



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Gesundheitsbezogene Lebensqualität und
Copingmechanismen hypersexueller Personen unter
Berücksichtigung nicht-heterosexueller Personen“

verfasst von / submitted by

Lisa-Marie Riedlsperger, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2023/ Vienna 2023

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

UA 066 840

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

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich bei der Anfertigung dieser Masterarbeit unterstützt haben. Allen voran gilt mein Dank meinem Betreuer Mag. Dr. Jagsch, der durch seine großartige und kontinuierliche Betreuung eine große Stütze für mich war. Für die hilfreichen Anmerkungen und Überlegungen sowie die konstruktive Kritik bei der Erstellung dieser Arbeit möchte ich mich herzlich bedanken.

Des Weiteren gilt ein besonderer Dank allen teilnehmenden Personen meiner Befragung, die diese Arbeit erst möglich gemacht haben. Danke für eure Antworten, eure Informationsbereitschaft und eure wertvolle Zeit. Zusätzlich möchte ich mich bei den Personen und Plattformen, die meine Befragung geteilt haben, bedanken. Unter anderem die Online-Plattform „Joy-Club“, die Selbsthilfe-Gruppe der „Anonymen Sexaholiker Österreich“ sowie das Magazin „Sie sucht Sie“ haben meine Befragung ihren Mitgliedern zur Verfügung gestellt. Ich bedanke mich herzlichst für eure Unterstützung.

Mein Dank gilt auch meinen Familien, sowohl den Riedlsperger´s als auch den Schissl´s, die mir nicht nur mein Studium in Wien ermöglichten, sondern während meiner gesamten Studienzeit und Masterarbeit für mich da waren. Ohne die moralische Unterstützung und hin und wieder einen kleinen Anstoß hätte ich es nicht geschafft.

Ein besonderer Dank gilt meinem Partner Roman Mühlfeldner, der mich in jeder Lebens- und Stimmungslage unterstützt hat. Deine wichtigen Kommentare und deine konstruktive Kritik hinsichtlich dieser Masterarbeit haben schlussendlich wesentlich zu ihrer Fertigstellung beigetragen. Danke für deine liebevolle Unterstützung und deinen beständigen Rückhalt.

Und zu guter Letzt gebührt meine aufrichtige Dankbarkeit meinem engen Freundeskreis.

Diana Öller, dir möchte ich für deine großartige Starthilfe und Strukturierung meiner anfangs wirren Ideen danken.

Der lieben Esra Keskin danke ich für die vielen gemeinsamen Stunden in der Universitätsbibliothek. Unser gemeinsames Schreiben und die vielen Pausen dazwischen waren ein wahrer Segen für mich.

Ich möchte mich auch bei Anton Halper, Daniel Mester, Jessica Weinlich und Antares Haller für ihre klugen und wertvollen Ratschläge sowie ihre ermutigenden Worte während meiner gesamten Studienzeit bedanken.

Inhalt

Abstrakt (Deutsch).....	5
Abstrakt (Englisch).....	6
Theoretischer Teil	7
<i>Einleitung</i>	<i>7</i>
1. <i>Hypersexualität</i>	<i>8</i>
2. <i>Sexuelle Orientierung</i>	<i>12</i>
3. <i>Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Lebenszufriedenheit.....</i>	<i>17</i>
4. <i>Copingstrategien.....</i>	<i>20</i>
Empirischer Teil	22
5. <i>Zielsetzung der Studie</i>	<i>22</i>
6. <i>Methodik</i>	<i>22</i>
6.1. <i>Studiendesign</i>	<i>22</i>
6.2. <i>Untersuchungsdurchführung</i>	<i>23</i>
6.3. <i>Stichprobenbeschreibung</i>	<i>23</i>
6.4. <i>Messinstrumente</i>	<i>23</i>
6.4.1. <i>Fragebogen zu den soziodemografischen Daten.....</i>	<i>23</i>
6.4.2. <i>Hypersexual Behavior Inventory (HBI).....</i>	<i>24</i>
6.4.3. <i>Fragen zur Online Sexual Activity (OSA)</i>	<i>24</i>
6.4.4. <i>Short Form 36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)</i>	<i>25</i>
6.4.5. <i>Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ).....</i>	<i>26</i>
6.4.6. <i>Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)</i>	<i>27</i>
6.5. <i>Fragestellungen und Hypothesen</i>	<i>27</i>
6.5.1. <i>Fragestellungen zu den soziodemografischen Daten</i>	<i>27</i>
6.5.2. <i>Unterschiedshypothesen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität</i>	<i>28</i>
6.5.3. <i>Fragestellungen zur sexuellen Orientierung und dem OSA.....</i>	<i>29</i>
6.5.4. <i>Unterschiedshypothesen zum Coping</i>	<i>30</i>
6.6. <i>Angewandte Statistische Auswertung</i>	<i>31</i>
7. <i>Ergebnisdarstellung</i>	<i>33</i>
7.1. <i>Rücklaufstatistik</i>	<i>33</i>
7.2. <i>Stichprobenbeschreibung</i>	<i>33</i>
7.3. <i>Reliabilitätsanalysen.....</i>	<i>34</i>
7.3.1. <i>Reliabilitätsanalyse von SF-36.....</i>	<i>35</i>

7.3.2.	Reliabilitätsanalyse vom FLZ	35
7.3.3.	Reliabilitätsanalyse vom CISS.....	36
7.3.4.	Reliabilitätsanalyse vom HBI	36
7.4.	Hypothesenprüfung	37
7.4.1.	Analyse der soziodemografischen Variable Geschlecht	37
7.4.2.	Unterschiedshypothese zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität.....	39
7.4.4.	Unterschiedshypothese zur sexuellen Orientierung	44
7.4.5.	Unabhängigkeitshypothesen zur sexuellen Onlineaktivität	45
7.4.6.	Unterschiedshypothesen zum Coping	47
8.	<i>Fazit</i>	50
8.1.	<i>Diskussion</i>	50
8.2.	<i>Kritik und Ausblick</i>	54
	<i>Literaturverzeichnis</i>	56
	<i>Tabellenverzeichnis</i>	65
	<i>Abbildungsverzeichnis</i>	67
	<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	67

Abstrakt (Deutsch)

Hintergrund: Sexuelle Handlungen zählen zu den grundlegenden Bedürfnissen der Menschen. Ein exzessives Sexualverhalten kann jedoch zu einer Vielzahl von negativen Konsequenzen und zu subjektivem Leidensdruck führen. In der bisherigen Forschung zeigte sich eine verringerte Lebenszufriedenheit sowie vermehrt maladaptive Copingstrategien bei hypersexuellen Personen. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität hypersexueller Personen wurde bisher wenig erforscht. Zusätzlich wurden vermehrt hypersexuelle Verhaltensweisen bei Personen festgestellt, die einer sexuellen Minderheit angehören. Das Ziel dieser Studie war einerseits, die negativen Auswirkungen von hypersexuellem Verhalten auf Lebenszufriedenheit, gesundheitsbezogener Lebensqualität und Copingstile genauer zu untersuchen und andererseits weitere Forschungsergebnisse zu hypersexuellem Verhalten in der LGBTQ+-Community zu generieren. *Methodik:* In der Online-Befragung füllten die Teilnehmer*innen ($N = 190$; $M_{\text{Alter}} = 38.82$ Jahre; $SD_{\text{Alter}} = 13.08$ Jahre) Fragebögen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, zur Lebenszufriedenheit, zu den Copingstilen, zur sexuellen Onlineaktivität und zur Hypersexualität aus. Die Ausprägung der Hypersexualität sowie die sexuelle Orientierung wurden mittels zweifaktorieller Varianzanalysen in den oben genannten Variablen miteinander verglichen. *Ergebnisse:* Es gab Geschlechtsunterschiede in der Lebenszufriedenheit, der psychischen Gesundheit, der hypersexuellen Ausprägung und der sexuellen Onlineaktivität. Eine stärker ausgeprägte Hypersexualität wurde signifikant mit Beeinträchtigungen in der sozialen Funktionsfähigkeit und der Lebenszufriedenheit in Verbindung gebracht. Zusätzlich nutzten diese Personen das Internet häufiger, um dort sexuelle Kontakte zu knüpfen. Die sexuelle Orientierung hatte einen signifikanten Einfluss auf körperliche Schmerzen, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion, Lebenszufriedenheit und vermeidungsorientiertes Coping. Eine signifikante Wechselwirkung zwischen Hypersexualität und sexueller Orientierung konnte bei der Vitalität, dem psychischen Wohlbefinden und dem emotionsorientierten Coping gezeigt werden. *Schlussfolgerungen:* Einerseits sollte die psychische Gesundheit und die Lebenszufriedenheit sollte bei hypersexuellen Personen und bei Personen der LGBTQ+-Community besondere Beachtung finden. Andererseits scheinen hypersexuelle Personen öfters nach sexuellen Kontakten im Internet zu suchen.

Schlüsselbegriffe: Hypersexualität, HRQoL, Copingstile, sexuelle Onlineaktivität, sexuelle Minderheiten

Abstrakt (Englisch)

Background: Sexual acts are considered fundamental human needs. However, excessive sexual behavior can lead to a wide range of negative consequences and psychological strain. Previous research has shown reduced life satisfaction and increased maladaptive coping strategies in hypersexual people. The health-related quality of life of hypersexual individuals has not been well explored in previous studies. Scientists have observed increased hypersexual behaviors in people of the LGBTQ+-Community. The aim of this study was, on one hand, to examine the negative effects of hypersexual behavior on life satisfaction, health-related quality of life, and coping styles and, on the other hand, to generate further research findings on hypersexual behavior in the LGBTQ+ community. *Methodology:* In the online survey, participants ($N = 190$; $M_{Age} = 38.82$ years; $SD_{Age} = 13.08$ years) completed questionnaires on health-related quality of life, life satisfaction, coping styles, sexual online activity, and hypersexuality. The degree of hypersexuality and sexual orientation were compared with two-factorial analysis of variance in the variables mentioned above. *Results:* There were gender differences in life satisfaction, psychological health, hypersexuality, and sexual online activity. A higher score in hypersexuality was significantly associated with impairments in social functioning and life satisfaction. Additionally, these individuals used the internet to establish sexual contacts more frequently. Sexual orientation had a significant impact on bodily pain, social functioning, emotional role functioning, life satisfaction, and avoidance-oriented coping. A significant interaction between hypersexuality and sexual orientation was found in vitality, mental health, and emotion-oriented coping. *Conclusions:* On the one hand, mental health and life satisfaction should receive special attention in hypersexual individuals and individuals in the LGBTQ+ community. On the other hand, hypersexual individuals appear to seek sexual contacts on the internet more frequently.

Keywords: Hypersexuality, HRQoL (health-related quality of life), coping styles, sexual online activity, sexual minorities.

Theoretischer Teil

Einleitung

Das Sexuelle scheint in unserer heutigen westlichen Gesellschaft ein dauerhaftes und viel besprochenes Thema zu sein. Zahlreiche Medien berichten immer wieder über die unterschiedlichsten Bereiche der menschlichen Sexualität. Die Themen der Erotik, der sexuellen Lust und Last scheinen einen großen Effekt auf uns zu haben (Hoffmann, 2013). Sexuelle Handlungen sind ein grundlegendes Bedürfnis der Menschen und sind ein wichtiger Bestandteil des Lebens. Jedoch kann sich Sexualität in unterschiedlichsten Ausprägungen und Häufigkeiten für manche Individuen zu einer Belastung entwickeln (Rooney, Tulloch, & Blashill, 2018).

In der Umgangssprache wird gerne Sexsucht als prägnantes Beispiel einer solchen Belastung genannt, im wissenschaftlichen Kontext spricht man in der aktuellen Forschung von Hypersexualität. Hypersexualität wird durch exzessives sexuelles Verhalten definiert, wobei die Person das eigene Sexualverhalten als belastend erleben muss (Walton, Cantor, Bhullar, & Lykins, 2017). Es werden wiederkehrende sexuelle Triebe und Fantasien von Betroffenen beschrieben, oftmals sprechen sie auch von Kontrollverlust (Kafka, 2010). Die psychische Belastung (die vorhanden sein muss, um von Hypersexualität zu sprechen) sowie der Kontrollverlust wirken sich in negativer Weise auf die Lebenszufriedenheit von Betroffenen aus (Hartmann, 2018). Aufgrund von großen Scham- und Schuldgefühlen scheinen hypersexuelle Personen sich zusätzlich vermehrt zurückzuziehen, was zu Gefühlen von Einsamkeit führen kann (Parsons et al., 2008). Um diesen negativen Konsequenzen (z.B. Scham) entgegenzuwirken, werden maladaptive Copingstrategien wie z.B. Zorn auf sich selbst und andere verwendet (Reid, Harper, & Anderson, 2009). Oftmals werden auch sexuelle Handlungen als Copingmechanismus zur Bewältigung von Stress und negativen Gefühlen angewendet (Reid, Garos, & Carpenter, 2011). Hierbei fällt auf, dass die unterschiedlichen Copingstile hypersexueller Personen noch nicht genauer erforscht wurden. Zu der Lebenszufriedenheit von hypersexuellen Personen haben Parsons et al. (2008) und Långström und Hanson (2006) bereits Forschung betrieben, jedoch wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität dieser Personengruppe noch nicht beforscht.

Es gibt nicht nur bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität hypersexueller Personen Wissenslücken in der Forschung. Für Hypersexualität scheint es laut unterschiedlichen Studien (Bóthe et al., 2018; Parsons et al., 2008; Rooney et al., 2018) eine Risikogruppe zu

geben, die aus der LGBTQIA*-Community kommt. Im Speziellen homosexuelle Männern und Frauen scheinen eine erhöhte Prävalenz für Hypersexualität aufzuweisen (Rooney et al., 2018; Weinstein, Katz, Eberhardt, Cohen, & Lejoyeux, 2015). Über andere Sexualitäten gibt es in der Wissenschaft bisher kein großes Forschungsinteresse. Es wird vermutet, dass dieser Zusammenhang zwischen Homosexualität und Hypersexualität möglicherweise durch eine homophobe Gesellschaft (internalisierte Homophobie) oder auch durch ein hohes Angebot an sexuellen Inhalten und Sexualpartnern im Internet bedingt ist (Böthe et al., 2018).

Mit dieser Studie soll die gesundheitsbezogene Lebensqualität hypersexueller Personen genauer untersucht werden, um eine detailliertere Aussage über die körperliche und psychische Gesundheit hypersexueller Personen zu treffen. Möglicherweise gibt es spezielle Bereiche der Lebensqualität, die besonders eingeschränkt sind und in weiterer Folge auch stärkere Unterstützung benötigen. In diesem Zusammenhang werden die Copingstile hypersexueller Personen untersucht. Gleichzeitig soll die Risikogruppe der homosexuellen Männer und Frauen im Fokus stehen, zusätzlich wird die Gruppe der bisexuellen Personen ebenfalls im Kontext der Hypersexualität beforscht.

1. Hypersexualität

Den modernen Begriff der Sexualität bzw. seine Bedeutung gibt es erst seit den 1890er Jahren. Er beinhaltet nicht nur sexuelle Handlungen, sondern auch sexuelle Orientierungen, sexuelle Identitäten und vieles mehr. Sex und Sexualität waren in allen Bereichen der Geschichte relevant, und beides wurde früher stark durch Religion, Staat und Ehe beeinflusst (Toulalan & Fisher, 2013). Natürlich gab es vor den 1890er Jahren bereits unterschiedliche Begriffe für das männliche und weibliche Geschlechtsorgan sowie die Vereinigung dieser im sexuellen Akt. Jedoch scheint es so, als würden diese Begriffe noch nicht in eine einheitliche Kategorie des Sexualverhaltens fallen (Haeberle, 2011). Sexualität bedeutet in der heutigen Forschung jedes Verhalten und Erleben, das die Geschlechtsorgane stimuliert und erregt, wobei nicht klar sein muss, welche Motive, Gründe oder Ziele vorhanden sind. Mit dem modernen Begriff der Sexualität lässt sich die Forschung in viele Richtungen des sexuellen Verhaltens und Erlebens erweitern (Wirtz, 2021).

Ein Bereich, der aufgrund dieser Entwicklung entstanden ist, beschreibt das spezifische Phänomen des exzessiven Sexualverhaltens. Für diese besondere Verhaltensweise gibt es sowohl in der Forschung als auch in der Alltagssprache unterschiedliche Begriffe, wie z.B. sexuelle Zwanghaftigkeit, Sexsucht oder sexuelle Impulsivität. In der aktuellen Forschung bezeichnen Wissenschaftler dieses Phänomen als Hypersexualität. Damit wird die

Unfähigkeit beschrieben, das eigene Sexualverhalten zu kontrollieren bzw. in den Griff zu bekommen, und dadurch entsteht ein großer Leidensdruck (Walton et al., 2017).

Es gab in der wissenschaftlichen Geschichte unterschiedliche Begriffe für sexuell exzessives Verhalten, die immer den gerade vorherrschenden Normen und Werte unterliegen. Richard von Krafft-Ebing (1840–1902) war einer der ersten im deutschsprachigen Raum, der abweichendes Sexualverhalten sammelte und das exzessive Verhalten als „Hyperästhesie“ bezeichnete. Hans Giese (1920–1970) formte als Sexualwissenschaftler die Verknüpfung zwischen Sucht und quantitativ gesteigerter sexueller Aktivität, die zwar immer wieder kritisch betrachtet wurde, im anglo-amerikanischen Raum aber durchwegs lange Halt fand (Rettenberger, Dekker, Klein, & Briken, 2013).

Hypersexuelles Verhalten kann aus nosologischer Sicht entweder zu den Zwangsspektrumstörungen, zu den Impulskontrollstörungen, zu den Verhaltenssuchten oder zu einem dysregulierten sexuellen Verhalten eingeordnet werden. Die Wissenschaftler befinden die Zwangsspektrumstörung und die Impulskontrollstörung als unwahrscheinlich, deshalb werden sie auch nicht weiter diskutiert. Bei der Entscheidung für das Suchtmodell oder das dysregulierte sexuelle Verhalten sind sich die Forscher aber noch uneinig (Hartmann, 2018; Walton et al., 2017).

Es gab bereits einige Forschungsarbeiten zu hypersexuellem Verhalten als Kafka (2010) seinen Diagnose-Vorschlag für das DSM-5 einbrachte. Er hat mögliche Kriterien für Hypersexualität formuliert, um sie als Diagnose bei den sexuellen Störungen in das DSM-5 aufzunehmen. Das erste Diagnose-Kriterium (A) besagt, dass intensive und wiederkehrende sexuelle Triebe, Fantasien oder ein sexueller Drang über mindestens sechs Monate mit drei der folgenden fünf Unterpunkte assoziiert sein müssen, um Hypersexualität diagnostizieren zu können. Die oben beschriebenen sexuellen Fantasien, Triebe oder Verhaltensweisen verdrängen andere wichtige Aktivitäten und Ziele, weil sie sehr viel Zeit in Anspruch nehmen (A1). Sie werden möglicherweise auch dazu verwendet, negative Stimmungen und Zustände, wie z.B. Depression, Ängste oder Langeweile, zu vermindern (A2). Zusätzlich können diese sexuellen Fantasien, Triebe oder Verhaltensweisen auch eine Reaktion auf stressige Lebensereignisse sein (A3). Oft erfüllen sexuelle Handlungen und Fantasien bei einer hypersexuellen Person eine kompensatorische Funktion (Kafka, 2013). Es wurde versucht, diese sexuellen Triebe, Fantasien oder Verhaltensweisen zu kontrollieren oder zu reduzieren, doch man ist immer wieder daran gescheitert (A4). Der letzte Unterpunkt (A5) beschreibt, dass es immer wieder zu solchen sexuellen Trieben, Fantasien oder Verhaltensweisen kommt,

obwohl man sich selbst oder andere dabei schadet. Laut Kafkas zweitem Diagnosekriterium (B) muss die hypersexuelle Person einen klinisch relevanten Leidensdruck aufweisen, das kann sich durch eine Einschränkung wichtiger Bereiche, z.B. sozial, finanziell oder partnerschaftlich, zeigen. Das letzte Diagnosekriterium (C) soll eine direkte Verbindung zwischen Hypersexualität und dem physiologischen Effekt eingenommener Substanzen ausschließen (Kafka, 2010). Typische sexuelle Verhaltensweisen für hypersexuelle Personen sind unter anderem Masturbation, sexueller Kontakt mit anderen Erwachsenen, Cybersex (sexuelle Aktivitäten im Internet), Telefonsex und Besuche im Stripclub (Wéry et al., 2016).

In der 11. Revision der *International Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-11) gibt es ein eigenes Kapitel für Impulskontrollstörungen, in dem *sexuell zwanghafte Verhaltensstörung* (6C72) eine eigenständige Diagnose ist. Die Definition wurde stark von der Definition von Kafka (2010) übernommen (Bründl & Fuss, 2021).

„Ein anhaltendes Unvermögen, intensive, sich wiederholende sexuelle Impulse oder Triebe zu kontrollieren, was zu wiederholtem sexuellem Verhalten führt“ (Bründl & Fuss, 2021, p. 22).

Auch hier muss zumindest eines der Zusatzkriterien erfüllt sein, um diese Diagnose zu stellen. Einerseits sollten wichtige Lebensbereiche, wie z.B. persönliche Fürsorge, Gesundheit oder Interessen, vernachlässigt werden. Es sollte ein Kontrollverlust über gezeigtes Sexualverhalten vorhanden sein, die negativen Konsequenzen des Sexualverhaltens sollten ignoriert werden, und/oder das Sexualverhalten sollte fortgeführt werden, obwohl es die Person wenig bis gar nicht befriedigt. Die Definition und ihre Zusatzkriterien für eine Diagnose decken sich mit der von Kafka. Auch bei der ICD-11 müssen diese Symptome mindestens ein halbes Jahr vorhanden sein, und die Person muss einen relevanten Leidensdruck aufweisen. Es wird in der ICD-11 aber explizit darauf hingewiesen, dass dieser Leidensdruck nicht nur durch moralische Wertungen (z.B. religiöse Verteufelung von Masturbation) entstehen darf. Die kompensatorische Wirkung sexueller Handlungen, wie Kafka sie beschrieb, wurde nicht in die Diagnose der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung aufgenommen, weil es sich um ein sehr breites Phänomen mit unterschiedlichen Wirkmechanismen und Ausprägungen handelt (Bründl & Fuss, 2021; Kafka, 2010).

Damit scheint erlebter Kontrollverlust über das eigene Sexualverhalten ein zentrales Kriterium von Hypersexualität zu sein, neben dem Missachten von negativen Konsequenzen (z.B. Geschlechtskrankheiten oder ungewollte Schwangerschaft). Außerdem sollte ein

Leidensdruck oder eine Einschränkung im sozialen oder beruflichen Leben vorhanden sein, um Hypersexualität feststellen zu können. Die hohe Frequenz des sexuellen Verhaltens allein reicht nicht aus, um eine Person als hypersexuell zu deklarieren. Der Leidensdruck und die oben genannten negativen Konsequenzen sind wichtige zusätzliche Kriterien, um Hypersexualität festzustellen. Somit kann eine Stigmatisierung von Personen mit häufigem Geschlechtsverkehr vermieden werden (Hartmann, 2018).

Hypersexualität ist eine komplexe Störung, die unterschiedliche Komorbiditäten und Ausformungen hat. Um eine adäquate und erfolgreiche Behandlung anbieten zu können, müssen die therapeutischen Maßnahmen auf den Klienten oder die Klientin abgestimmt werden. Es gibt aus unterschiedlichen Therapierichtungen Vorschläge bzw. Interventionsmöglichkeiten, um hypersexuelle Verhaltensweisen zu behandeln. Es bieten sich auch unterschiedliche Therapiesettings an, z.B. Einzel-, Gruppen- oder auch Paartherapie, je nach dem Kontext oder den Umständen der zu behandelnden Person. Bevor mögliche Interventionen gesetzt werden, sollte eine sorgfältige Sexualanamnese sowie eine fokussierte Verhaltens- und Bedingungsanalyse des exzessiven Sexualverhaltens erfolgen, um passende therapeutische Maßnahmen zu setzen. Aus der kognitiv-behavioralen Therapie sind die Methoden der Rückfall-Prävention hilfreich für Paraphilien und Hypersexualität. Auch Ansätze aus der psychodynamischen Orientierung konnten bei der Behandlung von hypersexuellem Verhalten Erfolge erzielen. Es gibt, wie in der Behandlung von Alkoholismus, einen Zwölf-Stufen-Plan zur Behandlung von sexsüchtigen Personen, dieser wird hauptsächlich im Kontext von Selbsthilfe-Gruppen angewandt. Bei dem Zwölf-Punkte-Plan steht der Abstinenzgedanke bzw. die „sexuelle Nüchternheit“ im Vordergrund (als Anlehnung an eine Alkoholabhängigkeit), die durchaus kritisch hinterfragt werden kann. Die emotionsfokussierte Therapie eignet sich besonders gut, um Primäremotionen der Klient*innen zu erarbeiten und unerfüllte Bedürfnisse aus dem Erwachsenen- und Kindesalter zu korrigieren. Die gesunde Beziehung zu der eigenen Sexualität soll während der Therapiesitzungen wiederhergestellt werden. Zusätzlich sollten bei der Behandlung hypersexuellen Verhaltens die Defizite der sexuellen Intimität therapiert werden. Therapeutische Ansätze arbeiten auf die Verbesserung von partnerschaftlichen Kompetenzen und Intimitäts-Skills hin (Hartmann, 2016; Kaplan & Krueger, 2010). Hartmann (2018) beschreibt in seinem Buch zur Sexualtherapie ein sexual-therapeutisches Vorgehen bei Hypersexualität, das sich in eine Anfangs-, eine mittlere und eine Abschlussphase einteilen lässt. Zu Beginn ist es wichtig, aus dem Teufelskreis von exzessivem Sexualverhalten und Selbstverachtung auszubrechen. Dafür ist die Bildung einer therapeutischen Allianz zwischen

Klient*in und Therapeut*in unumgänglich. Zusätzlich ist eine erfolgreiche Behandlung ohne eine Verbesserung der Selbstregulation und eine „Pause“ jeglicher sexuellen Stimulation (Masturbation ohne Pornos und sexueller Partnerkontakt sind davon ausgenommen) nicht möglich. Die mittlere Phase befasst sich mit dem Verstehen und den Entwicklungshintergründen der problematischen Verhaltensweisen. Es sollen neue Verhaltensweisen und emotionale Schemata erarbeitet werden sowie die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und deren Befriedigung geschult werden. In der Abschlussphase werden die neu erarbeiteten Verhaltensweisen und Interaktionsmuster bestärkt und Rückfallvermeidung eingebaut. Zusätzlich zu der psychotherapeutischen Behandlung gibt es auch noch eine pharmakologische Behandlungsoption. Durch Medikamente soll der Kontrollverlust über das Sexualverhalten reduziert werden, um sexuelle Fantasien und Handlungsimpulse zu drosseln (Hartmann, 2016, 2018; Kaplan & Krueger, 2010).

Die Prävalenzschätzung der hypersexuellen Störung ist aufgrund der unterschiedlichen Begrifflichkeiten und nosologischen Zuordnungen erschwert (Hartmann, 2018). Im englischsprachigen Raum wird die Prävalenz von Kuzma und Black (2008) aufgrund ihrer Daten auf zwei bis sechs Prozent geschätzt. Grüßer-Sinopoli und Thalemann (2006) beschreiben für den deutschsprachigen Raum eine sehr ähnliche Prävalenzschätzung, diese liegt zwischen drei und sechs Prozent.

2. Sexuelle Orientierung

Die oben genannte Prävalenzrate ist eine Einschätzung, die sich auf die westliche Normgesellschaft bezieht. Doch es gibt spezifische Gruppen, die eine erhöhte Wahrscheinlichkeit aufweisen, hypersexuelles Verhalten zu entwickeln. Es scheint eine erhöhte Frequenz an Hypersexualität in der LGBTQ+-Community (d.h. lesbisch, schwul, bisexuell, transgender und queer) zu geben (Böthe et al., 2018). Die LGBTQ+-Community besteht einerseits aus sexuellen Orientierungen (lesbisch, schwul, bisexuell und queer), die die physische oder sexuelle Anziehung zu einer anderen Person beschreiben. Zusätzlich werden auch Geschlechtsidentitäten (transgender und gender-queer) zu der Community dazugezählt, sie beschreiben die eigene Wahrnehmung des Geschlechts, diese muss mit dem biologischen Geschlecht nicht übereinstimmen. Innerhalb der Community gibt es große Unterschiede, es scheint mehrere Untergruppen zu geben, die aber alle eine Verbundenheit fühlen. Diese Verbundenheit kann aus einer gemeinsamen Stigmatisierung der „Normgesellschaft“ heraus entstanden sein (Rice, 2019).

Die Anzahl an Studien zu Hypersexualität in den Gruppen der sexuellen Minderheiten hält sich aber in Grenzen. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten Jahre beschränken sich zum Großteil auf homosexuelle Personen. Insbesondere homosexuelle Männer bzw. Männer, die sexuellen Kontakt mit demselben Geschlecht haben, stehen im Fokus der Forscher. Hier wurde bereits eine größere Vulnerabilität bezüglich Hypersexualität festgestellt. Zu anderen Gruppen aus der LGBTQ+-Community gibt es bisher nur wenig bis keine Forschungsergebnisse (Rooney et al., 2018; Weinstein et al., 2015).

In der Gruppe der Männer, die mit anderen Männern sexuellen Kontakt haben, gibt es Forschungsergebnisse zu möglichen Ursachen der Hypersexualität (Parsons et al., 2008) sowie mögliche Auswirkungen von sexuellem Missbrauch im Kindesalter auf die Hypersexualität der Gruppe (Blain, Muench, Morgenstern, & Parsons, 2012), und es wurden auch maladaptive Kognitionen festgestellt (Pachankis, Rendina, Ventuneac, Grov, & Parsons, 2014). Eine Studie von Pachankis et al. (2014) konzentrierte sich ausschließlich auf homosexuelle und bisexuelle Männer. Die Autor*innen untersuchten maladaptive Kognitionen über Sex bei hypersexuellen Männern, die mit anderen Männern schlafen. Maladaptive Kognitionen über Sex bezeichnen verzerrte oder maladaptive Gedanken, die während der eigenen Entwicklung entstehen. Sie formen die individuellen Überzeugungen, Erwartungen und Einstellungen zu dem Thema Sex. Die Ergebnisse des Strukturgleichungsmodells lassen sich mit einem kognitiven Model der Hypersexualität vereinbaren. Die untersuchten Männer in dieser Studie glaubten, dass Sex mit wenigen Vorteilen und großem Schaden einhergeht, und hatten trotz dieser Überzeugungen oft sexuellen Kontakt mit anderen Männern. Sie hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit, der Meinung zu sein, einen Kontrollverlust über ihre sexuellen Handlungen zu erleiden. Das Gefühl des Kontrollverlusts ist ein wichtiger Bestandteil von Hypersexualität. Die homo- und bisexuellen Männer zeigten öfter maladaptive Kognitionen, wie z.B. Verzweiflung und niedrigen Selbstwert, als heterosexuelle Männer. Möglicherweise werden maladaptive Kognitionen durch die erhöhte Wahrscheinlichkeit von sexuellem Missbrauch im Kindesalter, die vielfältigen Stressoren aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit und/oder das Verstecken bzw. die Scham in jungen Jahren aufgrund ihrer sexuellen Orientierung entstehen. Es zeigte sich auf jeden Fall, dass kognitive Prädiktoren der Hypersexualität weiter beforscht werden müssen.

In der Studie von Parsons et al. (2008) wurden homo- und bisexuelle Männer, die hypersexuell waren, nach ihren eigenen Theorien zu den Ursachen ihrer Hypersexualität befragt. In dieser Studie wurde das Konzept der sexuellen Zwanghaftigkeit verwendet, wie

oben bereits erwähnt ist das ein weiterer Begriff für Hypersexualität. 180 Teilnehmer wurden in einem qualitativen Interview zu ihrem Sexualverhalten und zu dem Ursprung ihrer Hypersexualität befragt. Mithilfe des NUDIST-Programmes wurden die qualitativen Daten thematisch analysiert und kodiert. Die angegebenen Ursachen wurden in zwei Überkategorien eingeteilt, einerseits in die intrinsischen Erklärungen und andererseits in die extrinsischen Erklärungen der Teilnehmer.

Die intrinsischen Erklärungen beschreiben die Ursachen von Hypersexualität bei sich selbst. In der Studie wurden fünf unterschiedliche Ursachen in dieser Kategorie genannt. Die Teilnehmer identifizierten negativen Affekt bzw. Depression als eine Ursache für ihr unkontrolliertes sexuelles Verhalten. Sie beschrieben also eine Verbindung zwischen mentaler Gesundheit/Krankheit und ihrem Sexualverhalten. Eine weitere Ursache, die von den Teilnehmern genannt wurde, war ein niedriger Selbstwert. Sex diente als Mittel zum Zweck, um ein positiveres Selbstbild zu produzieren. Eine weitere beschriebene Ursache wäre das Bedürfnis nach Bestätigung und Zuneigung. Es wurde von einem Mangel an Zuneigung, Liebe und Intimität gesprochen, der durch sexuelle Handlungen substituiert wird. Als vorletzter intrinsischer Grund von Hypersexualität wurde Stressabbau genannt. Sex wurde als Ventil für stressauslösende Ereignisse verwendet. Die letzte beschriebene Ursache war die Biologie der Teilnehmer. Manche schrieben ihre Hypersexualität den eignen Genen, Hormonen oder ihrem Sexualtrieb zu (Pachankis et al., 2015; Parsons et al., 2008).

Die Teilnehmer der Studie beschrieben weitere Ursachen als eine Quelle für ihre Hypersexualität, die externe Umstände verantwortlich machen. Es wurde auch hier eine Beeinträchtigung der mentalen Gesundheit genannt, aber der Grund für diese Beeinträchtigung und somit auch für hypersexuelles Verhalten lag in der Außenwelt. Das Thema der Beziehung wurde als externe Ursache dargestellt. Das Kämpfen für eine Beziehung oder die Abwesenheit einer längerfristigen und stabilen Beziehung führt, laut Teilnehmern, zu diesem Sexualverhalten. In weiterer Folge gaben Teilnehmer auch der breiten Verfügbarkeit an Sexualpartnern die Schuld. Die zahlreichen anonymen Kontakte, besonders in Großstädten, verstärkten die Sexualtriebe. Es wurde auch sexueller Missbrauch im Kindesalter als extrinsische Ursache für Hypersexualität genannt. Diese traumatische Erfahrung scheint hypersexuelles Verhalten zu fördern. Eine problematische oder nicht-vorhandene Beziehung zu den Eltern wurde als letzte Ursache erwähnt. Die sozialen Traumata, die durch eine schwierige Eltern-Kind-Beziehung entstehen, galten für die Teilnehmer als Knackpunkt für das eigene Sexualverhalten (Parsons et al., 2008). Eine Studie von Blain et al. (2012) untersuchte sexuellen Missbrauch im Kindesalter bei homo- und

bisexuellen Männern. Es stellte sich heraus, dass sexueller Missbrauch eine spezifische Assoziation mit hypersexuellem Verhalten hat, die über einen emotionalen oder physischen Missbrauch hinausgeht. Es scheint so, als wäre sexueller Missbrauch einer von vielen Faktoren, die bei der Entwicklung von Hypersexualität eine Rolle spielen.

Die Metaanalyse von Rooney et al. (2018) befasste sich ausschließlich mit Männern, die Geschlechtsverkehr mit dem gleichen Geschlecht haben. In diese Metaanalyse wurden Studien miteinbezogen, die sich entweder mit Angst, Depression, Alkoholkonsum, Drogenkonsum, Gewalt in der Partnerschaft, sexuellem Missbrauch in der Kindheit oder sexuellem Risikoverhalten von homosexuellen Männern befasst haben. All diese Faktoren scheinen die Ausprägung der Hypersexualität bei homosexuellen Männern zu beeinflussen. Besonders Depression und Angst scheinen stärkere moderierende Effekte auf maladaptives Sexualverhalten zu haben.

Spannenderweise gibt es keinerlei Studien, die sich ausschließlich auf homosexuelle Frauen und mögliche maladaptive sexuelle Handlungen dieser Gruppe spezialisieren. Generell wurden andere Gruppen aus der LGBTQ+-Community bisher in der Forschung der Hypersexualität stark vernachlässigt (Böthe et al., 2018; Samenow, 2010).

Weinstein und seine Kollegschaft (2015) untersuchten mögliche Effekte von Gender, sexueller Orientierung und Bindungstyp auf Hypersexualität. Es wurden 100 homo- und heterosexuelle Männer und Frauen befragt, und es zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen Hypersexualität und ängstlichem und vermeidendem Bindungsstil. Zusätzlich fanden die Forscher*innen heraus, dass homosexuelle Frauen eine signifikant höhere Ausprägung der Hypersexualität hatten als heterosexuelle Frauen. Lesben hatten auch signifikant höhere Werte in dem vermeidenden Bindungsstil im Vergleich zu heterosexuellen Frauen. Homosexuelle Frauen hatten sogar einen höheren Durchschnittswert in der verwendeten Hypersexualitätsskala als homosexuelle Männer. Lesben und ihr hypersexuelles Verhalten sollten durchaus wissenschaftliches Interesse genießen.

Böthe und ihre Kollegschaft (2018) untersuchten mögliche Unterschiede zwischen heterosexuellen und homosexuellen Personen hinsichtlich Hypersexualität. Die großangelegte Studie erhob die Daten von 18,034 Teilnehmer*innen, von denen 83% heterosexuell waren, 10% waren heterosexuell mit Tendenzen zum Homosexuellen, 3% waren bisexuell, 1% gab an, homosexuell zu sein, mit einer Tendenz zum Heterosexuellen, 2,5% waren homosexuell, und der Rest war entweder asexuell oder nicht zuordenbar. Um die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse zu vereinfachen, wurden alle Gruppen, außer die

heterosexuellen Personen, zu einer LGBTQ+-Gruppe zusammengefügt. Wenn nur das Geschlecht oder die sexuelle Orientierung einer Person berücksichtigt wurde, gab es keine Mittelwertunterschiede zwischen Männern und Frauen oder zwischen heterosexuellen Personen und LGBTQ+-Mitgliedern. Wurden jedoch beide Variablen berücksichtigt (also heterosexuelle Männer, heterosexuelle Frauen, LGBTQ+-Männer und LGBTQ+-Frauen), gab es einen Unterschied bei den Mittelwerten des Konstrukts Hypersexualität zwischen den verschiedenen Gruppen. Die Ergebnisse zeigten, ähnlich wie bei Weinstein et al. (2015), dass Männer aus der LGBTQ+-Gruppe ein erhöhtes Risiko haben, hypersexuellen Aktivitäten nachzugehen. Auch bei Frauen aus der LGBTQ+-Gruppe scheint hypersexuelles Verhalten vermehrt aufzutreten, sie verwenden dieses aber häufiger als ihr männliches Gegenstück als Copingstrategie.

Es wurden mögliche Ursachen für diese Unterschiede in Erwägung gezogen. Einerseits wurde die breite Verfügbarkeit sexueller Inhalte und Sexualpartner im Internet als ein möglicher Einflussfaktor gesehen. Es scheint so, als wäre es für homosexuelle Personen bzw. Mitglieder der LGBTQ+-Community einfacher, zwanglose Sexualpartner zu finden, was wiederum zu einem häufigen Partnerwechsel führen kann. Andererseits werden auch diskriminierende Erfahrungen durch das Phänomen der Homophobie in der Gesellschaft als eine mögliche Erklärung nicht ausgeschlossen. Diese internalisierten homophoben Erfahrungen können zu Ängsten gegenüber romantischen Beziehungen und sexuellen Problemen führen, die hypersexuelle Tendenzen begünstigen (Böthe et al., 2018).

Das Internet scheint in moderneren Zeiten stark mit sexuellem Verhalten in Verbindung zu stehen. Der größte Anbieter von pornografischem Material im Internet namens Pornhub hatte im Jahre 2019 täglich 115 Millionen Besucher zu verzeichnen. Deutschland sowie Schweiz und Österreich sind unter den Top-35-Ländern der Pornhubnutzer und -nutzerinnen (Pornhub Insights, 2019). Diese Zahlen betreffen nur den Pornografie-Konsum einer Internetseite. Neben dem Anschauen und Herunterladen von pornografischem Material gibt es noch sexuelle Aktivitäten im Internet, die interaktiv gestaltet sind. Unter solche interaktiven Handlungen im Internet fallen sexuelle Chats und Kamerasessions mit anderen Personen sowie sexuelle Dienstleistungen/Waren zu erhalten oder anzubieten. Das Internet kann auch genutzt werden, um sexuelle Informationen sowie Wissen abzufragen oder an sexuellen Szenen oder Communities teilzunehmen. Alle diese Aktivitäten im Internet fallen unter den Begriff der „online sexual activity“ (OAS) (Döring, Daneback, Shaughnessy, Grov, & Byers, 2017; Hamzah et al., 2021). Zu dem Pornografie-Konsum, ein Teil der OAS, gibt es bereits Forschungsergebnisse, auch in der LGBTQ+-Community, auch wenn dieser Bereich noch

nicht allzu viele Studien präsentieren kann. Die wenigen Ergebnisse sprechen für eine erhöhte Frequenz des Pornographie-Konsums in der LGBTQ+-Community, es scheint aber nicht klar zu sein, ob dieser Konsum problematisch für die Individuen ist (Böthe, Vaillancourt-Morel, Bergeron, & Demetrovics, 2019; Kamolova, Chen, Etuk, Sacco, & Kraus, 2022).

Eine Studie von Kamolova et al. (2022) untersuchte hetero-, homo- und bisexuelle Männer und solche, die dazwischenliegen. Die Hypersexualität, die Nutzung von pornographischem Material und Sensation Seeking der Männer wurde verglichen. Homosexuelle und bisexuelle Männer berichteten öfter, pornografisches Material anzuschauen, zusätzlich scheint Hypersexualität in der LGBTQ+-Gruppe häufiger aufzutreten, im Vergleich zu heterosexuellen Männern.

Böthe et al. (2019) kamen zu dem selben Ergebnis, was die Frequenz von Pornografie-Konsum betrifft, wie Kamolova et al. (2022), jedoch wurde hier der Unterschied zwischen unproblematischem und problematischem Pornografie-Konsum gemacht. Zwar war die Nutzung pornografischen Materials weiter verbreitet und wurde auch öfter angeschaut in der Gruppe der LGBTQ+-Personen, es gab aber keinen signifikanten Unterschied in dem problematischen Pornografie-Konsum zwischen LGBTQ+-Personen und heterosexuellen Personen. Möglicherweise wird der Konsum von pornografischem Material einerseits als Entwicklungsprozess der sexuellen Identität gesehen und andererseits als Ausgleich für den Informationsmangel an nicht-heterosexuellem Sexualverhalten. Für diese Metaanalyse wurden nur Studien zu Jugendlichen aus der LGBTQ+-Community zusammengefasst, was Aussagen zu dem problematischen Pornografie-Konsum der erwachsenen LGBTQ+-Mitglieder erschwert.

3. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Lebenszufriedenheit

Lebensqualität war schon in früheren Zeitepochen ein Thema, unterschiedliche Autoren, Forscher und sogar Philosophen aus dem antiken Griechenland beschäftigten sich mit dem Konzept der höchstmöglichen Lebensqualität. In der deutschsprachigen Literatur gibt es Überschneidungen zwischen Lebensqualität und Wohlbefinden, was die Definition erschwert (Kramer, Furi, & Stute, 2014). Lebensqualität gewann im medizinischen Forschungsbereich an Bedeutung, als es nicht nur darum ging, den Tod so weit wie möglich hinauszuzögern, sondern auch die Qualität des Lebens in Betracht zu ziehen. Viele Definitionen fokussieren subjektive Bewertungen der eignen Lebensqualität (Karimi & Brazier, 2016). Bei der Lebensqualität handelt es sich laut Rejeski und Mihalko (2001) um eine bewusste kognitive

Bewertung der eignen Lebenssituation und die Zufriedenheit mit dieser Situation. Jedoch gibt es Stimmen, die auch objektive Faktoren in die Definition von Lebensqualität einfügen wollen. Manche sehen eine objektive Handlungs- und Funktionsfähigkeit als einen wichtigen Faktor von Lebensqualität neben dem subjektiven Wohlbefinden (Kramer et al., 2014).

Gesundheitsbezogene Lebensqualität oder im Englischen health-related quality of life (HRQoL) engt den breiten Begriff der Lebensqualität auf medizinisch relevante Bereiche ein. Ein Grundbaustein der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist die Definition von Gesundheit der WHO aus dem Jahre 1946. Gesundheit ist demnach nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern ein Zustand physischen, sozialen und mentalen Wohlbefindens, es werden somit mehrere Dimensionen mitberücksichtigt (Kramer et al., 2014). Karimi und Brazier (2016) beschreiben vier Definitionen für die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Eine Definition kann die objektive Funktionsfähigkeit sowie die subjektive Wahrnehmung des physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens beinhalten. Eine zweite Definition definiert Lebensqualität als alle Faktoren, die das eigene Leben beeinflussen, und die gesundheitsbezogene Lebensqualität beinhaltet nur die Faktoren, die die eigene Gesundheit betreffen. Die dritte Definition ist etwas strenger, sie beschreibt gesundheitsbezogene Lebensqualität als Aspekte des subjektiven Wohlbefindens, die von einer Krankheit oder der Behandlung einer Krankheit beeinflusst werden. Bei der vierten und letzten Definition wird von einem Wert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gesprochen. Diese Werte werden oft verwendet, um den Einfluss unterschiedlicher Technologien in der Medizin zu testen.

Zu der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei hypersexuellen Personen gibt es nur wenig Forschung. Eine Studie von Shao et al. (2018) untersuchte den Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogener Lebensqualität, sozialer Unterstützung und mentaler Gesundheit bei homosexuellen Männern, die sich mit HIV infiziert haben, jedoch wurde nicht spezifisch auf Hypersexualität geachtet. Soziale Unterstützung scheint ein wichtiger Faktor in dieser Gruppe zu sein, um gute gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erreichen. Es gibt Forschung zu unterschiedlichen Aspekten der mentalen Gesundheit von hypersexuellen Personen, die sich möglicherweise auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität oder zumindest auf einen Teil dieser auswirken kann.

Emotionsregulation bzw. eine Störung dieser Fähigkeit, genannt Emotionsdysregulation, und vermehrter Stress scheinen einen Einfluss auf die mentale Gesundheit zu haben. Emotionale Regulation ist die Fähigkeit, Emotionen zu erkennen, zu interpretieren und auf solche emotionalen Situationen in adäquater Weise zu reagieren. Für eine passende emotionale

Regulation sollten emotionale Reaktionen immer wieder beobachtet, evaluiert und, falls notwendig, verändert werden. Bei emotionaler Dysregulation gibt es bei diesen Prozessen eine Beeinträchtigung (Garofalo, Velotti, & Zavattini, 2016; Inwood & Ferrari, 2018; Slavich, 2016). Reid, Bramen, Anderson und Cohen (2014) untersuchten Achtsamkeit, emotionale Dysregulation, Impulsivität und Stressvulnerabilität von hypersexuellen Personen. Es zeigte sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen unangenehmen Gefühlen, impulsivem Verhalten, einer Anfälligkeit für Stress und hypersexuellen Verhaltensweisen, Achtsamkeit hatte einen negativen Zusammenhang mit Hypersexualität. Die Ergebnisse sprechen für spezifische Varianzunterschiede bei Hypersexualität, die durch Achtsamkeit erklärt werden, und für Einflüsse von Impulsivität, Stressvulnerabilität und emotionaler Dysregulation. Garofalo und Kolleg*innen (2016) bieten einen Überblick und klinische Vorschläge für emotionale Dysregulationsprobleme im Feld der Hypersexualität an. Ihre Literaturrecherche spricht dafür, dass emotionale Störungen und emotionale Dysregulation wichtige Faktoren bei hypersexuellen Personen für ihr deviantes Sexualverhalten sein können.

Es scheint auch einen Zusammenhang zwischen Hypersexualität und depressiven Symptomen zu geben. In einer Metaanalyse von Schultz, Hook, Davis, Penberthy und Reid (2014) wurden von 19 Studiendaten insgesamt 3783 Datensätze von Teilnehmer*innen zu einem Datensatz zusammengefasst, um den Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und Hypersexualität zu errechnen. Es zeigte sich eine mittlere Effektstärke für den Zusammenhang. Oft werden depressive Symptome mit einem verminderten Sexualtrieb verbunden, es gibt aber Personen, die ein erhöhtes sexuelles Verlangen während einer depressiven Episode verspüren. Der Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und Hypersexualität ist unabhängig vom Geschlecht, der sexuellen Orientierung und dem Alter der Teilnehmer*innen.

Allgemein weist Hypersexualität Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen auf. Hypersexuelle Personen haben oft eine oder mehrere weitere psychische Störungen, die ihre mentale Gesundheit zusätzlich beeinträchtigen können. Solche komorbiden psychischen Störungen inkludieren unter anderem affektive Störungen (z.B. Depression, Manie, bipolare Störungen, Dysthymie), unterschiedliche stoffgebundene und nicht stoffgebundene Abhängigkeiten, Angststörungen (dazu gibt es aber geteilte Forschungsergebnisse), Paraphilien, Persönlichkeitsstörungen (vermeidend, narzisstisch, obsessiv-zwanghaft) oder in wenigen Fällen auch ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom. Es zeigte sich jedoch auch, dass es bezüglich der Komorbiditäten eine große Heterogenität in der Gruppe der hypersexuellen Personen gibt. Hypersexualität kann mit klinisch relevantem Leid und Disstress in

Verbindung gebracht werden und somit die mentale Gesundheit beeinträchtigen (Hartmann, 2016, 2018; Kafka, 2010; Kaplan & Krueger, 2010; Walton et al., 2017).

Im Gegensatz zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde die Lebenszufriedenheit in Kombination mit Hypersexualität bereits genauer erforscht. Lebenszufriedenheit ist die positive kognitive Bewertung des eignen Lebens, damit ist gemeint, dass im Großen und Ganzen viele positive und wenig negative Emotionen erlebt werden. Es werden alle Emotionen, Bewertungen, Erwartungen und Leistungen, die zu einem guten Leben beitragen, zusammengefasst (Torres, 2016). Einzelne Studien zeigen eine verringerte Lebenszufriedenheit bei hypersexuellen Personen (Hartmann, 2018). Sowohl Dhuffar, Pontes und Griffiths (2015) als auch Långström und Hanson (2006) untersuchten in unterschiedlichen Populationen Hypersexualität und ihren Zusammenhang mit Lebenszufriedenheit. Beide Forschungsgruppen kamen zu dem Schluss, dass verschiedene Indikatoren für den gesundheitlichen Zustand und die Zufriedenheit negativ mit Hypersexualität in Verbindung stehen. Solche gesundheitlichen Faktoren können z.B. Instabilität in der Beziehung, Substanzmissbrauch, Konsequenzen von hypersexuellem Verhalten und emotionale Dysregulation sein. Laut Parsons et al. (2008) gibt es weitere Symptome, die mit Hypersexualität oder sexueller Zwanghaftigkeit assoziiert werden, einige davon können sich auch auf die allgemeine Lebenszufriedenheit auswirken. Einerseits treten ein niedriges Selbstwertgefühl, soziale Ängste, Einsamkeit und verminderte soziale Fähigkeiten vermehrt mit Hypersexualität auf, und andererseits zeigen betroffene Personen oft Schuld und Schamgefühle. Die bereits genannten negativen Konsequenzen einer Hypersexualität können zu Beziehungsproblemen und sozialer Isolation führen (Hartmann, 2018).

4. Copingstrategien

Den Prozess des Copings nutzen Personen, um mit den unterschiedlichsten Stresssituationen umgehen zu können, darunter fallen sowohl positive als auch negative Lebensumstände, die das eigene Stabilitätsgefühl beeinflussen. Denn jeder Mensch sucht nach einer gewissen Stabilität und Beständigkeit, obwohl Veränderung ein konsistenter Teil unseres Lebens ist. Stress ist eine physiologische Reaktion eines Organismus auf eine Veränderung. Stress, der vor allem bei negativen Lebensereignissen auftritt, hat einen starken Zusammenhang mit psychischen Störungen, gesundheitlichen Beeinträchtigungen und sogar Mortalität. Dieser Zusammenhang wird zu einem großen Teil dadurch beeinflusst, wie die Person mit dem Stressor umgeht. Forscher nennen diesen Prozess „Coping“. Das Ziel von Coping ist es,

negative Auswirkungen zu vermeiden oder zu vermindern, dieser Prozess kann auf der kognitiven, emotionalen und behavioralen Ebene ansetzen. Im wissenschaftlichen Kontext wurde Coping einerseits als Teil der Persönlichkeit und andererseits als situationsabhängiger Prozess beforscht. Aktuell besteht der Konsens, dass Coping von der Situation, von individuellen Unterschieden und Umgebungsfaktoren abhängig ist (Blum, Brow, & Silver, 2012). Ein Großteil der verschiedenen Coping-Modelle unterscheidet drei Copingstile, das aufgabenorientierte, das emotionsorientierte und das vermeidungsorientierte Coping, das sich wiederum in ablenkungsorientiertes Coping und zerstreungsorientiertes Coping aufteilen lässt. Aufgabenorientiertes Coping bedeutet eine aktive Auseinandersetzung mit der Aufgabe oder dem Problem und in weiterer Folge, alternative Lösungen zu finden und anzuwenden. Personen, die eine hohe Ausprägung in diesem Copingstil haben, versuchen ein Problem aktiv zu lösen, es neu zu konzeptualisieren und die Effekte des Problems zu minimieren. Beim emotionsorientierten Coping konzentriert man sich auf eine affektive Regulation des Stresses durch z.B. Fantasieren oder Rumination und andere bewusste Aktivitäten zur Affektregulation. Personen, die eine hohe Ausprägung in diesem Copingstil haben, versuchen nicht, die Situation oder das Problem aktiv zu lösen, sondern sie verändern die emotionale Regulation oder die subjektive Bewertung der Situation. Beim vermeidungsorientierten Coping ziehen sich Personen aus der Stresssituation zurück, indem sie diese z.B. ignorieren, sich kognitiv davon zurückziehen, andere Personen aufsuchen oder sich durch andere Aktivitäten ablenken. Personen, die eine hohe Ausprägung in diesem Copingstil haben, versuchen sich gerne von vorhandenen Problemen abzulenken, z.B. indem sie sich etwas Schönes kaufen (Song et al., in press; Van Horn & Wilpert, 2017).

Sexuelle Handlungen werden in der wissenschaftlichen Literatur in Bezug auf Hypersexualität oft als Copingmechanismus bezeichnet. Meistens wird das Sexualverhalten einer hypersexuellen Person durch negative Gefühlszustände, Kränkungen, innere Leere, Stress oder als Selbstbelohnung getriggert. Sexuelle Handlungen sind automatisierte Verhaltensmuster geworden, die als Reaktion auf negative Gefühle und Befindlichkeiten dienen. Diese Verhaltens- und Reaktionsmuster sollten in einer Therapie bearbeitet werden, um gesündere Alternativen zu entwickeln (Hartmann, 2018; Reid et al., 2011).

In einer Studie von Reid et al. (2009) wurde untersucht, welche Copingstrategien hypersexuelle Personen in Bezug auf ihre Schamgefühle verwenden. Scham ist eine vielfältige Emotion, die Unbehagen auslöst und meistens auf sich selbst bezogen ist. Das Schamgefühl ist eine der häufigsten Primäremotionen hypersexueller Personen. Dieses Gefühl löst oft erneut sexuelles Verhalten aus, somit entsteht ein Teufelskreis, der ohne

professionelle Hilfe nicht aufhört. In der Stichprobe der hypersexuellen Personen zeigten sich Muster von maladaptiven Copingstrategien (z.B. Rückzug, Zorn auf sich selbst und auf andere), um sich gegen diese Schamgefühle zu wehren. Bei dieser Studie standen die Copingstrategien im Zusammenhang mit der Bekämpfung der schmerzhaften Effekte von Scham im Vordergrund. Welche der drei bereits genannten Copingstile vermehrt von hypersexuellen Personen im Alltag angewendet werden, wurde noch nicht wissenschaftlich erforscht.

Empirischer Teil

5. Zielsetzung der Studie

Ziel dieser Studie war es, den Wissensstand über Hypersexualität zu erweitern, mit einem besonderen Blick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität betroffener Personen und die Risikogruppe der sexuellen Minderheiten. Zuerst sollte erforscht werden, ob Hypersexualität Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat. Dabei wurden unterschiedliche Bereiche der gesundheitsbezogenen Lebensqualität genauer betrachtet. Die Lebenszufriedenheit ist eine weitere Variable, die in Bezug auf die Hypersexualität betrachtet wurde. Da in der bisherigen Forschung davon ausgegangen wurde, dass sexuelle Handlungen bzw. Hypersexualität ein Copingmechanismus ist, wurden in dieser Studie die unterschiedlichen Copingstile hypersexueller Personen untersucht. Zusätzlich wurde die Risikogruppe der sexuellen Minderheiten in Bezug auf mögliche Risikofaktoren untersucht. In diesem speziellen Bereich gibt es bereits Forschung, diese Studie knüpfte an den Diskussionspunkten von Böthe et al. (2018) an. Es sollte untersucht werden, ob die breite Verfügbarkeit sexueller Partner im Internet ein möglicher Einflussfaktor auf Hypersexualität in der Risikogruppe sein könnte.

6. Methodik

6.1. Studiendesign

Die Studie wurde als quantitative Querschnittstudie durchgeführt, bei der mehrere Fragebögen vorgegeben werden. Die Daten für die statistische Auswertung wurden von 29.11.2022 bis 22.02.2023 erhoben. Die Beantwortung der Fragen aus der Untersuchung dauerte ca. 15–20 Minuten. Die Reihenfolge der Fragebögen in der Untersuchung war dieselbe wie in Kapitel 6.4. Zuerst wurden die Teilnehmer*innen darüber informiert, welche groben Zielsetzungen diese Studie verfolgt und dass es Fragen geben kann, die für manche Teilnehmer*innen

möglicherweise unangenehm sind. Aufgrund der äußerst sensiblen Thematik wurde die Anonymität noch einmal besonders hervorgehoben, und jede teilnehmende Person wurde noch einmal explizit auf das Recht hingewiesen, diese Befragung jederzeit beenden zu können. Danach wurden die Untersuchungsinstrumente der Reihe nach vorgegeben.

6.2. Untersuchungsdurchführung

Der Fragebogen wurde auf SoSciSurvey erstellt, somit fand die Untersuchung online statt. Die Rekrutierung der hypersexuellen Teilnehmer*innen wurde zum Großteil über deutsche, österreichische und schweizerische Selbsthilfegruppen sowie Vereine zur Unterstützung sexsüchtiger Personen durchgeführt. Die Vereine Anonyme Sexsüchtige Österreich sowie der Online-Anbieter Joy-Club haben den Link zu dieser Studie an ihre Klient*innen und ihre User*innen weitergeleitet. Außerdem wurde der Link in Facebook-Gruppen und Onlineforen für hypersexuelle Personen gepostet. Zusätzlich wurde der Link auch an Vereine für LGBTQ+-Personen verschickt, um die Risikogruppe ausreichend abzudecken. Ein Magazin namens „Sie sucht Sie“ hat den Link auf ihrer Facebook-Seite gepostet. Zusätzlich wurde der Link in diversen Social-Media-Gruppen gepostet, um den Link zur Studie an gewünschte Teilnehmer*innen weiterzuleiten.

6.3. Stichprobenbeschreibung

Die Studie hat sich an Männer und Frauen gerichtet, die ein Mindestalter von 18 Jahre erreicht haben. Die Daten wurden im deutschsprachigen Raum, in Österreich, Deutschland und der Schweiz erhoben. Es wurden sowohl hypersexuelle Personen als auch nicht hypersexuelle Personen befragt. Zusätzlich wurde auf eine gleichmäßige Verteilung der Geschlechter und der sexuellen Orientierung geachtet. Bei einer mittleren Effektstärke, einem festgelegten Alpha-Fehler von .05, einer Power von .80 wurden zwei Gruppen mit jeweils 64 Personen benötigt, um ein signifikantes Ergebnis möglich zu machen. In Summe wurden 269 Personen für diese geplante Studie gesucht, es nahmen an der Studie 190 Personen teil.

6.4. Messinstrumente

6.4.1. Fragebogen zu den soziodemografischen Daten

Die Fragen zu den relevanten soziodemografischen Daten wurden zu Beginn der Befragung gestellt. Es wurden Geschlecht, Alter, Familienstand, Bildungsstand und die sexuelle Orientierung abgefragt, somit wurden sechs soziodemografische Fragen gestellt.

6.4.2. Hypersexual Behavior Inventory (HBI)

Mit dem HBI, entwickelt von Reid et al. (2011), soll hypersexuelles Erleben und Verhalten erfasst werden, anhand der drei Faktoren *Coping*, *Kontrolle* und *Konsequenzen*. Dieses Selbstauskunftsverfahren erhebt neben partnerschaftlichen sexuellen Handlungen auch sexuelles Verhalten, das keine Interaktion mit einem Partner oder einer Partnerin benötigt, wie z.B. Masturbation. Die Subskala *Coping* erfragt sexuelle Handlungen, die zur Linderung negativer Stimmungen oder Stress genutzt werden. Die Subskala *Kontrolle* erfragt, ob ein gewisser Kontrollverlust in Hinblick auf Sex besteht. Die letzte Subskala *Konsequenzen* will von den Teilnehmer*innen wissen, ob negative Konsequenzen der sexuellen Handlungen bestehen und ob diese ignoriert werden.

Nach einer kurzen Instruktion folgen 19 Items, die auf einer fünfstufigen Skala, von „niemals“ bis „sehr oft“, beantwortet werden. Durch die ungewichtete Aufsummierung der Items kommt man auf einen Wert, der von 19 bis 95 reichen kann, durch den Cutoff-Wert von ≥ 53 werden die unterschiedlichen Ergebnisse einzelner Personen interpretierbar. Eine Person, die über diesem Cutoff-Wert liegt, scheint Probleme aufgrund des eigenen sexuellen Verhaltens zu haben. Personen, die unter diesem Wert liegen, werden nicht als hypersexuell gewertet. Für die deutsche Version des HBI wurde ein ähnlicher Cutoff-Wert errechnet, er liegt bei ≥ 52 (Klein, Rettenberger, Boom, & Briken, 2014). Die Dauer des Fragebogens wird auf fünf bis sieben Minuten geschätzt. In der Validierungsstudie für die englische Variante liegt das Cronbachs α bei .95–.96, die deutsche Variante des HBI weist ein Cronbachs α von .90 auf, beide zeigen somit gute Reliabilitätswerte. Das HBI gilt als Gold-Standard in der wissenschaftlichen Erforschung der Hypersexualität und wurde deshalb auch in dieser Studie zur Erhebung hypersexuellen Verhaltens verwendet (Klein et al., 2014).

6.4.3. Fragen zur Online Sexual Activity (OSA)

Mit einem Teil der Fragen zur Erhebung der sexuellen Onlineaktivität wurde in dieser Studie die Nutzung der breiten Verfügbarkeit sexueller Inhalte und Partner im Internet erhoben. Döring et al. (2017) erfassen die sexuelle Onlineaktivität anhand dieser sechs Subtypen: Informationen zu sexuellen Themen, sexuelles Entertainment, sexuelle Kontakte knüpfen oder pflegen, an sexuellen Minderheitsgruppen (z.B. Fetische) teilnehmen, sexuelle Produkte kaufen und sexuelle Arbeit verrichten oder dafür bezahlen. Insgesamt sind es 24 Items, die eine Lebenszeitprävalenz und die Häufigkeit der sexuellen Onlineaktivität dieser Subtypen erfasst. Bei jedem Subtyp wird abgefragt, ob die Person das Internet jemals für diesen Zweck genutzt hat (Lebenszeitprävalenz). Danach soll eingeschätzt werden, wie häufig das Internet

in den letzten drei Monaten dafür verwendet wurde, auf einer sechsstufigen Skala von „nie“ (0) bis „täglich“ (6). Für die Fragestellungen dieser Arbeit wurden nur drei Subtypen dieses Fragebogens verwendet, und zwar das *sexuelle Entertainment*, die *sexuellen Kontakte* und die *sexuelle Arbeit*. Daraus ergeben sich acht Fragen zu der Prävalenz und acht dazugehörige Fragen zu der Häufigkeit. Dieser Fragebogen wurde ausgewählt, weil er alle Bereiche hypersexuellen Verhaltens abbildet und erfragt, zusätzlich wurden diese Fragen zur OSA bereits in mehreren Ländern (darunter auch Deutschland) getestet und angewendet.

6.4.4. Short Form 36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)

Dieser Fragebogen wurde zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Bullinger und Kirchberger (1998) entwickelt und im Jahre 2011 von Morfeld, Kirchberger und Bullinger optimiert. Wie der Name vermuten lässt, besteht der Fragebogen aus 36 Items, die folgende acht Dimensionen der körperlichen und psychischen Gesundheit abdecken: *körperliche Funktionsfähigkeit* (10 Items), *soziale Funktionsfähigkeit* (2 Items), *körperliche Rollenfunktion* (4 Items), *emotionale Rollenfunktion* (3 Items), *psychisches Wohlbefinden* (5 Items), *Vitalität* (4 Items), *körperliche Schmerzen* (2 Items) und *allgemeine Gesundheitswahrnehmung* (5 Items). Die körperliche Funktionsfähigkeit, die körperliche Rollenfunktion, die körperlichen Schmerzen und die allgemeine Gesundheitswahrnehmung lassen sich zu einer gemeinsamen Dimension namens *körperliche Gesundheit* zusammenfassen. Die restlichen Subskalen, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden, ergeben zusammengefasst die Dimension der *psychischen Gesundheit*.

Ein Item dient der Erfassung der Veränderung des Gesundheitszustandes der Teilnehmer*innen. Das Antwortformat reicht von dichotom bis hin zu einer sechsstufigen Likert-Skala. Durch eine Transformation werden die Rohwerte in einen Wertebereich zwischen 0 (bedeutet eine sehr schlechte gesundheitsbezogene Lebensqualität) und 100 (bedeutet eine sehr gute gesundheitsbezogene Lebensqualität) gebracht. Laut Manual dauert es ca. fünf Minuten, den Fragebogen auszufüllen. Die interne Konsistenz, gemessen mit Cronbachs α , liegt in verschiedenen Stichproben deutlich über .70, nur die Subskalen allgemeine Gesundheitswahrnehmung und soziale Funktionsfähigkeit lagen in manchen Stichproben zwischen $\alpha = .57$ und $\alpha = .69$. Für eine wissenschaftliche Fragestellung reicht die Short Form des Fragebogens aus, die Reliabilität ist ebenfalls ausreichend, um diesen Fragebogen in dieser Arbeit zu verwenden.

Tabelle 1. *Skalenbezeichnung und Skalenbeschreibung der SF-36*

Skalenbezeichnung	Skalenbeschreibung
Körperliche Funktionsfähigkeit	Beeinträchtigung alltäglicher Aktivitäten wie z.B. Treppen steigen oder Selbstversorgung
Körperliche Rollenfunktion	Beeinträchtigung der Arbeit oder tägliche Tätigkeiten durch den Gesundheitszustand
Körperliche Schmerzen	Ausmaß der Schmerzen und ihr Einfluss auf das Leben
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Subjektive Beurteilung der Gesundheit
Vitalität	Energieausmaß der eigenen Person
Soziale Funktionsfähigkeit	Beeinträchtigungen des sozialen Lebens durch körperliche oder psychische Probleme
Emotionale Rollenfunktion	Ausmaß der Einschränkung des täglichen Lebens, z.B. weniger schaffen oder sorgfältig arbeiten, durch emotionale Probleme
Psychisches Wohlbefinden	Allgemeine psychische Gesundheit

6.4.5. Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

Hierbei handelt sich um einen Fragebogen, der die subjektive Lebenszufriedenheit erfasst, unter der Berücksichtigung der individuellen Gewichtung unterschiedlicher Aspekte des Lebens. Zuerst werden Teilnehmer*innen gebeten, die subjektive Wichtigkeit folgender Bereiche in ihrem Leben anzugeben: *Freunde/Bekannte, Freizeitgestaltung/Hobbys, Gesundheit, Einkommen/finanzielle Sicherheit, Beruf/Arbeit, Wohnsituation, Familienleben/Kinder* und *Partnerschaft/Sexualität*. Daraufhin soll eingeschätzt werden, wie zufrieden sie mit jedem der oben genannten Bereiche sind. Zum Schluss wird nach der allgemeinen Lebenszufriedenheit unter Berücksichtigung aller Bereiche gefragt. Alle Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten vier Wochen. Die Wichtigkeit und Zufriedenheit

der einzelnen Bereiche werden durch eine fünfstufige Skala von „unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“ bewertet. Die Formel für die gewichtete Zufriedenheit lautet:

$$\text{gewichtete Zufriedenheit} = (\text{Wichtigkeit}-1) * (\text{Zufriedenheit} * 2 - 5)$$

Die Summe der gewichteten Zufriedenheit ergibt einen Wert für die globale gewichtete Zufriedenheit, der einen Wertebereich von -96 bis +160 hat. Die Minuswerte deuten auf eine generelle Unzufriedenheit der Person hin, während die Pluswerte eine generelle Zufriedenheit der Person andeuten. Für die interne Konsistenz konnte gemäß Cronbachs α ein Wert von .82 ermittelt werden (Daig et al., 2011; Henrich & Herschbach, 2000).

6.4.6. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)

Mit dem CISS von Endler und Parker (1990) wird Coping bzw. der Umgang mit Stress-Situationen erfasst, anhand der bereits bekannten Copingstile *aufgabenorientiertes Coping*, *emotionsorientiertes Coping* und *vermeidungsorientiertes Coping*, wobei letzteres weiter unterteilt wird in *sozial-ablenkungsorientiertes Coping* und *zerstreuungsorientiertes Coping*. Die Originalversion in Englisch umfasste 48 Items, bei der Übersetzung ins Deutsche wurde das CISS von Kälin und Semmer (2020) auf 24 Items gekürzt, acht Items pro Copingstil. Das Antwortformat ist eine fünfstufige Likert-Skala, die von „sehr untypisch“ bis „sehr typisch“ reicht, deren Bewertungen für die Auswertung aufsummiert werden. Ein hoher Wert bedeutet, dass der jeweilige Copingstil laut eigenen Angaben häufig verwendet wird. Die interne Konsistenz liegt bei allen Copingstilen über dem Cronbachs $\alpha = .70$ und war deshalb gut für diese Studie geeignet. Das CISS hat eine lange wissenschaftliche Tradition und gilt im deutschen Sprachgebrauch als sehr beliebt, deshalb wurde der Fragebogen auch in dieser Studie verwendet (Kälin & Semmer, 2020).

6.5. Fragestellungen und Hypothesen

6.5.1. Fragestellungen zu den soziodemografischen Daten

Fragestellung 1: Unterscheiden sich Personen mit unterschiedlichem Geschlecht in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, in der Lebenszufriedenheit, bei den Copingstilen und in der Hypersexualität?

H₀ (1.1): Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Personen mit unterschiedlichem Geschlecht bei dem *körperlichen Summenscore* (SF-36).

H₁ (1.1): Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Personen mit unterschiedlichem Geschlecht bei dem *körperliche Summenscore* (SF-36).

Die Hypothesen H_0 und H_1 (1.1) wurden analog für den psychischen Summenscore der SF-36 in den Hypothesen H_0 und H_1 (1.2) und für die weiteren oben angeführten Skalen in den Hypothesen H_0 und H_1 (1.3-1.7) formuliert.

Fragestellung 2: Sind das Geschlecht einer Person und die sexuelle Online-Aktivität unabhängig voneinander?

H_0 (2.1): Das Geschlecht und die Lebenszeitprävalenz für sexuelles Entertainment sind unabhängig voneinander.

H_1 (2.1): Das Geschlecht und die Lebenszeitprävalenz für sexuelles Entertainment sind abhängig voneinander.

Die Hypothesen H_0 und H_1 (2.1) wurden analog für die Lebenszeitprävalenz der sexuellen Kontakte und die Lebenszeitprävalenz der sexuellen Arbeit der OSA in den Hypothesen H_0 und H_1 (2.2) und (2.3) formuliert.

6.5.2. Unterschiedshypothesen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Fragestellung 3: Gibt es einen Unterschied in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen Personen mit unterschiedlichem Ausmaß an Hypersexualität zwischen heterosexuellen Personen und Personen der LGBTQ+ - Community?

H_0 (3.1): Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Personen mit unterschiedlicher Ausprägung im HBI in der Skala *körperliche Funktionsfähigkeit* (SF-36).

H_1 (3.1): Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Personen mit unterschiedlicher Ausprägung im HBI in der Skala *körperliche Funktionsfähigkeit* (SF-36).

H_0 (3.2): Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Personen mit unterschiedlicher sexueller Orientierung in der Skala *körperliche Funktionsfähigkeit* (SF-36).

H_1 (3.2): Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Personen mit unterschiedlicher sexueller Orientierung in der Skala *körperliche Funktionsfähigkeit* (SF-36).

H_0 (3.3): Es gibt keine signifikante Wechselwirkung zwischen der sexuellen Orientierung und der Ausprägung der Hypersexualität in der Skala *körperliche Funktionsfähigkeit* (SF-36).

H_1 (3.3): Es gibt eine signifikante Wechselwirkung zwischen der sexuellen Orientierung und der Ausprägung der Hypersexualität in der Skala *körperliche Funktionsfähigkeit* (SF-36).

Die Hypothesen H_0 und H_1 (3.1-3.3) wurden analog für die weiteren sieben Skalen der SF-36 in den Hypothesen H_0 und H_1 (3.4) bis (3.24) formuliert.

Fragestellung 4: Gibt es einen Unterschied in der Lebenszufriedenheit zwischen Personen mit unterschiedlichem Ausmaß an Hypersexualität zwischen heterosexuellen Personen und Personen der LGBTQ+ - Community?

H_0 (4.1): Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Personen mit unterschiedlicher Ausprägung der HS in der gewichteten Lebenszufriedenheit.

H_1 (4.1): Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Personen mit unterschiedlicher Ausprägung der HS in der gewichteten Lebenszufriedenheit.

H_0 (4.2): Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Personen unterschiedlicher sexueller Orientierung in der gewichteten Lebenszufriedenheit.

H_1 (4.2): Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Personen unterschiedlicher sexueller Orientierung in der gewichteten Lebenszufriedenheit.

H_0 (4.3): Es gibt keine signifikante Wechselwirkung zwischen der sexuellen Orientierung und der Ausprägung der Hypersexualität in der gewichteten Lebenszufriedenheit.

H_1 (4.3): Es gibt eine signifikante Wechselwirkung zwischen der sexuellen Orientierung und der Ausprägung der Hypersexualität in der gewichteten Lebenszufriedenheit.

6.5.3. Fragestellungen zur sexuellen Orientierung und dem OSA

Fragestellung 5: Gibt es einen Unterschied in der Ausprägung der Hypersexualität zwischen männlichen und weiblichen Personen zwischen heterosexuellen Personen und Personen der LGBTQ+-Community?

H_0 (5.1): Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Personen im Summenscore des HBI.

H_1 (5.1): Es gibt einen Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Personen im Summenscore des HBI.

H_0 (5.2): Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen heterosexuellen Personen und Personen der LGBTQ+-Gruppe im Summenscore des HBI.

H_1 (5.2): Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen heterosexuellen Personen und Personen der LGBTQ+-Gruppe im Summenscore des HBI.

H₀ (5.3): Es gibt keine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht und der sexuellen Orientierung und im Summenscore des HBI.

H₁ (5.3): Es gibt eine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht und der sexuellen Orientierung und im Summenscore des HBI.

Fragestellung 6: Sind die Ausprägung der Hypersexualität und die sexuelle Onlineaktivität unabhängig voneinander?

H₀ (6.1): Die Ausprägung im HBI und die Lebenszeitprävalenz des sexuellen Entertainments sind unabhängig voneinander.

H₁ (6.1): Die Ausprägung im HBI und die Lebenszeitprävalenz des sexuellen Entertainments sind abhängig voneinander.

Die Hypothesen H₀ und H₁ (6.1) wurden analog für die weiteren zwei Lebenszeitprävalenzen des OSA in den Hypothesen H₀ und H₁ (6.2) und (6.3) formuliert.

Fragestellung 7: Sind die sexuelle Orientierung und die sexuelle Onlineaktivität unabhängig voneinander?

H₀ (7.1): Die sexuelle Orientierung und die Lebenszeitprävalenz des sexuellen Entertainments sind unabhängig voneinander.

H₁ (7.1): Die sexuelle Orientierung und die Lebenszeitprävalenz des sexuellen Entertainments sind abhängig voneinander.

Die Hypothesen H₀ und H₁ (7.1) wurden analog für die weiteren zwei Lebenszeitprävalenzen des OSA in den Hypothesen H₀ und H₁ (7.2) und (7.3) formuliert.

6.5.4. Unterschiedshypothesen zum Coping

Fragestellung 8: Gibt es einen Unterschied hinsichtlich der Copingstile zwischen Personen mit unterschiedlichem Ausmaß an Hypersexualität zwischen heterosexuellen Personen und Personen der LGBTQ+ - Community?

H₀ (8.1): Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Personen mit unterschiedlicher Ausprägung im HBI in der Skala *aufgabenorientiertes Coping* (CISS).

H₁ (8.1): Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Personen mit unterschiedlicher Ausprägung im HBI in der Skala *aufgabenorientiertes Coping* (CISS).

H₀ (8.2): Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Personen unterschiedlicher sexueller Orientierung in der Skala *aufgabenorientiertes Coping* (CISS).

H₁ (8.2): Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Personen unterschiedlicher sexueller Orientierung in der Skala *aufgabenorientiertes Coping* (CISS).

H₀ (8.3): Es gibt keine signifikante Wechselwirkung zwischen sexueller Orientierung und Ausprägung der Hypersexualität in der Skala *aufgabenorientiertes Coping* (CISS).

H₁ (8.3): Es gibt eine signifikante Wechselwirkung zwischen sexueller Orientierung und Ausprägung der Hypersexualität in der Skala *aufgabenorientiertes Coping* (CISS).

Die Hypothesen H₀ und H₁ (8.1-8.3) wurden analog für die weiteren zwei Skalen des CISS in den Hypothesen H₀ und H₁ (8.4-8.6) und (8.7-8.9) formuliert. Wenn das *vermeidungsorientierte Coping* signifikant wird, werden analog zwei weitere Hypothesen H₀ und H₁ (8.10-8.12) und (8.13-8.15) zu *sozial-ablenkungsorientiertem Coping* und *zerstreuungsorientiertem Coping* formuliert.

6.6. Angewandte Statistische Auswertung

Dieses Kapitel beschreibt kurz die ausgeführte statistische Analyse. Alle Schritte in dieser statistischen Auswertung wurden mit dem Programm IBM SPSS Statistics 28 gerechnet.

Das Problem der fehlenden Werte wurde entweder durch Interpolation der anderen Werte einer Subskala oder durch deduktive Imputation gelöst. Es gab ein paar fehlende Werte bei der Erfragung der sexuellen Onlineaktivität (OSA), die durch eine deduktive Imputation erschlossen werden konnten. Durch die vorherige Antwort der teilnehmenden Personen (= das erfragte sexuelle Onlineverhalten wurde nicht gezeigt) lässt sich die Häufigkeit des Verhaltens erschließen. Die restlichen fehlenden Werte wurden durch die Interpolation der zugehörigen Subskala errechnet und eingefügt. Zwei Teilnehmer*innen mussten ausgeschlossen werden, weil sie die SF-36 gar nicht oder zum Großteil nicht ausgefüllt haben (Bergmann & Franzese, 2020; Nordholt, 1998).

Das Signifikanzniveau wurde im Vorhinein auf $\alpha = 5.0\%$ festgelegt, da dies der Standard in psychologischen Studien ist. Somit ergibt sich ein statistisch signifikantes Ergebnis ab einem $p < .05$. Laut dem zentralen Grenzwertsatz kann man von einer Normalverteilung der Daten ausgehen, wenn die Stichprobengröße der Teilgruppen $n > 30$ ist (Bühner & Ziegler, 2017). Für die verwendeten Fragebögen wurden sowohl Cronbachs α als auch die Trennschärfekoeffizienten mithilfe einer Reliabilitätsanalyse berechnet. Cronbachs α und die

Trennschärfe werden im Kapitel 7.3 genauer beschrieben (Gäde, Schermelleh-Engel, & Werner, 2020).

Die soziodemografischen Daten der Stichprobe wurden mit absoluten und relativen Häufigkeiten angegeben, wenn die Daten metrisch waren, wurde der Mittelwert und die Standardabweichung errechnet. Da bei der Variable Geschlecht eine Gruppe nicht groß genug war, um den zentralen Grenzwertsatz anzuwenden, wurde hier nicht von einer Normalverteilung ausgegangen. Es wurde ein nichtparametrisches Verfahren verwendet, um herauszufinden, ob Geschlecht einen Einfluss auf die Variablen gesundheitsbezogene Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, Hypersexualität oder Copingstile hat. Zusätzlich wurde der χ^2 -Vier-Felder-Test verwendet, um zu überprüfen, ob Geschlecht von den Lebenszeitprävalenzen der sexuellen Onlineaktivitäten unabhängig ist. Durch die kleine Gruppengröße der diversen Personen mussten sie bei dieser statistischen Analyse ausgeschlossen werden. Dieser Test wird verwendet, weil beides kategoriale Variablen sind. Es wird geprüft, ob sich die beobachteten Häufigkeiten von den zu erwartenden Häufigkeiten in der Vier-Felder-Tafel der beiden Variablen unterscheiden. Somit kann festgestellt werden, ob die beiden Merkmale unabhängig voneinander sind oder ob es in irgendeiner Art und Weise einen Zusammenhang gibt. Ein Test, der auf demselben Prinzip beruht, nur noch mehr Merkmalsausprägungen hat, ist der χ^2 -Mehrfelder-Test, der für die Fragestellungen 6 und 7 verwendet wurde. Wenn bei einer Fragestellung mehrere Signifikanztest durchgeführt wurden, musste das Signifikanzniveau mit der Bonferroni-Holm-Korrektur korrigiert werden (Bühner & Ziegler, 2017). Für beide Tests wird das Effektstärkemaß namens Cramers V verwendet. Hier gilt es ab .10 als kleiner Effekt, ab .30 gilt es als moderater Effekt und ab .50 ist es ein großer Effekt (Ellis, 2010).

Für die Unterschiedshypothesen der Fragestellungen 3, 4, 5 und 8 werden zweifaktorielle Varianzanalysen durchgeführt. Dieses Verfahren testet, ob sich mehrere unabhängige Gruppen in den vordefinierten Hauptfaktoren signifikant voneinander unterscheiden. Es wird getestet, ob es einen Unterschied durch den Faktor A oder den Faktor B gibt, und es wird geklärt, ob die Wechselwirkung der beiden Faktoren einen Unterschied zwischen den Gruppen erklären kann. Wenn die Wechselwirkung zwischen den beiden Faktoren signifikant wird, werden die Interaktionsdiagramme verwendet, um die Art der Wechselwirkung zu bestimmen. Je nachdem welche Art der Wechselwirkung in den Daten vorliegt, können die Haupteffekte interpretiert werden oder nicht. Es gibt also Grenzen für die Interpretierbarkeit der Haupteffekte, wenn die Wechselwirkung signifikant geworden ist. Wenn die Daten nicht normalverteilt oder die Varianzen nicht homogen waren, wurde die zweifaktorielle

Varianzanalyse trotzdem durchgeführt, weil es einerseits ein sehr robustes Verfahren ist und weil es andererseits keine nicht-parametrische Alternative für eine zweifaktorielle Varianzanalyse gibt (Bühner & Ziegler, 2017).

7. Ergebnisdarstellung

In diesem Kapitel wird zuerst eine Stichprobenbeschreibung erfolgen, danach werden die Ergebnisse der inferenzstatistischen Analyse erläutert.

7.1. Rücklaufstatistik

Insgesamt wurde 679-mal der Link zu der Befragung angeklickt. Von den 304 Personen, die begonnen haben, den Fragebogen auszufüllen, haben 190 Teilnehmer*innen (62.5%) die Befragung abgeschlossen. Das bedeutet, 114 Personen haben an einem Punkt die Befragung abgebrochen oder manche Teile der Befragung ausgelassen, die Dropout-Rate betrug somit 37.5%. Diese Personen konnten leider nicht in die Auswertung inkludiert werden. Mögliche Gründe für diese Dropout-Rate könnte das Format der Online-Befragung, die Bearbeitungszeit oder das Thema der Erhebung bzw. mögliche sensible Fragen sein.

7.2. Stichprobenbeschreibung

Von den 190 Teilnehmer*innen waren 91 Personen (47.9%) weiblich, 86 Personen (45.3%) waren männlich, und 13 Personen (6.8%) gaben ein diverses Geschlecht an. Das Durchschnittsalter der Stichprobe betrug 38.82 Jahre ($SD = 13.08$), die jüngste teilnehmende Person gab an, 18 Jahre alt zu sein, und die älteste teilnehmende Person gab an, 70 Jahre alt zu sein. Männer ($M = 44.03$, $SD = 13.61$) waren im Durchschnitt um 8.41 Jahre älter als Frauen ($M = 35.62$, $SD = 11.15$) und im Durchschnitt sogar um 17.34 Jahre älter als die diversen Personen ($M = 26.69$, $SD = 4.25$).

Es haben insgesamt 141 Personen (74.2%) aus Deutschland teilgenommen, 43 Personen (22.6%) kamen aus Österreich, und 6 Personen (3.2%) kamen aus der Schweiz. Tabelle 2 bietet einen Überblick über die Verteilung der Bildungsabschlüsse dieser Stichprobe.

Zusätzlich wurde der Familienstand der Teilnehmer*innen erhoben, die Gruppe „in einer Beziehung“ war mit 73 Personen (38.4%) die am häufigsten ausgewählte Gruppe. 52 Personen (27.4%) haben angegeben, verheiratet oder in einer eingetragenen Partnerschaft zu sein, im Gegensatz dazu gaben 47 Personen (24.7%) an, ledig zu sein. 10 Personen (5.3%) waren geschieden, 7 Personen (3.7%) waren verlobt, und eine Person (0.5%) gab an, verwitwet zu sein.

Tabelle 2. *Häufigkeiten und Anteilswerte der Bildungsgrade*

Bildungsgrad	Anzahl	%
Volks- oder Hauptschulabschluss	6	3.2
Mittlere Reife, Realschul- oder gleichwertiger Abschluss	20	10.5
Abgeschlossene Lehre	18	9.5
Fachabitur oder Fachhochschulreife	20	10.5
Abitur, Hochschulreife oder Matura	48	25.3
Fachhochschul-/Hochschulabschluss	78	41.0
Gesamt	190	100

Von den 190 Teilnehmer*innen haben sich 89 Personen (46.9%) als heterosexuell identifiziert, 60 Personen (31.6%) gaben an, bisexuell zu sein, 24 Personen (12.6%) waren homosexuell, und 17 Personen (8.9%) hatten eine andere sexuelle Orientierung.

7.3. Reliabilitätsanalysen

In den nächsten Kapiteln werden die Reliabilitätsanalysen der verwendeten Verfahren präsentiert. Die Reliabilität ist ein wichtiges Testgütekriterium, sie beschreibt die Messgenauigkeit eines Tests. Der Reliabilitätsgrad eines Tests wird durch sogenannte Reliabilitätsmaße gemessen, der am häufigsten verwendete Reliabilitätskoeffizient ist das Cronbachs Alpha. Es misst die innere Konsistenz eines Messinstruments. Da dieser Reliabilitätskoeffizient auf einer Korrelation der zusammengehörigen Items einer Skala basiert, hat er einen Wertebereich von 0 bis 1. Eine akzeptable innere Konsistenz bzw. Cronbachs Alpha muss über .70 liegen. Zusätzlich werden der minimale und maximale Wert der Item-Trennschärfe der unterschiedlichen Skalen und Subskalen angegeben. Die Item-Trennschärfe gibt das Ausmaß der Korrelation eines Items mit dem Gesamtergebnis des Tests an. Eine hohe Korrelation bedeutet, dass ein Item gut zwischen Personen mit hohen Testwerten und Personen mit niedrigen Testwerten unterscheiden kann. Die Itemtrennschärfe hat einen Wertebereich von -1 bis +1. Da alle getesteten Items bereits umgepolt wurden, sollten alle eine Trennschärfe $>.30$ haben, ansonsten unterscheidet das Item nicht gut genug zwischen den Personen und müsste aussortiert werden (Gäde et al., 2020).

7.3.1. Reliabilitätsanalyse von SF-36

Alle Subskalen der SF-36 erreichten akzeptable bis exzellente Werte für ihre innere Konsistenz in dieser Stichprobe. Mit einem $\alpha = .922$ erreichte die Subskala *körperliche Schmerzen* den höchsten Wert der inneren Konsistenz. Den niedrigste Reliabilitätskoeffizient hatte die Subskala *allgemeine Gesundheit* mit Cronbachs $\alpha = .773$. Die Trennschärfen aller Items waren größer als .30 und konnten somit alle für die Auswertung verwendet werden. Die genauen Cronbachs-Alpha-Werte jeder einzelnen Subskala der SF-36 sowie die Trennschärfen sind in Tabelle 4 nachzulesen.

Tabelle 3. Cronbachs α , Minimum und Maximum der Trennschärfe für die SF-36, N= 190

Skalenbezeichnung	Itemanzahl	Cronbachs α	Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
Körperliche Funktionsfähigkeit	10	.863	.472	.718
Körperliche Rollenfunktion	4	.882	.703	.782
Körperliche Schmerzen	2	.922	.860	.860
Allgemeine Gesundheit	5	.773	.411	.695
Vitalität	4	.814	.532	.717
Soziale Funktionsfähigkeit	2	.829	.708	.708
Emotionale Rollenfunktion	3	.862	.700	.824
Psychisches Wohlbefinden	5	.858	.580	.767

7.3.2. Reliabilitätsanalyse vom FLZ

Beide Reliabilitätskoeffizienten der *Lebenszufriedenheit* deuten auf eine akzeptable oder gute innere Konsistenz in dieser Stichprobe. Beide Skalen erreichten am unteren Ende der Item-Trennschärfen einen Wert von $>.30$ und waren somit zufriedenstellend (siehe Tabelle 5).

Tabelle 4. *Cronbachs α , Minimum und Maximum der Trennschärfe für den FLZ, N= 190*

Skalenbezeichnung	Itemanzahl	Cronbachs α	Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
Lebenszufriedenheit (ungewichtet)	8	.809	.379	.608
Lebenszufriedenheit (gewichtet)	8	.764	.317	.582

7.3.3. Reliabilitätsanalyse vom CISS

Sämtliche Skalen des CISS hatten ein Cronbachs Alpha $> .70$, somit gab es für den CISS in dieser Stichprobe ausschließlich gute bis akzeptable Werte für ihre innere Konsistenz. In Tabelle 6 sind alle Cronbachs- α -Werte angegeben, zusätzlich sind die kleinsten und größten Trennschärfen-Werte der Skalen aufgelistet. Alle Skalen des CISS wiesen zumindest eine akzeptable Trennschärfe für ihre Items auf.

Tabelle 5. *Cronbachs α , Minimum und Maximum der Trennschärfe für den CISS, N= 190*

Skalenbezeichnung	Itemanzahl	Cronbachs α	Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
Aufgabenorientiertes Coping	8	.856	.494	.718
Emotionsorientiertes Coping	8	.844	.424	.719
Vermeidungsorientiertes Coping	8	.796	.395	.710

7.3.4. Reliabilitätsanalyse vom HBI

Die Subskalen des HBI erreichten in dieser Stichprobe alle gute Werte für die innere Konsistenz. In Tabelle 3 sind alle Cronbachs- α -Werte sowie die kleinsten und größten Trennschärfen-Werte der Skalen vom HBI gelistet. *Coping* erreichte den höchsten α -Wert ($\alpha = .895$) und hat auch bei der Trennschärfe den größten Wert von .753 erreicht. Die Skala *Konsequenzen* hat mit einem $\alpha = .834$ die geringste innere Konsistenz, diese liegt aber immer noch im guten Bereich.

Tabelle 6. *Cronbachs α , Minimum und Maximum der Trennschärfen für das HBI, N=190*

Skalenbezeichnung	Itemanzahl	Cronbachs α	Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
Coping	7	.895	.611	.753
Konsequenzen	4	.834	.528	.728
Kontrolle	8	.862	.560	.725

7.4. Hypothesenprüfung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der jeweiligen Hypothesen präsentiert.

7.4.1. Analyse der soziodemografischen Variable Geschlecht

Für die erste Fragestellung wurde der parameterfreie statistische Kruskal-Wallis-Test verwendet, da es bei der Gruppe der diversen Personen eine zu geringe Gruppengröße gab. Die Rangplätze der männlichen, weiblichen und diversen Personen wurden miteinander verglichen in den Variablen der physischen Summenskala, der psychischen Summenskala, der gewichteten Lebenszufriedenheit, der drei Copingstile und der Hypersexualität. Nach der Bonferroni-Holm-Korrektur gab es drei Variablen, in denen signifikante Geschlechtsunterschiede vorherrschten. Tabelle 7 enthält die Gruppengröße (n), den Mittelwert (M) und die Standardabweichung (SD) der einzelnen Gruppen sowie den H-Wert (H) und den dazugehörigen p-Wert (p) sowie den korrigierten p-Wert (p') nach Bonferroni-Holm-Korrektur. Anhand der Ergebnisse konnte für die Hypothesen 1.2, 1.3 und 1.7 die H_0 verworfen und die H_1 angenommen werden. Für die Hypothesen 1.1, 1.4, 1.5 und 1.6 musste die H_0 beibehalten und die H_1 verworfen werden.

Die zweite Fragestellung wurde mit einem χ^2 -Vier-Felder-Test überprüft. Da die Gruppe der diversen Personen sehr klein war (n = 13) und hier die Häufigkeiten verglichen wurden, wurde dieses Geschlecht von der Analyse ausgeschlossen. Dieses Verfahren hat wenige Voraussetzungen, die es zu erfüllen gibt. Sobald eine erwartete Häufigkeit zu klein war (e < 5), wurde der Signifikanzwert von dem exakten Test nach Fisher-Yates entnommen, da dieses Verfahren ohne diese Voraussetzung auskommt.

Tabelle 7. Vergleich der unterschiedlichen Geschlechter mit dem H-Wert, dem Signifikanzwert, der Bonferroni-Holm-Korrektur (p'), sowie dazugehörige Gruppengröße, Gruppenmittelwert und Standardabweichung

Skalenbezeichnung	Gruppe	n	M	SD	H	p	p'
Physische Summenskala	männlich	86	83.52	14.40	8.275	.016	.0125
	weiblich	91	77.69	18.84			
	divers	13	66.06	22.96			
Psychische Summenskala	männlich	86	65.73	21.67	15.020	< .001***	.0083
	weiblich	91	67.93	21.51			
	divers	13	42.93	17.68			
Lebenszufriedenheit	männlich	86	46.57	34.06	15.620	< .001***	.0071
	weiblich	91	47.69	35.67			
	divers	13	8.69	21.73			
aufgabenorientiertes Coping	männlich	86	29.48	5.38	1.645	.439	.0500
	weiblich	91	29.13	5.73			
	divers	13	26.46	7.49			
emotionsorientiertes Coping	männlich	86	21.80	7.02	7.268	.026	.0167
	weiblich	91	23.53	6.62			
	divers	13	26.54	7.49			
vermeidungsorientiertes Coping	männlich	86	21.30	6.14	4.818	.090	.0250
	weiblich	91	23.07	6.57			
	divers	13	20.38	4.46			
HBI Summenscore	männlich	86	39.38	14.31	14.656	< .001***	.0100
	weiblich	91	33.64	11.70			
	divers	13	27.69	9.92			

N= 177, *** p < .001

Tabelle 8 enthält den Chi-Quadrat-Wert (χ^2) mit den Freiheitsgraden (df) und den dazugehörigen p-Wert (p) sowie den p-Wert von dem exakten Test nach Fisher-Yates (p_{exakt}) und das Effektstärkemaß des Phi-Koeffizienten (r_ϕ) vom χ^2 -Vier-Felder-Test. In Tabelle 8 wurden nur die Signifikanzwerte eingetragen, somit ist besser ersichtlich, bei welcher Lebenszeitprävalenz ein signifikanter Zusammenhang mit dem Geschlecht entdeckt wurde. Für die Signifikanzwerte wurde eine Bonferroni-Holm-Korrektur vorgenommen.

Tabelle 8. *Vergleich der Lebenszeitprävalenzen der Subskalen des OSA mit dem Geschlecht und ihr χ^2 -Wert, ihre Freiheitsgrade, der Signifikanzwert (asymptotisch und exakt) sowie die Bonferroni-Holm-Korrektur (p') und die Effektstärke*

Lebenszeitprävalenzen	χ^2	df	p	p_{exakt}	p'	r_ϕ
Sexuelles Entertainment	7.918	1		.007**	.050	-.212
Sexuelle Kontakte	10.650	1	.001**		.025	-.245
Sexuelle Arbeit	14.241	1	<.001***		.017	-.284

N= 177, *** p < .001, ** p < .01

Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Lebenszeitprävalenz für sexuelles Entertainment im Internet und dem Geschlecht. Da der Phi-Koeffizient für diese Analyse bei $r_\phi = -.212$ lag und das Minus bei nominalen Daten nicht interpretiert wird, konnte von einem kleinen Effekt ausgegangen werden. Für die Fragestellung 2.1 wurde die H_0 verworfen und die Alternativhypothese (H_1) angenommen. Die Lebenszeitprävalenz für sexuellen Kontakte im Internet hing ebenfalls signifikant mit dem Geschlecht zusammen, dadurch wurde die H_0 für die Fragestellung 2.2 verworfen. Dieser Zusammenhang war laut dem Effektstärkemaß des Phi-Koeffizienten als kleiner Effekt einzustufen. Auch die Lebenszeitprävalenz der sexuellen Arbeit zeigte einen Zusammenhang mit dem Geschlecht, dieser Effekt ist mit einem r_ϕ von $-.284$ als klein einzustufen. Damit wurde die H_1 für die Fragestellung 2.3 angenommen. Bei allen drei Lebenszeitprävalenzen hatten die Frauen eine niedrigere Häufigkeit als die Männer. In allen drei Kategorien des OSA hatten mehr Männer als Frauen angegeben, das Internet bereits für diese Aktivität genutzt zu haben.

7.4.2. Unterschiedshypothese zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Um die dritte Fragestellung zu beantworten, wurden die Mittelwerte der unterschiedlichen Gruppen miteinander verglichen. Für die vorhergesehene Hypothesentestung mussten die Teilnehmer*innen in „hypersexuelle Personen“ und „nicht-hypersexuelle Personen“ aufgeteilt werden. Mit dem vorgegebenen Cutoff-Wert aus der deutschsprachigen Normstichprobe von 52 Punkten gab es 26 hypersexuelle Personen. Um eine ausgewogenere Verteilung von Hypersexualität zu erzeugen, wurden vier Gruppen mithilfe der Quartilswerte gebildet. Sie wurden eingeteilt in „nicht hypersexuell“, „eher nicht hypersexuell“, „ziemlich hypersexuell“ und „sehr hypersexuell“. Die sexuellen Orientierungen hatten im Bereich der sexuellen Minderheiten ebenfalls zu kleine Gruppen, somit wurden die homosexuellen Personen, die bisexuellen Personen und die anderen sexuell-orientierten Personen zu einer LGBTQ+-Gruppe zusammengeschlossen. Die Voraussetzungen für die Durchführung der Tests, dass die

Daten normalverteilt und unabhängig voneinander sind, konnten angenommen werden. Die Varianzhomogenität in allen Gruppen wurde durch den Levene-Test überprüft. In Tabelle 9 sind der p-Wert des Levene-Tests basierend auf dem Median (p_{Levene}), F-Werte (F), p-Werte (p) sowie die Effektstärke partielles Eta² (*partielles η^2*) für die Haupteffekte der beiden Faktoren und für ihren Interaktionseffekt angegeben.

Tabelle 9. *Subskalen der SF-36 und ihr Signifikanzwert vom Levene-Test, F-Wert mit dem Signifikanzwert und der Effektstärke der zweifaktoriellen Varianzanalyse*

Subskalen SF-36	p_{Levene}	Faktoren	F	p	partielles η^2
Körperliche Funktionsfähigkeit	.576	Hypersexualität	0.771	.381	.004
		Sexuelle Orientierung	0.265	.850	.004
		Wechselwirkung	0.833	.477	.014
Körperliche Rollenfunktion	.110	Hypersexualität	1.307	.274	.021
		Sexuelle Orientierung	3.720	.055	.020
		Wechselwirkung	1.527	.209	.025
Körperliche Schmerzen	.330	Hypersexualität	0.174	.914	.003
		Sexuelle Orientierung	5.417	.021*	.029
		Wechselwirkung	0.118	.949	.002
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	.926	Hypersexualität	1.194	.314	.019
		Sexuelle Orientierung	3.561	.061	.019
		Wechselwirkung	1.558	.201	.025
Vitalität	.569	Hypersexualität	1.153	.329	.019
		Sexuelle Orientierung	25.736	< .001***	.124
		Wechselwirkung	2.790	.042*	.044
Soziale Funktionsfähigkeit	.189	Hypersexualität	3.514	.016*	.055
		Sexuelle Orientierung	5.841	.017*	.031
		Wechselwirkung	0.960	.413	.016
Emotionale Rollenfunktion	.137	Hypersexualität	1.557	.201	.025
		Sexuelle Orientierung	4.453	.036*	.024
		Wechselwirkung	1.228	.301	.020
Psychisches Wohlbefinden	.143	Hypersexualität	2.036	.110	.032
		Sexuelle Orientierung	5.355	.022*	.029
		Wechselwirkung	3.076	.029*	.048

N = 190, *** $p < .001$, * $p < .05$

Der Levene-Test war bei allen Analysen nicht signifikant, was für eine Varianzhomogenität der Daten spricht, somit war diese Voraussetzung für die zweifaktorielle Varianzanalyse gegeben.

Sowohl bei der *körperlichen Funktionsfähigkeit*, bei der *körperlichen Rollenfunktion* als auch bei der *allgemeinen Gesundheitswahrnehmung* wurde weder sexuelle Orientierung, Hypersexualität noch ihre Wechselwirkung signifikant. Somit wurde für die Hypothesen 3.1–3.6 und für die Hypothesen 3.10–3.12 die H_0 beibehalten. Bei der SF-36-Subskala *körperliche Schmerzen* gab es einen signifikanten Unterschied zwischen heterosexuellen Personen und Personen der LGBTQ+-Gruppe. Heterosexuelle Personen ($M = 82.03$, $SD = 22.21$) schienen im Durchschnitt weniger Beeinträchtigung durch körperliche Schmerzen zu haben als Personen der LGBTQ+-Gruppe ($M = 73.76$, $SD = 26.39$). Dadurch wurde bei der Hypothese 3.8 die H_0 verworfen und die H_1 angenommen, für die Hypothesen 3.7 und 3.9 wurde die H_0 beibehalten. Die Effektstärke für diesen Unterschied ist mit einem partiellen η^2 von .029 ein kleiner Effekt. Bei der Subskala der *Vitalität* gab es eine signifikante Wechselwirkung der beiden Faktoren Hypersexualität und sexuelle Orientierung. Diese Wechselwirkung war laut den beiden Interaktionsdiagrammen eine hybride Interaktion. Da das Interaktionsdiagramm für den Hauptfaktor sexuelle Orientierung in der Abbildung 1 eine sich überschneidende Rangreihe der Mittelwerte ergab, sollte der signifikante Unterschied zwischen den sexuellen Orientierungen nicht interpretiert werden.

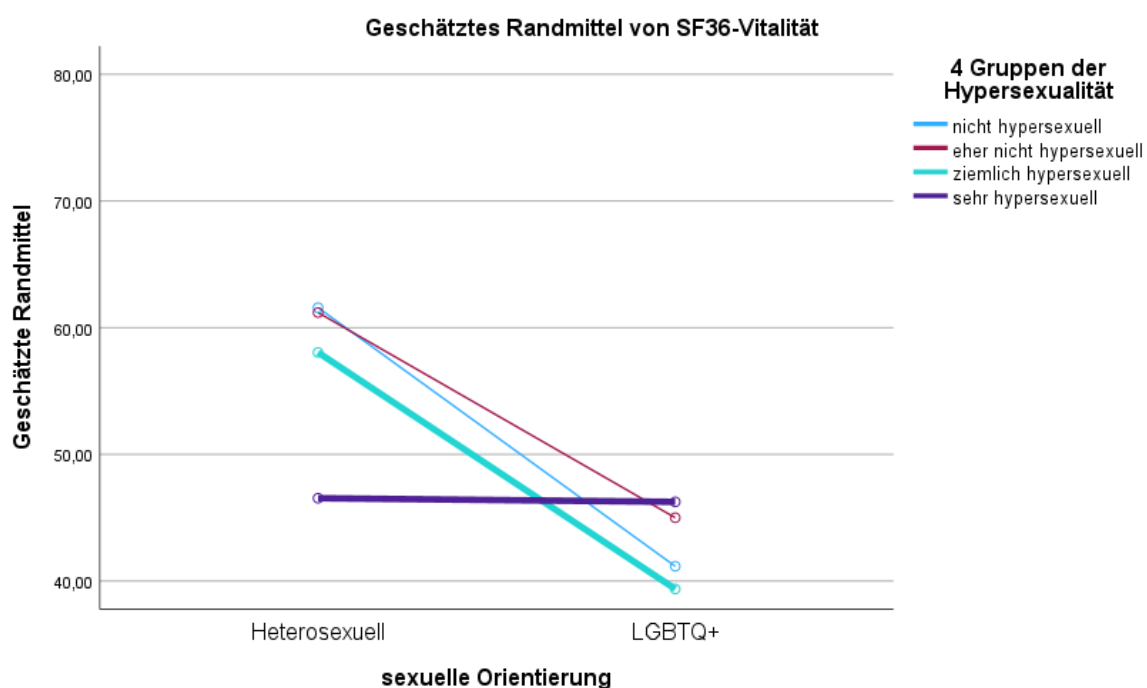


Abbildung 1. Interaktionsdiagramm (ID) der sexuellen Orientierung in der Subskala Vitalität
[Ausschnitt 40-80]

Deswegen wurde die H_0 für die Hypothesen 3.13 und 3.14 beibehalten und nur bei der Hypothese 3.15 verworfen. Die Effektstärke dieser Wechselwirkung befindet sich ebenfalls wieder im kleinen Bereich mit einem partiellen $\eta^2 = .044$.

In der Subskala der *sozialen Funktionsfähigkeit* gab es signifikante Unterschiede bei dem Faktor Hypersexualität und dem Faktor sexuelle Orientierung, jedoch wurde keine Wechselwirkung der beiden Faktoren gefunden. Im Durchschnitt hatten die sehr hypersexuellen Personen ($M = 68.21$, $SD = 26.58$) die schlechteste gesundheitsbezogene Lebensqualität in diesem Bereich, danach kamen die ziemlich hypersexuellen Personen ($M = 72.87$, $SD = 30.32$). Im Schnitt hatten die eher nicht hypersexuellen Personen ($M = 83.33$, $SD = 19.86$) den besten Wert in der sozialen Funktionsfähigkeit, an zweiter Stelle kamen die nicht hypersexuellen Personen ($M = 79.08$, $SD = 25.56$). Auch hier schienen Personen der LGBTQ+-Gruppe ($M = 72.40$, $SD = 27.40$) eine größere Beeinträchtigung in der sozialen Funktionsfähigkeit zu erleben als heterosexuelle Personen ($M = 80.06$, $SD = 24.40$). Somit wurden für die Hypothesen 3.16 und 3.17 die H_0 verworfen und die H_1 angenommen, und für die Hypothese 3.18 wurde die H_0 beibehalten. Der Unterschied zwischen den vier hypersexuellen Ausprägungen scheint mit einem partiellen η^2 von .055 ein knapp kleiner Effekt zu sein. Der Unterschied zwischen den sexuellen Orientierungen scheint mit einem partiellen η^2 von .031 ebenfalls ein kleiner Effekt zu sein.

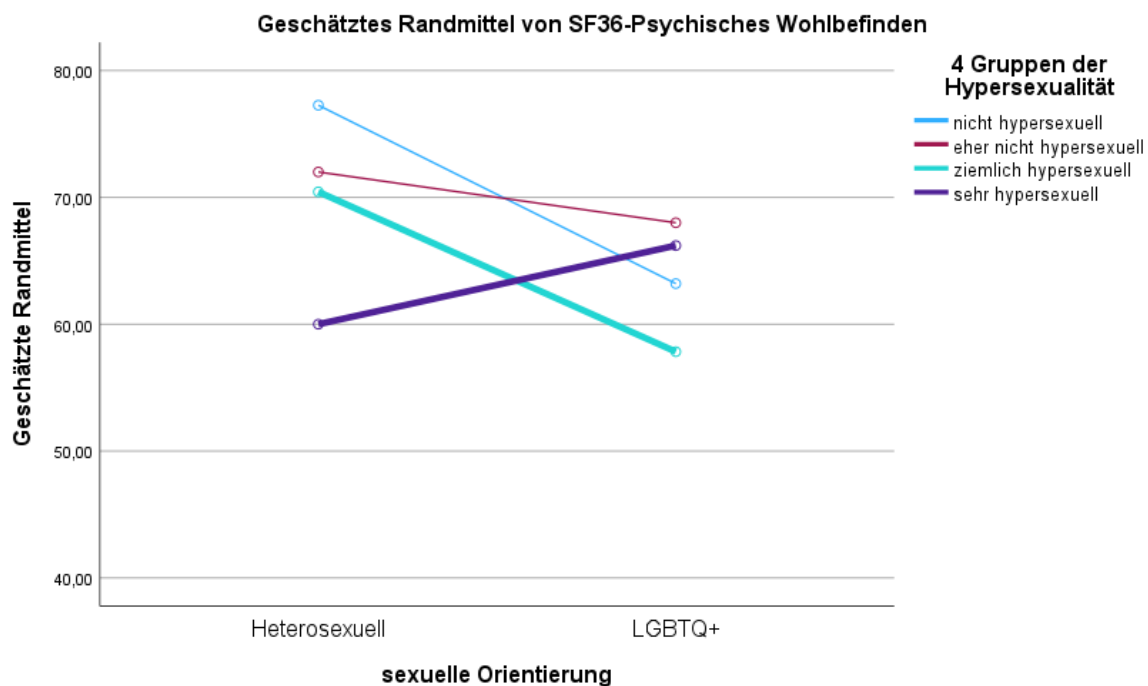


Abbildung 2. ID der sexuellen Orientierung in der Subskala psychisches Wohlbefinden
[Ausschnitt 40-80]

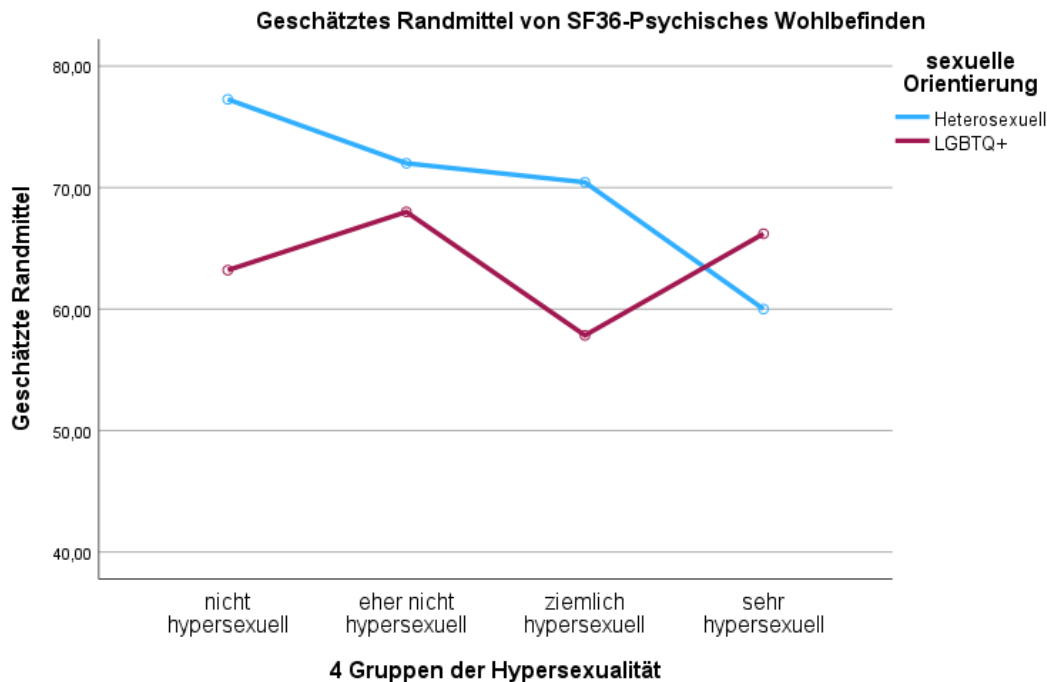


Abbildung 3. ID der hypersexuellen Ausprägung in der Subskala psychisches Wohlbefinden
[Ausschnitt 40-80]

Auch bei der Subskala *emotionale Rollenfunktion* scheint es einen signifikanten Unterschied zwischen den sexuellen Orientierungen zu geben. Heterosexuelle Personen ($M = 75.28$, $SD = 37.78$) zeigten eine bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität in diesem Bereich als Personen der LGBTQ+-Gruppe ($M = 64.03$, $SD = 42.08$). Für die Hypothese 3.20 wurde die H_0 verworfen und für die Hypothesen 3.19 und 3.21 wurde die H_0 beibehalten. Der Unterschied ist mit einer Effektstärke von $\eta^2 = .024$ ein kleiner Effekt. Bei der Subskala *psychisches Wohlbefinden* wurde der Unterschied zwischen den sexuellen Orientierungen und die Wechselwirkung zwischen sexuellen Orientierungen und Hypersexualität signifikant. Das Interaktionsdiagramm für sexuelle Orientierung (Abbildung 2) und das Interaktionsdiagramm für Hypersexualität (Abbildung 3) wurden gesichtet, es zeigte sich eine disordinale Wechselwirkung. Bei beiden Hauptfaktoren änderte sich die Rangreihe der Mittelwerte, und somit war keiner der beiden Hauptfaktoren zu interpretieren, auch wenn der Hauptfaktor sexuelle Orientierung signifikant wurde. Dadurch wurde die H_0 für die Hypothesen 3.22 und 3.23 beibehalten, und nur für die Hypothese 3.24 wurde die H_0 verworfen. Der Effekt dieser Wechselwirkung ist mit einem partiellen η^2 von .048 ein kleiner Effekt.

7.4.3. Unterschiedshypothese zur Lebenszufriedenheit

Die Hypothesenprüfung der Fragestellung 4 erfolgte mithilfe einer zweifaktoriellen Varianzanalyse. Auch hier konnten die Voraussetzungen der normalverteilten und

unabhängigen Daten angenommen werden. Die Varianzhomogenität wurde wieder mit einem Levene-Test überprüft. Die Werte für den Levene-Test basierend auf dem Median (p_{Levene}) sowie der F-Wert (F), der Signifikanzwert (p) und das Effektstärkemaß partielles Eta² ($\text{partielles } \eta^2$) der zweifaktoriellen Varianzanalyse sind in Tabelle 10 angegeben.

Tabelle 10. Gewichtete Lebenszufriedenheit vom FLZ und ihr Signifikanzwert vom Levene-Test, F-Wert mit dem Signifikanzwert und der Effektstärke der zweifaktoriellen Varianzanalyse

Skala	p_{Levene}	Faktoren	F	p	$\text{partielles } \eta^2$
Gewichtete Lebenszufriedenheit	.160	Hypersexualität	4.197	.007**	.065
		Sexuelle Orientierung	10.415	.001**	.054
		Wechselwirkung	2.386	.071	.038

N = 190, ** $p < .01$

Wie man in Tabelle 10 erkennt, war die Varianzhomogenität gegeben, die H_0 wurde beibehalten, somit unterschieden sich die Varianzen nicht signifikant voneinander. Der Faktor Hypersexualität war signifikant, es scheint einen Unterschied zwischen den verschiedenen Ausprägungen von Hypersexualität bei der Lebenszufriedenheit zu geben. Nicht hypersexuelle Personen ($M = 52.31$, $SD = 42.51$) hatten im Durchschnitt den höchsten Wert in der Lebenszufriedenheit, danach kamen die eher nicht hypersexuellen Personen ($M = 50.85$, $SD = 30.25$), gefolgt von den ziemlich hypersexuellen Personen ($M = 39.89$, $SD = 34.77$), und die sehr hypersexuellen Personen ($M = 34.33$, $SD = 30.40$) hatten im Durchschnitt die niedrigste Ausprägung in der Lebenszufriedenheit. Dieser Unterschied war laut dem partiellen $\eta^2 = .065$ ein mittelgradiger Effekt. Für die Hypothese 4.1 wurde die H_0 verworfen und die H_1 angenommen. Der Unterschied zwischen den sexuellen Orientierungen in ihrer Lebenszufriedenheit war signifikant, die H_0 der Fragestellung 4.2 wurde verworfen. Heterosexuelle Personen ($M = 51.87$, $SD = 35.59$) schienen im Durchschnitt eine höhere Lebenszufriedenheit als Personen der LGBTQ+-Gruppe zu haben ($M = 38.04$, $SD = 34.00$). Das partielle $\eta^2 = .054$ lässt sich als knapp kleinen Effekt interpretieren. Die Wechselwirkung der beiden Faktoren war nicht signifikant, die H_0 für die Hypothese 4.3 wurde beibehalten. Es scheint also keine gemeinsame Wechselwirkung der beiden Faktoren Hypersexualität und sexuelle Orientierung auf die Lebenszufriedenheit zu geben.

7.4.4. Unterschiedshypothese zur sexuellen Orientierung

Fragestellung 5 wurde mit einer zweifaktoriellen Varianzanalyse überprüft, weil es Geschlechtsunterschiede bei der Hypersexualität gab und eine mögliche Interaktion mit der sexuellen Orientierung getestet werden sollte. Da es bei dem Geschlecht eine sehr kleine

Gruppe (divers) gab, die eine Normalverteilungsannahme nicht erfüllte, wurden Personen dieser Gruppe ausgeschlossen. Für die restlichen Gruppen konnten die Normalverteilung und die Unabhängigkeit der Daten angenommen werden. Die Voraussetzung der Varianzhomogenität wurde erneut durch den Levene-Test überprüft. Die Werte für den Levene-Test basierend auf dem Median (p_{Levene}) sowie der F-Wert (F), der p-Wert (p) und das Effektstärkemaß partielles Eta² ($partielles \eta^2$) der zweifaktoriellen Varianzanalyse sind in Tabelle 11 angegeben.

Tabelle 11. *Hypersexualität vom HBI und ihr Signifikanzwert vom Levene-Test, F-Wert mit dem Signifikanzwert und der Effektstärke der zweifaktoriellen Varianzanalyse*

Skala	p_{Levene}	Faktoren	F	p	$partielles \eta^2$
Hypersexualität	.393	Geschlecht	7.449	.007**	.041
		Sexuelle Orientierung	0.276	.600	.002
		Wechselwirkung	0.000	.982	.000

N= 190, ** $p < .01$

Der Signifikanzwert des Levene-Tests war nicht signifikant, somit konnte die Voraussetzung der Varianzhomogenität angenommen werden. Es wurde ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern in ihrer hypersexuellen Ausprägung gefunden, dieses Ergebnis deckte sich mit dem Ergebnis der ersten Fragestellung. Der Unterschied ist mit einem partiellen Eta² von .041 als kleiner Effekt einzustufen. Die H_0 wurde für die Hypothese 5.1 verworfen und die H_1 angenommen. Für die sexuellen Orientierungen zeigte sich kein signifikanter Unterschied in ihrer hypersexuellen Ausprägung, somit wurde bei der Hypothese 5.2 die H_0 beibehalten. Es wurde auch keine Wechselwirkung der beiden Hauptfaktoren gefunden, dadurch wurde für die Hypothese 5.3 die H_0 beibehalten.

7.4.5. Unabhängigkeitshypothesen zur sexuellen Onlineaktivität

Fragestellung 6 wurde mit einem χ^2 -Mehrfelder-Test überprüft, weil die hypersexuelle Ausprägung in vier Gruppen eingeteilt war. Der Test hat wenige Voraussetzungen, die es zu erfüllen gab. Sobald eine erwartete Häufigkeit zu klein war ($e < 5$), wurde der Signifikanzwert von dem exakten Test nach Fisher-Freeman-Halton entnommen, da dieses Verfahren ohne diese Voraussetzung auskommt. Das passende Effektstärkemaß für den χ^2 -Mehrfelder-Test ist Cramers-V, da es mehrere Gruppen in einer Variable berücksichtigt. In Tabelle 12 wird der Chi-Quadrat-Wert (χ^2) mit den Freiheitsgraden (df) und dem dazugehörigen p-Wert (p) sowie dem p-Wert vom exakten Test nach Fisher-Freeman-Halton (p_{exakt}) und das Effektstärkemaß Cramers-V (V) vom χ^2 -Mehrfelder-Test angeführt.

Tabelle 12. Vergleich der Lebenszeitprävalenzen der Subskalen des OSA mit der hypersexuellen Ausprägung und ihr χ^2 -Wert, ihre Freiheitsgrade, der Signifikanzwert (asymptotisch und exakt) sowie die Bonferroni-Holm-Korrektur und die Effektstärke

Lebenszeitprävalenzen	χ^2	df	p	p _{exakt}	p _′	V
Sexuelles Entertainment	3.796	3		.313	.050	.158
Sexuelle Kontakte	30.734	3	<.001***		.017	.402
Sexuelle Arbeit	5.662	3	.129		.025	.173

N= 190, *** p < .001

Für die Lebenszeitprävalenz des sexuellen Entertainments und der sexuellen Arbeit im Internet ergab sich kein signifikanter Zusammenhang mit der hypersexuellen Ausprägung, somit waren die beiden Lebenszeitprävalenzen unabhängig von der Hypersexualität. Es wurde die H_0 für die beiden Hypothesen 6.1 und 6.3 beibehalten. Lediglich die Lebenszeitprävalenz der sexuellen Kontakte im Internet hatte einen signifikanten Zusammenhang mit der Hypersexualität. Deutlich mehr Personen der Gruppen der ziemlich und sehr Hypersexuellen gaben an, das Internet genutzt zu haben, um sexuelle Kontakte zu knüpfen. Dieser Zusammenhang ist deutlich in dem Balkendiagramm in Abbildung 4 zu erkennen. Mit einem signifikant gewordenen Cramers-V von .402 ist das ein moderater Effekt. Für die Hypothese 6.2 wurde die H_0 somit verworfen.

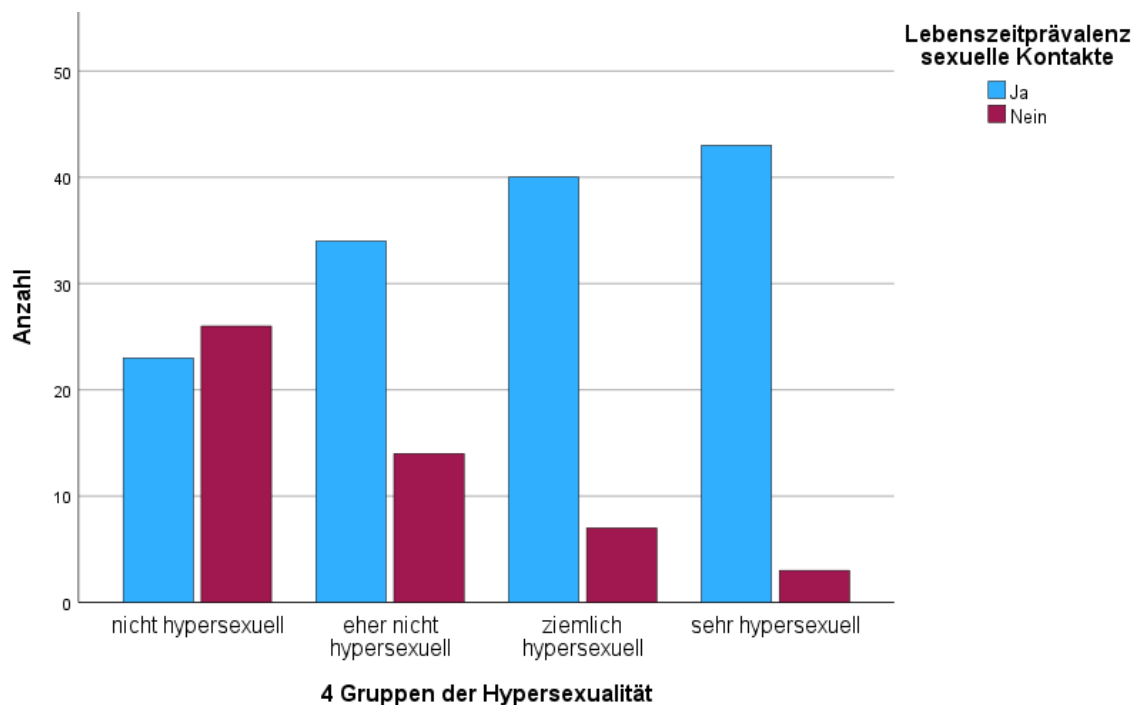


Abbildung 4. Anzahl der Lebenszeitprävalenzen für sexuelle Kontakte im Internet in den unterschiedlichen Ausprägungen der Hypersexualität

Fragestellung 7 wurde mit einem χ^2 -Vier-Felder-Test überprüft. Auch hier wurde bei einer erwarteten Häufigkeit < 5 auf den exakten Test nach Fisher-Yates ausgewichen, um die

Voraussetzung für den χ^2 -Vier-Felder-Test nicht zu verletzen. Tabelle 13 enthält den Chi-Quadrat-Wert (χ^2) mit den Freiheitsgraden (df) und den dazugehörigen p-Wert (p) sowie den p-Wert des exakten Tests nach Fisher-Yates (p_{exakt}) und das Effektstärkemaß des Phi-Koeffizienten (r_ϕ) von der durchgeführten Analyse. Zwischen keiner der Lebenszeitprävalenzen der sexuellen Onlineaktivität und der sexuellen Orientierung gab es einen signifikanten Zusammenhang. Somit waren alle Lebenszeitprävalenzen von der sexuellen Orientierung unabhängig. Es wurden für die Hypothesen 7.1 bis 7.3 die Nullhypothesen beibehalten.

Tabelle 13. Vergleich der Lebenszeitprävalenzen der Subskalen des OSA mit der sexuellen Orientierung und ihr χ^2 -Wert, ihre Freiheitsgrade, der Signifikanzwert (asymptotisch und exakt) sowie die Bonferroni-Holm-Korrektur und die Effektstärke

Lebenszeitprävalenzen	χ^2	df	p	p_{exakt}	p'	r_ϕ
Sexuelles Entertainment	0.288	1		.736	.050	-.039
Sexuelle Kontakte	0.639	1	.424		.017	.058
Sexuelle Arbeit	0.178	1	.673		.025	.031

N= 190

7.4.6. Unterschiedshypothesen zum Coping

Die Hypothesenprüfung der Fragestellung 8 erfolgte mithilfe einer zweifaktoriellen Varianzanalyse, bei der die Mittelwerte der unterschiedlichen Gruppen miteinander verglichen wurden. Die Normalverteilung der Daten und die Unabhängigkeit der Daten sind Voraussetzungen für die zweifaktorielle Varianzanalyse, diese konnten angenommen werden. Die Varianzhomogenität wurde erneut mit einem Levene-Test überprüft. Tabelle 14 enthält die Werte für den Levene-Test basierend auf den Median (p_{Levene}) sowie den F-Wert (F), den Signifikanzwert (p) und das Effektstärkemaß partielles Eta² (*partielles η^2*) der zweifaktoriellen Varianzanalyse. Für das aufgabenorientierte und das emotionsorientierte Coping zeigte der Levene-Test Varianzhomogenität zwischen den Gruppen an. Die Voraussetzung der homogenen Varianzen war bei diesen beiden Subskalen also gegeben. Jedoch wurde bei dem vermeidungsorientierten Coping der Levene-Test signifikant, womit die Varianzhomogenität für diese Skala nicht angenommen werden konnte. Da es keine nichtparametrischen Verfahren für die zweifaktorielle Varianzanalyse gibt, wurde bei dieser Skala trotzdem eine zweifaktorielle Varianzanalyse durchgeführt.

Bei dem *aufgabenorientierten Coping* gab es bei den einzelnen Faktoren der Hypersexualität und der sexuellen Orientierung keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen, auch die Wechselwirkung der beiden Faktoren wurde nicht signifikant. Somit wurde für die

Hypothesen 8.1–8.3 die H_0 beibehalten. Bei dem *emotionsorientierten Coping* sind die einzelnen Hauptfaktoren Hypersexualität und sexuelle Orientierung signifikant geworden, zusätzlich wurde die Wechselwirkung der beiden Faktoren signifikant.

Tabelle 14. Subskalen des CISS und ihr Signifikanzwert vom Levene-Test, F -Wert mit dem Signifikanzwert und der Effektstärke der zweifaktoriellen Varianzanalyse

Skalen CISS	p_{Levene}	Faktoren	F	p	partielles η^2
Aufgabenorientiertes Coping	.474	Hypersexualität	0.354	.786	.006
		Sexuelle Orientierung	2.023	.157	.011
		Wechselwirkung	1.205	.309	.019
Emotionsorientiertes Coping	.287	Hypersexualität	4.044	.008**	.062
		Sexuelle Orientierung	14.306	<.001***	.073
		Wechselwirkung	2.851	.039*	.045
Vermeidungsorientiertes Coping	.007**	Hypersexualität	1.308	.273	.021
		Sexuelle Orientierung	5.245	.023*	.028
		Wechselwirkung	1.745	.159	.028

$N = 190$, *** $p > .001$, ** $p < .01$, * $p > .05$

Ein Interaktionsdiagramm wurden für beide Hauptfaktoren erstellt, um die Wechselwirkung zu bestimmen. Sowohl in dem Interaktionsdiagramm der sexuellen Orientierung (Abbildung 5) überschneiden sich die Rangreihen der Mittelwerte als auch bei dem Interaktionsdiagramm der Hypersexualität (Abbildung 6). Es zeigte sich also eine disordinale Wechselwirkung, somit wurde keiner der beiden Hauptfaktoren einzeln interpretiert, sondern nur die Wechselwirkung. Die Interaktion der beiden Faktoren war signifikant, die Effektstärke ist mit einem partiellen η^2 von .045 als kleiner Effekt einzustufen. Es wurden für die Hypothesen 8.4 und 8.5 die H_0 beibehalten, und für die Hypothese 8.6 wurde sie verworfen. Bei dem *vermeidungsorientierten Coping* zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen heterosexuellen Personen ($M = 21.06$, $SD = 5.95$) und Personen der LGBTQ+-Gruppe ($M = 22.99$, $SD = 6.49$). Dadurch wurde für die Hypothesen 8.7 und 8.9 die H_0 beibehalten und für die Hypothese 8.8 die H_1 angenommen. Dieser Effekt hatte ein partielles $\eta^2 = .028$ und ist somit als kleiner Effekt einzustufen. Da die Varianzhomogenität bei dieser Skala nicht angenommen werden konnte, wurden die beiden Subskalen des vermeidungsorientierten Copings nicht ausgewertet.

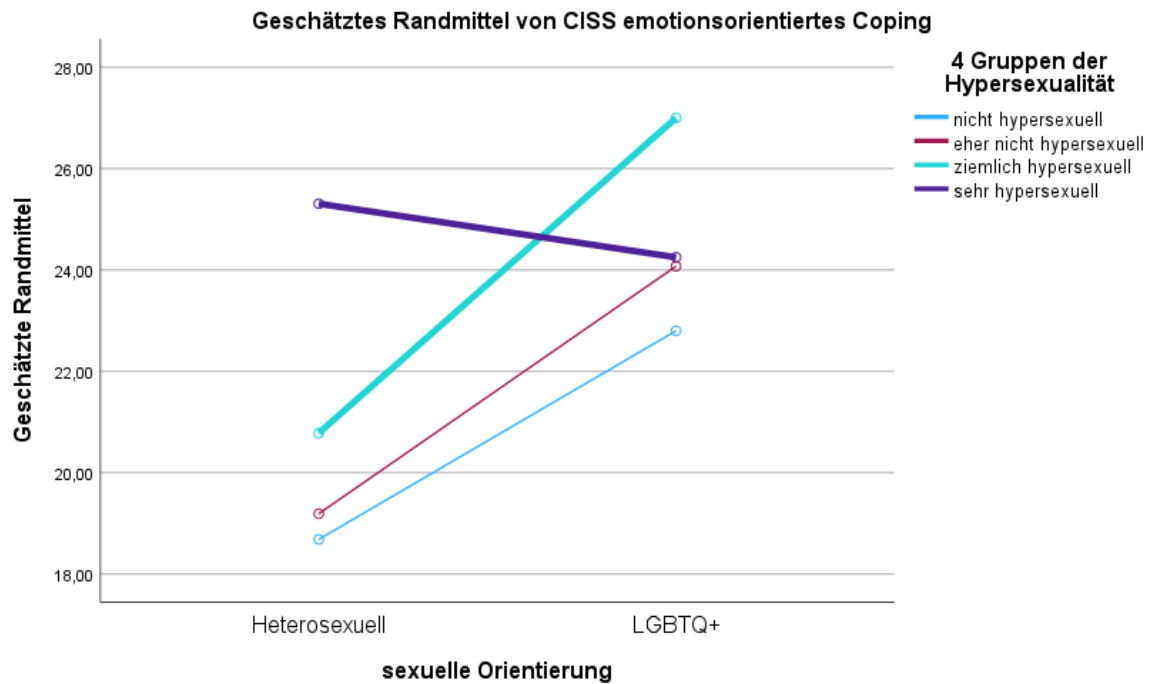


Abbildung 5. ID der sexuellen Orientierung im emotionsorientierten Coping
[Ausschnitt 18-28]

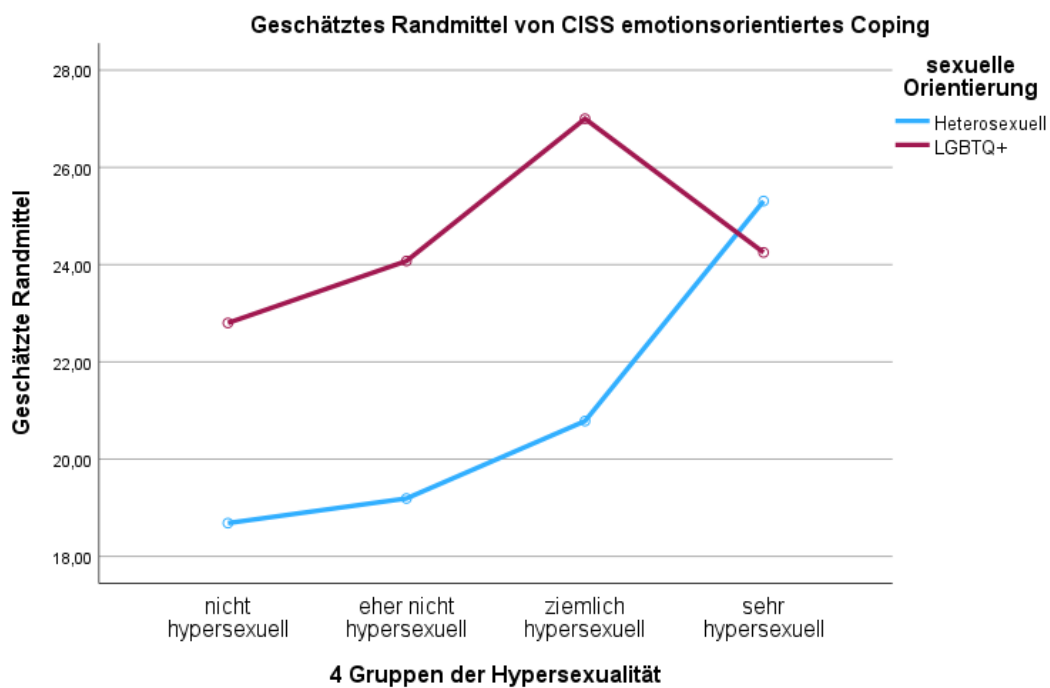


Abbildung 6. ID der hypersexuellen Ausprägung im emotionsorientierten Coping
[Ausschnitt 18-28]

8. Fazit

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der gesamten Fragestellungen zusammengefasst und mit der Literatur aus dem theoretischen Teil in Verbindung gesetzt. Zum Schluss folgen mögliche Kritikpunkte und folglich die Limitationen dieser Arbeit sowie Vorschläge für zukünftige Forschungsthemen und weiterführende Forschungsfragen.

8.1. Diskussion

In der ersten Fragestellung wurden einerseits Geschlechtsunterschiede in den psychologischen Variablen untersucht und andererseits mögliche Zusammenhänge zwischen Geschlecht und der sexuellen Onlineaktivität überprüft. Aus der Analyse lässt sich ein Geschlechtsunterschied bei der Lebenszufriedenheit, bei der psychischen Gesundheit und bei der hypersexuellen Ausprägung feststellen. Das Geschlecht einer Person scheint in anderen Studien keinen großen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit zu haben (Della Giusta, Jewell, & Kambhampati, 2011; Grözinger & Piper, 2019). Es zeigte sich zwischen Männern und Frauen im Durchschnitt auch kein großer Unterschied in dieser Arbeit, jedoch hatten die diversen Personen eine niedrigere Lebenszufriedenheit. Oft wurden die Geschlechtsunterschiede in der Vergangenheit nur zwischen Männern und Frauen untersucht, möglicherweise ist die Gruppe der diversen Personen unzufriedener mit ihrem Leben. Eine detaillierte Erfassung von Unterschieden zwischen cis-geschlechtlichen Personen und diversen Personen bietet die Studie von Anderssen, Sivertsen, Lonning und Malterud (2020). Dort gab es bei der Lebenszufriedenheit einen Unterschied zwischen transsexuellen und cis-geschlechtlichen Personen. Transsexuelle Personen hatten eine niedrigere Lebenszufriedenheit, jedoch zeigte sich kein Unterschied zwischen binären und nicht-binären Personen. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität scheint im psychischen Bereich bei den diversen Personen auch am stärksten beeinträchtigt zu sein, Männer und Frauen hatten jedoch wieder recht ähnliche Durchschnittswerte. In einer epidemiologischen Studie in Deutschland zeigten sich Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der psychischen Gesundheit, diverse Personen oder auch transsexuelle Personen wurden jedoch nicht extra erhoben. In der Literatur über Hypersexualität ist weitläufig bekannt, dass mehr Männer als Frauen unter Hypersexualität leiden (Hartmann, 2018). Dies stimmt mit den Ergebnissen dieser Arbeit überein, da Männer ein höher ausgeprägtes hypersexuelles Verhalten beschrieben und sie häufiger als sehr hypersexuell eingestuft wurden. Spannenderweise zeigten diverse Personen im Vergleich zu den anderen Geschlechtern weniger hypersexuelles Verhalten. Zusätzlich nutzten Männer das Internet häufiger als Frauen, um sexuelles Entertainment zu verbreiten

oder anzuschauen, um sexuelle Kontakte zu knüpfen oder um sexuelle Arbeit anzubieten oder zu kaufen. Männer scheinen das Internet öfter für sexuelle Aktivitäten zu nutzen als Frauen. Diese Ergebnisse können mehrere Gründe haben. Einerseits besagt die Literatur, dass Männer sich häufigeren und abwechslungsreicheren Sex wünschen als Frauen und dieser durch die breite Spannweite an Inhalten im Internet sehr gut abgedeckt wird. Es wird auch der Partnersex von einem Teil der Männer als wenig lustvoll und entspannend beschrieben, sondern ein starker Leistungsdruck empfunden. Diese Punkte werden bei einer sexuellen Handlung im Internet besser ausgehebelt, womit eine Präferenz dafür erklärbar wird (Döring, 2017).

Die Ergebnisse der Fragestellung zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität kann noch nicht in ein großes wissenschaftliches Vorwissen eingebettet werden, da es wenig Forschung zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von hypersexuellen Personen gibt. Es wurden keine Unterschiede zwischen den sehr hypersexuellen und nicht hypersexuellen Personen in allen körperlichen Aspekten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gefunden. Es gibt also keinen signifikanten Einfluss von Hypersexualität auf diese Aspekte. Auch in der bisherigen Forschung scheint eine Beeinträchtigung von hypersexuellen Personen zum Großteil auf der psychischen Ebene zu existieren. Es wurde jedoch noch nicht genauer auf gesundheitliche Folgen von sexuell übertragbaren Krankheiten geachtet. Hypersexualität hat einen gemeinsamen Einfluss mit sexueller Orientierung auf die Vitalität und das psychologische Wohlbefinden. Abgesehen davon scheint Hypersexualität einen Einfluss auf die Beeinträchtigung des sozialen Lebens zu haben. Hypersexualität wirkt sich auf soziale Beziehungen aus, im Speziellen auf partnerschaftliche Beziehungen, da Hypersexualität mit sexuellem Verhalten außerhalb der Beziehung einhergehen kann. In der wissenschaftlichen Literatur wird oft davon berichtet, dass es hypersexuellen Personen schwerer fällt, partnerschaftliche Beziehungen zu halten, aufgrund ihres erhöhten sexuellen Verhaltens. Tendenziell wirkt sich eine hohe Hypersexualität negativ auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität aus (Hartmann, 2016; Kafka, 2010). Die sexuelle Orientierung wird in allen psychischen Aspekten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als Wechselwirkung oder als einzelner Faktor signifikant. Es scheint eine direkte Beeinträchtigung bei den körperlichen Schmerzen, der sozialen Funktionsfähigkeit und der emotionalen Rollenfunktion in der Gruppe der LGBTQ+-Personen zu geben. Der Einfluss der sexuellen Orientierung auf die soziale Funktionsfähigkeit und auf das psychische Wohlbefinden hängt mit der hypersexuellen Ausprägung zusammen. Eine Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen kann durch Diskriminierungserfahrungen der Gruppe stattfinden. Interaktionen mit dem

sozialen Umfeld können immer wieder anstrengend oder negativ für Personen der LGBTQ+-Gruppe verlaufen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit. Zusätzlich könnten maladaptive Kognitionen zu Sex und der eigenen sexuellen Identität zu Einschränkungen des psychischen Wohlbefindens führen (Böthe et al., 2018; Pachankis et al., 2014). Teilnehmer einer Studie von Parsons und seiner Kollegschaft (2008) identifizierten unter anderem negative Affekte und Depression als eine Ursache für hypersexuelles Verhalten, was eine Erklärung für die Wechselwirkungen zwischen Hypersexualität und sexueller Orientierung in der Vitalität (=Energieausmaß) und dem psychologischen Wohlbefinden sein kann.

In den Ergebnissen wurde erkennbar, dass Hypersexualität und die sexuelle Orientierung einen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit haben. Der Einfluss von Hypersexualität auf die Lebenszufriedenheit hat auch den einzig mittelgradigen Effekt in der gesamten Analyse. Je hypersexueller eine Person ist, desto unzufriedener scheint sie mit dem eigenen Leben zu sein. Somit fügen sich die Ergebnisse dieser Studie sehr gut in frühere Forschungsergebnisse ein (Dhuffar et al., 2015; Långström & Hanson, 2006). Es gibt viele verschiedene Erklärungen für diesen Effekt, unter anderem wurden in früheren Studien instabile Beziehungen, ein vorhandener Substanzmissbrauch, negative Konsequenzen von hypersexuellem Verhalten und emotionale Dysregulation als Gründe angeführt (Parsons et al., 2008).

Die fünfte Fragestellung beschäftigte sich mit dem Einfluss von Geschlecht und sexueller Orientierung auf die Hypersexualität. Wie in der ersten Fragestellung bereits geklärt wurde, gab es einen Geschlechterunterschied. Im Gegensatz zu der vorherigen Forschung gab es keinen Unterschied zwischen heterosexuellen Personen und Personen aus den sexuellen Minderheiten. Auch die Wechselwirkung der beiden Faktoren war nicht vorhanden, laut Böthe und Kollegschaft (2018) ist eine Interaktion zwischen den beiden Variablen bei Hypersexualität vorhanden. Dieser Unterschied zwischen den Ergebnissen dieser Arbeit und der Studie könnte durch die Erhebung sexueller Orientierung entstehen. Böthe et al. (2018) haben die asexuellen Personen extra erhoben und explizit nicht in die Gruppe der beforschten sexuellen Orientierungen aufgenommen, um Verzerrungen der Daten zu vermeiden. In dieser Arbeit wurden asexuelle Personen nicht extra erhoben, und deshalb konnten sie auch nicht von der statistischen Analyse exkludiert werden. Es könnte sich dadurch der Effekt verringern und nicht signifikant werden.

In der sechsten Fragestellung wurde ein Argumentationspunkt von Böthe und ihrer Kollegschaft (2018) genauer beleuchtet. Möglicherweise könnte die große Verfügbarkeit von

sexuellen Inhalten und Partner*innen im Internet für sexuelle Minderheiten einen Einfluss auf die Verbindung zwischen sexueller Orientierung und Hypersexualität haben. Zuerst wurde geklärt, ob es einen Unterschied in der Lebenszeitprävalenz zwischen unterschiedlichen hypersexuell ausgeprägten Personen gibt. Spannenderweise ist die Lebenszeitprävalenz für sexuelle Kontakte die einzige Form des sexuellen Onlineverhaltens, die bei hypersexuellen Personen öfter auftritt. Je höher die Ausprägung der Hypersexualität ist, desto eher nutzen Personen das Internet, um Cybersex mit einer anderen Person zu haben oder um Sexpartner*innen für reale Treffen zu finden. Dieser Effekt ist moderat ausgeprägt, auch der einzig große in der gesamten Stichprobe. Für hypersexuelle Personen kann es ein einfacher und schneller Weg sein, ohne großen finanziellen Aufwand anonymen Sex zu haben. Für jemanden, der keine hypersexuelle Ausprägung hat, ist anonymes Sex im Internet nicht so reizvoll wie für hypersexuelle Personen (Wéry et al., 2016). Verwunderlich ist, dass kein Unterschied zwischen den hypersexuellen Ausprägungen in der Häufigkeit für sexuelles Entertainment gefunden wurde. Die Lebenszeitprävalenz für sexuelles Material im Internet zu konsumieren oder ins Internet zu stellen scheint bei den Hypersexuellen nicht ausschlaggebend erhöht zu sein. Dies könnte durch eine generell sehr hohe Lebenszeitprävalenz für die Sichtung pornografischen Materials stehen, egal ob eine Person hypersexuell ist oder nicht.

Die siebte Fragestellung betrachtete die Häufigkeit der Lebenszeitprävalenz für sexuelles Entertainment, sexuelle Kontakte und sexuelle Arbeit zwischen den sexuellen Orientierungen. Es fällt auf, dass es keinen Unterschied zwischen heterosexuellen Personen und Personen der LGBTQ+-Gruppe in einem der drei Bereiche gegeben hat. Die Lebenszeitprävalenz ist für die LGBTQ+-Gruppe in keinem Bereich erhöht, obwohl andere Studien davon berichten, dass diese häufiger pornografisches Material sichten (Bóthe et al., 2019; Kamolova et al., 2022). Dieser Unterschied der Daten kann daher rühren, dass die Lebenszeitprävalenz und die Häufigkeit des Verhaltens nicht denselben Zusammenhang mit sexueller Orientierung haben.

Für die achte Fragestellung wurden die Copingstile der unterschiedlichen hypersexuellen Ausprägungen und der sexuellen Orientierung genauer betrachtet. Es zeigte sich in dieser Arbeit eine Wechselwirkung zwischen der sexuellen Orientierung und der Ausprägung der Hypersexualität auf den emotionsorientierten Copingstil. In einer anderen Studie scheinen hypersexuelle Personen maladaptive Copingstrategien (z.B. Rückzug, Zorn auf sich selbst und auf andere) zu verwenden, um negative Emotionen (in dem Fall Scham) abzufedern (Reid et al., 2009). Dieser Zusammenhang zwischen Hypersexualität und maladaptiven Copingstrategien ist in dieser Stichprobe für heterosexuelle Personen erkennbar, nicht aber für

Personen der LGBTQ+-Gruppe. Eine Erklärung dafür wäre eine gewisse sexuelle Liberalisierung in der Gruppe der sexuellen Minderheiten, die möglicherweise Stressoren von hypersexuellem Verhalten abfedern und somit die subjektive Bewertung (emotionsorientiertes Coping) beeinflussen kann. Die Stichprobe zeigte eine höhere Ausprägung des vermeidungsorientierten Copingstiles bei den sexuellen Minderheiten. In einer Studie zeigte sich, dass Personen aus der LGBTQ+-Community häufiger einen ängstlichen oder vermeidenden Bindungsstil haben als heterosexuelle Personen. Möglicherweise hat dies eine Auswirkung auf etablierten Copingstile einer Person (Weinstein et al., 2015).

8.2. Kritik und Ausblick

Eine Onlinestudie hat den Vorteil einer einfachen und schnellen Erreichung der Zielgruppe. Besonders wenn diese sehr spezifisch ist, wie es in dieser Studie der Fall war, spricht dieser Vorteil für eine Erhebung über das Internet. Doch diese Methode birgt auch einige Tücken, die hier genauer beschrieben werden. Einerseits wird eine selektive Stichprobe generiert, wie durchaus in der Bildungs- und Altersverteilung in dieser Stichprobe erkennbar ist. Somit können Verzerrungen in den oben dargestellten Ergebnissen auftauchen. Die vorhandene Erhebungssituation der Teilnehmer*innen konnte auch nicht kontrolliert werden, somit herrschten keine gleichen Bedingungen bei der Datenerhebung vor. Für weitere Studien wäre zu überlegen, Untersuchungen vor Ort durchzuführen, um diesen Verzerrungen entgegenzuwirken. Da sexuelles Verhalten ein sehr sensibles Thema ist, das mit sehr vielen Tabus und moralischen Vorstellungen verknüpft ist, kann es zu unangenehmen Situationen während der Erhebung kommen. Auch das wäre durch eine anonyme Untersuchung vor Ort zu verhindern. Eine bekannte Limitation, die auch in dieser Arbeit relevant war, sind die Selbstberichtsfragebögen. Durch mögliche Wertvorstellungen und blinde Flecken der Teilnehmer*innen können Ergebnisverzerrungen auftreten. Dieses Problem lässt sich bei dieser Thematik aber nur schwer durch eine Fremdbeurteilung ausgleichen. Durch das querschnittliche Untersuchungsdesign ist eine kausale Interpretation nicht möglich, und auch individuelle Entwicklungsverläufe sind nicht nachvollziehbar. Ein Verlauf während einer Therapie (auch für unterschiedliche Zugänge der Therapie) wäre eine weitere spannende Forschungsfrage. Eine wichtige Limitation bei den Ergebnissen der letzten Fragestellung ist die nicht vorhandene Varianzhomogenität beim vermeidungsorientierten Coping. Aus diesem Grund sind die Unterschiede bezüglich der sexuellen Orientierung bei diesem Copingstil mit Vorsicht zu genießen. Auch die anfangs erwähnten Geschlechtsunterschiede sind vorsichtig zu interpretieren, weil eine Gruppe (diverse Personen) sehr viel kleiner war als die anderen

beiden. Es wurden während der Erhebung auch immer wieder in Foren und Facebook-Gruppen gewisse Bedenken bezüglich des Erhebungsinstrumentes HBI herangetragen. Besonders die LGBTQ+-Community hätte sich eine zusätzliche Erhebungsmethode für positivere sexuelle Handlungen gewünscht.

Literaturverzeichnis

- Anderssen, N., Sivertsen, B., Lonning, K. J., & Malterud, K. (2020). Life satisfaction and mental health among transgender students in Norway. *BMC Public Health*, 20: 138. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8228-5>
- Bergmann, M., & Franzese, F. (2020). Fehlende Werte. In M. Tausendpfund (Hrsg.), *Grundwissen Politik. Fortgeschrittene Analyseverfahren in den Sozialwissenschaften* (S. 165–203). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-30237-5_6
- Blain, L. M., Muench, F., Morgenstern, J., & Parsons, J. T. (2012). Exploring the role of child sexual abuse and posttraumatic stress disorder symptoms in gay and bisexual men reporting compulsive sexual behavior. *Child Abuse & Neglect*, 36(5), 413–422. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.03.003>
- Blum, S., Brow, M., & Silver, R. C. (2012). Coping. In V. S. Ramachandran (Hrsg.), *Encyclopedia of Human Behavior* (Second Edition) (S. 596–601). San Diego: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375000-6.00110-5>
- Bőthe, B., Bartók, R., Tóth-Király, I., Reid, R. C., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Orosz, G. (2018). Hypersexuality, gender, and sexual orientation: A large-scale psychometric survey study. *Archives of Sexual Behavior*, 47(8), 2265–2276. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1201-z>
- Bőthe, B., Vaillancourt-Morel, M.-P., Bergeron, S., & Demetrovics, Z. (2019). Problematic and non-problematic pornography use among LGBTQ adolescents: A systematic literature review. *Current Addiction Reports*, 6(4), 478–494. <https://doi.org/10.1007/s40429-019-00289-5>

- Bründl, S., & Fuss, J. (2021). Impulskontrollstörungen in der ICD-11. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 15(1), 20–29. <https://doi.org/10.1007/s11757-020-00649-2>
- Bühner, M., & Ziegler, M. (2017). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage). Hallbergmoos: Pearson.
- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). *Fragebogen zum Gesundheitszustand: SF-36*. Göttingen: Hogrefe.
- Daig, I., Spangenberg, L., Henrich, G., Herschbach, P., Kienast, T., & Brähler, E. (2011). Alters- und geschlechtspezifische Neunormierung der Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ M) für die Altersspanne von 14 bis 64 Jahre. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(3), 172–178. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000099>
- Della Giusta, M., Jewell, S. L., & Kambhampati, U. S. (2011). Gender and life satisfaction in the UK. *Feminist Economics*, 17(3), 1–34. <https://doi.org/10.1080/13545701.2011.582028>
- Dhuffar, M. K., Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2015). The role of negative mood states and consequences of hypersexual behaviours in predicting hypersexuality among university students. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(3), 181–188. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.030>
- Döring, N. (2017). Männliche Sexualität im Digitalzeitalter: Aktuelle Diskurse, Trends und Daten. In Stiftung Männergesundheit (Hrsg.), *Sexualität von Männern: Dritter Deutscher Männergesundheitsbericht* (S. 39–75). Psychosozial-Verlag. Abgerufen von <https://www.psycharchives.org/en/item/64873c51-aa42-4172-ae2f-d1f80c2acff8>

- Döring, N., Daneback, K., Shaughnessy, K., Grov, C., & Byers, E. S. (2017). Online sexual activity experiences among college students: A four-country comparison. *Archives of Sexual Behavior*, 46(6), 1641–1652. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0656-4>
- Ellis, P. D. (2010). The essential guide to effect sizes: statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results. Cambridge: Cambridge University Press.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. Toronto: Multi Health Systems.
- Gäde, J. C., Schermelleh-Engel, K., & Werner, C. S. (2020). Klassische Methoden der Reliabilitätsschätzung. In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S. 305–334). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61532-4_14
- Garofalo, C., Velotti, P., & Zavattini, G. C. (2016). Emotion dysregulation and hypersexuality: Review and clinical implications. *Sexual and Relationship Therapy*, 31(1), 3–19. <https://doi.org/10.1080/14681994.2015.1062855>
- Grözinger, G., & Piper, A. (2019). Gender(un)gleichheit im Lebensverlauf. *Wirtschaftsdienst (Hamburg)*, 99(4), 272–277. <https://doi.org/10.1007/s10273-019-2443-7>
- Grüßer-Sinopoli, S. M., & Thalemann, C. N. (2006). *Verhaltenssucht: Diagnostik, Therapie, Forschung* (1. Auflage.). Bern: Huber.
- Haeberle, E. J. (2011). *Die Sexualität des Menschen: Handbuch und Atlas*. Berlin: De Gruyter, Inc.
- Hamzah, M. R., Manap, J., Hussin, H., Yusof, H. A., Ahmad, Y., Ismail, & Manaf, A. R. A. (2021). The measurement of online hypersexual: A systematic literature review. *AIP Conference Proceedings*, 2339: 020107. <https://doi.org/10.1063/5.0044214>

- Hartmann, U. (2016). Diagnostik und Therapie der „Sexsucht“. *Neurologe & Psychiater : DNP*, 17(1), 34–42. <https://doi.org/10.1007/s15202-016-1038-z>
- Hartmann, U. (2018). Nicht-paraphile hypersexuelle Störungen (Sexsucht). In U. Hartmann (Hrsg.), *Sexualtherapie: Ein neuer Weg in Theorie und Praxis* (S. 369–386). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54415-0_16
- Henrich, G., & Herschbach, P. (2000). Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). In U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.), *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin* (S. 98–110). Lansberg: Eco-med.
- Hoffmann, D. (2013). Sexualität. *Soziologische Revue*, 36(3), 322–325. <https://doi.org/10.1524/srsr.2013.0058>
- Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of change in the relationship between self-compassion, emotion regulation, and mental health: A systematic review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 10(2), 215–235. <https://doi.org/10.1111/aphw.12127>
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377–400. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9574-7>
- Kafka, M. P. (2013). The development and evolution of the criteria for a newly proposed diagnosis for DSM-5: Hypersexual disorder. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20(1–2), 19–26. <https://doi.org/10.1080/10720162.2013.768127>
- Kälin, W., & Semmer, N. (2020). *Coping Inventar zum Umgang mit Stress-Situationen. Deutschsprachige Adaptation des Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Kamolova, M., Chen, Y.-L., Etuk, R., Sacco, S. J., & Kraus, S. W. (2022). Differences within: Hypersexuality, sensation seeking and pornography viewing behaviors in a sample of

- heterosexual, gay, bisexual, and uncertain men. *Sexual Health & Compulsivity*, 30(1), 100-122. <https://doi.org/10.1080/26929953.2022.2162652>
- Kaplan, M. S., & Krueger, R. B. (2010). Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *Journal of Sex Research*, 47(2–3), 181–198. <https://doi.org/10.1080/00224491003592863>
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: What is the difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645–649. <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>
- Klein, V., Rettenberger, M., Boom, K. D., & Briken, P. (2014). Eine Validierungsstudie der deutschen Version des Hypersexual Behavior Inventory (HBI). *PPmP – Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 64(03/04), 136–140. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1357133>
- Kramer, L., Füre, J., & Stute, P. (2014). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität. *Gynäkologische Endokrinologie*, 12(2), 119–123. <https://doi.org/10.1007/s10304-014-0631-5>
- Kuzma, J. M., & Black, D. W. (2008). Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(4), 603–611. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.06.005>
- Långström, N., & Hanson, R. K. (2006). High rates of sexual behavior in the general population: Correlates and predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 35(1), 37–52. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-8993-y>
- Morfeld, M., Kirchberger, I., & Bullinger, M. (2011). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand: Deutsche Version des Short Form-36 Health Survey*. Göttingen: Hogrefe.

- Nordholt, E. S. (1998). Imputation: Methods, simulation experiments and practical examples. *International Statistical Review*, 66(2), 157–180. <https://doi.org/10.1111/j.1751-5823.1998.tb00412.x>
- Pachankis, J. E., Rendina, H. J., Restar, A., Ventuneac, A., Grov, C., & Parsons, J. T. (2015). A minority stress-emotion regulation model of sexual compulsivity among highly sexually active gay and bisexual men. *Health Psychology*, 34(8), 829–840. <https://doi.org/10.1037/hea0000180>
- Pachankis, J. E., Rendina, H. J., Ventuneac, A., Grov, C., & Parsons, J. T. (2014). The role of maladaptive cognitions in hypersexuality among highly sexually active gay and bisexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 43(4), 669–683. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0261-y>
- Parsons, J. T., Kelly, B. C., Bimbi, D. S., DiMaria, L., Wainberg, M. L., & Morgenstern, J. (2008). Explanations for the origins of sexual compulsivity among gay and bisexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 37(5), 817–826. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9218-8>
- Pornhub Insights. (2019, Dezember 11). The 2019 year in review – Pornhub Insights. Abgerufen am 26. Januar 2023, von <https://www.pornhub.com/insights/2019-year-in-review>
- Reid, R. C., Bramen, J. E., Anderson, A., & Cohen, M. S. (2014). Mindfulness, emotional dysregulation, impulsivity, and stress proneness among hypersexual patients. *Journal of Clinical Psychology*, 70(4), 313–321. <https://doi.org/10.1002/jclp.22027>
- Reid, R. C., Garos, S., & Carpenter, B. N. (2011). Reliability, validity, and psychometric development of the Hypersexual Behavior Inventory in an outpatient sample of men. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 18(1), 30–51. <https://doi.org/10.1080/10720162.2011.555709>

- Reid, R. C., Harper, J. M., & Anderson, E. H. (2009). Coping strategies used by hypersexual patients to defend against the painful effects of shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(2), 125–138. <https://doi.org/10.1002/cpp.609>
- Rejeski, W. J., & Mihalko, S. L. (2001). Physical activity and quality of life in older adults. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(2), 23–35. https://doi.org/10.1093/gerona/56.suppl_2.23
- Rettenberger, M., Dekker, A., Klein, V., & Briken, P. (2013). Klinische und forensische Aspekte hypersexuellen Verhaltens. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7(1), 3–11. <https://doi.org/10.1007/s11757-012-0194-z>
- Rice, D. (2019). LGBTQ: The communities within a community. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 23(6), 668–671. <https://doi.org/10.1188/19.CJON.668-671>
- Rooney, B. M., Tulloch, T. G., & Blashill, A. J. (2018). Psychosocial syndemic correlates of sexual compulsivity among men who have sex with men: A meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 47(1), 75–93. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1032-3>
- Samenow, C. P. (2010). A biopsychosocial model of hypersexual disorder/sexual addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 17(2), 69–81. <https://doi.org/10.1080/10720162.2010.481300>
- Schultz, K., Hook, J. N., Davis, D. E., Penberthy, J. K., & Reid, R. C. (2014). Nonparaphilic hypersexual behavior and depressive symptoms: A meta-analytic review of the literature. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(6), 477–487. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.772551>
- Shao, B., Song, B., Feng, S., Lin, Y., Du, J., Shao, H., ... Wang, F. (2018). The relationship of social support, mental health, and health-related quality of life in human immunodeficiency virus-positive men who have sex with men: From the analysis of

- canonical correlation and structural equation model: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*, 97(30): e11652. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011652>
- Slavich, G. M. (2016). Life stress and health: A review of conceptual issues and recent findings. *Teaching of Psychology*, 43(4), 346–355.
<https://doi.org/10.1177/0098628316662768>
- Song, C., Buysse, A., Zhang, W.-H., Lu, C., Zhao, M., & Dewaele, A. (in press). The factor structure and measurement invariance of the Coping Inventory for Stressful Situations in a sexual minority population. *Journal of Homosexuality*.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2022.2122366>
- Torres, G. (2016). *Life satisfaction: Determinants, psychological implications and impact on quality-of-life*. New York: Nova Publishers.
- Toulalan, S., & Fisher, K. (2013). *The Routledge history of sex and the body: 1500 to the present*. London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203436868>
- Van Horn, J. E., & Wilpert, J. (2017). Full and short versions of the Coping Inventory for Stressful Situations and Social Problem-Solving Inventory-Revised. *Psychological Reports*, 120(4), 739–759. <https://doi.org/10.1177/0033294117702362>
- Walton, M. T., Cantor, J. M., Bhullar, N., & Lykins, A. D. (2017). Hypersexuality: A critical review and introduction to the “sexhavior cycle”. *Archives of Sexual Behavior*, 46(8), 2231–2251. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0991-8>
- Weinstein, A., Katz, L., Eberhardt, H., Cohen, K., & Lejoyeux, M. (2015). Sexual compulsion – Relationship with sex, attachment and sexual orientation. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(1), 22–26. <https://doi.org/10.1556/JBA.4.2015.1.6>
- Wéry, A., Vogelaere, K., Challet-Bouju, G., Poudat, F.-X., Caillon, J., Lever, D., ... Grall-Bronnec, M. (2016). Characteristics of self-identified sexual addicts in a behavioral

addiction outpatient clinic. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 623–630.

<https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.071>

Wirtz, M. A. (2021). Sexualität. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch-Lexikon der Psychologie* (20. Aufl.). Bern: Hogrefe.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.	<i>Skalenbezeichnung und Skalenbeschreibung der SF-36</i>	26
Tabelle 2.	<i>Häufigkeiten und Anteilswerte der Bildungsgrade</i>	34
Tabelle 3.	<i>Cronbachs α, Minimum und Maximum der Trennschärfen für die SF-36,</i>	35
Tabelle 4.	<i>Cronbachs α, Minimum und Maximum der Trennschärfe für den FLZ,</i>	36
Tabelle 5.	<i>Cronbachs α, Minimum und Maximum der Trennschärfe für den CISS,</i>	36
Tabelle 6.	<i>Cronbachs α, Minimum und Maximum der Trennschärfe für die HBI,</i>	37
Tabelle 7.	Vergleich der unterschiedlichen Geschlechter mit dem H-Wert, dem Signifikanzwert, der Bonferroni-Holm-Korrektur (p'), sowie dazugehörige Gruppengröße, Gruppenmittelwert und Standardabweichung	38
Tabelle 8.	Vergleich der Lebenszeitprävalenzen der Subskalen des OSA mit dem Geschlecht und ihr χ^2 -Wert, ihre Freiheitsgrade, der Signifikanzwert (asymptotisch und exakt) sowie die Bonferroni-Holm-Korrektur (p') und die Effektstärke	39
Tabelle 9.	Subskalen der SF-36 und ihr Signifikanzwert vom Levene-Test, F-Wert mit dem Signifikanzwert und der Effektstärke der zweifaktoriellen Varianzanalyse	40
Tabelle 10.	Gewichtete Lebenszufriedenheit vom FLZ und ihr Signifikanzwert vom Levene-Test, F-Wert mit dem Signifikanzwert und der Effektstärke der zweifaktoriellen Varianzanalyse	44
Tabelle 11.	Hypersexualität vom HBI und ihr Signifikanzwert vom Levene-Test, F-Wert mit dem Signifikanzwert und der Effektstärke der zweifaktoriellen Varianzanalyse	45
Tabelle 12.	Vergleich der Lebenszeitprävalenzen der Subskalen des OSA mit der hypersexuellen Ausprägung und ihr χ^2 -Wert, ihre Freiheitsgrade, der Signifikanzwert (asymptotisch und exakt) sowie die Bonferroni-Holm-Korrektur und die Effektstärke	46
Tabelle 13.	Vergleich der Lebenszeitprävalenzen der Subskalen des OSA mit der sexuellen Orientierung und ihr χ^2 -Wert, ihre Freiheitsgrade, der	

Signifikanzwert (asymptotisch und exakt) sowie die Bonferroni-Holm-Korrektur und die Effektstärke 47

Tabelle 14. *Subskalen des CISS und ihr Signifikanzwert vom Levene-Test, F-Wert mit dem Signifikanzwert und der Effektstärke der zweifaktoriellen Varianzanalyse* 48

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1.</i>	Interaktionsdiagramm (ID) der sexuellen Orientierung in der Subskala Vitalität [Ausschnitt 40-80]	41
<i>Abbildung 2.</i>	ID der sexuellen Orientierung in der Subskala psychisches Wohlbefinden [Ausschnitt 40-80]	42
<i>Abbildung 3.</i>	ID der hypersexuellen Ausprägung in der Subskala psychisches Wohlbefinden [Ausschnitt 40-80]	43
<i>Abbildung 4.</i>	Anzahl der Lebenszeitprävalenzen für sexuelle Kontakte im Internet in den unterschiedlichen Ausprägungen der Hypersexualität	46
<i>Abbildung 5.</i>	ID der sexuellen Orientierung im emotionsorientierten Coping [Ausschnitt 18-28]	49
<i>Abbildung 6.</i>	ID der hypersexuellen Ausprägung im emotionsorientierten Coping [Ausschnitt 18-28]	49

Abkürzungsverzeichnis

HS	Hypersexualität
OSA	Online Sexual Activity
HBI	Hypersexual Behavior Inventory
SF-36	Short Form 36 Fragebogen zum Gesundheitszustand
FLZ	Fragen zur Lebenszufriedenheit
CISS	Coping Inventory for Stressful Situations
ID	Interaktionsdiagramm