

Masterarbeit

Studiengang Sexologie IV ISP Zürich, 2021 - 2024

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 Zürich

**Aspekte und Bedeutung der Beziehungsgestaltung
zwischen Therapeut*in und Klient*in im
sexualtherapeutischen Kontext**

Eine qualitative Untersuchung der therapeutischen Beziehungsarbeit

Vorgelegt von

Jasmin Witschi

[REDACTED]

[REDACTED]

Erstbetreuer*in: Konrad Weller

Zweitbetreuer*in: Ben Kneubühler

Abgabe der Arbeit: 02.08.24

ABSTRACT

Diese Masterarbeit untersuchte die Aspekte und Bedeutung der Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut*in und Klient*in im Kontext der Sexualtherapie. Ziel der Studie war es, die entscheidenden Aspekte zu identifizieren, die eine starke und vertrauensvolle therapeutische Beziehung fördern. Weiter wurde die Bedeutung der therapeutischen Beziehung in den verschiedenen Phasen der Sexualtherapie untersucht.

Für die theoretische Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine Recherche anhand von Literatur durchgeführt. Zusätzlich wurden fünf Interviews mit Sexualtherapeut*innen geführt, in denen sie zu Aspekten und der Bedeutung der Beziehungsgestaltung in der Sexualtherapie befragt wurden. Diese Interviews wurden anschließend qualitativ ausgewertet.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche und der Interviews zeigen, dass die Beziehung in der Sexualtherapie eine zentrale Rolle spielt. Der Aufbau von Vertrauen sowie persönliche und professionelle Merkmale der therapierenden Person wie Authentizität und Fach- und Methodenkompetenz massgeblich zu einer stabilen therapeutischen Beziehung bei. Besonders in der Anfangsphase der Therapie hat die Beziehungsgestaltung eine grosse Bedeutung.

Am Ende der Arbeit werden die Limitationen der Studie sowie Vorschläge für künftige Forschungen aufgezeigt.

This master's thesis examined the aspects and significance of the relationship between therapist and client in the context of sex therapy. The aim of the study was to identify the key aspects that promote a strong and trusting therapeutic relationship. The importance of the therapeutic relationship in the various phases of sex therapy was also investigated.

A literature review was conducted to provide theoretical answers to the research questions. In addition, five interviews were conducted with sex therapists, in which they were asked about aspects and the importance of relationship formation in sex therapy. These interviews were then analysed qualitatively.

The results of the literature research and the interviews show that the relationship plays a central role in sex therapy. The establishment of trust as well as personal and professional characteristics of the therapist, such as authenticity and professional and

methodological competence, contribute significantly to a stable therapeutic relationship. Relationship building is particularly important in the initial phase of therapy.

The limitations of the study and suggestions for future research are outlined at the end of the paper.

DANKSAGUNG

Ich bedanke mich herzlich bei allen, die zum Gelingen dieser Masterarbeit beigetragen haben und mich im Verlaufe des Prozesses unterstützt haben.

Mein Dank gilt meinem Erstbetreuer, Konrad Weller, für die Betreuung der Masterarbeit sowie für die Inputs und Rückmeldungen. Auch danke ich Ben Kneubühler, meinem Zweitbetreuer, für die Lektüre und Bewertung der Masterarbeit.

Ein grosser Dank gilt den Therapeut*innen, die sich grosszügigerweise bereit erklärt haben, an den Interviews teilzunehmen und ihre Perspektiven und Erfahrungen während je rund 60 Minuten zu teilen. Ihre umfassenden Ausführungen und die Sichtweisen auf die Beziehungsarbeit in der Sexualtherapie haben mich sowohl während dem Verfassen der Masterarbeit als auch für meine kommende sexualtherapeutische Tätigkeit motiviert.

Ich bedanke mich auch bei meinem Umfeld für die Unterstützung und Geduld in den letzten sechs Monaten, insbesondere bei meiner Familie und bei meinen Arbeitskolleg*innen.

Ein spezieller Dank gebührt meinem Partner, Patrick Mutzner, der mich in den verschiedenen Phasen des Verfassens stets mit viel Geduld, ermunternden Worten und seinem Wissen unterstützt hat. Ein Dank geht auch an meine Schwester, Vanessa Witschi, die meine Arbeit gelesen hat und damit eine wertvolle Aussenperspektive ermöglichte.

Vorwort

In den vergangenen Lebensjahren haben in meinem Privat- und Berufsleben viele bereichernde Beziehungen eine bedeutende und nachhaltige Rolle gespielt für mich. Durch meine aktuelle hauptberufliche Tätigkeit als Lehrperson auf der Sekundarstufe 1 komme ich jeden Tag mit einer Vielzahl von Menschen verschiedenen Alters und Charakters in Kontakt. In den vergangenen letzten zwölf Berufsjahren durfte ich persönlich erfahren, dass die Beziehung zwischen Lehrperson und Lernenden massgeblich für zahlreiche Aspekte des Schulalltags ausschlaggebend ist. Hierbei spielen verschiedene Faktoren wie beispielsweise das Klima im Klassenraum, die gemeinsame Bewältigung von Problemen, Empathie und Wertschätzung gegenüber den Lernenden eine entscheidende Rolle. Die Fähigkeiten einer Lehrperson im Aufbau und Unterhalt einer stabilen Beziehung sind daher essenziell für das Gelingen einer funktionierenden Lernumgebung.

Durch mein Masterstudium in Sexologie am ISP in Zürich und meine ersten praktischen Erfahrungen in Therapie und Beratung sowie meinen Erfahrungen in den Lehrtherapien und Supervisionen wurde mir bewusst, dass auch im therapeutischen Kontext die Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin von grosser Wichtigkeit ist. Aber welche Aspekte sind in der Sexualtherapie entscheidend, damit sich Klient*innen sicher fühlen und ihre intimsten Gedanken, Gefühle und Erfahrungen teilen können? Denn vielen Klient*innen fällt es schwer, über Sexualität zu sprechen, da sie oft wegen sexueller Dysfunktionen und Herausforderungen Beratung aufsuchen, die grossen persönlichen Leidensdruck verursachen und gesellschaftlich wenig thematisiert sowie immer noch tabuisiert sind.

Ziel dieser Masterarbeit ist es, die Bedeutung der Beziehungsgestaltung in der Sexualtherapie zu untersuchen und die entscheidenden Aspekte zu identifizieren, die diese Beziehung stärken können.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Ausgangslage	1
1.2	Forschungsfragen	3
1.3	Aufbau der Arbeit	4
1.4	Abgrenzung.....	5
2	Theorie.....	6
2.1	Beziehungsgestaltung in der Sexualtherapie.....	6
2.1.1	Therapeutische Beziehung	7
2.1.2	Spezifische Merkmale der therapeutischen Beziehung.....	10
2.1.3	Aufbau einer wirksamen therapeutischen Beziehung	13
2.1.4	Allgemeine Beziehungsgestaltung.....	18
2.1.5	Motiv- und bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung.....	20
2.2	Die therapeutische Beziehung in den Therapiephasen.....	22
2.2.1	Anfangsphase	22
2.2.2	Mittlere Phase	26
2.2.3	Schlussphase	28
2.3	Evaluation der therapeutischen Beziehung.....	30
2.4	Haltung und Professionsverständnis	33
2.4.1	Kompetenzen und Eigenschaften der Therapeutin	33
2.4.2	Rolle der Therapeutin	36
2.4.3	Rolle der Klientin	37
2.4.4	Alter.....	38
2.4.5	Gender	40
2.5	Modelle der Sexualtherapie und Relevanz für die Beziehungsgestaltung	42
2.5.1	Systemische Sexualtherapie	42
2.5.2	Sexocorporel und embodimentorientierte Sexualtherapie.....	43

3	Methodisches Vorgehen	45
3.1	Design.....	45
3.2	Datensammlung: Expert*inneninterview	45
3.2.1	Erstellen des Leitfadens	46
3.2.2	Selektion der Interviewteilnehmer*innen.....	47
3.2.3	Vorgehen und Transkription	48
3.2.4	Transkription.....	49
3.3	Datenauswertung: Qualitative Inhaltsanalyse	50
3.4	Gütekriterien.....	51
4	Präsentation der Ergebnisse	52
4.1	Faktoren einer erfolgreichen Sexualtherapie: Zielorientierung und Formulieren von realistischen Therapiezielen	52
4.2	Bedeutung der Beziehungsgestaltung: Aufbau von Vertrauen und Sicherheit.....	53
4.3	Beziehungsgestaltende Handlungen und Elemente	55
4.3.1	Authentizität, Ehrlichkeit und Transparenz.....	56
4.3.2	Förderung von Selbstmitgefühl und Geduld.....	57
4.3.3	Herausforderungen in der Beziehungsgestaltung	58
4.4	Beziehungsgestaltung im Verlauf der Therapie	59
4.4.1	Anfangsphase: Evaluation/ Sexualanamnese und Verstehen der Anliegen	59
4.4.2	Beziehungsgestaltung in der mittleren Phase der Therapie	60
4.4.3	Schlussphase der Therapie	62
4.5	Beziehungsfördernde Merkmale der Therapeut*innen.....	62
4.5.1	Therapeutische Haltung und Neugier	62
4.5.2	Methoden- und Fachkompetenz	63
4.5.3	Fähigkeit zur Selbstreflexion und Selbstwahrnehmung.....	64
4.5.4	Therapeutisches Selbstverständnis und Selbstsicherheit	65
4.6	Einfluss der Geschlechterdifferenz	65

4.7	Einfluss der Altersdifferenz	67
5	Diskussion	68
5.1	Forschungsfrage 1	69
5.1.1	Faktoren einer erfolgreichen Sexualtherapie und Bedeutung der Beziehungsgestaltung	69
5.1.2	Gestaltung der therapeutischen Beziehung	70
5.1.3	Persönliche und professionelle Merkmale	72
5.1.4	Rolle der Geschlechterdifferenz in der Beziehungsgestaltung	74
5.1.5	Bedeutung der Altersdifferenz für die Beziehungsgestaltung	74
5.2	Forschungsfrage 2	75
5.2.1	Ausschlaggebende Phasen für die Beziehungsgestaltung	75
5.3	Limitationen	77
5.4	Ausblick	77
6	Schlusswort	79
7	Literaturverzeichnis	80
8	Selbständigkeitserklärung	85
Anhang A	Leitfaden Interview	86
Anhang B	Einverständniserklärung zur Teilnahme an Interview	90
Anhang C	Kodierleitfaden mit den Haupt- und Subkategorien	91

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Die Erforschung der Wirksamkeit von Psychotherapie hat erst in den letzten Jahrzehnten begonnen und stellt ein vergleichsweise neues Forschungsfeld dar. Trotz der empirischen Belege, die die Effektivität der Psychotherapie bestätigen und ihre Wirkung anerkennen, sind die genauen Mechanismen, die zu ihrer Wirksamkeit führen, noch nicht abschliessend geklärt (Janko, 2015). Somit stellt sich in der Forschung der Psychotherapie nicht nur die Frage nach der Wirksamkeit von Psychotherapie, sondern auch, welche spezifischen Komponenten den Therapieerfolg beeinflussen und in welchem Ausmass dies geschieht. Laut Janko (2015) erreichen verschiedenartige Therapiemethoden ähnliche Ziele, wobei den allgemeinen Wirkfaktoren eine entscheidende Bedeutung zukommt für den Therapieerfolg. Die Frage nach den Wirkfaktoren ist auch für die Sexualtherapie von Relevanz, die sie sich an psychotherapeutischen Methoden orientiert oder in einem vergleichbaren Rahmen durchgeführt wird (Hartmann, 2018). Eine spannende Debatte in der aktuellen Forschung dreht sich um die Rolle der Therapeutinnen¹: Oft tragen sie nur indirekt zum Erfolg einer Therapie bei (Witschi, 2023). Stattdessen scheinen «extratherapeutische Faktoren» wie beispielsweise die Persönlichkeiten der Klientinnen oder aussertherapeutische Prozesse wie z.B. unvorhersagbare Vorkommnisse, die Entwicklungen initiieren, die letztlich zur Problemlösung beitragen, direkter auf das Therapieergebnis einzuwirken (Hartmann, 2018; Janko, 2015). Demgegenüber haben «intratherapeutische Faktoren» wie das angewandte Therapiemodell, die eingesetzten Interventionen und Techniken sowie die Haltung und die Beziehungsgestaltung von Seiten der Therapeutinnen einen weniger direkten Einfluss auf den Erfolg der Therapie (Hartmann, 2018). Dies wirft die entscheidende Frage auf, welche tatsächlichen Auswirkungen die Gestaltung der therapeutischen Beziehung durch die Therapeutinnen hat (Witschi, 2023). Die Forschung bietet hierzu unterschiedliche Erkenntnisse. Einige Untersuchungen deuten auf eine enge Verbindung zwischen allgemeinen Wirkfaktoren, der gezielten Anwendung von Techniken und dem Erfolg der Therapie hin (Pfammatter et al., 2012). Unter allgemeinen Wirkfaktoren werden u.a. in der Psychotherapie

¹ Die Autorin der vorliegenden Arbeit hat sich aus Gründen der besseren Lesbarkeit entschieden, im Literaturteil ausschliesslich die Ausdrücke «Therapeutinnen» und «Klientinnen» zu verwenden. Diese gewählten Ausdrücke sollen alle Geschlechter einschliessen und die Darstellung vereinfachen. Im zweiten Teil der Arbeit wird jedoch spezifisch auf männliche Therapeuten eingegangen, da dies im entsprechenden Kontext von besonderer Relevanz ist. Hier wird die männliche Form bewusst verwendet oder ein neutraler Begriff gewählt, um die geschlechtsspezifischen Aspekte präzise darzustellen.

verschiedene Aspekte wie beispielsweise Merkmale der Klientin oder Aspekte der therapeutischen Beziehung verstanden (Janko, 2015). Der deutsche Psychotherapeut und Forscher Klaus Grawe betonte die Bedeutung der therapeutischen Beziehung als einen der zentralen allgemeinen Wirkfaktoren. Er argumentierte, dass die Qualität dieser Beziehung massgeblich die Wirksamkeit therapeutischer Techniken verbessert und eine erfolgreiche Anwendung dieser Techniken wiederum die Qualität der therapeutischen Beziehung stärken kann (Grawe, 1998; Stenzel & Berking, 2012). Sachse (2016) versteht unter dem Begriff «therapeutische Beziehungsgestaltung» jene Faktoren, die Therapeutinnen aktiv und gezielt in die Therapie einbringen wie Respekt, Loyalität, Empathie und Akzeptanz. Diese beziehungsgestaltenden Elemente scheinen das Therapieergebnis zunächst nur geringfügig direkt zu beeinflussen. Auf den ersten Blick könnte man daher vermuten, dass der bewusste Aufbau einer therapeutischen Beziehung für die unmittelbare Wirksamkeit der Therapie von geringer Bedeutung ist (Sachse, 2016). Doch diese Einschätzung greift zu kurz. Die therapeutische Beziehungsgestaltung entfaltet ihre Wirkung indirekt, indem sie mit entscheidenden variablen Faktoren im Therapieprozess verknüpft ist. Ein bedeutender Aspekt dabei ist das Ausmass an konstruktiver Zusammenarbeit zwischen Therapeutin und Klientin im Verlauf der Therapie. Eine erfolgreiche Beziehungsgestaltung ist somit ausschlaggebend für eine produktive Zusammenarbeit, die wiederum massgeblich zum Therapieerfolg beiträgt (Sachse, 2016). Dies zeigt, dass die Beziehungsgestaltung durch Therapeutinnen nur mässig direkten Einfluss auf den Therapieerfolg hat, sondern vor allem die Motivation der Klientinnen zur aktiven Problembearbeitung beeinflusst (Sachse, 2016). Lammers und Schneider (2009) betonen ebenfalls, dass die therapeutische Beziehung die Grundlage für eine erfolgreiche Therapie bildet, insbesondere als Fundament für die Durchführung therapeutischer Interventionen. Diese Erkenntnisse sind besonders bedeutsam im Kontext der Sexualtherapie. Hier ist es von grösster Wichtigkeit, dass sich die Klientinnen öffnen und bereit sind, herausfordernde Bereiche ihrer Sexualität anzugehen. Zudem müssen sie motiviert sein, die in der Therapie gemeinsam erarbeiteten Übungen auch zu Hause weiterzuführen (Witschi, 2023). Ein positiver Therapieausgang ist somit eng mit einer erfolgreichen Beziehungsgestaltung verknüpft (Hartmann, 2018).

Verschiedene «seriöse Therapieverfahren» (Hartmann, 2018, S. 68) gelten im Fachdiskurs als wirksam. Daraus wird ersichtlich, dass nicht die spezifischen Therapierichtungen ausschlaggebend sind, sondern vielmehr die gemeinsamen Elemente in der Gestaltung der Therapie (Hartmann, 2018). Ein zentrales Element ist, wie bereits ausgeführt, die Gestaltung der Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin. Seit

einigen Jahren wird jedoch der Sexualtherapie vorgeworfen, dass seit Mitte der 1980-er Jahre ein Stillstand in ihrer Entwicklung eingetreten ist, insbesondere was die Hervorbringung von Konzepten, Forschung sowie die Überarbeitung von Modellen der Berufspraxis betrifft (Hartmann, 2018). Die Sexualtherapie versteht sich als ein Teilbereich der Sexualwissenschaften und stellt aufgrund der noch begrenzten Studienlage ein neues Forschungsfeld dar (Witschi, 2023). Dieses junge Forschungsgebiet der Sexualtherapie zeichnet sich jedoch durch ein hohes Mass an Interdisziplinarität aus und wird aus psychologischer, medizinischer und soziologischer Perspektive betrachtet (Haeberle, 1993; Vetter, 2007; Witschi, 2023). Da sich die Sexualtherapie seit den 1970er Jahren vor allem auf die Entwicklung verschiedener Modelle und den daraus entstehenden therapeutischen Methoden konzentriert hat, wurde den Wirkfaktoren der Sexualtherapie kaum Beachtung geschenkt (Hartmann, 2018).

Dieser Vergleich zur allgemeinen Psychotherapie verdeutlicht, dass es an der Zeit ist, die Wirkfaktoren der Sexualtherapie näher zu beleuchten und ihre Bedeutung für den Therapieerfolg zu untersuchen. Wie in der Psychotherapie könnten auch hier die Beziehungsgestaltung und andere allgemeine Wirkfaktoren entscheidend sein, um den Therapieerfolg zu maximieren. Lammers (2017) hebt hervor, dass Therapeutinnen, die eine gute Beziehung zu ihren Klientinnen aufbauen, erfolgreicher sind in der Verwendung von therapeutischen Techniken. Die Forschung zur Wirksamkeit einzelner Methoden in der Sexualtherapie ist aktuell noch im Aufbau, zeigt jedoch bereits vielversprechende Ergebnisse (Braga de Lucena & Najjar Abdo, 2017). Gerade deshalb ist es in der Forschung der Sexualtherapie wichtig, einen bekannten und verlässlichen Faktor des Therapieerfolgs zu untersuchen, nämlich die therapeutische Beziehung.

1.2 Forschungsfragen

Während die Wirksamkeit der Sexualtherapie in verschiedenen Therapieansätzen bereits in der Forschung untersucht wurde (Braga de Lucena & Najjar Abdo, 2017; Hartmann, 2018; Simon, 2008), gibt es im Bereich der Sexualtherapie kaum Studien, die sich mit den Einflussfaktoren einer erfolgreichen Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin befassen. Daher ist es für die vorliegende Arbeit notwendig, auch Erkenntnisse aus der Psychologie heranzuziehen und die Frage aus einer interdisziplinären Perspektive zu betrachten. Die therapeutische Beziehungsgestaltung ist in der psychotherapeutischen Forschung ein gut erforschtes Thema. Diese Arbeit konzentriert sich auf aktuelle Forschungsaspekte aus der Psychologie und berücksichtigt dabei auch die Sexualwissenschaft.

Aufgrund der nun beschriebenen Forschungslücke sollen in der vorliegenden Arbeit folgende zentrale Forschungsfragen untersucht werden:

- Welche Aspekte der Beziehungsgestaltung sind in der Sexualtherapie besonders bedeutsam?
- Welche Bedeutung hat die Beziehungsgestaltung in der Sexualtherapie auf den Therapieverlauf (in den verschiedenen Phasen der Therapie)?

Um diese Hauptfragen zu beantworten, werden Arbeitsfragen formuliert, die sich entlang der wichtigsten Elementen der Therapie und der Therapeutin orientieren und damit den Bezug zur Sexualtherapie sicherstellen:

- Wie stellen Sexualtherapeutinnen (der unterschiedlichen Modellen) eine gute therapeutische Beziehung her, gestalten und unterhalten sie?
- Welche Phasen der Sexualtherapie sind ausschlaggebend für die Beziehungsgestaltung?
- Welche Rolle spielt die Geschlechterdifferenz für die Beziehungsgestaltung?
- Welche Bedeutung spielt die Altersdifferenz zwischen Therapeutin und Klientin für die Beziehungsgestaltung?
- Welche persönlichen und professionellen Merkmale der Therapeutin sind für die Beziehungsgestaltung von Bedeutung?

Um diese Forschungsfragen zu beantworten, werden mit fünf praktizierenden Sexualtherapeutinnen mittels semistrukturierten Leitfadens (Helfferich, 2011) Interviews durchgeführt. Anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz & Rädiker, 2022) sollen Erkenntnisse generiert werden, die das bisherige Verständnis über die Bedeutung der Beziehungsgestaltung in der Sexualtherapie erweitern und differenzieren.

1.3 Aufbau der Arbeit

Im Theorieteil der Arbeit wird das oben beschriebene Forschungsobjekt theoretisch umrahmt, indem der aktuelle Forschungsstand aufgezeigt und relevante Theorie aus der Psycho- und Sexualtherapie herbeigezogen wird. Danach werden diese Beziehungsaspekte hinsichtlich der verschiedenen Phasen in der Sexualtherapie diskutiert. Weiter werden Aspekte wie Evaluation, Haltung und Professionsverständnis sowie Modelle der Sexualtherapie theoretisch betrachtet.

Die einzelnen Schritte des empirischen Vorgehens bei der Durchführung und Analyse der qualitativen Interviews werden im Kapitel 3 Methodisches Vorgehen detailliert beschrieben. Danach werden die Ergebnisse vorgestellt und die gewonnenen

Erkenntnisse mit der bestehenden Theorie verknüpft. Zum Schluss werden die Forschungsfragen beantwortet und das Design kritisch diskutiert und ein Ausblick präsentiert.

Im Rahmen dieser Arbeit wurde der KI-basierte Sprachassistent ChatGPT von OpenAI genutzt, um Textpassagen auf Rechtschreibung und Formulierung zu prüfen und diese zu verbessern. Dabei wurden die generierten Vorschläge jeweils sorgfältig geprüft.

1.4 Abgrenzung

Aus Gründen der Begrenzung verzichtet die Autorin auf die Erörterung rechtlicher Themen wie beispielsweise der Schweigepflicht im Zusammenhang mit der Beziehungsgestaltung. Ebenso wird der Einfluss psychiatrischer Diagnosen auf die Beziehungsarbeit in der Sexualtherapie nicht untersucht, obwohl dieser bedeutend sein könnte (Gandras, 2021; Lammers, 2017). Sexualtherapeutinnen sind ausserdem in der Schweiz nicht zwingend psychotherapeutisch ausgebildet und können deshalb nur begrenzt Annahmen über eventuelle Diagnosen treffen. Daher konzentrierte sich die Untersuchung auf Beziehungsaspekte bei Klientinnen ohne diagnostizierte Persönlichkeitsstörungen oder andere interaktionelle Störungen. Sexualtherapeutinnen arbeiten häufig ohne psychologische Grundausbildung, was die Arbeit mit Klientinnen mit Persönlichkeitsstörungen, die oft herausfordernde Verhaltensweisen zeigen, erschwert. Weiter fokussiert sich diese Arbeit primär auf die therapeutische Beziehungsgestaltung im Einzelsetting; die Dynamiken der Paar- oder Familientherapie werden nicht vertieft untersucht. Ein weiterer Ausschluss betrifft den Einfluss von Bindungsverhalten- und mustern auf die Qualität der therapeutischen Beziehung, obwohl diese einen erheblichen Einfluss haben könnten (Lammers, 2017). Viele Klientinnen profitieren bereits von grundlegenden Kompetenzen der therapeutischen Beziehung, die ihnen positive Erfahrungen ermöglichen und Veränderungsprozesse unterstützen (Lammers, 2017).

2 Theorie

2.1 Beziehungsgestaltung in der Sexualtherapie

In der Sexualtherapie stehen andere Herausforderungen auf dem Programm als in einer Psychotherapie. Die Klientinnen nehmen eine Therapie in Anspruch, um Herausforderungen in ihrer Sexualität zu bewältigen wie z.B. Probleme mit den Sexualfunktionen, über mehr Fähigkeiten zu verfügen, wie z.B. erotische und kommunikative Kompetenzen, Sicherheit bezüglich der sexuellen Identität und Orientierung zu gewinnen und somit vor allem einen oft lange bestehenden Leidensdruck in der Sexualität zu verringern (Böker et al., 2019). Aktuell gibt es, wie bereits erwähnt, verschiedene sexualtherapeutische Ansätze, die sich in ihrem Interventionsangebot voneinander unterscheiden. Laut Sachse (2016) hat die therapeutische Beziehung in den verschiedenen Therapieformen eine unterschiedliche Bedeutung. In Therapieformen, in denen beschämende Themen oder unangenehme Empfindungen im Zentrum stehen wie beispielsweise der Traumatherapie, Suchttherapie etc., ist die aktive und bewusste Gestaltung der Beziehung durch die Therapeutin bedeutender. Sachse (2016) erachtet die strategische Gestaltung der therapeutischen Beziehung durch die Therapeutin als besonders wichtig, wenn Klientinnen eine introspektive Sichtweise einnehmen oder sich mit herausfordernden und beschämenden Themen auseinandersetzen, die ihren subjektiv erlebten Selbstwert beeinflussen. Weiter ist laut Sachse (2016) die therapeutische Beziehungsgestaltung zentral, wenn negative affektive Muster ausgelöst werden oder wenn sich die Klientin den negativen Mustern stellt und mit der Therapeutin die schädlichen Emotionen aufdeckt. Aus diesen Ausführungen lässt sich schliessen, dass die aktive und intentionale Gestaltung der therapeutischen Beziehung für die Sexualtherapie von grosser Bedeutung ist, da viele Klientinnen in der Sexualtherapie mit oben genannten Situationen konfrontiert sind. Um eingehender auf die Bedeutung und Besonderheiten der therapeutischen Beziehung in der Sexualtherapie einzugehen und ein präziseres Verständnis für die in der Arbeit genannten wichtigen Begriffe zu etablieren, soll im gegenwärtigen Kapitel eingehender auf den Begriff und die Definition der «therapeutischen Beziehung» im Allgemeinen und in Abgrenzung von verwandten Begriffen wie der «therapeutischen Allianz» und der «therapeutischen Arbeitsbeziehung» eingegangen werden. Anschliessend wird vertieft auf den Aufbau der therapeutischen Beziehung sowie auf Strategien zur Beziehungsgestaltung eingegangen. Ebenfalls sollen in diesem Kapitel die verschiedenen Phasen der Sexualtherapie im Hinblick auf die Beziehungsgestaltung erläutert werden. Im zweiten Teil des vorliegenden Kapitels werden spezifische Merkmale der therapierenden Person in Bezug auf die Beziehungsgestaltung erläutert. Gegen Ende

des Kapitels werden drei relevante und aktuell angewandte Modelle der Sexualtherapie kurz erläutert.

2.1.1 Therapeutische Beziehung

In verschiedenen Therapieformen nimmt die therapeutische Beziehung eine einmalige Rolle ein, die sich von anderen Arten von Beziehungen, wie unter anderem alltäglichen zwischenmenschlichen Beziehungen, die wie in Freundschaften oder innerhalb der Familie vorkommen, unterscheidet (Witschi, 2023). Die therapeutische Beziehung charakterisiert sich durch bezeichnende Merkmale und Absichten bzw. Ziele (Sachse, 2016). Grolimund (2017) stützt diesen Unterschied wie folgt: «Sie [die therapeutische Beziehung] verlangt nach einer eigenen Beziehungsform zwischen zwei Menschen, die sich von anderen Beziehungen unterscheidet: Sie gleicht weder einer Freundschaft noch einer Eltern-Kind, Lehrerin-Schülerin, Ärztin-Patientin- oder Vorgesetzten-Mitarbeiterin-Beziehung» (S. 48). Laut Gandras (2021) hat die Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin somit eine ausführlichere Bedeutung als in anderen Bereichen wie z.B. der Medizin.

Eine «alltägliche» Beziehung lässt sich zweifellos ebenfalls an bestimmten Merkmalen erkennen wie beispielsweise an Interaktionen zwischen zwei Personen, die sich über einen gewissen Zeitraum abspielen (Sachse, 2016). Weiter haben auch in einer alltäglichen Beziehung die Partnerinnen unterschiedliche Erwartungen aneinander und ziehen einen Gewinn aus den Interaktionen (z.B. Zuneigung, Aufmerksamkeit etc.) (Sachse, 2016). Ebenso in der therapeutischen Beziehung sind die oben genannten Merkmale beobachtbar, so finden im therapeutischen Beziehungskontext gleichermassen Interaktionen statt, die Schlussfolgerungen über Zustände und Befindlichkeiten zulassen, der Zeitraum der Interaktionen ist begrenzt und im Raum stehen Erwartungen, die beide Beteiligten, Therapeutin und Klientin, aneinander haben (Sachse, 2016). Weiter kann das therapeutische Verhältnis positive Effekte für die Interaktionspartner haben, zum Beispiel darin, dass eine Person Unterstützung und die therapierende Person für die Therapie wertvolle Informationen erhält (Sachse, 2016). In der Literatur wird trotz der oben genannten Gemeinsamkeiten, die eine alltägliche und eine therapeutische Beziehung aufweisen, auf grundlegende und für das Verständnis einer therapeutischen Beziehung wichtige Unterschiede hingewiesen (Grolimund, 2017; Kanfer et al., 2006; Sachse, 2016). Im Folgenden soll die therapeutische Beziehung genauer umrahmt und definiert werden.

Die therapeutische Beziehung bezeichnet sich als eine «professionelle Beziehung» (Sachse, 2016, S. 13) und definiert sich laut Sachse (2016) wie folgt: «Die

therapeutische Beziehung ist eine Beziehung zwischen Therapeut und Klient, die zu einem therapeutischen Zweck vom Therapeuten aktiv gestaltet wird und endet, wenn der Zweck erfüllt ist oder wenn deutlich wird, dass er nicht erreicht werden kann» (Sachse, 2016, S. 9). In dieser Definition von Sachse (2016) werden bereits wichtige Unterschiede einer therapeutischen Beziehung ersichtlich. Die Beziehung zur Klientin ist auf ein bestimmtes Ziel ausgerichtet (Kanfer et al., 2006a; Sachse, 2016). Die Klientin sucht in der Therapie Hilfe zur Erreichung eines Ziels, diese «Arbeitsorientierung» (Grolimund, 2017, S. 49) ist zielgerichtet. Ein zusätzliches Merkmal therapeutischer Beziehungen zeigt sich in ihrer asymmetrischen Art und Weise. Die therapeutische Beziehung zeigt sich hinsichtlich einer klaren Verteilung der Rollen, welche nicht austausch- oder wechselbar ist (Gandras, 2021; Grolimund, 2017; Kanfer et al., 2006; Sachse, 2016). Die Therapeutin hat zur Aufgabe, als Expertin zu agieren, die Klientin wird hinsichtlich ihrer Herausforderungen, Bedürfnisse und Ziele durch geeignete Interventionen und Methoden unterstützt. Diese deutlich sichtbare Rollenverteilung wird im Verlauf der Therapie nicht verändert, die Therapeutin ist nicht plötzlich diejenige, welche Unterstützung in Anspruch nimmt oder ein ausserhalb der Therapie liegendes Ziel verfolgt. Auch gerade deshalb folgt die Verteilung der Rollen einer systematischen Grundstruktur der Therapie, deren theoretische und praktische Basis wissenschaftliche Grundsätze sind (Kanfer et al., 2006). Gandras (2021) fasst dies wie folgt zusammen: «Denn die Therapiebeziehung bleibt etwas Vorübergehendes, Asymmetrisches, ein künstliches Gebilde, das nicht auf Dauer angelegt ist» (S. 26). Somit ist eine weitere wichtige Eigenschaft der therapeutischen Beziehung ihre Begrenzung auf einen zeitlichen Horizont (Grolimund, 2017; Kanfer et al., 2006a; Sachse, 2016). Als weiteres wichtiges Kriterium gilt die Orientierung der Interaktionspartnerinnen an klaren Regeln und an einer professionellen Distanz. Viele Arten von Interaktionen, die aus dem Alltag bekannt sind, beispielsweise freundschaftlicher Umgang im Sinne von Umarmungen oder weitere Formen von physischem Kontakt, sind aus der therapeutischen Beziehung ausgeschlossen (Grolimund, 2017; Sachse, 2016). Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich die therapeutische Beziehung vor allem durch Einschränkungen (z.B. Rollenverteilung), Regelkonformität, zeitliche Begrenzung, Spezialisierung und Zielorientierung (auf die Lösung bestimmter Probleme ausgerichtet) von alltäglichen Beziehungen unterscheidet. Für die Sexualtherapie existieren keine unabhängigen Definitionen für die therapeutische Beziehung (Witschi, 2023). Die vorliegende Masterarbeit stützt sich für weitere Ausführungen deshalb auf die oben genannten allgemeinen Definitionen der therapeutischen Beziehung.

In Bezug auf eine terminologisch korrekte Verwendung des Begriffs der therapeutischen Beziehung taucht in diesem Zusammenhang in der Literatur der Begriff der «therapeutischen Allianz» oder «working alliance» auf (Bordin, 1979). Eine klare Unterscheidung dieser zwei Begriffe wird kontrovers diskutiert (Hartmann, 2018). Laut Sachse (2016) beinhaltet die therapeutische Allianz nicht nur Aspekte der Beziehungsgestaltung durch die therapierende Person, sondern auch einen kollektiven und übereinstimmenden Beitrag, wie beispielsweise die Aushandlung von Zielen oder die gemeinsame Bearbeitung von Aufgaben durch die Klientin und Therapeutin zur Entstehung einer erfolgreichen therapeutischen Beziehung. Das Konzept der therapeutischen Allianz kann laut Sachse (2016) somit auch als «therapeutische Bearbeitung» (S. 20) betrachtet werden. Bordin (1979) betrachtet die therapeutische Arbeitsbeziehung («working alliance») ebenfalls als eine Struktur, die verschiedene Komponenten wie beispielsweise die Vereinbarung über therapeutische Aufgaben (z.B. Aufträge für zu Hause), die Festlegung von Therapiezielen (z.B. Änderung bestimmter Verhaltensweisen) sowie die affektive Bindung (Wertschätzung, Respekt, Vertrauen etc.) zwischen der Therapeutin und Klientin umfasst.

Hartmann (2018) fasst die therapeutische Allianz ebenfalls unter den Gesichtspunkten der Qualität der therapeutischen Beziehung mitsamt der gemeinsamen Übereinstimmung der Therapieziele und den Therapieaufgaben zusammen. Das Konzept der therapeutischen Allianz/ therapeutischen Arbeitsbeziehung umfasst also mehr als die geplante Beziehungsgestaltung durch die Therapeutin, jedoch beantwortet es nicht die Frage, wie eine Therapeutin die Beziehung aktiv und zielführend gestaltet (Hartmann, 2018). Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt auf der Bedeutung der Beziehungsgestaltung in der Sexualtherapie durch die Therapeutin und der Untersuchung der spezifischen Handlungen und Aspekte, die Therapeutinnen ergreifen sollten, um eine robuste therapeutische Beziehung aufzubauen. Deshalb wird die therapeutische Allianz als Konzept hier nicht weiter vertieft oder als Terminologie verwendet. Stattdessen wird sie in dieser Arbeit als integraler Bestandteil der Beziehungsgestaltung betrachtet. Sachse (2016) betont ebenfalls, dass es im Konzept der therapeutischen Beziehungsgestaltung in erster Linie um die Massnahmen und Strategien von Seiten der Therapeutinnen geht und um jene Aspekte, die die Therapeutin zu einer gelingenden Beziehung beiträgt. Caspar (2018) betont, dass eine kooperative therapeutische Beziehung eine gewisse «Passung» (S. 225) voraussetzt, das heisst, eine Übereinstimmung von Klientin und Therapeutin. Die passende Zuordnung kann aber nicht als gegeben betrachtet werden, da viele Faktoren im Vorhinein noch unklar sind (z.B. Anforderungen an die jeweilige therapeutische Beziehung, verschiedene Arten

der Beziehung zu den unterschiedlichen Phasen der Therapie usw.) (Caspar, 2018). Deshalb ist es für Therapeutinnen wichtig, dass sie ihr Interaktionsangebot flexibel anwenden können und über ein gewisses Repertoire verfügen in Bezug auf die Beziehungsgestaltung.

Im folgenden Kapitel werden deshalb die verschiedenen Elemente und Bestandteile der therapeutischen Beziehung genauer betrachtet und jene Inhalte und Merkmale genauer erklärt, welche die Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin charakterisieren.

2.1.2 Spezifische Merkmale der therapeutischen Beziehung

Viele berufliche Beziehungen aus einem sozialen Berufsfeld (Soziale Arbeit, Schule usw.), die auf Unterstützung und Beratung ausgerichtet sind, so auch Therapien unterschiedlicher Methodenschulen, stehen oft vor der herausfordernden Frage der Ausgeglichenheit zwischen Nähe und Distanz im professionellen Rahmen (Schmauch, 2010). Laut Grolimund (2017), bezieht sich die professionelle Distanz auf den psychischen und physischen Bereich. Gaspar (2023) betont ebenfalls, dass der Ausdruck Nähe «räumliche, emotionale, soziale und körperliche Aspekte» (S. 127) umfasst. Somit ist eine professionelle Distanz im besten Fall räumlich sichtbar, indem die Therapeutin zur Klientin eine angemessene Distanz einhält und auch auf der Gefühls- oder Körperebene die auftretenden Affekte und Empfindungen jeweils von Neuem wahrnimmt und reflektiert. Im Zusammenhang mit dem Begriff «professionelle Distanz» ist zu betonen, dass dabei ebenfalls eine «professionelle Nähe» unerlässlich ist für den Aufbau einer gelingenden Beziehung (Gaspar, 2023, S.128). Beide Begriffe sind dementsprechend unmittelbar miteinander verbunden.

Schmauch (2010) betont die Gefahr einer potenziell zu geringen professionellen Distanz im Falle von sexuellen Problemstellungen überall dort, wo es um «ereignishafte» (S. 213) Anliegen geht wie z.B. Vergewaltigung, sexuelle Gewalt usw., bei denen Therapeutinnen gefährdet sein können, aufgrund des dramatischen Ereignisses förmlich erfasst zu werden von den Problemen, mehr als von Themen, welche sich weniger dramatisch und über längere Zeit äussern (z.B. erektile Dysfunktion). Diese Problematik wird in der Schweiz und in anderen Ländern durch die Tatsache verschärft, dass Sexualtherapeutinnen oft nicht psychotherapeutisch geschult sind. Dies kann zu Herausforderungen in der professionellen Distanz und im Umgang mit traumatischen Ereignissen führen, da die fehlende psychotherapeutische Ausbildung die Bewältigung solcher Situationen erschweren kann.

Die physische Distanz ist in der Therapie nicht nur als rechtliche Grundlage relevant, sondern auch zur Wahrung der körperlichen Integrität der Therapeutin und der Klientin (Demuth & Wede, 2022). Weiter ist das Einhalten einer professionellen Distanz für die Autonomieentwicklung der Klientin von zentraler Wichtigkeit (Lammers, 2017). Das Ziel einer jeden Therapie besteht unter anderem darin, die Klientinnen zu Eigenständigkeit und einer korrigierenden Handhabung ihrer Herausforderungen anzuleiten (Kanfer et al., 2006b). Zudem bedürfen Klientinnen, die sich in einer Therapie befinden, eines besonderen Schutzes und ihre Absichten und Wünsche müssen von der therapierenden Person geachtet werden (Gaspar, 2023). Auch in Bezug auf das Einhalten der Rolle als Klientin (mehr zur Rollenverteilung zwischen Therapeutin und Klientin im Kapitel 2.4) ist es wichtig zu betonen, dass die Etablierung einer professionellen Distanz bedeutsam ist, damit die Klientin ihren persönlichen Beitrag zur Therapie leisten kann (Lammers, 2017). Weiter schützt das Einhalten einer professionellen Distanz, gerade auch durch die reflektierte Einsicht und Transparenz der Rollenverteilung, die Klientin und die Therapeutin vor Übertragungsprozessen (Bettighofer, 2022; Gandras, 2021). Der Prozess der Übertragung und Gegenübertragung in einem therapeutischen Setting bezieht sich auf das Auftreten von negativen oder positiven Handlungen, Empfindungen und Überlegungen, die beide auf die andere Person übertragen können (Bettighofer, 2022). Auch in der Sexualtherapie besteht die Möglichkeit von Übertragungsphänomenen, indem die Klientin unbewusst Affekte, Erwartungen, Beziehungsstile usw. auf die Therapeutin überträgt. Grawe (1998) betont indes, dass eine Gegenübertragung nicht immer die Reaktion einer Übertragung der Klientin ist, sondern auch bei der Klientin durch ein bestimmtes Verhalten der Therapeutin eine Gegenübertragung ausgelöst werden kann.

Der Prozess der Übertragung und Gegenübertragung soll an einem fiktiven Beispiel aus der Sexualtherapie erläutert werden. Beispielsweise zeigt ein Klient, der in seiner Vergangenheit schwierige Erfahrungen in Beziehungen mit dominanten weiblichen Personen gemacht hat, in der Sexualtherapie Anzeichen der Abhängigkeit von der Therapeutin und ist stets auf der Suche nach Bestätigung. Unbewusst überträgt er sein Bedürfnis nach Anerkennung und Lob auf die Therapeutin. Bei der Therapeutin können unbewusst Reaktionen oder Emotionen auf dieses Verhalten entwickelt und gezeigt werden. Beispielsweise kann sich die Therapeutin überaus verantwortlich fühlen für den Klienten und sich stark bemühen, besonders wohlwollend und verständnisvoll zu sein. Bei der Therapeutin besteht in diesem Beispiel unter anderem die Gefahr von Überforderung, auf der Seite des Klienten die Gefahr einer zu starken Abhängigkeit der therapierenden Person. Beide Situationen möchten in der Therapie

möglichst vermieden werden, indem eigene therapeutische Handlungen bewusst reflektiert werden, eine klare Rollenverteilung herrscht und die Therapeutin sich regelmässig in Supervisionen begibt (Bettighofer, 2022). Klare Grenzen und eine professionelle Distanz für die Aufrechterhaltung einer gesunden therapeutischen Beziehung sind eine Voraussetzung dafür (Bettighofer, 2022; Schmauch, 2010).

Auch für die Therapeutin bedeutet Reflexion der eigenen Rolle und des Handelns ein Schutz vor Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen (Bettighofer, 2022). Für eine Therapeutin bedeutet dieses Agieren ein wahrer Balanceakt, da sie sich ständig im Spannungsfeld Nähe und Distanz befindet. Schmauch (2010) betont: «Stattdessen geht es darum, mit den Klientinnen einen roten Faden zu suchen, der in der aktuellen Situation zu einer Verbesserung des Lebens führen kann, ohne sich in den anderen Fäden zu 'verheddern' und ohne diese abzuschneiden (S. 212)». Andererseits stellt die therapeutische Beziehung als solche eine gewisse Widersprüchlichkeit dar, die anderen Beziehungen vorenthalten ist, denn in einer Therapie werden sehr private Emotionen, persönliche Erlebnisse und intime Erfahrungen der Klientin genannt, welche die Therapeutin zu verstehen, spiegeln und wiedergeben versucht. Gleichzeitig versucht die Therapeutin ein grosses Mass an Neutralität aufzuzeigen, Inhalte nicht mit sich selbst in Verbindung zu bringen oder persönliche Erlebnisse zu teilen (Gandras, 2021). Somit steht die Therapeutin vor einer weiteren Herausforderung zwischen Neutralität und Echtheit (Gandras, 2021). In der Literatur werden die zwei Pole Neutralität und Authentizität in der Therapie kontrovers diskutiert. Laut Lammers (2017) sollte die Therapeutin persönliche Inhalte nicht in die Beziehung mit der Klientin einbringen. Jedoch kann es im Rahmen einer «therapeutischen Selbstoffenbarung» (Lammers, 2017, S. 120) für die Klientin eine Unterstützung darstellen, dass die Therapeutin eigene Erlebnisse und Umgangsweisen mit Herausforderungen einbringt. Bei der therapeutischen Intervention der Selbstoffenbarung gibt es aber diverse wichtige Handhabungen zu beachten, damit die Mitteilung persönlicher Inhalte nicht reiner Selbstzweck der Therapeutin darstellt, sondern eine Unterstützung. (Grolimund, 2017). Zudem sollten Selbstöffnungen nur in auserwählten und gut durchdachten Situationen zum Einsatz kommen und zeitlich begrenzt sein, sie sollten nicht nur ergänzt werden mit Schilderungen von eigenen Erlebnissen, sondern auch mit Methoden, die zu deren Überwindung eingesetzt wurden. Diese methodische Selbstoffenbarung sollten nicht gänzlich von den Fähigkeiten der Klientin abweichen, sodass diese anwendbar sind für sie (Lammers, 2017). Im Gegensatz dazu betrachtet Gandras (2021) das Thema der therapeutischen Neutralität aus einer anderen Perspektive: «Ausschliesslich die persönlichen Befindlichkeiten des Patienten sind

Gegenstand des therapeutischen Dialogs, die des Therapeuten sind unerheblich. Ebenso sind die Lebensumstände, Familienstand, Erfahrungen, Erlebnishintergrund des Therapeuten unmassgeblich» (S.8).

In der Sexualtherapie könnte die therapeutische Selbstoffenbarung als spezielle Form der Nähe und Echtheit (Grolimund, 2017) für die Beziehungsgestaltung von grosser Wichtigkeit sein, da diese Intervention zur Normalisierung von sexuellen Herausforderungen und zum Abbau von Scham beitragen kann. Grolimund (2017) betrachtet Informationen zur sexuellen Orientierung der Therapeutinnen, zur nationalen Zugehörigkeit und zur religiösen Zugehörigkeit als potenziell hilfreich für Klientinnen. Ausserdem trägt eine Selbstöffnung zu einer stärkeren und auf Vertrauen basierenden Beziehung bei (Sachse, 2016). Auch Grolimund (2017) unterstützt diese Haltung, dass eine gemässigte Selbstöffnung eine Hilfe im therapeutischen Prozess darstellen kann. Barrett und Berman (2001) konnten mit ihrer Forschung zur Selbstöffnung bestätigen, dass Therapeutinnen, die sich in der Therapie mehr öffnen, als positiver wahrgenommen werden von den Klientinnen. Wichtig für Therapeutinnen ist, dass sie sich dabei sicher fühlen sollten und auf eine persönliche Offenbarung verzichten, sollten sie Unwohlsein empfinden dabei (Lammers, 2017). Nach dem Preisgeben einer persönlichen Information sollte die Therapeutin die Reaktionen des Gegenübers beachten und die Wirksamkeit der Offenbarung analysieren (Grolimund, 2017).

Diese Erkenntnisse verdeutlichen die Wichtigkeit und Herausforderung der therapeutischen Beziehungsgestaltung. Im folgenden Kapitel wird detailliert beleuchtet, welche spezifischen Ansätze und Strategien Therapeutinnen anwenden können, um eine stabile therapeutische Beziehung zu etablieren.

2.1.3 Aufbau einer wirksamen therapeutischen Beziehung

Verschiedene Faktoren tragen nachhaltig zu einem Aufbau einer kooperativen Therapeutinnen-Klientinnen-Beziehung bei. Eine stabile Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin kann nur durch Anhaltspunkte erschlossen werden, die auf eine gute Beschaffenheit eben dieser Beziehung hinweisen (Grolimund, 2017). Grolimund (2017) nennt dabei folgende Anzeichen, die auf eine auf Vertrauen basierende therapeutische Beziehung hinweisen und die die Therapeutin beachten sollte, um Rückschlüsse auf die Beziehungsqualität zu ziehen:

- Die Klientin äussert sich frei über private, intime Themen und Gefühle;
- Die Klientin lässt durchblicken, dass sie eine Vertrauensbasis zur Therapeutin hat («Sie sind die erste, mit der ich über dieses Thema spreche...»);
- Die Klientin beteiligt sich engagiert an Gedankenprozessen;

- Die Klientin schlägt später selbst Lösungsansätze zur Problembewältigung vor;
- Die Klientin nimmt Vorschläge der therapierenden Person an und zeigt Bereitschaft, diese umzusetzen (z.B. Körperübungen);
- Die Klientin hält sich an vereinbarte Inhalte (z.B. Erledigen der Übungen für zu Hause);
- Die Klientin zeigt Bereitschaft, hemmende Emotionen über kurze Zeit auszustehen und zu bearbeiten (z.B. Unwohlsein bei einer Körperreise etc.).

Umgekehrt erwähnt Grolimund (2017) ebenfalls Anzeichen, die auf eine weniger stabile Beziehung hinweisen, z.B. wenn sich die Klientin unter anderem weigert, engagiert am therapeutischen Prozess teilzunehmen, Abmachungen nicht einhält, ausweichend auf tiefergehende Themen reagiert oder auch mit Gestik und Mimik Widerstand signalisiert (z.B. keinen Blickkontakt hält, Gleichgültigkeit signalisiert etc.).

Stucki und Grawe (2007) betonen, dass in der Ausbildung von Therapeutinnen das Anwenden eines flexiblen Beziehungsverhaltens häufig zu kurz kommt, da davon ausgegangen wird, dass dies im therapeutischen Setting später intuitiv angewendet und weiterentwickelt wird. Wichtig ist aber, dass Therapeutinnen über konkretes und professionelles Handlungswissen verfügen, welches sie gezielt statt intuitiv anwenden können. Deshalb sollen für das Professionsverständnis ausschlaggebende Faktoren, die zu einer kooperativen therapeutischen Beziehung führen, im folgenden Kapitel genauer ausgeführt werden.

Erwiesen ist, dass eine therapeutische Beziehung die aktive Handlung der Therapeutin voraussetzt und laufend weiter aufgebaut werden muss (Sachse, 2016). Die Therapeutin muss also aktiv an der Beziehung arbeiten und Grundvoraussetzungen etablieren, damit eine Beziehung aufgebaut werden kann. Hartmann (2018) betont, dass die Mitwirkung der Therapeutin zur Beziehungsgestaltung beobachtbar ist und von den Therapeutinnen angeeignet werden kann. Das bedeutet, dass alle angehenden Therapeutinnen erlernen können, was wichtig ist für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung und wie die Beziehung aufgebaut und gestärkt werden kann. Hartmann (2018) betont zugleich, dass diese beziehungsstärkenden Faktoren in die praktische Arbeit der modernen Sexualtherapie Eingang finden müssen, da ihre Wirkung in der therapeutischen Beziehung, wie in der vorliegenden Arbeit bereits beschrieben wurde, erwiesen ist. Dementsprechend stellt sich zuerst die Frage nach Grundvoraussetzungen, die für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung ausschlaggebend sind.

Sachse (2016) betrachtet das Vertrauen in die Therapeutin als eine Grundvoraussetzung, da das Vertrauen eine Bedingung darstellt, damit sich Klientinnen überhaupt öffnen und den Therapeutinnen anvertrauen können. In einer Therapie sind Klientinnen in einem geschützten Rahmen, in dem sie intime Inhalte in Sicherheit preisgeben können (Holm-Hadulla, 2000). Sachse (2016) betrachtet das Vertrauen zur Therapeutin «als wesentliche Grundlage für eine konstruktive therapeutische Arbeit» (S.30). Dabei unterteilt er den Aspekt des Vertrauens in ein «Personales Vertrauen» (S.30), das Vertrauen der Klientin in die Person der Therapeutin mitsamt ihrer Loyalität und Neutralität, und in ein «Kompetenz-Vertrauen» (S. 31), also das Vertrauen in die fachlichen Fähigkeiten der Therapeutin. Das «Personale Vertrauen» ist ausschlaggebend für die Öffnung der Klientin und ihre Bereitschaft, über unangenehme und schambehaftete Themen zu kommunizieren. Laut Lammers und Schneider (2009) ist das Vertrauen «eine wichtige Voraussetzung für die Herausbildung einer positiven emotionalen und tragenden Beziehung» (2009, S. 473). Das Vertrauen in die Fähigkeiten der Therapeutin kommt vor allem bei Interventionen (z.B. Übungen, körperbezogenen Interventionen oder «Enactments» (Sztenc, 2020, S. 105)) zum Vorschein, bei denen bei der Klientin in gewissen Fällen auch negative Emotionen ausgelöst werden können und dafür das Vertrauen vorhanden sein muss, dass die therapierende Person diese Situationen kompetent begleiten kann. Für die Sexualtherapie ist das Vorhandensein von Vertrauen somit von grosser Wichtigkeit, da viele Themen für die Klientinnen unangenehm und schambehaftet sind. Zweitens beinhalten verschiedene Formen der Sexualtherapie die Arbeit mit körperbezogenen Interventionen (Übungen oder «Enactments» (Sztenc, 2020, S. 105) genannt). Die Arbeit mit körperbasierten Interventionen setzt Vertrauen in die Therapeutin voraus, da diese Emotionen oder Reaktionen auslösen können, welche kompetent begleitet werden müssen. Auch das eigene Vertrauen der Klientinnen in sich ist für den Therapieprozess wichtig und kann durch eine kompetente und aktive Beziehungsgestaltung gestärkt werden Sachse (2016).

Mit dem Aufbau des Vertrauens ist somit bereits eine wichtige Komponente für den Aufbau einer stabilen therapeutischen Beziehung gegeben. Die Therapeutin kann zusätzlich mit unterschiedlichen Handlungsweisen wie gezielten Aussagen, Massnahmen und körpersprachlicher Kommunikation einen erheblichen Beitrag dazu leisten, dass die Klientin die therapeutische Beziehung als positiv erlebt und sich in den therapeutischen Prozess begeben kann (Grolimund, 2017). Die Beiträge der Therapeutin zu einem stabilen Beziehungsaufbau sah bereits Carl Rogers in den 40-er Jahren des letzten Jahrhunderts als zwingende Basis für den Beziehungsaufbau in einer

Therapie (Rogers, 1977; Grolimund, 2017). Unter diesen therapeutisch essenziellen Beiträgen formulierte er die Basisvariablen einer therapeutischen Beziehung: Unbedingte Wertschätzung, Echtheit und Empathie. Bereits seine frühen empirischen Forschungen zeigten, dass diese Beiträge eine wichtige Basis darstellen für erfolgreiche Prozesse in der Therapie (Rogers, 1977; Kurtscheid, 2016). Kurtscheid (2016) formuliert dies folgendermassen: «Wenn Menschen eine ermutigende Unterstützung in einer vertrauensvollen Beziehung erfahren, übernehmen sie zunehmend selbst die Verantwortung für die Lösung eigener Probleme und Konflikte. «Heilungsfaktor ist die real gelebte Beziehung, die Begegnung zwischen der beratenden Person und Ihrem Gegenüber» (S.14). Im von Carl Rogers begründeten Ansatz der «klientenzentrierten Psychotherapie» (1977, S. 17) lag der Hauptfokus auf den Klientinnen: «Dem Therapeuten obliegt die Aufgabe, ein günstiges, die Selbstexploration des Klienten förderndes zwischenmenschliches Klima herzustellen. In diesem soll der um Hilfe suchende Mensch über sich und die Bedingungen seines Problems eigene Entdeckungen machen und eigene Entscheidungen treffen können» (Butollo et al., 2008, S. 853). Für den therapeutischen Prozess ist es zentral, dass die beziehungsfördernden Faktoren Echtheit, Wertschätzung und Empathie für die Klientin sicht- und erlebbar sind (Butollo et al., 2008). Im Folgenden sollen die von Rogers terminierten Basisvariablen, die inzwischen in Studien untersucht und belegt wurden (Chen, 2022), genauer erläutert werden.

Unbedingte Wertschätzung meint die Wichtigkeit der bedingungslosen Annahme der Klientin als Person durch die Therapeutin. Die Therapeutin sollte der Klientin mit Wärme und Freundlichkeit entgegenkommen und persönliche Wertungen in den Hintergrund stellen (Grolimund, 2017). Grawe (1998) sieht die Wertschätzung ebenfalls als eine grosse Ressource therapeutischer Beziehungen an: «Der Patient sollte sich vom Therapeuten wertgeschätzt fühlen und das Gefühl haben, dass dieser auf seiner Seite steht. Er sollte sich von ihm in seinen eigenen Anliegen verstanden und unterstützt fühlen. Er sollte das Gefühl haben, dass der Therapeut und er die gleichen Ziele verfolgen, dass die Therapie seinen eigenen Anliegen dient, dass in der Therapie nicht über ihn verfügt und bestimmt wird, sondern dass er Herr seiner selbst bleibt» (Grawe, S. 135). In der Praxis können sich bei der Realisierung dieser Grundeinstellung bestimmte Herausforderungen im Spannungsfeld von Nähe und Distanz ergeben. Den Klientinnen unbedingte Wertschätzung entgegenzubringen, stellt sich im therapeutischen Alltag oft schwierig dar, da es bedingt, dass die Therapeutin die eigenen Werthaltungen zurückstellt, ohne aber diese ganz zu dementieren (Grolimund, 2017). Am Beispiel der unbedingten Wertschätzung wird erneut sichtbar, dass dies in

der therapeutischen Beziehung in verschiedenen Hinsichten eine herausfordernde Aufgabe für Therapeutinnen darstellt.

Grolimund (2017) nennt zwei bedeutsame Leitlinien, die bei der Umsetzung der unbedingten Wertschätzung unterstützend wirken können für die Therapeutin. Die Therapeutin sollte einerseits versuchen, die Klientin eingehend zu verstehen und ihr aktiv zuzuhören, andererseits besteht in der Supervision für die Therapeutin die Möglichkeit, die persönliche Haltung genau zu reflektieren und deren Anteile in potenziellen Konflikten zu erkennen. Falls die unbedingte Wertschätzung bei einer Klientin nicht gelingt, erweist es sich in gewissen Fällen als hilfreich, die Klientin an eine andere Therapeutin zu verweisen, dies natürlich unter der Bedingung, dass die Kommunikation durch die Therapeutin transparent und ehrlich ist, aber die Gefühle der Klientin nicht verletzt werden (Grolimund, 2017).

Die zweite Basisvariable für den Aufbau einer stabilen Beziehung besteht in der Echtheit, auch Authentizität oder Kongruenz genannt (Rogers, 1977). Die Therapeutin verhält sich authentisch, indem sie wahrheitsgetreu kommuniziert und der Klientin keine Emotionen vorgibt, welche nicht echt sind (Grolimund, 2017). Echtheit bedeutet nicht, dass die Therapeutin alle Emotionen mit ihrer Klientin teilt, sondern diese angemessen (auch in angemessener Quantität) mitteilt und das subjektive Erleben dabei betont wird (z.B. Ich-Botschaften) (Grolimund, 2017; Kurtscheid, 2016). Grolimund (2017) betrachtet in diesem Zusammenhang die Selbstöffnung als eine spezielle Form der Authentizität.

Die dritte Basisvariable besteht im Einfühlungsvermögen, der empathischen Kompetenz einer Therapeutin (Rogers, 1977). Aktuelle Studien zeigen, dass die Empathie massgeblich mit dem Therapieerfolg zusammenhängt (Elliott et al., 2011). Kurtscheid (2016) unterscheidet zwischen zwei Arten der Empathie, einerseits nennt sie die therapeutische Kompetenz, sich in die emotionale Innenwelt, subjektiven Perspektiven oder Moralvorstellungen einer Klientin («personale Empathie» (S. 19)) hineinzusetzen, zum Beispiel in eine Klientin, die sich in der Therapiestunde outet und erklärt, wieso sie sich sexuell zu Frauen hingezogen fühlt). Andererseits ist damit auch die Kompetenz gemeint, sich in die reale Welt der Klientin, in ihre persönliche Situation und ihre Herausforderungen (Trennung, Betrug, unerfüllter Kinderwunsch usw.) zu versetzen («situative Empathie» (S. 19)). Damit es einer Therapeutin möglich ist, empathisch zu sein, sollte sie sich möglichst von persönlichen Anschauungen, Beweggründen, Absichten, Bedürfnissen und Empfindungen distanzieren, damit eine Einfühlung in die Klientin realisierbar ist (Lammers, 2017).

Die drei Basisvariablen von Rogers sind miteinander verknüpft (Grolimund, 2017). Ist es einer Therapeutin möglich, Wertschätzung zu zeigen, wird es ihr auch eher gelingen, echt zu sein und Empathie zu zeigen. Umgekehrt, fällt es einer Therapeutin schwer, empathisch zu reagieren, wenn die Wertschätzung für die Klientin gering ist.

In der Sexualtherapieforschung fehlen spezifische Untersuchungen darüber, welche Basisvariablen für den Aufbau einer stabilen therapeutischen Beziehung entscheidend sind. Sexualität ist ein sehr intimes Themenfeld und Sexualtherapeutinnen sind ebenfalls sexuelle Wesen. Diese Zusammensetzung erfordert besondere Sensibilität und Vertrauen in der therapeutischen Beziehung. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass die von Rogers definierten klientenzentrierten Basisvariablen in der Sexualtherapie ebenfalls eine grosse Rolle spielen. Die Umsetzung der Basisvariablen in der Sexualtherapie könnte sich ebenfalls als grosse Herausforderung erweisen, da Therapeutinnen mit zahlreichen kulturellen Moralvorstellungen, Perspektiven, Praktiken und Lebenswelten konfrontiert sind, welche sie zwar anerkennen und wertschätzend betrachten, aber nicht unbedingt teilen bzw. es ihnen auch schwerfallen kann, sich in gewisse Situationen, Wünsche und Bedürfnisse hineinzusetzen. Gerade auch in Situationen, in denen die Therapeutin mit moralisch verwerflichen oder illegalen Wünschen, Praktiken und Vorstellungen konfrontiert ist. Die Frage nach der Wichtigkeit der Basisvariablen für die Sexualtherapie kann daher für die Sexualforschung von grossem Wert sein.

In der Therapie ist nicht nur zentral, dass eine Therapeutin über die drei Basisvariablen Wertschätzung, Echtheit und Empathie verfügt, sondern diese von der Klientin ebenfalls wahrgenommen werden können (Butollo et al., 2008; Grolimund, 2017). Deshalb stellt sich nun die Frage, welche methodischen Ansätze eine Therapeutin aktiv und praktisch anwenden kann, um die Beziehungsgestaltung positiv zu beeinflussen. Deshalb soll im nachfolgenden Kapitel auf zwei Arten von Beziehungsgestaltung und ihre Strategien eingegangen werden.

2.1.4 Allgemeine Beziehungsgestaltung

Unter dem Begriff der «allgemeinen Beziehungsgestaltung» werden Vorgehensweisen verstanden, «die sich mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit bei allen Klienten positiv auf die Therapeut-Klient-Beziehung auswirken» (Sachse, 2016, S. 38). Ackerman et al. (2003) unterstreichen die förderlichen Auswirkungen von persönlichen Eigenschaften der Therapeutinnen wie beispielsweise Offenheit, Respekt und Warmherzigkeit auf die erfolgreiche Gestaltung der therapeutischen Arbeitsbeziehung. Die von Sachse (2016) genannten Vorgehensweisen zur allgemeinen Beziehungsgestaltung

sollte die therapierende Person bereits von Beginn der Therapie an anwenden, damit der Boden für eine gelingende Zusammenarbeit geschaffen werden kann. Sachse (2016) differenziert zwischen sechs verschiedenen Vorgehensweisen zur allgemeinen Beziehungsgestaltung. Die erste Strategie fasst Sachse (2016) unter dem Begriff Verstehen zusammen. Verstehen hat zwei Aspekte, einerseits die Verarbeitung von Informationen der Klientin durch die Therapeutin und das Nachvollziehen von Beweggründen, Handlungen und Absichten der Klientin. Andererseits ist unter dem Begriff Verstehen ebenfalls gemeint, dass die therapierende Person die verstandenen Inhalte in angemessener Weise spiegelt. Mit Spiegeln ist gemeint, dass die Therapeutin die verstandenen Inhalte in eigener Ausdrucksweise reformuliert und wiedergibt (Grolimund, 2017). Die Therapeutin kann spiegeln, was sie durch empathisches Einfühlen verstanden hat, dies können Anschauungen, Empfindungen, Fakten oder Teile eines Problems der Klientin sein (Grolimund, 2017). Sachse (2016) betont, dass es beim Spiegeln nicht um ein blosses Wiederholen geht, sondern darum, die gesagten Worte der Klientin nachzuvollziehen. Als weiteren Aspekt der allgemeinen Beziehungsgestaltung nennt Sachse (2016) das Akzeptieren, was bedeutet, dass die Therapeutin der Klientin ohne Vorurteile begegnet und von eigenen Sichtweisen abrückt. Als dritte Vorgehensweise nennt Sachse (2016) die emotionale Wärme. Die therapierende Person stellt mit dieser Strategie sicher, dass mithilfe nonverbaler und verbaler Signale Wohlwollen, Unterstützung und eine anerkennende Einstellung gegenüber der Klientin dargelegt wird. Somit kann ein zuverlässiges Ambiente geschaffen werden, in der die Klientin Wertschätzung erfährt. Sachse (2016) nennt mit dem Begriff Signalkongruenz eine weitere Vorgehensweise, die bedeutet, dass die Therapeutin in Anbetracht der bereits genannten Vorgehensweisen die Fähigkeit haben sollte, «auf allen Kommunikationskanälen dieselbe Botschaft zu senden» (S. 47). Sind die von der therapierenden Person gesendeten Botschaften (Mimik, Körperhaltung, Tonfall usw.) nicht deckungsgleich, kann sich dies äusserst hinderlich auf die therapeutische Beziehung auswirken (Sachse, 2016). Weiter betrachtet Sachse (2016) den Respekt als weiteren wichtigen Aspekt für die allgemeine Beziehungsgestaltung. Im Unterschied zur Strategie der Akzeptierung bedeutet Respekt ebenfalls ein positiver Umgang mit der Klientin. Respekt kann der Klientin auf verbale und nonverbale Weise signalisiert werden (höfliche Formulierung, Verwendung von passenden Aussagen, Körperhaltung, Augenkontakt etc.). Sachse (2016) betont hierbei die Wichtigkeit, die Klientin nicht als krank oder gestört hinzustellen, sondern «wie eine Person, die zur Lösung persönlicher Probleme fachliche Hilfe braucht» (S. 49). Gerade für angehende motivierte und unerfahrene Therapeutinnen kann diese Vorgehensweise von zentraler Bedeutung sein, da es wichtig ist, dass mit dieser Vorgehensweise auch

gemeint ist, der Klientin allein die Entscheidungsgewalt zukommen zu lassen bezüglich des Therapieverlaufs, und ihr zu überlassen, ob sie gewisse Ziele erreichen möchte oder nicht. Als letzte Vorgehensweise nennt Sachse (2016) die Loyalität, die bedeutet, dass die Therapeutin Bemühungen zeigt, sich für die Anliegen und Herausforderungen der Klientin einzusetzen. Loyalität ist in diesem Zusammenhang nicht zu verwechseln mit dem Begriff «Solidarität» (Sachse, 2016, S. 50), dass die Therapeutin sich gegen aussenstehende Personen verbündet, sondern die Klientin auf Herausforderungen mit dritten Personen hinweist und damit konfrontiert.

Zusätzlich zu den Strategien der allgemeinen Beziehungsgestaltung, die von Anfang an eingesetzt werden können und die sich mit grosser Sicherheit für die meisten therapeutischen Beziehungen als positiv erweisen (Sachse, 2016), kann ein weiteres Konzept zur Etablierung einer gelingenden Beziehung in der Therapie angewandt werden, das sich vermehrt an den Grundbedürfnissen der Menschen orientiert. Das Konzept der Bedürfnis- und Motivorientierten Beziehungsgestaltung (Sachse, 2016) soll im nächsten Kapitel eingehend erläutert werden.

2.1.5 Motiv- und bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung

Das Verhalten von Menschen ist auf die Befriedigung von elementaren Bedürfnissen ausgerichtet (Stucki & Grawe, 2007). Grawe (2004) formuliert vier empirisch untersuchte emotionale Grundbedürfnisse: Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle, nach Bindung, Lustgewinn und Unlustvermeidung sowie das Bedürfnis, den eigenen Selbstwert zu erhöhen. In der Therapie kann die Therapeutin Gelegenheiten schaffen, die es der Klientin ermöglichen, Erfahrungen zu machen, die ihre Bedürfnisse befriedigen (Stucki & Grawe, 2007). Versteht eine Therapeutin die zentralen Bedürfnisse (und damit die Motive) einer Klientin, kann sie sich komplementär, das heisst, bedürfnisbefriedigend, dazu verhalten (Stucki & Grawe, 2007). Dies wirkt sich positiv auf die Motivation und das Engagement der Klientin aus (Stucki & Grawe, 2007). Das Konzept der motiv- und bedürfnisorientierten Beziehungsgestaltung geht davon aus, dass alle Menschen aufgrund bisheriger Erfahrungen emotionale Muster bezüglich ihrer Interaktionen mitbringen, die sie in ihrer biographischen Vergangenheit erlernt haben (Sachse, 2016). Diese Muster haben einen Einfluss auf das Beziehungsverhalten der Klientin. Einer Klientin, beispielsweise mit dem Bedürfnis nach Anerkennung, kann eine Therapeutin optimal gegenüberreten, indem sie ihren positiven Seiten Aufmerksamkeit und Wertschätzung entgegenbringt. Hat eine Klientin ein starkes Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle, ist es wichtig, sie in Schritten der Planung und Entscheidung der Therapie miteinzubeziehen. Sachse (2016) betont an dieser Stelle die Wichtigkeit, dass die sprachlichen Rückmeldungen und Äusserungen der

Therapeutinnen auf die Bedürfnisse der Klientinnen echt wirken müssen: Die therapierende Person sollte nur so handeln, wie sie es glaubwürdig realisieren kann, ohne den Klientinnen etwas vorzumachen.

Im Gegenzug geht es auch darum, negative Muster der Klientinnen zu erkennen, damit diese nicht zusätzlich aktiviert werden (Sachse, 2016). Hat beispielsweise eine Klientin das Gefühl, in Beziehungen untergeordnet zu werden, wird sie auf eine arglose Frage der Therapeutin im Sinne von «Sind Sie sich dessen gewachsen?» in den ihr vertrauten Mustern reagieren.

Die Umsetzung der motiv- und bedürfnisorientierten Beziehungsgestaltung ist für Therapeutinnen nicht ganz einfach, da sich diverse Schwierigkeiten ergeben können bei kommunikativ herausfordernden Klientinnen (mit negativem Verhalten) sowie Schwierigkeiten der Therapeutinnen beim Erkennen der Motive der Klientinnen. Wichtig ist dennoch, dass sich die Therapeutinnen bewusst werden über die relevanten Motive einer Klientin (Stucki & Grawe, 2007). Stucki und Grawe (2007) schlagen dazu zwei Möglichkeiten zur Diagnostik vor: die Evaluation über die Befragung der Klientin oder das Aufschlüsseln der Motive durch die therapierende Person. Beide Arten der Motiverhebung weisen Schwächen auf (Witschi, 2023), denn häufig sind die Motive der Klientinnen nicht bewusst zugänglich für sie, somit ist der direkte Weg über die Befragung wenig aussagekräftig (Stucki & Grawe, 2007). Der Weg über die Beobachtung durch die Therapeutin weist ebenfalls Defizite auf, da persönlich relevante Motive der Therapeutinnen auf die Klientinnen übertragen werden und individuelle Motive eine korrekte Einschätzung der Bedürfnisse auf Seiten der Klientinnen verhindern (Stucki & Grawe, 2007). Die oben ausgeführten Herausforderungen erfordern die Professionalität und das Fachwissen einer psychotherapeutischen Ausbildung. Ohne eine solche Schulung finden die Techniken der motiv- und bedürfnisorientierten Beziehungsgestaltung kaum Eingang in die Sexualtherapie. Sexualtherapeutinnen ohne entsprechende psychotherapeutische Ausbildung sollten sich dessen bewusst sein und kommunikativ herausfordernde Klientinnen an qualifizierte Psychotherapeutinnen überweisen. So wird sichergestellt, dass jene Klientinnen die notwendige professionelle Unterstützung erhalten.

Um die theoretische Auseinandersetzung mit der allgemeinen Beziehungsgestaltung auf die Sexualtherapie zu übertragen, wird im nächsten Kapitel auf die Phasen der Sexualtherapie eingegangen. Dies ermöglicht eine differenzierte Betrachtung der therapeutischen Beziehung in den verschiedenen Phasen der Therapie und die Betrachtung der spezifischen Anforderungen und Herausforderungen der Phasen.

2.2 Die therapeutische Beziehung in den Therapiephasen

Der Verlauf und die Dauer einer Sexualtherapie unterscheidet sich je nach Störungsbild und/ oder Anliegen der Klientinnen sowie dem angewandten Therapiemodell (mehr zu verschiedenen Modellen der Sexualtherapie im Kapitel 2.5). Je nach Therapiemodell werden die verschiedenen Therapiephasen anders genannt. Grundsätzlich lassen sich in den meisten aktuell praktisch angewandten Modellen der Sexualtherapie die folgenden Phasen feststellen:

- Anfangsphase (Erstkontakt, Erstgespräch und/oder evtl. Testsitzung, Evaluation, Findung und Festlegung der Therapieziele, Logik des Systems),
- Mittlere Therapiephase (Arbeit an den Therapiezielen, (Erfahrungs-) Übungen, emotionsfokussierte Arbeit, Interventionen, Explorationen),
- Abschlussphase (Festigung und Integration der Veränderungen, Evaluation der Zielerreichung, Abschluss der Therapie).

Im Folgenden werden die Aspekte der Beziehungsgestaltung auf die Phasen der Sexualtherapie übertragen.

2.2.1 Anfangsphase

Die verschiedenen Phasen einer Sexualtherapie laufen dynamisch ab und weisen oft keine sichtbaren Abgrenzungen auf; vielmehr gehen sie ineinander über und zeigen einen kontinuierlichen Prozess zwischen Evaluation, Problembearbeitung, Therapieplanung usw. (Hartmann, 2018). Hartmann (2018) betont, dass vor allem für Klientinnen die Unterscheidung in verschiedene Therapiephasen für die Gestaltung einer therapeutischen Beziehung subjektiv nicht existiert, da der Beziehungsaufbau bereits mit der Begrüssung oder sogar beim Erstkontakt geschieht. Die therapeutische Beziehung wandelt sich im Verlaufe einer Therapie und weist je nach Phase gewisse Unterschiede auf (Holm-Hadulla, 2000b). Hartmann (2018) betont insbesondere die Wichtigkeit der «Anfangsphase» (S. 112). Diese weist aufgrund empirischer Forschungsergebnisse der Psychotherapie grundlegende Aspekte in Bezug auf die therapeutische Beziehungsqualität und die möglichen Veränderungen der Klientinnen auf. Hersoug et al. (2001) weisen in ihrem Bericht ebenfalls darauf hin, dass eine therapeutische Beziehung, welche zu Beginn der Therapie aufgebaut wird, einen stärkeren Einfluss auf den Behandlungserfolg hat als die Qualität der Beziehung, die im Durchschnitt über die Sitzungen hinweg oder erst in der Mitte oder gegen Ende der Therapie gemessen wird. Mit anderen Worten: Eine starke therapeutische Beziehung am Anfang der Therapie ist entscheidender für positive Therapieergebnisse als eine spätere oder durchschnittlich gute Beziehung. Wie in der vorliegenden Arbeit bereits

beschrieben, sind die Eigenmotivation der Klientinnen, die Qualität der therapeutischen Beziehung und das Vorhandensein von raschen Veränderungen bei den Klientinnen ausschlaggebend für eine erfolgreiche Therapie (Hartmann, 2018). Holm-Hadulla (2000b) betont, dass in der Anfangsphase einer Therapie je nach Klientin eine unterschiedliche Beziehungsgestaltung angebracht ist, um sie in der jeweiligen Situation zu unterstützen, in der sie sich individuell befindet. Auch Grolimund (2017) unterstreicht die Wichtigkeit der Anfangsphase, die laut ihm bereits mit dem Erstkontakt beginnt, der für den Beziehungsaufbau bereits wichtig ist, da die Therapeutin sich bereits beim ersten telefonischen Kontakt oder Mailverkehr über die Klientin und ihr Anliegen informiert und bereits an dieser Stelle echtes Interesse bekundet und somit in diesem Moment beginnt, eine tragfähige Beziehung aufzubauen.

Für Lammers (2017) beginnt die Beziehungsgestaltung bereits in den Vorüberlegungen zur Therapiestunde, wobei er betont, dass es für die therapeutische Beziehungsgestaltung hilfreich ist, sich als Therapeutin im Voraus bereits Gedanken zu den spezifischen Klientinnen zu machen wie unter anderem:

- Wie reagiert die Therapeutin gefühlsmässig auf die Klientin? Was ist dabei wichtig zu beachten in der Therapiestunde?
- Welche Methoden sind verfügbar, um die vorhandenen Ressourcen der Klientin zu stärken?
- Welche positiven Reaktionen der Klientin auf Interventionen, Angebote auf der Beziehungsebene etc. werden sichtbar?
- Welche Vorgehensweisen/ welche Verhaltensweisen sollten vermieden werden von Seiten der Therapeutin?

Die erste Sitzung stellt für viele Klientinnen eine grosse Herausforderung dar, da einige über Jahre warten und ihre Herausforderungen auf andere Weise zu lösen versuchen, bevor sie sich in eine Therapie begeben (Grolimund, 2017). In der ersten Sitzung ist es laut ihm deshalb wichtig, dass es den Therapeutinnen in diesem Moment gelingt, bei den Klientinnen positive Erwartungen zu aktivieren. Grolimund (2017) betont insbesondere die Bedeutung positiver Erwartungshaltungen für jene Klientinnen, die mit negativen Erwartungshaltungen in die erste Sitzung kommen oder ihre Situation als besonders unlösbar betrachten. Kommen Menschen mit spezifischen und diversen Herausforderungen in eine Therapie, haben sie oft den Eindruck, die einzigen zu sein mit diesem Problem. Gerade psychische Erkrankungen oder Probleme in der Sexualität unterliegen immer noch einem gewissen gesellschaftlichen Tabu und werden selbst in Familien- oder Freundeskreisen nicht immer

angesprochen. Für die Klientin stellt das Erstgespräch somit eine spezielle und nicht alltägliche Situation dar, in welcher oft zum ersten Mal über sehr private und intime Inhalte gesprochen wird (Gandras, 2021). Hartmann (2018) weist ebenfalls darauf hin, dass «die «Kunst» von Erstgespräch und Sexualanamnese darin besteht, in kurzer Zeit eine Atmosphäre des Vertrauens und der Offenheit herzustellen (...)» (S. 134), dies alles unter der Prämisse, eigene Befindlichkeiten oder Hemmungen bezüglich sexueller Themen mit angemessener Reflexion zu bewältigen (Hartmann, 2018). Auch für Therapeutinnen stellt das Erstgespräch eine gewisse Herausforderung dar.

Dementsprechend ist es wichtig für Therapeutinnen, den Klientinnen bereits von Beginn an zu vermitteln, dass die Klientinnen mit einem gewissen Problem nicht allein sind, dies verbreitet ist und die Therapeutin verschiedene Möglichkeiten zur Lösung der Probleme kennt oder damit bereits Erfahrungen gemacht hat. Dies wiederum löst bei der Klientin optimistische Vorstellungen aus in Bezug auf Verbesserungschancen (Grolimund, 2017). Laut Gandras (2021) ist es in der Ausgangsphase ebenfalls ratsam für Therapeutinnen, die Wahrnehmung auf die persönlichen Gefühle zu lenken (Welche Empfindungen fühlt die therapierende Person? Welche positiven Affekte werden ausgelöst? Entstehen negative Emotionen? Wenn ja, welche? etc.), die durch die Klientin ausgelöst werden und so bereits einen Blick auf mögliche Gegenübertragungen zu werfen. In der ersten Sitzung spricht die Klientin ein erstes Mal ausführlich über ihr Anliegen und ihre Herausforderungen. Bereits in dieser Phase ist das aktive Zuhören wichtig und befähigt Therapeutinnen dazu, sich empathisch in die Personen hineinzusetzen und die jeweiligen Herausforderungen begreifen zu können (Hartmann, 2018). In dieser Phase kann die therapierende Person durch geeignete Techniken (z.B. Spiegeln, Wiederholen usw.) eine Umgebung schaffen, in der es den Klientinnen möglich ist, Gefühle anzusprechen und diese zu erfahren (Hartmann, 2018). Hartmann (2018) betont, dass in der initialen Phase der Sexualtherapie die Absicht der Therapeutin darin bestehen sollte, die therapeutische Beziehung im Sinne der Basisvariablen Echtheit, Wertschätzung und Verständnis zu gestalten sowie gemeinsam mit der Klientin die Ziele der Therapie festzulegen und die möglichen therapeutischen Vorgänge zu erklären. Laut Hartmann (2018) steht die Frage im Vordergrund, «wie man es am besten schafft, die Patienten für ihr ganz persönliches 'Projekt' Sexualtherapie zu begeistern, sie in den Veränderungs- bzw. Annäherungsmodus zu bringen und ihre Selbstheilungskräfte zu aktivieren» (S. 131). Hartmann (2018) spricht in dieser Phase ebenfalls von der sogenannten «Problemlawine» (S. 131), wenn die Klientinnen die Therapeutinnen mit ihren Herausforderungen, Verletzungen

und Problemen richtiggehend überschütten. Hierbei betont Hartmann (2018) die Wichtigkeit der genauen Herausarbeitung der Emotionen und Wünsche der Klientinnen mit Hilfe geeigneter Techniken (Spiegeln, Validieren etc.), um das «eigentliche Problem» (S. 131) gemeinsam mit ihnen zu evaluieren und skizzieren.

Der Bestimmung des Therapieziels kommt in der Anfangsphase der Therapie eine weitere grosse Bedeutung zu, wie bereits im Kapitel 2.1.1 beschrieben wurde. Dass die Klientin ihr Therapieziel zwar mit Hilfe der Therapeutin, aber selbst aktiv (mit-)formuliert, ist in verschiedener Hinsicht zentral für die therapeutische Beziehung. So dient die Zielformulierung nicht nur einfach der zukünftigen Verbesserung oder Änderung eines Zustands für die Klientin dank der Formulierung eines Soll-Zustandes, sondern ist ebenfalls für die konkrete Auftragserteilung an die Therapeutin relevant und somit für die klare Rollenverteilung sowie die engagierte Teilnahme der Klientin in der Therapie und ihre Selbstbestimmung (Lammers, 2017). Lammers (2017) und Kanfer et al. (2006b) weisen ausserdem darauf hin, dass der Prozess der Zielfindung- und Formulierung bereits ein Teil der Problembewältigung sein kann, da es den Klientinnen oft als erste Orientierung dazu dient, welche Anliegen in der Therapie überhaupt angegangen werden sollen, da diese zu Beginn oft unklar sind. Lammers und Schneider (2009) betonen, dass die Zielformulierung ebenfalls wichtig ist für die Einigkeit der Therapeutin und Klientin bezüglich der Problematik, die eine Veränderung erfordert: Optimalerweise sind das «Laienkonzept» (Lammers & Schneider, 2009, S. 473) der Klientin und die Modellidee der therapierenden Person in Bezug auf die Problematik der Klientin deckungsgleich (Lammers & Schneider, 2009). Die Formulierung von passenden Therapiezielen stellt sich oft als herausfordernd heraus, da ein Ziel bereits einen Bezug zum jeweiligen Problem aufweist und somit das Verständnis für dessen Ursachen, wie bereits erwähnt, zu Beginn oft noch fehlen, Ziele zu unklar formuliert sind oder die Klientin dem Ziel ambivalent gegenübersteht (Lammers, 2017). Die Findung eines geeigneten Therapieziels, auch gerade im Sinne der positiven Beziehungsgestaltung, erfordert Zeit und Geduld. Die Therapeutin kann diesen Prozess der Therapie laufend evaluieren, um die Übereinkunft bezüglich der Ziele im Auge zu behalten (z.B. Arbeiten die Klientin und die Therapeutin am Finden von geeigneten Zielen? Kennt die Therapeutin die Ziele der Klientin? Findet ein ständiger Austausch statt über die Ziele? usw.) (Lammers, 2017).

Die Phase der Evaluation zu Beginn einer Therapie ist zentral für die Etablierung einer tragfähigen Beziehung, da die Therapeutin mit den privaten und intimen Aussagen der Klientinnen sorgfältig umgehen, Verständnis und Kompetenz signalisieren und die verschiedenen Ebenen des Gesprächs (Beziehung, Inhalt, Kommunikation) sowie

die Emotionen und die Reaktionen der Klientin Beachtung schenken sollte (Hartmann, 2018). Laut Sztenc (2020) sind bei der Evaluation in der Sexualtherapie von Seiten der Therapeutin nicht nur die Ermittlung von Angaben und Informationen zentral, sondern ebenfalls, dass die Therapeutin die Klientin in allen sensorischen Dimensionen (Körperhaltung, Gestik, Mimik, Sprachrhythmus, Tonlage usw.) betrachten kann. Laut Sztenc (2020) liegt die Intention der Evaluation in der Sexualtherapie darin, die Logik des Systems herauszuarbeiten und ein Verständnis für die zugrunde liegenden Dynamiken und Strukturen zu schaffen, die die sexuellen Probleme und Herausforderungen einer Person beeinflussen können. Mit der Formulierung der Logik des Systems kann die Klientin eine persönliche Betrachtungsweise ihrer Herausforderung erarbeiten, die die verschiedenen Ebenen (Körper, Geist, Gefühle, Gedanken, Verhalten) in einen Kontext mit Beziehungsdynamiken, sozialem Umfeld, kulturellen Normen usw. stellt (Sztenc, 2020). Die Logik des Systems dient somit als «Metaperspektive für die therapeutische Arbeit» (Sztenc, 2020, S. 111).

Gandras (2021) weist in diesem Zusammenhang erneut auf die Wichtigkeit einer «positiven Bedeutung der Therapiebeziehung» (S. 37) hin. Die präzisen Fragen in der Evaluation durch die Therapeutin können für die Klientin widersprüchlich erscheinen, da die Klientin aus ihrer Perspektive betrachtet eigentlich die Person wäre, die ihre dringenden Fragen beantwortet haben möchte und nicht umgekehrt die Person, die befragt werden möchte. Im Sinne der beginnenden und noch «jungen» Arbeitsbeziehung ist es an dieser Stelle von Vorteil, wenn die Therapeutin die Klientin genau über ihr Vorgehen und den Sinn der Evaluation aufklärt (Gandras, 2021). Laut Gandras (2021) kann nach dem Erstgespräch eine gewisse Widersprüchlichkeit bezüglich des Therapiewunsches bei den Klientinnen auftreten, wobei es sich hier im Sinne der Beziehungsgestaltung als vorteilhaft erweist, der Klientin jeweils die Initiative für weitere Therapiestunden zu überlassen, ohne direkt einen Folgetermin anzubieten.

2.2.2 Mittlere Phase

In der mittleren Therapiephase werden die individuellen Probleme und Herausforderungen bearbeitet, die zu Beginn der Therapie mit der Evaluation, der Formulierung der Logik des Systems und der Zieldefinition eingehend identifiziert wurden. Die mittlere Therapiephase der Sexualtherapie ist geprägt von einer Vertiefung auf den verschiedenen Ebenen des Therapieverlaufs, in welchem sich die Klientin für ihre emotionalen Erfahrungen und Erlebnisse öffnet und dabei auch zunehmend abgelehnte Gefühle zulässt und zeigt (Hartmann, 2018). Die Emotionen können eine Vielzahl von Gefühlen umfassen, je nach individuellen Herausforderungen der Klientinnen wie zum Beispiel Störung des sexuellen Verlangens, Verlust- oder Bindungsangst,

sexuelle Unsicherheit, Verletzungen, Traumata etc. Diese Selbstöffnung erfordert von Sexualtherapeutinnen ein achtsames und empathisches Vorgehen, um hier die Fähigkeiten der Selbstregulierung der Klientinnen zu stärken, was für die sexuelle Gesundheit wichtig ist (Hartmann, 2018). Die Klientinnen lernen in dieser Phase, ihre Bedürfnisse zu erkennen und zu verbalisieren, um sie anzunehmen und daraus neue Handlungsimpulse zu entwickeln, die alte Muster (z.B. Verlustängste in einer Beziehung) aufweichen und Platz für neue lassen (Hartmann, 2018). In der Sexualtherapie verschiedener Schulen werden unterschiedliche Techniken und Interventionen eingesetzt für die Bearbeitung von sexuellen Herausforderungen und Problemen (mehr zu den verschiedenen aktuell praktizierten Modelle im Kapitel 2.5) wie zum Beispiel Körperübungen, Entspannungstechniken, Rollenspiele, Imaginationsreisen, Sensate Focus usw. Die Übungen sollten immer sorgfältig und auf die Klientin zugeschnitten ausgewählt und den Klientinnen sollte die Übungsauswahl und die Durchführung erläutert werden (Sztenc, 2020). Wie in der vorliegenden Arbeit bereits im Zusammenhang mit dem therapeutischen Arbeitsbündnis erläutert wurde, ist eine Übereinstimmung in Techniken und Aufgaben für die therapeutische Beziehung zentral (Lammers, 2017). Die Skepsis der Klientinnen gegenüber verschiedenen Techniken und Übungen kann, gerade zu Beginn der Therapie, gross sein, da z.B. die Klientin überfordert, die Therapeutin zu schnell vorgegangen ist, zu wenig aufgeklärt hat über die Übung oder die Übung fehlende Kompetenzen der Klientinnen aufzeigt (z.B. mangelnde Verführungs Kompetenzen), welche sie nicht sichtbar machen möchte usw. (Lammers, 2017). Sztenc (2020) formuliert das Dilemma der Übungssituation wie folgt: «Auch hier liegt es an Therapeut*innen, die Dosis zu wählen zwischen Anforderung und Überforderung» (S. 105). Die Therapeutin muss sich stets bewusst sein, dass die praktische Bearbeitung von Problemen der Sexualität mit Übungen mit verschiedenen Schwierigkeiten und Belastungen verbunden sein kann für die Klientinnen (Sztenc, 2020). Die Therapeutin sollte auch immer über die Gründe der Skepsis Bescheid wissen und andere Möglichkeiten der Durchführung und Auswahl anbieten können (Lammers, 2017).

Auf der Beziehungsebene ist es in dieser Phase der Therapie wichtig, dass eine gute Therapiebeziehung besteht, damit die Klientin der Therapeutin das nötige Vertrauen entgegenbringen kann für die Bearbeitung der Probleme, die Aussicht auf Verbesserung von ihrer Seite her vorhanden ist und sich durch den positiven Kontakt zur Therapeutin befähigt fühlt, die Herausforderungen zu meistern (Lammers, 2017). Damit die Beziehung zur therapierenden Person begünstigt werden kann, zeigt Lammers (2017) Fähigkeiten auf, über welche eine Therapeutin für den Aufbau einer positiven

therapeutischen Beziehung verfügen sollte. Diese Fähigkeiten werden im Kapitel 2.4.1 genauer erläutert.

Laut Gandras (2021) besteht in der mittleren Therapiephase die Gefahr, dass Klientinnen anfänglich oft übertriebene Erwartungen auf schnelle Verbesserungen haben. Wenn schnelle Veränderungen ausbleiben, kann die Motivation der Klientinnen sinken, bedingt durch die intensive Bearbeitung der Probleme, die verschiedene Emotionen auslösen und anstrengend sein kann, sowie die schwierige Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben mit den Therapiestunden. Die Therapeutin sollte die Klientin daher bereits zu Beginn auf einen realistischen Therapieablauf vorbereiten und gemeinsam mit ihr realistische Ziele formulieren.

Gandras (2021) betont, dass eine Therapie nicht nur aus «kontinuierlichen Verläufen» (S. 128) besteht, bei welchen die Klientinnen gleichmässig motiviert sind und die therapeutische Beziehung keinerlei Rupturen oder Anzeichen davon aufweist. Therapeutische Verläufe gestalten sich unterschiedlich. Einige Prozesse schreiten gleichmässig voran, andere sind von vielen zirkulären Wiederholungen geprägt, bei welchen die Therapeutin den Eindruck haben kann, oft wieder von vorne zu beginnen, oder Therapieverläufe, die nur schwer ins Laufen kommen (Gandras, 2021). Gerade in der Sexualtherapie, in welcher sich bei vielen sexuellen Problemen (Luststörungen, erektile Dysfunktion, Orgasmus Störungen etc.) aus der Perspektive der Systemischen Sexualtherapie ein «Nicht-Wollen» anstelle eines «Nicht-Können» (Clement, 2004, S. 41 - 45) verbergen und die Therapeutinnen dazu verleiten kann, den Blick zu stark auf das Defizit (die fehlende Erektion, den ausbleibenden Orgasmus, die mangelnde Lust etc.) und zu wenig auf vorhandene Ressourcen der Klientinnen zu richten, kann es zu zähen Therapieverläufen kommen. Auch Gandras (2021) betont, dass es an dieser Stelle den therapeutischen Blick auf das verdeckte Problem braucht, was bei den Klientinnen eine gewisse Veränderungsangst auslösen kann. Für die therapeutische Beziehungsarbeit bedeutet dies, dass sich die Therapeutin von den aktuellen Abläufen distanzieren und sich fragen sollte, welche Mechanismen die Veränderungen verhindern (Gandras, 2021). Diese Prozesse benötigen eine angemessene Reflexion von therapeutischer Nähe und Distanz und weitere Explorationsarbeit mit der Klientin.

2.2.3 Schlussphase

Dieser Abschnitt soll sich vor allem mit «regulären Therapieabschlüssen» (Gandras, 2021, S. 159) befassen und thematisiert nicht vorgängig abgebrochene Therapien.

Die Schlussphase einer Therapie kann im Therapieverlauf erst retrospektiv klar abgesteckt werden (Hartmann, 2018). Grolimund (2017) weist im Zusammenhang mit dem Abschluss einer Therapie erneut darauf hin, dass die Arbeitsbeziehung in der Therapie zielgerichtet ist und eine bestimmte Absicht erfährt, nämlich die Bearbeitung eines Auftrags, und diese Beziehung zu einem durch die Klientin oder Therapeutin induzierten Zeitpunkt aufgehoben wird. Die Schlussphase der Therapie ist dadurch geprägt, dass die Interventionen der Therapeutin zunehmend weniger werden (Hartmann, 2018). Die Klientin arbeitet vermehrt an der Umsetzung des neu Gelernten in praktischen Situationen (Hartmann, 2018). Die Therapeutin hat hier die Funktion, der Klientin im Sinne der zunehmenden Selbststeuerung durch die vorangehende Bearbeitung der individuellen Probleme, das Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu stärken, die positiven Effekte der neu gelernten Muster hervorzuheben, damit diese nach dem Ende der Therapie fähig ist, Herausforderungen zunehmend selbstständig zu lösen (Grolimund, 2017; Hartmann, 2018; Lammers, 2017). Grolimund (2017) fasst die Relevanz der Abschlussphase, der laut ihm im Sinne einer förderlichen Therapie, genügend Beachtung geschenkt werden sollte, wie folgt zusammen: «In dieser letzten Phase gilt es, Erfolge zu sichern und zu stabilisieren, dem Klienten die erworbenen Problemlösekompetenzen bewusst und damit verfügbar zu machen, möglichen Rückfällen vorzubeugen und die weiteren Schritte ausserhalb der Beratung vorzubereiten» (S.351). Laut Hartmann (2018) und Lammers (2017) ist diese Phase geprägt durch geringere Führung von Seiten der Therapeutin als in der mittleren Therapiephase. Die Frage nach dem passenden Zeitpunkt eines Therapieabschlusses wird in der Literatur kontrovers diskutiert (Hartmann, 2018). Eine Möglichkeit, ein Therapieende einzuläuten, liegt dann vor, wenn die Ziele der Klientin erreicht wurden oder die Klientin mit ihren Herausforderungen im Alltag selbstständig umgehen kann (Grolimund, 2017; Hartmann, 2018). Grundsätzlich sollten Klientinnen auf jeden Fall auf das Ende der Therapie eingestimmt werden, indem oben genannte Punkte wie das Erreichte, die Umsetzung des Gelernten und ein mögliches weiteres Vorgehen im Alltag thematisiert werden (Grolimund, 2017). Während der Sexualtherapie hat sich zwischen Klientin und Therapeutin eine Beziehung etabliert und es wurden intime Inhalte und Gefühle besprochen, die häufig in der Therapie durch die Klientin zum ersten Mal verbalisiert wurden. Der Prozess am Ende einer Therapie ist somit als «Ablösungsprozess» (Lammers, 2017, S. 87) zu verstehen, der von grosser Bedeutung sein kann für die Klientin. Lammers (2017) schlägt an dieser Stelle vor, die Stunden gegen Ende der Therapie zunehmend weniger werden zu lassen, damit die Therapie nicht allzu plötzlich beendet wird. Auch Hartmann (2018) plädiert für eine zeitgerechte Betrachtung des passenden Therapieendes für die Klientin. Holm-

Hadulla (2000b) akzentuiert gleichermassen die Relevanz einer sorgfältigen und achtsamen Abschlussphase der Therapie, damit sich die Klientin und Therapeutin, welche einen belangvollen Teil einer Lebensphase zusammen bestritten haben, stimmig voneinander ablösen können.

Es stellt sich ausserdem die Frage nach «Auffrischungssitzungen» (Hartmann, 2018, S. 159), welche laut Hartmann (2018) in der Sexualtherapie einen positiven Effekt haben können in Bezug auf gewisse sexuelle Problematiken (Lustlosigkeit, Schmerzsyndrome, Ejaculatio praecox etc.). Diese zukünftigen Sitzungen werden zum Ende der eigentlichen Therapie abgemacht, häufig im Sinne der «Rückfallvermeidung» (Hartmann, 2018, S. 159).

Wie es einer Therapeutin nun gelingt, die Qualität der therapeutischen Beziehung im Verlaufe der verschiedenen Phasen stets im Blick zu halten mit dem Ziel, diese laufend zu reflektieren und im Falle von Schwierigkeiten adäquat darauf reagieren zu können, wird im nächsten Kapitel erläutert. Gleichsam stellt sich demzufolge die Frage nach der kontinuierlichen Evaluation der therapeutischen Beziehung, wieso diese zentral ist und welche Möglichkeiten dazu bestehen.

2.3 Evaluation der therapeutischen Beziehung

Wie in der vorliegenden Arbeit bereits besprochen, ist für eine tragfähige Beziehung die Einigkeit der Klientin und Therapeutin in Bezug auf die Aufgaben und Ziele der Therapie wichtig, sowie die affektive Beziehung zur therapierenden Person (Lammers, 2017; Wöller, 2016). Ist eine der Komponenten aus diversen Gründen gestört (z.B. fühlt sich die Klientin durch die Aufgaben überfordert) kann es auf einer der Ebenen zu Brüchen in der therapeutischen Beziehung kommen. Beispielsweise, wenn die Therapeutin die Ziele der Klientin zu wenig respektiert und anstelle dessen andere Inhalte der Therapie bestimmt (Wöller, 2016). Unter Brüchen in der therapeutischen Beziehung versteht Lammers (2017) alle objektiv beobachtbaren Verhaltensweisen von Opposition wie z.B. Passivität, angriffiges Verhalten, Rückzug, sichtbare Unzufriedenheit usw. Geschehen Beziehungsbrüche und bleiben sie unentdeckt, werden nicht verbalisiert oder nicht gelöst, kann es zu einem frühzeitigen Abbruch der Therapie kommen (Wöller, 2016). Gerade wenn die therapeutische Beziehung nicht regelmässig einer Begutachtung unterzogen wurde, kann ein abruptes Beenden der Therapie eine Perplexität auf Seiten der Therapeutin auslösen, die das berufliche Selbstverständnis aufwühlen kann (Gandras, 2021). Gandras (2021) betont die Schwierigkeit davon, dass Klientin und Therapeutin zu verschiedenen Zeitpunkten der Therapie die Beziehungsqualität oft unterschiedlich einschätzen. Um diese

Einschätzungen abzugleichen und Beziehungsbrüchen vorzubeugen, lohnt sich ein genauerer Blick auf verschiedene Möglichkeiten der Evaluation der therapeutischen Beziehung.

Therapeutinnen haben verschiedene Möglichkeiten und Instrumente, um die therapeutische Beziehung zu evaluieren, damit Therapiebrüchen vorgebeugt, das Engagement der Klientinnen überprüft und Therapieprozesse besser gesteuert werden können (Hartmann, 2018). Hersoug et al. (2001) weisen in ihrem Bericht darauf hin, dass die Angaben der Klientin bezüglich der Qualität der therapeutischen Beziehung aussagekräftiger sind in Bezug auf das Ergebnis der Therapie als Aussagen, welche durch die Therapeutin bezüglich der Beziehungsqualität gemacht werden. Dementsprechend kommt der Evaluation der therapeutischen Beziehung durch die Klientin eine wesentliche Bedeutung zu. In diesem Kapitel werden drei Möglichkeiten der Evaluation vorgestellt, die Supervision als therapeuteninduzierte Form der Evaluation, und eine Rückmeldeform aus Sicht der Klientin mithilfe einer Rückmeldeskala.

Hartmann (2018) weist darauf hin, dass regelmässige Feedbacks durch die Klientinnen, z.B. nach der Sitzung, die therapeutische Beziehung positiv stärken, da ihr damit so ein «Mitspracherecht» eingeräumt wird, und «das Gefühl, dass ihre Stimme wirklich zählt» (Hartmann, 2018, S. 124). Hartmann (2018) schlägt hierfür die Session-Rating-Skala (kurz: SRS) vor, welche Duncan et al. (2003) für die Psychotherapie entwickelt haben und deren Nutzen empirisch belegt wurde. Ziel der Entwicklung der SRS war es, die therapeutische Beziehung im Prozess zu evaluieren, damit negativen Therapieverläufen frühzeitig vorgebeugt und Anpassungen im Vorgehen durch die Therapeutin frühzeitig implementiert werden können (Duncan et al., 2003). Bei der SRS handelt es sich um eine kurze schriftliche Befragung der Klientin, jeweils zum Ende der jeweiligen Sitzung. Die Inhalte der Skala orientieren sich an den Merkmalen einer stabilen therapeutischen Arbeitsbeziehung: Den Basisvariablen, der Übereinstimmung von Zielen und Themen und der Herangehensweise. Die Klientin kreuzt nach der Sitzung auf den Linien an, inwiefern die Inhalte für sie zutreffen (z.B. «Wir haben daran gearbeitet und darüber geredet, woran ich arbeite und worüber ich reden wollte») (Hartmann, 2018, S. 125). Hartmann (2018) betont, dass die Skala nicht die Fähigkeiten und den Wert der Therapeutinnen beurteilen soll, aber als Hilfsmittel zur Betrachtung der Frage, wie gut Therapeutin und Klientin zueinander passen, hinzugezogen werden kann. Obwohl als Hilfsmittel für die Psychotherapie gedacht, schlägt Hartmann (2018) deren Einsatz auch für die Sexualtherapie vor. Indem die Klientinnen kritische Rückmeldungen einbringen können, zeigt sich die Therapeutin als «nicht fehlerfreie» Person, was dazu führt, dass sich die Therapeutin als an Kritik und

Feedback interessierte und somit auch als authentische Person zeigt (Hartmann, 2018). Dies wirkt sich abermals positiv auf die therapeutische Beziehung aus. Die Benutzung der Skala kann jedoch für Klientinnen schwierig sein, da viele Mühe damit haben, Kritik zu äussern und das Feedback deshalb mit positiveren Einschätzungen verschleiern (Hartmann, 2018). Trotzdem weisen Duncan et al. (2003) beim regelmässigen Gebrauch der SSR auf den positiven Effekt für die therapeutische Beziehung hin. Lammers (2017) betont gleichermassen den positiven Effekt von Feedbacks, welche eine stabile kooperative Beziehung begünstigen. Seine vorgeschlagenen Fragen zur Einholung eines Feedbacks richten sich ebenfalls am Konzept der therapeutischen Arbeitsbeziehung aus. Lammers (2017) schlägt vor, den Klientinnen periodisch Fragen zur Evaluierung der therapeutischen Beziehung zu stellen:

- Wie läuft die Therapie aus der Perspektive der Klientin?
- Welche Vorgehensweisen stellen die Klientin vor Herausforderungen?
- Fühlt sich die Klientin von der therapierenden Person verstanden?

Eine weitere Möglichkeit, die Qualität der therapeutischen Beziehung stets zu evaluieren und im Blick zu behalten, zeigt sich in der Supervision. Die Supervision ist eine Form der berufsbezogenen Beratung, die dazu dient, berufliche Zusammenhänge transparent zu machen. Sie entstand in den 1970-er Jahren aus den Fachgebieten der Psychologie und Sozialen Arbeit. Supervisionsformen unterscheiden sich in ihren Methoden und den angewandten Theorien voneinander (Schreyögg, 2010). In der Sexualtherapie bezieht sich Supervision auf die fachliche Beratung und Reflexion von Therapeuten und Fachleuten, die mit Themen der Sexualität arbeiten. Nicht zuletzt dient die Supervision auch dazu, komplexe Beziehungsvorgänge sichtbar zu machen (Schreyögg, 2010). Negative Muster in der therapeutischen Beziehung zeigen sich in gewissen Fällen nicht direkt anhand von Emotionen (Wut, Ärger etc.), Handlungsweisen (z.B. Vermeidung, Widertand), verbalen Äusserungen oder zähen Therapieverläufen usw., und sind demnach oft erst in der Supervision erkennbar (Bettighofer, 2022). Daher stellt die Supervision auch ein ideales Mittel dar, um Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse sichtbar zu machen und zu thematisieren (Gandras, 2021). Gandras (2021) sowie Möller & Lohmer (2017) weisen darauf hin, dass in der Supervision die intime Atmosphäre der therapeutischen Zweierbeziehung (oder in Paartherapien die Dreierbeziehung) aufgebrochen und für Menschen ausserhalb zugänglich und erlebbar gemacht wird. Das macht es den Supervisionsteilnehmenden möglich, den therapeutischen Prozess aus der Distanz zu betrachten, ihn aber dennoch durch ihre reflektierte Perspektive mitlenken zu können. Gandras (2021) weist darauf hin, dass die Supervision, auch gerade aufgrund der Konstellation

bestehend aus Klientin, Therapeutin und Supervisorin, ein empfindliches Konstrukt darstellt, welches nicht frei von Störungen sein muss (Parteilichkeit, Rivalitäten, ungenaue Angaben von Seiten der Therapeutin usw.). Hartmann (2018) betont grundsätzlich die Wichtigkeit der Supervision in der Sexualtherapie, da laut ihm die therapierende Person durch die Betrachtung der Sexualität einer anderen Person «unweigerlich immer auch eine Begegnung mit der eigenen Sexualität und sexuellen Entwicklung mit einem erheblichen Selbsterfahrungsanteil bedeutet» (S. 134) und die Supervision deshalb ausgesprochen zentral ist. Lammers & Schneider (2009) betonen die Sinnhaftigkeit präziserer Überlegungen dazu, wie das Thema der therapeutischen Beziehung in Supervisionen und therapeutischen Bildungsgängen und daraus ableitende beziehungsgestaltende Vorgangsweisen gezielter thematisiert werden können. Interaktionen, welche sich in der Therapie abspielen, sollten wenn möglich nicht nur verbal und in Schrift von den Therapeutinnen wiedergegeben werden, sondern auch in anderer Art und Weise wie beispielsweise mithilfe von Videoaufnahmen. In den Supervisionen sollten demnach die für die therapeutische Beziehungsgestaltung erforderlichen Fertigkeiten vermittelt und eingeübt werden (Lammers & Schneider, 2009).

2.4 Haltung und Professionsverständnis

2.4.1 Kompetenzen und Eigenschaften der Therapeutin

Lammers & Schneider (2009) betonen die Wichtigkeit der Persönlichkeit der Therapeutinnen für die Verfahrensweisen bei der therapeutischen Beziehungsgestaltung. Dabei spielen die Methode der Therapie und die Therapierichtung für die Umsetzung der beziehungsgestaltenden Elemente eine untergeordnete Rolle und sind wenig aussagekräftig dazu, ob die therapierende Person die Beziehungsgestaltung praktisch anwenden kann, wie dies in den jeweiligen Modellen konzipiert und gelehrt wurde. Einige Therapeuten erweisen sich als erfolgreicher und effizienter als andere (Tschacher & Bannwart, 2021). Lammers & Schneider (2009) weisen darauf hin, dass, unabhängig vom therapeutischen Wirkfaktor, der Therapeutin als Modell eine wichtige Funktion zukommt und die Klientin Emotionen, Handlungsweisen und eventuell sichtbare Eigenarten der Therapeutin stets wahrnimmt, was einen nicht vernachlässigbaren Effekt auf die Beziehungsgestaltung haben kann. Aus diesem Grund ist es für die Beziehungsgestaltung von Vorteil, wenn die Therapeutin authentisch, kongruent und kompetent auftritt (Lammers & Schneider, 2009). Auch (Bettighofer, (2022) weist auf die Bedeutung der individuellen Fähigkeiten einer Therapeutin hin,

die, empirisch nachgewiesen, ein wichtiger Baustein für die Therapeutin sind, schwierige Umstände in der Therapie mit Erfolg zu bewältigen.

Kanfer et al. (2006b) weisen gleichermassen darauf hin, dass den persönlichen Eigenschaften einer Therapeutin eine essenzielle Funktion zukommt, welche für alle Therapiemethoden relevant sind. Hartmann (2018) betont, dass in der aktuellen Forschung der Wirksamkeit von Psychotherapie dem Wirkfaktor der Therapeutin jedoch bis anhin wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde.

McLeod (2013) definiert sechs Fähigkeiten, die eine mit Klientinnen arbeitende Person in der Beratung oder Therapie besitzen sollte. Die genannten Fähigkeiten sollen im fortlaufenden Abschnitt genauer erläutert werden, wobei sich diese Fähigkeiten einer therapierenden Person nicht direkt auf Sexualtherapeutinnen beziehen, sondern aus der Psychologie und der Sozialen Arbeit abgeleitet sind. McLeod (2013) weist darauf hin, dass es für Therapeutinnen verschiedener Therapieansätze relevant ist, über bestimmte Fähigkeiten zu verfügen, damit es ihnen möglich ist mit unterschiedlichen Handlungen auf die Klientinnen zu reagieren. Einige dieser therapeutischen Fähigkeiten werden verstärkt mit besseren Verhaltensweisen bezüglich unterschiedlicher Reaktionen der Klientinnen assoziiert (McLeod, 2013).

Als erste wichtige Fähigkeit nennt McLeod (2013), dass die therapierende Person als gute ZuhörerIn fungieren sollte. Hartmann (2018) unterstreicht die Relevanz der Fähigkeit gut zuhören zu können ebenfalls. Eine Therapeutin sollte ausserdem die zeitliche Struktur der Therapiestunde unter Kontrolle behalten können sowie gedanklich gegenwärtig sein. Weiter weist eine therapierende Person im optimalen Fall eine grosse Akzeptanz auf gegenüber der Klientin und glaubt an die in ihr vorhandenen Ressourcen und die Möglichkeiten der Veränderung. Werte der Klientinnen werden respektiert und der Umgang damit ist einfühlsam. Schmauch (2010) weist ebenfalls auf das Vorhandensein einer Einstellung hin, die «weder richtend noch wertend sein soll» (S. 210). Bezüglich der Ressourcenorientierung bestätigt Holm-Hadulla (2000b) die Signifikanz davon, dass die Therapeutin fähig sein sollte, die Klientinnen in ihrem Gefühl von Selbstregulation und Selbstvertrauen zu stärken, damit diese ihre Stärken und Entwicklungsmöglichkeiten entfalten und mobilisieren können.

McLeod & John (2013) nennt als weitere elementare Fähigkeit, dass eine Therapeutin die Kompetenz aufweisen sollte, den Herausforderungen der Klientinnen mit der richtigen Einschätzung und mit Verständnis entgegenzutreten zu können. Eine gute Therapeutin sollte zudem geistig flexibel sein. Diese Flexibilität ermöglicht es ihr, sich schnell an neue Informationen, verschiedene Perspektiven und unvorhergesehene

Entwicklungen im Therapieverlauf anzupassen. Lammers (2017) betont ebenfalls die Relevanz der flexiblen Anpassung der therapeutischen Beziehungsgestaltung an die individuellen Anliegen der Klientinnen. Damit können Handlungsweisen, die einen hemmenden Effekt auf die therapeutische Beziehung haben, wie beispielsweise ein zu streng strukturierter Ablauf der Sitzungen oder eine zu enge Wahl der Methoden und Interventionen, vermieden werden.

McLeod & John (2013) betont, dass darüber hinaus eine therapierende Person die Kompetenz vorweisen sollte, eigene Beweggründe und Ansichten in den Hintergrund zu stellen. Eine fähige Therapeutin sollte ausserdem soziale Voreingenommenheit vermeiden. Die Therapeutin weist sich trotz ihrer Rolle somit auch Status als alleinige Expertin zu und stellt sich über die Klientin und ihre Herausforderungen. Weiter ist die therapierende Person kompetent im Hinblick auf die Technik der Methode und deren Umsetzungsmöglichkeiten. Techniken werden geeignet und in reflektiertem Masse angewendet.

McLeod & John (2013) ist weiter der Ansicht, dass eine Therapeutin die Kompetenz haben sollte, verschiedene Formen der Beziehungen im gesellschaftlichen Kontext zu verstehen (Familie, Arbeit usw.). Die Therapeutin kann aber auch selbst auf verschiedene Systeme im Umfeld der Arbeit zurückgreifen und sucht beispielsweise wiederkehrend Supervisionen auf und bildet sich weiter. Kanfer et al. (2006b) bekräftigen die Wichtigkeit des Vorhandenseins einer therapeutischen Grundausbildung als Grundkompetenz eines effektiven therapeutischen Arbeitens.

Für die Sexualtherapie könnte sich unter anderem der zweite Punkt bezüglich der Akzeptanz, ressourcenorientierten und wertfreien Haltung von grosser Wichtigkeit erweisen. Böker et al. (2019) betonen Folgendes: «Sexualmoral und Sexualtherapie stehen zueinander in einem wechselseitigen Einfluss-, vielleicht sogar in einem Abhängigkeitsverhältnis. Gesellschaftliche Normvorstellungen, wie Sexualität gelebt werden darf oder soll, beeinflussen die Art der auftretenden sexuellen Probleme» (S. 259). Als Sexualtherapeutin ist man also nicht nur mit persönlichen Werten konfrontiert, sondern auch mit gesellschaftlichen. Böker et al. (2019) konstatieren zudem, dass Erkenntnisse aus der Forschung der Sexualwissenschaft den Grad der Pathologisierung von verschiedenen sexuellen Anliegen der Klientinnen prägen. Die vorherrschenden sozialen Vorstellungen von sexuellen Normen werden auch immer durch den Stand der aktuellen Forschung beeinflusst. Diese Tatsache sollten sich Sexualtherapeutinnen stets vor Augen halten. Objektive Einstellungen, Werte und Normen sind in diesem Fall auch stark von aussen, der Gesellschaft sowie der Forschung, beeinflusst und können demnach selten rein objektiv betrachtet werden.

Neben den Phasen der Sexualtherapie und den Kompetenzen einer Therapeutin hat auch die Rolle der Therapeutin einen entscheidenden Einfluss auf die Beziehungsgestaltung. Deshalb wird im nächsten Kapitel auf die Rolle der Therapeutin in der Sexualtherapie eingegangen.

2.4.2 Rolle der Therapeutin

Wie bereits erwähnt, unterscheidet sich eine therapeutische Beziehung von anderen alltäglichen Beziehungen in verschiedenen Punkten wie beispielsweise der Asymmetrie, einer systematischen Vorgehensweise (Struktur, Methode, Berücksichtigung von wissenschaftlichen Erkenntnissen), der Zielorientierung sowie der zeitlichen Begrenzung (Grolimund, 2017; Lammers, 2017; Sachse, 2016; Witschi, 2023). Für die therapeutische Beziehungsgestaltung bedeutet dies, die spezifische Rollenverteilung und die daraus resultierenden Erwartungen, von beiden Seiten, bereits früh in der Therapie anzusprechen und von Beginn an klar zu definieren (Lammers, 2017).

Die Therapeutin fungiert als fachliche Kennerin und Spezialistin, somit kommt ihr ein Status als Expertin zu (Lammers, 2017). Lammers (2017) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass viele Klientinnen bezüglich der Gründe ihrer Schwierigkeiten, aufgrund derer sie sich in eine Therapie begeben, entweder keine Angaben machen können (z.B. eine Klientin kann nicht genau sagen, wieso sie sich sexuell unsicher fühlt) oder nur über subjektive Lösungsansätze verfügen, welche für Veränderungen ungünstig sind (z.B. eine Klientin ist von ihren mangelnden Verführungskünsten und der Unmöglichkeit, diese zu erweitern, überzeugt). Lammers (2017) fasst dies so zusammen, dass die Rolle der Therapeutin darin besteht, ein kohärentes und vertrauenswürdiges Erklärungsmuster für die Probleme der Klientin zu bieten, das auch Lösungsansätze enthält. Darüber hinaus verfügt die Therapeutin über spezifisches Fachwissen und Techniken, deren fachkundiger Einsatz in ihrer Verantwortung liegt. Dieser Stellenwert als Expertin löst in den Klientinnen Optimismus aus und die Aussicht darauf, dass ihre Herausforderungen verstanden, angegangen und erfolgreich bewältigt werden können (Lammers, 2017). Der Autor weist in diesem Zusammenhang auf die Nützlichkeit von Informationen auf der Website und in der Praxis bezüglich persönlicher Aus- und Weiterbildungen hin, die den Status als Expertin hervorheben. Trotz des Status betont Lammers (2017) die Bedeutsamkeit davon, dass die Vorgehensweisen bezüglich der fachlichen Führung stets dem «Selbstmanagement» (S. 51) der Klientinnen dienen sollen, damit diese nach erfolgreichem Abschluss der Therapie selbst in der Lage sind, Probleme mit Erfolg zu bewältigen und nicht immer wieder auf fachlichen Rat angewiesen sind.

Im Kapitel 2.1.2, Spezifische Merkmale der therapeutischen Beziehung, wurde bereits die asymmetrische Rollenverteilung zwischen Therapeutin und Klientin betrachtet. Dabei wurden auch die therapeutische Selbstoffenbarung und das Teilen privater Informationen sowie deren Bedeutung für die therapeutische Rollenverteilung thematisiert. Hierbei soll in Bezug auf die Rolle der Therapeutin eine für die Rollenverteilung relevante Kategorie der oben genannten persönlichen Auskünfte erläutert werden: Der Umgang und die Hinweise bezüglich möglicher Mängel und Fehler in der Therapie. Lammers (2017) weist darauf hin, dass persönliche Fehler in der Therapie, wie etwa unzureichend eingeführte Körperübungen, die die Klientin zu Hause nicht bewältigen kann, als Modell für den Umgang mit Defiziten und Herausforderungen dienen können. Es lohnt sich, solche Missgeschicke hinsichtlich der Beziehungsgestaltung anzusprechen und gemeinsam mit der Klientin zu besprechen.

Lammers (2017) weist im Zusammenhang mit der Rollenverteilung ebenfalls auf mögliche Probleme mit der eigenen Rolle hin. Insbesondere junge Therapeutinnen scheinen aufgrund anfänglich zu hohen Erwartungen an die eigene Person und einem grossen Bedürfnis zu helfen oft mit Rollenproblemen konfrontiert (was wiederum zu Überforderung bei Klientinnen führen kann). Hierbei bieten sich Supervisionen und ein hohes Mass an Selbsterfahrungstherapie an, damit die persönlichen Beweggründe und Handlungsentscheidungen genau betrachtet und die Positionierung in der Rolle überdacht werden kann (Lohmann, 2017). Im vorangehenden Kapitel wurde auf die zahlreichen Eigenschaften eingegangen, über die eine Therapeutin verfügen sollte. Nachdem nun auf wichtige Aspekte der Rollenverteilung seitens der Therapeutin eingegangen wurde, wird im kommenden Kapitel auf die Rolle der Klientin eingegangen.

2.4.3 Rolle der Klientin

Auch die Klientin sieht sich mit einer Rolle konfrontiert, die für sie sehr spezifisch ist und aufgrund des potenziell ungewohnten Therapiesettings zu Beginn eine Herausforderung darstellen kann. Die Rolle der Klientin ist gekennzeichnet durch die Nachfrage nach der Therapie, die (aktive) Beteiligung, der Selbstoffenbarung und dem Anwenden der neu erlernten Handlungsweisen (Lammers, 2017). Für eine stabile therapeutische Beziehung ist, wie bereits erwähnt, das Thematisieren der Rollenverteilung zentral. Ist die Klientin davon überzeugt, dass die Therapeutin allein die Probleme für sie angehen und bewältigen wird und somit hauptverantwortlich für den therapeutischen Prozess ist, und wird diese Haltung nicht offen angesprochen, führt dies möglicherweise zu Problemen in der therapeutischen Bearbeitung oder Beziehung. Dies wird sich früher oder später sichtbar zeigen. Diese Rollenprobleme der Klientin

können unter anderem ersichtlich sein anhand eines erhöhten Widerstandes, vorzeitigen Abbruchs der Therapie, zunehmender Reserviertheit usw. (Lammers, 2017). Hierbei sind auch die Erwartungen der Klientin gegenüber der Therapeutin für eine stabile Beziehung wichtig (Lammers, 2017). Klientinnen kommen zu Beginn oft mit übertriebenen Vorstellungen in die Therapie, hierbei ist es an der Therapeutin, auch gerade durch ihre Art der therapeutischen Beziehungsgestaltung, die Klientinnen zu einer entsprechend realistischeren Vorstellung und Handlungen zu inspirieren und bringen. Die Therapeutin sollte also die Klientin bereits zu Beginn der Therapie darauf hinweisen, dass eine Therapie Aufwand bedeutet, der gewisse Erwartungen beinhaltet bezüglich einem zeitlichen und emotionalen Einsatz (Lammers, 2017). Die Klientin ihrerseits ist somit bereit, sich darauf einzulassen und ihren Beitrag zu leisten. Lammers (2017) betont, dass eine Therapie auch dann realisiert werden kann, sollte die Klientin die oben aufgeführten Verhaltensweisen (Nachfrage und Interesse an der Therapie, aktive Beteiligung usw.) nicht von Anfang an in die Therapie einbringen. Es ist in diesem Fall jedoch an der Therapeutin, der Klientin, auch durch eine angepasste Gestaltung der Beziehung alternative Auffassungen und Verhaltensmuster aufzuzeigen und zugänglich zu machen.

In der vorliegenden Arbeit wurde bisher auf verschiedene intra- und extratherapeutische Faktoren eingegangen, welche relevant sind für den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Im Anschlusskapitel soll nun auf weitere Merkmale eingegangen werden wie das Alter und Geschlecht von Klientin und Therapeutin und deren Einflüsse auf die therapeutische Beziehung. Anschliessend soll die Bedeutung von soziokulturellen Aspekten für die therapeutische Beziehungsgestaltung erläutert werden.

2.4.4 Alter

Wie bereits in der vorliegenden Arbeit erwähnt wurde, ist die therapeutische Beziehungsgestaltung ein komplexer und dynamischer Prozess, der von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Peters (2023) weist darauf hin, dass die Menschen (im westlichen Kulturkreis) Beziehungen in altersähnlichen Gruppen generell als befriedigender betrachten. Beziehungen zwischen Menschen gleichen Alters scheinen einfacher aufzubauen und zu pflegen zu sein als solche zwischen Menschen unterschiedlichen Alters. Die Frage nach der Relevanz der Übereinstimmung von Klientin und Therapeutin bezüglich Alter, Geschlecht und kulturellem Hintergrund wurde in der psychotherapeutischen Forschung empirisch bislang wenig untersucht und belegt (Peters, 2023). Auch Hersoug et al. (2001) weisen in ihrem Bericht darauf hin, dass die Übereinstimmung der Klientin und Therapeutin hinsichtlich Alter, Geschlecht,

Bildungsgrad etc. in Bezug auf eine stabile therapeutische Beziehung empirisch nicht ausreichend nachgewiesen ist. Holm-Hadulla (2000b) wiederum weist auf die Relevanz der Altersdifferenz zwischen Klientin und Therapeutin hin, da die persönliche Haltung beider Akteure je nach Lebensabschnitt variieren kann und dadurch die Wechselwirkung in der therapeutischen Bindung wesentlich beeinflusst werden kann. Peters (2023) betont, dass in den verschiedenen Alterskonstellationen in der Therapie durchaus unterschiedliche Herausforderungen bestehen können, wie beispielsweise zwischen einer jungen Therapeutin und einer älteren Klientin. Auch gerade im Hinblick auf die Sexualtherapie scheint diese Paarung etwas seltsam anzumuten auf den ersten Blick, denn, wie Peters (2023) erneut herausstellt, ist es in unserem Kulturkreis eher üblich, dass aufgrund der grösseren Lebenserfahrung jüngere bei älteren Personen Rat suchen und nicht umgekehrt, zumal ältere Personen in der Regel über mehr sexuelle Erfahrung verfügen. Peters (2023) hebt ausserdem hervor, dass es in dieser Konstellation häufig der Fall sein kann, dass ältere Menschen durch das Motiv der «Generativität, also die Weitergabe von Werten und Erfahrungen an Jüngere» (S. 157) vermehrt in eine Erzählhaltung gelangen, in welcher sie die jüngere Therapeutin förmlich mit Erzählungen überschütten, während diese sich vermehrt passiv verhält (in der Rolle der weniger erfahrenen und jüngeren Person). Peters (2023) zeigt indessen ebenfalls auf, dass diese positive Erzählhaltung zu Beginn einer Therapie auch Vorteile haben kann, nämlich «Scham zu überwinden und eine mehr gleichwertige Beziehung aufzubauen» (S. 157). Ebenfalls beschreibt Peters (2023) bezüglich der oben genannten Konstellation die Gefahr eines gegenteiligen Übertragungsphänomens, in dem die jüngere Therapeutin von der älteren Klientin als eigenes Kind wahrgenommen wird. Dies hat verschiedene Herausforderungen zur Folge, wie beispielsweise vermehrte Abgrenzungsanstrengung von Seiten der Therapeutin oder ein noch klareres Thematisieren der therapeutischen Rollen. Ebenfalls eine Herausforderung kann in der generellen Perspektive auf das Thema Alter bestehen, welche eine jüngere Therapeutin hat.

Menschen verschiedener Altersgruppen nehmen eine Sexualtherapie in Anspruch, ihre Haltung gegenüber einer Sexualtherapie ist, wie Studien gezeigt haben, meistens positiv geprägt, auch wenn ein sexuelles Problem vorliegt und die vorherrschenden Vorstellungen bezüglich des Inhalts und Ablaufs einer Sexualtherapie bei den meisten Menschen noch sehr konturlos sind (Sever & Vowels, 2023). Damit eine Therapeutin kompetent erscheint und empathisch auf ältere Klientinnen eingehen kann, ist somit auch immer altersspezifisches Wissen notwendig, welches sich auf sexuelle

Herausforderungen und Themen bezieht, die vermehrt von älteren Personen thematisiert werden (z.B. eingeschränkte Lubrikation aufgrund der Menopause usw.).

Umgekehrt bestehen ebenfalls gewisse Herausforderungen, obwohl die Konstellation ältere Therapeutin und jüngere Klientin kulturell betrachtet weniger seltsam anmutet als das oben genannte Beispiel (Peters, 2023). Peters (2023) verdeutlicht, dass diese Paarung auch übertragungstechnisch betrachtet für die Therapeutin weniger schwierig ist. Ebenfalls wirft Peters (2023) die Frage auf, ob ältere Therapeutinnen generell noch genügend empathisch sein können, sich in die alltägliche und emotionale Welt der jüngeren Klientinnen hineinzusetzen, da alle Generationen unterschiedliche Aufgaben in der Entwicklung zu bewerkstelligen hätten. In diesem Zusammenhang weist Peters (2023) darauf hin, dass es für ältere Therapeutinnen aufgrund der körperlich ähnlichen Voraussetzungen (auch sexuellen oder gesundheitlichen Herausforderungen) und ähnlichen Erlebnissen im Sozialisationsprozess einfacher fällt, sich mit Empathie und Verständnis in die andere Person hineinzusetzen.

Zusammenfassend lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass unterschiedliche Altersvoraussetzungen zwischen Klientin und Therapeutin durchaus ihre Herausforderungen aufweisen können bezüglich der therapeutischen Beziehungsgestaltung. Wie die Autorin bereits erwähnt hat, wurde die Frage nach dem Effekt des Alters der beteiligten Personen auf die therapeutische Beziehungsgestaltung bisher noch wenig untersucht und empirisch belegt. Auch in der Sexualtherapie hat man sich der Frage nach der altersmässigen Passung zwischen Klientin und Therapeutin in Bezug auf die therapeutische Beziehungsgestaltung noch kaum zugewandt. Aus oben genannten Gründen kann davon ausgegangen werden, dass die im Kapitel genannten Herausforderungen ebenfalls für die Sexualtherapie gelten und somit das Alter eine Rolle spielen kann für die Beziehungsgestaltung. In diesem Zusammenhang stellt sich weiter die Frage danach, ob es aber überhaupt zu ungleichen und herausfordernden Paarungen kommt in der Sexualtherapie, da die Klientin ihre Therapeutin selbst auswählt und aktuell in der Schweiz ebenfalls privat finanziert.

Im folgenden Kapitel soll die Bedeutung des Geschlechts für die therapeutische Beziehungsgestaltung genauer ausgeführt werden.

2.4.5 Gender

Die psychotherapeutische Forschung ist sich aktuell uneinig über die Frage, inwiefern die Geschlechtszugehörigkeit von Therapeutin und Klientin die Ergebnisse der Therapie und die therapeutische Beziehung beeinflusst, dem Forschungsgegenstand wurde jedoch in den letzten Jahren vermehrt Beachtung geschenkt (Schmalbach et

al., 2022). Laut Schmalbach et al. (2022) und Collins (2009) sind einige Forschende davon überzeugt, dass eine «Geschlechtsspezifische Dyade oder ein Matching» (Schmalbach et al., 2022, S. 2) existiert. Damit werden geschlechtlich identische Konstellationen zwischen Therapeutin und Klientin bezeichnet, die sich scheinbar stärker an den Bedürfnissen der Klienten ausrichtet. Die Argumentation zu dieser Ansicht lautet, dass theoretisch verifiziert wurde, dass es Individuen aufgrund einer vermuteten Ähnlichkeit mit anderen (hier geschlechtliche Merkmale wie Handlungsweisen, kulturbezogene Eigenschaften, Individualität, Ansichten etc.) besser möglich ist, mit Empathie und Verständnis zu reagieren. Die Ansichten eines Klienten und Therapeuten wären demnach deckungsgleicher aufgrund der Geschlechtszugehörigkeit. Es wird somit vermutet, dass gleichgeschlechtliche Konstellationen in der Therapie die Ergebnisse der Therapie positiv beeinflussen und die therapeutische Beziehung dadurch von Beginn an gestärkt wird (Collins, 2009; Schmalbach et al., 2022). Die Ergebnisse dieser Studien sind jedoch aufgrund kleiner Stichproben und der eingeschränkten Anzahl Therapierichtungen noch weiter zu überprüfen (Schmalbach et al., 2022). Für die Sexualtherapie selbst existiert derzeit kaum Forschung in diesem Bereich, obschon es genau in diesem Therapiebereich von grossem Interesse wäre. Die Ergebnisse weiterer Studien aus dem Bereich der Psychologie könnten sich aber für die Sexualtherapie als interessant und relevant erweisen, damit diesem Forschungsstand in Zukunft vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt wird. Collins (2009) betont beispielsweise, dass männliche Therapeuten vermehrt Erlebnisse bezüglich erotikbezogener Übertragungen beschreiben. Gerade dieses Ergebnis der erotischen Übertragungen und Machtverhältnisse kann für die Sexualtherapieforschung von grossem Interesse sein, denn ein Einfühlungsvermögen in diese Aspekte kann helfen, Übertragungssituationen zu erkennen und angemessen damit umzugehen, um die therapeutische Beziehung zu stärken. Schmalbach et al. (2022) fanden in ihrer Studie ebenfalls heraus, dass es insgesamt den Therapeutinnen bei beiden Geschlechtern eher gelang, positive Therapieergebnisse bezüglich der «Lebensqualität und Symptomreduktion» (S. 11) zu realisieren als den männlichen Therapeuten. Durch die Diskussion der Frage nach der Geschlechterkonstellation in der Psychotherapie lässt sich festhalten, dass Männer und Frauen diverse Bedürfnisse und Erwartungen in eine Therapie bringen (Schmalbach et al., 2022) und therapierende Personen dieser Tatsache Beachtung schenken müssen. Insbesondere in der Sexualtherapie, wo Themen wie Macht und Erotik eine Bedeutung haben, ist es wertvoll, die therapeutische Geschlechterdynamik zwischen Therapeut und Klient bewusst zu bedenken und dies andernfalls in einer Supervision und/ oder einer Weiterbildung zu vertiefen.

Nachdem nun verschiedene Einflussgrössen auf die therapeutische Beziehungsgestaltung in der Sexualtherapie erörtert wurden, werden im nächsten Kapitel methodische Ansätze der Sexualtherapie und deren Einfluss auf die Beziehungsgestaltung vertieft.

2.5 Modelle der Sexualtherapie und Relevanz für die Beziehungsgestaltung

Die Sexualtherapie legt den Schwerpunkt auf ein praxisorientiertes Verfahren von sexologischem Wissen, damit Individuen bei der Problemlösung sexueller Herausforderungen mit geeigneten Arbeitsweisen (z.B. Körperarbeit) unterstützt werden können (Witschi, 2023). Die Grundlagen der modernen Sexualtherapie wurden von Masters und Johnson (1970) gelegt, die ein Behandlungsmodell mit drei zentralen Merkmalen entwickelten (Masters & Johnson, 1970). Ihr Modell enthielt ein intensives Therapieprogramm von zwei bis drei Wochen, bei dem das Paar mit der sexuellen Herausforderung im Zentrum der Therapie stand und von einem gemischtgeschlechtlichen Therapeutenpaar behandelt wurde. Das bahnbrechende Modell von Masters und Johnson wurde von diversen Entwicklungsphasen der Sexualtherapie abgelöst (Hartmann, 2018). Moderne Ansätze und Techniken der Sexualtherapie basieren auf interdisziplinären Methoden und variieren hinsichtlich ihrer Interventionen und Inhalte (Hartmann, 2018). Da die therapeutische Beziehung, wie in der vorliegenden Arbeit beschrieben wurde, in der allgemeinen Psychotherapie als ein wesentlicher Erfolgsfaktor anerkannt ist und es kaum Forschung zur Beziehungsgestaltung in der Sexualtherapie und bezüglich der Unterschiede in den Modellen der Sexualtherapie gibt, ist es sinnvoll, diese Verbindung zu betrachten. Im vorliegenden Kapitel sollen deshalb drei anerkannte und aktuell vorherrschende Modelle in der Sexualtherapie im Zusammenhang mit der therapeutischen Beziehungsgestaltung erläutert werden.

2.5.1 Systemische Sexualtherapie

Die systemische Sexualtherapie betrachtet sexuelle Themen und Herausforderungen von Paaren innerhalb des grösseren Kontexts des Paarsystems. Dazu gehören beispielsweise etablierte Interaktionsmuster und vorhandene Ressourcen. Ein zentraler Bestandteil der Systemischen Sexualtherapie ist die Anwendung systemischer Fragetechniken (Maß & Bauer, 2016). Dazu zählen Verschlimmerungsfragen wie «Was müssten Sie tun, damit Ihre sexuelle Selbstsicherheit noch weiter abnimmt?» und Verbesserungsfragen wie «Wie würde es aussehen, wenn Sie sich in der Beziehung wertgeschätzt fühlen, was würde Ihr/e Partner/in vermehrt tun?» (Clement, 2004; Kehlet Lins, 2020; Maß & Bauer, 2016). Das Hauptziel dieses Ansatzes liegt in der

Begünstigung und Entwicklung des sexuellen Verlangens der Paare. Die Therapie folgt keinem starren Programm und wird als ein dynamischer und nicht exakt vorhersehbarer Prozess betrachtet (Maß & Bauer, 2016). Loth & von Schlippe (2004) heben die aktuell führende Bedeutung der therapeutischen Beziehung in der Systemischen Therapie hervor. Die Therapie wird gegenwärtig zunehmend unter der Perspektive der Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Klient betrachtet. Damit die erwähnten Muster in den Interaktionen des Paares durchbrochen werden können, braucht es eine stabile therapeutische Beziehung, damit die Veränderungsbereitschaft auf Seiten des Paares überhaupt vorhanden ist.

2.5.2 Sexocorporel und embodimentorientierte Sexualtherapie

Sexocorporel wurde als Ansatz der Sexualtherapie in den 1970-er Jahren von Jean-Yves Desjardins, einem kanadischen Psychologen, entwickelt. Der Ansatz orientiert sich vor allem an Einzelpersonen und basiert auf den sexuellen Lernprozessen sowie den existenten Ressourcen und Fähigkeiten eines Individuums (Bischof, 2020; Maß & Bauer, 2016). Anstatt sich vorwiegend auf Defizite und Störungen in der Sexualität zu konzentrieren, legt dieser Ansatz genau wie der Embodimentansatz den Fokus auf die sexuelle Gesundheit und auf das Zusammenwirken von emotionalen, physischen, kognitiven und sozialen Aspekten (Maß & Bauer, 2016; Sztenc, 2020). Im Zentrum steht die Bedeutung der «Selbstregulation und Selbstermächtigung» der Klienten (Sztenc, 2020, S. 61).

Das Konzept des Embodiment betont ebenfalls die enge Beziehung zwischen Körper und Geist und beschreibt, inwiefern physische Erlebnisse, Bewegungen und Beschaffenheiten Denken, Fühlen und Handlungsweisen beeinflussen und umgekehrt (Sztenc, 2020; Tschacher & Bannwart, 2021). Die embodimentorientierte Sexualtherapie gründet auf dem Modell sexueller Gesundheit und rückt biologische, psychologische und soziale Aspekte in den Fokus. Körper und Geist werden als «organismische Einheit» (Sztenc, 2020, S. 56) betrachtet, die untrennbar verbunden sind. Die Perspektive des Embodiment-Ansatzes verzichtet auf einen defizitären Ansatz sexueller Probleme («Wer keine Lust hat, funktioniert nicht richtig») und unterstützt mit seinem körperbasierten Vorgehen u. a. «Enactments» (Sztenc, 2020, S. 105), körperbezogenen Interventionen, das eigene Erleben der Klienten. Sztenc (2020) betont an dieser Stelle die Bedeutung von «Fingerspitzengefühl vonseiten der Therapierenden» (S. 105), und dass die Enactments sorgfältig ausgewählt werden, damit der Klient weder über- noch unterfordert ist. Der Fokus auf Körperwahrnehmungen fördert eine Verbindung zwischen Klient und Therapeut, da beide gemeinsam die Wechselwirkungen zwischen physischen Empfindungen, emotionalen Zuständen und

sexuellen Erlebnissen erkunden (der Klient durch die Wahrnehmung, die Selbsterfahrung, die Handlung etc., der Therapeut durch die Übungsauswahl, Erklärungen, Anleitungen etc.). Diese empathische und gemeinsame Herangehensweise unterstützt die therapeutische Beziehung (Sztenc, 2020; Tschacher & Bannwart, 2021). Das Vorgehen der embodimentorientierten Sexualtherapie orientiert sich an den Grundzügen des Modells Sexocorporel. Die embodimentorientierte Sexualtherapie betont ebenfalls den individuellen Weg des Individuums und orientiert sich an zentralen therapeutischen Prinzipien wie der Zielfindung, Auftragsklärung und der Logik des Systems (Sztenc, 2020).

Aus der Literatur lässt sich somit nicht erkennen, inwiefern die Beziehungsgestaltung in einem der vorherig beschriebenen Ansätze eine besonders hervorgehobene Rolle einnimmt. Aspekte der Beziehungsgestaltung scheinen in allen Ansätzen ähnlich relevant zu sein oder kaum erwähnt zu werden, ohne dass eines der Modelle diesen Aspekt signifikant mehr betont als die anderen. Es ist an dieser Stelle also nicht abschliessend theoretisch zu konstatieren, inwiefern der Aspekt der Beziehungsgestaltung und des methodischen Ansatzes eine Verbindung aufweisen.

3 Methodisches Vorgehen

3.1 Design

Damit die Forschungsfragen beantwortet werden kann, benötigt es ein dafür geeignetes Design. Da es zum Forschungsobjekt noch wenig Studien- und Forschungsgrundlagen gibt erweist sich ein qualitatives Vorgehen als ideal. Die «Passung von Forschungsgegenstand und methodischem Vorgehen» (Helfferich, 2011, S.26) ist somit gegeben. Das Bilden von Hypothesen und die Erzeugung von Theorien gehören zu den Aufgaben der qualitativen Analyse (Mayring, 2015). Qualitative Methoden weisen verschiedene Vorteile auf gegenüber quantitativer Verfahren, obwohl auch sie nicht frei von Kritik sind (Kuckartz & Rädiker, 2022; Mayring, 2015). Zu den Vorteilen gehören unter anderem ein tieferes Verständnis von Phänomenen, menschlichen Erlebnissen und Prozessen im Sozialen sowie Flexibilität, indem es möglich ist, während der Datenerhebung- und Analyse neue Themen und Fragen auszubauen. Dies ermöglicht insgesamt eine präzisere Untersuchung eines noch nicht weit erforschten Gegenstandes (Mayring, 2015). Um die subjektiven Sichtweisen von Sexualtherapeut*innen² bezüglich der Bedeutung der Beziehungsgestaltungen zu ergründen, eignet sich ein semistrukturiertes Expert*inneninterview (Helfferich, 2011)

3.2 Datensammlung: Expert*inneninterview

Da einerseits die subjektiven Sichtweisen der therapierenden Personen interessieren, aber auch ihr Expertenwissen bezüglich der Beziehungsgestaltung, wurde für die vorliegende Arbeit die Datenerhebungsmethode Experteninterviews gewählt. Laut Helfferich (2011) ist der Begriff einer Expertin oder eines Experten beweglich und unterscheidet sich je nach Grad der Expertise oder aufgrund der charakteristischen Kenntnisse, die die Person in einem Bereich vorweist. Eine Person wird als Expert*in aufgrund des Fachwissens und der besonderen Kenntnisse befragt, nicht als Privatperson. Der/ die Expert*in geht somit davon aus, über spezifisches Fachwissen zu sprechen und nicht über persönliche Belange (Helfferich, 2011). Helfferich (2011) lehnt für die Durchführung von Expert*inneninterviews einen ausnahmslos offenen Erzählzugang mit einem narrativen Interview ab und weist auf die Vorteile eines semistrukturierten Leitfadeninterviews hin, damit das Gespräch flexibel geführt und dennoch die Aufmerksamkeit auf die Kenntnisse der Expert*innen gerichtet werden kann.

² Die Autorin wechselt an dieser Stelle auf eine genderneutrale Schreibweise («Therapeut*innen» und «Klient*innen») oder verwendet die maskuline Schreibweise («Therapeuten»), falls eindeutig männlich gelesene therapierende Fachpersonen gemeint sind. Dadurch soll eine präzise Darstellung der Ergebnisse und Interpretationen ermöglicht werden.

Zudem betont Helfferich (2011), dass ein leitfadengestütztes Interview die Fähigkeiten der interviewenden Person verstärkt hervorhebt durch das vorgängige Sichten der Theorie und das Erstellen von passenden Fragen. Gleichzeitig wird die Expertise der Befragten berücksichtigt und gewürdigt, indem sie über ihr spezifisches Wissen Auskunft geben und so ihre Expertise hervorheben können. Indem mit einem halbstrukturierten Leitfaden gewisse für die Beantwortung der Forschungsfrage relevante Themen gewichtet werden, aber die Befragten sich zu den einzelnen Bereichen trotzdem frei äussern können, weist dieses Vorgehen ein anpassungsfähigen Interviewverlauf auf, welcher einen ansprechenden und fließenden Effekt auf den Gesprächsverlauf hat. Auch Meuser & Nagel (2008) unterstützen hier ein «leitfadengestütztes offenes Interview» (S. 369), um dem Gespräch einen offeneren Ablauf zu ermöglichen und den Expertinnen auch die Möglichkeit zu geben, Beispiele darzulegen. Auf dieser Grundlage wurden für die Erhebung der Daten fünf halbstrukturierte Leitfadeninterviews mit sexualtherapeutischen Fachpersonen aus verschiedenen sexualtherapeutischen Ansätzen (Sexocorporel, Embodimentorientierte Sexualtherapie, Systemische Sexualtherapie) durchgeführt. Die einzelnen methodischen Schritte werden im Folgenden transparent gemacht.

3.2.1 Erstellen des Leitfadens

Das Erstellen eines Leitfadens erfordert die Erfüllung bestimmter Anforderungen: Ein Leitfaden sollte eine begrenzte Menge an Fragen beinhalten, ideal handhabbar sein, damit der Fokus der interviewenden Person nicht abgelenkt wird und er sollte nicht ohne jeden Übergang zu Wechseln der verschiedenen Themen verleiten (Helfferich, 2011). Für die Erstellung des Leitfadens für die vorliegende Arbeit orientierte sich die Autorin am SPSS-Prinzip (**S**ammeln-**P**rüfen-**S**ortieren-**S**ubsumieren), welches durch Helfferich (2011), erarbeitet wurde. Das Vorgehen anhand des SPSS-Prinzips ermöglicht einer forschenden Person während der Erstellung des Leitfadens gleichzeitig das theoretische Vorwissen und die Erwartungen an die Erzählungen der Interviewten zu steuern (Helfferich, 2011). In einem ersten Schritt sammelte die Autorin mögliche Fragen in Anlehnung an die Theorie, welche für die Beantwortung der Forschungsfragen eine Relevanz aufwiesen. In einem zweiten Schritt wurde die Sammlung der Fragen des ersten Schritts erheblich verkleinert und die Fragen mithilfe der «Prüffragen» (Helfferich, 2011, S. 182) begutachtet. Dadurch wurden von der Autorin diverse Fragen revidiert, gestrichen oder ersetzt. In einem dritten Schritt wurden die Fragen, welche nach der Verkleinerung der Sammlung übrigblieben, in eine Reihenfolge gebracht. Hierbei achtete die Autorin vor allem auf eine inhaltlich sinnvolle Gliederung. In einem vierten Schritt wurde darauf geachtet, dass die gewählten Fragen eine

möglichst ideale Basis für die interviewten Personen bilden, Ausführungen zu generieren und dabei relevante Inhalte bereits eigenständig zu erwähnen. Die so generierten Fragen wurden mit Aufrechterhaltungsfragen (Helfferich, 2011, S. 104) ergänzt, d.h. Fragen, die gestellt werden, damit die laufende Erzählung weitergeführt wird oder Fragen, welche den Vorgang der laufenden Erzählung fördern.

Im ersten Teil des Interviews wurde mit der Frage nach der Definition einer erfolgreichen Therapie gestartet, damit die Interviewten vom Thema des Interviews nicht vorgängig beeinflusst wurden. Im zweiten Teil des Interviews sollten die Interviewten die Gelegenheit haben, offen ihre Sicht auf die Beziehungsgestaltung in der Sexualtherapie einzubringen und aus der praktisch-therapeutischen Erfahrung zu erzählen. Die verschiedenen Frageblöcke zur Beziehungsgestaltung, den Phasen der Sexualtherapie, der Alters- und Geschlechterdifferenz sowie zu den persönlichen Merkmalen der therapierenden Person ihrerseits hatten (nach der Einführungsfrage und der Frage nach der Definition einer erfolgreichen Therapie) keine festgelegte Reihenfolge und konnten, je nachdem, ob eine interviewte Person bereits Aspekte davon eigenständig erwähnte, beliebig priorisiert werden. Helfferich (2011) weist in diesem Zusammenhang auf die Relevanz hin, Aufforderungen zum freien Erzählen nicht zu unspezifisch zu gestalten und die Fragen trotz der semistrukturierten Form der Erhebung «auf die relevante Information zielend» (S. 179) zu formulieren. Der vollständige Leitfaden ist im Anhang A ersichtlich.

3.2.2 Selektion der Interviewteilnehmer*innen

Die Auswahl für geeignete Interviewteilnehmer*innen wurde anhand der Forschungsfrage getroffen. Da die vorliegende Arbeit neue Einblicke in die sexualtherapeutische Beziehungsarbeit geben soll, wurden die teilnehmenden Fachpersonen aufgrund ihres Expert*innenstatus als Sexualtherapeut*innen ausgewählt, das heisst, aufgrund ihrer beruflichen Qualifikationen, ihrer praktischen Erfahrungen im Beruf und anhand der Vielfalt der therapeutischen Ansätze und, nicht zuletzt, aufgrund der Bereitschaft zur Teilnahme. Somit wurden von der Autorin folgende Kriterien festgelegt:

- A) Die Teilnehmer*innen müssen ausgebildete und zertifizierte Sexolog*innen/ Sexualtherapeut*innen sein.
- B) Sie müssen seit mindestens drei Jahren praktisch tätig sein in einer eigenen Praxis.

Weitere Kriterien zur beruflichen Qualifikationen (Studienabschluss, psychologische Grundausbildung usw.) bestanden nicht, da die Autorin einen umfassenden Einblick in die sexualtherapeutische Beziehungsarbeit ermöglichen wollte. Auch bestanden

keine Einschränkungen aufgrund des Alters oder des Geschlechts, es wurde lediglich darauf geachtet, dass sowohl das männliche wie auch das weibliche Geschlecht in der finalen Selektion der Interviewten vertreten war.

Potenzielle Teilnehmer*innen des Interviews wurden zuerst anhand einer Internetrecherche identifiziert. Mögliche Sexualtherapeut*innen wurden angeschrieben, wovon sich letzten Endes fünf Therapeut*innen für ein Interview bereit erklärten. Die Fachpersonen bestanden aus fünf Sexualtherapeut*innen, davon zwei weiblich und drei männlich definierte. Vier Personen stammen aus der Schweiz und eine Person aus Deutschland. Die ausgewählten Sexualtherapeut*innen erfüllen die von Meuser & Nagel (2002) formulierten Kriterien für den Status als Expert*in, da sie über das notwendige Spezialwissen, die praktische Erfahrung und die institutionelle Anerkennung verfügen.

3.2.3 Vorgehen und Transkription

Die Sexualtherapeut*innen, welche sich für ein Interview einverstanden erklärt hatten, wurden per Mail angeschrieben und ein Termin wurde vereinbart. Bei der Anschrift der Therapeut*innen wurde darauf geachtet, dass die Autorin das Thema der vorliegenden Arbeit nur grob umschrieb, damit sich die Interviewten nicht vorgängig Gedanken zum Thema machten, oder allenfalls Fachliteratur konsultierten. Die Autorin bezog sich ausschliesslich auf die «Grundlagenforschung in der Sexualwissenschaft». Somit konnte ein möglichst natürliches Verhalten und eine Vermeidung von Verzerrungen sichergestellt werden (Helfferich, 2011).

Die TeilnehmerInnen wurden vor dem Interview über die Einverständniserklärung (Anhang B) und die Art und Weise der Transkription und die Datenverarbeitung informiert. Die Einverständniserklärung musste von den Teilnehmer*innen vor dem Verarbeiten der Daten (Videoaufnahme und Transkription) unterschrieben und per Mail an die Autorin retourniert werden. Die Teilnehmer*innen hatten so noch die Option nach dem Interview auf eine Verarbeitung der Daten zu verzichten. Die Autorin ermöglichte damit, dass Teilnehmer*innen eine gewisse Bedenkzeit nach der Befragung hatten.

Die Interviews fanden ausschliesslich per Teams statt und wurden direkt aufgezeichnet. Zur Eröffnung der Befragung erklärte die Interviewerin den Teilnehmer*innen das Vorgehen im Interview und informierte sie über die ungefähre Dauer des Interviews. Anschliessend wurde erneut auf die Richtlinien des Datenschutzes und das Vorgehen der Datenverarbeitung hingewiesen. Die Teilnehmer*innen konnten ihre Einwilligung kundtun und die Videoaufnahme begann erst nachfolgend. Die Interviewten wurden

darauf aufmerksam gemacht, dass ihre persönliche Expertise und Perspektive im Zentrum der Befragung steht und es um die Erhebung ihrer subjektiven Einstellungen und Einsichten geht.

Nach einer bewusst offen gehaltenen Eröffnungsfrage, um einen ersten Einblick in die berufliche Einbettung der Teilnehmenden zu erlangen, wurde entlang der Hauptthemen des Leitfadens gefragt. Nach dem Themenfeld 1 zum Therapieerfolg konnte sich die Interviewerin entlang der Hauptelemente flexibel zwischen den Themenblöcken bewegen, da die Reihenfolge nicht unbedingt eingehalten werden musste. So konnte auf eine frühere Nennung, beispielsweise bezüglich der Geschlechterdifferenz, bereits eingegangen werden, sollte diese früher erwähnt werden. Die Autorin erstellte während des Interviews nur die nötigsten Notizen in Stichwortform. Zum Schluss des Interviews konnten die Teilnehmer*innen noch auf Themen eingehen, die für sie noch zu wenig besprochen wurden oder für sie persönlich noch Relevanz aufwiesen. Die Interviews wurden anschliessend passwortgeschützt abgespeichert und nach Auswertung der Daten vollständig gelöscht. Alle Interviews wurden durch die Autorin persönlich erhoben.

3.2.4 Transkription

Alle Transkriptionen wurden mit der Software f4x-Spracherkennung erzeugt und anschliessend von der Autorin überarbeitet bzw. angemessen verschriftlicht (Differenz Schweizerdeutsch-Standardsprache usw.). Drei Interviews wurden auf Schweizerdeutsch geführt, zwei Interviews in Hochdeutscher Sprache. Die erzeugten schriftlichen Transkripte wurden nach jeweils wenigen Stunden nach der Erstellung automatisch vom Server der Firma f4x unwiderruflich gelöscht.

Für die Transkriptionen wurden folgende Regeln aufgestellt und angewandt:

- Alle Fülllaute (z.B. «Ehm» oder «Hm») sind Teil der verbalisierten Sprache und wurden in Anführungszeichen gesetzt.
- Alle Zeilen wurden mit einer Nummerierung versehen.
- Nonverbale Ausdrücke wie z.B. Bestätigungen (nickt) oder Lacher (lacht) wurden in Klammern gesetzt.
- Kurze Pausen von weniger als drei Sekunden Dauer wurden wie folgt markiert: (...), längere Pausen mit dem Ausdruck: (längere Pause).
- Aussagen oder Abschnitte, welche nicht klar verständlich waren, wurden folgendermassen erkenntlich gemacht: (unverständlich).
- Zur vollständigen Anonymisierung der Inhalte wurden alle Angaben, welche Rückschlüsse auf die einzelnen Teilnehmerinnen zulassen, anonymisiert. Zu

diesen Inhalten gehören beispielsweise Wohnort, Berufsbezeichnung, Ausbildung usw. Diese wurden wie folgt gekennzeichnet: [Studienrichtung] oder [Grosse Stadt in der Schweiz].

- Jede Passage wurde zur besseren Orientierung am Ende mit einer Zeitangabe versehen: #00:00:21-1#.
- Wurde die Interviewerin oder eine der interviewten Personen unterbrochen, so wurde das folgendermassen dargestellt: (unterbricht).

3.3 Datenauswertung: Qualitative Inhaltsanalyse

Als Analysemethode wurde zur Auswertung der fünf erhobenen Interviews die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz & Rädiker (2022) verwendet. Eine Besonderheit dieser Analysemethode ist das Mass an Anpassungsfähigkeit, da die Arbeit mit verschiedenen Kategoriensystemen (z.B. theoriegeleitetes Kategoriensystem) sowie eine Bearbeitung von umfangreichen Interviews möglich ist (Kuckartz & Rädiker, 2022). Der Einsatz der Software f4analyse bietet den Vorteil, dass Kategoriensysteme effizient und übersichtlich gebildet und dargestellt werden können und eine flexible Handhabung der Subkategorien möglich ist. Kuckartz & Rädiker (2022) heben als ausschlaggebend für das Vorgehen der qualitativen Analyse die gesamte Durchsicht und Codierung des Materials mit Hilfe eines Systems von Kategorien hervor. Das Vorgehen ist damit transparent nachvollziehbar und begründet.

Für die vorliegende Arbeit wurde ein induktives Vorgehen gewählt. Die Kategorien werden bei diesem Vorgehen aus dem Datenmaterial selbst hergestellt. Dafür wurden die Daten aufgrund des Leitfadens auf einer ersten Ebenen organisiert. Während der induktiven Kategorienbildung achtete die Autorin darauf, mit den Kategorien thematisch nahe am Forschungsgegenstand zu bleiben. Die Hauptkategorien wurden durch die Autorin anhand der von Kuckartz & Rädiker (2022) ausgeführten Kriterien gebildet: A) der Bezug der Kategorien zur Forschungsfrage ist ersichtlich, B) die Kategorien sind ausführlich, es wurden alle Inhalte integriert, welche für die Erörterung der Forschungsfrage relevant sind, C) Kategorien sind klar voneinander abtrennbar, D) Kategorien sind sprachlich adäquat formuliert, E) das Kategoriensystem weist einen sichtbaren Sinnzusammenhang auf, F) der Grad an Verallgemeinerung nimmt mit abnehmender Hierarchiestufe ab, Subkategorien reflektieren jeweils Inhalte der Oberkategorien, g) die Bezeichnungen für die Kategorien sind anschaulich und begreiflich.

Dadurch, dass die Interviews nach der Transkription durch die Autorin erneut gesichtet und überarbeitet wurden (Sprachdifferenzen, Anonymisierung usw.), fiel der dritte Schritt der qualitativen Inhaltsanalyse, welchen Kuckartz & Rädiker (2022)

vorschlagen, das Vertraut machen mit den Textdaten durch die erstmalige Sichtung der Interviews, weg. Die Interviewtexte wurden anschliessend basierend auf den Hauptkategorien zeilenweise codiert. Dabei wurden passende Subkategorien hinzugefügt. Nach dem dritten Interview konnten keine weiteren Subkategorien mehr gebildet werden. Die so entstandenen Subkategorien wurden anschliessend thematisch geordnet und zusammengelegt. Das endgültige Kategoriensystem umfasste 7 Hauptkategorien und ist im Anhang C einsehbar.

3.4 Gütekriterien

Anhand der von Flick (2014) erläuterten Gütekriterien für qualitative Forschung lassen sich für die vorliegende Arbeit folgende Bedingungen des methodischen Vorgehens dieser Arbeit festhalten. Die Vorgehensweise der vorliegenden Arbeit wurde durch die Autorin detailliert dokumentiert, um Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. Durch die Verwendung des semistrukturierten Leitfadens kann eine gewisse Vergleichbarkeit der aus den Interviews gewonnenen Daten erreicht werden. Jedoch wurden die Ergebnisse den Interviewteilnehmerinnen nicht zur Überprüfung vorgelegt und somit kommunikativ nicht validiert (Flick, 2014). Ausserdem stellt sich die Frage nach Interviewereffekten (Glantz & Michael, 2014). Eigenschaften oder das Verhalten der Interviewerin können Auswirkungen auf die Antworten der Befragten gehabt haben. Auch bestimmte Merkmale von Fragen oder die Art und Weise, wie diese gestellt werden sowie soziale Erwünschtheit können die Antworten beeinflusst haben (Glantz & Michael, 2014). Weiter stellt die Befragung von nur fünf Teilnehmerinnen selbst für eine qualitative Inhaltsanalyse eine eher geringe Fallzahl dar, da der Faktor der Sättigung, welcher für die qualitative Forschung relevant ist, nicht realisiert wurde (Dworkin, 2012). Die Kategorienbildung unterliegt zwar der subjektiven Interpretation der Autorin, jedoch wird die Wahl der Methode begründet sowie die Methode klar beschrieben, was die Konsistenz gewährleistet (Flick, 2014).

4 Präsentation der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse entlang des Kategoriensystems (Anhang C) dargestellt. Die Ergebnisse aus der Analyse werden mit Zitaten aus den fünf Interviews belegt. Die befragten Therapeut*innen werden aus Gründen der Anonymität mit T1 - T5 bezeichnet. Die erste Hauptkategorie «Faktoren einer erfolgreichen Therapie» bezieht sich auf die Frage an die Therapeut*innen, welche Faktoren ihrer Meinung nach zu einer erfolgreichen Therapie beitragen. Obwohl diese Frage nicht unmittelbar mit den Forschungsfragen verknüpft ist, ist sie für die Autorin von Bedeutung. Um die Bedeutung der Beziehungsgestaltung in der Sexualtherapie im Allgemeinen anzuholen, konnten die befragten Personen vorerst von ihren Vorstellungen einer erfolgreichen Therapie erzählen. Ziel der Analyse war es zu untersuchen, welche Bedeutung die therapeutische Beziehung aus Sicht der Therapeut*innen auf den Therapieverlauf hat und welche Aspekte dabei ausschlaggebend sind. Die aus diesem Kapitel resultierenden Erkenntnisse werden anschliessend im nächsten Kapitel hinsichtlich der Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit diskutiert.

4.1 Faktoren einer erfolgreichen Sexualtherapie: Zielorientierung und Formulieren von realistischen Therapiezielen

Der Grossteil der befragten Therapeut*innen betonte, dass der Erfolg einer Sexualtherapie massgeblich von einer sorgfältigen Zielsetzung und der Formulierung realistischer Therapieziele abhängt. Die Therapeut*innen hoben hervor, dass eine klare Zielsetzung zu Beginn der Therapie entscheidend ist. Dies umfasst die Identifikation der Anliegen und Bedürfnisse der Klient*innen sowie oftmals die Frage, woran die Klient*innen den Erfolg der Therapie erkennen würden oder was geschehen müsste, damit sie mit dem Ergebnis der Therapie zufrieden sind. Diese Vorgehensweise hilft dabei, die Therapie auf die individuellen Bedürfnisse der Klient*innen auszurichten und sicherzustellen, dass die Ziele erreichbar sind. Die Therapeut*innen wiesen darauf hin, dass es wichtig ist, die Ziele gemeinsam mit den Klient*innen zu erarbeiten und zu prüfen, ob diese realisierbar sind. Unrealistische Ziele können zu Enttäuschungen führen, während realistische Ziele die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass die Klient*innen ihre Ziele erreichen und die Therapie als erfolgreich betrachten.

„Ja, ein realistisches Ziel finde ich etwas sehr Wichtiges, weil die Leute sonst Vorstellungen haben, die sie nicht erreichen werden. Ja, das ist zum Scheitern verurteilt. Obwohl du als Therapeut von aussen betrachtet findest, da hat sich deutlich etwas verbessert. Aber wenn sie noch andere, nicht erreichbare Ziele haben, ist für sie die Sexualtherapie nicht erfolgreich“ (T4, 46 – 50).

Die Therapeut*innen legen grossen Wert darauf, die Realisierbarkeit der Ziele zu überprüfen. Wenn ein Ziel aus Sicht der Therapeut*innen unerreichbar erscheint, erachten sie es als wichtig, dies offen anzusprechen und gegebenenfalls alternative Wege oder Ziele vorzuschlagen. Diese Ehrlichkeit kann dazu führen, dass Klient*innen möglicherweise eine andere therapierende Person aufsuchen, stellt jedoch sicher, dass die Erwartungen realistisch bleiben und die Therapie auf einer soliden Ausgangslage basiert.

Die Einschätzungen der Therapeut*innen bezüglich den Faktoren einer erfolgreichen Therapie erwiesen sich als unterschiedlich. Als weitere Faktoren wurden beispielsweise die Subkategorien Veränderungsmotivation der Klient*innen oder die Entwicklung von Genussfähigkeit genannt.

«Ja, ich orientiere mich schon auch an der Wirksamkeitsforschung der Psychotherapie und den wissenschaftlichen Erkenntnissen. Also, das heisst die Beziehung bedeutet 70 %, die Gestaltung der Beziehung. Die Passung, genau. Ähm. Und darum ist das für mich auch eine sehr wichtige Ressource» (T2, 64 – 67).

Auffallend ist, dass die therapeutische Beziehung als wesentlicher Faktor für eine erfolgreiche Therapie bei dieser Frage nicht im Vordergrund stand. Die therapeutische Beziehung als Faktor für eine erfolgreiche Sexualtherapie scheint somit für die befragten Therapeut*innen nicht gänzlich unwichtig, steht jedoch überhaupt nicht im wahrgenommenen Mittelpunkt des Therapieerfolges.

4.2 Bedeutung der Beziehungsgestaltung: Aufbau von Vertrauen und Sicherheit

Die befragten Therapeut*innen betonten, dass vor allem der Aufbau von Vertrauen und Sicherheit ein zentraler Bestandteil der therapeutischen Beziehung ist. Obwohl die Zielsetzung als wesentlicher für den Erfolg der Therapie betrachtet wird, bleibt die Gestaltung einer sicheren und vertrauensvollen Beziehung von entscheidender Bedeutung.

«Ich glaube, und das ist auch meine Erfahrung, dass die Beziehung eines der wesentlichen Teile ist in der Therapie allgemein, aber auch in der Sexualtherapie, vielleicht sogar noch mehr da, weil das ein intimer Bereich ist und oftmals sehr schambesetzt. Beziehungsweise, ich sage mal, Scham und Angst, das sind zwei Gefühlsbereiche, die auf jeden Fall anwesend sind mit in der Therapie und, und darum glaube ich, dass so die Gestaltung der Beziehung, beziehungsweise auch von dem Raum ganz wichtig ist, dass es ein sicherer Raum ist, ein Raum wo die

Leute vertrauen können, und sich dadurch auch öffnen. Also, das ist ja auch in anderen therapeutischen Bereichen relativ gut untersucht, dass die Beziehung den größten Teil ausmacht» (T 1, 133 – 141).

T1 betrachtet die therapeutische Beziehung somit insofern als wichtig, dass durch Vertrauen und Sicherheit ein Raum geschaffen werden kann, indem Klient*innen sich öffnen und schwierige Themen ansprechen können. T4 schätzte die Bedeutung der therapeutischen Beziehung ebenfalls als fundamental ein, damit die Klient*innen sich in der Therapie verletzlich zeigen und intime Probleme ansprechen können.

„Die ist enorm wichtig und am Anfang der Therapie lege ich sehr viel Wert darauf, dass der Beziehungsaufbau stattfindet. Das (Sexualität) ist ein Thema, das für viele Menschen nicht einfach ist zum darüber sprechen. Und da braucht es Vertrauen. Es braucht die Grundlage zum sich öffnen und nachher den Weg mitzugehen“ (T4, 75 – 78).

Der Aufbau von Vertrauen und Sicherheit wird somit als wesentlicher Bestandteil der Beziehungsgestaltung betrachtet. Die Therapeut*innen betonten die Notwendigkeit, einen sicheren Raum zu schaffen, in welchem sich Klient*innen wohl und geborgen fühlen. Dabei ist Vertrauen in die Fachkompetenz der Therapeut*innen und deren Vorgehensweise ebenso wichtig wie die Offenheit für emotionale Themen wie Angst, Scham und Trauer. Das Vertrauen in die Expertise und Vorgehensweise der Therapeut*innen motiviert die Klient*innen an ihren Problemen zu arbeiten.

«Also, ich würde sagen, das Gespräch, da geht es darum, dass auch Vertrauen aufgebaut wird, dass sie auch merken, ich habe ein Wissen beziehungsweise, kann ihnen da auch Antworten vermitteln, kann auf ihre Fragen und Themen eingehen. Und das Körperliche ist für mich ein Erleben, also dass die (...), dass das Klientel, das zu mir kommt, erlebt, dass durch eine kleine Veränderung in der Bewegung, in der Atmung, im Spiel mit dem Körpertonus usw., dass sie dadurch eine andere Wahrnehmung haben und andere Möglichkeiten, also dass sie das da gerade vor Ort im kleinen Rahmen erleben können und merken, das macht Sinn, um dann nachher die nötige Motivation zu haben, das zu Hause beziehungsweise zwischen den Sitzungen auch umzusetzen» (T1, 244 – 252).

Es scheint, dass die Therapeut*innen nicht explizit über den Beziehungsaufbau nachdenken, sondern die dafür entscheidenden Faktoren in den Vordergrund stellen und diese latent ständig mitnehmen im Therapieverlauf.

T5 erläutert zur Bedeutung von Vertrauen der Klient*innen in die Therapeut*innen, dass Vertrauen entsteht, wenn es gelingt, eine sichere und geborgene Atmosphäre zu schaffen, in der sich Klient*innen wohl und ernst genommen fühlen. T5 war der Meinung, dass sich die Klient*innen ohne dieses Vertrauen und den sicheren Rahmen nicht auf die Therapie einlassen können. T2 beurteilte die Bedeutung der Beziehung ebenfalls als wichtig, besonders in Zusammenhang mit dem Sprechen über schambesetzte Aspekte der Sexualität wie beispielsweise Gewalt oder sexuelle Dienstleistungen. Offen in einer vertrauensvollen Umgebung über solche Erlebnisse zu sprechen, stellt für viele Klient*innen eine grosse Hürde dar und kann als ein Schlüsselerlebnis der Therapie angesehen werden. Das Vertrauen, das in der therapeutischen Beziehung erlebt wird, erleichtert es den Klient*innen in diesem Rahmen tabuisierte Themen anzusprechen. T3 gab an, es als Privileg zu betrachten, in der professionellen Rolle des Sexualtherapeuten intime Bereiche des Lebens der Klient*innen zu betreten und über das Thema Sexualität in Beziehung zu gelangen. Daher erachtet er es als wichtig, sich in diesen Räumen angemessen und respektvoll zu verhalten, indem auf die Beziehungsgestaltung Wert gelegt wird. T3 betonte neben der Wichtigkeit, ein Sicherheitsgefühl zwischen sich und den Klient*innen zu etablieren auch, dass die therapeutische Beziehung nicht zu «kuschelig oder zu kumpelig» (T3, 146) werden darf und es klar sein sollte, dass es sich dabei um eine professionelle Arbeitsbeziehung handelt, in der gearbeitet wird.

In diesem Zusammenhang wurde auch erwähnt, dass in der Schweiz und Deutschland die Sexualtherapie nach wie vor von den Klient*innen selbst bezahlt wird und diese somit laut ihm eher kritisch eingestellt sind und für ihr Geld eine entsprechende Dienstleistung erwarten. Daher ist laut ihm die Beziehungsgestaltung besonders wichtig, da sich die Klient*innen sonst an eine andere therapierende Person wenden, wenn sie der Meinung sind, dass es nicht die passende therapierende Fachkraft ist für sie.

4.3 Beziehungsgestaltende Handlungen und Elemente

Diese Hauptkategorie umfasst die spezifischen Handlungen, Strategien und Methoden, die von den Therapeut*innen aktiv eingesetzt werden, um die therapeutische Beziehung zu gestalten und zu fördern. Sie beinhaltet ebenfalls die Herausforderungen und den Umgang damit, die in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung auftreten können. Dabei werden alle Interaktionen und spezifischen Techniken berücksichtigt, die von Therapeutinnen verwendet werden, um eine wirksame

Beziehung aufzubauen. Im Folgenden werden die bedeutsamsten Inhalte davon detailliert erläutert.

4.3.1 Authentizität, Ehrlichkeit und Transparenz

Die befragten Therapeut*innen bekräftigten die Bedeutung von Authentizität, Ehrlichkeit und Transparenz in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Diese Faktoren tragen laut ihnen wesentlich dazu bei, Vertrauen und eine offene Kommunikation zwischen Therapeut*in und Klient*in zu fördern. T1 unterstrich die Wichtigkeit davon, dass ihre persönliche Überzeugung der angebotenen Methoden für die Klient*innen spürbar wird, damit Vertrauen und Glaubwürdigkeit in die Therapie gefördert werden können. T2 nutzt das Ansprechen der eigenen Gefühle und Reaktionen in der Therapie zur Förderung der Authentizität durch eine tiefere Reflexion und Bearbeitung der therapeutischen Beziehung: «Ich spreche es an und sage: „Ich merke, wenn ich zuhöre, dann irgendwie taucht in mir ein Ärger auf und ich kann es nicht erklären. Wie oder was erleben Sie gerade im Moment?“ (T2, 318 - 320).

Ebenfalls fördert für T2 das Schaffen von klaren Regeln (z.B. zu Zahlungsmodalitäten im Verhinderungsfall) Transparenz und sorgt für eine strukturierte und respektvolle Zusammenarbeit. T4 betonte die Wichtigkeit einer offenen Vorgehensweise im Zusammenhang mit Schutzmassnahmen für Unbeteiligte z.B. in Form von Therapieverträgen bei Anliegen von Klient*innen in illegalen oder grenzwertigen Bereichen, um Vertrauen zu schaffen und die therapeutische Beziehung zu festigen:

„Ich erkläre ihnen die Absicherung, dass ich freier arbeiten kann, einerseits. Auch Transparenz. Ich schaffe von meiner Seite her ein Transparenzangebot. Ich mache nicht irgendetwas hinten durch, sondern ich lege alles auf den Tisch. Ich erwarte das Gleiche von ihnen. Damit der Prozess überhaupt eine Chance hat. Und ich sage immer: ‘Schauen Sie, es ist zum Schutz der anderen Personen.’ Und das ist mir genauso wichtig, dass Personen geschützt werden“ (T4, 475 – 480).

T5 strich die Bedeutung der authentischen Präsenz der Therapeut*innen als Basis besonders in Zusammenhang mit sensiblen Themenbereichen hervor, um eine vertrauensvolle Beziehung zu fördern: „Ja, für den Beziehungsaufbau, das was ich vorhin schon gesagt habe, so die Natürlichkeit oder das authentische Erscheinen zum Thema, das ja schon sehr sensibel ist für viele Menschen“ (T5, 166 – 168).

T1 sprach im Zusammenhang mit Transparenz und Authentizität auch an, dass Wahrnehmungen bei ihr wie z.B. wahrgenommene Unsicherheiten, Unwohlsein usw. ebenfalls rasch angesprochen werden müssen, damit eine funktionierende therapeutische

Beziehung aufrechterhalten werden oder diese mit beidseitigem Einverständnis aufgelöst werden kann.

4.3.2 Förderung von Selbstmitgefühl und Geduld

T1 gab an, dass eine ihrer wesentlichen Beziehungsaufgaben in der Sexualtherapie darin besteht, die Klient*innen zu Geduld und einem liebevollen Umgang mit sich selbst zu ermutigen sowie eine gemeinsame Reflexion darüber anzustossen, wie Lernprozesse ablaufen, um den Klient*innen zu vermitteln, dass Veränderungen Zeit brauchen und nicht immer sofort sichtbar sind:

«Und dann glaube ich, ist es auch eine wichtige Aufgabe, die Leute zu ermutigen, geduldig zu sein, liebevoll mit sich selbst, auch immer wieder gemeinsam einzuordnen, wie Lernen stattfindet. Und auch, dass Veränderung nicht immer sofort positiv ist und alles funktioniert» (T1, 351 – 354).

Laut T3 fungieren Therapeut*innen als Modell für Mitgefühl und Selbstmitgefühl. Indem sie mitfühlend und verständnisvoll mit den Klient*innen umgehen, zeigen sie ihnen, wie sie selbst mit ihren Herausforderungen und Fehlern umgehen können. Dies trägt dazu bei, dass Klient*innen lernen, sich selbst gegenüber nachsichtiger und liebevoller zu sein, was wiederum den Boden für die therapeutische Bearbeitung von Herausforderungen ebnet:

„Und da will ich einfach sehen. Wie geht dieser Mensch mit sich um? Und das spiegle ich ihm zurück und versuche, ihm mit einem guten Beispiel voranzugehen und zu sagen: „Hey, okay, so ist es jetzt. Was machen wir damit? Was machen Sie damit? Ja, wie geht es weiter?“ Und das ist, ähm, ja, in der Regel läuft das unsichtbar. Ja, aber da geht es um, würde ich sagen, Mitgefühl und Selbst-Mitgefühl. Im Englischen heißt das self compassion, und da bin ich ein Modell für diesen Mensch. Je nachdem, wie ich mit ihm umgehe, kann ich ein anderes Modell dafür sein, wie er mit sich selber umgeht. Und manchmal bringe ich das auch direkt zum Ausdruck. Wie gehen Sie mit sich um?“ (T3, 314 – 322).

T4 betrachtete es als wichtig, dass durch regelmässige Übungen und die Normalisierung von Erfahrungen in der Sexualtherapie, beispielsweise durch Körperübungen, die Therapeut*innen die Klient*innen dabei unterstützen, individuelle Fortschritte wahrzunehmen und zu verstehen, dass Schwierigkeiten und Rückschritte normale Bestandteile des Lernprozesses sind. Diese Normalisierung hilft den Klient*innen dabei, Geduld zu entwickeln und die Fortschritte realistisch einzuschätzen.

4.3.3 Herausforderungen in der Beziehungsgestaltung

Die befragten Therapeut*innen schilderten verschiedene Herausforderungen, die in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung auftreten können. Diese Herausforderungen betreffen sowohl die persönlichen Einstellungen und Überzeugungen der Klient*innen als auch äussere Einflüsse und die Dynamik der therapeutischen Interaktion.

T1 gab an, sich häufig mit den fest verankerten Wertvorstellungen der Klient*innen konfrontiert zu sehen, die als hinderlich für den therapeutischen Prozess empfunden werden. Diese Überzeugungen können es erschweren, Veränderungen zu bewirken. Für die therapeutische Beziehungsgestaltung besteht laut T1 die Herausforderung darin, dies adäquat aufzuzeigen, ohne die therapeutische Beziehung zu gefährden.

Auch stellen gesellschaftliche Mythen und tief verwurzelte Überzeugungen über Sexualität eine Herausforderung dar, da Klient*innen oft an diesen festhalten und Veränderungen ablehnen. Auch hier betonte T1 die Schwierigkeit darin, diesen Wertvorstellungen passend zu begegnen, aber gleichzeitig auch den Prozess weiter voranzubringen. T1 nennt hier als Beispiel, wenn Klient*innen Sexualität als etwas Negatives und Abwertendes wahrnehmen. T1 betont hierbei nicht nur die Schwierigkeit dieser Einstellung für die therapeutische Beziehungsarbeit, aber auch für den gesamten Prozess bzw. das Ergebnis der Therapie.

T3 betonte in diesem Zusammenhang die frühzeitige Klärung von Passungsproblemen zwischen Klient*in und Therapeut*in. Die Persönlichkeiten von Klient*in und Therapeut*in und äussere Umstände, wie beispielsweise Beziehungskonflikte der Klient*innen, können die therapeutische Beziehung beeinflussen: «Welche Persönlichkeiten treffen da aufeinander? Kann ich Brücken bauen? Kann ich keine Brücken bauen? Ja, will ich Brücken bauen?» (...) Und das ist, äh, das kommt vor. Je früher es klar wird, umso besser“ (T3, 158 – 159, 171 – 172).

Weiter stellen laut T2 Klient*innen mit einem hohen Kontrollbedürfnis eine besondere Herausforderung dar, da sie oft Schwierigkeiten bekunden, sich auf den therapeutischen Prozess einzulassen. Widerstände zeigen sich laut Aussagen von T1 darin, dass nonverbale und verbale Signale darauf hinweisen. Diese Signale zu erkennen und anzusprechen, erweist sich laut den Therapeut*innen als eine oft herausfordernde Aufgabe, da die Signale verschiedene Ursachen haben können. Durch ein regelmässiges Nachfragen und Vergewissern wirken die Therapeut*innen Missverständnissen entgegen und können die Beziehung stärken. Für T3 sind Missverständnisse wiederum ein Indikator dafür, dass die therapeutische Vorgehensweise

angepasst werden muss, was Flexibilität und Anpassungsfähigkeit seitens der Therapeut*innen erfordert: «In meiner Theorie gibt es sozusagen keinen Widerstand (...) wenn mein Gegenüber im Widerstand ist, dann habe ich als Therapeut was gemacht, was dazu führte“ (T3 349 – 352). T1 wies darauf hin, dass bei auftretenden Problemen in der Therapie nicht immer die therapeutische Beziehung als Grund vermutet werden muss und auch hier durch Nachfragen der Grund dafür evaluiert werden sollte. Weiter wies T1 darauf hin, dass ihrer Meinung nach im Falle von schwerwiegenden Herausforderungen in der therapeutischen Beziehung diese Probleme nicht immer behoben werden müssen und die Klient*innen allenfalls an andere Therapeut*innen verweist oder sie sich selbst professionelle Unterstützung holt wie beispielsweise durch Supervision oder Intervision, um die Herausforderungen anzugehen. T1 akzentuierte in Bezug auf Herausforderungen ebenfalls die Wichtigkeit davon, eigene Grenzen bei Herausforderungen auf der Beziehungsebene wahr- und ernst zu nehmen.

4.4 Beziehungsgestaltung im Verlauf der Therapie

An dieser Stelle wird die Bedeutung der Beziehungsgestaltung in den verschiedenen Phasen der Therapie beleuchtet. Durch die Analyse der Interviews wurde jedoch ersichtlich, dass einige der befragten Therapeut*innen die Therapie nicht als nacheinander ablaufende und voneinander abgrenzbare Phasen betrachten:

„Also, ich merke, ich will das gar nicht priorisieren und da irgendwie etwas hervorheben. Beziehung ist ja, nein, ich kann keine besseren Worte finden als das. Das andere wird mir schnell zu technologisch irgendwie. Es heisst ja, sich beziehen. Beziehungsgestaltung ist für mich eine Haltung, die ändert nicht nach Phasen“ (T2, 438 – 441).

Einige der Befragten antworteten auf diese Frage eher zögerlich oder gaben an, dass Phasen im jeweiligen therapeutischen Denken nicht vorkommen oder die Frage als schwierig zu beantworten ist. Im Folgenden werden die bedeutsamsten Inhalte für die Beziehungsgestaltung in den Therapiephasen genauer erläutert.

4.4.1 Anfangsphase: Evaluation/ Sexualanamnese und Verstehen der Anliegen

Die Aussagen der Therapeut*innen zeigen, dass die Anfangsphase als wichtigster Abschnitt für die Beziehungsgestaltung betrachtet wird. Die Therapeut*innen markierten die Wichtigkeit davon, in der Anfangsphase ein tiefes Verständnis für Hintergründe, Lernerfahrungen und Prägungen der Klient*innen zu entwickeln.

T4 erachtet die Anfangsphase als wichtig, weil dort der Grundstein für Vertrauen gelegt wird zwischen beiden Akteur*innen: „(...) wenn quasi das Vertrauen geschaffen wurde, dann ist relativ vieles möglich“ (T4, 187 – 188). Die Anfangsphase ist laut T3 auch deshalb relevant, weil das Erstgespräch oft über die Passung zwischen Therapeut*in und Klient*in entscheidet: „Besonders wichtig ist natürlich ein Erstgespräch. Da wird eine Weiche gestellt. Wo ich gucke, können wir beide miteinander?“ (T3, 245 – 246).

Für T1 dient die Evaluation zum Therapiebeginn ebenfalls dazu, die persönlichen Beweggründe und Erfahrungen zu erfassen, die das Verhalten und die Einstellungen der Klient*innen in Bezug auf das Problem beeinflussen. Die genaue Evaluation führt laut ihr dazu, dass die Klient*innen dies oftmals als entlastend wahrnehmen, wenn das Anliegen durch eine sexualtherapeutische Fachperson entsprechend erfragt und eingeordnet werden kann. Indem Therapeut*innen durch eine genaue Evaluation die Zusammenhänge des Verhaltens der Klient*innen zu verstehen versuchen, vermittelt dies den Klient*innen, dass ihre individuellen Reaktionen und Verhaltensweisen verständlich und nachvollziehbar sind. Die Evaluation umfasst laut den Therapeut*innen auch das Festlegen von Zielen und die Klärung von Erwartungen, was hilft, damit die Therapie auf die individuellen Bedürfnisse der Klient*innen abgestimmt ist. Durch das Entwickeln der Therapeut*innen eines tiefen Verständnisses für die Anliegen der Klient*innen fühlen sich diese laut T3 ernst genommen. Ein hohes Mass an Einfühlungsvermögen der Therapeut*innen trägt dazu bei, dass sich die Klient*innen verstanden und unterstützt fühlen: «Die Menschen spüren mein Bemühen, sie zu verstehen. Mein Bemühen, sie da abzuholen, wo sie sind, also ihnen nicht mein Denken auf das Auge zu drücken“ (T3, 141 – 142).

T3 betonte, dass die wertschätzende Rückmeldung und das Zusammenfassen des Verstandenen am Ende der Evaluation wesentliche Bestandteile des Beziehungsaufbaus darstellen, da es den Klient*innen verdeutlicht, dass sie verstanden wurden und die therapierende Person bemüht ist, ihnen etwas anzubieten. Auch ist laut ihm zentral, dass in dieser Phase die Methoden vorgestellt werden und geklärt wird, was die Klient*innen in der Therapie erwartet, was wiederum zur Transparenz beiträgt.

4.4.2 Beziehungsgestaltung in der mittleren Phase der Therapie

Die Subkategorie der mittleren Therapiephase umfasst alle Aussagen zur Phase der Therapie nach der initialen Auftragsklärung und der ersten Zielfindung und deren Bedeutung für die Beziehungsgestaltung sowie die Massnahmen zur Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehung im Therapieprozess. Auch Therapeut*innen, die initial

angaben, nicht in Phasen zu denken, konnten interessanterweise anschliessend trotzdem eine Aussage über die Relevanz der mittleren Therapiephase bezüglich der Beziehungsgestaltung machen.

Während in der Anfangsphase die Beziehungsgestaltung als entscheidend für den Aufbau von Vertrauen betrachtet wird, gab T4 an, dass diese auch in der mittleren Phase der Therapie wichtig bleibt, jedoch die direkte Aufmerksamkeit von ihr im Hinblick darauf etwas abnimmt: „Es ist im Fokus am Anfang, also in der ersten Stunde. Nachher, ähm, wenn die Leute dranbleiben, wenn sich die Beziehung automatisch weiterentwickelt, nimmt es ein wenig ab. Es ist immer da, weil es Teil der therapeutischen Arbeit ist. Mhm. Ähm. Nimmt von der Aufmerksamkeit her aber ab. Wenn sie (die Beziehung) mal da ist, mag sie auch etwas vertragen“ (T4, 550 – 554).

T5 gab an, in dieser Therapiephase vermehrt den individuellen therapeutischen Weg mit den Klient*innen anzupassen und sich weniger auf die Beziehungsgestaltung, sondern auf die Umsetzung der Therapieziele zu fokussieren.

T3 gab an, es als wichtig zu erachten, die Auftragsklärung der Klient*innen an die Therapeut*innen in dieser Phase regelmässig zu überprüfen, um sicherzustellen, dass die Therapie den Bedürfnissen der Klient*innen entspricht und um frühzeitigen Therapieabbrüchen vorzubeugen:

„Und das ist ein Punkt, den ich auch immer wieder erfrage. Wie läuft es denn für Sie hier mit mir in unserer Arbeit? Ist es die richtige Richtung? Also Auftragsklärung ist mir einfach ein sehr wichtiger Aspekt in der Arbeit. Und Auftragsklärung ist nicht zu Ende, sondern ein kontinuierlicher Faktor, der immer wieder in den Vordergrund gerät“ (T3, 109 – 112).

T1 strich die Bedeutung der individuellen Anpassung dieser Phase an die Alltagssituationen der Klient*innen hervor, indem praktische und adäquate „Häppchen“ (T1, 321) angeboten werden und gemeinsam geschaut wird, wie zum Beispiel Übungen in den jeweiligen Alltag integriert werden können. T1 betonte in diesem Zusammenhang die therapeutische Herausforderung in dieser Phase zwischen Forderung und Überforderung der Klient*innen. Die individuell angepassten Übungen führen bei den Klient*innen dazu, dass Vertrauen aufgebaut wird, da sich die Klient*innen ernst genommen fühlen und sehen, dass ihre spezifischen Bedürfnisse berücksichtigt werden. Dies beugt wiederum Frustration vor und stärkt die Kontinuität der Therapie sowie die Stabilität der therapeutischen Beziehung.

4.4.3 Schlussphase der Therapie

Die Schlussphase der Therapie wurde von den befragten Therapeut*innen in Bezug auf die Beziehungsgestaltung kaum erwähnt. Lediglich T1 strich hervor, es als wichtig zu erachten, den Abschluss der Therapie gut zu gestalten, um die Menschen in die Selbständigkeit zu entlassen und zu schauen, dass keine Abhängigkeiten zur therapierenden Person entstehen. T2 gab an, den Abschluss als einen Moment zu betrachten, der bereits im Vorherein mit der Auftragsklärung und Zielfindung geklärt wird.

4.5 Beziehungsfördernde Merkmale der Therapeut*innen

Dieses Kapitel bezieht sich auf die persönlichen und professionellen Eigenschaften, Fähigkeiten und Haltungen der Therapeut*innen, die sie als professionelles Individuum ausmachen und die aus ihrer Sicht die therapeutische Beziehung beeinflussen. Die Kategorie umfasst die inneren Qualitäten und die professionelle Berufsethik der Therapeut*innen, die sie in der Ausübung der Tätigkeit leitet.

4.5.1 Therapeutische Haltung und Neugier

Die eigene therapeutische Haltung und die Neugier werden von den meisten befragten Therapeut*innen als essenziell für die Beziehungsgestaltung angesehen. Dabei wird eine wertneutrale und wohlwollende Haltung betont, die zum Ziel hat, vorhandene Ressourcen zu sehen und zu benennen, ohne dabei den Klient*innen eigene Wertvorstellungen aufzuzwingen. Dabei betonte T1 ebenfalls erneut die Wichtigkeit des Zuhörens und Nachfragens, um die Perspektive der Klient*innen zu verstehen.

«Das meine ich, nicht meine eigenen Wertvorstellungen von wie ich jetzt denke, dass eine Beziehung gelebt werden sollte. Also da kann ich höchstens meine Frage stellen, aber dann auch wieder loslassen und interessiert sein, wie die Menschen das Leben gestalten, die bei mir sind» (T1, 300 – 304).

Besonders im Umgang mit verschiedenen Geschlechteridentitäten oder sexuellen Orientierungen hob T1 die Notwendigkeit einer offenen und neugierigen Haltung hervor, um Vertrauen aufzubauen und mögliche Vorbehalte der Klient*innen ihr gegenüber zu erkennen. Auch T2 betrachtet die Neugier als wichtige therapeutische Ressource. Dabei sprach sie die bewusste Aufrechterhaltung von Neutralität als einen fortlaufenden Prozess an, den sich Therapeut*innen immer wieder aneignen müssen hinsichtlich der Qualität der therapeutischen Beziehung. T2 gab ausserdem an, dass es ihr wichtig ist, die subjektive Bedeutung von Problemen und Fantasien der Klient*innen mit Offenheit und Neugier zu dekonstruieren und dabei die therapeutische

Beziehung auf Augenhöhe zu führen, um die Klient*innen als autonome Subjekte zu betrachten und ihre Rolle als Expertin hervorzuheben. Ein weiteres zentrales von T3 genanntes Merkmal ist die Allparteilichkeit. Diese wird laut ihm gerne mit therapeutischer Neutralität gleichgesetzt und beinhaltet die Anerkennung der Klient*innen als Expert*innen ihres eigenen Lebens. T3 betonte, dass ihm diese Haltung ermöglicht, verschiedene Lebensweisen zu akzeptieren und wertzuschätzen, auch wenn sie von der eigenen abweichen: „Trotzdem lasse ich mich inspirieren, dass ich sage ‚Wow, so kann man es auch machen‘, wäre nicht meine Art und Weise. Aber so kann man es auch machen“ (T3, 479 – 480). Das Interesse am Menschen und an den individuellen Geschichten wird laut T4 von den Klient*innen geschätzt und trägt zum Wert der therapeutischen Beziehung bei: „Es braucht das Interesse am Thema. Am Menschen. Wenn das die Menschen spüren, man spürt, dass der Therapeut sich interessiert für einen, dann ist das sehr viel wert“ (T4, 435 – 437).

4.5.2 Methoden- und Fachkompetenz

Als sehr prominent für die Beziehungsgestaltung werden die Methoden- und Fachkompetenzen erachtet. Diese werden als zentraler Bestandteil der Beziehungsgestaltung angesehen, wobei die im Interview genannten Kompetenzen sowohl theoretisches Wissen als auch praktische Fähigkeiten beinhalten.

„Also, wenn die KlientInnen etwas beschreiben und merken, da ist eine Fachperson ihnen gegenüber und die weiss, wovon sie spricht. Das hilft natürlich auch, Vertrauen zu schaffen, also nicht, wie wenn sie mir etwas berichten, ihnen sagen: ‚Oh, da muss ich jetzt erst nachschlagen, was Sie da erzählen‘. Also das Fachwissen ist nicht zu unterschätzen. Das heißt nicht, dass ich sie zutexten muss mit meinem Fachwissen (...), oder speziell etwas bieten muss, aber sie müssen merken, dass ich sie verstehe und sie müssen spüren, dass ich weiss, was ich mache. Und ich muss wissen, wieso ich was mache, sonst kommt das bei ihnen nicht rüber“ (T4, 194 – 201).

T1 betonte ebenfalls die Bedeutung der Notwendigkeit, sich auf sexuelle Bildung zu konzentrieren, sollte dies ein zentraler Teil der Sitzungen sein. Fachkompetenz beinhaltet laut ihr auch ein umfassendes Wissen über Methoden und Techniken. T2 gab an, es als wichtig zu erachten, einen vielfältigen Hintergrund zu besitzen, um individuell auf Klient*innen eingehen zu können, ohne ihnen eine einzige Methode überstülpen zu wollen. Sowohl T3 als auch T4 gaben an, es wichtig zu finden, unterschiedliche Ansätze und Methoden zu betrachten, um den verschiedenen Anliegen der Klient*innen gerecht zu werden. Sind Therapeut*innen methoden- und fachkompetent

und können die Methoden individuell einsetzen, fühlen sich die Klient*innen passend begleitet und unterstützt. Dies gilt laut T1 und T5 vor allem in der Sexualtherapie auch für die Fähigkeit, ein sexuelles Vokabular selbstverständlich zu nutzen, um Klarheit in der Kommunikation zu bewahren.

4.5.3 Fähigkeit zur Selbstreflexion und Selbstwahrnehmung

Laut den befragten Therapeut*innen ist die Selbstregulation und das Bewusstsein der eigenen Wertvorstellungen von grosser Bedeutung in der Therapie. Die Selbstreflexion ermöglicht es den Therapeut*innen, eine wertneutrale Beziehung zu den Klient*innen aufzubauen, was laut ihnen besonders in der Sexualtherapie wichtig ist: « (...) und (das) finde ich ganz wichtig, dass Leute, die in jeglicher Form von Therapie, aber insbesondere von Sexualtherapie, arbeiten, ihre eigenen Werte nicht zum Maßstab machen. Gleichzeitig beeinflusst das natürlich» (T1, 286 – 289).

Zur Unterstützung der Selbstreflexion gab T1 an, es als unabdingbar zu betrachten, regelmässig Supervision in Anspruch zu nehmen. Dies hilft ihr, in einer demütigenden Haltung zu bleiben und sich kontinuierlich weiterzuentwickeln. Hierbei bietet Supervision den Raum für Reflexion über die eigenen Prozesse und ebenfalls über die therapeutische Beziehung. T2 schloss in die Reflexion der eigenen Prozesse ebenfalls die Analyse von Übertragung und Gegenübertragung ein, um die eigene Resonanz und die Emotionen der Klient*innen besser zu verstehen. T2 stuft deshalb die intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie und die Entwicklung eines Bewusstseins für eigene Muster und Trigger als entscheidend ein. Diese Reflexion ermöglicht es T2, den persönlichen Handlungsspielraum zu erweitern und unterstützt sie dabei, bewusste Entscheidungen in der therapeutischen Beziehung zu treffen. Dies empfindet sie ebenfalls als Entlastung für die gesamte therapeutische Arbeit in der Sexualtherapie. Die Therapeut*innen nutzen neben der Supervision auch andere Methoden, um sich selbst zu reflektieren und neue Einsichten zu gewinnen. Dies kann zum Beispiel durch körperliche Übungen, wie das Liegen auf dem Teppich in der Praxis, oder durch regelmässige Selbstüberprüfung geschehen. Dabei gelingt es T2 beispielsweise besser, thematische Zusammenhänge zu erkennen und die eigene Wahrnehmung zu schärfen. Im Bereich der Sexualität wird das Bewusstsein für die eigene Verletzlichkeit und Scham als bedeutsam betrachtet. Dabei müssen Sexualtherapeut*innen in der Lage sein, ihre persönlichen Reaktionen auf verschiedene Themen und Klient*innen zu verstehen. So gelingt es ihnen laut T3 besser, eine empathische Beziehung zu ihnen aufzubauen. Auch T5 erachtet die Fähigkeit zur Selbstreflexion als zentral, die laut ihm ständige Wachsamkeit und Bereitschaft erfordert, sich selbst regelmäßig zu überprüfen. Diese Fähigkeit ist laut ihm ebenfalls zentral,

um Risse in der therapeutischen Beziehung frühzeitig zu erkennen und darauf reagieren zu können.

4.5.4 Therapeutisches Selbstverständnis und Selbstsicherheit

Die therapeutische Selbstsicherheit wird als wichtige Fähigkeit für die therapeutische Beziehungsgestaltung betrachtet. Hierbei gab T1 an, dass die Fähigkeit, eigene Stärken und Schwächen realistisch einzuschätzen und offen zu kommunizieren eine Atmosphäre der Transparenz und der Sicherheit schafft im therapeutischen Arbeiten. Dabei führte sie ebenfalls aus, hierzu wertschätzende Rückmeldungen von Klient*innen zu erhalten, die es als positiv erleben, wenn sie als therapierende Person ihre Grenzen benennt, wie die folgende Aussage verdeutlicht: „Also dieser Spagat zwischen einem therapeutischen Selbstverständnis, einer therapeutischen Selbstsicherheit und einer therapeutischen Demut (...). Also, dass ich mir meiner Grenzen bewusst bin und auch meiner Stärken« (T1, 664 – 667). Die Bereitschaft, eigene Fehler zu anerkennen und anzusprechen, fördert ausserdem eine vertrauensvolle Beziehung und zeigt Klient*innen, dass auch Therapeut*innen menschlich sind und sich dazu bereit erklären, aus ihren Fehlern zu lernen. Die Therapeut*innen fungieren so als Modellfunktion für die Klient*innen. Eine therapeutische Selbstsicherheit hilft laut T5 Therapeut*innen auch, sich im therapeutischen Prozess nicht von Unsicherheiten beeinflussen zu lassen bezüglich sexueller Inhalte und eine authentische Haltung zu bewahren. Im Zusammenhang mit der Selbstsicherheit und dem Selbstverständnis sagte T2 aus, dass Klient*innen, die für die Therapie selbst zahlen, grundsätzlich motiviert sind, etwas aus den Sitzungen zu gewinnen. Selbstsicherheit ermöglicht es T2, sich zurückzulehnen und einen signifikanten Teil der Verantwortung für den therapeutischen Prozess den Klient*innen zu überlassen. Gleichzeitig strich sie heraus, dass auch geringe Motivation ein Ausgangspunkt sein kann und dass es meistens etwas gibt, was die Klient*innen neugierig macht, sonst würden sie kaum in eine Therapie kommen. Dieses Selbstverständnis fördert eine Beziehung, die auf Autonomie und Eigenverantwortung beruht und in welcher die therapierende Person eine unterstützende und begleitende Rolle einnimmt, was T3 bestätigte: „Und dann sehe ich mich als Begleiter in diesem Prozess“ (T3, 300 – 301). In Bezug darauf gab T3 ebenfalls an, dass die Hauptarbeit für diesen Prozess bei den Klient*innen liegt.

4.6 Einfluss der Geschlechterdifferenz

Laut T1 kann es bei einer Geschlechterdifferenz in der Sexualtherapie zu unterschiedlichen Interpretationen der Beziehung führen, dies schliesst ihrer Meinung nach eine mögliche Anziehung mit ein. Ihr ist es hierbei wichtig, dies frühzeitig zu

realisieren und offen anzusprechen. T1 erzählte ebenfalls von abwertenden Bemerkungen, die sie bei männlichen Klienten bereits erlebt hat. In anderen Beratungsbereichen wie beispielsweise der Drogenberatung wird verstanden, dass persönliche Erfahrung nicht notwendig ist, in der Sexualtherapie wird dies laut ihr oft anders wahrgenommen. Sie erachtet die Geschlechterdifferenz hierbei jedoch als hilfreich, da sie ihr erlaubt, eine gewisse Distanz einzunehmen. T1 gab an, manchmal bei Männern im Altersbereich von 50 Jahren die Beobachtung zu machen, dass diese ihre Meinungen relativ stark kundtun und wüssten, was richtig und falsch ist. Dieses Verhalten, welches sie als 'Mansplaining' (T1, 627) bezeichnet, erachtet sie als problematisch für den therapeutischen Prozess. Hierbei erachtet sie es als wichtig, das bereits vorhandene Wissen der Männer wertzuschätzen und sie anzufragen, ob sie an einer weiteren Perspektive interessiert sind. T1 erachtet es hierbei als wichtig, dass sich die Therapeutin nicht auf einen Machtkampf einlässt, da sich dies kontraproduktiv auf die therapeutische Beziehung auswirkt. Für T1 ist bezüglich der Geschlechterdifferenz in der Sexualtherapie ebenfalls das Normalisieren und Thematisieren von körperlichen Reaktionen wie beispielsweise Erektionen zentral, um ein sicheres Umfeld für die Klienten zu schaffen.

Für T2 stellt die Geschlechterdifferenz auf den ersten Blick keine Herausforderung dar, welcher sie besondere Beachtung schenkt. Sie gab zwar an, einmal eine Situation mit Verliebtheitsgefühlen erlebt zu haben, diese jedoch eher mit Interesse aus der Distanz betrachtet zu haben und dies keine Auswirkung auf den therapeutischen Prozess oder die Beziehung hatte. Andere Begebenheiten, wie zum Beispiel Einladungen zum Essen mit Klienten, empfindet sie persönlich weniger als Herausforderung, macht aber deutlich, falls diese eintreffen, dass es sich hierbei um einen therapeutischen Rahmen handelt und dies nicht möglich ist. Dabei interpretiert sie dieses Angebot als Zeichen des Wohlgefühls des Klienten. Als problematisch hinsichtlich der Geschlechterdifferenz erlebte sie als herausfordernd, als ein Klient Serienkiller-Fantasien äusserte, bei denen sie wusste, dass sich dies ebenfalls gegen sie wenden könnte.

T3 sagte aus, die Geschlechterdifferenz als Vor- und Nachteil zu betrachten, welcher er nicht besonders Beachtung schenkt, da er davon ausgeht, dass die Klientinnen wissen, dass sie zu einem männlich gelesenen Therapeuten gehen. T4 sagte ebenfalls aus, dass die Geschlechterdifferenz aus seiner Sicht für die Beziehungsgestaltung keine Rolle spielt, da er davon ausgeht, als Therapeut bewusst von den Klientinnen ausgewählt zu werden. Er erachtet es aber als interessant zu beobachten in den Supervisionen, welche Klient*innen welche Therapeut*innen aussuchen. T5

betont, dass er sich unabhängig vom Geschlecht der Klient*innen authentisch zeigt und als Vorbild agieren möchte. Er nimmt an, dass diese ihn aufsuchen, weil sie glauben, bei ihm etwas zu erhalten, was sie benötigen. Hierbei gab er aber ebenfalls an, dass es vorkommen kann, dass eine gewisse Anziehung vorhanden sein kann und es an ihm als Therapeut liegt, dies anzusprechen.

4.7 Einfluss der Altersdifferenz

In Bezug auf den Einfluss der Altersdifferenz in der Sexualtherapie zeigt sich anhand der Befragung, dass sowohl jüngere als auch ältere Therapeut*innen und Klient*innen mit spezifischen Vorurteilen konfrontiert sind. Einige Therapeut*innen gaben an, es erlebt zu haben, dass ältere Klient*innen zurückhaltender oder kritischer sind gegenüber jüngeren Therapeut*innen und eher deren Kompetenz in Frage stellen. Beispielsweise erläuterte T3, dass er in jungen Jahren oft das Vertrauen der Klient*innen erst gewinnen musste, da er von ihnen aufgrund seines Alters nicht sofort als Experte anerkannt wurde. T5 äusserte eine ähnliche Beobachtung, wobei er es bereits erlebte, dass diese kritische Haltung bei der Reflexion von Übungen zum Vorschein kam: „Bei ihr [der Klientin] ist auch der Gedanke aufgekommen, will ich mir von einer jungen oder jüngeren Person etwas sagen lassen? Das Alter hat sicher einen klaren Einfluss darauf, ja“ (T5, 344 – 345). T1 gab an, manchmal in der Therapie Zurückhaltung oder Hindernisse wahrnehmen zu können, die sie der Altersdifferenz zuschreibt und welche sie jeweils mit den Klient*innen thematisiert. T1 äusserte, dass sie es als schwieriger empfindet, wenn ältere Klient*innen mit Themen kommen, bei denen sie noch wenig Erfahrung und Fachwissen mit sich bringt, wie beispielsweise bei Wechseljahren. Ebenfalls zeigte sich anhand einer ihrer Aussagen, dass sie das Alter sowohl als Chance und Herausforderung betrachtet. Wenn Klient*innen die Therapeutin zu stark als Mutterfigur wahrnehmen, kann das problematisch sein. Andererseits suchen laut ihrer Aussage einige Klient*innen bewusst jemanden in dieser Rolle, was die therapeutische Beziehung positiv beeinflussen kann. T5 erläuterte die Vermutung, dass sich jüngere Klient*innen von jüngeren Therapeut*innen eventuell besser abgeholt fühlen, da sie die jüngeren Therapeut*innen als differenzierter wahrnehmen könnten. Werden Schwierigkeiten wahrgenommen, deren Ursache die Therapeut*innen im Altersunterschied sehen, ist es für T5 und T1 wichtig, dies anzusprechen. Hierbei betonte T5, dass er es als wichtiger erachtet bei älteren Klient*innen, diese als Expert*innen ihres eigenen Lebens zu betrachten und ihnen so in der Rolle des Zuhörers aufmerksam zu begegnen.

5 Diskussion

Im abschliessenden Kapitel der vorliegenden Arbeit werden zuerst die Erkenntnisse aus den Interviews zusammengefasst. Danach folgt eine Gegenüberstellung und Verknüpfung dieser Resultate mit den bestehenden Literaturquellen. Für eine bessere Übersicht und Lesbarkeit werden die Forschungsfragen jeweils in die in der Einleitung diskutierten Leitfragen unterteilt. Anschliessend werden die Einschränkungen der Untersuchung sowie die daraus resultierenden Implikationen für zukünftige Forschungsarbeiten erörtert.

Die erste Forschungsfrage lautete: «Welche Aspekte der Beziehungsgestaltung sind in der Sexualtherapie besonders bedeutsam?». Eine erfolgreiche Sexualtherapie basiert laut den Einschätzungen der Therapeut*innen auf klaren und realistischen Zielen, die gemeinsam mit den Klient*innen formuliert werden. Eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung, die den Klient*innen Sicherheit bietet, ist ebenfalls wichtig, obwohl die therapeutische Beziehung selbst nicht immer als entscheidender Faktor für den Erfolg der Therapie betrachtet wird. Die Selbstzahlung der Therapie erhöht den Druck auf eine positive Beziehungsgestaltung. Weiter betonen die Therapeut*innen Authentizität, Ehrlichkeit und Transparenz als zentrale Elemente einer stabilen Beziehung. Diese Elemente fördern Vertrauen und eine offene Kommunikation. Herausforderungen in der therapeutischen Beziehungsgestaltung können aus persönlichen Überzeugungen der Klient*innen oder gesellschaftlichen Mythen entstehen, die den therapeutischen Prozess erschweren. Diese Schwierigkeiten erfordern flexible Anpassungen, Beratung durch Supervision oder manchmal auch Überweisungen an andere Fachkräfte. Wichtige Merkmale der Therapeut*innen für die Beziehungsgestaltung umfassen laut den Aussagen der Therapeut*innen die eigene therapeutische Haltung, Neugier, Wertneutralität, Allparteilichkeit und Fachkompetenz. Selbstreflexion und therapeutische Selbstsicherheit werden ebenfalls als entscheidende Merkmale betrachtet, um eigene Stärken und Schwächen realistische einzuschätzen und einen sicheren Umgang mit verschiedenen sexuellen Themen zu gewährleisten. Die Therapeut*innen sehen sich in einer unterstützenden Rolle, während die Klient*innen die Hauptverantwortung für den Prozess tragen. Die Geschlechterdifferenz beeinflusst laut den Ergebnissen die therapeutische Beziehungsgestaltung, besonders bei weiblichen Therapeut*innen, die häufiger Herausforderungen wie unterschiedliche Interpretationen der Beziehung oder abwertende Bemerkungen erleben. Männliche Therapeut*innen nehmen diese Differenz als weniger problematisch wahr. Die Ergebnisse zeigen, dass jüngere Therapeut*innen häufiger Vorurteile und Zurückhaltung von älteren Klient*innen erleben, die ihre Kompetenz in Frage stellen. Die

Wahrnehmung der Therapeut*in/ des Therapeuten in einer elterlichen Rolle kann eine Herausforderung sein, aber laut den Aussagen auch Chancen bieten, wenn die therapierende Person die Expertise der Klient*innen anerkennt und dieser mit Offenheit begegnet.

Die zweite Forschungsfrage lautete: «Welche Bedeutung hat die Beziehungsgestaltung in der Sexualtherapie auf den Therapieverlauf (in den verschiedenen Phasen der Therapie)?». Die Anfangsphase wird von den Therapeut*innen als entscheidend für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung angesehen. Eine präzise Evaluation hilft, die Anliegen der Klient*innen zu verstehen und Vertrauen aufzubauen. In der mittleren Phase liegt der Fokus der Therapeut*innen auf der kontinuierlichen Überprüfung der Therapieziele und der Bearbeitung individueller Anliegen, wobei die Bedeutung der Beziehungsgestaltung etwas abnimmt. Die Schlussphase wurde kaum als relevant für die Beziehungsgestaltung erwähnt, hierbei wurden in diesem Zusammenhang vor allem die Bedeutung eines guten Abschlusses zur Förderung der Selbständigkeit und zur Vermeidung von Therapieabhängigkeit genannt.

5.1 Forschungsfrage 1

5.1.1 Faktoren einer erfolgreichen Sexualtherapie und Bedeutung der Beziehungsgestaltung

Obwohl die therapeutische Beziehung als Wirkfaktor in der Psychotherapie gut untersucht ist (Grawe, 1998; Janko, 2015; Sachse, 2016), wurde den Wirkfaktoren der Sexualtherapie bisher kaum Beachtung geschenkt (Hartmann, 2018). Diese Ausgangslage spiegelt sich in den Ergebnissen der Interviews wider, da nur zwei Therapeut*innen die Beziehung als Faktor für eine erfolgreiche Therapie betrachteten, wobei nur eine auf die aktuelle Studienlage der Wirksamkeitsforschung der Psychotherapie verwies. Die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung zeigt sich dennoch implizit in den weiteren Ausführungen der Therapeut*innen, die im Anschluss die Bedeutung der Beziehung als hoch einstufen.

Die Tatsache, dass die Sexualtherapeutinnen die Beziehung anschliessend dennoch als bedeutend einstufen, kann auf verschiedene Weise interpretiert werden. Möglicherweise variiert die Bedeutung der therapeutischen Beziehung je nach Ausbildung und Erfahrung der Therapeutinnen. Es besteht auch die Möglichkeit, dass die Bedeutung der therapeutischen Beziehung als selbstverständlich angesehen wird, als implizite Basis jeder Therapiearbeit, und daher nicht explizit als Erfolgsfaktor genannt wurde. Wie Sachse (2016) betont, wirkt die therapeutische Beziehung indirekt, indem sie mit entscheidenden variablen Faktoren im Therapieprozess verknüpft ist.

Die grosse Bedeutung der therapeutischen Beziehung für den gesamten Therapieverlauf, die sich aus den Antworten der Therapeutinnen abzeichnet, deckt sich mit den Erkenntnissen aus der Literatur, die die Bedeutung für die konstruktive Zusammenarbeit und Problembearbeitung betonen (Sachse, 2016). Überraschend ist jedoch, dass die Therapeut*innen diese Bedeutung nicht explizit wahrnehmen, sondern indirekte Aspekte wie Vertrauen, Authentizität, persönliche Merkmale usw. aktiv verwenden, um eben diese zu «gestalten». Es scheint, dass die Therapeut*innen nicht explizit über den Beziehungsaufbau nachdenken, sondern die entscheidenden Faktoren dafür in den Vordergrund stellen und diese latent während des gesamten Therapieverlaufs berücksichtigen. Stucki & Grawe (2007) weisen hierbei darauf hin, dass die Behandlung der therapeutischen Beziehung in der Ausbildung häufig zu kurz kommt und davon ausgegangen wird, dass dies in der Ausübung der therapeutischen Tätigkeit später intuitiv von den Therapeut*innen angewandt wird.

Lediglich ein/e Therapeut*in betrachtete die Beziehung als besonders wichtig aufgrund der Selbstzahlung der Therapie in der Schweiz und Deutschland. Möglicherweise sind selbstzahlende Klientinnen kritischer bezüglich der Wahl der passenden Therapeutin und deshalb die Beziehungsgestaltung essenzieller, damit sich die Klientinnen an der Therapie engagieren. Laut Caspar (2018) erfordert eine auf Kooperation basierende Zusammenarbeit eine bestimmte Passung zwischen Therapeutin und Klientin. Auch wenn die Sexualtherapie selbst finanziert wird von den Klientinnen und ihre Einstellung möglicherweise somit etwas kritischer ist, was die Wahl der passenden Therapeutin angeht, sehen dies die befragten Therapeutinnen auch so. Hier betonen sie vor allem die Selbstselektion der Klient*innen. Eine problematische Passung würde höchstwahrscheinlich dazu führen, dass die Therapie gar nicht erst begonnen oder frühzeitig abgebrochen wird.

5.1.2 Gestaltung der therapeutischen Beziehung

Wie bereits in der vorliegenden Arbeit besprochen, fehlen in der Sexualtherapieforschung Untersuchungen darüber, welche Basisvariablen für den Aufbau einer stabilen therapeutischen Beziehung wichtig sind. Die Ergebnisse dieser Untersuchung für diese Leitfrage weisen darauf hin, dass gemäss Rogers (Rogers, 1977) die Authentizität besonders wichtig sein könnte für die Sexualtherapie. Die befragten Therapeutinnen betonten wiederholt die Bedeutung von Authentizität, Ehrlichkeit und Transparenz. Diese Aspekte entsprechen der zweiten Basisvariable von Rogers (Rogers, 1977). Grolimund (2017) weist darauf hin, dass die Basisvariablen von Rogers - Empathie, bedingungslose positive Wertschätzung und Authentizität - miteinander verknüpft sind und sich gegenseitig bedingen. In der Praxis der Sexualtherapie könnte

Authentizität somit als besonders wichtig hervorgestrichen werden, weil sie eine Grundlage für eine offene und vertrauensvolle Kommunikation bildet, die sehr wichtig ist, da sich Sexualtherapie mit besonders schambehafteten und oft tabuisierten Themen beschäftigt. Eine offene Kommunikation, die durch das dadurch entstehende Vertrauen etabliert werden kann, ermöglicht es Klient*innen, ebenfalls offen und ehrlich zu sein, was den therapeutischen Prozess vereinfacht.

Im Zusammenhang mit wahrnehmbaren Schwierigkeiten wie z.B. Widerstand oder nonverbalen Signalen reagieren die Therapeutinnen meistens mit direktem Nachfragen, um deren Ursachen auf den Grund zu gehen. Die Therapeutinnen achten zwar auf Signale, die auf eine gute Beziehung hindeuten (Grolimund, 2017), aber die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass die therapeutische Beziehung mehrheitlich nur dann evaluiert wird, wenn deutliche Probleme auftreten. Dies könnte darauf hindeuten, dass eine regelmässige, proaktive Evaluation der therapeutischen Beziehung nicht praktiziert wird. Eine kontinuierliche und systematische Evaluation der therapeutischen Evaluation kann laut Literatur jedoch vorteilhaft sein, um frühzeitig auf mögliche Probleme reagieren zu können (Duncan et al., 2003; Gandras, 2021; Hartmann, 2018; Lammers, 2017). Dies könnte sich allenfalls für unerfahrene Therapeut*innen als wichtig erweisen.

Die Integration von Geduld und Selbstmitgefühl in der Sexualtherapie als Elemente der Beziehungsgestaltung haben auf verschiedenen Ebenen Effekte. Indem Therapeut*innen laut der Ergebnisse diese Werte direkt vorleben und aktiv fördern (z.B. durch gezieltes Nachfragen: «Wie gehen Sie mit sich um» (T3, 322)?), schaffen sie eine therapeutische Umgebung, die es den Klient*innen ermöglicht, eine gesündere Selbstwahrnehmung zu entwickeln, eine Fähigkeit, die in der Sexualtherapie für viele Anliegen zentral ist:

«Ja, aber da geht es um, würde ich sagen, Mitgefühl und Selbst-Mitgefühl. Im Englischen heisst das self compassion, und da bin ich ein Modell für diesen Mensch. Je nachdem, wie ich mit ihm umgehe, kann ich ein anderes Modell dafür sein, wie er mit sich selber umgeht“ (T3, 314 – 322).

Indem Therapeut*innen, wie in der Aussage von T3 ersichtlich, als Modell für die Klient*innen fungieren, zeigen sie, wie man mit Fehlern und Herausforderungen umgehen kann. Dies schafft eine Vertrauensgrundlage, die es den Klient*innen ermöglicht, eigene Herausforderungen besser zu bewältigen.

Im Zusammenhang mit den Herausforderungen in der Beziehungsgestaltung wurden ebenfalls vorherrschende Wertvorstellungen der Klient*innen genannt, die den

therapeutischen Prozess erschweren können. Hierbei zeigen die Ergebnisse, dass es den Therapeut*innen trotzdem gelingt, den verschiedenen Wertvorstellungen mit Wertschätzung zu begegnen und persönliche Wertungen und Haltungen in den Hintergrund zu stellen, obwohl es im sexualtherapeutischen Alltag oft eine Schwierigkeit darstellt, da gewisse Herausforderungen nur schwer bearbeitet werden können, wenn bestimmte Wertvorstellungen vorhanden sind. Grolimund (2017) betont ebenfalls die Schwierigkeit davon, eigene Werthaltungen zurückzustellen, ohne die eigenen ganz zu dementieren. Begegnen Therapeut*innen den Klient*innen ohne Wertung, hat dies besonders auf das Äussern von unangenehmen und peinlichen Inhalten eine positive Wirkung. Die Klient*innen öffnen sich vermehrt, da sie annehmen von der therapie-renden Person nicht negativ bewertet zu werden (Sachse). Für die präzise Definition des Anliegens der Klient*innen ist es aber wichtig, dass keine wichtigen Informationen vorenthalten werden. Somit ist es für Sexualtherapeut*innen ebenfalls wichtig, aus diesem Grund den Klient*innen mit einer wertfreien Haltung entgegenzutreten.

5.1.3 Persönliche und professionelle Merkmale

Vertrauen wird als eine Grundvoraussetzung für einen funktionierenden therapeutischen Prozess betrachtet (Lammers & Schneider, 2009; Sachse, 2016). Die Ergebnisse bezüglich der beziehungsfördernden Merkmale der Therapeutinnen zeigen, dass das Vertrauen in der Sexualtherapie, welches über ein Vertrauen in die fachliche Kompetenz (Sachse, 2016) hervorgerufen wird, als von den Therapeut*innen wichtig eingestuft wird. Die Gründe für die häufige Nennung von diesem Merkmal könnten in den Methoden und Techniken liegen, derer sich die Sexualtherapie bedient. Wie Sztenc (2020) betont, ist das Vertrauen in die Fähigkeiten der Therapeutin bei Interventionen wie beispielsweise körperbezogenen Übungen usw., bei denen z.T. negative Emotionen (Wut, Scham usw.) ausgelöst werden können, von grosser Bedeutung. Fachkompetenz fördert das Kompetenzvertrauen, was wiederum eine der Grundlagen für eine gute Beziehung ist. Sachse (2016) formuliert dies folgendermassen: «Eine Beziehung schafft Vertrauen und Vertrauen ist die Grundlage dafür, dass ein Klient seine Inhalte nicht zensiert, nicht zurückhält, nicht «verzerrt» o.a.» (S. 29).

Die von den Therapeutinnen genannten Merkmale beziehen sich in den Ergebnissen dieser Untersuchung nur teilweise auf persönliche, sondern vermehrt auch auf professionelle Eigenschaften. Es besteht die Möglichkeit, dass Merkmale, die als beziehungsfördernd eingestuft werden, von den Therapeutinnen selbst schwierig einzuschätzen sind. Ausserdem unterteilte die Autorin der Arbeit den Begriff «Merkmal» nicht in persönliche und professionelle Merkmale, eine Unterscheidung, die sich im Nachhinein als wichtig erwiesen hätte. Einige Therapeutinnen erhalten zwar

Rückmeldungen zu positiv wahrgenommenen Merkmalen, aber eine deutlichere Aussage dazu könnte nur in Zusammenhang mit der Einschätzung von Klientinnen getroffen werden. Insgesamt zeigt sich, dass eine wertneutrale Haltung das Personale Vertrauen der Klientin in die Therapeutin steigern kann, was sich wiederum positiv auf die Beziehungsgestaltung auswirkt (Sachse, 2016), was in den Ergebnissen sichtbar wurde.

Ein hohes Mass an Selbstreflexion und Selbstwahrnehmung wird von den Therapeut*innen als weiteres wichtiges Merkmal definiert, um die Qualität der therapeutischen Beziehung aufrechtzuerhalten. Das auch in der Theorie beschriebene Merkmal der Haltung und Neugier kann nur dann effektiv in die Therapie eingebracht werden, wenn die therapierende Person über eine ausgeprägte Selbstreflexion verfügt und ihre eigenen Werte nicht als Massstab für die Klient*innen setzt. Dies scheint anhand der Ergebnisse besonders relevant in Bezug auf Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse, die Regulierung von Nähe und Distanz sowie die Betrachtung der therapeutischen Beziehung aus einer anderen Perspektive. Diese Aspekte scheinen anhand der Ergebnisse in der Sexualtherapie ebenso essenziell wie in anderen Therapieformen. Dass die befragten Therapeutinnen die Supervision als wichtig erachten und diese häufig nutzen, steht im Einklang mit der Literatur, die betont, dass Supervision in der Sexualtherapie zentral ist, dass sie zwangsläufig eine Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität und ein hohes Mass an persönlicher Reflexion mit sich bringt (Hartmann, 2018). Aus den Ergebnissen wird ausserdem ersichtlich, dass die Therapeut*innen mögliche Übertragungsphänomene durch eine frühzeitige Reflexion erkennen und sich und die Klient*innen dadurch schützen können, ein Vorgehen, das in der Literatur ebenfalls diskutiert wird (Bettighofer, 2022). Wie häufig und eingehend die therapeutische Beziehung in den Supervisionen thematisiert wird, kann aus den Ergebnissen dieser Untersuchung nicht geschlossen werden.

Therapeutische Selbstsicherheit entsteht, wenn Therapeutinnen ihre Methoden sicher und gezielt anwenden können und über die erforderliche Methodenkompetenz verfügen. Wenn eine Therapeutin Methoden überzeugt und sicher umsetzt und dies von der Klientin wahrgenommen wird, wirkt sich das positiv auf die therapeutische Beziehung aus, da dies wiederum das Vertrauen in die Kompetenz der Therapeutin stärkt (Janko, 2015; Sachse, 2016). Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass die Selbstsicherheit der Therapeutinnen auch darauf basiert, dass sie davon ausgehen, dass die Klientinnen motiviert in die Therapie kommen und bereit sind, aktiv an ihrem Therapieprozess mitzuwirken.

5.1.4 Rolle der Geschlechterdifferenz in der Beziehungsgestaltung

Obwohl die aktuelle Psychotherapieforschung uneinig ist über den Einfluss der Geschlechterdifferenz und die Beziehungsgestaltung (Hersoug et al., 2001; Schmalbach et al., 2022), zeigen die Ergebnisse dieser Untersuchung, dass weibliche Sexualtherapeutinnen vermehrt mit negativen Auswirkungen der Geschlechterdifferenz konfrontiert sind als die männlichen Therapeuten. Beide Geschlechter berichteten jedoch von einem möglichen Auftreten von Anziehung zu einem Klienten/ einer Klientin. Dies widerspricht Erkenntnissen aus der Literatur, die aufzeigen, dass vermehrt männliche Therapeuten mit erotikbezogenen Reaktionen wie Anziehung konfrontiert sind (Collins, 2009). Die vorliegenden Ergebnisse zeigen deutlich, wie unterschiedlich die Geschlechterdifferenz in der Therapie von beiden Geschlechtern erlebt wird. Dass weiblich gelesene Therapeutinnen vermehrt von negativen Bemerkungen vom anderen Geschlecht berichteten, wirft generell die Frage auf, ob weiblich gelesene Sexualtherapeutinnen von männlichen Klienten allgemein mehr negative Reaktionen erfahren als männliche Therapeuten. Männer und Frauen bringen unterschiedliche Bedürfnisse und Erwartungen in eine Therapie (Schmalbach et al., 2022), dementsprechend können ihre Reaktionen auf die therapierende Person in bestimmten Situationen auch unterschiedlich ausfallen. Gründe für vermehrtes Berichten über abschätzige Kommentare könnten in gesellschaftlichen Normen oder Stereotypen liegen, wobei weiblich gelesene Therapeutinnen öfters mit traditionellen Geschlechterrollen und Erwartungen konfrontiert sind, welche zu abschätzigen Bemerkungen oder unangebrachtem Verhalten führen. Möglich ist auch, dass weiblich gelesene Sexualtherapeutinnen Grenzen bewusst früher und deutlicher setzen, was dazu führt, dass solche Probleme sichtbarer werden. Die Ergebnisse dieser Untersuchung können keine abschliessende Antwort auf die Frage geben, inwiefern diese Annahmen zutreffend sind. Dennoch zeigt sich, dass die Bedeutung der Geschlechterdifferenz zwischen therapierender Fachperson und Klient/Klientin in der Sexualtherapie von grossem Interesse sein könnte.

5.1.5 Bedeutung der Altersdifferenz für die Beziehungsgestaltung

Die Literatur stützt die Beobachtungen aus den Ergebnissen der Befragung: Peters (2023) und Holm-Hadulla (2000b) betonen die Bedeutung der Altersdifferenz und die damit verbundenen Herausforderungen. Peters (2023) weist darauf hin, dass Beziehungen zwischen Menschen gleichen Alters als befriedigender erlebt werden und dass unterschiedliche Alterskonstellationen verschiedene Herausforderungen mit sich bringen können.

Übertragungsphänomene und deren Auswirkungen und Herausforderungen, wie sie Peters (2023) beschreibt, wurden ebenfalls von den Therapeut*innen berichtet, was zeigt, dass diese in der Sexualtherapie ebenfalls auftreten können. Auffallend ist, dass die beschriebenen Übertragungsphänomene auch als Chance für den therapeutischen Prozess betrachtet werden, obwohl ihre Thematisierung in der Literatur weitgehend negativ konnotiert ist. Wie Übertragungen die Beziehungsgestaltung weiter beeinflussen und wie die Therapeut*innen längerfristig damit umgehen und ob und wie diese gewinnbringend im weiteren Therapieverlauf genutzt werden, konnte die vorliegende Untersuchung nicht aufzeigen.

Tritt eine Herausforderung auf, die die Therapeut*innen der Altersdifferenz zuschreiben (Beispielsweise eine Bemerkung wie «Ich habe ja keine Ahnung, weil ich nicht in der Generation lebe» T1, 553 – 554), ergaben die Befragungen, dass durch Interesse und Nachfragen der Therapeutinnen Ruhe in die Situation gebracht werden kann. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Altersdifferenz einen Einfluss haben kann auf die Beziehungsgestaltung, die Therapeut*innen jedoch über genügend Selbstreflexion und Selbstregulierung verfügen, so dass die negativen Einflüsse der Altersdifferenz mit passendem Verhalten und empathischer Herangehensweise neutralisiert werden kann.

5.2 Forschungsfrage 2

5.2.1 Ausschlaggebende Phasen für die Beziehungsgestaltung

Der kontinuierliche Prozess zwischen Evaluation, Problembearbeitung, Therapieplanung usw. und die oft schwer voneinander trennbaren Phasen der Sexualtherapie (Hartmann, 2018) werden in den Ergebnissen der Untersuchung deutlich widerspiegelt. In der Literatur wird hervorgehoben, dass die einzelnen Therapiephasen insbesondere für die Klient*innen nicht klar abgrenzbar sind (Hartmann, 2018). Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass auch die Therapeut*innen diese Dynamik und die fließenden Übergänge zwischen den Phasen wahrnehmen und betonen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen somit eine Übereinstimmung mit der Literatur bezüglich der Bedeutung der Anfangsphase in der Sexualtherapie (Grolimund, 2017; Hartmann, 2018). In der Literatur wird der Zusammenhang zwischen der Qualität der therapeutischen Beziehung zu Beginn der Therapie und dem Therapieerfolg hervorgehoben (Hersoug et al., 2001). Die Ergebnisse zeigen, dass die Therapeut*innen in der Anfangsphase die Beziehung im Sinne der Basisvariablen Echtheit, Wertschätzung und Verständnis gestalten, den Fokus auf die Ziele und die Vorgänge in der Therapie legen. Dies wird in der Literatur ebenfalls als wichtig betrachtet (Hartmann,

2018). Die Ergebnisse unterstreichen auch die in der Literatur hervorgehobene Bedeutung des Verständnisses der Anliegen der Klientinnen (Hartmann, 2018). Diese Übereinstimmung mit den Erkenntnissen aus der Literatur verdeutlicht die zentrale Rolle der Anfangsphase. Darüber hinaus wird in den Ergebnissen die Bedeutung der Zielfindung in der Anfangsphase sichtbar, die in der Literatur als entscheidend für die Auftragserklärung und die Rollenverteilung beschrieben wird (Lammers, 2017). Die grosse Bedeutung der Anfangsphase in der Sexualtherapie könnte auf mehrere Faktoren zurückgeführt werden, insbesondere im Kontext der Schweiz und Deutschland, wo die Therapie von den Klientinnen selbst finanziert wird, diese eher kritischer und anspruchsvoller eingestellt sein könnten und somit die Anfangsphase zentral ist für die Therapeutinnen, damit die Bereitschaft der Klientinnen zur Fortsetzung der Therapie gesichert werden kann. Weiter messen die Therapeut*innen dem Aspekt des Verstehens in der Evaluationsphase eine grosse Bedeutung zu. Indem Therapeut*innen mit den Klient*innen präzise Ziele definieren und versuchen, die Anliegen im Detail zu verstehen, wird Vertrauen geschaffen (Sachse, 2016). Dieses anfänglich etablierte Vertrauen durch ein genaues Verstehen der Anliegen von Seiten der therapierenden Person ist für den nachfolgenden Prozess und die therapeutische Beziehung bedeutsam.

Die Frage nach der Bedeutung der mittleren Therapiephase für die Beziehungsgestaltung kann nur insofern beantwortet werden, als dass einige von Therapeutinnen genannte Vorgehensweisen, wie z.B. die individuelle Anpassung von Übungen in den Alltag der Klientinnen und die Information zur Durchführung von Übungen, in der Literatur thematisiert werden (Sztenc, 2020). Diese Vorgehensweisen werden im Sinne der therapeutischen Arbeitsbeziehung hinsichtlich der Übereinstimmung von Techniken und Aufgaben hervorgehoben (Lammers, 2017). Da die mittlere Phase jedoch weniger häufig genannt wurde, kann davon ausgegangen werden, dass diese für die Beziehungsgestaltung als weniger essenziell betrachtet wird, da die Vorgehensweisen zur Etablierung einer stabilen therapeutischen Beziehung in der Anfangsphase ausreichen, um genug Vertrauen zu schaffen und so ausreichend «Beziehungskredite» (Sachse, 2016, S. 31) zur Verfügung stehen, die die therapeutische Beziehung in der mittleren Phase stabilisieren.

Die Schlussphase hat für die therapeutische Beziehungsgestaltung laut der Ergebnisse eine geringere Bedeutung, da sich der Fokus bei Erreichung der Therapieziele oder einem positiven Therapieverlauf weniger auf die Beziehungsgestaltung richtet als auf den therapeutischen Prozess selbst.

5.3 Limitationen

Bezüglich der Limitationen der vorliegenden Arbeit ist zunächst die eher geringe Stichprobengrösse von fünf Interviews mit Therapeut*innen zu erwähnen. Die begrenzte Anzahl an Teilnehmenden schränkt die Vielfalt der Perspektiven ein und erschwert es, umfassendere Aussagen zu treffen. Zudem besteht bei der Übersetzung der Interviews vom Schweizerdeutschen ins Hochdeutsche das Risiko, dass spezifische sprachliche Nuancen und kulturelle Bedeutungen verloren gehen können, was zu unterschiedlichen Interpretationen führen kann. Eine weitere Limitation sieht die Autorin im Ungleichgewicht der Geschlechterverteilung der interviewten Therapeut*innen. Mit zwei weiblichen und drei männlichen Therapeut*innen bleibt unklar, inwieweit geschlechtsspezifische Unterschiede die Wahrnehmungen und Gestaltung der therapeutischen Beziehung beeinflussen könnten. Es besteht auch die Möglichkeit, dass die Selektion der Therapeut*innen zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt hat, da diese von der Autorin selbst ausgewählt und angeschrieben wurden. Unterschiede in der Ausbildung der Therapeut*innen könnten ebenfalls dazu führen, dass die Therapeut*innen unterschiedliche Ansätze und Prioritäten in der Beziehungsgestaltung aufweisen. Dies schränkt möglicherweise die Vergleichbarkeit der Ergebnisse ein. Zudem waren die Forschungsfragen der Untersuchung sehr weit gefasst, was die Tiefe der Analyse in einzelnen Bereichen beeinflusste. Eine engere Fokussierung auf die spezifischen Aspekte der Beziehungsgestaltung hätte möglicherweise detailliertere und präzisere Erkenntnisse geliefert.

5.4 Ausblick

Die Ergebnisse der Untersuchung eröffnen mehrere aussichtsreiche Richtungen für zukünftige Forschung und die Weiterentwicklung der sexualtherapeutischen Praxis. Der Autorin erscheint es wichtig, das Verständnis von professionellen Standards in der Sexualtherapie zu vertiefen, insbesondere auch hinsichtlich der Bedeutung der Beziehungsgestaltung. Dabei sollte der Fokus auf der Entwicklung spezifischer Kompetenzen liegen, die Sexualtherapeut*innen unterschiedlicher Grundausbildungen befähigen, eine vertrauensvolle und effektive Beziehung zu ihren Klient*innen zu gestalten. Zukünftige Studien sollten die Erkenntnisse dieser Arbeit ergänzen, um weitere relevante Daten zu generieren, die die Forschung der Sexualtherapie fördern. Zukünftige Forschungen könnten beispielsweise genauer untersuchen, wie die therapeutische Beziehungsarbeit und die selbst finanzierte Therapie miteinander verknüpft sind. Weiter könnte untersucht werden, welche Auswirkungen der Einsatz digitaler Kommunikation, wie dies zum Beispiel in Online-Therapien der Fall ist, auf die

therapeutische Beziehung hat und wie sich diese zwei Faktoren auf den Therapieerfolg auswirken. Dies sind lediglich zwei von der Autorin umrissenen möglichen Forschungsbereiche in Bezug auf zukünftige Forschung zur Beziehungsgestaltung in der Sexualtherapie. Darüber hinaus könnte es sinnvoll sein, die Beziehungsarbeit stärker in die Ausbildung von angehenden Sexualtherapeut*innen zu integrieren, insbesondere, wenn diese über keine psychotherapeutische Grundausbildung verfügen. Wie Stucki & Grawe (2007) betonen, wird die praktische Umsetzung der therapeutischen Beziehung in der Ausbildung oft nicht ausreichend berücksichtigt. Hartmann (2018) erläutert in diesem Zusammenhang, dass die Fähigkeit zur therapeutischen Beziehungsarbeit von therapeutischen Fachpersonen entwickelt und erlernt werden kann. Denn letzten Endes bleibt doch die stetige Verbesserung und Vertiefung der therapeutischen Fähigkeiten das Bestreben aller Sexualtherapeut*innen, um den grössten Nutzen für ihre Klient*innen zu erreichen und die Effizienz in der Sexualtherapie zu steigern.

6 **Schlusswort**

Beziehungen sind ein zentraler Bestandteil unseres Lebens. Im Laufe der Zeit treten wir in verschiedene Beziehungen ein, die in Tiefe und Qualität variieren können, uns jedoch alle auf ihre eigene Weise prägen. Während des Verfassens der vorliegenden Masterarbeit erlebte ich persönliche Veränderungen in meinen eigenen Beziehungen. Eine prägende Erfahrung war das Ende einer Beziehung durch den Sterbeprozess eines nahestehenden Menschen. Diese Erfahrung zeigte mir erneut die Vergänglichkeit und den Wert bedeutsamer menschlicher Verbindungen. In meiner beruflichen Umgebung bemerkte ich, dass die Qualität meiner Beziehungen zu meinen Arbeitskolleg*innen durch zunehmende Arbeitsbelastung gewisser Schwankungen unterworfen war. Diese Beobachtung zeigte mir, wie wichtig es ist, auch in belastenden Zeiten bewusst an zwischenmenschlichen Beziehungen zu arbeiten. Gleichzeitig erfuhr ich grosse Unterstützung und Hilfe durch meinen lieben Partner, meine Familie und Freunde, dies besonders in Zeiten grosser Belastung, Zeitmangels und Konflikten in der Freizeitgestaltung. Diese Beziehungen erwiesen sich als grosse Kraftquellen und zeigten, wie wertvoll ein stabiles Beziehungsnetz sein kann. Auch die Beziehung zu mir durchlief Veränderungen. Die Reflexion über meine eigenen Beziehungen und deren Entwicklungen vertieften mein Verständnis für die Bedeutung der Beziehungsgestaltung in der Sexualtherapie. Sie liess mich die Wichtigkeit, echter und wertschätzender Beziehungen nicht nur in der Therapie, sondern auch im persönlichen Leben erkennen. Das Schreiben dieser Masterarbeit hat meine Perspektive auf die Bedeutung der Beziehungsgestaltung sowohl im privaten wie auch im beruflichen Kontext nachhaltig bereichert. Meine persönlichen Erfahrungen während dieser Zeit unterstreichen die Erkenntnisse dieser Arbeit und zeigen, dass die Qualität unserer Beziehungen massgeblich zu unserem Wohlbefinden und unserer Lebensqualität beiträgt – in der Therapie wie auch im Privatleben.

7 Literaturverzeichnis

- Ackerman, S., Riggs Center, A., Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Article in Clinical Psychology Review*. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Barrett, M. S., & Berman, J. S. (2001). Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 597–603. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.4.597>
- Bettighofer, S. (2022). *Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess* (6th ed.). W. Kohlhammer.
- Bischof, K. (2020). Wissenschaftliche Grundlagen des Sexocorporel. In *Die deutschsprachige Sexualwissenschaft* (pp. 423–446). Psychosozial-Verlag. <https://doi.org/10.30820/9783837976977-423>
- Böker, H., Hoff, P., & Seifritz, E. (Hrsg.). (2019). *Psychosomatik heute: Psychosomatik in Klinik und Forschung* (1st ed.). Hogrefe Verlag. <https://doi.org/10.1024/85628-000>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/H0085885>
- Braga de Lucena, B., & Najjar Abdo, C. H. (2017). Sex Therapy: Brief Historic and Current Perspectives. *Women's Health*, 5(5). <https://doi.org/10.15406/mojwh.2017.05.00134>
- Butollo, W., Krüsmann Frau, M., & Hagl, M. (2008). Humanistische Psychotherapieverfahren. In *Psychiatrie und Psychotherapie* (pp. 841–870). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-540-33129-2_34
- Caspar, F. (2018). *Beziehungen und Probleme verstehen: Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse* (4th ed.). Hogrefe.
- Chen, S. (2022). *Dispositional authenticity, perceived facilitativeness, conditions of worth, and relational outcomes in romantic relationships: empirical tests of Carl Rogers' theory of personality and interpersonal relationships* [PhD thesis]. University of Nottingham.
- Clement, U. (2004). *Systemische Sexualtherapie*. Klett-Cotta.

- Collins, F. (2009). *The impact of gender on the therapeutic relationship*. Dublin Business School.
- Demuth, M., & Wede, H. (2022). Nähe und Distanz in der manualmedizinischen Behandlung. *Manuelle Medizin*, 60, 100–103. <https://doi.org/10.1007/s00337-022-00867-1>
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J., & Johnson, L. D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a “Working” Alliance Measure. *Journal of Brief Therapy*, 3, 3–12.
- Dworkin, S. L. (2012). Sample size policy for qualitative studies using in-depth interviews. *Archives of Sexual Behavior*, 41(6), 1319–1320. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0016-6>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43–49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>
- Flick, U. (2014). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (pp. 411–423). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0>
- Gandras, G. (2021). *Die Therapeutische Beziehung in der Psychotherapie - Vom Erstgespräch bis zum Therapieabschluss* (1st ed.). Springer.
- Gaspar, M. (2023). Nähe in der Psychotherapie. *Zeitschrift Für Pastoraltheologie (ZPTh)*, 43, 125–138. <https://www.uni-muenster.de/Ejournals/index.php/zpth/article/view/5039/5119>
- Glantz, A., & Michael, T. (2014). Interviewereffekte. In J. Blasius & N. Baur (Eds.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (pp. 312–322). Springer.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Hogrefe - Verlag für Psychologie.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Hogrefe.
- Grolimund, F. (2017). *Psychologische Beratung und Coaching: Lehr- und Praxisbuch für Einsteiger* (2nd ed.). Hogrefe Verlag.
- Haeberle, E. J. (1993). *Berlin und die internationale Sexualwissenschaft*.
- Hartmann, U. (2018). *Sexualtherapie - Ein neuer Weg in Theorie und Praxis*. Springer-Verlag GmbH. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-54415-0>
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92076-4>

- Hersoug, A. G., Høglend, P., Monsen, J. T., & Havik, O. E. (2001). Quality of Working Alliance in Psychotherapy. In *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* (Vol. 10, Issue 4).
- Holm-Hadulla, R. M. (2000a). *Die therapeutische Beziehung*. 45, 124–136. https://www.researchgate.net/profile/Rainer-Holm-Hadulla/publication/257392911_Die_therapeutische_Beziehung/links/5e5c2e9b92851cefa1d49f80/Die-therapeutische-Beziehung.pdf
- Holm-Hadulla, R. M. (2000b). Die therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut*, 45(2), 124–136.
- Janko, C. (2015). *Positive und negative Psychotherapie-Effekte und deren Wirkfaktoren*.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2006a). Selbstmanagement- Therapie. In *Selbstmanagement- Therapie* (4th ed.). Springer. <https://doi.org/10.1007/3-540-29961-0>
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2006b). *Selbstmanagement-Therapie*. Springer.
- Kehlet Lins, K. (2020). *Einführung in die systemische Sexualtherapie*. Carl-Auer-Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (5th ed.). Beltz Juventa.
- Kurtscheid, H. (2016). Wertschätzung, Empathie und Authentizität: Die Kraft der Personenzentrierten Haltung in der professionellen Begegnung. In H.-P. Färber, T. Seyfarth, A. Blunck, E. Vahl-Seyfahrt, J. Leibfritz, & G. Mohler (Eds.), *Mitteilen – Zuhören – Verstehen: Die verschlungenen Wege der Kommunikation* (p. 1423). Stiftung KBF.
- Lammers, C.-H. (2017). *Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung: Techniken der Verhaltenstherapie* (1st ed.). Beltz.
- Lammers, C.-H., & Schneider, W. (2009). *Die therapeutische Beziehung - Verfahrensübergreifende Aspekte*. <https://doi.org/10.1007/s00278-009-0701-7>
- Lohmann, B. (2017). *Selbstunterstützung für Psychotherapeuten* (1st ed.). Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02565-000>

- Loth, W., & von Schlippe, A. (2004). Die therapeutische Beziehung aus systemischer Sicht. *PiD - Psychotherapie Im Dialog*, 5(4), 341–347. <https://doi.org/10.1055/s-2004-828518>
- Maß, R., & Bauer, R. (2016). *Lehrbuch Sexualtherapie*. Klett-Cotta.
- Masters, W., & Johnson, V. (1970). Human sexual inadequacy. In (No Title).
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12th ed.). Beltz Verlag.
- McLeod, & John. (2013). *An Introduction to Counselling*. McGraw-Hill Education.
- Meuser, M., & Nagel, U. (2002). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig beachtet: Einen Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In A. Bogner, B. Littig, & W. Menz (Eds.), *Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-322-93270-9>
- Meuser, M., & Nagel, U. (2008). ExpertInneninterview: Zur Rekonstruktion spezialisierten Sonderwissens. In R. Becker & B. Kortendiek (Eds.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung: Theorie, Methoden, Empirie* (2nd ed., pp. 368–371). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Möller, H., & Lohmer, M. (2017). *Supervision in der Psychotherapie: Grundlagen - Forschung - Praxis* (1st ed.). Kohlhammer.
- Peters, M. (2023). „Age-discrepant“ – Ein Problem für die therapeutische Beziehung? In B. Strauss & C. Spitzer (Eds.), *Psychotherapeuten und das Altern: Die Bedeutung des Alterns in der therapeutischen Beziehung und der eigenen Lebensgeschichte* (pp. 153–167). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-65228-2_12
- Pfammatter, M., Martin Junghan, U., & Tschacher, W. (2012). *Psychotherapie* 17. 17.
- Rogers, C. R. (1977). *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (25th ed.). Kindler.
- Sachse, R. (2016). *Therapeutische Beziehungsgestaltung* (2. Auflage). Hogrefe Verlag.
- Schmalbach, I., Albani, C., Petrowski, K., & Brähler, E. (2022). Client-therapist dyads and therapy outcome: Does sex matching matters? A cross-sectional study. *BMC Psychology*, 10(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00761-4>

- Schmauch, U. (2010). Nähe, Distanz und Grenzen in psychosozialen und pädagogischen Berufen. *Zeitschrift Für Sexualforschung*, 23(03), 194–219. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1262583>
- Schreyögg, A. (2010). *Supervision: Ein integratives Modell* (5th ed.). Springer.
- Sever, Z., & Vowels, L. M. (2023). Beliefs and Attitudes Held Toward Sex Therapy and Sex Therapists. *Archives of Sexual Behavior*, 52(4), 1729–1741. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02532-7>
- Simon, A. (2008). *Effektivität (efficacy) von Sexualtherapie*.
- Stenzel, N., & Berking, M. (2012). *Wirkfaktoren in der Psychotherapie*. 149–164. https://doi.org/10.1007/978-3-642-25523-6_14
- Stucki, C., & Grawe, K. (2007). *Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung: Hinweise und Handlungsanweisungen für Therapeuten*. <https://doi.org/10.1007/s00278-006-0507-9>
- Sztenc, M. (2020). *Embodimentorientierte Sexualtherapie: Grundlagen und Anwendung des Sexocorporel*. Schattauer.
- Tschacher, W., & Bannwart, B. (2021). Embodiment und Wirkfaktoren in Therapie, Beratung und Coaching. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 28(1), 73–84. <https://doi.org/10.1007/s11613-021-00690-y>
- Vetter, B. (2007). *Sexualität: Störungen, Abweichungen, Transsexualität*. Schattauer GmbH.
- Witschi, J. (2023). *Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut*in und Klient*in im sexualtherapeutischen Kontext Die Bedeutung der Therapeut*in-Klient*innen-Beziehung in der Sexualtherapie*.
- Wöller, W. (2016). Der ausreichend gute Therapeut. *Psychotherapeut*, 61(2), 105–109. <https://doi.org/10.1007/s00278-016-0086-3>

8 Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen verwendet habe. Insbesondere versichere ich, dass ich alle wörtlichen und sinngemässen Übernahmen aus anderen Werken - dazu gehören auch Internetquellen - als solche kenntlich gemacht habe.

Yvonand, 26.07.2024

(Ort, Datum)



(Unterschrift)

Anhang A Leitfaden Interview

Kürzel Interview: _____

Datum: _____

Aufnahmeart: Zoom Aufnahmedauer: _____

Forschungsfragen (für mich):

- **Welche Aspekte der Beziehungsgestaltung sind in der Sexualtherapie besonders bedeutsam?**
- **Welche Bedeutung hat die Beziehungsgestaltung in der Sexualtherapie auf den Therapieverlauf (in den versch. Phasen der Therapie)?**

Einstieg:

- Begrüssung und Dank für die Zeit
- Kurzer Umriss des Themas (MA: Beziehungsgestaltung im sex.therap. Kontext)
- Hinweis zu Anonymität und Transkription (Einverständniserklärung, Recording)
- Beschreibung der Form des Interviews (Dauer: ca. 1h, offen, einige Fragen, aber keinen klaren Ablauf)
- Wichtig: Perspektive und Erfahrungen der TherapeutInnen

Einstiegsfragen

- ⇒ *Können Sie mir einen Einblick in Ihren beruflichen Hintergrund geben und wie Sie dazu gekommen sind, in diesem Bereich zu arbeiten?*
- ⇒ *Welche Klient*innen kommen vor allem in Ihre Praxis und mit welchem Anliegen?*

Schlüsselfragen

Themenfeld 1: Therapieerfolg

- ⇒ Was macht Ihrer Meinung nach eine erfolgreiche Sexualtherapie aus?
- ⇒ Inwiefern beeinflusst die Qualität der therapeutischen Beziehung Ihrer Meinung nach den Verlauf und die Effektivität der Sexualtherapie?

Rückfragen/ Nachfragen:

- Woran zeigt sich eine erfolgreiche Therapie? Wann ist eine Sexualtherapie erfolgreich?
- Wie definieren Sie eine erfolgreiche therapeutische Beziehung im Kontext der Sexualtherapie?

Themenfeld 2: Beziehungsgestaltung

- ⇒ Inwiefern ist die Beziehung zwischen Ihnen und der Klientin/ dem Klienten wichtig in der Sexualtherapie?
- ⇒ Was ist besonders wichtig bei der therapeutischen Beziehungsgestaltung in der Sexualtherapie?
- ⇒ Wie gestalten Sie aktiv eine therapeutische Beziehung?

Rückfragen/ Nachfragen:

- Worauf legen Sie besonderen Wert bei der Beziehungsgestaltung?
- Was erachten Sie als Herausforderung in der therapeutischen Beziehungsgestaltung?
- Können Sie ein Beispiel aus der Praxis machen, wie Sie aktiv eine Beziehung gestalten?
- Was ist Ihnen in der Praxis aufgefallen, was ist besonders hilfreich?

Themenfeld 3: Phasen der Sexualtherapie

- ⇒ Welche Phasen einer Sexualtherapie erachten Sie als besonders wichtig für die Beziehungsgestaltung?
- ⇒ Was unternehmen Sie, um die therapeutische Beziehung während der Arbeit an sexuellen Problemen und Herausforderungen aufrechtzuerhalten?

Rückfragen/ Nachfragen:

- Wie legen Sie in der Anfangsphase den Grundstein für eine vertrauensvolle Beziehung?
- Können Sie dazu ein Beispiel machen?
- Welche Herausforderungen erleben Sie im Verlaufe der Therapie in Bezug auf die Beziehungsgestaltung?
- Woran erkennen Sie Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung?
- Wie reagieren Sie, wenn Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung auftreten?

Themenfeld 4: Altersdifferenz/ Geschlechterverhältnis

- ⇒ Inwiefern beeinflusst die **Altersdifferenz** zwischen Therapeut*in und Klient*in die therapeutische Beziehungsgestaltung?
- ⇒ Welche Rolle spielt das **Geschlechterverhältnis** zwischen Therapeut*in und Klient*in für die therapeutische Beziehungsarbeit?

Rückfragen/ Nachfragen:

- Welche spezifischen Herausforderungen erleben Sie in der Praxis bezüglich der Altersdifferenz zwischen Therapeut*in und Klient*in?
- Welche Herausforderungen in der Beziehungsgestaltung kennen Sie, welche sich aus der Geschlechterdifferenz ergeben?

Themenfeld 5: Persönliche Merkmale der Therapeutin/ des Therapeuten

- ⇒ Welche persönlichen Merkmale von Therapeut*innen finden Sie besonders wichtig für die Beziehungsgestaltung zu den Klient*innen?

Rückfragen/ Nachfragen:

- Inwiefern beeinflussen Ihre persönlichen Merkmale als Therapeut*in die therapeutische Beziehungsgestaltung?
- Gibt es persönliche Merkmale, bei denen Sie merken, dass sie besonders positiv wirken auf die Beziehungsgestaltung?

Abschluss:**Abschliessende Frage:**

- ⇒ Was mich interessiert: Welche Botschaft würden Sie angehenden Sexualtherapeut*innen in Bezug auf die Beziehungsgestaltungen mit auf den Weg geben?
- ⇒ Gibt es noch etwas, das Sie abschliessend gerne sagen würden?
- ⇒ Zusammenfassung des Gesprächs
- ⇒ Als besonders relevant wird...erachtet
- ⇒ Dank/ Verabschiedung

Anhang B Einverständniserklärung zur Teilnahme an Interview

Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen der Masterarbeit *«Aspekte und Bedeutung der Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut*in und Klient*in im sexualtherapeutischen Kontext – Eine qualitative Untersuchung der therapeutischen Beziehungsarbeit»*

Von Jasmin Witschi, ISP Zürich

- Ich wurde von der unterzeichnenden Testleiterin über die Ziele und den Ablauf der Studie informiert.
- Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an dieser Studie sind mir zufriedenstellend beantwortet worden.
- Ich hatte genügend Zeit, um die Entscheidung zu treffen, an der Studie teilzunehmen.
- Ich weiss, dass meine Daten nur in anonymisierter/ pseudonymisierter Form gespeichert werden.
- Ich nehme an dieser Studie freiwillig teil. Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung zur Teilnahme widerrufen, ohne dass mir deswegen Nachteile entstehen.

Ort/ Datum: _____

Vor- und Nachname _____

(in Druckbuchstaben)

Unterschrift

Name Interviewerin Jasmin Witschi

Unterschrift

Anhang C Kodierleitfaden mit den Haupt- und Subkategorien

Hauptkategorie	Subkategorien	Definition	Anwendung der Kategorie	Ankerbeispiel
Faktoren für eine erfolgreiche Sexualtherapie	• Zielorientierung und Formulieren von realistischen Zielen	Alle Aussagen der Therapeutinnen und Therapeuten darüber, was eine erfolgreiche Sexualtherapie ausmacht, einschliesslich der Kriterien und Indikatoren, die den Erfolg einer Sexualtherapie kennzeichnen.	Alle Passagen, in denen die Therapeutinnen und Therapeuten darüber sprechen, welche Faktoren eine erfolgreiche Therapie ausmachen und dazu führen, einschliesslich der Kriterien und Indikatoren für den Erfolg. Antworten auf die Frage: Was denken Sie, was macht eine erfolgreiche Sexualtherapie aus?	„Sondern dass der Mensch für sich sagen kann: „Ja, da hat sich was getan.“ Und es geht ja konkret um den Bereich Sexualität, da fühle ich mich wohler, da kann ich mehr erleben und fühle mich insgesamt kompletter.“ (T3, 65-67).

Bedeutung der Beziehungsgestaltung	• Aufbau von Vertrauen und Sicherheit	Diese Hauptkategorie umfasst alle Aussagen und Konzepte, die sich mit der Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung in der Sexualtherapie befassen.	Alle Aussagen, die auf Aspekte der Wirkung, Bedeutung und Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung hinweisen. Antworten auf die Frage: Inwiefern beeinflusst die Qualität der therapeutischen Beziehung den Verlauf der Therapie?	„(...) Also, die Erfahrung ist, dass sehr oft vom Druck, den sie erleben, der plötzlich abnimmt oder beruhigen kann. Sie kommen häufig in der Tiefe mit Selbstzweifeln in Kontakt. Bin ich richtig? Bin ich normal und so weiter. Und. Und wenn da ein Gegenüber ist, das einfach freundlich interessiert ist und offen und ich als Therapeutin das im ersten Moment gar nicht bewerten muss.“ (T2, 102 - 106)
---	---	--	--	---

Beziehungsgestaltende Handlungen und Elemente	• Authentizität, Ehrlichkeit und Transparenz • Förderung von Geduld und Selbstmitgefühl • Herausforderungen der Beziehungsgestaltung	Diese Kategorie bezieht sich auf die konkreten Handlungen, Strategien und Methoden, die die Therapeutinnen und Therapeuten aktiv einsetzen, um die therapeutische Beziehung zu gestalten und zu fördern. Es umfasst alle Interaktionen, spezifischen Techniken, die die Therapeutin verwendet, um eine wirksame Beziehung aufzubauen.	Aussage, auf die Frage wie die Beziehung gestaltet wird, welche Strategien angewandt werden, sowie die Herausforderungen und Überprüfung der Beziehungsqualität. Bei dieser Kategorie liegt der Fokus abgrenzend auf der konkreten Handlung der therapierenden Person.	„Also, ich würde sagen, das Gespräch, da geht es darum, dass auch Vertrauen aufgebaut wird, dass sie auch merken, ich habe ein Wissen beziehungsweise, kann ihnen da auch Antworten vermitteln, kann auf ihre Fragen und Themen eingehen.“ (T1, 244 - 246)
--	--	--	---	---

Beziehungsgestaltung im Verlauf der Therapie	• Anfangsphase: Evaluation/ Sexualanamnese und Verstehen der Anliegen • Beziehungsgestaltung in der mittleren Phase der Therapie • Kontinuierliche Auftragsklärung und individuelle Anpassung • Schlussphase der Therapie	Diese Hauptkategorie umfasst die Bedeutung der Beziehungsgestaltung in den verschiedenen Phasen der Therapie. Dazu gehören die ersten Sitzungen inklusive Auftragsklärung sowie eine erste gemeinsame Zielfindung, die mittlere Phase und die Schlussphase.	Alle Passagen, in denen die Therapeutinnen und Therapeuten über die Bedeutung der Beziehungsgestaltung in den verschiedenen Phasen der Sexualtherapie sprechen. Antwort auf die Frage: Welche Phase der Therapie erachten Sie als besonders wichtig für den Aufbau einer wirksamen therapeutischen Beziehung?	„Die ist enorm wichtig und am Anfang der Therapie lege ich sehr viel Wert darauf, dass der Beziehungsaufbau stattfindet. Das (Sexualität) ist ein Thema, das für viele Menschen nicht einfach ist zum darüber sprechen.“ (T4, 75 - 77)
---	--	--	---	---

Beziehungsfördernde Merkmale der Thera- peut*innen	• Therapeutische Haltung und Neugier • Methoden- und Fachkompetenz • Fähigkeit zur Selbstreflexion und Selbstwahrnehmung • Therapeutisches Selbstverständnis und Selbstsicherheit	Diese Kategorie bezieht sich auf die persönlichen und professionellen Eigenschaften, Fähigkeiten und Haltungen der Therapeutin und des Therapeuten, die sie als professionelle Person ausmachen und die therapeutische Beziehung beeinflussen.	Antworten auf die Frage, welche Merkmale der therapierenden Person die Beziehungsgestaltung beeinflussen und was diese Merkmale bei den Klientinnen bewirken.	„Und ich habe auch das Gefühl, wenn ich selber keine Unsicherheit oder ein Unwohlsein mitbringe in diesem Setting, merken sie auch: „Ah, hier ist jemand, der wirklich da ist, der wirklich interessiert ist, der keine Berührungssängste hat mit Sachen, oder Inhalte zu erfragen.“ (T5, 139 - 142)
---	--	---	--	---

Einfluss der Geschlechterdifferenz auf die Beziehungsgestaltung	• Geschlechtsspezifische Machtstrukturen • Anziehung	Alle Aussagen, die aufzeigen, inwiefern die Geschlechterdifferenz zwischen Klientin/ Klient und Therapeutin/ Therapeut die Beziehung beeinflusst, welche Herausforderungen sich daraus ergeben und wie damit umgegangen wird.	Aussagen, inwiefern die Geschlechterdifferenz die Gestaltung der therapeutischen Beziehung beeinflusst, Schwierigkeiten, welche aufgrund der Geschlechterdifferenz genannt werden, sowie Aussagen zum Umgang mit der Geschlechterdifferenz.	„(...) Also, andere Sachen finde ich halt nicht besonders herausfordernd, oder wenn man mit mir nachher noch kurz nachtessen möchte oder so oder ein Klient findet, eigentlich verstünden wir uns so gut, wir könnten ja sogar kollegial essen gehen. Dann mache ich klar, wir haben hier den Rahmen und das bleibt auch so. Ich nehme es als Kompliment, dass er sich wohlfühlt.“ (T2, 604 - 608)
--	---	--	--	---

Einfluss der Altersdifferenz auf die Beziehungsgestaltung	• Kritische Haltung/ Zurückhaltung • Umgang mit Altersdifferenz • Übertragungsphänomene • Altersspezifische Themen	Alle Aussagen, inwiefern die Altersdifferenz zwischen Klientin/ Klient und Therapeutin/ Therapeut die Beziehung beeinflusst, welche Herausforderungen sich daraus ergeben und wie damit umgegangen wird.	Antworten auf die Frage, inwiefern die Altersdifferenz die Beziehung beeinflusst, welche Schwierigkeiten auftreten können und wie der Umgang damit ist.	„Wenn ich, ähm, Leute in den Ausbildungen habe, die sind noch keine 30, approbierte, in der Regel PsychologInnen. Ja. Gut ausgebildet sind 28, 29. Ich schätze die dann so gefühlt auf 24, 25. Ja und dann sitzt vor denen ein Mann mit Mitte 40 und soll sein Gegenüber ernst nehmen. Das braucht Beziehungsarbeit. Das ist möglich, weil Kompetenz trumpft Geschlecht, Kompetenz trumpft Altersunterschied. Aber ja, das ist Beziehung, die gestaltet werden will an der Stelle.“ (T3, 516 - 521)
--	---	---	--	--