



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Sexualität, Körperbild und Kommunikation –
Kommunikation als Moderator zwischen Körperbild und
sexueller Aktivität in heterosexuellen Partnerschaften“

verfasst von / submitted by

Nils Sören Titze BSc

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

Master of Science (MSc)

Wien, 2020 / Vienna 2020

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

A 066 840

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

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Urs Markus Nater

Danksagung

Zu allererst und am meisten Danke ich meinen Eltern, dafür dass sie mich in vielerlei Hinsicht beim Verfolgen meines Studiums unterstützt haben. Vor allem meiner Mutter danke ich für die Liebe, Geduld und Kraft, mit der sie mich in frühen Jahren unterstützt und gefördert hat, so dass ich die Linien, die man Buchstaben nennt, heute als solche begreifen kann. Meinem Vater danke ich dafür an den Stellen, wo mir dies noch nicht gelingt, diese Arbeit korrekturgelesen zu haben. Svenja danke ich für ein Zuhause in Wien, Maren für das woanders da sein und das Auffangen.

Bei Lara bedanke mich für ihr Hirn so wie es ist, für ihr Lachen und die Zufriedenheit. Yak & Jesko danke ich für die gemeinsame Musik und das verlieren in dieser. Steffi danke ich für das gemeinsame Schweigen, ohne nichts zu sagen, Philipp für das gemeinsame Klettern und die riesige Herzenswärme.

Ganz besonders möchte ich mich außerdem bei meiner Betreuerin Hanna Mües für den durchwegs angenehmen Kontakt und für viel Hilfsbereitschaft bedanken. Dank gilt ebenso Dominique Vogler für die angenehme und gute Zusammenarbeit an der Studie. Ebenso danke ich Herrn Prof. Dr. Urs Nater für die Möglichkeit zu einem so spannenden Thema Masterarbeit zu schreiben.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| 1. Einleitung | 1 |
| 2. Theorie und Forschungsstand | 3 |
| 2.1. Sexualität. | 3 |
| 2.1.1. Modelle der Sexualität. | 4 |
| 2.1.2. Sexuelles Erleben. | 6 |
| 2.1.3. Sexuelles Verhalten. | 7 |
| 2.1.4. Sexuelle Aktivität. | 8 |
| 2.1.5. Sexuelle Initiative. | 9 |
| 2.1.6. Masturbation. | 10 |
| 2.1.7. Pornographiekonsum. | 11 |
| 2.1.8. Geschlecht und Sexualität. | 12 |
| 2.2. Körperbild. | 12 |
| 2.2.1. Definition und Abgrenzung zu verwandten Begriffen. | 13 |
| 2.2.2. Entstehung und Aufrechterhaltung des Körperbildes. | 14 |
| 2.2.3. Körperbild und Geschlecht. | 15 |
| 2.2.4. Weitere Korrelate des Körperbildes. | 16 |
| 2.3. Körperbild und Sexualität. | 17 |
| 2.3.1. Körperbild und sexuelle Aktivität. | 18 |
| 2.3.2. Körperbild und sexuelle Initiative. | 18 |
| 2.3.3. Körperbild und Masturbation. | 19 |
| 2.3.4. Körperbild und Pornographiekonsum. | 20 |
| 2.4. Sexuelle Kommunikation. | 21 |
| 2.4.1. Sexuelle Kommunikation und Sexualität. | 22 |
| 2.4.2. Sexuelle Kommunikation als Moderator. | 23 |
| 2.5. Limitationen bisheriger Forschung. | 23 |
| 2.6. Ziele der vorliegenden Studie. | 25 |
| 2.7. Fragestellungen und Hypothesen. | 25 |
| 3. Methoden | 31 |
| 3.1. Untersuchungsdesign. | 31 |
| 3.2. Stichprobe. | 31 |
| 3.2.1. Rekrutierung. | 31 |
| 3.2.2. Ein- und Ausschlusskriterien. | 32 |
| 3.2.3. Stichprobencharakterisierung. | 33 |

| | |
|---|----|
| 3.3. Ablauf der Studie..... | 33 |
| 3.4. Ethische Aspekte. | 35 |
| 3.5. Messverfahren. | 36 |
| 3.5.1. Körperbild..... | 36 |
| 3.5.2. Sexuelle Kommunikation..... | 37 |
| 3.5.3. Sexuelle Aktivität, sexuelle Initiative, Masturbation und Pornographiekonsum. .. | 37 |
| 3.6. Statistische Herangehensweise..... | 38 |
| 3.6.1. Aufbereitung des Datensatzes..... | 38 |
| 3.6.2. Statistische Analysen. | 39 |
| 4. Ergebnisse..... | 41 |
| 4.1. Stichprobenbeschreibung..... | 41 |
| 4.1.1. Demographische Daten..... | 41 |
| 4.1.2. Interessierende Merkmale..... | 41 |
| 4.2. Vorbereitende Datenanalyse..... | 41 |
| 4.2.1. Compliance..... | 41 |
| 4.2.2. Prüfung der Voraussetzungen..... | 43 |
| 4.3. Testung der Hypothesen..... | 44 |
| 4.3.1. Hypothesen zur partnerschaftlichen sexuellen Aktivität (H1.1 – H1.3.2)..... | 44 |
| 4.3.2. Hypothesen zur sexuellen Initiative (H2.1 – H2.3.2)..... | 44 |
| 4.3.3. Hypothesen zu Masturbation und Pornographiekonsum (H3.1 – H3.2.2)..... | 46 |
| 5. Diskussion..... | 47 |
| 5.1. Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse..... | 47 |
| 5.1.1. Körperbild und partnerschaftlich ausgelebte Sexualität..... | 47 |
| 5.1.2. Körperbild und sexuelle Initiative..... | 47 |
| 5.1.3. Körperbild und Masturbation bzw. Pornographiekonsum..... | 48 |
| 5.1.4. Unterschiede zwischen partnerschaftlicher Sexualität und sexueller Initiative..... | 49 |
| 5.1.5. Unterschiede zwischen partnerschaftlicher Sexualität, Masturbation und Pornographiekonsum..... | 50 |
| 5.1.6. Unterschiede zwischen ablehnender Körperbewertung und vitaler Körperdynamik..... | 51 |
| 5.1.7. Geschlecht und sexuelle Kommunikation als Moderatoren..... | 52 |
| 5.2. Diskussion der Ergebnisse..... | 53 |
| 5.2.1. Unterschiede zu bisherigen Studien..... | 53 |
| 5.2.2. Mögliche Ursachen für die Unterschiede zu bisherigen Studien..... | 53 |
| 5.2.3. Stichprobengröße und -zusammensetzung..... | 56 |
| 5.3. Kritische Würdigung..... | 57 |

| | |
|-----------------------------|----|
| 5.4. Ausblick..... | 61 |
| 5.5 Fazit. | 63 |
| Literaturverzeichnis..... | 64 |
| Abbildungsverzeichnis | 77 |
| Tabellenverzeichnis..... | 78 |
| Abkürzungsverzeichnis | 79 |
| Abstract | 80 |
| Zusammenfassung | 81 |
| Anhang | 82 |

1. Einleitung

„Sex sells“ – diese Redewendung ist alles andere als eine neue Einsicht. Doch warum eigentlich? Warum können uns sexuelle Reize so sehr beeinflussen? Weil Sex wichtig ist: sexuelle Zufriedenheit ist einer der wichtigsten Faktoren für die Beziehungsqualität (Sprecher & Cate, 2004). Doch nicht nur das, „Sexuality is a central aspect of being human throughout life [...]“ (World Health Organisation [WHO], 2006). Hierbei ist sexuelle Gesundheit unter anderem definiert als ein „Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen.“ (WHO, 2006). Doch was, wenn das körperliche Wohlbefinden nicht gegeben ist? Wie sehr ist gesundes sexuelles Ausleben möglich, wenn der eigene Körper nicht so akzeptiert wird, wie er ist, wenn also ein negatives Körperbild vorliegt? Oder ist diese Frage heute längst überholt?

Sex verkauft nicht nur gut, Sex bzw. der dazu scheinbar nötige perfekte Körper wird auch erkaufte. Über die letzten Jahre stiegen die Zahlen für Schönheitsoperationen weltweit (Statista, 2019a). Dabei ist nicht nur die weibliche Brustvergrößerung unter den beliebtesten chirurgischen Eingriffen (Deutsches Ärzteblatt, 2018, 2019), sondern auch das primäre weibliche Geschlechtsorgan rückt mehr und mehr in den Fokus – Stichwort: „Designer-“ und „Barbie-Vagina“ (Deutsches Ärzteblatt, 2009). Und auch in Zukunft könnte es so weitergehen: so wünschen sich laut einer Untersuchung von Appel, Hofmeister, Brähler und Borkenhagen (2015) 43% der befragten 445 Schüler*innen¹ eine Schönheitsoperation. Ebenso verzeichnen die Mitgliederzahlen der deutschen Fitnessstudios ein stetiges Wachstum (Statista, 2019b). Kurz: der Körper passt nicht so wie er ist und muss künstlich optimiert werden.

Auch in der medialen Welt ist die Körperoptimierung hoch im Kurs und schon in Kindertagen verfügbar. Von 102 animierten untersuchten weiblichen Figuren aus Kinderfilmen hatten zwei Drittel ein Taille-Hüft-Verhältnis, also eine Wespentaille, wie sie in der Realität nur durch das operative Entfernen von Rippen möglich wäre (Götz & Herche, 2013; Linke, Stüwe & Eisenbeis, 2017). Ähnliches ließ sich mit dem Pendant der unrealistisch ausgeprägten V-Figur bzw. Muskulosität für männliche Figuren finden: hier hatten knapp die Hälfte eine realistische Figur (Linke et al., 2017). Doch diesen, im Sinne der menschlichen Anatomie

¹ Gemäß der Genderpolitik der Universität Wien, werden Pluralformen von personenbezogenen Wörtern wie *Schüler* bzw. *Schülerinnen* als *Schüler*innen* angegeben, um auch Menschen, die sich keiner der binären Genderkategorien zugehörig fühlen, einzuschließen (vgl. Universität Wien, 2019).

unrealistischen Bildern, steht eine entgegengesetzte Entwicklung in der Realität gegenüber. So gilt seit einigen Jahren die Zunahme der Prävalenz für Adipositas bis Ende der 2000er als unumstritten (Nitzko, 2010). Und auch wenn sie seitdem stabil scheint und nicht weiter ansteigt, ist sie dennoch eine der großen Herausforderungen der Pädiatrie (Gausche, Beger, Kess, Körner & Kiess, 2019). Doch was passiert, wenn die Vorbilder der Kindheit immer schlanker bzw. sportlicher werden, der eigene Körper aber nicht? Es scheint vor diesem Hintergrund fast nicht zu überraschen, dass sich nur die Hälfte der jungen Frauen und etwas mehr als zwei Drittel der jungen Männer im Alter von 14 bis 25 Jahren in ihrem Körper wohl fühlen (Heßling & Bode, 2015).

Aber es gibt auch Gegenwehr gegen den unerreichbar perfekten Körper: Der Künstler Jamie McCartney reist mit seiner „Great Wall of Vagina“ einer Sammlung von 400 Vulva-Gipsabdrücken um die Welt. Die Aussage: alle 400 sind – natürlich – schön. In sozialen Medien wie Instagram hat sich im letzten Jahrzehnt die Body Positivity Bewegung etabliert. Ihre Botschaft: jeden Körper so zu akzeptieren und wertzuschätzen wie er ist (Cwynar-Horta, 2016). Und auch eine weitere Bewegung darf hier nicht fehlen: #metoo. Ursprünglich 2016 aus Protesten gegen sexualisierten Machtmissbrauch in der Filmbranche (v. a. gegenüber Frauen) entstanden, geht es bei diesem neuen Aufwind des Feminismus mittlerweile längst um eine grundsätzliche Selbstbestimmung der Frau – auch bezogen auf den Körper und weibliche Schönheitsideale. Doch was haben diese drei Beispiele gemeinsam? Sie zeigen ein von den Protagonist*innen empfundenes Problem auf, sie machen darauf aufmerksam, sie kommunizieren es. Und sie zeigen, dass das Thema Körperbild und Körperzufriedenheit aktuell ist.

Doch geht es in dieser Arbeit um gender- bzw. geschlechterstereotype Schönheitsideale, Sexismus oder gesellschaftliches Umdenken? Nein. Aber es geht um das eigene Körperbild (beider Geschlechter), darum wie dieses im Zusammenhang mit dem Sexualleben steht und um die Frage, ob Kommunikation (von Wünschen oder Problemen) auch im Mikrokosmos einer partnerschaftlichen Beziehung hierbei positive Veränderung bewirken kann.

2. Theorie und Forschungsstand

2.1. Sexualität.

Masturbation, Petting, Oral- & Geschlechtsverkehr, Orgasmus: ja/nein? - Allein, wenn man sich die Frage stellt, wo sexuelle Aktivität anfängt und wo sie aufhört, merkt man, dass trotz der Omnipräsens dieses Themas die Antwort nicht offensichtlich ist. Dabei ist es vor allem für Untersuchungen wie die vorliegende im Sinne der Operationalisierung wichtig, auch den Begriff der Sexualität zu klären. Eine der gängigsten Definitionen in der Literatur ist dabei jene der WHO (2006):

Sexuality is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors. (S. 5)

Ebenso gängig ist die kürzer ausfallende Definition von Bancroft (2009). In dieser ist die Sexualität...

[...] that aspect of the human condition, which is manifested as sexual desire or appetite, associated physiological response patterns, and behaviour which leads to orgasm, or at least pleasurable arousal, often between two people, but not infrequently by an individual alone. (S. 18)

Während sich die Definition der WHO noch recht abstrakt an das Thema Sexualität herantastet, nennt Bancroft schon einige konkrete Faktoren, die für ihn Sexualität ausmachen. Gemeinsam ist beiden Definitionen, dass sich Sexualität auf mehreren Ebenen abspielt. So ist es bei Bancroft die Psyche (sexuelles Verlangen oder Lust), der Körper (physiologische Reaktionen) und das Verhalten. Insgesamt scheint es beim Autor eher um den konkreten physisch praktizierten Aspekt von Sexualität zu gehen. Der Orgasmus ist zwar nicht zwingend, es geht allerdings doch zumindest um eine genussvolle Erregung. In welcher Form dies ausgelebt wird (Petting, Oral-, Geschlechtsverkehr...) ist dabei jedoch keineswegs ausschlaggebend. Und um die letzte der zu Beginn gestellten Fragen zu beantworten: Sexualität kann allein oder mit anderen Menschen ausgelebt werden (vgl. Bancroft, 2009).

Im Folgenden soll auf die menschliche Sexualität allgemein, aber auch auf für diese Arbeit wichtige Termini näher eingegangen werden. Nachdem zuerst Modelle der Sexualität vorgestellt und diskutiert werden, folgt ein Versuch, die in der Sexualforschung gängigsten Begriffe des sexuellen Erlebens bzw. Verhaltens zu umreißen, um sich schließlich mit einem eingehenderen Blick auf die sexuelle Aktivität, Initiative sowie auf Masturbation und Pornographiekonsum, den konkreten Themen der vorliegenden Arbeit zu nähern.

2.1.1. Modelle der Sexualität.

Etwas zu definieren bedeutet nur, sich die Umriss anzusehen. Im Folgenden soll daher näher ins Detail gegangen werden, indem das gängigste Modell zur Sexualität bzw. dessen Adaption dargestellt wird. Anschließend werden mögliche Kritikpunkte, sowie ein neueres Modell erläutert.

Betrachtet man die Geschichte der Sexualforschung, gibt es einige wenige herausstechende Meilensteine. Wenn es um Modelle der Sexualität geht, also darum wie der menschliche Sexualakt abläuft, ist dieser Meilenstein der *Human Sexual Response Cycle* nach Masters und Johnson (1966). Doch noch vor Masters und Johnson war es der Biologe Alfred Kinsey, der sich als erster im wissenschaftlichen Kontext an die menschliche Sexualität heranwagte, indem er mit etwa 11.000 Erwachsenen (Männern und Frauen) Interviews über deren Sexualeben führte. Die Ergebnisse wurden 1948 und 1953 in den sogenannten Kinsey-Reports, welche erstmals im großen Stil Einblicke in die menschliche Sexualität gewährten, veröffentlicht (vgl. Kinsey, Pomeroy, & Martin, 1948; Kinsey, Pomeroy, Martin, & Gebhard, 1953). Nach dieser biographisch-narrativen Herangehensweise gingen Masters und Johnson einen Schritt weiter und untersuchten ihre Proband*innen unter Laborbedingungen, indem sie sie bei diversen sexuellen Aktivitäten beobachteten (Masters & Johnson, 1966). Aus diesen Beobachtungen schlossen sie, dass der Ablauf der menschlichen Sexualität aus vier Phasen bestehe: der Erregungs-, der Plateau-, der Orgasmus- und der Rückbildungsphase (Masters & Johnson, 1967). 1977 adaptierte Kaplan das Modell, indem sie eine weitere, vorangehende Stufe postulierte, die Appetenzphase. Die fünf Phasen sollen nun kurz näher beschrieben werden.

Der menschliche sexuelle Akt beginnt Kaplan zufolge mit der *Appetenzphase*. Hier steigert sich das sexuelle Bedürfnis, was sich z.B. in sexuellen Fantasien äußert.

Geht dieses Bedürfnis in ein gesteigertes sexuelles Verlangen über, ist die *Erregungsphase* erreicht. Es kommt zu erhöhtem Blutdruck, Pulsfrequenz sowie Transpiration.

Bei Frauen schwellen in dieser Phase die Labien wie auch Teile der Klitoris an und die Lubrikation beginnt. Bei Männern erigiert der Penis.

In der *Plateauphase* verstärkt sich die sexuelle Erregung, sodass sich neben der weiterhin gesteigerten Pulsfrequenz auch die Atemfrequenz und die Kontraktion von Muskeln der Mimik, der Bauch- und Interkostalmuskulatur erhöhen.

Die *Orgasmusphase* charakterisiert sich dadurch, dass Atem- und Pulsfrequenz sowie Blutdruck nun am höchsten sind und es zu rhythmischen Kontraktionen diverser Muskelgruppen kommt: die weibliche Beckenbodenmuskulatur sowie Teile der glatten Vaginalwand sind aktiv, der männliche Samenleiter, die Samenblase und die Prostata ziehen sich rhythmisch zusammen. Bei Männern kommt es zur Ejakulation.

Schließlich beginnt die *Entspannungs- und Rückbildungsphase*, welche durch eine Rückbildung der vorherigen physiologischen Reaktionen hin zum normalen Zustand definiert ist. Männer können durch eine auf die Ejakulation folgende Refraktärzeit in dieser Phase kein weiteres Mal ejakulieren.

Zwar ist das Modell von Masters und Johnson bzw. Kaplan bis heute eines der bekanntesten, allerdings ist es gleichzeitig ein durchaus umstrittenes. Deutliche Kritik richtet sich dabei gegen die Darstellung der weiblichen Sexualität. Zum einen seien, so Tiefer (1991), bei Masters und Johnson nur Frauen untersucht worden, die bereit waren sich beim Sex beobachten zu lassen zum anderen nur jene, die einen Orgasmus hatten. Basson (2000) hinterfragte das gesamte, ihrer Meinung nach veraltete Modell zudem dahingehend, dass sie es als zu androzentrisch begriff. Männer erführen eher ein sexuelles Verlangen im Sinne eines „drive“, eines biologischen Triebes, bedingt durch den Einfluss des Hormons Testosteron. Der Human Sexual Response Cycle stelle laut Basson (2000) ebendiese sexuelle Befriedigung auch im Sinne eines Spannungsabbaus zu sehr in den Mittelpunkt, was der weiblichen Sexualität, die mehr von kognitiven wie auch emotionalen Prozessen beeinflusst sei, nicht gerecht würde. Als Konsequenz entwickelte Basson (2000) ein eigenes Modell der weiblichen sexuellen Reaktion. In diesem nicht linearen, sondern zirkulären *Sexual Response Cycle* ging sie von einem sexuell neutralen Zustand aus und berücksichtigte neben der sexuellen Befriedigung auch emotionale Intimität als motivationale Komponente. Bezüglich des Ablaufs geht Basson (2000) zunächst von einem sexuell neutralen Zustand aus. Aufgrund eines nicht-sexuellen Bedürfnisses wie zwischenmenschliche Nähe entsteht nun das Bedürfnis nach Sexualität, was die bewusste Entscheidung sexuelle Stimuli wahrzunehmen zur Folge hat. Die daraus resultierende sexuelle Erregung wird zu sexuellem Verlangen, sodass es erst jetzt zum Wunsch nach körperlicher

Befriedigung kommt. Erregung und Verlangen sind dabei jedoch nicht per se linear verbunden und können folgend parallel auftreten und sich gegenseitig beeinflussen (Basson et al., 2004).

Giraldi, Kristensen und Sand (2014), die in ihrer Studie sowohl Männer als auch Frauen befragten, mit welchem Modell sie sich eher identifizierten, beobachteten zwar, dass das Modell von Basson eher von Frauen bevorzugt wurde, die Mehrheit der Frauen identifizierte sich jedoch mit den linearen Modellen von Masters und Johnson bzw. Kaplan. Des Weiteren zeigte sich, dass (geschlechterunabhängig) vor allem Personen mit sexueller Dysfunktion ihre Sexualität eher im Modell nach Basson repräsentiert fanden (Giles & McCabe, 2009; Giraldi et al., 2014; Sand & Fisher, 2007).

2.1.2. Sexuelles Erleben.

In den meisten Definitionen beinhaltet das sexuelle Erleben die Konstrukte des *sexuellen Verlangens* und der *sexuellen Erregung* (Bancroft & Graham, 2011). Bezogen auf das oben besprochene Modell von Masters und Johnson bzw. Kaplan entspricht dies der Appetenzphase (sexuelles Verlangen) und der Erregungsphase (sexuelle Erregung). Doch diese Termini sind offensichtlich schwer voneinander zu trennen: Einige Untersuchungen konnten zeigen, dass sich sowohl Männer als auch Frauen schwertun, die zwei Begriffe eindeutig zu differenzieren (Mitchell, Wellings & Graham, 2014; Nobre, Pinto-Gouveia & Gomes, 2006). In der Sexualforschung werden sie hingegen wie folgt voneinander abgegrenzt: Das sexuelle Verlangen geht der sexuellen Erregung voraus und beschreibt vor allem kognitive Aspekte wie Gedanken und Fantasien (Mitchell et al., 2014). Ebenso beschreibt es das Bedürfnis nach sexueller Befriedigung (Kaplan, 1977; Masters & Johnson, 1966). Bei der Definition von sexueller Erregung konzentriert man sich hingegen eher auf die körperlichen Veränderungen und Empfindungen wie erhöhte Atem- und Pulsfrequenz sowie Durchblutung der Genitalien (Kaplan, 1977; Masters & Johnson, 1966; Mitchell et al., 2014). Für Bancroft (2005) beinhaltet die sexuelle Erregung allerdings auch mentale Prozesse. Er inkludiert in dieses Konzept neben allgemeiner körperlicher Aktivierung und genitaler Reaktion auch die Verarbeitung von Stimuli sowie Anreizmotivation (Bancroft & Graham, 2011).

Des Weiteren lässt sich die Erregung abermals unterteilen: es wird von *subjektiver* und *objektiver Erregung* gesprochen. Die objektive Erregung inkludiert dabei v.a. physiologisch messbare und in diesem Sinne objektive bzw. manifeste Reaktionen wie die vaginale Lubrikation, die männliche Erektion o. Ä. (ter Kuile, Vigeveno, & Laan, 2007).

Als subjektive Erregung bezeichnen Mosher, Barton-Henry und Green (1988) hingegen die nicht messbaren bzw. latenten Aspekte der sexuellen Erregung. Dazu zählen die

Autor*innen affektive und kognitive Wahrnehmungsprozesse bzgl. der körperlichen sexuellen Erregung sowie sexuelle Emotionen oder Kognitionen, also auch sexuelles Interesse, sexuelle Freude, sexuelle Befriedigung oder sexuelle Vorfreude (Mosher et al., 1988). Hier geht es also auch um sexuelle Zufriedenheit, die im Laufe dieser Arbeit immer wieder genannt werden wird.

2.1.3. Sexuelles Verhalten.

Sexuelles Verhalten beschreibt die behaviorale Komponente der menschlichen Sexualität und auch hier sind die Grenzen des Begriffs uneinheitlich. Auch die Definition nach Pfaus (1999) ist etwas weiter gestreut. Er sieht dabei den letztlichen sexuellen Akt nur als einen Teil, dem zwei weitere vorausgehen. Zuerst, so Pfaus, kommt es zu einer *appetitiven Phase*, die das sexuelle Verlangen beinhaltet. Diese geht letztlich in die *konsumatorische Phase*, also den Geschlechtsakt selbst, also die genitale Stimulation und den Orgasmus, über. An der Stelle, wo die beiden Phasen fließend in einander übergehen sieht Pfaus die *präkopulatorische Phase*. Hier sind Werbeverhalten und das Vorspiel zu verorten.

Demgegenüber geht es bei Studien, die sich mit dem Terminus sexuelles Verhalten auseinandersetzen vor allem um die eingangs gestellte Frage nach den Varianten von sexuellem Verhalten, also dem umgangssprachlichen „Sex haben“. Dabei zeigte sich, dass der Großteil der Befragten (90%) vaginalen wie auch analen und oralen Verkehr nannten und die Hälfte wiederum auch Petting dazu zählte (Sanders, Hill, Yarber, Graham, Crosby & Milhausen, 2010). Beeinflusst wurde die subjektive Definition von Sex dabei vom Alter der Befragten wie auch vom Auftreten eines Orgasmus, der sexuellen Orientierung oder der Rolle beim Sex (bei Oralverkehr aktiv oder passiv) (Sanders et al., 2010). Weitere Studien, wie die von Bogart, Cecil, Wagstaff, Pinkerton und Abramson (2000), bei der Petting allerdings nicht berücksichtigt wurde, kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Und schließlich fanden Gerressu, Mercer, Graham, Wellings und Johnson (2008), dass auch Masturbation von den Befragten als sexuelle Praxis angesehen wird. Hieraus sowie aus der oben genannten Definition nach Bancroft folgend, werden in dieser Arbeit unter sexuellem Verhalten bzw. sexueller Aktivität nachstehende Praktiken verstanden: Geschlechts-, Oral-, Analverkehr, Petting (sexuelle Zärtlichkeiten mit dem Ziel der sexuellen Erregung), Masturbation (alleine oder in Anwesenheit einer oder mehrerer weiterer Personen). Hierbei ist in der vorliegenden Arbeit mit *sexuellem Verhalten* eher der qualitative Aspekt, also die diversen Arten der ausgelebten Sexualität, mit *sexueller Aktivität* hingegen eher der quantitative Aspekt, also ihre Häufigkeit gemeint.

2.1.4. Sexuelle Aktivität.

Ebenso wie mit der Definition von Sexualität, die nicht für jede*n eindeutig ist, verhält es sich mit der Definition von sexueller Aktivität, also der ausgelebten Sexualität. Im Vordergrund steht zweifelsohne die absolute Häufigkeit von sexuellen Handlungen, jedoch sind diese auch wieder in die verschiedenen Möglichkeiten, Sexualität auszuleben zu unterteilen. Zudem ist auch eine Aussage darüber zu treffen, was häufig und was selten bezogen auf die sexuelle Aktivität ist. Dass dies schwer fällt, liegt unter anderem auch daran, dass die sexuelle Aktivität von sehr vielen Parametern beeinflusst wird und daher interindividuell schwer zu vergleichen ist. So macht es offensichtlich einen Unterschied, ob eine Person in einer Partnerschaft ist oder nicht. Aber auch Fitness, der subjektiv empfundene Stress oder das Alter können die sexuelle Aktivität beeinflussen (Stark, Kagerer, Walter, Vaitl, Klucken & Wehrum-Osinsky, 2015). Bezüglich des Alters ist der Literatur aber auch die konträre Ansicht, sexuelle Aktivität als etwas über die Zeit Stabiles zu begreifen, zu entnehmen. Auch ältere Menschen sind also durchaus sexuell aktiv (Beier & Loewit, 2011).

Wertfrei, also ohne die Prädikate viel oder wenig zu vergeben, haben in der Tradition der Kinsey-Reports einige Studien die Häufigkeit von sexueller Aktivität erhoben. So erfragten Haversath, Gärtner, Kliem, Vasterling, Strauss und Kröger (2017) das Sexualverhalten und die sexuelle Orientierung von 2524 Personen aus Deutschland; Durchschnittsalter: 48,48 Jahre (14 – 99 Jahre). Hier sollen nur einige für die vorliegende Arbeit interessante Ergebnisse genannt werden. Laut der Untersuchung hatten Männer ($n = 745$) im letzten Jahr 32.71 mal heterosexuellen Geschlechtsverkehr, Frauen ($n = 836$) mit 25.16 mal etwas weniger. Ein ähnliches Bild zeigte sich beim Oralverkehr. Männer hatten 12.87 mal aktiven und 11.01 mal passiven heterosexuellen Oralverkehr, Frauen 7.29 mal aktiven und 8.23 mal passiven heterosexuellen Oralverkehr. Männer gaben an 4.01 mal aktiven Analverkehr gehabt zu haben, wohingegen die befragten Frauen angaben 4.47 mal passiven Analverkehr ausgeübt zu haben. Petting, Masturbation und Pornographiekonsum wurden in dieser Studie nicht erfragt. Auch wurde leider nicht in Bezug auf den Beziehungsstatus ebenso wie auf die sexuelle Orientierung der Personen differenziert. Dennoch schaffen die Daten einen Rahmen, um die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung² etwas besser einordnen zu können.

² Mit *vorliegende Arbeit* bzw. *Untersuchung* ist diese konkrete Masterarbeit gemeint. Es geht hierbei also um Aspekte, wie die Fragestellung, die statistischen Analysen oder Ergebnisse, die sich nur auf diese Arbeit beziehen. Mit *vorliegende Studie* ist wiederum die übergeordnete Studie, in deren Rahmen diese Masterarbeit stattfand (vgl. 3.1.), gemeint. Manche Aspekte, wie Definitionen sind für beides gültig, andere nur für diese Masterarbeit.

2.1.5. Sexuelle Initiative.

Da zumindest zur partnerschaftlichen Sexualität immer zwei oder mehr Menschen gehören, gibt es eine weitere Variable, die bei der Erhebung von sexueller Aktivität unbedingt mitberücksichtigt werden sollte: sexuelle Initiative. Darunter ist allgemein die Handlung zu verstehen, die Personen nutzen, um sexuelles Interesse zu kommunizieren, in der Absicht, eine sexuelle Aktivität einzuleiten (Bayers & Heinlein, 1989). Das Ergreifen dieser Initiative hängt dabei unter anderem von Hinweisen der gegenwärtigen Situation, des bzw. der Partner*in sowie der aktuellen Befindlichkeit ab. Zusätzlich spielen aber auch allgemeinere persönliche Eigenschaften und der Charakter der Partnerschaft mit hinein (Bayers & Heinlein, 1989).

Hierbei ist vor allem ein Unterschied zwischen den Geschlechtern auffällig: Männer initiieren häufiger sexuelle Handlungen als Frauen und dies vor allem beim ersten Kontakt (Bayers & Heinlein, 1989; O'Sullivan & Byers, 1992; Simms & Byers, 2013; Vannier & O'Sullivan, 2011). Außerdem fühlen sich Frauen unwohler sexuelle Initiative zu zeigen (Bayers & Heinlein, 1989; Grauerholz & Serpe, 1985). Dass Männer Sex häufiger initiieren, könnte unter anderem daran liegen, dass sie Handlungen schneller als sexuell initiativ deuten (Vannier & O'Sullivan, 2011). Sie glauben also, lediglich auf die Initiative des bzw. der Sexualpartner*in zu reagieren. Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass traditionelle sexuelle Skripte und daraus abgeleitete normative Rollen diese Verhaltenstendenzen beider Geschlechter bewirken (Grauerholz & Serpe, 1985; Hickman & Muehlenhard, 1999). Allerdings ist an dieser Stelle auch anzumerken, dass sich die beschriebene ungleiche Verteilung bezüglich der sexuellen Initiative mit zunehmender Beziehungsdauer mehr und mehr angleicht (Grauerholz & Serpe, 1985; Vannier & O'Sullivan, 2011).

Warum die sexuelle Initiative bei Studien zur sexuellen Aktivität eine nicht zu vernachlässigende Variable ist, wird besonders durch ihr Pendant, der sogenannten sexual compliance, deutlich. Sexual compliance beschreibt das Zustimmen zu sexueller Aktivität trotz fehlenden Verlangens und tritt wahrscheinlich aufgrund des Wunsches nach Intimität, Rücksicht auf die Bedürfnisse des bzw. der Partner*in oder Vermeidung von Spannungen in der Beziehung auf (O'Sullivan & Allgeier, 1998). Dabei gibt es Hinweise darauf, dass dies besonders in festen Partnerschaften nicht selten der Fall ist (Vannier & O'Sullivan, 2010). So gaben vor allem Frauen in langfristigen Beziehungen an, auch bei negativer Stimmung sexuell aktiv zu sein, um dem Partner einen Gefallen zu tun (Burke, Katz-Wise, Spalding & Shrier, 2018). In einer anderen Untersuchung von Vannier und O'Sullivan (2010) gaben etwa die Hälfte der Proband*innen an, über drei Wochen hinweg mindestens einmal ohne eigenes Verlangen

sexuell aktiv gewesen zu sein. Insgesamt kamen sogar 17% aller berichteten sexuellen Akte durch sexual Compliance zustande.

2.1.6. Masturbation.

Mit den Begriffen Masturbation bzw. Selbstbefriedigung ist in der vorliegenden Studie und Arbeit die manuelle genitale Stimulation durch die eigene Person mit dem Ziel einen Orgasmus zu erreichen gemeint, wenngleich die Masturbation auch die manuelle genitale Stimulation durch eine andere Person bedeuten kann (vgl. Duden, 2020a).

Die Masturbation hat einen Sonderstatus unter den sexuellen Aktivitäten. Im Gegensatz zur partnerschaftlichen Sexualität fehlen hierbei die Fortpflanzungs- ebenso wie die Beziehungsdimension. Es geht also primär um Lustgewinn (vgl. Beier & Loewit, 2011). Eine weitere Besonderheit ist die unterschiedliche Akzeptanz der Selbstbefriedigung. Ob Selbstbefriedigung als „in Ordnung“, „gut“ oder „schlecht“ galt, veränderte sich über die Jahrhunderte, wobei sie zuletzt eher negativ konnotiert war (Laqueur, 2008). Erst die Kinsey-Reports, die die Normalität der Masturbation unterstrichen, waren der Anfang eines Umdenkens (Laqueur, 2008). Doch auch heute noch wird die Selbstbefriedigung nicht durch alle Gesellschaftsschichten hindurch als eigenständige und nicht minderwertige Form der Sexualität gesehen (Kluge & Sonnenmoser, 2002).

Waren die Geschlechterunterschiede zu Beginn der Sexualforschung dahingehend, dass Männer wesentlich häufiger angaben zu masturbieren, noch sehr eindeutig, glichen sich diese über die letzten Jahrzehnte mehr und mehr an (Dekker & Schmidt, 2002). Dennoch scheinen Männer immer noch deutlich häufiger Erfahrung mit Selbstbefriedigung zu haben als Frauen (Gerressu, Mercer, Graham, Wellings & Johnson, 2008; Petersen & Hyde, 2010; Weig & Witzke, 2004). Ebenso scheint die Selbstbefriedigungsfrequenz bei Männern eindeutig höher zu sein (Davidoff, 2006; Das, Parish & Laumann, 2009; Gerressu et al., 2008). Ob die Unterschiede nur am höheren Interesse der Männer an sexueller Aktivität liegen, oder auch daran, dass sie sich schlicht leichter tun, Masturbation anzugeben war manchen Autor*innen dabei nicht klar (Weig & Witzke, 2004).

Neben dem Geschlecht scheint die Selbstbefriedigungsfrequenz aber auch mit anderen soziodemographischen Daten zu korrelieren. In ihrer Studie mit 11.161 Brit*innen konnten Gerressu et al. (2008) zeigen, dass Personen zwischen 25 und 34 Jahren am häufigsten masturbieren. Männer masturbieren weniger, wenn sie in einer festen Partnerschaft oder verheiratet waren im Gegensatz zum Singledasein. Bei Frauen war dies nicht der Fall, sie masturbieren weniger, wenn sie verheiratet waren im Gegensatz zur festen Partnerschaft oder

dem Singledasein. Auch scheint der partnerschaftliche Verkehr unterschiedlich mit der Selbstbefriedigung zusammen zu hängen. Bei Frauen korrelierte die Masturbationshäufigkeit positiv mit der partnerschaftlichen Sexualität, bei Männern negativ.

2.1.7. Pornographiekonsum.

Der Pornographiekonsum kann selbstverständlich gelöst von der Masturbation, also ohne jede sexuelle Handlung genutzt werden, ebenso wie er bei partnerschaftlicher Sexualität vorkommen kann. In dieser Arbeit soll es jedoch um den Pornographiekonsum während der Masturbation gehen.

Die Definition von Pornographie hat sich spätestens durch die Entwicklung neuer Medien geändert. Etymologisch meinte das Wort ursprünglich Texte über Prostituierte (Zillmann, 2004). Heute und auch in der folgenden Studie ist vor allem filmisches Material, aber auch unbewegte Bilder oder sonstige Darstellungen gemeint, die explizit die weiblichen und männlichen Genitalien bei sexuellen Handlungen zeigen (vgl. Duden, 2020b).

Auf die Frage, warum Menschen Pornos schauen, gibt es bisher noch mehrere mögliche Antworten, die den Diskurs bestimmen. Ein Grund könnte sein, mit der Pornographie das unbefriedigende reale Sexualeben zu kompensieren, sei es in der Quantität oder Qualität. Letzteres könnte heißen, dass die Rezipient*innen durch die Pornographie unerfüllte sexuelle Fantasien ausleben können (Faulstich, 1994). Weniger defizitorientiert ist die Annahme, dass Pornographie schlicht für die sexuelle Stimulation genutzt werde und in diesem Sinne auch eine soziale Komponente haben könne (Faulstich, 1994). Vor allem häufiger Pornographiekonsum ist aber wohl auch als maladaptive Copingstrategie anzusehen. Dysphorische Stimmungszustände wie Angst, Anspannung und negative Emotionen allgemein, aber auch mangelnde Bindung scheinen Gründe für exzessiven Pornographiekonsum zu sein, da diese durch die Sexualität kurzfristig gelindert werden (Basdekis-Jozsa, Berner & Briken, 2009; Briken, Habermann, Berner & Hill, 2007; Briken, von Franqué & Berner, 2013; Strauß, 2001). Hierbei erhält negative Verstärkung den Konsum immer wieder aufrecht (Basdekis-Jozsa et al., 2009; Briken et al., 2007).

Die Unterschiede zwischen Geschlechtern bzgl. der Pornographienutzung scheinen mit denen bzgl. der Selbstbefriedigung im Einklang zu stehen. Auch hier sind es die Männer, die signifikant mehr Erfahrung mit Pornographiekonsum haben und deutlich häufiger Pornographie zu konsumieren scheinen (Hald, 2006; Træen, Spitznogle & Beverfjord, 2004). Außerdem nutzen Männer Pornographie vor allem zur Selbstbefriedigung, wohingegen Frauen meist mit ihren Sexualpartnern zusammen Pornos ansehen (Hald, 2006).

2.1.8. Geschlecht und Sexualität.

Ob es um die sexuelle Aktivität, die sexuelle Initiative, Masturbation oder Pornographiekonsum geht, Männer scheinen bisher insgesamt aktiver zu sein. Dies könnte, wie weiter oben bereits angeführt, an gesellschaftlichen Rollen liegen (Grauerholz & Serpe, 1985; Hickman & Muehlenhard, 1999). Und wie Weig und Witzke (2004) vermuteten z.B. auch daran, dass sich Männer leichter tun, sexuelle Aktivitäten anzugeben. Ebenso könnte der Grund aber auch in der sexuellen Motivation liegen. So ist Sexualität vor allem für Männer eine Copingstrategie bei Stress (Bodenmann, Atkins, Schar & Poffet, 2010; Hamilton & Julian, 2014). Insgesamt scheint die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen sexuell aktiv sind mit dem Vorhandensein einer negativen Stimmung zu sinken (Hiller, 2005; Bodenmann et al., 2010; Lykins, Janssen & Graham, 2010). Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass dieser Zusammenhang auch von Geschlechterunterschieden tangiert wird. Bei Frauen scheint der Zusammenhang, dass negative Stimmungen oder dysphorische Zustände wie Angst und Depression das sexuelle Interesse mindern relativ eindeutig. Bei Männern ist dieser Zusammenhang deutlich geringer (Hiller, 2005; Lykins et al., 2010). Diese Erkenntnisse könnten für den weiter unten postulierten Einfluss des Geschlechts auf den Zusammenhang von Körperbild und partnerschaftlicher sexueller Aktivität bzw. sexueller Initiative von Bedeutung sein.

2.2. Körperbild.

„Es ist der Geist, der sich den Körper baut.“

– Friedrich Schiller (1818)

Das Körperbild zu definieren ist heikel (Thompson, Heinberg, Altabe & Tantleff-Dunn, 1999). So sehen es zumindest einige Autor*innen und verweisen dabei auf die vielen verschiedenen Termini, die rund um diesen Begriff gebraucht werden (Clement & Löwe, 1996; Küchenhoff & Argawalla, 2012; Thompson et al., 1999).

Sichtet man die Literatur zum Thema Körperbild bzw. Body Image, finden sich in der Tat Artikel zu einer weiten Bandbreite an Schlagwörtern: Körperbild(störung), Körper(un)zufriedenheit, Körperschema(störung) sowie Dismorphophobie bzw. körperdismorphe Störung. Im Folgenden sollen diese Begriffe differenziert werden. Das Hauptaugenmerk liegt hierbei auf den Definitionen von Clement und Löwe (1996), da ihr Fragebogen in der vorliegenden Arbeit verwendet wurde und insgesamt ein etabliertes und häufig genutztes Messinstrument ist (Albani et al., 2006). Anschließend wird die Entstehung

des individuellen Körperbildes sowie die damit assoziierten wichtigsten Korrelate wie zum Beispiel das Geschlecht dargestellt. Da sich die vorliegende Untersuchung mit einer nicht-klinischen Stichprobe befasste, wird im Folgenden besonders auf die nicht-klinischen (im Sinne von nicht-pathologischen) Aspekte des Körperbildes (negatives/positives Körperbild bzw. Körper(un)zufriedenheit) eingegangen.

2.2.1. Definition und Abgrenzung zu verwandten Begriffen.

Um vom Groben ins Feine zu gehen: Das *Körperbild* umfasst alle psychischen Anteile der Körperrepräsentanz (Martin & Svaldi, 2015). Im Detail wiederum beschreiben Clement und Löwe (1996) das Körperbild als den Aspekt des Selbstkonzeptes, der sich aus der Gesamtheit der Einstellungen zum eigenen Körper (Wahrnehmungen, Kognitionen, Affekte und Wertungen) konstituiert. Die Begriffe Körperkonzept, Körpererleben und Körperbild (bzw. Body Image) verstehen die Autoren dabei als synonym und sehen letzteren als Oberbegriff für sämtliche Facetten des subjektiven Erlebens der eigenen Körperlichkeit (Clement & Löwe, 1996). Cash (1994) zählt neben der Bewertung (Zufriedenheit vs. Unzufriedenheit) und dem Affekt (aus der Bewertung folgende emotionale Reaktionen) zudem die Investition (Wichtigkeit des eigenen Körpers), also die Handlungsebene zu den Hauptfacetten des Körperbildes und letztlich ist die in der Literatur gängigste Beschreibung des Begriffs tatsächlich eine Mischung aus beiden Definitionen. So gilt das Körperbild zumeist als ein multimodales Konzept, bestehend aus einer perzeptiven (im Sinne der Wahrnehmung des eigenen Körpers), einer kognitiv-affektiven (körperbezogene Gedanken und Gefühle) sowie einer behavioralen (z.B. Vermeidungs- oder Kontrollverhalten) Komponente (Martin & Svaldi, 2015; Vocks, Legenbauer, Troje & Schulte, 2006). Der Wahrnehmungsaspekt bezieht sich dabei sowohl auf das äußere Erscheinungsbild wie auch auf innere Körpervorgänge und das Körpergefühl (Martin & Svaldi, 2015).

Körperunzufriedenheit stellt eine negative Bewertung des eigenen Körpers dar und entspricht damit primär einer Manifestation der kognitiv-affektiven Komponente (Cordes, Bauer, Waldorf & Vocks, 2015). Die Körperzufriedenheit ist also nicht das Gleiche wie das Körperbild. Da allerdings Untersuchungen, die sich mit der Beurteilung des eigenen äußeren Erscheinungsbildes, also mit der Zufriedenheit bzw. Ängsten bezogen auf dieses beschäftigen, in der Körperbildforschung am häufigsten sind, ist die Assoziation der beiden Begriffe besonders stark (Pruzinsky & Cash, 2002, zitiert nach Küchenhoff & Agarwalla, 2012).

Die Definition von *Körperbildstörung* bzw. *Körperschemastörung* setzt dem gegenüber meist auf der perzeptiven Ebene des Körperbildes an und meint somit eine Fehlwahrnehmung

des eigenen Körpers, in der Literatur teils bis hin zur Depersonalisierung gehend beschrieben (Payk, 2010). Grundsätzlich stellt der Begriff aber eine Störung dar, die auf jeder einzelnen und auch auf mehreren Dimensionen des Körperbildes (Wahrnehmung, Kognition/Affekte, Verhalten) auftreten kann (Martin & Svaldi, 2015).

Im Gegensatz zu den bisher aufgeführten Begriffen kann eine *körperdismorphe Störung* (vgl. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5) bzw. eine *Körperdismorphophobe Störung* (vgl. Internationale Klassifikation der Krankheiten – ICD-10) auch klinisch, im Sinne einer Aufführung in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-5 diagnostiziert werden (American Psychiatric Association [APA], 2018; Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2010). Dabei geht es um eine übermäßige Beschäftigung mit einem eingebildeten oder geringfügigen Mangel in der äußeren Erscheinung (APA, 2018; Martin & Svaldi, 2015). Eine *Dismorphophobie* (vgl. ICD-10) beschreibt darüber hinaus die Angst vor einer Missbildung am eigenen Körper (DIMDI, 2010).

2.2.2. Entstehung und Aufrechterhaltung des Körperbildes.

Bisher lieferten Thompson und Kolleg*innen (1999) das einflussreichste Modell zur Entstehung von Körperunzufriedenheit. Ihr *Tripartite Influence Modell* geht davon aus, dass Peers, Eltern und Medien die drei wichtigsten sozio-kulturellen Einflussgrößen bzgl. der Körperzufriedenheit darstellen. Je nach globaler psychischer Gesundheit bewirken diese, dass es zu sozialen Vergleichen und/oder der Internalisierung des vorgegebenen Körperideals kommt. Personen mit geringerem Selbstwert oder solche mit höherer Depressivität werden dabei von den Peers, Eltern und Medien also leichter beeinflusst. Kommt es nun zu sozialen Vergleichen und der Internalisierung des Körperideals kann daraus eine Körperunzufriedenheit entstehen, die im Weiteren zu selbstaufgelegten Einschränkungen und/oder Essstörungen führen kann (Thompson et al., 1999).

Seit dem Tripartite Influence Modell entwickelte sich jedoch eine Vielzahl an weiteren Modellen. Diese adaptierten das vorhandene Modell meist, manche fokussierten sich auch auf einzelne Aspekte wie z.B. das Geschlecht. Peers, Familie sowie Medien blieben aber die am häufigsten postulierten Einflussgrößen (Cordes et al., 2015). Aber auch soziale Erwartungen könnten das eigene Körperbild aufgrund von vorhandenen kulturellen Werten und dementsprechender Medienpräsenz beeinflussen (Grogan, 2016).

Bei den Folgen dieser Einflüsse geht die Mehrheit der neueren Modelle von einer Internalisierung des Körperbildes aus und nur wenige betonen noch die sozialen Vergleiche (Cordes et al., 2015). Bezüglich der psychischen Faktoren zur Entstehung eines negativen

Körperbildes scheint vor allem ein geringer Selbstwert als allgemein angenommen, aber auch Perfektionismus wird diskutiert (Cordes et al., 2015). Modelle, die sich eher auf die Entstehung von Körperbildstörungen beziehen, sehen Körperbildeinstellungen wie Streben nach Dünnheit oder Muskulosität als zusätzliche beeinflussende Variablen (Cordes et al., 2015). Außerdem werden seit längerem kognitive Verzerrungen wie Aufmerksamkeitsverzerrung, also z.B. eine selektive (defizitorientierte) Aufmerksamkeitslenkung auf körper- und figurbezogene Stimuli als mögliche Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung eines negativen Körperbildes im Sinne von Figur- und Gewichtssorgen in Erwägung gezogen (Cash, 2011; Cordes et al., 2015).

Zu den postulierten Auswirkungen eines negativen Körperbildes/ Körperunzufriedenheit zählen durchwegs kompensatorische Verhaltensweisen wie Diäten. Einige Modelle nehmen zusätzlich an, dass es zu negativen Emotionen kommt (Cordes et al., 2015).

Wie bzw. ob sich das Körperbild oder die Körperunzufriedenheit mit zunehmendem Alter, also über die Lebenszeit verändern, ist bisher laut Mellor, Fuller-Tyszkiewicz, McCabe und Ricciardelli (2010) noch sehr wenig erforscht. Die Autor*innen konnten in ihrer eigenen Untersuchung jedoch zeigen, dass die Unzufriedenheit mit dem eigenen Aussehen mit dem Alter abnimmt, die Wichtigkeit des Körperbildes aber sogar zunimmt (Mellor et al., 2010). Dies könnte damit zu erklären sein, dass sich das Körperbild über die Lebensspanne in seiner Art verändert: geht es bei jüngeren Menschen vor allem um das Aussehen, so sind bei älteren Menschen vor allem die Körperfunktionen wichtig (Tiggemann, 2004 zitiert nach Mellor et al., 2010). Insgesamt gilt das Thema Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper vor allem als Problematik der Jugend, wo die negative Bewertung des eigenen Körpers am höchsten zu sein scheint (Littleton & Ollendick, 2003). Dies überrascht wenig, ist doch die Jugend die Zeit, in der sich der Körper in vielerlei Hinsicht offensichtlich verändert und es daher eine entscheidende Entwicklungsaufgabe dieser Zeit ist, den Körper bewohnen zu lernen (Briken & Berner, 2013).

2.2.3. Körperbild und Geschlecht.

Betrachtet man die wissenschaftlichen Veröffentlichungen zum Thema Körperbild, scheint es auf den ersten Blick als wären nur Frauen von Körperunzufriedenheit betroffen. Tatsächlich rückte das Körperbild des Mannes auch erst in der ersten Dekade des neuen Jahrtausends in das Interesse der Körperbildforschung (Grogan, 2016). Heute hingegen sind die Körperbilder von Frauen und Männern ebenso wie deren Unterschiede Thema der Forschung.

Die große Gemeinsamkeit: Frauen und Männern geht es um Gewichtsveränderung – jedoch auf unterschiedliche Weise. Leiden Frauen unter einem negativen Körperbild geht es meist um den Körperfettanteil, sodass sie nach einer schlanken, dünnen Figur streben (Littleton & Ollendick, 2003; Ricciardelli & McCabe, 2001). Männer hingegen wünschen sich meist einen breiteren, muskulöseren Körper, der Körperfettanteil scheint sekundär (McCreavy, 2011; Waldorf, Cordes, Vocks & McCreary et al. 2014; Grogan, 2016). Hierbei ist dieses Körperideal mit Maskulinität, Stärke und männlichem Rollenverhalten assoziiert (Ricciardelli & McCabe, 2001). Auch bei den einzelnen Körperregionen gibt es Unterschiede. So sind Frauen vor allem mit ihrem Bauch, der Hüfte und den Oberschenkeln unzufrieden, Männer eher mit dem Oberkörper, den Oberarmmuskeln, Schultern und der Brust (Grogan, 2016).

Ebenso zeigen sich grundsätzliche Unterschiede, das Ausmaß der Körperunzufriedenheit betreffend. Frauen gelten als unzufriedener mit ihrem Körper und investieren mehr in ihren Körper als Männer (Burke, Schaefer & Thompson, 2012; Faith & Share, 1993; La Rocque & Cioe, 2011; Ricciardelli & McCabe, 2001). Dieser Zusammenhang zwischen Geschlecht und Körperbild scheint schon relativ früh im Leben einzusetzen, sodass es heute und bereits seit längerem als stabiler Befund gilt, dass unter Jugendlichen Mädchen ein negativeres Körperbild haben als Jungen (Murray, Byrne & Rieger, 2011; Quenzel, 2015).

2.2.4. Weitere Korrelate des Körperbildes.

Die bisher in der Körperbildforschung gefundenen Korrelate des Körperbildes bzw. der Körper(un)zufriedenheit, lassen sich in behaviorale, psychische sowie physische Korrelate einteilen.

Die behaviorale Ebene betreffend zählen Essstörungen zu den unumstrittensten mit einem negativen Körperbild assoziierten Handlungen (Stice, 2002). Auch die Menge der Literatur zu den Themen Körperbild und Essstörung spiegelt dies wider.

Vor allem geht ein negatives Körperbild aber mit einigen dysphorischen Zuständen bzw. Stimmungen einher, welche der psychischen Ebene zuzuordnen sind. So scheint das Körperbild positiv mit dem Selbstbewusstsein korreliert zu sein (Murray et al., 2011). Mellor et al. (2010) konnten zeigen, dass die Selbstachtung moderat negativ mit der Körperunzufriedenheit zusammenhängt. Zudem korreliert das Körperbild negativ mit einem geringen Selbstwertgefühl (Powell & Hendricks, 1999). Darüber hinaus scheint das Körperbild negativ mit Depression (Noles, Cash & Winstead, 1985), sozialen Ängsten (Cash & Flemming, 2002a) und verminderter Lebensqualität in Verbindung zu stehen (Cash & Flemming, 2002b). All dies

verwundert wenig, wird ein negatives Körperbild doch als ein Stressor angesehen (Murray et al., 2011; Schmidt, Petermann, Brahler, Stobel-Richter & Koglin, 2012).

Auch auf der rein physischen Ebene gibt es Zusammenhänge. Mellor und Kolleg*innen (2010) fanden in ihrer Studie mit australischen Proband*innen im Alter von 20 bis 86 Jahren einen geringen bis mittleren Zusammenhang vom Body Mass Index (BMI) und der Körperunzufriedenheit. Hierbei waren vor allem Menschen mit hohem BMI unzufrieden mit ihrem Körper.

2.3. Körperbild und Sexualität.

„Sex ist sehr unkompliziert, wenn man von keinem Komplex, sondern von einem Bedürfnis geleitet wird.“

– George Simenon³

Zumindest der ausgelebte Anteil der Sexualität schließt meist den Körper mit ein. So liegt es nahe, dass das Bild des eigenen Körpers bzw. dessen Bewertung ebendiese ausgelebte Sexualität beeinflussen kann. Wiederman (2012) nennt hierbei drei konkrete Möglichkeiten, wie sich dieser Einfluss zeigen kann. Zum einen könnten Personen mit einem negativen Körperbild Situationen, in denen der Fokus auf dem eigenen Körper liegt, bewusst meiden. Sexualität könnte solch eine Situation darstellen. Des Weiteren könnten sexuelle Aktivitäten mit negativen Gefühlen wie Scham oder Unsicherheit assoziiert sein. Und letztlich könnte das Körperbild die Sexualität auch dahingehend beeinflussen, dass betroffene Personen Kognitionen oder Gedanken bzgl. des eigenen Körpers haben, die während der sexuellen Aktivität den Genuss der selbigen stören.

Mit diesem postulierten Einfluss im Einklang stehend, haben Studien tatsächlich einen positiven Zusammenhang zwischen dem eigenen Körperbild und verschiedenen Bereichen der Sexualität zeigen können. Weaver und Byers kamen 2006 zu dem Ergebnis, dass Frauen mit einem positiveren Körperbild auch von einer besseren sexuellen Funktionsfähigkeit berichteten. Andere Studienergebnisse wiederum legen nahe, dass die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper einen Einfluss auf sexuelle die Erregung, Orgasmen und die sexuelle Zufriedenheit bei Frauen haben kann (Satinsky, Reece, Dennis, Sanders & Bardzell, 2012). Einen umfangreichen Überblick lieferten Woertman und van den Brink (2012) mit ihrem Review von 57 Studien mit weiblichen Samples. Die Autor*innen konnten dabei einen

³ Zitiert nach Duden (1993) S. 732

Zusammenhang zwischen dem eigenen Körperbild und verschiedenen Facetten des Sexuallebens wie z.B. eine positive Korrelation mit der sexuellen Aktivität bestätigen.

2.3.1. Körperbild und sexuelle Aktivität.

Für den Zusammenhang zwischen dem eigenen Körperbild und der sexuellen Aktivität gibt es jedoch noch weitere Hinweise. Faith und Share (1993) beschrieben eine negative Korrelation zwischen dem Körperbild und der sexuellen Aktivität bei beiden Geschlechtern. Um dies zu untersuchen hatten sie von 148 Student*innen das Körperbild sowie die sexuelle Erfahrung erhoben. Dabei fokussierten sie sich beim Körperbild auf sogenanntes Spectatoring, also das Überwachen des eigenen Körpers und/oder sexueller Funktionen (Faith & Share, 1993). Die sexuelle Aktivität erhoben sie anhand eines Fragebogens, also retrospektiver Selbstberichte. Sie gingen dabei von einem Kreislauf aus, bei dem sexuell vermeidendes Verhalten die negative Bewertung des eigenen Körpers aufrechterhält, was wiederum dazu führt, dass betroffene Personen gesunde sexuelle Beziehungen meiden (Faith & Share, 1993). Auch La Rocque und Cioe (2011) konnten einen positiven Zusammenhang zwischen einem negativen Körperbild und sexualitätsvermeidendem Verhalten zeigen, welches sie ebenfalls per Fragebogen bei 411 jungen Männern und Frauen erfassten. Ebenso, jedoch anhand einer rein weiblichen Stichprobe ($n = 3627$), fanden Ackard, Kearney-Cooke und Peterson (2000) Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen einem positiven Körperbild und der sexuellen Aktivität, aber auch damit, Sex bei Licht zu haben oder keine Probleme zu haben, sich vor dem bzw. der Partner*in nackt zu zeigen und sexuell initiativ zu sein. Zwar nicht das Körperbild, aber die Bewertung der eigenen Attraktivität untersuchten Amos und McCabe (2015) und kamen anhand von knapp 3000 Proband*innen zu dem Ergebnis, dass Menschen, die sich selbst als sexuell attraktiv bewerten mehr sexuelle Befriedigung erfahren, sexuell aktiver sind und auch mehr Sexualpartner*innen haben.

Auffällig ist bei der Literatursichtung, dass sich die aktuellen Forschungen bisher vor allem auf Frauen und/oder Extremgruppen, wie Menschen, die unter einer Essstörung leiden oder Menschen, die an Krebs erkrankt sind, beziehen. Die vorliegende Arbeit untersucht den Zusammenhang zwischen Körperbild und sexueller Aktivität daher bewusst an einem nicht-klinischen Sample von Männern und Frauen.

2.3.2. Körperbild und sexuelle Initiative.

Bisher gibt es zum Zusammenhang von Körperbild und der sexuellen Initiative noch sehr wenig Forschung. Lediglich Ackard und Kolleg*innen (2000) untersuchten das Körperbild und das

sexuelle Verhalten von etwas mehr als 3600 Frauen. Dabei erhoben sie auch die sexuelle Initiative. Die Autor*innen konnten bei den sich größtenteils (94,7%) als heterosexuell identifizierenden Frauen tatsächlich einen Einfluss vom Körperbild auf die sexuelle Initiative finden. Eine neuere Studie von Auslander, Baker und Short (2012), die den körperbezogenen Selbstwert und das Sexualverhalten von Frauen untersuchten, konnte diesen Zusammenhang jedoch nicht replizieren. Allerdings stand ihnen auch ein weitaus kleineres Sample ($n = 127$) an Frauen zur Verfügung.

Sollte es aber tatsächlich, wie Wiederman (2012) postuliert, so sein, dass Menschen mit einem negativen Körperbild sexuelle Aktivität – als eine Situation in der der Fokus auf dem Körper liegt – vermeiden, für diese Personen Sexualität mit negativen Gefühlen assoziiert sein oder sollten Gedanken um das eigene Körperbild während der sexuellen Aktivität aufkommen und diese stören, dann ist es auch wahrscheinlich, dass ebendiese Menschen mit schlechtem Körperbild Sex deutlich seltener initiieren.

Da die Forschungslage dahingehend bisher aber weder als umfangreich noch als eindeutig angesehen werden kann, soll der Frage nach einem Zusammenhang vom Körperbild und der sexuellen Initiative in dieser Arbeit nachgegangen werden.

2.3.3. Körperbild und Masturbation.

Die meisten der oben genannten Studien haben lediglich die partnerschaftliche Sexualität untersucht oder zumindest nicht zwischen dieser und nicht-partnerschaftlicher Sexualität unterschieden. Um die sexuelle Aktivität jedoch möglichst vollständig zu erfassen, ist es Ziel dieser Arbeit, auch die nicht-partnerschaftliche sexuelle Aktivität, also das Masturbationsverhalten zu erforschen.

Dieses Gebiet (Körperbild und Masturbation) ist bisher noch recht unberührt, sodass es derzeit nur eine Studie gibt, die sich mit dem Thema auseinandergesetzt hat. Shulman und Horne (2003) befragten 96 Frauen zu ihrem Körperbild sowie zu ihrem Masturbationsverhalten. Bei der gesamten Stichprobe ließ sich kein Zusammenhang der beiden Variablen erkennen. Erst als die Autor*innen die Stichprobe in euro- und afro-amerikanische Frauen unterteilten, zeigte sich bei den euro-amerikanischen Frauen ein Zusammenhang zwischen einem der beiden körperbildbezogenen Fragebögen und der Masturbationshäufigkeit. Bei Männern wurde die Fragestellung bislang noch nicht untersucht.

Dabei könnten ebensolche und weitere Untersuchungen wichtige Ergebnisse liefern: ist der bisher gefundene Zusammenhang zwischen Körperbild und sexueller Aktivität nur im sozialen Kontext, also jener sexuellen Handlung, die in Anwesenheit einer anderen Person

durchgeführt wird, vorhanden? Ist die von Wiederman (2012) postulierte negative Besetzung sexueller Situationen und Erlebnisse auch auf Masturbation anwendbar? Stören auch während der Masturbation negative Kognitionen und Gedanken bzgl. des Körperbildes den Genuss (vgl. Wiederman, 2012)? Und zählt die Masturbation zu den Situationen, die aufgrund ihres Fokus auf den eigenen Körper von Personen mit negativem Körperbild gemieden werden (vgl. Wiederman, 2012)? Sollte es einen Unterschied zwischen den Zusammenhängen von partnerschaftlicher Sexualität und Körperbild einerseits und Masturbation und Körperbild andererseits geben, könnte dies ein Hinweis auf den Einfluss der sozialen Komponente beim Zusammenhang zwischen Körperbild und sexueller Aktivität sein.

2.3.4. Körperbild und Pornographiekonsum.

Ebenso wenig wie der Zusammenhang mit der Selbstbefriedigung wurde bisher der Zusammenhang des eigenen Körperbild mit dem Pornographiekonsum untersucht (Peter & Valkenburg, 2014). Sollte Masturbation wie andere sexuelle Handlungen tatsächlich eine Situation sein, bei der der Fokus auf dem eigenen Körper liegt, und die daher von Menschen mit negativem Körperbild gemieden wird, könnte es sein, dass ebendiese Personen Masturbation mit Pornographiekonsum bevorzugen. Hierbei könnte der essenzielle Unterschied sein, dass ein anderer Körper als der eigene im Fokus steht und dennoch – anders als bei partnerschaftlicher Sexualität – die soziale Komponente fehlt. Dadurch könnten Gefühle wie Scham und Unsicherheit wegfallen.

Lediglich Albright (2008) setzte sich bisher damit auseinander und gibt an, Hinweise für einen Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung des eigenen Körpers und dem Pornographiekonsum gefunden zu haben. Die Autorin vermutet allerdings eine umgekehrte Einflussnahme: Pornographiekonsum habe einen Einfluss auf das Körperbild bei Frauen. In ihrer Untersuchung mit ca. 11.500 Männern und 4.000 Frauen konnte sie jedoch nur zeigen, dass Frauen, nachdem sie Pornos gesehen hatten, angaben, ihr Partner würde ihren Körper kritischer beurteilen. Sollte dies der Fall sein, könnte so ein Teufelskreis entstehen. Auch gemäß der Annahme, soziale Vergleiche würden als ein wichtiger Faktor bei der Entstehung des Körperbildes fungieren (vgl. Thompson et al., 1999), würde diese Richtung der Beeinflussung Sinn ergeben. Diese Annahme ist auch in weiterer Literatur, die sich mit dem Einfluss von Pornographie auf das Körperbild beschäftigt, zu finden (vgl. Peter & Valkenburg, 2014).

Nun könnte es natürlich sein, dass bei ebendiesem Einfluss der sozialen Vergleiche auf die Körperbildentstehung, die soziale Komponente essenziell ist. Es könnte hierbei also lediglich um Vergleiche mit Personen aus dem sozialen Umfeld gehen, nicht um jene mit

unbekannten Pornodarsteller*innen. Jedoch stellt sich die Frage, wie sehr man sich mit bekannten Menschen vergleichen kann, wenn deren Körpersilhouette z.B. durch weite Kleidung kaschiert wird. Beim Konsum von Pornographie hingegen werden einem vollständig nackte Körper von oben bis unten detailliert dargeboten – eine „gute“ Möglichkeit sich maladaptiv mit Personen, die keinesfalls die gesellschaftlich durchschnittlichen Körpermaße widerspiegeln, sondern auffallend sportliche Körper haben, zu vergleichen (McKee, Albury & Lumby, 2008).

Bisher konnten vor allem Untersuchungen zur medialen Darstellung von unrealistisch dünnen Körpern zeigen, dass diese die Körperunzufriedenheit bei Frauen erhöht (Grabe, Ward, & Hyde, 2008; Harrison, 2009). Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse wirkt es plausibel, dass Pornographiekonsum das Körperbild beeinflussen könnte (Peter & Valkenburg, 2014). Auch Peter und Valkenburg (2014) konnten in ihrer Studie mit 1879 Dän*innen zeigen, dass zumindest unter den Männern eine hohe Frequenz von Pornographienutzung ein Prädiktor für ein negatives Gesamtkörperbild war. Bei den Frauen der Stichprobe war dieser Effekt jedoch nicht zu sehen. Beide Ergebnisse waren unabhängig von Alter und sexueller Orientierung. Die insgesamt geringe Forschungsliteratur zu diesem Thema macht weitere Untersuchungen nötig.

2.4. Sexuelle Kommunikation.

*„Darin besteht die Liebe: Dass sich zwei Einsame beschützen
und berühren und miteinander reden.“*
– Rainer Maria Rilke⁴

Ein anderes Forschungsfeld aus dem Bereich der Sexualpsychologie befasst sich mit der *partnerschaftlichen Kommunikation bezüglich sexueller Themen* oder auch *sexuellen Kommunikation*. Bei dieser Kommunikation geht es darum, Aspekte des sexuellen Erlebens wie Safer Sex, sexuelle Lust oder Initiation der sexuellen Aktivität mit dem bzw. der Partner*in besprechen zu können (Babin, 2013). In der Praxis scheinen aber vor allem sexuelle Wünsche und weniger sexuelle Abneigungen kommuniziert zu werden (Büsing, Hoppe & Liedtke, 2001; Byers & Demmons, 1999; MacNeil & Byers, 2005). Bisher kommunizieren Männer ihre sexuellen Wünsche dabei mehr als Frauen (Byers & Heinlein, 1989; Haavio-Mannila & Kontula, 1997; MacNeil & Byers, 2005; von Sydow, 2000). Wobei sich auch diese Differenz

⁴ Zitiert nach Thiele (2001) S.190

mehr und mehr anzugleichen scheint (Bucher, 2002). Insgesamt fällt es Menschen aber nicht sehr leicht, über ihre Sexualität zu sprechen (Miller-Ott & Linder, 2013). Vielleicht liegt es daran, dass in den meisten Ehen und Partnerschaften nicht offen über die gemeinsame Sexualität gesprochen wird (von Sydow, 2000).

Wenn in einer Partnerschaft jedoch ausreichend über die Sexualität kommuniziert wird, scheint dies im Zusammenhang mit der Beziehungszufriedenheit und -qualität zu stehen und so gilt sexuelle Kommunikation als wichtiger Bestandteil von Partnerschaften (Brogan, Fiore & Wrench, 2009; Carroll, 2010; Cupbach & Comstock, 1990).

2.4.1. Sexuelle Kommunikation und Sexualität.

Dass die sexuelle Kommunikation in Wechselwirkung mit der Sexualität stehen könnte liegt nahe. Byers (2011) untersuchte beispielsweise die Beziehung zwischen einer offenen Kommunikation bezüglich sexueller Wünsche oder Abneigungen und der sexuellen Zufriedenheit und fand einen positiven Zusammenhang für beide Geschlechter. Frederick, Lever, Gillespie und Garcia (2017) beobachteten ebenfalls eine positive Korrelation zwischen sexueller Kommunikation und sexueller Zufriedenheit. Die sexuelle Zufriedenheit stand wiederum mit der Häufigkeit sexueller Aktivitäten im Zusammenhang. Vor allem für die sexuelle Zufriedenheit von Frauen zeigt sich in der Literatur die einheitliche Meinung eines positiven Zusammenhangs zur sexuellen Kommunikation (Schönbucher, 2007).

Vermutete Gründe für den Zusammenhang zur Sexualität sind zum einen, dass bei mangelnder sexueller Kommunikation nicht auf die Wünsche bzw. Abneigungen des bzw. der Partner*in eingegangen werden kann (schlicht, weil sie nicht bekannt sind). Andererseits aber auch, dass sich die sexuelle Selbstoffenbarung positiv auf die Intimität in der Partnerschaft auswirkt, die wiederum mit sexuellen Aspekten assoziiert ist (Schönbucher, 2007).

Aber auch auf sexualfunktionaler Ebene scheint sexuelle Kommunikation Wirkung zu zeigen. Mallory, Stanton und Handy (2019) zeigten in ihrer Metaanalyse, dass sexuelle Kommunikation positiv mit sexuellem Verlangen, sexueller Erregung, Lubrikation, Orgasmushäufigkeit, erektiler Funktion und weniger Schmerz beim Sex korreliert. Dabei war der Zusammenhang mit Verlangen und Orgasmushäufigkeit bei Frauen signifikant höher als bei Männern. Die Autor*innen betonen dabei aber auch, dass die Wirkrichtung des Zusammenhangs noch völlig ungeklärt sei.

2.4.2. Sexuelle Kommunikation als Moderator.

Kommunikation könnte jedoch auch in einem anderen Zusammenhang ein wichtiger Faktor sein: die zu Beginn genannte Beziehung zwischen sexuellen Aspekten und dem Körperbild könnte darin begründet sein, dass ein negatives Körperbild einen Stressor darstellt (Murray et al., 2011; Schmidt et al., 2012). Stress wiederum scheint negativ mit diversen Facetten der gesunden Sexualität zu korrelieren (Bodenmann et al., 2010). Berücksichtigt man nun, dass partnerschaftliche Kommunikation eine zielführende Copingstrategie bei Stress ist (Milek & Bodenmann, 2018), lässt sich folgern, dass auch sexuelle Kommunikation einen mit Sexualität assoziierten Stressor (der eigene Körper) mindern und sich so auf die Beziehung zwischen Sexualität und Körperbild auswirken könnte.

Bisher scheint es zur sexuellen Kommunikation und dem Körperbild leider noch keine Studien zu geben. Dennoch läge in Anbetracht der Zusammenhänge zwischen Sexualität und Körperbild einerseits sowie sexueller Kommunikation und Sexualität andererseits ein gegenseitiges Tangieren der Variablen Körperbild und sexuelle Kommunikation nahe – ob direkt oder indirekt. Sollte es so sein, dass das Körperbild einer Person Bereiche ihrer Sexualität beeinflusst, so wäre die Kommunikation über das eigene Körperbild und die daraus resultierenden Probleme sicherlich dem selbstoffenbarenden Aspekt der sexuellen Kommunikation zuzuordnen. Diese Selbstoffenbarung könnte wie oben bereits erklärt über die partnerschaftliche Intimität positiv auf die partnerschaftliche Sexualität wirken.

Dass diese Annahmen noch einen stark hypothetischen Charakter haben, ebenso wie die Tatsache, dass sie kaum mit bisheriger Forschung untermauert werden können, ist hierbei allerdings keinesfalls als Defizit zu verstehen. Stattdessen zeigt es doch nur, wie nötig Forschungen in diesem Bereich sind. Vor allem im Hinblick auf die praktische Implikation: Der BMI, das Geschlecht oder andere Korrelate des Körperbildes lassen sich nicht oder nur schwer beeinflussen. Hätte die Kommunikation aber tatsächlich einen signifikanten Einfluss auf den Zusammenhang von Körperbild und Sexualität, wäre es durchaus machbar, durch paartherapeutische Interventionen die partnerschaftliche und/oder sexuelle Kommunikation zu fördern. Hierdurch könnte der Zusammenhang (Körperbild und Sexualität) gemildert und die sexuelle Lebensqualität von Menschen mit negativem Körperbild verbessert werden.

2.5. Limitationen bisheriger Forschung.

Was bei bisheriger Forschung zumeist zu bemängeln ist, ist die unterschiedliche Operationalisierung der einzelnen Variablen und die daraus resultierende schwierige Vergleichbarkeit. Körperbild und Sexualität (zumindest in ihrer Gesamtheit) sind von der

Wissenschaft kreierte Konzepte und in diesem Sinne nicht oder nur teilweise manifest (Wiederman, 2012). So wundert es nicht, dass in den oben genannten Studien eine Vielzahl von verschiedenen Messinstrumenten eingesetzt wurde. Im Bereich der Körperbildforschung ist dies jedoch ein, wie weiter oben bereits ausgeführt, schon länger bestehendes und allgemeines Problem der definatorischen Uneinheitlichkeit. So erhoben die angeführten Studien das Körperbild letztlich anhand der Bewertung des eigenen Körpers, der Einschätzung der eigenen Attraktivität, Spectatoring (siehe 2.3), Investitionen in den eigenen Körper sowie Angst, den eigenen Körper zu zeigen, bzw. den Wunsch, ihn verstecken zu wollen. Zwei weitere Studien, gaben die genaue Operationalisierung des Körperbildes nicht an. Vor dieser methodischen Diversität fallen Vergleiche und Meta-analytische Schlüsse schwer.

Doch auch die Operationalisierung des Sexualverhaltens ist zu kritisieren. So wird Sexualität in sämtlichen oben angeführten vorangegangenen Studien per retrospektiver Fragebögen erhoben, wie beispielsweise bei Faith und Share (1993). Dies birgt dahingehend Mängel, dass es zu Erinnerungsverzerrungen kommen könnte.

Auch nur eine der oben genannten Studien unterschied zwischen sexueller Aktivität und sexueller Initiative. Doch vor allem in Anbetracht der nicht selten berichteten sexual Compliance könnte diese Unterscheidung wie oben bereits näher erläutert sehr wichtig sein. Leider gehen die Autor*innen der einzigen Studie zu diesem Thema sehr wenig auf die Methodik ein, sodass es schwer fällt, Aussagen über die Güte der Untersuchung zu treffen.

Ein weiterer meist nicht getroffener Unterschied ist jener zwischen partnerschaftlichen und allein durchgeführten sexuellen Handlungen. Des Weiteren ist es allgemein zu bemängeln wie wenig Forschung zu Masturbation bzw. Pornographiekonsum und Körperbild bisher betrieben wurde. Der Mangel an Studien gilt ebenso für den Zusammenhang von (sexueller) Kommunikation und Körperbild.

Jedoch müssen die Studien nicht nur bezüglich ihrer Methoden im Sinne der eingesetzten Instrumente, sondern auch im Sinne der Stichprobenszusammensetzung beurteilt werden. Dabei ist es auffällig, dass nur wenige Studien Männer bzw. Personen beider Geschlechter untersuchten. Genau dies könnte jedoch sehr wichtig sein, sind doch sowohl für das Körperbild wie auch für diverse Bereiche der Sexualität wesentliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern bekannt (vgl. 2.1.8. und 2.2.3).

Ebenso sind nicht-klinische Stichproben eher selten. Ein Großteil der während der Recherche gefundenen Literatur wurde bewusst nicht angeführt, da sie Samples mit besonderen psychischen Merkmalen wie Essstörungen oder körperlichen Merkmalen wie Operationen aufgrund eines Mamakarzinoms untersuchten. Mit anderen Worten: dem Autor ist keine Studie

bekannt, die den Zusammenhang von Körperbild und sexueller Aktivität an einer nicht-klinischen Stichprobe beider Geschlechter erforscht hat, wobei die Sexualität längsschnittlich erhoben wurde.

2.6. Ziele der vorliegenden Studie.

Den angeführten Limitationen bisheriger Studien logisch folgend, ist es Ziel der vorliegenden Studie, durch das Design eines Ecological Momentary Assessment (ambulantes Assessment) eine Untersuchung mit längsschnittlich erhobener Sexualität zu bieten. Durch dieses Design können Daten zu biologischen wie psychologischen Variablen in Echtzeit sowie unter realen alltäglichen Bedingungen erhoben werden. Dies bietet unter anderem den Vorteil, dass Erinnerungsverzerrungen verringert werden können.

Des Weiteren ist es eine Besonderheit, dass eine Vielzahl von sexuellen Aspekten (partnerschaftliche Sexualität, sexuelle Initiative, Masturbation und Pornographiekonsum) erfasst wird und die sexuelle Aktivität der Proband*innen dadurch sehr umfangreich wiedergegeben werden kann. Dies wiederum ermöglicht eine Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Aspekten der Sexualität, was zu wichtigen Schlüssen führen könnte.

Ferner soll ein bewusst nicht-klinisches Sample beider Geschlechter im Sinne einer besseren Verallgemeinerbarkeit Gegenstand der Analysen sein. Ebenso sind dadurch die Untersuchung und Interpretationen von möglichen Geschlechterunterschieden denkbar.

Zu guter Letzt soll das Forschungsfeld rund um die Themen Körperbild, Sexualität und Geschlecht noch um den Aspekt der Kommunikation erweitert werden. Dabei besteht die Hoffnung, im besten Fall den Einfluss der Kommunikation nachzuweisen und damit Hinweise für eine leicht umzusetzende praktische Implikation zu finden (vgl. 2.4.2).

Durch all diese Aspekte versucht die vorliegende Arbeit ihr Ziel zu erfüllen, einen wichtigen wissenschaftlichen Beitrag zur Körperbildforschung bzw. Sexualitätsforschung zu leisten, indem die bestehenden Forschungen sinnvoll ergänzt werden.

2.7. Fragestellungen und Hypothesen.

Auf Grundlage der eigenen Überlegungen sowie der oben angeführten Forschungsergebnisse sollen in der vorliegenden Arbeit zum einen die bisherigen Befunde, also der Zusammenhang zwischen dem Körperbild (KB) und der Anzahl sexueller Aktivitäten, an einer bzgl. dem Geschlecht gemischten Stichprobe repliziert werden und zum anderen untersucht werden, ob dieser Zusammenhang durch die Qualität der partnerschaftlichen sexuellen Kommunikation (SK) wie auch der Geschlecht (G) moderiert wird. Die sexuelle Aktivität wird dabei in

partnerschaftliche Sexualität (PSA), sexuelle Initiative (SI), Masturbation ohne (MOP) und mit Pornographiekonsum (PK) unterteilt, sodass die verschiedenen Aspekte einzeln beleuchtet werden können. Hieraus ergeben sich die untergeordneten Forschungsfragen F1 – F3. Ebenso werden die zwei erfassten Körperbildskalen ablehnende Körperbewertung (AKB) und vitale Körperdynamik (VKD) in den entsprechenden Unterhypothesen getrennt beobachtet.

Die übergeordnete Forschungsfrage lautet:

Gibt es in einer bestehenden heterosexuellen Partnerschaft einen Zusammenhang zwischen dem eigenen Körperbild und der sexuellen Aktivität und wird dieser Zusammenhang durch die Qualität der partnerschaftlichen Kommunikation bzgl. sexueller Themen sowie das Geschlecht moderiert?

F1: Gibt es in einer bestehenden heterosexuellen Partnerschaft einen Zusammenhang zwischen dem eigenen Körperbild und der Häufigkeit partnerschaftlich ausgelebter Sexualität und wird dieser Zusammenhang durch die Qualität der partnerschaftlichen Kommunikation bzgl. sexueller Themen bzw. durch das Geschlecht moderiert?

H1.1 Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen dem eigenen Körperbild und der Häufigkeit partnerschaftlich ausgelebter Sexualität.

H1.1.1 Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen der ablehnenden Körperbewertung und der Häufigkeit partnerschaftlich ausgelebter Sexualität.

H1.1.2 Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen der vitalen Körperdynamik und der Häufigkeit partnerschaftlich ausgelebter Sexualität.

H1.2 Der Zusammenhang aus H1.1 wird durch das Geschlecht moderiert.

H1.2.1 Der Zusammenhang aus H1.1.1 wird durch das Geschlecht moderiert.

H1.2.2 Der Zusammenhang aus H1.1.2 wird durch das Geschlecht moderiert.

H1.3 Der Zusammenhang aus H1.1 wird durch die partnerschaftliche Kommunikation bzgl. sexueller Themen moderiert.

H1.3.1 Der Zusammenhang aus H1.1.1 wird durch die partnerschaftliche Kommunikation bzgl. sexueller Themen moderiert.

H1.3.2 Der Zusammenhang aus H1.1.2 wird durch die partnerschaftliche Kommunikation bzgl. sexueller Themen moderiert.

F2: Gibt es in einer bestehenden heterosexuellen Partnerschaft einen Zusammenhang zwischen dem eigenen Körperbild und der Häufigkeit der sexuellen Eigeninitiative und wird dieser Zusammenhang durch die Qualität der partnerschaftlichen Kommunikation bzgl. sexueller Themen bzw. durch das Geschlecht moderiert?

H2.1 Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen dem eigenen Körperbild und der Häufigkeit der sexuellen Eigeninitiative.

H2.1.1 Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen der ablehnenden Körperbewertung und der Häufigkeit der sexuellen Eigeninitiative.

H2.1.2 Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen der vitalen Körperdynamik und der Häufigkeit der sexuellen Eigeninitiative.

H2.2 Der Zusammenhang aus H2.1 wird durch das Geschlecht moderiert.

H2.2.1 Der Zusammenhang aus H1.2.1 wird durch das Geschlecht moderiert.

H2.2.2 Der Zusammenhang aus H1.2.2 wird durch das Geschlecht moderiert.

H2.3 Der Zusammenhang aus H2.1 wird durch die partnerschaftliche Kommunikation bzgl. sexueller Themen moderiert.

H2.3.1 Der Zusammenhang aus H2.1.1 wird durch die partnerschaftliche Kommunikation bzgl. sexueller Themen moderiert.

H2.3.2 Der Zusammenhang aus H2.1.2 wird durch die partnerschaftliche Kommunikation bzgl. sexueller Themen moderiert.

F3 Gibt es einen (negativen) Zusammenhang zwischen dem eigenen Körperbild und einerseits Masturbation (ohne Pornographiekonsum) sowie andererseits zur Häufigkeit von Pornographiekonsum während der Masturbation?

H3.1 Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem eigenen Körperbild und der Masturbationshäufigkeit (ohne Pornographiekonsum).

H3.1.1 Es gibt einen Zusammenhang zwischen der ablehnenden Körperbewertung und der Masturbationshäufigkeit (ohne Pornographiekonsum).

H3.1.2 Es gibt einen Zusammenhang zwischen der vitalen Körperdynamik und der Masturbationshäufigkeit (ohne Pornographiekonsum).

H3.2 Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen dem eigenen Körperbild und der Häufigkeit von Pornographiekonsum während der Masturbation.

H3.2.1 Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen der ablehnenden Körperbewertung und der Häufigkeit von Pornographiekonsum während der Masturbation.

H3.2.2 Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen der vitalen Körperdynamik und der Häufigkeit von Pornographiekonsum während der Masturbation.

Gestützt auf bisherige Ergebnisse ist H1.1 einseitig gerichtet formuliert und es wird von einer Replikation, also einem erneuten Nachweis eines positiven Zusammenhangs zwischen dem eigenen Körperbild und der Anzahl partnerschaftlicher sexueller Aktivitäten ausgegangen.

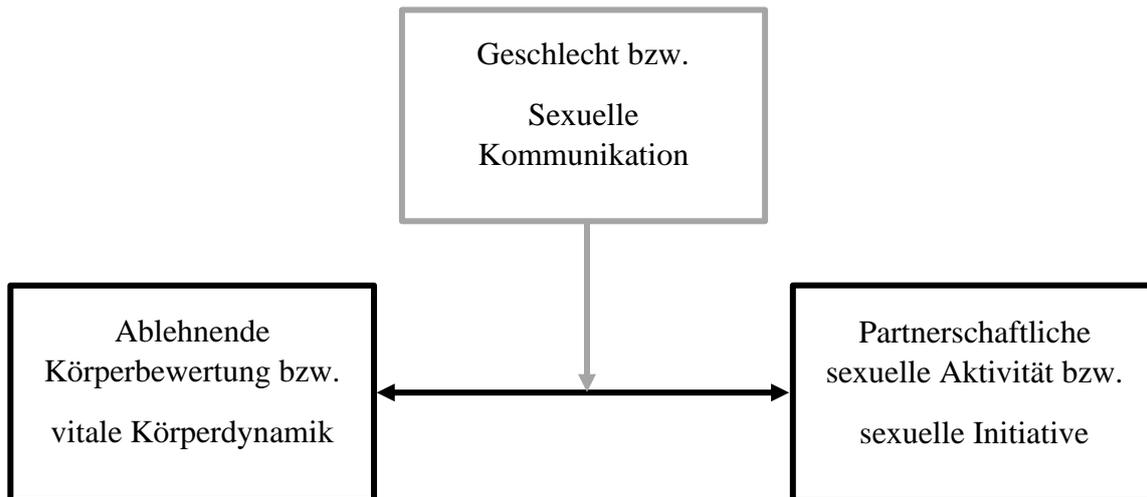


Abbildung 1. Grafische Veranschaulichung der Korrelationen zur partnerschaftlichen Sexualität und sexuellen Initiative (schwarz) und zur Moderation durch Geschlecht bzw. sexuelle Kommunikation (grau).

Ebenso wird bezüglich H2.1 aufgrund der bisherigen Forschung sowie der eigenen theoretischen Annahmen von einem einseitig gerichteten Zusammenhang ausgegangen, was die Formulierung der Hypothese widerspiegeln soll. Je besser das Körperbild, desto höher die Anzahl der sexuellen Initiativen.

Bezüglich H1.3 und H2.3 wird aufgrund der theoretischen Überlegungen erwartet, dass die Kommunikation den Zusammenhang (KB ↔ PSA bzw. SI) insofern moderiert, dass der Zusammenhang geringer wird, je ausgeprägter die Kommunikation ist. Da die Überlegungen zu diesen Hypothesen bisher aber noch nicht durch aktuelle Literatur untermauert werden können, sind die Hypothesen bewusst ungerichtet formuliert. Die Art der Moderation kann im Zuge der Datenanalyse allerdings explorativ untersucht werden.

Etwas ähnliches gilt für die Annahmen zur postulierten Moderation durch das Geschlecht in H1.2 und H2.2. Hier wäre aufgrund der verschiedenen Zusammenhänge zwischen Geschlecht und Sexualität eine Moderation in beide Richtungen plausibel. Da zudem bisher keine Forschung zu dieser Frage vorliegt, sind auch die Hypothesen bewusst ungerichtet formuliert. Auch hier sind explorative Untersuchungen im Zuge der Datenanalyse möglich.

Die postulierten Zusammenhänge zwischen AKB bzw. VKD einerseits und PSA bzw. SI andererseits sowie die Moderation dieser Zusammenhänge durch G bzw. SK sind in Abbildung 1 grafisch veranschaulicht.

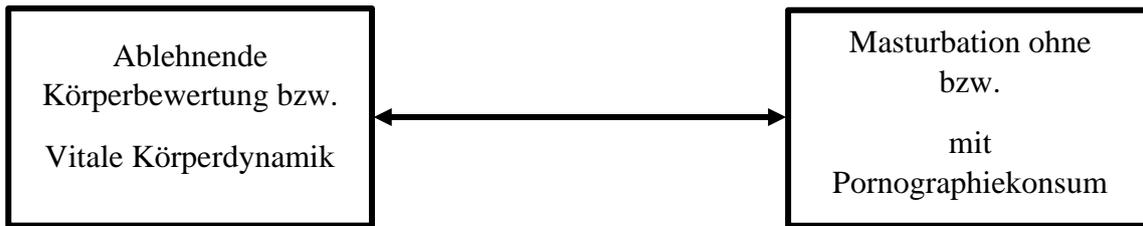


Abbildung 2. Grafische Veranschaulichung der Korrelationen zur Masturbation mit bzw. ohne Pornographiekonsum.

Die Hypothese H3.1 ist gemäß den weiter oben erläuterten Annahmen zur sozialen Komponente bei der partnerschaftlichen bzw. allein ausgeführten Sexualität sowie der Annahmen zur Fokussierung auf den eigenen Körper zweiseitig ungerichtet formuliert. Die fehlende soziale Komponente spricht für einen positiven Zusammenhang, der Fokus auf den eigenen Körper wiederum für einen negativen Zusammenhang. Von einem Zusammenhang allgemein wird jedoch in jedem Fall ausgegangen.

Demgegenüber wurde die Hypothese H3.2 einseitig gerichtet dargestellt. Dies fußt auf den Überlegungen, dass der Fokus auf einen fremden anstelle des eigenen Körpers ebenso wie die wegfallende soziale Komponente während der sexuellen Aktivität entscheidend sein könnte. Demnach sollten Menschen mit negativem Körperbild mehr Pornographie während der Masturbation konsumieren.

Die postulierten Zusammenhänge zwischen AKB bzw. VKD einerseits und MOP bzw. PK andererseits sind in Abbildung 2 grafisch veranschaulicht.

3. Methoden

Im Folgenden soll die Studie, also ihr Design, Ablauf, die Stichprobe, die erhobenen und für diese Arbeit relevanten Konstrukte sowie weitere methodische Aspekte näher erläutert werden.

3.1. Untersuchungsdesign.

Die vorliegende Untersuchung bzw. ihre Datenerhebung fanden im Rahmen der ambulanten Assessment Studie *Sexuelles Erleben und Verhalten im Alltag* an der Universität Wien statt. Ziel war es, das Stress- und Sexualverhalten von gesunden, jungen Menschen beider das Geschlechter in möglichst alltagsnahem Setting zu erheben.

Daraus resultierend wurde als Studiendesign ein *Ecological Monitoring Assessment (EMA)* mit Biomarkern gewählt. Vorteil eines solchen Designs ist, dass sich die Erhebung der Daten, dank PC-gestützter Verfahren gut in den Alltag der Proband*innen integrieren lässt und somit in deren natürlichem Umfeld und das Verhalten ohne bzw. nur mit geringer Zeitverzögerung erhoben werden kann. Erinnerungsverzerrungen können dadurch verringert und die ökologische Validität erhöht werden (Trull & Ebner-Priemer, 2013). Da beim EMA-Design üblicherweise mehrere Messzeitpunkte pro Tag vorgesehen sind und dies über mehrere Tage geschieht, können nicht nur Verläufe einzelner Variablen, sondern auch intra- und/oder interindividuelle Unterschiede bei diesen Variablen untersucht werden (Fahrenberg, Myrtek, Pawlik, & Perrez, 2007).

Bei der hier vorliegenden Untersuchung wurde das EMA-Design in Form eines 14-tägigen ambulanten Assessments zur Erfassung von längsschnittlichen Daten umgesetzt. Dieses wurde mit Hilfe eines ausgehändigten iPods bzw. einer darauf vorhandenen App (Programm: iDialogPad, G. Mutz, Köln, Deutschland) durchgeführt und beinhaltete täglich sieben Messzeitpunkte sowie event-initiierte Datenerhebungen zum Sexualleben. Bei Letzteren sowie bei sechs der sieben Messzeitpunkte wurden Biodaten (Speichel) erhoben. Zudem beinhaltete die Studie einen weiteren, vorangestellten Teil: in einem Fragenkatalog wurden querschnittliche Daten zu diversen Konstrukten und der Demographie der Teilnehmer*innen erfasst. Anschließend folgte das zuvor beschriebene Assessment.

3.2. Stichprobe.

3.2.1. Rekrutierung.

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer*innen erfolgte ab März 2018 und ab diesem Zeitpunkt etappenweise immer wieder bei Bedarf an weiteren Teilnehmer*innen. Um auf die Studie aufmerksam zu machen wurden Aushänge (Plakate oder Flyer; u. a. in der Universität Wien)

und Onlineaufrufe (z.B. durch Posten des Studienflyers in Facebookgruppen) getätigt. Der Aushang enthielt eine sehr kurze Zusammenfassung des Studienablaufs, die Auflistung einiger Einschlusskriterien und den Hinweis auf eine Aufwandsentschädigung von 100 Euro sowie die Bitte, sich bei Interesse per E-Mail beim Studienteam zu melden. Um eine Verzerrung des späteren Antwortverhaltens zu verhindern wurde auf die Angabe von konkreten Fragestellungen verzichtet. Ein Abdruck des Aushangs befindet sich im Anhang dieser Arbeit (Anhang A).

Als nächster Schritt wurden die eingegangenen Mails gesichtet und ein Termin für ein Telefonscreening mit den Interessent*innen vereinbart. Ziel des Telefonscreenings war es, die Erfüllung der Ein- bzw. Ausschlusskriterien abzuklären. Dies erfolgte unter Zuhilfenahme eines computergestützten Fragebogens (Programm: Unipark, Questback GmbH, Köln, Deutschland) und dauerte etwa 20 Minuten. Fiel der Abgleich der Ein- bzw. Ausschlusskriterien positiv aus, wurde am Ende des Telefonats ein Ausgabetermin für die iPod-Übergabe und die Bearbeitung des Fragebogenkatalogs fixiert. Anschließend wurden den positiv gescreenten Personen umfassende Studieninformationen (siehe Anhang B) sowie eine Einverständniserklärung für den bzw. die Partner*in (siehe Anhang C) per E-Mail übermittelt.

3.2.2. Ein- und Ausschlusskriterien.

Die Stichprobe der Studie, in deren Rahmen diese Arbeit stattfand, sollte letztlich eine Größe von 60 Personen betragen und zu gleichen Teilen Männer wie Frauen beinhalten. Die Ein- und Ausschlusskriterien ergaben sich vor allem aus dem Ziel, eine junge, gesunde und heterosexuelle Stichprobe zu untersuchen. Zu den Einschlusskriterien zählten u. a., dass die Proband*innen zwischen 18 und 35 Jahre alt waren, keine psychischen oder chronischen somatischen Erkrankungen aufwiesen und ihr BMI im Normalbereich, also zwischen 18 und 30 lag. Des Weiteren mussten die Studienteilnehmer*innen seit mindestens einem Jahr in einer heterosexuellen Partnerschaft leben und den bzw. die Partner*in an mindestens 12 der 14 Tage während der laufenden Datenerhebung (ambulantes Assessment) sehen können. Dabei ging es auch darum, dass die Studienteilnehmer*innen theoretisch an diesen mindestens 12 Tagen sexuell aktiv sein konnten. Demzufolge wurde auch darauf geachtet, dass die Partner*innen in der gleichen Stadt wie die Teilnehmer*innen lebten. Bei den Probandinnen wurde zudem vorausgesetzt, dass sie nicht hormonell verhüteten, ein regelmäßiger Menstruationszyklus vorlag und dass das ambulante Assessment in der ersten Woche nach dem letzten Tag ihrer Menstruation begann. Ferner durfte jeweils nur ein Teil der Paare an der Studie teilnehmen.

3.2.3. Stichprobencharakterisierung.

Zum Zeitpunkt der Datenauswertung im Oktober 2019 hatten sich insgesamt 235 Personen gemeldet. Aufgrund diverser Ausschlüsse (z.B. Nichterfüllen der Einschlusskriterien) oder Abbrüche vor dem Assessment konnten letztlich 54 Personen eingeschlossen werden, also die ambulante Datenerhebung beginnen. Drei Personen brachen jedoch vorzeitig ab, eine Person hatte zu wenige Daten erhoben, also zu viele missing values, fünf Personen hatten schwer aufzubereitende oder fehlende Daten aufgrund technischer Ursachen und eine weitere Person wurde während der Datenanalyse als Ausreißer klassifiziert. Die letztlich analysierte Stichprobe betrug dadurch eine Größe von $n = 44$, darunter 29 Frauen (65,9 %) und 15 Männer (34,1 %) mit einem Durchschnittsalter von 25,02 Jahren. Aufgrund der besseren Übersichtlichkeit wird der Prozess bis zur letztlich analysierten Stichprobe in Abbildung 3 grafisch dargestellt.

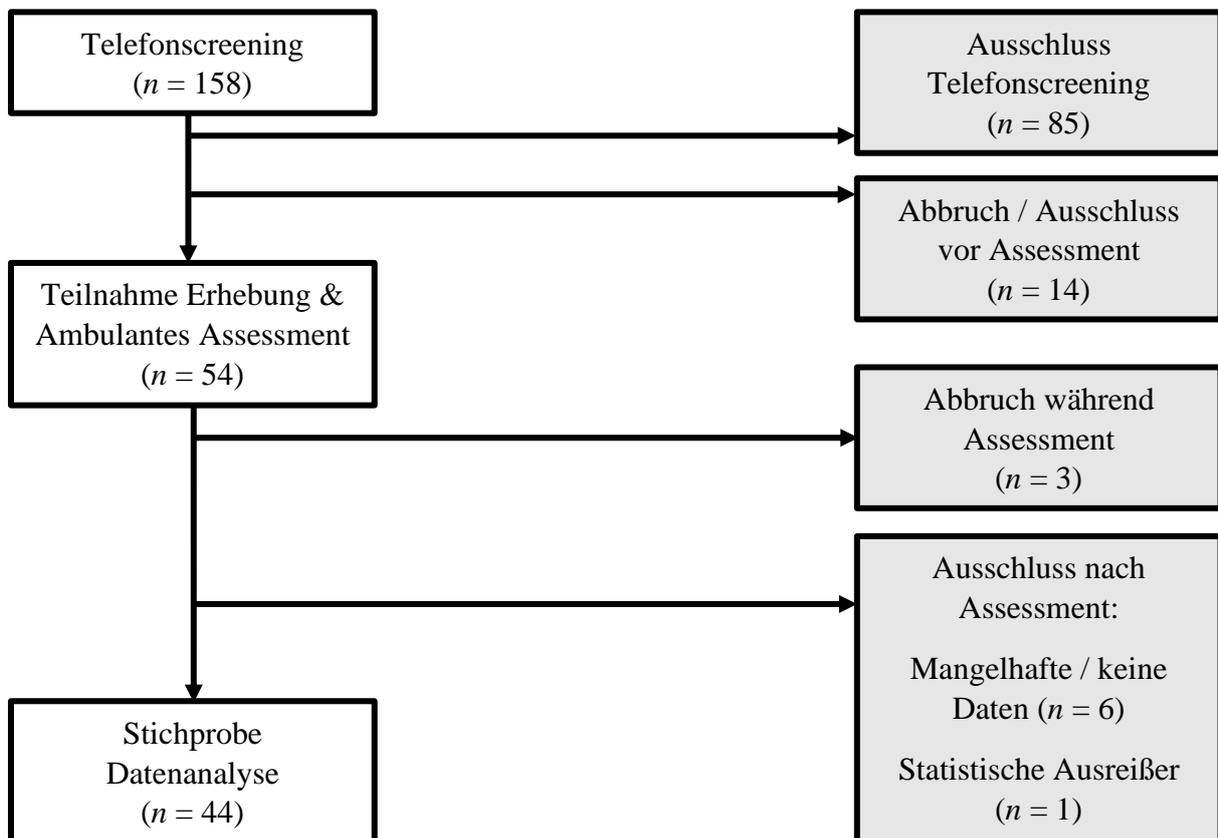


Abbildung 3. Prozess bis zur letztlich analysierten Stichprobe.

3.3. Ablauf der Studie.

Nachdem Interessierte wie weiter oben beschrieben per Mail auf den Teilnahmeaufruf (Aushang, Posts) reagiert hatten, wurden sie telefonisch kontaktiert, um in einem ersten Screening die Einschlusskriterien der Studie abzufragen. Waren diese erfüllt, kam es zu einem

ersten persönlichen Termin. Dieser sogenannte Ausgabetermin fand in einem Raum der Psychologischen Fakultät der Universität Wien statt und dauerte etwa 1,5 Stunden. Nachdem die Proband*innen die Einverständniserklärung ihrer Partner*innen übergeben hatten, kam es zu einer letzten kurzen Überprüfung einiger Ausschlusskriterien. Konnte die Person immer noch eingeschlossen werden, wurden neben Daten zu Demographie und Beziehung auch einige Pre-Tests per Fragebogen erhoben (u.a. Fragebogen zum Körperbild und Dyadic Sexual Communication Scale). Dies geschah mittels computergestützter Befragung. Hierbei wurden die Testpersonen gebeten, so ehrlich und intuitiv wie möglich zu antworten. Als Nächstes wurden diverse Einzelheiten des ambulanten Assessment erläutert und je eine Tagesmessung und eine Sex-Abfrage mittels der App an einem iPod probenhalber durchgeführt. Während dieses gemeinsamen Ausprobierens wurden gegebenenfalls Fragen der Proband*innen beantwortet und einzelne missverständliche Konstrukte bzw. Assessment-Items erklärt. Auch das korrekte Abgeben der Speichelproben wurde an dieser Stelle dargestellt. Gegen Ende des Ausgabetermins stellte der bzw. die Versuchsleiter*in noch einige Verständnisfragen zu wichtigen Aspekten der Studie, um Fehlern seitens der Proband*innen vorzubeugen. Anschließend wurde ein iPod zur Eingabe der Assessment-Daten, Salicaps für die ambulant zu sammelnden Speichelproben sowie ein Studienmanual (siehe Anhang D) ausgegeben. Des Weiteren unterschrieben die Testpersonen eine Einverständniserklärung (siehe Anhang E) und gaben ihre für die spätere Aufwandsentschädigung nötigen Kontodaten an. Zuletzt wurde der Beginn des 14-tägigen Assessments und ein Rückgabetermin nach Abschluss des Erhebungszeitraums vereinbart.

Meist in den folgenden 14 Tagen fand die ambulante Datenerhebung statt. Hierbei gab es täglich mindestens sieben Messzeitpunkte. Zu den sieben regelmäßigen Messungen (Tagesmessungen) konnten noch sogenannte *Sex-Abfragen*, also Datenerhebungen, welche von den Proband*innen innerhalb von 15 Minuten nach der sexuellen Aktivität selbstständig gestartet wurden, hinzu kommen. Die erste und die letzte Tagesmessung wurden von den Proband*innen selbst initiiert, zu allen weiteren Tagesmessungen klingelte der iPod, um die Proband*innen an die Eingabe zu erinnern (erste Messung + 30 Min., 11:00, 14:00, 17:00, 20:00). Die Tagesmessungen beinhalteten z.B. Fragen zum aktuellen Befinden, während sich die Sex-Abfragen vor allem auf Aspekte des vorangegangenen Sexaktes konzentrierten und beispielsweise die Art der Sexualität erfragten. Für diese Arbeit wurden die Tagesmessungen jedoch nicht benötigt. Mit Ausnahme der letzten Tagesmessung gaben die Proband*innen bei jeder eingegebenen Messungen eine Speichelprobe in eines der Salicaps. Auch dies ist für die vorliegende Arbeit jedoch nicht relevant. Ein Messzeitpunkt dauerte samt Abgabe der

Speichelprobe etwa fünf Minuten. Jeweils am Abend der 14 Tage exportierten die Proband*innen die Daten.

Nach Ablauf des Erhebungszeitraums fand abermals im psychologischen Institut der Universität Wien ein Rückgabetermin statt. Dieser betrug etwa 30 Minuten. Hierbei erfolgte die Rückgabe des iPods sowie der Salicaps und die Teilnehmer*innen konnten Probleme bei der ambulanten Erhebung melden oder Anmerkungen machen. Außerdem wurde ein Post-Monitoring Interview durchgeführt, bei dem unter anderem der Wahrheitsgehalt ihrer während des Assessments gegebenen Antworten erfragt wurde.

Die Versuchspersonen erhielten bei Beendigung der Datenerhebung eine Vergütung von 100 Euro. Brachen die Testpersonen das ambulante Assessment ab oder wurde es z.B. aufgrund von zu vielen Missing Values durch die Studienleitung vorzeitig abgebrochen, erhielten die entsprechenden Personen eine Aufwandsentschädigung von 10 Euro.

3.4. Ethische Aspekte.

Die Proband*innen nahmen freiwillig an der Studie teil. Dabei wurde mehrfach kommuniziert, dass sie ihre Teilnahme jederzeit zurückziehen bzw. die laufende Erhebung ohne die Angabe von Gründen abbrechen könnten. Taten sie dies, wurden sie anteilig vergütet. Beim Ausgabetermin wurde mittels Verständnistest bewusst erfragt, ob die Proband*innen ausreichend über diesen Bestand informiert wurden.

Ziele, Inhalt sowie Ablauf der Studie wurden bereits beim Telefonscreening mündlich und per anschließender Mail schriftlich erläutert. Beim persönlichen Termin konnten die Teilnehmer*innen dann ihr Einverständnis gegenüber dem Studienablauf geben. Ebenso wurde das Einverständnis des bzw. der Partner*in der teilnehmenden Person eingeholt, da durch die partnerschaftlich ausgelebte Sexualität auch deren Daten indirekt erhoben wurden.

Alle an der Studie beteiligten Personen unterlagen zu jeder Zeit einer Schweigepflicht. Darüber hinaus wurden die Namen der Versuchsteilnehmer*innen anonymisiert, indem jeder Person ein Versuchspersonencode zugewiesen wurde. Nach dem Ausgabetermin hatte nur die Studienleitung Zugriff zum Subject Identification Log, durch das von den Versuchspersonencodes auf die Namen der Versuchspersonen geschlossen werden konnte. Des Weiteren wurde sichergestellt, dass die Versuchsleiter*innen weder mit den Versuchspersonen noch mit deren Partner*innen in privater Bekanntschaft standen.

Insgesamt wurde das Assessment so gestaltet, dass es so uneinschränkend wie möglich für die Proband*innen war. Dazu gehörte einerseits, dass die Abend- und Morgenmessungen zeitlich selbstinitiiert werden konnten, ebenso wie, dass einzelne Tagesmessungen bis zu einer

Stunde vorgezogen oder nachgeschoben werden konnten. Zwar wurde mit den Erhebungen zur Sexualität ein sensibles Thema untersucht, allerdings wurden durchwegs keine Inhalte oder Details (z.B. Inhalte der sexuellen Fantasien) sondern primär die Häufigkeit und Intensität erfragt.

Die Ethikkommission der Universität Wien bewilligte den Ethikantrag (Kennzahl 00308) am 5.04.2018.

3.5. Messverfahren.

Die Messverfahren können in der vorliegenden Arbeit in zwei Gruppen eingeteilt werden. Zum einen gab es die Konstrukte bzw. Daten, die als Teil einer größeren Fragebogenbatterie beim ersten Treffen mit den Versuchspersonen erfasst wurden. Hierzu zählen das Körperbild und die sexuelle Kommunikation sowie die demographischen Daten (also z.B. das Geschlecht). Alle weiteren Daten (die interessierenden Aspekte des Sexuallebens der Proband*innen) wurden per ambulantes Assessment erhoben. Sexualleben bedeutet hierbei die Häufigkeit partnerschaftlich ausgelebter sexueller Aktivität, die sexuelle Initiative und die Häufigkeit von Masturbation (ohne Pornographiekonsum) und Pornographiekonsum während der Masturbation.

3.5.1. Körperbild.

Das eigene Körperbild wurde mit dem *Fragebogen zum Körperbild - FKB-20 (FKB-20)* (Clement & Löwe, 1996) erhoben. Dabei handelt es sich um einen kurzen Fragebogen zur Diagnose von Körperbildstörungen und zur Erfassung von subjektiven Aspekten des Körpererlebens (Clement & Löwe, 1996). Laut den Autoren geht es vor allem um verhältnismäßig zeitstabile Aspekte des Körperkonzeptes, weniger um aktuelles körperliches Befinden (Clement & Löwe, 1996). Der Fragebogen teilt sich in die zwei unabhängigen Dimensionen *Ablehnende Körperbewertung (AKB)* und *Vitale Körperdynamik (VKD)*. Die Skala AKB konzentriert sich hierbei auf die äußere Erscheinung (u. a. Attraktivität), die gefühlte Stimmigkeit und das Wohlbefinden im eigenen Körper, es geht also um die affektive Zuschreibung des Körpers, wohingegen VKD energetische und bewegungsbezogene Aspekte des Körperbildes erhebt, also wie kraftvoll, aktiv und gesund der eigene Körper erlebt wird (Stefini & Löwe, 2009). Pro Dimension gibt es 10 Items, sodass der FKB-20 aus insgesamt 20 Items mit je einer fünfstufigen Antwortskala („trifft nicht zu“ bis „trifft völlig zu“) besteht. Hieraus ergibt sich eine theoretische Range von 10 – 50 Punkten pro Skala. Dabei bedeutet eine hohe Punktzahl bei AKB eine hohe ablehnende Körperbewertung, also einen negativen

Körperbildaspekt zu haben. Bei VKD bedeuten viele Punkte hingegen eine hohe vitale Körperdynamik, also einen positiven Körperbildaspekt zu haben. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) liegt bei Studierendengruppen für AKB bei $\alpha = .84$, für VKD bei $\alpha = .76$ (Clement & Löwe, 1996). Die zwei Dimensionen scheinen mit einer gemeinsamen Varianz zwischen 8,4% und 15,2% weitgehend unabhängig voneinander zu sein (Stefini & Löwe, 2009). Beispiel-Items sind: „Manchmal verspüre ich Ekel mir selbst gegenüber“ (AKB) und „Insgesamt empfinde ich mich als robust und stark“ (VKD) (Clement & Löwe, 1996).

3.5.2. Sexuelle Kommunikation.

Die partnerschaftliche sexuelle Kommunikation wurde durch den Kurzfragebogen *Dyadic Sexual Communication Scale (DSCS)* (Catania, 2010) operationalisiert. Dieser erhebt die Wahrnehmung und Beurteilung der sexuellen Kommunikation mit dem bzw. der Partner*in. Dieser Fragebogen setzt sich aus 13 Items mit je einer 6-Point-Likert-Skala („stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme vollkommen zu“) zusammen. Hieraus ergibt sich eine theoretische Range von 13 – 78 Punkten. Dabei bedeutet eine hohe Punktzahl eine gute/positive sexuelle Kommunikation zu haben. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) liegt für den Gesamtscore des Erhebungsinstruments bei $\alpha = .81$ (Catania, 2010). Ein Beispiel-Item ist: „Meine Partnerin/mein Partner hat keine Schwierigkeiten, mit mir über ihre/seine sexuellen Gefühle und Wünsche zu sprechen“ (Catania, 2010).

3.5.3. Sexuelle Aktivität, sexuelle Initiative, Masturbation und Pornographiekonsum.

Per ambulant erhobener Daten (Sex-Abfragen via iPod), wurden die absoluten Häufigkeiten der sexuellen Aktivitäten während des Erhebungszeitraums aufgezeichnet. Hierbei wurde durch eventbasierte selbstinitiierte Eingabe der Teilnehmer*innen zum einen festgehalten, wie viele Sexakte pro Versuchsperson stattfanden, sowie zum anderen welcher Art diese waren. Zudem wurde bei jeder Morgenmessung erfragt, ob es in der vorangegangenen Nacht eine noch nicht dokumentierte sexuelle Aktivität gegeben habe und welcher Art diese gewesen sei. Unterschieden wurde zwischen Selbstbefriedigung, Petting, Oral-, Geschlechts- und Analverkehr. Es war möglich, pro Sexakt mehrere Arten der sexuellen Aktivität anzugeben. Die Anzahl der Angaben waren von null ausgehend nach obenhin unbegrenzt und hohe Zahlenwerte stehen für eine hohe Anzahl sexueller Aktivitäten.

In der vorliegenden Arbeit wurden die Sexualakte in zwei Gruppen eingeteilt: *partnerschaftliche sexuelle Aktivität* (PSA) einerseits, also Verkehr, bei dem beide Personen

beteiligt sind bzw. mit einander interagieren (Oral-, Anal-, Geschlechtsverkehr und Petting). Andererseits Masturbation als Sexualitätsform, die ohne Partner*in ausgeführt wird. Wurde bei einem Sexakt sowohl partnerschaftlicher Sex als auch Masturbation angegeben, wurde der Sexakt als partnerschaftlich gewertet. Bei Oral- und Analverkehr wurde nicht zwischen einer aktiven oder passiven Rolle des bzw. der ProbandIn unterschieden.

Ungeachtet der Art der ausgelebten Sexualität wurde auch erfragt, wer die *sexuelle Initiative* (SI) ergriffen habe. Hierbei gab es die Wahlmöglichkeiten „Ich“, „Partner bzw. Partnerin“ und „Beide“. Da es in der vorliegenden Studie um die Eigeninitiative geht und „Beide“ hierbei weder als vollständige noch als keine Eigeninitiative zu werten ist, wurden nur die Fälle gewertet, in denen die Personen „Ich“ angegeben hatten. Hatten die Proband*innen angegeben masturbiert zu haben (ohne eine weitere partnerschaftliche Sexualität), wurde die Initiation nicht berücksichtigt. Diese Fälle flossen also nicht in die statistische Analyse zur sexuellen Initiative ein.

Gaben die Proband*innen an, masturbiert zu haben, wurde zusätzlich erfragt, ob sie währenddessen pornographisches Material angesehen hatten. Für die statistische Analyse wurde dabei auf Grundlage der theoretischen Überlegungen (siehe 2.3.2 und 2.3.3) bzw. zugunsten einer besseren Interpretierbarkeit der Ergebnisse zwischen Masturbation mit und Masturbation ohne Pornographiekonsum unterschieden. Im Folgenden ist mit *Masturbation gesamt* (M), jegliche Masturbation, mit *Masturbation o. P.* (MOP), die Masturbation ohne Pornographiekonsum und mit *Pornographiekonsum* (PK), Masturbation mit Pornographiekonsum gemeint.

Ebenso wurde erhoben, ob der bzw. die ProbandIn während der sexuellen Aktivität allein, im Beisein des bzw. der Partner*in oder einer dritten Person war. Handelte es sich bei der Art der sexuellen Aktivität um Masturbation (ohne eine weitere partnerschaftliche Sexualität) und wurde angegeben, dass die Person nicht allein war, wurde dieser Fall ausgeschlossen, da nicht klar war, ob die als partnerschaftlicher oder nicht-partnerschaftlicher Sex zu bewerten wäre.

3.6. Statistische Herangehensweise.

3.6.1. Aufbereitung des Datensatzes.

Die Daten lagen zunächst in zwei unterschiedlichen Datensätzen vor: zum einen die querschnittlichen Daten des Fragebogenkatalogs (erhoben beim Ausgabetermin) samt FKB-20, DSCS und Geschlecht, zum anderen die längsschnittlichen Daten des 14-tägigen ambulanten Assessments, was auch die Sex-Abfragen inkludierte.

Vor allem bei den Assessmentdaten wurde auf die Vollständigkeit der Tagesmessungen über die 14 Tage hinweg geachtet bzw. darauf, dass es nicht zu viele fehlende Werte gab. Für die weitere Analyse waren allerdings nur die Sexabfragen von Belang.

Diese beliefen sich in der selbstinitiierten Form auf 268. Hinzu kamen 50 sexuelle Aktivitäten, die durch die Morgenmessungen, in denen sexuelle Aktivität in der vorangegangenen Nacht erfragt wurde, erhoben worden waren. Letztlich ergaben sich daraus 318 Sex-Messungen.

Da eine einzelne Sex-Angabe aber mehrere Arten der sexuellen Aktivität (Selbstbefriedigung, Petting, Oral-, Vaginal- & Analverkehr) beinhalten konnte, mussten diese zunächst differenziert werden. Die Summe über die fünf möglichen Arten der Sexualität hinweg belief sich so letztlich auf 451.

Von den sexuellen Variablen PSA, SI, MOP sowie PK wurden Summenscores für die einzelnen Proband*innen gebildet.

Bei den querschnittlichen Daten wurden die entsprechenden Items des FBK-20 umgepolt, die Items der Skalen AKB und VKD jeweils zusammengefasst und hier wiederum pro Person die Summenscores gebildet.

Ebenso wurden die entsprechenden Items der DSCS umgepolt und anschließend alle Items für jede Person aufsummiert.

3.6.2. Statistische Analysen.

Die hier formulierten Hypothesen beziehen sich zum einen auf den Zusammenhang der Dimensionen AKB bzw. VKD des FKB-20 und den Angaben zur ausgelebten Sexualität, zum anderen auf eine Moderation dieses Zusammenhangs durch den Gesamtscore der DSCS bzw. das Geschlecht.

Sämtliche statistische Analysen wie auch die Prüfung der Voraussetzungen wurden mit IBM SPSS 24 durchgeführt. Alle Variablen sind als mindestens intervallskaliert zu betrachten, da in den folgenden Analysen nur Summenscores und keine einzelnen Items berücksichtigt werden (vgl. Field, 2015). Einzige Ausnahme hiervon stellt das Geschlecht als dichotome Variable dar. Die Berechnungen fanden durchwegs unter der Annahme eines 5%-Signifikanzniveaus statt.

Um die Zusammenhänge aus den Hypothesen H1.1, H2.1, H3.1 und H3.2 (jeweils samt Unterhypothesen) zu untersuchen, wurde mittels Korrelation nach Pearson der Produkt-Moment Korrelationskoeffizient berechnet. Dabei stellte das Körperbild (AKB bzw. VKD) die unabhängige Variable (UV) und je nach Hypothese PSA, SI, MOP oder PK die abhängige

Variable (AV) dar. An dieser Stelle wurde bewusst keine Regression gerechnet, da lediglich ein Zusammenhang, jedoch nicht dessen Richtung, also z.B. ob das Körperbild die Sexualität beeinflusst oder andersherum aus der Theorie abgeleitet werden konnte.

Um die Voraussetzungen für eine Korrelation zu prüfen, wurden zunächst die Variablen PSA, SI, MOP und PK ebenso wie AKB und VKD per Histogramm und Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung untersucht. Ebenso wurde auf einen linearen Zusammenhang der Variablen und mögliche Ausreißer geachtet. Dies geschah mit Hilfe der graphischen Darstellung von Boxplots und Streudiagrammen. Anschließend wurden die jeweiligen Pearson-Korrelationen durchgeführt.

Für die Moderatoranalysen aus H1.2, H1.3 sowie H2.2 und H2.3 (jeweils samt Unterhypothesen) stellten AKB bzw. VKD den Prädiktor, DSCS bzw. das Geschlecht den Moderator und die PSA bzw. SI die AV dar.

Um einer möglichen Multikollinearität vorzubeugen, wurde in einem zweiten Schritt eine Moderator- und Prädiktorzentrierung vorgenommen (vgl. Field, 2015). Hierzu wurden für die unabhängigen Variablen AKB bzw. VKD und die Moderatorvariable DSCS jeweils mean-centered Werte berechnet. Da das Mean-centering nicht für dichotome Variablen gilt, wurde es nicht für die Moderatorvariable Geschlecht durchgeführt (vgl. Field, 2015).

Anschließend wurden die Interaktionseffekte für AKB bzw. VKD und DSCS bzw. Geschlecht ermittelt und jeweils eine Regressionsanalyse gerechnet.

4. Ergebnisse

4.1. Stichprobenbeschreibung.

4.1.1. Demographische Daten.

Die Stichprobe beinhaltete $n = 44$ Versuchspersonen, davon $n = 15$ (34,1%) männlich und $n = 29$ (65,9%) weiblich (vgl. Tab. 1). Das Alter reichte von 19 bis 32 Jahren ($M = 25.02$, $SD = 3$) (vgl. Tab. 1). Dreißig Personen besaßen die österreichische (68,2%), sieben die deutsche (15,9%) und sieben eine andere Staatsbürgerschaft (15,9%). Bezüglich der beruflichen Bildung gaben 39 Teilnehmer*innen Universität/Hochschule als höchste Ausbildung an, eine Person Ingenieurschule/Fachhochschule, eine Person Fachschule und drei Personen keine Berufsausbildung. Bis auf zwei Personen, von denen jeweils eine Polytechnische Oberschule und Fachhochschulreife angab, nannten alle Teilnehmer*innen Abitur/allgemeine Hochschulreife als höchste Schulbildung, sodass die Stichprobe insgesamt als überdurchschnittlich gebildet bewertet werden kann. Einundvierzig Personen gaben an, sich in einer festen Partnerschaft zu befinden, zwei in einer Ehe, eine in einer offenen Partnerschaft. Die durchschnittliche Beziehungsdauer lag bei $M = 3.16$ ($SD = 2.13$) Jahren mit einer Spannweite von 1 bis 9 Jahren.

4.1.2. Interessierende Merkmale.

Bei der partnerschaftlichen sexuellen Aktivität (Partner*in anwesend) zeigte sich ein Mittelwert von $M = 5.91$ (Min. = 1; Max. = 12; $SD = 2.88$). Diese und weitere Angaben zur sexuellen Aktivität sind in Tabelle 1 dargestellt. Bei den Skalen des FKB-20 ergab sich bei VKD mit $M = 39.52$ ($SD = 5.75$) ein eher hoher Wert und bei AKB mit $M = 16.98$ ($SD = 5.5$) ein sehr niedriger Wert. Auch im Bereich der partnerschaftlichen sexuellen Kommunikation, erhoben durch die DSCS, weist die vorliegende Stichprobe mit $M = 71.39$ ($SD = 7.55$) einen sehr hohen Wert auf. Diese und weitere Angaben zum Körperbild und zur sexuellen Kommunikation sind in Tabelle 2 aufbereitet.

4.2. Vorbereitende Datenanalyse.

4.2.1. Compliance.

Die für die Studie generierten und für diese Arbeit relevanten Daten sind insgesamt in zwei Gruppen zu teilen. Zum einen jene Daten, die beim ersten Ausgabetermin per Fragebogen erhoben wurden. Für alle Personen, die nicht während des Termins abgebrochen haben, gilt: diese Daten liegen vollständig vor. Dies betrifft das Körperbild, das Geschlecht sowie die sexuelle Kommunikation.

Tabelle 1

Sexuelle Aktivität

| | Gesamt | Männer | Frauen |
|--------------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| <i>n</i> | 44 | 15 | 29 |
| | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> |
| Alter | 25,02 (3) | 25,53 (3,11) | 24,76 (3) |
| | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> |
| Sexuelle Akte gesamt | 7,23 (3,38) | 8,8 (3,91) | 6,41 (2,81) |
| Partnerschaftliche Sexualität | 5,91 (2,88) | 6,27 (2,8) | 5,72 (2,95) |
| Sexuelle Initiative | 1,39 (1,33) | 2,2 (1,82) | 0,97 (0,73) |
| Masturbation gesamt | 1,34 (2,05) | 2,53 (2,72) | 0,72 (1,25) |
| Masturbation ohne Pornographiekonsum | 0,66 (1,33) | 1 (1,81) | 0,48 (0,99) |
| Masturbation mit Pornographiekonsum | 0,68 (1,34) | 1,53 (1,51) | 0,24 (0,51) |

Anmerkung. Pro sexueller Aktivität konnten mehrere Arten der sexuellen Aktivität angegeben werden. Pornographiekonsum wurde nur bei zuvor angegebener Masturbation erfasst.

Tabelle 2

Körperbild und sexuelle Kommunikation

| | Gesamt | Männer | Frauen |
|----------------------------|--------------|--------------|--------------|
| <i>n</i> | 44 | 15 | 29 |
| Vitale Körperdynamik | 39,52 (5,75) | 39,67 (6,31) | 39,45 (5,56) |
| Ablehnende Körperbewertung | 16,98 (5,5) | 15,07 (4,25) | 18,59 (5,9) |
| Sexuelle Kommunikation | 71,39 (7,55) | 71,8 (9) | 71,17 (6,89) |

Bei der zweiten Gruppe, den Sexabfragen, ist, da diese eventbasiert waren, der Maßstab der Vollständigkeit schwer anzusetzen bzw. überprüfbar. Die Fälle, in denen die Personen sexuell aktiv waren, es aber nicht angeben können nicht nachvollzogen werden.

Um die Compliance, also die Gewissenhaftigkeit, mit der die Proband*innen an der Studie teilnahmen und ihre Daten eingaben dennoch beurteilen zu können, kann das Post-Monitoring-Interview, nach Abschluss der 14-tägigen Erhebungsphase herangezogen werden. Hierbei wurde unter anderem die Ehrlichkeit erfragt, mit der die Proband*innen die Fragen während des ambulanten Assessments beantwortet hatten. Das konkrete Ja-Nein-Item dazu lautete: „*Ich habe Fragen unehrlich beantwortet (z.B. weil sie mir unangenehm oder peinlich waren)*“. Von den hier eingeschlossenen 44 Teilnehmer*innen gab dabei eine Person an, Fragen unwahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Zwei Personen machten keine Angaben. Dies kann insgesamt als ausreichende Compliance gewertet werden kann.

4.4.2. Prüfung der Voraussetzungen.

Die Prüfung der Voraussetzungen erfolgte ebenso wie die gesamte statistische Analyse mit IBM SPSS Statistics 24.

Bei allen Variablen handelt es sich um metrische Variablen. Lediglich die Erhebung des Geschlechts stellt eine dichotome Variable dar.

Extreme Ausreißer gab es nur in Bezug auf die Variablen Masturbation sowie Pornographiekonsum. Es handelte sich jeweils um die gleiche männliche Person. Für die weiteren Analysen wurde diese Person ausgeschlossen. Die oben angeführte deskriptive Statistik bezieht sich bereits auf die Stichprobe ohne diesen Ausreißer.

Bezüglich der Normalverteilung ergab der Shapiro-Wilk Test lediglich für die Variablen VKD und PSA eine Normalverteilung. Die Variablen AKB, SI, MOP, PK und SK sind dem Test zufolge nicht normalverteilt. Zunächst wurden die Daten dieser Variablen daher logarithmiert (vgl. Field, 2015). Da dies jedoch keinen nennenswerten Einfluss auf deren Normalverteilung hatte, wurden die logarithmierten Variablen zugunsten der Realitätsnähe wieder verworfen und mit den unveränderten Daten gerechnet. Auf Grundlage des zentralen Grenzwertsatzes wird aber davon ausgegangen, dass bei der vorliegenden Stichprobengröße, trotz der nicht gegebenen Normalverteilung, parametrische Verfahren eingesetzt werden können.

Da die Größe der vorliegenden Stichprobe mit $n = 44$ größer als 30 ist, wird ebenso gemäß dem zentralen Grenzwertsatz eine bivariate Normalverteilung angenommen (vgl. Bortz & Döring, 2006).

Zwischen den Variablen, zwischen denen ein Zusammenhang postuliert wird, ist dieser auf Grundlage von grafischer Darstellung als linear zu bewerten.

4.3. Testung der Hypothesen.

4.3.1. Hypothesen zur partnerschaftlichen sexuellen Aktivität (H1.1 – H1.3.2).

Die Pearson-Korrelation mit den Variablen Anzahl der partnerschaftlichen sexuellen Aktivitäten und Ablehnende Körperbewertung ergab keinen signifikanten Effekt ($r = .11$, $p = .24$). Gleiches gilt für die Korrelation mit den Variablen Anzahl der partnerschaftlichen sexuellen Aktivitäten und Vitale Körperdynamik ($r = -.06$, $p = .36$) (vgl. Tab. 3).

Auch aus den Moderatoranalysen ergaben sich keine signifikanten Effekte: für AKB und DSCS als UV und PSA als AV konnte das Modell weder die Varianz erklären (korr. $R^2 = -.06$) noch war es signifikant ($p = .91$). Im Einklang mit diesen Ergebnissen war auch der Interaktionseffekt ($p = .96$) sowie alle Haupteffekte nicht signifikant.

Gleiches musste für das Modell mit VKD und SK als UV und PSA als AV festgestellt werden. Auch hier konnte das Modell weder die Varianz erklären (korr. $R^2 = -.06$) noch war es signifikant ($p = .87$). Der Interaktionseffekt ($p = .48$) sowie alle Haupteffekte waren auch hier nicht signifikant.

Die Moderatoranalyse, bei der das Geschlecht den Moderator, das Körperbild den Prädiktor und die partnerschaftliche sexuelle Aktivität den Regressor darstellte, zeigte ähnliche Ergebnisse. Das Modell mit AKB und Geschlecht als UV und PSA als AV konnte die Varianz nicht erklären (korr. $R^2 = -.05$) und war nicht signifikant ($p = .78$). Dazu passend war auch der Interaktionseffekt ($p = .96$) sowie alle Haupteffekte nicht signifikant.

Für VKD und SK als UV und PSA als AV konnte dieses Modell nicht die Varianz erklären (korr. $R^2 = .01$). Ebenso wenig war es signifikant ($p = .07$). Die Haupteffekte waren zwar nicht signifikant, allerdings zeigte sich beim Interaktionseffekt mit $p = .01$ (stand. Beta = .50) ein signifikanter Wert.

4.3.2. Hypothesen zur sexuellen Initiative (H2.1 – H2.3.2).

Der Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der angegebenen sexuellen Eigeninitiative und der Körperbildvariable AKB war laut der durchgeführten Pearson-Korrelation mit $r = -.24$ und $p = .06$ nicht signifikant. Dies gilt jedoch nicht für das Ergebnis der auf die Variablen SI und VKD bezogenen Pearson-Korrelation, welches mit $r = .31$ und $p = .02$ signifikant ausfiel (vgl. Tab. 3).

Die Moderatoranalyse, mit AKB als Prädiktor, SK als Moderator und SI als abhängige Variable ergab mit einer erklärten Varianz von $\text{korr. } R^2 < .01$, einem auf das Modell bezogenen $p = .37$ und einem Interaktionseffekt mit $p = .83$ rundum keine signifikanten Ergebnisse. Auch sämtliche Haupteffekte fügen sich in dieses Bild.

Tabelle 3

Korrelation Sexualität und AKB bzw. VKD

| | | Ablehnende Körperbewertung | Vitale Körperdynamik |
|--|--------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| <i>n</i> | | 44 | 44 |
| Anzahl partnerschaftliche sexuelle Akte | Korrelation nach Pearson | .11 | -.06 |
| | Signifikanz (1-seitig) | .24 | .36 |
| Sexuelle Initiative | Korrelation nach Pearson | -.24 | .31 |
| | Signifikanz (1-seitig) | .06 | .02* |
| Masturbation ohne Pornographiekonsum | Korrelation nach Pearson | -.14 | .41 |
| | Signifikanz (2-seitig) | .35 | <.01** |
| Pornographiekonsum | Korrelation nach Pearson | -.11 | -.11 |
| | Signifikanz (1-seitig) | .25 | .23 |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ebendieses Bild wurde bei der gleichen Moderatoranalyse mit der Körperbildvariable VKD statt AKB allerdings unterbrochen. Mit einem $p = .02$ konnte dieses somit signifikante Modell 16% der Varianz der sexuellen Initiative erklären ($\text{korr. } R^2 = .16$). Zudem war der Interaktionseffekt mit $p = .02$ und einem standardisierten Regressionskoeffizienten $\text{Beta} = .42$ signifikant. Des Weiteren war der Haupteffekt von VKD auf die sexuelle Initiative mit $p = .03$ ($\text{stand. Beta} = .40$) signifikant, nicht so jedoch der Haupteffekt der sexuellen Kommunikation.

Die Moderatoranalyse mit AKB und Geschlecht als UV und SI als AV ergab ein signifikantes Modell ($p < .01$) mit einem $\text{korr. } R^2 = .18$. Der Interaktionseffekt war zwar nicht

signifikant ($p = .27$), ebenso wenig der Haupteffekt von AKB, jedoch der Haupteffekt von Geschlecht ($p = .02$; stand. Beta = .37).

Die gleiche Moderatoranalyse für VKD, Geschlecht und SI ergab ebenso ein signifikantes Modell ($p < .01$; korr. $R^2 = .31$). Der Interaktionseffekt war signifikant: $p = .04$; stand. Beta = .34. Auch zeigte sich ein hoch signifikanter Haupteffekt des Geschlechts: $p < .01$; stand. Beta = .44. Der Haupteffekt der Variable VKD erwies sich als nicht signifikant.

4.3.3. Hypothesen zu Masturbation und Pornographiekonsum (H3.1 – H3.2.2).

Bezüglich des in Hypothese H3.1 postulierten Zusammenhangs zwischen der Anzahl der berichteten Masturbationen (ohne Pornographiekonsum) und den Körperbild Skalen ergab sich ein gemischtes Ergebnisbild. Mit $r = -.14$ und $p = .35$ ergab sich kein Effekt bezüglich des Zusammenhangs zwischen AKB und MOP. Jedoch ist mit $r = .41$ und $p < .01$ der Zusammenhang für MOP und VKD hoch signifikant. Für beide Analysen wurde eine Pearson-Korrelation gerechnet (vgl. Tab. 3).

Mit diesen Ergebnissen nur teilweise im Einklang waren die Analysen von H3.2 zum Zusammenhang zwischen dem eigenen Körperbild und dem berichteten Pornographiekonsum während der Masturbation. Zwischen letzterem und der Variable AKB konnte kein Effekt gefunden werden ($r = -.11$, $p = .25$). Gleiches gilt für den Zusammenhang zwischen PK und der Skala VKD ($r = -.11$, $p = .23$). Auch hier wurden Pearson-Korrelationen gerechnet (vgl. Tab. 3).

5. Diskussion

Nachdem die Ergebnisse der statistischen Analysen im vorherigen Abschnitt dargestellt wurden, sollen sie im Folgenden noch einmal zusammengefasst werden und im anschließenden Abschnitt diskutiert werden. Dabei werden die vorliegenden Ergebnisse auch mit denen vorangegangener Studien verglichen und mögliche Unterschiede diskutiert. Des Weiteren werden die Limitationen der vorliegenden Arbeit sowie der aus ihnen und dem aktuellen Forschungsstand resultierende Ausblick bezüglich zukünftiger Forschung in diesem Bereich beschrieben.

5.1. Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse.

In der vorliegenden Arbeit wurde der Zusammenhang zwischen dem eigenen Körperbild (erhoben mit den Skalen des FKB-20) und verschiedenen Aspekten der sexuellen Aktivität (erhoben durch ein ambulantes Assessment) in einer Stichprobe von $n = 44$ Teilnehmer*innen untersucht. Anschließend war es Ziel zu überprüfen, ob dieser postulierte Zusammenhang durch das Geschlecht oder die Qualität der sexuellen Kommunikation (erhoben durch die DSCS) im Sinne einer Moderation beeinflusst wird. Im Folgenden werden die Ergebnisse der statistischen Hypothesentestungen zusammengefasst und interpretiert. Zur besseren Übersicht ist dies in drei Abschnitte gemäß der untergeordneten Forschungsfragen (F1 – F3) untergeteilt.

5.1.1. Körperbild und partnerschaftlich ausgelebte Sexualität.

Beim Zusammenhang von Körperbild und partnerschaftlich ausgelebter Sexualität zeigte sich eine eindeutige Ergebnislage: da sämtliche Unterhypothesen nicht angenommen werden konnten, kann auch die Hypothese des Zusammenhangs zwischen Körperbild und partnerschaftlicher sexueller Aktivität nicht angenommen werden. Das Körperbild scheint sich in der vorliegenden Stichprobe also nicht auf die Häufigkeit von partnerschaftlicher Sexualität auszuwirken und vice versa. Da kein Zusammenhang gefunden wurde, überrascht es nicht, dass auch das Geschlecht und die sexuelle Kommunikation als Moderatoren für den vermuteten Zusammenhang nicht angenommen werden können. Eine mögliche Erklärung dieser Ergebnisse birgt der Blick auf das folgende Hypothesencluster, die sexuelle Initiative betreffend.

5.1.2. Körperbild und sexuelle Initiative.

Etwas uneinheitlicher fällt das Urteil über die Hypothesen aus, die sich auf die sexuelle Initiative bezogen. Betrachten wir zunächst die Hypothesen, die das Körperbild repräsentiert

durch die Skala AKB beinhalten. Auch diese Hypothesen können nicht angenommen werden. Es scheint also kein Zusammenhang zwischen ablehnender Körperbewertung und sexueller Initiative zu bestehen und dieser Zusammenhang wird demzufolge auch nicht durch das Geschlecht oder die sexuelle Kommunikation moderiert.

Wurde das Körperbild jedoch durch die Skala der VKD erhoben, zeigte sich das gegenteilige Bild. Es gab einen mittleren positiven Zusammenhang zwischen der vitalen Körperdynamik und der sexuellen Initiative: dabei initiieren Menschen mit einer hohen vitalen Körperdynamik häufiger die partnerschaftliche Sexualität als Menschen mit einer niedrigeren vitalen Körperdynamik. Ein korrelativer Zusammenhang lässt zwar keine Schlüsse auf die Kausalität zu, jedoch stellt sich die Frage, inwieweit die sexuelle Initiative die vitale Körperdynamik beeinflussen kann? Denkbar wäre jedoch, dass beide Variablen, SI und VKD wiederum von einer dritten Variablen, z.B. der Grundstimmung eines Menschen, abhängen. Eine Kausalität ist also in jedem Fall nicht aus dem gefundenen Zusammenhang zu schließen.

Was jedoch zu schließen ist, ist dass das Geschlecht diesen Zusammenhang gering moderiert. Genauer gesagt gab es einen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen, wobei der Zusammenhang zwischen VKD und SI für Männer stärker war als für Frauen.

Doch nicht nur das Geschlecht, sondern auch die sexuelle Kommunikation, so scheint es, tangiert die Korrelation von VKD und SI: auch wenn der Einfluss von SK noch geringer als der vom Geschlecht zu sein scheint, ist dennoch eine Interaktion zwischen SK und VKD zu erkennen: Je höher die sexuelle Kommunikation ist, desto stärker ist der Zusammenhang von VKD und SI.

Die Unterhypothesen H2.1.2, H2.2.2 und H2.3.2 können also vorläufig angenommen werden, wenngleich die Übergeordneten Hypothesen H2.1, H2.3 und H2.3 nicht angenommen werden können.

5.1.3. Körperbild und Masturbation bzw. Pornographiekonsum.

Wie schon bei der sexuellen Initiative erwies es sich auch beim Zusammenhang von Körperbild und Masturbation o. P. als sinnvoll, die einzelnen Körperbildskalen getrennt voneinander zu beobachten. Wie in den bisherigen Hypothesen kann auch hier die Hypothese, in der das Körperbild durch die AKB Skala abgebildet wurde, nicht angenommen werden.

Demgegenüber zeigte sich zwischen der vitalen Körperdynamik und der Masturbationshäufigkeit in der vorliegenden Stichprobe ein schwacher bis mittlerer positiver

Zusammenhang, der zudem hoch signifikant war. Auch wenn die Unterhypothese H3.1.2 also angenommen werden darf, gilt dies nicht die übergeordnete Hypothese H3.1.

Die Hypothesen zum Zusammenhang von Körperbild und Pornographiekonsum zeigen wieder ein stimmiges Bild: für beide Skalen sind die Hypothesen nicht anzunehmen. Das Körperbild scheint also nicht mit der Häufigkeit von Pornographiekonsum in Verbindung zu stehen.

5.1.4. Unterschiede zwischen partnerschaftlicher Sexualität und sexueller Initiative.

Stellt man den durchwegs abgelehnten Hypothesen zur partnerschaftlichen Sexualität die teilweise, nämlich für VKD, anzunehmenden Zusammenhänge zwischen Körperbild und sexueller Initiative gegenüber, lässt dies vorsichtige Interpretationen zu (die folgenden Schlüsse beziehen sich lediglich auf die Hypothesen zur VKD).

In erster Linie zeigt sich, dass eine Unterteilung in partnerschaftliche Sexualität einerseits und Initiative bezogen auf diese partnerschaftliche Sexualität andererseits sinnvoll war. Ferner bedeutet es, dass VKD im Zusammenhang mit SI, nicht aber im Zusammenhang mit der allgemeinen partnerschaftlichen sexuellen Aktivität zu stehen scheint. Dies macht insofern Sinn, da bei der PSA auch die Initiative des bzw. der Partner*in mit einfließt. Die PSA zeigt also ein unklareres Bild, da die Daten hierbei weitaus mehr von dem bzw. der Partner*in mitbeeinflusst wurden. Natürlich gäbe es nun auch die Möglichkeit der umgekehrten Einflussnahme: mehr Sex könnte zu einem besseren Körperbild führen. Dieser zu Beginn der vorliegenden Arbeit erwogene Einfluss ist vor dem Hintergrund der Ergebnisse jedoch in Frage zu stellen. Hätte es diesen Einfluss gegeben, wäre der Zusammenhang zwischen Körperbild und PSA wahrscheinlich höher bzw. signifikant ausgefallen, zumindest wenn es sich um einen linearen Zusammenhang handeln würde.

Das Gedankenspiel der umgekehrten Einflussnahme lässt sich auch für SI anwenden: mehr sexuelle Initiative könnte zu einem besseren Körperbild führen. Da es für diese Wirkrichtung aber keine sinnvolle Begründung gibt, sieht der Autor die vorliegenden Ergebnisse als Hinweis darauf, dass die vitale Körperdynamik einen positiven Einfluss auf die sexuelle Initiative hat. Ebenso kann letztlich angenommen werden, dass bezogen auf VKD, Personen mit einem negativen Körperbild zwar weniger sexuelle Initiative ergreifen, kommt diese jedoch vom bzw. von der Partner*in oder zumindest von beiden, zeigen sie ähnlich viel PSA, wie Personen mit einem positiven Körperbild.

5.1.5. Unterschiede zwischen partnerschaftlicher Sexualität, Masturbation und Pornographiekonsum.

Die teilweise bestehenden Ergebnisunterschiede zwischen PSA und MOP, MOP und PK sowie PSA und PK sind an dieser Stelle besonders spannend zu interpretieren, da eine mögliche Interpretation bereits ad hoc vorgezeichnet wurde (vgl. 2.3.2 oder 2.3.3). Hierbei wurde Bezug genommen auf die Aussagen Wiedermans (2012), nach welchem es mehrere denkbare Szenarien gibt, wie das Körperbild die Sexualität beeinflusst. Daraus folgend wurde die Frage gestellt, wie wichtig in diesem postulierten Einfluss die soziale Komponente und der Fokus auf den eigenen Körper sind. Partnerschaftliche Sexualität beinhaltet die soziale Komponente, weniger aber den Fokus auf den eigenen Körper. Ebenso liegt beim Masturbieren mit Pornos der Fokus eher auf einem bzw. mehreren fremden Körpern, die soziale Komponente fällt hier jedoch gar nicht ins Gewicht. Und schließlich stellt die Masturbation ohne Pornographiekonsum den Fall dar, in dem die soziale Komponente gering ist, allerdings der Fokus auf dem eigenen Körper liegen könnte, in diesen zwei Kategorien also das Gegenteil zur partnerschaftlichen Sexualität.

Ob PSA, MOP oder PK, sämtliche Hypothesen, bei denen das Körperbild durch AKB erhoben wurde, sind zu verwerfen. Die Unterschiede bzgl. VKD lassen durch die diversen Ergebnisse jedoch Interpretationen oder zumindest Mutmaßungen zu. Hierbei scheint kein Zusammenhang zwischen VKD und PSA ebenso wie zwischen VKD und PK zu bestehen. Demgegenüber besteht jedoch ein Zusammenhang zwischen VKD und MOP. Der bereits in 2.3.2 und 2.3.3 angesprochene Unterschied zwischen PSA und PK einerseits und MOP andererseits besteht im Fokus auf den eigenen Körper. Es wäre also denkbar, dass ebendieser Unterschied ausschlaggebend ist. Der positive Zusammenhang zwischen VKD und MOP könnte daher kommen, dass Personen mit einer negativen vitalen Körperdynamik aufgrund des Fokus auf den eigenen Körper weniger Masturbation ohne Pornographiekonsum betreiben. Allerdings ist es problematisch nicht-signifikante Zusammenhänge mit einem signifikanten Zusammenhang zu vergleichen. Zudem spielen eine Vielzahl an denkbaren Variablen in die postulierten Zusammenhänge mit hinein, sodass diese Interpretationen nur als vage Überlegungen gesehen werden, die durch weitere Untersuchungen mit einem optimierten Untersuchungsdesign (vgl. 5.4) gesichert werden sollten.

5.1.6. Unterschiede zwischen ablehnender Körperbewertung und vitaler Körperdynamik.

Mit am auffälligsten ist der Unterschied zwischen den Subskalen des Körperbildes. Sehr deutlich zeigt sich dieser bei den Hypothesen zur sexuellen Initiative sowie zur Masturbation. Hier konnten die Hypothesen, bei denen das Körperbild im Sinne der vitalen Körperdynamik erhoben wurde, angenommen werden, die, bei denen es mittels der ablehnenden Körperbewertung erfasst wurde, mussten hingegen abgelehnt werden. Es gibt also bezogen auf SI und MOP einen Zusammenhang zu VKD, nicht aber zu AKB.

Dies könnte mehrere Ursachen haben, wovon zwei methodischer Natur sind und daher eher gegen eine direkte Interpretation der Skalenunterschiede sprechen. Betrachtet man den FKB-20 fällt zunächst auf, dass die Skalen beinahe zur Gänze entgegengesetzt gestellt sind. Alle 10 VKD-Items sind so formuliert, dass „trifft völlig zu“ bedeutet ein gutes Körperbild zu haben. Demgegenüber sind acht von 10 AKB-Items so gestellt, dass „trifft völlig zu“ ein negatives Körperbild widerspiegelt. Sollte eine Person nun beispielsweise eine Ja-sage-Tendenz haben, hätte sie automatisch eine hohe Ausprägung in der Skala VKD und eine niedrige in der Skala AKB. Tatsächlich fanden Albani und Kolleg*innen (2006) bei ihrer Normierung des FKB-20, dass ausgerechnet die zwei positiv gepolten AKB-Items die einzigen zwei Items waren, die nicht eindeutig auf dem erwarteten Faktor AKB, sondern auf beiden Faktoren bzw. auf VKD luden. Bewusst überspitzt formuliert könnten die Skalen also auch einfach nur die Zustimmungstendenz bzw. Grundstimmung der Teilnehmer*innen erhoben haben, oder zumindest könnte dies den eigentlichen Unterschied zwischen den Skalen etwas verfälscht haben.

Eine weitere Auffälligkeit des Fragebogens ist, dass sich zumindest zwei der 10 VKD Items auf eine sexuelle Thematik beziehen: „Oft spüre ich mich voll erotischer Spannung“ und „Mit meinen sexuellen Wünschen beschäftige ich mich gern“ (Clement & Löwe, 1996). Die AKB-Items hingegen sind durchwegs non-sexuell konnotiert. Jedoch stellt sich die Frage wie sehr zwei Items dabei ins Gewicht fallen. Vielleicht geht es also doch um einen grundlegenden Unterschied.

Eine weitere denkbare Möglichkeit liegt in dem begründet, was die Skalen erheben. Bei VKD geht es eher um ein Gefühl bzw. die daraus resultierenden körperlichen Handlungen bzw. bewegungsbezogene Aspekte (Clement & Löwe, 1996). Dies ist auch in der Formulierung der einzelnen Items, die Worte wie empfinden, fühlen, spüren und tanzen beinhalten, zu erkennen. Sexuelle Erregung bzw. Verlangen sind ebenso Gefühle, aus denen die körperliche Handlung

bzw. der bewegungsbezogene Aspekt sexuelle Aktivität resultiert. Ein Zusammenhang zwischen der sexuellen Aktivität, die ihren Ursprung wahrscheinlich in dem Gefühl des sexuellen Verlangens hatte und VKD liegt somit nahe. Demgegenüber erfasst die Skala AKB eine Bewertung bzw. Evaluation des eigenen Körpers (Clement & Löwe, 1996). Es geht um unzufrieden sein, gefallen, wünschen, stören. Das sexuelle Pendant wäre hierbei vielleicht eher die Bewertung der Sexualität. Was jedoch erhoben wurde war nicht die Bewertung, sondern die konkrete Handlung, die gelebte Sexualität. Natürlich kann eine Bewertung ebenso Einfluss auf eine Handlung haben. Die vorliegenden Ergebnisse deuten aber darauf hin, dass zumindest bezogen auf die Sexualität das Gefühl im eigenen Körper mehr Einfluss zu haben scheint als die Bewertung desselbigen. Unklar bleibt dennoch, welchen Einfluss die Unterschiede in der Operationalisierung der beiden Konstrukte haben.

5.1.7. Geschlecht und sexuelle Kommunikation als Moderatoren.

Die Interpretation der postulierten Moderatoren fällt recht schwer und ist etwas heikel. Auf den ersten Blick scheint es, als wäre bei Männern und Personen mit hoher sexueller Kommunikation der Zusammenhang zwischen VKD und SI höher. Dieser konkrete Schluss ist jedoch mit Vorsicht zu genießen.

Da die vorliegende Stichprobe ein relativ gutes Körperbild aufwies, ist der Einfluss des Geschlechts schwierig zu verallgemeinern. Ebenso teilt die Moderatoranalyse die Stichprobe aufgrund des Geschlechts in zwei Gruppen, wobei die der Männer gerade einmal 15 Personen zählt. Eine grafische Darstellung des Zusammenhangs zeigt, dass in der untersuchten Gruppe Männer mit sehr hoher VKD auch sehr hohe SI zeigen. Wie sehr dieser Zusammenhang auf Männer mit niedriger VKD bzw. SI übertragbar ist bleibt fraglich. Das Problem hierbei ist also die kleine Stichprobe und damit einhergehend die geringe Varianz in den Variablen.

Bezüglich der Moderation des Zusammenhangs zwischen VKD und SI durch SK gilt ähnliches. Auch hier ließen sich bessere Schlüsse ziehen, hätte man eine Stichprobe mit einer breiteren Streuung des KB sowie der SI und der SK zu Verfügung gehabt. Und so kann man auch hier nur bestenfalls erraten: In einer Stichprobe mit einer relativ hohen VKD scheint diese mit dem Anstieg der SI zu steigen und das umso stärker, je höher die SK ist. Ebenso ist hier jedoch fraglich, ob dies auch für Personen mit negativerem Körperbild und geringerer SI gilt.

Beide möglichen Schlüsse scheinen vor allem vor dem Hintergrund der praktischen Implikation schwierig zu interpretieren. Eine praktische Implikation wäre es beispielsweise, die Geschlechtergruppe, bei denen das KB die Sexualität stärker beeinflusst in den therapeutischen Fokus zu rücken, ebenso wie zu untersuchen ob Interventionen, wie z.B. die Förderung der

sexuellen Kommunikation dieser Gruppe helfen. Es scheint fraglich ob eine Stichprobe mit einer hohen VKD diese Schlüsse zulässt. Dennoch gab es auch in dieser Stichprobe einen Zusammenhang zwischen VKD und SI, sodass diesem Zusammenhang und den dazugehörigen Moderatoren in weiteren Untersuchungen näher nachgegangen werden sollte.

5.2. Diskussion der Ergebnisse.

Die gefundenen Ergebnisse entsprechen nur teilweise den auf Basis der Literaturrecherche erwarteten Ergebnissen. Wie dies zu erklären sein könnte, soll im Folgenden erörtert werden.

5.2.1. Unterschiede zu bisherigen Studien.

Die Unterschiede zwischen der vorliegenden Studie und vorangegangenen Untersuchungen betreffen in erster Linie den Zusammenhang zwischen KB und PSA. Der in bisheriger Forschung berichtete Zusammenhang konnte dabei nicht repliziert werden.

Die gefundenen Ergebnisse zur Beziehung von KB und SI sowie von KB und MOP stellen den bisherigen Forschungsstand relativ gut dar: es liegt bisher eine unklare Ergebnislage vor. Damit einhergehend konnte in dieser Studie auch nur eine der beiden KB-Skalen (VKD) signifikante Zusammenhänge zu SI bzw. MOP zeigen.

Bezüglich des gegenseitigen Einflusses von PK und KB ist die Einordnung der gefundenen Ergebnisse gegenüber bisheriger Forschung nicht möglich, da es bisher keine oder zu unterschiedliche Forschung gibt. Zwar wurden auch Studien angeführt, die einen möglichen Einfluss von Medien auf das KB suggerieren, diese können mit der vorliegenden Studie jedoch schwer verglichen werden. Um einen solchen Vergleich ziehen zu können, hätte die vorliegende Studie den Pornographiekonsum allgemein und nicht nur während der Masturbation erheben müssen.

Da die deutlichsten Diskrepanzen zu bisheriger Forschung in Bezug auf die PSA vorliegen, beziehen sich die im folgenden Abschnitt erwogenen Ursachen für das Zustandekommen der Diskrepanzen auch nur auf den Zusammenhang von PSA und KB.

5.2.2. Mögliche Ursachen für die Unterschiede zu bisherigen Studien.

Ausprägung und Varianz des Körperbildes

Im Gegensatz zu vorangegangener Forschung konzentrierte sich die vorliegende Arbeit bewusst auf beide Geschlechter und eine Stichprobe, die weder eine Extremgruppe darstellt, noch dem klinischen Kontext entnommen ist. Also nicht wie bei vielen anderen Studien nur

Stichproben mit Menschen wie Proband*innen mit Mamakarzinom oder Menschen, die unter einer Essstörung leiden (vgl. Fobair et al., 2006; Satinsky et al., 2012; Weaver & Byers, 2006; Wiederman & Pryor, 1997). Dies könnte ausschlaggebend sein, weil dadurch wahrscheinlich bezüglich des Körperbildes andere Verteilungen zustande gekommen sind. Es war sehr auffällig, wie niedrig bzw. hoch die Teilnehmer*innen der vorliegenden Untersuchung auf den Skalen AKB sowie VKD scorten, also wie gering ihre ablehnende Körperbewertung und wie groß ihre vitale Körperdynamik ausfiel. Die Normwerte, die an dieser Stelle mit Hinblick auf eine bessere Einordnung herangezogen werden können, sind jene aus dem FBK-20 Manual. Clement und Löwe (1996) bieten dabei Medizinstudierende als mögliche Vergleichsgruppe. Verglichen mit diesen lagen die hier untersuchten Frauen bei VKD drei Punkte über und bei AKB zwei Punkte unter den Medizinstudentinnen, die Männer eineinhalb Punkte darüber (VKD) bzw. darunter (AKB). Eine weitere mögliche Einordnung der Ergebnisse bieten die Untersuchungen von Albani und Kolleg*innen (2006), die den FKB-20 anhand einer repräsentativen deutschen Stichprobe mit $n = 2473$ Personen normierten. Vergleicht man die Frauen der vorliegenden Studie dabei mit den Frauen aus der Normierung, hätten sie einen Prozentrang von 59,4 für AKB und 81,2 für VKD. Damit hätte etwas mehr als die Mehrheit der Frauen der repräsentativen Stichprobe zwar weniger AKB, allerdings hätten auch rund vier Fünftel weniger VKD als die Frauen der vorliegenden Studie. Bei Männern ist das Bild einheitlicher: 44,3 % der Normstichprobe hatten weniger AKB und 74,3% weniger VKD. Die Männer der vorliegenden Stichprobe hatten also ein überdurchschnittlich gutes Körperbild. Insgesamt scheint die vorliegende Stichprobe damit ein auffallend positives Körperbild gehabt zu haben. Es könnte dadurch letztlich zu Ceiling-Effekten gekommen sein, die die Replikation der bisher gefundenen Zusammenhänge unwahrscheinlich machten (vgl. 5.2.3).

Operationalisierung des Körperbildes

Bei der Untersuchung von Faith und Share (1993) wurde zwar mit studierenden Proband*innen eine sehr ähnliche Stichprobe untersucht, allerdings konzentrierten sich die Forscher dabei eher auf das Körperbild im Sinne einer ständigen Selbstbeobachtung (spectatoring). Ebendieses spectatoring kann auch während sexueller Aktivität zum Tragen kommen, was einen Zusammenhang zur sexuellen Aktivität wahrscheinlicher macht. Anders im vorliegenden Fall: Hier wurde das Körperbild allgemein untersucht, nicht aber dessen Präsenz während sexueller Handlungen. Ebenso operationalisierten La Rocque und Cioe (2011) das Körperbild unter anderem mit dem Bewusstsein über den eigenen Körper während sexueller Handlungen, der Angst, den Körper im Zuge von sexuellen Handlungen zu zeigen oder dem Wunsch, ihn in

solchen Situationen zu verstecken. Auch hier liegt es nahe, dass Zusammenhänge zu Aspekten des Sexuallebens gefunden wurden, da das KB selbst in Bezug auf sexuelle Kontexte erhoben wird. Ähnliches gilt wohl für Amos und McCabe (2015), die statt dem KB die Beurteilung der eigenen sexuellen Attraktivität erhoben. Andere Studien wie die von Ackard et al. (2000) machten von vornherein keine Angaben zur Operationalisierung des Körperbildes, sodass dahingehend keine Interpretationen möglich sind.

Partnerschaft als Bias

Einen weiteren Unterschied zu Faith und Share (1993), La Rocque und Cioe (2011), Amos und McCabe (2015) sowie Ackard et al. (2000) stellt der Partnerschaftsstatus dar. Wurden bei ebendiesen Studien noch Personen unabhängig von einer Partnerschaft untersucht und auch nicht mit Blick auf die Ergebnisse differenziert, war eine Partnerschaft in der vorliegenden Untersuchung ein Einschlusskriterium. Dies könnte ein Bias bei der sexuellen Aktivität darstellen. In einer Partnerschaft zu leben erhöht einerseits, die Wahrscheinlichkeit, dass die Teilnehmer*innen wahrscheinlich sexuell aktiv sind. Zum anderen stellt sich die Frage, ob die in der Partnerschaft ausgelebte sexuelle Handlung immer von der Versuchsperson gewollt oder eher ein Eingehen auf die Initiation des Partners bzw. der Partnerin ist – unter Umständen sogar entgegen der eigenen Bedürfnisse, also aufgrund von sexual Compliance (vgl. 2.1.5). Es wird also unter Umständen nicht die autonom bestimmte Handlung einer Person erhoben, sondern jene, die möglicherweise von sozialen Mechanismen beeinflusst wurde. Aus genau diesem Grund untersuchte die vorliegende Studie auch die sexuelle Initiative. Dabei fällt auf, dass genau hier Zusammenhänge zwischen Körperbild und Sexualität gefunden werden konnten. Was als Hinweis auf das tatsächliche Vorhandensein von sexual Compliance ausgelegt werden könnte. Im Sinne der autonomen Entscheidung könnten die Ergebnisse von La Rocque und Cioe wohl eher mit den vorliegenden Ergebnissen zur SI verglichen werden. Die Autor*innen erhoben nicht die sexuelle Aktivität, die wie gesagt auch durch sexual Compliance zustande kommen kann, sondern stattdessen sexuell vermeidendes Verhalten. Dieses wiederum ist wohl auch eher als autonom anzusehen, wie die sexuelle Initiative.

Ein weiterer Einfluss, den die Situation der Partnerschaft auf die Homogenität der Stichprobe gehabt haben könnte, dreht sich um das Körperbild. Unter Umständen lag es also auch am Einschlusskriterium Partnerschaft, dass das Körperbild recht positiv ausfiel. Hierbei ist es einerseits denkbar, dass Menschen mit geringerem Körperbild möglicherweise schüchterner sind oder andere Persönlichkeitseigenschaften haben, die eine Partnerschaft unwahrscheinlicher machen (vgl. die unter 2.2.4 angeführten Zusammenhänge eines negativen

Körperbildes). Zum anderen könnte es aber auch sein, dass sich eine vorhandene Partnerschaft sowie daraus resultierende emotionale wie auch körperliche Nähe positiv auf das Körperbild auswirken. Da diese Vermutungen allerdings bisher von keinen Studien faktisch untermauert werden können, sollen sie hier nochmals deutlich als das, was sie sind, deklariert werden: Vermutungen.

Operationalisierung der Sexualität

Auch wenn es vorher bereits kritisiert wurde, ist an dieser Stelle auch noch einmal zu betonen, dass alle bisherigen Studien, sämtliche sexuellen Aspekte retrospektiv erhoben haben. Da dies Erinnerungsverzerrungen mit sich bringen kann, könnte auch dies eine denkbare Erklärung für die nicht replizierten Ergebnisse sein. Ebenso ist in Bezug auf die Operationalisierung der sexuellen Aspekte zu bedenken zu geben, dass Faith und Share (1993) und Ackard et al. (2000), diese nicht genauer beschrieben, sodass nicht klar ist, welche Handlungen als sexuelle Aktivität gewertet wurden.

Dissemination Bias

Anzumerken ist bzgl. der unerwarteten Ergebnisse an dieser Stelle aber auch, dass aufgrund des Dissemination Bias Studien mit negativen bzw. keinen eindeutigen Ergebnissen selten oder gar nicht publiziert werden (Bassler et al., 2016). Dass eine Arbeit mit keinem nennenswerten Effekt in ihren Ergebnissen von bisher publizierter Forschung abweicht, könnte also auch in der Problematik begründet sein, dass Forschung mit geringen oder keinen signifikanten Ergebnissen, bisher nicht veröffentlicht wurde.

5.2.3. Stichprobengröße und -zusammensetzung.⁵

Ein weiterer Grund für die vorliegenden Ergebnisse könnte die Stichprobengröße sein, die mit $n = 44$ relativ klein ist. So wird davon ausgegangen, dass mit steigendem Stichprobenumfang auch die Teststärke ansteigt und somit auch sehr kleine Effekte mit größerer Wahrscheinlichkeit entdeckt werden können (Bortz & Schuster, 2010). Da der gefundene Effekt beim Zusammenhang zwischen AKB und PSA mit einem positiven Wert von $r = .11$ aber nicht nur sehr gering, sondern auch entgegen der Hypothesenrichtung gerichtet war, ist das Argument hier wohl fragwürdig. Gleiches gilt für den unerwartet negativ gerichteten Zusammenhang

⁵ Die im Folgenden diskutierte Stichprobengröße und -zusammensetzung, könnte auch ein Grund für die Abweichung der Ergebnisse verglichen mit denen bisheriger Forschung sein. Da sie aber nicht nur vor diesem Hintergrund, sondern allgemein bzw. mit Hinblick auf die Limitationen dieser Arbeit zu diskutieren ist, wird sie in einem eigenen Unterpunkt behandelt.

zwischen VKD und der PSA von $r = -.06$. Die Stichprobengröße könnte aber bei der Nicht-Signifikanz des Zusammenhangs von AKB und SI eine Rolle gespielt haben. Nach Cohen (1988) werden bei $\alpha = .05$ und $\beta = .20$ mindestens $n = 85$ Versuchspersonen benötigt, um auch nur einen mittleren Effekt von $r = .3$ finden zu können, sodass man die Stichprobengröße nicht als Grund für den geringen Effekt in der vorliegenden Arbeit ausschließen darf.

Auch eine mit G*Power berechnete a posteriori Poweranalyse ergab, dass bei $\alpha = .05$, $\beta = .20$ und einer Stichprobe von $n = 44$ nur ein Effekt von mindestens $r = .36$ signifikant wäre. Betrachten wir die nicht-signifikanten Korrelationsergebnisse der vorliegenden Untersuchung und hierbei exemplarisch wiederum jenes von AKB und sexueller Initiative ($r = .24$), zeigt sich das folgende Bild: die Poweranalyse ergab hierfür eine Power von lediglich $.51$. Bei einer derart geringen Power und der vorliegenden Stichprobengröße sind aber erst Effekte von $r = .25$ signifikant. Anders formuliert: damit selbst der größte der hier gefundenen nicht-signifikanten Zusammenhänge ($r = .24$; AKB \leftrightarrow SI) signifikant wäre, hätte man eine Stichprobe von 49 Personen benötigt. In diesem Fall wäre die Power jedoch immer noch sehr gering und damit die β -Fehlerwahrscheinlichkeit mit $.49$ unerwünscht hoch gewesen. Hätte man nun also ein β von $.20$ haben wollen, hätte man 106 Personen gebraucht um eine signifikante Korrelation von $r = .24$ zu finden.

Wie weiter oben dargestellt, zeigte sich eine geringe Varianz in den Dimensionen des FKB-20. Ein ähnliches Bild war bei der sexuellen Kommunikation zu erkennen: auch hier lagen alle Personen in einem Bereich von 52 bis 78, wobei die Skala dafür ausgelegt ist, eine Range von 13 (niedrige) bis 78 (hohe Qualität der sexuellen Kommunikation) zu erheben. Die geringen Varianzen der Stichprobe könnten dahingehend problematisch sein, dass der FKB-20 wie auch die DSCS natürlich nicht konstruiert wurden, um eine derartig homogene Gruppe ausreichend zu differenzieren. Es könnte also, bedingt durch die homogene Stichprobe, zu einer Art Ceiling-Effekt gekommen sein, welcher geringere Effekte bei der Hypothesenprüfung bedingt haben könnte (vgl. Bortz & Döring, 2006).

Weitere Stichprobenparameter wie eine vorhandene Partnerschaft, ein eingegrenzter BMI oder die Wohnform der Teilnehmer*innen haben die Ergebnisse sicherlich auch mitbestimmt und werden bereits an anderen Stellen der Diskussion beschrieben.

5.3. Kritische Würdigung.

Zu den Limitationen zählt ganz allgemein, dass die vorliegende Arbeit im Rahmen einer übergeordneten Studie stattfand und einige Aspekte daher nicht optimal auf die Fragestellung dieser Arbeit ausgerichtet waren.

BMI und Studienteilnahme als Bias

Dass sich die vorliegende Studie zum Ziel gesetzt hatte, bewusst keine Extremgruppe zu untersuchen, scheint aufgrund der bisherigen einseitigen Forschungslage gut begründbar, dennoch birgt dies Mängel. Wie einige Studien zeigen, scheint ein BMI außerhalb des Normalbereichs bzw. Übergewicht und/oder Essstörungen in Zusammenhang mit einem negativen Körperbild zu stehen (Cash & Deagle, 1997; Harriger & Thompson, 2012). In der vorliegenden Studie waren allerdings Personen mit sehr hohem oder niedrigem BMI vorab ausgeschlossen worden. So überrascht es wenig, in einer Stichprobe mit mittlerem BMI nur Personen mit einem positiven Körperbild zu finden und in dieser homogenen Gruppe nur wenige Zusammenhänge zwischen dem Körperbild und der sexuellen Aktivität zu finden. Kommende Studien könnten daher in Erwägung ziehen, den BMI-Bereich weniger einzuschränken.

Ein weiteres Bias und somit eine Limitation könnte sein, dass sich alle Studienteilnehmer*innen freiwillig auf eine Studie zu sexuellem Erleben und Verhalten im Alltag gemeldet haben. Hier lässt sich mutmaßen, dass sich Personen, die sexuell wenig bis gar nicht aktiv sind bzw. in deren Leben Sexualität eine sehr geringe Rolle spielt, nicht an der Studie beteiligen würden. Die Frage ist also, inwiefern die vorliegende Stichprobe sexuell repräsentativ war. Dieses Problem wird jedoch schwer zu vermeiden sein.

Methodisches Vorgehen

Grundsätzlich positiv hervorzuheben ist das methodische Vorgehen. So war die vorliegende Untersuchung die erste ihrer Art, die die sexuelle Aktivität mit einem längsschnittlichem Verfahren per ambulanten Assessment erhob. Doch ebendies könnte auch Nachteile bergen. Was letztlich aus dieser Methodik folgte, war ein postulierter Zusammenhang zwischen einer längsschnittlich (sexuelle Aktivität) und einer querschnittlich (Körperbild) erhobenen Variable. Dies wurde unter der Annahme durchgeführt, dass das Körperbild ein zeitlich stabiler Trait sei (vgl. Clement & Löwe, 1996), sodass es sich unbedenklich mit einer längsschnittlich erhobenen Variable in Beziehung setzen lassen könnte. Doch was, wenn dem nicht so ist? So zeigt immerhin die zu Beginn angeführte Studie von Albright (2008), dass Frauen, nachdem sie Pornos gesehen hatten, den Eindruck hatten, ihr Partner würde ihren Körper kritischer beurteilen. Hierbei geht es zwar nicht um die eigene Körperbewertung oder das eigene Körpergefühl, aber doch um die Wahrnehmung von körperbezogener Fremdbewertung, welche mit recht einfacher Intervention (Pornographiekonsum) veränderbar zu sein scheint. Dies wirft durchaus die Frage auf, wie zeitstabil das Konstrukt des eigenen Körperbildes tatsächlich ist.

Letztlich wurde in der vorliegenden Studie also unter Umständen eine längsschnittlich erhobene Variable (sexuelle Aktivität) mit einem State also der Momentaufnahme einer Variablen (Körperbild) in Beziehung gesetzt.

Mögliche konfundierende Variablen

Eine weitere nicht exzellent gelöste methodische Facette ist in der statistischen Analyse zu verorten. Es stellt sich grundsätzlich immer die Frage nach konfundierenden Variablen. Variablen also, die den postulierten Zusammenhang beeinflussen, jedoch unbekannt sind und statistisch daher nicht berücksichtigt werden können. An dieser Stelle muss jedoch eingeräumt werden, dass die möglicherweise konfundierende Variable Geschlecht hätte berücksichtigt werden können und sollen. Betrachtet man exemplarisch die letztlich abgelehnte Hypothese H3.2. bzw. H3.2.1 (PK korreliert positiv mit AKB), so ist das Problem recht offensichtlich. Hier wurde postuliert, dass Personen mit einer hohen ablehnenden Körperbewertung mehr Pornos sehen. Frauen haben verglichen mit Männern eine höhere ablehnende Körperbewertung. Das zeigt einerseits die Literatur (Burke et al., 2012; Faith & Share, 1993; Ricciardelli & McCabe, 2001), andererseits auch die deskriptive Statistik der vorliegenden Arbeit. Es wäre also ein positiver Zusammenhang von weiblichem Geschlecht und AKB anzunehmen. Allerdings sehen Frauen eher weniger Pornos (Hald, 2006; Træen, Spitznogle & Beverfjord, 2004), was sich ebenso in der vorliegenden deskriptiven Statistik widerspiegelt. Der Zusammenhang zwischen Pornographiekonsum und weiblichem Geschlecht ist daher vermutlich negativ. Diese zwei Zusammenhänge laufen also diametral gegeneinander. Mit anderen Worten: Das Geschlecht könnte eine konfundierende Variable für den Zusammenhang zwischen Pornographiekonsum und Körperbild sein.

Diese am Beispiel der Hypothese H3.2 bzw. H3.2.1 gezeigte Problematik ist jedoch auch auf die Hypothesen H3.1 (KB ↔ MOP) sowie H2.1 (KB ↔ SI) anzuwenden, da aufgrund der deskriptiven Statistik auch ein Zusammenhang zwischen Masturbationshäufigkeit und dem Geschlecht sowie zwischen sexueller Initiative und dem Geschlecht erahnt werden kann. Bezogen auf Hypothese H2.1 (KB ↔ SI) ist es daher nicht verwunderlich, dass sich bei der Moderatoranalyse mit Geschlecht als Moderator des Zusammenhangs zwischen Körperbild und sexueller Initiative (H2.2) für beide Körperbildskalen ein signifikanter Haupteffekt vom Geschlecht zeigte. Um diesen Vermutungen nachzugehen wurden post-hoc t-Tests zum Mittelwertvergleich bei unabhängigen Stichproben (jeweils mit der Gruppenvariable Geschlecht) für AKB ($p = .1$) und VKD ($p = .91$) durchgeführt. Zwar waren diese nicht signifikant, die Welch-Tests zum Mittelwertvergleich bei unabhängigen Stichproben mit

unterschiedlichen Varianzen allerdings waren für Masturbation ($p = .03$) sowie sexuelle Initiative ($p = .02$) signifikant und für Pornographiekonsum ($p = .01$) sogar hoch signifikant. Letztlich ist es also ein Nachteil der vorliegenden Untersuchung, bei der Auswertung nicht genauer zwischen Männern und Frauen differenziert zu haben.

Doch auch konfundierende Variablen, die tatsächlich unbekannt und daher nicht kontrollierbar sind, könnten einen Einfluss auf die postulierten Zusammenhänge gehabt haben. So wäre es beispielsweise möglich, dass diverse Copingstrategien diese Wirkung hatten. Es könnte zum Beispiel sein, dass eine Person mit einem sehr schlechten Körperbild sexuell wenig aktiv ist (H1.1), da sie ihren Körper ungerne zeigt. Eine nahezu banale, aber effiziente Copingstrategie könnte dabei sein, nur Sex im Dunkeln, also ohne Licht zu praktizieren. Diese beispielhafte Person hätte somit trotz ihres negativen Körperbildes nicht weniger Sex als Menschen mit einem positiven Körperbild und der postulierte Zusammenhang (KB \leftrightarrow PSA) wäre nicht oder zumindest weniger deutlich vorhanden. Tatsächlich konnten Ackard und Kolleg*innen (2000) in ihrer Studie zu Körperbild und sexuellem Verhalten von Frauen genau diesen Zusammenhang finden: Frauen mit einem besseren Körperbild hatten weniger Hemmungen, Sex bei Licht zu haben. Diese Überlegungen könnten natürlich nicht nur die Hypothesen zur PSA, sondern auch die zur SI betreffen.

Eine weitere, einen vermuteten Zusammenhang schwächende, also konfundierende Variable könnte sein, dass Personen, die mit ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin zusammenwohnen, auf Grund der gemeinsamen Raumteilung weniger oft masturbieren und/oder Pornos sehen. Sollte dies der Fall sein, könnte es einen Impact auf die vorliegenden Ergebnisse gehabt haben, da dies 59,1% der erhobenen Stichprobe betroffen hätte.

Möglichkeiten und Grenzen der Interpretation

Diese möglichen angeführten Störvariablen sollen zwar keineswegs die Anzahl der abgelehnten Hypothesen schmälern, aber doch wohl zu ihrer differenzierten Interpretation ermutigen. Es sollte also bei jeder Hypothese der Nebensatz „wobei einige denkbare konfundierende Variablen nicht kontrolliert wurden“ mitgedacht werden. Dies sollte im Übrigen im gleichen Maße geschehen wie sich Rezipient*innen auch vergegenwärtigen sollten, dass, wenn die vorliegenden Hypothesen – ob abgelehnt oder angenommen – überhaupt Schlussfolgerungen auf die Gesamtpopulation zulassen, sie dies nur für heterosexuelle, junge, verpartnerte, gesunde Menschen mit relativ gutem Körperbild tun. Mit anderen Worten: die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind mit kritischer Vorsicht zu genießen. Oder, um diese Aussage positiv umzudeuten: Sie geben Anlass zu weiterer Forschung in diesem Bereich.

Zudem ist an dieser Stelle auch festzuhalten, dass die vorliegende Studie einen Beitrag zur Körperbild-Forschung leistet, indem sie die erste Studie ist, die den Zusammenhang von Körperbild und sexueller Aktivität an einer bzgl. Geschlecht gemischten, nicht-klinischen Studie mit Menschen, die in Partnerschaften leben untersuchte und dabei die Sexualität längsschnittlich erhob.

5.4. Ausblick.

Aufgrund der kleinen Stichprobe sowie deren geringer Varianz fällt eine schlüssige Interpretation der Ergebnisse schwer. Dennoch trägt die aktuelle Untersuchung zum wissenschaftlichen Fortschritt bei, indem sie Fragen aufwirft, die es in weiteren Untersuchungen zu klären gilt.

Ist der negative Zusammenhang von einem negativen Körperbild und sexueller Aktivität in einer Gruppe mit Menschen mit tendenziell positiverem Körperbild, die zudem in einer Partnerschaft leben, tatsächlich nicht zu finden? Wenn ja, wäre dies letztlich ein positives Ergebnis und weitere Forschung sowie die Therapie könnte sich auf Personen mit sehr negativem Körperbild und/oder ohne Partner*in konzentrieren.

Ist der postulierte Zusammenhang in bzgl. Geschlecht gemischten Stichproben nicht zu finden? Wie weiter oben ausführlich diskutiert, ist das Geschlecht bei einigen Hypothesen als konfundierende Variable denkbar. Um zu klären inwieweit das Geschlecht den Zusammenhang von KB und MOP moderiert, sollte es in zukünftiger Forschung mehr berücksichtigt werden. Besser noch: das Geschlecht sollte für die Zusammenhänge KB und SI, KB und MOP sowie KB und PK kontrolliert werden, bzw. die Zusammenhänge sollten für Frauen und Männer getrennt berechnet werden.

Doch nicht nur dem Geschlecht, sondern auch der sexuellen Orientierung sollte mehr Aufmerksamkeit bei der Erforschung des Zusammenhangs zwischen KB und Aspekten der Sexualität geschenkt werden. Zumindest deutete beispielsweise die Studie von Amos und McCabe (2015) darauf hin, dass dieser Zusammenhang bei homosexuellen Personen größer ist als bei heterosexuellen.

Dem Problem der uneinheitlichen Definition des Konstruktes Körperbild und der dementsprechend großen Anzahl an diversen Erhebungsinstrumenten wird schwer beizukommen sein. Eine Möglichkeit, um aber zumindest eine bessere Vergleichbarkeit zu bisherigen Studien zu erhalten, wäre durch den Einsatz von mehreren Messinstrumenten eine große Bandbreite verschiedener Körperbild-Aspekte abzudecken. Ebenso wäre es natürlich

denkbar einen neuen umfangreichen Körperbildfragebogen, der die etabliertesten Skalen beinhaltet, zu entwickeln.

Ebendieses breite Erfassen einer Variablen bezieht sich auch auf die Sexualität. Die Differenzierung in PSA, SI, MOP und PK erwies sich mit Hinblick auf die unterschiedlichen Ergebnisse als sinnvoll und gibt Anlass zu behaupten, weitere Forschung sollte mindestens ebenso genau, wenn nicht genauer zwischen den Facetten der ausgelebten Sexualität unterscheiden. Dies sollte auch geschehen, um der Frage nach den Einflüssen der Fokussierung auf den eigenen Körper sowie des sozialen Aspektes beim Zusammenhang zwischen KB und der Sexualität weiter nachgehen zu können.

Eine Studie, die den in dieser Arbeit aufgeworfenen Fragen nachgeht und die hier diskutierten Mängel dabei berücksichtigt, wäre also wie folgt denkbar:

Sie sollte groß genug sein, um auch kleinere Effekte nachweisen zu können. Dabei sollten unbedingt Männer und Frauen rekrutiert werden, wenn möglich auch die diversen Richtungen der sexuellen Orientierung. Je Untergruppe (z.B. homosexuelle Frauen) sollten es wohl im Sinne der oben angeführten Poweranalyse um die 100 Personen sein. Ebenso wäre es denkbar, den BMI weniger zu beschränken, um den Effekt seiner Varianz besser beurteilen zu können. Im Sinne einer besseren Interpretierbarkeit wäre es zudem wichtig, eine Stichprobe mit einer größeren Varianz in den einzelnen Variablen vor allem aber im KB zu generieren.

Um den Aspekt der sexuellen Initiative bzw. die Rolle des Partnerschaftsstatus eingehender zu untersuchen, könnten in Zukunft sowohl Daten von Personen, die in einer Partnerschaft leben, als auch von solchen, die nicht in einer Partnerschaft leben, erhoben und verglichen werden. Auch wäre es denkbar, bei Personen, die in einer Partnerschaft leben neben der SI auch die Häufigkeit sexueller Fantasien oder Wünsche zu untersuchen bzw. wie hoch ihre sexuelle Motivation ist. Die Sexualität sollte allgemein mindestens so detailliert wie in der vorliegenden Studie erfragt werden. Dabei wäre es zudem wünschenswert, den Pornographiekonsum nicht nur während der Masturbation, sondern auch während anderer Sexualität und losgelöst von Sexualität zu erheben.

Die oben beschriebene anzustrebende höhere Varianz in den verschiedenen Variablen ist auch wichtig, um die Rolle von Geschlecht und sexueller Kommunikation besser beurteilen zu können. Weitere Forschung diesbezüglich ist hierbei nötig und vor allem für die Praxis wichtig. Wie bereits erläutert, könnten sich Interventionen auf Grundlage neuer Ergebnisse möglicherweise auf eine Geschlechtergruppe fokussieren und die Förderung der sexuellen Kommunikation als therapeutische Maßnahme einsetzen. Dabei sollte bei der SK als Moderator auch untersucht werden, ob sich der Einfluss auf den Zusammenhang (KB ↔ SI) an gewissen

Stellen in seinem Vorzeichen, also seiner Richtung ändert. Es sollten also die significant Regions untersucht werden.

Des Weiteren und ebenso die Operationalisierung betreffend sollte das KB mit mehreren Fragebögen erhoben werden, um ein differenziertes Bild der verschiedenen Aspekte zu erhalten.

Insgesamt sollte, wegen der bisher geringen Forschung, vor allem der Zusammenhang von KB und SI sowie die Rolle des Geschlechts und der sexuellen Kommunikation tiefergehend untersucht werden.

5.5 Fazit.

Die vorliegende Arbeit hatte sich zum Ziel gesetzt, einige offene Fragen bezüglich des Zusammenhangs zwischen dem eigenen Körperbild und verschiedenen Aspekten der sexuellen Aktivität zu untersuchen. Dabei stimmen die gefundenen Ergebnisse nur bedingt mit bisheriger Forschung überein. Dies könnte an verschiedenen Stichprobencharakteristika wie z.B. dem Beziehungsstatus liegen. Dennoch ergaben sich daraus auch wichtige Hinweise: die Unterscheidung in die verschiedenen Aspekte der sexuellen Aktivität scheint sinnvoll zu sein. Zudem scheinen sexuelle Kommunikation und das Geschlecht den teilweise vorhandenen Zusammenhang zwischen dem Körperbild und der sexuellen Initiative zu moderieren. Es ließen sich jedoch weder die Fragen nach dem Einfluss des Geschlechts und der sexuellen Kommunikation noch des Fokus auf den eigenen Körper und der Anwesenheit einer anderen Person auf den Zusammenhang von Körperbild und sexueller Aktivität eindeutig beantworten.

Letztlich warf die Untersuchung bestehender offener Fragen, gemäß der Natur der Forschung, also viele neue Fragen auf. Die vorhandene unklare Datenlage zeigt somit am Ende vor allem eines: es ist wichtig weitere Forschung zu betreiben. Hierbei sollte auf eine ausreichende Stichprobengröße sowie auf bezüglich des Körperbildes, Geschlechts, BMI und Partnerschaft möglichst breitgefächerte bzw. repräsentative Stichproben geachtet werden. Außerdem sollten diverse weitere Variablen wie sexuelle Fantasien und Wünsche sowie sexuelle Motivation berücksichtigt werden.

Literaturverzeichnis

- Ackard, D. M., Kearney-Cooke, A., & Peterson, C. B. (2000). Effect of body image and self-image on women's sexual behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 28(4), 422–429. doi: 10.1002/1098-108X(200012)28:4<422::AID-EAT10>3.0.CO;2-1
- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Daig, I., Schmutzer, G., Bailer, H., ... Brähler, E. (2006). Überprüfung und Normierung des "Fragebogen zum Körperbild" (FKB-20) von Clement und Löwe (1996) an einer repräsentativen deutschen Bevölkerungsstichprobe. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 15(3), 99–109.
- Albright, J. M. (2008). Sex in America online: An exploration of sex, marital status, and sexual identity in Internet sex seeking and its impacts. *Journal of Sex Research*, 45, 175–186. doi: 10.1080/00224490801987481
- APA (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Amos, N., & McCabe, M. (2015). The importance of feeling sexually attractive: Can it predict an individual's experience of their sexuality and sexual relationships across gender and sexual orientation?. *International Journal of Psychology*, 52(5), 354–363. doi: 10.1002/ijop.12225
- Appel, A., Hofmeister, D., Brähler, E., & Borkenhagen, A. (2015). Körperbild und Körperschmuck – Körperbild und Körperzufriedenheit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit und ohne Tattoos und Piercings. *Psychotherapeut*, 60, 505–510. doi: 10.1007/s00278-015-0062-3
- Auslander, B. A., Baker, J., & Short, M. B. (2012). The connection between young women's body esteem and sexual assertiveness. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 25(2), 127–130. doi: 10.1016/j.jpog.2011.11.008
- Babin, E. A. (2013). An examination of predictors of nonverbal and verbal communication of pleasure during sex and sexual satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(3), 270–292. doi: 10.1177/0265407512454523
- Bancroft, J. (2005). The endocrinology of sexual arousal. *The Journal of Endocrinology*, 186(3), 411–427. doi: 10.1677/joe.1.06233

- Bancroft, J. (2009). *Human sexuality and its problems* (3. Aufl.). Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Bancroft, J., & Graham, C. A. (2011). The varied nature of women's sexuality: Unresolved issues and a theoretical approach. *Hormones and Behavior*, *59*(5), 717–729. doi: 10.1016/j.yhbeh.2011.01.005
- Basdekis-Jozsa R., Berner W., & Briken P. (2009). Syndrome sexueller Sucht – Phänomenologie, Ätiologie und Therapie. *Sucht*, *55*(6), 357–364. doi: 10.1024/2009.06.05
- Bassler, D., Müller, K. F., Briel, M., Kleijnen, J., Marusic, A., Wager, E., ... Meerpohl, J. J. (2016). Bias in dissemination of clinical research findings: structured OPEN framework of what, who and why, based on literature review and expert consensus. *BMJ Open*, *6*(1), 1–8. doi: 10.1136/bmjopen-2015-0100
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *26*(1), 51–65. doi: 10.1080/009262300278641
- Basson, R., Leiblum, S. R., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., ... Schultz, W., W. (2004). Revised definitions of women's sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, *1*(1), 40–48. doi: 10.1111/j.1743-6109.2004.10107.x
- Beier, K. M., & Loewit, K. (2011). *Praxisleitfaden Sexualmedizin*. Heidelberg: Springer.
- Bodenmann, G., Atkins, D. C., Schar, M., & Poffet, V. (2010). The association between daily stress and sexual activity. *Journal of Family Psychology*, *24*(3), 271–279. doi: 10.1037/a0019365
- Bogart, L. M., Cecil, H., Wagstaff, D. A., Pinkerton, S. D., & Abramson, P. R. (2000). Is it „sex“?: College students' interpretations of sexual behavior terminology. *Journal of Sex Research*, *37*(2), 108–116. doi: 10.1080/00224490009552027
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Humanwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg: Springer.

- Briken P., Habermann N., Berner W., & Hill A. (2007). Diagnosis and treatment of sexual addiction: A survey among German sex therapists. *Sexual Addiction & Compulsivity*, *14*(2), 131–143. doi: 10.1080/10720160701310450
- Briken, P., von Franqué, F., & Berner, W. (2013). Paraphilie und hypersexuelle Störungen. In P. Briken & M. Berner (Hrsg.), *Praxisbuch Sexuelle Störungen* (S. 239–250). Stuttgart: Thieme.
- Brogan, S., Fiore, A., & Wrench, J. (2009). Understanding the psychometric properties of the sexual communication style scale. *Human Communication*, *12*, 421–445.
- Bucher, T., Hornung, R., Gutzwiller, F., & Buddeberg, C. (2001). Sexualität in der zweiten Lebenshälfte. In H. Berberich & E. Brähler (Hrsg.), *Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte* (S. 31–59). Giessen: Psychosozial Verlag.
- Burke, N. L., Schaefer, L. M., & Thompson, J. K. (2012). Body image. In V. S. Ramachandran (Hrsg.), *Encyclopedia of Human Behavior* (2. Aufl.) (S. 365–371). San Diego: Academic Press.
- Burke, P. J., Katz-Wise, S. L., Spalding, A., & Shrier, L. A. (2018). Intimate relationships and sexual behavior in young women with depression. *Journal of Adolescent Health*, *63*(4), 429–434. doi: 0.1016/j.jadohealth.2018.05.022
- Büsing, S., Hoppe, C., & Liedtke, R. (2001). Sexuelle Zufriedenheit von Frauen – Entwicklung und Ergebnisse eines Fragebogens. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, *51*, 68–75. doi: 10.1055/s-2001-10757
- Byers, E. S., & Heinlein, L. (1989). Predicting initiations and refusals of sexual activities in married and cohabiting heterosexual couples. *Journal of Sex Research*, *26*(2), 210–231. doi: 10.1080/00224498909551507
- Byers, E. S., & Demmons, S. (1999). Sexual satisfaction and sexual self-disclosure within dating relationships. *Journal of Sex Research*, *36*(2), 180–189. doi: 10.1080/00224499909551983
- Byers, E. S. (2011). Beyond the birds and the bees and was it good for you?: Thirty years of research on sexual communication. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, *52*(1), 20–28. doi: 10.1037/a0022048

- Carroll, J. L. (2010). *Sexuality now: Embracing diversity* (3. Aufl.). Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.
- Cash, T. F. (1994). Body-image attitudes: Evaluation, investment, and affect. *Perceptual and Motor Skills*, 78(3c), 1168–1170. doi: 10.2466/pms.1994.78.3c.1168
- Cash, T. F., & Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimianervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107–125. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2<107::AID-EAT1>3.0.CO;2-J
- Cash, T. F., & Fleming, E. C. (2002a). Body image and social relations. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*, 277–286.
- Cash, T. F., & Fleming, E. C. (2002b). The impact of body image experiences: development of the body image quality of life inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 31(4), 455–460. doi: 10.1002/eat.10033
- Cash, T. F. (2011). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In T. F. Cash & L. Smolak (Hrsg.) *Body image. A handbook of science, practice, and prevention* (2. Aufl.) (S. 39–47). New York: Guilford.
- Catania, J. A. (2010). Dyadic Sexual Communication Scale. In T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber & S. L. Davis (Hrsg.), *Handbook of Sexuality-Related Measures* (3. Aufl.) (S. 130–131). New York: Routledge.
- Clement, U., & Löwe, B. (1996). *Fragebogen zum Körperbild (FKB-20)*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2. Aufl.). Hillsdale: Erlbaum.
- Cordes, M., Bauer, A., Waldorf, M., & Vocks, S. (2015). Körperbezogene Aufmerksamkeitsverzerrungen bei Frauen und Männern. *Psychotherapeut*, 60(6), 477–487. doi: 10.1007/s00278-015-0058-z
- Cwynar-Horta, J. C. (2016). The commodification of the body positive movement on Instagram. *Interdisciplinary Journal of Communication*, 8(2), 36–56.

- Cupbach, W. R., & Comstock, J. (1990). Satisfaction with sexual communication in marriage: Links to sexual satisfaction and dyadic adjustment. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 179–186. doi: 10.1177/0265407590072002
- Deutsches Ärzteblatt (2019). *Zahl der Schönheitsoperationen nimmt zu*. Zugriff am 1. Oktober 2019, von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/103179/Zahl-der-Schoenheitsoperationen-nimmt-zu>
- Deutsches Ärzteblatt (2018). *Zahl der Schönheitsoperationen weiter gestiegen*. Zugriff am 1. Oktober 2019, von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/94803/Zahl-der-Schoenheitsoperationen-weiter-gestiegen>
- Deutsches Ärzteblatt (2009). *Intimchirurgie: Ein gefährlicher Trend*. Zugriff am 1. Oktober 2019, von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/63783/Intimchirurgie-Ein-gefaehrlicher-Trend>
- DIMDI (2010). *Internationale Klassifikation der Krankheiten*, 10. Revision. Zugriff am 15. Oktober 2019, von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10>
- Duden (1993). *Zitate und Aussprüche* (Band 12.). Mannheim: Dudenverlag.
- Duden (2020). *Masturbation*. Zugriff am 18. Februar 2020, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Masturbation>
- Duden (2020). *Pornographie*. Zugriff am 18. Februar 2020, von <https://www.duden.de/suchen/dudenonline/pornographie>
- Faith, M. S., & Share, M. L. (1993). The role of body image in sexually avoidant behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 22(4), 345–356. doi: 10.1007/BF01542123
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Pawlik, K., & Perrez, M. (2007). Ambulantes Assessment – Verhalten im Alltagskontext erfassen. *Psychologische Rundschau*, 58(1), 12–23. doi: 10.1026/0033-3042.58.1.12
- Faulstich, W. (1994). *Die Kultur der Pornografie: Kleine Einführung in Geschichte, Medien, Ästhetik, Markt und Bedeutung*. Bardowick: Wissenschaftler-Verlag.
- Field, A. (2015). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics: And sex and drugs and rock'n'roll* (4. Aufl.). Los Angeles, London, New Delhi: Sage.

- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *15*(7), 579–594. doi: 10.1002/pon.991
- Frederick, D. A., Lever, J., Gillespie, B. J., & Garcia, J. R. (2017). What keeps passion alive? Sexual satisfaction is associated with sexual communication, mood setting, sexual variety, oral sex, orgasm, and sex frequency in a national U.S. study. *The Journal of Sex Research*, *54*(2), 186–201. doi: 10.1080/00224499.2015.1137854
- Gausche, R., Beger, C., Kess, A., Körner, A., & Kiess, W. (2019). Neues zur Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. *Kinder- und Jugendmedizin*, *19*(01), 24–28. doi: 10.1055/a-0810-1231
- Gerressu, M., Mercer, C. H., Graham, C. A., Wellings, K., & Johnson, A. M. (2008). Prevalence of masturbation and associated factors in a British national probability survey. *Archives of Sexual Behavior*, *37*(2), 266–278. doi: 10.1007/s10508-006-9123-6
- Giles, K. R., & McCabe, M. P. (2009). Conceptualizing women's sexual function: Linear vs. circular models of sexual response. *Journal of Sexual Medicine*, *6*, 2761–2771. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01425.x
- Giraldi, A., Kristensen, E., & Sand, M. (2014). Endorsement of models describing sexual response of men and women with a sexual partner: An online survey in a population sample of danish adults ages 20-65 years. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*(1), 116–128. doi: 10.1111/jsm.12720
- Götz, M., & Herche, M. 2013. Wespentaille und breite Schultern. Der Körper der „globalen“ Mädchen- und Jungencharaktere in animierten Kindersendungen. In M. Götz (Hrsg.), *Die Fernsehheld(inn)en der Mädchen und Jungen. Geschlechterspezifische Studien zum Kinderfernsehen* (S. 63–79). München: kopaed.
- Grabe, S., Ward, L. M., & Hyde, J. S. (2008). Role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, *134*, 460–476. doi: 10.1037/0033-2909.134.3.460.
- Grauerholz, E., & Serpe, R. T. (1985). Initiation and response: The dynamics of sexual interaction. *Sex Roles*, *12*, 1041–1059. doi: 10.1007/BF00288104

- Grogan, S. (2016). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. London: Routledge.
- Haavio-Mannila, E., & Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of sexual behavior*, 26(4), 399–419. doi: 10.1023/A:1024591318836
- Hald, G.M. (2006). Gender differences in pornography consumption among young heterosexual Danish adults. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 577–585. doi: 10.1007/s10508-006-9064-0
- Hamilton, L. D., & Julian, A. M. (2014). The relationship between daily hassles and sexual function in men and women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40, 379–95. doi: 10.1080/0092623X.2013.864364
- Harriger, J. A., & Thompson, J. K. (2012). Psychological consequences of obesity: Weight bias and body image in overweight and obese youth. *International Review of Psychiatry*, 24(3), 247–253. doi: 10.3109/09540261.2012.678817
- Harrison, K. (2009). Media and the body. In R. L. Nabi & M. B. Oliver (Hrsg.), *The Sage handbook of media processes and effects* (S. 393–407). Los Angeles: Sage.
- Heßling, A., & Bode, H. (2015): *Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Hickman, S. E., & Muehlenhard, C. L. (1999). “By the semi-mystical appearance of a condom”: How young women and men communicate sexual consent in heterosexual situations. *Journal of Sex Research*, 36(3), 258–272. doi:10.1080/00224499909551996
- Kaplan, H. S. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 3(1), 3–9. doi: 10.1080/00926237708405343
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: WB Saunders.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: WB Saunders.
- Küchenhoff, J., & Agarwalla, P. (2012). *Körperbild und Persönlichkeit. Die klinische Evaluation des Körpererlebens mit der Körperbild-Liste* (2. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.

- La Rocque, C. L., & Cioe, J. (2011). An Evaluation of the relationship between body image and sexual avoidance, *The Journal of Sex Research*, 48(4), 397–408. doi: 10.1080/00224499.2010.499522
- Linke, C., Stüwe, J., & Eisenbeis, S. (2017). Überwiegend unnatürlich, sexualisiert und realitätsfern. Eine Studie zu animierten Körpern im deutschen Kinderfernsehen. *TelevIZion*, 30(2), 14–17. doi: 10.30820/9783837974560-277
- Littleton, H. L., & Ollendick, T. (2003). Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents: what places youth at risk and how can these problems be prevented?. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 51–66. doi: 10.1023/A:1022266017046
- MacNeil, S., & Byers, E. S. (2005). Dyadic assessment of sexual self-disclosure and sexual satisfaction in heterosexual dating couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22(2), 169–181. doi: 10.1177/0265407505050942
- McKee, A., Albury, K., & Lumby, C. (2008). *The porn report*. Carlton, Australia: Melbourne University Press.
- Mallory, A. B., Stanton, A. M., & Handy, A. B. (2019). Couples' sexual communication and dimensions of sexual function: a meta-analysis. *The Journal of Sex Research*, 56(7), 882–898. doi: 10.1080/00224499.2019.1568375
- Martin, A., & Svaldi, J. (2015). Körperbild und Körperbildstörung. *Psychotherapeut*, 60, 475–476. doi: 10.1007/s00278-015-0065-0
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little Brown.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1967). *Die sexuelle Reaktion*. Frankfurt: Akademische Verlagsgesellschaft.
- McCreary, D. R. (2011). Body image and muscularity. In T. F. Cash & L. Smolak, (Hrsg.), *Body image: A Handbook of Science, Practice and Prevention* (2. Aufl.) (S. 198–205). New York: The Guilford Press.
- Milek, A., & Bodenmann, G. (2018). Stressbewältigung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2* (S. 557–568). Berlin, Heidelberg: Springer.

- Miller-Ott, A. E., & Linder, A. (2013). Romantic Partners' Use of Facework and Humor to Communicate about Sex. *Qualitative Research Reports in Communications*, 14(1), 69–78. doi: 10.1080/17459435.2013.835344
- Mitchell, K. R., Wellings, K. A., & Graham, C. (2014). How do men and women define sexual desire and sexual arousal?. *Journal of sex & marital therapy*, 40(1), 17–32. doi: 10.1080/0092623X.2012.697536
- Mellor, D., Fuller-Tyszkiewicz, M., McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2010). Body image and self-esteem across age and gender: A short-term longitudinal study. *Sex Roles*, 63, 672–681. doi: 10.1007/s11199-010-9813-3
- Mosher, D. L., Barton-Henry, M., & Green, S. E. (1988). Subjective sexual arousal and 100 involvement: Development of multiple indicators. *The Journal of Sex Research*, 25(3), 412–425.
- Murray, K. M., Byrne, D. G., & Rieger, E. (2011). Investigating adolescent stress and bodyimage. *Journal of Adolescence*, 34(2), 269–278. doi: 10.1016/j.adolescence.2010.05.004
- Nitzko, S. (2010). Übergewicht und Adipositas in Kindheit und Jugend. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 831–851. doi: 10.13109/prkk.2010.59.10.831
- Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F. A. (2006). Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. *Journal of sex & marital therapy*, 32(2), 173–182. doi: 10.1080/00926230500442334
- Noles, S. W., Cash, T. F., & Winstead, B. A. (1985). Body image, physical attractiveness, and depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 53(1), 88–94. doi: 10.1037/0022-006X.53.1.88
- O'Sullivan, L. F., & Allgeier, E. R. (1998). Feigning sexual desire. Consenting to unwanted sexual activity in heterosexual dating relationships. *Journal of Sex Research*, 35(3), 234–243. doi: 10.1080/00224499809551938
- O'Sullivan, L. F., & Byers, E. S. (1992). College students' incorporation of initiator and restrictor roles in sexual dating interactions. *The Journal of Sex Research*, 29(3), 435–446. doi: 10.1080/00224499209551658

- Payk, T. R. (2007). *Psychopathologie* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Peter, J., & Valkenburg, P. M. (2014). Does exposure to sexually explicit Internet material increase body dissatisfaction? A longitudinal study. *Computers in Human Behavior*, *36*, 297–307. doi: 10.1016/j.chb.2014.03.071
- Pfaus, J. G. (1999). Revisiting the concept of sexual motivation. *Annual review of sex research*, *10*, 120–156. doi: 10.1080/10532528.1999.10559777
- Quenzel, G. (2015). *Entwicklungsaufgaben und Gesundheit im Jugendalter*. Weinheim: Beltz.
- Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2001). Self-esteem and negative affect as moderators of sociocultural influences on body dissatisfaction, strategies to decrease weight, and strategies to increase muscles among adolescent boys and girls. *Sex Roles*, *44*(3-4), 189–207. doi: 10.1023/A:1010955120359
- Sand, M., & Fisher, W. A. (2007). Women's endorsement of models of female sexual response: The nurses' sexuality study. *Journal of Sexual Medicine*, *4*(3), 708–719. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00496.x
- Sanders, S. A., Hill, B. J., Yarber, W. L., Graham, C. A., Crosby, R. A., & Milhausen, R. R. (2010). Misclassification bias: Diversity in conceptualisations about having 'had sex'. *Sexual health*, *7*(1), 31–34. doi: 10.1071/SH09068
- Satinsky, S., Reece, M., Dennis, B., Sanders, S., & Bardzell, S. (2012). An assessment of body appreciation and its relationship to sexual function in women. *Body Image*, *9*(1), 137–144. doi: 10.1016/j.bodyim.2011.09.007
- von Schiller, F. (1818). *Wallenstein*. Stuttgart: Verlag Cotta.
- Schmidt, S., Petermann, F., Braehler, E., Stobel-Richter, Y., & Koglin, U. (2012). Körperbildwahrnehmung als Risikofaktor für chronischen Stress. *Kindheit und Entwicklung*, *21*(4), 227–237. doi: 10.1026/0942-5403/a00008
- Schönbucher, V. (2007). Sexuelle Zufriedenheit von Frauen: Psychosoziale Faktoren. *Zeitschrift für Sexualforschung*, *20*(1), 21–41. doi: 10.1055/s-2007-960559
- Shulman, J. L., & Horne, S. G. (2003). The use of self-pleasure: Masturbation and body image among african american and european american women. *Psychology of Women Quarterly*, *27*(3), 262–269. doi: 10.1111/1471-6402.00106

- Simms, D. C., & Byers, E. S. (2013). Heterosexual daters' sexual initiation behaviors: Use of the theory of planned behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 42(1), 105–116. doi: 10.1007/s10508-012-9994-7
- Sprecher, S., & Cate, R. M. (2004). Sexual satisfaction and sexual expression as predictors of relationship satisfaction and stability. In J. H. Harvey & S. Sprecher (Hrsg.), *The handbook of sexuality in close relationships* (S. 235–256). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Stark, R., Kagerer, S., Walter, B., Vaitl, D., Klucken, T., & Wehrum-Osinsky, S. (2015). Trait Sexual Motivation Questionnaire: Concept and validation. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(4), 1080–1091. doi: 10.1111/jsm.12843
- Statista (2019a). *Anzahl von Schönheitsoperationen weltweit in den Jahren 2010 bis 2017*. Zugriff am 1. Oktober 2019, von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/702578/umfrage/laender-mit-der-hoechsten-anzahl-an-schoenheitsoperationen/>
- Statista (2019b). *Mitgliederzahl der Fitnessstudios in Deutschland von 2003 bis 2018*. Zugriff am 1. Oktober 2019, von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/5966/umfrage/mitglieder-der-deutschen-fitnessclubs/>
- Stefini, A., & Löwe, B. (2009). Patienten mit primär körperlichen Erkrankungen – eine Untersuchung mit dem Fragebogen zum Körperbild (FKB-20). In P. Joraschky, T. Loew & F. Röhrich (Hrsg.), *Körpererleben und Körperbild - Ein Handbuch zur Diagnostik* (S. 79–88). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Strauß, B. (2001). Die so genannte Sex-Sucht – Klinische Aspekte süchtigen sexuellen Verhaltens. *Sucht*, 47(2), 82–87. doi: 10.1024/suc.2001.47.2.82
- Sydow, K., von. (2000). Sexuelle Entwicklung in Ehen und anderen Dauerbeziehungen. In: G. Kruse & S. Gunkel (Hrsg.). *Wenn Lust und Liebe Leiden schaffen: Herausforderungen in der Psychotherapie* (S. 165–187). Hannover: Ärzte-Verlags-Union.
- ter Kuile, M. M., Vigeveno, D., & Laan, E. (2007). Preliminary evidence that acute and chronic daily psychological stress affect sexual arousal in sexually functional women. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2078–2089. doi: 10.1016/j.brat.2007.03.006
- Thiele, J. (2001). *Das österreichische Zitatelexikon*. Graz, Wien, Köln: Styria.

- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Tiefer, L. (1991). Historical, scientific, clinical and feminist criticisms of „The Human Sexual Response Cycle“ Model. *Annual Review of Sex Research*, 2(1), 1–23. doi: 10.1080/10532528.1991.10559865
- Træen, B., Spitznogle, K., & Beverfjord, A. (2004). Attitudes and use of pornography in the Norwegian population 2002. *The Journal of Sex Research*, 41, 193–200. doi: 10.1080/00224490409552227
- Trull, T. J., & Ebner-Priemer, U. (2013). Ambulatory assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 151–176. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185510
- Universität Wien (2019). *Geschlechtergerechte Sprache*. Zugriff am 15. Mai 2019, von <https://personalwesen.univie.ac.at/gleichstellung-diversitaet/im-ueberblick/geschlechtergerechtesprache/literacy>
- Vannier, S. A., & O'Sullivan, L. F. (2010). Sex without desire: Characteristics of occasions of sexual compliance in young adults' committed relationships. *Journal of Sex Research*, 47(5), 429–439. doi: 10.1080/00224490903132051
- Vocks, S., Legenbauer, T., Troje, N., & Schulte, D. (2006). Körperbildtherapie bei Essstörungen. Beeinflussung der perceptiven, kognitiv-affektiven und behavioralen Körperbildkomponente. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(4), 286–295. doi: 10.1026/1616-3443.35.4.286
- Waldorf, M., Cordes, M., Vocks, S., & McCreary, D. (2014). ‚Ich wünschte, ich wäre muskulöser‘: Eine teststatistische Überprüfung der deutschsprachigen Fassung der Drive for Muscularity Scale (DMS). *Diagnostica*, 60, 140–152. doi: 10.1026/0012-1924/a000106
- Weaver, A. D., & Byers, E. S. (2006). The relationships among body image, body mass index, exercise, and sexual functioning in heterosexual women. *Psychology of Women Quarterly*, 30(4), 333–339. doi: 10.1111/j.1471-6402.2006.00308.x
- Wiederman, M. W., & Pryor, T. (1997). Body dissatisfaction and sexuality among women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21(4), 361–365. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(1997)21:4<361::AID-EAT9>3.0.CO;2-M

- Wiederman, M. W. (2012). Body image and sexual functioning. In T. F. Cash (Hrsg.), *Encyclopedia of body image and human appearance* (S. 148–152). London, San Diego: Academic Press.
- Woertman, L., & Van den Brink, F. (2012). Body image and female sexual functioning and behavior: A review. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), 184–211. doi: 10.1080/00224499.2012.658586
- WHO (2006). *Defining sexual health*. Zugriff am 20. Februar 2019, von https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- Zillmann, D. (2004). Pornografie. In R. Mangold, P. Vorderer & G. Bente (Hrsg.), *Lehrbuch der Medienpsychologie* (S. 565–585). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Grafische Veranschaulichung der Korrelationen zur partnerschaftlichen Sexualität und sexuellen Initiative. | 29 |
| Abbildung 2: Grafische Veranschaulichung der Korrelationen zur Masturbation mit bzw. ohne Pornographiekonsum..... | 30 |
| Abbildung 3: Prozess bis zur letztlich analysierten Stichprobe..... | 33 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Sexuelle Aktivität | 42 |
| Tabelle 2: Körperbild und sexuelle Kommunikation | 42 |
| Tabelle 3: Korrelation Sexualität und AKB bzw. VKD | 45 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|--------|---|
| AKB | Ablehnende Körperbewertung |
| APA | American Psychiatric Association |
| BMI | Body Mass Index |
| DIMDI | Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information |
| DSCS | Dyadic Sexual Communication Scale |
| DSM-5 | Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen |
| EMA | Ecological Momentary Assessment |
| FKB-20 | Fragebogen zum Körperbild |
| ICD-10 | Internationale Klassifikation der Krankheiten |
| KB | Körperbild |
| G | Geschlecht |
| MOP | Masturbation ohne Pornographiekonsum |
| PK | Pornographiekonsum während der Masturbation |
| PSA | Partnerschaftliche sexuelle Aktivität |
| SI | Sexuelle Initiative |
| SK | Sexuelle Kommunikation |
| VKD | Vitale Körperdynamik |
| WHO | Weltgesundheitsorganisation |

Abstract

Previous research provides evidence of a connection between one's own body image and various aspects of sexual activity. So far, however, the results have been inconsistent and/or there are few studies on the individual aspects.

In this master thesis, data from healthy, young people in heterosexual partnerships were collected using an ambulatory assessment ($n = 44$, $n = 29$ women and $n = 15$ men, 19-32 years). The correlation between body image and sexual activity or sexual initiative was examined. Subsequently, two moderator analyzes were carried out with the moderators gender and sexual communication. In addition, the relationship between body image and masturbation with or without pornography consumption was examined.

No evidence was found on the connections between one's own negative body assessment and various sexual aspects. The same applies to vital body dynamics and sexual aspects, with the exception that there was a positive connection to sexual initiative. This connection seems to be moderated by gender as well as by sexual communication. In addition, there was a positive correlation between masturbation without pornography consumption and vital body dynamics.

The results only partially support the assumption of the relationship between body image and sexual activity, but also reflect the previously unclear data situation. The feeling of a vital body dynamic seems to have the most influence on the sexuality in a partnership. In this connection, gender and sexual communication seem to play a crucial role. Future research should investigate these links further.

Keywords: body image, sexual activity, sexual initiative, masturbation, pornography, sexual communication

Zusammenfassung

Die bisherige Forschung gibt Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen dem eigenen Körperbild und diversen Aspekten der sexuellen Aktivität. Die Ergebnislage war hierbei bisher jedoch uneinheitlich und/oder es sind wenige Untersuchungen zu den einzelnen Aspekten vorhanden.

In der vorliegenden Masterarbeit wurden Daten von gesunden, jungen Menschen in heterosexuellen Partnerschaften per Ambulantes Assessment erhoben ($n = 44$, $n = 29$ Frauen und $n = 15$ Männer, 19-32 Jahre). Dabei wurde mithilfe von Korrelationen der Zusammenhang zwischen dem Körperbild und der partnerschaftlichen sexuellen Aktivität bzw. der sexuellen Initiative untersucht. Anschließend wurden für diese Zusammenhänge je zwei Moderatoranalysen mit den Moderatoren Geschlecht und sexuelle Kommunikation durchgeführt. Darüber hinaus wurde der Zusammenhang zwischen Körperbild und Masturbation mit bzw. ohne Pornographiekonsum untersucht.

Sämtliche Zusammenhänge zwischen einer ablehnenden Körperbewertung und diversen sexuellen Aspekten konnten nicht nachgewiesen werden. Ähnliches gilt für die vitale Körperdynamik und die sexuellen Aspekte, mit der Ausnahme, dass sich hier ein positiver Zusammenhang zur sexuellen Initiative zeigte. Dieser Zusammenhang scheint sowohl durch das Geschlecht als auch durch die sexuelle Kommunikation moderiert zu werden. Außerdem zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen Masturbation ohne Pornographiekonsum und der vitalen Körperdynamik.

Die Ergebnisse stützen die Annahmen des Zusammenhangs zwischen Körperbild und der sexuellen Aktivität nur teilweise, geben aber auch die bisherige unklare Datenlage wieder. Am ehesten scheint vitale Körperdynamik mit der Sexualität in einer Partnerschaft zu korrelieren. In diesem Zusammenhang scheinen Geschlecht und sexuelle Kommunikation eine entscheidende Rolle zu spielen. Um diese Annahme sicher zu stellen, sind jedoch weitere Untersuchungen erforderlich.

Schlüsselwörter: Körperbild, sexuelle Aktivität, sexuelle Initiative, Masturbation, Pornographie, sexuelle Kommunikation

Anhang

Anhang A: Aushang der Studie



ProbandInnen für eine psychologische Studie zu Sexualität & Stress im Alltag gesucht



Ablauf: Über 14 Tage werden 7x täglich und nach sexueller Aktivität kurze Fragen über einen iPod beantwortet. Zusätzlich werden 6x täglich und nach sexueller Aktivität eigenständig Speichelproben entnommen. Zudem umfasst die Studie ein Telefonscreening, einen Termin zum Ausfüllen von Fragebögen und eine Abschlussbefragung (ca. 2h gesamt).

Für die vollständige Teilnahme erhalten Sie eine **Aufwandsentschädigung von 100 €**

Studienleitung: Univ.-Prof. Dr. Urs Nater
Anja Feneberg, MSc
Hanna Mües, MSc

Wir suchen **gesunde TeilnehmerInnen**, die

- 18–35 Jahre alt sind
- fließend Deutsch sprechen
- keine Kinder haben
- einen regelmäßigen Zyklus haben
- nicht schwanger sind
- nicht hormonell verhüten (weibliche Probandinnen)
- heterosexuell orientiert sind
- seit mind. 1 Jahr in einer Partnerschaft leben
- deren PartnerIn in derselben Stadt lebt

Bei Interesse senden Sie bitte eine E-Mail an:
sus-ema-r.psychologie@univie.ac.at

Studieninformation

„Sexuelles Erleben und Verhalten im Alltag – eine ambulante Assessment-Studie mit Biomarkern“

Liebe/r Studieninteressent/in,

bitte lesen Sie sich diese Studieninformation sorgfältig durch. Ein/e StudienmitarbeiterIn wird mit Ihnen auch persönlich über die Studie sprechen. Bitte fragen Sie diese/n MitarbeiterIn, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wenn Sie zusätzlich etwas wissen wollen. Bitte stellen Sie auch sicher, dass Ihr Partner/Ihre Partnerin die Studieninformation gelesen hat und mit dieser einverstanden ist. Die Einverständniserklärung Ihres Partners/Ihrer Partnerin ist am ersten Termin mitzubringen.

Was ist das Ziel der Studie?

Studien zeigen, dass Probleme in Bezug auf das sexuelle Erleben und die sexuelle Aktivität bereits bei jungen Paaren auftreten. Bisher ist allerdings nur wenig bekannt darüber, welche Faktoren das Risiko für sexuelle Probleme erhöhen und welche Faktoren vor sexuellen Problemen schützen. Antworten auf diese Fragen möchten wir mittels einer wissenschaftlichen Untersuchung an insgesamt 60 Teilnehmer/innen an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien finden. Wir möchten unsere Teilnehmer/innen direkt in ihrem Alltag befragen, um mit der Studie Aussagen treffen zu können, die auf das normale Leben übertragen werden können. In dieser Studie interessieren wir uns neben dem sexuellen Erleben und Verhalten auch für verschiedene Gesundheitsfaktoren, die Partnerschaftsqualität, das Körperbild, das persönliche Stresserleben sowie für bestimmte biologische Marker im Speichel (Cortisol und Alpha-Amylase sind wichtige Stressmarker, Testosteron ist ein wichtiges Hormon im Zusammenhang mit sexuellem Erleben und Verhalten, sekretorisches Immunglobulin A ist ein wichtiger Botenstoff des Immunsystems).

Wer kann teilnehmen?

Voraussetzung für die Studienteilnahme ist, dass Sie die erforderlichen Einschlusskriterien erfüllen, die wir mit Ihnen gemeinsam abklären. Sie sollten darüber hinaus in der Lage sein, mindestens 7-mal am Tag Fragen zu beantworten. Sie können nicht an dieser Studie teilnehmen, wenn Sie jünger als 18 Jahre sind, wenn Sie Single sind, nicht heterosexuell sind, nicht fließend Deutsch sprechen, schwanger sind, stillen, kleine Kinder haben oder an bestimmten körperlichen Erkrankungen bzw. psychischen Störungen leiden. Für eine unverfälschte Messung von Hormonen und anderen Botenstoffen im Speichel ist es zudem wichtig, dass Sie als Frau nicht hormonell verhüten und dass Sie nicht untergewichtig oder adipös sind.

Wie sieht der allgemeine Ablauf der Studie aus?

Die Studie umfasst eine Dauer von 14 Tagen. Zu Beginn und am Ende der 14-tägigen Untersuchung bitten wir Sie zu einem Ausgabetermin des iPods und dem Material zum Sammeln der Speichelproben sowie für ein Abschlussgespräch in unser Institut zu kommen. Dort werden Sie gebeten, mehrere Fragebögen auszufüllen. Im Rahmen des Ausgabetermins werden Ihnen auch Fragen zur Abklärung psychischer Beschwerden gestellt. Dieser Termin dauert etwa 1,5 Stunden. Sie werden an diesem Termin auch in der Handhabung eines iPods geschult, mit dem Sie während des 14-tägigen Erhebungszeitraums 7-mal am Tag Ihr aktuelles Erleben und Befinden dokumentieren sollen. Ebenfalls erläutern wir Ihnen das selbstständige Sammeln von Speichelproben. Pro Messzeitpunkt beträgt der zeitliche Aufwand etwa 5 Minuten (davon umfasst das Sammeln der Speichelprobe 2 Minuten). Zusätzlich sollen Sie selbstständig eine Eingabe starten, wenn Sie in Ihrem Alltag sexuell aktiv (Geschlechtsverkehr, Oral- oder Analsex, Petting) waren. Nach diesen Eingaben sollen Sie ebenfalls Speichelproben sammeln. Genaue Informationen dazu, was wir erfassen und wie Sie die Eingaben starten, finden Sie in unserem Studienmanual. Insgesamt nimmt die Studie pro Tag ca. 30 Minuten Zeit in Anspruch. Bei Fragen während Ihrer Studienteilnahme können Sie sich stets an das Studienteam wenden.

Welche Informationen werden in der 14-tägigen Untersuchung im Alltag erfasst?

Während der gesamten Studienzeit bitten wir Sie, Ihrem Alltag ganz normal nachzugehen. Mit Hilfe eines iPods werden wir Sie jeden Tag 7 Mal (direkt nach dem Erwachen, 30 Minuten später, gegen 11.00 Uhr, 14.00 Uhr, 17.00 Uhr, 20.00 Uhr und vor dem Einschlafen) bitten, uns Informationen zu Ihrem sexuellen Erleben und Verhalten und Ihrem Befinden zu geben. In der Messung direkt nach dem Erwachen werden

wir Sie außerdem zu eventuell aufgetretenen erotischen Träumen befragen. Auch hierzu finden Sie Informationen im beigefügten Manual.

Während der Instruktionssitzung werden wir Ihnen erklären, wie die Speichelsammlung funktioniert. Wir bitten Sie, jeden Tag direkt nach dem Erwachen die jeweils erste Speichelprobe anschließend an die Beantwortung der Fragen zu sammeln. Der iPod wird Sie dabei anleiten. Nach 30 Minuten wird der iPod klingeln und Sie sollen erneut eine Speichelprobe sammeln. Wir bitten Sie, mit dem Zähneputzen und dem Trinken von Kaffee und anderen koffeinhaltigen Getränken, Alkohol, Fruchtsaft und Essen bis nach diesem Zeitpunkt zu warten. Weitere Messzeitpunkte zur Sammlung von Speichelproben sind nach den Befragungen um 11 Uhr, um 14 Uhr, um 17 Uhr und um 20 Uhr. Direkt vor dem Schlafengehen müssen Sie keine Speichelprobe sammeln.

Bitte lagern Sie die Proben bis zum Studienende so kühl wie möglich in Ihrem Gefrierschrank oder in Ihrem Kühlschrank. Sollte zu irgendeinem Zeitpunkt eine Probensammlung und Beantwortung der Fragen nicht möglich sein, bitten wir Sie, die Erhebung in den kommenden 40 Minuten nachzuholen. Der iPod wird Sie während dieser 40 Minuten alle 5 Minuten, bis die Probe gesammelt und Fragen beantwortet wurde, daran erinnern. Wir bitten Sie, Ihren iPod jeden Abend an den Strom anzuschließen und über Nacht aufzuladen.

Sie werden beim Ausgabetermin Telefonnummern erhalten, über die Sie bei technischen Problemen mit dem iPod Hilfe von StudienmitarbeiterInnen bekommen. Am 2. Tag der Untersuchung werden wir Sie zudem telefonisch kontaktieren um eventuelle Fragen und Probleme zu klären. Am Ende der 14 Tage steht ein Abschlusstermin an, der mit Ihnen persönlich ausgemacht wird. An diesem Termin nehmen wir den iPod und die Speichelproben wieder entgegen und Sie füllen abschließend einen Fragebogen über die Studienzeit aus.

Ergeben sich aus der Teilnahme an der Studie für Sie Risiken?

Ihre Teilnahme an der Studie ist mit keinem Risiko verknüpft. Es werden keine Medikamente oder andere Therapieverfahren eingesetzt und Sie werden auch nicht dazu aufgefordert Ihre übliche Medikation abzusetzen. Es kann jedoch vorkommen, dass Sie oder Menschen in Ihrer unmittelbaren Umgebung sich durch die Befragung oder das Sammeln von Speichelproben gestört fühlen.

Welche Maßnahmen werden zur Vermeidung von Risiken und Unannehmlichkeiten getroffen?

Wir werden alles Notwendige tun, um Schäden im Rahmen der Studie zu vermeiden. Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Ihre Teilnahme kann durch das Studienpersonal abgebrochen werden, falls Sie die Teilnahmekriterien nicht erfüllen, Sie sich nicht an die Anweisungen des Studienpersonals halten oder die Versuchsleitung zur Annahme gelangt, dass eine weitere Teilnahme nicht zu Ihrem Besten wäre. Beim Beantworten der Fragen können Sie jederzeit eine Pause einlegen. Sollten Sie während der 14-tägigen Untersuchung zu einem bestimmten Zeitpunkt keine Zeit zur Datensammlung haben, können Sie diese in den kommenden 40 Minuten nachholen. Bei Problemen mit dem iPod oder anderen technischen Problemen können Sie sich jederzeit über die ausgehängten Telefonnummern an uns wenden. Sämtliche unvorhergesehenen Ereignisse, die während der Studie auftreten, werden dokumentiert. Bei einem freiwilligen Studienabbruch werden die genannten Gründe festgehalten.

Welchen Nutzen hat die Studie für Sie?

Sie erhalten durch Ihre Teilnahme einen Einblick in die psychologische Forschung und helfen uns dabei die Einflüsse verschiedener Faktoren auf das sexuelle Erleben und Verhalten im Alltag von Personen zu untersuchen. Die Ergebnisse dieser Studie können langfristig Personen mit sexuellen Problemen zugutekommen und wichtige Hinweise für die Behandlung solcher Probleme liefern.

Besteht eine Rücktrittsmöglichkeit von der Studie?

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Wenn Sie Ihre gegebene Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt widerrufen, haben Sie keine Nachteile zu erwarten. Sie werden anteilig für den bis dahin entstandenen Aufwand entschädigt. Diese Möglichkeit haben Sie während der gesamten Untersuchung. Einen etwaigen Widerruf Ihrer Einwilligung bzw. einen Rücktritt von der Studie müssen Sie nicht begründen. Im Falle eines Widerrufs werden auf Verlangen die im Rahmen der Studie erhobenen persönlichen Daten gelöscht. Kontaktieren Sie bitte den verantwortlichen Projektleiter, Herrn Prof. Dr. Urs M. Nater (Liebiggasse 5, A-1010 Wien, +43-1-4277-47220), um diese Schritte einzuleiten. Beachten Sie, dass es nach Abschluss der gesamten Erhebung nicht mehr möglich ist, Ihre Daten mit Ihrem Namen zu verbinden (siehe „Hinweise zum Datenschutz“). Damit kann auch eine Löschung Ihrer Daten ab diesem Zeitpunkt nicht mehr stattfinden.

Entstehen für Sie Kosten?

Nein, abgesehen von der Anreise zu den Untersuchungsterminen kommen keinerlei Kosten auf Sie zu. Dies trifft auch im Falle eines freiwilligen oder unfreiwilligen Studienabbruchs zu.

Wie werden Sie für Ihren Aufwand entschädigt?

Sie erhalten eine Aufwandsentschädigung von 100 Euro am Ende des gesamten Untersuchungszeitraumes. Sie erhalten diese Entschädigung unabhängig davon, ob Sie einige Fragen nicht beantworten. Sollten Sie zu einem früheren Zeitpunkt Ihre Teilnahme beenden wollen, erhalten Sie eine anteilige Aufwandsentschädigung.

Hinweise zum Datenschutz

In dieser Studie werden persönliche Daten von Ihnen erfasst (Vor- und Familienname, Geburtsdatum, Adresse). Alle erhobenen Daten werden unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz aufbewahrt. Es werden nur Daten erhoben, die für das Erreichen des Studienziels erforderlich sind. Ihre wissenschaftlichen Daten werden zunächst in pseudonymisierter Form elektronisch abgespeichert. Sie sind nur an der Studie beteiligten Fachleuten in codierter Form zur wissenschaftlichen Auswertung zugänglich. Pseudonymisierung bedeutet, dass ein Dokument erstellt wird, das Ihren Namen mit anderen Studiendaten über einen Code verbindet. Dieses Dokument wird an einem separaten Ort aufbewahrt und ist ausschließlich dem Studienpersonal zugänglich. Sobald die Datenauswertung abgeschlossen ist, wird dieses Dokument vernichtet. Ab diesem Zeitpunkt sind die Daten anonymisiert, d.h. sie können nicht mehr mit Ihnen als Person in Zusammenhang gebracht werden. Ihr Name wird in keiner Weise in Berichten oder Publikationen, die aus der Studie hervorgehen, veröffentlicht. Zugang zu den anonymisierten Daten haben nur an der Studie beteiligte Fachleute.

Ihre Proben werden im Labor des Lehrstuhls für Klinische Psychologie des Erwachsenenalters ausgewertet. Die Projektleiter sind verantwortlich für die Einhaltung der nationalen und internationalen Richtlinien zum Datenschutz in dieser Studie. Sie können jederzeit Auskunft über Ihre gespeicherten Daten verlangen. Sie haben das Recht, fehlerhafte Daten zu berichtigen oder Daten löschen zu lassen, und Sie haben das Recht zu jeder Zeit die Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu widerrufen. Bitte kontaktieren Sie hierfür den verantwortlichen Projektleiter, Herrn Univ.-Prof. Dr. Urs M. Nater (Liebiggasse 5, A-1010 Wien, +43-1-4277-47220). Das Dokument, das Ihre persönlichen mit anderen Studiendaten verbindet, wird vernichtet, sobald alle Auswertungen für eventuelle individuelle Rückmeldungen über die Studienresultate vorgenommen wurden. Ab diesem Zeitpunkt ist eine Auskunft, Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten nicht mehr möglich. Alle anderen Daten werden im Rahmen gesetzlicher Bestimmungen für die Dauer von 10 Jahren aufbewahrt, danach können sie gelöscht oder vernichtet werden.

Kontaktperson:

Bei Unklarheiten bezüglich der Studie oder Ihren Rechten als Teilnehmerin, unerwarteten oder unerwünschten Ereignissen, die während der Studie oder nach deren Abschluss auftreten, können Sie sich jederzeit an Herrn Univ.-Prof. Dr. Urs M. Nater (+43-1-4277-47220) wenden.

***Abschließend würden wir uns sehr freuen, wenn Sie sich zur Teilnahme an
dieser Studie entscheiden würden!***

Ihr Studienteam

Anhang C: Einverständniserklärung für die Partner*innen

Einverständniserklärung des Partners/der Partnerin zur Studie

„Sexuelles Erleben und Verhalten im Alltag – eine ambulante Assessment-Studie mit Biomarkern

Name der Partnerin des Probanden/des Partners der Probandin

Ihr Einverständnis:

- Ich habe die zur oben genannten Studie abgegebene schriftliche Studieninformation gelesen und verstanden. Ich erhalte eine Kopie meiner schriftlichen Einverständniserklärung.
- Ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zu treffen.
- Ich bin mir bewusst, dass mein Partner/meine Partnerin während der Studie Informationen sammelt, die mich betreffen könnten und erkläre mich mit meiner Unterschrift damit einverstanden, dass diese Informationen gesammelt und im Rahmen dieser Studie ausgewertet werden.
- Ich bin mir bewusst, dass die Antworten und Einschätzungen meines Partners/meiner Partnerin zu den gestellten Fragen passwortgeschützt auf einem Computer gespeichert werden. Die Daten sind in pseudonymisierter Form gespeichert, d.h. sie können nicht mit mir als Person in Zusammenhang gebracht werden. Sie werden nur im Rahmen wissenschaftlicher Studien ausgewertet und genutzt.
- Ich bin mir bewusst, dass nur Projektbeteiligte Zugriff auf diese Daten haben und unter Schweigepflicht stehen. Die Daten werden nach den gesetzlichen Regelungen mindestens 10 Jahre lang aufbewahrt. Der Projektleiter Univ.-Prof. Dr. Nater versichert, dass die Bestimmungen des Datenschutzes eingehalten werden.

ja

nein

Ort, Datum

Unterschrift der Partnerin des Probanden/des Partners der Probandin

Universität Wien

Sexuelles Erleben und Verhalten im Alltag – eine ambulante Assessment-Studie mit Biomarkern

Manual

Kontaktdaten:

sus-ema-r.psychologie@univie.ac.at

Studienhotline bei Fragen und technischen Schwierigkeiten:

☎ 0677 62697118

(Wenn Sie auf dieser Nummer anklingeln, rufen wir Sie gerne zurück)

Univ.-Prof. Dr. Urs Markus Nater

☎ 01-4277-47220

Hanna Mies, MSc

☎ 01-4277-47244

Klinische Psychologie des Erwachsenenalters

Institut für Angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung und Förderung

Liebiggasse 5

1010 Wien

Manual

Inhalt

| | |
|---|----|
| Manual..... | 2 |
| Allgemeine Benutzerhinweise zum Handbuch..... | 2 |
| Allgemeine Hinweise zur Benutzung des iPods..... | 3 |
| Handhabung des iPods zu den jeweiligen Messzeitpunkten | 6 |
| Erläuterungen zu den Fragen | 8 |
| Zahl-Skalen (z.B. von 1-5)..... | 8 |
| Fragen mit Antwortalternativen | 8 |
| Analogskalen..... | 8 |
| Fragen zum aktuellen Befinden | 11 |
| Fragen zu Ihrem sexuellen Erleben seit der letzten Eingabe..... | 12 |
| Fragen zu ihrem Musikhörverhalten | 14 |
| Fragen zu Tätigkeiten..... | 16 |
| Fragen zu Besonderheiten seit der letzten Eingabe..... | 18 |
| Sex-Abfrage..... | 19 |
| Abend-Messung..... | 22 |
| Versenden der Daten..... | 23 |
| Platz für Ihre Notizen..... | 25 |

Allgemeine Benutzerhinweise zum Handbuch

Dieses Handbuch beschreibt die Nutzung des **iPods** im Rahmen der Studie „Sexuelles Erleben und Verhalten im Alltag“ - eine ambulante Assessment-Studie mit Biomarkern. Die Untersuchung dauert 14 Tage.

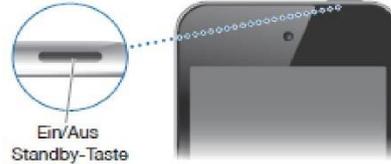
Die Zeitpunkte der Abfragen pro Tag sind:

- Direkt nach dem Erwachen (**selbst starten**, „Aufwach-Messung“)
- 30 Minuten später (Hinweis durch das Programm, „Tagesmessung“)
- Um 11.00Uhr (Hinweis durch das Programm, „Tagesmessung“)
- Um 14.00Uhr (Hinweis durch das Programm, „Tagesmessung“)
- Um 17.00Uhr (Hinweis durch das Programm, „Tagesmessung“)
- Um 20.00Uhr (Hinweis durch das Programm, „Tagesmessung“)
- vor dem Schlafengehen (**selbst starten**, „Abend-Messung“)
- jeweils direkt nach einer sexuellen Aktivität (**selbst starten**, Sexabfrage)

Allgemeine Hinweise zur Benutzung des iPods

1. Anstellen

- Knopf oben rechts lang drücken (auch zum Abstellen)



2. Ruhezustand

- Knopf oben rechts kurz drücken

3. Entriegeln

- Pfeil unten links auf dem Bildschirm des iPods mit dem Finger von links nach rechts schieben. Der iPod besitzt einen so genannten „touch screen“, d.h., man kann zur Befehlseingabe direkt mit den Fingern den Bildschirm berühren

4. Akku aufladen

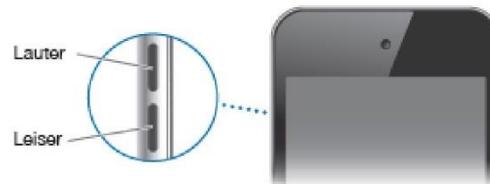
- Akkuanzeige: Oben rechts auf dem Bildschirm
- **Bitte laden Sie das Gerät über Nacht mit dem Kabel, welches wir Ihnen mitgeben, neu auf (nicht ausschalten)**



ACHTUNG:

- Den iPod während der Zeit der Untersuchung bitte nicht komplett ausschalten, das gilt auch nachts!
- **Bitte starten Sie eine Messung mit dem iDialogPad-Programm außer direkt nach dem Erwachen, vor dem Schlafengehen sowie nach einer sexuellen Aktivität möglichst nicht eigenständig.** Es kann passieren, dass Sie eine Messung „vorholen“ möchten. Es ist prinzipiell möglich, dass Sie Messungen bis zu einer Stunde vorher ausfüllen (wenn Sie zum tatsächlichen Messzeitpunkt verhindert sind). Hierfür müssen Sie den iPod ebenfalls eigenständig starten. Dabei ist jedoch zu beachten, dass der iPod diese Eingabe nicht „erkennt“, d.h. das Gerät wird trotzdem zum Messzeitpunkt und zu den Erinnerungszeitpunkten klingeln. Schalten Sie den iPod für diese Zeit leise und vergessen Sie nicht, den iPod für den nächsten „richtigen“ Messzeitpunkt wieder laut zu stellen, damit Sie keine Messzeitpunkte verpassen!
- Es kann außerdem passieren, dass Sie eine Messung „nachholen“ müssen. Dies ist bis zu einer Stunde nach dem eigentlichen Messzeitpunkt möglich. Am besten starten Sie die Eingabe dann, wenn der iPod klingelt, was alle 5 Minuten ab dem Messzeitpunkt über einen Zeitraum von 40 Minuten hinweg der Fall sein wird. Auf diese Weise „erkennt“ der iPod die verspätete Eingabe und wird danach aufhören zu klingeln. Falls es Ihnen nicht möglich ist, auf das Klingeln zu warten, können sie die Eingabe alternativ auch eigenständig starten.

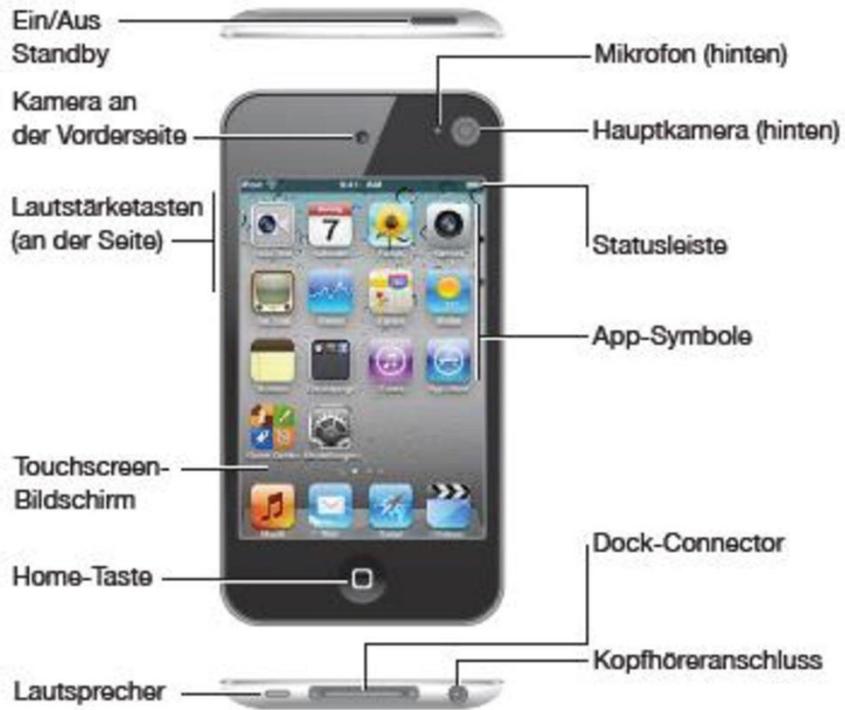
- Der Bildschirm reagiert auf Wärme, nicht auf Druck! Drücken Sie niemals zu fest. Wenn Sie kühle Hände haben, könnte es sein, dass der Bildschirm Ihre Finger nicht erkennt. Dann bitte die Hände aufwärmen.
- Die Tastensperre wird automatisch nach einer gewissen Zeit aktiviert. Falls der iPod auf Ruhezustand schaltet und der Bildschirm schwarz wird, können Sie auf den runden Hauptknopf, auf dem ein Quadrat aufgetragen ist, unten in der Mitte drücken. Anschließend erscheint wieder die Anzeige zum Entriegeln (siehe oben unter 3.)
- Sie können die Lautstärke des iPods verändern (z.B. können Sie ihn, wenn Sie bis nach 11 Uhr schlafen wollen, leiser stellen). Achten Sie jedoch darauf, den iPod danach wieder so laut einzustellen, dass Sie den Alarm zu den restlichen Zeitpunkten nicht verpassen!



- Sie dürfen den iPod für private Zwecke nutzen, um ins Internet zu gehen
- **Beachten Sie, den iPod nicht an Ihren persönlichen Computer anzuschließen, da die Anzahl der Computer, auf die ein iPod angemeldet sein kann, begrenzt ist.**
- **Beachten Sie außerdem, keine persönlichen Daten und Passwörter auf dem iPod zu speichern.**
- **Es kann passieren, dass Ihnen der iPod vorschlägt Updates auszuführen. Bitte lehnen Sie diese Aufforderungen während der gesamten Studiendauer ab. Führen also bitte keine Updates während der Studiendauer durch!**
- Der iPod wird nach jeder Benutzung auf die ursprünglichen Einstellungen zurückgesetzt, bevor er an die nächste Teilnehmerin/ den nächsten Teilnehmer weitergereicht wird.

Der iPod touch im Überblick

iPod touch 4. Generation

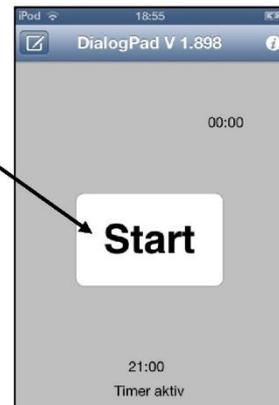


Handhabung des iPods zu den jeweiligen Messzeitpunkten

1. Direkt nach dem Erwachen: Starten Sie das Programm durch Berühren des Symbols „iDialogPad“ unten auf dem Bildschirm Ihres iPods.



2. Berühren Sie die **Start-Taste** in der Mitte des Bildschirms.



3. Es erscheinen nacheinander verschiedene Fragen. Befolgen Sie nun die Schritte auf dem iPod. Falls Sie eine Frage falsch oder nicht beantwortet haben, berühren Sie die **Zurück-Taste**.

→ ACHTUNG: Sie können immer nur eine Frage zurückspringen. Beantworten Sie diese.



4. Nachdem Sie beantwortet haben, ob es sich um eine normale Abfrage oder eine Sexabfrage handelt erscheint die Frage „Um welche Messung handelt es sich?“. Hier wählen Sie bitte:

→ direkt nach dem Aufwachen: „Aufwach-Messung“

→ zu allen anderen Zeitpunkten (Aufwach+30-Messung, 11Uhr, 14Uhr, 17Uhr und 20Uhr): „Tages-Messung“

→ direkt vor dem Schlafengehen: „Abend-Messung“



Erläuterungen zu den Fragen

Bitte nehmen Sie sich jeweils Zeit, die Fragen genau durchzulesen.

Zahl-Skalen (z.B. von 1-5)

- Wählen Sie eine **Zahl**
- Achtung, **die Bedeutungen der Zahlen können sich je nach Frage verändern!**
- Bestätigen Sie die Auswahl mit **OK** (diese Taste erscheint, sobald Sie eine Auswahl getroffen haben)



Fragen mit Antwortalternativen

- Immer die **grün aufleuchtende Antworttaste** (in diesem Fall „fremde Wohnung“) ist Ihre gewählte Alternative.
- Das Programm ist voreingestellt, ob mehrere oder eine Antwortalternative möglich sind.



Analogskalen

- Hier sollen Sie eine Einschätzung vornehmen, wie es Ihnen gerade geht, indem Sie den „Regler“ (grauen Kreis) durch Berühren in die für Sie zutreffende Richtung (hier „gar nicht intensiv“ oder „sehr intensiv“) verschieben
- In diesem Beispiel hier wurde der Regler *nicht* von der Mitte wegbewegt



Bitte benutzen Sie zur Beantwortung der Fragen den Touchscreen. Sie können die Eingabe korrigieren. Schließen Sie jede Eingabe mit OK ab. Falls Sie die Eingabe beendet haben, erscheint gleich die nächste Frage. Wollen Sie die vorhergehende Frage doch anders beantworten, dann drücken Sie die Taste ZURÜCK, und diese Frage erscheint erneut.

Fragen zum Schlafverhalten

Diese Fragen werden Ihnen nur einmal direkt nach dem Aufstehen gestellt. Diese Morgen-Messung starten Sie bitte selbst *sofort* nachdem Sie wach geworden sind. Hierzu berühren Sie auf der Startseite des iPods das Icon „iDialogPad“ unten rechts.

Ihre Antworten sollen möglichst genau sein. Die Fragen werden hier erläutert:

| Frage | Was ist damit gemeint? |
|--|--|
| Wie erholsam schätzen Sie Ihren Schlaf diese Nacht insgesamt ein? | Antwortskala „Gar nicht erholsam-sehr erholsam“ |
| Wann sind Sie zu Bett gegangen? | Diese Frage bezieht sich darauf, wann Sie sich tatsächlich zum Schlafen hingelegt haben. Wenn Sie z.B. noch im Bett gelesen haben, zählt diese Zeit nicht dazu. |
| Wie lange haben Sie gebraucht, um einzuschlafen? | Hier können Sie die Stunden- sowie die Minutenangabe auswählen. Falls diese Angabe eine gewisse Dauer überschreitet werden Sie außerdem gefragt: <ul style="list-style-type: none"> - Haben Sie länger gebraucht um einzuschlafen, weil Sie gegrübelt haben? - Haben Sie länger gebraucht um einzuschlafen, weil Sie körperliche Beschwerden hatten? Diese Fragen beantworten Sie bitte jeweils mit „ja“ oder „nein“. |
| Wann sind Sie aufgewacht? | Hier können Sie die Stunden- sowie die Minutenangabe auswählen |
| Wie viele Stunden haben Sie tatsächlich geschlafen? | Hier können Sie die Stunden- sowie die Minutenangabe auswählen |
| Haben Sie Schlafmittel eingenommen (vom Arzt oder frei verkäuflich)? | Hier bitte mit „ja“ oder „nein“ antworten |
| Sind Sie von alleine aufgewacht? | Hier bitte mit „ja“ oder „nein“ antworten |

| | |
|---|--|
| <p>Haben Sie in der letzten Nacht erotische Träume gehabt?</p> | <p>Diese Frage bezieht sich auf alle Träume, die einen erotischen Inhalt hatten. Sie können diese Frage wieder mit ja oder nein beantworten, aber auch „weiß nicht“ angeben, falls Sie sich nicht genau erinnern können.</p> |
| <p>Wie intensiv war Ihr erotischer Traum/waren Ihre erotischen Träume?</p> | <p>Diese Einschätzung können Sie auf einer Skala von 0 („gar nicht intensiv“) bis 5 („sehr intensiv“) abgeben.</p> |
| <p>Gab es gestern vor dem Einschlafen oder während der Nacht noch sexuelle Aktivitäten, die Sie nicht dokumentiert haben?</p> | <p>Hier wählen Sie bitte aus folgenden Antwortmöglichkeiten aus: "nein", "ja, vor dem Einschlafen", "ja, in der Nacht", "vor dem Einschlafen und in der Nacht". Wenn Sie hier angeben, dass es noch eine sexuelle Aktivität gab, werden Sie im Anschluss nach der Art dieser Aktivität gefragt und geben hier bitte an, ob es sich um "Selbstbefriedigung", "Petting" (sexuelle Aktivität ohne Penetration), „Oralverkehr", "Geschlechtsverkehr" (Vaginalverkehr) oder „Analverkehr" handelte.</p> <p>Mehrfachantworten sind hier möglich.</p> |

Fragen zum aktuellen Befinden

| <u>Frage</u> | <u>Was ist damit gemeint?</u> |
|-------------------------------|---|
| „Im Moment fühle ich mich...“ | <p>Hierzu wird Ihnen eine Liste mit Auswahlmöglichkeiten präsentiert, für jede Möglichkeit stufen Sie bitte auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht) bis 5 (sehr) ein, inwieweit diese momentan auf Sie zutrifft:</p> <ul style="list-style-type: none"> zufrieden ausgeruht ruhelos schlecht schlapp gelassen müde gut unruhig munter unwohl entspannt gestresst erschöpft unmotiviert aktiv <p>Im Moment kann ich mich gut konzentrieren Im Moment traue ich mir körperlich viel zu</p> |

Fragen zu Ihrem sexuellen Erleben seit der letzten Eingabe

In diesem Frageblock werden Ihnen verschiedene Fragen präsentiert, die Ihr sexuelles Erleben seit der letzten iPod-Eingabe betreffen. Die erste Frage bezieht sich dabei jeweils auf das generelle Auftreten des Erlebens. Beantworten sie diese mit „ja“, wird im Anschluss noch abgefragt, wie intensiv bzw. stark Sie das jeweilige Erleben auf einer Skala von 1 (gar nicht intensiv/stark) bis 5 (sehr intensiv/stark) einstufen würden.

Bei der Beantwortung der Fragen beziehen Sie sich bitte auf das höchste Ausmaß des jeweiligen sexuellen Erlebens seit der letzten Eingabe.

Erläuterungen zu den einzelnen Fragen finden Sie hier:

| Frage | Was ist damit gemeint? |
|---|--|
| Sexuelle <i>Gedanken</i> waren seit dem letzten Messzeitpunkt... | Sexuelle Gedanken beziehen sich auf jede Art von mentaler Vorstellung, die sexuell erregend oder erotisch für eine Person ist. Sexuelle Gedanken umfassen: - flüchtige Gedanken an romantische oder sexuelle Aktivitäten Bitte beantworten Sie die Frage auf einer Skala von 1 („gar nicht vorhanden“) bis 5 („sehr stark vorhanden“). |
| Sexuelle <i>Fantasien</i> waren seit dem letzten Messzeitpunkt... | Erotische Fantasien sind im Gegensatz zu sexuellen Gedanken, die eher flüchtig sind, Vorstellungen von bestimmten Handlungssträngen oder im Kopf ablaufenden „Skripten“. Diese können sich z. B. auf sexuelle Handlungen mit einer bestimmten Person, besondere sexuelle Praktiken oder Vorlieben oder sexuelle Handlungen an bestimmten Orten beziehen. Bitte beantworten Sie die Frage auf einer Skala von 1 („gar nicht vorhanden“) bis 5 („sehr stark vorhanden“). |
| Sexuelles <i>Verlangen</i> war seit dem letzten Messzeitpunkt... | Die Bezeichnung sexuelles Verlangen bezieht sich auf den Wunsch nach oder das Interesse an einer sexuellen Aktivität. Sie haben dabei Lust auf die Empfindungen, die sie durch eine sexuelle Aktivität verspüren würden. Es kann sie auch motivieren, eine sexuelle Aktivität zu initiieren oder auf sexuelle Reize einzugehen. <i>Die Ansprechbarkeit/Annäherung auf sexuelle Reize kann erhöht sein.</i> Bsp. für Situationen, in denen das sex. Verlangen erhöht sein kann: - Eine attraktive Person sehen - Mit einer attraktiven Person Zeit verbringen z.B. in der Uni, bei der Arbeit - Romantische Situationen (Strandspaziergang, Candle-light-dinner etc.) - mit einer attraktiven Person tanzen |

| Frage | Was ist damit gemeint? |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - auch ohne besonderen Anlass können erotische Gedanken aufkommen, die sexuelles Verlangen auslösen - erotische Tagträume haben <p>Bitte beantworten Sie die Frage auf einer Skala von 1 („gar nicht vorhanden“) bis 5 („sehr stark vorhanden“).</p> |
| <p>Sexuelle <i>Erregung</i> war seit dem letzten Messzeitpunkt...</p> | <p>Sexuelle Erregung umfasst ein gesteigertes Ausmaß an sexuellem Verlangen Dies zeigt sich durch ein Gefühl der sexuellen Erregung sowie zusätzlich durch körperliche Empfindungen in Genitalien sowie im ganzen Körper. Bsp. für körperliche Empfindungen in Genitalien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wärmegefühl, pulsieren, Lubrikation, Erektion bis hin zu Orgasmus <p>Bsp. für körperliche Empfindungen im gesamten Körper:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wärmegefühl, kribbeln, schnellerer Atem, zittern <p>Bitte beantworten Sie die Frage auf einer Skala von 1 („gar nicht vorhanden“) bis 5 („sehr stark vorhanden“).</p> |

Fragen zu ihrem Musikhörverhalten

Wenn Sie seit dem letzten Eintrag Musik gehört haben, dann beziehen sich die nachfolgenden Fragen auf die seit dem letzten Messzeitpunkt gehörte Musik (d.h. es kann sich auch um mehrere Musikstücke handeln). Hier sollten Sie sich bei der Beantwortung der Fragen auf Ihre mehrheitliche Wahrnehmung der Musik beziehen.

Die Fragen werden entsprechend Ihrer Antworten auf die Eingangsfrage in der Vergangenheit oder in der Gegenwart formuliert.

| Frage | Was ist damit gemeint? |
|--|--|
| Hören Sie aktuell Musik? Bzw. Haben Sie seit dem letzten Messzeitpunkt Musik gehört? | Hier antworten Sie bitte mit „ja“ oder „nein“. Wenn Sie gerade Musik hören , dann beziehen sich die nachfolgenden Fragen auf genau das Musikstück , dass Sie in dem Moment hören . Wenn Sie seit dem letzten Eintrag Musik gehört haben , dann beziehen sich die nachfolgenden Fragen auf die seit dem letzten Messzeitpunkt gehörte Musik (d.h. es kann sich auch um mehrere Musikstücke handeln). Hier sollten Sie sich bei der Beantwortung der Fragen auf Ihre mehrheitliche Wahrnehmung der Musik beziehen. |
| Hören Sie der Musik bewusst zu? Bzw. Haben Sie der Musik bewusst zugehört? | Dies bedeutet, dass Sie sich selbst dazu entschieden haben, Musik zu hören. Wichtig dabei ist, dass Sie der Musik bewusst zugehört haben. Der untenstehenden Tabelle können Sie Beispiele entnehmen, die einerseits beschreiben was damit gemeint ist und was andererseits nicht darunter zu zählen ist. |
| Bewusstes Hören von Musik meint | Gemeint ist nicht |
| CD eingelegt haben | Das Hören von Hintergrundmusik beim Einkaufen |
| Radio gehört haben | Das Hören von Hintergrundmusik in der Kneipe/ Restaurant |
| MP3-Player benutzt haben | Das Hören von Musik auf einer Party/ in der Diskothek |
| Musikvideo geschaut haben | |
| Musik im Internet gehört haben | |
| Musik war Hauptaktivität oder begleitende Aktivität und wurde bewusst wahrgenommen | Musik war Hintergrundaktivität (und wurde nicht bewusst wahrgenommen) |
| | |

| Frage | Was ist damit gemeint? |
|--|---|
| <p>Die Musik, die Sie hören, ist... Bzw. Die Musik, die Sie gehört haben, war...</p> | <p>Hier sollen Sie zwei qualitative Eigenschaften der Musik auf einer Antwortskala einschätzen. Zum einen sollen Sie angeben, ob die Musik eher traurig oder eher fröhlich war. Zum anderen sollen Sie einschätzen, ob die Musik für Sie eher beruhigend oder eher energetisierend war. Dabei geht es um Ihre subjektive Einschätzung der Musik. Sie sollten stets versuchen, eine Einordnung vorzunehmen. Gelingt Ihnen dies gar nicht, können Sie die Mitte der Skala anwählen. Haben Sie mehrere Musikstücke gehört, oder liefen im Radio verschiedene Musiklieder, sollten Sie die Einordnung so vornehmen, dass Sie der Mehrheit der Musiklieder entspricht. Das heißt, wenn im Radio sowohl traurige als auch fröhliche Musikstücke liefen, sollten Sie die Einordnung so vornehmen, dass Sie Ihrer vorwiegenden Wahrnehmung der Musik entspricht. - traurig ---- fröhlich - beruhigend ---- energetisierend</p> |
| <p>Aus welchem Grund hören Sie Musik? Bzw. Aus welchem Grund haben Sie Musik gehört?</p> | <p>Bitte wählen Sie hier aus mehreren Antwortalternativen aus.</p> |
| <p>Welche Personen sind beim Hören der Musik anwesend? Bzw. Welche Personen waren beim Hören der Musik anwesend?</p> | <p>Bitte wählen Sie hier aus mehreren Antwortalternativen aus.</p> |
| <p>Gefällt Ihnen die Musik? Bzw. Hat Ihnen die gehörte Musik gefallen?</p> | <p>Hier geben Sie bitte Ihre Einschätzung auf einer Skala von 1 („gar nicht“) bis 5 („sehr“) ein.</p> |
| <p>Haben Sie die Musik selber ausgesucht?</p> | <p>Hier antworten Sie bitte mit „ja“ oder „nein“.</p> |
| <p>Wie lange hören Sie gerade schon Musik? Bzw. Wie lange haben Sie Musik gehört?</p> | <p>Hier sollen Sie anhand der Auswahl ‚weniger als 5 Minuten‘, ‚5-20 Minuten‘, ‚21-45 Minuten‘, sowie ‚über 45 Minuten‘ angeben, wie lange Sie Musik gehört haben.</p> |

| <u>Frage</u> | <u>Was ist damit gemeint?</u> |
|--|--|
| Wie lange liegt das Musikhören zurück? | Hier sollen Sie auswählen wie lange das Musikhören (Stunden- und Minutenangabe) zurückliegt. |

Fragen zu Tätigkeiten

Hier sollen Sie beschreiben, welchen Tätigkeiten Sie gerade vor dem Alarm, innerhalb der letzten Stunde oder seit dem letzten Alarm nachgegangen sind. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst genau. Erläuterungen zu einigen Fragen finden Sie hier:

| <u>Frage</u> | <u>Was ist damit gemeint?</u> |
|--|---|
| Was haben Sie gerade vor der Abfrage getan? | Arbeit: z.B. Schreibtischarbeit; Organisation; Job; körperliche Arbeit Freizeit: z.B. Lesen; Fernsehen/Radio; Gespräch; in Gesellschaft; Veranstaltung; Sport; Hobby Sonstiges: z.B. Schlafen; Entspannen, Dösen; Körperpflege, An-, Auskleiden; Essen und Trinken; Gehen; Fahren (Auto, Bus, Bahn); Einkaufen; Haushalt |
| Wo befinden Sie sich gerade? | Hier können Sie aus verschiedenen Möglichkeiten auswählen: eigene Wohnung, fremde Wohnung, unterwegs, Arbeitsplatz, Einkaufsgeschäft, Kneipe/Café, öffentlicher Veranstaltungsraum, draußen, Arzt/Krankenhaus, sonstiges |
| Welche Personen sind gerade anwesend? | Hier können Sie verschiedene Möglichkeiten auswählen: ich bin allein, Freunde/Freundinnen, Bekannte, Familie, Partner/in, Unbekannte |
| Ist Ihr Partner/Ihre Partnerin anwesend? | Hier antworten Sie bitte mit „ja“ oder „nein“. |
| Wie ist der Kontakt mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin im Augenblick? | Antwortskala „sehr negativ – sehr positiv“ |
| Ich fühle mich von meinem Partner/meiner Partnerin respektiert. | Antwortskala „überhaupt nicht – sehr“ |
| Wie ist der Kontakt mit den anwesenden Personen im Augenblick? | Antwortskala „sehr negativ – sehr positiv“ |

| Frage | Was ist damit gemeint? |
|---|---|
| Ich fühle mich gerade von der/den anwesenden Person/en respektiert. | Antwortskala „überhaupt nicht – sehr“ |
| Was haben Sie in der letzten Stunde gegessen? | Es sind mehrere Antwortalternativen möglich. |
| Haben Sie in der letzten Stunde Zigaretten geraucht? | Hier antworten Sie bitte mit „ja“ oder „nein“. |
| Wie viele Zigaretten haben Sie in der letzten Stunde geraucht? | Wenn Sie mir „ja“ geantwortet haben, erscheint eine Folgefrage. Bitte wählen Sie hier aus mehreren Antwortalternativen aus. |
| Was haben Sie in den letzten 2h getrunken? | Es sind mehrere Antwortalternativen möglich. |
| Waren Sie in der letzten Stunde körperlich aktiv? | Hier sollen Sie das Ausmaß Ihrer körperlichen Aktivität während der letzten Stunde einschätzen. Sitzen oder Liegen ist gering aktiv. Leichte Hausarbeit (wie kochen oder bügeln) zählt bereits zu mäßiger körperlicher Aktivität. Analogskala |
| Haben Sie in der letzten Stunde geschlafen? | Hier antworten Sie bitte mit „ja“ oder „nein“. |
| Wie lange haben Sie geschlafen? | Wenn Sie mir „ja“ geantwortet haben, erscheint eine Folgefrage. Bitte wählen Sie hier aus mehreren Antwortalternativen aus. |
| Haben Sie seit der letzten Eingabe Medikamente eingenommen? | Hier antworten Sie bitte mit „ja“ oder „nein“. |

Fragen zu Besonderheiten seit der letzten Eingabe

| Frage | Was ist damit gemeint? |
|--|---|
| Ist seit der letzten Eingabe etwas Besonderes passiert? | Die Aussage „etwas Besonderes“ bezieht sich auf Ihre persönliche Einschätzung, ob sie ein bestimmtes Erlebnis als besonders wahrgenommen haben. Es gibt hier kein Kriterium, ab dem etwas als besonders gilt. Alle Vorfälle, die für Sie eine besondere Bedeutung hatten, sind hier gemeint. Die Frage ist dementsprechend mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten. |
| Wie haben Sie diese Situation wahrgenommen? | Beantworten Sie die erste Frage mit „ja“, werden Sie nun nach Ihrer Wahrnehmung dieser bestimmten Situation gefragt. Hierbei sollen Sie nun folgende Aussagen auf einer Skala von 0 („gar nicht“) bis 5 („sehr stark“) einstufen: Dieses Ereignis habe ich als positiv erlebt Dieses Ereignis hat mich gestresst Dieses Ereignis war für mich eine Herausforderung Dieses Ereignis war für mich eine Bedrohung Dieses Ereignis stellte für mich eine potentielle Schädigung dar Dieses Ereignis war für mich irrelevant Dieses Ereignis war für mich kontrollierbar |
| Wie haben Sie in dieser Situation reagiert? | Hier sollen Sie folgende Aussagen auf einer Skala von 0 („trifft überhaupt nicht zu“) bis 5 („trifft vollkommen zu“) einschätzen: Ich habe für das gekämpft, was ich wollte Ich habe die Situation nicht allzu ernst genommen Ich habe versucht meine Gefühle für mich zu behalten Ich habe mit jemanden geredet um mehr über die Situation zu erfahren Ich habe mich selbst kritisiert und belehrt Ich habe mir gewünscht, dass die Situation verschwindet Ich wusste was zu tun ist, also versuchte ich mit doppelter Kraft, alles in die Wege zu leiten Ich habe mich als Person verändert und bin „gewachsen“ |
| Wann ist das Ereignis passiert? | Hier können Sie auswählen, wann die bestimmte Situation aufgetreten ist: vor 10min, vor 25min, vor 45min, länger |
| Dauert es noch an? | Hier bitte mit „ja“ oder „nein“ antworten |
| Beschäftigt Sie dieses Ereignis noch gedanklich? | Hier bitte mit „ja“ oder „nein“ antworten |
| War das besondere Ereignis ein Konflikt mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin? | Hier bitte mit „ja“ oder „nein“ antworten |

Sex-Abfrage

Die Sex-Abfrage starten Sie bitte kurz nach einer sexuellen Aktivität selbst (sobald wie möglich und bestenfalls innerhalb von 15 Minuten). Falls Sie zwischen der Morgenmessung und der Abendmessung sexuell aktiv waren und die Abfrage vergessen haben, bitten wir Sie, dies auf den Notizseiten am Ende dieses Manuals zu notieren (ungefähre Uhrzeit, Art der Aktivität (Selbstbefriedigung, Petting (sexuelle Aktivität ohne Penetration), Oralverkehr, Geschlechtsverkehr (Vaginalverkehr) und/oder Analverkehr – Mehrfachantworten möglich)).

Um die Sex-Abfrage zu beginnen, berühren Sie auf der Startseite des iPods das Icon „iDialogPad“ unten links. Starten Sie die Abfrage bitte bis Sie schlafen gehen selbstständig, d.h. die letzte „normale“ Messung am Tag sollte nicht Ihre letzte Messung am Tag sein, wenn Sie danach noch sexuell aktiv sind.

| <u>Frage</u> | <u>Was ist damit gemeint?</u> |
|---|--|
| Die sexuelle Aktivität, die Sie gerade durchgeführt haben, war ... | Hier können Sie aus verschiedenen Möglichkeiten auswählen: Selbstbefriedigung, Petting (sexuelle Aktivität ohne Penetration), Oralverkehr, Geschlechtsverkehr (Vaginalverkehr) oder Analverkehr (Mehrfachantworten sind hier möglich). |
| <i>Falls Selbstbefriedigung angegeben wurde:</i> Haben Sie bei der Selbstbefriedigung Pornos konsumiert? | Diese Frage beantworten Sie bitte mit „ja“ oder „nein“. Falls Sie hier „ja“ angeben werden im Anschluss 2 Folgefragen gestellt. Unter Pornos verstehen wir die Darstellung von sexuellen Handlungen, bei denen explizit die weiblichen und männlichen Genitalien bei verschiedenen sexuellen Handlungen (Geschlechtsverkehr, Analverkehr, Oralverkehr, ...) dargestellt werden. |
| <i>Falls Selbstbefriedigung angegeben wurde:</i> Wie lange haben Sie Pornos konsumiert? | Hier sollen Sie die Dauer (in Stunden und Minuten) mit Hilfe eines Rädchen einstellen, die dem aktuellen Pornokonsum entspricht. |
| <i>Falls Selbstbefriedigung angegeben wurde:</i> Über welches Medium haben Sie Pornos konsumiert? | Hier stehen Ihnen mehrere Optionen zur Auswahl: Computer, Laptop, Smartphone, DVD-Player/Blu-Ray-Player, Sonstiges (z.B. Zeitschriften) |
| | |

| Frage | Was ist damit gemeint? |
|--|---|
| Welche Personen waren anwesend? | Hier können Sie auswählen zwischen den Alternativen "ich war alleine", "mein Partner/meine Partnerin" und "eine andere Person". Diese Unterteilungen sind für unsere späteren Analysen wichtig. Bitte wundern Sie sich daher nicht darüber, dass wir wissen wollen, ob Sie bei der Selbstbefriedigung alleine waren. |
| Ich fühlte mich von meinem Sexualpartner/meiner Sexualpartnerin respektiert. | Hier geben Sie bitte Ihre Einschätzung auf einer Skala von 1 („überhaupt nicht“) bis 5 („sehr“) ein. |
| Wer ergriff die Initiative? | Hier können Sie aus verschiedenen Möglichkeiten auswählen: Ich selber, mein Partner/ meine Partnerin, beide gleichzeitig, jemand anderes, weiß nicht. Die Initiative geht prinzipiell von Personen aus und wird nicht durch äußere Reize gestartet. |
| Sexuelle Gedanken waren während der sexuellen Aktivität... | Im Vergleich zu sexuellen Fantasien sind sexuelle Gedanken eher flüchtig. Sie können diese auf einer Skala von 1 bis 5 („gar nicht vorhanden“ bis „sehr stark vorhanden“) einstufen. |
| Sexuelle Fantasien waren während der sexuellen Aktivität... | Erotische Fantasien sind im Gegensatz zu sexuellen Gedanken, die eher flüchtig sind, Vorstellungen von bestimmten Handlungssträngen oder im Kopf ablaufenden „Skripten“. Diese können sich z. B. auf sexuelle Handlungen mit einer bestimmten Person, besondere sexuelle Praktiken oder Vorlieben oder sexuelle Handlungen an bestimmten Orten beziehen. Sie können diese auf einer Skala von 1 bis 5 („gar nicht vorhanden“ bis „sehr stark vorhanden“) einstufen. |
| Sexuelles Verlangen war während der sexuellen Aktivität... | Die Bezeichnung sexuelles Verlangen bezieht sich auf den Wunsch nach oder das Interesse an einer sexuellen Aktivität. Sie haben dabei Lust auf die Empfindungen, die sie durch eine sexuelle Aktivität verspüren würden. Sie können diese auf einer Skala von 1 bis 5 („gar nicht vorhanden“ bis „sehr stark vorhanden“) einstufen. |
| Sexuelle Erregung war während der sexuellen Aktivität... | Sexuelle Erregung umfasst ein gesteigertes Ausmaß an sexuellem Verlangen. Dies zeigt sich durch ein Gefühl der sexuellen Erregung sowie zusätzlich durch körperliche Empfindungen in Genitalien sowie im ganzen Körper. Sie können diese auf einer Skala von 1 bis 5 („gar nicht vorhanden“ bis „sehr stark vorhanden“) einstufen. |
| Schmerzen waren während der sexuellen Aktivität... | Dieses Item bezieht sich auf Schmerzen, die direkt mit der sexuellen Aktivität zusammenhängen, also nicht auf „Schmerzen im Alltag“ wie Kopf- oder Rückenschmerzen. Sie können diese auf einer Skala von 1 bis 5 („gar nicht vorhanden“ bis „sehr stark vorhanden“) einstufen. |
| | |

| Frage | Was ist damit gemeint? |
|---|--|
| Stress war während der sexuellen Aktivität... | Sie können Stress auf einer Skala von 1 bis 5 („gar nicht vorhanden“ bis „sehr stark vorhanden“) einstufen. |
| Haben Sie einen Orgasmus erlebt? | Diese Frage beantworten Sie bitte mit „ja“ oder „nein“. Falls Sie hier „ja“ angeben werden Sie im Anschluss nach der Intensität des Orgasmus gefragt, diese können Sie auf einer Skala von 1 bis 5 („gar nicht intensiv“ bis „sehr intensiv“) einstufen. |
| Haben Sie die sexuelle Aktivität abgebrochen? | Diese Frage beantworten Sie bitte mit „ja“ oder „nein“. Falls Sie hier „ja“ angeben werden Sie im Anschluss gefragt, weshalb Sie die sexuelle Aktivität abgebrochen haben. Hier können Sie aus folgenden Antwortmöglichkeiten auswählen: "ich wollte nicht mehr" "Partner/in wollte nicht mehr" "wir wurden gestört" "ich wurde gestört (Selbstbefriedigung)" "anderes" "weiß nicht". Mehrfachantworten sind hier möglich. |
| Bezogen auf die oben stattgefundenen(n) sexuelle(n) Aktivität(en), wie zufrieden sind Sie mit: Der Qualität Ihres Orgasmus/Ihrer Orgasmen. Ihrer sexuellen Hingabe. Der Art, wie Sie sexuell auf Ihren Partner/Ihre Partnerin reagieren. Ihren sexuellen Körperreaktionen. Ihrer emotionalen Stimmung nach sexueller Aktivität. Der Freude, die Sie Ihrem Partner/Ihrer Partnerin bereiten. Der Balance zwischen dem, was Sie beim Sex geben und dem was Sie erhalten. Der emotionalen Öffnung Ihres Partners/Ihrer Partnerin beim Sex. | Die hier gestellten Fragen beziehen sich ausschließlich auf die zuvor stattgefundenen sexuelle Aktivität. Zur Beantwortung der Fragen können Sie aus den folgenden Antwortmöglichkeiten wählen: „Überhaupt nicht zufrieden“, „Etwas zufrieden“, „Mäßig zufrieden“, „Ziemlich zufrieden“, „Sehr zufrieden“ und „Trifft auf mich nicht zu“. Wenn Sie zum Beispiel alleine waren, antworten Sie bitte bei allen Fragen, die sich auf den Partner/die Partnerin beziehen, mit „Trifft auf mich nicht zu“. |

| | |
|--|---|
| Der Fähigkeit Ihres Partners/Ihrer Partnerin einen Orgasmus zu bekommen. Der sexuellen Kreativität Ihres Partners/Ihrer Partnerin. Der Vielfalt Ihrer sexuellen Aktivität(en). | |
| Haben Sie während der sexuellen Aktivität Musik gehört? | Diese Frage beantworten Sie bitte mit „ja“ oder „nein“. |
| Aus welchem Grund haben Sie Musik gehört? | Hier können Sie aus folgenden Antwortmöglichkeiten auswählen: Entspannung, Aktivierung, Ablenkung, gegen Langeweile, um Gefühle oder Empfindungen intensiver zu erleben, sonstiges Mehrfachantworten sind hier möglich. |
| Hat Ihnen die gehörte Musik gefallen? | Sie können Ihre Antwort auf einer Skala von 1 bis 5 („gar nicht“ bis „sehr“) einstufen. |
| Haben Sie die Musik selber ausgesucht? | Diese Frage beantworten Sie bitte mit „ja“ oder „nein“. |

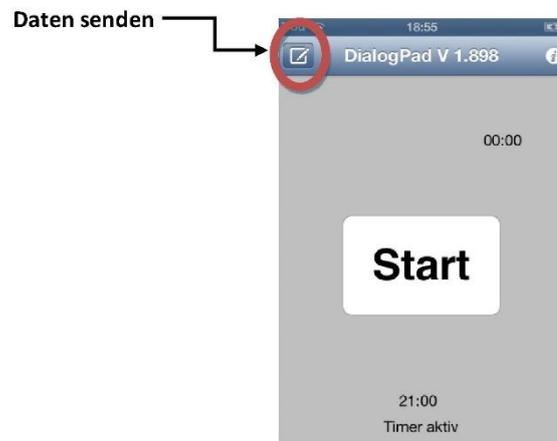
Abend-Messung

Die Abend-Messung starten Sie bitte selbst, kurz bevor Sie schlafen gehen. Hierzu berühren Sie auf der Startseite des iPods das Icon „iDialogPad“ unten rechts.

| Frage | Was ist damit gemeint? |
|--|--|
| Wie häufig haben Sie heute mit jemandem Zärtlichkeiten ausgetauscht? | Jeden Abend werden Sie dazu befragt, wie häufig Sie an dem jeweiligen Tag mit jemandem Zärtlichkeiten (Küssen, Schmusen, Liebkosen, Sich Halten, Umarmen, Massieren usw.) ausgetauscht haben. Hier wählen Sie bitte aus, ob dies „nie“, „selten“, „manchmal“, „häufig“ oder „sehr häufig“ der Fall war. Hier beziehen Sie sich auf die Zeitspanne des gesamten Tages. |
| Wie intensiv haben Sie diese Zärtlichkeiten erlebt? | Hier können Sie Ihre Einschätzung auf einer Skala von 1 („gar nicht intensiv“) bis 5 („sehr intensiv“) einstufen. |

Versenden der Daten

- Sollten Sie bei sich zu Hause über Wireless LAN verfügen, schicken Sie die Daten am Ende des Tages an uns. Es kann sein, dass Sie bei der Ausgabe abgesprochen haben, dass Sie **keine Daten** versenden sollen. Dann lassen Sie die folgenden Schritte einfach aus.
- Dazu müssen Sie mit dem Internet verbunden sein (Wireless LAN: manuelle Einstellungen → WiFi)
- Um die Daten zu versenden, berühren Sie das **Zeichen oben links**.
- Darauf folgt eine Warnung (Achtung: Ausgabedatei exportieren?), auf welche Sie mit der **OK-Taste** antworten können
- Ein neues Fenster wird geöffnet → hier nichts verändern!
- Oben rechts die **Senden-Taste** berühren
- Nach ein paar Sekunden erhalten Sie die Bestätigung, dass die Daten (= „Output“) an die E-Mail-Adresse sus-ema.psychologie@univie.ac.at gesendet wurden
- Wenn Sie gerade nicht im Wireless LAN sind, holen Sie das Versenden bitte bei der nächsten Möglichkeit (dem nächsten Messzeitpunkt) nach. Wenn Sie über die gesamten 14 Tage keine Möglichkeit haben, die Daten zu versenden, wird dies bei Abgabe des iPods durch das Studienpersonal nachgeholt. In diesem Falle versuchen Sie bitte nicht, die Daten selbstständig zu versenden.



Speichelproben

Sie werden jeweils am Ende der Befragung auf dem iPod gebeten, eine Speichelprobe zu sammeln. Optimal wäre es, wenn Sie eine Stunde vor der Probenentnahme nicht mehr essen, nur Wasser trinken, nicht rauchen und nicht die Zähne putzen. Wenn Ihnen das nicht gelingen sollte oder Sie sich dadurch zu sehr in Ihrem Alltag eingeschränkt fühlen, nehmen Sie die Speichelprobe bitte trotzdem zu den festgelegten Zeitpunkten.

1. Nehmen Sie sich den Salicap-Beutel, der zu dem jeweiligen Tag passt (Aufschrift: Tag 1, 2, 3 bis 14)
2. Entnehmen Sie aus dem Salicap-Beutel direkt nach dem Erwachen das jeweilige Salicap (Tipp: Legen Sie sich die Salicaps 1 und 2 schon am Tag zuvor mit dem ladenden iPod neben dem Bett bereit):
 - a. Direkt nach dem Erwachen: Salicap-Code endet mit „1“
 - b. 30 Minuten nach dem Erwachen: Salicap-Code endet mit „2“
 - c. Um 11 Uhr: Salicap-Code endet mit „3“
 - d. Um 14 Uhr: Salicap-Code endet mit „4“
 - e. Um 17 Uhr: Salicap-Code endet mit „5“
 - f. Um 20 Uhr: Salicap-Code endet mit „6“
 - g. Die Speichelproben für die sexuelle Aktivität sind durchnummeriert (Akt1-Akt20) und sollen nacheinander verwendet werden. Fühlen Sie sich durch die Menge der Speichelproben nicht beeinflusst – Sie sollen Ihr Verhalten durch die Studie nach Möglichkeit nicht verändern.
3. Vor jeder Probennahme sollten Sie, wenn möglich, Ihren Mund mit Wasser ausspülen. Anschließend bitten wir Sie, einmal komplett allen im Mund befindlichen Speichel herunterzuschlucken bzw. auszuspuken. Sammeln Sie nun für 2 Minuten den Speichel im Mund, ohne den Speichel hinunterzuschlucken und ohne absichtlich den Speichelfluss anzuregen. Hierfür ist im iPod eine Zeituhr eingestellt.
4. Spucken Sie anschließend über einen Strohhalm oder direkt den komplett gesammelten Speichel in das Salicap.
5. Geben Sie den Code (letzte 4 Ziffern) des jeweiligen Salicaps noch einmal in den iPod ein. Dies gilt zur Absicherung der Zuordnung der Proben zu den jeweiligen Zeitpunkten.
6. Wenn Sie zwischendurch doch geschluckt haben sollten, stellen Sie sich eine Stoppuhr auf 2 Minuten und holen Sie die Speichelprobe bitte sofort nach.
7. Bitte führen Sie die Speichelproben zu den angegebenen Messzeitpunkten (also dann, wenn Sie durch den iPod dazu aufgefordert werden) durch.



Platz für Ihre Notizen:

| Tag | Kommentare/Anmerkungen/Probleme mit dem iPod/ iPod vergessen/Menstruationsbeginn der Partnerin etc... |
|-----|---|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |

Manual für die Studie „Sexuelles Erleben und Verhalten im Alltag“ - eine ambulante Assessment-Studie mit Biomarkern

| Tag | Kommentare/Anmerkungen/Probleme mit dem iPod/ iPod vergessen/ Menstruationsbeginn der Partnerin etc... |
|-----|--|
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |
| 11 | |
| 12 | |
| 13 | |
| 14 | |

Anhang E: Einverständniserklärung für die Teilnehmer*innen

Einverständniserklärung zur Studie

Sexuelles Erleben und Verhalten im Alltag – eine ambulante Assessment-Studie mit Biomarkern

Name des Probanden/der Probandin

Ihr Einverständnis:

- Ich wurde vom unterzeichnenden Studienmitarbeiter mündlich und schriftlich über die Ziele, den Ablauf der Studie und über eventuelle Risiken informiert.
- Ich habe die zur oben genannten Studie abgegebene schriftliche Studieninformation gelesen und verstanden. Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an dieser Studie sind mir zufriedenstellend beantwortet worden. Ich kann die schriftliche Studieninformation behalten und erhalte eine Kopie meiner schriftlichen Einverständniserklärung.
- Ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zu treffen.
- Ich nehme an dieser Studie freiwillig teil. Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung zur Teilnahme widerrufen.
- Ich zeige mich mit meiner Unterschrift einverstanden, dass meine Antworten und Einschätzungen zu den gestellten Fragen passwortgeschützt auf einem Computer gespeichert werden. Die Daten sind in pseudonymisierter Form gespeichert, d.h. sie können nicht mit mir als Person in Zusammenhang gebracht werden. Sie werden nur im Rahmen dieser Studie ausgewertet und genutzt.
- Nur Projektbeteiligte haben Zugriff auf diese Daten und stehen unter Schweigepflicht. Die Daten werden nach den gesetzlichen Regelungen mindestens 10 Jahre lang aufbewahrt. Der Projektleiter Univ.-Prof. Dr. Nater versichert, dass die Bestimmungen des Datenschutzes eingehalten werden.
- Für den Fall, dass sich durch meine Angaben Hinweise auf die Diagnose einer psychischen Störung ergeben, möchte ich darüber aufgeklärt werden.

ja

nein

Ort, Datum

Unterschrift des Probanden/der Probandin

**„Sexuelles Erleben und Verhalten im Alltag –
eine ambulante Assessment-Studie mit Biomarkern“**

Bestätigung des aufklärenden Studienmitarbeiters/der aufklärenden Studienmitarbeiterin:

Hiermit bestätige ich, dass ich die Probandin/den Probanden über die Ziele, den Ablauf der Studie und über eventuelle Risiken informiert habe. Ich versichere, alle Fragen vollständig beantwortet zu haben. Ich bin überzeugt davon, dass die Probandin/der Proband meine Erklärungen verstanden hat und ihr/sein freiwilliges Einverständnis zur Studienteilnahme gegeben hat.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Aufklärenden

Versicherung des/der aufklärenden Studienmitarbeiters/in bzgl. des Partners/der Partnerin der Versuchsperson (bitte zutreffendes ankreuzen):

- Hiermit versichere ich, dass ich den Partner/die Partnerin der Versuchsperson nicht kenne.

- Ich kenne den Partner/die Partnerin der Versuchsperson. Ich informiere die Versuchsleitung hierüber, die veranlasst, dass die Versuchsperson einen neuen, mir nicht zugänglichen Versuchspersonen-Code bekommt.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Aufklärenden