgleich/index_ger.html (Zuletzt abgerufen am 02.05.2022).

7. Anhang

7.1. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Geschlechterverteilung der Studienteilnehmer	54
Abbildung 2: Zeitaufwand Nebentätigkeiten	55
Abbildung 3: Absolute und relative Häufigkeiten suizidaler Gedanken in Abhängigkeit des Geschlechtes.....	57
Abbildung 4: Altersverteilung suizidaler Gedanken.....	58
Abbildung 5: Alter und suizidale Gedanken.....	59
Abbildung 6: Suizidale Gedanken nach der Anzahl der Fachsemester.....	60
Abbildung 7: Suizidale Gedanken nach Arbeitsstunden pro Woche.....	62
Abbildung 8: Studienabbruchgedanken nach Fachsemestern	63
Abbildung 9: Ausprägungsgruppen der bindungsbezogenen Angst nach dem Alter	70
Abbildung 10: Ausprägungsgruppen der bindungsbezogenen Vermeidung nach dem Alter	71
Abbildung 11: Bindungsdimensionen nach Fachsemestern	72
Abbildung 12: Suizidale Gedanken und Bindungsdimensionen	78

7.2. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht psychischer Erkrankungen in Deutschland.....	17
Tabelle 2: Erkrankungen mit der stärksten beeinträchtigenden Wirkung auf das Studium....	22
Tabelle 3: Hauptrisikofaktoren für Suizid	32
Tabelle 4: Suizide in Deutschland (2017) nach Altersgruppen (absolute Zahlen).....	33
Tabelle 5: Items des ECR-RD12.....	47
Tabelle 6: Teilnehmeranzahl gegliedert in fünf Fakultäten	52
Tabelle 7: Beschreibung der Gesamtstichprobe	53
Tabelle 8: Übersicht suizidaler Gedanken.....	56
Tabelle 9: Geschlechtervergleich suizidaler Gedanken	57
Tabelle 10: Auftreten suizidaler Gedanken nach Fachsemestergruppen.....	61
Tabelle 11: Suizidale Gedanken und Studienfinanzierung durch Nebentätigkeit.....	62
Tabelle 12: Kreuztabelle suizidale Gedanken und Studienabbruchgedanken	64
Tabelle 13: Studienabbruch nach Fakultätszugehörigkeit	64
Tabelle 14: Chi-Quadrat-Test für das Auftreten suizidaler Gedanken nach dem Geschlecht	65
Tabelle 15: Bindungsdimensionen in der Gesamtstichprobe.....	65
Tabelle 16: Bindungsdimensionen dichotomisiert	66
Tabelle 17: Zweiteilung der Bindungsdimensionen nach dem Geschlecht	67
Tabelle 18: Bindungsdimensionen nach Ausprägungsgruppen.....	68
Tabelle 19: Dreiteilung der Bindungsdimensionen nach dem Geschlecht	69

Tabelle 20: Risikoprofil Bindungsdimensionen und Beratungsstellen	74
Tabelle 21: Suizidale Gedanken und Bindungsdimensionen dichotomisiert	76
Tabelle 22: Bindungsdimensionen und suizidale Gedanken	77
Tabelle 23: Inanspruchnahme psycho-sozialer Beratungsstellen und Psychotherapie	79
Tabelle 24: Chi-Quadrat-Test: Suizidale Gedanken und Psychotherapie	80
Tabelle 25: Logistische Regression - Suizidale Gedanken.....	81

7.3. Anhang A: Online-Umfrage

Seite 01

Liebe Teilnehmerin/ lieber Teilnehmer,

herzlichen Dank für Ihr Interesse an unserer Studie. Durch Ihre Teilnahme können Sie zu einem besseren Verständnis der psychischen Belastung von Studierenden der Universität zu Köln beitragen. Diese Forschung ist wichtig, um das Beratungsangebot an der Universität zu Köln zu verbessern.

Die Bearbeitung der Studie dauert ca. **15 Minuten**. Die Teilnahme ist freiwillig und dient ausschließlich Forschungszwecken. Die Auswertung erfolgt selbstverständlich anonym, somit sind keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich.

Bei Fragen können Sie sich jederzeit per E-Mail (rainer.weber@uk-koeln.de) an uns wenden. Bitte verwenden Sie nicht die Zurück-Taste Ihres Internetbrowsers.

Wir möchten uns jetzt schon herzlich für Ihre Mithilfe bedanken!

Dr. Dipl.-Psch. Rainer Weber
Komm. Leiter der Abteilung
Medizinische Psychologie
Klinik und Poliklinik für
Psychosomatik und
Psychotherapie
Uniklinik Köln

Prof. Dr. C. Albus
Leiter der Klinik und Poliklinik
für Psychosomatik und
Psychotherapie
Uniklinikum Köln

Dr. Ch. Stosch
Studiendekanat der
Medizinischen Fakultät der
Universität zu Köln

Seite 02

1. Nennen Sie bitte Ihr Geschlecht. [PD01]

- weiblich
 männlich

2. Geben Sie bitte Ihr Lebensalter in Jahren an. [PD02]

3. Welche Nationalität haben Sie? [PD11]

- deutsch
 andere:

Seite 03

4. Welches Hauptfach / welchen Studiengang studieren Sie im laufenden Semester? [SD02]

5. ggf. 2. Fach [SD08]

Bitte eintragen:

6. ggf. 3. Fach [SD17]

Bitte eintragen:

7. In welchem Fachsemester studieren Sie? [SD09]

Seite 04

8. Haben Sie vor Aufnahme des Studiums eine Berufsausbildung abgeschlossen? [SD05]

- ja
- nein

9. Haben Sie bereits ein Studienfach abgeschlossen? [SD06]

- ja
- nein

10. Haben Sie bereits ein Studienfach abgebrochen? [SD10]

- ja
- nein

Seite 05

Filter

PHP-Code

```
if (value('SD10') == 2){  
question('SD15');  
}
```

question('SD15')

11. Warum haben Sie das Studium abgebrochen? [SD15]

Seite 06

12. Wie finanzieren Sie Ihr Studium? [SD11]

Sie können mehrere Antworten angeben.

- finanzielle Unterstützung durch Verwandte
- Jobs/Nebentätigkeit
- BAFÖG
- Stipendium
- sonstiges:

Seite 07

PHP-Code

```
if (value('SD11_02') == 2){  
question('SD12');  
}
```

question('SD12')

13. Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Woche (Job/Nebentätigkeit)? [SD12]

Im Durchschnitt

Stunden/Wochen.

Seite 08

14. Haben Sie bereits einmal darüber nachgedacht, Ihr Studium abzubrechen? [SD13]

- ja
- nein

Seite 09

Filter

PHP-Code

```
if (value('SD13') == 2){  
question('SD16');  
}
```

question('SD16')

15. Welche Gründe hätten Sie, Ihr Studium abzubrechen? [SD16]

Seite 10

16. Haben Sie bereits einmal Kontakt zu psycho-sozialen Beratungsstellen gehabt (Schule, Studium)? [PT01]

- nein
- ja, während der Schulzeit
- ja, während der Berufsausbildung
- ja, während des Studiums
- ja, in anderen Lebensabschnitten:

17. Haben Sie bereits ein- oder mehrmals eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen? [PT02]

- keine psychotherapeutische Behandlung
- eine psychotherapeutische Behandlung
- mehrere psychotherapeutische Behandlungen

Seite 11

Filter

PHP-Code

```
if (value('PT02') >=2) {  
question('PT03');  
}
```

question('PT03')

18. In welchem Setting hat/haben die Behandlung(en) stattgefunden? [PT03]

- ambulant
- stationär
- beides

Seite 12

PT

19. Denken Sie darüber nach eine psychotherapeutische Behandlung aufzunehmen? [PT04]

- ja
- nein

20. Führen Sie aktuell eine psychotherapeutische Behandlung durch? [PT05]

- ja
- nein

Seite 13
PT2

21. Waren Sie jemals wegen psychischer Probleme in hausärztlicher oder psychiatrischer Behandlung? [PT07]

- ja
 nein

22. Sind Sie aktuell wegen psychischer Probleme in hausärztlicher oder psychiatrischer Behandlung? [PT06]

- ja
 nein

Seite 14
Belastung

23. Haben Sie eine chronische körperliche Erkrankung oder/und eine körperliche Behinderung, die Sie im Studienalltag beeinträchtigt? [PD12]

- ja
 nein

Seite 15

Filter

PHP-Code

```
if (value("PD12")== 1){question("PD13");question ("PD14");}
```

question('PD13')

24. Um welche Erkrankung bzw. Behinderung handelt es sich?
(Mehrfachnennungen möglich) [PD13]

- Allergien
- Atemwegserkrankungen
- Sehbeeinträchtigung/ -behinderung
- Blindheit
- Hör- /Sprechbeeinträchtigung/ -behinderung
- Gehörlosigkeit
- Hauterkrankung
- Magen -/Darmerkrankung
- Mobilitätsbeeinträchtigung
- Motorische Beeinträchtigung
- Rheuma
- Schmerzen (chronisch)
- Sprach-/ Sprechbeeinträchtigung/ -behinderung
- Stoffwechselstörung
- Tumorerkrankung
- Zentrales Nervensystem: Erkrankung/ Dysfunktion
- Andere Beeinträchtigung:
- Ich möchte keine näheren Angaben zu meiner Beeinträchtigung machen.

question('PD14')

25. Auf einer Skala von 1 bis 10, wobei ,1‘ die niedrigste und ,10‘ die höchste Ausprägung darstellt, wie hoch würden Sie Ihre Belastung durch die zuvor angegebene/n Beeinträchtigung/en einschätzen? [PD14]

- | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

26. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? [GF01]

	nicht beeinträchtigt	wenig beeinträchtigt	stark beeinträchtigt
Bauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rückenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menstruationsschmerzen oder andere Probleme bei der Menstruation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen im Brustbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwindel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurzatmigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seite 17

27. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? [GF02]

	über- haupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	bei- nahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waren Ihre Bewegungen oder ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seite 18

28. Fragen zum Thema „Angst“

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)? [GF03]

- nein ja

Seite 19
Filter:Angst

```

PHP-Code
if (value('GF03') == 2) {
question('GF20');
}
if (value('GF03') == 1) {
goToPage('BeAngst');
}
    
```


29. Sie haben angegeben, dass Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik) hatten. [GF20]

nein

ja

Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?

Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf – d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?

Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?

Seite 20

30. Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall. [GF04]

nein

ja

Bekamen Sie schlecht Luft?

Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?

Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?

Haben Sie geschwitzt?

Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?

Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?

Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?

Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?

Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?

Zitterten oder bebten Sie?

Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?

Seite 21
BeAngst

31. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis beeinträchtigt? [GF05]

- überhaupt nicht an einzelnen Tagen an mehr als der Hälfte der Tage

Seite 22
BeAngstFilter

```
PHP-Code  
if (value('GF05') == 1){  
  goToPage('EssenStart');  
}
```

Seite 23

32. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? [GF18]

- | | überhaupt nicht | an einzelnen Tagen | an mehr als der Hälfte der Tage |
|---|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|
| Gefühle der Unruhe, sodass Stillsitzen schwer fällt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Leichte Ermüdbarkeit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Muskelverspannungen, Muskelschmerzen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Lesen oder beim Fernsehen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Seite 24
EssenStart

33. Fragen zum Thema „Essen“

Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, wie viel und was Sie essen? [GF06]

- nein ja

34. Essen Sie öfter – in einem Zeitraum von 2 Stunden – Mengen, die andere Leute als ungewöhnlich groß bezeichnen würden? [GF21]

nein

ja

Seite 25
FilterEssen

PHP-Code

```
if (value('GF06') == 1){  
  goToPage('AlkoholStart');  
}  
if (value('GF21') == 1){  
  goToPage('AlkoholStart');  
}
```

Seite 26

35. Fragen zum Thema „Essen“ [GF19]

nein
ja

Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?

36. Haben Sie während der letzten 3 Monate öfter eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden?

Sich selbst zum Erbrechen gebracht? [GF07]

nein

ja

37. Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen? [GF22]

nein

ja

38. Gefastet, d.h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen? [GF23]

nein

ja

39. Mehr als eine Stunden Sport getrieben mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, wenn Sie wie zuvor beschrieben gegessen haben? [GF24]

- nein ja

Seite 27

PHP-Code

```
if (
(value('GF07') == 2) or
(value('GF22') == 2) or
(value('GF23') == 2) or
(value('GF24') == 2)
) {
question ('GF10');
}
```

question('GF10')

40. Kam eine der Maßnahmen zur Vermeidung einer Gewichtszunahme im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor? [GF10]

- nein ja

Seite 28

AlkoholStart

41. Trinken Sie manchmal Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)? [GF08]

- nein ja

Seite

Filter:Alkohol

29

PHP-Code

```
if (value('GF08') == 1){
goToPage('ProblemeAlltag');
}
```

Seite 30

42. Ist bei Ihnen im Laufe der letzten 6 Monate mehr als einmal eine der folgenden Situationen eingetreten? [GF09]

- | | nein |
|--|-----------------------|
| | ja |
| Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören? | <input type="radio"/> |
| Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verkatert“? | <input type="radio"/> |
| Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen fern geblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert“ waren? | <input type="radio"/> |
| Sie hatten Schwierigkeiten, mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten? | <input type="radio"/> |
| Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zu viel getrunken hatten? | <input type="radio"/> |

Seite 31

ProblemeAlltag

43. Wenn eines oder mehrere der bisher in dieser Umfrage beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegt, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen: [GF11]

- | | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| überhaupt nicht erschwert | etwas erschwert | relativ stark erschwert | sehr stark erschwert |

44. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? [GF12]

	nicht be- einträchtigt	wenig be- einträchtigt	stark be- einträchtigt	kann ich nicht beurteilen
Sorgen über Ihre Gesundheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sorgen über Ihr Gewicht oder Ihr Aussehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenig oder kein sexuelles Verlangen oder Vergnügen beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten mit dem Ehepartner, Lebensgefährten, Freundin/Freund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Belastung durch die Versorgung von Kindern, Eltern oder anderen Familienangehörigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress bei der Arbeit oder in der Schule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finanzielle Probleme oder Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niemanden zu haben, mit dem man Probleme besprechen kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etwas Schlimmes, das <u>vor kurzem</u> passiert ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gedanken an schreckliche Ereignisse von <u>früher</u> oder Träume darüber – z.B. die Zerstörung des eigenen Heimes, ein schwerer Unfall, körperliche Gewalt oder eine sexuelle Handlung unter Zwang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seite 32

GewaltBelastungMedis

45. Sind Sie im letzten Jahr geschlagen, getreten oder anderweitig von jemandem körperlich verletzt worden oder hat Sie jemand zu einer ungewünschten sexuellen Handlung gezwungen? [GF13]

nein

ja

46. Was belastet Sie zur Zeit in Ihrem Leben am meisten? [GF14]

47. Nehmen Sie Medikamente gegen Angst, Depressionen oder Stress? [GF15]

nein

ja

PHP-Code

```
if (value ('PD01') == 1 ) {
question ('GF16') ;
}
if (value ('PD01') == 1 ) {
question ('GF17') ;
}
if (value ('PD01') == 2 ) {
goToPage('Bibol');
}
```

question('GF16')

48. Wodurch wird Ihre Monatsblutung am besten beschrieben? [GF16]

- | | | | | |
|-------------------------------|---|--|--|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Monatsblutung ist unverändert | keine Monatsblutung aufgrund Schwangerschaft oder kürzlicher Geburt | Monatsblutung von unregelmäßig geworden bzw. Stärke haben sich verändert | Monatsblutung ist unregelmäßig bzw. Abstand oder Stärke haben sich verändert | Keine Monatsblutung seit mindestens einem Jahr |
| | | | | Monatsblutung bei Hormontherapie (Einnahme von Östrogenen) oder Verhütung durch die Pille |

question('GF17')

Frage [GF17]

- | | nein
(oder
trifft
nicht zu) | ja |
|--|--|-----------------------|
| Haben Sie in der Woche vor dem Beginn Ihrer Monatsblutung <u>ausgeprägte</u> Probleme mit Ihrer Stimmung – z. B. Depressionen, Angst, Reizbarkeit, Aggressivität oder Stimmungsschwankungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn „ja“: Verschwinden diese Probleme am Ende Ihrer Monatsblutung wieder? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie während der letzten 6 Monate ein Kind geboren? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hatten Sie während der letzten 6 Monate eine Fehlgeburt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie Schwierigkeiten, schwanger zu werden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Seite 34
Bibel

49. Die folgenden Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie sich in emotional bedeutsamen Partnerschaften fühlen. Von Interesse ist dabei vor allem, *wie Sie im Allgemeinen Partnerschaften erleben oder erlebt haben*, nicht so sehr, was gerade in einer aktuellen Partnerschaft passiert. Bitte nehmen Sie zu jeder Aussage Stellung, indem Sie eine Zahl ankreuzen, um darzustellen, wie sehr Sie der Aussage für sich zustimmen. [BF01]

	stimme nicht	gar zu	2	3	4	5	6	stimme völlig	zu
	1								7
Ich habe Angst, die Liebe meines Partners/meiner Partnerin zu verlieren.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich mache mir oft Sorgen, dass mein Partner/meine Partnerin nicht bei mir bleiben will.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich wohl damit, meine privaten Gedanken und Gefühle mit meinem Partner/meiner Partnerin zu teilen.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fällt mir leicht, mich auf meinen Partner/meine Partnerin zu verlassen.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich befürchte, dass ich meinem Partner/meiner Partnerin weniger bedeute als sie mir.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich ziehe es vor, meinem Partner/meiner Partnerin nicht nahe zu sein.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seite 35

50. Die folgenden Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie sich in emotional bedeutsamen Partnerschaften fühlen. Von Interesse ist dabei vor allem, *wie Sie im Allgemeinen Partnerschaften erleben oder erlebt haben*, nicht so sehr, was gerade in einer aktuellen Partnerschaft passiert. Bitte nehmen Sie zu jeder Aussage Stellung, indem Sie eine Zahl ankreuzen, um darzustellen, wie sehr Sie der Aussage für sich zustimmen. [BF02]

	stimme nicht	gar zu	2	3	4	5	6	stimme völlig	zu
	1								7
Mir wird unwohl, wenn ein Partner/eine Partnerin mir sehr nahe sein will.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe den Eindruck, dass mein Partner/meine Partnerin nicht so viel Nähe möchte wie ich.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bespreche vieles mit meinem Partner/meiner Partnerin.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Angst, dass sobald ein Partner/eine Partnerin mich näher kennen lernt, er/sie mich nicht so mag, wie ich wirklich bin.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es macht mich wütend, dass ich von meinem Partner/meiner Partnerin nicht die Zuneigung und Unterstützung bekomme, die ich brauche.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fällt mir leicht, meinem Partner/meiner Partnerin gegenüber liebevoll zu sein.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Frage [PS01]

Bitte lesen Sie jede Fragestellung durch. Kreuzen Sie bitte das Antwortkästchen der Feststellung an, die am besten auf Sie zutrifft.

Manche Feststellung besteht aus zwei Teilen. Wenn Sie nur mit einem Teil einverstanden sind, kreuzen Sie bitte **vielleicht** an; wenn Sie mit beiden Teilen einverstanden sind, kreuzen Sie bitte **ja** an. Lassen Sie bitte keine Feststellung aus, auch wenn Sie meinen, eine Feststellung träfe auf Sie oder Ihre Lebensumstände nicht zu; antworten Sie bitte so, als würde sie zutreffen.

	ja	vielleicht	nein
Ich mache mir sehr viele Sorgen, dass Menschen, an denen mir etwas liegt, mich verlassen, obwohl gewöhnlich kein Grund für diese Angst besteht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann ungeduldig sein; im Allgemeinen will ich das, was ich will, sofort.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Allgemeinen habe ich sehr intensive Beziehungen und gewöhnlich schwanken meine Gefühle für diesen Menschen von einem Extrem zum anderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manchmal bete ich ihn fast an und dann wieder kann ich ihn nicht ausstehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe nicht besonders viel Vertrauen, obwohl ich es gern hätte. Ich habe einfach Angst, dass Menschen mich ausnutzen könnten, wenn ich nicht vorsichtig bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich neige dazu, ein Einzelgänger zu sein, und für mich ist das in Ordnung. Es macht mir irgendwie keinen Spaß, viel mit anderen Leuten zusammen zu sein, auch wenn es meine Familie ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin sehr unsicher. Ich habe oft das Gefühl, dass Menschen mich ansehen und mich taxieren, nicht immer in schmeichelhafter Weise.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bleibe lieber in meiner üblichen täglichen Routine als mich in unbekannte Umgebungen und Situationen zu wagen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mich fasziniert eine Art Untergrundleben, in dem man die Regeln brechen kann und ungestraft davonkommt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Letzte Seite

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

Einladung zum SoSci Panel

Liebe Teilnehmerin,
lieber Teilnehmer,

das nicht-kommerzielle [SoSci Panel](#) würde Sie gerne zu weiteren wissenschaftlichen Befragungen einladen. Das Panel achtet Ihre Privatsphäre, gibt Ihre E-Mail-Adresse nicht an Dritte weiter und wird Ihnen pro Jahr maximal vier Einladungen zu qualitativ hochwertigen Studien zusenden.

E-Mail:

Sie erhalten eine Bestätigungsmail, bevor Ihre E-Mail-Adresse in das Panel aufgenommen wird. So wird sichergestellt, dass niemand außer Ihnen Ihre E-Mail-Adresse einträgt.

Der Fragebogen, den Sie gerade ausgefüllt haben, wurde gespeichert. Sie können das Browserfenster selbstverständlich auch schließen, ohne am SoSci Panel teilzunehmen.

[Dr. Rainer Weber](#), Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Uniklinikum Köln

7.4. Anhang B: Ergänzende Tabellen

Anhang B1: Testung auf Normalverteilung

	Kolmogoroff-Smirnoff		
	Statistik	df	Signifikanz
Alter:	0,139	3211	<,001
Anzahl Fachsemester:	0,151	3211	<,001
Zeitaufwand-Nebentätigkeit:	0,149	3211	<,001
Bindungsangst:	0,099	3211	<,001
Bindungsvermeidung:	0,123	3211	<,001

Anmerkung: Es liegt keine Normalverteilung vor.

Anhang B2: Alter und Fachsemester

<i>Fachsemester</i>	<i>Alter</i>					
	N	Min.	Max.	MW	Med.	IQA
1	892	17	52	21,95	21,00	5,00
2	255	17	62	22,96	21,00	5,00
3	966	18	65	22,58	21,00	4,00
4	272	19	65	24,08	22,00	4,00
5	690	19	65	24,47	23,00	4,00
6	238	21	52	24,92	24,00	3,00
7	446	21	60	25,54	24,00	4,00
8	193	16	50	26,39	25,00	4,00
9	281	22	50	26,19	25,00	3,00
10	169	23	46	27,04	26,00	4,00
11	169	23	46	26,47	25,00	2,00
12	84	25	65	28,08	27,00	2,00
13	69	24	65	28,58	27,00	4,00
14	38	26	51	30,32	28,00	5,00
15	41	26	47	29,54	29,00	3,00
16	21	25	37	29,81	29,00	2,00
17	23	27	43	30,48	30,00	3,00
18	9	28	47	32,33	31,00	5,00
19	8	28	34	30,38	30,00	5,00
20	12	29	38	31,92	31,50	3,00
21	6	31	38	33,67	33,00	4,00
22	7	30	48	33,71	31,00	2,00
23	4	31	35	33,75	34,50	3,00
39	1	42	42	42,00	-	-

Anmerkung: Darstellung der Altersverteilung nach Fachsemester. Alter in Jahren.

Anhang B3: Suizidale Gedanken nach dem Alter

Suizidale Gedanken nach Alter			
Alter:		Häufigkeit	Prozent
16	Nein	1	100,0
17	Nein	11	100,0
18	Nein	90	83,3
	Ja	18	16,7
	Gesamt	108	100,0
19	Nein	257	85,7
	Ja	43	14,3
	Gesamt	300	100,0
20	Nein	395	83,3
	Ja	79	16,7
	Gesamt	474	100,0
21	Nein	456	84,4
	Ja	84	15,6
	Gesamt	540	100,0
22	Nein	434	84,4
	Ja	80	15,6
	Gesamt	514	100,0
23	Nein	437	85,7
	Ja	73	14,3
	Gesamt	510	100,0
24	Nein	433	83,3
	Ja	87	16,7
	Gesamt	520	100,0
25	Nein	400	84,2
	Ja	74	15,6
	Enthaltungen	1	,2
	Gesamt	475	100,0
26	Nein	279	79,9
	Ja	69	19,8
	Enthaltungen	1	,3
	Gesamt	349	100,0
27	Nein	199	82,9
	Ja	41	17,1
	Gesamt	240	100,0
28	Nein	160	80,4
	Ja	39	19,6
	Gesamt	199	100,0

29	Nein	111	79,3
	Ja	29	20,7
	Gesamt	140	100,0
30	Nein	93	79,5
	Ja	24	20,5
	Gesamt	117	100,0
31	Nein	59	75,6
	Ja	19	24,4
	Gesamt	78	100,0
32	Nein	40	76,9
	Ja	12	23,1
	Gesamt	52	100,0
33	Nein	40	78,4
	Ja	11	21,6
	Gesamt	51	100,0
34	Nein	40	78,4
	Ja	11	21,6
	Gesamt	51	100,0
35	Nein	26	76,5
	Ja	8	23,5
	Gesamt	34	100,0
36	Nein	15	88,2
	Ja	2	11,8
	Gesamt	17	100,0
37	Nein	17	89,5
	Ja	2	10,5
	Gesamt	19	100,0
38	Nein	14	82,4
	Ja	3	17,6
	Gesamt	17	100,0
39	Nein	5	100,0
40	Nein	3	75,0
	Ja	1	25,0
	Gesamt	4	100,0
41	Nein	2	66,7
	Ja	1	33,3
	Gesamt	3	100,0
42	Nein	8	100,0
43	Nein	10	90,9
	Ja	1	9,1
	Gesamt	11	100,0

44	Nein	2	66,7
	Ja	1	33,3
	Gesamt	3	100,0
45	Nein	5	100,0
46	Nein	5	83,3
	Ja	1	16,7
	Gesamt	6	100,0
47	Nein	5	100,0
48	Nein	1	33,3
	Ja	2	66,7
	Gesamt	3	100,0
50	Nein	3	100,0
51	Nein	2	50,0
	Ja	2	50,0
	Gesamt	4	100,0
52	Nein	3	100,0
54	Nein	1	100,0
55	Nein	1	50,0
	Ja	1	50,0
	Gesamt	2	100,0
56	Nein	1	100,0
57	Nein	1	100,0
60	Nein	3	100,0
62	Nein	1	100,0
65	Nein	4	80,0
	Ja	1	20,0
	Gesamt	5	100,0

Anmerkung: Darstellung des Auftretens suizidaler Gedanken nach dem Alter der Studienteilnehmer.

Anhang B4: Studienfinanzierung durch finanzielle Unterstützung durch Verwandte

Suizidale Gedanken

Finanzielle Unterstützung durch Verwandte		Häufigkeit	Prozent
Nein	negativ	1166	80,7
	positiv	278	19,3
	Gesamt	1444	100,0
Ja	negativ	2907	84,3
	positiv	541	15,7
	Enthaltungen	2	0,1
	Gesamt	3450	100,0

Anmerkung: Darstellung der Studienteilnehmenden mit finanzieller familiärer Unterstützung mit und ohne suizidale Gedanken.

Anhang B5: Bindungsdimensionen und Alter

BANG

Alter:		Häufigkeit	Prozent
16	Enthaltungen	1	100,0
17	niedrig	3	27,3
	medium	8	72,7
	Gesamt	11	100,0
18	niedrig	28	25,9
	medium	54	50,0
	hoch	22	20,4
	Enthaltungen	4	3,7
	Gesamt	108	100,0
19	niedrig	38	12,7
	medium	200	66,7
	hoch	47	15,7
	Enthaltungen	15	5,0
	Gesamt	300	100,0
20	niedrig	93	19,6
	medium	300	63,3
	hoch	63	13,3
	Enthaltungen	18	3,8
	Gesamt	474	100,0
21	niedrig	83	15,4
	medium	342	63,3
	hoch	97	18,0
	Enthaltungen	18	3,3
	Gesamt	540	100,0
22	niedrig	73	14,2

	medium	334	65,0
	hoch	90	17,5
	Enthaltungen	17	3,3
	Gesamt	514	100,0
23	niedrig	76	14,9
	medium	330	64,7
	hoch	87	17,1
	Enthaltungen	17	3,3
	Gesamt	510	100,0
24	niedrig	88	16,9
	medium	321	61,7
	hoch	85	16,3
	Enthaltungen	26	5,0
	Gesamt	520	100,0
25	niedrig	91	19,2
	medium	293	61,7
	hoch	79	16,6
	Enthaltungen	12	2,5
	Gesamt	475	100,0
26	niedrig	63	18,1
	medium	214	61,3
	hoch	59	16,9
	Enthaltungen	13	3,7
	Gesamt	349	100,0
27	niedrig	41	17,1
	medium	142	59,2
	hoch	48	20,0
	Enthaltungen	9	3,8
	Gesamt	240	100,0
28	niedrig	49	24,6
	medium	104	52,3
	hoch	39	19,6
	Enthaltungen	7	3,5
	Gesamt	199	100,0
29	niedrig	25	17,9
	medium	82	58,6
	hoch	28	20,0
	Enthaltungen	5	3,6
	Gesamt	140	100,0
30	niedrig	17	14,5
	medium	75	64,1

	hoch	18	15,4
	Enthaltungen	7	6,0
	Gesamt	117	100,0
31	niedrig	12	15,4
	medium	43	55,1
	hoch	21	26,9
	Enthaltungen	2	2,6
	Gesamt	78	100,0
32	niedrig	8	15,4
	medium	34	65,4
	hoch	8	15,4
	Enthaltungen	2	3,8
	Gesamt	52	100,0
33	niedrig	10	19,6
	medium	28	54,9
	hoch	11	21,6
	Enthaltungen	2	3,9
	Gesamt	51	100,0
34	niedrig	4	7,8
	medium	35	68,6
	hoch	10	19,6
	Enthaltungen	2	3,9
	Gesamt	51	100,0
35	niedrig	8	23,5
	medium	20	58,8
	hoch	3	8,8
	Enthaltungen	3	8,8
	Gesamt	34	100,0
36	niedrig	3	17,6
	medium	9	52,9
	hoch	3	17,6
	Enthaltungen	2	11,8
	Gesamt	17	100,0
37	niedrig	5	26,3
	medium	12	63,2
	hoch	2	10,5
	Gesamt	19	100,0
38	niedrig	3	17,6
	medium	12	70,6
	hoch	2	11,8
	Gesamt	17	100,0
39	medium	3	60,0

	hoch	1	20,0
	Enthaltungen	1	20,0
	Gesamt	5	100,0
40	niedrig	2	50,0
	medium	1	25,0
	hoch	1	25,0
	Gesamt	4	100,0
41	medium	2	66,7
	hoch	1	33,3
	Gesamt	3	100,0
42	niedrig	2	25,0
	medium	5	62,5
	hoch	1	12,5
	Gesamt	8	100,0
43	niedrig	3	27,3
	medium	7	63,6
	hoch	1	9,1
	Gesamt	11	100,0
44	niedrig	1	33,3
	medium	1	33,3
	Enthaltungen	1	33,3
	Gesamt	3	100,0
45	niedrig	4	80,0
	medium	1	20,0
	Gesamt	5	100,0
46	niedrig	2	33,3
	medium	3	50,0
	hoch	1	16,7
	Gesamt	6	100,0
47	niedrig	2	40,0
	medium	3	60,0
	Gesamt	5	100,0
48	medium	2	66,7
	Enthaltungen	1	33,3
	Gesamt	3	100,0
50	niedrig	1	33,3
	medium	2	66,7
	Gesamt	3	100,0
51	medium	4	100,0
52	medium	2	66,7
	Enthaltungen	1	33,3
	Gesamt	3	100,0

54	Enthaltungen	1	100,0
55	niedrig	1	50,0
	medium	1	50,0
	Gesamt	2	100,0
56	niedrig	1	100,0
57	niedrig	1	100,0
60	niedrig	1	33,3
	medium	1	33,3
	Enthaltungen	1	33,3
	Gesamt	3	100,0
62	Enthaltungen	1	100,0
65	niedrig	2	40,0
	medium	3	60,0
	Gesamt	5	100,0

BVER

Alter:		Häufigkeit	Prozent
16	Enthaltungen	1	100,0
17	niedrig	3	27,3
	medium	4	36,4
	hoch	4	36,4
	Gesamt	11	100,0
18	niedrig	20	18,5
	medium	61	56,5
	hoch	23	21,3
	Enthaltungen	4	3,7
	Gesamt	108	100,0
19	niedrig	37	12,3
	medium	191	63,7
	hoch	57	19,0
	Enthaltungen	15	5
	Gesamt	300	100,0
20	niedrig	70	14,8
	medium	294	62,0
	hoch	92	19,4
	Enthaltungen	18	3,8
	Gesamt	474	100,0
21	niedrig	85	15,7
	medium	342	63,3
	hoch	95	17,6
	Enthaltungen	18	3,3
	Gesamt	540	100,0

22	niedrig	80	15,6
	medium	342	66,5
	hoch	75	14,6
	Enthaltungen	17	3,3
	Gesamt	514	100,0
23	niedrig	76	14,9
	medium	353	69,2
	hoch	64	12,5
	Enthaltungen	17	3,3
	Gesamt	510	100,0
24	niedrig	85	16,3
	medium	338	65,0
	hoch	71	13,7
	Enthaltungen	26	5,0
	Gesamt	520	100,0
25	niedrig	90	18,9
	medium	315	66,3
	hoch	58	12,2
	Enthaltungen	12	2,5
	Gesamt	475	100,0
26	niedrig	51	14,6
	medium	226	64,8
	hoch	59	16,9
	Enthaltungen	13	3,7
	Gesamt	349	100,0
27	niedrig	38	15,8
	medium	148	61,7
	hoch	45	18,8
	Enthaltungen	9	3,8
	Gesamt	240	100,0
28	niedrig	35	17,6
	medium	122	61,3
	hoch	35	17,6
	Enthaltungen	7	3,5
	Gesamt	199	100,0
29	niedrig	18	12,9
	medium	96	68,6
	hoch	21	15,0
	Enthaltungen	5	3,6
	Gesamt	140	100,0
30	niedrig	21	17,9
	medium	68	58,1

	hoch	21	17,9
	Enthaltungen	7	6,0
	Gesamt	117	100,0
31	niedrig	9	11,5
	medium	51	65,4
	Hoch	16	20,5
	Enthaltungen	2	2,6
	Gesamt	78	100,0
32	niedrig	9	17,3
	medium	28	53,8
	hoch	13	25,0
	Enthaltungen	2	3,8
	Gesamt	52	100,0
33	niedrig	3	5,9
	medium	31	60,8
	hoch	15	29,4
	Enthaltungen	2	3,9
	Gesamt	51	100,0
34	niedrig	8	15,7
	medium	33	64,7
	hoch	8	15,7
	Enthaltungen	2	3,9
	Gesamt	51	100,0
35	niedrig	6	17,6
	medium	20	58,8
	hoch	5	14,7
	Enthaltungen	3	8,8
	Gesamt	34	100,0
36	niedrig	1	5,9
	medium	9	52,9
	hoch	5	29,4
	Enthaltungen	2	11,8
	Gesamt	17	100,0
37	niedrig	6	31,6
	medium	7	36,8
	hoch	6	31,6
	Gesamt	19	100,0
38	niedrig	2	11,8
	medium	12	70,6
	hoch	3	17,6
	Gesamt	17	100,0
39	niedrig	2	40,0

	hoch	2	40,0
	Enthaltungen	1	20,0
	Gesamt	5	100,0
40	niedrig	1	25,0
	medium	2	50,0
	hoch	1	25,0
	Gesamt	4	100,0
41	medium	1	33,3
	hoch	2	66,7
	Gesamt	3	100,0
42	medium	7	87,5
	hoch	1	12,5
	Gesamt	8	100,0
43	niedrig	3	27,3
	medium	3	27,3
	hoch	5	45,5
	Gesamt	11	100,0
44	niedrig	1	33,3
	medium	1	33,3
	Enthaltungen	1	33,3
	Gesamt	3	100,0
45	niedrig	2	40,0
	medium	2	40,0
	hoch	1	20,0
	Gesamt	5	100,0
46	niedrig	2	33,3
	medium	3	50,0
	hoch	1	16,7
	Gesamt	6	100,0
47	niedrig	2	40,0
	medium	1	20,0
	hoch	2	40,0
	Gesamt	5	100,0
48	medium	1	33,3
	hoch	1	33,3
	Enthaltungen	1	33,3
	Gesamt	3	100,0
50	hoch	3	100,0
51	medium	4	100,0
52	niedrig	1	33,3
	medium	1	33,3
	Enthaltungen	1	33,3

	Gesamt	3	100,0
54	Enthaltungen	1	100,0
55	niedrig	1	50,0
	hoch	1	50,0
	Gesamt	2	100,0
56	niedrig	1	100,0
57	hoch	1	100,0
60	niedrig	1	33,3
	medium	1	33,3
	Enthaltungen	1	33,3
	Gesamt	3	100,0
62	Enthaltungen	1	100,0
65	medium	3	60,0
	hoch	2	40,0
	Gesamt	5	100,0

Anmerkung: Darstellung der Bindungsdimensionen in den Ausprägungen *niedrig*, *medium* und *hoch* nach dem Alter.

Anhang B6: Fachsemesteranzahl und Bindungsdimensionen

BANG

Fachsemester		Häufigkeit	Prozent
1	niedrig	172	19,3
	medium	524	58,7
	hoch	161	18,0
	Enthaltungen	35	3,9
	Gesamt	892	100,0
2	niedrig	45	17,6
	medium	168	65,9
	hoch	33	12,9
	Enthaltungen	9	3,5
	Gesamt	255	100,0
3	niedrig	170	17,6
	medium	604	62,5
	hoch	154	15,9
	Enthaltungen	38	3,9
	Gesamt	966	100,0
4	niedrig	46	16,9
	medium	177	65,1

	hoch	37	13,6
	Enthaltungen	12	4,4
	Gesamt	272	100,0
5	niedrig	116	16,8
	medium	428	62,0
	hoch	120	17,4
	Enthaltungen	26	3,8
	Gesamt	690	100,0
6	niedrig	36	15,1
	medium	159	66,8
	hoch	37	15,5
	Enthaltungen	6	2,5
	Gesamt	238	100,0
7	niedrig	74	16,6
	medium	259	58,1
	hoch	94	21,1
	Enthaltungen	19	4,3
	Gesamt	446	100,0
8	niedrig	36	18,7
	medium	121	62,7
	hoch	25	13,0
	Enthaltungen	11	5,7
	Gesamt	193	100,0
9	niedrig	54	19,2
	medium	175	62,3
	hoch	44	15,7
	Enthaltungen	8	2,8
	Gesamt	281	100,0
10	niedrig	31	18,3
	medium	106	62,7
	hoch	27	16,0
	Enthaltungen	5	3,0
	Gesamt	169	100,0
11	niedrig	19	11,2
	medium	117	69,2
	hoch	25	14,8
	Enthaltungen	8	4,7
	Gesamt	169	100,0
12	niedrig	15	17,9
	medium	47	56,0
	hoch	21	25,0
	Enthaltungen	1	1,2

	Gesamt	84	100,0
13	niedrig	11	15,9
	medium	40	58,0
	hoch	13	18,8
	Enthaltungen	5	7,2
	Gesamt	69	100,0
14	niedrig	4	10,5
	medium	26	68,4
	hoch	6	15,8
	Enthaltungen	2	5,3
	Gesamt	38	100,0
15	niedrig	6	14,6
	medium	25	61,0
	hoch	10	24,4
	Gesamt	41	100,0
16	niedrig	1	4,8
	medium	15	71,4
	hoch	4	19,0
	Enthaltungen	1	4,8
	Gesamt	21	100,0
17	niedrig	2	8,7
	medium	15	65,2
	hoch	4	17,4
	Enthaltungen	2	8,7
	Gesamt	23	100,0
18	niedrig	1	11,1
	medium	6	66,7
	hoch	2	22,2
	Gesamt	9	100,0
19	niedrig	1	12,5
	medium	4	50,0
	hoch	3	37,5
	Gesamt	8	100,0
20	medium	8	66,7
	hoch	4	33,3
	Gesamt	12	100,0
21	niedrig	2	33,3
	medium	4	66,7
	Gesamt	6	100,0
22	medium	4	57,1
	hoch	2	28,6
	Enthaltungen	1	14,3

	Gesamt	7	100,0
23	niedrig	2	50,0
	hoch	2	50,0
	Gesamt	4	100,0
39	medium	1	100,0

BVER

Fachsemester		Häufigkeit	Prozent
1	niedrig	129	14,5
	medium	557	62,4
	hoch	171	19,2
	Enthaltungen	35	3,9
	Gesamt	892	100,0
2	niedrig	41	16,1
	medium	156	61,2
	hoch	49	19,2
	Enthaltungen	9	3,5
	Gesamt	255	100,0
3	niedrig	152	15,7
	medium	613	63,5
	hoch	163	16,9
	Enthaltungen	38	3,9
	Gesamt	966	100,0
4	niedrig	45	16,5
	medium	179	65,8
	hoch	36	13,2
	Enthaltungen	12	4,4
	Gesamt	272	100,0
5	niedrig	123	17,8
	medium	442	64,1
	hoch	99	14,3
	Enthaltungen	26	3,8
	Gesamt	690	100,0
6	niedrig	43	18,1
	medium	151	63,4
	hoch	38	16,0
	Enthaltungen	6	2,5
	Gesamt	238	100,0
7	niedrig	59	13,2
	medium	291	65,2

	hoch	77	17,3
	Enthaltungen	19	4,3
	Gesamt	446	100,0
8	niedrig	33	17,1
	medium	123	63,7
	hoch	26	13,5
	Enthaltungen	11	5,7
	Gesamt	193	100,0
9	niedrig	53	18,9
	medium	180	64,1
	hoch	40	14,2
	Enthaltungen	8	2,8
	Gesamt	281	100,0
10	niedrig	23	13,6
	medium	114	67,5
	hoch	27	16,0
	Enthaltungen	5	3,0
	Gesamt	169	100,0
11	niedrig	30	17,8
	medium	111	65,7
	hoch	20	11,8
	Enthaltungen	8	4,7
	Gesamt	169	100,0
12	niedrig	10	11,9
	medium	56	66,7
	hoch	17	20,2
	Enthaltungen	1	1,2
	Gesamt	84	100,0
13	niedrig	11	15,9
	medium	41	59,4
	hoch	12	17,4
	Enthaltungen	5	7,2
	Gesamt	69	100,0
14	niedrig	6	15,8
	medium	22	57,9
	hoch	8	21,1
	Enthaltungen	2	5,3
	Gesamt	38	100,0
15	niedrig	4	9,8
	medium	29	70,7
	hoch	8	19,5
	Gesamt	41	100,0

16	niedrig	1	4,8
	medium	13	61,9
	hoch	6	28,6
	Enthaltungen	1	4,8
	Gesamt	21	100,0
17	niedrig	2	8,7
	medium	13	56,5
	hoch	6	26,1
	Enthaltungen	2	8,7
	Gesamt	23	100,0
18	niedrig	1	11,1
	medium	5	55,6
	hoch	3	33,3
	Gesamt	9	100,0
19	niedrig	1	12,5
	medium	4	50,0
	hoch	3	37,5
	Gesamt	8	100,0
20	niedrig	1	8,3
	medium	9	75,0
	hoch	2	16,7
	Gesamt	12	100,0
21	niedrig	1	16,7
	medium	4	66,7
	hoch	1	16,7
	Gesamt	6	100,0
22	medium	5	71,4
	hoch	1	14,3
	Enthaltungen	1	14,3
	Gesamt	7	100,0
23	niedrig	1	25,0
	medium	2	50,0
	hoch	1	25,0
	Gesamt	4	100,0
39	medium	1	100,0

Anmerkung: Darstellung der Bindungsdimensionen nach den Ausprägungen *niedrig*, *medium* und *hoch* nach der Fachsemesteranzahl.

Anhang B7: Beratungsstellen und Bindungsdimensionen

Kontakt zu Beratungsstellen im Studium

		N	MW
nein	BANG	3866	2,7710
	BVER	3866	2,4330
ja	BANG	839	3,2803
	BVER	839	2,6623

Anmerkung: Darstellung der Kontaktaufnahme von Beratungsstellen während des Studiums, nach den Mittelwerten für BANG und BVER.

Anhang B8: Mittelwerte im Bindungsfragebogen und suizidale Gedanken

Bindungsdimensionen (MW) und suizidale Gedanken

BANG		Häufigkeit	Prozent
1,00	negativ	426	93,0
	positiv	32	7,0
	Gesamt	458	100,0
1,17	negativ	175	94,6
	positiv	10	5,4
	Gesamt	185	100,0
1,33	negativ	188	93,5
	positiv	13	6,5
	Gesamt	201	100,0
1,50	negativ	203	89,4
	positiv	24	10,6
	Gesamt	227	100,0
1,67	negativ	173	91,5
	positiv	16	8,5
	Gesamt	189	100,0
1,83	negativ	185	91,1
	positiv	18	8,9
	Gesamt	203	100,0
2,00	negativ	196	90,3
	positiv	21	9,7
	Gesamt	217	100,0
2,17	negativ	180	85,3

	positiv	31	14,7
	Gesamt	211	100,0
2,33	negativ	178	92,2
	positiv	15	7,8
	Gesamt	193	100,0
2,50	negativ	168	87,5
	positiv	24	12,5
	Gesamt	192	100,0
2,67	negativ	155	87,6
	positiv	22	12,4
	Gesamt	177	100,0
2,83	negativ	173	87,8
	positiv	24	12,2
	Gesamt	197	100,0
3,00	negativ	133	81,1
	positiv	31	18,9
	Gesamt	164	100,0
3,17	negativ	142	84,5
	positiv	26	15,5
	Gesamt	168	100,0
3,33	negativ	117	84,8
	positiv	21	15,2
	Gesamt	138	100,0
3,50	negativ	109	75,2
	positiv	36	24,8
	Gesamt	145	100,0
3,67	negativ	118	77,1
	positiv	35	22,9
	Gesamt	153	100,0
3,83	negativ	104	81,9
	positiv	23	18,1
	Gesamt	127	100,0
4,00	negativ	152	75,6
	positiv	49	24,4
	Gesamt	201	100,0
4,17	negativ	107	81,7
	positiv	24	18,3
	Gesamt	131	100,0
4,33	negativ	70	70,0
	positiv	30	30,0
	Gesamt	100	100,0

4,50	negativ	76	73,1
	positiv	28	26,9
	Gesamt	104	100,0
4,67	negativ	65	73,0
	positiv	24	27,0
	Gesamt	89	100,0
4,83	negativ	65	69,1
	positiv	29	30,9
	Gesamt	94	100,0
5,00	negativ	55	69,6
	positiv	24	30,4
	Gesamt	79	100,0
5,17	negativ	34	64,2
	positiv	19	35,8
	Gesamt	53	100,0
5,33	negativ	36	66,7
	positiv	18	33,3
	Gesamt	54	100,0
5,50	negativ	33	56,9
	positiv	25	43,1
	Gesamt	58	100,0
5,67	negativ	24	52,2
	positiv	22	47,8
	Gesamt	46	100,0
5,83	negativ	16	72,7
	positiv	6	27,3
	Gesamt	22	100,0
6,00	negativ	17	53,1
	positiv	15	46,9
	Gesamt	32	100,0
6,17	negativ	18	56,3
	positiv	14	43,8
	Gesamt	32	100,0
6,33	negativ	8	44,4
	positiv	10	55,6
	Gesamt	18	100,0
6,50	negativ	7	46,7
	positiv	8	53,3
	Gesamt	15	100,0
6,67	negativ	6	42,9
	positiv	8	57,1

	Gesamt	14	100,0
6,83	negativ	3	30,0
	positiv	7	70,0
	Gesamt	10	100,0
7,00	negativ	2	25,0
	positiv	6	75,0
	Gesamt	8	100,0

BVER		Häufigkeit	Prozent
1,00	negativ	435	92,4
	positiv	36	7,6
	Gesamt	471	100,0
1,17	negativ	265	88,6
	positiv	34	11,4
	Gesamt	299	100,0
1,33	negativ	283	90,7
	positiv	29	9,3
	Gesamt	312	100,0
1,50	negativ	266	89,3
	positiv	32	10,7
	Gesamt	298	100,0
1,67	negativ	248	87,9
	positiv	34	12,1
	Gesamt	282	100,0
1,83	negativ	225	87,5
	positiv	32	12,5
	Gesamt	257	100,0
2,00	negativ	247	83,4
	positiv	49	16,6
	Gesamt	296	100,0
2,17	negativ	209	86,7
	positiv	32	13,3
	Gesamt	241	100,0
2,33	negativ	194	88,6
	positiv	25	11,4
	Gesamt	219	100,0
2,50	negativ	168	80,4
	positiv	41	19,6
	Gesamt	209	100,0
2,67	negativ	157	83,1
	positiv	32	16,9
	Gesamt	189	100,0

2,83	negativ	117	80,1
	positiv	29	19,9
	Gesamt	146	100,0
3,00	negativ	161	83,4
	positiv	32	16,6
	Gesamt	193	100,0
3,17	negativ	111	84,7
	positiv	20	15,3
	Gesamt	131	100,0
3,33	negativ	87	71,9
	positiv	34	28,1
	Gesamt	121	100,0
3,50	negativ	89	74,8
	positiv	30	25,2
	Gesamt	119	100,0
3,67	negativ	81	75,0
	positiv	27	25,0
	Gesamt	108	100,0
3,83	negativ	80	72,7
	positiv	30	27,3
	Gesamt	110	100,0
4,00	negativ	108	79,4
	positiv	28	20,6
	Gesamt	136	100,0
4,17	negativ	46	69,7
	positiv	20	30,3
	Gesamt	66	100,0
4,33	negativ	47	70,1
	positiv	20	29,9
	Gesamt	67	100,0
4,50	negativ	41	61,2
	positiv	26	38,8
	Gesamt	67	100,0
4,67	negativ	34	77,3
	positiv	10	22,7
	Gesamt	44	100,0
4,83	negativ	38	61,3
	positiv	24	38,7
	Gesamt	62	100,0
5,00	negativ	96	74,4
	positiv	33	25,6

	Gesamt	129	100,0
5,17	negativ	18	62,1
	positiv	11	37,9
	Gesamt	29	100,0
5,33	negativ	13	72,2
	positiv	5	27,8
	Gesamt	18	100,0
5,50	negativ	15	68,2
	positiv	7	31,8
	Gesamt	22	100,0
5,67	negativ	6	46,2
	positiv	7	53,8
	Gesamt	13	100,0
5,83	negativ	6	60,0
	positiv	4	40,0
	Gesamt	10	100,0
6,00	negativ	11	78,6
	positiv	3	21,4
	Gesamt	14	100,0
6,17	negativ	5	55,6
	positiv	4	44,4
	Gesamt	9	100,0
6,33	negativ	4	57,1
	positiv	3	42,9
	Gesamt	7	100,0
6,67	negativ	3	75,0
	positiv	1	25,0
	Gesamt	4	100,0
6,83	negativ	1	50,0
	positiv	1	50,0
	Gesamt	2	100,0
7,00	negativ	2	40,0
	positiv	3	60,0
	Gesamt	5	100,0

Anmerkung: Darstellung suizidaler Gedanken (negativ/positiv) in Abhängigkeit der Mittelwerte der Bindungsdimensionen (BANG und BVER) im Bindungsfragebogen; 189 Enthaltungen.

In der ersten Spalte sind die durchschnittlichen Werte der Items im Bindungsfragebogen bezüglich BANG bzw. BVER aufgetragen.

7.5. Anhang C: E-Mail: Servicezentrum Inklusion

Datum: 03.05.2022 [14:39:47 CEST]

Von: Frieder Schumann

An: Joana Lax

Betreff: Antwort: WG: Fragen zu psycho-sozialen Beratungsstellen, Doktorarbeit

Sehr geehrte Joana Lax,

die Fragen ist sehr offen formuliert und wäre vor allem mit einer Recherche und Untersuchung der Informationskanäle der Einrichtungen verbunden. Ich kann Ihnen aber ein paar Anhaltspunkte liefern:

1. Das Kölner Studierendenwerk informiert auf jeden Fall über die psychologische und die anderen Beratungsangebote. Allerdings gab es hier zwischendurch einen Aufnahmestopp für psychologische Beratung und mindestens immer eine Wartezeit von 4-6 Wochen
2. Die Psychologische Beratung des Servicezentrum Inklusion wird ab und zu über den Instagramkanal der Zentralen Studienberatung bekannt gemacht. Auch wir haben Wartezeiten von 2-4 Wochen
3. Die offiziellen Social-Media-Kanäle der Uni Köln haben m.W. die Ausrichtung die Öffentlichkeit über die Aktivitäten der Uni Köln zu berichten.
4. Wer von den dezentralen Studienberatungen, Prüfungsämtern, Lehrenden,... über die Hilfsangebote Bescheid weiß, wäre ein eigener Untersuchungsgegenstand. Ich gehe aber davon aus, dass dort sofern eine gewisse Feingühligkeit besteht entsprechende Hinweise gegeben werden.
5. An den Fakultäten informieren u.a. die Inklusionsbeauftragten die unter 4. genannten Einrichtungen z.B. über Angebote wie den Wegweiser
https://inklusion.uni-koeln.de/wegweiser/index_ger.html
6. Eine gezielte Information der Studierenden zu Studienbeginn ist leider nicht existent, aber auch aufgrund der Informationsflut an der Uni Köln kaum möglich. Außerdem erleben Studierende ja oft erst im Laufe des Studiums Belastungen. Bis dahin sind viele Informationen schon nicht mehr präsent.

Soweit einige mögliche Kanäle, über die Informationen die Studierenden erreichen können. Ihre Frage, ob Studierende die Informationen erhalten UND vor allem auch damit etwas anfangen können, lässt sich so allerdings nicht beantworten. Das wäre eine eigene Befragung wert. Auch ist unklar, inwieweit Studierende selbst ordentlich recherchieren, sich informieren und bereit für die jeweiligen Angebote sind.

Außerdem sind die Angebote für den Bereich suizidale Gedanken eher ungeeignet. Die Suizidalität wird zwar in unseren Beratungsgesprächen thematisiert, allerdings besteht kaum die Möglichkeit eines Kontaktes in kurzen Abständen, der Behandlung,... Wir verweisen hier sehr schnell auf Notfallkontakte.

Wie hilfreich sind diese Informationen für Ihre Arbeit? Haben Sie Nachfragen?

Beste Grüße
im Auftrag
Frieder Schumann

Teamleitung & Inklusionsberatung
Servicezentrum Inklusion | Abteilung 21 | Universität zu Köln
Webseite www.inklusion.uni-koeln.de