

# **Entwicklung und Erprobung eines Messinstrumentes zur Erfassung von Liebessucht**

An der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen – Abteilung  
Köln – im Postgradualen Masterstudiengang Suchthilfe eingereichte

## **Master-Thesis**

zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science

vorgelegt von

**Lisa Hülsmann**

Matr.-Nr.: 514011

am: 21.12.2018

Erstleser: Prof. Dr. Thorsten Köhler  
Zweitleser: Prof. Dr. Michael Klein

## **Danksagung**

Ich danke Herrn Prof. Dr. Thorsten Köhler und Herrn Prof. Dr. Michael Klein für ihr Interesse und die fachliche Begleitung der vorliegenden Masterarbeit.

Vielen Dank an Jenny, Barbara und Oliver für die Unterstützung.

Ein besonderer Dank gilt außerdem allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern meiner Befragung.

## Zusammenfassung

*Fragestellung:* Die vorliegende Masterthesis zielt auf die Entwicklung eines diagnostischen Messinstrumentes zur Erfassung von Liebessucht. Dieses soll den international anerkannten Kriterien des DSM-5 entsprechen. Es werden ebenso mögliche Zusammenhänge zwischen Liebessucht und Selbstwirksamkeit, Bindungsparametern, dependenten Persönlichkeitseigenschaften und Sexsucht betrachtet.

*Methodik:* Die Kriterien für Liebessucht führender Autoren wurden den elf DSM-5 Kriterien für eine Suchterkrankung zugeordnet. Anhand dieser theoretischen Ausarbeitung wurde der Liebessuchtfragebogen LiSu entwickelt, der anhand von 54 Items die DSM-5-Kriterien liebessuchtspezifisch abfragt. Im Rahmen einer Online-Studie wurden 266 Personen befragt. Die Identifizierung von Personen mit Liebessucht erfolgte über das neu generierte Messinstrument LiSu. Die übrigen Variablen wurden mit verschiedenen Messinstrumenten erfasst. Die Ergebnisse dienten der Bildung von Cut-Off-Werten und der Reliabilitätsanalyse in Bezug auf den LiSu. Ebenso wurden mittels T-Test und Korrelationsanalysen Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Variablen untersucht.

*Ergebnisse:* Erstmals im deutschsprachigen Raum wurde ein Messinstrument in Anlehnung an den DSM-5 Suchtkriterien zur Erhebung von Liebessucht entwickelt: Der LiSu. Der LiSu ist ein objektiver und reliabler Fragebogen, der mittels 49 Items das Vorliegen und den Schweregrad einer Liebessucht erfassen kann. Es bedarf weiterer Studien sowie quantitativer und qualitativer Analysen zur Überprüfung und Optimierung der Validität. Der LiSu stellt einen Grundbaustein dar, auf dessen Gerüst ein zuverlässiges diagnostisches Messinstrument geschaffen werden kann. Dies kann Betroffenen den Zugang zu therapeutischer Hilfe ermöglichen. Ergänzend wurde ein Kurzscreening zur Erfassung erster Hinweise auf Liebessucht generiert.

## Inhaltsverzeichnis

|   |           |
|---|-----------|
| Danksagung .....  | 1         |
| Zusammenfassung .....   | 2         |
| <b>I. Einleitung .....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>II. Theoretischer Hintergrund .....</b>                                      | <b>7</b>  |
| <b>1. Begriffserklärungen .....</b>   | <b>7</b>  |
| 1.1. Sucht und Abhängigkeit .....   | 7         |
| 1.2. Liebe .....  | 10        |
| 1.3. Bindung.....   | 13        |
| 1.3.1. Die Bindungstheorie .....  | 13        |
| 1.3.2. Bindungsstile .....  | 15        |
| 1.3.3. Bindung und Sucht .....  | 16        |
| 1.4. Die dependente Persönlichkeitsstörung.....                                 | 18        |
| <b>2. Liebessucht.....</b>  | <b>22</b> |
| 2.1 Was ist Liebessucht? .....  | 22        |
| 2.1.1 Aktueller Forschungsstand .....   | 22        |
| 2.1.2 Abgrenzung .....  | 25        |
| 2.2 Liebessucht und Komorbidität.....   | 26        |
| 2.2.1 Allgemeine Annahmen .....   | 26        |
| 2.2.2 Liebessucht versus Sexsucht .....   | 27        |
| 2.3 Bestehende Messinstrumente.....   | 29        |
| <b>3. Entwicklung eines Messinstrumentes zur Erfassung von Liebessucht.....</b> | <b>31</b> |
| 3.1 Kriterien von Liebessucht.....  | 31        |
| 3.2 Entwicklung der Items.....  | 38        |
| 3.3 Gestaltung des Fragebogens.....   | 40        |
| <b>III. Empirischer Teil .....</b>  | <b>41</b> |
| <b>4. Entwicklung des Liebessuchtfragebogens (LiSu) .....</b>                   | <b>41</b> |
| 4.1 Datenerhebung .....   | 41        |
| 4.2 Datenauswertung.....  | 41        |
| 4.3 Ergebnisse .....  | 43        |
| 4.3.1 Häufigkeiten .....  | 43        |
| 4.3.2 Wer ist liebessüchtig?.....   | 45        |
| 4.4 Itemanalyse.....  | 48        |
| 4.5 Gütekriterien .....   | 49        |
| 4.6 Entwicklung eines Liebessucht Kurzscreenings: LiSu-K.....                   | 52        |
| <b>5. Die Studie „Liebe und psychosoziale Gesundheit“ .....</b>                 | <b>54</b> |
| 5.1 Herleitung der Fragestellung und Formulieren der Hypothesen.....            | 54        |
| 5.2 Methodik .....  | 56        |

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| 5.2.1     | Forschungsdesign und Durchführung der Erhebung .....    | 56        |
| 5.2.2     | Operationalisierung .....                               | 58        |
| 5.2.2.1   | Selbstwirksamkeit- ASKU .....                           | 58        |
| 5.2.2.2   | Bindungsverhalten- BoBi .....                           | 59        |
| 5.2.2.3   | Liebessucht- LiSu .....                                 | 60        |
| 5.2.2.4   | Dependente Persönlichkeitsstörung- DSM-5 Kriterien..... | 60        |
| 5.2.2.5   | Sexsucht- Screening nach Kafka.....                     | 61        |
| 5.2.2.6   | Soziodemografische Daten- Destatis.....                 | 61        |
| 5.2.3     | Datenauswertung .....                                   | 62        |
| 5.3       | Ergebnisse .....  | 63        |
| 5.3.1     | Stichprobenbeschreibung.....                            | 63        |
| 5.3.2     | Soziodemografische Merkmale der Liebessüchtigen .....   | 67        |
| 5.3.3     | Hypothesenprüfung .....                                 | 69        |
| <b>6.</b> | <b>Diskussion</b> .....                                 | <b>77</b> |
| 6.1       | Interpretation der Ergebnisse.....                      | 77        |
| 6.2       | Limitierung der Methodik.....                           | 82        |
| 6.3       | Fazit .....   | 85        |
|           | Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....                | 87        |
|           | Literaturverzeichnis .....                              | 89        |
|           | Quellenverzeichnis .....                                | 95        |
|           | Anhang.....   | 96        |

## I. Einleitung

Bereits im Jahr 1993 wurde der Mangel an adäquaten Messinstrumenten zur Erfassung von Liebessucht kritisiert (Lord, 1993). Die einschlägige Forschung und Literatur zeigen, dass sich bis heute daran kaum etwas geändert hat. Der Forschungsstand, insbesondere in Deutschland, erweist sich als defizitär. Die Entwicklung und Erprobung eines Messinstrumentes zur Erfassung von Liebessucht im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit soll einen Beitrag dazu leisten, den Forschungsstand zu erweitern und ein diagnostisches Instrument für zukünftige Studien zur Verfügung zu stellen.

Das Thema Liebessucht war bereits im Jahr 2017 Gegenstand einer Masterthesis. Deutlich wurde, dass es an adäquaten Messinstrumenten zur Erfassung einer Liebessucht fehlt (Möhlenkamp, 2017). Dies hat zur Folge, dass es keine einheitlichen Diagnosekriterien gibt und eine Bestimmung der Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung Deutschlands aktuell nicht möglich ist. Das Fehlen eines Messinstrumentes, das den Kriterien einer Suchterkrankung nach den Vorgaben eines international gültigen Klassifikationssystems entspricht, führt zu einer mangelhaften Abgrenzung zwischen Liebessucht als eigenständige Erkrankung und Liebessucht als Symptom anderer Komorbiditäten (z.B. Dependente Persönlichkeitsstörung, Sexsucht). Notwendig ist demnach einerseits die Entwicklung eines geeigneten Messinstrumentes, andererseits mit Hilfe des Messinstrumentes erste Hinweise zu erlangen, ob es sich bei einer Liebessucht um ein Symptom handelt oder um eine eigenständige Abhängigkeit. Ein geeignetes Instrumentarium bildet die Grundlage für weiterführende Forschungen.

Im Englischsprachigen Raum, vor Allem in den USA, gibt es erste Forschungsergebnisse und theoretische Ausarbeitungen bezüglich Symptome, Folgen und neurophysiologischen Prozessen von Liebessucht. In Deutschland hingegen sind keine relevanten Forschungen bekannt. Das Phänomen Liebessucht bietet ein breites Spektrum an Forschungsbedarf. Die wenigen Erkenntnisse zeigen, dass Symptome einer Liebessucht aus den Kriterien einer Suchterkrankung abgeleitet werden können. Betroffene verspüren also durch-

aus einen Leidensdruck (Earp, 2017; Fisher, 2016; Zou et al, 2016; Zhang et al, 2016).

In der Praxis gibt es dennoch kaum Hilfe für liebessüchtige Menschen. Spezifische (Sucht-) Behandlungen stehen ihnen nicht zur Verfügung. Nur im Rahmen der Selbsthilfe, den Sex and Love Addicts Anonymous, besteht ein Zugang zum Hilfesystem (Sex and Love Addicts Anonymous Tucson Intergroup, 2018) oder im Rahmen der Behandlung einer vordergründigen komorbiden Störung, die Basis und Abrechnungsgrundlage für eine Psychotherapeutische Intervention bildet. Der erste Zugang zu Behandlungen und Therapien erfolgt über eine Diagnose. Diese ist die Voraussetzung für eine Kostenübernahme. Durch den Mangel eines Messinstrumentes allerdings fehlt die Möglichkeit eine Diagnose zu vergeben. Es ist davon auszugehen, dass einige Menschen an Liebessucht leiden, aber nie eine Therapie in Anspruch nehmen können. Die vorliegende Masterthesis soll dazu dienen Behandelnden Möglichkeiten zur Feststellung einer Liebessucht bieten zu bieten.

Es gilt, zunächst den aktuellen Forschungsstand bezüglich Liebessucht zu erheben. Darauf basierend wird ein Fragebogen, welcher sich für die Messung einer Liebessucht eignet, entwickelt und im Rahmen einer Studie erprobt. Inhalte sind nicht nur Fragen zur Liebessucht, sondern insbesondere zu den Risikofaktoren, welche eine Liebessucht begünstigen können. Im Anschluss werden Zusammenhänge analysiert, um abzugrenzen, ob Liebessucht ein Symptom anderer komorbider Störungen ist oder ein eigenständiges Krankheitsbild darstellt. Zusammenhänge zwischen Liebestypen und Liebessucht, sowie Formen leidenschaftlicher Liebe und Liebessucht (Mölenkamp, 2017) sind nicht Gegenstand dieser Erhebung.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

## II. Theoretischer Hintergrund

### 1. Begriffserklärungen

#### 1.1. Sucht und Abhängigkeit

Sucht bezeichnet unkontrollierbare Verhaltensweisen, die mit einem unbezwingbaren Verlangen und Kontrollverlust einhergehen und in einem so ausgeprägten Maß auftreten, dass die betroffene Person in sozialen, physischen oder psychischen Lebensbereichen negative Folgeerscheinungen erleidet (Müller, et al., 2012; Schneider, 2015; Tretter, 2012). Sprachwissenschaftlich betrachtet hat der Begriff „Sucht“ seinen Ursprung im Wort „siech“, dessen Bedeutung krank ist. Aufgrund der Negativkonnotation empfahl die Weltgesundheitsorganisation zwischenzeitlich den neutraleren Begriff Abhängigkeit, wobei die Bezeichnungen Sucht und Abhängigkeit mittlerweile synonym verwendet werden (Schneider, 2015). Im Englischen spricht man von „Addiction“ und der niederländische Begriff „Verslaving“ macht die Limitation der Freiheit der Betroffenen besonders deutlich (Schneider, 2015). Internationale Klassifikationssysteme nutzen in Bezug auf psychotrope Substanzen den Begriff Abhängigkeit (Müller, et al., 2012).

Die bekannteste Form der Sucht bezieht sich auf den Konsum psychoaktiver Substanzen z.B. Alkohol, Medikamente oder Drogen, deren Konsum zu einem Rauschzustand führt. Es ist jedoch auch möglich, dass bestimmte Verhaltensweisen süchtig machen. Vor diesem Hintergrund wird unterschieden zwischen substanzgebundenen und substanzungebundenen Süchten, den sogenannten Verhaltenssüchten (Müller, et al., 2012; Schneider, 2015; Tretter, 2012). Dabei kann jede Aktivität zur Sucht werden, z.B. arbeiten, essen, spielen, fernsehen oder lieben (Gross, 1994). Sucht ist gekennzeichnet durch eine extrem intensive Bindung zwischen einer Person und einem Objekt oder einem Verhalten, dadurch bedingte Störungen in anderen Lebensbereichen und trotzdem ein Fortführen des Verhaltens (Tretter, 2012).

Abhängigkeit ist eine anerkannte psychische Erkrankung, die durch die international gültigen Klassifikationssysteme DSM-5 und ICD-10 klassifiziert wird. Der ICD-10 ist in Deutschland die Grundlage für die Diagnosestellung und den Zugang zu einer suchtspezifischen Behandlung. Klassifiziert werden

substanzgebundene Süchte. Der DSM 5 klassifiziert nicht nur substanzgebundene Süchte, sondern auch die Glücksspielsucht. Alle Verhaltenssüchte werden im ICD-10 den Impulskontrollstörungen untergeordnet (Dilling & Freyberger, 2015; Falkai & Wittchen, 2015). In der neuen Version, dem ICD-11, werden sowohl Glücksspielsucht als auch Onlinesucht den Suchterkrankungen zugeordnet. Der ICD-11 wird in Deutschland noch nicht offiziell genutzt (World Health Organisation, 2018a; World Health Organisation, 2018 b). Es ist erkennbar, dass die diagnostische Einordnung uneinheitlich ist. Jedoch: Die Süchte des Alltagsverhaltens werden nicht aufgeführt und deren Behandlung unterliegt somit keiner Finanzierung durch die Krankenkassen (Tretter, 2012). Beiden Klassifikationen gemein ist, dass sie verschiedene Substanzklassen unterscheiden. Die Substanzstörungsdiagnosen werden dann spezifisch für eine Substanzklasse (z.B. Alkohol, Opiate) vergeben. Neben der Abhängigkeit sind beispielsweise Substanzmissbrauch oder Entzugssyndrom weitere mögliche Diagnosen (Bühlinger & Behrendt, 2011).

Der ICD-10 beschreibt folgende diagnostische Kriterien:

- (1) Ein starkes Verlangen (craving) oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren
- (2) Verminderte Kontrollfähigkeit in Bezug auf den Beginn, die Beendigung oder die Menge des Konsums,
- (3) Ein körperliches Entzugssyndrom, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, mit dem für die Substanz typischen Entzugssymptomen oder auch nachweisbar durch den Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden,
- (4) Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz. Für eine Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen der Substanz konsumiert werden, oder es treten bei fortgesetztem Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf,
- (5) Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügen oder Interessensbereiche wegen des Substanzgebrauchs, oder ein erhöhter Zeitwand in Bezug auf Beschaffung, Konsum und Erholung davon,
- (6) Anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutig schädlicher Folgen und obwohl der Betroffene sich dessen bewusst ist oder bewusst sein könnte.

Für eine Diagnose müssen drei oder mehr Kriterien mindestens einen Monat lang bestanden haben, bzw. wiederholt innerhalb der letzten 12 Monate, falls sie nur für eine kürzere Zeit gemeinsam aufgetreten sind (Dilling & Freyberger, 2015).

Die Codierung für eine Substanzkonsumstörung im DSM-5 umfasst folgende Kriterien, die aus der Codierung für eine Alkoholkonsumstörung abgeleitet wurden:

- (1) Die Substanz wird häufig und in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt konsumiert,
- (2) Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren,
- (3) Hoher Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von seiner Wirkung zu erholen,
- (4) Craving oder ein starkes Verlangen, die Substanz zu konsumieren,
- (5) Wiederholter Konsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt,
- (6) Fortgesetzter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Wirkung der Substanz verursacht oder verstärkt werden,
- (7) Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Konsums aufgegeben oder eingeschränkt,
- (8) Wiederholter Konsum in Situationen, in denen der Konsum zu einer körperlichen Gefährdung führt,
- (9) Fortgesetzter Konsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht wurde oder verstärkt wird,
- (10) Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien: a. Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder einen erwünschten Effekt herbeizuführen, b. deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetztem Konsum derselben Menge Suchtmitte;
- (11) Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern: a. Charakteristisches Entzugssyndrom in Bezug auf die Substanz, b. Die Substanz selbst oder ähnliche Substanzen werden konsumiert, um die Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.

Die Kriterien im DSM-5 beziehen sich immer auf die letzten 12 Monate. Bei Substanzen müssen mindesten zwei Kriterien vorliegen, bei pathologischem Glücksspiel vier (Falkai & Wittchen, 2015).

In der Wissenschaft gibt es unzählige Modelle zur Suchtentstehung (Müller & Heinz, 2012; Ackermann, 1996). Warum eine Sucht entsteht kann nicht auf einen Auslöser zurückgeführt werden (Grüsser & Thalemann, 2006). Vielmehr liegt ein komplexes Zusammenspiel aus mehreren Faktoren, unter anderem die genetische Disposition, Umweltfaktoren, Lernprozesse, neuroadaptive Veränderungen infolge des Konsums und anhaltende Veränderung der Neurotransmission als Folge früherer Stressexposition, zugrunde. (Müller & Heinz, 2012). Psychologischen Modellen wird eine besondere Relevanz zuge-

schrieben in Bezug auf die Beschreibung und Erklärung abhängigen Verhaltens (Ackermann, 1996). Das was süchtig macht ist die Wirkung der jeweiligen Substanz, nicht die Droge an sich. Es geht um die Veränderung des körperlichen und psychischen Zustandes, der dem Konsum folgt. Motive können die Flucht vor sich selbst, Ekstase, Entgrenzung oder die Flucht vor unlösbaren Konflikten sein (Gross, 1994). Grüsser und Thalemann (2006) stellen heraus, dass bei einer Verhaltenssucht der Körper selbst eine psychotrope Wirkung auslöst, die auf ein belohnendes Verhalten folgt. Dieses wird folglich exzessiv ausgeführt. Die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Verhaltenssucht ist ähnlich der einer substanzgebundenen Sucht (Grüsser & Thalemann, 2006). Die enge Bindung an das süchtige Verhalten ist gleichzusetzen mit der Bindung von Suchtmittelabhängigen an die jeweilige Substanz (Gross, 1994). Die Einordnung, ab wann ein Verhalten als Sucht zu klassifizieren ist, ist bei Verhaltenssuchten jedoch weniger eindeutig, als bei substanzgebundenen Süchten und muss genau betrachtet werden (Gross, 1994; Tretter, 2012). Die Abhängigkeitskriterien lassen sich übertragen und die Merkmale zeigen Parallelen (Grüsser & Thalemann, 2006; Tretter, 2012).

## 1.2. Liebe

Liebe wird in vielen Kulturen als ein Gefühl besonderer Wichtigkeit, ein Gefühl, das über den anderen steht, angesehen (Earp et al., 2017; Fisher, Brown, Aron, Strong, & Mashek, 2010). Für viele Menschen ist die Liebe das wichtigste in ihrem Leben oder das Besondere, was das Leben erst vervollständigt (Sternberg & Barnes, 1988). Liebe ist ein zeitloses Gefühl, das Sehnsucht, Verlangen und Verschmelzung vereint (Hantel-Quitmann, 2005). Kaum eine andere Emotion ist im Verlauf der Menschheitsgeschichte mehr thematisiert worden (Hüther, 2017). Experten verschiedenster Wissenschaften, Poeten, Philosophen, Theologen, Psychologen und andere Spezialisten, haben einen Definitionsversuch gewagt, um zu klären „Was ist Liebe?“ (Sternberg & Barnes, 1988). Liebe zählt als ein metaphysisches Konstrukt. Sie wird meist umschrieben oder mittels verschiedener Typologien erklärt und eine klare Definition gibt es seitens der Wissenschaft nicht (Bodenmann, 2013). Die Schwierigkeit daran Liebe zu definieren ist, dass sie so facettenreich ist, dass keine wissenschaftliche Disziplin es vermag den gesamten Charakter von Liebe zu erfassen. Liebe

kann nicht anhand eines bestimmten Verhaltens mit klaren Grenzen konstituiert werden, sondern ist vielmehr eine riesige Sammlung verschiedenster Verhaltensweisen, deren einzige Gemeinsamkeit es ist, dass sie innerhalb einer Beziehung zu einem anderen Menschen vollzogen werden. Sie vereint eine faszinierende Vielfalt menschlicher Verhaltensweisen (Berscheid, 1988). Bierhoff (2003) versucht das Phänomen zu umschreiben und bestimmt Liebe durch folgende Items: gemeinsame Aktivitäten, Zärtlichkeit, gemeinsam verbrachte Zeit, Kommunikation und romantische Liebe. Sie kann sich jedoch in vielen Varianten zeigen, wobei die Art der Liebe auch davon abhängt, in welcher Beziehung die Liebenden zueinander stehen, z.B. Eltern zu ihren Kindern oder Personen in einer Partnerschaft. Lewis (1960) unterscheidet vier Typen einer Liebe. Nach seiner Theorie gibt es altruistische Liebe, die dazu dient das Wohlbefinden eines anderen zu fördern, ohne Gegenleistung zu erwarten; Liebe im Sinne von Warmherzigkeit und Zuneigung; sowie freundschaftliche Liebe und romantische Liebe, wobei Letztere sexuelles Verlangen einschließt (Lewis, 1960).

Das Bedürfnis nach einer Partnerbeziehung ist ein grundlegendes menschliches Bedürfnis (Asendorpf & Banse, 2000). Die Organisationsform einer Partnerschaft kann sich jedoch höchst different gestalten, was auch mit historischen oder kulturellen Kontexten zusammenhängt. Heutzutage ist es in Deutschland üblich seinen Partner in gegenseitigem Einverständnis und auf freiwilliger Basis auszuwählen. Liebespartner ähneln sich häufig in soziodemografischen, physischen und psychischen Merkmalen (Asendorpf & Banse, 2000). John Alan Lee (1988) differenziert verschiedene Liebestypen, die sich auf die Liebe in einer Partnerschaft beziehen. Er betont, dass die Art zu lieben sich im Laufe des Lebens verändern kann. Auch gleichzeitig verschiedene Liebestypen mit verschiedenen Partnern auszuleben sei möglich. Er unterscheidet drei folgende Grundtypen: „Eros“ die erotisch Liebe; „Storge“ die sich langsam entwickelnde Liebe, die aus einer engen Freundschaft heraus entsteht und „Ludus“, die spielerische Liebe, basierend auf sexueller Verführung. Daraus transformiert er weitere Liebestypen, z.B. den obsessiv Liebenden, den pragmatisch Liebenden, der einen kompatiblen Partner nach pragmatischen Gesichtspunkten, wie Interessen, soziale Status auswählt oder eine Mi-

schung aus beiden Eigenschaften. Er verdeutlicht, dass kein Liebender auf einen Stil begrenzt ist und Kombinationen möglich sind (Lee, 1988).

Liebe ist zu einem Teil biologisch begründet (Feeney & Noller, 1990). Die Neurowissenschaft interessiert sich zunehmend für die romantische Liebe und die damit einhergehenden Vorgänge im Gehirn und im Nervensystem (De Boer, Van Buel, & Ter Horst, 2012). Fisher, Xu, Aron, & Brown (2016) gehen davon aus, dass Liebe eine weiterentwickelte Form der neuronalen Mechanismen beim Balzverhalten sei. Mittels Tierstudien konnte herausgefunden werden, dass in Bezug auf Bindung, Partnerwahl und Monogamie insbesondere die im Gehirn gebildeten Hormone Oxytocin und Vasopressin, sowie der Neurotransmitter Dopamin eine Rolle spielen (De Boer et al., 2012). Unklar bleibt inwiefern die Erkenntnisse aus Tierstudien auch auf den Menschen übertragbar sind. Es wurde festgestellt, dass Serotonin, Cortisol und Testosteron für Bindung und Paarbeziehung ebenfalls von Bedeutung sind (De Boer et al., 2012). Verliebte werden mit Empfindungen überflutet, die gekoppelt sind an soziale und sexuelle Bindung und Verliebtsein ist vergleichbar mit einem Rausch nach Drogenkonsum (Burkett & Young, 2012). Xu, et al. (2012) stellten mittels bildgebender Verfahren fest, dass im Stadium der frühen Verliebtheit die gleichen Hirnregionen aktiviert sind, wie es nach dem Konsum von Rauschmitteln der Fall ist, nämlich vor Allem das Motivationszentrum und das Belohnungszentrum. Bei Untersuchungen der physiologischen Vorgänge in Bezug auf Liebe sind jedoch Stichprobenverzerrungen, hervorgerufen durch Unterschiede in Geschlecht, kulturellem Hintergrund und Länge der Beziehungen der Testpersonen, nicht selten, was die Aussagekraft der Studien limitiert (De Boer et al., 2012). Insgesamt bedarf es auf dem Gebiet der Neurowissenschaften weiterer Forschungen (De Boer et al., 2012).

Neben der einerseits biologischen Begründung von Liebe ist sie andererseits auch abhängig von den frühen Bindungserfahrungen durch die Eltern (Feeney & Noller, 1990). Romantische Liebe kann als ein Bindungsprozess erfasst werden und gefestigte Partnerschaften zwischen Liebenden sind Bindungen (Bowlby J. , 1969; 1973; 1980; Hazan & Shaver, 1987). Die Auslebung romantischer Liebe und Bindung im Erwachsenenalter wird geprägt durch die

kindlichen Bindungserfahrungen und dem in der Kindheit ausgeprägten Bindungsstil, sowie von der frühen Bindung zwischen Säugling und Bezugsperson. (Feeney & Noller, 1990; Hazan & Shaver, 1987). Wie romantische Liebe und Paarbindung im Erwachsenenalter ausgelebt wird, wird also durch die in der Kindheit erlernte Bindungsstrategie determiniert (Behringer, Reiner, & Spangler, 2012).

### 1.3. Bindung

#### 1.3.1. Die Bindungstheorie

Als Bindung wird die Beziehung zwischen einem Kind und seinen Eltern (bzw. Personen, die es ständig betreuen) bezeichnet, sowie die emotionsbasierte Verbindung zwischen einem Menschen mit anderen über Raum und Zeit hinweg (Grossmann & Grossmann, 2014). Die Beziehung zu den Eltern ist die Basis, aus der sich die internalen Arbeitsmodelle von Bindung entwickeln. So haben diese ebenfalls Einfluss auf spätere Paarbeziehungen (von Sydow, 2012). Eine sichere Bindung ist ein entscheidender Resilienzfaktor für ein gesundes Aufwachsen (Trost, 2013). Sicher gebundenen Kinder können Entwicklungsaufgaben flexibler bewältigen haben es leichter im Hinblick auf das Erringen von Selbstständigkeit, Resilienz, sozialer Kompetenz, emotionaler Gesundheit (Eiden, 2013). Begründer der Bindungstheorie sind der Psychoanalytiker John Bowlby und die Entwicklungspsychologin Mary Ainsworth Bowlby. Die Bindungstheorie gilt als Bowlbys Lebenswerk. Bis heute werden Schriften und Vorträge des 1990 Verstorbenen veröffentlicht (Bowlby, 2014; Holmes, 2012). Die Bindungstheorie erklärt Trennung und Verlust von Bindungspersonen als eine Ursache vieler seelischer Negativentwicklungen (Grossmann & Grossmann, 2014). In der Bindungstheorie gilt das Streben nach engen emotionalen Beziehungen als spezifisches menschliches Grundelement, das ab der Geburt bis ins hohe Alter vorhanden ist. Die Bindung an die Eltern dient dem Säugling die Bedürfnisse nach Schutz, Zuwendung und Beistand zu befriedigen. Sie nimmt somit eine Schutzfunktion ein, die als lebenswichtig angesehen werden kann. Das spätere Bindungsverhalten wird durch die drei Grundelemente Zuwendungsbedürfnis des Kindes, Fürsorge der Eltern und Umweltexploration (Aktivität mit Gleichaltrigen) beeinflusst. Die Bindung zu den Eltern bildet die sichere Basis. Diese verlässliche Basis gilt als Grundlage für die eine optimale

Lebensbewältigung und psychische Gesundheit. Bei einem Gefühl von Sicherheit steigt der Explorationsdrang und das Kind traut sich die Umwelt zu entdecken und zu erfahren. Dominiert Angst, Unsicherheit, Sorge, so strebt man umso mehr nach Nähe (Bowlby, 2014). Die Verhaltensmuster des menschlichen Bindungsverhalten weist Bowlby einem Regelkreis im Zentralnervensystem zu. Dieser wird als Bindungsverhaltenssystem bezeichnet. Die Abläufe dort erfolgen instinktgesteuert, aber von der Umwelt beeinflussbar. Dieses System zielt auf eine Umwelt-Homöostase, im Sinne von Regulierung der kindlichen Sicherheit (Bowlby, 1969; Bowlby, 2014; Main, 2012). Der Ursprung des Bindungsverhaltens wird der Überlebenssicherung zugeschrieben. Mittels Streben nach Bindung wurde die Sicherheit schwächerer Primaten gewahrt (Main, 2012). Anders als rein instinktgesteuerte Systeme wird das Bindungsverhalten jedoch auch durch Veränderungen, die emotionale Reaktionen verursachen, beispielsweise Trennungen und Wiedervereinigungen, gelenkt (Bowlby, 1969). Bindung ist eine eigenständige Motivation und lässt sich nicht rein auf einen Sekundärtrieb reduzieren (Flores, 2013).

Es wird davon ausgegangen, dass das Bindungsverhalten während der gesamten Lebensspanne Auswirkungen zeigen kann und die psychische Verfassung beeinflusst (Flores, 2013; Main, 2012). Sich wiederholende Bindungserfahrungen werden im Verlauf internalisiert, woraus innere Arbeitsmodelle hinsichtlich sich selbst und hinsichtlich der Bindungsfiguren resultieren. Das Kind reguliert seine Affekte über die Bindungsfigur. Die inneren Arbeitsmodelle dienen dazu eine eigenständige Affektregulation, ohne andere Personen, erreichen zu können (Schindler, 2013). Die Fähigkeit eigene Emotionen zu steuern wird durch die frühen Bindungserfahrungen, deren Dauer und Stärke, bestimmt. Zu unterscheiden ist zwischen der Bindung des Kindes an die Eltern und die Bindung der Eltern an das Kind. Wenn das Kind von den Eltern zur Befriedigung eigener Bindungsbedürfnisse eingesetzt wird kann dies psychopathologische Folgen nach sich ziehen (Flores, 2013). Der Einfluss des Bindungsverhaltens auf die Genese psychischer Erkrankungen ist nicht zu vernachlässigen, es zeigen sich zunehmend Zusammenhänge zwischen dem Bindungsverhalten und psychopathologischen Auffälligkeiten (Hartmann, 2005).

### 1.3.2. Bindungsstile

Mary Ainsworth führte kontrollierte prospektive Studien zur psychosozialen Entwicklung in den ersten fünf Lebensjahren durch. Diese groß angelegten Studien lieferten konsistente und aufschlussreiche Ergebnisse (Bowlby, 2014). Daraus wurden verschiedene Verhaltenskriterien abgeleitet, aus denen sich drei Bindungsstile herauskristallierten. In Ainsworth's und auch anderen folgenden Studien konnte jedes Kleinkind einem der drei Bindungsstile zugeordnet werden. Mit jedem der drei Stile sind unterschiedliche familiäre Faktoren verbunden (Bowlby, 2014; Main, 2012). Der Bindungsstil hat Einfluss auf alle sozialen Erfahrungen eines Kindes. Geprägt wird dieser durch die Feinfühligkeit der Mutter bzw. der primären Bezugsperson (Tronick, 1989). Im Kleinkindalter beschreibt der Stil somit die Qualität der Beziehung zwischen Kind und Bezugsperson, während er bei Erwachsenen als individuelles Merkmal aufgefasst wird (Schindler, 2013). Differenziert wird zwischen dem „sicheren“, dem „unsicher-ambivalenten“ und dem „unsicher-vermeidendem“ Bindungsstil. Das Bindungsmuster ist beständig, aber durch das Verhalten der Eltern veränderbar. Vor diesem Hintergrund potenziert sich bei dysfunktionalen Entwicklungen eine einem Teufelskreis ähnelnde Problematik. Das Bindungsverhalten des Kinds verstärkt das auslösende Verhalten der Eltern, welches wiederum zu weiterer Etablierung des kindlichen Bindungsverhaltens führt (Bowlby, 2014). Die Bindungsstile werden wie folgt differenziert.

#### Sichere Bindung:

Kinder mit sicherer Bindung vertrauen auf den Rückhalt durch die Eltern, deren Unterstützung und Schutz in Stresssituationen. Kennzeichnend ist eine liebevolle, feinfühliges Zuwendung durch die Mutter. Sie reagiert auf die Signale des Kindes, bietet Schutz und Trost. (Bowlby, 2014). Bei Kindern mit sicherer Bindung ist ein Gleichgewicht aus Exploration und Bindung beobachtbar (Main, 2012).

#### Unsicher-ambivalente Bindung:

Angedrohte bzw. reale Trennung oder reduzierte elterliche Unterstützung führt zu Trennungsängsten bei Kindern. Sie erfahren dauerhafte Unsicherheit, ob sie sich auf die Eltern verlassen können. Dadurch bedingt zeigen Kinder mit unsi-

cher-ambivalentem Bindungsstil einen reduzierten Explorationsdrang und klammerndes Verhalten (Bowlby, 2014). In der Forschung zeigen sich zunehmend Zusammenhänge zwischen unsicherem und desorganisiertem (ambivalentem) Bindungsstil und dem Auftreten psychischer Erkrankungen (Hartmann, 2005).

#### Unsicher-vermeidende Bindung:

Kinder mit diesem Bindungsstil haben Ablehnung durch die Eltern, vor Allem durch die Mutter, erfahren. Sie wissen, dass sie Ablehnung zu erwarten haben und streben deshalb nach psychischer Autarkie. Sie meiden Zuneigung und fremde Hilfe (Bowlby, 2014). Diese Bindungsstil wird auch unsicher-distanziert bezeichnet. Menschen dieses Bindungstypes schätzen Beziehungen zu Anderen kaum wert und geben emotionalen Beziehungen nur wenig Raum. Hintergrund sind häufig schmerzliche Erfahrungen. Die Distanzierung dient der Reduktion der Verletzung des Selbstwertes. Unangenehme Erfahrungen werden häufig verdrängt (Gloger-Tippelt, 2012). Bartholomew & Horowitz (1991) differenzierten diese Bindungsstil weiter aus in den ängstlichen Stil und den abweisenen Stil. Während sich der Ängstliche seiner Bindungsbedürfnisse bewusst ist, sich aber vor Zurückweisung fürchtet, verdrängt der Abweisende sein Bindungsbedürfnis (Neumann, Rohmann, & Bierhoff, 2007). Zur Erfassung der Bindungsstile eignet sich der Bochumer Bindungsfragebogen. Entlang der Dimensionen „Vermeidung“ und „Angst“ wird die partnerschaftliche Bindung erhoben. Aus den Auswertungen der Skalen „Vermeidung“ und „Angst und deren Zusammenhang kann der Bindungstyp abgeleitet werden. (Neumann et al., 2007).

#### 1.3.3. Bindung und Sucht

Es wird im Allgemeinen von einem Zusammenhang zwischen Bindung bzw. Bindungsstörungen und einer Suchterkrankung ausgegangen. Der Forschungsstand ist jedoch noch als defizitär einzuschätzen (Schindler, 2005). Vor Allem die anfänglichen Konsummotive sind für die Bindungsforschung relevant (Schindler, 2013). Substanzkonsum kann die Konsequenz einer reduzierten Fähigkeit förderliche Beziehungen einzugehen sein (Flores, 2013). Kinder, die

keine sicheren Bindungserfahrungen mit der Bezugsperson gemacht haben, besitzen keine positive Stressregulation und haben kein entsprechendes Gefühl von Urvertrauen entwickeln können. Daraus resultiert eine grundlegende reduzierte Fähigkeit mit Stresssituationen umgehen zu können, was zu Dekompensationen und einer Regulierung dieser mittels Suchtmittel führen kann. Suchtmittel dienen in diesem Fall als Ersatz für die fehlende sichere Bindungserfahrung (Brisch, 2013). Schindler (2013) verweist auf gute theoretische Erklärungsansätze, aber auch auf eine Fülle methodischer Schwierigkeiten empirische Beweise darzulegen. Dennoch zeigen sich insgesamt Hinweise, dass eine sichere Bindung vor späterem Substanzmissbrauch schützt, während eine unsichere Bindung einen Risikofaktor darstellt (Schindler, 2013). Es liegen verschiedene Studien vor, die den Zusammenhang zwischen Bindungsstörungen und Substanzkonsum erforschen. Diese Studien zeigen, aufgrund unterschiedlicher Stichproben, differente Ergebnisse. Unterschiede sind auch zwischen verschiedenen Substanzen gefunden worden. Insgesamt ist die Bindungstheorie vermutlich vor Allem bei Opiatabhängigen und bei Jugendlichen von Bedeutung (Schindler, 2013). Kinder von drogengebrauchenden Müttern sind besonders gefährdet, keine sichere Bindungsstrategie auszubilden, da es wiederholt zu Kommunikationsschwierigkeiten zwischen ihr und dem Säugling kommt (Trost, 2013). Die Schwierigkeiten werden durch die konsumbedingt erhöhte Stressbelastung der Mutter ausgelöst. Als Folge dessen reagieren Mutter wie Kind immer mehr resignierend oder gereizt. Die Kommunikationsbarrieren können so gravierend sein, dass sie bis zur Misshandlung führen. In Addition dazu ist das Verhalten drogengebrauchender Mütter inkonsistent, in Abhängigkeit von Konsum, Rausch und Entzugserscheinungen. Es summieren sich insgesamt viele Faktoren zu einem erhöhten Risiko eine desorganisierte Bindungsstruktur zu entwickeln (Trost, 2013). Die unsichere Bindung ist als wichtiger Faktor bei der Weitergabe von Risiken einzuschätzen (Eiden, 2013). Es liegen ebenfalls Hinweise vor, dass Menschen mit ängstlich ambivalenten (unsicher-ambivalenten) Bindungserfahrungen vermehrt zu Abhängigkeit in Beziehungen neigen (Feeney & Noller, 1990). Personen, die frühe traumatische Beziehungen erfahren haben, neigen eher zu unsicherer Bindung und ambivalenten Beziehungen (von Sydow K. , 2002). Darauf basierend lässt

sich ein höheres Niveau von abhängigen Verhaltensmustern in Beziehungen ableiten.

#### 1.4. Die dependente Persönlichkeitsstörung

Unter einer Persönlichkeitsstörung werden sozial unflexible und wenig angepasste, im Extrem normabweichende Verhaltensauffälligkeiten verstanden, die auf einer starren und unflexiblen Persönlichkeitseigenschaft basieren und dadurch zu Leid bei den Betroffenen führen (Fiedler, 2011; Fiedler & Herpertz, 2016; Dilling & Freyberger, 2015; Falkai & Wittchen, 2015). Entscheidend ist der Ausprägungsgrad. Um als psychische Störung diagnostiziert zu werden muss ein überdauerndes Muster des Denkens, Verhaltens, Wahrnehmens und Fühlens vorliegen, das sich durchgängig unflexibel und wenig angepasst darstellt. Die Persönlichkeitsmerkmale müssen wesentliche Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit im privaten oder beruflichen Bereich verursachen und bei den Betroffenen zu gravierenden subjektiven Beschwerden führen (Fiedler, 2011; Fiedler & Herpertz, 2016; Dilling & Freyberger, 2015; Falkai & Wittchen, 2015). Die Prävalenzraten für Persönlichkeitsstörungen liegen in verschiedenen Studien bei 10-15 %. Diese können jedoch nicht als hundertprozentig repräsentativ angesehen werden, da die Rahmenbedingungen der Studien stark variieren (Fiedler & Herpertz, 2016).

Eine dependente Persönlichkeitsstörung ist eine Nähe-Störung. Es besteht ein extrem starkes Bedürfnis nach Nähe und Bindung. Betroffene tun sehr viel dafür Beziehungen einzugehen und aufrecht zu erhalten und neigen dazu verdeckt zu manipulieren mit dem Ziel ihre Beziehungen stabil zu machen (Sachse, 2004; Sachse, Breil, Sachse, & Fasbender, 2013). Hauptmerkmal ist eine übermäßige Abhängigkeit von Bezugspersonen (Fiedler & Herpertz, 2016). Auch das Verhalten der Betroffenen ist durch Abhängigkeit gekennzeichnet. Dies führt dazu, dass eigene Bedürfnisse untergeordnet werden und eine eingeschränkte Fähigkeit, Alltagsentscheidungen zu treffen, besteht (Fiedler, 2011). Der DSM-5 schreibt folgende Kriterien für eine dependente Persönlichkeitsstörung vor: Ein tiefgreifendes und überstarkes Bedürfnis, versorgt zu werden, das zu unterwürfigem und anklammerndem Verhalten und Trennungsängsten führt. Das Verhaltensmuster, welches sich im

frühen Erwachsenenalter manifestiert, äußert sich in verschiedenen Situationen.

Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Hat Schwierigkeiten, alltägliche Entscheidungen zu treffen, ohne ausgiebig den Rat und die Bestätigung anderer einzuholen.
2. Benötigt andere, damit diese die Verantwortung für seine/ihre wichtigsten Lebensbereiche übernehmen.
3. Hat Schwierigkeiten, anderen Menschen gegenüber eine andere Meinung zu vertreten, aus Angst, Unterstützung und Zustimmung zu verlieren. (Beachte: hier bleiben realistische Ängste vor Bestrafung unberücksichtigt.)
4. Hat Schwierigkeiten, Unternehmungen selbst zu beginnen oder Dinge unabhängig durchzuführen (eher aufgrund von mangelndem Vertrauen in die eigene Urteilskraft oder die eigenen Fähigkeiten als aus mangelnder Motivation oder Tatkraft),
5. Tut alles Erdenkliche, um die Versorgung und Zuwendung anderer zu erhalten bis hin zur freiwilligen Übernahme unangenehmer Tätigkeiten.
6. Fühlt sich alleine unwohl oder hilflos aus übertriebener Angst, nicht für sich selbst sorgen zu können.
7. Sucht dringend eine andere Beziehung als Quelle der Fürsorge und Unterstützung, wenn eine enge Beziehung endet.
8. ist in unrealistischer Weise von Ängsten eingenommen, verlassen zu werden und für sich selbst sorgen zu müssen (Falkai & Wittchen, 2015).

Aus den DSM-5 Kriterien lässt sich ableiten, dass Beziehungen vor Allem dazu dienen Angst und Gefühle von Hilflosigkeit zu reduzieren und Sicherheit zu gewinnen. Die Eigeninitiative ist stark eingeschränkt und das Gefühl von Hilflosigkeit ist bei erforderter Selbstständigkeit stark (Fiedler, 2011). Verantwortung für sich und das eigene Handeln kann kaum übernommen werden (Wagner, Henz, & Kilian, 2016). Charakteristisch sind verschiedene Ängste, z.B. Versagensängste in Leistungssituationen, Angst vor negativen Bewertungen oder auch ein geringes Maß an Selbstsicherheit (Fiedler & Herpertz, 2016). Betroffene verhalten sich passiv, der Umwelt wird die Initiative überlassen und eigenen Gedanken und Fähigkeiten kann keine Anerkennung

beigemessen werden. Es handelt sich um eine Verhaltensstörung, die nicht mit Liebe zu verwechseln ist (Vogelgesang, 2009). Ursprünglich wurde von einer höheren Prävalenz bei Frauen ausgegangen., es hat sich jedoch gezeigt, dass die zahlenmäßige Verteilung auf Männer und Frauen der Geschlechterverteilung der Einrichtungen entspricht, in denen die Störung untersucht wurde. Insgesamt kann keine genaue Aussage über die Prävalenz getroffen werden, da die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen stark variieren. Es lässt sich aber aussagen, dass sie zu den häufigeren Störungsbildern zählt (Fiedler & Herpertz, 2016).

Es ist davon auszugehen, dass bei der dependenten Persönlichkeitsstörung zentrale Beziehungsmotive frustriert worden sind und dadurch die Grundannahmen, dass Beziehungen nicht verlässlich sind und nicht solidarisch sind, ausgebildet wurden. Daraus ergeben sich die zentralen Beziehungsmotive Verlässlichkeit und Solidarität. Um Beziehungen verlässlich zu machen sind Betroffene der Ansicht, sie müssten sich unentbehrlich machen, sich unterordnen und jegliche Auseinandersetzung verhindern. Gleiche Strategien dienen der Herstellung von Solidarität beim Partner. Auch das Zeigen eigener Bedürftigkeit soll die Solidarität verstärken. Der Entstehung liegen meist auch Erfahrungen des alleingelassen werden zugrunde, woraus sich die Grundannahme nicht alleine leben zu können entwickelt (Sachse, 2004). Die Personen zeigen ein extrem starkes Bedürfnis nach Nähe und Bindung (Sachse et al., 2013). Bezugspersonen erhalten eine übergeordnete Wichtigkeit, gleichzeitig führt die Angst die Personen zu verlieren zu Hilflosigkeit und Vernichtungsfantasien (Wagner, Henz, & Kilian, 2016). Bei plötzlichem Verlust eines Partners kann das suizidale Handlungen auslösen (Fiedler & Herpertz, 2016).

Die Abhängigkeit von Bezugspersonen bezieht sich vor Allem auf den Partner (Renneberg, Boettcher, & Weiler, 2012). Es besteht ein starkes Streben nach einer ewig andauernden Beziehung. Das Bedürfnis nach Geborgenheit ist ausgeprägt und der Partner sollte jederzeit Unterstützung und Schutz gewähren (Sachse, 2004). Der Wunsch nach einer sicheren Beziehung ist die Basis für das gesamte Liebesleben. Betroffene einer dependenten

Persönlichkeitsstörung würden alles dafür tun eine Beziehung aufrechtzuerhalten. Aus Angst verlassen zu werden ordnen sie alle eigenen Bedürfnisse unter und halten auch an dysfunktionalen Beziehungen fest (Loas, Cormier, & Perez-Diaz, 2011). Sie lassen sich leicht ausnutzen und lassen sich viel gefallen, auch wenn sie schlecht behandelt werden. Sie denken intensiv über eigene Fehler nach und darüber, ob sie besser handeln könnten. Teilweise sind sie besonders eifersüchtig. Der Wunsch nach „Verschmelzung“ mit dem Partner, immer zusammen zu sein und alles gemeinsam zu entscheiden ist beträchtlich (Sachse et al., 2013). Der Drang sich dem anderen anzupassen kann an Selbstaufgabe grenzen. Aus Angst verlassen zu werden, werden auch schlimmste Demütigungen ertragen. Einerseits ist die Unterordnung für den Partner eine angenehme Eigenschaft, andererseits kann das Verhalten aber auch schnell klammernd und lästig werden (Vogelgesang, 2009; Wagner, Henz, & Kilian, 2016). Loas et al. (2011) fanden heraus, dass Menschen mit einer dependenten Persönlichkeitsstörung einem besonders hohen Risiko ausgesetzt sind Opfer von Gewalt durch den Partner zu werden.

Die Störung ist in hohem Maße ich-synton. Betroffene leiden nicht direkt unter ihrem dependentem Verhalten, sondern oft erst durch die Folgen, wie z.B. Probleme in der Beziehung oder am Arbeitsplatz, Überlastung, Depressionen. Eine Alternative zu ihrem Verhalten können sie sich gar nicht vorstellen (Sachse, 2004). Die Änderungsmotivation ist entsprechend eher gering (Sachse et al., 2013). Wenn das Verhalten nicht zum Erfolg führt, wird es intensiviert statt verändert. Die Dependents fokussieren sich bei Beziehungsproblemen nur auf die positiven Seiten und blenden die Negativen aus. Folglich kommt es zu einer verzerrten Wahrnehmung (Vogelgesang, 2009).

Persönlichkeitseigenschaften sind entscheidend an der Entwicklung einer Suchterkrankung beteiligt. Bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen treten Suchtprobleme und Suchterkrankungen besonders häufig auf. Je nach Stichprobe und Art der Suchterkrankung ist davon auszugehen, dass jeder zweite Patient mit einer Suchterkrankung auch eine oder mehrere Persönlichkeitsstörungen hat (Walter, Sollberger, & Euler, 2016). Dependente

Menschen zeigen ebenfalls eine höhere Wahrscheinlichkeit an weiteren psychischen Störungen zu erkranken, z.b.: Depression, Somatisierungsstörungen, Phobien (Sachse, 2004). Fiedler & Herpertz (2016) vermuten die höchsten Komorbiditätsraten mit der ängstlich-vermeidenden und der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung. Den Zusammenhang zwischen weiblicher Delinquenz und der dependenten Persönlichkeitsstörung untersuchten Taubner & Wolter (2014). Im Vergleich verschiedener empirischer Studien ließen sich jedoch keine einheitlichen Ergebnisse ableiten. Aufgrund eklatanter Mängel in der Forschung bestehe weiterer Forschungsbedarf (Taubner & Wolter, 2014).

## **2. Liebessucht**

### 2.1 Was ist Liebessucht?

#### 2.1.1 Aktueller Forschungsstand

Die meisten Menschen sind mindestens einmal in ihrem Leben verliebt und sich zu verlieben stellt für Viele einen erstrebenswerten Gefühlszustand dar (Earp, Foddy, Savulescu, & Wudarczyk, 2017). Drogen hingegen werden gesellschaftlich verurteilt und als etwas Negatives angesehen. Gleichzeitig betrifft Liebe einen Großteil der Bevölkerung, Abhängigkeit nur eine Teilpopulation (Earp et al., 2017; Fisher, Xu, Aron, & Brown, 2016). Es kann also durchaus eine Kontroverse aufwerfen, Parallelen zwischen Liebe und einer Abhängigkeit aufzuzeigen. Jedoch liegen behaviorale, neurochemische und neurologische Hinweise vor, die besagen, dass Liebe eine Sucht werden kann. Es gibt Parallelen und Unterschiede zur Substanzabhängigkeit (Earp et al., 2017; Zou, Song, Zhang, & Zhang, 2016). Parallelen zwischen den Kriterien einer Suchterkrankungen und Liebe sind häufig zu finden (Brockman, 2011; Earp, 2017; Fisher, et al, 2010; Fisher et al, 2016; Sussman, 2010; Zhang, Zou, & Fallgatter, 2016; Zou et al, 2016). Verliebte zeigen Symptome einer Abhängigkeitserkrankung wie beispielsweise Toleranz, Craving, emotionale und physische Abhängigkeit, Rückfall und sogar Entzugserscheinungen (Dilling & Freyberger, 2015; Earp et al., 2017; Falkai & Wittchen, 2015; Fisher et al., 2016; Griffin-Shelley, 1991; Zou et al., 2016). Hirnprozesse geben ebenfalls erste Hinweise (Fisher et al., 2016; Earp et al., 2017; Zou et al., 2016).

Bei den führenden Autoren werden zur Darstellung der Parallelen zwischen Liebe und Abhängigkeit bzw. des Suchtpotenzials von Liebe hauptsächlich Kriterien der substanzgebundenen Abhängigkeit aufgeführt (Fisher et al., 2016; Earp et al., 2017; Zou et al., 2016). Basis dafür ist die noch bestehende Zuordnung der Verhaltenssüchte zu den Impulskontrollstörungen und deren allgemeine Vernachlässigung im ICD-10, sowie im DSM-5 (Dilling & Freyberger, 2015; Falkai & Wittchen, 2015). Gerade in frühen Stadien der Liebe, dem Verliebtsein, spiegeln sich suchtähnliche Charakteristika wieder, wie Euphorie, das ständige Bedürfnis, den Partner, um sich zu haben, Toleranz, emotionale und physische Abhängigkeit, Entzugserscheinungen und Rückfall (Fisher et al., 2016). Auf der Verhaltensebene zeigen sich auch bei einer nicht-süchtigen Liebe Verhaltensweisen, die mit den Suchtkriterien einhergehen (Zou et al 2016). Wie bei einem Kontrollverlust verfliegt die Zeit mit dem Partner und man kann nicht ohne den Partner sein. Bei Partnerschafts-assoziierten Reizen tritt eine enorme Sehnsucht auf. Diese Sehnsucht kann mit Suchtverlangen verglichen werden. Freunde werden vernachlässigt. Trotz einer missbräuchlichen, schädigenden Beziehung bleibt man beim Partner. Toleranzentwicklung im Sinne einer, mit der Zeit abnehmenden, Euphorie, entwickelt sich. Verliebte verspüren Angst, den anderen zu verlieren. Reize, die an den Partner erinnern verursachen körperliche Erregung und das Denken an den Partner ist obsessiv (Zou et al 2016). Zou et al. (2016) beziehen diese Kriterien vor allem auf Liebe im Anfangsstadium. Nicht zu vernachlässigen sind jedoch auch Unterschiede zu den Suchtkriterien z.B. die Verbesserung sozialer Kognitionen durch Liebe. Diese verursacht in der Regel keine interpersonellen Schwierigkeiten, einige Kriterien, z.B. die körperliche Erregung schwächen in späteren Stadien der Beziehung deutlich ab (Zou et al., 2016).

Voneinander abzugrenzen sind eine gesunde, funktionale Liebe und süchtige Liebe (Fisher, 2016; Earp et al., 2017; Zou et al., 2016). Unterstützung, Gegenseitigkeit, Romantik und Gemeinschaft sind Elemente einer funktionalen Liebesbeziehung, während eine schädliche Liebe zu Macht, Besitzanspruch, Abschirmung, Leid und Perversion führt (Curtis, 1983). Eine unausgewogene, schädliche Liebe ist blind, external und unkontrollierbar. Hat ein solches

Liebesverhältnis so starke Auswirkungen auf den Alltag, dass das alltägliche Leben durch das Verhalten geprägt wird, dass es zu wiederholtem unkontrolliertem Verhalten führt und Negativkonsequenzen in Bezug auf andere Lebensbereiche nach sich zieht, zeigen sich Hinweise auf eine Liebessucht (Sussmann, 2010). Griffin-Shelley (1991) vergleicht die Abhängigkeit bei einer Liebessucht mit einer Cannabisabhängigkeit. Cannabis kann zu einer starken psychologischen Abhängigkeit führen, während die physiologische Abhängigkeit deutlich geringer ist, als z.B. bei Alkohol oder Heroin (Griffin-Shelley, 1991). Ähnlich einem Rausch werden am Anfang der Beziehung euphorische Effekte und Hochgefühle erlebt, gleichzeitig haben Betroffene ein intensives Bedürfnis nach Liebe und Zuwendung, das durch immer stärkere Bemühungen in der Beziehung erlangt werden soll (Milkman & Sunderwirth, 1987). Das anfängliche Hochgefühl des Verliebtseins ist im Laufe der Zeit reduziert, sodass die Bemühungen weiter intensiviert werden müssen. Die Beziehung zu beenden wird dann immer schwieriger (Milkman & Sunderwirth, 1987). Beziehungen, die auf einer Liebessucht basieren zeigen ein reduziertes Maß echter Intimität und führen nicht zu gegenseitigem Wachstum, dafür jedoch zu Machtspielen und anderen negativen Merkmalen (Yorder, 1990). Es besteht die Annahme, dass Liebessüchtige ihre Partner und die Beziehung benutzen, um den Gefühlen von Einsamkeit und Minderwertigkeit zu entfliehen (Milkman & Sunderwirth, 1987).

Betrachtet man hirnhysiologische Prozesse, so konnten Fisher et al. (2010) und Fisher et al. (2016) mittels bildgebender Verfahren verdeutlichen, dass bei Menschen in frühen Stadien romantischer Liebe die Hirnregionen aktiv beteiligt sind, welche auch bei Drogenkonsum aktiviert werden. Dazu gehört das Belohnungssystem, insbesondere dopaminerge Bereiche, als auch Nervenzellgruppen des Mittelhirns. Sie verweisen auf mehrere durchgeführte Studien, welche ebenfalls dieses Ergebnis bestätigen. Gleichzeitig wurden ebenfalls hirnhysiologische Parallelen zwischen Zurückweisung durch den Geliebten und Craving in Bezug auf Substanzen aufgezeigt. Zou et al. (2016) differenzieren ebenfalls zwischen romantischer Liebe im Frühstadium, die den Suchtcharakter zeigt, und Liebe im späteren Stadium. Es wurden neurale, behaviorale und neurochemische Gemeinsamkeiten via bildgebender Verfahren festgestellt, beispielsweise Veränderungen im Belohnungssystem und im

Dopaminhaushalt. Gleichzeitig konnten aber auch signifikante Unterschiede im Oxytocinsystem gefunden werden. Im Belohnungszentrum sind Bereiche aktiviert, die auch bei einer Sucht aktiviert werden (Zhang et al, 2016).

Das Phänomen Liebessucht lässt sich zusammenfassen als ein eingeeignetes Verhaltensmuster, einhergehend mit sich wiederholendem Verhalten in Bezug auf das Liebesobjekt. Dieses Verhalten hat für den Betroffenen negative Konsequenzen im Hinblick auf andere Lebensbereiche, z.B. Soziales, die eigene Rolle, Sicherheit oder das Gesetz (Sussman, 2010). Aufgrund eines Mangels an adäquaten Messinstrumenten fehlt es aktuell an zuverlässigen Zahlen bezüglich der Prävalenz von Liebessucht. Studien zur Erhebung von Liebessucht sind selten (Sussman, 2010). Hinweise zur Prävalenz geben uns zwei Studien aus dem Jahr 2014 und dem Jahr 1990. Unter Einbezug einer Selbsteinschätzung, welche jedoch keinen gültigen diagnostischen Kriterien entspricht, wurde im Rahmen einer drei Jahre Follow-Up Studie mit High-School Schülern herausgefunden, dass süchtiges Verhalten in Bezug auf Liebe die höchste 30-Tages Prävalenz aufzeigte, im Vergleich mit 11 Süchten (Sussman, et al., 2014). Im Jahr 1990 geht Timmreck von einer Prävalenz in Höhe von 5-10% in den USA aus (Timmreck, 1990). Empirische Forschungen liegen keine vor.

### 2.1.2 Abgrenzung

Eine Liebessucht ist klar abzugrenzen von Verliebtsein, echter Liebe und einer glücklichen Beziehung. Einige Kriterien können auf jeden Verliebten zutreffen, die Anzeichen sind ähnlich. Romantische Liebe im frühen Stadium zeigt ebenfalls Zeichen einer Sucht. Dies verändert sich jedoch, wenn aus einer anfänglichen Liebelei eine enge Bindung entsteht. Bei der Liebessucht ist das nicht der Fall (Fisher et al., 2016; Zou et al., 2016). Liebessucht geht immer einher mit Leid, welches durch das eigene Verhalten hervorgerufen wird. Ebenfalls mit Kontrollverlust, der Unfähigkeit das Verhalten aus eigener Kraft zu verändern. Liebessüchtige fühlen sich gezwungen in dieser Form zu handeln, haben in Bezug darauf ihre Freiheit verloren. Vergleichbar ist dies mit einem alkoholabhängigen Menschen, der die Kontrolle über seinen Alkoholkonsum verloren hat und es nicht schafft diesen zu kontrollieren (Griffin-Shelley, 1991 &

1993). Mehrere Autoren verweisen darauf, dass der Liebessüchtige nicht dazu fähig ist, sein Liebesobjekt als Person wirklich zu lieben. Es geht vielmehr um das um das Gefühl an sich (Gross, 1994; Milkman & Sunderwirth, 1987). Nicht eindeutig ist die Konsumart bei einer Liebessucht. Welches Verhalten den Rausch auslöst ist komplex. Ausschließlich das Streben nach immer neuen Beziehungen als Konsum der Liebe anzuerkennen wäre nicht adäquat. Liebessucht ist nicht ausschließlich eine Beziehungssucht. Das liebessüchtige Verhalten kann auf verschiedene Arten auftreten.

Der Rausch wird durch das Gefühl geliebt zu werden, durch Anerkennung und Zuneigung eines Gegenübers ausgelöst (Milkman & Sunderwirth, 1987; Griffin-Shelley, 1991; Gross, 1994). Bei Alkohol löst die psychaktive Wirkung des Alkohols den Rausch aus. Das Verhalten um diesen Rausch zu erlangen ist in der Regel das Trinken von Alkohol. Bei Cannabis stehen mehrere Möglichkeiten zur Verfügung den Rausch einzuleiten, z.B. das Rauchen oder der Verzehr. Bei einer Liebessucht wird es noch komplexer. Das Liebessüchtige Verhalten beinhaltet alle Verhaltensweisen, die den erwünschten Rausch herbeiführen. Beispielhaft gehören dazu das Ausleben romantischer Beziehungen, soziale Interaktion mit einem (potenziellen) Partner, alle Verhaltensweisen zur Erlangung von Liebe, Zuneigung und Anerkennung, alle Verhaltensweisen zur Einleitung einer Beziehung, alle Verhaltensweisen, die dazu dienen jemanden an sich zu binden. Eine Liebessucht, kann sich demnach bei mehreren Betroffenen unterschiedlich zeigen (Benyamina, Blecha, Karila, & Reynaud, 2010; Brockmann, 2011; Fisher, Brown, Aron, Strong, & Mashek, 2010; Griffin-Shelley, 1991; Gross, 1994; Howard & Halpern, 1984; Milkman & Sunderwirth, 1987; Peele, 1988; Sussman, 2010).

## 2.2 Liebessucht und Komorbidität

### 2.2.1 Allgemeine Annahmen

Liebessucht wird neben den biologischen Faktoren auch durch unsere Bindungserfahrungen geprägt (Sussman, 2010). Hinsichtlich Persönlichkeitseigenschaften verweist Sussman (2010) auf verschiedene Studien, welche eine erhöhte Komorbidität zwischen Liebessucht und

Persönlichkeitsstörungen und Liebessucht und Substanzabhängigkeit aufzeigen konnten. Zuverlässige Schlüsse daraus zu ziehen, gestaltet sich jedoch schwierig, da die untersuchten Gruppen nicht miteinander vergleichbar sind (z.B. Junge Teenager und Stalkerinnen). Er unterstreicht die Notwendigkeit weiterer Forschung (Sussman, 2010). Es ist davon auszugehen, dass bei der Liebessucht keine Geschlechterunterschiede vorliegen (Sussmann 2010). Es wird vermutet, dass Menschen mit einem ängstlich-ambivalenten Bindungsstil eher zu einer Liebessucht neigen, als solche mit anderen Bindungsstilen (Feeney & Noller, 1990; Sussmann, 2010). Ebenso Menschen mit einer dependenten Persönlichkeitsstruktur (Renneberg et al, 2012). Anzunehmen ist, dass ein geringes Selbstwertgefühl einen Risikofaktor für das Vorliegen einer Liebessucht darstellt (Fisher et al 2016). In Untersuchungen wurde ein Zusammenhang zwischen niedrigem Selbstwertgefühl und dysfunktionalen, irrationalen Beziehungseinstellungen herauskristallisiert (Dion & Dion, 1975). Abhängige und auch Angehörige von Suchtkranken leiden häufiger an Liebessucht. Bei Abhängigen kann es zu einer Suchtverlagerung von einer anderen Abhängigkeit auf Liebessucht kommen (Fisher et al 2016).

### 2.2.2 Liebessucht versus Sexsucht

Der Begriff Sexsucht steht stellvertretend für das Phänomen eines dysregulierten, exzessiven und primär normophilen Sexualverhaltens, das mit intra- und interpersonellen negativen Konsequenzen verbunden ist und von den Betroffenen häufig als zwanghaft oder unkontrollierbar erlebt wird (Hartmann, Mörsen, Böning, & Berner, 2014). Unter sexsüchtigem Verhalten wird nicht nur exzessives sexuelles Verhalten, sondern auch exzessives Verlangen verstanden. Das sexuelle Verhalten unterliegt dabei auch gesellschaftlichen Norm- und Wertvorstellungen. Sexsucht hat negative Konsequenzen im Erlebens- und Verhaltensbereich, aber auch in Bezug auf Straftaten wie z.B. Vergewaltigung (Schneider & Funke, 2000). Carnes (1992) unterscheidet elf Verhaltenstypen: Fantasiesex, die sexuelle Verführerrolle, anonymer Sex, Sex gegen Geld, mit Sex handeln, voyeuristischer Sex, exhibitionistischer Sex, zudringlicher Sex, schmerzhafter Sex, Sex mit Objekten, Sex mit Kindern. Zentral ist für ihn der Kontrollverlust bei einer oder mehreren der beschriebenen Verhaltensweisen. Zu sexsüchtigem Verhalten kann es in verschiedenen Settings kommen, bei-

spielsweise beim Geschlechtsverkehr, aber auch beim Masturbieren oder Telefonsex (Schneider & Funke, 2000). Carnes (1992) benennt Kriterien einer Sexsucht, die er aus jahrelanger klinischer Erfahrung, Befragungen und Interviews herausgearbeitet hat. Schneider und Funke (2000) fassen Carnes Kriterien analog zu denen einer stoffgebundenen Abhängigkeit zusammen: Kontrollverlust, Schädlichkeit, Zwanghaftigkeit, Destruktivität, Leidensdruck, Bewältigungsversuche, Dosissteigerung, Emotionale Destabilisierung, Dominanter Verhaltensbereich, Einengung des Verhaltens.

Sexsucht tritt nicht nur bei Männern auf, sondern, wenn auch seltener, ebenfalls bei Frauen (Carnes & Wilson, 2002). Carnes und Wilson (2002) gehen davon aus, dass die Komorbiditätsrate hoch ist, insbesondere in Bezug auf Posttraumatische Belastungsstörungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen und affektive Störungen. Das sexuelle Verhalten kann sich im Verlauf verändern und immer offensiver (z.B. von exzessivem Masturbieren zu exzessivem Geschlechtsverkehr), aber auch defensiver werden. Nicht selten sei das gleichzeitige Auftreten einer sexuellen Aversion. Betroffene würden dann unter Phasen exzessiven sexuellen Verhaltens abgewechselt von Phasen hoher sexueller Kontrolle und Aversion leiden. In einer Studie mit 144 Probanden traf das auf 72% zu (Carnes, 1997; Carnes, 1998; Carnes & Wilson, 2002).

Die Zuordnung des exzessiven Sexualverhaltens zu den Verhaltenssuchten ist nicht eindeutig und wird kritisch diskutiert (Hartmann et al., 2014; Schneider & Funke, 2000). Die Kategorisierung als Zwangsstörung, Impulskontrollstörung, als Paraphilie-verwandte Störung und hypersexuelle Störung sind gleichermaßen Vorschläge in der Literatur. Im mesolimbischen Belohnungssystem wurden mittels Tierexperimente und bildgebenden Verfahren bei exzessivem Sexualverhalten ähnliche strukturelle und funktionelle Veränderungen nachgewiesen, wie es bei Substanzabhängigkeit oder Verhaltenssuchten der Falls ist. Dies bezieht sich jedoch auf gesunde Menschen. Erkenntnisse bei Menschen mit dauerhaftem exzessivem Sexualverhalten fehlen weitestgehend (Hartmann et al., 2014). Die Forschungslage ist insgesamt mangelhaft (Hartmann et al., 2014; Schneider & Funke, 2000). Auch liegen lediglich unbefriedigende Möglichkeiten

der Klassifikation vor. Die Zuordnung erfolgte weder im ICD-10, noch im DSM-5 zu den Abhängigkeitserkrankungen. Im ICD-10 gibt es außer „Gesteigertes sexuelles Verlangen“ keine weiteren Diagnosemöglichkeiten. Diese ist wenig spezifisch. Im DSM-5 erfolgte die Zuordnung unter einer Kategorie auf Basis des Dysregulationsmodells sexueller Appetenz: „Hypersexuelle Störung“ (Falkai & Wittchen, 2015; Hartmann et al., 2014). Zur Diagnostizierung wurden bereits verschiedene Messinstrumente entwickelt. Das bekannteste ist der „Sexual Addiction Screening Test (SAST)“, welcher von Carnes entwickelt und 2010 von Carnes, Green, und Carnes überarbeitet wurde (Carnes, 1989; Carnes, Green, & Carnes, 2010). Das „Hypersexual Behavior Inventory (HBI-19)“ bezieht sich konkret auf die DSM-5 Kriterien einer Hypersexuellen Störung (Reid, Garos, & Fong, 2012). Diese dienen nur als Beispiel, weitere Messinstrumente sind existent (Hartmann et al., 2014). Als Screening können die 4 Fragen zum Screening exzessiven Sexualverhaltens von Kafka verwendet werden (Kafka, 2000). Es liegen keine Veröffentlichungen zur Reliabilität und Validität vor.

Sexsucht und Liebessucht sind nicht gleichzusetzen. Während sich eine Sexsucht auf sexuelles Verhalten oder Erregung bezieht geht es bei einer Liebessucht um romantische Gefühle und Aufmerksamkeit, ohne einen sexuellen Hintergrund. Eric Griffin-Shelley untermauert seine Suchtkriterien mit verschiedenen Beispielen einer Liebessucht und einer Sexsucht, die den Unterschied verdeutlichen (Griffin-Shelley, 1991, 1993). Liebessüchtige können parallel an einer Sexsucht leiden, dies ist jedoch kein Kriterium für das Vorliegen einer Liebessucht. Es handelt sich um zwei unterschiedliche Erkrankungen, die voneinander abgegrenzt werden müssen (Sussman, 2010).

### 2.3 Bestehende Messinstrumente

Die Sex and Love Addicts Anonymous Tucson Intergroup (2018) hat einen Fragebogen veröffentlicht mit 40 Fragen zur Selbstdiagnose. Der Bogen beinhaltet sowohl Fragen zu sex- als auch zu liebessüchtigem Verhalten. Es wird betont, dass diese Fragen als Richtlinien gedacht seien, um mögliche Anzeichen, die auf Sex- und Liebessucht hindeuten, zu erkennen. Sie können weder als sichere Methode, eine Diagnose zu erstellen, dienen noch können mögliche negative Antworten auf diese Fragen garantieren, dass die Krankheit

nicht vorliege (Sex and Love Addicts Anonymous Tucson Intergroup, 2018). Falango (2012; 2018) hat einen Fragebogen, basierend aus Ausarbeitungen von Patrick Carnes und Pia Mellody, sowie den 40 Fragen der Sex and Love Addicts Anonymous Tucson Intergroup, adaptiert. Er nennt dieses Messinstrument Love Addiction Self-Assesment (LASA), verweist jedoch ebenfalls darauf, dass es sich nicht um ein diagnostisches Instrument handelt (Falango 2012, 2018). Die Passionate Love Scale (PLS) von Hatfield und Sprecher (1986), eine 30-item Skala, misst, wie leidenschaftlich die Liebe einer Person gegenüber einer anderen Person ist. Das Messinstrument lehnt zum Teil an Suchtkriterien an, so sind Fragen zum Kontrollverlust oder zu Entzugserscheinungen präsent. Alle Items beziehen sich aber nur auf eine einzige bestimmte Person, die in den Fragen namentliche eingetragen wird (Hatfield & Sprecher, 1986). Feeney und Noller (1990) entwickelten die „Love-addiction-likert-scale“ mit 12 Items. Diese soll herausarbeiten, wie stark die zwei Faktoren „Vertrauen auf den Partner“ und „unerfüllte Hoffnungen“ bei den Befragten ausgeprägt sind. Anhand dieser Faktoren lasse sich ableiten wie wichtig die Suche nach einer idealen Liebe für die Selbstverwirklichung sei (Feeney & Noller, 1990). Die Love Scale nach Hunter, Nitschke und Hogan (1981) bezieht sich ebenfalls stark auf einen bestimmten Partner. Mittels 20 Items wird erfragt, ob erst der Partner das eigene Leben vervollständigt. Es liegen Gemeinsamkeiten zwischen der Love Scale und der Passionate Love Scale von Hatfield und Sprecher (1986) vor (Hunter, Nitschke, & Hogan, 1981).

Alle drei Messinstrumente, die Love-addiction-likert-scale nach Feeney und Noller (1990), die Love Scale nach Hunter et al. (1981) und die Passionate Love Scale von Hatfield und Sprecher (1986) sind nach Sussman (2010) gescheitert. Es fehle an Replikationsstudien. Zudem beziehen sich alle Fragebögen auf abhängige Verhaltensweisen im Rahmen einer „idealen Liebe“. Aussagen zu einer Liebessucht können sie somit nicht hervorbringen (Sussman, 2010; 2017). Den heutigen diagnostischen Kriterien entsprechen diese Messinstrumente ebenfalls nicht. Keines orientiert sich an ICD-10 oder DSM-5 Kriterien. Es gibt somit drei Messinstrumente, deren Erscheinungsjahr vor 1991 liegt und denen es gleichzeitig an empirischer Überprüfung mangelt sowie zwei aktuellere Messinstrumente, bei denen die Autoren ausdrücklich auf

die Unbrauchbarkeit als Diagnoseinstrument hinweisen (Hunter, Nitschke, & Hogan, 1981; Hatfield & Sprecher, 1986; Feeney & Noller, 1990; Falango 2012, 2018; Sex and Love Addicts Anonymous Tucson Intergroup, 2018). Um das Phänomen Liebessucht weiter erforschen zu können bedarf es der Entwicklung eines neuen Messinstrumentes (Sussman, 2010).

### **3. Entwicklung eines Messinstrumentes zur Erfassung von Liebessucht**

#### 3.1 Kriterien von Liebessucht

Um ein Messinstrument zur Erhebung von Liebessucht zu entwickeln wird zunächst festgelegt anhand welcher Kriterien sich diese messen lässt. Die führenden Autoren veröffentlichten eigene Kriterienkataloge. Im Folgenden werden die verschiedenen Ausarbeitungen betrachtet.

Bereits im Jahr 1984 entwickelten Howard und Halpern einen Kriterienkatalog. Sie beziehen sich dabei ausschließlich auf die Beziehung und stellen eine dysfunktionale Beziehung als zentralen Aspekt einer Liebessucht dar. Vor allem die Folgen bei einer Beendigung einer solchen Beziehung sind für die Autoren entscheidend:

1. Obwohl das eigene objektive Urteil und das Urteil anderer sagen, dass die Beziehung nicht gut für einen ist, werden keine Schritte unternommen diese zu beenden.
2. Festhalten an zweifelhaften Gründen in der Beziehung zu bleiben.
3. Furcht und Schrecken bei dem Gedanken an das Ende der Beziehung.
4. Entzugserscheinungen, wenn Schritte unternommen werden die Beziehung zu beenden. Erleichterung bringt nur die Kontaktaufnahme zum Partner;
5. Gefühle von Einsamkeit, Verlorenheit, Leere wenn die Beziehung beendet ist, gefolgt von Gefühl der Befreiung (Howard & Halpern, 1984).

Milkman und Sunderwirth (1987) definierten Liebessucht als eine selbstzerstörerische Ausuferung von angepassten, lebensverbessernden Verhaltensweisen. Sie betonen den Unterschied zwischen echter Intimität und Liebessucht. Der Liebessüchtige interessiert sich nicht für das Wohlergehen seines Part-

ners, er bettele um Anerkennung und Zuneigung in einem eskalierenden Zyklus aus Enttäuschung und Vergeltung. Er nehme negative Konsequenzen in Kauf, habe eine verringerte Fähigkeit zur Bewältigung ohne Unterstützung durch das Liebesobjekt, verliebe sich schneller und mit weniger Diskretion. Daraus kristallisierten sie, dass beim Vorliegen von drei der folgenden Kriterien eine Liebessucht vorliege:

1. Verleugnung (Denial) – Das soziale Umfeld verweist auf die dysfunktionale Struktur der Beziehung. Der Betroffene leugnet dies.
2. Unmittelbarkeit (Immediacy) – Regelmäßiges, „notfallartiges“ Nähe Suchen, auch in Arbeitssituationen und anderen sozialen Situationen.
3. Zwang (Compulsion) – Die Beziehung wird trotz mehrfacher (mindestens 2) Trennungsversuch weitergeführt.
4. Kontrollverlust (Loss of Control) – Der Betroffene fühlt sich machtlos seine Gefühle oder sein Verhalten in Bezug auf den Partner zu kontrollieren.
5. Fortschreiten (Progression) – Mit der Zeit ahnt der Betroffene, dass sich die Beziehung sich in einer Abwärtsspirale befindet.
6. Entzugserscheinungen (Withdrawal) – In Abwesenheit des Geliebten treten Entzugserscheinungen wie Depression, Schlaflosigkeit, verändert Ess- und Trinkgewohnheiten, auf (Milkman & Sunderwirth, 1987).

Auch Peele (1988) versuchte der Annahme entgegenzutreten, Liebessucht sei mit einer dysfunktionalen Beziehung gleichzusetzen. Er betonte, dass süchtige Liebe mehr bedeute als wiederholt Partner zu wählen, die einen schlecht behandeln. Es gehe um die Beziehung selbst. Nicht der Partner, sondern die Beziehung selbst schwäche den Betroffenen und setze das Selbstwertgefühl herab. Obwohl Peele keinen Kriterienkatalog im Sinne einer Auflistung erstellte, so lassen sich aus seiner Beschreibung einer Liebessucht folgende Kriterien herausfiltern :

1. Liebe erfüllt essentielle Bedürfnisse und macht andere Formen emotionaler Befriedigung weniger zugänglich,
2. Beziehung erfüllt nicht Funktion des Vergnügens sondern, um als Person zu funktionieren.
3. Die Beziehungen sind dauerhaft, obwohl sie wenig angenehm oder sogar schmerzhaft sind.

4. Die süchtige Beziehung reduziert Sensibilität gegenüber anderen Personen und die Fähigkeit mit anderen Menschen, Aktivitäten, Anforderungen umzugehen.
5. Fokussierung auf die Beziehung, andere Lebensbereiche verlieren an Bedeutung.
6. Reduzierte Bewältigung und Genuss anderer Aktivitäten.
7. Negative Folgen für die Liebenden (Peele, 1988).

Griffin-Shelley erarbeitete 1991 neun Elemente einer Liebessucht und wies ebenfalls darauf hin, dass bei drei Zutreffenden möglicherweise eine Liebessucht bestehe. Er benennt erstmalig auch konkret den Rausch. Rausch ist bei einer Substanzabhängigkeit kein Kriterium für Abhängigkeit, sondern selbstverständliche Wirkung des Konsums und eher ein Aspekt in der Suchtentstehung (Dilling & Freyberger, 2015; Falkai & Wittchen, 2015). Griffin-Shelley (1991) verdeutlicht damit, dass der Liebessüchtige, im Unterschied zu einem verliebten Menschen Liebe konsumiert, um einen Rausch zu erlangen. Folgende neun Elemente listete er als Kriterien:

1. Rausch (The High): Der Liebessüchtige strebt stets nach der einen Person oder Erfahrung, die ihm vollkommene Erfüllung bringen kann.
2. Toleranz (Tolerance): Steigender Bedarf an Stimuli, z.B. mehr Aufmerksamkeit, Unterwerfung, Geschenke, Loyalität seitens des Partners, um den gewünschten Effekt zu erreichen. Dies kann so weit gehen, dass der Liebessüchtige Stalking, Suizidandrohungen oder ähnlich schädliche Verhaltensweisen anwendet.
3. Abhängigkeit (Dependence): Psychologische Abhängigkeit.
4. Verlangen (Cravings): Starkes Verlangen und lebenslange Rückfallgefahr.
5. Entzugserscheinungen (Withdrawal): Körperliche Entzugserscheinungen über 2- 6 Wochen:  
psychologische Entzugserscheinungen, bis zu mehreren Monaten.
6. Obsession (Obsession): Andauernde gedankliche Beschäftigung, endlose Fantasien, Unfähigkeit an etwas anderes zu denken oder die Gedanken zu beenden. Bei Aufgabe der obsessiven Gedanken fühlt

es sich für den Betroffenen so an als verliere er einen Teil von sich selbst. Aus den Gedankenmustern werden tiefsitzende Verhaltensmuster.

7. Zwang (Compulsion): Zwang die obsessiven Gedanken auszuleben. Die Handlungen sind impulsiv und unkontrolliert und werden häufig durch ein Ritual eingeleitet. Das Ritual (z.B. bestimmte Musik hören, Fantasie, Konversationen) kann zu einem tranceähnlichen Zustand führen.
8. Geheimhaltung (Secrecy): Verstecken der obsessiven Gedanken und Zwangshandlungen. Gefühl von Scham für das eigene Verhalten. Liebessüchtigen gelingt es oft über einen langen Zeitraum ihre Sucht geheim zu halten, selbst wenn sie multiple Affären, Ehen oder gar Familien haben.
9. Persönlichkeitsveränderung (Personality Change): Die Persönlichkeit des Liebessüchtigen verändert sich, jedoch ist der Zusammenhang mit dem süchtigen Verhalten nicht so offensichtlich zu erkennen, wie es bei Suchtmittelkonsum der Fall ist. In Phasen, in denen die Befriedigung der Sucht im Vordergrund steht, ist das Verhalten eher narzisstisch, impulsiv, infantil, auf die Sucht fokussiert. In Phasen der Scham versucht der Süchtige dies zu kompensieren (Griffin-Shelley, 1991).

Gross (1994) vertritt die These, eine Liebessucht sei eine verzweifelte Suche nach Liebe, einhergehend mit der Unfähigkeit einen Einzelnen wirklich zu lieben. Er zeigt damit deutlich, dass es dem Liebessüchtigen nicht um die geliebte Person geht, sondern um die mit Liebe verknüpften physischen und psychischen Effekte. Ein Liebessüchtiger suche wiederholt das Herzklopfen, den Sinnestaumel, den Nervenkitzel der Verliebtheit. Er habe Angst vor der Abnahme der Liebe in einer langfristigen Beziehung und sei sehnsüchtig nach immer intensiveren Liebeserlebnissen. Er betont ebenfalls den Wiederholungszwang, Dosissteigerung und das Ausweichen vor eigentlichen Problemen (Gross, 1994).

Benyamina, Blecha, Karila, und Reynaud (2010) schlagen folgende Kriterien vor:

1. Das Auftreten von Entzugserscheinungen bei Abwesenheit der geliebten Person, Leiden und zwanghaftes Bedürfnis nach dem Geliebten.
2. Es wird viel Zeit mit der Liebesbeziehung verbracht (real oder in Gedanken).
3. Soziale Aktivitäten, berufliche Aktivitäten oder Freizeitaktivitäten werden reduziert.
4. Dauerhafter Wunsch oder erfolglose Versuche, die Beziehung zu kontrollieren oder verlassen.
5. Streben nach Beziehung trotz dem Vorliegen von Problemen durch die Beziehung.
6. Vorliegen von Bindungsschwierigkeiten: a) wiederholt verherrlichende Beziehungen ohne haltbare Bindung. b) wiederholt schmerzhaft Beziehungen, die durch unsichere Bindung geprägt sind (Benyamina et al., 2010).

Diese Kriterien zeigen teilweise Parallelen zum DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015). Die Konsequenzen für Soziales, Beruf und Freizeit werden erstmalig aufgenommen. Insbesondere die mögliche Einschränkung im Beruf sind dabei zu betonen. Sind die beruflichen Konsequenzen bei Substanzabhängigen häufig eindeutig, machen Benyamina et al. klar, dass auch eine Liebessucht Auswirkungen auf den Beruf haben kann. Milkman und Sunderwirth (1987) griffen dies nur zum Teil unter dem Punkt Unmittelbarkeit auf. Andere Autoren ließen diesen Aspekt bisher außer Acht.

Sussman (2010) ergänzt diese Kriterien weiter. Die schon zuvor erwähnten Entzugserscheinungen (Benyamina, Blecha, Karila, & Reynaud, 2010) siedelt er auf der emotionalen Ebene an. Er ist der Ansicht Liebessucht gehe einher mit:

1. Gefühl von Verzweiflung und Einsamkeit, wenn aktuell keine Beziehung besteht.
2. Hinderung daran den Alltag zu meistern.
3. Hinderung daran gesunde Beziehungen zu führen.

4. Negativkonsequenzen für sich und andere.
5. Immer mehr von dem Verhalten, das den erwünschten Effekt gibt.
6. Das Verhalten wird länger als beabsichtigt ausgeführt.
7. Drang daran dieses weiter zu führen, wenn es jemand stoppen möchte (Sussman, 2010).

Brockmann (2011) greift nochmals das Kriterium der Obsession auf, verweist dabei jedoch insbesondere auf das Konzept der Konditionierung. Der Geruch des begehrten Subjektes sei mit Sex konditioniert und führe zu Besessenheit und Erregung. Er verweist ebenfalls deutlich darauf, dass eine Trennung nicht nur zu Entzugserscheinungen wie Verlustgefühl und Depression führen kann, sondern schlimmstenfalls zu Suizid. Fisher et al. (2010) unterstützen diesen Aspekt ebenfalls.

Insgesamt wurden Kriterien einer Liebessucht von neun Autoren zwischen 1987 und 2011 betrachtet. Die Theoretische Grundlage ist heterogen. Werden die Liebessuchtkriterien geclustert und den 11 Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung des DSM-5 zugeordnet, so kristallisiert sich heraus, dass keiner der Autoren alle DSM-5 Kriterien mit seinen Betrachtungen abdeckt (Abb. 1). Der Kontrollverlust in Bezug auf Menge und Zeit wurde von vier Autoren beschrieben (Milkman & Sunderwirth, 1987; Griffin-Shelley, 1991; Gross, 1994; Sussman, 2010), während fünf den allgemeinen Kontrollverlust in ihren Kriterienkatalog aufgenommen haben (Milkman & Sunderwirth, 1987; Halpern & Howard, 1984; Gross, 1994; Benyamina et al., 2010; Sussman, 2010). Unter Berücksichtigung der Doppelungen spielt somit für sechs Autoren der Kontrollverlust eine Rolle. Dies entspricht 2/3 der Autoren. Übertrumpft wird dies nur durch die Entzugserscheinungen, welche von sieben Autoren aufgegriffen wurden. Dabei wurden sowohl körperliche, als auch psychische Entzugserscheinungen berücksichtigt. Die Autoren führten konkrete Symptome auf, wie beispielsweise Depressionen, Schlaflosigkeit, Einsamkeit, Verlorenheit, Leiden oder Verzweiflung (Milkman & Sunderwirth, 1987; Halpern & Howard, 1988; Griffin-Shelley, 1991; Benyamina et al., 2010; Sussman, 2010; Fisher, 2010; Brockmann, 2011). Das unterstreicht die Relevanz von Entzugserscheinungen im Hinblick auf die Abgrenzung zwischen Liebessucht und Verliebtheit. Laut Milkman und

Sunderwirth (1987), Peele (1988), Griffin-Shelley (1991) und Sussman (2010) ist eine Liebessucht durch das Versagen bei anderen Verpflichtungen gekennzeichnet. Das das nicht häufiger aufgelistet wurde könnte darauf zurückzuführen sein, dass es einigen Liebessüchtigen gelingen kann über Jahre ein Doppelleben aufrecht zu erhalten (Griffin-Shelley, 1991). Dass der Konsum trotz physischer oder psychischer Probleme eine Rolle spielt erwähnten fünf Autoren (Milkman & Sunderwirth, 1987; Peele, 1988; Halpern & Howard, 1984; Sussman, 2010; Brockmann, 2011). Den Konsum trotz sozialer Probleme bezogen lediglich 1/3 der Autoren mit ein (Milkman & Sunderwirth, 1987; Benyamina et al., 2010; Sussman, 2010), ebenso das Craving (Griffin-Shelley, 1991; Gross, 1994; Benyamina et al., 2010) und die Vernachlässigung anderer Lebensbereiche wurde von Peele (1988) und Benyamina et al. (2010) beschrieben. Auch der hohe Zeitaufwand war nur für zwei der Autoren ein Kriterium (Griffin-Shelley, 1991; Benyamina, Blecha, Karila, & Reynaud, 2010). Der Konsum in Situationen, in denen er eine körperliche Gefahr darstellt hat in Bezug auf Liebessucht eine reduzierte Relevanz. Keiner der Autoren lieferte ein Element, dass diesem DSM-5 Kriterium zugeordnet werden konnte. Interessante neue Kriterien, die nicht dem DSM-5 entsprechen sind die Unfähigkeit wirklich zu Lieben (Gross, 1994; Milkman & Sunderwirth, 1987), Geheimhaltung (Griffin-Shelley, 1991), Persönlichkeitsveränderung (Griffin-Shelley, 1991) und Bindungsschwierigkeiten (Benyamina et al., 2010). Zusammenhänge zwischen den aufgeführten Kriterien einer Liebessucht und dem Jahr der Veröffentlichung durch den jeweiligen Autor konnten nicht herausgestellt werden.

| <b>Abhängigkeitskriterien nach DSM-5</b>                       | <b>Autoren, die als Kriterien einer Liebessucht Kriterien aus dieser Kategorie benennen (geordnet nach Erscheinungsjahr):</b>   |
|--|---|
| Kontrollverlust (Menge und Zeit)                               | Milkman & Sunderwirth (1987);<br>Griffin- Shelley (1991);<br>Gross (1994);<br>Sussman (2010)  |
| Kontrollverlust  | Milkman & Sunderwirth (1987);<br>Halpern & Howard (1988);<br>Gross (1994);<br>Benyamina et al. (2010);<br>Sussman (2010)  |
| Hoher Zeitaufwand  | Griffin- Shelley (1991);<br>Benyamina et al. (2010)   |
| Craving  | Griffin- Shelley (1991);<br>Gross (1994);<br>Benyamina et al. (2010);   |
| Versagen bei anderen Verpflichtungen                           | Milkman & Sunderwirth (1987);<br>Peele (1988);<br>Griffin- Shelley (1991);<br>Sussman (2010)  |
| Konsum trotz sozialer Probleme                                 | Milkman & Sunderwirth (1987);<br>Benyamina et al. (2010);<br>Sussman (2010)   |
| Vernachlässigung anderer Lebensbereiche                        | Peele (1988);<br>Benyamina et al. (2010)  |
| Körperliche Gefährdung   |   |
| Konsum trotz physischer/ psychischer Probleme                  | Milkman & Sunderwirth (1987);<br>Peele (1988);<br>Halpern & Howard (1988);<br>Sussman (2010)<br>Brockmann (2011)  |
| Toleranzentwicklung  | Griffin- Shelley (1991);<br>Gross (1994);<br>Sussmann (2010)  |
| Entzugserscheinungen   | Milkman & Sunderwirth (1987);<br>Halpern & Howard (1988);<br>Griffin- Shelley (1991);<br>Benyamina et al. (2010);<br>Sussman (2010);<br>Fisher (2010);<br>Brockmann (2011); |
| <b>Andere Kriterien, die nicht dem DSM- 5 zuzuordnen sind:</b> |   |
| Unfähigkeit wirklich zu lieben                                 | Gross (1994);<br>Milkman & Sunderwirth (1987);  |
| Geheimhaltung  | Griffin- Shelley (1991)   |
| Persönlichkeitsveränderung                                     | Griffin- Shelley (1991)   |
| Bindungsschwierigkeiten  | Benyamina et al. (2010)   |

**Tabelle 1:** Clusterung der Kriterien von Liebessucht entsprechend den DSM5-Kriterien einer Abhängigkeit

### 3.2 Entwicklung der Items

Zur Generierung eines Messinstrumentes, welches den Kriterien eines international anerkannten Klassifikationssystems entspricht, wurden die, von den Autoren genannten Kriterien einer Liebessucht den 11 Kriterien einer

Abhängigkeitsstörung des DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015) zugeordnet (Abbildung 1). Die Clusterung ermöglicht die Entwicklung eines Fragebogens, der speziell für Liebessucht die Kriterien einer Abhängigkeitsstörung nach DSM-5 abfragt.

Die Kriterien der Autoren wurden als Fragen umformuliert, wobei die Formulierungen zugunsten von Verstehbarkeit und Handhabbarkeit verändert und Überschneidungen sowie Doppelungen zusammengefasst wurden. Daraus folgend entstanden vier Fragen für die Skala „Kontrollverlust 1 (Menge und Zeit), acht Fragen für die Skala „Kontrollverlust 2“, 3 Fragen für „Hoher Zeitaufwand“, fünf Fragen zum „Craving“, drei Fragen für die Skala „Versagen bei anderen Verpflichtungen“, sechs Fragen zum „Konsum trotz sozialer Probleme“, drei Fragen bezüglich „Vernachlässigung anderer Lebensbereiche“. Für das DSM-5 Kriterium „Körperliche Gefährdung“ lag kein Kriterium bei den Autoren vor. Analog zum DSM-5 wurden hier eigens zwei Fragen entwickelt. Außerdem entstanden sechs Fragen zum „Konsum trotz physischer/psychischer Probleme“, acht Fragen zur „Toleranzentwicklung“ und sechs Fragen zur Skala „Entzugserscheinungen“. Die Elemente „Unfähigkeit wirklich zu Lieben“ (Gross, 1994; Milkman & Sunderwirth, 1987), „Geheimhaltung“ (Griffin-Shelley, 1991), „Persönlichkeitsveränderung“ (Griffin-Shelley, 1991) und „Bindungsschwierigkeiten“ (Benyamina et al., 2010) entsprechen nicht den DSM-5 Kriterien. Aufgrund dessen und ihres unspezifischen Charakters wurden die Elemente nicht zusätzlich berücksichtigt. Es ergibt sich insgesamt eine Fragebogen mit 54 Items, die alle DSM-5 Kriterien von Sucht abfragen. Diese Items wurden nicht in der bestehenden Reihenfolge, Kriterium für Kriterium, angeordnet. Gemäß der Aspekte nach Bortz & Döring (2006) wurden Aufwärmfragen, die leicht zu beantworten und wenig heikel sind (z.B. „Ich verliebe mich schnell“) an den Anfang gestellt, um das Thema einzuleiten und den Zugang zu erleichtern. Entsprechend heikle Fragen (z.B. „Wenn ich Single bin fühle ich mich allein und verzweifelt“) wurden an das Ende gesetzt. Die anderen Items wurden nach Zufallsprinzip angeordnet.

### 3.3 Gestaltung des Fragebogens

Der DSM-5 bezieht sich immer auf die letzten 12 Monate (Falkai & Wittchen, 2015). Diese Voraussetzung wurde übernommen. Die Heterogenität der Konsummöglichkeiten von Liebe (siehe Kapitel 2.2.2) wurde innerhalb der Fragen berücksichtigt, ebenso wurden die Begriffe „Partner“ und „Liebesleben“, als zentrale Merkmale der Ausprägung einer Liebessucht im Einleitungstext wie folgt definiert: „Bitte kreuzen Sie an, inwiefern folgende Aussagen in den Letzten 12 Monaten auf Sie zugetroffen haben. Der Begriff Partner steht dabei stellvertretend für eine Person (m/w), der Sie romantische Gefühle entgegenbringen oder gebracht haben. Dies kann auch jemand sein, mit dem Sie aktuell oder früher keine Partnerschaft geführt haben. Der Begriff Liebesleben bezieht sich auf ihre tatsächlichen oder erwünschten Beziehungen, romantischen Bindungen oder Handlungen, um eine solche zu erlangen. Ihr Sexualleben ist nicht gemeint.“

Das Format für die Beantwortung der Items ist vierstufig. Die Antwortkategorien sind die folgenden: „trifft überhaupt nicht zu“ (1), „trifft eher nicht zu“ (2), „trifft eher zu“ (3), „trifft voll und ganz zu“ (4). Der so entstandene Liebessuchtfragebogen misst somit das Bestehen einer Liebessucht anhand von 54 Items, analog zu den DSM-5 Suchtkriterien. Abgekürzt wird er „LiSu“ benannt.

### III. Empirischer Teil

#### 4. Entwicklung des Liebessuchtfragebogens (LiSu)

##### 4.1 Datenerhebung

Der neue Liebessuchtfragebogen LiSu wurde in der, via SoSciSurvey erstellten, anonymen Online Befragung mit dem Titel „Liebe und psychosoziale“ Gesundheit“ (siehe Kapitel 5) eingesetzt. Diese Befragung setzte sich aus sechs Fragebögen zusammen, wobei der Liebessuchtfragebogen an dritter Stelle stand. Die 54 Items wurden aufgeteilt auf drei Seiten dargestellt. Die Aufteilung diente der besseren Übersicht für den Befragten, sowie der Reduzierung von Abbrechern, die durch eine hohe Anzahl an Items abgeschreckt werden. Die Probanden wurden sowohl im Einleitungstext, als auch zu Beginn jedes Fragebogens auf die Anonymität hingewiesen. Vor geplantem Befragungsstart fand die Durchführung eines Pre-Tests mit zehn Personen statt. Die endgültige Befragung wurde in 13 Onlineforen mit den Themenschwerpunkten Liebe, Sucht, Psychologie und Gesundheit hochgeladen. Sie lief über einen Zeitraum von vier Wochen und hatte insgesamt 266 Teilnehmer. Den Liebessuchtfragebogen füllten 257 Personen vollständig aus. Weitere Details zur Befragung und Stichprobe folgen in Kapitel fünf.

##### 4.2 Datenauswertung

Die quantitative Analyse der erhobenen Daten erfolgte mittels IBM SPSS Statistics Version 25. Um die gewonnen Daten auswerten zu können, wurden diese zunächst aufbereitet und es wurden neue Variablen berechnet. Aus den 54 Liebessuchtitems wurde für jedes DSM-5 Suchtkriterium ein eigener Index aus den zugehörigen Fragen generiert. Dadurch entstanden elf neue Variablen. Aus diesen Indizes wurde ein gesamter Liebessuchtindex gebildet.

Jedes einzelne Item wurde via Umkodierung dichotomisiert, sodass danach nur die Ausprägungen „Erfüllt“ und „Nicht erfüllt“ unterschieden wurden. Der Cut-Off-Wert lag dabei bei 3,0. Dadurch fallen die Antworten „Trifft überhaupt nicht zu“ und „Trifft eher nicht zu“ in die Kategorie „Nicht erfüllt“. Die Antworten „Trifft eher zu“ und „Trifft voll und ganz zu“ werden der Kategorie „erfüllt“

zugeordnet. Im Anschluss daran wurden aus den dichotomisierten Items wiederum neue Indizes entsprechend der DSM-5 Kriterien gebildet, gekennzeichnet mit dem Zusatz „\_Dich“. Für jeden dieser neuen Indizes gilt: Die Anzahl der verschiedenen Mittelwerte entspricht der Anzahl der beinhaltenden Items. Diese neuen „\_Dich“-Indizes wurden abermals umcodiert, nach folgendem Schema: Wenn mindestens 75% der beinhaltenden Items auf den Befragten zutreffen ( $\geq 3$ ), dann gilt das DSM-5 Kriterium als erfüllt. Wenn dieser Wert nicht einer ganzen Zahl entspricht (z.B. entsprechen 75% von 3 Fragen 2,25 Fragen) wurde entsprechend auf- bzw. abgerundet. Es wurde für jedes Kriterium ein dritter Index mit dem Zusatz „\_K“ gebildet, der zwischen „Erfüllt“ (=1) und „Nicht erfüllt“ (=0) differenziert. Die Cut-Off-Werte, die als Berechnungsgrundlage dienen, variieren nach Anzahl der beinhaltenden Items (Tabelle 2). Zusammengefasst: Der „\_K“ Index zeigt an, ob das DSM-5 Kriterium erfüllt oder nicht erfüllt ist. Es gilt als erfüllt, wenn 75% der Items mindestens mit „Trifft eher zu“ (=3) beantwortet wurde. Der Prozess wurde anhand des Beispiels „Kontrollverlust 1 (KV1)“ dargestellt (Tabelle 2).

| Ursprüngliche Items | Erster Index<br>KV1  | Dichotomisierte Items                      | Zweiter Index<br>KV1_Dich  | 75% der Items müssen zutreffen  | Dritter Index<br>KV1_K   | 75% bei variierender Item Anzahl  |
|---------------------|--|--|--|---|--|---|
|                     | Transformiert aus der Formel:<br>(Li01_01+Li01_09+Li01_10+Li01_26)/4 | Umcodiert, Cut-Off 3<br>1 & 2= 0<br>3&4= 1 | Transformiert aus der Formel:<br>(L1_Dich+L9_Dich+L10_Dich+L26_Dich)/4 | 4x 0,75= 3<br>Ab 3 mit zutreffend beantworteten Fragen gilt das Kriterium als erfüllt | Werte < 0,75= 0 „Nicht erfüllt“<br>Werte $\geq$ 0,75 = 1 „Erfüllt“ | 2: 2Fragen*<br>3: 2 Fragen*<br>4: 3 Fragen<br>5: 4 Fragen*<br>6: 5 Fragen*<br>8: 6 Fragen |
| Li01_01             |  | L1_Dich                                    |  | <b>Cut-Off-Wert:</b>  |  | <b>Variierende Cut-Off-Werte:</b>   |
| Li01_09             |  | L9_Dich                                    |  | 3/ 4 = 0,75   |  | 2: 1,0<br>3: 0,6<br>4: 0,75<br>5: 0,8<br>6: 0,83<br>8: 0,75                               |
| Li01_10             |  | L10_Dich                                   |  |   |  | *gerundet   |
| Li01_26             |  | L26_Dich                                   |  |   |  |   |

**Tabelle2** Berechnung der Variablen

Aus den, im letzten Schritt“ entstandenen, „\_K“-Indizes wurde wiederum ein Gesamtindex „Liebessucht\_K“ generiert. Für jeden Index wurden mit deskriptiven Analysen die Häufigkeitsverteilungen, inklusive Mittelwert, Median, Minimum, Maximum und Perzentilen, berechnet.

### 4.3 Ergebnisse

#### 4.3.1 Häufigkeiten

Auf Basis der 4-stufigen Skala kann beim Liebessuchtindex der geringste Wert bei 1,0 und der höchste Wert bei 4,0 liegen. In der deskriptiven Analyse der Befragung wurde ein Minimum von 1,0 und ein Maximum von 3,46, ermittelt. Im Durchschnitt erreichten die Probanden einen Liebessuchtindex von 1,82, der Median liegt bei 1,72 (Tabelle 3). Insgesamt zeigten die Befragten 142 verschiedene Werte im Liebessuchtindex, wobei das erste Quartil Mittelwerte bis 1,42 aufwies, das zweite Quartil zwischen 1,42 und 1,72; das dritte Quartil 1,72 bis 2,15 und die oberste Quartile 2,15 bis 3,46. Werte die über 3,0 lagen wurden folglich nur innerhalb des obersten Quartil erreicht. Die Mehrheit der Teilnehmer erlangte einen Wert unter 1,73 im Liebessuchtindex (51,8% kumulierte Prozente).

#### Statistiken

| Liebessucht |         |        |
|-------------|---------|--------|
| N           | Gültig  | 257    |
|             | Fehlend | 9      |
| Mittelwert  |         | 1,8163 |
| Median      |         | 1,7242 |
| Minimum     |         | 1,00   |
| Maximum     |         | 3,46   |
| Perzentile  | 25      | 1,4231 |
|             | 50      | 1,7242 |
|             | 75      | 2,1492 |

**Tabelle 3** Liebessuchtindex

Für die einzelnen DSM-5 Kriterien ergaben sich die in Tabelle 4 abgebildeten Werte. Den insgesamt höchsten Mittelwert zeigt das Kriterium „Kontroll-

verlust 1 – Menge und Zeit“ und liegt bei 2,22. Den geringsten Mittelwert hat das Kriterium „Körperliche Gefährdung“ mit einem Wert von 1,27. In vier von den elf Kategorien hat keiner der Befragten das Maximum 4,0 erreicht. In sieben der Kategorien war dies jedoch der Fall. Das Minimum 1,0 war in allen Kriterien vertreten. Die meisten fehlenden Antworten, insgesamt fünf, traten in der Kategorie „Entzugserscheinungen“ auf, wohingegen die Kategorie „Zeitaufwand“ mit zwei Fehlenden die meisten gültigen Fälle innehatte.

| Index  | N Gültig | N Fehlend | Mittelwert | Minimum | Maximum |
|--|----------|-----------|------------|---------|---------|
| Kontrollverlust1                             | 263      | 3         | 2,22       | 1,00    | 4,00    |
| Kontrollverlust2                             | 263      | 3         | 1,75       | 1,00    | 3,88    |
| Zeitaufwand                                  | 264      | 2         | 2,01       | 1,00    | 4,00    |
| Craving                                      | 262      | 4         | 2,27       | 1,00    | 4,00    |
| Versagen                                     | 263      | 3         | 1,51       | 1,00    | 4,00    |
| Konsum trotz sozialer Probleme               | 263      | 3         | 1,64       | 1,00    | 3,33    |
| Vernachlässigung anderer Lebensbereiche      | 262      | 4         | 2,00       | 1,00    | 4,00    |
| Körperliche Gefährdung                       | 263      | 3         | 1,27       | 1,00    | 4,00    |
| Konsum trotz physischer/psychischer Probleme | 262      | 4         | 1,57       | 1,00    | 4,00    |
| Toleranzentwicklung                          | 262      | 4         | 1,90       | 1,00    | 3,63    |
| Entzugserscheinungen                         | 261      | 5         | 1,83       | 1,00    | 3,83    |

**Tabelle 4:** Indizes nach DSM-5 Kriterien Deskriptive Statistik

Die umcodierten „\_K“ Indizes der DSM-5 Suchtkriterien zeigten an, ob das vorliegende Kriterium nicht erfüllt bzw. erfüllt wird (Tabelle 5). Das Kriterium Hoher Zeitaufwand (Index „Zeitaufwand\_K“) gilt für 29,2 % der gültigen Fragebögen als erfüllt, was dem höchsten erreichten Wert entspricht. Der niedrigste Wert wurde für das Kriterium Konsum trotz sozialer Probleme (Index „KonsumTsP\_K“) ermittelt. Für 2,3 % der Befragten gilt dieses Kriterium als erfüllt. Erwartungsgemäß erfüllen deutlich mehr Befragte die Kriterien nicht. Der Median liegt für alle Indizes bei 0,00.

|                                   | KV1_K | KV2_K | Zeitaufwand_K | Craving_K | Versagen_K | Konsum TsP_K | VaL_K | KG_K | Konsum TppP_K | Toleranz_K | Entzug_K |
|-----------------------------------|-------|-------|---------------|-----------|------------|--------------|-------|------|---------------|------------|----------|
| Häufigkeit „Nicht erfüllt“        | 209   | 249   | 187           | 205       | 232        | 257          | 190   | 256  | 255           | 247        | 242      |
| Gültige Pro-zente „Nicht erfüllt“ | 79,5  | 94,7  | 70,8          | 78,2      | 88,2       | 97,7         | 72,5  | 97,3 | 97,3          | 94,3       | 92,7     |
| Häufigkeit „Erfüllt“              | 54    | 14    | 77            | 57        | 31         | 6            | 72    | 7    | 7             | 15         | 19       |
| Gültige Pro-zente „Erfüllt“       | 20,5  | 5,3   | 29,2          | 21,8      | 11,8       | 2,3          | 27,5  | 2,7  | 2,7           | 5,7        | 7,3      |
| Median                            | 0     | 0     | 0             | 0         | 0          | 0            | 0     | 0    | 0             | 0          | 0        |
| Fehlend                           | 3     | 3     | 2             | 4         | 3          | 3            | 4     | 3    | 4             | 4          | 5        |
| Gesamt                            | 266   | 266   | 266           | 266       | 266        | 266          | 266   | 266  | 266           | 266        | 266      |

**Tabelle 5:** Indizes umcodiert deskriptive Statistik

#### 4.3.2 Wer ist liebessüchtig?

Der DSM-5 bestimmt den Schweregrad einer Suchterkrankung. Bei einer leichten Sucht sind zwei bis drei Symptomkriterien erfüllt, bei einer mittelgradigen Sucht sind es vier bis fünf Symptomkriterien. Eine schwere Sucht zeichnet sich durch die Erfüllung von 6 oder mehr Kriterien aus (Falkai & Wittchen, 2015). Anhand des Index „Liebessucht\_K“ lässt sich bestimmen, auf wen welche Ausprägung zutrifft.

| Liebessucht_K |        |            |         |                   |                      |
|---------------|--------|------------|---------|-------------------|----------------------|
|               |        | Häufigkeit | Prozent | Gültige Pro-zente | Kumulierte Pro-zente |
| Gültig        | ,00    | 123        | 46,2    | 47,9              | 47,9                 |
|               | ,09    | 53         | 19,9    | 20,6              | 68,5                 |
|               | ,18    | 28         | 10,5    | 10,9              | 79,4                 |
|               | ,27    | 18         | 6,8     | 7,0               | 86,4                 |
|               | ,36    | 11         | 4,1     | 4,3               | 90,7                 |
|               | ,45    | 9          | 3,4     | 3,5               | 94,2                 |
|               | ,55    | 6          | 2,3     | 2,3               | 96,5                 |
|               | ,64    | 5          | 1,9     | 1,9               | 98,4                 |
|               | ,73    | 3          | 1,1     | 1,2               | 99,6                 |
|               | ,82    | 1          | ,4      | ,4                | 100,0                |
|               | Gesamt |            | 257     | 96,6              | 100,0                |
| Fehlend       | System | 9          | 3,4     |                   |                      |
| Gesamt        |        | 266        | 100,0   |                   |                      |

**Tabelle 6:** Liebessucht\_K deskriptive Statistik

Die Mittelwerte des „Liebessucht\_K“ zeigen an, wie viele der Symptomkriterien erfüllt sind (Tabelle 6). Der Liebessucht Index wurde in die folgenden vier Kategorien (Tabelle 7) eingeteilt: Keine Liebessucht („NoLiSU“), wenn kein oder nur ein Kriterium erfüllt ist; Leichte Liebessucht („LiSuLeicht“), wenn zwei oder drei der Kriterien erfüllt sind; Mittelschwere Liebessucht („LiSuMittel“), wenn vier oder fünf Kriterien erfüllt sind und Schwere Liebessucht („LiSuSchwer“), wenn sechs oder mehr Kriterien erfüllt sind. In der durchgeführten Befragung haben 257 Personen den Liebessuchtfragebogen vollständig beantwortet. 176 Befragte (68,5% der gültigen Fälle und 66,2% der Gesamtstichprobe) gelten anhand der Auswertung als Nicht-Liebessüchtig und 81 (31,5% der gültigen Fälle und 30,4% der Gesamtstichprobe) als liebessüchtig. Entsprechend der Vorgaben des DSM-5 erfüllen 46 Personen (17,3%) die Kriterien für eine leichte Liebessucht. 20 Probanden (7,5%) gelten als mittelgradig liebessüchtig und 15 Befragte (5,6%) erfüllen die Kriterien für eine schwere Liebessucht. In der Auswertung galt ein Kriterium als erfüllt, wenn 75% der zugehörigen Items mit „Trifft eher zu“ oder „Trifft voll und ganz zu“ beantwortet wurde. Mit neun Personen beantworteten 3,4% der Befragten den Fragebogen nicht ausreichend, sodass keine Ergebnisse berechnet werden konnten.

**Liebessucht\_K(Klassiert)**

|         |            | Häufigkeit | Prozent | Gültige<br>Prozente | Kumulierte<br>Prozente |
|---------|------------|------------|---------|---------------------|------------------------|
| Gültig  | NoLiSu     | 176        | 66,2    | 68,5                | 68,5                   |
|         | LiSuLeicht | 46         | 17,3    | 17,9                | 86,4                   |
|         | LiSuMittel | 20         | 7,5     | 7,8                 | 94,2                   |
|         | LiSuSchwer | 15         | 5,6     | 5,8                 | 100,0                  |
|         | Gesamt     | 257        | 96,6    | 100,0               |                        |
| Fehlend | System     | 9          | 3,4     |                     |                        |
| Gesamt  |            | 266        | 100,0   |                     |                        |

**Tabelle 7:** Liebessucht\_K (Klassiert) Ergebnisse

Eine Überprüfung des Liebessuchtgesamtindex (Mittelwert aus allen 54 Items) in den vier Kategorien ergibt, dass sich auf Basis des Gesamtindex erste Hinweise für das Vorliegen einer Liebessucht und bei Werten  $<1,53$  und  $>2,97$  auch bezüglich des Schweregrades ableiten lassen (Tabelle 8). Liegt der Wert

zwischen 1,53 und 2,97 lässt sich keine zuverlässige Aussage über das Vorliegen und den Schweregrad der Liebessucht treffen.

| Liebessuchtindex | NoLiSu  | LiSuLeicht | LiSuMittel | LiSuSchwer |
|------------------|---------|------------|------------|------------|
| Mittelwert       | 1,5703  | 2,0885     | 2,4969     | 2,9594     |
| Median           | 1,5527  | 2,1492     | 2,4860     | 2,9212     |
| Std-Abweichung   | 0,29331 | 0,29892    | 0,23400    | 0,22339    |
| Varianz          | 0,086   | 0,89       | 0,055      | 0,050      |
| Minimum          | 1,00    | 1,53       | 2,10       | 2,64       |
| Maximum          | 2,33    | 2,68       | 2,97       | 3,46       |

**Tabelle 8:** Liebessuchtindex- Kategorien- Vergleich

Eine alternative Methode zur Analyse der Ergebnisse ist die Betrachtung der Häufigkeiten des Liebessuchtindex aus allen 54 Items. Der Cut-Off-Wert wird bei 3,0 für den Mittelwert des Gesamtindex gesetzt (Tabelle 9). Daraus resultiert, dass 253 Probanden (98,4%) nicht liebessüchtig sind. Für vier Befragte (1,6%) trifft die Diagnose Liebessucht zu (Tabelle 9). Anhand dieser Betrachtung lässt sich jedoch nicht erkennen, ob und wie viele der DSM-5 Kriterien erfüllt sind. Es würden ausschließlich schwerwiegend Liebessüchtige erfasst werden (vgl. Tabelle 8) und viele Betroffene würden aus der Statistik herausfallen. Aus diesem Grund wird in Kapitel 5 mit den „Liebessucht\_K“-Ergebnissen gearbeitet. Das Kapitel 5.3.2 beschreibt die soziodemografischen Merkmale der Liebessüchtigen.

|         |        | Liebessucht(Klassiert) |         |                     |                        |
|---------|--------|------------------------|---------|---------------------|------------------------|
|         |        | Häufigkeit             | Prozent | Gültige<br>Prozente | Kumulierte<br>Prozente |
| Gültig  | NoLiSu | 253                    | 95,1    | 98,4                | 98,4                   |
|         | LiSu   | 4                      | 1,5     | 1,6                 | 100,0                  |
|         | Gesamt | 257                    | 96,6    | 100,0               |                        |
| Fehlend | System | 9                      | 3,4     |                     |                        |
| Gesamt  |        | 266                    | 100,0   |                     |                        |

**Tabelle 9:** Liebessucht Ergebnisse

#### 4.4 Itemanalyse

Zur Selektion der 54 Liebessucht Items wurde eine Reliabilitätsanalyse für alle DSM-5 Kategorien durchgeführt und der Cronbachs-Alpha-Wert betrachtet. Der Cronbachs Alpha Wert ist der gebräuchlichste Koeffizient zur Beurteilung der Reliabilität der Gesamtskala und wird mittels Reliabilitätsanalyse berechnet. Reliabilitätskoeffizienten schätzen den Grad der Korrelation der Items untereinander (Janssen & Laatz, 2013).

Für die Kategorien „Zeitaufwand“, „Craving“, „Konsum trotz sozialer Probleme“, „körperliche Gefährdung“, „Konsum trotz psychischer/ physischer Probleme“ und „Entzugerscheinungen“ ergaben ausschließlich sinkende Cronbachs-Alpha-Werte für die Eliminierung eines einzelnen Items. Alle Fragen dieser Kategorien wurden folglich übernommen. In den Kriterien „Kontrollverlust 1“, „Kontrollverlust 2“, „Versagen bei anderen Verpflichtungen“, „Vernachlässigung anderer Lebensbereiche“ und „Toleranzentwicklung“ zeigt sich jeweils ein Item, bei dessen Eliminierung der Cronbachs-Alpha-Wert für dieses Kriterium steigen würde (Tabelle 10). Diese fünf Items wurden zugunsten einer höheren Reliabilität aus dem Fragebogen gestrichen. Der endgültige Liebessuchtfragebogen LiSu enthält somit 49 Items.

| DSM-5 Kriterium                         | Cronbachs-Alpha | Betroffenes Item  | Cronbachs-Alpha-Wert, wenn Item weggelassen |
|---|-----------------|---|---|
| Kontrollverlust 1 (Menge und Zeit)      | 0,563           | „Ich verliebe mich schnell“   | 0,639                                       |
| Kontrollverlust 2                       | 0,823           | „Ich habe eine Beziehung trotz mehrfacher (min.2) Trennungsversuche weitergeführt.“   | 0,835                                       |
| Versagen bei anderen Verpflichtungen    | 0,823           | „Meine Fähigkeit mit anderen Personen umzugehen, ist geschwächt, seitdem ich mich voll und ganz auf mein Liebesleben konzentriere.“ | 0,830                                       |
| Vernachlässigung anderer Lebensbereiche | 0,719           | „Andere Lebensbereiche (z.B. Freizeit, Beruf) habe ich eingeschränkt, um mich ganz auf mein Liebesleben zu konzentrieren.“          | 0,726                                       |
| Toleranzentwicklung                     | 0,782           | „Um jemandem nah zu sein, habe ich schon einmal gestakt.“   | 0,789                                       |

**Tabelle 10** Item Selektion

#### 4.5 Gütekriterien

Die Qualität des Fragebogens wird anhand der drei Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität überprüft. Es wird also evaluiert, ob der Test anwenderunabhängig, zuverlässig und inhaltlich gültig ist (Beller, 2016).

Die Durchführungsobjektivität zeigt an, inwiefern die Testergebnisse vom Verhalten des Studienleiters unabhängig sind. Differieren die Erläuterungen zu den Fragen in Abhängigkeit zur durchführenden Person, kann die Durchführungsobjektivität beeinträchtigt werden, was beispielsweise durch wörtlich vorgegebene Anleitungen eingedämmt werden kann (Sedlmeier & Renkewitz, 2013). In der durchgeführten Untersuchung ist die Durchführungsobjektivität gegeben. Es bestand keine Interaktion zwischen dem Studienleiter und den Befragten. Instruktionen wurden so eindeutig, wie möglich formuliert und im Rahmen des Pre-Tests optimiert. Auswertungsobjektivität wird über Items mit geschlossenen Antworten und über eine Auswertung mittels Schablonen oder Computerprogrammen hergestellt (Beller, 2016). Dies ist beim LiSu gegeben. Offene Fragen gibt es nicht. Die Interpretationsobjektivität gewährleistet, dass die Interpretation der Ergebnisse nicht einer subjektiven Deutung entspricht (Beller, 2016). Bei psychometrischen Tests werden Interpretationen durch das Festlegen von Normen, die anhand repräsentativer Stichproben erhoben werden und als Vergleichsmaßstab dienen, vermieden (Sedlmeier & Renkewitz, 2013). Die Auswertung des LiSu richtet sich nach den Kriterien des DSM-5. Es bestehen feste Regeln und Cut-Off-Werte für die Auswertung, die keinen Spielraum für subjektive Interpretationen lassen. Durch die Standardisierung der Auswertung und die Zuweisung eines numerischen Messwerts, der die Ausprägung des Befragten in Bezug auf Liebessucht beschreibt, kann von Interpretationsobjektivität ausgegangen werden.

Die Reliabilität beschreibt die Zuverlässigkeit bzw. Messgenauigkeit eines Messinstrumentes. Psychologische Messinstrumente weisen tendenziell eine geringe Messgenauigkeit auf, da die Antworten beispielweise von Müdigkeit, Motivation oder Ängsten der Probanden beeinflusst werden können (Sedlmeier & Renkewitz, 2013). Je kleiner die Messfehler, desto größer die Reliabilität.

Die Reliabilitäten werden über Korrelationen bestimmt (Beller, 2016). Eine Konvention, ab wann eine Skala als hinreichend zuverlässig gilt, existiert nicht, es werden aber Mindestwerte von 0,7 oder 0,8 häufig empfohlen (Janssen & Laatz, 2013). Nach Beller (2016) gelten Werte zwischen 0,8 und 0,9 als mittelgut; Werte über 0,9 als gut. Zur Einschätzung der Reliabilität des LisU wurden die Cronbachs Alpha Werte der einzelnen DSM5-Kriterien-Indizes und des Gesamtindex Liebessucht betrachtet (Tabelle 11). Die eliminierten Items wurden bereits rausgerechnet. KV1 (Kontrollverlust 1) weist den geringsten Wert auf, dieser liegt unter dem empfohlenen Mindestwert. Die Skala gilt nach diesem Kriterium als nicht hinreichend zuverlässig. Zeit (Zeitaufwand), KonsumTsP (Konsum trotz sozialer Probleme), VaL (Vernachlässigung anderer Lebensbereiche), KG (Körperliche Gefährdung) und Toleranz (Toleranz) weisen Werte zwischen 0,7 und 0,8 auf und liegen damit über dem Mindestwert. KV2 (Kontrollverlust 2), Craving (Craving), Versagen (Versagen bei anderen Verpflichtungen), KonsumTppP (Konsum trotz psychischer/ physischer Probleme) und Entzug (Entzugserscheinungen) liegen zwischen 0,8 und 0,9. Der Cronbachs Alpha Wert fällt mittelgut aus. Der Liebessuchtgesamtindex hat einen, als gut zu betrachtenden Wert von 0,961. Die Reliabilität ist für zehn der elf Indizes nach Suchtkriterien und für den Liebessuchtgesamtindex hinreichend.

| Indizes                 | Cronbachs Alpha |
|-------------------------|-----------------|
| KV1                     | 0,639           |
| KV2                     | 0,835           |
| Zeit                    | 0,710           |
| Craving                 | 0,833           |
| Versagen                | 0,830           |
| KonsumTsP               | 0,762           |
| VaL                     | 0,726           |
| KG                      | 0,713           |
| KonsumTppP              | 0,804           |
| Toleranz                | 0,789           |
| Entzug                  | 0,823           |
| Liebessucht Gesamtindex | 0,961           |

**Tabelle 11:** Reliabilitätsanalyse

Das dritte Güterkriterium, Validität, überprüft, ob ein Test das misst, was er messen soll. Inhaltsvalidität liegt vor, wenn ein Item das zu messende Merkmal wirklich augenscheinlich abbildet (Beller, 2016). Um zu überprüfen, ob ein

Verfahren inhaltlich valide ist, wird das zu messende Merkmal detailliert betrachtet. Auf Inhaltsvalidität wird bestenfalls bereits bei der Testentwicklung bereits geachtet. Numerisch gemessen werden kann die Inhaltsvalidität nicht (Beller, 2016). Die inhaltliche Validität des LiSu wurde hergestellt, indem die Formulierung der Items eng an den DSM-5 Suchtkriterien und der Definition des Konstrukts Liebessucht orientiert ist. Die Formulierungen wurden von den Liebessuchtkriterien führender Autoren abgeleitet. Die Inhaltsvalidität könnte durch ein Expertenreview weiter erhöht werden.

Die Kriteriumsvalidität beschreibt die Korrelation zwischen den Testergebnissen und anderen Erhebungsmethoden für das gewünschte Merkmal (Beller, 2016). Da es für Liebessucht keine validen und reliablen Messinstrumente gibt, gestaltet sich das Verfahren als schwierig. Diese Problematik könnte beispielsweise mittels Symptomabfragen aller, in der Theorie erwähneter, liebessüchtiger Verhaltensweisen gelöst werden. Dazu bedarf es weiterer umfangreicher Befragungen. Die konfirmatorische Faktorenanalyse ist ein mögliches Instrument zur Überprüfung der faktoriellen Validität (Beierlein et al., 2012). Dieses Vorgehen ist in SPSS nicht möglich, es sind dazu weitere statistische Programme notwendig. Die konfirmatorische Faktorenanalyse sollte in verschiedenen Stichproben durchgeführt werden, sodass es zunächst weiterer Erhebungen bedarf.

Die Konstruktvalidierung eines Tests ist ein Prozess, bei dem theoretische Aussagen (Hypothesen) über das zu messende Merkmal überprüft werden. Er wird betrachtet, ob möglichst vielfältige Hypothesen über das Merkmal durch den Test bestätigt werden (Sedlmeier & Renkewitz, 2013). Aus der Theorie gehen nur einige wenige Hypothesen hervor. Diese konnten nur teilweise bestätigt werden, siehe Kapitel 5.3.3. Die Ergebnisse sind außerdem nur bedingt aussagekräftig, aufgrund der methodischen Limitierungen (Kapitel 6.2). Zum aktuellen Zeitpunkt bedarf es weiterer Validierungsstudien, um Aussagen über die Konstruktvalidität des LiSu treffen zu können.

#### 4.6 Entwicklung eines Liebessucht Kurzscreenings: LiSu-K

Mittels Reliabilitätsprüfung wurde für jedes DSM-5 Suchtkriterium berechnet, welches der Items sich am besten zur Überprüfung eignet. Für die Itemanalyse sind die Spalten „Korrigierte Item-Skala-Korrelation“ und „Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen“ besonders wichtig. Wird der Cronbachs-Alpha-Wert damit verglichen, wie er ausfiele, wenn das Statement wegfiel, gibt er Aufschluss über die Qualität des Statements (Janssen & Laatz, 2013).

Wenn der Cronbachs-Alpha-Wert sinkt, so ist von entsprechender Relevanz des Items auszugehen. Je stärker das Sinken, desto höher die Relevanz. Für jede Kategorie wurde überprüft, welches Item die höchste Relevanz hat. Pro Kategorie wurde nur das eine Item mit der höchsten Relevanz ausgewählt (Tabelle 12). Aus den so generierten elf Fragen entstand eine stark gekürzte Version des LiSu, in der die elf DSM-5 Suchtkriterien mit speziellen, für Liebessucht gültigen, Fragen abgefragt werden. Die Antwortskala ist zweistufig: „Trifft zu“ und „Trifft nicht zu“. Das ermöglicht eine schnelle Auswertung.

Dieses entwickelte Screening Instrument soll Liebessucht Kurzscreening (LiSu-K) heißen. Das Instrument dient dazu, in einem verkürzten Verfahren diejenigen herauszufiltern, die liebessuchtgefährdet sind. Gemäß den DSM-5 Suchtkriterien liegt der Cut-Off-Wert bei 2. Der Cronbachs-Alpha-Wert des LiSu-K liegt bei 0,87. Der Wert würde sinken, sobald einer der Items weggelassen werden würde. Das Instrument gibt Hinweise, welche Personen die umfangreichere Befragung mit dem LiSu durchführen sollten. Dies würde somit auf Personen zutreffen, die zwei oder mehr der Fragen bejahen. Eine Diagnosestellung ist nicht Ziel des LiSu-K. Im Gegensatz zum LiSu wurde der LiSu-K noch nicht in einer eigenständigen Befragung getestet.

| DSM- 5 Kriterium (Index) | Item    | Cronbachs Alpha | Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen   | Korrigierte Item- Skala-Korrelation |
|--------------------------|---------|-----------------|--|-------------------------------------|
| KV1                      | Li01_09 | 0,563           | 0,338  | 0,514                               |
| KV2                      | Li01_27 | 0,823           | 0,783  | 0,679                               |
| Zeit                     | Li01_13 | 0,710           | 0,602  | 0,546                               |
| Craving                  | Li01_07 | 0,833           | 0,772  | 0,724                               |
| Versagen                 | Li01_40 | 0,823           | 0,680  | 0,752                               |
| KonsumTsP                | Li01_31 | 0,762           | 0,689  | 0,635                               |
| VaL                      | L101_03 | 0,719           | 0,556  | 0,597                               |
| KG                       | Li01_45 | 0,713           | Kann nicht berechnet werden, da nur 2 Items. Unter Einbezug eines „Hilfsitems“ werden für L101_45 die niedrigeren Werte berechnet, als für den anderen Item Li01_18. | 0,555                               |
| KonsumTppP               | Li01_23 | 0,084           | 0,747  | 0,670                               |
| Toleranz                 | Li01_22 | 0,782           | 0,738  | 0,604                               |
| Entzug                   | Li01_06 | 0,823           | 0,779  | 0,662                               |

**Tabelle 12:** Entwicklung LiSu-K

Die elf Items wurden dichotomisiert (1-2 = 0 („Trifft nicht zu“) und 3-4= 1 („Trifft zu“). Ein Item gilt als erfüllt, wenn der Wert 3 oder 4 angekreuzt wurde. Aus den dichotomisierten Items wurde die neue Variable „LiSuScreen“ gebildet. Mit Hilfe dieser Variable wurde ein neuer Datensatz „LiSuScreen1“ erstellt, in dem nur die Fälle enthalten sind, die das Merkmal LiSuScreen > 0,18 ausweisen. Wenn dieses Merkmal erfüllt ist, sind zwei der elf Suchtkriterien in der Kategorie „Trifft zu“ (=1) erfüllt. Anhand der Häufigkeitsverteilung der Variable Liebessucht\_K innerhalb des Datensatzes „LiSuScreen1“ zeigt sich (Tabelle13):

- Alle 15 Fälle der Kategorie „LiSuSchwer“ (100%) wurden mit den Screening Fragen erfasst.
- Alle 20 Fälle der Kategorie „LiSuMittel“ (100%) wurden mit den Screening Fragen erfasst.
- 45 von den 46 Fällen der Kategorie „LiSuLeicht“ (98%) wurden mit den Screening Fragen erfasst.
- 77 Fälle der Kategorie „NoLiSu“ (43,75%) wurden anhand der Screening Fragen fälschlicherweise als gefährdet herausgefiltert.
- 99 Fälle der Kategorie „NoLiSu“ (56,25%) wurden anhand des Screenings als nicht gefährdet erfasst.
- 51% der Fälle wurden korrekt positiv gescreent.
- 49% der Fälle wurden falsch positiv gescreent.

- 1 Fall (3,9% der 257 gültigen Fälle) wurde falsch negativ gescreent.

|         |            | Liebessucht_K(Klassiert) |         |                       |                          |
|---------|------------|--------------------------|---------|-----------------------|--------------------------|
|         |            | Häufigkeit               | Prozent | Gültige Prozen-<br>te | Kumulierte Pro-<br>zente |
| Gültig  | NoLiSu     | 77                       | 47,8    | 49,0                  | 49,0                     |
|         | LiSULEicht | 45                       | 28,0    | 28,7                  | 77,7                     |
|         | LiSuMittel | 20                       | 12,4    | 12,7                  | 90,4                     |
|         | LiSuSchwer | 15                       | 9,3     | 9,6                   | 100,0                    |
|         | Gesamt     | 157                      | 97,5    | 100,0                 |                          |
| Fehlend | System     | 4                        | 2,5     |                       |                          |
| Gesamt  |            | 161                      | 100,0   |                       |                          |

**Tabelle 13:** Häufigkeitsverteilung Liebessucht\_K im Datensatz LiSuScreen1

Um den LiSu-K Screening Fragebogen einsetzen zu können, bedarf es weiterer Studien und Bearbeitungen. Die Werte der dichotomisierten Items basieren auf der vierstufigen Antwortskala des LiSu. Sie sind nicht vollkommen gleichzusetzen mit der zweistufigen Antwortskala des LiSu-K. Der LiSu-K muss zur weiteren Entwicklung in eigenständigen Befragungen getestet werden. Die dargestellten Ergebnisse können lediglich als Hinweise gewertet werden.

## 5. Die Studie „Liebe und psychosoziale Gesundheit“

### 5.1 Herleitung der Fragestellung und Formulieren der Hypothesen

Liebessucht wurde bisher in geringem Maße wissenschaftlich betrachtet. Es existieren weder diagnostische Kriterien, noch Messinstrumente oder empirisch belegte Erklärungsansätze. Wissenschaftliche Studien bezüglich Komorbidität und Überschneidungen bzw. Abgrenzungen zu anderen Störungsbildern fehlen ebenfalls weitestgehend. Um den Forschungsstand weiter voranzutreiben wurde mittels der Studie „Liebe und psychosoziale Gesundheit“ nicht nur ein neues Messinstrument zur Erfassung von Liebessucht generiert, sondern auch Zusammenhänge zwischen Liebessucht und anderen Störungsbildern bzw. Eigenschaften analysiert. Die Eigenständigkeit von Liebessucht sollte genauer betrachtet werden.

Die empirische Untersuchung „Liebe und psychosoziale Gesundheit“ diente der vollständigen Ausarbeitung und Testung des Liebessuchtfragebogens LiSu und ebenfalls der Untersuchung von Korrelationen zwischen Liebessucht und anderen Testbereichen. Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, das Phänomen Liebessucht genauer beschreiben zu können.

Sussmans (2010) These, dass Liebessucht auf beide Geschlechter gleich zutrifft, soll überprüft werden (H1). Ebenso wird untersucht, ob bei den Probanden eine dependente Persönlichkeitsstörung vorliegt, die einige liebessüchtige Verhaltensweisen erklären würde (H2). Zusammenhänge zwischen Liebessucht und Bindungsverhalten werden hinzugezogen (H3 und H4). Ferner wird berücksichtigt, ob es einen Zusammenhang zwischen Liebessucht und Sexsucht gibt (H5), sowie zwischen Liebessucht und Selbstwirksamkeit (H6). Es wird davon ausgegangen, dass Menschen, die bereits an einer anderen Suchterkrankung leiden bzw. litten eher an einer Liebessucht erkranken. Auch dies soll geklärt werden (H7). Dasselbe gilt für Angehörige oder Partner von Suchtkranken (H8 und H9). Einige Studien haben bereits Zusammenhänge zwischen Liebessucht und Persönlichkeitsstörungen, sowie Liebessucht und Suchterkrankungen feststellen können (Sussman, 2010). Die Stichproben waren jedoch zu verschieden, um Vergleiche ziehen zu können. Vor dem Hintergrund, dass es keine validen Messinstrumente für Liebessucht gibt, ist die Repräsentativität dieser Studien anzuzweifeln. Die vorliegende Erhebung soll dies ermöglichen. Folgende Hypothesen ergeben sich daraus:

H1: Es liegen keine Geschlechterunterschiede vor bei Menschen mit einem hohen Liebessuchtindex.

H2: Je höher der Liebessuchtindex, desto höher die Werte für das Vorliegen einer dependenten Persönlichkeitsstörung.

H3: Je höher der Liebessuchtindex, desto höher die Werte für die Dimension „Angst“ des Bindungsstils.

H4: Je höher der Liebessuchtindex, desto höher die Werte für die Dimension „Vermeidung“ des Bindungsstils.

H5: Je höher der Liebessuchtindex, desto höher der Index für das Vorliegen einer Sexsucht.

H6: Je höher der Liebessuchtindex, desto geringer die Selbstwirksamkeitserwartung.

H7: Suchtkranke weisen einen höheren Liebessuchtindex auf, als Nicht-Suchtkranke.

H8: Menschen mit einem suchtkranken Angehörigen weisen einen höheren Liebessuchtindex auf, als Menschen ohne einen suchtkranken Angehörigen.

H9: Menschen mit einem suchtkranken Partner weisen einen höheren Liebessuchtindex auf, als Menschen ohne einen suchtkranken Partner.

## 5.2 Methodik

### 5.2.1 Forschungsdesign und Durchführung der Erhebung

Bei der durchgeführten Studie „Liebe und psychosoziale Gesundheit“ handelt es sich um eine korrelative Studie. Im Rahmen dieser Studie wurde eine Befragung mittels Online-Fragebogen durchgeführt. Es wurde ein standardisierter Online-Fragebogen mit insgesamt 120 Items angewendet. Der Fragebogen wurde mittels des Programms SoSciSurvey ([www.soscisurvey.de](http://www.soscisurvey.de)) generiert. Das Programm übernimmt den Datenschutz und gewährleistet die Anonymität. Für den Studienleiter sind keine Rückschlüsse auf die Probanden möglich. Während der Befragung wurde in den Einleitungstexten wiederholt auf die Anonymität hingewiesen. Probanden ab einem Alter von 18 Jahren konnten teilnehmen. Die Altersabfrage erfolgte auf der ersten Seite.

Die Teilnehmer wurden passiv rekrutiert. Bei einer passiven Rekrutierung gelangen die Teilnehmer über Links zur Online Befragung. Eine Stichprobe aus allen Elementen der Grundgesamtheit kann nicht gezogen werden. Dazu müsste eine Liste mit den Mailadressen aller Nutzer vorliegen. Dies widerspricht dem Datenschutz. Die User entscheiden sich freiwillig für eine Teilnahme. In insgesamt 13 Online-Foren wurde ein Link zur Studie hochgeladen, wobei bei 9 Foren zuvor die Erlaubnis der Administratoren eingeholt werden musste. Ziel war es, möglichst viele Teilnehmer zu erreichen. Aus diesem Grund wurden insbesondere, aber nicht ausschließlich, Foren mit den Themenschwerpunkten Psychologie, Liebe, Gesundheit und Sucht ausgewählt (Tabelle 14). Die Studie wurde bewusst mit dem Titel „Liebe und psychosoziale Gesundheit“ beworben, um das allgemeine Interesse zu erhöhen und verfälschte Antworten zu reduzieren.

| Foren, in denen die Studie hochgeladen wurde:                                 |
|---|
| 1. <a href="http://www.hilferuf.de">www.hilferuf.de</a>                       |
| 2. <a href="http://www.gofeminin.de">www.gofeminin.de</a>                     |
| 3. <a href="http://www.desired.de">www.desired.de</a>                         |
| 4. <a href="http://www.kleiderkreisel.de">www.kleiderkreisel.de</a>           |
| 5. <a href="http://www.psychologieforum.de">www.psychologieforum.de</a>       |
| 6. <a href="http://www.beziehungsdoktor.de">www.beziehungsdoktor.de</a>       |
| 7. <a href="http://www.suchtundselbsthilfe.de">www.suchtundselbsthilfe.de</a> |
| 8. <a href="http://www.gesundheit.de/forum">www.gesundheit.de/forum</a>       |
| 9. <a href="http://www.lovehelp.de">www.lovehelp.de</a>                       |
| 10. <a href="http://www.Onmeda.de">www.Onmeda.de</a>                          |
| 11. <a href="http://www.Netdoktor.de">www.Netdoktor.de</a>                    |
| 12. <a href="http://www.psychic.de">www.psychic.de</a>                        |
| 13. <a href="http://www.studentenseite.de">www.studentenseite.de</a>          |

**Tabelle14:** *Ausgewählte Foren*

Der Fragebogen konnte sowohl auf einem Computer, einem Tablet oder einem Smartphone geladen werden. Alle Teilnehmer hatten also Zugang zu einem solchen Endgerät. Es gab keine Fragebögen im Papierformat. Das Programm SoSciSurvey wurde so eingestellt, dass der User eine Meldung erhielt, wenn er ein Item nicht ausgefüllt hatte. Es war jedoch möglich den Fragebogen fortzuführen, ohne alle Items ausgefüllt zu haben. Die Befragung lief über einen Zeitraum von 4 Wochen, vom 24.10.2018 bis zum 21.11.2018.

Im Rahmen eines Pre-Tests mit 10 Teilnehmern wurde der Fragebogen vorab getestet. Verständnisschwierigkeiten ergaben sich bei dem Begriff „Selbstwirksamkeitserwartung“. Dessen Einleitungstext wurde um eine Definition des Begriffs ergänzt. Fragebogenteile mit über 10 Items wurden auf mehrere Seiten aufgeteilt, nachdem die Tester die Übersichtlichkeit bemängelten. Die Länge des Fragebogens unterlag einer kritischen Betrachtung. Eine Kürzung kam zugunsten der Beibehaltung aller Skalen nicht in Frage. Weitere Mängel oder Verständnisprobleme wurden nicht festgestellt. Die Bearbeitungszeit betrug etwa 30 Minuten.

## 5.2.2 Operationalisierung

Eine standardisierte Online-Befragung in Internetforen bietet einige Vorteile. Sie ermöglicht einen Zugang zu mehr Probanden und zu solchen mit speziellen Eigenschaften. Um die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Hypothesen genauer betrachten zu können, ist es interessant, Probanden mit den umrissenen Merkmalen einzubeziehen. Das bedeutet konkret: Menschen, die sich selbst als liebessüchtig, sexsüchtig, substanzabhängig, co-abhängig, oder dependent beschreiben würden. Zu dieser Zielgruppe ist der Zugang offline eine Herausforderung. Unter der Annahme, dass auch Menschen mit beschriebenen Eigenschaften die ausgewählten Foren nutzen, erscheint der Zugang Online aufgrund der Anonymität leichter.

Die Nutzung eines Fragebogens als Messinstrument hat den Vorteil, dass eine Standardisierung und Vergleichbarkeit der Ergebnisse möglich sind. Ebenso ist von einer hohen Durchführungs- und Auswertungsobjektivität auszugehen (Beller, 2016; Raab-Steiner & Benesch, 2012). Der Fragebogen enthält insgesamt 120 Items, wobei fünf der Items nur angezeigt wurden, wenn zuvor eine Frage mit „Ja“ beantwortet wurde. Die Items sind größtenteils geschlossene und skalierte Fragen. Die Dauer der Partnerschaft und „Andere“ Suchtmittel (wenn Abhängigkeit /Abhängigkeit Angehöriger oder Abhängigkeit Partner gegeben und bei der Substanz „Andere“ ausgewählt wurde) werden in einem Textfeld eingegeben. Der Fragebogen besteht aus sechs Teilfragebögen mit den Themenschwerpunkten:

- Selbstwirksamkeit
- Bindungsverhalten
- Liebessucht
- Dependente Persönlichkeitsstörung
- Sexsucht
- soziodemografische Daten

### 5.2.2.1 Selbstwirksamkeit- ASKU

Zur Messung der Selbstwirksamkeit wird die Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU) (Beierlein, Kovaleva, Kemper, & Rammstedt, 2012) verwendet. Die ASKU ermöglicht die Messung des Konstrukts Allgemeine Selbst-

wirksamkeit mit drei Items. Die Beantwortung erfolgt mittels einer fünfstufigen Skala („Trifft gar nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“). Zur Auswertung werden die Antworten gemittelt und zu einem „Selbstwirksamkeits-Index“ zusammengefasst. Der mittlere Skalenwert variiert zwischen 1 und 5. Je höher der erreichte Wert ist, desto höher ist die Selbstwirksamkeit. Die Güte der drei Items wurde nach Beierlein et al. (2012) in drei umfangreichen alters-, geschlechts- und bildungsheterogenen Stichproben überprüft. Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität sind gegeben. Die Reliabilität der ASKU liegt zwischen 0,81 und 0,86, und entspricht einer für Gruppenuntersuchungen ausreichenden Reliabilität. Die inhaltliche Validität der ASKU wurde sichergestellt und anhand von einem Expertenreview optimiert. Die Faktorielle Validität wurde überprüft und kann ebenfalls als gegeben angesehen werden. Außerdem hat eine Konstruktvalidierung stattgefunden. Die Validierungsuntersuchung zeigt, dass die ASKU für eine reliable und valide Messung des Konstruktes geeignet ist. Es handelt sich insgesamt um ein ökonomisches Instrument zur Erfassung individueller Kompetenzerwartungen, mit Schwierigkeiten und Hindernissen im täglichen Leben umgehen zu können (Beierlein et al., 2012).

#### 5.2.2.2 Bindungsverhalten- BoBi

Das Bindungsverhalten der Studienteilnehmer wurde mit Hilfe des Bochumer Bindungsfragebogens (BoBi) von Neumann, Rohmann, & Bierhoff (2007) gemessen. Der BoBi wurde aus dem englischen Fragebogen „Experiences in Close Relationships“ (ECR) ins Deutsche adaptiert. Die Entwicklung erfolgte auf Basis von bindungstheoretischen Annahmen und erhebt via Selbsteinschätzung die partnerschaftliche Bindung entlang der Dimensionen „Vermeidung“ und „Angst“ (Neumann et al., 2007). Im Anleitungstext wird explizit darauf hingewiesen, dass es in den Items nicht um eine bestimmte Beziehung geht, sondern um das generelle Erleben und Verhalten in Beziehungen. Der BoBi beinhaltet insgesamt 36 Items, wobei die ungeraden die Dimension „Vermeidung“ messen und die geraden die Dimension „Angst“ messen. Die Items 3, 15, 19, 22, 25, 27, 29, 31, 33 und 35 müssen bei der Auswertung umgepolt werden (Neumann et al., 2007). Das Programm SoSciSurvey übernimmt das bereits. Die Umpolung muss nicht mehr

über SPSS erfolgen. Die Beantwortung erfolgt anhand einer siebenstufigen Likert-Skala von „Stimmt überhaupt nicht“ (=1) bis „stimmt voll und ganz“ (=7).

Neumann et al. (2007) führten eine Studie durch, aus der hervorging, dass die internen Konsistenzen der beiden Skalen hoch sind und als sehr gut beschrieben werden konnten. Außerdem sind die beiden Skalen unabhängig voneinander. Die Reliabilität erwies sich als hoch. Ein sicherer Bindungsstil wird durch niedrige Werte in beiden Skalen repräsentiert. Bei hohen Werten kann von einem ängstlichen Bindungsstil ausgegangen werden. Ein ängstlich-verstrickter Bindungsstil zeigt sich durch hohe Werte für „Angst“ und niedrige Werte für „Vermeidung“. Ist es umgekehrt verdeutlicht dies einen abweisenden Bindungsstil (Neumann, Rohmann, & Bierhoff, 2007)

#### 5.2.2.3 Liebessucht- LiSu

Zu Erfassung einer möglichen Liebessucht wurde der 54 Items lange Liebessucht-Fragbogen LiSu im Rahmen der Befragung erstmalig eingesetzt. Er misst eine Liebessucht anhand der elf DSM-5 Suchtkriterien. Jedes Suchtkriterium wird anhand verschiedener Items überprüft. Analog zum DSM gilt eine Person bei 2- 3 erfüllten Kriterien als leicht liebessüchtig, bei 4- 5 erfüllten Kriterien als mittelgradig liebessüchtig und bei 6 oder mehr erfüllten Kriterien als schwer liebessüchtig. Es gelten die in Kapitel 3 und 4 beschriebenen Eigenschaften.

#### 5.2.2.4 Dependente Persönlichkeitsstörung- DSM-5 Kriterien

Zur Erhebung einer dependenten Persönlichkeitsstörung wurden die entsprechenden DSM-5 Kriterien in 8 dichotome Items mit „Trifft nicht zu“/ „Trifft zu“ Antworten umgewandelt (Falkai & Wittchen, 2015). Der beschreibende Text aus dem DSM-5 wurde als übergeordnete Fragestellung formuliert: „Folgende Verhaltensweisen kenne ich seit dem frühen Erwachsenenalter von mir und sie zeigen sich in verschiedenen Situationen.“. Gemäß DSM-5 liegt eine dependente Persönlichkeitsstörung vor, wenn fünf der acht Kriterien mit „Trifft zu“ beantwortet werden.

#### 5.2.2.5 Sexsucht- Screening nach Kafka

Zur Messung der Skala Sexsucht wurde das Screening von Kafka (2000) verwendet. Dieses Screening misst mittels 4 Items, die auf einer zweistufigen Antwortskala („Ja“ und „Nein“) beantwortet werden, inwiefern Hinweise auf eine hypersexuelle Störung vorliegen (Kafka, 2000). Das Screening ist als Ergänzung oder auch als Alternative zu dem weit verbreiteten „Sexual Addiction Screening Test“ (SAST) nach Carnes (Carnes, 1989) einzuschätzen (Hartmann, 2018). Kafka wies darauf hin, dass das Screening nicht validiert ist und der SAST sich besser eignet. Zugunsten der Länge der Befragung wurde dennoch mit den Screeningfragen von Kafka gearbeitet. Sie geben erste Hinweise auf eine sexuelle Sucht, was im Rahmen dieser Studie vorerst zielführend ist.

#### 5.2.2.6 Soziodemografische Daten- Destatis

Die soziodemografischen Daten der Probanden unterlagen einer Erhebung in Anlehnung an die demographischen Standards für persönlich-mündliche und schriftliche Befragungen (Statistisches Bundesamt, 2018). Angaben zu folgenden Themen wurden erfasst: Geschlecht, Alter, Partnerschaft, Familienstand, Lebt der Partner im Haushalt, Dauer der Partnerschaft, Schulabschluss, Erwerb, Sucht, Sucht eines Angehörigen, Sucht eines Partners, Einkommen. Für die aktuelle Studie eher weniger interessante Ergebnisse wurden ausgelassen (Tabelle 15). Das Alter und das Nettoeinkommen wurden zugunsten der Anonymität, Handhabbarkeit und Steigerung der Auskunftsbereitschaft mittels Altersklassen bzw. Einkommensklassen abgefragt. Es erfolgte je eine „Ja/ Nein“- Frage zur Sucht, Sucht von Angehörigen, Sucht des Partners. In der Formulierung wurde explizit nach Alkohol- Medikamenten- und Drogenabhängigkeit gefragt und Nikotin ausgeklammert, um vorsichtige Hinweise auf Co-Abhängigkeit und Komorbidität zu erhalten. Konnte eine dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, wurde der Teilnehmer zum Item „Substanzen“ weitergeleitet, unter dem er das Suchtmittel via Dropdown-Menü auswählte. Entschied er sich für die Option „Andere“ erfolgte eine erneute Weiterleitung zu einem offenen Textfeld. Die Fragen nach der Haushaltszugehörigkeit des aktuellen Partners und der Dauer der Partnerschaft wurde nur denjenigen Teilnehmern ange-

zeigt, die angeben, in einer Partnerschaft zu sein. Die Dauer der Partnerschaft und das Suchtmittel, falls es sich um „Andere“ handelt, sind die zwei Fragen, die mit einer offenen Texteingabe beantwortet wurden. Bei allen anderen Fragen wird die Antwort via Dropdown-Menü gewählt.

| Nicht abgefragt  | Umformuliert   | Ergänzt               |
|--|--|-----------------------|
| Itemblock Staatsangehörigkeit (8 Fragen)                         | Alter: Altersklassen statt Abfrage von Monat und Jahr<br><br>Nettoeinkommen: Einkommensklassen statt offener Eingabe | Eigene Sucht          |
| Angestrebter Schulabschluss (erreichter wurde abgefragt)         |  | Sucht von Angehörigen |
| Anzahl der Beschäftigungsverhältnisse & Arbeitsstunden pro Woche |  | Sucht des Partners    |
| Berufsbezeichnung & berufliche Stellung                          |  |                       |
| Itemblock Telekommunikation im Haushalt (7 Fragen)               |  |                       |
| Haushaltsmitglieder und Gesamteinkommen im Haushalt              |  |                       |
|  |  |                       |

**Tabelle 15:** *Adaption demografischer Standards*

### 5.2.3 Datenauswertung

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit der Software IBM Statistics SPSS 25. Die Daten wurden zum Teil für die Auswertung aufbereitet und es wurden ebenfalls neue Variablen zur weiteren Berechnung gebildet. Dieser Prozess ist für den LiSu in Kapitel 4 erläutert.

Es folgte die Durchführung deskriptiver Analysen und die Betrachtung der Häufigkeitsverteilungen. Dies diente der Erhebung, inwiefern sich die Variablen ausprägen. Erste Unterschiede bzw. Zusammenhänge zwischen den Variablen und deren Ausprägungen können so analysiert werden. Der T-Test für unabhängige Variablen wurde für den Vergleich zweier Stichprobenmittelwerte eingesetzt. Durch Einsetzen der Werte aus den Stichproben wird der empirische T-Wert berechnet. Dieser wird mit dem kritischen T-Wert verglichen. Der kritischen T-Wert wurde auf 0,05 festgesetzt. Daraus wird ein p-Wert berechnet.

Das Ergebnis ist signifikant, wenn  $p < 0,05$ . Ist  $p > 0,05$  ist das Ergebnis nicht signifikant (Sedlmeier & Renkewitz, 2013). P ist in den Tabellen als „Sig. 2-seitig“ aufgeführt. Ist der Signifikanzwert  $p = 0,000$  bedeutet es, dass sich die Stichproben 1 und 2 mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 0,00 % in Bezug auf das untersuchte Merkmal unterscheiden (Brosius, 2014). Gleichzeitig mit dem T-Test wird der Levene- Test auf Varianzgleichheit durchgeführt. Ist der Signifikanzwert  $> 0,5$  ist von einer Varianzgleichheit auszugehen.

Zusammenhänge zwischen zwei Variablen wurden durch Korrelationsrechnungen bestimmt. Je nach Skalenniveau der Variablen wird ein anderes Berechnungsverfahren angewendet (Beller, 2016). Sind beide Variablen metrisch und normalverteilt, wird die Pearson Produkt-Moment-Korrelation angewendet. Ist eine Variable ordinalskaliert und/ oder nicht normalverteilt die Spearman Rangkorrelation oder Kendall-Tau-b. Ist eine Variable metrisch und normalverteilt, die andere dichotom wird die biseriale Korrelation verwendet (Raab-Steiner & Benesch, 2012). Ein Wert von 0 bedeutet keine Korrelation zwischen den Variablen. Werte größer oder kleiner 0 zeigen einen mehr oder weniger starken Zusammenhang an. Korrelationen bis 0,2 gelten als sehr gering, Korrelationen bis 0,5 als gering, bis 0,7 als mittel, bis 0,9 als hoch und Korrelationen über 0,9 als sehr hoch (Raab-Steiner & Benesch, 2012).

## 5.3 Ergebnisse

### 5.3.1 Stichprobenbeschreibung

Die Befragung „Liebe und psychosoziale Gesundheit wurde insgesamt 640 mal aufgerufen und 468 mal begonnen. 267 gültige Fälle wurden generiert. Das Kriterium für die Gültigkeit war das Erreichen der letzten Seite. Eine Person gab an, unter 18 zu sein und wurde von der Start Seite direkt zur letzten Seite weitergeleitet. Dieser Fall wird nicht mitbetrachtet. Es liegen somit insgesamt 266 gültige Datensätze vor, die Gesamtstichprobe ( $N=266$ ). N kann bei den Variablen variieren, da es möglich war, Fragen nicht zu beantworten und den Fragebogen dennoch fortzuführen. Ebenso variiert N, wenn das Item nur bestimmt Personen unterbreitet wird (z.B. Suchtmittel nur Teilnehmern angezeigt, die bei

der Frage nach einer Suchterkrankung Ja angegeben haben). Die Stichprobe zeigte folgende soziodemografischen Merkmale (Tabelle 16).

89,1% der Gesamtstichprobe sind weiblich und 9,8% männlich. 3 Befragte ordnen sich der Kategorie „Non Binary“ zu, dies entspricht 1,1 %. Der Großteil der Teilnehmer, 68,0%, ist zwischen 18 und 29 Jahren alt. 31,2% sind zwischen 30 und 59 Jahren alt und 0,8% sind 60 Jahre oder älter.

75,9% der Teilnehmer leben in einer Partnerschaft. 75,6 % der Gesamtstichprobe sind ledig, 18,8% verheiratet oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, 5,2 % getrennt lebend oder geschieden und 0,4% verwitwet. Von den Befragten, die angaben, in einer Partnerschaft zu leben (N=202), gaben 64,4% an, dass sie mit dem Partner in einem Haushalt leben. Die Dauer der Partnerschaft beträgt durchschnittlich 67,66 Monate, wobei der Median bei 48 Monaten liegt. Die kürzeste Dauer liegt bei unter einem Monat (0) und die längste Partnerschaft bei 500 Monaten. 52% der Befragten gaben einen Wert zwischen 0 und 48 Monaten an.

83,8% der Studienteilnehmer habe ihre Schullaufbahn mit der allgemeinen oder fachgebundenen Hochschulreife abgeschlossen. Eine Vollzeiterwerbstätigkeit gaben 45,7% der gültigen Fälle (45,5% der Gesamtstichprobe) an. 19,2% sind nicht erwerbstätig und 14,7% sind Teilzeiterwerbstätig. Die anderen 20,4% sind geringfügig erwerbstätig, gelegentlich beschäftigt, in Ausbildung bzw. Umschulung oder befinden sich in Erziehungsurlaub/ Elternzeit.

7,9% der Befragten gaben an, jemals in ihrem Leben an einer Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen gelitten zu haben. Dabei überwiegt Cannabis mit 28,6% noch vor Alkohol und Medikamenten (je 23,8%). Eine Person gab „Andere“ an und antwortete über die freie Texteingabe „Nikotin“, obwohl Nikotin explizit aus der Fragestellung ausgeklammert wurde. 37,7% der gültigen Fälle (36,6% der Gesamtstichprobe) haben einen Angehörigen, der jemals im Leben an einer Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, Drogen gelitten hat. Die meistgeantwortete Substanz ist Alkohol mit 72%. Als andere Substanzen wurde „Nikotin“ und „Chrystal Meth, Alkohol & Cannabis“ angege-

ben. 10,6% der gültigen Fälle (10,5% der Gesamtstichprobe) haben einen Partner, der jemals im Leben an einer Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, Drogen gelitten hat. Die meistgeantwortete Substanz ist Cannabis mit 53,6%. Als andere Substanzen wurde „Nikotin“ und „Kratom“ angegeben.

Das Einkommen der Befragten staffelt sich wie folgt: 61,5% der gültigen Fälle haben ein monatliches Einkommen von bis zu 2000€, 21,9% von über 2000€, 8,8% haben kein eigenes Einkommen und 7,7% wollten keine Angabe machen. Trotz der Antwortmöglichkeit haben 6 Teilnehmer, 2,3% der Gesamtstichprobe die Frage nach dem Einkommen nicht beantwortet.

| Merkmal                 | Gültige Fälle     | Kategorie  | Häufigkeit                         | Prozente | Kumulierte Prozente |
|-------------------------|-------------------|--|------------------------------------|----------|---------------------|
| Geschlecht              | 266               | Männlich   | 26                                 | 9,8      | 9,8                 |
|                         |                   | Weiblich   | 26                                 | 89,1     | 98,9                |
|                         |                   | Non Binary   | 3                                  | 1,1      | 100,0               |
| Alter                   | 266               | 18-24  | 78                                 | 29,3     | 29,3                |
|                         |                   | 25-29  | 103                                | 38,7     | 68,0                |
|                         |                   | 30-39  | 51                                 | 19,2     | 87,2                |
|                         |                   | 40-49  | 21                                 | 7,9      | 95,1                |
|                         |                   | 50-59  | 11                                 | 4,1      | 99,2                |
|                         |                   | 60 oder älter  | 2                                  | 0,8      | 100,0               |
| Partnerschaft           | 266               | Nein   | 64                                 | 24,1     | 24,1                |
|                         |                   | Ja   | 202                                | 75,9     | 100,0               |
| Familienstand           | 266               | Verheiratet zusammenlebend                                   | 43                                 | 16,2     | 16,2                |
|                         |                   | Eingetragene Partnerschaft zusammenlebend                    | 7                                  | 2,6      | 18,8                |
|                         |                   | Verheiratet getrennt lebend                                  | 3                                  | 1,1      | 19,9                |
|                         |                   | Ledig  | 201                                | 75,6     | 95,5                |
|                         |                   | Geschieden   | 11                                 | 4,1      | 99,6                |
|                         |                   | Verwitwet  | 1                                  | 0,4      | 100,00              |
|                         |                   | Eingetragene Partnerschaft getrennt lebend                   | 0                                  | 0        |                     |
|                         |                   | Eingetragene Partnerschaft aufgehoben                        | 0                                  | 0        |                     |
|                         |                   | Eingetragener Lebenspartner verstorben                       | 0                                  | 0        |                     |
|                         |                   |  |                                    |          |                     |
| Partner im Haushalt     | 202               | Nein   | 72                                 | 35,6     | 35,6                |
|                         |                   | Ja   | 130                                | 64,4     | 100,0               |
| Dauer der Partnerschaft | 202               | 0 bis 48 Monate*   | 105                                | 52,0     | 52,0                |
|                         |                   | 49 bis 500 Monate*   | 97                                 | 48,0     | 100,0               |
|                         |                   | Mittelwert:67,66<br>Median:48,00<br>Minimum:0<br>Maximum:500 | Ab 120 Monate*<br>*zusammengefasst | 30       | 14,9                |
| Schulabschluss          | 265<br>Fehlend: 1 | Aktuell Schüler  | 3                                  | 1,1      | 1,1                 |
|                         |                   | Kein Abschluss   | 2                                  | 0,8      | 1,9                 |
|                         |                   | Hauptschulabschluss  | 4                                  | 1,5      | 3,4                 |
|                         |                   | Realschulabschluss   | 31                                 | 11,7     | 15,1                |
|                         |                   | Polytechnische   | 3                                  | 1,1      | 16,2                |
|                         |                   | Oberschule (DDR)   |                                    |          |                     |
|                         |                   |  |                                    |          |                     |

|                             |                  |   |   |  |   |
|-----------------------------|------------------|---|---|--|---|
|                             |                  | Fachhochschulreife<br>Abitur oder fachgebundene Hochschulreife mit Lehre<br>Fehlende Antwort  | 36<br>186<br>1                                      | 13,6<br>70,2   | 29,8<br>100,0   |
| Erwerbsstatus               | 265<br>Fehlend:1 | Vollzeit<br>Teilzeit<br>Geringfügig<br>Gelegentlich<br>Aktuell in Ausbildung<br>Aktuell in Umschulung<br>Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit<br>Nicht erwerbstätig<br>Fehlende Antwort | 121<br>39<br>18<br>5<br>21<br>1<br>9<br>51<br>1     | 45,7<br>14,7<br>6,8<br>1,9<br>7,9<br>0,4<br>3,4<br>19,2                | 45,7<br>60,4<br>67,2<br>69,1<br>77,0<br>77,4<br>80,8<br>100,0 |
| Sucht                       | 265<br>Fehlend:1 | Nein<br>Ja<br>Fehlende Antwort  | 244<br>21<br>1                                      | 92,1<br>7,9  | 92,1<br>100,0   |
| Sucht- Substanz             | 21               | Alkohol<br>Medikamente<br>Cannabis<br>Amphetamine<br>Kokain<br>Heroin<br>Andere<br>→Antwort: „Nikotin“  | 5<br>5<br>6<br>3<br>0<br>1<br>1<br>1                | 23,8<br>23,8<br>28,6<br>14,3<br>0<br>4,8<br>4,8                        | 23,8<br>47,6<br>76,2<br>90,5<br>90,5<br>95,2<br>100,0         |
| Sucht Angehöriger           | 265<br>Fehlend:1 | Nein<br>Ja<br>Fehlende Antwort  | 165<br>100<br>1                                     | 62,3<br>37,7   | 62,3<br>100,0   |
| Sucht Angehöriger- Substanz | 100              | Alkohol<br>Medikamente<br>Cannabis<br>Amphetamine<br>Kokain<br>Heroin<br>Andere:<br><br>→"Nikotin"<br>→"Chrystal Meth, Alkohol &Cannabis"<br>→Fehlende Antwort                                  | 72<br>6<br>9<br>0<br>2<br>6<br>5<br><br>1<br>1<br>3 | 72,0<br>6,0<br>9,0<br>0<br>2,0<br>6,0<br>5,0<br><br>20<br>20<br>60     | 72,0<br>78,0<br>87,0<br>87,0<br>89,0<br>95,0<br>100,0         |
| Sucht Partner               | 265<br>Fehlend:1 | Nein<br>Ja<br>Fehlende Antwort  | 237<br>28<br>1                                      | 89,4<br>10,6   | 89,4<br>100   |
| Sucht Partner-Substanz      | 28               | Alkohol<br>Medikamente<br>Cannabis<br>Amphetamine<br>Kokain<br>Heroin<br>Andere:<br><br>→"Nikotin"<br>→"Kratom"<br>→Fehlende Antwort  | 9<br>0<br>15<br>0<br>1<br>0<br>3<br><br>1<br>1<br>1 | 32,1<br>0<br>53,6<br>0<br>3,6<br>0<br>10,7<br><br>33,3<br>33,3<br>33,3 | 32,1<br>32,1<br>85,7<br>85,7<br>89,3<br>89,3<br>100,0         |
| Einkommen                   | 260<br>Fehlend:6 | Keine Angabe<br>Kein eigenes Einkommen<br>Unter 2000€ Netto<br>Über 2000€ Netto<br>Fehlende Antwort   | 20<br>23<br>160<br>57<br>6                          | 7,7<br>8,8<br>61,5<br>21,9   | 7,7<br>16,5<br>78,1<br>100,0                                  |

Tabelle 16: Beschreibung der Stichprobe

### 5.3.2 Soziodemografische Merkmale der Liebessüchtigen

Wie in Kapitel 4.3.2 herausgestellt, gelten diejenigen als liebessüchtig, welche mindestens zwei der elf, den DSM-5 Kriterien entsprechenden, Liebesuchtskalen erfüllen. Die Skala gilt als erfüllt, wenn mindestens 75% der zugehörigen Items mit „Trifft eher zu“ (=3) oder „Trifft voll und ganz zu“ (=4) beantwortet wurden. Die Liebessucht wurde in leichte, mittelschwere und schwere Liebessucht unterteilt, wie im DSM-5 beschrieben.

Die soziodemografischen Merkmale der 4 Gruppen Nicht liebessüchtig („NoLiSu“), leichte Liebessucht („LiSuLeicht“), mittelgradige Liebessucht („LiSuMittel“) und schwere Liebessucht („LiSuSchwer“) wurde in Tabelle 17 gegenübergestellt.

In Bezug auf die Geschlechterverteilung, Familienstand, Schulabschluss und Einkommen bestehen keine relevanten Unterschiede zwischen Liebessüchtigen und Nicht-Liebessüchtigen. Von der Altersstruktur sind die Liebessüchtigen jünger, als die Nicht-Liebessüchtigen. In der Gruppe NoLiSu sind 60,8% unter 30 Jahre alt, in der Gruppe LiSuLeicht sind es 80,5%, in der Gruppe LiSuMittel 80% und in der Gruppe LiSuSchwer 86,6%. In den beiden letzten Gruppen sind alle Personen unter 50 Jahre alt. In der Gruppe der schwer Liebessüchtigen sind doppelt so viele Singles, als in der Gruppe der Nicht Liebessüchtigen. Bei steigendem Liebessucht Schweregrad sinkt die prozentuale Anzahl der Probanden, die eine Beziehung führen. Bei den leicht Liebessüchtigen sind die meisten Menschen in einer Beziehung (80,4%). Der Wert für die nicht Liebessüchtigen (76,7%) liegt knapp über dem Wert für die mittelgradig Liebessüchtigen (75,0%). Bei steigendem Liebessuchtgrad leben die Partner zunehmend mit in einem Haushalt. Die durchschnittliche Dauer der Partnerschaft sinkt bei zunehmendem Liebessuchtgrad. Bei den schwer Liebessüchtigen gab es keine Person, die eine Partnerschaft von 10 Jahren oder länger hatte.

Bezüglich der Erwerbstätigkeit ergab sich, dass bei zunehmendem Liebessuchtgrad der prozentuale Anteil der Vollzeiterwerbstätigen sinkt. Bezüglich Sucht ist nur bei den schwer Liebessüchtigen eine prozentuale Zunahme der Menschen mit einer Suchterkrankung auffällig (20,0%), bezüglich Sucht Ange-

höriger nur bei den leicht und mittelschwer Liebessüchtigen und bezüglich Sucht beim Partner nur bei den leicht und den schwer Liebessüchtigen. Die Zusammenhänge werden in Kapitel 5.5.3 geprüft.

| Merkmal                            | Kategorie  | NoLiSu |         | LiSuLeicht |         | LiSuMittel |         | LiSuSchwer |         |
|------------------------------------|--|--------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|
|                                    |  | 176    | Prozent | 46         | Prozent | 20         | Prozent | 15         | Prozent |
| Gültige Fälle                      |  | 176    |         | 46         |         | 20         |         | 15         |         |
| Geschlecht                         | Männlich   | 19     | 10,8    | 2          | 4,3     | 2          | 19,0    | 2          | 13,3    |
|                                    | Weiblich   | 155    | 88,1    | 43         | 93,5    | 18         | 90,0    | 13         | 86,7    |
|                                    | Non Binary   | 2      | 1,1     |            | 2,3     | 0          | 0       | 0          | 0       |
| Alter                              | 18-24  | 41     | 23,3    | 16         | 34,8    | 9          | 45,0    | 8          | 53,3    |
|                                    | 25-29  | 66     | 37,5    | 21         | 45,7    | 7          | 35,0    | 5          | 33,3    |
|                                    | 30-39  | 41     | 23,3    | 4          | 8,7     | 4          | 20,0    | 1          | 6,7     |
|                                    | 40-49  | 16     | 9,1     | 4          | 8,7     | 0          | 0       | 1          | 6,7     |
|                                    | 50-59  | 10     | 5,7     | 1          | 2,2     | 0          | 0       | 0          | 0       |
|                                    | 60 oder älter                                      | 2      | 1,1     | 0          | 0       | 0          | 0       | 0          | 0       |
| Partnerschaft                      | Nein   | 41     | 23,3    | 9          | 19,6    | 5          | 25,0    | 7          | 46,7    |
|                                    | Ja   | 135    | 76,7    | 37         | 80,4    | 15         | 75,0    | 8          | 53,3    |
| Familienstand                      | Verheiratet zusammenlebend                         | 28     | 15,9    | 9          | 19,6    | 2          | 10,0    | 3          | 20,0    |
|                                    | Eingetragene Partnerschaft zusammenlebend          | 5      | 2,8     | 0          | 0       | 2          | 10,0    | 0          | 0       |
|                                    | Ledig  | 132    | 75,0    | 35         | 76,1    | 14         | 70,0    | 12         | 80,0    |
|                                    | Geschieden   | 8      | 4,5     | 2          | 4,3     | 1          | 5,0     | 0          | 0       |
|                                    | Verheiratet, getrennt lebend                       | 2      | 1,1     | 0          | 0       | 1          | 5,0     | 0          | 0       |
|                                    | Verwitwet  | 1      | 0,6     | 0          | 0       | 0          | 0       | 0          | 0       |
| Partner im Haushalt                | Nein   | 46     | 34,1**  | 10         | 27,0**  | 8          | 53,3**  | 5          | 62,5**  |
|                                    | Ja   | 89     | 65,9**  | 27         | 73,0**  | 7          | 46,7**  | 3          | 37,5**  |
|                                    | keine Partnerschaft                                | 41     |         | 9          |         | 5          |         | 7          |         |
| Dauer der Partnerschaft            | 0 bis 48 Monate*                                   | 63     | 46,7**  | 24         | 64,9**  | 7          | 46,7**  | 6          | 75,0**  |
|                                    | 49 bis 500 Monate*                                 | 72     | 53,3**  | 13         | 35,1**  | 8          | 53,5**  | 2          | 25,0**  |
|                                    | Ab 120 Monate*<br>*zusammengefasst                 | 27     | 20,0**  | 4          | 8,1**   | 1          | 6,7**   | 0          | 0       |
| **von den Fällen mit Partnerschaft | Mittelwert   | 75,64  |         | 58,35      |         | 49,8       |         | 31,0       |         |
|                                    | Median   | 52,00  |         | 38,00      |         | 51,0       |         | 20,5       |         |
|                                    | Minimum  | 0      |         | 2          |         | 4          |         | 1          |         |
|                                    | Maximum  | 500    |         | 385        |         | 204        |         | 96         |         |
| Schulabschluss                     | Aktuell Schüler                                    | 0      | 0       | 1          | 2,2     | 0          | 0       | 2          | 13,3    |
|                                    | Kein Abschluss                                     | 1      | 0,6     | 0          | 0       | 0          | 0       | 1          | 6,7     |
|                                    | Hauptschulabschluss                                | 2      | 1,1     | 1          | 2,2     | 1          | 5,0     | 0          | 0       |
|                                    | Realschulabschluss                                 | 21     | 11,9    | 4          | 8,7     | 4          | 20,0    | 2          | 13,3    |
|                                    | Polytechnische Oberschule (DDR)                    | 2      | 1,1     | 1          | 2,2     | 0          | 0       | 0          | 0       |
|                                    | Fachhochschulreife                                 | 26     | 14,8    | 7          | 15,2    | 1          | 5,0     | 1          | 6,7     |
|                                    | Abitur oder fachgebundene Hochschulreife mit Lehre | 124    | 70,5    | 32         | 69,6    | 14         | 70,0    | 9          | 60,0    |
| Erwerbsstatus                      | Vollzeit   | 88     | 50,0    | 17         | 37,0    | 7          | 35,0    | 3          | 20,0    |
|                                    | Teilzeit   | 27     | 15,3    | 7          | 15,2    | 7          | 15,0    | 2          | 13,3    |
|                                    | Geringfügig  | 9      | 5,1     | 7          | 15,2    | 0          | 0       | 2          | 13,3    |
|                                    | Gelegentlich                                       | 1      | 0,6     | 3          | 6,5     | 0          | 0       | 1          | 6,7     |
|                                    | Aktuell in Ausbildung                              | 1      | 6,8     | 5          | 10,9    | 2          | 10,0    | 1          | 6,7     |
|                                    | Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit       | 5      | 2,8     | 1          | 2,2     | 3          | 15,0    | 0          | 0       |
|                                    | Nicht erwerbstätig                                 | 33     | 18,8    | 6          | 13,0    | 5          | 25,0    | 6          | 40,0    |
|                                    | Aktuell in Umschulung                              | 1      | 0,6     | 0          | 0       | 0          | 0       | 0          | 0       |
|                                    | Sucht  | Nein   | 164     | 93,2       | 42      | 91,3       | 18      | 90,0       | 12      |
| Ja                                 |  | 12     | 6,8     | 4          | 8,7     | 2          | 10,0    | 3          | 20,0    |
| Sucht-Substanz                     | Alkohol  | 4      | 30,8    | 1          | 25,0    | 0          | 0       | 0          | 0       |
|                                    | Medikamente  | 3      | 23,1    | 1          | 25,0    | 1          | 50,0    | 0          | 0       |
|                                    | Cannabis   | 4      | 30,8    | 1          | 25,0    | 0          | 0       | 2          | 66,6    |
|                                    | Amphetamine  | 1      | 7,7     | 1          | 25,0    | 0          | 0       | 1          | 33,3    |
|                                    | Kokain   | 0      | 0       | 0          | 0       | 0          | 0       | 0          | 0       |
|                                    | Heroin   | 1      | 1       | 0          | 0       | 0          | 0       | 0          | 0       |

|                            |                        |     |      |    |      |    |       |    |      |
|----------------------------|------------------------|-----|------|----|------|----|-------|----|------|
|                            | Andere                 | 0   | 0    | 0  |      | 1  | 50,0  | 0  | 0    |
|                            | →"Nikotin"             |     |      |    |      | 1  |       |    |      |
|                            | Keine Sucht            | 164 |      | 42 |      | 18 |       | 12 |      |
| Sucht Angehöriger          | Nein                   | 119 | 67,6 | 21 | 45,7 | 11 | 55,0  | 10 | 66,7 |
|                            | Ja                     | 57  | 32,4 | 25 | 54,3 | 9  | 45,0  | 5  | 33,3 |
| Sucht Angehöriger-Substanz | Alkohol                | 43  | 75,4 | 17 | 37,0 | 7  | 77,8  | 4  | 80,0 |
|                            | Medikamente            | 3   | 5,3  | 2  | 4,3  | 1  | 11,1  | 0  | 0    |
|                            | Cannabis               | 5   | 8,8  | 2  | 4,3  | 0  | 0     | 1  | 20,0 |
|                            | Amphetamine            | 0   | 0    | 0  | 0    | 0  | 0     | 0  | 0    |
|                            | Kokain                 | 2   | 3,5  | 0  | 0    | 0  | 0     | 0  | 0    |
|                            | Heroin                 | 3   | 5,3  | 1  | 2,2  | 1  | 11,1  | 0  | 0    |
|                            | Andere:                | 1   | 1,8  | 3  | 6,5  | 0  | 0     | 0  | 0    |
|                            | →„Nikotin“             | /   |      | 1  |      | /  |       | /  |      |
|                            | →Fehlende Antwort      | 1   |      | 2  |      | /  |       | /  |      |
| Keine Sucht A.             | 119                    |     | 21   |    | 11   |    | 10    |    |      |
| Sucht Partner              | Nein                   | 160 | 90,9 | 38 | 82,6 | 19 | 95,0  | 12 | 80,0 |
|                            | Ja                     | 16  | 9,1  | 8  | 17,4 | 1  | 5,0   | 3  | 20,0 |
| Sucht Partner-Substanz     | Alkohol                | 6   | 37,5 | 2  | 22,2 | 1  | 100,0 | 0  | 0    |
|                            | Medikamente            | 0   | 0    | 0  | 0    | 0  |       | 0  | 0    |
|                            | Cannabis               | 9   | 56,3 | 5  | 55,6 | 0  |       | 1  | 33,3 |
|                            | Amphetamine            | 0   | 0    | 0  | 0    | 0  |       | 0  | 0    |
|                            | Kokain                 | 0   | 0    | 0  | 0    | 0  |       | 1  | 33,3 |
|                            | Heroin                 | 0   | 0    | 0  | 0    | 0  |       | 0  | 0    |
|                            | Andere:                | 1   | 6,3  | 2  | 22,2 | 0  |       | 1  | 33,4 |
|                            | →Fehlende Antwort      | /   |      | 2  |      | 1  |       | /  |      |
| →"Kratom"                  | /                      |     | /    |    | /    |    | /     | 1  |      |
| →"Nikotin"                 | 1                      |     | /    |    | /    |    | /     |    |      |
| Keine Sucht P.             | 160                    |     | 38   |    | 19   |    | 12    |    |      |
| Einkommen                  | Keine Angabe           | 15  | 8,5  | 5  | 10,9 | 0  | 0     | 0  | 0    |
|                            | Kein eigenes Einkommen | 14  | 8,0  | 4  | 8,7  | 3  | 15,0  | 2  | 13,3 |
|                            | Unter 2000€ Netto      | 104 | 59,1 | 31 | 67,4 | 14 | 70,0  | 8  | 53,3 |
|                            | Über 2000€ Netto       | 42  | 23,9 | 4  | 8,6  | 3  | 15,0  | 5  | 33,4 |
|                            | Fehlende Antwort       | 1   | 0,6  | 2  | 4,3  | 0  | 0     | 0  | 0    |

Tabelle 17: Gegenüberstellung soziodemografischer Merkmale

### 5.3.3 Hypothesenprüfung

Zur Überprüfung von H1: „Es liegen keine Geschlechterunterschiede vor, bei Menschen mit einem hohen Liebessuchtindex.“ wird der unabhängige T-Test angewendet. Dazu wird der Liebessucht Gesamtindex herangezogen. Es werden dabei die männlichen und weiblichen Befragten berücksichtigt. 3 Personen (1,1%) haben sich der Kategorie „Non Binary“ zugeordnet. Diese wurden nicht berücksichtigt. Der Mittelwert für den Liebessuchtindex liegt bei Männern bei 1,8037. Frauen weisen einen Mittelwert von 1,8140 auf. Der Signifikanzwert des Levene Test besagt, dass die Varianz der Variablen mit 97,9%iger Wahrscheinlichkeit in den beiden Fallgruppen identisch ist. Da  $p > 0,05$  ist, liegt kein signifikanter Geschlechterunterschied vor (Tabelle 18).

## Test bei unabhängigen Stichproben

|             | Levene-Test der |             | T-Test für die Mittelwertgleichheit |        |                 |                    |                              |                                      |        |
|-------------|-----------------|-------------|-------------------------------------|--------|-----------------|--------------------|------------------------------|--------------------------------------|--------|
|             | F               | Signifikanz | T                                   | df     | Sig. (2-seitig) | Mittlere Differenz | Standardfehler der Differenz | 95% Konfidenzintervall der Differenz |        |
|             |                 |             |                                     |        |                 |                    |                              | Untere                               | Obere  |
| Liebessucht | ,001            | ,979        | -                                   | 252    | ,922            | -,01032            | ,10553                       | -,21814                              | ,19751 |
| sind gleich |                 |             |                                     |        |                 |                    |                              |                                      |        |
| Varianzen   |                 |             | -                                   | 29,403 | ,923            | -,01032            | ,10618                       | -,22734                              | ,20671 |
| sind nicht  |                 |             |                                     |        |                 |                    |                              |                                      |        |
| gleich      |                 |             |                                     |        |                 |                    |                              |                                      |        |

**Tabelle 18:** T-Test Überprüfung Liebessucht in Bezug auf Geschlecht

Die zweite Hypothese H2: „Je höher der Liebessuchtindex, desto höher die Werte für das Vorliegen einer dependenten Persönlichkeitsstörung.“ Wurde mittels T-Test überprüft. Es wurde eine Index-Variable für die dependente Persönlichkeitsstörung „DPS“ generiert. Die Ergebnisse der Variable wurden in zwei Untergruppen klassiert: „NoDPS“ (keine dependente Persönlichkeitsstörung) und „DPS“ (Vorliegen einer dependenten Persönlichkeitsstörung). Der Mittelwert für den Liebessucht Index liegt bei der Gruppe „NoDPS“ bei 1,7203 und bei der Gruppe „DPS“ bei 2,4677 (Tabelle 19). Mit einer Wahrscheinlichkeit von 33,6% sind die Varianzen in beiden Gruppen gleich groß. P entspricht 0,000 und ist somit  $<0,05$ . Es liegt ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen „NoDPS“ und „DPS“ vor (Tabelle 20).

| Gruppenstatistiken |                |     |            |                 |                                 |
|--------------------|----------------|-----|------------|-----------------|---------------------------------|
|                    | DPS(Klassiert) | N   | Mittelwert | Std.-Abweichung | Standardfehler des Mittelwertes |
| Liebessucht        | NoDPS          | 224 | 1,7203     | ,42446          | ,02836                          |
|                    | DPS            | 33  | 2,4677     | ,48386          | ,08423                          |

**Tabelle 19:** Gruppenstatistiken Liebessucht- DPS (Klassiert)

## Test bei unabhängigen Stichproben

|              |                             | Levene-Test der Varianzgleichheit |             | T-Test für die Mittelwertgleichheit |       |                 |                    |                              |                                      |         |
|--------------|-----------------------------|-----------------------------------|-------------|-------------------------------------|-------|-----------------|--------------------|------------------------------|--------------------------------------|---------|
|              |                             | F                                 | Signifikanz | T                                   | df    | Sig. (2-seitig) | Mittlere Differenz | Standardfehler der Differenz | 95% Konfidenzintervall der Differenz |         |
|              |                             |                                   |             |                                     |       |                 |                    | Untere                       | Obere                                |         |
| Liebes-sucht | Varianzen sind gleich       | ,928                              | ,336        | -                                   | 255   | ,000            | -,74736            | ,08062                       | -,90613                              | -,58860 |
|              | Varianzen sind nicht gleich |                                   |             | -                                   | 39,59 | ,000            | -,74736            | ,08888                       | -,92704                              | -,56768 |
|              |                             |                                   |             | 9,270                               | 8,409 | 4               |                    |                              |                                      |         |

Tabelle 20: T-Test Überprüfung Liebessucht in Bezug auf DPS

Die Korrelation wurde anhand des Kendall-Tau-b Korrelationskoeffizienten berechnet. Der Korrelationskoeffizient zwischen DPS und Liebessucht beträgt 0,356 (Tabelle 21). Es liegt eine positive Korrelation vor. Der lineare Zusammenhang ist als gering einzustufen (Raab-Steiner & Benesch, 2012). Der Signifikanzwert beträgt 0,000, folglich ist davon auszugehen, dass auch in der Grundgesamtheit eine Korrelation zwischen DPS und Liebessucht besteht. Die Korrelation trifft keine Aussage über die Kausalität.

## Korrelationen

|               |                |                         | Liebessucht | DPS(Klassiert) |
|---------------|----------------|-------------------------|-------------|----------------|
| Kendall-Tau-b | Liebessucht    | Korrelationskoeffizient | 1,000       | ,356**         |
|               |                | Sig. (2-seitig)         | .           | ,000           |
|               |                | N                       | 257         | 257            |
|               | DPS(Klassiert) | Korrelationskoeffizient | ,356**      | 1,000          |
|               |                | Sig. (2-seitig)         | ,000        | .              |
|               |                | N                       | 257         | 263            |

\*\* . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tabelle 21: Korrelationen Liebessucht- DPS

Eine Korrelationsanalyse nach Pearson wurde durchgeführt um die dritte Hypothese H3: „Je höher der Liebessuchtindex, desto höher die Werte für die Dimension „Vermeidung“ des Bindungsstils.“ zu überprüfen. Aus den Items der Dimension „Vermeidung“ im Bochumer Bindungsfragebogen wurde vorab die

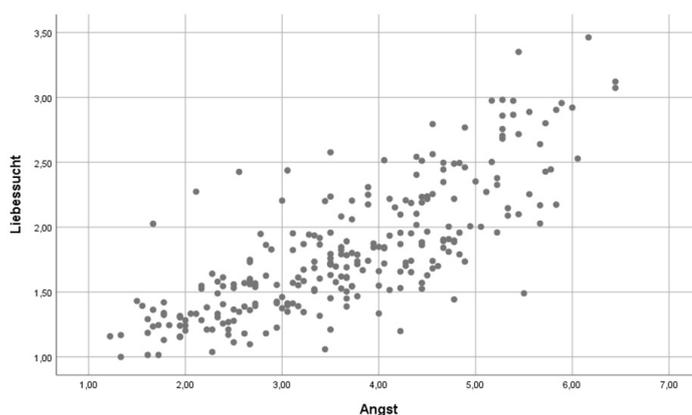
neue, metrische, Variable „Vermeidung“ gebildet. Der Korrelationskoeffizient zwischen „Vermeidung“ und Liebessucht beträgt 0,026 (Tabelle 22). Es liegt ein sehr geringer positiver Zusammenhang vor. Das Ergebnis ist mit  $p = 0,681$  nicht signifikant.

### Korrelationen

|             |                          | Liebessucht | Vermeidung |
|-------------|--------------------------|-------------|------------|
| Liebessucht | Korrelation nach Pearson | 1           | ,026       |
|             | Signifikanz (2-seitig)   |             | ,681       |
|             | N                        | 257         | 257        |
| Vermeidung  | Korrelation nach Pearson | ,026        | 1          |
|             | Signifikanz (2-seitig)   | ,681        |            |
|             | N                        | 257         | 264        |

**Tabelle 22:** Korrelation Liebessucht- Vermeidung

Die Korrelationsanalyse nach Pearson wurde gleichermaßen zur Prüfung von Hypothese H4: „Je höher der Liebessuchtindex, desto höher die Werte für die Dimension „Angst“ des Bindungsstils.“ Es wurde eine Index-Variable „Angst“ aus den einzelnen Variablen der Angst-Dimension erstellt. Das Streudiagramm (Abbildung 1) weist bereits auf eine positive Korrelation hin. Der Korrelationskoeffizient beträgt 0,776. Es besteht ein hoher positiver Zusammenhang zwischen Liebessucht und der Bindungsdimension „Angst“. Der Zusammenhang ist hoch signifikant, da  $p = 0$  (Tabelle 23).



**Abbildung 1:** Streudiagramm Liebessucht- Angst

**Korrelationen**

|             |                          | Liebessucht | Angst  |
|-------------|--------------------------|-------------|--------|
| Liebessucht | Korrelation nach Pearson | 1           | ,776** |
|             | Signifikanz (2-seitig)   |             | ,000   |
|             | N                        | 257         | 257    |
| Angst       | Korrelation nach Pearson | ,776**      | 1      |
|             | Signifikanz (2-seitig)   | ,000        |        |
|             | N                        | 257         | 262    |

\*\* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

**Tabelle 23:** *Korrelation Liebessucht- Angst*

Hypothese H5 nimmt an: „Je höher der Liebessuchtindex, desto höher der Index für das Vorliegen einer Sexsucht.“ Aus den vier Items des Sexsuchtscreenings wurde die neue Indexvariable „Sex“ gebildet. Diese ist metrisch. Die Korrelationsanalyse nach Pearson ergab, dass ein geringer positiver Zusammenhang besteht,  $r = 0,219$ . Dieser ist hoch signifikant da  $p = 0$  (Tabelle 24).

**Korrelationen**

|             |                          | Liebessucht | Sex    |
|-------------|--------------------------|-------------|--------|
| Liebessucht | Korrelation nach Pearson | 1           | ,219** |
|             | Signifikanz (2-seitig)   |             | ,000   |
|             | N                        | 257         | 257    |
| Sex         | Korrelation nach Pearson | ,219**      | 1      |
|             | Signifikanz (2-seitig)   | ,000        |        |
|             | N                        | 257         | 265    |

\*\* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

**Tabelle 24:** *Korrelation Liebessucht- Sex*

Um die Hypothese H6: „Je höher der Liebessuchtindex, desto geringer die Selbstwirksamkeitserwartung.“ zu testen wurde eine neue Variable „SW“ konstruiert, die den Selbstwirksamkeitsindex darstellt. Die Durchführung einer Korrelationsanalyse erfolgte nach Pearson. Aus dieser geht hervor, dass ein geringer negativer Zusammenhang zwischen Liebessucht und Selbstwirksamkeit besteht, da  $r = -0,306$ . Der Zusammenhang ist hoch signifikant ( $p = 0$ ) (Tabelle 25).

## Korrelationen

|             |                          | Liebessucht | SW      |
|-------------|--------------------------|-------------|---------|
| Liebessucht | Korrelation nach Pearson | 1           | -,306** |
|             | Signifikanz (2-seitig)   |             | ,000    |
|             | N                        | 257         | 257     |
| SW          | Korrelation nach Pearson | -,306**     | 1       |
|             | Signifikanz (2-seitig)   | ,000        |         |
|             | N                        | 257         | 266     |

\*\* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

**Tabelle 25:** Korrelation Liebessucht- Selbstwirksamkeit

Die Hypothese H7: „Suchtkranke weisen einen höheren Liebessuchtindex auf, als Nicht-Suchtkranke“ wird mittels eines unabhängigen T-Tests überprüft. Der Mittelwert „Liebessucht“ beträgt bei den Nicht-Süchtigen 1,79 und bei den Süchtigen 2,10. Der T-Test ergibt  $p=0,006$ . Da  $p < 0,01$  ist davon auszugehen, dass die Differenz zwischen den Mittelwerten der Grundgesamtheiten statistisch sehr signifikant ist. Es besteht ebenso ein signifikanter Unterschied zwischen Suchtkranken und Nicht-Suchtkranken (Tabelle 26). Die Korrelationsanalysen nach Kendall-Tau-b und Spearman-Rho ergeben einen geringen positiven Zusammenhang (Kendall- Tau-b: 0,139; Spearman-Rho:0,170), welcher sehr signifikant ( $p=0,006$ ) ist (Tabelle 27). Zur zusätzlichen Überprüfung wurde die Variable „Sucht“ (Nein=1 und Ja=2) in die variable „Sucht\_Dich“ (Nein= 0 und Ja=1) umcodiert. Dadurch ist eine Korrelationsanalyse nach Pearson möglich, die dann der Berechnung des punktbiserialen Korrelationskoeffizienten entspricht. Das Ergebnis  $r= 0,171$  und  $p= 0,006$  entspricht ebenfalls einem geringen positiven Zusammenhang, welcher signifikant ist.

## Test bei unabhängigen Stichproben

|              |                             | Levene-Test der Varianzgleichheit |             | T-Test für die Mittelwertgleichheit |        |                 |                    |                              |                                      |         |
|--------------|-----------------------------|-----------------------------------|-------------|-------------------------------------|--------|-----------------|--------------------|------------------------------|--------------------------------------|---------|
|              |                             | F                                 | Signifikanz | T                                   | df     | Sig. (2-seitig) | Mittlere Differenz | Standardfehler der Differenz | 95% Konfidenzintervall der Differenz |         |
|              |                             |                                   |             |                                     |        |                 |                    |                              | Untere                               | Obere   |
| Liebes-sucht | Varianzen sind gleich       | ,146                              | ,703        | -2,769                              | 255    | ,006            | -,31060            | ,11217                       | -,53151                              | -,08970 |
|              | Varianzen sind nicht gleich |                                   |             | -2,718                              | 23,536 | ,012            | -,31060            | ,11427                       | -,54669                              | -,07451 |

**Tabelle 26:** T-Test Überprüfung Liebessucht in Bezug auf Sucht

## Korrelationen

|               |             |                         | Liebessucht | Sucht  |
|---------------|-------------|-------------------------|-------------|--------|
| Kendall-Tau-b | Liebessucht | Korrelationskoeffizient | 1,000       | ,139** |
|               |             | Sig. (2-seitig)         | .           | ,006   |
|               |             | N                       | 257         | 257    |
|               | Sucht       | Korrelationskoeffizient | ,139**      | 1,000  |
|               |             | Sig. (2-seitig)         | ,006        | .      |
|               |             | N                       | 257         | 265    |
| Spearman-Rho  | Liebessucht | Korrelationskoeffizient | 1,000       | ,170** |
|               |             | Sig. (2-seitig)         | .           | ,006   |
|               |             | N                       | 257         | 257    |
|               | Sucht       | Korrelationskoeffizient | ,170**      | 1,000  |
|               |             | Sig. (2-seitig)         | ,006        | .      |
|               |             | N                       | 257         | 265    |

\*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

**Tabelle 27:** Korrelationen Liebessucht- Sucht

Hypothese H8 geht von folgender Aussage aus, dass „Menschen mit einem suchtkranken Angehörigen weisen einen höheren Liebessuchtindex auf, als Menschen ohne einen suchtkranken Angehörigen.“ Der Mittelwert der Variable „Liebessucht“ liegt bei Befragten ohne abhängigen Angehörigen bei 1,780. Bei den Befragten mit abhängigen Angehörigen ist er bei 1,8619. Der T-Test bei unabhängigen Stichproben ergibt einen Signifikanzwert von  $p > 0,05$  (Tabelle 28). Es besteht ergo kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Stichproben.

## Test bei unabhängigen Stichproben

|             |                             | Levene-Test der Varianzgleichheit |             | T-Test für die Mittelwertgleichheit |       |                 |                    |                              |                                      |        |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------------|-------------|-------------------------------------|-------|-----------------|--------------------|------------------------------|--------------------------------------|--------|
|             |                             | F                                 | Signifikanz | T                                   | df    | Sig. (2-seitig) | Mittlere Differenz | Standardfehler der Differenz | 95% Konfidenzintervall der Differenz |        |
|             |                             |                                   |             |                                     |       |                 |                    |                              | Untere                               | Obere  |
| Liebessucht | Varianzen sind gleich       | ,693                              | ,406        | -                                   | 255   | ,258            | -,07291            | ,06431                       | -,19955                              | ,05373 |
|             | Varianzen sind nicht gleich |                                   |             | -                                   | 190,0 | ,266            | -,07291            | ,06534                       | -,20179                              | ,05597 |
|             |                             |                                   |             | 1,134                               |       |                 |                    |                              |                                      |        |
|             |                             |                                   |             | 1,116                               | 08    |                 |                    |                              |                                      |        |

**Tabelle 28:** T-Test Überprüfung Liebessucht in Bezug auf suchtkranke Angehörige

Der T-Test wurde gleichermaßen zur Untersuchung der neunten Hypothese H9: „Menschen mit einem suchtkranken Partner weisen einen höheren Liebessuchtindex auf, als Menschen ohne einen suchtkranken Partner.“ verwendet. Personen die angaben, keinen suchterkrankten Partner zu haben lag, der „Liebessucht“-Mittelwert bei 1,7936; bei denjenigen mit suchterkranktem Partner bei 2,0014. Das Signifikanzergebnis des Leventest ist  $>0,5$ . Es ist somit von einer Gleichheit der Varianzen auszugehen (Tabelle 29). Der T-Test für die Mittelwertgleichheit ergibt  $p < 0,05$ . Der Unterschied zwischen den Stichproben „Süchtiger Partner“ und „Nicht-süchtiger Partner“ ist signifikant (Tabelle 29). Die Korrelationsanalysen nach Kendall-Tau-b und Spearman-Rho ergeben einen sehr geringen positiven Zusammenhang (Kendall-Tau-b: 0,102; Spearman-Rho:0,125), welcher signifikant ( $p < 0,05$ ) ist (Tabelle 30). Zur zusätzlichen Überprüfung wurde die Variable „SuchtPartner“ (Nein=1 und Ja=2) in die Variable „SuchtPartner\_Dich“ (Nein= 0 und Ja=1) umcodiert. Dadurch ist eine Korrelationsanalyse nach Pearson möglich, die dann der Berechnung des punkt-biserialen Korrelationskoeffizienten entspricht. Das Ergebnis  $r = 0,013$  und  $p = 0,037$  entspricht ebenfalls einem sehr geringen positiven Zusammenhang, welcher signifikant ist.

|                  |                                | Levene-Test der Varianzgleichheit |                  | T-Test für die Mittelwertgleichheit |            |                     |                            |  |  |         |
|------------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------------|-------------------------------------|------------|---------------------|----------------------------|--|--|---------|
|                  |                                | F                                 | Signifi-<br>kanz | T                                   | df         | Sig. (2-<br>seitig) | Mittlere<br>Diffe-<br>renz | Stan-<br>dardfeh-<br>ler der<br>Diffe-<br>renz | 95% Konfidenzin-<br>tervall der Diffe-<br>renz |         |
|                  |                                |                                   |                  |                                     |            |                     |                            |  | Untere   | Obere   |
| Liebes-<br>sucht | Varianzen sind<br>gleich       | ,156                              | ,693             | -<br>2,09<br>4                      | 255        | ,037                | -,20782                    | ,09924   | -,40325  | -,01238 |
|                  | Varianzen sind<br>nicht gleich |                                   |                  | -<br>1,86<br>6                      | 32,1<br>09 | ,071                | -,20782                    | ,11139   | -,43468  | ,01904  |

**Tabelle 29:** T-Test Überprüfung Liebessucht in Bezug auf suchtkranke Partner

| <b>Korrelationen</b> |               |                         | Liebessucht | Sucht Partner |
|----------------------|---------------|-------------------------|-------------|---------------|
| Kendall-Tau-b        | Liebessucht   | Korrelationskoeffizient | 1,000       | ,102*         |
|                      |               | Sig. (2-seitig)         | .           | ,046          |
|                      |               | N                       | 257         | 257           |
|                      | Sucht Partner | Korrelationskoeffizient | ,102*       | 1,000         |
|                      |               | Sig. (2-seitig)         | ,046        | .             |
|                      |               | N                       | 257         | 265           |
| Spearman-Rho         | Liebessucht   | Korrelationskoeffizient | 1,000       | ,125*         |
|                      |               | Sig. (2-seitig)         | .           | ,045          |
|                      |               | N                       | 257         | 257           |
|                      | Sucht Partner | Korrelationskoeffizient | ,125*       | 1,000         |
|                      |               | Sig. (2-seitig)         | ,045        | .             |
|                      |               | N                       | 257         | 265           |

\*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

**Tabelle 30:** *Korrelationen Liebessucht- suchtkranke Partner*

## 6. Diskussion

### 6.1 Interpretation der Ergebnisse

Liebessucht ist eine bis dato wenig erforschte Erkrankung. Stellt man die Ausarbeitungen verschiedener Autoren gegenüber, so wird deutlich, dass eine Liebessucht Kriterien aufzeigt, die den DSM-5 Kriterien für eine Suchterkrankung zugeordnet werden können. Wie eine stoffgebundene Suchterkrankung weist eine Liebessucht die Kriterien „Kontrollverlust“, „Hoher Zeitaufwand“, „Craving“, „Toleranzentwicklung“, „Entzugserscheinungen“, „Konsum trotz sozialer, psychischer oder physischer Probleme“, „Versagen in anderen Aufgabebereichen“, „Körperliche Gefährdung“ und „Vernachlässigung anderer Lebensbereiche“ auf. Die Art des Konsums ist komplexer als bei stofflichen Suchtmitteln und kann sich in verschiedenen Verhaltensweisen äußern. Eine Liebessucht ist mehr als eine reine Beziehungssucht. Sie erzeugt Leiden bei den Betroffenen und muss unbedingt von echter Liebe und glücklichen Beziehungen abgegrenzt werden. Bislang existiert jedoch zu wenig Hilfe für die Betroffenen.

Bisher gibt es keine gültigen Diagnosekriterien für eine Liebessucht und lediglich eine mangelhafte Auswahl an Messinstrumenten, die nicht theoretisch

fundiert sind und einer kritischen Würdigung nicht standhalten (Sussman S., 2010). Eine genaue Bestimmung der Prävalenz liebessüchtiger Personen in Deutschland ist aufgrund dieses Mangels nicht möglich. Auch der Zugang zum Hilfesystem bleibt Betroffenen verwehrt, da eine Diagnose für viele Angebote die Voraussetzung darstellt.

Das Hauptaugenmerk dieser Arbeit lag in der Entwicklung eines Messinstrumentes zur Erfassung von Liebessucht in Anlehnung an die Suchtkriterien des DSM-5. Das Messinstrument wurde im Rahmen einer Studie getestet, ebenso wurden Zusammenhänge zwischen anderen Variablen und Liebessucht überprüft. Die Items wurden aus der Theorie heraus entwickelt und im Nachhinein mit Hilfe einer Reliabilitätsprüfung überarbeitet. Fünf Items wurden aufgrund einer niedrigen Reliabilität eliminiert.

Die Ergebnisse des neuen Liebessucht Fragebogens LiSu ergaben für die Gesamtstichprobe einen Anteil von 30,4% Liebessüchtiger und 66,2% Nicht Liebessüchtiger. Der Anteil von 30,4% erscheint zunächst recht hoch. Dies könnte einerseits mit der Rekrutierung der Teilnehmer zusammenhängen. Die Studie wurde in Foren mit den Themenschwerpunkten Psychologie, Liebe und Gesundheit hochgeladen. Es wäre möglich, dass Menschen mit einer Liebessucht sich vermehrt in solchen Foren aufhalten. Ebenso ist von einem erhöhten Interesse am Thema auszugehen. Andererseits könnte dies auch mit der Trennschärfe der Auswertung zusammenhängen. Es wäre möglich, diese zu erhöhen.

17,3% der Stichprobe fallen in die, der Schweregradeinteilung des DSM-5 entsprechenden, Kategorie leichte Liebessucht. Der im DSM-5 leichte Schweregrad ist mit einem Missbrauch im ICD-10 gleichzusetzen (Dilling & Freyberger, 2015; Falkai & Wittchen, 2015). Es ist notwendig in der Zukunft näher zu betrachten, ob eine leichte Sucht schon in die Abhängigkeit fällt, oder dem Missbrauch zugeordnet werden kann. Nähme man die leicht Liebessüchtigen heraus, blieben noch 13,1% Liebessüchtige in der Stichprobe. Es ist davon auszugehen, dass der LiSu ein reliables Messinstrument darstellt. Zur Überprüfung der Validität sind weitere Erhebungen notwendig. Insgesamt

lässt sich sagen, dass es weiterer Validierungsstudien und einem mehrstufigen Verfahren auf der Basis qualitativer und quantitativer Analysen bedarf, um den LiSu als zuverlässiges diagnostisches Messinstrument einsetzen zu können. Die Grundvoraussetzungen sind geschaffen.

Aus dem LiSu wurde das Kurzscreening Lisu-K generiert. Das LiSu-K hat 100% der schwer Liebessüchtigen, 100% der mittelschwer Liebessüchtigen und 98% der leicht Liebessüchtigen erfassen können. Gleichzeitig hat es aber auch 43,75% der Nicht-Liebessüchtigen fälschlicherweise als gefährdet eingestuft. Nur ein Fall wurde nicht richtig, als nicht gefährdet gescreent. Aktuell lässt sich sagen, dass die Treffsicherheit für die Einstufung als nicht gefährdet bei der vorliegenden Stichprobe gut ist (99%). Es bedarf jedoch eigener Studien mit dem LiSu-K, um konkrete Aussagen machen zu können. Der LiSu-K ist vorerst nur als eine weitere Entwicklungsidee einzustufen.

Die Gruppe der Liebessüchtigen unterscheidet sich hinsichtlich der demografischen Daten in den Punkten Alter, Partnerschaft, Partner im Haushalt und Dauer der Partnerschaft von den Nicht-Liebessüchtigen. In der Studie waren die Liebessüchtigen tendenziell jünger: je höher der Liebessuchtgrad, desto höher war der prozentuale Anteil der unter 30 jährigen und in den Gruppen der mittelschwer und schwer Liebessüchtigen gab es keine Person, die über 49 Jahre alt war. Es waren mehr Alleinstehende und bei den Liebessüchtigen in einer Partnerschaft lag eine durchschnittlich kürzere Dauer der aktuellen Beziehung vor, als bei den Nicht-Liebessüchtigen. Gleichzeitig lebten jedoch prozentual mehr liebessüchtige Personen mit ihrem Partner in einem Haushalt. Der Anteil der Vollzeitwerbstätigen sank bei Zunahme des Liebessuchtgrades. Es kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass eine der Gruppen aufgrund ihrer demografischen Merkmale zu identifizieren ist. Die These von Sussman (2010), dass kein Geschlechterunterschied bei einer Liebessucht vorliegt wurde bestätigt.

Menschen mit einer dependenten Persönlichkeitsstruktur neigen vermutlich eher zu einer Liebessucht (Renneberg et al, 2012). Es gibt bis heute keine Studien, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Liebessucht und

einer dependenten Persönlichkeitsstörung untersuchen. In der vorliegenden Studie wurde ein geringer positiver Zusammenhang zwischen einer dependenten Persönlichkeitsstörung und Liebessucht herausgestellt, welcher sich als signifikant erwies. Dies deutet darauf hin, dass Liebessucht kein Merkmal einer dependenten Persönlichkeitsstörung, sondern ein eigenständiges Krankheitsbild ist.

Es wird vermutet, dass Menschen mit einem ängstlich-ambivalenten Bindungsstil eher zu einer Liebessucht neigen, als solche mit anderen Bindungsstilen (Feeney & Noller, 1990; Sussmann, 2010). Mit Hilfe des Bochumer Bindungsfragebogens wurden die Bindungsdimensionen „Vermeidung“ und „Angst“ gemessen. Es wurde ein sehr geringer positiver Zusammenhang zwischen Liebessucht und der Dimension „Vermeidung“ gemessen. In Bezug auf die Dimension „Angst“ wurde ein hoher positiver und gleichzeitig hoch signifikanter Zusammenhang festgestellt. Dieses Ergebnis ist nicht verwunderlich, wenn man die beiden Dimensionen inhaltlich betrachtet. Der Vermeidende entzieht sich der Nähe in Beziehungen, während der Liebessüchtige alles daran setzt Nähe herzustellen. Der Ängstliche sucht die Nähe und Bindung, aus Angst verlassen zu werden. Das Verhalten ähnelt in Teilen dem liebessüchtigen Verhalten, wobei zu beachten ist, dass die Motive voneinander abweichen. Ein gegenseitiges Bedingungsgefüge in Bezug auf die Entstehung von Liebessucht oder ängstlicher Bindung, sowie Komorbidität ist denkbar. Hierzu bedarf es weiterer Studien. Im Rahmen therapeutischer Maßnahmen ist das Wissen über die hohe Wahrscheinlichkeit ängstlicher Bindungsstrategien von Vorteil und sollte in den therapeutischen Prozess eingebunden werden.

Liebessucht und Sexsucht müssen voneinander abgegrenzt werden, da es sich um zwei verschiedene Erkrankungen handelt. Sie können zwar im Rahmen einer Komorbidität gleichzeitig auftreten, es handelt sich aber um zwei differente Krankheitsbilder (Sussman, 2010). Obwohl die Variable Sexsucht mit einem vier Items langen Screening erfasst wurde, wurde in der Studie ein hoch signifikanter geringer Zusammenhang zwischen Sexsucht und Liebessucht gemessen. Dies deutet daraufhin, dass es sich tatsächlich um zwei unterschiedli-

che Erkrankungen handelt, die sich nicht gegenseitig bedingen, gleichzeitig aber eine erhöhte Komorbidität auftritt.

Zwischen Selbstwirksamkeit und Liebessucht konnte ein geringer negativer Zusammenhang festgestellt werden. Hinweise auf vergleichbare Ergebnisse in anderen Studien oder theoretische Ausarbeitungen lässt die einschlägige Literatur nicht zu. Milkman & Sunderwirth (1987) gehen davon aus, dass ein niedriges Selbstwertgefühl einen Risikofaktor für Liebessucht darstellt. Inwiefern diese Aussage auf die Selbstwirksamkeit übertragen werden kann muss noch vertiefend überprüft werden.

Fisher et al. (2016) gehen davon aus, dass Abhängige und auch Angehörige von Suchtkranken häufiger an Liebessucht leiden. Hintergrund ist die Vermutung, dass Menschen mit einer Liebessucht eher dazu neigen co-abhängige Beziehungen zu führen. Die These von Fisher et al. wurde im Rahmen dieser Studie nur bedingt bestätigt. Die Ergebnisse zeigen, dass lediglich ein geringer Zusammenhang zwischen Liebessucht und Sucht besteht. Dies könnte ein Hinweis auf die These von Fisher et al (2016) sein, dass es bei Suchtkranken zu einer Suchtverlagerung, von einer substanzgebundenen Sucht hin zu einer Liebessucht kommen kann. Zwischen den Befragten mit suchtkranken Angehörigen und den Befragten ohne suchtkranke Angehörige gab es jedoch keine Unterschiede. Liebessucht trat in diesen beiden Gruppen gleich häufig auf. Zwischen dem Merkmal „suchtkranker Partner“ und Liebessucht konnte ein sehr geringer Zusammenhang berechnet werden. Betrachtete man die beiden letzten Merkmale, suchtkranker Angehöriger und suchtkranker Partner, ist von einem sehr geringen bzw. gar keinem Zusammenhang zwischen Liebessucht und einer Co-Abhängigkeit auszugehen. Die Ergebnisse sind eingeschränkt nutzbar, da es sich bei den Sucht-Items um nicht überprüfbare Selbstdiagnosen handelt. Um hinreichende Aussagen über den Zusammenhang zwischen Liebessucht und eigener Suchterkrankung sowie Liebessucht und Co-Abhängigkeit festlegen zu können, sind weitere Studien mit validen Messinstrumenten zur Erfassung der Merkmale und eine größere Anzahl an Teilnehmern notwendig.

## 6.2 Limitierung der Methodik

Der Liebessuchtfragebogen LiSu wurde in der vorliegenden Arbeit entwickelt und erprobt. Die einzelnen Items entsprechen den DSM-5 Kriterien von Sucht, für den LiSu konnte eine gute Reliabilität berechnet werden. In der Auswertung führten die Antworten „Trifft eher zu“ (=3) und „Trifft voll und ganz zu“ (=4) dazu, dass ein Item als zutreffend eingestuft wurde. Ein DSM-5 Kriterium galt als erfüllt, wenn mindestens 75% der zugehörigen Items erfüllt waren. Diese Cut-Off Werte könnten erhöht werden, in dem nur Antworten „Trifft voll und ganz zu“ als erfüllt eingestuft werden oder 100% der Items zutreffen müssen. Dies würde zu einer stärkeren Trennschärfe führen, birgt hingegen gleichzeitig das Risiko, dass möglicherweise nicht alle Liebessüchtige erfasst werden würden. Mit Hilfe weiterer Studien müsste geklärt werden, welcher Cut-Off Wert am zielführendsten ist. Eine Ergänzung durch strukturierte Interviews wäre sinnvoll. Der LiSu sollte zur weiteren Optimierung einem Expertenreview unterzogen werden.

In der Studie „Liebe und psychosoziale Gesundheit“ wurde ein sechsteiliger Online-Fragebogen zur Datenerhebung eingesetzt. Insgesamt war der Online-Fragebogen, trotz der nachfolgend beschriebenen Einschränkungen, eine gute Möglichkeit eine ausreichend große Stichprobe zu generieren, um den LiSu weiterentwickeln zu können und erste Aussagen zu Zusammenhängen treffen zu können.

Die Teilnehmer der Befragung wurden passiv rekrutiert, haben sich also freiwillig und selbstständig für die Teilnahme entschieden. Problematisch ist, dass unbekannt ist, auf welche Grundgesamtheit die Ergebnisse zu verallgemeinern sind (Taddicken & Batinic, 2014). Es besteht keine Klarheit darüber, welche Personen auf den Aufruf zur Teilnahme reagieren, sodass von einer systematischen Verzerrung auszugehen ist. Repräsentative Ergebnisse können über die passive Rekrutierung nicht erreicht werden (Taddicken & Batinic, 2014). Die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass vor allem Menschen mit Interesse an Liebe, Gesundheit und Psychologie an der Befragung teilgenommen haben, was vor allem auf die Forenauswahl und den Titel der Befragung zurückgeht. Nur Menschen, die auf einem der Foren unterwegs waren, konnten überhaupt

an der Studie teilnehmen. Ebenso war es grundsätzlich Menschen ohne Zugang zum Internet nicht möglich mitzumachen. Nach Taddicken & Batinic (2014) sind 17,17 Mio. Deutsche nicht online.

Eine Schwäche der Online-Befragung ist die geringe Kontrolle der Befragungssituation, z.B. ob dritte Personen anwesend sind. Die Abwesenheit eines Interviewers führt ebenfalls dazu, dass Unklarheiten und missverständliche Formulierungen nicht aufgeklärt werden können. Dadurch kann es zu Messfehlern kommen (Taddicken & Batinic, 2014). Durch den sogenannten „Sponsorship-Effekt“ können Verzerrungen auftreten. Dieser wird verursacht durch Vermutungen seitens der Teilnehmer über die Absichten der Befragungsauftraggeber (Taddicken & Batinic, 2014). So war in den Referenzen der Befragung sowohl die Katholische Hochschule NRW, als auch die Plattform SoScisurvey benannt. Ebenso war den Teilnehmern bewusst, dass es sich um eine Studie im Rahmen einer Masterthesis handelt.

Beantwortungsfehler können darstellungsbedingt (z.B. durch kleines Handy Display) oder motivationsbedingt auftauchen. Im Pre-Test wurde gehäuft die Länge des Fragebogens kritisiert. Insgesamt haben 468 Personen begonnen, den Fragebogen auszufüllen, davon haben 267 ihn beendet. 199 haben vor Beendigung abgebrochen. Ob dies mit der Länge zusammenhängt ist im Nachhinein nicht nachvollziehbar. Dennoch lässt sich vermuten, dass bei einigen Befragten die Konzentration gegen Ende nachgelassen haben kann und die Fragen nicht mehr so sorgfältig ausgefüllt wurden.

Zur Überprüfung einer dependenten Persönlichkeitsstörung wurden die DSM-5 Kriterien dieser Störung abgefragt. Dabei handelt es sich nicht um eine valide und reliable Methode eine dependente Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren. Die Diagnose Persönlichkeitsstörung ist mittels eines Fragebogens kaum erstellbar. Der etablierte SKID II Fragebogen schließt normalerweise ein strukturiertes Interview an. Es ist folglich möglich, dass Personen in die Gruppe „DPS“ eingruppiert worden sind, bei denen möglicherweise keine dependenten Persönlichkeitsstörung vorliegt.

Zur Messung der Variable „Sexsucht“ wurde, aufgrund seiner Kürze, ein nicht valides Screening Verfahren ausgewählt. Die Ergebnisse können lediglich als Hinweise aufgefasst werden. Aus diesem Grund erfolgte auch keine Zuteilung in Gruppen, sondern nur eine metrische Auswertung des Index. Um repräsentative Ergebnisse zu erhalten, wäre beispielsweise der „SAST“ nach Carnes (1989) geeignet.

Die Aussagekraft der Ergebnisse der Suchtvariablen ist limitiert. Zum einen wurden die Variablen „Sucht“, „Sucht- Angehöriger“ und „SuchtPartner“ mittels eines einzigen Items abgefragt, es handelt sich also nicht um ein spezielles geeignetes Messinstrument. Zum anderen handelt es sich um eine Selbsteinschätzung. Es ist nicht nachvollziehbar, auf welcher Basis der Befragte seine Antwort auswählt. Die Stichproben sind zudem klein. 12 Personen fallen in die Gruppe suchtkrank, 57 Personen in die Gruppe suchtkranker Angehöriger und 16 Personen in die Gruppe suchtkranker Partner. Der Begriff „Angehöriger“ war in der Befragung nicht definiert, sodass Kinder suchtkranker Eltern ebenso in diese Gruppe fallen würden, wie jemand mit einem suchtkranken Onkel. Um hinreichende Aussagen über den Zusammenhang zwischen Liebessucht und eigener Suchterkrankung und Liebessucht und Co-Abhängigkeit zu treffen, müssen weitere Studien mit validen Messinstrumenten zur Erfassung der Merkmale und eine größere Anzahl an Teilnehmern zugrunde liegen.

Auf Basis der ausgewählten Foren lässt sich eine erhöhte Anzahl Liebessüchtiger innerhalb der Stichprobe vermuten. Im Hinblick auf das Ziel, ein Messinstrument zu entwickeln und zu erproben war das nicht zu bemängeln. Dieser Effekt wurde angestrebt, um die Gruppe der Liebessüchtigen besser untersuchen zu können. Der Online Fragebogen stellte eine sehr gute Möglichkeit dar, Liebessüchtige zu erreichen. Die Rücklaufquote war mit 266 gültigen Fällen deutlich höher als erwartet. Die Größe der Stichprobe lässt keinen gültigen Rückschluss auf die Allgemeinbevölkerung zu. Dennoch sind die Ergebnisse aufschlussreich und boten die Möglichkeit der Reliabilitätsanalyse für den LiSu. Auf dieser Basis kann der LiSu künftig mittels weiterer Studien validiert werden.

### 6.3 Fazit

Die Ausarbeitungen haben gezeigt, dass trotz der Komplexität der Liebessucht die Entwicklung eines Messinstrumentes, das sich an internationalen Diagnosekriterien orientiert, möglich ist. Der LiSu muss noch mit Hilfe weiterer Studien validiert werden und sich einem Expertenreview unterziehen. Wenn dieser Prozess abgeschlossen ist, kann der LiSu zur Diagnostizierung einer Liebessucht eingesetzt werden. Er misst, ob eine Liebessucht vorliegt oder nicht und ermittelt den Schweregrad. Es wurde folglich erstmalig im deutschsprachigen Raum ein Messinstrument zur Erhebung von Liebessucht entwickelt, das sich an die DSM-5 Kriterien anlehnt. Informationen zu den Ursachen und Hintergründen der Suchtentstehung kann er nicht geben. Dazu wären ergänzende, strukturierte Interviews nutzbar.

Die Theorie hat nochmals deutlich herausgestellt, dass es sich bei der Liebessucht um ein eigenständiges Krankheitsbild handelt und nicht um das Symptom einer dependenten Persönlichkeitsstörung oder Sexsucht. Die Ergebnisse der Studie deuten ebenfalls darauf hin. Durch intensive Forschungen müsste genauer untersucht werden, welche Zusammenhänge zwischen Liebessucht und dependenter Persönlichkeitsstörung, sowie Liebessucht und Sexsucht vorliegen. Der größte Zusammenhang wurde zwischen Liebessucht und der Bindungsdimension „Angst“ festgestellt. Es stellt sich die Frage, ob eine ängstliche Bindung die Entstehung einer Liebessucht begünstigt oder Liebessucht Ausdruck einer ängstlichen Bindung ist.

Das Bedingungsgefüge um die Zusammenhänge zwischen Sucht, Co-Abhängigkeit, Sucht eines Angehörigen, Sucht eines Partners und Liebessucht bleibt im Wesentlichen unklar. Hier bedarf es weiterer Studien durch valide und reliable Messinstrumente. Wenn Suchtkranke verstärkt unter einer Liebessucht leiden, handelt es sich dabei um Komorbidität oder Suchtverlagerung? Welche Rolle spielen abhängige Angehörige in Bezug auf die Entstehung einer Liebessucht. Bestehen hier wieder Zusammenhänge zur Bindungsdimension „Angst“? Inwiefern lässt sich auf eine Interdependenz zwischen Co-Abhängigkeit und Liebessucht schließen? Der Forschungsbedarf ist enorm.

Eine Etablierung eigenständiger Therapien für Liebessüchtige in Deutschland ist ein Ziel für die Zukunft. Infolge des aktuellen, mangelhaften Forschungsstands ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht davon auszugehen. Ein adäquates Messinstrument kann Behandelnden als Screening dienen und dabei unterstützen, wichtige Aspekte für eine Psychotherapie oder Suchttherapie zu generieren. Es kann dazu beitragen, dass Liebessucht mehr Beachtung erfährt und Betroffenen in Deutschland der Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung erleichtert wird. Ein Messinstrument bildet die Grundlage für Prävention und Behandlung (Sussman, 2010). Außerdem ergeben sich neue Zusammenhänge für die Entstehung von Sucht im Allgemeinen.

Hochinteressant wäre eine groß angelegte deutschlandweite Erhebung im Anschluss an diese Masterarbeit, um die Forschungslage in Deutschland zu verbessern, das Thema in den Fokus zu rücken und den LiSu zu validieren. Der LiSu kann die Grundlage für eine zukünftige Diagnosestellung sein. Mit dem LiSu-K wurde ebenfalls ein Kurzscreening entwickelt, das mittels weniger Items erste Hinweise auf eine Liebessucht aufdecken kann.

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Abbildung 1: Streudiagramm Liebessucht- Angst  | 72 |
| Tabelle 1: Clusterung der Kriterien von Liebessucht entsprechend den<br>DSM5- Kriterien einer Abhängigkeit | 38 |
| Tabelle 2 Berechnung der Variablen   | 42 |
| Tabelle 3 Liebessuchtindex   | 43 |
| Tabelle 4: Indizes nach DSM-5 Kriterien Deskriptive Statistik  | 44 |
| Tabelle 5: Indizes umcodiert deskriptive Statistik   | 45 |
| Tabelle 6: Liebessucht_K deskriptive Statistik   | 45 |
| Tabelle 7: Liebessucht_K (Klassiert) Ergebnisse  | 46 |
| Tabelle 8: Liebessuchtindex- Kategorien- Vergleich   | 47 |
| Tabelle 9: Liebessucht Ergebnisse  | 47 |
| Tabelle 10 Item Selektion  | 48 |
| Tabelle 11: Reliabilitätsanalyse   | 50 |
| Tabelle 12: Entwicklung LiSu- K  | 53 |
| Tabelle 13: Häufigkeitsverteilung Liebessucht_K im Datensatz<br>LiSuScreen1                                | 54 |
| Tabelle 14: Ausgewählte Foren  | 57 |
| Tabelle 15: Adaption demografischer Standards  | 62 |
| Tabelle 16: Beschreibung der Stichprobe  | 66 |
| Tabelle 17: Gegenüberstellung soziodemografischer Merkmale   | 69 |
| Tabelle 18: T- Test Überprüfung Liebessucht in Bezug auf Geschlecht  | 70 |
| Tabelle 19: Gruppenstatistiken Liebessucht- DPS (Klassiert)  | 70 |
| Tabelle 20: T- Test Überprüfung Liebessucht in Bezug auf DPS   | 71 |
| Tabelle 21: Korrelationen Liebessucht- DPS   | 71 |
| Tabelle 22: Korrelation Liebessucht- Vermeidung  | 72 |
| Tabelle 23: Korrelation Liebessucht- Angst   | 73 |
| Tabelle 24: Korrelation Liebessucht- Sex   | 73 |
| Tabelle 25: Korrelation Liebessucht- Selbstwirksamkeit   | 74 |
| Tabelle 26: T- Test Überprüfung Liebessucht in Bezug auf Sucht   | 74 |
| Tabelle 27: Korrelationen Liebessucht- Sucht   | 75 |
| Tabelle 28: T- Test Überprüfung Liebessucht in Bezug auf   |    |

|   |    |
|---|----|
| suchtkranke Angehörige  | 75 |
| Tabelle 29: T- Test Überprüfung Liebessucht in Bezug auf<br>suchtkranke Partner | 76 |
| Tabelle 30: Korrelationen Liebessucht- suchtkranke Partner                      | 77 |

## Literaturverzeichnis

- Ackermann, K. (1996). Psychologische Modelle abhängigen Alkohol- und Drogenkonsums. In K. Mann, & G. Buchkremer (Hrsg.), *Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 19-32). Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Asendorpf, J., & Banse, R. (2000). *Psychologie der Beziehung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young Adults: A test of a four-category-model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), S. 226- 244.
- Behringer, J., Reiner, I., & Spangler, G. (2012). Mütterliche Bindungsrepräsentation, Paarbindung und Elternverhalten. In *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (2. Ausg., S. 319- 354). Bern: Verlag Hans Huber.
- Beierlein, C., Kovaleva, A., Kemper, C., & Rammstedt, B. (2012). *Ein Messinstrument zur Erfassung subjektiver Kompetenzerwartungen. Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU)*. Leibniz- Institut für Sozialwissenschaften. Mannheim: GESIS- Working Papers. Abgerufen am 10. 12 2018 von [https://www.gesis.org/fileadmin/\\_migrated/content\\_uploads/ASKU\\_Workingpaper\\_01.pdf](https://www.gesis.org/fileadmin/_migrated/content_uploads/ASKU_Workingpaper_01.pdf)
- Beller, S. (2016). *Empirisch forschen lernen. Konzepte, Methoden, Fallbeispiele, Tipps* (3. überarbeitete und erweiterte Ausg.). Bern: Hogrefe Verlag.
- Benyamina, A., Blecha, L., Karila, L., & Reynaud, M. (2010). Is Love Passion an Addictive Disorder? *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, S. 261- 267.
- Berscheid, E. (1988). Some Comments on Love's Anatomy: Or, Whatever Happened to Old- fashioned Lust? In R. J. Sternberg, & M. L. Barnes (Hrsg.), *Psychology of Love* (S. 359- 374). New York: Yale University.
- Bierhoff, H.-W. (2003). Dimensionen enger Beziehungen. In I. Grau, & H. W. Bierhoff (Hrsg.), *Sozialpsychologie der Partnerschaft* (S. 257- 284). Heidelberg: Springer.
- Bodenmann, G. (2013). *Lehrbuch klinische Paar- und Familienpsychologie* (1. Aufl.). Bern: Hans Huber Hogrefe AG.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. überarbeitete Ausg.). Berlin: Springer-Verlag.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. 3*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (2014). *Bindung als sichere Basis* (3. Ausg.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Brisch, K. (2013). Die bindungsbasierte Behandlung von Suchterkrankungen auf verschiedenen Altersstufen. In *Bindung und Sucht* (S. 277-297). Stuttgart: Klett Cotta.

- Brockmann, R. (2011). Aspects of Psychodynamic Neuropsychiatry IV: Love, Ripe Fruit, and Other Addictions. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 39(4), S. 737- 748.
- Brosius, F. (2014). *SPSS 22 für Dummies*. Weinheim: Wiley- VCH Verlag.
- Bühringer, G., & Behrendt, S. (2011). Störungen durch Substanzkonsum: Eine Einführung. In *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2. Ausg., S. 697- 714). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Burkett, J., & Young, L. (November 2012). The behavioral, anatomical and pharmacological parallels between social attachment, love and addiction. *Psychopharmacology (Berl.)*, 224(1), S. 1- 26.
- Carnes, P. (1992). *Wenn Sex zur Sucht wird*. München: Kösel- Verlag.
- Carnes, P. J. (1989). *Contrary to Love: Helping the Sexual Addict*. Center City, MN: Hazelden .
- Carnes, P. J. (1997). *Sexual anorexia: Overcoming sexual self-hatred*. Center City, MN: Hazelden.
- Carnes, P. J. (1998). The case for sexual anorexia: An interim report on 144 patients with sexual disorders. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 5(4), S. 293- 309.
- Carnes, P. J., Green, B., & Carnes, S. (2010). The same yet different: Refocusing the Sexual Addiction Screening Test (SAST) to reflect orientation and gender. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 17(1), S. 7- 30.
- Carnes, P., & Wilson, M. (2002). The Sexual Addiction Assessment Process. In P. Carnes, & K. Adam (Hrsg.), *Clinical Management of Sex Addiction* (S. 3- 20). New York: Brunner- Routledge.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Curtis, J. (1983). Elements of Pathological Love Relationships. *Psychological Reports*(53), S. 83- 92.
- De Boer, A., Van Buel, E., & Ter Horst, G. (2012). Love is more than just a kiss: A neurobiological perspective on love and affection. *Neuroscience*(201), S. 114- 124.
- Dilling, H., & Freyberger, H. (Hrsg.). (2015). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Nach dem Pocket Guide von J.E. Cooper* (8. Ausg.). Göttingen: Hogrefe.
- Dion, K., & Dion, K. (1975). Self esteem and romantic love. *Journal of Personality*, 43, S. 39- 57.
- Earp, B., Foddy, B., Savulescu, J., & Wudarczyk, O. (2017). Addicted to Love: What is love addiction and when should it be treated? *Philosophy, Psychiatry, Psychology*, 24(1), S. 77- 92.
- Eiden, R. D. (2013). Zur Bindungssicherheit von Alkoholikerkindern. Eine Längsschnittstudie und ihre Relevanz für Intervention und Behandlung. In K. H. Brisch (Hrsg.), *Bindung und Sucht* (S. 171- 193). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Falkai, P., & Wittchen, H.-U. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®*. Göttingen: Hogrefe.
- Feeney, J., & Noller, P. (1990). Attachment Style as a Predictor of Adult Romantic Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(2), S. 281- 291.
- Fiedler, P. (2011). Persönlichkeitsstörungen. In H.-U. Wittchen, & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 2. Aufl. (S. 1101- 1124). Berlin, Heidelberg: Springer.

- Fiedler, P., & Herpertz, S. (2016). *Persönlichkeitsstörungen* (7. Ausg.). Weinheim: Beltz.
- Fisher, H., Brown, L., Aron, A., Strong, G., & Mashek, D. (May 2010). Reward, Addiction, and Emotion Regulation Systems Associated With Rejection in Love. *Journal of Neurophysiologie*, 104, S. 51- 60.
- Fisher, H., Xu, X., Aron, A., & Brown, L. (May 2016). Intense, Passionate, Romantic Love: A Natural Addiction? How The Fields That investigate Romance and Substance Abuse Can Inform Each Other. *Frontiers in Psychology*, 10(7), S. Article 687.
- Flores, P. (2013). Die Bindungstheorie in ihrer Relevanz für die Suchtbehandlung. In K. Brisch (Hrsg.), *Bindung und Sucht* (S. 32- 59). Stuttgart: Klett- Cotta.
- Gloger- Tippelt, G. (2012). Unsicher- distanzierende mentale Bindungsmodelle. In G. Gloger- Tippelt (Hrsg.), *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (2. Ausg., S. 173- 200). Bern: Hans Huber.
- Griffin- Shelley, E. (1991). *Sex and Love: Addiction Treatment and Recovery*. New York: Praeger Publishers.
- Griffin- Shelley, E. (1993). Sex and Love Addiction: Definition and Overview. In E. Griffin- Shelley (Hrsg.), *Outpatient Treatment of Sex and Love Addicts* (S. 5- 20). Westport: Praeger Publishers.
- Gross, W. (1994). *Sucht ohne Drogen. Arbeiten, Spielen, Essen, Lieben...* Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Grossmann, K., & Grossmann, K. E. (2014). *Bindungen- das Gefüge psychischer Sicherheit* (6. Ausg.). Stuttgart: Klett- Cotta.
- Grüsser, S. M., & Thalemann, C. N. (2006). *Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hantel- Quitmann, W. (2005). *Liebesaffären. Zur Psychologie leidenschaftlicher Beziehungen*. Gießen: Psychosozial- Verlag.
- Hartmann, H.-P. (2005). Die Bindungstheorie- wiederentdeckt: Umdenken in der Psychiatrie? In M. Urban, & H.-P. Hartmann (Hrsg.), *Bindungstheorien in der Psychiatrie* (S. 13- 31). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hartmann, U. (2018). Nicht- paraphile hypersexuelle Störungen (Sexsucht). In U. Hartmann (Hrsg.), *Sexualtherapie. Ein neuer Weg in Theorie und Praxis* (S. 369- 387). Berlin: Springer.
- Hartmann, U., Mörsen, C., Böning, J., & Berner, M. (2014). Exzessives Sexualverhalten. In K. Mann (Hrsg.), *Verhaltenssüchte. Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Prävention* (S. 69-96). Heidelberg: Springer.
- Hatfield, E., & Sprecher, S. (1986). Measuring passionate love in intimate relationships. *Journal of Adolescence*(9), S. 383- 410.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*(52), S. 511- 524.
- Holmes, J. (2012). Geleitwort. In J. Bowlby, *Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie* (S. VII-XIV). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Howard, D., & Halpern, M. (1984). *Liebe und Abhängigkeit- Wie wir übergrosse Abhängigkeit in einer Beziehung beenden können*. Hamburg: Isko- Press.

- Hunter, M., Nitschke, C., & Hogan, L. (1981). A scale to measure love addiction. *Psychological Reports*(48), S. 582.
- Hüther, G. (2007). *Die Evolution der Liebe. Was Darwin bereits ahnte und die Darwinisten nicht wahrhaben wollten* (5. Ausg.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Janssen, J., & Laatz, W. (2013). *Statistische Datenanalyse mit SPSS* (8. Ausg.). Berlin: Springer Gabler.
- Kafka, M. P. (2000). The paraphilia- related disorders: Nonparaphilic hypersexuality and sexual compulsivity/ addiction. In S. R. Liebum, & R. C. Rosen (Hrsg.), *Principles and practice of sex therapy* (S. 471- 503). New York: Guilford.
- Lee, J. A. (1988). Love Styles. In R. J. Sternberg, & M. L. Barnes (Hrsg.), *The Psychology of Love* (S. 38-67). New York: Yale University.
- Lewis, C. S. (1960). *The four loves*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Loas, G., Cormier, J., & Perez- Diaz, F. (Januar 2011). Dependent personality disorder and physical abuse. *Psychiatry Res.*(185), S. 167- 170.
- Lord, W. (1993). A Diagnostic Proposal with Neurochemical Underspinning. In E. G. Shelley (Hrsg.), *Outpatient Treatment of Sex and Love Addicts* (S. 21- 39). Westport: Praeger Publishers.
- Main, M. (2012). Aktuelle Studien zur Bindung. In G. Gloger- Tippelt (Hrsg.), *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (2. Ausg., S. 17- 64). Bern: Verlag Hans Huber.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1998). *Adult Attachment Scoring and Classification System*. University of California at Berkeley: Nicht veröffentlichtes Manuskript.
- Milkman, H., & Sunderwirth, S. (1987). *Craving for Ecstasy. How our passions become addictions and what we can do about them*. San Francisco: Jossey- Bass.
- Möhlenkamp, A. (November 2017). Kann Liebe süchtig machen? Eine quantitative Studie zur Theorie der "Liebessucht" bei suchtkranken Menschen. *Masterthesis zur Erlangung des Grades "Master of Science"*. Köln: Katholische Hochschule Nordrhein- Westfalen.
- Müller, C., & Heinz, A. (2012). Biologische Grundlagen der Suchtentwicklung. In A. Batra, & O. Bilke- Hentsch (Hrsg.), *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (S. 16-20). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Müller, C., Charlet, K., Reuter, J., Lutz, U., Scherbaum, N., Gouzoulis-Mayfrank, E., Mörsen, C. (2012). *Neurobiologie der Abhängigkeit: Grundlagen und Konsequenzen für Diagnose und Therapie von Suchterkrankungen*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Neumann, E., Rohmann, E., & Bierhoff, H.-W. (2007). Entwicklung und Validierung von Skalen zur Erfassung von Vermeidung und Angst in Partnerschaften. Der Bochumer Bindungsfragebogen (BoBi). *Diagnostica*, 53(1), S. 33- 47.
- Peele, S. (1988). Fools for Love: The Romantic Ideal, Psychological Theory and, Addictive Love. In R. J. Sternberg, & M. L. Barnes (Hrsg.), *The Psychology of Love* (S. 159- 188). New York: Yale University.
- Raab- Steiner, E., & Benesch, M. (2012). *Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS- Auswertung* (3 Ausg.). Wien: facultas wuv.

- Reid, C., Garos, S., & Fong, T. (August 2012). Psychometric development of the Hypersexual Behavior Consequences Scale. *Journal of Behavioral Addiction*, 1(3), S. 115- 122.
- Renneberg, B., Boettcher, J., & Weiler, M. (2012). "Addicted to love". Liebe und die Dependente Persönlichkeitsstörung. (Schattauer, Hrsg.) *Persönlichkeitsstörungen*(16), S. 15- 20.
- Sachse, R. (2004). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Breil, J., Sachse, M., & Fasbender, J. (2013). *Klärungsorientierte Psychotherapie der dependenten Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schindler, A. (2005). Bindung und Sucht. In M. Urban, & H.-P. Hartmann (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychiatrie* (S. 96- 106). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schindler, A. (2013). Bindung und Sucht- theoretische Modelle, empirische Zusammenhänge und therapeutische Implikationen. In K. H. Brisch (Hrsg.), *Bindung und Sucht* (S. 13- 31). Stuttgart: Klett- Cotta.
- Schneider, B., & Funke, W. (2000). Sexsucht- Theorie und Empirie. In S. Poppelreuter, & W. Gross (Hrsg.), *Nicht nur Drogen machen süchtig. Entstehung und Behandlung von stoffgebundenen Süchten* (S. 113- 126). Weinheim: Beltz.
- Schneider, R. (2015). *Die Suchtfibel. Abhängigkeit verstehen und sich daraus befreien*. (16. Ausg.). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren GmbH.
- Sedlmeier, P., & Renkewitz, F. (2013). *Forschungsmethoden und Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler* (2. aktualisierte und erweiterte Ausg.). Hallbergmoos: Pearson.
- Sternberg, R., & Barnes, M. (1988). An Introduction to the Psychology of Love . In R. J. Sternberg, & M. L. Barnes (Hrsg.), *The Psychology of Love* (S. 3- 10). New York: Yale University.
- Sussman, S. (Januar 2010). Love Addiction: Definition, Etiology, Treatment. *Journal of Sexual Addiction and Compulsivity*, 17(1), S. 31- 45.
- Sussman, S. (2017). *Substance and Behavioral Addictions: Concepts, Causes, and Cures*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sussman, S., Arpawong, T., Sun, P., Tsai, J., Rohrbach, L., & Spruijt- Metz, D. (2014). Prevalence and co- occurrence of addictive behaviors among former alternative high school youth. *Journal of Behavioral Addiction*, 3(1), S. 33- 40.
- Taddicken, M., & Batinic, B. (2014). Die standardisierte Online- Befragung. In M. Welker, M. Taddicken, J.-H. Schmidt, & N. Jakob (Hrsg.), *Handbuch Online- Forschung. Sozialwissenschaftliche Datengewinnung und - Auswertung in digitalen Netzen* (Bde. Neue Schriften zur Online- Forschung 12, S. 151- 176). Köln: Halem Verlag.
- Taubner, S., & Wolter, S. (2014). Weibliche Delinquenz unter Berücksichtigung der Dependenden Persönlichkeitsstörung. *Persönlichkeitsstörungen*, 2(18), S. 89- 99.
- Timmreck, T. (1990). Overcoming the loss of love: Preventing love addiction and promoting positive emotional health. *Psychological Reports*(66), S. 515- 528.
- Tretter, F. (2012). Allgemeines. In F. Tretter, *Suchtmedizin Kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis* (S. 3-11). Stuttgart: Schattauer.

- Tronick, E. (1989). Emotions and emotionale communication in infants. *American Psychologist*, 44, S. 112- 119.
- Trost, A. (2013). Drogenabhängige Mütter und ihre Säuglinge- Interaktionsverhalten und Einstellungen. In K. Brisch (Hrsg.), *Bindung und Sucht* (S. 110- 138). Stuttgart: Klett- Cotta.
- Vogelgesang, M. (2009). *Psychotherapie für Frauen. Ein Lehrbuch für weibliche und männliche Psychotherapeuten*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- von Sydow, K. (2002). Bindung und gestörte Paarbeziehung. In *Klinische Bindungsforschung. Theorien- Methoden- Ergebnisse* (S. 231- 241). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- von Sydow, K. (2012). Forschungsmethoden zur Erhebung von Partnerschaftsbindung. In *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (2. Ausg., S. 287- 318). Bern: Verlag Hans Huber.
- Wagner, E., Henz, K., & Kilian, H. (2016). *Störungen systemisch behandeln: Persönlichkeitsstörungen* (Bd. 6). (H. Lieb, & W. Rotthaus, Hrsg.) Heidelberg: Carl- Auer- Systeme.
- Walter, M., Sollberger, E., & Euler, S. (2016). *Persönlichkeitsstörungen und Sucht. Sucht: Risiken- Formen- Interventionen* (Bd. 6). (O. Bilke- Hentsch, E. Gouzoulis- Mayfrank, & M. Klein, Hrsg.) Stuttgart: Kohlhammer.
- Xu, X., Brown, L., Aron, A., Cao, G., Feng, T., Acevedo, B., & Weng, X. (2012). Regional brain activity during early- stage intense romantic love predicted relationship outcomes after 40 months: An fMRI assessment. *Neuroscience Letters*(526), S. 33- 38.
- Yorder, B. (1990). *The recovery resource book*. New York: Simon & Schuster.
- Zhang, X., Zou, Z., & Fallgatter, A. (November 2016). Editorial: Beyond Rewards: Insights from Love and Addiction. *Frontiers in Psychology*, 7, S. Article 1776.
- Zou, Z., Song, H., Zhang, Y., & Zhang, X. (September 2016). Romantic Love vs. Drug Addiction May Inspire a New Treatment for Addiction. *Frontiers in Psychology*, 7, S. Article 1436.

## Quellenverzeichnis

- Falango, M. (2012). *Love Addiction Self- Assessment (LASA)*. Abgerufen am 3. Oktober 2018 von <https://markfalango.com/wp-content/uploads/lasa.pdf>
- Falango, M. (2018). *Love Addiction*. Abgerufen am 3. Oktober 2018 von <https://markfalango.com/services/sex-addiction/love-addiction/>
- Sex and Love Addicts Anonymous Tucson Intergroup. (2018). *Sex and Love Addicts Anonymous 40 Fragen zur Selbstdiagnose*. Abgerufen am 3. Oktober 2018 von <https://slla.de/formular/40-fragen-zur-selbstdiagnose-0>
- Statistisches Bundesamt. (11. 12 2018). *Demographische Standards*. Von <https://www.destatis.de/DE/Methoden/DemografischeRegionaleStandards/DemografischeStandardsInfo.html> abgerufen
- World Health Organisation. (2018 a). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (2018)*. Abgerufen am 29. 06 2018 von <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Health Organisation. (2018 b). *Classifications*. Abgerufen am 29. 06 2018 von <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

## **Anhang**

Anhang 1: Liebessucht Fragebogen LiSu: Nach DSM-5 Kriterien

Anhang 2: Liebessucht Fragebogen LiSu: Version in der Studie

Anhang 3: Liebessucht Fragebogen LiSu: Vollendete Version

Anhang 4: Liebessucht Kurzscreening LiSu-K

Anhang 5: Die Befragung „Liebe und psychosoziale Gesundheit“

## LiSu- Fragebogen zur Erfassung einer Liebessucht

### Nach Kriterien geordnet

Bitte kreuzen Sie an, inwiefern folgende Aussagen in den Letzten 12 Monaten auf Sie zugetragen haben.

Der Begriff Partner steht dabei stellvertretend für eine Person (m/w), der Sie romantische Gefühle entgegenbringen oder gebracht haben. Dies kann auch jemand sein, mit dem Sie aktuell oder früher keine Partnerschaft geführt haben. Der Begriff Liebesleben bezieht sich auf ihre tatsächlichen oder erwünschten Beziehungen, romantischen Bindungen oder Handlungen um eine solche zu erlangen. Ihr Sexualleben ist nicht gemeint.

| <b>1. <u>Kontrollverlust</u><br/>(Menge und Zeit)</b> |   | <b>Trifft<br/>überhaupt<br/>nicht zu</b> | <b>Trifft<br/>eher<br/>nicht<br/>zu</b> | <b>Trifft<br/>eher<br/>zu</b> | <b>Trifft<br/>voll<br/>und<br/>ganz<br/>zu</b> |
|---|---|--|---|-------------------------------|--|
| <b>Frage Nr. 1</b>                                    | Ich verliebe mich schnell.  |  |   |                               |  |
| <b>Frage Nr.9</b>                                     | Ich verbringe häufig mehr Zeit (gedanklich) mit meinem Partner, als ich geplant hatte.                            |  |   |                               |  |
| <b>Frage Nr.10</b>                                    | Ich verbringe häufig mehr Zeit (tatsächlich) mit meinem Partner, als ich geplant hatte.                           |  |   |                               |  |
| <b>Frage Nr.26</b>                                    |   |  |   |                               |  |
| <b>2. <u>Kontrollverlust</u><br/><br/>Frage Nr.41</b> | Ich fühle mich häufig unfähig meine Gedanken über mein Liebesleben zu beenden.                                    |  |   |                               |  |
| <b>Frage Nr.42</b>                                    | Meine romantischen Fantasien führen zu Handlungen, die ich nicht kontrollieren kann.                              |  |   |                               |  |
| <b>Frage Nr.11</b>                                    | Wenn ich eine Aktivität mit einem (potenziellen) Partner einleite, verfalle ich in einen tranceähnlichen Zustand. |  |   |                               |  |
| <b>Frage Nr.44</b>                                    | Ich kann Partner/ Beziehungen nicht aufgeben, obwohl ich es eigentlich möchte.                                    |  |   |                               |  |
| <b>Frage Nr.27</b>                                    | Ich fühle mich machtlos, meine Gefühle gegenüber meinem Partner zu kontrollieren                                  |  |   |                               |  |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| <b>Frage Nr.28</b>  | Ich fühle mich machtlos, mein Verhalten gegenüber meinem Partner zu kontrollieren                        |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.12</b>  | Ich habe eine Beziehung trotz mehrfacher (min.2) Trennungsversuche weitergeführt.                        |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.30</b>  | Wenn jemand meine romantischen Handlungen stoppen möchte, habe ich den Drang diese weiterzuführen.       |  |  |  |  |
| <b>3. <u>Hoher Zeitaufwand</u></b><br><b>Frage Nr.29</b>                    | Einen großen Teil meiner Zeit verbringe ich damit, meinen Partner an mich zu binden.                     |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.2</b>   | Ich beschäftige mich gedanklich permanent mit meinem Liebesleben.  |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.13</b>  | Ich verbringe einen Großteil meiner Zeit mit meiner Liebesbeziehung bzw. damit eine zu bekommen.         |  |  |  |  |
| <b>4. <u>Craving</u></b><br><b>Frage Nr.7</b>                               | Ich strebe stets nach einer Person, die mir vollkommene Erfüllung bringen kann.                          |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr. 8</b>  | Ich strebe stets nach einer romantischen Erfahrung, die mir vollkommene Erfüllung bringen kann.          |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.14</b>  | Ich verspüre ein starkes Verlangen, geliebt zu werden.   |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.50</b>  | Ich habe ein zwanghaftes Bedürfnis nach meinem Partner.  |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.39</b>  | Nur das Gefühl geliebt zu werden, kann mich emotional befriedigen.                                       |  |  |  |  |
| <b>5. <u>Versagen bei anderen Verpflichtungen</u></b><br><b>Frage Nr.15</b> | Verursacht durch mein Liebesleben, habe ich Probleme meinen Verpflichtungen (z.B. auf der Arbeit, in der |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  | Schule, zu Hause)<br>gerecht zu werden.  |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.40</b>   | Meine Fähigkeit mit den Anforderungen des Alltags umzugehen, ist geschwächt, seitdem ich mich voll und ganz auf mein Liebesleben konzentriere. |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.43</b>   | Meine Fähigkeit mit anderen Personen umzugehen, ist geschwächt, seitdem ich mich voll und ganz auf mein Liebesleben konzentriere.              |  |  |  |  |
| <b>6. <u>Konsum trotz sozialer Probleme</u></b><br><b>Frage Nr.16</b>          | Verursacht durch mein Liebesleben, habe ich Probleme mit anderen Personen (z.B. Familie, Freunde).   |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.17</b>   | Obwohl ich durch meine Beziehung Probleme habe, strebe ich danach, sie weiterzuführen.   |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.31</b>   | Durch mein Liebesleben erleide ich selbst negative Konsequenzen.   |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.32</b>   | Durch mein Liebesleben erleiden Andere negative Konsequenzen.  |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.47</b>   | Ich muss regelmäßig und notfallartig die Nähe meines Partners ersuchen, auch in Arbeitssituationen und anderen sozialen Situationen.           |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.33</b>   | Ich streite jeglichen Hinweis auf eine eventuell negative Struktur meines Liebeslebens ab.   |  |  |  |  |
| <b>7. <u>Vernachlässigung anderer Lebensbereiche</u></b><br><b>Frage Nr.46</b> | Andere Lebensbereiche (z.B. Freizeit, Beruf) habe ich eingeschränkt, um mich ganz auf mein Liebesleben zu konzentrieren.                       |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.25</b>   | Andere soziale Kontakte sind für mich  |  |  |  |  |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
|   | zweitrangig. Meine Beziehung hat Priorität.  |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.3</b>   | Andere Aktivitäten kann ich nicht so genießen, wie die Zweisamkeit mit meinem Partner.                                   |  |  |  |  |
| <b>8. Körperliche Gefährdung</b><br><b>Frage Nr.18</b>                              | Ich habe mich schon wiederholt in eine körperlich gefährliche Situation begeben, um mein Liebesleben ausleben zu können. |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.45</b>  | Ich habe mich schon wiederholt in eine gefährliche Situation begeben, um meine Beziehung aufrecht erhalten zu können.    |  |  |  |  |
| <b>9. <u>Konsum trotz physischer/psychischer Probleme</u></b><br><b>Frage Nr.23</b> | Ich habe ein psychisches Problem, das durch mein Liebesleben verursacht wurde.   |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.24</b>  | Ich habe ein psychisches Problem, das durch mein Liebesleben verstärkt wurde.  |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.51</b>  | Ich habe ein körperliches Problem, das durch mein Liebesleben verursacht wurde.  |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.52</b>  | Ich habe ein körperliches Problem, das durch mein Liebesleben verstärkt wurde.   |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.35</b>  | Ich habe eine Beziehung nicht beendet, obwohl ich körperlichen Schaden genommen habe.                                    |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.36</b>  | Ich habe eine Beziehung nicht beendet, obwohl ich seelischen Schaden genommen habe.                                      |  |  |  |  |
| <b>10. <u>Toleranzentwicklung</u></b><br><b>Frage Nr.19</b>                         | Um mich wohl zu fühlen, muss ich meinen Partner immer häufiger sehen.  |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.4</b>   | Meine Gedanken um mein Liebesleben bzw. meine Beziehung werden immer stärker.  |  |  |  |  |

|                                 |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|
| <b>Frage Nr.20</b>              | Ich habe Angst vor einer Abnahme der Liebe in einer langfristigen Beziehung.   |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.22</b>              | Ich verspüre eine Sehnsucht nach immer intensiveren Liebeserlebnissen.   |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.34</b>              | Mein Bedürfnis nach Liebesbeweisen seitens meines Partners hat sich zunehmend gesteigert.  |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.37</b>              | Damit mein Partner mir Liebe zeigt, habe ich schon einmal meinen Suizid angedroht.   |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.38</b>              | Damit mein Partner mich nicht verlässt, habe ich schon einmal meinen Suizid angedroht.   |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.53</b>              | Um jemandem nah zu sein, habe ich schon einmal gestalkt.   |  |  |  |  |
| <b>11. Entzugserscheinungen</b> |  |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.6</b>               | Wenn mein Partner nicht anwesend ist, leide ich unter den psychischen Folgen (Z.B. Depression, Gefühl von Wertlosigkeit).                                  |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.5</b>               | Wenn mein Partner nicht anwesend ist leide ich unter körperlichen Veränderungen (z.B. Schlaflosigkeit, veränderte Trink- und Essgewohnheiten).             |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.21</b>              | Ohne ein Gegenüber, das mich liebt, erscheint mir das Leben als sinnlos  |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.48</b>              | Ich leide an körperlichen Symptomen, wenn ich Schritte unternehme, um eine Beziehung zu beenden. Erleichterung bringt nur die Kontaktaufnahme zum Partner. |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.49</b>              | Ich leide an psychischen Symptomen, wenn ich Schritte unternehme,  |  |  |  |  |

|                    |   |  |  |  |  |
|--------------------|---|--|--|--|--|
|                    | um eine Beziehung zu beenden. Erleichterung bringt nur die Kontaktaufnahme zum Partner. |  |  |  |  |
| <b>Frage Nr.54</b> | Wenn ich Single bin, fühle ich mich allein und verzweifelt.                             |  |  |  |  |

**Insgesamt 54 Fragen**

## LiSu- Fragebogen zur Erfassung einer Liebessucht

Bitte kreuzen Sie an, inwiefern folgende Aussagen in den Letzten 12 Monaten auf Sie zugetroffen haben.

Der Begriff Partner steht dabei stellvertretend für eine Person (m/w), der Sie romantische Gefühle entgegenbringen oder gebracht haben. Dies kann auch jemand sein, mit dem Sie aktuell oder früher keine Partnerschaft geführt haben. Der Begriff Liebesleben bezieht sich auf ihre tatsächlichen oder erwünschten Beziehungen, romantischen Bindungen oder Handlungen um eine solche zu erlangen. Ihr Sexualleben ist nicht gemeint.

|  | Trifft überhaupt nicht zu | Trifft eher nicht zu | Trifft eher zu | Trifft voll und ganz zu |
|--|---------------------------|----------------------|----------------|-------------------------|
| Ich verliebe mich schnell.   |                           |                      |                |                         |
| Ich beschäftige mich gedanklich permanent mit meinem Liebesleben.  |                           |                      |                |                         |
| Andere Aktivitäten kann ich nicht so genießen, wie die Zweisamkeit mit meinem Partner.   |                           |                      |                |                         |
| Meine Gedanken um mein Liebesleben bzw. meine Beziehung werden immer stärker.  |                           |                      |                |                         |
| Wenn mein Partner nicht anwesend ist leide ich unter körperlichen Veränderungen (z.B. Schlaflosigkeit, veränderte Trink- und Essgewohnheiten). |                           |                      |                |                         |
| Wenn mein Partner nicht anwesend ist, leide ich unter den psychischen Folgen (Z.B. Depression, Gefühl von Wertlosigkeit).                      |                           |                      |                |                         |
| Ich strebe stets nach einer Person, die mir vollkommene Erfüllung bringen kann.  |                           |                      |                |                         |
| Ich strebe stets nach einer romantischen Erfahrung, die mir vollkommene Erfüllung bringen kann.  |                           |                      |                |                         |
| Ich verbringe häufig mehr Zeit (gedanklich) mit meinem Partner, als ich geplant hatte.   |                           |                      |                |                         |
| Ich verbringe häufig mehr Zeit (tatsächlich) mit meinem Partner, als ich geplant hatte.  |                           |                      |                |                         |
| Wenn ich eine Aktivität mit einem (potenziellen) Partner einleite, ver falle ich in einen tranceähnlichen Zustand.                             |                           |                      |                |                         |
| Ich habe eine Beziehung trotz mehrfacher (min.2) Trennungsversuche weitergeführt.  |                           |                      |                |                         |
| Einen Großteil meiner Zeit verbringe ich mit meiner Liebesbeziehung bzw. damit eine zu bekommen.   |                           |                      |                |                         |
| Ich verspüre ein starkes Verlangen, geliebt zu werden.   |                           |                      |                |                         |
| Verursacht durch mein Liebesleben, habe ich Probleme meinen Verpflichtungen (z.B. auf der Arbeit, in der Schule, zu Hause) gerecht zu werden.  |                           |                      |                |                         |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| Verursacht durch mein Liebesleben, habe ich Probleme mit anderen Personen (z.B. Familie, Freunde).                       |  |  |  |  |
| Obwohl ich durch meine Beziehung Probleme habe, strebe ich danach, sie weiterzuführen.                                   |  |  |  |  |
| Ich habe mich schon wiederholt in eine körperlich gefährliche Situation begeben, um mein Liebesleben ausleben zu können. |  |  |  |  |
| Um mich wohl zu fühlen, muss ich meinen Partner immer häufiger sehen.  |  |  |  |  |
| Ich habe Angst vor einer Abnahme der Liebe in einer langfristigen Beziehung.   |  |  |  |  |
| Ohne ein Gegenüber, das mich liebt, erscheint mir das Leben als sinnlos.   |  |  |  |  |
| Ich verspüre eine Sehnsucht nach immer intensiveren Liebeserlebnissen.   |  |  |  |  |
| Ich habe ein psychisches Problem, das durch mein Liebesleben verursacht wurde.   |  |  |  |  |
| Ich habe ein psychisches Problem, das durch mein Liebesleben verstärkt wurde.  |  |  |  |  |
| Andere soziale Kontakte sind für mich zweitrangig. Meine Beziehung hat Priorität.  |  |  |  |  |
| Ich habe bezüglich meines Liebeslebens endlose Fantasien.  |  |  |  |  |
| Ich fühle mich machtlos, meine Gefühle gegenüber meinem Partner zu kontrollieren   |  |  |  |  |
| Ich fühle mich machtlos, mein Verhalten gegenüber meinem Partner zu kontrollieren  |  |  |  |  |
| Einen großen Teil meiner Zeit verbringe ich damit, meinen Partner an mich zu binden.                                     |  |  |  |  |
| Wenn jemand meine romantischen Handlungen stoppen möchte, habe ich den Drang diese weiterzuführen.                       |  |  |  |  |
| Durch mein Liebesleben erleide ich selbst negative Konsequenzen.   |  |  |  |  |
| Durch mein Liebesleben erleiden Andere negative Konsequenzen.  |  |  |  |  |
| Ich streite jeglichen Hinweis auf eine eventuell negative Seite meines Liebeslebens ab.                                  |  |  |  |  |
| Mein Bedürfnis nach Liebesbeweisen seitens meines Partners hat sich zunehmend gesteigert.                                |  |  |  |  |
| Ich habe eine Beziehung nicht beendet, obwohl ich körperlichen Schaden genommen habe.                                    |  |  |  |  |
| Ich habe eine Beziehung nicht beendet, obwohl ich seelischen Schaden genommen habe.                                      |  |  |  |  |
| Damit mein Partner mir Liebe zeigt, habe ich schon einmal meinen Suizid angedroht.                                       |  |  |  |  |
| Damit mein Partner mich nicht verlässt, habe ich schon einmal meinen Suizid angedroht.                                   |  |  |  |  |
| Nur das Gefühl geliebt zu werden, kann mich emotional befriedigen.   |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| Meine Fähigkeit mit den Anforderungen des Alltags umzugehen, ist geschwächt, seitdem ich mich voll und ganz auf mein Liebesleben konzentriere.             |  |  |  |  |
| Ich fühle mich häufig unfähig meine Gedanken über mein Liebesleben zu beenden.   |  |  |  |  |
| Meine romantischen Fantasien führen zu Handlungen, die ich nicht kontrollieren kann.   |  |  |  |  |
| Meine Fähigkeit mit anderen Personen umzugehen, ist geschwächt, seitdem ich mich voll und ganz auf mein Liebesleben konzentriere.                          |  |  |  |  |
| Ich kann Partner/ Beziehungen nicht aufgeben, obwohl ich es eigentlich möchte.   |  |  |  |  |
| Ich habe mich schon wiederholt in eine gefährliche Situation begeben, um meine Beziehung aufrecht erhalten zu können.                                      |  |  |  |  |
| Andere Lebensbereiche (z.B. Freizeit, Beruf) habe ich eingeschränkt, um mich ganz auf mein Liebesleben zu konzentrieren.                                   |  |  |  |  |
| Ich muss regelmäßig und notfallartig die Nähe meines Partners ersuchen, auch in Arbeitssituationen und anderen sozialen Situationen.                       |  |  |  |  |
| Ich leide an körperlichen Symptomen, wenn ich Schritte unternehme, um eine Beziehung zu beenden. Erleichterung bringt nur die Kontaktaufnahme zum Partner. |  |  |  |  |
| Ich leide an psychischen Symptomen, wenn ich Schritte unternehme, um eine Beziehung zu beenden. Erleichterung bringt nur die Kontaktaufnahme zum Partner.  |  |  |  |  |
| Ich habe ein zwanghaftes Bedürfnis nach meinem Partner.  |  |  |  |  |
| Ich habe ein körperliches Problem, das durch mein Liebesleben verursacht wurde.  |  |  |  |  |
| Ich habe ein körperliches Problem, das durch mein Liebesleben verstärkt wurde.   |  |  |  |  |
| Um jemandem nah zu sein, habe ich schon einmal gestalkt.   |  |  |  |  |
| Wenn ich Single bin, fühle ich mich allein und verzweifelt.  |  |  |  |  |

**Insgesamt 54 Fragen**

## LiSu- Fragebogen zur Erfassung einer Liebessucht

Bitte kreuzen Sie an, inwiefern folgende Aussagen in den Letzten 12 Monaten auf Sie zugetroffen haben.

Der Begriff Partner steht dabei stellvertretend für eine Person (m/w), der Sie romantische Gefühle entgegenbringen oder gebracht haben. Dies kann auch jemand sein, mit dem Sie aktuell oder früher keine Partnerschaft geführt haben. Der Begriff Liebesleben bezieht sich auf ihre tatsächlichen oder erwünschten Beziehungen, romantischen Bindungen oder Handlungen um eine solche zu erlangen. Ihr Sexualleben ist nicht gemeint.

|  | Trifft überhaupt nicht zu | Trifft eher nicht zu | Trifft eher zu | Trifft voll und ganz zu |
|--|---------------------------|----------------------|----------------|-------------------------|
| Ich beschäftige mich gedanklich permanent mit meinem Liebesleben.  |                           |                      |                |                         |
| Andere Aktivitäten kann ich nicht so genießen, wie die Zweisamkeit mit meinem Partner.   |                           |                      |                |                         |
| Meine Gedanken um mein Liebesleben bzw. meine Beziehung werden immer stärker.  |                           |                      |                |                         |
| Wenn mein Partner nicht anwesend ist leide ich unter körperlichen Veränderungen (z.B. Schlaflosigkeit, veränderte Trink- und Essgewohnheiten). |                           |                      |                |                         |
| Wenn mein Partner nicht anwesend ist, leide ich unter den psychischen Folgen (Z.B. Depression, Gefühl von Wertlosigkeit).                      |                           |                      |                |                         |
| Ich strebe stets nach einer Person, die mir vollkommene Erfüllung bringen kann.  |                           |                      |                |                         |
| Ich strebe stets nach einer romantischen Erfahrung, die mir vollkommene Erfüllung bringen kann.  |                           |                      |                |                         |
| Ich verbringe häufig mehr Zeit (gedanklich) mit meinem Partner, als ich geplant hatte.   |                           |                      |                |                         |
| Ich verbringe häufig mehr Zeit (tatsächlich) mit meinem Partner, als ich geplant hatte.  |                           |                      |                |                         |
| Wenn ich eine Aktivität mit einem (potenziellen) Partner einleite, ver falle ich in einen tranceähnlichen Zustand.                             |                           |                      |                |                         |
| Einen Großteil meiner Zeit verbringe ich mit meiner Liebesbeziehung bzw. damit eine zu bekommen.   |                           |                      |                |                         |
| Ich verspüre ein starkes Verlangen, geliebt zu werden.   |                           |                      |                |                         |
| Verursacht durch mein Liebesleben, habe ich Probleme meinen Verpflichtungen (z.B. auf der Arbeit, in der Schule, zu Hause) gerecht zu werden.  |                           |                      |                |                         |
| Verursacht durch mein Liebesleben, habe ich Probleme mit anderen Personen (z.B. Familie, Freunde).   |                           |                      |                |                         |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| Obwohl ich durch meine Beziehung Probleme habe, strebe ich danach, sie weiterzuführen.   |  |  |  |  |
| Ich habe mich schon wiederholt in eine körperlich gefährliche Situation begeben, um mein Liebesleben ausleben zu können.                       |  |  |  |  |
| Um mich wohl zu fühlen, muss ich meinen Partner immer häufiger sehen.  |  |  |  |  |
| Ich habe Angst vor einer Abnahme der Liebe in einer langfristigen Beziehung.   |  |  |  |  |
| Ohne Gegenüber, das mich liebt, erscheint mir das Leben als sinnlos.   |  |  |  |  |
| Ich verspüre eine Sehnsucht nach immer intensiveren Liebeserlebnissen.   |  |  |  |  |
| Ich habe ein psychisches Problem, das durch mein Liebesleben verursacht wurde.   |  |  |  |  |
| Ich habe ein psychisches Problem, das durch mein Liebesleben verstärkt wurde.  |  |  |  |  |
| Andere soziale Kontakte sind für mich zweitrangig. Meine Beziehung hat Priorität.  |  |  |  |  |
| Ich habe bezüglich meines Liebeslebens endlose Fantasien.  |  |  |  |  |
| Ich fühle mich machtlos, meine Gefühle gegenüber meinem Partner zu kontrollieren   |  |  |  |  |
| Ich fühle mich machtlos, mein Verhalten gegenüber meinem Partner zu kontrollieren  |  |  |  |  |
| Einen großen Teil meiner Zeit verbringe ich damit, meinen Partner an mich zu binden.   |  |  |  |  |
| Wenn jemand meine romantischen Handlungen stoppen möchte, habe ich den Drang diese weiterzuführen.   |  |  |  |  |
| Durch mein Liebesleben erleide ich selbst negative Konsequenzen.   |  |  |  |  |
| Durch mein Liebesleben erleiden Andere negative Konsequenzen.  |  |  |  |  |
| Ich streite jeglichen Hinweis auf eine eventuell negative Seite meines Liebeslebens ab.  |  |  |  |  |
| Mein Bedürfnis nach Liebesbeweisen seitens meines Partners hat sich zunehmend gesteigert.  |  |  |  |  |
| Ich habe eine Beziehung nicht beendet, obwohl ich körperlichen Schaden genommen habe.  |  |  |  |  |
| Ich habe eine Beziehung nicht beendet, obwohl ich seelischen Schaden genommen habe.  |  |  |  |  |
| Damit mein Partner mir Liebe zeigt, habe ich schon einmal meinen Suizid angedroht.   |  |  |  |  |
| Damit mein Partner mich nicht verlässt, habe ich schon einmal meinen Suizid angedroht.   |  |  |  |  |
| Nur das Gefühl geliebt zu werden, kann mich emotional befriedigen.   |  |  |  |  |
| Meine Fähigkeit mit den Anforderungen des Alltags umzugehen, ist geschwächt, seitdem ich mich voll und ganz auf mein Liebesleben konzentriere. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| Ich fühle mich häufig unfähig meine Gedanken über mein Liebesleben zu beenden.   |  |  |  |  |
| Meine romantischen Fantasien führen zu Handlungen, die ich nicht kontrollieren kann.   |  |  |  |  |
| Ich kann Partner/ Beziehungen nicht aufgeben, obwohl ich es eigentlich möchte.   |  |  |  |  |
| Ich habe mich schon wiederholt in eine gefährliche Situation begeben, um meine Beziehung aufrecht erhalten zu können.                                      |  |  |  |  |
| Ich muss regelmäßig und notfallartig die Nähe meines Partners ersuchen, auch in Arbeitssituationen und anderen sozialen Situationen.                       |  |  |  |  |
| Ich leide an körperlichen Symptomen, wenn ich Schritte unternehme, um eine Beziehung zu beenden. Erleichterung bringt nur die Kontaktaufnahme zum Partner. |  |  |  |  |
| Ich leide an psychischen Symptomen, wenn ich Schritte unternehme, um eine Beziehung zu beenden. Erleichterung bringt nur die Kontaktaufnahme zum Partner.  |  |  |  |  |
| Ich habe ein zwanghaftes Bedürfnis nach meinem Partner.  |  |  |  |  |
| Ich habe ein körperliches Problem, das durch mein Liebesleben verursacht wurde.  |  |  |  |  |
| Ich habe ein körperliches Problem, das durch mein Liebesleben verstärkt wurde.   |  |  |  |  |
| Wenn ich Single bin, fühle ich mich allein und verzweifelt.  |  |  |  |  |

**Insgesamt 49 Fragen**

## LiSu- K Screening zur Erfassung erster Hinweise auf eine Liebessucht

Bitte kreuzen Sie an, inwiefern folgende Aussagen in den Letzten 12 Monaten auf Sie zugetroffen haben.

Der Begriff Partner steht dabei stellvertretend für eine Person (m/w), der Sie romantische Gefühle entgegenbringen oder gebracht haben. Dies kann auch jemand sein, mit dem Sie aktuell oder früher keine Partnerschaft geführt haben. Der Begriff Liebesleben bezieht sich auf ihre tatsächlichen oder erwünschten Beziehungen, romantischen Bindungen oder Handlungen um eine solche zu erlangen. Ihr Sexualleben ist nicht gemeint.

|  | Trifft nicht zu | Trifft zu |
|--|-----------------|-----------|
| Ich verbringe häufig mehr Zeit mit meinem Partner, als ich geplant hatte.  |                 |           |
| Ich fühle mich machtlos, meine Gefühle gegenüber meinem Partner zu kontrollieren.  |                 |           |
| Einen Großteil meiner Zeit verbringe ich mit meiner Liebesbeziehung bzw. damit eine zu bekommen.   |                 |           |
| Ich strebe stets nach einer Person, die mir vollkommene Erfüllung bringen kann.  |                 |           |
| Meine Fähigkeit mit den Anforderungen des Alltags umzugehen, ist geschwächt, seitdem ich mich voll und ganz auf mein Liebesleben konzentriere.                         |                 |           |
| Durch mein Liebesleben erleide ich negative Konsequenzen.  |                 |           |
| Andere Aktivitäten kann ich nicht so genießen, wie die Zweisamkeit mit meinem Partner.   |                 |           |
| Ich habe mich schon wiederholt in eine gefährliche Situation begeben, um meine Beziehung aufrecht erhalten zu können.  |                 |           |
| Ich habe ein psychisches bzw. körperliches Problem, das durch mein Liebesleben verursacht wurde.   |                 |           |
| Ich verspüre eine Sehnsucht nach immer intensiveren Liebeserlebnissen.   |                 |           |
| Wenn mein Partner nicht anwesend ist, leide ich unter psychischen Folgen bzw. körperlichen Veränderungen (Z.B. Depression, Gefühl von Wertlosigkeit, Schlafstörungen). |                 |           |

## **Vielen Dank für Ihr Interesse an meiner Befragung.**

Im Rahmen der Masterthesis forsche ich zum Thema „Liebe und psychosoziale Gesundheit“. Ich lade Sie herzlich ein die vorliegende Online- Befragung zu diesem Thema auszufüllen.

Die Befragung erfolgt anonym, es können keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig. Nur dann können sie ausgewertet werden. Die gewonnen Daten werden ausschließlich im Rahmen dieser Studie verwendet.

Für die optimale Ansicht auf einem Smartphone, dieses ggf. auf Querformat drehen.

Ich wünsche Ihnen viel Freude bei der Beantwortung.

Mit freundlichen Grüßen,  
Lisa Hülsmann

[lisa.huelsmann@mail.katho-nrw.de](mailto:lisa.huelsmann@mail.katho-nrw.de)

### **Die Richtlinien guter ethischer Forschung sehen vor, dass sich die Teilnehmer/innen an empirischen Studien explizit und nachvollziehbar mit der Teilnahme einverstanden erklären.**

**Freiwilligkeit.** Ihre Teilnahme an dieser Untersuchung ist freiwillig. Es steht Ihnen zu jedem Zeitpunkt dieser Studie frei, Ihre Teilnahme abzubrechen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen.

**Anonymität.** Ihre Daten sind selbstverständlich vertraulich, werden nur in anonymisierter Form ausgewertet und nicht an Dritte weitergegeben. Demographische Angaben wie Alter oder Geschlecht lassen keinen eindeutigen Schluss auf Ihre Person zu.

**Fragen.** Falls Sie noch Fragen zu dieser Studie haben sollten, finden Sie im Anschluss ein Impressum mit Kontaktdaten der Studienleiterin.

Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens 18 Jahre alt bin sowie die Einverständniserklärung gelesen und verstanden habe.

- Nein (nicht an der Studie teilnehmen)
- Ja

**1. Im folgenden Teil werden Fragen zu Ihrer Selbstwirksamkeit gestellt. Selbstwirksamkeit bedeutet die Überzeugung eines Menschen, auch schwierige Situationen aus eigener Kraft heraus bewältigen zu können.**

Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese auf Sie persönlich zutrifft.

|  | <b>Trifft gar<br/>nicht zu</b> | <b>Trifft<br/>wenig zu</b> | <b>Trifft<br/>etwas zu</b> | <b>Trifft<br/>ziemlich<br/>zu</b> | <b>Trifft<br/>voll und<br/>ganz zu</b> |
|--|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------|--|
| In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen.    | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>             | <input type="radio"/>                  |
| Die meisten Probleme kann ich aus eigener Kraft gut meistern.                | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>             | <input type="radio"/>                  |
| Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich in der Regel gut lösen. | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>             | <input type="radio"/>                  |



Ich wünsche mir oft,  
dass die Gefühle  
meines Partners für  
mich genau so stark  
wären wie meine  
Gefühle für ihn.







**3. In diesem Teil geht es um psychosoziale Gesundheit und Liebe. Bitte kreuzen Sie an, inwiefern folgende Aussagen in den Letzten 12 Monaten auf Sie zugetroffen haben. Die Befragung ist anonym und es können keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden.**

Partner bezeichnet eine Person, der Sie romantische Gefühle entgegenbringen oder gebracht haben. Dies kann auch jemand sein, mit dem Sie aktuell oder früher keine Partnerschaft geführt haben. Der Begriff Liebesleben bezieht sich auf Ihre Beziehungen, romantischen Bindungen oder Handlungen, um eine solche zu erlangen. Ihr Sexualleben ist nicht gemeint.

|   | <b>Trifft<br/>überhaupt<br/>nicht zu</b> | <b>Trifft<br/>eher<br/>nicht zu</b> | <b>Trifft<br/>eher zu</b> | <b>Trifft<br/>voll und<br/>ganz zu</b> |
|---|--|-------------------------------------|---------------------------|--|
| Ich verliebe mich schnell.  | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Ich beschäftige mich gedanklich permanent mit meinem Liebesleben.   | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Andere Aktivitäten kann ich nicht so genießen, wie die Zweisamkeit mit meinem Partner.  | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Meine Gedanken um mein Liebesleben bzw. meine Beziehung werden immer stärker.   | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Wenn mein Partner nicht anwesend ist, leide ich unter körperlichen Veränderungen (z.B. Schlaflosigkeit, veränderte Trink- und Essgewohnheiten). | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Wenn mein Partner nicht anwesend ist, leide ich unter den psychischen Folgen (Z.B. Depression, Gefühl von Wertlosigkeit).                       | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Ich strebe stets nach einer Person, die mir vollkommene Erfüllung bringen kann.   | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Ich strebe stets nach einer romantischen Erfahrung, die mir vollkommene Erfüllung bringen kann.   | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Ich verbringe häufig mehr Zeit (gedanklich) mit meinem Partner, als ich geplant hatte.  | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Ich verbringe häufig mehr Zeit (tatsächlich) mit meinem Partner, als ich geplant hatte.   | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
|   | <b>Trifft<br/>überhaupt<br/>nicht zu</b> | <b>Trifft<br/>eher<br/>nicht zu</b> | <b>Trifft<br/>eher zu</b> | <b>Trifft<br/>voll und<br/>ganz zu</b> |
| Wenn ich eine Aktivität mit einem (potenziellen) Partner einleite, ver falle ich in einen tranceähnlichen Zustand.                              | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Ich habe eine Beziehung trotz mehrfacher (min.2) Trennungsversuche weitergeführt.   | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Einen Großteil meiner Zeit verbringe ich mit meiner Liebesbeziehung bzw. damit eine zu bekommen.  | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |

Ich verspüre ein starkes Verlangen, geliebt zu werden.

Verursacht durch mein Liebesleben, habe ich Probleme meinen Verpflichtungen (z.B. auf der Arbeit, in der Schule, zu Hause) gerecht zu werden.

Verursacht durch mein Liebesleben, habe ich Probleme mit anderen Personen (z.B. Familie, Freunde).

Obwohl ich durch meine Beziehung Probleme habe, strebe ich danach, sie weiterzuführen.

Ich habe mich schon wiederholt in eine körperlich gefährliche Situation begeben, um mein Liebesleben ausleben zu können.

Um mich wohl zu fühlen, muss ich meinen Partner immer häufiger sehen.

Ich habe Angst vor einer Abnahme der Liebe in einer langfristigen Beziehung.

|  | <b>Trifft<br/>überhaupt<br/>nicht zu</b> | <b>Trifft<br/>eher<br/>nicht zu</b> | <b>Trifft<br/>eher zu</b> | <b>Trifft<br/>voll und<br/>ganz zu</b> |
|--|--|-------------------------------------|---------------------------|--|
| Ohne ein Gegenüber, das mich liebt, erscheint mir das Leben als sinnlos.                           | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Ich verspüre eine Sehnsucht nach immer intensiveren Liebeserlebnissen.                             | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Ich habe ein psychisches Problem, das durch mein Liebesleben verursacht wurde.                     | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Ich habe ein psychisches Problem, das durch mein Liebesleben verstärkt wurde.                      | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Andere soziale Kontakte sind für mich zweitrangig. Meine Beziehung hat Priorität.                  | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Ich habe bezüglich meines Liebeslebens endlose Fantasien.  | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Ich fühle mich machtlos, meine Gefühle gegenüber meinem Partner zu kontrollieren.                  | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Ich fühle mich machtlos, mein Verhalten gegenüber meinem Partner zu kontrollieren.                 | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Einen großen Teil meiner Zeit verbringe ich damit, meinen Partner an mich zu binden.               | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Wenn jemand meine romantischen Handlungen stoppen möchte, habe ich den Drang diese weiterzuführen. | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |

|   | <b>Trifft<br/>überhaupt<br/>nicht zu</b> | <b>Trifft<br/>eher<br/>nicht zu</b> | <b>Trifft<br/>eher zu</b> | <b>Trifft<br/>voll und<br/>ganz zu</b> |
|---|--|-------------------------------------|---------------------------|--|
| Durch mein Liebesleben erleide ich selbst negative Konsequenzen.                          | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Durch mein Liebesleben erleiden Andere negative Konsequenzen.                             | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Ich streite jeglichen Hinweis auf eine eventuelle negative Seite meines Liebeslebens ab.  | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Mein Bedürfnis nach Liebesbeweisen seitens meines Partners hat sich zunehmend gesteigert. | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Ich habe eine Beziehung nicht beendet, obwohl ich körperlichen Schaden genommen habe.     | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Ich habe eine Beziehung nicht beendet, obwohl ich seelischen Schaden genommen habe.       | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Damit mein Partner mir Liebe zeigt, habe ich schon einmal meinen Suizid angedroht.        | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |
| Damit mein Partner mich nicht verlässt, habe ich schon einmal meinen Suizid angedroht.    | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                  |

Nur das Gefühl geliebt zu werden, kann mich emotional befriedigen.

Meine Fähigkeit mit den Anforderungen des Alltags umzugehen, ist geschwächt, seitdem ich mich voll und ganz auf mein Liebesleben konzentriere.

|  | Trifft<br>überhaupt<br>nicht zu | Trifft<br>eher<br>nicht zu | Trifft<br>eher zu     | Trifft<br>voll und<br>ganz zu |
|--|---------------------------------|----------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| Ich fühle mich häufig unfähig, meine Gedanken über mein Liebesleben zu beenden.  | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         |
| Meine romantischen Fantasien führen zu Handlungen, die ich nicht kontrollieren kann.   | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         |
| Meine Fähigkeit mit anderen Personen umzugehen, ist geschwächt, seitdem ich mich voll und ganz auf mein Liebesleben konzentriere.                          | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         |
| Ich kann Partner/ Beziehungen nicht aufgeben, obwohl ich es eigentlich möchte.   | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         |
| Ich habe mich schon wiederholt in eine gefährliche Situation begeben, um meine Beziehung aufrecht erhalten zu können.                                      | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         |
| Andere Lebensbereiche (z.B. Freizeit, Beruf) habe ich eingeschränkt, um mich ganz auf mein Liebesleben zu konzentrieren.                                   | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         |
| Ich muss regelmäßig und notfallartig die Nähe meines Partners ersuchen, auch in Arbeitssituationen und anderen sozialen Situationen.                       | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         |
| Ich leide an körperlichen Symptomen, wenn ich Schritte unternehme, um eine Beziehung zu beenden. Erleichterung bringt nur die Kontaktaufnahme zum Partner. | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         |
| Ich leide an psychischen Symptomen, wenn ich Schritte unternehme, um eine Beziehung zu beenden. Erleichterung bringt nur die Kontaktaufnahme zum Partner.  | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         |
| Ich habe ein zwanghaftes Bedürfnis nach meinem Partner.  | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         |
|  | Trifft<br>überhaupt<br>nicht zu | Trifft<br>eher<br>nicht zu | Trifft<br>eher zu     | Trifft<br>voll und<br>ganz zu |
| Ich habe ein körperliches Problem, dass durch mein Liebesleben verursacht wurde.   | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         |
| Ich habe ein körperliches Problem, dass durch mein Liebesleben verstärkt wurde.  | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         |
| Um jemandem nah zu sein, habe ich schon einmal gestalkt.   | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         |
| Wenn ich Single bin, fühle ich mich allein und verzweifelt.  | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         |

**4. Im Folgenden werden Ihnen Fragen zu Ihrem Sexualverhalten gestellt. Die Befragung ist anonym und es können keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden.**

Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

|   | <b>Nein</b>           | <b>Ja</b>             |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Hatten Sie jemals wiederkehrende Schwierigkeiten Ihr sexuelles Verhalten zu kontrollieren?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hatte ihr sexuelles Verhalten negative Konsequenzen (juristische, in der Partnerschaft, im Beruf, medizinisch z.B. sexuell übertragbare Krankheiten)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gab es Versuche das Verhalten zu verheimlichen und/oder Schamgefühle?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hatten Sie jemals das Gefühl zu viel Zeit mit sexuellen Aktivitäten zu verbringen?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**5. Im Folgenden werden Ihnen Fragen zu Ihrer Persönlichkeit gestellt.**

Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

**Folgende Verhaltensweisen kenne ich seit dem frühen Erwachsenenalter von mir und sie zeigen sich in verschiedenen Situationen:**

|   | Trifft nicht zu       | Trifft zu             |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Ich habe Schwierigkeiten, alltägliche Entscheidungen zu treffen, ohne ausgiebig den Rat und die Bestätigung anderer einzuholen.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich benötige andere, damit diese die Verantwortung für meine wichtigsten Lebensbereiche übernehmen.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich habe Schwierigkeiten, anderen Menschen gegenüber eine andere Meinung zu vertreten, aus Angst Unterstützung und Zustimmung zu verlieren.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich habe Schwierigkeiten, Unternehmungen selbst zu beginnen oder Dinge unabhängig von Anderen durchzuführen (eher aufgrund von mangelndem Vertrauen in die eigene Urteilskraft bzw. die eigenen Fähigkeiten). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich tue alles Erdenkliche, um die Versorgung und Zuwendung anderer zu erhalten bis hin zur freiwilligen Übernahme unangenehmer Tätigkeiten.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich fühle mich unwohl oder hilflos, wenn ich alleine bin aus übertriebener Angst, nicht für mich selbst sorgen zu können.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich suche dringend eine andere Beziehung als Quelle der Fürsorge und Unterstützung, wenn eine enge Beziehung endet.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich bin von Ängsten eingenommen, verlassen zu werden und für mich selbst sorgen zu müssen.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Fast geschafft!**

**Im folgenden und letzten Teil der Befragung werden allgemeine Daten abgefragt.**

**Welches Geschlecht haben Sie?**

[Bitte auswählen] ▾

**Wie alt sind Sie?**

[Bitte auswählen] ▾

**Leben Sie zurzeit in einer Partnerschaft?**

[Bitte auswählen] ▾

**Welchen Familienstand haben Sie?**

[Bitte auswählen] ▾

**Wie lange sind Sie bereits in der Partnerschaft?**

Bitte nennen Sie uns dazu die Anzahl der Monate. Wenn Sie nicht in einer Partnerschaft sind geben Sie „0“ an:

Monate

**Leben Sie zurzeit mit einer Person aus Ihrem Haushalt in einer Partnerschaft?**

[Bitte auswählen] ▾

**Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?**

[Bitte auswählen] ▾

**Welche Erwerbssituation trifft auf Sie zu?**

Bitte beachten Sie, dass unter Erwerbstätigkeit jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden wird.

[Bitte auswählen] ▾

**Haben Sie jemals in Ihrem Leben unter einer Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen gelitten?**

[Bitte auswählen] ▾

**Um welche Substanz handelt/e es sich ?**

[Bitte auswählen] ▾

**Hat einer Ihrer Angehörigen jemals im Leben unter einer Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen gelitten?**

[Bitte auswählen] ▾

**Um welche Substanz handelt/e es sich ?**

[Bitte auswählen] ▾

**Hat Ihr Partner in der Zeit Ihrer Beziehung jemals unter einer Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen gelitten?**

[Bitte auswählen] ▾

**Um welche Substanz handelt/e es sich ?**

[Bitte auswählen] ▾

**Wie hoch ist Ihr eigenes durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen?**

Unter durchschnittlichem monatlichem Nettoeinkommen ist die Summe zu verstehen, die sich aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente oder Pension ergibt. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung und Verpachtung, Vermögen, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu und ziehen Sie dann Steuern und Sozialversicherungsbeiträge ab.

Bei Selbstständigen: die durchschnittlichen Nettobezüge, d. h. abzüglich der Betriebsausgaben und der Steuern.

[Bitte auswählen] ▾

## **Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

Ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken. Sie leisten einen wichtigen Beitrag zur Forschung.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an [lisa.huelsmann@mail.katho-nrw.de](mailto:lisa.huelsmann@mail.katho-nrw.de) .

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

### **Einladung zum SoSci Panel**

Das nicht-kommerzielle **SoSci Panel** würde Sie künftig gerne zu interessanten Onlinebefragungen einladen. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie die wissenschaftliche Forschung durch Ihre Teilnahme unterstützen.

E-Mail:  **Am Panel teilnehmen**

Die Teilnahme am SoSci Panel ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden, Sie gehen mit der Teilnahme keinerlei Verpflichtungen ein.

Wenn Sie Ihre E-Mail-Adresse eintragen, erhalten Sie zunächst eine Bestätigungs-Mail. In dieser E-Mail finden Sie einen Link, um die Teilnahme am SoSci Panel zu bestätigen sowie weitere Informationen zum strengen **Datenschutz im SoSci Panel**.

Wir senden Ihnen selbstverständlich keine Werbung und geben Ihre E-Mail-Adresse nicht an Dritte weiter.

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

## Erklärung

Ich erkläre hiermit,

- dass ich die vorliegende Studienarbeit selbstständig angefertigt,
- keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt,
- die wörtlich oder dem Inhalt nach aus fremden Arbeiten entnommenen Stellen, bildlichen Darstellungen und dergleichen als solche genau kenntlich gemacht und
- keine unerlaubte fremde Hilfe in Anspruch genommen habe.

Köln, den 21.12.2018

Lisa Hülsmann

## **Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass bei einer Bewertung meiner Master-Thesis ab einschließlich 1,3 (sehr gut) oder besser diese in der Bibliothek der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen (KatHO NRW) Abteilung Paderborn eingestellt werden kann.

Köln, den 21.12.2018

Lisa Hülsmann