

Masterarbeit
Studiengang Sexologie II ISP Uster
zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts Sexologie

des FB Soziale Arbeit.Medien.Kultur der Hochschule Merseburg
und
des Instituts für Sexualpädagogik und Sexualtherapie ISP Uster

Klient*innenmotivation in der Sexualtherapie

**Eine exemplarische Untersuchung von Interventionen zur Steigerung der Kli-
ent*innenmotivation in der Sexualtherapie**

Vorgelegt von

Michèle Hediger

Matrikel-Nr. 25773

michele.hediger@outlook.com

Erstgutachterin: Prof. Dr. Maika Böhm

Zweitgutachter: Ben Kneubühler

Abgabedatum: 22. August 2022

ABSTRACT

Die Wirkungsforschung in der Psychotherapie konzentrierte sich in der Vergangenheit wenig auf Klient*innenfaktoren (Gonzalez, 2016), obwohl extratherapeutische Faktoren (vor allem Klient*innenfaktoren) einen Anteil von 87% der Varianz des Behandlungsergebnisses erklären (Wampold et al., 1997; 2002). Für die Sexualtherapie nach Sexocorporel, die viel mit Körperübungen (u.a. für die Durchführung zuhause) arbeitet, sollte die Klient*innenmotivation aber besonders relevant sein.

Vor diesem Hintergrund befasste sich die vorliegende Masterarbeit mit den Fragen welche Rolle die Klient*innenmotivation in der Sexualtherapie spielt und wie diese erhöht werden kann. Für die theoretische Beantwortung der Fragen wurden einerseits eine Literaturrecherche durchgeführt und andererseits psychologische Interventionen zur Motivationssteigerung in ein Diagnoseschema eingeordnet. In einem 2. Schritt wurden 5 Sexolog*innen, die nach Sexocorporel arbeiten, in 30-minütigen semistrukturierten Interviews zu ihrer Erfahrung befragt.

Sowohl die Literaturrecherche als auch die Befragung der Expert*innen weisen darauf hin, dass die Klient*innenmotivation ein vernachlässigter, jedoch relevanter Faktor im Therapieprozess zu sein scheint. Die von den Expert*innen genannten Interventionen konnten von der Autorin dieser Arbeit um Interventionen aus den vorhergehenden theoretischen Überlegungen ergänzt werden. Auf Limitationen der Arbeit und Implikationen für zukünftige Forschung wird am Schluss eingegangen. Grundsätzlich könnte die sexologische Berufspraxis von der psychologischen Grundlagenforschung profitieren und umgekehrt.

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich gerne all jenen Personen gegenüber meine tief empfundene Dankbarkeit zum Ausdruck bringen, die mich auf unterschiedliche Art und Weise während des Schaffensprozesses der Masterarbeit unterstützt haben.

Meiner Erstgutachterin, Prof. Dr. Maika Böhm, möchte ich meinen herzlichsten Dank aussprechen für ihre grossartige Betreuung und die überaus wertvollen Inputs, die mich stets inspiriert haben. Meinem Zweitgutachter, Ben Kneubühler, danke ich dafür, dass er die gesamte Arbeit gelesen und mitbeurteilt hat. Schliesslich möchte ich mich beim ISP Uster, der Studienleiterin, Esther Elisabeth Schütz, und den vielen hervorragenden Dozierenden bedanken, die mir das nötige Hintergrundwissen und den institutionellen Rahmen für die vorliegende Masterarbeit lieferten.

Einen grossen Dank möchte ich an alle Expert*innen aussprechen, die an den Interviews teilgenommen und ihr riesiges Fachwissen zu diesem spezifischen Thema mit mir geteilt haben. Dies ist keine Selbstverständlichkeit und äusserst grosszügig. Ohne sie wäre der empirische Teil dieser Arbeit nicht möglich gewesen.

Der folgende Abschnitt der Danksagung ist Personen meines sozialen Umfelds gewidmet. Speziell erwähnen möchte ich hierbei meinen Lebenspartner, Thomas Czikmantori, der mich moralisch und inhaltlich in jeder Phase des Schreibens grossartig unterstützt hat. Ebenfalls geht ein grosser Dank an Salome Kern, die meine Arbeit Korrektur gelesen hat und mir damit eine enorme Hilfe war. Zuletzt möchte ich die Gelegenheit ergreifen meinen Kommiliton*innen zu danken. Der Klassenzusammenhalt, die gegenseitige Unterstützung und der fortwährende Austausch waren emotional wichtige Stützen während des Schreibprozesses.

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|--|-----------|
| ABSTRACT | |
| DANKSAGUNG | |
| ABBILDUNGSVERZEICHNIS | 1 |
| TABELLENVERZEICHNIS | 1 |
| VORWORT | 2 |
| 1 EINLEITUNG | 3 |
| 2 THEORETISCHER HINTERGRUND | 6 |
| 2.1 Vorbereitende Ausführungen | 6 |
| 2.1.1 Begriffsdefinitionen..... | 6 |
| 2.1.2 Literaturrecherche | 9 |
| 2.1.3 Wirkungsforschung in der Sexualtherapie | 9 |
| 2.1.4 Vergleichbarkeit von Sexualtherapie- und Psychotherapieforschung | 10 |
| 2.2 Forschungsfrage 1: Welche Rolle spielt die Klient*innenmotivation in der Sexualtherapie? Spezifisch in Bezug auf das Übungsverhalten der Klient*innen? | 11 |
| 2.2.1 Motivation und Therapieerfolg in direktem Zusammenhang | 11 |
| 2.2.2 Motivation und Therapieerfolg vermittelt über Übungsverhalten | 13 |
| 2.2.3 Gesamtfazit zur 1. Forschungsfrage basierend auf der Literaturrecherche..... | 15 |
| 2.3 Forschungsfrage 2: Wie kann die Klient*innenmotivation für die Durchführung der Übungen durch den*die Therapeut*in erhöht werden? Welche Interventionen existieren bereits?..... | 16 |
| 2.3.1 Motivationspsychologische Grundlagen | 16 |
| 2.3.2 Einordnung von motivationssteigernden Interventionen in das Modell von Rheinberg..... | 18 |
| 3 FORSCHUNGSFRAGEN DES EMPIRISCHEN TEILS | 30 |
| 4 METHODE | 30 |
| 4.1 Studiendesign | 30 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4.2 | Entwicklung des Interviewleitfadens..... | 31 |
| 4.3 | Stichprobe..... | 32 |
| 4.4 | Untersuchungsablauf | 33 |
| 4.5 | Transkription | 34 |
| 4.6 | Datenauswertung..... | 35 |
| 4.7 | Datenschutz und Forschungsethik | 38 |
| 5 | ERGEBNISSE..... | 39 |
| 5.1 | Forschungsfrage 1: Welche Rolle spielt Klient*innenmotivation in der sexologischen Berufspraxis? Spezifisch in Bezug auf das Übungsverhalten der Klient*innen?..... | 39 |
| 5.1.1 | Definition «erfolgreiche Therapie» | 39 |
| 5.1.2 | Motivation (selbstgenannt) | 42 |
| 5.1.3 | Motivation (nicht selbstgenannt) | 43 |
| 5.1.4 | Fazit zur Rolle der Klient*innenmotivation in der Berufspraxis | 44 |
| 5.1.5 | Exkurs | 44 |
| 5.1.6 | Durchführung von Übungen | 44 |
| 5.2 | Forschungsfrage 2: Wie sehr sind Sexolog*innen mit dem Problem der mangelnden Klient*innenmotivation im Berufsalltag konfrontiert?..... | 46 |
| 5.2.1 | Einfluss auf die (mangelnde) Motivation | 47 |
| 5.2.2 | Fazit zu mangelnder Klient*innenmotivation..... | 47 |
| 5.3 | Forschungsfrage 3: Welche Interventionen wenden Sexolog*innen an, um die Klient*innenmotivation für die Durchführung der Übungen zu erhöhen? | 48 |
| 5.3.1 | Subkategorien mit den häufigsten Nennungen | 50 |
| 5.3.2 | Fazit zu den meistgenannten Interventionen | 53 |
| 5.3.3 | Konkrete Interventionen auf der Handlungsebene..... | 53 |
| 5.3.4 | Fazit zu konkreten Interventionen auf der Handlungsebene | 54 |
| 5.3.5 | Exkurs | 55 |
| 6 | DISKUSSION..... | 57 |
| 6.1 | Welche Rolle spielt die Klient*innenmotivation in der Sexualtherapie?..... | 58 |
| 6.1.1 | Mögliche Gründe für die «Vernachlässigung» der Klient*innenmotivation | 59 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 6.1.2 | Plädoyer für die Wichtigkeit der Klient*innenmotivation in der Sexualtherapie nach Sexocorporel | 61 |
| 6.2 | Welche Interventionen helfen die Klient*innenmotivation zu erhöhen?..... | 62 |
| 6.2.1 | Überschneidung der von den Expert*innen genannten Interventionen mit dem Rheinberg-Modell | 62 |
| 6.2.2 | Mögliche Ergänzungen zu den von den Expert*innen genannten Interventionen | 64 |
| 6.2.3 | Fazit zu Interventionen zur Erhöhung der Klient*innenmotivation | 66 |
| 6.3 | Limitationen | 66 |
| 6.4 | Implikationen und Ausblick..... | 67 |
| 7 | SCHLUSSWORT | 70 |
| 8 | LITERATURVERZEICHNIS..... | 71 |
| 9 | ANHANG..... | 78 |

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

| | | |
|--------------------|--|----|
| <i>Abbildung 1</i> | <i>Erwartungs-mal-Wert Modell von Heckhausen (1977)</i> | 17 |
| <i>Abbildung 2</i> | <i>Vollständiges Motivationsdefizit (nach dem Modell von Rheinberg, 2004)</i> | 22 |
| <i>Abbildung 3</i> | <i>Anreizdefizit (nach dem Modell von Rheinberg, 2004)</i> | 24 |
| <i>Abbildung 4</i> | <i>Wirksamkeitsdefizit (nach dem Modell von Rheinberg, 2004)</i> | 25 |
| <i>Abbildung 5</i> | <i>Volitionsdefizit (nach dem Modell von Rheinberg, 2004)</i> | 27 |
| <i>Abbildung 6</i> | <i>Modell nach Rheinberg, ergänzt um die Interventionsvorschläge der Autorin dieser Arbeit</i> | 29 |

TABELLENVERZEICHNIS

| | | |
|-----------|--|----|
| Tabelle 1 | <i>Codierhandbuch mit den Hauptkategorien – Teil 1</i> | 36 |
| Tabelle 2 | <i>Codierhandbuch mit den Hauptkategorien – Teil 2</i> | 37 |
| Tabelle 3 | <i>Auswertung zur Hauptkategorie «Interventionen zur Erhöhung der Klient*innenmotivation»</i> | 49 |
| Tabelle 4 | <i>Auswertung Hauptcode «Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Therapie»</i> | 56 |
| Tabelle 5 | <i>Auswertung Hauptcode «Interventionen zur Erhöhung der Klient*innenmotivation»</i> | 56 |
| Tabelle 6 | <i>Übersicht über die verwendeten Stichwörter und deren Kombinationen bei der Literatursuche</i> | 78 |
| Tabelle 7 | <i>Klassifikationssystem der Motivationsarten nach Ryan und Deci (2000)</i> | 79 |

VORWORT

Mit dem Schreiben dieser Arbeit verbinde ich zwei Gebiete, die meinen Lebenslauf prägen: Psychologie und Sexologie. Aber nicht nur in diesen Gebieten, vielmehr in allen Bereichen des Menschseins, ist Motivation ein wichtiger Faktor. Ohne sie geschähe keine Veränderung, keine Entwicklung. Unabhängig von der Therapieform, stellt sich die Frage: Wie kann ein*e Klient*in Fortschritte erzielen oder sich weiterentwickeln, wenn keine Motivation vorhanden ist? Ein gewisses Mass an Motivation seitens Klient*in ist in meinen Augen also unabdingbar für das Gelingen einer Therapie.

Hinzu kommt, dass Sexocorporel viel mit Körperübungen arbeitet. Insbesondere für die Durchführung der Übungen zu Hause («Hausaufgaben»), braucht es Eigenmotivation. In unserer Ausbildung zur Sexolog*in haben wir von verschiedensten, als Sexualtherapeut*in praktizierenden, Dozierenden öfters gehört, dass viele Klient*innen Sexualtherapie aufgrund eines Fremdanliegens (sprich aufgrund der Paarbeziehung) in Anspruch nehmen. Diesen Personen könnte es noch schwerer fallen in die Eigenmotivation zu finden. Gleichzeitig ist das regelmässige Üben der Klient*innen (auch zuhause) nach Sexocorporel ein entscheidender Therapieerfolgsfaktor und Prädiktor für Veränderung.

Aus diesen Überlegungen heraus habe ich als angehende Sexologin mir die Frage gestellt: Wie kann ICH ein*e Klient*in dabei unterstützen in die (Eigen-)Motivation zu finden? Die Arbeit behandelt nicht ein klassisches sexologisches Themengebiet. Vielmehr befasst sie sich mit einem für den Therapieerfolg nach Sexocorporel essenziellen Einflussfaktor auf der Therapieprozessebene.

1 EINLEITUNG

Welche Faktoren führen zu einer erfolgreichen Therapie? Da aktuell immer mehr therapeutische Hilfe in Anspruch genommen wird (schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2020), ist dies eine zentrale Frage. Die Wirkfaktoren- und Prozessforschung, die sich mit dieser Frage beschäftigt, weist immer mehr in die Richtung, dass nicht intratherapeutische, sondern vielmehr ausserhalb der Therapie liegende Faktoren für das Therapieergebnis von Belang sind. Laut einer sorgfältig durchgeführten statistischen Meta-Analyse von Wampold und Kollegen (1997; 2002) erklären extratherapeutische Faktoren sogar einen Anteil von 87% der Varianz am Behandlungsergebnis. Lediglich 13% konnten auf den Einfluss der Therapie zurückgeführt werden. In den Bereich von extratherapeutischen Faktoren fällt, neben nicht aufgeklärter Fehlervarianz, der Einfluss des*der Klient*in mit seinen*ihren individuellen Merkmalen (Hartmann, 2018). D. h. das Therapieergebnis und somit auch Erfolg/Misserfolg einer Therapie ist zu einem Grossteil von der*dem Klient*in und ihren*seinen Merkmalen abhängig.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob und wie der*die Therapeut*in überhaupt Einfluss auf das Therapieergebnis/den Therapieerfolg nehmen kann. Direkt kann er*sie dies über die therapeutische Beziehung/Allianz und die eigene Persönlichkeit, die einen grossen Anteil an intratherapeutischen Faktoren ausmachen (Hartmann, 2018). Da die grösste Stellschraube für Therapieerfolg jedoch die Klient*innen und deren Merkmale sind, kommt es in jeder Therapie darauf an «[...] den Patienten in diesem Variablengeflecht zu verstehen und zur Veränderung einzuladen, denn hier ist die Schaltstelle, an der über Erfolg oder Misserfolg einer Behandlung entschieden wird» (Hartmann, 2018, S. 70). D.h. der*die Therapeut*in sollte für eine erfolgreiche Therapie den*die Klient*in in ihren*seinen Selbstheilungsbemühungen unterstützen und diese fördern (Hartmann, 2018).

In der Sexualtherapie nach Sexocorporel fördert der*die Sexualtherapeut*in den Selbstheilungsprozess des*der Klient*in u.a. und zu einem grossen Teil über Körpererfahrungen. Dazu werden im Therapieprozess viele Körperübungen angeleitet und den Klient*innen für das Selbststudium nach Hause mitgegeben. Dies hilft, das in der Therapie Gelernte in den Alltag zu integrieren. In einer Wirksamkeitsstudie am Zürcher Institut für Körperzentrierte Psychotherapie (IKP) nannten beispielsweise Studienteilnehmende auf die Frage, was für den Therapieerfolg am meisten verantwortlich war zu 61% die zusätzlich ins Gespräch integrierte Körperarbeit und zu 32% Hausaufgaben (Maurer-Groeli et al., 2005). D.h. für den Erfolg in der Sexualtherapie nach Sexocorporel muss es dem*der Therapeut*in u.a. gelingen den*die Klient*in ins Üben zu bringen.

Zusammengefasst bedeutet dies: Therapieerfolg hängt zu einem grossen Teil von extratherapeutischen Faktoren – sprich dem*der Klient*in und seinen*ihren Merkmalen – ab.

Und auch für die in der Sexualtherapie nach Sexocorporel so wichtige Durchführung von Körperübungen ausserhalb der Therapiesitzungen, ist der*die Klient*in gefragt. Wie kann also der*die Therapeut*in den*die Klient*in in ihrer*seiner Entwicklung (auch ausserhalb der Therapie) unterstützen?

Eine Antwort auf diese Frage lautet: Durch das Fördern der Klient*innenmotivation. Die motivierte Mitarbeit des*der Klient*in ist gemäss Orlinsky et al. (2004) sogar der wichtigste Erfolgsprädiktor einer Therapie. Michael Sztenc schreibt zudem im ersten veröffentlichten Buch über das Sexocorporel:

Ein wichtiges Element der auswertenden Evaluation ist die Berücksichtigung der Compliance, der Mitarbeit und der Motivation der Klient*innen. Die Arbeit mit Enactments¹ kann eine große Herausforderung für Klient*innen wie Therapierende sein. (Sztenc, 2020)

Und Klient*innenmotivation ist nicht allein Sache des*der Klient*in. Gleichermassen liegt es in der Verantwortung des*der Therapeut*in, diese zu fördern (Lippert, 2021).

Aus den oben genannten Gründen wurden folgende Fragestellungen als Grundlage für diese Arbeit definiert:

- Welche Rolle spielt die Klient*innenmotivation in der Sexualtherapie? Spezifisch in Bezug auf das Übungsverhalten der Klient*innen?
- Wie kann die Klient*innenmotivation für die Durchführung der Übungen durch den*die Therapeut*in erhöht werden? Welche Interventionen existieren bereits?

Die beiden Fragen sollen mithilfe einer Literaturrecherche und der qualitativen Auswertung von Therapeut*inneninterviews beantwortet werden. Aktuell mangelt es an Forschung zu Wirkmechanismen (u.a. Klient*innenmotivation) im Bereich der Körpertherapien (Gassmann, 2010). Zudem wird auch in grossangelegten Studien kein Unterschied zwischen Körpertherapien (ausschliesslich körperbezogene therapeutische Arbeit) und Körperpsychotherapien (Integration von verbalen und körperlichen Interventionen) gemacht (Gassmann, 2010). Zur Sexualtherapie nach Sexocorporel gibt es bisher eine Wirksamkeitsstudie, jedoch ohne mögliche Wirkfaktoren (wie Motivation) einzeln zu untersuchen (Carufel & Trudel, 2006). D.h. im Bereich der Sexualtherapie (rein körperorientiert oder kognitiv und körperorientiert) existiert wenig Forschung dazu, ob und wie Klient*innenmotivation den Therapieprozess beeinflussen könnte. Um diese Fragestellung zu beantworten, muss psychologische Forschung herbeigezogen und interdisziplinär gearbeitet werden.

¹ «Enactments» ist in diesem Zusammenhang ein anderes Wort für Übung

Verschiedene psychologische Interventionen zur Motivationssteigerung wurden bereits in der Literatur diskutiert (Brandstätter et al., 2018; Gollwitzer, 1999; Heckhausen & Heckhausen, 2006; Oettingen, 2001). Was fehlt ist eine Zuordnung dieser Interventionen zu verschiedenen Zeitpunkten im Veränderungsprozess einer Person. So eine Zuordnung würde erlauben Personen gezielt dort abzuholen, wo sie im Veränderungsprozess stehen. Ein Hilfsmittel, um das motivationale Problem einer Person zu bestimmen, stellt Rheinberg (2004) vor. Anhand seines Motivationsdiagnosewerkzeugs werden in dieser Arbeit passende Interventionen den einzelnen Motivationsproblematiken zugeordnet.

Diese Arbeit behandelt also eine für den Erfolg der Therapie wichtige Säule (Klient*innenmotivation), die in der Sexualtherapieforschung (und auch in der Psychotherapieforschung im Vergleich zu anderen Wirkfaktoren) bisher wenig Beachtung gefunden hat. Zudem werden Interventionen zur Steigerung der Klient*innenmotivation präsentiert und in ein Diagnoseschema eingeordnet. Das Schema dürfte Therapeut*innen dabei helfen herauszufinden, welche Motivationsproblematik vorliegt und mit welcher Intervention der*die Klient*in zu dem Zeitpunkt massgeschneidert unterstützt werden kann.

Für die Untersuchung der Forschungsfragen wird in der vorliegenden Arbeit zuerst auf den aktuellen Forschungsstand aus der Psychologie und der Sexualwissenschaft eingegangen. Danach werden einzelne Interventionen zur Motivationssteigerung aufgeführt und in das Diagnoseschema von Rheinberg (2004) eingeordnet. Um den theoretischen ersten Teil mit der Berufspraxis abzugleichen, wurden fünf Expert*inneninterviews mit Sexolog*innen, die nach Sexocorporel arbeiten, durchgeführt. Die genaue Vorgehensweise und Durchführung der Interviews wird im Methodenteil der Arbeit beschrieben. Die Ergebnisse aus den Interviews werden im darauffolgenden Kapitel präsentiert und die daraus gewonnenen Erkenntnisse zum Schluss der Arbeit mit dem theoretischen Teil verbunden.

2 THEORETISCHER HINTERGRUND

Im theoretischen Teil dieser Arbeit geht es darum, dem*der Leser*in einen Überblick über den Forschungsstand zu den Fragestellungen zu geben und verschiedene Interventionen vorzustellen, die dem*der Therapeut*in helfen können ihre*seine Klient*innen in die Motivation für Übungen zu bringen. Dazu wird auf den aktuellen Stand der Sexual- und Psychotherapieforschung zu Klient*innenmotivation und deren Einfluss auf das Therapieergebnis eingegangen. Danach folgt die Beschreibung des Flussdiagramms zur Erfassung verschiedener Motivationsprobleme von Rheinberg (2004). Zum Schluss werden (psychologische) Interventionen zur Erhöhung der Motivation in das Diagnoseschema von Rheinberg (2004) eingeordnet.

2.1 Vorbereitende Ausführungen

Bevor die in der Einleitung aufgeführten Forschungsfragen anhand der vorhandenen Literatur beantwortet werden, sind im Folgenden einige vorbereitende Ausführungen vonnöten.

2.1.1 Begriffsdefinitionen

Viele Begriffe, denen wir täglich begegnen, können wir bei genauem Nachdenken nicht oder schlecht definieren. Um ein einheitliches Verständnis der für diese Arbeit zentralen Begriffe und Konstrukte zu schaffen, wird im gegenwärtigen Kapitel der Begriff «Motivation» im Allgemeinen und «Therapie- und Veränderungsmotivation» spezifisch im therapeutischen Setting, erläutert. Danach folgt eine Beschreibung des Modells Sexocorporel. Es ist das für diese Arbeit verwendete sexualtherapeutische Modell, das ebenfalls den Rahmen für die durchgeführten Expert*inneninterviews darstellt.

2.1.1.1 Motivation

«Humans are clearly motivated, goaldirected, creatures» (Ryan, 2012).

Motivation ist ein in unserer Alltagssprache oft verwendeter Begriff. Menschen können motiviert sein Sport zu treiben, sich gesund zu ernähren, mit dem Rauchen aufzuhören etc. Aber was genau bedeutet Motivation? Der Begriff leitet sich vom lateinischen «move-re» ab, welcher übersetzt «sich bewegen» oder «bewegt werden» bedeutet (Ryan et al., 2011). Grundsätzlich geht es um das Bestreben von einem Ist-Zustand zu einem Soll-Zustand zu gelangen (Moskaliuk, 2015). Motivation steuert und treibt menschliches Verhalten an (Ryan et al., 2011). Dabei beschreibt sie sowohl die *Richtung* als auch die *Energetisierung* menschlichen Handelns (Ryan et al., 2011). Eine Analogie von Ryan und Kollegen (2011) wird an dieser Stelle als Veranschaulichung hinzugezogen: Ein Auto braucht sowohl Benzin als *Energielieferant* als auch ein Steuersystem, das die *Richtung*

angibt, um von A nach B zu gelangen. Ohne Benzin würde sich das Auto nicht bewegen und ohne Steuerung wäre die Bewegung reiner Zufall (und wahrscheinlich von kurzer Dauer). Die Unterscheidung von Energie und Richtung ist von analytischer Natur. In Wirklichkeit sind beide untrennbar miteinander verflochten.

Motivation beschreibt eine Sammlung von Prozessen, die einem Organismus dabei helfen gewünschte Veränderungen auszuwählen und sich diesen zu nähern (Heckhausen & Heckhausen, 2006). In den Worten von Ryan und Kollegen: «There is simply no change without movement and no movement without motivation» (Ryan et al., 2011).

2.1.1.2 Therapiemotivation und Veränderungsmotivation

Menschen, die eine Therapie (egal welche) in Anspruch nehmen (hier «Klient*innen» genannt), wünschen sich oft eine Veränderung. Sie haben ein Ziel (ein wünschenswerter Soll-Zustand) vor Augen – ansonsten würden sie die Kosten und Mühen einer Therapie nicht auf sich nehmen. Um von einem Ist-Zustand zu einem erhofften Soll-Zustand zu kommen, braucht es, wie im oberen Abschnitt ausgeführt, Motivation.

Einerseits braucht es Motivation eine Therapie (mit all ihren Kosten) überhaupt in Anspruch zu nehmen und nicht wieder abubrechen. Andererseits braucht es Motivation diejenigen Schritte zu unternehmen, die nötig sind, um zum gewünschten Ergebnis (Soll-Zustand) zu kommen. Im ersten Fall wird vom breitgefassten Begriff *Therapiemotivation* im zweiten Fall von *Veränderungsmotivation* gesprochen (Berking & Kowalsky, 2012; Veith, 1997). Die Therapiemotivation ist also die Voraussetzung dafür, dass Personen überhaupt regelmässig/wiederholt in eine Therapie gehen und die Veränderungsmotivation beschreibt die Bereitschaft, die nötigen Schritte in Richtung Ziel zu unternehmen. Von diesen beiden Konstrukten ist die *Compliance* abzugrenzen. Der häufiger im medizinischen Kontext verwendete Begriff beschreibt das Ausmass der Therapiebefolgung und wurde u.a. kritisiert, weil er Klient*innen in eine passive Rolle drängt (Veith, 1997).

Da der Fokus dieser Arbeit darauf liegt, herauszufinden wie die Klient*innenmotivation für die Durchführung von Körperübungen zuhause erhöht werden kann, wird bei der Verwendung der Begriffe «Motivation» oder «Klient*innenmotivation» von der Veränderungsmotivation gesprochen. Für die Durchführung von Übungen zuhause braucht es nämlich Veränderungsbereitschaft und -motivation. Wenn ausnahmsweise die Therapiemotivation, die als Voraussetzung für das Stattfinden einer Therapie nicht ausser Acht gelassen werden sollte, thematisiert wird, so ist dies mit dem Begriff «Therapiemotivation» klar ausgewiesen.

2.1.1.3 Sexocorporel

Sexocorporel ist ein Modell sexueller Gesundheit, welches sich am 1975 formulierten Grundsatz der WHO orientiert und das die letzten Jahre im deutschen Sprachraum immer mehr an Popularität gewann (Bischof, 2020). Jean-Yves Desjardins (1931 – 2011), der Entwickler dieses Modells, sah Körper, Emotionen, Denken und Handeln als Aspekte einer Einheit, die stetig miteinander in Beziehung stehen und sich gegenseitig beeinflussen. Als Bild dieser Interaktion kann ein Mobile sehr nützlich sein (Schütz, 2020). Wird an einem der vier Komponenten² des menschlichen Erfahrungsspektrums etwas verändert, verändern sich die anderen drei mit. Diese gegenseitige Abhängigkeit und Wechselwirkung können Personen mit einer sexuellen Problemstellung nutzen. Für die Sexualtherapie bedeutet dies konkret, dass nicht nur kognitiv versucht werden kann auf körperliche Gegebenheiten Einfluss zu nehmen, sondern im Gegenteil: Veränderungen auf körperlicher Ebene können genutzt werden, um auf kognitiver, emotionaler Ebene etwas zu verändern. Für ausführlichere Beschreibungen des Modells, empfiehlt sich die Lektüre von Sztenc (2020).

Obwohl der Körper und dessen Einfluss (auf den Verstand und die Emotionen) seit der Embodiment-Bewegung immer mehr an Bedeutung gewinnt, sind die meisten sexualtherapeutischen Ansätze heutzutage kognitiv ausgerichtet (Sztenc, 2020). In seinem Buch «Embodimentorientierte Sexualtherapie» schreibt Michael Sztenc (2020), dass die körperorientierte Arbeit in den meisten Sexualtherapien in Deutschland nur eine Nebenrolle spiele. Darin gehe es vielmehr um die Beziehungsdynamik, Bindungssicherheit, Differenzierung oder tiefenpsychologisch verstandene Bedürfnisbefriedigung (Sztenc, 2020).

Allein im Sensate-Focus (Methode mit sog. Streichelübungen) wird dem, was Menschen ganz konkret beim Sex tun, Bedeutung beigemessen. Je nach Ausrichtung liegt aber auch hierbei der Schwerpunkt auf einer bedeutungsgebenden Analyse des Verhaltens. Die sexuelle Interaktion gilt als projektiver Test für das, was zwischen den Beteiligten geschieht, und die konkrete körperliche Interaktion bleibt untergeordnet. (Sztenc, 2020, S. 60)

Diese mehrheitlich kognitiv orientierten Sexualtherapien sind somit schwer von der herkömmlichen Psychotherapie zu unterscheiden (lediglich der Fokus ist ein anderer).

Sexocorporel stellt mit seiner klar körperorientierten Ausrichtung und der Ganzheitlichkeit im Therapiekonzept eine Ausnahme in der aktuellen Sexualtherapiepraxis dar. Umso wichtiger scheint es, die Forschung zu diesem Modell voranzutreiben und dessen Wirksamkeit empirisch zu belegen.

² Kognitive Komponente, physiologische Komponente, sexodynamische Komponente und Beziehungskomponente

2.1.2 Literaturrecherche

Als Basis für die und Ergänzung zur Feldforschung, wurde eine extensive Literaturrecherche durchgeführt. Zum Forschungsthema passende Literatur wurde über Google Scholar, OPAC und den Bibliothekskatalog der Zürcher Zentralbibliothek gesucht und gefunden. Zudem wurden Referenzlisten der ausgewählten Studien nach weiteren relevanten Quellen durchsucht. Als sich zu Beginn der Literaturrecherche herausstellte, dass im Bereich der Sexualtherapieforschung nur wenige Studien für die Beantwortung der Fragestellungen vorhanden sind (siehe nächster Abschnitt), wurde die Suche auf die Körper- und Psychotherapieforschung ausgeweitet. Die verwendeten Suchbegriffe und deren Kombinationen können dem Anhang entnommen werden.

Aktuellere Quellen (letzte 20 Jahre), Meta-Analysen, Reviews und Überblickskapitel wurden bevorzugt. Eingeschlossen wurden Zeitschriftenartikel, Dissertationen, Buchkapitel und Bücher auf Deutsch und Englisch. Die Suche endete am 13. Juni 2022.

2.1.3 Wirkungsforschung in der Sexualtherapie

Mit der oft als bahnbrechend bezeichneten, gross angelegten Studie von Masters und Johnson (1970) und der Arbeit von Kaplan (1974), nahm die klassische Sexualtherapie ihren Anfang (Hartmann, 2018). Auf ihrem Fundament wurden in den 70er und 80er Jahren einige Studien zur Wirksamkeit der Sexualtherapie zur Behandlung sexueller Dysfunktionen durchgeführt (Amicis et al., 1985; Apfelbaum, 1977; Clement & Schmidt, 1983; Crowe et al., 1981; Dekker & Everaerd, 1983; Hartman & Fithian, 1974; K. Hawton & Catalan, 1986; Lobitz & LoPiccolo, 1972; LoPiccolo & Lobitz, 1972, 1973, 1978).

In den 90er Jahren richtete sich das Augenmerk der Sexualtherapieforschung hauptsächlich auf die Impotenz des Mannes und war somit stark urologisch-andrologisch ausgerichtet (Hartmann, 2018). Seit Ende der 90er Jahre fand eine Rekonzeptualisierung verschiedener sexueller Dysfunktionen und Entwicklung neuer Modelle im Bereich weiblicher Sexualität statt (Hartmann, 2018). Wie Hartmann (2018) jedoch in seinem Buch «Sexualtherapie» konstatiert, gibt es seit den 70er/80er Jahren eine Stagnation in der Forschung zur Wirksamkeit der Sexualtherapie oder: «Überblicksarbeiten im Bereich der Sexualtherapie sind allein schon deshalb schwierig, weil es letztlich nicht allzu viel zu überblicken gibt, da methodisch passable Studien zu Wirksamkeit und Nachhaltigkeit eher rar sind» (Hartmann, 2018).

Dieser aktuelle Zustand der Sexualtherapieforschung ist verschiedener Faktoren geschuldet. Da es den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengt, wird nicht auf die einzelnen Faktoren eingegangen und stattdessen die Lektüre des Buches von Hartmann (2018) empfohlen. Die einst enge Verbindung zwischen der Sexualforschung und anderen Forschungsgebieten ging nach den ersten Erfolgen der Sexualforschung in den 70er/80er

Jahren verloren (Hartmann, 2018). Hartmann (2018) betont, dass die Abkopplung der Sexualforschung von der Psychotherapieforschung den Fortschritt und die Entwicklung der Sexualtherapie in den letzten Jahren in besonderer Weise limitiert hat.

2.1.4 Vergleichbarkeit von Sexualtherapie- und Psychotherapieforschung

Wie im Einführungskapitel ausgeführt, weist die Forschung im Bereich der Psychotherapie darauf hin, dass weniger einzelne Therapiemethoden als vielmehr extratherapeutische Faktoren (Klient*innen und ihre Merkmale) für den Erfolg einer Therapie ausschlaggebend sind.

Nun stellt sich die Frage, wie vergleichbar Psycho- und Sexualtherapie sind. Wenn Sexualtherapie lediglich als «andere Methode» der Psychotherapie betrachtet wird, sollten dieselben Wirkfaktoren für den Therapieerfolg der beiden Therapiemethoden relevant sein. Wenn die Sexualtherapie jedoch als eigenständige Therapierichtung betrachtet würde, bräuchte es methodisch gut konzipierte Studien, die die Wirkfaktoren der Sexualtherapie (unabhängig von der Psychotherapie) untersuchen würden. Die Frage nach der Vergleichbarkeit von Psychotherapie und Sexualtherapie ist schwierig zu beantworten. Die Antwort hängt massgeblich davon ab, welche Arten von Sexualtherapie und Psychotherapie man betrachtet. Beispielsweise gibt es Sexualtherapie, die mehrheitlich mit Gesprächen arbeitet und Psychotherapie, die sehr körperbasiert arbeitet. Ein Beispiel für eine Überlappung zwischen Sexocorporel und Psychotherapie ist der Einsatz von Übungen für zuhause («Hausaufgaben»). In vielen Sexual- und Psychotherapierichtungen wird es als wichtig für den Therapieerfolg gesehen, dass Klient*innen ihr Verhalten verändern. Wie weiter oben ausgeführt, ist für Verhaltensänderung Motivation vonnöten. Entsprechend ist anzunehmen, dass motivationssteigernde Interventionen in beiden Therapieformen von Vorteil sind.

Aufgrund der mangelnden Datenlage im Bereich der sexualtherapeutischen Wirkungsforschung (insbesondere zum Modell Sexocorporel) und der vermutlich guten Vergleichbarkeit mit der Psychotherapieforschung, werden im Folgenden mehrheitlich Studien aus dem psychologischen Bereich als Grundlage für die Beantwortung der Fragestellungen verwendet.

2.2 Forschungsfrage 1: Welche Rolle spielt die Klient*innenmotivation in der Sexualtherapie? Spezifisch in Bezug auf das Übungsverhalten der Klient*innen?

2.2.1 Motivation und Therapieerfolg in direktem Zusammenhang

Viele Autor*innen von Fachbüchern über Therapie und deren Wirkfaktoren betonen die Wichtigkeit der Klient*innenmotivation. Gassmann (2010) schreibt beispielsweise, dass motivationale Konflikte neben klinischen Diagnosen die häufigste Ursache für Schwierigkeiten sind, welche Patient*innen in die Therapie bringen. Hartmann-Kottek (2021) hält sogar fest, dass Therapie ohne Eigenmotivation kontraindiziert ist. Und Hartmann (2018, S. 74) schreibt «Die motivierte und engagierte Mitarbeit des Patienten – möglichst frühzeitig im Therapieprozess – ist der wichtigste Erfolgsprädiktor in der Psychotherapie». Trotz dieser klaren Plädoyers für die Wichtigkeit der Motivation im Therapieprozess ist Klient*innenmotivation im Vergleich zu anderen Wirkfaktoren bisher wenig untersucht und die Befundlage dazu, ob Klient*innenmotivation Therapieerfolg vorhersagen kann, durchmischt (Constantino et al., 2021; Franco, 2012; Michalak et al., 2004; Newman et al., 2006; Orlinky et al., 2004; Pelletier et al., 1997; Vitinius et al., 2018; Zeldman et al., 2004; Zuroff et al., 2007).

Die durchmischte Studienlage kann mehrere Ursachen haben. Zum einen stellt sich die Frage, wie die Klient*innenmotivation gemessen wurde. In Studien, in denen die Klient*innenmotivation von den Klient*innen selbst eingeschätzt wurde (Selbsteinschätzung), ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Motivation und Therapieerfolg (Orlinky & Howard, 1986; Prager, 1971). Wurde die Motivation jedoch per Fremdrating (der*die Therapeut*in schätzte die Motivation der*des Klient*in ein) erhoben, wurde in drei von vier Untersuchungen ein signifikant positiver Zusammenhang gefunden (Baer et al., 1980; Conrad, 1952; Strupp, 1963). Ein weiteres Problem im Zusammenhang mit der Messung der Motivation beschreibt Franco (2012, S. 16) in ihrer Dissertation: «The incorporation of valid assessment methods in studies of client motivation has been inconsistent». Ob diese inkonsistente Verwendung von validen Messinstrumenten der Tatsache geschuldet ist, dass keine validen Messmethoden vorhanden sind, viele der durchgeführten Studien in den 80er/90er Jahren durchgeführt wurden oder die Verwendung von validen Messinstrumenten zu aufwändig/teuer war, kann nicht abschliessend beurteilt werden. In einem Literaturreview für den Gesundheitsbereich finden Hosseini und Kollegen (2021) heraus, dass über 30% der durchgeführten (und im Review verwendeten) Studien ein eigenes Messinstrument für Motivation verwendeten und die Mehrheit der Studien das Konzept der Klient*innenmotivation nicht klar definierten. Auch hier ziehen die Autor*innen

das Fazit, dass es notwendig ist, bessere Messmethoden für die Erhebung der Motivation zu entwickeln und psychometrisch zu testen.

2.2.1.1 Theoretische Rahmenmodelle zur Einordnung der Motivation

Eine weitere Ursache für die uneindeutige Befundlage könnte die Tatsache darstellen, dass viele Studien, die in diesem Bereich durchgeführt wurden, kein theoretisches Rahmenmodell verwendeten. Hierbei stellt sich die Frage der Definition von Motivation. Wird Motivation auf einem Kontinuum (es gibt mehr/weniger Motivation) gesehen oder gibt es unterschiedliche Qualitäten von Motivation?

Zwei wichtige Rahmenmodelle zur Einordnung der Motivation sind das transtheoretische Stufenmodell (TTM) von Prochaska und DiClemente (1986) und die Self-Determination-Theory (SDT) von Deci und Ryan (2000). Das TTM beschreibt 5 verschiedene Stufen (Stages of Change), die Klient*innen für eine erwünschte Verhaltensänderung typischerweise sukzessive durchlaufen. Je weiter eine Person in den Stufen fortgeschritten ist, desto wahrscheinlicher ist eine Verhaltensänderung und -aufrechterhaltung (zum Positiven). Das TTM nimmt an, dass sich jede Stufe qualitativ von den anderen Stufen unterscheidet, weil sie andere motivationale Orientierungen widerspiegelt (Velicer et al., 1995). Das Modell wurde häufig zur Erforschung des Gesundheitsverhaltens bzw. dessen Veränderung (aufhören zu rauchen, durchführen von Diäten etc.) verwendet. Obwohl das TTM in vergangenen Studien am häufigsten als theoretisches Rahmenmodell benutzt wurde, weist es Schwächen auf (Franco, 2012). So wurde beispielsweise das sukzessive Durchlaufen der 5 Stufen in Frage gestellt, weil Längsschnittstudien dafür keine Belege fanden (Herzog et al., 1999; West, 2005).

Im Gegensatz zum TTM geht die SDT von Deci und Ryan (2000) nicht von Stufen aus, die für eine Verhaltensänderung durchlaufen werden müssen, sondern von (qualitativ) unterschiedlichen Arten von Motivation. Abgeleitet aus einer Theorie, welche drei zentrale psychologische Basisbedürfnisse des Menschen annimmt (Autonomie, Kompetenz und soziale Eingebundenheit), stellen Ryan und Deci ein Klassifikationssystem vor, in welchem unterschiedliche Arten von Motivation auf einem Autonomie-Kontinuum eingeordnet werden. Dem Anhang dieser Arbeit kann eine detaillierte Auflistung der Motivationsarten nach Deci und Ryan entnommen werden. Nach SDT wird es umso wahrscheinlicher, dass neu gelerntes Verhalten internalisiert und eine Verhaltensänderung aufrechterhalten wird, je höher die autonome Motivation einer Person ist.

Studien, die den SDT-Ansatz als Grundlage verwendet haben, lieferten konsistente Ergebnisse dafür, dass Klient*innenmotivation Therapieerfolg vorhersagen kann (Pelletier et al., 1997; Zeldman et al., 2004; Zuroff et al., 2007). Autonomere Formen der Motivation

fürten zu besseren Therapieergebnissen, während kontrolliertere Formen zu schlechteren Ergebnissen führten.

2.2.1.2 Fazit zu Motivation und Therapieerfolg in direktem Zusammenhang

Ergebnisse dazu, ob Klient*innenmotivation einen signifikanten (positiven) Einfluss auf das Therapieergebnis hat, sind also u.a. davon abhängig, wie Motivation gemessen (Fremd- vs. Selbsteinschätzung) und welches Rahmenmodell (TTM vs. SDT) verwendet wird. Sowohl Ergebnisse von Studien, bei denen die Motivation fremdeingeschätzt wurde (Baer et al., 1980; Conrad, 1952; Strupp, 1963) als auch solche, die SDT als Rahmenmodell verwendeten (Michalak et al., 2004; Pelletier et al., 1997; Zeldman et al., 2004; Zuroff et al., 2007), lieferten konsistente Belege dafür, dass Klient*innenmotivation einen signifikanten Einfluss auf das Therapieergebnis hat. Im Gegensatz zu anderen Wirkfaktoren der Psychotherapie ist Klient*innenmotivation jedoch einer der weniger gut untersuchten. Ein weiterer Weg den Zusammenhang zwischen Klient*innenmotivation und Therapieerfolg zu untersuchen, führt über das Übungsverhalten von Klient*innen. Dieser wird im Folgenden ausgeführt.

2.2.2 Motivation und Therapieerfolg vermittelt über Übungsverhalten

Die Überlegung, die diesem indirekten Weg zugrunde liegt, ist folgende: In der Sexualtherapie nach Sexocorporel wird oft mit Körperübungen gearbeitet. Je mehr Klient*innen zuhause üben, desto eher sollte dies zu Therapieerfolg führen. Für die Durchführung von Körperübungen braucht es Motivation. Deshalb wird in den folgenden Abschnitten zuerst der Zusammenhang zwischen Übungsverhalten und Therapieerfolg und danach der Einfluss von Motivation auf Übungsverhalten beleuchtet.

2.2.2.1 Übungsverhalten und Therapieerfolg

Interventionen auf der Körperebene, sowohl während der Therapiesitzung als auch für zuhause, werden in der Sexocorporel-Therapie in den Vordergrund gestellt (Bischof, 2020). Ob als Übungen, Hausaufgaben, Experimente oder Enactments betitelt (mehr zur Begriffsfrage findet sich in Sztenc, 2020), sie sind laut Hartmann (2018) das «Herzstück» der Sexualtherapie. Auch in der Psychotherapie sind sie (je nach Therapieschule) ein vielverwendetes, beliebtes Mittel um das gewünschte Verhalten, nicht nur in sondern auch zwischen Therapiesitzungen, zu erproben (Kazantzis et al., 2000). In dieser Arbeit werden sie als «Übung» bezeichnet. Sowohl in der Psychotherapie- als auch in der Sexualtherapieforschung gibt es Studien, die den Zusammenhang zwischen Übungsverhalten und Therapieerfolg untersuchten.

Im Bereich der kognitiv-behavioralen Psychotherapie wurden beispielsweise folgende Meta-Analysen durchgeführt: Kazantzis und Kollegen (2000) fanden in einer 27 Studien um-

fassenden Meta-Analyse eine kleine bis mittlere Effektstärke ($r = .22 - .36$) für den Zusammenhang zwischen Übungen und Therapieerfolg. Eine ähnliche Effektstärke ($r = .26$) berichteten Mausbach et al. (2010) für die Zeit ab 2000 in ihrer Meta-Analyse. In einer späteren Meta-Analyse untersuchten Kazantzis et al. (2016) nicht wie in den beiden vorherigen Meta-Analyse Übungs-Compliance im quantitativen (mehr/weniger Übungen, die finalisiert wurden), sondern im qualitativen (die Qualität, mit der Übungen durchgeführt wurden) Sinn. Auch hier berichteten die Autor*innen von einem signifikanten Zusammenhang zwischen Übungs-Compliance (diesmal im qualitativen Sinn) und Therapieerfolg.

Forschung in der kognitiv-behavioralen Psychotherapie spricht also in über 60 Studien für einen kleinen bis mittleren Effekt, den Übungs-Compliance (quantitativ und qualitativ erhoben) auf Therapieerfolg hat. Oder wie Kazantzis et al. (2000, S. 196/197) schreiben: «[...] homework assignments facilitate improvement in therapy, and [that] homework compliance is confirmed as a significant predictor of therapy outcome. Therefore, the findings from the present study support the use of homework in contemporary cognitive and behavioral therapy formulations». Tang & Kreindler (2017) halten sogar fest, dass die fehlende Übungs-Compliance von Klient*innen einer der meistzitierten Gründe für das Scheitern von kognitiv-behavioralen Therapien ist.

Im Bereich der Sexualtherapieforschung finden sich ebenfalls Belege dafür, dass die Durchführung von Übungen ergänzend zu den Therapiesitzungen einen Beitrag zum Therapieerfolg leistet. Beispielsweise fanden Hawton et al. (1992) in ihrer Studie zur Behandlung von erektilen Dysfunktionen, dass einer der prognostischen Faktoren für Therapieerfolg ein frühes Engagement der betroffenen Paare in die aufgetragenen Übungen war. In einer früheren Studie von Hawton und Kollegen (1990) zu Vaginismus erwies sich das Ausmass, zu welchem Paare die Übungen zuhause durchführten als einzig wichtiger prognostischer Faktor für den Behandlungserfolg. In beiden Studien erwähnen die Autor*innen die wichtige Rolle der Motivation vor und während der Sexualtherapie, ohne sie jedoch als eigene Variable zu erheben.

2.2.2.2 Motivation und Übungsverhalten

Sowohl in der Sexual- als auch in der Psychotherapieforschung lassen sich also Studien finden, die belegen, dass regelmässiges Üben der Klient*innen (und ihrer Partner*innen) die Wahrscheinlichkeit für Therapieerfolg erhöht. Welchen Zusammenhang hat dies nun mit der Klient*innenmotivation? Die Autorin hypothetisierte, dass es für die Durchführung von Übungen zumindest ein gewisses Mass an Motivation braucht.

Laut Franco (2012) gibt es bisher wenige Studien, die die Interaktion zwischen Übungsverhalten und Klient*innenmotivation untersuchen. Diejenigen, die diesen Zusammenhang untersucht haben, weisen jedoch in die hypothetisierte Richtung: Klient*innenmotivation

sagt Übungs-Compliance voraus (Dunn et al., 2002; Helbig & Fehm, 2004; Sutton & Dixon, 1986; Tang & Kreindler, 2017). Tiefe Klient*innenmotivation wurde zudem als wichtigste Barriere dafür beschrieben, dass Psychotherapeut*innen Klient*innen mit diagnostizierten Psychosen Übungen für zuhause mitgeben (Deane et al., 2005). Franco (2012) schliesst aus diesen Befunden, dass Motivation eine wichtige Komponente für Übungs-Compliance zu sein scheint.

In ihrer eigenen Forschung fand Franco (2012), dass Klient*innenmotivation Therapieerfolg, moderiert über die Übungs-Compliance, voraussagt. Also Klient*innenmotivation erhöht laut diesem Ergebnis die Wahrscheinlichkeit zur Durchführung der Übungen und dies wiederum führt zu Therapieerfolg. Umgekehrt nutzten einige Autor*innen das Ausmass, in welchem Übungen von Klient*innen zuhause umgesetzt wurden, als Indikator für die Klient*innenmotivation (Gonzalez et al., 2006). Auch wurde Motivational Interviewing (eine Methode, die Motivation erhöht und in einem späteren Kapitel ausführlicher beschrieben wird) erfolgreich eingesetzt um die Übungs-Compliance der Klient*innen zu erhöhen (Romano & Peters, 2015).

2.2.2.3 Fazit Motivation und Therapieerfolg vermittelt über Übungsverhalten

Es kann also festgehalten werden, dass 1) Übungen ein häufig eingesetztes Tool in der Sexualtherapie (insbesondere nach Sexocorporel) sind. Nach Klimann et al. (1986) sogar eines der häufigsten. Dies kommt nicht von ungefähr: 2) Das gewissenhafte Durchführen der aufgetragenen Übungen von Klient*innen erhöht die Wahrscheinlichkeit für Therapieerfolg. Dieser Zusammenhang wurde sowohl für die kognitiv-behavioralen Psychotherapie als für die Sexualtherapie gefunden. Es lohnt sich demnach für Therapeut*innen Übungen in der Sexualtherapie einzusetzen, weil sie die Wahrscheinlichkeit für Therapieerfolg erhöhen. Jedoch müssen Klient*innen die Übungen zuhause auch tatsächlich durchführen, damit der gewünschte Effekt eintritt. 3) Ein Faktor, der dazu führt, dass Klient*innen die Übungen zuhause durchführen ist die Motivation. Einige Studien weisen darauf hin, dass mehr Motivation für mehr Übungs-Compliance sorgt. Das heisst schlussendlich: eine mögliche Stellschraube die Wahrscheinlichkeit für Therapieerfolg zu erhöhen, ist die Klient*innenmotivation. Selbst wenn die Befundlage dazu, ob Klient*innenmotivation tatsächlich zu mehr Therapieerfolg führt ambivalent ist (direkter Zusammenhang), ist Motivation ein wichtiger Prädiktor für Übungs-Compliance und diese wiederum führt zu Therapieerfolg (indirekter Zusammenhang).

2.2.3 Gesamtfazit zur 1. Forschungsfrage basierend auf der Literaturrecherche

In der 1. Forschungsfrage ging es um die Rolle der Klient*innenmotivation in der Sexualtherapie, insbesondere in Zusammenhang mit der Durchführung von Körperübungen. Im

Bereich der Sexualtherapie war für die Beantwortung dieser Fragestellung zu wenig Forschung vorhanden. Deshalb wurde mitunter auf die Psychotherapieforschung zurückgegriffen. Obwohl Motivation im Bereich der Psychologie ein theoretisch zentrales Konstrukt darstellt, wurde es bisher (im Vergleich zu anderen Wirkfaktoren der Psychotherapie) empirisch wenig untersucht. Gewisse Studien weisen darauf hin, dass Motivation einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg hat und somit eine wichtige Rolle für die (Sexual-)Therapie spielen sollte.

Ein weiterer Argumentationsstrang für die Wichtigkeit der Motivation in der Sexualtherapie führt über den indirekten Weg (anhand des Übungsverhaltens der Klient*innen). Die Durchführung von Körperübungen (auch zuhause) ist ein relevanter Bestandteil der Sexualtherapie nach Sexocorporel. Sowohl in der Sexualtherapie- als auch der Psychotherapieforschung existieren Studien, die den Zusammenhang zwischen der Durchführung von Übungen und Therapieerfolg bestätigen. Da es für die Durchführung von Übungen Motivation braucht, hat Klient*innenmotivation also mindestens einen indirekten Einfluss auf den Therapieerfolg (moderiert durch das Übungsverhalten der*des Klient*in).

Ob direkt oder indirekt, die Klient*innenmotivation sollte basierend auf der hier präsentierten Literaturrecherche einen positiven Einfluss auf das Therapieergebnis haben und somit eine wichtige Rolle für die Sexualtherapie spielen.

2.3 Forschungsfrage 2: Wie kann die Klient*innenmotivation für die Durchführung der Übungen durch den*die Therapeut*in erhöht werden? Welche Interventionen existieren bereits?

Im Folgenden wird die 2. Forschungsfrage beantwortet, nämlich: Wie kann die Klient*innenmotivation für die Durchführung der Übungen durch den*die Therapeut*in erhöht werden? Welche Interventionen existieren bereits?

Dafür wird in einem ersten Schritt die motivationspsychologische Forschung kurz eingeführt. Danach wird ein Flussdiagramm von Rheinberg zur Einordnung verschiedener Motivationsproblematiken vorgestellt. Zum Schluss werden Interventionen zur Erhöhung der Klient*innenmotivation in das Modell von Rheinberg eingeordnet.

2.3.1 Motivationspsychologische Grundlagen

Motivationspsychologie beschäftigt sich seit Jahren damit herauszufinden, was Menschen antreibt, weshalb einigen Personen das Erreichen ihrer Ziele besser und anderen schlechter gelingt und wie Motivation erhöht/beeinflusst werden kann (Moskaliuk, 2015). Oder, wie Rheinberg (2006, S. 13) sagen würde: «[...] so befasst sich Motivationspsycho-

logie damit, Richtung, Ausdauer und Intensität von Verhalten zu erklären». Dabei geht es nicht um menschliche Reflexe (wie der Reflex zu Gähnen), sondern um zielgerichtetes (bewusstes/unbewusstes) Verhalten (Wolff et al., 2020). An einem Beispiel erklärt: Ein Schüler muss für eine anstehende Deutsch-Klausur ein bestimmtes Buch lesen. Er benötigt dafür Motivation. Sein Ziel ist es nämlich, die Deutsch-Klausur zu bestehen (*Richtung*). Dabei überfliegt er am ersten Abend die Mehrheit der Kapitel des Buches (*Intensität*), weil er lieber mit seinen Freunden ins Kino gehen möchte. Er setzt sich an den darauffolgenden Abenden nochmal hin und liest die noch fehlenden Kapitel (*Ausdauer*). Schlussendlich hat der Schüler eine Woche lang jeden Abend (mehr oder minder gründlich) an dem für die Klausur relevanten Buch gelesen (*zielgerichtetes Verhalten*). Je später der Abend, desto häufiger musste er während des Lesens gähnen (*Reflex – kein zielgerichtetes Verhalten*).

Zur Analyse menschlichen motivationalen Handelns wurden seit dem späten 19. Jahrhundert einige Theorien und Modelle entwickelt. Die detaillierte Aufstellung all dieser würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen. Zentral sind aktuell sogenannte Erwartungs-mal-Wert Modelle (Moskaliuk, 2015). Als Formel ausgedrückt, bedeutet dies: Motivation = Erwartung x Wert. Die Motivation ergibt sich in dieser Gleichung aus der Multiplikation der subjektiv eingestuftten Wichtigkeit des Ziels (Wert) und der Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und Ressourcen das gewünschte Ziel tatsächlich zu erreichen (Erwartung) (Moskaliuk, 2015).

Heckhausen (1977) stellte dazu folgendes Modell auf.

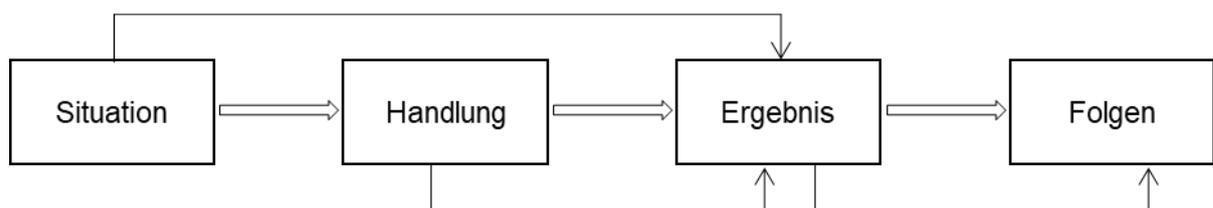


Abbildung 1. Erwartungs-mal-Wert Modell von Heckhausen (1977)

Dabei unterscheidet Heckhausen (1977) drei Erwartungstypen:

- a) Situations-Ergebnis-Erwartung
- b) Handlungs-Ergebnis-Erwartung
- c) Ergebnis-Folge-Erwartung

Die Situations-Ergebnis-Erwartung (a) beschreibt, für wie wahrscheinlich man es hält, dass die Situation ohne das eigene Handeln zum gewünschten Ergebnis führt. Im obigen Beispiel wäre eine hohe Situations-Ergebnis-Erwartung, dass der Schüler meint, die Deutsch-Klausur wahrscheinlich ohne Lernen bestehen zu können. Die Handlungs-Ergebnis-Erwartung (b) beschreibt, für wie wahrscheinlich man es hält, dass die eigene

Handlung zum gewünschten Ergebnis führt. Im obigen Beispiel wäre eine hohe Handlungs-Ergebnis-Erwartung, dass der Schüler meint, dass sein Lernen wahrscheinlich zum Bestehen der Klausur führt. Die Ergebnis-Folge-Erwartung (c) beschreibt, für wie wahrscheinlich man es hält, dass ein eingetretenes Ergebnis die gewünschten Folgen nach sich zieht. Im obigen Beispiel wäre eine hohe Ergebnis-Folge-Erwartung, dass der Schüler meint, dass das Bestehen der Klausur zu einem Lob der Eltern führt.

Je eher das eintretende Ergebnis die gewünschten Folgen mit sich bringt, desto wichtiger wird das Ergebnis vom Individuum eingestuft (der Wert des Ergebnisses erhöht sich). Für die Erwartungen b) und c) gilt: Je höher die Erwartung desto wahrscheinlicher die Handlung des Individuums. Umgekehrt verhält es sich bei der a) Situations-Ergebnis-Erwartung. Je höher die Erwartung des Individuums, dass die Situation ein gewisses Ergebnis bereits vorgibt, desto geringer sollte die Motivation sein zu handeln. Weshalb etwas tun, wenn die Situation einem die Arbeit abnimmt?

2.3.2 Einordnung von motivationssteigernden Interventionen in das Modell von Rheinberg

Auf Grundlage des Modells von Heckhausen (1977) hat Rheinberg 2004 eine Art Flussdiagramm zur Motivationsanalyse entwickelt. Dabei wurden «[...] die Kernannahmen des Modells in einer aussagenlogischen Sequenz von Fragen und Antworten gefasst» (Rheinberg, 2006, S. 134). Abbildung 6 zeigt dieses Flussdiagramm und die entsprechenden Interventionen, die im Folgenden diskutiert werden.

Dieses Flussdiagramm von Rheinberg ermöglicht eine standardisierte Vorgehensweise, um das Motivationsproblem festzustellen. Es «[...] soll helfen, vorweg einen Überblick darüber zu gewinnen, in welchen Bereichen man nach den Ursachen für ein Motivationsdefizit zu suchen hat bzw. wovon eine beobachtete Motivation getragen wird» (Rheinberg, 2006, S. 212). Mit Hilfe der gestellten Fragen lässt sich die Motivationsform, die für die spezifische Tätigkeit gebraucht wird und daraus abgeleitet das mögliche Motivationsproblem eruieren. Das Flussdiagramm liefert also eine Analysehilfe, um zu erklären, woran es liegt, dass Person X zum Zeitpunkt Y nicht die nötige Motivation für eine Handlung in Richtung Ziel aufbringt. Es kann sowohl inter- als auch intraindividuelle Unterschiede motivationaler Probleme von Personen erklären. Gewisse Personen sind beispielsweise besser darin mit einer fremdkontrollierten Motivationsform umzugehen als andere (*interindividueller Unterschied*). Zudem kann eine Person X – je nachdem welche Form von Motivation benötigt wird oder welche Motivationsproblematik sich daraus ergibt – für eines ihrer Ziele ganz einfach in die Handlung kommen (hohe Motivation) und für ein anderes viel Überwindung brauchen (niedrige Motivation) (*intraindividueller Unterschied*).

Wenn Personen an verschiedenen Punkten Mühe haben in die Handlung zu kommen, bedeutet dies dann für eine*n Therapeut*in nicht, dass er*sie die Person an diesem Punkt motivational abholen können sollte? Es stellt sich die Frage, wie unterschiedliche motivationssteigernde Interventionen an verschiedenen Punkten ansetzen könnten, um möglichst wirkungsvoll zu sein.

Drei motivationsfördernde Interventionen, welche sich nicht eindeutig in das Modell von Rheinberg einordnen lassen und dennoch zentral sind, sind: Die therapeutische Beziehung, Gesprächsführung und Motivational Interviewing. Die therapeutische Beziehung und Gesprächsführung bilden einerseits die Basis für eine gelingende Therapie und andererseits ist deren Aufrechterhalten über alle Phasen des Veränderungsprozesses hinweg (und somit für alle Motivationsproblematiken) wichtig. Das heisst, sie sind sowohl *vor* als auch *während des gesamten* Modells von Rheinberg relevant. Motivational Interviewing, eine gut untersuchte Intervention zur Ambivalenzreduktion und Motivationssteigerung, setzt *vor* dem ersten Motivationsproblem nach Rheinberg (2004) an.

2.3.2.1 Unspezifische Interventionen

In der Einführung dieser Arbeit wurde darauf hingewiesen, dass extratherapeutische Faktoren (Klient*innen und deren Merkmale) weit mehr Einfluss auf das Therapieergebnis haben als der Therapie inhärente Faktoren (wie beispielsweise die Therapiemethode). Jedoch gibt es Überschneidungen von extra- und intratherapeutischen Faktoren. Beispielsweise wird die *therapeutische Beziehung* als einer der bedeutsamsten und unbestrittensten Einflussgrössen für den Therapieerfolg bezeichnet (Hartmann, 2018). Dabei handelt es sich einerseits um einen intratherapeutischen (Therapeut*in mit ihren*seinen Merkmalen) und andererseits um einen extratherapeutischen Faktor (Klient*in mit ihren*seinen Merkmalen). Bevor in den nächsten Kapiteln also einzelne motivationssteigernde Interventionen für die Durchführung der Übungen zuhause (extratherapeutisch) beschrieben werden, wird in diesem Kapitel das Augenmerk auf die therapeutische Beziehung (intra- und extratherapeutisch) und deren Zusammenspiel mit Motivation gelegt. «Die therapeutische Beziehung ist Grundpfeiler und Fundament einer Psychotherapie, auf den alles andere aufbaut» (Hartmann, 2018, S. 71).

Ein wichtiger Bestandteil der Therapiebeziehung ist die «Working Alliance» oder auch «therapeutische Allianz». Diese meint eine kooperative Arbeitsbeziehung zwischen dem*der Therapeut*in und dem*der Klient*in. Sie besteht laut Bordin (1979) aus drei Komponenten: Zielvereinbarungen («agreement on goals»), Vereinbarung über Aufgaben («agreement on tasks») und Entwicklung einer therapeutischen Bindung («therapeutic bond»). Die therapeutische Allianz interagiert mit der Klient*innenmotivation (Scheel, 2011).

In der vorgängig erwähnten Studie von Franco (2012) (siehe Kapitel 2.2.1) wurden nicht nur die Faktoren Klient*innenmotivation, Übung und Therapieerfolg und deren Interdependenzen, sondern auch die therapeutische Allianz untersucht. Die Klient*innenmotivation stärkte dabei die therapeutische Allianz und diese wiederum führte zu mehr Therapieerfolg. Die Wirkungsweise geht aber auch in die andere Richtung: Die Qualität der Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut*in und Klient*in beeinflusst die Klient*innenmotivation (Scheel, 2011). Die therapeutische Allianz und die Klient*innenmotivation beeinflussen sich also gegenseitig. Je mehr ein*e Klient*in motiviert ist, desto grösser ist das Potential für eine starke therapeutische Allianz. Und eine starke therapeutische Allianz kann die Klient*innenmotivation fördern.

Um von Therapeut*innenseite her eine gute therapeutische Allianz aufzubauen, braucht es einerseits eine kompetente Gesprächsführung und andererseits eine komplementäre Beziehungsgestaltung (Hoyer & Lang, 2011). Bei der *komplementären Beziehungsgestaltung* (auch motivorientierte Beziehungsgestaltung genannt) wird mit der Motivierung des*der Klient*in durch Befriedigung von Grundbedürfnissen gearbeitet (Grawe, 1998, 2004). Dabei versucht der*die Therapeut*in die Beziehungsziele/-wünsche des*der Klient*in zu erschliessen und diese kurzfristig zu befriedigen, um die inhaltliche Bearbeitung von Problemen zu ermöglichen. Zur *kompetenten Gesprächsführung* eines*einer Therapeut*in gehören Faktoren wie, professionelle und transparente Rahmenbedingungen, Zuwendung, Aufnahmebereitschaft, Empathie und Akzeptanz (Hoyer & Lang, 2011). Wärme, Verständnis und Bestätigung/Wertschätzung werden von Klient*innen konsistent als positiv und wichtig für die Therapie beurteilt (Hartmann, 2018).

Die therapeutische Allianz und die Gesprächsführung sind also wichtige Voraussetzungen für den Therapieerfolg und Werkzeuge, um die Klient*innenmotivation zu steigern. Sie werden in der Literatur als allgemeine Wirkfaktoren verstanden. Auf das Modell von Rheinberg übertragen, würde ihre Aufrechterhaltung sowohl *vor* dem ersten Motivationsproblem als auch *während aller* Motivationsproblematiken relevant sein (siehe Abbildung 6).

Als Abschluss dieses Kapitels und Überleitung zu spezifischen motivationssteigernden Interventionen dient das Zitat von Hoyer und Lang:

Diese Grundbedingungen für ein therapeutisches Gespräch ähneln den klassischen Therapeutenvariablen, die Rogers (1987/1959) als notwendige und hinreichende Bedingungen eines therapeutischen Prozesses beschrieben hat. Dass diese Bedingungen notwendig sind, ist kaum umstritten, allerdings würde man nicht mehr annehmen, dass sie ohne weitere spezifische Interventionen bei der Mehrzahl der Fälle auch hinreichend wären. (Hoyer & Lang, 2011, S. 506)

2.3.2.2 Spezifische Interventionen

Vor dem Modell von Rheinberg: Motivational Interviewing

Ursprünglich für die Behandlung im Suchtbereich (zum Beispiel Alkohol, Nikotin) von Miller (1983) entwickelt, wird Motivational Interviewing (kurz MI) heutzutage in unterschiedlichen Kontexten angewendet und untersucht. Grössere Studien, Metaanalysen und systematische Reviews belegen die Wirksamkeit von MI im Suchtkontext (Lundahl et al., 2010). Seit den 2000ern werden vermehrt Studien im Bereich der Veränderung des Gesundheitsverhaltens (Diäten, Fitness etc.) durchgeführt (Burke et al., 2003; Rubak et al., 2005). Dort sind die Befunde für die Wirksamkeit von MI in Abgrenzung zu anderen Therapiemethoden durchmischt.

MI ist eine Kombination aus klientenzentrierter Therapie nach Rogers (1951) und einer bewusst direktiven Herangehensweise von Seiten des*der Therapeut*in mit dem Ziel der Ambivalenz-Reduktion (Hettema et al., 2005). MI ist besonders geeignet für Personen, die wenig bis keine Motivation zur Verhaltensänderung an den Tag legen (Hardcastle et al., 2015). Von diesen Personen gibt es in der Bevölkerung nicht wenige, oder wie Hettema und Kollegen (2005) schreiben:

Yet, hesitancy about change is human nature. To be sure, clients present with a wide range of readiness. Some do come already convinced that something has to change. Others come reluctantly or grudgingly, nudged through the door by loved ones or the courts. It is a safe assumption that most clients seeking treatment or change are ambivalent about it: They want it, and they don't. (Hettema et al., 2005, S. 92)

MI soll Menschen helfen ihren Widerstand gegenüber Veränderung abzubauen (Hettema et al., 2005).

Eingeordnet in das Modell von Rheinberg (2004) würde MI vor allem *vor* der ersten Frage zur Anwendung kommen. An dem Punkt, an dem sich eine Person noch nicht ganz sicher ist, ob sie ihr Verhalten (zugunsten eines Ziels) wirklich ändern will. Obwohl sich MI somit nicht klar in das Modell von Rheinberg einordnen lässt (sondern seine Wirkung vorgelagert entfaltet), kann es gerade im sexualtherapeutischen Kontext Sinn machen, mit MI jene Personen abzuholen und ihre Veränderungsmotivation zu erhöhen, die nicht aus eigenem Antrieb in die Therapie kommen.

In den folgenden Abschnitten wurden zu jedem Motivationsproblem nach Rheinberg einzelne Interventionen zugeordnet. Wenn ein*e Sexualtherapeut*in gemeinsam mit dem*der Klient*in (beispielsweise mithilfe der Fragen von Rheinberg) herausgefunden hat, welches Motivationsproblem vorliegt bzw. weshalb die Person die Übungen zuhause nicht durch-

führt, kann der*die Therapeut*in mit der passenden Intervention dem*der Klient*in helfen das Motivationsproblem zu überwinden. Bei dieser Zuordnung von Interventionen erhebt die Autorin keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Vollständiges Motivationsdefizit

Um dem vollständigen Motivationsdefizit entgegenzuwirken, kann gemäss dem Rheinberg-Modell an drei Punkten angesetzt werden:

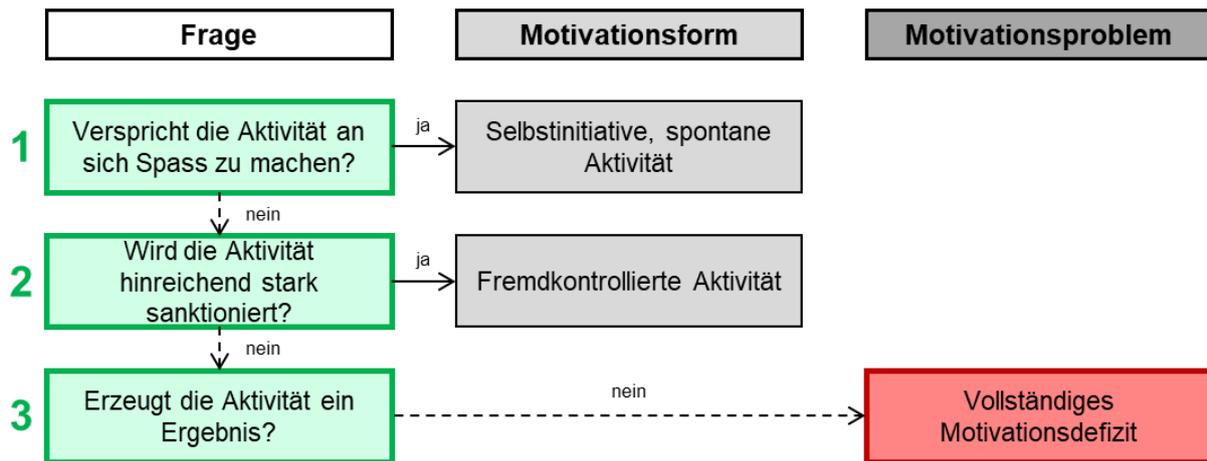


Abbildung 2. Vollständiges Motivationsdefizit (nach dem Modell von Rheinberg, 2004)

1 Verspricht die Aktivität Spass zu machen?

Wenn die Übungen, die die Klient*innen zuhause durchführen sollen, von sich aus keinen Spass machen, kann es schwer sein, dafür Motivation aufzubringen. Hierbei hilft in erster Linie intrinsische Motivation. Man spricht von intrinsischer Motivation, wenn eine Person eine Tätigkeit ausübt, weil sie sie als inhärent befriedigend empfindet und Freude am Prozess per se hat. Zwei mögliche Wege die intrinsische Motivation zu steigern, sind: 1) durch die Befriedigung dreier postulierter Basisbedürfnisse (Autonomie, Kompetenz, soziale Eingebundenheit) und 2) durch das Evozieren eines Spezialfalls intrinsischer Motivation, dem sogenannten Flow-Erleben.

Gemäss SDT (siehe Kapitel 2.2.1.1) verstärkt ein autonomiefördernder Kontext die intrinsische Motivation einer Person (Wen-ying & Xi, 2016). Das heisst, je mehr Autonomie eine Person bei der Ausübung einer Tätigkeit (in diesem Fall eine Übung für zuhause) empfindet, desto mehr Freude hat sie an der Tätigkeit und desto eher wird sie sie ausüben. Um Klient*innen in der Sexualtherapie mehr Autonomie-Erleben zu ermöglichen, sollten Sexualtherapeut*innen sie in die Entscheidung über die Übungsausführung einbeziehen oder gar eigene Übungen vorschlagen lassen. «Es ist besonders wertvoll, wenn der Patient selber darauf kommt, in welcher Weise die neue Erkenntnis auf ihre Alltagstauglichkeit erprobt werden kann» (Hartmann-Kottek, 2021, S. 366).

Eine weitere Möglichkeit die intrinsische Motivation von Klient*innen für Übungen zu erhöhen besteht darin, Flow-Erleben zu ermöglichen. Flow ist ein von Csikszentmihalyi 1975 erstmals beschriebenes Phänomen, bei welchem eine Person u.a. vollständig in einer Tätigkeit aufgeht, ein Gefühl hoher Kontrolle hat und die Zeit verändert wahrnimmt. Für eine ausführlichere Definition mit allen dazugehörigen Komponenten wird an dieser Stelle auf die Lektüre von Csikszentmihalyi (1975) verwiesen. Drei Bedingungen müssen gegeben sein, damit Flow erlebt werden kann (Csikszentmihalyi, 1975): Erstens muss eine *Passung* zwischen den Anforderungen der Aufgabe und den eigenen Fähigkeiten wahrgenommen werden. Die zweite Bedingung ist eine klare *Zielsetzung*, um die Handlung zu strukturieren und auszurichten. Drittens ist es wichtig ein möglichst sofortiges *Feedback* nach der Handlungsausführung zu erhalten. Dieses Feedback muss nicht zwingend von aussen (Sexualtherapeut*in, Partner*in etc.) erfolgen, sondern kann von der Tätigkeit selbst stammen. Als Therapeut*in kann man Klient*innen also helfen in die Motivation für Übungen zuhause zu kommen, indem man 1) Übungen vorschlägt, die an die Fähigkeiten der Klient*innen anknüpfen (Wo befindet sich die Person? Was kann sie schon?), 2) zusammen mit dem*der Klient*in klare Ziele formuliert (zur Zielformulierung weiter unten mehr) und 3) Übungen aufgibt, die direktes Feedback erlauben (direkte Veränderung wird während der Tätigkeit wahrgenommen).

2 Wird die Aktivität hinreichend stark sanktioniert?

Eine weitere Stellschraube, um dem vollständigen Motivationsdefizit entgegenzuwirken ist über Sanktionen (Belohnung/Bestrafung). Studien im akademischen Kontext konnten zum Beispiel zeigen, dass Belohnungen einen positiven Effekt auf die Hausaufgabenerledigung von Studierenden hatten (Cullen et al., 1975; Radhakrishnan et al., 2009).

Damit die Sanktionen nicht komplett fremdbestimmt sind (wovon die SDT abrät), kann mit den Klient*innen gemeinsam nach passenden Sanktionen gesucht werden. Oder Klient*innen überlegen sich selbständig was für sie funktionierende Sanktionen sein könnten. Nach SDT gilt allgemein, je mehr Autonomie der*die Klientin verspürt, desto besser. Wenn mit Sanktionen gearbeitet wird, sollte überprüft werden, ob die*der Klient*in mehr auf Bestrafung oder auf Belohnung reagiert (Brandstätter et al., 2018). Nach Gray (1982) unterscheiden sich Menschen nämlich darin, wie sehr sie auf Belohnung/Bestrafung ansprechen. Der*die Therapeut*in kann somit über (gemeinsam oder durch den*die Klient*in bestimmte) Sanktionen helfen den*die Klient*in in die Übungsmotivation zu bringen.

3 Erzeugt die Aktivität ein Ergebnis?

Bei dieser Frage von Rheinberg (2004) handelt es sich um ein unmittelbar auf die Aktivität eintretendes Ergebnis. Das bedeutet, es geht hier nicht um ein längerfristiges Ziel (dies wird weiter unten thematisiert), sondern um ein auf die Übung erfolgreiches Resultat; bei-

spielsweise, wenn ein*e Klient*in eine Körperübung ausprobiert und dies (währenddessen oder direkt im Anschluss) eine angenehme Empfindung im Körper auslöst. Als Therapeut*in ist es schwer, die Klient*innen in diesem Punkt zu unterstützen, weil Übungsergebnisse oft klein sind und sich erst über die Zeit akkumulieren. Ausserdem ist man als Therapeut*in bei der Durchführung der Übungen zuhause normalerweise nicht anwesend. Eine Zuschaltung per Telefon- oder Video-Konferenz wäre aber denkbar und gegebenenfalls hilfreich. Was man darüber hinaus tun kann, ist, die Übungen gemeinsam mit Klient*innen so zu gestalten, dass sie an deren Ressourcen ansetzen und von dort aus weiterführen. So dürfte die Wahrscheinlichkeit steigen, dass eine Übung adäquat in Schwierigkeit und Inhalt ist und ein wahrnehmbares Ergebnis erzeugt. Da es aber, wie gesagt, eher schwierig sein dürfte, Klient*innen an diesem Punkt zu unterstützen, empfiehlt die Autorin stärker bei den zwei vorherigen Schritten (Erhöhung der intrinsischen Motivation und Arbeit mit Belohnung/Bestrafung) anzusetzen, damit erst gar kein Motivationsdefizit entsteht.

Anreizdefizit

Wenn eine Aktivität ein Ergebnis erzeugt, für die Person jedoch unklar ist, ob dieses Ergebnis lohnend ist, kann gemäss Rheinberg ein Anreizdefizit resultieren.

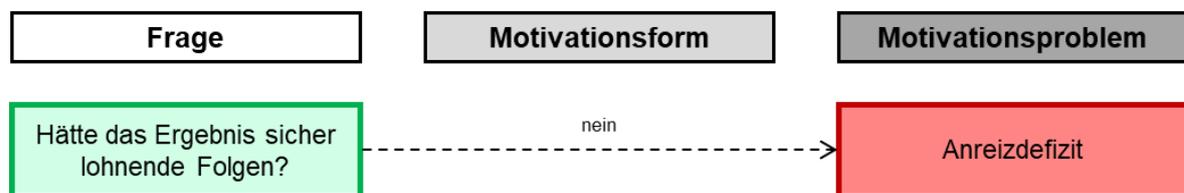


Abbildung 3. Anreizdefizit (nach dem Modell von Rheinberg, 2004)

Zur Vermeidung eines Anreizdefizits sollte einerseits der Zusammenhang zwischen der auszuführenden Übung und dem daraus resultierenden Ergebnis/Ziel klar sein und andererseits die Folgen daraus als lohnend wahrgenommen werden. Dabei kommt es in einem ersten Schritt darauf an, das richtige Ziel zu setzen. Was wünscht sich der*die Klient*in? Was möchte er*sie erreichen? Das Ziel sollte spezifisch, messbar, erreichbar, realistisch und zeitlich terminiert sein (Doran, 1981). Dieses Ziel kann sich während des Beratungsprozesses verändern. Unter Forscher*innen, die sich mit dem Thema Zielsetzung befassen, wird angenommen, dass Personen sich Ziele setzen, die höchst wünschenswert, aber dennoch erreichbar sind (Oettingen et al., 2001). Wenn sich Klient*innen also intuitiv Ziele setzen, die wünschenswert sind, bedeutet dies, dass der*die Therapeut*in dem*der Klient*in so viel Autonomie bei der Zielsetzung geben sollte, wie möglich. Die Folge wäre Ziele, die automatisch lohnende/wünschenswerte Ergebnisse nach sich ziehen.

Nicht nur die im vorherigen Kapitel über Flow beschriebene Passung zwischen Übung und Fähigkeiten der Person, sondern auch eine Passung zwischen Übung und angestrebtem Ziel sollte vorhanden sein. Dies kann der*die Therapeut*in einerseits erreichen, indem er*sie die Übung gut erklärt und den Zusammenhang zum Ziel herstellt – also Psychoedukation betreibt. Andererseits kann der*die Therapeut*in die aufgegebenen Übungen in den darauffolgenden Sitzungen aufgreifen und ressourcenorientiert mit den Fort-/Rückschritten des*der Klient*in umgehen. Das heisst, der*die Therapeut*in kann auf Veränderungen hinweisen, die in Richtung erwünschtes Ziel deuten und damit den Zusammenhang zwischen den getätigten Übungen und dem angestrebten Ziel verdeutlichen.

Wirksamkeitsdefizit

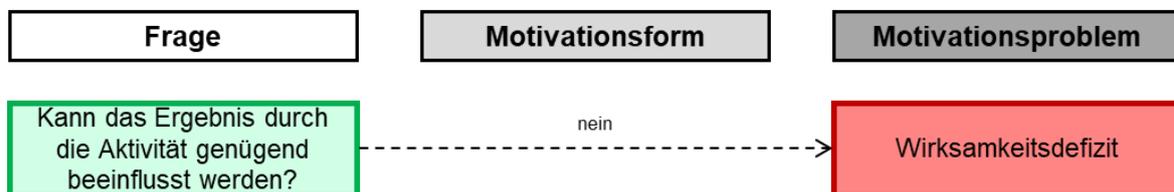


Abbildung 4. Wirksamkeitsdefizit (nach dem Modell von Rheinberg, 2004)

In der vorherigen Frage ging es darum den Klient*innen dabei zu helfen die Verbindung zwischen den Ergebnissen ihrer Körperübungen und den angestrebten Therapiezielen zu sehen. Die Frage in diesem Abschnitt setzt einen Schritt früher an, nämlich inwiefern die Klient*innen zuversichtlich sind, die Körperübungen so erfolgreich durchzuführen, um die nötigen Ergebnisse überhaupt zu erzielen. Dies kann der*die Therapeut*in unterstützen, indem er*sie die Aufmerksamkeit der Klient*innen während Körperübungen in den Sitzungen deutlich auf Veränderungsprozesse im Körper lenkt. Wenn sich Klient*innen nicht zutrauen sollten, diese Veränderungsprozesse allein ausserhalb der Sitzungen durch das Üben hervorzubringen, sollten Therapeut*innen gemeinsam mit den Klient*innen mögliche Barrieren explorieren, Lösungen erarbeiten und Fortschritte diesbezüglich regelmässig besprechen.

Dass sich die Person die Erreichung der Veränderungsprozesse beim Üben nicht zutraut, ist ein Beispiel mangelnder *Selbstwirksamkeitserwartung*. Dieser Begriff beschreibt inwiefern eine Person daran glaubt, die Fähigkeiten zu besitzen, um ein Ergebnis zu erzielen. Dies ist eine der Voraussetzungen dafür, um überhaupt in die Handlung zu kommen (Oettingen, 2001). Die Selbstwirksamkeitserwartung kann man grundsätzlich beeinflussen, indem man entweder die Kompetenzen der Person erhöht oder die Schwierigkeit der Aufgabe senkt.

Spezifisch kann nach Bandura (1986) die Selbstwirksamkeitserwartung einer Person durch vier Haupteinflussquellen erhöht werden:

1. **Mastery Experience:** Laut Bandura ist dies die effektivste Methode die Selbstwirksamkeit einer Person zu erhöhen. Erfolge stärken das Gefühl einer Person, die nötigen Fähigkeiten zur Erreichung eines Ziels zu besitzen. Dabei sollten nicht alle Erfolge so einfach sein, dass keine Anstrengung vonnöten ist. Sonst lernen Personen nicht mit möglichen Hindernissen umzugehen und geben bei den ersten Anzeichen von Misserfolg auf.
2. **Stellvertretende Erfahrung:** Der eigenen Person ähnliche Personen bei der Erreichung eines vergleichbaren Ziels zu sehen, erhöht den Glauben daran, das Ziel ebenfalls erreichen zu können. Je ähnlicher die stellvertretende Person, desto grösser ist gemäss Bandura der Zusammenhang.
3. **Sozialer Zuspruch:** Ein dritter Weg die Selbstwirksamkeit einer Person zu erhöhen, ist über den Zuspruch von Drittpersonen. Personen, die von aussen gesagt bekommen, dass sie die Fähigkeiten zur Zielerreichung besitzen, stecken mit grosser Wahrscheinlichkeit mehr und länger anhaltend Energie in den Zielerreichungsprozess.
4. **Verringern der Stressreaktionen:** Die letzte, und für die Sexualtherapie besonders interessante, Art Selbstwirksamkeit zu erhöhen, ist über den somatischen/emotionalen Weg. Bandura postuliert, dass sich Personen bei der Beurteilung ihrer Fähigkeiten teilweise auf ihren somatischen und emotionalen Zustand verlassen. Beispielsweise wird Stress oder Anspannung als Zeichen für Verletzlichkeit und schlechte Leistung gedeutet. D.h. die letzte Möglichkeit Selbstwirksamkeit zu erhöhen, besteht darin, die Stressreaktion einer Person zu reduzieren, ihren negativen Affekt abzumildern und die Missinterpretation ihres Körperzustandes (beispielsweise Stress) zu verändern. Es geht also nicht nur um die unmittelbaren Körperreaktionen, sondern ebenfalls um deren Interpretation/Bewertung. Beispielsweise kann eine affektive Erregung sowohl als energetisierende Kraft aber auch als Hindernis für Leistung interpretiert werden.

Diese vier Möglichkeiten die Selbstwirksamkeit einer Person zu erhöhen, können in der Sexualtherapie wie folgt konkret angewendet werden: 1) Übungen/Ziele mit dem*der Klient*in vereinbaren, die Erfolge zulassen aber nicht zu einfach sind (siehe auch Kapitel «Anreizdefizit»). 2) Im 1:1 Setting mit dem*der Therapeut*in können keine direkten Vergleiche mit ähnlichen Klient*innen stattfinden. Stellvertretend kann der*die Therapeut*in als Vorbild fungieren (dabei muss auf die Thematik Nähe-Distanz geachtet werden). Ebenso kann der*die Therapeut*in Geschichten von ähnlichen Klient*innen mit einem vergleichbaren Ziel zur Stärkung des Glaubens, dass der*die betroffene Klient*in es ebenfalls schaffen kann, erzählen. 3) Der Weg über den sozialen Zuspruch hielt bereits in anderen Kapiteln dieser Arbeit Einzug (siehe: 2.3.2.1 oder «Anreizdefizit»). Eine wertschät-

zende, verständnisvolle und vor allem ressourcenorientierte Haltung des*der Therapeut*in stärkt die Selbstwirksamkeit des*der Klient*in. 4) Ein weiterer (und Banduras letzter) Weg die Selbstwirksamkeit zu erhöhen, führt über körperliche/emotionale Vorgänge und deren Interpretationen. Der*die Therapeut*in kann mit dem*der Klient*in verschiedene Übungen zur Reduktion des Stresslevels durchführen, sodass die Person lernt die eigene Stressreaktion zu regulieren. Atem- und Bewegungsübungen (Reduktion der körperlichen Anspannung) oder Übungen zur Aktivierung des Vagusnervs (siehe Polyvagaltheorie) können hierbei besonders wirksam sein. Durch Achtsamkeitsübungen wiederum kann die negative Konnotation von Körperreaktionen, wie Stress in Neugierde/Interesse umgewandelt und korrigiert werden.

Volitionsdefizit

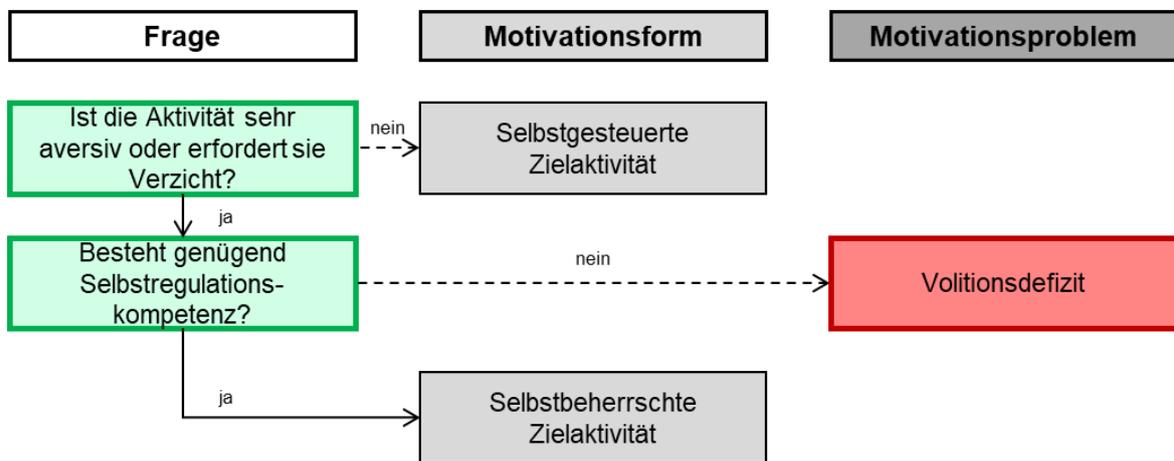


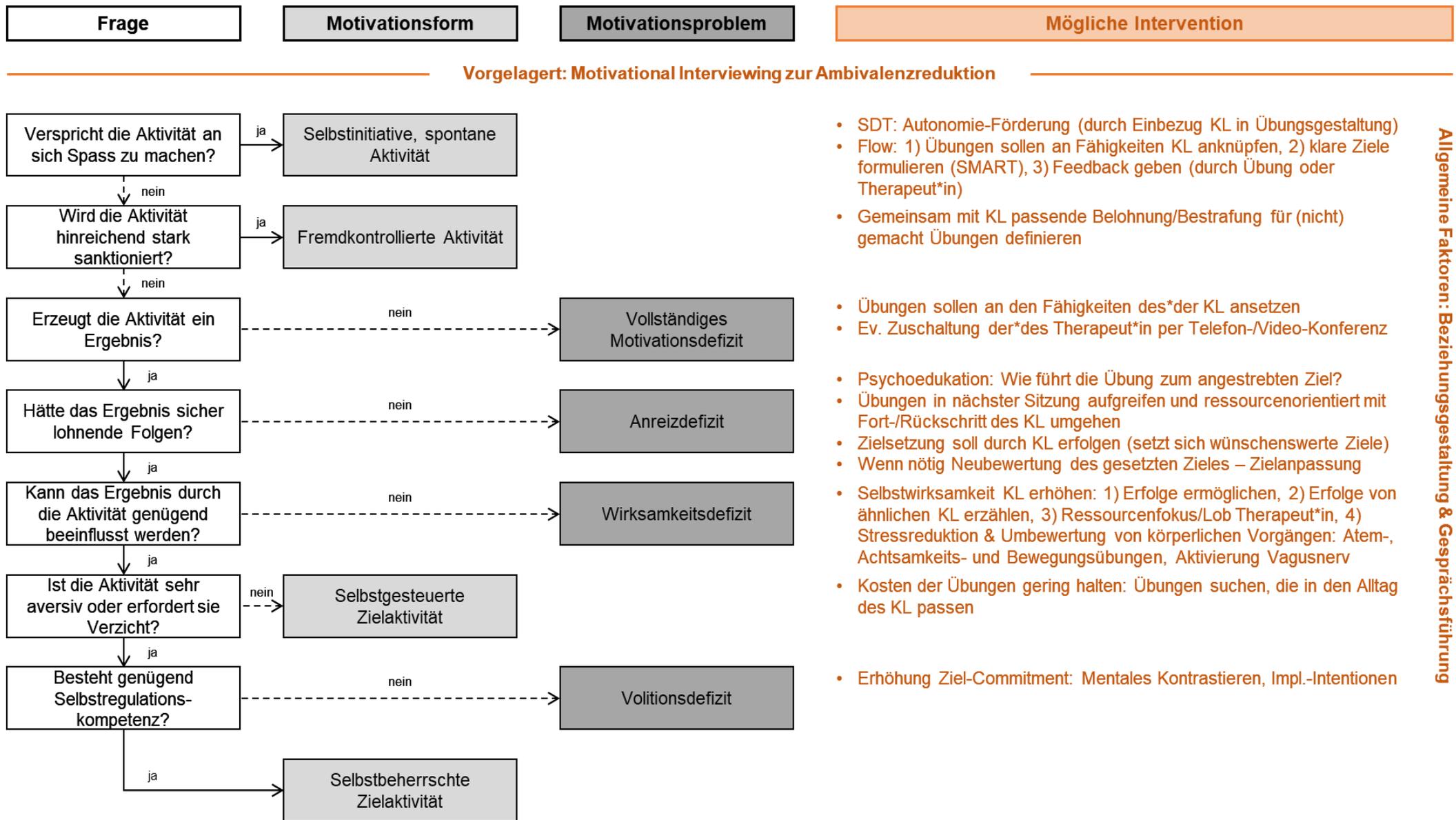
Abbildung 5. Volitionsdefizit (nach dem Modell von Rheinberg, 2004)

Zur Frage «Ist die Aktivität sehr aversiv oder erfordert sie Verzicht» wird in diesem Abschnitt lediglich kurz eingegangen, weil sie im Modell von Rheinberg nur indirekt mit einem Motivationsproblem assoziiert ist. Die aufgegebene Übung soll möglichst wenig aversiv sein und wenig Verzicht von der ausführenden Person erfordern, damit eine selbstgesteuerte Zielaktivität erfolgen kann. Niederschwellige Übungen, die eine Person in ihren Alltag einbauen kann, ohne dadurch auf anderes verzichten zu müssen oder Zeit zu verlieren, können eine gute Lösung sein. Auch hier kann der*die Therapeut*in mit dem*der Klient*in gemeinsam schauen, welche Art von Übung wann, wie lange etc. machbar ist, sodass die Kosten dafür geringgehalten werden.

Die zweite Frage befasst sich damit, ob genügend Selbstregulationskompetenz besteht, um allfällige Aversivität oder Verzicht zu überwinden. Hierfür relevant ist unter anderem die sogenannte Intention-Verhaltens-Lücke (Ajzen & Fishbein, 1974). Damit wird das Phänomen beschrieben, dass eine Person zwar die Absicht (*Intention*) haben kann eine gewisse Handlung auszuführen (*Verhalten*), dies aber nicht tut (*Lücke*). Für die Verhal-

tensausführung bis hin zur Zielerreichung muss die Person nämlich unter anderem ihre Umgebung zielführend gestalten, Ausdauer zeigen und Versuchungen widerstehen. Die Kompetenz, dies erfolgreich zu tun, wird als Volition bezeichnet (J. Heckhausen & Heckhausen, 2006). Überlegungen dazu, wie diese gefördert werden kann, sind in der Literatur zur Therapie- und Veränderungsmotivation rar (Wittchen & Hoyer, 2011).

Aus der Allgemeinen Psychologie sind jedoch mindestens zwei Techniken bekannt, die helfen die Intentions-Verhaltens-Lücke zu überwinden: Mentales Kontrastieren (Oettingen, 2001) und Implementations-Intentionen (Gollwitzer, 1999). Beim *mentalen Kontrastieren* stellt sich die Person einerseits ihre erwünschte Zukunft (ihr Ziel) und andererseits die möglichen Hindernisse, die sich in den Weg stellen könnten, vor. So wird für die Person klar, dass zur Erreichung des Ziels aktives Handeln erforderlich wird und Hindernisse überwunden werden müssen. *Implementations-Intentionen* helfen bei der Zielerreichung, indem sie Mittel und Wege hin zum gewünschten Ziel festlegen. Sie beinhalten ein genaues Wann, Wo und Wie die Handlung ausgeführt werden soll, damit das Ziel erreicht wird. Sie werden in einer Wenn-Dann-Form formuliert («Wenn Situation X auftritt, dann wird Verhalten Y ausgeführt»). D.h. der*die Therapeut*in kann den*die Klient*in Implementations-Intentionen formulieren lassen, wann, wie und wo das gewünschte Verhalten (Übung/Zielverhalten) durchgeführt werden soll. Die Wenn-Dann-Formulierung führt dazu, dass ein auftretendes Ereignis («**Wenn** ich die Zahnbürste in die Hand nehme...») automatisch mit einem bestimmten Verhalten gekoppelt wird («...**dann** schaukle ich dreimal mit meinem Becken»). Dies hilft u.a. die Übung nicht zu vergessen. Damit Implementations-Intentionen ihre volle Wirkung entfalten, sollte Folgendes beachtet werden: 1) Die Implementations-Intention mehrfach aufschreiben/laut aussprechen (besseres Memorisieren). 2) Ein ganz konkretes und wirklich auftretendes «Wenn» definieren. 3) Das «Dann» beim Aufschreiben/laut Aufsagen nicht vergessen und eine konkrete Handlung damit verknüpfen.



Allgemeine Faktoren: Beziehungsgestaltung & Gesprächsführung

Abbildung 6. Modell nach Rheinberg, ergänzt um die Interventionsvorschläge der Autorin dieser Arbeit.

3 FORSCHUNGSFRAGEN DES EMPIRISCHEN TEILS

Die Forschungsfragen für die empirische Untersuchung unterscheiden sich minimal von denjenigen vom theoretischen Hintergrund. Zur Vollständigkeit werden sie hier aufgeführt:

- Welche Rolle spielt Klient*innenmotivation in der sexologischen Berufspraxis? Speziell in Bezug auf das Übungsverhalten der Klient*innen?
- Wie sehr sind Sexolog*innen mit dem Problem der mangelnden Klient*innenmotivation im Berufsalltag konfrontiert?
- Welche Interventionen wenden Sexolog*innen an, um die Klient*innenmotivation für die Durchführung der Übungen zu erhöhen?

4 METHODE

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine qualitative Vorgehensweise gewählt. Im Gegensatz zur quantitativen erlaubt die qualitative Methodik eine sehr viel offenere Zugangsweise zum Forschungsgegenstand (Flick et al., 2011). In der qualitativen Forschung geht es weniger um möglichst grosse Datenmengen, die einen Rückschluss auf die Grundgesamtheit erlauben, als vielmehr um den Versuch zu verstehen, welche Bedeutung Individuen oder Gruppen einem sozialen oder menschlichen Problem beimessen (Creswell, 2009). Diese Methode erlaubt es der forschenden Person, je nach gewählter qualitativer Methode, genauer nachzufragen und in die Tiefe zu gehen.

Der Entscheid für eine qualitative Methode wurde aufgrund der offenen Fragestellung (keine vorgefertigten Hypothesen) und der bisher wenigen Studien zum Thema Klient*innenmotivation in der Sexualtherapie gewählt. Die primär induktive Vorgehensweise und die Möglichkeit mehr in die Tiefe als in die Breite (Masse) zu gehen, schienen dafür geeignet.

4.1 Studiendesign

Die Daten für die vorliegende Arbeit wurden anhand von 5 semistrukturierten Expert*inneninterviews erhoben. Die Befragung von Expert*innen erlaubt es kumulatives und spezialisiertes Wissen zu einem Themenbereich abzuholen (Meuser & Nagel, 2010). Anstelle von Befragungen einzelner Klient*innen kann so von jahrelanger Praxiserfahrung der Expert*innen profitiert werden. «Das ExpertInneninterview zielt auf den Wissensvorsprung, der aus der privilegierten Position der ExpertInnen in diesem Kontext resultiert» (Meuser & Nagel, 2010, S. 377). Ein Vorteil von Expert*inneninterviews gerade für die vorliegenden Fragestellungen ist, dass in diversen Studien die durch Therapeut*innen eingeschätzte Klient*innenmotivation (im Gegensatz zur durch die Klient*innen selbst eingeschätzten Motivation) mit Therapieerfolg zusammenhing (Baer et al., 1980; Conrad,

1952; Strupp et al., 1963). Das bedeutet, selbst wenn Expert*innen die Motivation ihrer Klient*innen falsch einschätzen, hat das, was sie als «Klient*innenmotivation» bezeichnen einen positiven Einfluss auf das Therapieergebnis (siehe Kapitel 2.2.1).

Meuser und Nagel (2010) beschreiben das leitfadengestützte offene Interview als angemessenes Erhebungsinstrument für Expert*inneninterviews. Vorteil dieser Form des Interviews ist es, dass ein gewisser Fokus bei gleichzeitiger Offenheit gewahrt werden kann. Eine gänzlich unstrukturierte Vorgehensweise, wie beispielsweise bei einem narrativen Interview, könnte den Expert*innen einerseits das Gefühl eines*r inkompetenten Gesprächspartner*in geben und andererseits die Gefahr bergen, dass das Expert*innenwissen, aufgrund des fehlenden Fokus, nicht optimal genutzt würde (Meuser & Nagel, 2010). Damit die Expert*innen sich in ihrem Redefluss und der Gewichtung, die sie den einzelnen Themen geben, trotzdem nicht eingeschränkt fühlen, erlaubt diese Form des Interviews eine gewisse Flexibilität in der Durchführung. So kann trotz gezieltem Abfragen der wichtigsten Themen ein angenehmes und flüssiges Gespräch zwischen Interviewer*in und Expert*in entstehen.

Aus Gründen der Zumutbarkeit und Überschaubarkeit des Themengebiets wurde für die einzelnen Interviews eine Zeitspanne von 30 Minuten eingeräumt. Dieser Rahmen wurde nur auf Wunsch der Befragten ausgeweitet. Die Interviews wurden über die Online-Plattform Zoom durchgeführt - dies aufgrund von Kosten-, Effizienz-, und Gesundheitsüberlegungen (Corona-Pandemiejahr 2022). Die Interviews wurden im Zeitraum vom 13. April – 3. Mai 2022 durchgeführt.

4.2 Entwicklung des Interviewleitfadens

Der Leitfaden wurde nach dem SPSS-Prinzip von Cornelia Helfferich (2011) entwickelt. Dieses Prinzip erlaubt es, ganz in Einklang mit den Ausführungen zum semistrukturierten Interview (siehe vorheriges Kapitel), einen Leitfaden so offen wie möglich, so strukturierend wie nötig zu erarbeiten (Helfferich, 2011). Formal setzt sich der Leitfaden aus drei Stufen zusammen: 1) In einem ersten Schritt wird durch die Erzählaufforderung den Teilnehmenden die Möglichkeit gegeben sich so frei wie möglich zu äussern und alles Wichtige anzusprechen. 2) Nur die für das Forschungsinteresse wichtigen Aspekte, die nicht oder ungenügend von den Teilnehmenden angesprochen/ausgeführt wurden, werden in einem zweiten Schritt vom*von der Interviewer*in nachgehakt. 3) Abschliessend werden strukturierte und vorformulierte Fragen gestellt. Der Fragebogen, der gemäss SPSS-Prinzip für die Expert*inneninterviews dieser Forschungsarbeit entwickelt wurde, befindet sich im Anhang. Er gliedert sich in drei Themenbereiche: 1) Wichtigkeit von Klient*innenmotivation, 2) Verständnis von Klient*innenmotivation und 3) Beeinflussung der

Klient*innenmotivation/Interventionen. Auf einzelne Überlegungen bzgl. dem Aufbau wird nachfolgend eingegangen.

Das Ziel des 1. Teils des Leitfadens war, herauszufinden, wie wichtig Klient*innenmotivation aus Sicht der Expert*innen für eine erfolgreiche Therapie ist. Um dies zu erreichen, wurde der Begriff «Klient*innenmotivation» vorerst nicht verwendet. Stattdessen wurden die Expert*innen offen nach ihrer Definition einer erfolgreichen Therapie gefragt. Ansonsten hätte die Befragerin mit der (möglicherweise falschen) Vorannahme, dass Klient*innenmotivation ein wichtiger Faktor für eine erfolgreiche Therapie ist, die Expert*innen bereits zu Beginn beeinflusst. Wenn Klient*innenmotivation nicht genannt wurde, wurde dies am Ende des ersten Teils nachgefragt (eine entsprechende Anweisung wurde im Leitfaden festgehalten). Erst zum Schluss des 1. Teils des Interviews wurde den Teilnehmenden das eigentliche Thema der Befragung (Klient*innenmotivation) mitgeteilt. Um Missverständnissen und Missinterpretationen vorzubeugen, war das Ziel des 2. Teils des Leitfadens ein gemeinsames Verständnis in Bezug auf den Motivationsbegriffs (Veränderungsmotivation vs. Therapiemotivation) zwischen Befragerin und Expert*in zu erlangen. Gleichzeitig sollten die Expert*innen die Möglichkeit erhalten ihre Interpretation des Begriffs einzubringen und aus ihrer Praxiserfahrung mit motivierten/unmotivierten Klient*innen zu berichten. Der Hauptteil der Befragung stellte der 3. Teil der Befragung dar, in welchem die Expert*innen nach spezifischen Intervention zur Erhöhung der Motivation befragt wurden.

4.3 Stichprobe

Die Gründe für die Wahl von Expert*innen zur Untersuchung der Forschungsfragen wurden bereits in Kapitel 4.1 ausgeführt. Den Expert*innenbegriff definieren Meuser und Nagel (2010, S. 376) wie folgt:

Als Experte oder Expertin wird mithin nicht jedermann oder jedefrau interviewt, sondern nur solche Akteure, die sich durch eine „institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit“ (Hitzler/Honer/Maeder 1994) auszeichnen; „der Experte besitzt die Möglichkeit zur (mindestens partiellen) Durchsetzung seiner Orientierungen. (Bogner/Menz 2002: 46)

Als weitere Kriterien für die Definition einer*eines Expert*in führen die Autorinnen an, dass die Person eine gewisse Verantwortung tragen und einen privilegierten Zugang zu Informationen besitzen muss. Passende Expert*innen wurden von der Autorin dieser Arbeit im Internet (Suchbegriff «Sexologin AND Sexocorporel») gesucht, gefunden und direkt per E-Mail angeschrieben. Einschlusskriterien waren:

- Sie mussten seit mindestens 5 Jahren Sexualtherapie nach Sexocorporel praktizieren

- Sie mussten der deutschen Sprache mächtig sein

Es bestanden keine Einschränkungen hinsichtlich Alter, Geschlecht, Erst- oder Zusatzausbildungen. Rekrutiert wurden 5 Expert*innen (3 w, 2 m), 4 Personen aus der Schweiz und eine Person aus Deutschland. Dadurch, dass alle befragten Personen seit mindestens 5 Jahren Sexualtherapie nach Sexocorporel praktizierten, erfüllten sie die von Meuser und Nagel (2010) aufgestellten Kriterien um als Expert*in auf ihrem Gebiet zu gelten.

4.4 Untersuchungsablauf

Da die Interviews online stattfanden, wurden den Interviewteilnehmenden vorgängig die Einverständniserklärungen (siehe Anhang) per Post (und in einem Fall per Mail) zugeschickt. Alle Teilnehmenden retournierten die unterschriebene Einverständniserklärung vor ihrem individuell terminierten Interviewtermin. Sowohl in der Mail-Anfrage für die Interviewteilnahme als auch auf der Einverständniserklärung wurde, aus den in Kapitel 4.2 aufgeführten Gründen, bewusst auf die Verwendung der Begriffe «Klient*innenmotivation» oder «Motivation» verzichtet. Die Online-Durchführung erlaubte es den Expert*innen an einem von ihnen gewählten Ort teilzunehmen. Aufgrund des bereits seit über 2 Jahren andauernden Corona-Pandemie bedingten Ausnahmezustandes, konnte die Autorin der vorliegenden Arbeit davon ausgehen, dass eine Online-Teilnahme für keine*n der Expert*innen ein Problem darstellen würde – was sich bewahrheitete. Die Interviewerin schickte den Teilnehmenden den Link für die Einwahl zu ihrem Interviewtermin per Mail 1-2 Tage im Voraus zu und bat sie sich 5 Minuten vor Gesprächsbeginn einzuwählen.

Zu Beginn des Interviews begrüßte die Interviewerin den*die Expert*in und erklärte ihm*ihr den Ablauf und die Dauer des Gesprächs. Danach folgten Ausführungen zum Datenschutz. Erst nachdem die Teilnehmenden ihr mündliches Einverständnis zu den Datenschutzrichtlinien gegeben hatten, startete die Interviewerin die Aufnahme des Gesprächs – direkt über die Zoom-Plattform. Bevor das eigentliche Interview startete, wies die Interviewerin darauf hin, dass es keine falschen Antworten gibt und die Teilnehmenden frei ihre persönlichen Meinungen und Erfahrungen teilen dürfen. Danach wurde das Interview entlang der drei Hauptthemen (siehe Kapitel 4.2) durchgeführt. Da diese logisch aufeinander aufbauen, musste die Reihenfolge eingehalten werden. Jedoch bestand Spielraum innerhalb der Hauptthemen auf gewisse Punkte früher/später einzugehen oder länger/kürzer bei ihnen zu verweilen. Ebenfalls bestand die Möglichkeit auf vorhergehende Themen zurückzukommen. Die Interviewerin hörte aufmerksam zu, damit sie bereits Angesprochenes zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgreifen konnte und nicht Gefahr lief unnötige Fragen zu stellen. Sie fertigte während der Gespräche keine Notizen an. Dieses Vorgehen führte zu einem angenehmen Gesprächsfluss und erzeugte einen unter diesen Umständen grösstmöglichen natürlichen Gesprächsverlauf. Vor Beendigung jeden

Gesprächs wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie etwas hinzufügen oder besonders betonen möchten, was nicht oder nur am Rande besprochen wurde. Danach bedankte sich die Interviewerin für das Gespräch, verabschiedete sich und beendete das Zoom-Meeting.

Die Aufnahme des Gesprächs wurde automatisch, separat als Video- und Audiodatei, nach Beendigung des Meetings auf dem lokalen Datenträger der Interviewerin gespeichert. Alle Interviews wurden von der Autorin dieser Arbeit selbst durchgeführt.

4.5 Transkription

Die Transkription wurde an eine externe Fachperson übergeben. Die Transkripteurin musste vorgängig eine Verschwiegenheitserklärung (siehe Anhang) unterzeichnen. Alle Interviewpartner*innen wurden vor ihrem Interview (über die Einverständniserklärung) über die Tatsache einer externen Transkription informiert und gaben ihr Einverständnis dazu. Damit die Anonymität der Teilnehmenden auch gegenüber der Transkripteurin gewahrt werden konnte, sprach die Interviewerin die Expert*innen, mit deren Einverständnis, nur mit Vornamen an. Die Transkripteurin erhielt lediglich die Audio-, nicht die Videodateien.

4 der 5 Interviews wurden auf Schweizerdeutsch durchgeführt und direkt bei der Transkription ins Hochdeutsche übersetzt. Das letzte Interview fand in Schriftsprache statt. Es wurde wörtlich, unter Einhaltung der folgenden Regeln, transkribiert:

- Alles Nonverbale wurde in Klammern kurz und kursiv beschrieben: (*nickt*), (*zögert*), (*leise*), (*betont*) usw. Dazu gehören auch die Pausen, z.B. (*kurze Pause*), (*Pause*), (*längere Pause*). Passagen, die für die Transkripteurin unverständlich waren, wurden folgendermassen ausgewiesen: (*unverständlich*).
- «Ähm» usw. gehört zur gesprochenen Sprache und wurde nicht in Klammern gesetzt.
- Sogenannte Einwürfe des Gegenübers während des Interviews, z.B. eine Unterbrechung, wurden ebenfalls kursiv und zusätzlich in eckigen Klammern geschrieben: [*unterbricht*].
- Die Aussagen wurden durchnummeriert.

Damit keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind und die Anonymität der Interviewten gewährleistet werden kann, wurden persönliche Informationen und herausstechende Merkmale anonymisiert. Wenn ein*e Expert*in beispielsweise einen speziellen beruflichen Werdegang vor der Tätigkeit als Sexolog*in erwähnte, wurde dies im Transkript folgendermassen anonymisiert: [*Berufsbezeichnung*].

4.6 Datenauswertung

Für die Auswertung der 5 Interviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse, angelehnt an Kuckartz (2012), verwendet. Diese streng regelgeleitete Methode bietet den Vorteil, dass sie qualitativ-interpretativ grosse Datenmengen zu bewältigen vermag (Mayring & Fenzl, 2014). Das bedeutet, dass trotz der Möglichkeit der Verarbeitung vieler Daten die Tiefe der qualitativen Auswertung, die es erlaubt auch latente Sinngehalte zu erfassen, gewährleistet werden kann. Die Auswertung erfolgte mithilfe des Computerprogramms MAXQDA. In der Literatur besteht Einigkeit darüber, dass die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse, eine Unterkategorie der qualitativen Inhaltsanalyse, die für die vorliegende Arbeit als Methode verwendet wurde, das inhaltsanalytische Kernverfahren ist (Kuckartz & Rädiker, 2022). Bei dieser Kernmethode wird das Datenmaterial typischerweise in mehreren Codierdurchläufen codiert (Kuckartz & Rädiker, 2022).

Da die Autorin der vorliegenden Arbeit alle Interviews durchgeführt und die Transkripte überarbeitet hat, fiel der erste Schritt «initiierende Textarbeit», den Kuckartz und Rädiker (2022) vorschlagen weg. In einem ersten Schritt wurden auf Basis des erstellten Leitfadens induktive Kategorien gebildet. Diese Hauptkategorien und ihre Beschreibungen, sowie Beispiele zu deren Anwendung finden sich in Tabelle 1 und 2. Bei der Kategorienbildung hielt sich die Autorin streng an die von Kuckartz empfohlenen Kriterien: 1) Kategorien besitzen einen engen Bezug zu den Forschungsfragen, 2) Kategorien sind erschöpfend, 3) Kategorien sind trennscharf, 4) Kategorien sind wohlformuliert, 5) Sie besitzen innere Kohärenz, 6) die Hierarchiestufen (in Bezug auf Subkategorien) werden eingehalten, 7) Kategorien sind verständlich und nachvollziehbar.

Tabelle 1

Codierhandbuch mit den Hauptkategorien – Teil 1

| Kategorie | Inhaltliche Beschreibung | Anwendung der Kategorie | Beispiele für Anwendungen |
|--|---|---|--|
| Definition Therapieerfolg | Alle Nennungen dazu, wie die Befragten Therapieerfolg definieren/verstehen | Zum Beispiel Nennungen auf die Frage, was für sie eine erfolgreiche Therapie ist. Aber auch ungefragte Aussagen, die etwas darüber aussagen, was die Person unter einer erfolgreichen Therapie versteht | <i>B: ...die erfolgreiche Therapie ist, wenn am Schluss die Person dasteht und mir ehrlich sagt, sie es geht mir besser.</i> |
| Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Therapie | Alle von den Befragten genannten Faktoren, die zu einer erfolgreichen Therapie führen | Die Frage, die hier gestellt wird, heisst: Welche Faktoren führen zu einer erfolgreichen Therapie? | <i>B: Aber ehrlich sein, nicht nur dem Klient gegenüber sondern eine erfolgreiche Therapie hängt extrem von der Ehrlichkeit vom Therapeut sich selber gegenüber ab.</i> |
| Anzeichen für Motivation | Alle Nennungen darüber, welche Anzeichen die Befragten bei den Klient*innen dafür wahrnehmen, dass sie motiviert sind. | Es kann folgende Frage gestellt werden: Woran merkt die befragte Person, dass ein*e Klient*in motiviert ist? | <i>B: Also ganz typisch im Sexocorporel, wo man auch die Körperübungen macht und mit nach Hause gibt, ähm wenn sie sie zuhause machen, merkt man die Motivation ist sehr hoch</i> |
| Häufigkeit von unmotivierten KL | Alle Nennungen (Zahlen, Prozente aber auch Begriffe über Häufigkeiten), die etwas darüber aussagen, wie häufig es vorkommt, dass Klient*innen in der Sexualtherapie unmotiviert sind. | Beispielsweise Antworten auf die Frage der Interviewerin nach der Häufigkeit von unmotivierten Personen in der Sexualtherapie. | <i>I: Kannst du mal kurz sagen, wie häufig es vorkommt, dass jemand nicht so motiviert ist, wenn er bei dir in der Therapie ist, oder sie? B: Ich habe es noch nie statistisch erfasst, aber ich würde sagen, so bei einem Viertel sicher, oder wo das ein wichtiges Thema ist.</i> |
| Unterschiede in der Motivation | Alle Nennungen dazu, welche Unterschiede die Befragten im Hinblick auf Motivation wahrnehmen. Diese Unterschiede können zwischen Personen, Anliegen, Art von Übungen etc. beobachtet worden sein. | Beispielsweise wenn ein*e Befragte*r davon erzählt, dass es für eine Art von Übung, eine Art von Anliegen oder gewisse Personengruppen mehr/weniger Motivation braucht, um die für den Therapiefortschritt nötigen Übungen auszuführen. | <i>B: Ähm das Einte ist der ganze Bereich von der Pädosexualität, wo Menschen kommen wegen, ähm, und sagen, ich muss einen Umgang damit finden. Muss man ihnen eigentlich etwas wegnehmen, weil sie es nicht erleben dürfen.</i> |

Anmerkung. KL = Klient*in. B = Befragte*r. I = Interviewerin.

Tabelle 2

Codierhandbuch mit den Hauptkategorien – Teil 2

| Kategorie | Inhaltliche Beschreibung | Anwendung der Kategorie | Beispiele für Anwendungen |
|---|---|---|--|
| Hindernisse für Motivation | Alle Aussagen dazu, welche Hindernisse es für Klient*innen gibt, nicht genügend Motivation für die Durchführung von Übungen aufzubringen. | Es kann die folgende Frage gestellt werden: Welche Faktoren verhindern, dass eine Person in die Motivation kommt, die Übungen der Sexualtherapie zuhause durchzuführen? | <i>B: Aber es kann natürlich manchmal Leute geben, wo man sich fragt, ist es jetzt der richtige Zeitpunkt, dass sie sich damit beschäftigen? Und das mache ich auch zum Thema oder wäre es vielleicht nicht besser noch ein bisschen zu warten, bis sie die Motivation haben einzusteigen.</i> |
| Interventionen zur Erhöhung der Motivation | Alle genannten Interventionen, die Klient*innenmotivation erhöhen. | Es kann folgende Frage gestellt werden: Welche Interventionen helfen die Klient*innenmotivation zu erhöhen? | <i>B: Wie könnten sie, ähm, das so ein bisschen in den Alltag integrieren? Das ist etwas, das ich immer versuche. Das steigert die Motivation gewisse Sachen in den Alltag zu integrieren, dass es nicht wie ein Zusatzaufwand ist.</i> |
| Sonstiges | Alle Nennungen, die in keine der Kategorien passen, aber dennoch eine gewisse Wichtigkeit besitzen könnten. | Beispielsweise Nennungen darüber, mit welchem Anliegen Klient*innen in die Therapie kommen oder Antworten, die nicht direkt zur gestellten Frage der Interviewerin passen. Die Antworten können dann irrelevant für die Beantwortung der Fragestellung und trotzdem interessant sein. | <i>I: Gibt es noch andere Sachen, die Sie machen, vielleicht explizit, vielleicht auch gar nicht so überlegt, um die Motivation zu erhöhen? Also gerade wenn Sie sagen, manchmal kommen Frauen mit Lustlosigkeit, habe ich jetzt raus gehört. Oder auch Männer... B: [Unterbricht] Es kommen immer mehr Männer mit Lustlosigkeit.</i> |

Anmerkung. KL = Klient*in. B = Befragte*r. I = Interviewerin.

Nachdem die Hauptkategorien feststanden, wurden in einem zweiten Schritt 3 der 5 Interviews entlang der Hauptkategorien codiert und dabei induktiv Subkategorien für jede Hauptkategorie gebildet. Als nach Abschluss des 3., so analysierten, Interviews keine neuen Subkategorien mehr hinzukamen, wurde das bis anhin aufgestellte Kategoriensystem (mit Haupt- und Subkategorien) als erschöpfend angesehen. Vor dem letzten Schritt wurden die Subkategorien sinnvoll geordnet, zusammengefasst und nach Bedarf weiter unterteilt. Endresultat war ein finales Kategoriensystem, welches zwischen 2 bis 5 Hierarchiestufen, 8 Hauptkategorien (siehe Tabellen 1 und 2) und insgesamt 83 Subkategorien (verschiedener Hierarchiestufen) aufwies. Anhand dieses finalen Systems wurden alle 5 Interviews (teilweise erneut) codiert. Wichtige Textpassagen, die keiner der Kategorien zugeordnet werden konnten, wurden in einer Restkategorie «Sonstiges» gesammelt.

4.7 Datenschutz und Forschungsethik

Alle Teilnehmende unterzeichneten eine Einverständniserklärung (siehe Anhang), in welcher sie über ihre Rechte, den Rahmen des Interviews und den Umgang mit ihren Daten informiert wurden. Die Transkripteurin unterzeichnete eine Verschwiegenheitserklärung, erhielt lediglich die Audio-, nicht die Videoaufzeichnungen und wurde nicht über die Nachnamen der Teilnehmenden informiert. Die Audio- und Videoaufzeichnungen werden umgehend nach Abgabe der Masterarbeit gelöscht, die Einverständniserklärungen spätestens 5 Jahre danach. Zitate der Teilnehmenden werden in anonymisierter Form dargestellt, sodass kein Rückschluss auf die Person möglich ist. Die Transkripte wurden von der Autorin dieser Arbeit, wie in Kapitel 4.5 ausgeführt, anonymisiert.

5 ERGEBNISSE

5.1 Forschungsfrage 1: Welche Rolle spielt Klient*innenmotivation in der sexologischen Berufspraxis? Spezifisch in Bezug auf das Übungsverhalten der Klient*innen?

Die 1. empirische Forschungsfrage dieser Arbeit lautete: Welche Rolle spielt Klient*innenmotivation in der sexologischen Berufspraxis? Wie in Kapitel 4.2 beschrieben, stellte die Interviewerin diese Frage nicht direkt. Stattdessen fragte sie nach der Definition einer erfolgreichen Therapie und welche Faktoren dazu beitragen. So wurden nicht nur Zusatzinformationen gewonnen, sondern auch gewährleistet, dass Personen Motivation nicht bloss aufgrund der Nennung durch die Interviewerin als wichtigen Faktor aufzählen. Wenn Motivation nicht durch die Teilnehmenden genannt wurde, hakte die Interviewerin am Ende des 1. Teils des Interviews spezifisch nach. Aus diesem Vorgehen ergaben sich für die Auswertung zwei Subcodes (Hauptkategorie = Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Therapie): «Motivation (selbstgenannt)» und «Motivation «nicht selbstgenannt»». Vor der Auswertung dieser zwei Subcodes wird aufgeführt, was die Expert*innen unter einer «erfolgreichen Therapie» verstanden. Obwohl dies nicht direkt Thema der vorliegenden Arbeit ist, ist es für das Verständnis der*des Leser*in ausschlaggebend. Nachfolgende Aussagen der Expert*innen über Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Therapie stützen sich auf diese vorgängigen Definitionen. Zum Schluss dieses Kapitels wird auf den Zusammenhang von Übungsverhalten und Therapieerfolg sowie Übung und Motivation eingegangen.

5.1.1 Definition «erfolgreiche Therapie»

[...] was ist dann die erfolgreiche Therapie? (kurze Pause) die erfolgreiche Therapie ist, wenn am Schluss die Person dasteht und mir ehrlich sagt, sie es geht mir besser. [...] Oder es stimmt. Möglicherweise geht es mir nicht besser, aber es ist der richtige Schritt in meiner Entwicklung gewesen. (B3³, 196 – 201)

Wie an diesem Zitat aus Interview 3 ersichtlich, war es für die Teilnehmenden nicht einfach eine klare Definition für Therapieerfolg zu finden. B3 beispielsweise nahm im Verlauf des Interviews mehrfach Korrekturen an der Eingangsdefinition vor und war bis zum Schluss des Interviews u.a. mit dieser 1. Frage beschäftigt.

³ Die Interviews der Befragten werden mit B1, B2, B3, B4, B5 abgekürzt. Zitate aus den Interviews werden mit Verweis auf die Absatznummern belegt, im Format Bx: yy - yy; B3: 196 - 201 würde also auf die Absätze 196 - 201 im 3. Interview verweisen.

In einem Punkt waren sich alle Interviewteilnehmenden einig: Therapieerfolg ist sehr subjektiv und misst sich in Abhängigkeit von dem*der Klient*in und ihrem*seinem Anliegen/Ziel. B1 sagte beispielsweise: «Es geht darum, was die Leute wollen, die zu mir kommen und das ist, dort muss sich ja der Erfolg messen» (B1, 17 – 19). Und B2 drückte es wie folgt aus: «Also die Erfolgs, ähm, Definition ist ja auch sehr subjektiv von wie viel und was müsste für jemand klappen, oder anders sein. In der Regel kommt das verbal zurück» (B2, 10 – 12). Obwohl eine erfolgreiche Therapie sehr subjektiv zu sein scheint, werden gewisse Indikatoren von den Expert*innen öfters genannt.

5.1.1.1 Dem Ziel näherkommen oder es erreichen

Ein klarer Indikator dafür, dass eine Therapie erfolgreich ist, ist wenn die Klient*innen ihrem Ziel näherkommen oder es gar erreichen: «Ich nehme an mit Erektionsschwierigkeiten, wenn die Erektion, dann besser funktioniert, ist das doch schon ein Erfolg» (B1, 13 – 14). Oder aus Interview 3:

[...] wenn wirklich ein sexuelles Problem dann einfach behoben ist, die Person hat keinen Vaginismus mehr, die Person hat keine, die Erektion funktioniert wieder, so Sachen die sind dann für mich, da kann man dann doch irgendwie sagen, das ist ein Erfolg. (B3, 363 – 367)

Laut Aussagen von B1 ist «das Funktionieren» ein häufiges Anliegen von Klient*innen, die eine Sexualtherapie in Anspruch nehmen. Somit ist die Therapie dann erfolgreich, wenn «[...] die Leute sexuell wieder so funktionieren, dass es überhaupt zu sexuellen Interaktionen kommt» (B1, 22 – 23).

5.1.1.2 Änderung/Erweiterung des Ziels

Nicht nur das Erreichen des anfänglichen Ziels (und oft damit einhergehend «das Funktionieren») kann ein Indikator für Erfolg sein, sondern auch die Abänderung oder Erweiterung desjenigen. B3 berichtete beispielsweise von Frauen mit Vaginismus, die ihr ursprüngliches Ziel (penetrativen Geschlechtsverkehr) zwar nicht erreicht aber für sich eine andere Form der Sinnlichkeit gefunden haben, um ihre Sexualität zu leben. Laut B5 ändern sich Ziele im Verlauf der Therapie häufig, weil Personen anfangs den Wald vor lauter Bäumen nicht sehen und erst mit der Zeit herausfinden, was sie eigentlich wollen.

5.1.1.3 Zielablösung

Die Zielablösung ist gemäss Expert*innen ein weiterer Indikator für Therapieerfolg. Sie kann mit dem vorherigen Punkt (Änderung/Erweiterung des Ziels) verbunden sein. Nachdem eine Zielablösung stattgefunden hat, kann beispielsweise Raum für ein neues Ziel/eine Änderung des Ziels entstehen. Einen Umgang damit zu finden, was sich nicht

ändern lässt, kann nicht nur eine Schwierigkeit für den*die Klient*in darstellen, sondern je nachdem auch die Liebesbeziehung herausfordern:

Ja, und vielleicht ist das dann eine Entscheidung, zu der man kommt, dieses Thema ist für mich abgeschlossen. Ich mag gar nicht mehr darin investieren und das geht darum, wenn man in einer Paarsituation ist, zu schauen, was heisst das für die Paarsituation? Wie geht man damit um als Paar? (B4, 186 – 190)

Trotzdem ist es laut Expert*innen wichtig, dass Klient*innen ihre Grenzen erkennen und, wenn nötig, sich von Zielen verabschieden, die unrealistisch oder nicht (mehr) wünschenswert sind.

Also nicht nur die Problemlösung (dem Ziel näherkommen oder es erreichen), auch die Abänderung/Erweiterung des Ziels oder gar die Ablösung davon, kann laut Expert*innen als Therapieerfolg gewertet werden. Diesen drei Indikatoren für Therapieerfolg ist gemein, dass eine Veränderung (in welche Richtung, sei dahingestellt) stattfindet, sich eine Person (weiter-)entwickelt, bzw. nicht stehen bleibt. Die Expert*innen nutzen dabei das Ziel der Klient*innen als Referenzpunkt, um Erfolg zu messen.

Nebst dem Ziel kann auch die Zufriedenheit der*des Klient*in als Referenzwert verwendet werden. Eine Textpassage aus dem 4. Interview fasst das bisher Festgehaltene gut zusammen:

I⁴: Erfolgsfaktor in der Sexualtherapie. Wie merkst du, dass eine Therapie erfolgreich ist, oder woran, merkst du es?

B: (Kurze Pause) an der Kundenzufriedenheit schlussendlich. Also wenn die Menschen, die mit einem Anliegen kommen und entweder das Anliegen im Sinne von einer Problemlösung, es so ändern konnten, wie sie wollten, oder einen Umgang gefunden haben mit dem Teil, der sich nicht ändern lässt. (B4, 1 – 6)

Bei der Klient*innenzufriedenheit sind sich die Expert*innen uneinig. B5 erzählte zum Beispiel, dass ihre Klient*innen manchmal nicht zufrieden sind, weil es ihnen nicht schnell genug geht. Trotzdem würde B5 diese Therapien nicht als erfolglos bezeichnen, weil die Klient*innen möglicherweise gar nicht sehen, dass sie bereits auf einem guten Weg sind. Auch B4 spricht davon, dass Klient*innen gewisse Veränderungen erst wahrnehmen, nachdem sie darauf aufmerksam gemacht wurden:

[...] oft kommt die Rückmeldung, es hat sich nichts geändert und ich frage dann genau nach und merke, ah doch dort hat sich irgendwas, also manchmal muss man den Menschen, die Möglichkeit geben, zu sehen, dass sich etwas, auch wenn es kleine Sachen sind, dass sich doch was verändert hat. (B4, 148 – 152)

⁴ I = Interviewerin; B = Befragte*r

Das bedeutet, dass die Klient*innenzufriedenheit je nach Perzeptivität für Veränderung Schwankungen unterlegen ist und nicht zwingend zu jedem Zeitpunkt als Referenzwert für Therapieerfolg betrachtet werden kann. Auch B3 berichtet, dass es einer*m Klient*in nicht besser gehen muss, um sagen zu können, dass ein richtiger Schritt in deren*dessen Entwicklung geschehen ist.

Therapieerfolge können, wie am Zitat von B2 weiter oben deutlich wird, verbal von den Klient*innen rückgemeldet werden. Jedoch gibt es auch andere Formen für Expert*innen zu merken, dass eine Therapie auf dem Erfolgskurs ist. «[...] wenn man jemand länger in der Therapie hat, sieht man es auch an der Ausstrahlung. Gerade bei Frauen mit Dyspareunie und Vaginismus die wirken nach einem Jahr einfach offener» (B2, 13 – 15).

Laut Expert*innen ist Therapieerfolg also eine Veränderung/Weiterentwicklung in Bezug auf das Ziel der Klient*innen und somit individuell unterschiedlich. Dies kann in Form einer Annäherung, Änderung oder Ablösung des Ziels geschehen. Als Referenzwerte werden einerseits das Ziel der Klient*innen und andererseits die Klient*innenzufriedenheit verwendet. Rückgemeldet kann dieser Therapieerfolg verbal durch die Klient*in oder über eine beobachtbare Veränderung am*an der Klient*in (beispielsweise Ausstrahlung) werden.

5.1.2 Motivation (selbstgenannt)

Mit der Frage, welche Faktoren zu Therapieerfolg führen, wollte die Interviewerin herausfinden, wie oft «Klient*innenmotivation» genannt wird. Bei der Auswertung wurden 3 Nennungen dem Subcode «Motivation (selbstgenannt)» zugeordnet. Dies könnte so ausgelegt werden, dass die Mehrheit der befragten Personen (3 von 5) Motivation von selbst als wichtigen Faktor für eine erfolgreiche Therapie genannt haben. Von den 3 hat jedoch lediglich eine Person Motivation explizit als «Faktor für eine erfolgreiche Therapie» aufgezählt. Auf die Frage, welche Faktoren zu einer erfolgreichen Therapie führen, antwortete die Person: «[...] es braucht, dass man dran bleibt. Es braucht ein Dabeibleiben, eine Motivation der Klienten, es ist nicht so, dass ich etwas verändern kann und das müssen sie begreifen» (B2, 31 – 33). Um die Zuordnung der anderen zwei Nennungen zum Subcode «Motivation (selbstgenannt)» zu verstehen, braucht es mehr Kontext.

B1 nannte Motivation nicht explizit als einzelnen Faktor für eine erfolgreiche Therapie, jedoch verwies die Person darauf, dass ein*e Klient*in im Verlauf der Sexualtherapie in die Motivation für Körperübungen gebracht werden muss. Für das Verständnis hier der Auszug aus dem 1. Interview:

I: Mhmm, also dein Wissen und dein Verstehen sozusagen als Therapeut.

B: [Unterbricht] Ja. Ja, dass ich ihnen eigentlich, mit Hilfe von ihnen zusammen immer genauer verstehen kann, wieso sie vielleicht die Grenzen haben im Moment

und ihnen auch erklären kann, warum das so ist, was ich denke, aus was heraus das gekommen ist. Dass sie danach auch eine andere Motivation haben in die Arbeit, also in die Körperarbeit danach einzusteigen. Wenn sie nicht wissen, weshalb ich Körperarbeit mit ihnen mache, dann sind sie auch nicht motiviert umzusteigen. Das ist ja ein anderer Punkt, oder gelingt es auch die Leute dafür zu gewinnen mit ihrem Körper zu arbeiten auch in Kontakt zu gehen. (B1, 82 – 91)

Die 3. Nennung, die als «Motivation (selbstgenannt)» codiert wurde, basiert auf einer Aussage von B5. Die Person benutzte nicht den Begriff «Motivation», jedoch sprach sie davon, dass es für eine erfolgreiche Therapie die Bereitschaft ihres Gegenübers braucht, sich zu öffnen und etwas verändern zu wollen. Dies wurde von der Autorin der vorliegenden Arbeit als Umschreibung für Veränderungsmotivation (siehe Begriffsbezeichnung in Kapitel 2.1.1.2) ausgelegt.

Von den 3 Personen, die Motivation ohne vorherige Erwähnung durch die Interviewerin ins Gespräch brachten, zählte also eine Person explizit diesen Begriff als Faktor für eine erfolgreiche Therapie auf. B1 erwähnte den Begriff zwar, aber nicht als eigenen Faktor und B5 verwendete einen artverwandten Ausdruck.

5.1.3 Motivation (nicht selbstgenannt)

B3 und B4 mussten von der Interviewerin auf die Klient*innenmotivation als möglichen wichtigen Faktor für eine Therapie angesprochen werden. B3 nannte zuerst ausschliesslich Faktoren, die von der Autorin in die Subkategorie «Therapeut*innenfaktoren» platziert wurden. Also Faktoren, die direkt mit der*dem Therapeut*in zu tun haben, wie beispielsweise die Therapeut*innenpersönlichkeit (Authentizität, Wertschätzung etc.) oder deren fachliche Fähigkeiten/ihr*sein Wissen. Nachdem die Interviewerin explizit nach Faktoren, die innerhalb der*des Klient*in zu suchen sind, gefragt hatte, erwähnte B3 zwar nicht Klient*innenmotivation als Begriff, jedoch das fleissige Üben der Klient*in.

I: Ja, das glaube ich. Du hast jetzt viele Faktoren genannt, wo du als Therapeutin machen kannst für eine erfolgreiche Therapie. Gibt es auch Faktoren, die ausserhalb von deinen Möglichkeiten liegen?

B: (kurze Pause) mhmm.

I: Oder nicht ausserhalb von deinen Möglichkeit, sondern die nicht primär bei dir zu suchen sind, also z.B. Klient*innen Faktoren, die zu einer erfolgreichen Therapie führen, oder nicht führen?

B: Natürlich, also ich meine, wenn ein Klient fleissig übt, dann haben wir sicher mehr Erfolg, aber ich meine, was ich machen kann, ist das was ich machen kann (lacht). Ich kann ja nicht der Klient sein. (B3, 142 – 151)

B4 bezeichnete die Klient*innenmotivation, nachdem von der Interviewerin ins Gespräch gebracht, als sehr wichtig für das Gelingen einer Therapie. Die Person schien zuvor nicht daran gedacht zu haben. «Nein, das [Klient*innenmotivation] ist ein sehr wichtiger Faktor. Weil, die Therapieschritte, auch wenn sie in die richtige Richtung gehen, gibt es mal Rückschritte, das Leben spielt mit rein etc. Die Motivation ist immer wieder ein Thema» (B4, 49 – 51).

5.1.4 Fazit zur Rolle der Klient*innenmotivation in der Berufspraxis

Die Tatsache, dass Klient*innenmotivation von den Expert*innen als Begriff nicht an oberster Stelle zu stehen scheint, wenn sie an Faktoren für eine erfolgreiche Therapie denken, deckt sich mit der Erfahrung, die die Autorin dieser Arbeit in Bezug auf die Literaturrecherche, spezifisch der Studienlage, gesammelt hat. Nachgefragt, gaben alle Interviewteilnehmende an, dass Motivation eine grosse Rolle für Therapieerfolg spielt. Von sich aus, hat jedoch nur eine Person explizit und unaufgefordert den Begriff «Motivation» als Erfolgsfaktor aufgezählt. Faktoren, die am häufigsten/von den meisten Interviewten genannt wurden, waren: Der*die Therapeut*in sollte das Interesse des*der Klient*in wecken, ein Wohlfühlsetting schaffen, eine korrekte/gründliche Evaluation durchführen und der*dem Klient*in mit Wertschätzung/Wohlwollen begegnen.

5.1.5 Exkurs

Bei der Auswertung der Daten bot es sich an unter die Hauptkategorie «Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Therapie» 3 Subkategorien erster Ordnung zu platzieren: «Therapeut*innenfaktoren», «Klient*innenfaktoren» und «Kontextfaktoren». Mit Abstand die meisten Nennungen erhielt die Subkategorie «Therapeut*innenfaktoren» mit 67 Textpassagen, die dieser Subkategorie zugeordnet werden konnten. 13 Textstellen konnten in die Subkategorie «Klient*innenfaktoren» und 4 in «Kontextfaktoren» eingeordnet werden. An dieser Stelle möchte die Autorin explizit darauf hinweisen, dass es sich bei der vorliegenden Masterarbeit um keine quantitative Forschungsarbeit handelt und keine allgemeinen Aussagen oder Schlüsse auf eine Grundgesamtheit gemacht werden dürfen. Dennoch wollte die Autorin dem*der Leser*in dieser Arbeit die Tatsache nicht vorenthalten, dass von den Interviewteilnehmenden deutlich mehr und wiederholt Einflussfaktoren genannt wurden, die unter die Kategorie «Therapeut*innenfaktoren» fallen. Dieser Kategorie wurden durch die Autorin zudem mit Abstand am meisten Subkategorien zugeordnet (17 vs. 3 und 1).

5.1.6 Durchführung von Übungen

Aus der Literaturrecherche wurde ersichtlich, dass nicht nur die direkte Assoziation von Klient*innenmotivation und Therapieerfolg, sondern auch der indirekte Zusammenhang,

moderiert durch das Übungsverhalten, relevant sein kann. Zur Wiederholung: das regelmässige Üben von Klient*innen erhöht die Wahrscheinlichkeit für Therapieerfolg. Für das regelmässige Üben braucht es Motivation. Sprich, Motivation erhöht indirekt, über den Einfluss auf das Übungsverhalten, die Wahrscheinlichkeit für Therapieerfolg. Sowohl B3 als auch B5 tätigten auf die Frage nach Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Therapie Aussagen, die von der Autorin in die Kategorie «Übungsverhalten des*der Klient*in» eingeordnet werden konnten. Eine Aussage von B3 wurde zuvor aufgeführt (B3, 142 – 151). Eine weitere Aussage wird an dieser Stelle zitiert: «[...] die rein sexualtherapeutischen Sachen, wie z.B. Anorgasmie, Anejakulation, ähm Vaginismus, ähm und Erektionsschwierigkeiten, ähm EP, weisst du, all diese Geschichten, da wissen wir ja rein Sexocorporel mässig, dass man diese Probleme überwinden kann, wenn man es einfach übt [...]» (B3, 171 – 174).

B5 tätigte folgende Aussage bezüglich Übungsverhalten und dessen Wichtigkeit für den Verlauf einer Therapie:

B: [...] Meistens ist es so, es läuft nicht gut, wenn sie die Übungen nicht machen.

I: Mhmm.

B: Ja, weil meine Übungen sind die, ähm dass sie mit sich, die meisten Frauen haben keinen Kontakt mit ihrem Geschlecht. Viele von denen haben noch nie hingeguckt (kurze Pause), oder sich im Detail angefasst, oder ne das einte ist ja hingucken, das andere ist (kurze Pause) auf unterschiedliche Art und Weise sich anzufassen und hinzu fühlen, was löst das für ein Gefühl aus? Die Vagina ist noch weiter entfernt als die Vulva.

I: Ja.

B: Bereich der Prostata und all das ne. Ähm wenn eine Frau sich nicht damit beschäftigen will, dann kommt die nicht weiter. (B5, 319 – 330)

Das Übungsverhalten der*des Klient*innen wurde also von 2 Interviewteilnehmenden als beeinflussenden Faktor für Therapieerfolg genannt. Diese Einschätzung der Expert*innen deckt sich mit den Befunden aus der Psycho- und Sexualtherapieforschung (siehe Kapitel 2.2.2.2).

Übungsverhalten der Klient*innen wurde von den Expert*innen aber nicht nur, wie im vorherigen Kapitel beschrieben, als Erfolgsfaktor für die Sexualtherapie angesprochen. Auf die Frage «Woran merken Sie, ob jemand motiviert ist?», antworteten 3 Expert*innen, dass sie dies am Übungsverhalten der Klient*innen festmachen. «Also ganz typisch im Sexocorporel, wo man auch die Körperübungen macht und mit nach Hause gibt, ähm wenn sie sie zuhause machen, merkt man die Motivation ist sehr hoch» (B4, 53 – 55).

Das heisst, wenn ein*e Klient*in regelmässig übt, kann dies für Therapeut*innen ein Anzeichen von Motivation sein. Die Annahme, dass Motivation eine wichtige Komponente von Übungsverhalten zu sein scheint, deckt sich mit Resultaten von Studien, die den Zusammenhang zwischen Klient*innenmotivation und Übungs-Compliance untersucht haben (Dunn et al., 2002; Helbig & Fehm, 2004; Sutton & Dixon, 1986; Tang & Kreindler, 2017).

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass 2 Expert*innen, ohne explizite Frage der Interviewerin dazu, das Durchführen der Übungen als Faktor für Therapieerfolg bezeichneten. 3 Expert*innen wiederum gaben an die Motivation ihrer Klient*innen an deren Übungsverhalten feststellen zu können. Wie in Kapitel 2.1.1.3 erwähnt, nehmen Übungen und damit Verbunden das Übungsverhalten der Klient*innen eine relevante Rolle in der Sexualtherapie nach Sexocorporel ein. Einerseits führt deren regelmässiges Durchführen mit grösserer Wahrscheinlichkeit zu Therapieerfolg, andererseits lässt sich daran erkennen, wie viel Motivation ein*e Klient*in für die Sexualtherapie besitzt.

5.2 Forschungsfrage 2: Wie sehr sind Sexolog*innen mit dem Problem der mangelnden Klient*innenmotivation im Berufsalltag konfrontiert?

Expert*innen können die Motivation ihrer Klient*innen also unter anderem an deren Übungsverhalten ablesen. Aber wie oft ist ein*e Sexualtherapeut*in in ihrem Berufsalltag mit dem Problem der mangelnden Klient*innenmotivation konfrontiert? Die Interviewerin stellte diese Frage, aus Zeitgründen, nur 3 der 5 Expert*innen. 2 Expert*innen gaben an, dass dies bei ihnen nicht häufig vorkommt. Ein*e Expert*in sagte, dies komme bei einem Viertel der Klient*innen vor. Laut diesen Aussagen scheint es ein selten vorkommendes Phänomen zu sein. Ein Grund dafür soll hier anhand einer Textpassage aus Interview 2 angeschnitten und in der Diskussion weiter ausgeführt werden.

I: [...] wenn Sie jetzt jemand in der Therapie haben, der zwar kommt, aber Sie merken, die Person hat gar keine Motivation etwas zu machen, oder gibt es das überhaupt? Haben Sie das?

B: [Unterbricht] das habe ich jetzt eher selten, weil die halt bezahlen müssen (gemeinsames Lachen) und wenn sie nicht mehr bezahlen wollen, weil sie keine Motivation haben, das ist vielleicht der Vorteil, oder wenn man privat arbeitet. Einfach etwas absolvieren, weil der Arzt vielleicht gesagt hat, das könnten sie noch machen, ja das kann in der Physiotherapie eher mal noch passieren, oder. Gut dann mach ich das halt jetzt und dann habe ich die neunmal hinter mich gebracht. In der Sexualtherapie ist das eigentlich weniger, also das hat schon einen Einfluss, dass sie bezahlen müssen. (B2, 105 – 117)

5.2.1 Einfluss auf die (mangelnde) Motivation

Obwohl das Problem der mangelnden Klient*innenmotivation ein seltenes zu sein scheint, wurde insbesondere ein Anliegen von den Expert*innen häufiger mit mangelnder Klient*innenmotivation assoziiert: Lustlosigkeit/kein sexuelles Begehren.

[...] aber wenn eine Frau das Problem vom sexuellen Begehren hat, das ihr fehlt (kurze Pause) ähm (Pause), das finde ich wirklich einen Knackpunkt, weil du ähm eine Lust auf etwas, erst entwickeln kannst, wenn du auch Lust an dieser Sache hast und die Lust an dieser Sache, hast du nicht einfach. (B3, 287 – 290)

B4 vergleicht sexuelles Begehren mit Lust am Essen. Wenn eine Person keine Lust hat zu essen, sieht sie nicht ein, weshalb sie trotzdem essen sollte. Ähnlich verhalte es sich mit der Lustlosigkeit. Wenn eine Person keine (sexuelle) Lust hat, weshalb sollte sie dann sexuelle Handlungen vornehmen? Als Therapeut*in stellt es eine besondere Herausforderung dar, lustlose Personen für Übungen, die sexuelles Begehren fördern, zu motivieren. Die Übungen werden nämlich von solchen Personen (zumindest anfangs) nicht als lustvoll empfunden. «Das heisst, du kannst nicht Lust auf das Üben haben, (kurze Pause) weil das Ziel vom Üben ist ja, dass du Lust bekommst» (B3, 290 – 292). Beim Thema Lustlosigkeit sprechen die Expert*innen mehrheitlich von Klientinnen (nicht von Klienten). Jedoch meint B2, dass aktuell immer mehr Männer mit Lustlosigkeit zu ihr in die Therapie kommen.

Gemäss Expert*innen kommen Personen mit dem Anliegen der Lustlosigkeit häufig aufgrund der Partnerschaft und deren Weiterbestehen in die Sexualtherapie.

[...] oft kommen sie ja wegen dem Partner oder der Partnerin, weil sie Angst um die Beziehung haben und das, also da eine Motivation für sich selber hinzubringen, das ähm, Erlebnisse schaffen, die sie wieder Lust bereiten, das finde ich schon sehr anspruchsvoll, ja. (B2, 126 – 130)

Aber nicht nur Personen, die mit Lustlosigkeit zu kämpfen haben, kommen in die Sexualtherapie um ihrer Beziehungswillen. Mehrere Expert*innen berichten, dass «[...] die meisten kommen [...], weil sie in der Interaktionen vor allem im Paar oder einfach anderen gegenüber Sexualität möchten leben können» (B1, 23 – 25). B4 berichtet, dass 1/4 seiner Klient*innen die Sexualtherapie aufgrund der Partnerschaft und nicht aufgrund eines eigenen sexuellen Anliegens aufsuchen. In der Einschätzung von B5 sind es sogar 50% der Klient*innen.

5.2.2 Fazit zu mangelnder Klient*innenmotivation

Mangelnde Klient*innenmotivation scheint kein allzu grosses Thema in der Berufspraxis zu sein. Lustlosigkeit und das Aufsuchen der Sexualtherapie aufgrund eines Fremdanlie-

gens (Partner*in) können aber gemäss Expert*innen dennoch Hindernisse für die Klient*innenmotivation sein.

[...] sehr entscheidend ist natürlich, weshalb sie kommen. Also das heisst, ist es ein Druck von aussen, weil mein Partner sagt, du musst etwas machen, ich bin unglücklich. Dann ist es etwas schwieriger, weil es ist natürlich einfacher, wenn man es schafft, es zu einem eigenen Anliegen von den Menschen zu machen, dann sind sie in der Regel etwas motivierter. (B4, 76 – 80)

5.3 Forschungsfrage 3: Welche Interventionen wenden Sexolog*innen an, um die Klient*innenmotivation für die Durchführung der Übungen zu erhöhen?

Die zweite Forschungsfrage dieser Arbeit lautete: Welche Interventionen wenden Sexolog*innen an, um die Klient*innenmotivation zu erhöhen? Bei der Codierung der Antworten auf diese Frage konnten (mit wenigen Ausnahmen) dieselben Subcodes gebildet werden wie für die Antworten auf die Frage nach einer erfolgreichen Therapie. Beispielsweise wurde von Sexolog*innen eine korrekte/gründliche Evaluation sowohl als Faktor für eine erfolgreiche Therapie als auch als Intervention zur Erhöhung der Klient*innenmotivation genannt.

[...] also die Basis ist ja immer eine sehr gute und ausführliche Evaluation. Also ich weiss, wo stehen die Leute, was berichten sie mir, wo könnten eigentlich ähm Lernschritte da sein, wo sie unter Umständen, ähm ja, schlussendlich Profit haben könnten, also beim Thema Sexualität, Genussfähigkeit oder die Steuerungsfähigkeit oder einfach allgemein. Also was ist die Evaluation zum Merken, wo gibt es Potential. (B4, 114 – 119)

Tabelle 3 zeigt alle Kategorien und Subkategorien an, die für Nennungen von Interventionen zur Erhöhung der Klient*innenmotivation gebildet wurden.

Tabelle 3

Auswertung zur Hauptkategorie «Interventionen zur Erhöhung der Klient*innenmotivation»

| Subcodes | Nennungen | Anzahl Int. |
|---|-----------|-------------|
| Therapeut*innenfaktoren | | |
| <i>Wissen/Fachliche Fähigkeiten</i> | | |
| Supervision/Intervision | 2 | 2 |
| Korrekte/gründliche Evaluation | 19 | 4 |
| Beherrschen von therapeutischen Werkzeugen | 2 | 2 |
| <i>Therapeut*innenpersönlichkeit</i> | | |
| Authentizität | 6 | 2 |
| Ehrlichkeit | 4 | 2 |
| Wertschätzung/Wohlwollen | 5 | 3 |
| Interesse | 6 | 3 |
| Verständnis | 1 | 1 |
| Beziehung zum*zur KL | 2 | 2 |
| <i>Enabling durch Therapeut*in</i> | | |
| Verständnis fördern/Psychoedukation | 1 | 1 |
| Verstehen auf kognitiver Ebene | 8 | 4 |
| Verstehen auf Körperebene | 5 | 4 |
| Selbstwirksamkeit des*der KL erhöhen | 3 | 3 |
| Interesse des*der KL wecken | 6 | 4 |
| Wohlfühlsetting schaffen | 2 | 1 |
| Prozessfaktoren | | |
| <i>Anliegen überprüfen/Ziel redefinieren</i> | 5 | 2 |
| <i>Übung</i> | 1 | 1 |
| Erinnerungshilfen | 5 | 1 |
| Anpassen der Übung | 4 | 3 |
| Alltagsintegration | 5 | 2 |
| Kontextfaktoren | | |
| <i>Kosten</i> | 2 | 2 |

Anmerkung. Nennungen = Anzahl codierter Textpassagen, die zu diesem Subcode zugeordnet werden konnten; Anzahl Int. = Anzahl Interviewteilnehmende, die eine Nennung zu diesem Subcode getätigt haben. Da einige Kategorien nur für die Gliederung/Einordnung von Subkategorien gebildet wurden (beispielsweise «Wissen/Fachliche Fähigkeiten» oder «Therapeut*innenpersönlichkeit» etc.), enthalten diese per se keine Nennungen.

Da es den Rahmen dieser Masterarbeit sprengen würde auf jede einzelne oben aufgelistete Subkategorie einzugehen, werden im Folgenden diejenigen Subkategorien ausführlicher besprochen, die a) die meisten Nennungen von der Mehrheit der Interviewteilnehmenden erhielten oder b) ganz konkrete Interventionen auf der Handlungsebene enthalten.

5.3.1 Subkategorien mit den häufigsten Nennungen

5.3.1.1 Korrekte/gründliche Evaluation

Eine korrekte/gründliche Evaluation durch den*die Sexualtherapeut*in ist in den Augen von 4 Expert*innen mit 19 Nennungen die meistgenannte Intervention zur Erhöhung der Klient*innenmotivation. Zu einer solchen Evaluation gehört ein genaues Beobachten und Nachfragen – also das Vermeiden von (Fehl-)Interpretationen. «Ich sage auch, dass ich ganz konkrete Fragen stelle und ich möchte ja nicht fantasieren wollen, ich will ja verstehen (kurze Pause) und das merken die Leute natürlich mit der Zeit, dass sie von mir gesehen werden» (B1, 186 – 188). Das gründliche Nachfragen und Beobachten seitens Therapeut*in soll dazu führen, dass der Ist-Zustand des*der Klient*in und deren*dessen «Funktionieren» so akkurat wie möglich erfasst wird.

Dieser so erfasste Ist-Zustand des*der Klient*in stellt die Basis für den weiteren Therapieprozess/die nächsten Schritte dar:

[...] man muss die Leute schon ein bisschen erfassen und auch schauen, was sie so für Hobbies haben. Ähm wenn jemand gerne Sport macht, kann man von dort ausgehen, oder wenn jemand gerne kocht. Ich habe ein paar vaginistische Patientinnen, die aber gerne kochen und auch gerne backen und dann kann man das schon dort wieder aufgreifen so das haptische, oder so mit dem Teig kneten und fühlen und Finger einsetzen. Also ich denke schon, es ist hilfreich, wenn man jemand dort abholen kann, wo sie ihre Stärken haben. (B2, 222 – 229)

Ein korrekt erfasster Ist-Zustand des*der Klient*in hilft dem*der Therapeut*in genau dort anzusetzen, wo sich die Person befindet. Mehrere Expert*innen betonen, dass es wichtig ist, von diesem Punkt aus kleine, langsame Schritte Richtung Weiterentwicklung zu tätigen. B4 sagt dazu beispielsweise Folgendes:

Ähm was könnten die nächsten Schritte sein? Vielleicht liegt es auch an mir, weil ich zu schnell vorwärts gehen wollte. Ähm also das Tempo wieder rausnehmen, schauen kleinere Schritte zu machen. Habe ich die Person überfordert mit dem was ich angeleitet habe etc. (B4, 92 – 96)

5.3.1.2 Verständnis fördern/Psychoedukation

Diese Subkategorie wurde von allen Interviewteilnehmenden als motivationsfördernd genannt. Klient*innen sollten verstehen, weshalb sie welche Übung machen, um die nötige Motivation zu deren Durchführung aufzubringen. Das Verständnis der*des Klient*in kann einerseits über den Kopf (kognitive Psychoedukation) und andererseits über den Körper (Körpererfahrungen) gefördert werden. Zur kognitiven Psychoedukation gehört gemäss Expert*innen, dass Klient*innen realistisch über Weiterentwicklungsmöglichkeiten aber auch mögliche Grenzen informiert werden. Zudem klären Sexualtherapeut*innen über Mythen der Sexualität auf und helfen ihren Klient*innen die eigene Logik/das eigene «Funktionen» zu verstehen. «[...] da hilft schon, also dass man auch Psychoedukation nimmt, damit sie wirklich die Logik davon verstehen, also weshalb es sie "anscheisst" und dass es auch normal ist, dass es sie "anscheisst"» (B3, 294 – 297). Der*die Therapeut*in sollte bei fehlender Übungsmotivation seiner*s Klient*in nachprüfen, ob er*sie verstanden hat, weshalb er*sie die Übung machen sollte.

Da im Sexocorporel die Körpererfahrung eine zentrale Rolle einnimmt, kann das Verständnis der Klient*innen nicht nur kognitiv, sondern auch körperlich gefördert werden. B4 erzählt beispielsweise, dass viele Menschen es nicht mehr gewohnt sind ihren Körper wahrzunehmen. Die Wahrnehmung für den eigenen Körper zu stärken, hilft ihn besser zu verstehen. Dies kann mit dem vorherigen Punkt «gründliche/korrekte Evaluation» verbunden werden. Nicht nur der*die Therapeut*in profitiert davon den Ist-Zustand akkurat zu erfassen. Auch der*die Klient*in kann mithilfe des besseren Verständnisses des eigenen Körpers (Ist-Zustand) eine Anleitung für die nächsten möglichen Schritte auf dem Weg zur Weiterentwicklung erhalten. Für die Herausforderung das Interesse von Personen für ihren Körper und die Übungen zu wecken (siehe Kapitel 5.2.1; ohne Appetit ist es schwer jemanden fürs Essen zu begeistern), schlug B1 eine praktische Lösung vor:

Wenn es eigentlich schon gelingt in der Praxis, dass sie Erfahrungen machen von Veränderung und es müssen nicht grosse sein, aber für Leute, die sich nicht gewohnt sind, mit dem Körper zu arbeiten, wenn die merken, oh es ist ja ganz anders, wenn ich so mache. Das ist natürlich eine Riesenmotivation. (B1, 200 – 204)

Das heisst, das Verständnis (und damit einhergehend das Interesse) von Klient*innen, die zuhause keine Übungen durchführen, kann durch Übungen während der Therapiesitzung erhöht werden.

5.3.1.3 Interesse zeigen und wecken

Mit dem vorherigen Punkt eng verknüpft⁵, ist die ebenfalls oft von den Expert*innen erwähnte Intervention «Interesse zeigen und wecken». Dazu zählen zwei Subcodes: «Interesse» und «Interesse des*der KL wecken». «Interesse» wurde unter die Therapeut*innenfaktoren (genauer «Therapeut*innenpersönlichkeit») eingeordnet. Dabei geht es darum, dass der*die Therapeut*in an dem*der Klient*in und seiner*ihrer Geschichte interessiert ist. Das Interesse des*der Therapeut*in ist eng verbunden mit einer korrekten/gründlichen Evaluation: «[...] ich kann einfach nicht genug betonen, wie wichtig die Evaluation ist, dass man Zeit darin investiert. Gleichzeitig ist es ein Beziehungsaufbau, es zeigt das Interesse am Menschen, was sehr wichtig ist» (B4, 242 – 245).

Von den Expert*innen erfolgten einige Nennungen dazu, dass sie als Fachperson Vorbilder (Code «Vorbild») sind, die über das authentische (Code «Authentizität») und ehrliche (Code «Ehrlichkeit») Interesse am*an der Klient*in Einfluss auf das Eigeninteresse der*des Klient*in nehmen können. Das ist ein Weg, um das Interesse des*der Klient*in für den eigenen Veränderungsprozess zu wecken. Eine weitere Möglichkeit ist die (wieder eng mit der korrekten/gründlichen Evaluation verbundene) Verbindung von Altbekanntem (Hobbys etc.) mit Neuem (Körperübungen etc.).

Etwas herauszufinden, wo man sie anlocken kann, wo ihnen schon etwas sagt mit dem Körper. Manchmal sind das z.B. auch Fussmassagen oder, so Massagesachen, die sie gerne haben. Kopfmassagen, Coiffeur, bürsten und so Sachen. Dass man da andockt, weil es etwas körperlich Angenehmes ist. Dass man das noch etwas vergrössern oder ausdehnen könnte, oder eben zur Erregung übernehmen. (B2, 212 – 217)

Ausserdem erzählen mehrere Expert*innen, dass sie ihre Klient*innen immer wieder auch auf kleinste Veränderungen aufmerksam machen, wenn Klient*innen sie von selbst nicht sehen.

5.3.1.4 Wertschätzung/Wohlwollen

Keine konkrete Intervention aber dennoch öfters von den Expert*innen genannt, war Wertschätzung/Wohlwollen des*der Therapeut*in gegenüber dem*der Klient*in. Zusammengekommen mit anderen Subcodes, wie «Wohlfühlsetting schaffen», «Beziehung zum*zu der Klient*in» oder «Verständnis», kristallisiert sich heraus, dass es den Expert*innen wichtig ist, eine Wohlfühlatmosphäre für ihre Klient*innen zu kreieren. Es sei insbesondere im sexualtherapeutischen Rahmen wichtig, dass Klient*innen das Gefühl haben offen über alles sprechen zu können.

⁵ Durch die Förderung des Verständnisses für das eigene «Funktionieren», kann das Interesse des*der Klient*in geweckt werden.

[...] aber auch immer wieder fragen, wie geht es im Moment mit mir, weil ich bin ja für sie ein fremder Mann. Wie ist es so über Sexualität zu sprechen, einfach, dass man das was ist, aufnimmt, dass möglichst dadurch auch Nähe entstehen kann. Damit sie aufmachen können und ihr Nervensystem beruhigt wird. (B1, 359 – 364)

5.3.2 Fazit zu den meistgenannten Interventionen

Die von den Expert*innen meistgenannten Interventionen zur Erhöhung der Klient*innenmotivation sind a) eine gründliche/korrekte Evaluation, b) das Verständnis der Klient*innen (kognitiv und körperlich) fördern, c) das Interesse des*der Klient*in wecken und d) eine Wohlfühlatmosphäre schaffen, die es dem*der Klient*in ermöglicht offen über ihre*seine Themen zu sprechen.

Zu a) gehört, dass der*die Therapeut*in genau nachfragt, beobachtet und so wenig wie möglich interpretiert. Damit kann der Ist-Zustand der*des Klient*in akkurat erfasst werden und von dort aus können kleine, langsame Schritte Richtung Ziel getätigt werden. Zu b) gehört die realistische kognitive Aufklärung über mögliche Schritte und Grenzen und das Ermöglichen von Körpererfahrungen. Das Verständnis aber auch das eigene Interesse als Therapeut*in und das Anknüpfen an bereits Bekanntem, kann c) fördern.

5.3.3 Konkrete Interventionen auf der Handlungsebene

Nebst den eher allgemeinen, unspezifischen Interventionen (vorheriger Abschnitt), nannten die Expert*innen einige konkrete Interventionen auf der Handlungsebene, die in diesem Abschnitt aufgeführt werden.

5.3.3.1 Anpassen der Übung

Wenn ein*e Klient*in die Übung zuhause nicht durchführt, kann eine mögliche Lösung, die von 3 Expert*innen genannt wird, das Anpassen der Übung sein. «Vielleicht liegt es auch an mir, weil ich zu schnell vorwärts gehen wollte. Ähm also das Tempo wieder rausnehmen» (B4, 93 – 94). Es kann also durchaus vorkommen, dass ein*e Sexolog*in nicht genau an dem Punkt ansetzt, an dem sich der*die Klient*in befindet (siehe Kapitel 5.3.1.1) und somit eine unpassende Übung vorgeschlagen wird. Es sei laut B3 wichtig genau zu evaluieren, weshalb die Übung nicht gemacht wird und was stattdessen der nächste Schritt sein könnte. Das heisst, auch hier betonen die Expert*innen die Wichtigkeit der genauen Evaluation und des langsamen, schrittweisen Vorwärtsgehens.

5.3.3.2 Alltagsintegration

Eine andere konkrete Möglichkeit Klient*innen für Übungen zu motivieren (von 2 Expert*innen genannt), ist sie in den Alltag der*des Klient*in einbauen zu lassen. Erneut wird

dabei beim Ist-Zustand der*des Klient*in angesetzt. Was macht er*sie sowieso (alltäg-lich)? Wie kann dabei eine zielführende Körperübung eingebaut werden?

Dass es eben nicht so ein Wahnsinns Ding ist, was sie jetzt machen müssen und sich dreimal in der Woche Zeitnehmen müssen, sondern dass auch kleine Sachen helfen und einem weiterbringen und dass man diese eben auch im Alltag einbauen kann, ja. (B4, 261 – 264)

5.3.3.3 Erinnerungshilfen

Für den Fall, dass sich Klient*innen nicht mehr an konkrete Übungen erinnern, arbeitet B1 mit Erinnerungshilfen. Beispielsweise könne die Übung, die in der Therapiestunde gemacht werde über das Handy des*der Klient*in aufgenommen werden, damit sie*er sie danach zuhause abspielen könne. Dies habe nebst der Erinnerungshilfe zwei weitere Vor-teile. Zum einen schaffe die Aufnahme eine therapieähnliche Atmosphäre. Zum anderen höre der*die Klient*in eine Stimme zur Durchführung der Übungen, von jemandem, der ihm*ihr wohlgesinnt sei. B1 schlug aber nicht nur Audioaufnahmen der Übungen als kon-krete Erinnerungshilfe vor. Er lasse die Klient*innen zusätzlich Fotos von den Flip-Charts, die während der Therapiestunde bearbeitet werden, machen. «Und früher habe ich ihnen das Blatt mitgegeben und heute haben ja alle Handys, wo sie damit fotografieren. Das gibt vielen auch noch einmal so ein bisschen ein daran erinnern, um was es gegangen ist» (B1, 262 – 264).

5.3.3.4 Überprüfung des Anliegens

Nicht nur das Anpassen der Übung, sondern auch die Überprüfung und ggfs. Anpassung des Anliegens kann Klient*innen motivieren in die Handlung zu kommen. Wie in Kapitel 5.2.1 beschrieben, kommen einige Klient*innen mit einem Paaranliegen in die Sexualthe-rapie und nach einer gewissen Zeit stellt sich heraus, dass sie persönlich ein ganz ande-res Ziel verfolgen. Zudem komme es, gemäss B5 vor, dass Klient*innen zu Beginn der Sexualtherapie den «Wald vor lauter Bäumen» nicht sähen und gar nicht genau wüssten, was sie wollen. «Wenn sie am Anfang kommt mit einem Ziel, sage ich, ok dann schauen wir jetzt einmal (kurze Pause), wie sich das entwickelt und wenn sie ähm, dann nicht am Üben ist, dann müssen wir es redefinieren» (B3, 300 – 302).

5.3.4 Fazit zu konkreten Interventionen auf der Handlungsebene

Auf der Handlungsebene kann, laut Aussagen der Expert*innen, hauptsächlich an zwei Stellen geschraubt werden, um die Klient*innen in die Motivation zu bringen: Einerseits in Bezug auf die aufgegebenen Übungen und andererseits in Bezug auf das Anliegen der*des Klient*in. Übungen können angepasst, in den Alltag integriert und/oder mithilfe von Audio- und Fotomaterial erinnert werden. Anliegen/Ziele sollten regelmässig überprüft

und gegebenenfalls den aktuellen Bedürfnissen der*des Klient*in entsprechend angepasst werden.

5.3.5 Exkurs

Wie im Kapitel 5.1.5 beschrieben, wurden als Faktoren für eine erfolgreiche Therapie von den Expert*innen mehrheitlich Therapeut*innenfaktoren genannt. Ebenso verhielt es sich mit den Nennungen zu Interventionen zur Erhöhung der Klient*innenmotivation. Die Autorin hat mithilfe von MAXQDA eine kleine Statistik dazu erstellt (siehe Tabellen 4 und 5). Erneut wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass es sich bei der vorliegenden Arbeit nicht um eine quantitative handelt. Aber auch Kuckartz und Rädiker (2022) schreiben in ihrem Buch zur qualitativen Inhaltsanalyse, dass es durchaus Sinn machen kann in einem qualitativen Forschungsprojekt vereinzelt Zahlen mitzuteilen.

Tabelle 4*Auswertung Hauptcode «Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Therapie»*

| Subcodes | Anzahl Textpassagen | Prozent |
|-------------------------|---------------------|---------|
| Therapeut*innenfaktoren | 67 | 79.8 |
| Klient*innenfaktoren | 13 | 15.5 |
| Kontextfaktoren | 4 | 4.8 |
| Gesamt | 84 | 100.0 |

Tabelle 5*Auswertung Hauptcode «Interventionen zur Erhöhung der Klient*innenmotivation»*

| Subcodes | Anzahl Textpassagen | Prozent |
|-------------------------|---------------------|---------|
| Therapeut*innenfaktoren | 72 | 76.6 |
| Prozessfaktoren | 20 | 21.3 |
| Kontextfaktoren | 2 | 2.1 |
| Gesamt | 94 | 100.0 |

In den oberen zwei Tabellen unterscheiden sich die Subcodes «Prozessfaktoren» bzw. «Klient*innenfaktoren». Das heisst als Intervention zur Erhöhung der Klient*innenmotivation wurden keine Klient*innen-, dafür aber Prozessfaktoren von den Expert*innen genannt. Als Prozessfaktoren galten Nennungen in Bezug auf die aufgegebenen Übungen oder das Anliegen der Klient*innen. Wenn als motivationsfördernde Intervention von einer*m Expert*in «Anpassen der aufgegebenen Übung» oder «Überprüfung des Anliegens» genannt wurde, fiel dies beispielsweise in die Kategorie Prozessfaktoren.

Abgesehen von den zwei sich unterscheidenden Subcodes (Prozessfaktoren und Klient*innenfaktoren), sind sich die beiden Tabellen sehr ähnlich. Sie zeigen auf, dass Therapeut*innenfaktoren von den Expert*innen mit Abstand am häufigsten genannt wurden – sowohl als Faktoren für eine erfolgreiche Therapie als auch als Interventionen zur Erhöhung der Klient*innenmotivation.

6 DISKUSSION

In diesem letzten Kapitel werden für einen besseren Überblick zuerst die Ergebnisse aus den durchgeführten Interviews zusammengefasst, um sie in einem zweiten Schritt mit den Ergebnissen aus der Literaturrecherche zu vergleichen. Daraus und aus den Limitationen der vorliegenden Arbeit wird ein Fazit gezogen mit Implikationen für künftige Forschung.

Die 1. Forschungsfrage lautete: «Welche Rolle spielt Klient*innenmotivation in der sexologischen Berufspraxis? Spezifisch in Bezug auf das Übungsverhalten der Klient*innen?». Für deren Beantwortung wurden in einem ersten Schritt die Definitionen der Expert*innen für eine erfolgreiche Therapie abgeholt. Obwohl dies den Expert*innen nicht einfach fiel, konnte ein gewisser Konsens in den Antworten gefunden werden. Laut Expert*innen ist eine Therapie dann erfolgreich, wenn Veränderungen/Entwicklungen hinsichtlich des Ziels der*des Klient*in auftreten. Dies kann in Form einer Annäherung, Änderung oder Ablösung des Ziels geschehen. Therapieerfolg ist also individuell unterschiedlich – abhängig vom*von der Klient*in und deren*dessen Ziel – und subjektiv. Kurzgefasst: Hauptsache, es bewegt sich etwas.

Die Rolle der Klient*innenmotivation in der Berufspraxis wurde indirekt, über die Frage nach Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Therapie, erfasst. Explizit zählte eine Person Klient*innenmotivation als wichtigen Faktor für eine erfolgreiche Therapie auf. Die anderen wurden entweder von der Interviewerin auf die Klient*innenmotivation gebracht oder nannten sie nicht explizit als Faktor für eine erfolgreiche Therapie. Auf spezifisches Nachfragen der Interviewerin gaben jedoch alle 5 Expert*innen an, dass Klient*innenmotivation wichtig für Therapieerfolg ist. Zudem bezeichneten 2 Expert*innen das Durchführen von Übungen als Faktor für Therapieerfolg und 3 Expert*innen gaben an am Übungsverhalten ihrer Klient*innen deren Motivation erkennen zu können.

Gemäss Expert*innen ist eine Therapie dann erfolgreich, wenn sich etwas verändert. Klient*innenmotivation scheint als Einflussfaktor für eine solche, spontan abgefragt, bei den Expert*innen nicht an oberster Stelle zu stehen. Auf Nachfrage und über die mögliche Verbindung zum Übungsverhalten der Klient*innen jedoch scheint Klient*innenmotivation, obwohl nicht explizit erwähnt, eine wichtige Rolle in der Sexualtherapie einzunehmen.

Die 2. Forschungsfrage lautete: «Wie sehr sind Sexolog*innen mit dem Problem der mangelnden Klient*innenmotivation im Berufsalltag konfrontiert?». Die befragten Expert*innen gaben an in ihrem Berufsalltag selten mit unmotivierten Klient*innen konfrontiert zu sein. Dennoch konnten sie zwei Hindernisse für Klient*innenmotivation benennen: Lustlosigkeit und das Aufsuchen der Sexualtherapie aufgrund eines Fremdanliegens. Obwohl also, laut Expert*innen, völlig unmotivierte Klient*innen eine Rarität im sexualtherapeutischen Be-

rufsalltag darstellen, existieren Faktoren, die die (Eigen-)Motivation von Klient*innen verringern können.

Die 3. Forschungsfrage lautete: «Welche Interventionen wenden Sexolog*innen an, um die Klient*innenmotivation für die Durchführung der Übungen zu erhöhen?». Insgesamt konnten 94 Textpassagen aller 5 Expert*inneninterviews in 21 Subkategorien der Hauptkategorie «Interventionen zur Erhöhung der Klient*innenmotivation» zugeordnet werden. Die von den Expert*innen meistgenannten Interventionen waren: eine gründliche/korrekte Evaluation, das Verständnis der Klient*innen (kognitiv und körperlich) fördern das Interesse des*der Klient*in wecken und eine Wohlfühlatmosphäre schaffen. Dabei handelt es sich weniger um konkrete Handlungen als vielmehr um übergeordnete Kategorien. Auf der konkreten Handlungsebene verwiesen die Expert*innen hauptsächlich auf zwei Faktoren, an denen geschraubt werden kann, um die Klient*innenmotivation zu erhöhen: Übungen und Anliegen.

6.1 Welche Rolle spielt die Klient*innenmotivation in der Sexualtherapie?

Obwohl immer mehr Forschende der Meinung sind, dass Klient*innenfaktoren den Therapieverlauf mehr als alle anderen Variablen kombiniert beeinflussen, erhielten sie in der Wirkungsforschung bisher wenig Beachtung (Gonzalez, 2016). Nicht nur im Bereich der Sexual- und Körpertherapie, auch im breiteren Forschungsgebiet der Psychotherapie, wurden bisher wenige Studien zu Klient*innenmotivation als Wirkfaktor im Therapiesetting durchgeführt. Paradoxerweise wird von Autor*innen in der Fachliteratur aber deren Wichtigkeit betont (Gassmann, 2010; Hartmann, 2018; Hartmann-Kottek, 2021). Der Umstand, dass 4 der 5 befragten Expert*innen Klient*innenmotivation nicht explizit als Wirkfaktor für eine erfolgreiche Therapie aufzählten, deckt sich mit der festgestellten «Vernachlässigung» der Klient*innenmotivation in der Wirkungsforschung der Psychotherapie. Auch die Expert*innen betonten aber auf Nachfrage deren Wichtigkeit. Es scheint sich bei der Klient*innenmotivation also um einen für die Therapie wichtigen, aber in der Forschung und auch im Bewusstsein der Therapeut*innen vernachlässigten, Faktor zu handeln.

Ein weiterer Hinweis aus den Expert*inneninterviews dafür, dass Klient*innenmotivation für den Erfolg der Therapie wichtig ist, liefert der Umstand, dass bei der Auswertung der Expert*inneninterviews für beide Konstrukte («Interventionen zur Erhöhung der Motivation» und «Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Therapie»), mit wenigen Ausnahmen, dieselben Subkategorien gebildet werden konnten. Sprich, die Expert*innen zählten sowohl für eine erfolgreiche Therapie als auch zur Erhöhung der Motivation dieselben Faktoren auf. Das bedeutet, wenn die Motivation erhöht wird, sollte sich die Wahrscheinlichkeit für

Therapieerfolg erhöhen, wenn für beides dieselben Faktoren zuständig sind. Die Richtung des Zusammenhangs kann aus dieser Auswertung nicht bestimmt werden.

6.1.1 Mögliche Gründe für die «Vernachlässigung» der Klient*innenmotivation

Über die Gründe kann die Autorin der vorliegenden Arbeit lediglich spekulieren. Einerseits könnte es daran liegen, dass der Zusammenhang zwischen Klient*innenmotivation und Therapieerfolg so naheliegend und unkontrovers scheint, dass Forschende das Thema gar nicht untersuchen bzw. Sexolog*innen nicht daran denken, und es stattdessen als Truismus annehmen. Im Folgenden werden weitere Möglichkeiten beleuchtet.

6.1.1.1 Schwierigkeit der Messung

Die Messung der Klient*innenmotivation stellt eine Schwierigkeit dar. Nur schon ein einheitliches Verständnis dafür, was Klient*innenmotivation ist oder welches Rahmenmodell für ihre Einordnung verwendet werden soll, fehlt unter Forschenden (Hosseini et al., 2021). Allgemein ist es schwierig Klient*innencharakteristika isoliert zu untersuchen. Ein*e Klient*in lebt nicht in einem Vakuum (Gonzalez, 2016). Zusätzlich zu den Herausforderungen, die allein die Messung der Motivation mit sich bringt, scheint der direkte Zusammenhang zwischen Klient*innenmotivation und Therapieerfolg schwer zu untersuchen, bzw. zu beobachten. Der Therapieprozess steht unter dem Einfluss vieler Faktoren, die nicht immer klar von der Klient*innenmotivation abtrennbar sind und teilweise mit ihr interagieren. Therapeut*inneneigenschaften, Klient*innenpersönlichkeit, psychosoziale Umweltfaktoren, etc. spielen eine Rolle – um nur einige zu nennen.

6.1.1.2 Expert*innenbias

Unter den Faktoren, die eine Therapie und deren Erfolg beeinflussen, fanden Klient*innencharakteristika in der Forschung bisher wenig Beachtung (Gonzalez, 2016). Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Interviewstudie dieser Arbeit. In zwei Exkursen im Ergebnis-Kapitel (siehe Tabellen 4 und 5) wurde aufgezeigt, dass Expert*innen sowohl als Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Therapie als auch als Interventionen zur Erhöhung der Klient*innenmotivation mit Abstand am meisten Therapeut*innenfaktoren aufzählten.

Eine mögliche Erklärung dafür ist die «Illusion von Kontrolle» («illusion of control»). Bei dieser kognitiven Verzerrung überschätzen Personen ihren Einfluss auf unkontrollierbare Ereignisse (Yarritu et al., 2014). Nicht, dass das Therapieergebnis für Therapeut*innen vollständig unkontrollierbar wäre, jedoch scheinen die Expert*innen ihren Einfluss darauf zu überschätzen. Parallel dazu scheinen Forscher*innen den Einfluss von intratherapeutischen Faktoren, im Vergleich zu Klient*innenfaktoren (extratherapeutische Faktoren), zu überschätzen. Sonst gäbe es wohl kaum so viel mehr Forschung zu intratherapeutischen

Faktoren, obwohl diese das Therapieergebnis zu einem geringeren Teil beeinflussen. Die «Illusion von Kontrolle» entsteht u.a. aus dem Bedürfnis heraus den Selbstwert aufrechtzuerhalten und zu erhöhen (Yarritu, 2014). Nicht nur die Expert*innen oder Forscher*innen, auch die Autorin dieser Arbeit unterliegt dieser kognitiven Verzerrung. Sie erforscht mit ihrer Arbeit ein Konstrukt, das ausserhalb ihrer Kontrolle liegt und versucht es für Therapeut*innen beeinflussbar zu machen.

Die «Illusion von Kontrolle» liefert also eine mögliche Erklärung dafür, dass Klient*innenmotivation, als ein nicht unter der Kontrolle von Expert*innen/Forscher*innen liegender Faktor, vernachlässigt wurde: Um dieses Konstrukt zu untersuchen, muss die eigene Komfortzone verlassen und die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass ein für die Therapie wichtiger Einflussfaktor sich der eigenen Kontrollierbarkeit entzieht.

6.1.1.3 Unmotivierte Klient*innen: Ein seltenes Phänomen?

Ein weiterer Grund für die Vernachlässigung der Klient*innenmotivation könnte sein, dass das Phänomen der mangelnden Motivation ein zu seltenes ist, um es zu untersuchen, bzw. daran zu denken. Dieses Thema wurde im Rahmen der 2. Forschungsfrage behandelt. Die Expert*innen gaben an selten mit mangelnder Klient*innenmotivation in ihrem Berufsalltag konfrontiert zu sein. Dies kann u.a. daran liegen, dass die Kosten für eine Sexualtherapie in der Schweiz von den Klient*innen selbst zu tragen sind. B4 sagte dazu beispielsweise:

Ähm die Motivation ist deutlich höher, solange man selber bezahlt. So nach dem Motto, wenn ich schon bezahle, dann mache ich auch etwas. Das ist wie die, die ein Fitnessabo lösen und finden, ich (lacht) jetzt gehe ich halt ein paar Mal, ich habe schliesslich ein Abo gelöst. (B4, 230 – 233)

D.h. falls in Zukunft die Kosten einer Sexualtherapie von der Grundversicherung abgedeckt würden, könnten unmotivierte Klient*innen zu einem häufiger vorkommenden Phänomen werden.

Zudem ist eine Konfundierung der Motivation einer*s Klient*in mit deren*dessen Leidensdruck nicht auszuschliessen. Denn Leidensdruck ist eine Voraussetzung für Veränderungs- und Therapiemotivation (Veith, 1997). Das heisst Sexolog*innen könnten (möglicherweise zurecht) annehmen, dass Klient*innen mit hohem Leidensdruck eine hohe Motivation für Veränderung mitbringen und solche mit geringem Leidensdruck erst gar keine Sexualtherapie in Anspruch nehmen.

6.1.2 Plädoyer für die Wichtigkeit der Klient*innenmotivation in der Sexualtherapie nach Sexocorporel

In der Sexualtherapie nach Sexocorporel sind Körperübungen während den Sitzungen und für das Selbststudium zuhause zentral. Dafür, dass das regelmässige Üben der Klient*innen die Wahrscheinlichkeit für Therapieerfolg erhöht, gibt es sowohl in der Sexual- als auch in der Psychotherapieforschung, einige Belege (Hawton et al., 1992; Hawton & Catalan, 1990; Kazantzis et al., 2000; Kazantzis et al., 2016; Mausbach et al., 2010). Von den befragten Expert*innen zählten 2 das Übungsverhalten von Klient*innen zu den Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Therapie. Für die Durchführung von Übungen braucht es ein gewisses Mass an Motivation (Dunn et al., 2002; Helbig & Fehm, 2004; Sutton & Dixon, 1986; Tang & Kreindler, 2017). Den Zusammenhang zwischen Motivation und Übungsverhalten verwendeten auch 3 Expert*innen intuitiv für die «Messung» der Motivation ihrer Klient*innen: Sie gaben an am Übungsverhalten der Klient*innen ablesen zu können, wie motiviert der*die Klient*in ist. Selbst wenn also die Forschung zum direkten Einfluss von Klient*innenmotivation auf den Therapieerfolg, durchmischt ist, scheint sie moderiert über das Übungsverhalten einen indirekten Einfluss zu haben (Franco, 2012).

Wenn also Körperübungen in der Sexualtherapie nach Sexocorporel zentral sind und die Klient*innenmotivation das regelmässige Üben beeinflussen kann, sollte die Klient*innenmotivation eine wichtige Rolle in der Sexualtherapie nach Sexocorporel spielen und als Einflussfaktor, sowohl in der Berufspraxis als auch in der Forschung, Beachtung finden. Selbst dann, wenn mehrheitlich motivierte Klient*innen den Weg in eine Sexualtherapie finden, schadet die Motivation zur Durchführung der Übungen sicher nicht – im Gegenteil kann sie dazu führen, dass Personen schneller Fortschritte machen und insgesamt zufriedener mit dem Therapieprozess sind.

Obwohl unmotivierte Klient*innen, laut Aussagen der befragten Expert*innen, ein seltenes Phänomen in der sexualtherapeutischen Praxis zu sein scheinen, sollte nicht daraus geschlossen werden, dass die Klient*innenmotivation in der Sexualtherapie nach Sexocorporel ausser Acht gelassen werden kann. Zum einen ist die Stichprobe von 5 Expert*innen zu klein, um auf ein allgemeines Phänomen schliessen zu können (siehe Limitationen). Zum anderen kann es sein, dass ein Deckeneffekt vorliegt. Das bedeutet, dass zwar keine vollständig unmotivierten Klient*innen in die Sexualtherapie kommen mögen, dies aber nicht bedeutet, dass die Motivation derjenigen, die eine Therapie in Anspruch nehmen nicht erhöht werden kann. Und insbesondere für die im Sexocorporel so wichtige Durchführung von Körperübungen kann die Erhöhung der Klient*innenmotivation eine bisher zu wenig beachtete, aber wichtige Einflussgrösse darstellen.

Der gezielte Einsatz von Interventionen zur Erhöhung der Klient*innenmotivation in der Sexualtherapie nach Sexocorporel, kann demnach ein grosser Gewinn für den Therapieverlauf darstellen. Solche Interventionen sollten gezielt dort ansetzen, wo der*die Klient*in mit ihrer*seiner Motivation an Grenzen stösst.

6.2 Welche Interventionen helfen die Klient*innenmotivation zu erhöhen?

In diesem Abschnitt werden die eingangs von der Autorin in das Rheinberg-Modell eingebettete Interventionen mit denjenigen, die die Expert*innen in den Interviews am häufigsten erwähnt haben, verglichen. So können einerseits die theoretischen Überlegungen auf ihre Praxistauglichkeit hin überprüft und andererseits mögliche Lücken in der Anwendung von Interventionen im sexologischen Berufsalltag eruiert werden.

6.2.1 Überschneidung der von den Expert*innen genannten Interventionen mit dem Rheinberg-Modell

Bei der Auswertung der Interviews fiel auf, dass von den Sexolog*innen weniger konkrete Interventionen als vielmehr übergeordnete Kategorien und Haltungen als motivationsfördernd aufgezählt wurden. Dies kann daran liegen, dass die Expert*innen keine konkreten Interventionen zur Steigerung der Motivation kannten oder zum Zeitpunkt der Befragung schon so lange als Sexolog*innen (laut Rekrutierungskriterien mindestens 5 Jahre) tätig waren, dass explizit gelernte Interventionen mittlerweile implizit angewendet und ins (unbewusste) eigene Verhaltensspektrum integriert wurden. Beispiele solcher übergeordneter Kategorien/Haltungen sind Persönlichkeitseigenschaften der Therapeut*innen, wie Interesse, Authentizität, Ehrlichkeit, Verständnis, Wohlwollen etc. Sie lassen sich in die allgemein motivationsfördernden Interventionen («Beziehung & Gesprächsführung»), die in Kapitel 2.3.2.1 beschrieben wurden, einordnen. Im Flussdiagramm von Rheinberg sind sie sowohl vor dem ersten Motivationsproblem als auch über alle Motivationsprobleme hinweg, relevant und somit grundlegend für einen erfolgreichen Therapieprozess.

Die von den Expert*innen mit Abstand meistgenannte Intervention, die korrekte und gründliche Evaluation, kann für mehrere Motivationsproblematiken eingesetzt werden. Wenn ein*e Sexualtherapeut*in dank der gründlichen Evaluation und korrekten Erfassung des Ist-Zustandes eines*r Klient*in eine Übung vorschlägt, die bei ihren*seinen Stärken ansetzt, kann dies beim Durchführen der Übung zu einem unmittelbaren Ergebnis, zu Flow-Erleben und grösserem Selbstwirksamkeitserleben führen. Die korrekte Evaluation hilft dem*der Therapeut*in somit passende Übungen vorzuschlagen. Wenn der*die Sexualtherapeut*in zudem den Ist-Zustand der*des Klient*in korrekt erfasst und ihm*ihr hilft sich selbst und die eigene Funktionsweise besser zu verstehen (Psychoedukation), kann

dies durch das Herstellen von Zusammenhängen einem Anreizdefizit entgegenwirken. Eine korrekte Evaluation führt laut Aussagen von Expert*innen ausserdem zu einer besseren Beziehung zwischen Therapeut*in und Klient*in, weil der*die Klient*in sich ernstgenommen fühlt. Die korrekte Evaluation scheint grundlegend für die Vermeidung verschiedener Motivationsprobleme zu sein, lässt sich jedoch nicht eindeutig in das Modell von Rheinberg einordnen. Eine Parallele auf Meta-Ebene kann zwischen dem Prozess der Evaluation des Ist-Zustandes der*des Klient*in und der Evaluation der Motivationsproblematik gezogen werden. So wichtig, wie eine gründliche Evaluation des Ist-Zustandes von Klient*innen ist, so wichtig sollte eine gründliche Evaluation ihrer Motivationsproblematik (wenn vorhanden) sein.

Weitere Interventionen, die von den Expert*innen genannt wurden und sich in das Rheinberg-Modell einordnen lassen, sind: a) Verständnis fördern (inkl. Psychoedukation), b) ein ressourcenorientierter Umgang mit Fort-/Rückschritten bei Übungen, c) Anpassen der Übungen und/oder des Zieles und d) Alltagsintegration der Übungen.

a) wurde von allen Expert*innen als Intervention zur Erhöhung der Motivation genannt. Das Verständnis der Klient*innen kann auf kognitiver oder körperlicher Ebene gefördert werden. Wichtig ist, dass die Klient*innen verstehen, weshalb sie eine Übung durchführen. Also, dass sie den Zusammenhang zwischen der vorgeschlagenen Übung und dem eigenen Ziel erkennen. Das Erkennen des Zusammenhangs zwischen Ergebnis (Übungsdurchführung) und Folgen (Ziel) verhindert gemäss Rheinberg (2004) das vollständige Motivationsdefizit. Die Förderung des Verständnisses kann zudem zu mehr Autonomie-Erleben der*des Klient*in (Einbezug der*des Klient*in in den Prozess) und somit höherer intrinsischer Motivation (für das Durchführen der Übung) führen.

b) wurde von der Autorin dieser Arbeit ebenfalls als Intervention zur Verhinderung des vollständigen Motivationsdefizits vorgeschlagen. Das Feedback der*s Sexolog*in kann Klient*innen Veränderungen aufzeigen, die sie selbst noch nicht wahrnehmen und durch den ressourcenorientierten Umgang damit, kann, wenn nötig, eine Umbewertung stattfinden. B2 sagte dazu: «[...] ich glaube schon, dass man eher die Motivation aufrechterhalten kann, wenn man eben kleine Veränderungen und kleine Fortschritte wertschätzt und das auch explizit benennt, weil oft sehen sie es gar nicht» (B2, 153 – 156). Das Feststellen von kleinen Veränderungen hilft den Klient*innen wiederum den Zusammenhang zwischen der Übung und den Folgen besser zu erkennen. Lob der Sexolog*in kann zudem zu einer höheren Selbstwirksamkeitserwartung des*r *Klient*in führen und dem Wirksamkeitsdefizit entgegenwirken.

c) Der Einbezug der*s Klient*in in die Übungsgestaltung führt zu mehr Autonomie-Erleben und erhöht nach SDT die intrinsische Motivation, die einem vollständigen Motivationsdefi-

zit vorbeugt. Durch die Anpassung von Übungen, kann zusätzlich an den bereits vorhandenen Fähigkeiten der*s Klient*in angesetzt und die Wahrscheinlichkeit für Flow-Erleben erhöht werden. Das Anpassen des Zieles wiederum wirkt dem Anreizdefizit entgegen. Der*die Klient*in sollte dabei das letzte Wort haben und von dem*der Sexolog*in lediglich unterstützt (nicht beeinflusst) werden. Denn Klient*innen setzen sich gemäss Oettingen (2001) wünschenswerte, erreichbare Ziele.

d) Die Alltagsintegration der Übungen wurde von der Autorin dieser Arbeit als Intervention zur Verhinderung eines Wirksamkeitsdefizits vorgeschlagen, damit die Kosten für die Durchführung der Übungen so gering als möglich gehalten werden können. Diese, von 2 Expert*innen vorgeschlagene Intervention, passt wiederum dazu, dass beim Ist-Zustand des*r Klient*in angesetzt werden soll und kann durch eine gründliche Evaluation und/oder den Einbezug des*r Klient*in in die Übungsgestaltung sichergestellt werden.

6.2.2 Mögliche Ergänzungen zu den von den Expert*innen genannten Interventionen

Nachdem in den vorherigen Abschnitten diejenigen Interventionen aufgeführt wurden, die eine Überschneidung zwischen den Nennungen der Expert*innen und dem Rheinberg-Modell aufweisen, wird im Folgenden auf Interventionen eingegangen, die von den Expert*innen nicht genannt wurden. Dies soll als mögliche Ergänzung für die sexologische Berufspraxis und nicht als Kritik an der gängigen Praxis verstanden werden. Die Autorin dieser Arbeit ist der Meinung, dass die psychologische Grundlagenforschung und die sexologische Berufspraxis gegenseitig voneinander profitieren können. Hartmann (2018) ist sogar der Meinung, dass die Abkopplung der Sexualforschung von der Psychotherapieforschung den Fortschritt und die Entwicklung der Sexualtherapie in den letzten Jahren in besonderer Weise limitiert hat.

Die Anpassung eines Ziels wurde von den Expert*innen als mögliche Intervention zur Erhöhung der Motivation genannt. *Wie* eine solche Zielsetzung aussehen kann, wurde hingegen nicht erwähnt. Einerseits sollte der*die Therapeut*in bei der Zielsetzung lediglich Prozessbegleiter*in sein und dem*der Klient*in so viel Autonomie wie möglich lassen. Andererseits hilft es als Prozessbegleiter*in zu wissen, welche Art von Zielen mit höherer Wahrscheinlichkeit zu Erfolg führen. Gemäss Forschung zur Zielsetzungstheorie von Locke und Latham (1990) «[...] the most successful performance appears to occur when goals are precise and demanding; when goals are used to measure performance and are related to feedback on results, and when they inspire commitment and acceptance» (Gkizani & Galanakis, 2022). Wenn Klient*innen, mithilfe des*der Therapeut*in, ihre Ziele nach diesem Grundsatz setzen, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für deren Erreichen (Locke & Latham, 2002). Eine Möglichkeit Ziele in Einklang damit zu setzen, ist das

SMART-Modell (Doran, 1981). SMART ist ein Akronym für: Specific Measurable Achievable Reasonable Time-bound. Ziele sollten also spezifisch, messbar, erreichbar, realistisch und zeitlich terminiert gesetzt werden.

Eine Intervention, die von den Expert*innen gar nicht angesprochen wurde, ist der Einsatz von Belohnung bzw. Bestrafung für (nicht) gemachte Übungen. Möglicherweise, weil dies den Eindruck einer Intervention zwischen einer Autorität (Sexolog*in) und einem*r Untergebenen erweckt. Wenn die Autorität jedoch der*die Klient*in selbst ist, kann es sich um eine wirkungsvolle Intervention zur Verhinderung des vollständigen Motivationsdefizits handeln, ohne dabei die Beziehung zwischen Klient*in und Therapeut*in zu gefährden. Das bedeutet, der*die Klient*in sollte sich selbst die Belohnung/Bestrafung für (nicht) durchgeführte Übungen ausdenken. Zudem kann der*die Therapeut*in gemeinsam mit dem*der Klient*in herausfinden, ob er*sie eher auf Belohnung oder Bestrafung anspricht (siehe Gray, 1982) und entsprechend die passende Intervention planen.

Von den Expert*innen wurde Ressourcenfokus und Lob in Bezug auf das Übungsverhalten der Klient*innen genannt. Dies erhöht laut Bandura (1986) die Selbstwirksamkeit einer Person, was wiederum hilft dem Wirksamkeitsdefizit nach Rheinberg (2004) entgegenzuwirken. Auch die von den Expert*innen oft erwähnte korrekte Evaluation kann dadurch, dass durch den*die Therapeut*in Übungen vorgeschlagen werden, die beim Ist-Zustand des*der Klient*in ansetzen und somit Erfolgserlebnisse erlauben, die Selbstwirksamkeitserwartung der Klient*innen erhöhen. Zwei weitere Möglichkeiten, die Selbstwirksamkeitserwartung der Klient*innen zu erhöhen, wurden von den Expert*innen hingegen nicht erwähnt: 1) Stellvertretende Erfahrung und 2) Verringern der Stressreaktion. 1) Der eigenen Person ähnliche Personen bei der Erreichung eines vergleichbaren Ziels zu sehen, fördert den Glauben daran, das Ziel ebenfalls erreichen zu können. Der*die Therapeut*in kann dazu dem*der Klient*in Geschichten von ähnlichen Personen, die das Ziel erreicht haben, erzählen. 2) Diese Intervention sollte besonders für die Sexualtherapie nach Sexocorporel von Interesse sein, weil sie mit Körpererfahrungen arbeitet. Anhand von Atem- und Bewegungsübungen (Reduktion der körperlichen Anspannung), Übungen zur Aktivierung des Vagusnervs (siehe Polyvagalthorie) oder Achtsamkeitsübungen kann der*die Klient*in lernen die eigene Stressreaktion zu regulieren und/oder um zu bewerten. Dies führt laut Bandura (1986) zu einer höheren Selbstwirksamkeitserwartung.

Zwei in der psychologischen Forschung gut untersuchte Interventionen, die helfen die Intentions-Verhaltens-Lücke zu überwinden, wurden von den Expert*innen nicht erwähnt: Mentales Kontrastieren (Oettingen, 2001) und Implementations-Intentionen (Gollwitzer, 1999). Beide Interventionen helfen bei der Überwindung des Volitionsdefizits, indem sie den*die Klient*in auf mögliche Hindernisse bei der Zielerreichung vorbereiten oder helfen direkt in die Handlung zu kommen. Gerade bei der Einbettung von Übungen in den Alltag

der*des Klient*in, können Implementations-Intentionen eine grosse Hilfe sein. Sie verknüpfen nämlich ein auftretendes Ereignis (Alltagsgeschehen) mit einer automatischen Handlung (Übungsdurchführung) und wirken dem Vergessen der Übungen entgegen.

6.2.3 Fazit zu Interventionen zur Erhöhung der Klient*innenmotivation

Die befragten Expert*innen gaben an folgende Interventionen in ihrer Berufspraxis zur Erhöhung der Motivation ihrer Klient*innen einzusetzen: gründliche Evaluation, Verständnis fördern, ressourcenorientierter Umgang mit Fort-/Rückschritten bei Übungen, Anpassen der Übungen und/oder des Zieles und Alltagsintegration der Übungen. Ob dieser Einsatz bewusst oder unbewusst von Statten geht, sei dahingestellt. Interventionen, die von den Expert*innen nicht genannt wurden, jedoch aus theoretischer Sicht eine Bereicherung für die sexologische Berufspraxis darstellen könnten, sind: Zielsetzung nach SMART, Einsatz von Belohnung/Bestrafung, stellvertretende Erfahrung & Verringern der Stressreaktion zur Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung, mentales Kontrastieren und Implementations-Intentionen zur Überwindung der Verhaltens-Intentions-Lücke.

Mit der Aufzählung von mehrheitlich übergeordneten motivationsfördernden (anstelle von konkreten) Kategorien, liessen die Expert*innen das Konkrete *wie* oft offen. Durch die von der Autorin in das Rheinberg-Modell eingeordneten, konkreten Interventionen, können diese übergeordneten Kategorien ergänzt werden. Die Aussagen der Expert*innen zeigen aber auch, dass eine gute Basis (gründliche Evaluation, Therapeut*innenpersönlichkeit, therapeutische Beziehung, Gesprächsführung etc.) grundlegend für die Veränderungsbereitschaft (sprich Motivation) der Klient*innen ist. Eine solche Basis ermöglicht es dem*der Therapeut*in erst spezifische Interventionen zur Motivationssteigerung anzuwenden, weil genug Vertrauen und Offenheit seitens Klient*in hergestellt werden konnte.

6.3 Limitationen

Einige Limitationen der vorliegenden empirischen Forschung ergeben sich aus dem Studiendesign. 1) ist die Stichprobe von 5 Teilnehmenden selbst für eine qualitative Forschungsarbeit sehr klein. Aus den Ergebnissen dieser 5 Interviews kann somit nicht auf eine Grundgesamtheit geschlossen werden. Dennoch liefern sie erste Hinweise auf die Berufspraxis nach Sexocorporel im deutschen Sprachraum. Um bei der Sprache zu bleiben, wurden 2) die Interviews bei der Transkription vom Schweizerdeutschen ins Hochdeutsche übersetzt. Obwohl es sich um sehr ähnliche Sprachen handelt, unterlagen also die erhobenen Daten bereits vor der Auswertung einer gewissen (sprachlich bedingten) Interpretation. Die Daten wurden 3) lediglich von einer Person ausgewertet. Da es den Rahmen der vorliegenden Masterarbeit gesprengt hätte, wurde auf eine Codierung durch mehrere Personen, auf Kosten der Reliabilität der Ergebnisse, verzichtet. Das heisst, dass die vorliegenden Ergebnisse dem Forscherinnenbias der Autorin dieser Arbeit unter-

liegen. 4) kann es sein, dass die Expert*innen aufgrund der Art des Interviews mehrheitlich übergeordnete Interventionen zur Erhöhung der Klient*innenmotivation aufgezählt haben. Die letzten zwei Punkte werden im Folgenden ausführlicher erklärt.

3) Der Forscher*innenbias kann sich im Fall dieser Arbeit beispielsweise als selektive Wahrnehmung seitens der Autorin auswirken. Bei der menschlichen Perzeption «[...] werden Wahrnehmungen nicht nur als Reize empfangen und verarbeitet, sondern diese Informationen werden in bereits bestehende Vorstellungsstrukturen eingefügt und unter Berücksichtigung bereits vorhandener Einstellungen, Motive und von Vorurteilen selektiert» (Reinhold, 2000). Die vorgelagerte Literaturrecherche und theoretischen Überlegungen der Autorin haben mit grosser Wahrscheinlichkeit die darauffolgende Auswertung der Expert*inneninterviews beeinflusst. Es kann also sein, dass die Kategorienbildung für die Auswertung von der vorgängigen theoretischen Bearbeitung des Themengebiets geprägt wurde. Die Autorin war sich dieses Umstands während der Auswertung bewusst und hat gewissenhaft versucht darauf zu achten. Ausschliessen kann sie den Bias jedoch nicht.

4) Die Autorin entschied sich für ein semistrukturiertes Expert*inneninterview. Dadurch konnte der eigentliche Forschungsgegenstand (Klient*innenmotivation) vorerst unausgesprochen bleiben und geschaut werden, ob die Expert*innen von selbst auf das Thema zu sprechen kommen. Dies war vor allem für die 1. Forschungsfrage (die Rolle der Klient*innenmotivation in der Sexualtherapie) ein sich anbietendes Vorgehen. Ein fokussiertes Interview hingegen hätte den Vorteil geboten, dass sich die Expert*innen vorgängig gedanklich mit dem Thema der Klient*innenmotivation auseinandersetzen können. Möglicherweise wäre die Folge davon gewesen, dass mehr konkrete Interventionen von den Expert*innen genannt worden wären. Für die Beantwortung der 2. Forschungsfrage (Interventionen zur Erhöhung der Klient*innenmotivation) wäre es möglicherweise ergiebiger gewesen ein fokussiertes Interview explizit zum Thema Klient*innenmotivation durchzuführen.

Als letzte mögliche Limitation, stellte sich die Autorin die Frage nach der Übertragbarkeit von psychologischen (hauptsächlich kognitiven) Interventionen auf die körpertherapeutische Arbeit. Ob und inwiefern die von der Autorin vorgeschlagenen Interventionen für die Anwendung in der sexologischen Berufspraxis geeignet sind, müsste empirisch getestet werden (siehe nächster Abschnitt).

6.4 Implikationen und Ausblick

Obwohl Klient*innenmotivation, insbesondere im Zusammenhang mit Übungsverhalten, in der Sexualtherapie nach Sexocorporel, beträchtlich zum Therapieerfolg beitragen sollte, gibt es bisher wenig Forschung dazu. Auch die befragten Expert*innen schienen sie als möglichen Wirkfaktor zu vergessen. Umso wichtiger ist es, diesen Missstand in Zukunft zu

korrigieren und mehr zu Klient*innenmotivation und deren Einfluss auf den Therapieprozess zu forschen – sowohl für die Psycho- als auch für die Sexualtherapie. Zudem kann die Sexualtherapieforschung, wie von Hartmann (2018) postuliert, von der Psychotherapieforschung profitieren und sollte nicht versuchen sich davon abzugrenzen.

Die gegenseitige «Befruchtung» von körperorientierten und kognitiven Therapieverfahren sollte ganz im Sinne der im Sexocorporel so wichtigen Ganzheitlichkeit sein. Bräuninger und Blumer (2004) schreiben in ihrem Buchkapitel zu Wirkfaktoren der Tanz- und Bewegungstherapie:

Die Ergebnisse von Grawes Studien über verfahrensübergreifende Wirkfaktoren der Psychotherapie veranlassen zu der Annahme, dass die Tanz- und Bewegungstherapie als ressourcen- und beziehungsorientierter Ansatz gerade wegen dieser Schwerpunkte zu den wirksamsten Therapien zählen könnte. Wünschenswert wären Anschlussstudien, die diese Annahme weiter untersuchen.

Eine solch interdisziplinäre Zusammenarbeit könnte zur Aufklärung der letzten im oberen Abschnitt erwähnten Limitation (Übertragbarkeit einer kognitiven Intervention auf ein körperorientiertes Therapieverfahren) beitragen. Die Grundlagenforschung der Psychotherapie kann gerade für übergeordnete Prozesse im Therapieverlauf (wie Motivation) Erklärungen und entsprechende Hilfestellungen bieten. Die Erfahrung aus der sexologischen Berufspraxis, insbesondere in Bezug auf Körperübungen, kann wiederum solch theoretische Erkenntnisse auf ihre Praktikabilität hin überprüfen.

Die Dringlichkeit zur Erforschung der Klient*innenmotivation erhöht sich, falls die Kosten für eine Sexualtherapie in der Schweiz in Zukunft von der Grundversicherung abgedeckt würden. Die selbstzutragenden Kosten tragen laut 2 Expert*innen aktuell dazu bei, dass Sexualtherapie-Klient*innen ein gewisses Mass an Motivation mitbringen. Durch die Kostenübernahme der Krankenkasse, könnten weniger motivierte Klient*innen ein häufiger vorkommendes Phänomen werden, als zurzeit von den befragten Expert*innen angegeben.

An dem vorherigen Punkt ist zu erkennen, wie wenig bisher zu Klient*innenmotivation und ihren Interaktionen erforscht wurde. Ein künftiges Forschungsthema wäre beispielsweise der Zusammenhang von Klient*innenmotivation und Therapiekosten – gerade auch in Hinblick auf die Freiwilligkeit (Zwangskontext?) und/oder (finanzielle) Möglichkeit eine Therapie zu absolvieren. Eine weitere Interaktion, die untersucht werden sollte, ist diejenige zwischen Klient*innenmotivation und Leidensdruck. Wie sehr hängen diese zwei Variablen zusammen? Kann eine Person zwar einen hohen Leidensdruck und dennoch geringe Veränderungsmotivation aufweisen? Und umgekehrt?

Dies sind nur einige von der Autorin herausgegriffene mögliche Themenfelder für zukünftige Forschung zu Klient*innenmotivation und deren Zusammenspiel mit anderen therapiebeeinflussenden Faktoren. Wichtig ist jedoch, dass mehr zu Klient*innencharakteristika im Allgemeinen und zu Klient*innenmotivation im Spezifischen geforscht wird – auch interdisziplinär. Denn obwohl immer mehr Forschende der Meinung sind, dass Klient*innenfaktoren den Therapieverlauf mehr als alle anderen Variablen kombiniert beeinflussen, erhielten sie in der Wirkungsforschung bisher wenig Beachtung (Gonzalez, 2016). Die Erforschung dieses Konstrukts und möglicher Interventionen zu dessen Beeinflussung gibt Therapeut*innen ein weiteres Werkzeug an die Hand den Therapieprozess zu verbessern. Und sollte dies nicht das Ziel von uns Therapeut*innen sein?

7 SCHLUSSWORT

Das Schreiben dieser Masterarbeit hat mich ironischerweise daran erinnert, wie wichtig und gleichzeitig schwierig es sein kann Motivation für einen gewissen Prozess aufzubringen – selbst wenn Sinn und Zweck des Prozesses klar ersichtlich sind. Prokrastination, Verdrängung, Vergessen usw. sind menschliche Bewältigungsmechanismen zur Vermeidung von zu erledigenden Aufgaben bei attraktiveren Alternativen. Die Etablierung neuer, unbekannter Verhaltensweisen bzw. das Verlassen bekannter Gefilde ist Teil des Veränderungsprozesses, der durch eine Sexualtherapie angestoßen wird. Mit Neuem/Unbekanntem sind im Gehirn noch keine Assoziationen (angenehm/unangenehm) verbunden. Das heisst für die Sexualtherapie: Gerade die Durchführung von, für die Person, ungewohnten Körperübungen, die zur Weiterentwicklung im Therapieprozess nötig sind, kann anfangs viel Überwindung kosten, weil sie nicht als lustvoll empfunden wird. Dies bestätigen auch Aussagen der befragten Expert*innen.

Wenn dazu noch Faktoren kommen, wie Stress, wenig Zeit und Fremd- statt Eigenanliegen, ist es verständlich, dass Klient*innen Mühe haben in die Motivation zur Durchführung von Körperübungen zuhause zu finden. Diese Arbeit liefert Ansätze dazu, wie Sexolog*innen ihre Klient*innen gezielt mit motivationssteigernden Interventionen unterstützen können. Dank dem Motivationsdiagnoseschema von Rheinberg ist es sogar möglich anhand von Fragen herauszufinden, welche Motivationsproblematik vorliegt und was dazu die passende Intervention sein könnte.

Ich habe also Wissen aus der Grundlagenforschung der Psychologie genutzt, um Sexolog*innen in der Berufspraxis bei der Unterstützung ihrer Klient*innen zu helfen. Meine Hoffnung ist, dass die Arbeit es Sexolog*innen (inkl. mir selbst) erleichtert gemeinsam mit ihren Klient*innen Lösungen für Motivationshindernisse zu finden.

8 LITERATURVERZEICHNIS

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1974). Factors Influencing Intentions and the Intention-Behavior Relation. *Human Relations*, 27, 1–15.
- Amicis, L. A. de, Goldberg, D. C., LoPiccolo, J., Friedman, J. & Davies, L. (1985). Clinical follow-up of couples treated for sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 14(6), 467–489.
- Apfelbaum, B. (1977). On the etiology of sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 3, 50–62.
- Baer, P. E., Dunbar, P. W., Hamilton, J. E. & Beutler, L. E. (1980). Therapists' perceptions of the psychotherapeutic process: development of a psychotherapy process inventory. *Psychological Reports*, 46(2), 563–570.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Pearson Education.
- Berking, M. & Kowalsky, J. (2012). Therapiemotivation. In M. Berking & W. Rief (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor: Lesen, Hören, Lernen im Web* (S. 13–22). Springer.
- Bischof, K. (2020). Wissenschaftliche Grundlagen des Sexocorporel. In H.-J. Voß (Hrsg.), *Die deutschsprachige Sexualwissenschaft* (S. 423–448). Psychosozial-Verlag.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 16, 252–260.
- Brandstätter, V., Schüler, J., Puca, R. M. & Lozo, L. (2018). *Motivation und Emotion*. Springer Berlin Heidelberg.
- Bräuninger, I. & Blumer, E. (2004). Tanz- und Bewegungstherapie. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 380–387). Springer.
- Burke, B. L., Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843–861.
- Carufel, F. de & Trudel, G. (2006). Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(2), 97–114.
- Clement, U. & Schmidt, G. (1983). The outcome of couple therapy for sexual dysfunctions using three different formats. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 9, 67–78.
- Conrad, C. D. (1952). An empirical study of the concept of psychotherapeutic success. *Journal of Consulting Psychology*, 16(2), 92–97.
- Constantino, M. H., Boswell, J. F. & Coyne, A. E. (2021). Patient, therapist, and relational factors. In W. Lutz & L. G. Castonguay (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (7. Aufl., S. 225–262). John Wiley & Sons Incorporated.

- Creswell, J. W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Sage.
- Crowe, M. J., Gillan, P. & Golombok, S. (1981). Form and content in the conjoint treatment of sexual dysfunction: A controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 47–54.
- Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond Boredom and Anxiety: Finding Flow in work and play*. Jossey-Bass.
- Cullen, F. T., Cullen, J. B., van Hayhow, L. & Plouffe, J. T. (1975). The effects of the use of grades as an incentive. *The Journal of Educational Research*, 68(7), 277–279.
- Deane, F. P., Glaser, N. M., Oades, L. G. & Kazantzis, N. (2005). Psychologists' use of homework assignments with clients who have schizophrenia. *Clinical Psychologist*, 9, 24–30.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227–268.
- Dekker, J. & Everaerd, W. (1983). A long-term follow-up study of couples treated for sexual dysfunctions. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 9(2), 99–113.
- Doran, G. T. (1981). There's a SMART way to write management's goals and objectives. *Management Review*, 70(11), 35–36.
- Dunn, H., Morrison, A. P. & Bentall, R. P. (2002). Patients' experiences of homework tasks in cognitive behavioral therapy for psychosis: A qualitative analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 361–369.
- Flick, U., Kardorff, E. v., Keupp, H., Rosensteil, L. v. & Wolff, S. (2011). *Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Beltz.
- Franco, C. (2012). *Client motivation, working alliance and the use of homework in psychotherapy* [Dissertation]. The Florida State University, Florida.
<https://fsu.digital.flvc.org/islandora/object/fsu%3A182861/datastream/PDF/view>
- Gassmann, D. (2010). Allgemeine Wirkfaktoren und körperorientiertes Vorgehen. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog: Grundlagen, Anwendungen, Integration Der IKP-Ansatz von Yvonne Maurer* (S. 335–345). Springer Medizin Verlag.
- Gkizani, A. M. & Galanakis, M. (2022). Goal setting theory in contemporary businesses: A systematic review. *Psychology*, 13(3), 420–426.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54(7), 493–503.
- Gonzalez, D. M. (2016). Client variables and psychotherapy outcomes. In D. J. Cain, K. Keenan & S. Rubin (Hrsg.), *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice* (S. 455–482). American Psychological Association (APA).

- Gonzalez, V. M., Schmitz, J. M. & DeLaune, K. A. (2006). The role of homework in cognitive-behavioral therapy for cocaine dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 633–637.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Hogrefe.
- Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. Oxford University Press.
- Hardcastle, S. J., Hancox, J., Hattar, A., Maxwell-Smith, C., Thøgersen-Ntoumani, C. & Hagger, M. S. (2015). Motivating the unmotivated: how can health behavior be changed in those unwilling to change? *Frontiers in Psychology, 6*, 1–4.
- Hartman, W. E. & Fithian, M. A. (1974). Treatment of sexual dysfunction. *Journal of Family Counseling, 2*, 68–80.
- Hartmann, U. (2018). *Sexualtherapie*. Springer Berlin Heidelberg.
- Hartmann-Kottek, L. (2021). *Allgemeine Psychotherapie*. Springer Berlin Heidelberg.
- Hawton, K. & Catalan, J. (1986). Prognostic factors in sex therapy. *Behaviour Research and Therapy, 24*(4), 377–385.
- Hawton, K., Catalan, J. & Fagg, J. (1992). Sex therapy for erectile dysfunction: Characteristics of couples, treatment outcome, and prognostic factors. *Archives of Sexual Behavior, 21*(2), 161–175.
- Hawton, K. & Catalan, J. (1990). Sex therapy for vaginismus: Characteristics of couples and treatment outcome. *Sexual and Marital Therapy, 5*, 39–48.
- Heckhausen, H. (1977). Achievement motivation and its constructs: A cognitive model. *Motivation and Emotion, 1*(4), 283–329.
- Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (2006). *Motivation und Handeln* (3. Aufl.). Springer.
- Helbig, S. & Fehm, L. (2004). Problems with homework in CBT: Rare exception or rather frequent? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 32*, 291–301.
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). VS Verlag.
- Herzog, T. A., Abrams, D. B., Emmons, K. M., Linnan, L. A. & Shadel, W. G. (1999). Do processes of change predict smoking stage movements? A prospective analysis of the transtheoretical model. *Health Psychology, 18*, 369–375.
- Hettema, J., Steele, J. & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 91–111.
- Hosseini, F., Alavi, N. M., Mohammadi, E. & Sadat, Z. (2021). Scoping Review on the Concept of Patient Motivation and Practical Tools to Assess it. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 26*, 1–10.

- Hoyer, J. & Lang, T. (2011). Motivierende Interventionsstrategien. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl., S. 503–510). Springer.
- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. Brunner/Mazel.
- Kazantzis, N., Deane, F. & Ronan, K. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(2), 189–202.
- Kazantzis, N., Whittington, C., Zelencich, L., Kyrios, M., Norton, P. J. & Hofmann, S. G. (2016). Quantity and quality of homework compliance: A meta-analysis of relations with outcome in cognitive behavior therapy. *Behavior Therapy*, 47, 755–772.
- Kilmann, P. R., Boland, J. P., Norton, S. P., Davidson, E. & Caid, C. (1986). Perspectives of sex therapy outcome: a survey of AASECT providers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 12(2), 116–138.
- Kuckartz, U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (5. Aufl.). Beltz Juventa.
- Lippert, A. (2021). *Motivation stärken in Therapie und Beratung*. Springer Berlin Heidelberg.
- Lobitz, W. C. & LoPiccolo, J. (1972). New methods in the behavioral treatment of sexual dysfunction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3(4), 265–271.
- Locke, E. A. & Latham, G. P. (1990). *A theory of goal setting & task performance*. Prentice-Hall, Inc.
- LoPiccolo, J. & Lobitz, W. C. (1972). The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 2(2), 163–171.
- LoPiccolo, J. & Lobitz, W. C. (1973). Behavior therapy of sexual dysfunction. *Behavior Change*, 343–358.
- LoPiccolo, J. & Lobitz, W. C. (1978). *Handbook of sex therapy*. Plenum Press.
- Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. & Burke, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 137–160.
- Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Little, Brown.
- Maurer-Groeli, Y., Hausmann, D. & Massenbach, K. von (2005). Massnahmen zur Überprüfung der Wirksamkeit der Körperzentrierten Psychotherapie IKP (ganzheitlich-integrativ erweiterten Gestalttherapie). *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 156(05), 257–265.

- Mausbach, B. T., Moore, R., Roesch, S., Cardenas, V. & Patterson, T. L. (2010). The relationship between homework compliance and therapy outcomes: an updated meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 429–438.
- Mayring, P. & Fenzl, T. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 543–558). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2010). ExpertInneninterview: Zur Rekonstruktion spezialisierten Sonderwissens. In R. Becker & B. Kortendiek (Hrsg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung* (S. 326–329). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Michalak, J., Klappheck, M. A. & Kosfelder, J. (2004). Personal goals of psychotherapy patients: The intensity and the “why” of goal-motivated behavior and their implications for the therapeutic process. *Psychotherapy Research*, 14, 193–209.
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147–172.
- Moskaliuk, J. (2015). *Motivationspsychologie für die Berufspraxis*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Newman, M. G., Crits-Christoph, P., Gibbons, C. M. B. & Erickson, T. M. (2006). Participant factors in treating anxiety disorders. In Castonguay L. G. & Beutler L. E. (Hrsg.), *Principles of Therapeutic Change that Work* (S. 121–154). Oxford University Press.
- Oettingen, G., Pak, H. & Schnetter, K. (2001). Self-regulation of goal-setting: Turning free fantasies about the future into binding goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 736–753.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). Process and Outcome in Psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 311–381). Wiley.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy processoutcome research: Continuity and change. In Lambert M. J. (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. Aufl., S. 307–390).
- Pelletier, L. G., Tuson, K. M. & Haddad, N. K. (1997). Client motivation for therapy scale: A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *Journal of Personality Assessment*, 68, 414–435.
- Prager, R. A. (1971). The relationship of certain client characteristics to therapist-offered conditions and therapeutic outcome. *Dissertation Abstracts International*, 31(9B), 5634–5635.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1986). The transtheoretical approach. In J. Norcross (Hrsg.), *Handbook of Eclectic Psychotherapy* (S. 163–200). Brunner/Mazel.

- Radhakrishnan, P., Lam, D. & Ho, G. (2009). Giving university students incentives to do homework improves their performance. *Journal of Instructional Psychology*, 36(3), 219–225.
- Reinhold, G. (2000). *Soziologie-Lexikon* (4. Aufl.). Oldenbourg.
- Rheinberg, F. (2004). *Motivationsdiagnostik. Kompendien psychologische Diagnostik: Bd. 5*. Hogrefe.
- Rogers, C. R. (1951). *Client centered therapy*. Houghton-Mifflin.
- Romano, M. & Peters, L. (2015). Evaluating the mechanisms of change in motivational interviewing in the treatment of mental health problems: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 1–12.
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305–312.
- Ryan, R. M. (2012). *The Oxford handbook of human motivation*. Oxford University Press.
- Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M. & Deci, E. L. (2011). Motivation and autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: A look at theory and practice. *The Counseling Psychologist*, 39(2), 193–260.
- Scheel, M. J. (2011). Client common factors represented by client motivation and autonomy. *The Counseling Psychologist*, 39(2), 276–285.
- Schütz, E. E. (2020). Körperlichkeit ist Basis jeder Sexualität: Ein Plädoyer für sexualwissenschaftliche Studien zu Körper und Sexualität. In H.-J. Voß (Hrsg.), *Die deutschsprachige Sexualwissenschaft* (S. 407–422). Psychosozial-Verlag.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2020). Psychische Gesundheit in der Schweiz (Monitoring 2020). Abgerufen am 22. Mai 2021 von <https://www.bag.admin.ch>
- Strupp, H. H. (1963). The outcome problem in psychotherapy revisited. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1, 1–13.
- Sutton, C. S. & Dixon, D. N. (1986). Resistance in parent training: A study of social influence. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(2), 133–141.
- Sztenc, M. (2020). *Embodimentorientierte Sexualtherapie: Grundlagen und Anwendung des Sexocorporel*. Schattauer.
- Tang, W. & Kreindler, D. (2017). Supporting homework compliance in cognitive behavioral therapy: Essential features of mobile apps. *JMIR Mental Health*, 4(2), 1-10.
- Veith, A. (1997). *Therapiemotivation: Zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariablen*. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

- Velicer, W. F., Hughes, S., Fava, J. L., Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1995). An empirical typology of subjects within stage of change. *Addictive Behaviors*, 20, 299–320.
- Vitinius, F., Tieden, S., Hellmich, M., Pfaff, H., Albus, C. & Ommen, O. (2018). Perceived psychotherapist's empathy and therapy motivation as determinants of long-term therapy success. Results of a cohort study of short term psychodynamic inpatient psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 1–11.
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W. & Callen Tierney, S. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68(2-3), 159–165.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes.". *Psychological Bulletin*, 122(3), 203–215.
- Wen-ying, M. A. & Xi, L. I. (2016). A New View on Teaching Motivation. Self-determination Theory. *Sino-US English Teaching*, 13, 33–39.
- West, R. (2005). Time for a change: Putting the transtheoretical (stages of change) model to rest. *Addiction*, 1000, 1036–1039.
- Wolff, W., Stadler, K.-M., Wegner, M. & Schüler, J. (2020). *Motivationspsychologie*. Pabst.
- Yarritu, I., Matute, H. & Vadillo, M. A. (2014). Illusion of control: The role of personal involvement. *Experimental Psychology*, 61, 38–47.
- Zeldman, A., Ryan, R. M. & Fiscella, K. (2004). Motivation, autonomy support, and entity beliefs: Their role in methadone maintenance treatment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 675–696.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Marshall, M. & Bagby, R. M. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 17, 137–147.

9 ANHANG

Tabelle 6

Übersicht über die verwendeten Stichwörter und deren Kombinationen bei der Literatursuche

| Stichwörter |
|---|
| motivation AND «therapy success» AND review OR meta analysis |
| Motivation OR Veränderungsmotivation AND Therapieerfolg |
| Motivation AND Therapie |
| motivation AND psychotherapy AND outcome AND review OR meta analysis |
| «client motivation» OR «patient motivation» AND «therapy outcome» OR «therapy success» |
| «influencing factors» AND «therapy success» OR «therapy outcome» AND «meta analysis» OR review |
| psychotherapy AND success OR outcome AND «meta analysis» OR review + 2010 – 2021 |
| «intrinsic motivation» AND «therapy outcome» OR «therapy success» AND psychology |
| «patient motivation» OR «client motivation» AND psychotherapy AND influence + 2000 – 2021 |
| «motivation for change» OR «patient characteristics» AND «therapy success» OR «treatment outcome» OR «treatment success» OR «therapy outcome» |
| Wirkfaktoren AND Psychotherapie |

Anmerkung. Nach den Stichwörtern und Kombinationen wurde sowohl in den Titeln, in den Abstracts als auch in den Volltexten der in den Datenbanken (OPAC, Google Scholar und Zentralbibliothek Zürich) aufgeführten Artikeln gesucht.

Tabelle 7*Klassifikationssystem der Motivationsarten nach Ryan und Deci (2000)*

| Motivationsarten | Beschreibung | Autonomie-Grad |
|-----------------------------------|--|---------------------------|
| Intrinsische Motivation | Interesse & Freude am Handeln, Entdecken, Wachstum | Hoch autonom |
| Integrierte Regulation | Schätzen der Tätigkeit & Passung mit anderen persönlichen Werten & Zielen | Hoch autonom |
| Identifizierte Regulation | Bewusstes Schätzen der Tätigkeit | Autonom |
| Introjierte Regulation | Motiviert durch Selbst-/Fremdverstärkung, Vermeidung von Missbilligung oder Schuld | Etwas kontrolliert |
| Externale Regulation | Motiviert durch externe Belohnung & Bestrafung | Hoch kontrolliert |
| Amotivation I: tiefer Wert | Wenig oder keinen wahrgenommenen Wert der Handlung | Autonom oder kontrolliert |
| Amotivation II: tiefe Wirksamkeit | Wenig oder keine wahrgenommene Kompetenz für Veränderung | Unpersönlich |

Anmerkung. Die Übersetzung der Tabelle vom Englischen ins Deutsche wurde durch die Autorin vorgenommen und kann Ungenauigkeiten enthalten. Zudem wurden bei «Autonomie-Grad» anstelle von internal/external die Worte autonom/kontrolliert verwendet, um den*die Leser*in nicht unnötig zu verwirren.

Einverständniserklärung

zur Teilnahme an einem Interview zum Thema «Erfolgsfaktoren der Sexualtherapie»

- Das Interview findet im Rahmen der Masterarbeit von Michèle Hediger zur Erreichung des akademischen Grades «Master of Arts in Sexologie» statt und dauert ca. 30 Minuten.
- Das Interview wird über die Online-Plattform Zoom durchgeführt und auf Video aufgezeichnet. Während des Gesprächs wird auf die Nennung von Nachnamen und Ortsnamen verzichtet. Die Audioaufnahme wird (extern) transkribiert und anonymisiert. Sowohl die interviewführende als auch die transkribierende Person stehen unter Schweigepflicht. Nach abgeschlossener Transkription des Interviews werden die Video- und Audioaufzeichnung gelöscht. Die Löschung der Einwilligungserklärung erfolgt spätestens 5 Jahre nach Abschluss der Masterarbeit (sprich am 29. August 2027).
- Aus den anonymisierten Transkripten werden auszugsweise Aussagen in Form von anonymen Zitaten für die Masterarbeit übernommen.
- Ihre Teilnahme am Interview ist freiwillig. Sie können zu jedem Zeitpunkt und ohne Konsequenzen aus dem Interview aussteigen.
- Bei Fragen, Anmerkungen oder dem Wunsch Ihre Einwilligung zu widerrufen, senden Sie bitte ein E-Mail an: michele.hediger@outlook.com.
- Mit der Unterzeichnung dieses Formulars erklären Sie sich einverstanden am Interview zum Thema «Erfolgsfaktoren der Sexualtherapie» teilzunehmen und alle Angaben zur Anonymität und Freiwilligkeit dieser Teilnahme verstanden zu haben.

Ort & Datum _____

Vor- und Nachname _____
(in Druckbuchstaben)

Unterschrift _____

Name Interviewerin _____
(in Druckbuchstaben)

Unterschrift _____

Interviewleitfaden

Kursiver Text: Anmerkungen für die Interviewleiterin.

Die hier aufgeführten Fragen dienen lediglich als Richtwert/Stützhilfe. Grundsätzlich gilt: So viel fragen wie nötig für die Beantwortung der Fragestellungen, aber so wenig wie möglich vorgeben (den Interviewten viel Raum geben für Erzählungen).

Start **- 2 Min.**

- Begrüssung: Willkommen heissen & danken für die Teilnahme
- Vorstellung: mich selbst und den Rahmen dieser Befragung

Erklärung des Vorgehens **- 3 Min.**

- Dauer Interview: ca. 30 Minuten
- Thema: Erfolgsfaktoren der Sexualtherapie (Motivation bewusst noch nicht nennen)
- Aufnahme des Gesprächs (damit keine Gesprächsinhalte verloren gehen und fürs Transkript)
- Datenschutzrichtlinien & Vertraulichkeit / Anonymität
- Rolle von mir (neutral, interessiert → es gibt keine falschen Antworten; ich möchte ehrliche Meinungen, Gefühlen, Erfahrungen aufnehmen; kein Wissen)

Vorstellung Teilnehmer*in: Vorname, Alter, gelernter Beruf/Grundausbildung, genaue Bezeichnung der Tätigkeit (selbständig/angestellt; Pensum etc.). Wie lange sind Sie schon Sexualtherapeut*in? (Was war Ihre Motivation Sexolog*in zu werden?)

Wichtigkeit von Klient*innenmotivation **- 3 Min.**

Das Ziel der meisten Therapeut*innen ist es Ihren Klient*innen zum gewünschten Ziel zu verhelfen – sprich eine Therapie erfolgreich zu beenden.

- Woran merken Sie, dass eine Therapie erfolgreich ist?
- Welche Faktoren führen, aus Ihrer persönlichen Erfahrung, zu einer erfolgreichen Therapie? Welche davon sind die wichtigsten?
- *Falls Klient*innenmotivation nicht genannt wird, Folgendes nachhaken:*
 - o Inwiefern spielt Klient*innenmotivation eine Rolle für den Therapieerfolg?

Verständnis von Klient*innenmotivation **- 3 Min.**

- Was verstehen Sie unter Klient*innenmotivation? Woran merken Sie, ob jemand motiviert ist?

Hier darauf achten, ob Personen von der Therapie- oder der Veränderungsmotivation sprechen. Ein gemeinsames Verständnis für Veränderungsmotivation (Hauptthema) schaffen. Definition von Veränderungsmotivation nach Berking & Kowalsky, 2012: «Motivation, das eigene Leiden zu überwinden und die dafür notwendigen Veränderungen vorzunehmen».

Im weiteren Verlauf wird es um die Veränderungsmotivation gehen.

- Inwiefern ist Ihrer Erfahrung nach die Klient*inmotivation wichtig für das Gelingen einer Sexualtherapie?
 - o Können Sie noch etwas genauer beschreiben, wofür sie gebraucht wird?
 - o Für welche Prozesse und Aspekte braucht es vielleicht mehr, für welche weniger Motivation?

Beeinflussung der Klient*innenmotivation/Interventionen

- 10 Min.

- Wie gehen Sie vor, wenn Sie merken, ein*e Klient*in ist überhaupt nicht motiviert?
 - o Wie häufig kommt das vor?
 - o Bei welchen Anliegen/Klient*innen kommt das gehäuft vor?
 - Gibt es Muster?
- Welche Faktoren erhöhen, Ihrer Meinung nach, die Motivation von Klient*innen?
 - o Inwiefern haben Sie als Therapeut*in Einfluss auf die Motivation Ihrer Klient*innen?
- Welche Interventionen wenden Sie an, um die Motivation Ihrer Klient*innen zu steigern? Welche noch? Wie gehen Sie dabei konkret vor? *Ganz detailliert erzählen lassen und die einzelnen Interventionen aufschreiben!*

Pro genannte Intervention Folgendes nachfragen:

- o Wann wenden Sie die entsprechende Intervention an?
- o Welche Intervention wenden Sie implizit (ohne dies gross zu reflektieren/gelernt zu haben) und welche explizit (intentional/gelernt) an, um die Motivation Ihrer Klient*innen zu erhöhen? Wenn explizit: Wo haben Sie diese Intervention (kennen)gelernt?

Abschlussfrage

- 3 Min.

Meine vorbereiteten Fragen haben wir jetzt besprochen und wir nähern uns dem Ende des Gesprächs. Gibt es denn von Ihrer Seite mit Blick auf das Thema noch etwas, wovon Sie erzählen möchten?