BERATUNG AKTUELL

Fachjournal für Theorie und Praxis

Heft 1 | 2026

Paar- und Sexualberatung im allgemeinen Gesundheitswesen

Impressum

Beratung aktuell
Fachjournal für Theorie und Praxis
eISSN 1437-3181
beratung-aktuell.de | besserlieben.de/beratung-aktuell
27. Jahrgang, 2026, Heft 1
https://doi.org/10.30820/1437-3181-2026-1

Beratung aktuell ist das inhaltlich unabhängige Fachjournal von besser:lieben und als Publikationsorgan an das Psychologische Institut für Subjektivitäts- und Praxisforschung (Psych-ISP) angegliedert.

Supported by APW und Teach LOVE.

Herausgeberinnen
Dr. Johanna Degen,
Dr. Judith Lurweg,
Monika Wacker

Beitragseinreichung
redaktion@beratung-aktuell.de
Wenn Sie einen Beitrag einreichen möchten, beachten Sie bitte die Publikationshinweise:
beratung-aktuell.de/about/submissions

ViSdP
Die Herausgeberinnen; bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen die Autor*innen. Namentlich gekennzeichnete Beiträge stellen nicht in jedem Fall eine Meinungsäußerung der Herausgeberinnen oder des Verlags dar.

Psychosozial-Verlag
Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG
Walltorstraße 10
35390 Gießen, Deutschland
info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Die Beiträge dieser Zeitschrift unterliegen der Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International Lizenz (CC BY-NC-ND 4.0). Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung und unveränderte Weitergabe, verbietet jedoch die Bearbeitung und kommerzielle Nutzung. Weitere Informationen: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Inhalt

Editorial 5
Johanna L. Degen, Judith Lurweg & Monika Wacker

Fachbeiträge

Wie wirkt (systemische) Paartherapie? 11
Sonja Bröning & Sophie Johannßen

Die Wirksamkeit von Paartherapie/Paarberatung in der Praxis 29
Ein Update
Christian Roesler

Aus der Praxis

»Unter der Gürtellinie ist tote Hose« 45
Sexualpädagogisches Verweisungswissen in der Ausbildung psychosozialer Fachkräfte – Kommentar
Stefan Hierholzer

»Mein Körper, meine Wünsche und Ich« 55
Ein Gruppentherapeutisches Therapieprogramm für Frauen zur weiblichen Sexualität – Ein Praxisbericht
Vera Funke

Paartherapie in der gesundheitlichen Regelversorgung aus Sicht der Frauengesundheit 79
Interview mit Johanna Fischer-Gödde, Gynäkologin

Buchbesprechung

Sonja Bröning & Agostino Mazziotta:
Vielfältige Liebe – Polyamorie gestalten 85
Johanna L. Degen

Ankündigungen

Die Fachgesellschaft für integrative Beziehungs- und Sexualtherapie und -beratung (FiBS) stellt sich vor 91

In eigener Sache 95

Editorial

Beratung aktuell, 27(1), 2026, 5–10
https://doi.org/10.30820/1437-3181-2026-1-5
beratung-aktuell.de | besserlieben.de/beratung-aktuell
CC BY-NC-ND 4.0

Liebe Leserschaft der *Beratung aktuell*,

das Psychotherapeutengesetz fasst psychologische Tätigkeiten, außerhalb der Heilkunde, nicht als Psychotherapie, und so sind Begriffe wie Paar- und Sexualtherapie und -beratung gesetzlich ungeschützt und rechtlich an keine definierte Ausbildung gebunden.

Aus diesem rechtlichen Kontext folgt eine Versorgungslage, in der Paar- und Sexualtherapie außerhalb des Regelkatalogs der Krankenkassen stehen. Die aktuellen Bestrebungen, das Gesundheitssystem im psychotherapeutischen Bereich zu kürzen, machen es zudem eher unwahrscheinlich, dass Paarbeziehung und Sexualität unter ganzheitlicher Perspektive von Psyche und Gesundheit in absehbarer Zukunft stärker in den Fokus der gesundheitlichen Regelversorgung rücken.

Bezeichnend ist auch, in welchem Kontext Sexualität und Beziehung im Gesundheitswesen Relevanz zugesprochen wird, nämlich zumeist dort, wo es um klinische Dringlichkeit geht, etwa um Trauma, manifeste Störungen und sexuelle Dysfunktionen, während das Potenzial für Resilienz, Schutz, Prävention oder auch eine lustvolle Sexualität und bereichernde Beziehung eher in den Hintergrund geraten (Alhonkoski et al., 2026; Gordon & Kranz, 2024; Ramchandani et al., 2022).

In vielen grundlegenden (psycho-)therapeutischen und beraterischen Aus- und Weiterbildungen werden intime Beziehungen und Sexualität nur am Rand behandelt und allein das Reden über intime Beziehungen und Sexualität bleibt für viele Fachkräfte befremdlich, ganz zu schweigen von mangelnden Tools für Anamnese und Interventionen (u. a. Dukes, 2025; Gordon & Kranz, 2024). Therapeut:innen sind dann oft darauf angewiesen, sich zusätzlich fortzubilden, um sich im Thema fundiert aufzustellen; damit wird auch die Qualifikation eine Sache individuellen Aufwandes statt curricularer Selbstverständlichkeit und struktureller Versorgung.

Dabei zeigt die Forschung, dass Paar- und Sexualtherapie, als ganzheitliche medizinische Versorgung, zielführend unterstützend wirken und Kosten reduzieren können; sowohl im Bereich körperlicher als auch psychischer Erkrankungen (inkl. Traumafolge) (u. a. Crane, 2016; Lafrenaye-Dugas et al., 2020; Tao et al., 2025). So zeigt sich gesundheitsbezogene Relevanz von Paar- und Sexualtherapie unter anderem für marginalisierte und vulnerable Gruppen und bei Suchterkrankungen, wobei die Relevanz in Deutschland oftmals auch im Kontext institutionalisierter Eheberatungen und entlang verschiedener Paradigmen (u. a. systemisch vs. EFT) untersucht wird (u. a. Hatch et al., 2025; Ravindran & Govender, 2020; Goktan & Henry, 2024; Heiden-Rootes et al., 2025; Lee et al., 2020; Schünemann et al., 2018; Klann et al., 2011; Roesler, 2019).

Es zeigt sich dabei, dass die Wirksamkeit zwar vielfach bestätigt ist, Nutzung, Zugang und Implementation aber begrenzt bleiben, und ein eigentlicher Diskurs über Paar- und Sexualtherapie in der Gesundheitsversorgung kaum stattfindet (u. a. Lebow & Snyder, 2022; Wittenborn et al., 2025). Etwa dreißig konkret einschlägige Arbeiten lassen sich überhaupt zusammentragen, deutlich mehr aus dem internationalen als aus dem deutschsprachigen Raum. Zudem wird das Thema oft auf die Kostenfrage und auf Zugangsbarrieren fokussiert (Hubbard & Anderson, 2022; Lafortune et al., 2023; Sever & Vowels, 2024). In den Gesundheitsberichten der Krankenkassen findet das Thema ebenfalls kaum Beachtung und das, obwohl sogar die ökonomische Argumentation an ein über Kosten gesteuertes System anschlussfähig wäre, etwa über den sogenannten Offset-Effekt, der die stärkste Kostenreduktion bei Vielnutzern der Gesundheitsversorgung verzeichnet (Crane, 2016); aber auch ungeachtet von Evidenz ist es eine schlicht logische Folgerung, dass Beziehungen und Sexualität auf Gesundheit und Wohlbefinden wirken.

Die Abspaltung von Paar- und Sexualthemen in der gesundheitlichen Versorgung zeigt sich auch dort, wo institutionalisierte Angebote existieren. Im stationären Bereich bieten vor allem Privatkliniken paar- und sexualtherapeutische Angebote in ganzheitlichen Paradigmen an, Beratungsstellen wie pro familia arbeiten je nach Standort unter unterschiedlichen Bedingungen, oftmals unter Konzepten der Zuzahlung; reguläre Beratung ist oft kostenfrei, Paarberatung muss von den Patient:innen co-finanziert werden. Dies ist bedeutungsvoll, denn wo Paar- und Sexualtherapie über Privatleistungen läuft, erreichen sie eher die besser Situierten, und die Arbeit an Beziehung und Sexualität verschiebt sich in Rich-

tung eines Privilegs, das sich leisten kann, wer ohnehin über Ressourcen verfügt.

Wer eine paartherapeutische Begleitung sucht, navigiert zudem lückenhafte Versorgung und ein Feld aus Selbstzahlangeboten, regional schwankender Trägerschaft und ungeschützten Berufsbezeichnungen, während die Frage, wer Qualität und Wirkweise verantwortet, nicht immer für Endverbraucher:innen transparent geregelt wird (u. a. Eichenberg, 2022; Pilsl & Heitkötter, 2020). Dabei werden Herausforderungen von Qualität und Versorgung beobachtet und auch aus dem eigenen Feld und den darin engagierten und zertifizierenden Fachgesellschaften adressiert.

Vor diesem Hintergrund verhandelt dieses Heft Paar- und Sexualtherapie als Gegenstand des Gesundheitswesens.

Im wissenschaftlichen Beitrag stellen *Sonja Bröning* und *Sophie Johannßen* anhand einer Interviewstudie mit Systemischen Paartherapeut:innen Wirksamkeitsbefunde und Wirkfaktorenmodelle von (systemischer) Paartherapie (SPT) vor.

Christian Roesler trägt eine Wirksamkeitsuntersuchung von Paarberatung mit Fokus auf die Emotionsfokussierte Paartherapie (EFT) bei und wirbt für einen niedrigschwelligen Zugang zu professionellen Hilfsangeboten bei Paarproblemen.

Im kritischen Kommentar adressiert *Stefan Hierholzer* das mangelnde sexualpädagogische Verweisungswissen von Fachkräften in psychosozialen Berufen und stellt es in den Zusammenhang mit dem erschwerten Zugang zu sexual- und paartherapeutischen Angeboten.

Vera Funke berichtet über ein eigens entwickeltes, kassenfinanziertes Gruppentherapieprogramm für Frauen zur weiblichen Sexualität.

Im Interview gibt *Johanna Fischer-Gödde* Einblick in ihre medizinische Tätigkeit als Gynäkologin und erläutert die Verknüpfung zu den Feldern Paar- und Sexualberatung.

Johanna L. Degen bietet im Rahmen einer Buchbesprechung Einblicke in die Neuerscheinung »Vielfältige Liebe – Polyamorie gestalten« von Sonja Bröning und Agostino Mazziotta.

Zudem stellt der neu gewählte Vorstand der kürzlich gegründeten Fachgesellschaft für integrative Beziehungs- und Sexualtherapie und -beratung (FiBS) den Verein und seine Positionierung im Feld vor.

Den Autorinnen und Autoren an dieser Stelle herzlichen Dank für ihre Beiträge.

Registrieren Sie sich gerne für den Newsletter, um die Zeitschrift und

zukünftige Calls für Beiträge zu erhalten (https://beratung-aktuell.de/newsletter). Sie erreichen uns zudem unter der Mail-Adresse: redaktion@beratung-aktuell.de

Die geplanten nächsten Hefte wenden sich in der Reihenfolge folgenden Themen zu: Sexuelle Bildung und Beratung in Kollaboration mit Andreas Gloël und Niklas Albers von der pro familia (2/2026) und aktuelle Entwicklungen im Diskurs um Sexualität (z. B. Normalisierung von Rough Sex) (1/2027), für die Hefte ab 1/27 nehmen wir noch Beiträge an. Jede Ausgabe bietet zudem Platz für einen freien Artikel, der nicht auf den Themenschwerpunkt begrenzt ist. Die Calls und Fristen für Ihre Einsendungen entnehmen Sie bitte der Website: beratung-aktuell.de

Wir freuen uns auf den Diskurs und Ihre Beitragszuschriften!

Ihre Herausgeberinnen
Dr. Johanna L. Degen, Dr. Judith Lurweg & Monika Wacker

Literatur

Alhonkoski, S. et al. (2026, i. E.). Physicians' perspectives on the assessment of referrals for sex therapy – qualitative description with SWOT analysis. *BMC Health Services Research*. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-8415620/v1

Bröning, S. & Johannßen, S. (2026). Wie wirkt (systemische) Paartherapie? *Beratung aktuell. Fachjournal für Theorie und Praxis* 27(1): 11–27. https://doi.org/10.30820/1437-3181-2026-1-11

Crane, R. D. (2016). Über die Kosteneffektivität der Ehe- und Familientherapie und der Ehe- und Familientherapeuten in Settings der Gesundheitsversorgung. Ein aktualisierter Forschungsüberblick. *Familiendynamik* 41(1): 16–21.

Degen, J. L. (2026). Sonja Bröning & Agostino Mazziotta. Vielfältige Liebe – Polyamorie gestalten. *Beratung aktuell. Fachjournal für Theorie und Praxis* 27(1): 85–90. https://doi.org/10.30820/1437-3181-2026-1-85

Die Fachgesellschaft für integrative Beziehungs- und Sexualtherapie und -beratung (FiBS) stellt sich vor (2026). *Beratung aktuell. Fachjournal für Theorie und Praxis* 27(1): 91–93. https://doi.org/10.30820/1437-3181-2026-1-91

Dukes, C. (2025). Talking about S-E-X in Healthcare Settings: Let's Get Clinical. *Dela J Public Health* 11(2): 46–49. https://doi.org/10.32481/djph.2025.07.12

Eichenberg, C. (2022). Online-Paartherapie.Tragfähige therapeutische Beziehung. *Deutsches Ärzteblatt PP* (5): 230–232. https://api.aerzteblatt.de/pdf/pp/21/5/s230.pdf

Funke, V. (2026). »Mein Körper, meine Wünsche und Ich«. Ein Gruppentherapeutisches Therapieprogramm für Frauen zur weiblichen Sexualität. *Beratung aktuell. Fachjournal für Theorie und Praxis* 27(1): 55–77. https://doi.org/10.30820/1437-3181-2026-1-55

Goktan, A. J., & Henry, M. C. (2024). The Social Determinants of Sexual and Reproductive Health in Integrative Sex and Couples Counseling: A Structural Competence Perspective. *Journal of Counseling Sexology & Sexual Wellness: Research, Practice, and Education, 5*(2): 50–59. https://doi.org/10.34296/05012009

Gordon, E. & Kranz, P. (2024). First Do No Harm. A Critique of the Lack of Health Professional Training on Sexuality. In: Kleinplatz, P. (2024): New Directions in Sex Therapy. New York:

Hatch S. G. et al. (2025). When ELIZA meets therapists: A Turing test for the heart and mind. *PLOS Mental Health* 2(8): e0000426. https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000426

Heiden-Rootes, K., Asiimwe, R., Rastogi, M. & Miller, R. B. (2025). Pathways for Public Impact: Utilizing Engaged Scholarship for Translating Systemic Family Therapy Research to Policy and Practice. *Journal of Marital and Family Therapy* 51: 1–11. https://doi.org/10.1111/jmft.70076

Hierholzer, S. (2026). »Unter der Gürtellinie ist tote Hose« – Sexualpädagogisches Verweisungswissen in der Ausbildung psychosozialer Fachkräfte. *Beratung aktuell. Fachjournal für Theorie und Praxis* 27(1): 45–53. https://doi.org/10.30820/1437-3181-2026-1-45

Hubbard, A. K., & Anderson, J. R. (2022). Understanding barriers to couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 48: 1147–1162. https://doi.org/10.1111/jmft.12589

Interview mit Johanna Fischer-Gödde (2026), »Paartherapie in der gesundheitlichen Regelversorgung aus Sicht der Frauengesundheit.« *Beratung aktuell. Fachjournal für Theorie und Praxis* 27(1): 79–83. https://doi.org/10.30820/1437-3181-2026-1-79

Klann, N., Hahlweg, K., Baucom, D. H. & Kroeger, C. (2011). The Effectiveness of couple therapy in Germany: A Replication Study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37: 200–208. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00164.x

Lafortune, D. et. al. (2023), Who seeks sex therapy? Sexual dysfunction prevalence and correlates, and help-seeking among clinical and community samples. *PLoS ONE* 18(3): e0282618. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282618

Lafrenaye-Dugas, A.-L., Hébert, M & Godbout, N. (2020). Profiles of medical services use and health status in sex therapy clients: Associations with therapeutic alliance, attachment and trauma. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 29:3, 263–274. https://doi.org/10.3138/cjhs.2019-0045

Lebow J., & Snyder, D. K. (2022). Couple therapy in the 2020s: Current status and emerging developments. *Family Process*, 00, 1–27. https://doi.org/10.1111/famp.12824

Lee, B. K., Gilbert, R. & Knighton, R. (2020). Couple Therapy in Substance Use and Gambling Disorders: Promoting Health System Change. *Contemporary Family Therapy* 42: 228–239. https://doi.org/10.1007/s10591-020-09536-8

Pilsl, A. & Heitkötter, M. (2020). Bestandsaufnahme. Online-Paarberatung. Deutsches Jugendinstitut. https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2020/2020-Gesamtbericht_online_Paarberatung.pdf

Ramchandani M. S. et. al. (2022). The need for sexual health clinics, their future role, and contribution to public health. *Sexual Health* 19(4): 346–356. https://doi.org/10.1071/SH22087

Ravindran T. K. S. & Govender V. (2020). Sexual and reproductive health services in universal health coverage: a review of recent evidence from low- and middle-income

countries. *Sex Reprod Health Matters* 28(2):1779632. https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1779632

Roesler, C. (2026). Die Wirksamkeit von Paartherapie/Paarberatung in der Praxis – ein Update. *Beratung aktuell. Fachjournal für Theorie und Praxis* 27(1): 29–44. https://doi.org/10.30820/1437-3181-2026-1-29

Schünemann, O., Lindenmeyer J. & Heinrichs, N. (2018). Predictors of Utilization of an Addiction-Specific Behavioural Couple Therapy in Alcohol Dependence. *European Addiction Research* 24 (2): 91–97. https://doi.org/10.1159/000489559

Sever, Z., & Vowels, L. M. (2024). Barriers to Seeking Treatment for Sexual Difficulties in Sex Therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, *23*(1): 1–20. https://doi.org/10.1080/15332691.2023.2264470

Tao, Y. T., et al. (2025). Couples' therapies can improve clinical outcomes of patients with post-traumatic stress disorder: meta-analysis of eighteen clinical studies. BMC Psychology 13: 1119. https://doi.org/10.1186/s40359-025-03464-8

Wittenborn, A. K., Mitchell, E. A., Edwards, C., & Blow, A. J. (2025). Facilitators and barriers to the implementation of emotionally focused couple therapy in a large mental health agency: A preimplementation study. *Couple and Family Psychology: Research and Practice, 14*(3), 165–178. https://doi.org/10.1037/cfp0000261

Anzeige



Wie wirkt (systemische) Paartherapie?

Sonja Bröning & Sophie Johannßen

Beratung aktuell, 27(1), 2026, 11–27
https://doi.org/10.30820/1437-3181-2026-1-11
beratung-aktuell.de | besserlieben.de/beratung-aktuell
CC BY-NC-ND 4.0

Abstract: Paartherapie ist in ihrer Wirksamkeit gut belegt, unter Alltagsbedingungen fallen die Effekte jedoch deutlich geringer aus als in kontrollierten Studien. Zugleich finden Metaanalysen kaum Unterschiede zwischen den paartherapeutischen Schulen. Während Ansätze wie die emotionsfokussierte Paartherapie gut beforscht sind, ist die Systemische Paartherapie (SPT) in der Wirksamkeitsforschung unterrepräsentiert; auch deshalb, weil sich ihr ko-konstruktives Vorgehen und ihr offenes Zielkriterium den etablierten Studiendesigns entziehen. Der Beitrag gibt einen Überblick über Wirksamkeitsbefunde und Wirkfaktorenmodelle der Paartherapie, richtet den Fokus auf die SPT und bezieht Ergebnisse einer Interviewstudie mit 16 erfahrenen SPT-Praktiker:innen ein. Als zentral wurden dort die Person der Therapeut:in, Neutralität und Multiperspektivität, eine reflektierte und rückgekoppelte Prozesssteuerung, die therapeutische Allianz mit allen Beteiligten sowie die Arbeit an dysfunktionalen Interaktionsmustern beschrieben. Diese Selbstauskünfte decken sich weitgehend mit den allgemeinen Wirkfaktoren, erhalten in der SPT jedoch eine eigene Ausgestaltung. Da die genannten Faktoren wenig an Setting und Verfahrensdauer gebunden sind, lassen sie sich auf Beratungskontexte übertragen. Der Beitrag schließt mit Impulsen für Ausbildung und Forschung.

Keywords: Systemische Paartherapie, Wirkfaktoren, Wirksamkeitsforschung, Interviewstudie

Notwendigkeit und Wirksamkeit von Paartherapie

Gelingende Paarbeziehungen gehören zu den zentralen Quellen menschlichen Wohlbefindens und psychischer Gesundheit (Amato, 2010; Roesler & Bröning, 2024). Zugleich befinden sie sich im Spannungsfeld zwischen

romantischen Erwartungen an eine weit reichende Erfüllung sozialer, sexueller und emotionaler Bedürfnisse einerseits und der in westlichen Industrienationen bedeutsamen individuellen Entfaltung andererseits. Autonomie (für persönliche Entwicklungsziele) und Verbundenheit in verschiedenen Lebensphasen zu balancieren stellt für Paare eine zentrale Herausforderung dar. Erst recht schwierig wird gemeinsame Lebensplanung und -bewältigung, wenn Belastungen wie Stress, Erziehungsschwierigkeiten, Finanz- oder Gesundheitsprobleme hinzukommen. Die dann entstehenden Paarkonflikte und -probleme können Paare unterschiedlich gut bewältigen: Manche haben durch Bindungssicherheit und die Fähigkeit zur Selbstregulation die nötigen Kompetenzen (Bröning & Wartberg, 2024). Andere entwickeln eine chronisch negative Beziehungsdynamik, oft befeuert durch biografische Verletzlichkeiten. Sie geraten darüber in Unzufriedenheit, Überforderung, und einseitige Schuldzuweisung, sodass Trennungsabsichten entstehen (Finkel et al., 2015).

Trennung und Scheidung sind weit verbreitet, je nach Lebenslage aber weiterhin mit erheblichen Folgebelastungen verbunden (Amato, 2010; Bröning & Walper, 2024), deren langfristige psychische und soziale Folgen nicht nur Erwachsene, sondern auch deren Kinder betreffen (Amato, 2010; Bodenmann, 2000). Beratung oder Paartherapie[1] (PT) aufzusuchen, wenn Beziehungen belastet sind, ist ein sinnvoller Weg, der aber nicht jedem Menschen offensteht. Anders als psychotherapeutische Behandlung stellt PT keine Kassenleistung dar (außer im stark begrenzten Rahmen der Behandlung einer psychischen Störung), sondern muss privat bezahlt werden. Kirchliche wie kommunale Beratungseinrichtungen sind die Alternative, hier sind die Plätze aber meist begrenzt und es gibt lange Wartelisten.

Diese Situation ist veränderungswürdig, denn zahlreiche Metaanalysen, systematische Übersichtsarbeiten und kontrollierte Studien kommen zu dem Schluss, dass PT bei Beziehungsproblemen und verschiedenen psychischen und körperlichen Gesundheitsproblemen bei Erwachsenen mit deutlichen Effektstärken wirksam ist (Carr, 2025; Lebow & Snyder, 2022), vergleichbar mit denen individueller Psychotherapie oder pharmako-

1 Statt »Paartherapie« (engl. »Couples Therapy«) setzt sich auch zunehmend der Begriff »Beziehungstherapie« (»Relationship Therapy«) durch, weil er inklusiver ist und z. B. auch platonische Elternschaften oder Polyküle adressiert. Hier wird aufgrund der meist in Forschungsarbeiten noch vorherrschenden Begrifflichkeit der traditionellere Begriff Paarberatung/-therapie gewählt.

logischer Behandlung (Schär, 2016). Eine umfassende Metaanalyse von Roddy et al. (2020), die 58 Studien auswertete, bestätigte ebenfalls substanzielle Effekte auf die Beziehungszufriedenheit. Allerdings scheint die Effektivität unter Alltagsbedingungen geringer zu sein als in experimentellen Designs (Halford et al., 2016; Roesler, 2018). Knapp die Hälfte der erfolgreich therapierten Paare erleben in den zwei bis fünf Jahren nach Beendigung der PT eine signifikante Verschlechterung (Christensen et al., 2004; Jacobson et al. 1987; Snyder et al., 1991). Diese differenziellen Befunde legen die Frage dieses Beitrags nahe: *Wie verstehen verschiedene Denkschulen ihre eigene Wirkungsweise? Was macht eine PT eigentlich wirksam? Sind manche Ansätze erfolgreicher als andere?*

Um diese Fragen zu klären, folgt nun ein Forschungsüberblick mit Schwerpunkt auf systemischer Paartherapie (SPT), der dann mit Daten einer eigenen Praxisuntersuchung mit systemischen Paartherapeut:innen vertieft wird.

Theorieansätze zur Wirkungsweise verschiedener Schulen

Verschiedene Denkschulen setzen unterschiedliche Schwerpunkte und treffen Annahmen über ihre Wirkmechanismen. So stehen in der psychodynamischen Paartherapie wesentliche, unbewusste Grundkonflikte des Paares im Mittelpunkt, mit denen beide unterschiedlich, aber aufeinander bezogen umgehen (Kollusionskonzept; Willi, 1975), und die es aufzulösen gilt (Reich & von Boetticher, 2014). Die emotionsfokussierte Paartherapie (EFT) gründet sich in der Bindungstheorie und Forschung zur Affektregulation. Sie sieht Paarkonflikte als Ausdruck unbefriedigter Bindungsbedürfnisse. Das prinzipielle Ziel ist die Wiederherstellung emotionaler Sicherheit und Regulation in der Dyade (Roesler, 2024; Johnson, 2007) durch die Sichtbarmachung der unsicheren Bindung und der darunterliegenden Emotionen (Benson et al., 2013) und die daraus entstehende Möglichkeit zur Verhaltensänderung (Johnson, 2007).

Traditionelle behaviorale Paartherapie bezieht sich auf Modelle des sozialen Lernens und Austauschs, welche Beziehungsprobleme mit zu vielen aversiven Interaktionen, zu wenigen verstärkenden Verhaltensweisen und schwachen Kommunikations- oder Problemlösungsfähigkeiten in Verbindung bringen (Chapman & Compton, 2003). Die Wirkungshypothese

ist hier: Wenn sich bessere Kommunikations- und Konfliktlösefähigkeiten entwickeln, verbessert sich die Beziehungszufriedenheit. Neuere, integrativere Ansätze versuchen, die Grenzen eines reinen Kompetenz- und Veränderungsmodells zu überwinden, indem angelehnt an die Akzeptanz- und Commitmenttherapie betont wird, dass manche wiederkehrende Probleme in Paarbeziehungen nicht vollständig lösbar sind, und dass Akzeptanz an sich bereits das Leid verringern kann (Christensen & Doss, 2017).

Die SPT verortet sich methodisch-theoretisch im systemischen Paradigma, das dem interpersonellen Kontext und der Beziehungsdynamik im Paarsystem eine besondere ätiologische Relevanz beimisst (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019, § 18.1, S. 14; von Sydow et al., 2024). Mit ihrem relationalen Fokus auf verfestigte dysfunktionale Interaktionsmuster grenzt sie sich im Einzelsetting von individuumsfokussierten Verfahren ab (Heatherington et al., 2015): Für die SPT ist die Beziehung selbst die primäre Klientin (vgl. Madden & Timulak, 2022). So gedacht, dürften systemische Aspekte implizit in jeder Form von Paartherapie enthalten sein, die soziale Dynamiken adressiert (Grevenstein et al., 2024). Gleichwohl richtet die SPT den Fokus ganz besonders auf die Beziehungsdynamik und die zirkuläre Eigenlogik im Paarsystem. Letztere kann zu verfestigten ungünstigen Mustern führen (von Schlippe & Schweitzer, 2012; Retzer, 2004), die Leidensdruck verursachen. Somit werden Probleme generell relational betrachtet. Selbst klinisch relevante Symptome eines Partners werden nur im Kontext von Beziehungen und der Beziehungsbiografien der Partnerpersonen verständlich. Systemtheoretisch lässt sich dies durch Ansätze des Konstruktivismus sowie das Konzept der Autopoiese begründen (Retzlaff, 2023; von Schlippe & Schweitzer, 2012; von Sydow et al., 2024). Die Verflüssigung dysfunktionaler Muster und weniger die konkrete Verhaltensänderung selbst steht somit im Vordergrund der SPT. Auch in der Einzelperson wird durch die Veränderung symptomfördernder intrapsychischer Muster eine funktionalere Selbstorganisation gefördert (von Sydow et al., 2024). Erreicht wird diese Veränderung durch verschiedenste Methoden z. B. durch emotionsvertiefendes Arbeiten und auch mit Hilfe von Biografiearbeit (Bröning, 2026). Wichtig ist beim Einsatz von Methoden und Techniken vor allem, dass sie neue Optionen für das Paarsystem erzeugen, indem sie bestehende Kommunikationsmuster und gedankliche Konstruktionen irritieren, d. h. unterbrechen und potenziell verändern.

So entsteht durch die Aufdeckung zirkulärer Dynamik Raum für zukunftweisende, gemeinsam konstruierte Narrative (von Schlippe &

Schweitzer, 2012; Retzlaff, 2023). Therapiestrategien dürfen kreativ und maßgeschneidert sein, sie entstehen kollaborativ und ko-konstruktiv zusammen mit der Dyade. Systemische Paartherapeut:innen sind also wenig anleitend-instruktiv (Bröning, 2026; von Schlippe & Schweitzer, 2012), sondern schaffen Rahmenbedingungen für Selbstorganisationsprozesse, welche die Akteure selbst in der Hand behalten (Bröning, 2026). Konsequent zu Ende gedacht schließt ein gutes Therapieergebnis in der SPT auch die Möglichkeit einer Trennung mit ein, wenn diese als hilfreich empfunden wird.

Vergleichende Wirkungsforschung nach Paartherapieverfahren

Die stärksten empirischen Belege für die Wirksamkeit der PT finden sich für die traditionelle behaviorale Paartherapie (BCT), die neuere integrative behaviorale Paartherapie (IBCT) sowie die emotionsfokussierte Therapie (EFT). Gerade für letztere liegt eine große Zahl an Einzelstudien vor (Bradbury & Bodenmann, 2020; Halford et al., 2016; Lebow et al., 2012; Sprenkle, 2012). SPT ist in diesen internationalen Überblicken wenig repräsentiert.

Roesler (2015) leitet aus dieser Befundlage die Forderung ab, EFT als aussichtsreichstes Verfahren zu bevorzugen. Diese Schlussfolgerung setzt allerdings voraus, dass die vorliegende Evidenz die Verfahren gleichermaßen abbildet; und das ist so noch nicht der Fall. Randomisierte Kontrollgruppendesigns begünstigen systematisch Ansätze, die sich manualisieren, in ihrer Adhärenz überprüfen und auf ein einheitliches, vorab festgelegtes Zielkriterium hin auswerten lassen. Die SPT erfüllt diese Bedingungen nur zum Teil, denn ihre Zielsetzung wird mit dem Paar ko-konstruiert, ihr Vorgehen ist bewusst nicht standardisiert, und ein gelingendes Ergebnis kann auch in einer einvernehmlichen Trennung bestehen. Wird Wirksamkeit dagegen über Beziehungszufriedenheit und den Fortbestand der Beziehung operationalisiert, wie in den meisten eingeschlossenen Studien, gilt ein solcher Verlauf als Misserfolg. Die Evidenz bildet damit zunächst ab, welche Verfahren sich im etablierten Design messen lassen, und erst nachrangig, welche wirken. Roeslers eigene Praxisdaten zeigen, wie anders sich Ergebniszahlen im naturalistischen Setting darstellen: Unter Alltagsbedingungen erreichten rund 40 % der Paare in

verschiedenen Paartherapieverfahren einen klinisch unauffälligen Zustand, über die Hälfte verbesserte sich nicht oder verschlechterte sich in Hinblick auf Paarzufriedenheit und Beziehungsfunktionalität, etwa 50 % brachen vorzeitig ab (Roesler, 2026). Wie es diesen Personen *ansonsten* geht, ob die Therapieerfahrung langfristige Effekte gehabt haben könnte, oder wie es ihnen ohne die Paartherapie gegangen wäre, bleibt offen. Es zeigt sich die Notwendigkeit, Studiendesigns und Outcome-Maße breiter zu konzipieren.

Bislang existieren nur wenige empirische Studien, die sich dem systemischen Verfahren zuweisen lassen (Borke et al., 2025; Doss et al., 2022; Roesler, 2018). Aguilar-Raab et al. (2017) konnten signifikante Verbesserungen der Beziehungsqualität, der Paarfunktionalität und der individuellen Belastung durch SPT nachweisen. Grevenstein et al. (2024) zeigten darüber hinaus, dass es zu einem wesentlichen Teil die verbesserte Paarbeziehung war, welche die (selbst eingeschätzte) individuelle Belastung senkte. In einer anderen Studie zeigten sich Verbesserungen der Paarzufriedenheit, des dyadischen Coping und der Konflikthäufigkeit, sowie in der elterlichen Zusammenarbeit und der Familienfunktionalität für Paare mit Kindern (Darwiche et al., 2022). In der Metaanalyse von Roddy et al. (2020) waren nur vier der 58 eingeschlossenen Studien explizit auf SPT bezogen, darunter zwei Dissertationen. Diese zeigten durchweg große Effekte auf die Beziehungszufriedenheit (Ahmad, 2012; Ahmad & Reid, 2016; Doell 2010; Goldman & Greenberg, 1992), sind aber methodisch wenig belastbar.

Allgemeine Wirkfaktoren in (paar-)therapeutischen Prozessen

Doss et al. (2022) sowie Roddy et al. (2020) fanden keine gravierenden Effektivitätsunterschiede im Vergleich zwischen verschiedenen Paartherapieverfahren. Dieses in der Therapieforschung bekannte Phänomen ist als »Dodo-Bird-Verdict« bekannt (Rosenzweig, 1936): »Everybody has won and all must have prizes« (= »jeder hat gewonnen und alle müssen Preise bekommen«). Dies könnte zum einen an konzeptuellen Überschneidungen zwischen den Ansätzen liegen, so verweisen viele Denkschulen auf ihre systemischen Wurzeln (z. B. Brubacher, 2018 für EFT). Weiterhin könnte sich die therapeutische Praxis integrativer gestalten als

einzelne Denkschulen eigentlich vorsehen. So zeigte die PAP-S-Studie (Tschuschke et al., 2015), dass vor allem erfahrene Therapeut:innen in der Praxis überwiegend allgemeine, unspezifische Interventionen einsetzen, unabhängig von ihrer theoretischen Schule. Auch in unserer eigenen Studie war die Einbeziehung von Methoden anderer Denkschulen durch die Therapeut:innen weit verbreitet (Bröning, 2026). Schließlich könnten auch schulenübergreifende, allgemeine Wirkfaktoren am Werk sein, so genannte »common factors«, wie sie in der Psychotherapieforschung gefunden wurden.

Nach Lambert (1992) und Wampold et al. (2018) zählen zu solch allgemeinen Faktoren die Beziehung zwischen Therapeut:in und Klient:in (therapeutische Allianz), Effekte von Erwartungen an die Therapie durch die Klient:innen sowie Klient:innenmerkmale. Grawe (1995) beschreibt als allgemeine psychotherapeutische Wirkfaktoren die therapeutische Beziehung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Hilfe bei der Problembewältigung sowie motivationale Klärung. Asay & Lambert (2001) schätzen, dass bis zu 40 % der Wirksamkeit von Psychotherapie außertherapeutischen Faktoren zuzuschreiben ist, 30 % allgemeinen Faktoren wie Empathie, Wärme und Akzeptanz der Therapeut:innen, 15 % Erwartungseffekten bei den Klient:innen und nur weitere 15 % den spezifisch therapeutischen Methoden der Prozesssteuerung und Techniken. Diese als Näherungswerte aufzufassenden Wirkanteile sind vermutlich nicht voneinander unabhängig, sondern stehen in einer komplementären Wechselwirkung, z. B. zwischen allgemeinen Wirkfaktoren und spezifisch therapeutischen Techniken (Strauß, 2001).

Bezogen auf die Arbeit mit Paaren nennen Benson et al. (2012) fünf allgemeine Wirkprinzipien evidenzbasierter Interventionen bei Beziehungskonflikten: (1) eine kontextualisierte, dyadische Betrachtung des Problems; (2) die Reduktion emotionsgesteuerten dysfunktionalen Verhaltens – vor allem toxischer Konfliktmuster; (3) das Herausarbeiten vorher versteckter Emotionen und Verhaltensweisen (z. B. das Zeigen von Verletzlichkeit durch die Klient:innen); (4) die Entwicklung konstruktiverer Kommunikationsmuster; (5) die Sichtbarmachung von Fortschritten und Stärken der Beziehung. D'Aniello & Fife (2017) nennen, dazu teilweise passend, drei spezifisch paartherapeutische Wirkfaktoren: (1) eine relationale, kontextualisierte Fallkonzeptualisierung; (2) die Unterbrechung dysfunktionaler Interaktionsmuster sowie (3) eine tragfähige therapeutische Allianz im Mehrpersonensetting mit *beiden* Partnerpersonen gleichermaßen.

Im Praxisfeld wahrgenommene Wirkungsweisen der SPT

Ergebnisse aus unserer leitfadengestützten Expert:innenbefragung illustrieren, wie die Wirksamkeit der SPT von 16 ausgewiesenen Expert:innen im Feld (10 weibliche, 6 männliche Personen, durchschnittlich 23 Jahre Berufserfahrung, alle in freier Praxis tätig) in deren Arbeitsalltag wahrgenommen wird. Vorgehen, Methodik und Auswertung der Studie sowie ihre Ergebnisse zu Haltungsaspekten, Prozesssteuerung und theoretischer Verortung sind an anderer Stelle (Bröning, 2026) beschrieben. Hier sollen die inhaltsanalytisch nach Mayring (2022) ausgewerteten Antworten (theoriegeleitet-deduktives Vorgehen, induktiv ergänzt um Kategorien aus dem Datenmaterial selbst) auf die Frage »Was ist Ihre Erfahrung – wieso ist systemische Paartherapie wirksam?« berichtet werden. Als besonders zentrale Wirkfaktoren traten hier hervor:

(1) *Die menschlichen Qualitäten der Therapeut:innen*, d. h. Empathie, Authentizität, wertschätzende Haltung gegenüber allen Beteiligten. Wirksamkeit hänge davon ab, »inwieweit ich im Beratungsprozess das Paar dort abholen kann, wo es steht« (Int_4). Allparteilichkeit sei zunächst mit einer »Mini-Enttäuschung« der Hoffnung auf eine verbündete Person verbunden. Dann aber sei sie heilsam und vertrauensbildend. Auch die Glaubhaftigkeit der eigenen Person ist wichtig: »Kann ich konsistent als Therapeut sein? Meine Idee von Paartherapie rüberbringen«? (Int_13)

(2) *Neutralität und Multiperspektivität:* Hierdurch werde es für Klient:innen möglich, »eigene Entscheidungen zu treffen, eigene Lösungen zu finden, mitzuhelfen beim Denken« (Int_9). Neutralität muss auch gegenüber der Frage nach Akzeptanz oder Veränderung gewahrt werden: »Es hilft, es zu akzeptieren, wie es ist. Diese Normalitätsdiagnose hilft unglaublich bei der Akzeptanz« (Int_9).

(3) *Aspekte der Prozesssteuerung*, vor allem inneres »Feintuning« des Prozesses und laufende Rückkopplung mit dem Paar. »Ich merke ja: Sind sie noch dabei? Folgen sie mir? Manchmal merke ich ›Oh, bei der Frau kommt jetzt irgendwie ein altes Deja vu‹ […]. Und dann muss ich erstmal zwei Schritte wieder zurückgehen und sagen: ›Was ist jetzt gerade passiert?‹« (Int_14). Zu Beginn und eigentlich laufend sei Auftragsklärung wirksam. Man suche »etwas Anschlussfähiges für alle Beteiligten«, dies eröffne neue Möglichkeitsräume.

Viele betonen, dass es im Prozess »einer kontinuierlichen Rückversicherung bedarf, ob man sich noch im gemeinsamen Arbeitsrahmen bewegt.« (Int_2) Hierzu werden unterschiedliche Strategien beschrieben, z. B. Zwischenbilanzen, Abschlussfeedbacks, kontinuierliche Reflexion des Settings und der Zusammenarbeit. Schließlich wird noch die Fähigkeit zur Pendulation als wirksam beschrieben: »Zwischen ›empathisch mitfühlen‹ […] und die Leute abholen – aber dass ich auch immer wieder rauskomme und auch mit dem Paar in eine Beobachtungsperspektive gehen kann« (Int_13).

(4) Die *therapeutische Allianz*, d. h. die Qualität der Beziehung zwischen Klient:innen und der systemischen Therapeutenperson. »Ohne dass wir eine gute, entspannte Beziehung miteinander haben, kann ich gar nicht arbeiten. Manchmal führe ich sie in heikle Gebiete, überprüfe aber immer noch, ob es sicher bleibt.« (Int_14) Diese beiderseitige Beziehungsgestaltung erfordert einen menschenfreundlichen Zugang: »Ich kann auch in relativ heiklen Situationen auf beiden Seiten erkennen, dass fast alles aus guter Intention und guter Absicht entsteht, dass jeder seinen Schmerz hat. Ich glaube, das war für die Paare die Voraussetzung. Sie können da nicht drum herum« (Int_2).

(5) die Arbeit an *Mustern* (Identifizierung, Veränderung) mit Hilfe des systemischen Paradigmas: »Theorien helfen uns, sind Abstandhalter. Sie ermöglichen uns […] Muster zu erkennen« (Int_13). Die Verknüpfung gegenwärtiger Interaktionsmuster mit lebensgeschichtlichen Erfahrungen und Herkunftssystemen ermöglicht ein tieferes Verständnis. Sich zu fragen »Was passiert da in der Kommunikation? Das hat einen Hintergrund […] systemisches Fallverständnis ist immer was ziemlich Umfassendes, was die jeweilige Biografie enthält, was die Entstehung der Kommunikationsmuster enthält« (Int_10). Wirkung entstünde, »wenn beide verstanden haben, was los ist, weil man dann auch emotional korrigierende Momente miteinander auch hatte […]. Wo sie gemerkt haben, da kommen alte Muster, die sie selbst bei ihren Eltern erlebt haben oder auch dort gelernt haben.« (Int_13) Wichtig sei es dann für die Veränderung, Perspektivübernahme anzuregen und den Raum der Handlungsmöglichkeiten wieder zu vergrößern. »Wie kommen jetzt durch irgendwelche neuen Perspektiven Sichtweisen auf das was ist, auf das Problem, auf Lösungsmöglichkeiten? Wie kann wieder etwas geöffnet werden, weiter werden, verbreitert werden und neue Möglichkeitsräume geschaffen werden?« (Int_7).

Ihre Wirkung lesen die Interviewten an der Zufriedenheit und den Selbstauskünften der Klient:innen ab: »Also ich merke es daran, dass die Leute sagen, es hat ihnen geholfen.« (Int_12). Die subjektive Rückmeldung, z. B. zu Veränderungen im Alltag, mehr persönlicher Zufriedenheit und selbstverantwortlichen Entscheidungen ist entscheidend, weil auch bezogen auf Wirksamkeit großer Respekt vor den Konstruktionen der Paare besteht: »Von Anfang an staune ich, wie bunt das Bild ist. Also man spricht ja in den Studiendesigns immer von »patientenrelevanten Endpunkten«. Also was sind die Indikatoren für die Wirksamkeit […]? Das finde ich ziemlich schwierig. Das eine Paar findet es wirksam, wenn sie sich gut trennen können. Das andere Paar findet es wirksam, wenn sie gut zusammen sein können. Das eine Paar findet es wirksam, wenn sie sich überhaupt nicht mehr streiten. Manche sagen Doch, doch, Streit ist ganz wichtig. Aber wir streiten jetzt besser.« (Int_11) Somit gehe es darum, »dass die Menschen, unabhängig davon, wie sie auseinandergehen, ob gemeinsam, getrennt oder in welcher Form auch immer, stolz auf die Entscheidung sein können, die sie getroffen haben.« (Int_1)

Grenzen der Wirksamkeit von SPT nahmen viele Expert:innen nicht wahr, doch einige reflektieren Grenzen vor allem in der Allparteilichkeit, z. B. im Beziehungsaufbau zu »klagenden Klient:innen« oder bei starken Machtungleichgewichten; und in der Neutralität, wenn sie mit der Empathie für betroffene Kinder, oder eigenen Werten in Konflikt gerät. Ethisches, verantwortliches Handeln müsse letztlich aktiv gegen Ungerechtigkeiten vorgehen, anstatt nur zu relativieren. Auch in der Arbeit mit neueren, komplexen Beziehungsmodellen seien oft eigene Wertungen im Spiel.

Zusammenschau von Theorie und gelebter Praxis

Die Ergebnisse der Interviewstudie zeigen für die erfahrenen systemischen Paartherapeut:innen einen engen Bezug zwischen der hier skizzierten Theorie und der gelebten Praxis auf. Die von den Expert:innen genannten Wirkfaktoren (Therapeutenpersönlichkeit, Neutralität/Multiperspektivität, laufende, feedbackorientierte Prozesssteuerung, therapeutische Allianz mit allen Beteiligten sowie Arbeit an »Mustern«) korrespondieren mit den o. g. allgemeinen Wirkfaktoren. Diese werden aber systemisch ausgestaltet. Retzlaff (2023) und Borke et al. (2025) zeigen eine solche

systemische Ausgestaltung für die therapeutischen Wirkfaktoren nach Grawe (1995): *Ressourcenaktivierung* wird in der SPT relational und multiperspektivisch gerahmt; *Problemaktualisierung* zeigt sich in der Kontextualisierung des Systems und in Zirkularität; *Problembewältigung* zielt auf Ko-Konstruktion, Perturbation und das Durchbrechen starrer Interaktionsmuster; systemisch gedachte *motivationale Klärung* integriert Narrative und Konstruktivismus; die *therapeutische Beziehung* als fünfter Wirkfaktor verlangt in der SPT reflexive Allparteilichkeit, präzise Auftragsklärung sowie komplexe Joining-Strategien im Mehrpersonensetting.

D'Aniello & Fife's (2017) Wirkfaktoren der paartherapeutischen Praxis müssen gar nicht erst »systemisch gelesen werden«, sondern sind bereits zutiefst im systemischen Denkrahmen verortet und passen ebenfalls zur hier berichteten Praxisforschung. Dabei scheint der Therapeut:innenpersönlichkeit mit menschlichen Qualitäten wie Empathie und Authentizität in der SPT eine Schlüsselfunktion zuzukommen (vgl. Bröning, 2026). Durch sie und die Fähigkeit zur Allparteilichkeit wird Sicherheit im Sinne einer Metastabilisierung als in sich bereits heilsame Basis für die Zusammenarbeit geschaffen (von Schlippe & Schweitzer, 2012; Wampold & Imel, 2015) – es entsteht die »tragfähige therapeutische Allianz im Mehrpersonensetting« (D'Aniello & Fife, 2017), die durch fortlaufende Rückkopplung und Feedback durch die Klient:innen fortlaufend gepflegt werden muss. Die Zurückhaltung im Bewerten, Neutralität gegenüber dem Beratungsergebnis und akzeptierende Multiperspektivität machen die »relationale, kontextualisierte Fallkonzeptualisierung« (ebenda) für die Klient:innen bereits erlebbar, noch bevor sie ihre eigene Paardynamik durchschauen: Die Übernahme ihrer individuellen Problembeschreibung oder Schuldzuweisungen wird durch die Therapeutenperson abgelehnt. Gleichzeitig zeigen sich hier für die befragten Expert:innen am ehesten Spannungen: Wenn Neutralität mit Empathie für leidende Klient:innen oder – z. B. bei Gewalt oder Kindeswohlgefährdung – mit eigenen Werten kollidiert, ist für einige (aber nicht alle) der Befragten die Grenze der SPT erreicht.

Die »Unterbrechung dysfunktionaler Interaktionsmuster« (ebenda) als dritter Faktor besteht in der Arbeit am Erkennen, Sichtbarmachen und Destabilisieren dysfunktionaler Interaktionsmuster (Minuchin & Fishman, 1983). Neue Erfahrungen und Möglichkeitsräume durch Nutzung von Ressourcen der Klient:innen machen Hoffnung und ermöglichen Erfahrungen von Selbstwirksamkeit im Alltag. Gleichzeitig behalten Klient:innen im Sinne von »client is expert« (vgl. Bröning, 2026) die

Kontrolle über ihren Prozess und können so z. B. auch entscheiden, ob sie sich in Richtung Veränderung oder Akzeptanz des Ist-Zustandes entwickeln möchten. Um diese Eigenverantwortung von Beginn an zu stärken, ist eine transparente, dialogische Auftragsklärung als besonders wichtig anzusehen – was sich nach Welter-Enderlin und Jellouschek (2002) wegen eingefahrener Kommunikationsschwierigkeiten im Paarsetting oft herausfordernder gestaltet als im Einzelsetting.

Die hier berichteten Wirkfaktoren sind überwiegend nicht an das psychotherapeutische Setting oder die freie paartherapeutische Praxis gebunden. Haltung, Allparteilichkeit, transparente Auftragsklärung und laufende Rückkopplung mit dem Paar lassen sich in Beratungskontexten ebenso realisieren, in denen weder ein Störungsbezug noch eine längere Kontaktserie vorausgesetzt werden kann. Der Auftragsklärung dürfte dort sogar noch mehr Gewicht zukommen, weil die Zahl der Termine von vornherein begrenzt ist und die Frage, woran gearbeitet wird, nicht über Monate hinweg nachjustiert werden kann. Umgekehrt stellt sich die Frage, ob die von den Befragten beschriebene Arbeit an biografisch verankerten Mustern in kurzzeitigen Beratungssettings in vergleichbarer Tiefe möglich ist – hier wäre zu prüfen, welche Wirkfaktoren sich übertragen lassen und welche an Prozessdauer gebunden bleiben.

Ausblick

Systemische Grundgedanken wie die relationale Fallkonzeptualisierung sind in den Standard-Wirkfaktoren von PT erkennbar. Sie zeigen sich auch in der hier vorgestellten Praxisforschung. Die Wirksamkeit der SPT im engeren Sinne ist hingegen noch nicht hinreichend erforscht, somit können die eingangs gestellten Fragen eher vorläufig mittels Theorie und Praxisforschung beantwortet werden. Es existieren Unterschiede in den paartherapeutischen Denkschulen im Hinblick auf Haltung und Schwerpunktsetzung, während sich oft wenig Unterschied im Ausmaß ihrer Effektivität feststellen lässt. Die Wirksamkeit von Paartherapie lässt sich gut anhand von bestehenden, konvergierenden Wirkfaktorentheorien beschreiben. Gemäß der durch uns befragten Expert:innen der SPT stehen viele Aspekte, die in der Wirksamkeitsforschung beschrieben werden, im Zentrum ihres Handelns, so dass sie für das Klient:innensystem direkt erlebbar werden. Haltung, Beziehungsgestaltung und klientenorientierte

Prozessgestaltung sind hierfür wichtiger als bestimmte Methoden. Das Erkennen und Verändern ungünstiger Muster ist zwar zentral, in der Praxis kann dafür vieles nützen, was dem Klient:innensystem hilft. Dies schließt u. U. ganz unterschiedliche Theoriebausteine und Methoden ein – aus anderen therapeutischen Schulen wie z. B. der EFT, der Schematherapie, aber auch neueste Erkenntnisse aus Neurobiologie, Trauma- und Sexualforschung und aus macht- und diskriminierungskritischen Ansätzen. Sie erscheinen, wie Bröning (2026) zeigte, integrierbar, solange sie unter dem systemischen Paradigma als Angebot und Option gerahmt werden können. Die SPT bietet einerseits ein starkes integrierendes Potenzial, birgt aber auch die Gefahr von Beliebigkeit und theoriefernem Eklektizismus sowie von einem nach außen weniger »griffigen« Profil, als manualisierte Verfahren es aufweisen. Systemische Ausbildungen sollten besonderes Augenmerk auf die hinreichende Modellierung, Reflexion und Einübung der systemisch-therapeutischen Haltung und Prozesssteuerung richten.

Aus den Limitationen der hier beschriebenen Daten ergibt sich der weitere Forschungsbedarf: Die langjährige Berufserfahrung der Teilnehmenden ist von Vorteil für eine tiefgründige Expertise und Praxiserfahrung, gibt jedoch nicht repräsentativ den breiten Querschnitt systemisch-paartherapeutischer Praxis in verschiedenen Settings wieder. Hierfür bedarf es quantitativer Studiendesigns. Die Wirksamkeitseinschätzungen der Expert:innen sollten an den Auskünften der Klient:innen überprüft werden. Prozessforschung könnte untersuchen, inwiefern die beschriebenen Wirkfaktoren im Therapieprozess enthalten sind und ob sich ihre Ausprägung im Therapieergebnis niederschlägt.

Literatur

Aguilar-Raab, C., Grevenstein, D., Gotthardt, L., Jarczok, M. N., Hunger, C., Ditzen, B., & Schweitzer, J. (2017). Changing me, changing us: Relationship quality and collective efficacy as major outcomes in systemic couple therapy. *Family Process, 57*(2), 342–358. https://doi.org/10.1111/famp.12302

Ahmad, S. S. (2012). *Enhancing the quality of South Asian marriages through systemic-constructivist couple therapy (SCCT): Investigating the role of couple identity in marital satisfaction*. York University.

Ahmad, S., & Reid, D. W. (2016). Enhancing the Relationship Adjustment of South Asian Canadian Couples Using a Systemic-Constructivist Approach to Couple Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, *42*(4), 615–629. https://doi.org/10.1111/jmft.12161

Amato, P. R. (2010). Research on divorce: Continuing trends and new developments. *Journal of Marriage and Family, 72*(3), 650–666. https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00723.x

Asay, T. P., & Lambert, M. J. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie: Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Modernes Lernen Dortmund.

Benson, L. A., Sevier, M., & Christensen, A. (2013). The impact of behavioral couple therapy on attachment in distressed couples. *Journal of marital and family therapy*, *39*(4), 407–420. https://doi.org/10.1111/jmft.12020

Benson, L. A., McGinn, M. M., & Christensen, A. (2012). Common principles of couple therapy. *Behavior therapy*, *43*(1), 25–35. https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.12.009

Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren*. Hogrefe.

Borke, J., Oelkers-Ax, R., Hunger-Schoppe, C., & Berg, M. (2025). Was ist »systemisch« und die »Essenz« Systemischer Therapie und Beratung – und was ausgesprochen nicht? *Familiendynamik, 50*(2), 94–104. https://doi.org/10.21706/fd-50-2-94

Bradbury, T. N., & Bodenmann, G. (2020). Interventions for couples. *Annual Review of Clinical Psychology, 16*, 99–123. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071519-020546

Bröning, S. (2026). »Essentials« systemischer Paartherapie in der paartherapeutischen Praxis: Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. *Familiendynamik, 51*(2), 148–158. https://doi.org/10.21706/fd-51-2-148

Bröning, S., & Walper, S. (2024). Entwicklungspsychologische Perspektiven auf Paarbeziehungen. In C. Roesler & S. Bröning (Hrsg.), *Paarbeziehung im 21. Jahrhundert: Psychosoziale Entwicklungen und Spannungsfelder*. Kohlhammer. https://doi.org/10.17433/978-3-17-041465-5

Bröning, S., & Wartberg, L. (2024). Attachment orientations: associations with romantic partners' self-regulation and dyadic coping. *Journal of sex & marital therapy*, *50*(4), 512–526. https://doi.org/10.1080/0092623x.2024.2322566

Brubacher, L. L. (2018). *Stepping into emotionally focused couple therapy: Key Ingredients of Change* (1st ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429480478

Carr, A. (2025). Couple therapy and systemic interventions for adult-focused problems: The evidence base. *Journal of Family Therapy*, *47*(1), e12481. https://doi.org/10.1111/1467-6427.12481

Chapman, L., & Compton, J. S. (2003). From traditional behavioral couple therapy to integrative behavioral couple therapy: New research directions. [Von der traditionellen Verhaltenstherapie für Paare zur integrativen Verhaltenstherapie für Paare: Neue Forschungsrichtungen.] *The Behavior Analyst Today, 4*(1), 17–25. https://doi.org/10.1037/h0100007

Christensen, A., Atkins, D., Berns, S., Wheeler, J., & Rowe, L. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(2), 176–191. https://doi.org/10.1037/0022-006x.72.2.176

Christensen, A., & Doss, B. D. (2017). Integrative behavioral couple therapy. *Current Opinion in Psychology, 13*, 111–114. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.022

D'Aniello, C., & Fife, S. T. (2017). Common Factors' Role in Accredited MFT Training

Programs. *Journal of Marital and Family Therapy, 43*(4), 591–604. https://doi.org/10.1111/jmft.12218

Darwiche, J., Antonietti, J.P., Nunes, C.E., Favez, N., Liekmeier, E., & de Roten, Y. (2022). Couple therapy with parents: Results from a pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Marital and Family Therapy, 49*(2), 351–369. https://doi.org/10.1111/jmft.12625

Doell, F.K. (2010). *Enhancing couples' communication through Systemic-Constructivist Couple Therapy: The relationship between marital listening and relationship quality*. York University.

Doss, B.D., Roddy, M.K., Wiebe, S.A., & Johnson, S.M. (2022). A review of the research during 2010–2019 on evidence-based treatments for couple relationship distress. *Journal of Marital and Family Therapy*, *48*(1), 283–306. https://doi.org/10.1111/jmft.12552

Finkel, E.J., Cheung, E.O., Emery, L.F., Carswell, K.L., & Larson, G.M. (2015). The suffocation model: Why marriage in America is becoming an all-or-nothing institution. *Current Directions in Psychological Science, 24*(3), 238–244. https://doi.org/10.1177/0963721415569274

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2019). *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen*. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4028/2019-11-22_PT-RL_Systemische-Therapie-Erwachsene_BAnz.pdf

Goldman, A., & Greenberg, L. (1992). Comparison of integrated systemic and emotionally focused approaches to couples therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, *60*(6), 962–969. https://doi.org/10.1037//0022-006x.60.6.962

Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut, 40*, 130–145.

Grevenstein, D., May, H., Schweitzer-Rothers, J., & Aguilar-Raab, C. (2024). Increased relationship quality in couples relieves individual suffering following systemic therapy. *American Journal of Family Therapy, 52*(4), 467–486. https://doi.org/10.1080/01926187.2023.2276165

Halford, W.K., Pepping, C.A., & Petch, J. (2016). The gap between couple therapy research efficacy and practice effectiveness. *Journal of Marital and Family Therapy, 42*(1), 32–44. https://doi.org/10.1111/jmft.12120

Heatherington, L., Friedlander, M.L., Diamond, G.M., Escudero, V., & Pinsof, W.M. (2015). 25 years of systemic therapies research. *Psychotherapy Research, 25*(3), 348–364. https://doi.org/10.1080/10503307.2014.983208

Jacobson, N.S., Schmaling, K.B., & Holtzworth-Munroe, A. (1987). Component analysis of behavioral marital therapy: 2-year follow-up and prediction of relapse. *Journal of Marital and Family Therapy, 13*(2), 187–195. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1987.tb00696.x

Johnson, S.M. (2007). The contribution of emotionally focused couple therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 37*, 47–52. https://doi.org/10.1007/s10879-006-9034-9

Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy integration* (S. 94–129). Basic Books.

Lebow, J., & Snyder, D.K. (2022). Couple therapy in the 2020s: Current status and emerg-

ing developments. *Family process*, *61*(4), 1359–1385. https://doi.org/10.1111/famp.12824

Lebow, J. L., Chambers, A. L., Christensen, A., & Johnson, S. M. (2012). Research on the treatment of couple distress. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*(1), 145–168. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00249.x

Madden, L., & Timulak, L. (2022). It takes three to tango: Clients' experiences of couple therapy—A meta-analysis of qualitative research studies. *Counselling Psychology Quarterly, 37*(1), 1–24. https://doi.org/10.1080/09515070.2022.2151978

Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (13., aktualisierte Aufl.). Beltz.

Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1983). *Praxis der strukturellen Familientherapie*. Lambertus.

Reich, G., & von Boetticher, A. (2014). Psychodynamische Paartherapie. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, *15*(04), 34–37. https://doi.org/10.1055/s-0040-100180

Retzer, A. (2004). *Systemische Paartherapie*. Klett-Cotta.

Retzlaff, R. (2023). *Systemische Therapie – Fallkonzeption, Therapieplanung, Antragsverfahren*. Carl-Auer.

Roddy, M. K., Walsh, L. M., Rothman, K., Hatch, S. G., & Doss, B. D. (2020). Meta-analysis of couple therapy: Effects across outcomes, designs, timeframes, and other moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *88*(7), 583–596. https://doi.org/10.1037/ccp0000514

Roesler, C. (2018). Die Wirksamkeit von Paartherapie: Teil 1: Eine Übersicht über den Stand der Forschung. *Familiendynamik, 43*(4), 332–341. https://doi.org/10.21706/fd-43-4-332

Roesler, C. (2024). *Paartherapie und die Versorgung von Paarproblemen: Eine Übersicht zum Stand der Wirkungsforschung*. https://opus.bsz-bw.de/khfr/frontdoor/deliver/index/docId/518/file/Uebersicht_Paartherapie_Wirkungsforschung.pdf

Roesler, C. (2026). Effectiveness of couple therapy in everyday practice in Germany and Switzerland—An update. *Family Process, 65*. https://doi.org/10.1111/famp.70157

Roesler, C., & Bröning, S. (2024). *Paarbeziehung im 21. Jahrhundert*. Kohlhammer. https://doi.org/10.17433/978-3-17-041465-5

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*(3), 412–415. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x

Schär, M. (2016). *Paarberatung und Paartherapie: Partnerschaft zwischen Problemen und Ressourcen*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-47482-2

Snyder, D. K., Wills, R. M., & Grady-Fletcher, A. (1991). Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: A 4-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 138–141. https://doi.org/10.1037/0022-006x.59.1.138

Sprenkle, D. H. (2012). Intervention research in couple and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*(1), 3–17. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00271.x

Strauß, B. (2001). Abschied vom Dodo-Vogel. Störungsspezifische vs. allgemeine Psychotherapie aus der Sicht der Psychotherapieforschung. *PPmP Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 51*, 425–429. https://doi.org/10.1055/s-2001-18160

Tschuschke, V., Crameri, A., Koehler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, P., … Koemeda-Lutz,

M. (2015). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Psychotherapy Research*, *25*(4), 420–434. https://doi.org/10.1080/10503307.2014.896055

von Schlippe, A., & Schweitzer, J. (2012). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I* (2. Aufl.). Vandenhoeck & Ruprecht.

von Sydow, K., Beher, S., & Retzlaff, R. (2024). Systemic psychotherapy. *Deutsches Ärzteblatt International, 121*(23), 783–792. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2024.0194

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate* (2. Aufl.). Routledge.

Wampold, B. E., Imel, Z. E., & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte: Was Psychotherapie wirksam macht*. Hogrefe.

Welter-Enderlin, R., & Jellouschek, H. (2002). Systemische Paartherapie – Ein integratives Konzept. In *Paar- und Familientherapie* (S. 199–226). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-09174-6_12

Willi, J. (1975). *Die Zweierbeziehung: Spannungsursachen, Störungsmuster, Klärungsprozesse, Lösungsmodelle. Analyse des unbewußten Zusammenspiels in Partnerwahl und Paarkonflikt: Das Kollusions-Konzept*. Rowohlt.

Biografische Notiz

Prof. Dr. *Sonja Bröning* (sie/ihr) ist Entwicklungspsychologin an der Medical School Hamburg und forscht zu aktuellen Einflüssen auf Partnerschaft, Liebe und Sexualität. Neben ihrer Tätigkeit in Wissenschaft, Lehre und Forschung ist sie in freier Praxis als systemische Paar-/Sexualtherapeutin (DGSF/DGfS), Mediatorin (BM) tätig. Im August 2026 erschien ihr Buch »Vielfältige Liebe – Polyamorie gestalten« (Bröning/Mazziotta) im Springer-Verlag.

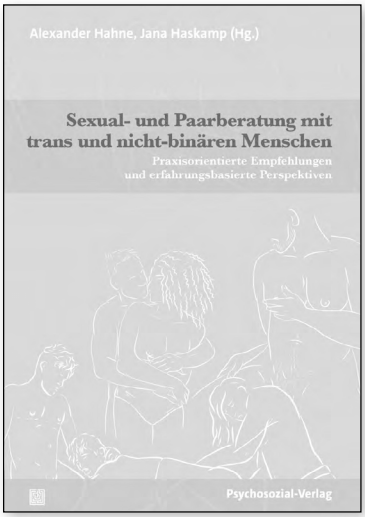
Sophie Johannßen (sie/ihr) ist Masterstudentin der klinischen Psychologie und Psychotherapie an der Medical School Hamburg und wirkt im Forschungsprojekt »Essentials in der Praxis der systemischen Paartherapie« mit.

Psychosozial-Verlag

Alexander Hahne, Jana Haskamp (Hg.)

Sexual- und Paarberatung mit trans und nicht-binären Menschen

Praxisorientierte Empfehlungen und erfahrungsbasierte Perspektiven



2025 · 588 Seiten · Broschur
ISBN 978-3-8379-3365-9

- **Erstes deutschsprachiges Fachbuch zum Thema**
- **Praxisnahe Einblicke zu sexueller Gesundheit, Dysphorie, Polyamorie u. v. m.**
- **Diskriminierungskritische Perspektiven für die Beratung in cisheteronormativen Umfeldern**

Die sexual- und paarberaterische Arbeit mit trans und nicht-binären Klient*innen erfordert ein umfassendes Wissen über deren spezifische Lebenswelten und Bedarfe. Die Autor*innen greifen die häufigsten in der Beratungspraxis formulierten Anliegen auf. Mit einem Fokus auf psychosoziale und medizinische Grundlagen vermitteln sie Fachkräften das nötige Wissen, um trans und nicht-binäre Erwachsene kompetent und sensibel zu beraten. Interviews mit erfahrenen Berater*innen und Aktivist*innen runden den Band ab und geben wertvolle Einblicke in die Praxis.

Mit Beiträgen von Frauke Arndt-Kunimoto, Yaniv Barinberg, Annika Baumgart, Florian Däbritz, Katharina Debus, Lovis Diedering, Fabienne Forster, Manuel Ricardo Garcia, Alexander Hahne, Jana Haskamp, Chris Lila Henzel, Tobias Herrmann-Schwarz, Cornelia Jönsson, Chris Lily Kiermeier, Jacob Koenig, Katharina Kroschel, Christopher Lehnherr, Finn Lorenz, Daniel Masch, Clara Naujoks, Rena Onat, Michael Rogenz, Ena Schnitzlbaumer, Helena Smolorz, Clara Thoms, Martin Viehweger, Carlo Wildhaber und Kay Winner

Walltorstr. 10 · 35390 Gießen · Tel. 0641-969978-18 · Fax 0641-969978-19
bestellung@psychosozial-verlag.de · www.psychosozial-verlag.de

Die Wirksamkeit von Paartherapie/ Paarberatung in der Praxis

Ein Update

Christian Roesler

Beratung aktuell, 27(1), 2026, 29–44
https://doi.org/10.30820/1437-3181-2026-1-29
beratung-aktuell.de | besserlieben.de/beratung-aktuell
CC BY-NC-ND 4.0

Abstract: Thema des Artikels ist die Untersuchung der Wirksamkeit von Paarberatung in der Versorgungspraxis im deutschsprachigen Raum. Zu diesem Thema liegen bislang nur wenige empirische Studien vor, außerdem sind viele paartherapeutische Ansätze bislang kaum empirisch untersucht. In der Forschung, die es gibt, indiziert sich das sog. »efficacy-effectiveness-gap«: Paarberatung hat sich in experimentellen Studien als wirksam in der Reduktion von Paarbelastung erwiesen mit einer guten Effektstärke (d = .8); in naturalistischen Studien dagegen, die Paartherapie in der »realen« Praxis – also natürlichen Settings – untersuchen, ist die Wirksamkeit systematisch geringer (d = .5), nur 40 % der Paare kann in klinisch bedeutsamer Weise geholfen werden, 50 % brechen vorzeitig ab. Mit einer Abbrecherrate von über 40 % und klinisch bedeutsamen Verbesserungen für weniger als 40 % der Paare indiziert sich eine eher begrenzte Wirksamkeit von Paartherapie. Ausnahme ist allerdings die Emotionsfokussierte Paartherapie (EFT), die empirisch eine sehr gute Effektstärke erreichte, hier waren nahezu 50 % der Paare klinisch bedeutsam gebessert. Einerseits unterstützen diese Befunde die Hypothese eines efficacy-effectiveness-gap, andererseits zeigen sich Unterschiede in der Effektivität entlang der Paradigmen mit einer höheren Effektivität von EFT-Ansätzen. Der Beitrag diskutiert, inwiefern die Versorgung in der Praxis der Paartherapie/-beratung verbessert werden könnte.

Keywords: Paartherapie/Paarberatung; Wirksamkeit; empirische Studien; Versorgung von Paarproblemen; Emotionsfokussierte Paartherapie

Einleitung

In spätmodernen Gesellschaften sind sowohl die Ansprüche an als auch die Herausforderungen für Paarbeziehungen deutlich gewachsen, was sich in einer weiten Verbreitung von Paarproblemen niederschlägt. Bradbury & Bodenmann (2020) stellen fest: 40 % aller Ehen scheitern, in äußerlich intakten Ehen berichten 30 % der Partner von anhaltenden Belastungen, und für nicht verheiratete Paare sind diese Zahlen noch deutlich höher; nur ein Bruchteil der belasteten Paare nimmt professionelle Hilfe in Anspruch. Selbst in zunächst zufriedenen Beziehungen sinkt oftmals die Beziehungsqualität signifikant, so dass nach 15 Jahren für ca. die Hälfte dieser Paare eine Situation erreicht ist, die dem Beziehungsstress von Paaren in Paartherapie[1] gleicht (Balfour et al. 2019). Mittlerweile ist auch wissenschaftlich gut abgesichert, dass die Folgen von Trennung/Scheidung nicht nur für die davon betroffenen Kinder, sondern auch für die beteiligten Partner, selbst für diejenigen, die die Trennung initiieren, mit erheblichen Schäden verbunden sind; ähnliches gilt auch für anhaltende ungelöste Paarkonflikte. Trotzdem zählt bei jungen Menschen eine verbindliche langdauernde Paarbeziehung für die allermeisten nach wie vor zu den wichtigsten Werten im Leben (Roesler 2024a).

In einer umfassenden Übersicht über die Forschungsergebnisse zur Auswirkung von Trennung/Scheidung zeigt Bodenmann (2016), dass die Effekte einer Scheidung für alle Familienmitglieder grundsätzlich negativ sind. Sie beeinträchtigt die Gesundheit der Ehepartner über Jahre hinweg (Frisch et al. 2017), verschlechtert die Befindlichkeit dramatisch, chronische körperliche und psychische gesundheitliche Probleme sind die Folgen (das Risiko einer Depression ist um 188 % erhöht). Die Kinder sind psychisch, körperlich und in ihrer Leistungsfähigkeit nicht nur unmittelbar während und nach der Scheidung der Eltern beeinträchtigt, sondern Folgewirkungen zeigen sich noch über Jahre hinweg in einer höheren Prozentrate von psychischer Symptomatik; die Beziehungsfähigkeit bleibt lebenslang beeinträchtigt und Kinder aus Scheidungsfamilien haben ein nachweislich höheres Scheidungsrisiko, was als soziale Transmission von Scheidung bezeichnet wird und einen häufig replizierten Befund darstellt (Roesler 2024b).

Dadurch erzeugen scheiternde Paarbeziehungen erhebliche öko-

1 Die Begriffe Paarberatung und Paartherapie werden hier als synonym betrachtet.

nomische Schäden für die Gesamtgesellschaft, die für Großbritannien auf 40 Milliarden £ pro Jahr berechnet wurden, für Deutschland geschätzt 28 Milliarden € (Roesler 2024a). Es besteht also insgesamt ein hoher Bedarf an der Versorgung von Paarproblemen durch Paartherapie.

Mittlerweile haben zahlreiche Übersichtsarbeiten (z. B. Roddy et al. 2020) die allgemeine Wirksamkeit von Paartherapie belegt mit großen Effekten hinsichtlich der allgemeinen Beziehungszufriedenheit sowie der Reduktion des Trennungsrisikos. Die Übersichtsarbeit von Bradbury & Bodenmann (2020) bestätigt dies, diskutiert aber nur noch zwei herausragende Modelle, die Weiterentwicklung der VT-Paartherapie (BCT) nach Christensen et al. (2010) sowie Emotionsfokussierte Paartherapie (EFT) (Johnson 2004), die genügend wiederholt getestet wurden – die unterschiedlichen paartherapeutischen Methoden sind gemäß den Autoren sehr unterschiedlich effektiv, und zahlreiche Paartherapie-Schulen sind nicht ausreichend oder gar nicht empirisch untersucht. Für BCT werden gemittelte Effektstärken aus Metaanalysen berichtet von d = 0.53–0.95, wobei 44 % der Paare vollkommen erholt sind, 17 % verbessert, 21 % unverändert und 18 % verschlechtert oder schon getrennt; für EFT werden entsprechend gemittelte Effektstärken berichtet von d = 0.73–2.09, wobei 61 % der Paare vollkommen erholt sind, 11 % verbessert, 25 % unverändert, und 4 % verschlechtert (Bradbury & Bodenmann 2020). EFT wird dabei von verschiedenen Autoren als anderen Verfahren überlegen bezeichnet, weil sie höhere Effektstärken und Besserungsraten erzielt (Lebow 2016; Wiebe & Johnson 2016). Interessant ist dabei, dass die beiden Paartherapieformen BCT und EFT auch bei schwersten Problemen in gleichem Maße erfolgreich sind (Bradbury & Bodenmann 2020). Bei Gewalt in der Partnerschaft, unabhängig ob sie von Mann oder Frau ausgeht, bewirkt eine paartherapeutische Bearbeitung eine Überwindung der Gewaltproblematik mit einer Effektstärke von d = 0.84; Paartherapie ist damit die effektivste Interventionsform bei Partnerschaftsgewalt (Karakurt et al. 2016; Roesler 2024c). Paartherapie ist auch wirksam in der Behandlung individueller psychischer Störungen, insbesondere bei Depression (Barbato & D'Avenzo 2018) und Abhängigkeitserkrankungen (v. Sydow et al. 2010). Auch bei körperlichen Erkrankungen können durch Paartherapie signifikant positive Effekte auf die psychische als auch die körperliche Gesundheit des Erkrankten und auf das psychische Wohlbefinden der Angehörigen bewirkt werden (Carr 2014).

Paarberatung in der Versorgungspraxis

Eine Übersicht über zehn naturalistische Studien zur Paartherapie (Hewison et al. 2016) untersuchte dabei klinische Kontexte, die eher der Situation im deutschsprachigen Raum entsprechen mit ambulanter Paartherapie sowie Paarberatung in institutionellen Beratungsstellen, und fand durchgängig moderate Effektstärken (d = 0.5). Eine aktuelle Metaanalyse von 48 Studien in unterschiedlichen Praxissettings (Owen et al. 2023) fand eine nahezu identische mittlere Effektstärke von g = 0.522, wobei bessere outcomes bspw. im Kontext der US-amerikanischen Veterans Administration sich dadurch erklären lassen, dass durch den institutionellen Kontext die Paare besser in der Therapie gehalten und frühe Abbrüche verhindert werden konnten.

Insofern bestehen auffällige Unterschiede in den Effektstärken zugunsten der RCTs (efficacy d = 0.8) im Vergleich mit naturalistischen Studien (effectiveness d = 0.5), in denen die Wirksamkeit von Paartherapie unter Praxisbedingungen untersucht wurde, was als efficacy-effectiveness-gap bezeichnet wird (Halford et al. 2016). In den naturalistischen Studien brechen 50 % der Paare die Therapie vorzeitig ab, nur 40 % erreichen eine klinisch bedeutsame Besserung. Die Erkenntnisse aus experimentellen Studien hätten aufgrund artifizieller Bedingungen (nur verheiratete Paare mit wenig Trennungsambivalenz) wenig Relevanz für die Praxis.

Eine Reihe von Studien zur Wirksamkeit der institutionellen Paarberatung in Deutschland (Roesler 2018, 2019) bestätigt diese Erkenntnisse mit moderaten Effektstärken (d = 0.3–0.5), wobei sich 30–40 % der Paare klinisch bedeutsam verbessern, während ca. 50 % vorzeitig abbrechen.

Zwar erreicht Paarberatung unter Praxisbedingungen signifikante Wirksamkeit, kann aber insbesondere hochbelasteten Paaren oft kein hilfreiches Angebot machen. In Kooperation mit dem Bundesfamilienministerium wurde eine naturalistische Studie zur Effektivität der Paarberatung in Deutschland durchgeführt (N = 566 Paare), aufbauend auf zwei früheren Studien mit demselben Design (Roesler 2019); die Ergebnisse bestätigen, dass Paarberatung unter Praxisbedingungen zwar signifikante Wirksamkeit erreicht, aber eine Effektstärke von d = 0.5 nicht übersteigt (Roesler 2020). Zugleich wurde auch deutlich, dass sehr unterschiedliche Klientengruppen Paarberatung in Anspruch nehmen, die sich hinsichtlich der Belastung der Paarbeziehung und einer Reihe weiterer Risikofaktoren deutlich voneinander unterscheiden, und Paarberatung ist bei diesen verschiedenen

Klientengruppen auch sehr unterschiedlich erfolgreich. Die hochgradige Konsistenz der Ergebnisse, und die darin sich zeigende moderate Wirksamkeit der Paarintervention, stützt deutlich den genannten Befund (Halford et al. 2016; Owen et al. 2023). Ebenso findet sich auch hier ein deutlicher Zusammenhang zwischen einer hohen anfänglichen Belastung der Paarbeziehung und einer geringeren Verbesserung durch die Therapie sowie oftmals frühzeitigem Therapieabbruch. Bradbury & Bodenmann (2020) betonen daher, dass experimentelle Studien Praktikern wenig Hilfestellung dabei bieten, ihre Praxis zu verbessern. Die Wirksamkeit von Paartherapie in der Praxis betrage höchstens d = 0.45–0.50, wobei nur 40 % der Paare nachhaltig profitieren. Darüber hinaus erreichten theoriegeleitete RCTs offenbar einen Deckeneffekt. Interessanterweise ähnelt dieser Deckeneffekt für die Paartherapie dem, den Leichsenring et al. (2022) für die Einzelpsychotherapie gefunden haben, wo auch nur maximal 50 % der Klienten von der Intervention profitieren und die Effektstärken 0.3–0.4 nicht übersteigen.

Im Vergleich zum angelsächsischen Sprachraum gibt es für den deutschsprachigen Bereich bislang immer noch zu wenig systematische Studien zur Wirksamkeit von Paarberatung unter realen Praxisbedingungen, auch für die hier verbreiteten Paartherapiemethoden. Vor diesem Hintergrund erschien es wichtig, Paarberatung im deutschsprachigen Raum in möglichst unterschiedlichen Kontexten ausführlicher zu untersuchen.

Untersuchte Kontexte

Zunächst wurde auf der Basis der Erfahrungen einer früheren Studie (Roesler 2019, 2020) ein Forschungsdesign entwickelt, das im Praxisfeld realistisch umsetzbar war, gleichzeitig aber mit den früheren Studien in Deutschland vergleichbar sein sollte. Die eingesetzten Messinstrumente wurden reduziert, um eine möglichst kontinuierliche Teilnahme zu gewährleisten, und verschiedene Kontexte und methodische Zugänge im Feld der Paarberatung untersucht, um die Diversität der Praxis im deutschsprachigen Raum abzubilden (vgl. Roesler 2024b): zum einen freie Praxen, in denen die Klienten selbst zahlen, zum anderen institutionelle Beratungsdienste, z. T. in kirchlicher Trägerschaft, in denen die Klienten einen Beitrag entsprechend ihrem Einkommen leisten oder sogar kostenlos Beratung erhalten.

Studie 1 (S1):
Psychodynamisch-integrative Paarberatung, die am Evangelischen Zentralinstitut für Familienberatung (EZI) Berlin entwickelt wurde (Volger & Merbach 2010). Die Studientherapeuten wurden aus Absolventen der entsprechenden Ausbildung am EZI rekrutiert und sind in Beratungsstellen tätig.

Studie 2 (S2):
»Integrative Paartherapie/Paarsynthese« (Cöllen 2003), die im Wesentlichen auf gestalttherapeutischen Methoden fußt. Die Studientherapeuten wurden aus Mitgliedern der entsprechenden Fachgesellschaft rekrutiert und sind überwiegend in eigener Praxis tätig.

Studie 3 (S3):
Emotionsfokussierte Paartherapie (EFT) (Johnson 2004), ein in den 1990er Jahren in Kanada neuentwickelter Paartherapieansatz, der auf humanistischen und bindungstheoretischen Konzepten basiert. Die Studientherapeuten wurden über die Fachgesellschaft »EFT Netzwerk Deutschland« rekrutiert und sind überwiegend in eigener Praxis tätig.

Studie 4 (S4):
Ein konfessioneller Beratungsdienst in einer großstädtischen Region der Schweiz. Die Berater sind entsprechend den Richtlinien des Trägers für die Ehe-, Familien- und Lebensberatung ausgebildet. Alle Berater beteiligten sich im Rahmen ihres Dienstauftrages mit den Klienten, die zur Teilnahme an der Studie bereit waren.

Design und Methoden

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um ein prospektives naturalistisches Design mit zwei Messzeitpunkten zu Beginn der Paartherapie (T1) und zum Ende (T2). Weil es sich um mehrere, zeitlich versetzte Studien im Zeitraum zwischen 2018 und 2024 handelt, entspricht dies einer Studie mit historischer Kontrolle (Hatswell et al. 2020), wobei von Anfang an dasselbe Design für alle Studien geplant war. Dieses Design erlaubt keine Wirksamkeitsvergleiche zwischen den Stichproben bzw. Methoden (s. a. Limitationen) – dies war allerdings auch nicht die Absicht, sondern vielmehr die Versorgungssituation möglichst realistisch abzubilden.

In den Studien wurden innerhalb eines definierten Zeitraums von 6–12 Monaten neu aufgenommene Klienten anhand eines Informationsblattes zur Studienteilnahme aufgefordert und unterzeichneten bei Interesse eine Einverständniserklärung. Voraussetzung für die Aufnahme eines Paares in eine Studie war, dass beide Partner die Beratung/Therapie mit dem Ziel einer Beibehaltung und Verbesserung der Beziehung begannen. Da die reale Praxis untersucht werden sollte, gab es keine Vorgaben an die Studientherapeuten zur Durchführung der Therapien.

Soziodemographische Variablen:
Bildungsstand, Beziehungsstatus, Wohnform und Kinderzahl, finanzielle Situation (überdurchschnittlich, durchschnittlich, angespannt).

Fragebogen zur Einschätzung von Partnerschaft und Familie (EPF) (Klann et al. 2006)
Mit 280 Items misst dieser Fragebogen auf 11 Skalen Aspekte der Paarbeziehung. Aus Gründen der Ökonomisierung wurde für die Studie die Skala »Globale Unzufriedenheit mit der Paarbeziehung« (GDS) mit 22 Items verwendet. Die Testgütekriterien des Instruments wurden an einer Normstichprobe überprüft. Dies erlaubt die Berechnung von T-Werten (M = 50, SD = 10, höhere Werte bedeuten höhere Belastung, T-Wert > 60 = klinisch auffällig), womit ein spezifisches Paar in der Studie ins Verhältnis zur Normstichprobe gesetzt werden kann. Die interne Konsistenz zeigt sich befriedigend bis sehr gut (Cronbachs Alpha = .74–.94).

Therapeutenfragebogen:
Die Therapeuten erfragten die Anlässe für eine Paartherapie zu Beginn (z. B. Außenbeziehung, eskalierender Streit, Erkrankung eines Partners). Am Ende wurde die Art der Beendigung dokumentiert (z. B. vorzeitiger Abbruch). Da mit einer hohen Quote von Abbrechern gerechnet wurde, sollte in der Katamnese, auch wenn die Klienten keine Angaben mehr machten, zumindest telefonisch der Status der Beziehung erfragt werden (stabil vs. getrennt).

Statistische Analysen:
Um die Wirksamkeit der Therapien zu untersuchen, wurde die Veränderung in der Belastung der Paarbeziehung (EPF-GDS) über den Ver-

lauf der Therapie (T1 – T2) mittels T-Tests für abhängige Stichproben und die Berechnung der Effektstärke (Cohens d) ermittelt[2] (s. Tab. 1). Zwar wird für die Berechnung der Effektstärke in naturalistischen Studien der Koeffizient Hedge's g empfohlen; da aber in den früheren Studien, die als Vergleichsgröße dienen, Cohen's d berechnet wurde, wurde dies für die hier referierten Studien übernommen.

Ergebnisse

Die Stichproben gleichen sich hinsichtlich Bildungsstands (ca. 70 % Hochschulreife, 60 % Studium), Beziehungsstatus (ca. 75 % verheiratet, 85–90 % leben in gemeinsamem Haushalt) und Kinderzahl (20–25 % der Paare sind kinderlos). Nur die Klientel der EFT-Studie (S4) unterscheidet sich hier deutlich durch höheren Bildungsstand (86 % Hochschulreife, 67 % Studium), nur 50 % sind verheiratet und 40 % kinderlos. Die finanzielle Situation des Paares ist in allen Studien in der Mehrheit durchschnittlich, eine angespannte finanzielle Lage geben weniger als 10 % an. Die Klienten in den kirchlichen Beratungsdiensten (Studie 1 und 4) sind zu 53 % konfessionell gebunden, während es in den anderen Studien über 60 % Konfessionslose gibt – aber auch ein Anteil von fast 50 % Konfessionslosen, die bei Paarproblemen ein kirchliches Angebot in Anspruch nehmen, ist eine interessante Erkenntnis! Etwa ein Drittel der Klienten hat schon früher Paartherapie in Anspruch genommen, und bei den Studien in Deutschland (S1–S3) waren ca. 45 % der Klienten schon in Psychotherapie im Gegensatz zur Schweizer Studie (S4) mit nur 14 %, was vermutlich mit der Krankenkassenfinanzierung in Deutschland zu tun hat. Dies bestätigt allerdings auch den schon häufig gefundenen Zusammenhang zwischen individuellen psychischen und Paarproblemen (Bradbury & Bodenmann 2020).

Die Belastung der Paarbeziehung (EPF-GDS) ist mit Mittelwerten von 64.1–71.6 (s. Tab. 1) in allen Studien deutlich erhöht und bewegt sich 1,5–2 Standardabweichungen über der Norm. Insofern leiden die Paare in den Studien an einer hohen Belastung ihrer Beziehung und benötigen dringend professionelle Hilfe.

Wie bei Praxisstudien üblich, gab es zum Messzeitpunkt T2 (Ende

2 Statistische Analysen mit SPSS Statistics 29.0.1.0.

der Therapie) einen z. T. erheblichen Schwund beim Rücklauf. Die nachfolgend genannten Ergebnisse müssen unter Berücksichtigung der solchermaßen eingeschränkten Aussagekraft betrachtet werden.

Tabelle 1: Ergebnisse

	S1	**S2**	**S3**	**S4**
Anzahl der Paare T1	63	30	26	170
Anzahl der Paare/Personen T2[a]	37/46	24/40	25/42	89/148
Paare ohne Angaben zu T2	41.27 %	20 %	3.85 %	47.65 %
Beziehungsbelastung T1[b] (T-Wert EPF-GDS)	M68.9 SD 9.3	M 67.44 SD 12.28	M 71.6 SD 10.2	M 64.1 SD 11.12
Beziehungsbelastung T2[b] (T-Wert EPF-GDS)	M 65.3 SD 12.7	M 62.80 SD 12.23	M 62.7 SD 12.9	M 60.65 SD 12.97
Signifikanz der Veränderung[c]	.011*	.008*	.001**	.001**
Effektstärke der Veränderung (Cohens *d*)[c]	.39	.44	.89	.36
Klinisch nicht auffällige Paare T2 (T-Wert < 60 im EPF-GDS)	35 %	39 %	48 %	34 %
Abbruch der Therapie/Beratung	46 %	51%	45 %	33 %

Note. [a] Anzahl der Paare am Ende der Studie (wobei nicht bei allen Paaren beide Partner entsprechende Daten geliefert haben). [b] M = Mittelwert; SD = Standardabweichung. [c] *p < .05; **p < .005; ***p < .001., n. s. = nicht signifikant.

Für die Globalskala des EPF zeigen die Auswertungen durchwegs (hoch-) signifikante Veränderungen im Sinne einer Reduzierung der Paarbelastung mit moderaten Effektstärken (d = .36–.44); überdies stimmt dies mit der für die frühere Studie gefundenen Effektstärke (d = .38) in hohem Maße überein. Für die EFT-Studie wurde eine hohe Effektstärke (d = .89) gefunden. Allerdings verbleiben die Paare in allen Studien auch nach der Intervention mit einem EPF-Wert von über 60 im Mittel immer noch in einem klinisch auffälligen Bereich. Über alle Studien hinweg haben weniger als 40 % der Paare sich am Ende der Therapie in einen Bereich bewegt, der nicht mehr klinisch auffällig ist, mit Ausnahme der EFT-Studie, bei der 48 % zu T2 einen klinisch unauffälligen Wert erreichen.

Die Berater dokumentierten die Form der Beendigung, dabei bewegt sich die Abbruchrate zwischen 33 und 51 %.

Diskussion

Da die vorliegenden Studien aufgrund des naturalistischen Designs starken Einschränkungen ihrer Aussagekraft unterliegen, die für eine Interpretation der Ergebnisse unbedingt berücksichtigt werden müssen, werden diese Limitationen zuerst berichtet. Dies betrifft die abnehmende Zahl der teilnehmenden Paare von T1 zu T2, auch wenn dies durchaus den in naturalistischen Studien üblichen Rücklaufraten entspricht. Dies umso mehr, als man vermuten kann, dass gerade diejenigen Paare, die nicht profitieren, eher abbrechen und dann auch eher nicht mehr an der Studie teilnehmen – Erkenntnisse gerade über diese Paare wären aber von besonderem Interesse, sie lassen sich aber auch besonders schwer erfassen. Leider führen die beteiligten Beratungsstellen bzw. Paartherapeuten keine systematische Erfassung der Merkmale ihrer Klientel im Sinne der hier eingesetzten Instrumente ein, sodass keine belastbaren Aussagen darüber möglich sind, inwiefern drop-outs sich in systematischer Weise von Paaren unterscheiden, die die Therapie und die Studie abgeschlossen haben.

Außerdem sind die Stichproben in S2 und S3 klein und liegen damit am Rande der Auswertbarkeit. Es ist auch nicht auszuschließen, dass bei der Auswahl der Studienpaare durch die beteiligten Studientherapeuten Selektionseffekte entstanden sind, sei es beabsichtigt oder nicht. Natürlich wäre auch eine Randomisierung der Zuteilung der untersuchten Paare zu den verschiedenen Paartherapieansätzen bzw. Settings wünschenswert gewesen ebenso wie eine parallele unbehandelte Kontrollgruppe. Bezüglich der angewandten Interventionsmethoden gilt es zu beachten, dass die Schulentreue (adherence) innerhalb der verschiedenen Methoden nicht überprüft wurde, Unterschiede in der adherence könnten aber unterschiedliche outcomes erklären. Auch wurden die Ergebnisse nicht auf Unterschiede in der Effektivität zwischen einzelnen Therapeuten geprüft. Alle diese Punkte schränken die Aussagekraft der vorliegenden Ergebnisse ein. Auch sind die Stichproben hinsichtlich der demographischen Merkmale unterschiedlich. Vergleiche zwischen den untersuchten Ansätzen bzw. Kontexten sind daher nicht möglich. Auch die im Folgenden getroffenen allgemeinen Aussagen haben daher auf der Basis der begrenzten Datenqualität zunächst einmal explorativen Charakter und bedürfen weiterer Forschung (siehe dazu ausführlicher unten).

Zunächst einmal ist festzustellen, dass sich alle untersuchten Paar-

therapiemethoden und -settings als wirksam erwiesen haben in der Reduktion der Belastung der Paarbeziehung und einer Verbesserung der Beziehungsqualität. Im Verlaufe der Paartherapie bewegen sich dabei ca. 40 % der Paare in einen klinisch unauffälligen Bereich: diese Paare befinden sich zum Messzeitpunkt T2 mit einem T-Wert auf der Globalskala des EPF von unter 60 in einem Bereich, wo sich ihre Belastung nicht mehr von der von einer unbelasteten Vergleichsstichprobe unterscheidet, was in der vorliegenden Studie als Kriterium für eine erfolgreiche Paarberatung betrachtet wird. Die ermittelten Effektstärken bewegen sich in einem moderaten Bereich von d = .3–.5. Dies bestätigt die oben dargestellte Hypothese, dass Paartherapie unter realen Praxisbedingungen eine Effektstärke von d = .5 nicht überschreitet, wobei ca. 40 % der Paare in einem klinisch bedeutsamen Sinne geholfen wird, während aber ein erheblicher Teil der Paare sich nicht verbessert oder sogar verschlechtert. Überdies wird die Erkenntnis bestätigt, dass in der realen Praxis 40–50 % der Paare die Therapie vorzeitig beenden. Die drei schon früher in Deutschland durchgeführten Studien mit vergleichbarem Design (Klann et al. 2011; Roesler 2020) ergaben ebenfalls Effektstärken von d = .3–.5. Dabei ist auch zu betonen, dass die untersuchten Stichproben mit sehr unterschiedlichen Methoden und in unterschiedlichen Kontexten behandelt wurden, trotzdem sind die Ergebnisse sehr ähnlich.

Die in Studie 3 untersuchte EFT weicht hiervon mit einer gefundenen Effektstärke von d = 0.89 und ca. 50 % Paaren, die einen klinisch unauffälligen Wert am Ende der Therapie erreichen, ab, was jedoch aufgrund der geringen Stichprobengröße sowie Unterschieden in der Demographie der Paare gegenüber den anderen Studienteilnehmenden nicht zuverlässig interpretierbar erscheint. Zusätzlich muss hervorgehoben werden, dass das Design der Studie nicht dazu geeignet war, Vergleiche zwischen Ansätzen zu untersuchen.

Eigentlich ist das Angebot für problembelastete Paare insbesondere durch die institutionelle Paarberatung in Deutschland im internationalen Vergleich hervorragend (Roesler 2024d). Immerhin bei 40 % ihrer Klienten erreicht dieses Angebot klinisch bedeutsame Verbesserungen und ist damit so wirksam wie Paartherapie im internationalen Vergleich, teilt aber offensichtlich auch dieselben Probleme. Im Rahmen der Studien wurden potentielle Risikofaktoren erhoben, die nun ausführlicher untersucht werden, um ein empirisch fundiertes Modell zu entwickeln, das erklären kann, warum manche Paare von der Therapie nicht so pro-

fitieren wie andere (Publikation in Vorbereitung); Vorarbeiten dazu wurden schon in den früheren Studien gemacht (Roesler 2020). So findet sich hier, wie schon in früheren Studien (Halford et al. 2016), ein klarer Zusammenhang zwischen einer hohen anfänglichen Belastung der Paarbeziehung und einem schlechten Ergebnis bzw. frühzeitigem Abbruch.

Generell kann man sagen, dass Paarberatung für eine bestimmte Gruppe von Paaren mit einer eher geringen Belastung ein gutes Angebot darstellt; hier bewirkt die Intervention eine Verbesserung der Beziehungsqualität und die Beziehung wird stabilisiert, sodass auch auf längere Sicht keine Trennung droht. Eine entscheidende Frage für zukünftige Forschung muss daher sein, besser zu verstehen, wodurch sich die hochbelasteten Paare, die von der Intervention nicht profitieren, von denen unterscheiden, die das Angebot in konstruktiver Weise für sich nutzen können.

Es wird in diesem Zusammenhang immer wieder die Annahme diskutiert, dass viele Paare zu spät professionelle Hilfe aufsuchen und schon zu tiefgehende Verletzungen bzw. ein De-Engagement aus der Paarbeziehung stattgefunden haben, sodass auch gute Paartherapieansätze hier keine Besserung mehr bewirken können. Eine Möglichkeit, hierauf zu reagieren, wäre, den Bereich der Prävention von Paarproblemen auszubauen, um zum einen solche schwierigen Beziehungsverläufe zu verhindern und zum anderen die Schwelle für eine frühzeitige Inanspruchnahme professioneller Hilfsangebote bei Paarproblemen in der Bevölkerung zu senken. Hierzu gibt es auch schon eine Reihe von Vorschlägen, zum Beispiel die Vermittlung von Beziehungskompetenz in Schule und Bildungskontexten (Roesler 2024a, 2021) sowie die Aufnahme von Paartherapie ins Gesundheitswesen im Rahmen der gesetzlichen Versorgung (Roesler 2024d). Letzteres hätte auch zur Folge, dass Anbieter von Paartherapie sich Maßnahmen der Qualitätssicherung unterziehen müssten bzw. eine staatliche Kontrolle über die Berufszulassung etabliert würde.

Da sich EFT in RCTs mit einer Rate von 61 % vollkommen erholten Paaren gegenüber nur 41 % in der zweiten gut untersuchten Therapieform (BCT) auch bei hochbelasteten Paaren als wirksam erwiesen hat (Bradbury & Bodenmann 2020), könnte diese Methode die Versorgung möglicherweise verbessern. Daher sollte EFT in direktem Vergleich mit einer anderen paartherapeutischen Methode mit genügend großen Stichproben

getestet werden, allerdings unter den üblichen Praxisbedingungen, um zu prüfen, ob mit dieser Methode die Wirksamkeit der Paartherapie in der Praxis insgesamt verbessert werden kann. Dazu bedarf es der Einführung eines standardmäßigen Monitorings der Wirksamkeit in der Routineversorgung.

Die hier vorgelegten Studien machen den Bedarf nach einer kontinuierlichen Evaluation von Paartherapie in der Praxis deutlich. Verbesserungsvorschläge zur Datenerfassung aus der Wissenschaft, z. B. Einführung einer Kontrollgruppe, detailliertes Prozessmonitoring, randomisierte Zuteilung zu Studienbedingungen usw. erscheinen angesichts der Bedingungen in der realen Praxis kaum umsetzbar. Kontrollgruppen oder Randomisierung sind der institutionellen Beratung aufgrund ihrer öffentlich-rechtlichen Verfasstheit explizit verboten. Auch sind häufig weder die Ressourcen noch die Zeit vorhanden, um arbeitsaufwändige Datenerhebungen durchzuführen; ich habe selbst immer wieder erlebt, dass man mit Beratern selbst um die Einführung eines knappen und basalen Erhebungsinstrumentes ringen muss. Es besteht oft Misstrauen gegenüber Studien: bei den Fachkräften, weil sie fürchten, dass Mängel oder geringe Wirksamkeit aufgedeckt werden und sie kontrolliert und bewertet werden könnten[3], bei den Klienten aufgrund von Befürchtungen in Bezug auf die Vertraulichkeit. Gerade Beratungsstellen, aber auch private Paartherapeuten stehen häufig unter hohem Druck durch viele Anfragen, die es zu bearbeiten gilt, und haben wenig bis keine Ressourcen für die zusätzliche Arbeit, die Forschung macht. Klienten sind häufig schwer belastet durch ihre Beziehungsprobleme und haben wenig Sinn für die Erfordernisse einer vollständigen Datenerfassung, daher ist ein Schwund von 50 % in solchen Praxisstudien die Regel, was aber natürlich wiederum die Aussagekraft der Ergebnisse dramatisch einschränkt. Therapeuten in eigener Praxis sind Unternehmer, die von ihrer Tätigkeit leben müssen, und daher oft nicht interessiert, realistische Ergebnisse über die Einschränkungen ihrer eigenen Wirksamkeit veröffentlicht zu sehen. Dasselbe gilt für Beratungsstellen: da die Finanzierung öffentlicher und kirchlicher Leistungen mittlerweile oft in Frage steht, besteht bei Beratungsstellen nicht selten die (begründete) Befürchtung, dass Er-

3 Darüber hinaus dürfen Beratungsinstitutionen keine Aufschlüsselung der Wirksamkeit auf der Ebene von Beratern vornehmen, weil dies arbeitsrechtlich betrachtet einer Leistungsbewertung gleichkäme und verboten ist.

gebnisse wie in der vorliegenden Studie von den Trägern benutzt werden könnten, um diese Art des Angebots als unwirksam hinzustellen und den Stellen Mittel zu streichen. Alle diese Aspekte erschweren die Implementierung entsprechender Studien und die Herstellung einer hohen Datenqualität. Aus Sicht der Wissenschaft erscheint die reale Praxis immer nur als die etwas weniger gute Variante der Interventionsmethodik (mit Prozessdiagnostik, Erfolgsmonitoring usw.), wozu es aber die an wissenschaftlichen Institutionen vorhandenen Ressourcen braucht wie Personal, das Auswertungen durchführen und Ergebnisse rückmelden kann. Werden allerdings die Studienbedingungen entsprechend diesen Forderungen zu artifiziell, ist es wieder nicht die reale Praxis, die untersucht wird – ein schwer aufzulösendes Paradox. Dass Paartherapiemethoden unter artifiziellen Bedingungen sehr hohe Effektstärken erreichen, nützt Paaren wenig, wenn man diese Bedingungen in der realen Praxis nicht einmal annähernd umsetzen kann – im Grunde eine weitere Dimension des efficacy-effectiveness gaps. Forschung muß Wege finden, um die realen Bedingungen in der Praxis realitätsgetreuer zu erfassen und besser zu verstehen, wie man die Wirkungen auf verschiedene Klientengruppen verbessern kann. Andererseits aber muß sich auch die Praxis für kontinuierliche Evaluation als normalen Bestandteil des Arbeitens öffnen – hier besteht aus meiner Sicht deutlicher Professionalisierungsbedarf.

Für Paarberatung bzw. -therapie, in welchem Kontext auch immer, sollte ein Monitoring der Wirksamkeit anhand etablierter Messinstrumente eingeführt werden, um eine realistischere Einschätzung der Effekte zu ermöglichen, wobei diese Instrumente sehr ökonomisch sein müssen. Beispiele wären: die Globalskala des EPF mit 22 Items; die Ultra-Kurzversion der Dyadic Adjustment Scale DAS-4 mit nur vier Items (Lübke et al. 2024); Schulung in der GARF-Skala (Cierpka & Stasch 2006), bei der von Therapeuten nur ein Wert vergeben wird. Ein gelungenes Beispiel für die bundesweite Implementierung einer Ergebnisevaluation findet sich im Bereich der Erziehungsberatung im Projekt Wir.EB (Arnold et al. 2018): Hier wurde von einem kirchlich finanzierten Forschungsinstitut ein spezifisches Instrument für die Erziehungsberatungsstellen entwickelt, welches mittlerweile Hunderte von Beratungsstellen verwenden; Schlüsselelement ist, dass die Datenauswertung beim Forschungsinstitut zentralisiert ist und für die EBs keinen zusätzlichen Aufwand bedeutet.

Literatur

Arnold, J.; Macsenaere, M.; Hiller, S. (2018). *Wirksamkeit der Erziehungsberatung*. Freiburg: Lambertus.

Balfour, A., Clulow, C., & Thompson, K. (2019). *Engaging couples. New directions in therapeutic work with families.* London: Routledge.

Barbato, A., & D'Avenzo, B. (2018). Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: a metanalysis. *Psychiatry Quarterly*, 79, 121–132.

Bodenmann, G. (2016). *Lehrbuch klinische Paar- und Familienpsychologie.* Bern: Huber.

Bradbury, T. N., & Bodenmann, G. (2020). Interventions for couples. *Annual Review of Clinical. Psychology*, 16, 99–123.

Carr, A. (2014). The evidence base for couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36, 158–194.

Christensen, A., Atkins, D. C., Baucom, B. et al. (2010). Marital status and satisfaction five years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 78, 225–235.

Cierpka, M., & Stasch, M. (2006). Beziehungsdiagnostik mit der GARF-Skala. *Psychotherapie*, 11, 56–63.

Cöllen, M. (2003). *Integrative Paartherapie*. Tübingen: Psychotherapie-Verlag.

Frisch J, Aguilar-Raab C, Eckstein M et al. (2017). Einfluss von Paarinteraktion auf die Gesundheit. *Psychotherapeut, 62*, 59–76.

Halford, W. K., Pepping, C. A., & Petch, J. (2016). The gap between couple therapy research efficacy and practice effectiveness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42, 32–44.

Hewison, D. Casey, P., & Mwamba, N. (2016). The effectiveness of couple therapy: Clinical outcomes in a naturalistic United Kingdom setting. *Psychotherapy*, 53, 377–387.

Johnson, S. M. (2004). *The practice of Emotionally Focused Couple Therapy: Creating Connection. 2nd Edition*. London: Taylor & Francis.

Karakurt, G., Whiting, K., Van Esch, C., Bolen, S. D. & Calabrese, J. R. (2016). Couples therapy for intimate partner violence: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42, 567–583.

Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127, 472–503.

Klann. N., Hahlweg, K., Baucom, D. H., et al. (2011). The effectiveness of couple therapy in Germany: a replication study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37, 200–208.

Klann, N., Hahlweg, K., Snyder, D. K., & Limbird, C. (2006). *Einschätzung von Partnerschaft und Familie EPF. Manual für die deutsche Form des »Marital Satisfaction Inventory-Revised« MSI-R von Snyder (1997).* Göttingen: Hogrefe.

Lebow, J. L. (2016). Editorial: Empirically Supported Treatments in Couple and Family Therapy. *Family Process,* 55, 385–389.

Lebow, J. L., Chambers, A. L., Christensen, A., & Johnson, S. M. (2012). Research on the Treatment of Couple Distress. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38 (1), 145–168.

Lübke, L.; Fleming, E.; Müller, S.; Brähler, E.; Fegert, J. M.; Spitzer, C. (2024). Assessing Relationship Satisfaction with Four Items? Psychometric Evaluation of the Ultra-short

German Version of the Dyadic Adjustment Scale (DAS-4). *Psychother Psychosom Med Psychol, 74*(7), 295–300. https://doi.org/10.1055/a-2278-6502
Owen, J.; Sinha, S.; Polser, G. C.; Hangge, A.; Davis, J.; Blum, L.; Drinane, J. (2023). Meta-analysis of couple therapy in non-randomized clinical studies: Individual and couple level outcomes. *Family Process*, 62, 976–992.
Roddy, M. K.; Walsh, L. M.; Rothman, K.; Hatch, S. G.; Doss, B. (2020). Meta-analysis of couple therapy: Effects across outcomes, designs, timeframes, and other moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88, 583–596.
Roesler C. (2018). Die Wirksamkeit von Paartherapie. Teil 1: Eine Übersicht über den Stand der Forschung. *Familiendynamik, 43*, 332–341.
Roesler, C. (2019): Die Wirksamkeit von Paartherapie Teil 2: Ergebnisse einer bundesweiten naturalistischen Studie zur Wirksamkeit von Paarberatung. *Familiendynamik, 44*(2), 126–137.
Roesler, C. (2020). Effectiveness of couple therapy in practice settings and identification of potential predictors for differential outcomes. Results of a German nationwide naturalistic study. *Family Process*, 59, 390–408.
Roesler, C. (2021): Innovative Strategien zur Prävention von Paarproblemen. *Familiendynamik, 46*(1), S. 56–67.
Roesler C. (2024a) Paartherapie und die Versorgung von Paarproblemen: Gegenwart und Zukunft. In: Roesler C & Bröning S (Hg.). *Paarbeziehung im 21. Jahrhundert*. Stuttgart: Kohlhammer (195–232).
Roesler, C. (2024b). *Paarprobleme und Paartherapie – Theorien, Methoden, Forschung. Ein integratives Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
Roesler C. (2024c). *Partnerschaftsgewalt und Geschlecht. Häufigkeit und Geschlechterverteilung, Erklärungskonzepte und Interventionsstrategien*. Baden-Baden: Nomos.
Roesler, C. (2024d). Psychodynamische Paartherapie. Göttingen: Hogrefe.
Snyder, D. K. (1981). *Marital Satisfaction Inventory (MSI) manual.* Los Angeles: Western Psychological Services.
Volger, I., & Merbach, M. (2010). *Die Beziehung verbessern. Beratung von Paaren, die unter ihrer Kommunikation leiden.* Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
Wiebe, S. A., & Johnson, S. M. (2016). A Review of the Research in Emotionally Focused Therapy for Couples. *Family Process, 55*, 390–407.

Biografische Notiz

Prof. Dr. phil. habil. Dipl.-Psych. *Christian Roesler*, Psychologischer Psychotherapeut, Psychoanalytiker (C. G. Jung-Institut Zürich) ist Professor für Klinische Psychologie an der Katholischen Hochschule Freiburg und für Analytische Psychologie an der Fakultät für Psychologie der Universität Basel sowie assoziierter Professor Psychotherapiewissenschaft Sigmund-Freud-Universität Linz. Lehranalytiker an den C. G. Jung-Instituten Zürich und Stuttgart sowie am Aus- und Weiterbildungsinstitut für Psychoanalytische und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie am Universitätsklinikum Freiburg (DGPT). Private Praxis für Psychoanalyse und Paartherapie in Freiburg.

»Unter der Gürtellinie ist tote Hose«

Sexualpädagogisches Verweisungswissen in der Ausbildung psychosozialer Fachkräfte – Kommentar

Stefan Hierholzer

Beratung aktuell, 27(1), 2026, 45–54
https://doi.org/10.30820/1437-3181-2026-1-45
beratung-aktuell.de | besserlieben.de/beratung-aktuell
CC BY-NC-ND 4.0

Abstract: Trotz völkerrechtlich anerkannter sexueller Rechte und der Allgegenwart von Sexualität in psychosozialen Handlungsfeldern im Sinne des IPPF bleibt das Thema in der Qualifizierung deutscher Fachkräfte randständig (IPPF, 2008). Dieser Kommentar beleuchtet die strukturelle Sprachlosigkeit in Curricula der psychosozialen Berufe (u. a. Sozialen Arbeit, Kindheitspädagogik sowie der Erzieher*innenausbildung) und argumentiert, dass fehlendes sexualpädagogisches Verweisungswissen (Kapitel 4) eine folgenreiche Leerstelle an der Schnittstelle zum öffentlichen Gesundheitswesen darstellt. Fehlen Fachkräften sprachliche Sicherheit, Indikationssensibilität und Wissen über Hilfesysteme, werden sexualitätsbezogene Anliegen weder eingeordnet noch professionell erarbeitet, und der Zugang zu sexual- und paartherapeutischen Angeboten erschwert sich systemisch. Der Beitrag plädiert für eine curriculare Verankerung, die Sexualität nicht primär unter Gefahrenabwehr, sondern als integrale Dimension von öffentlicher Gesundheit, Selbstbestimmung und professioneller Beziehungsgestaltung versteht.

Keywords: Sexualpädagogik, Verweisungswissen, psychosoziale Ausbildung, sexuelle Gesundheit, Öffentliches Gesundheitswesen

1 Einleitung: Die Marginalisierung des Sexuellen in der Professionalisierung

In der psychosozialen Professionalisierung zeigt sich ein Paradox: Sexualität ist als lebensbegleitende Dimension von Identität, Beziehung und

Gesundheit in nahezu allen Handlungsfeldern präsent, bleibt in formalen Qualifizierungswegen jedoch häufig randständig. Die Metapher der »toten Hose« verweist zugespitzt auf eine strukturelle Wissensleere, die Fachkräfte in einem praktisch omnipräsenten Bereich zurücklässt (Altenburg, 2016; Sielert, 2016).

Diese Leerstelle ist kein nachgeordnetes Bildungsproblem, sondern eine Herausforderung für die öffentliche Gesundheitsvorsorge. Wird Sexualität ausgeblendet oder auf Risikothemen verengt, werden Bedarfe seltener erkannt, Gespräche vermieden, Grenzziehungen unsicher vollzogen, Weiterverweisungen unterlassen. Sexualität ist aber keine Randfrage, sondern eine zentrale professions- und versorgungsrelevante Dimension.

Sexualpädagogisches Verweisungswissen ist daher keine Zusatzqualifikation für Spezialist*innen, sondern als grundlegende Schnittstellenkompetenz die Fähigkeit, sexualitätsbezogene Anliegen wahrzunehmen, im Rahmen des eigenen Mandats einzuordnen und zu adressieren und bei Bedarf adressat*innengerecht an spezialisierte Hilfesysteme weiterzuvermitteln. Wo dieses Wissen fehlt, entstehen Unsicherheiten im professionellen Alltag, Lücken in der gesundheitlichen Versorgung und Zugangsbarrieren zu gesundheitsrelevanten Hilfen (Hierholzer, 2020; Hierholzer, 2022).

2 Curriculare Leerstellen: Sexualität zwischen Querschnittsanspruch und Randthema

Ein Blick auf Ausbildungscurricula psychosozialer Berufe zeigt eine deutliche Diskrepanz zwischen fachlichem Anspruch und curricularer Realität (Henningsen & Sielert, 2016). Sexualität wird mitunter als Querschnittsthema benannt, bleibt in der konkreten Lehre jedoch häufig fakultativ, punktuell oder an individuelles Lehrenden-Engagement gebunden (Jungbauer et al., 2020). In Ausbildungen wie der Erzieher*innen oder der Pflegefachberufe erscheint Sexualität primär als Krisen- oder Gefährdungsthema, selten als positive Dimension von Entwicklung, Selbstbestimmung und Gesundheit. Wer Sexualität vor allem unter dem Vorzeichen von Schutz kennenlernt, entwickelt schwerer jene professionelle Haltung, die für eine differenzierte, wertschätzende und grenzbewusste Begleitung notwendig wäre (Schmidt & Sielert, 2013).

Trotz der im Takt mit Diskursverschiebungen veränderten rechtlichen

Rahmenbedingungen hat in der Umsetzung bisher keine durchgreifende curriculare Neuverortung stattgefunden (Henningsen & Sielert, 2016). U. a. die curriculare Fragmentierung erzeugt dabei eine paradoxe Situation: Sexualität ist im Berufsalltag omnipräsent, in der Qualifizierung aber randständig. Das Ergebnis ist keine neutrale Lücke, sondern professionsrelevante Unterausstattung.

Mehrere Faktoren erklären diese Marginalisierung: Erstens stehen Curricula unter erheblichem Verdichtungsdruck (Jungbauer et al., 2020). Zweitens wird Sexualpädagogik als reputationsriskantes, politisch umkämpftes Feld wahrgenommen (Sielert, 2016, Lemke 2022, Degen 2023a, Degen i. E.). Drittens fehlt es vielerorts an qualifizierten Lehrenden, da das Fach nur an wenigen Standorten strukturell verankert ist (Henningsen & Sielert, 2016, Degen 2023, Hartmann 2023). Viertens wirkt die interdisziplinäre Verortung als Zuständigkeitsdiffusion. Diese Gründe machen die Marginalisierung erklärbar, legitimieren sie jedoch nicht: Eine curriculare Verankerung ist nur durch bildungspolitische Strukturentscheidungen erreichbar.

Neuere Analysen bestätigen diesen Befund. Jungbauer et al. (2020) zeigen, dass sexualpädagogische Inhalte trotz gestiegener öffentlicher Aufmerksamkeit selten verbindlich verankert sind. Überarbeitete Rahmenlehrpläne (u. a. Bayern 2017, NRW 2020) räumen Sexualität zwar mehr Raum ein, beschränken diesen jedoch meist auf Kinderschutz- und Präventionskontexte, ohne Verweisungswissen als eigenständiges Kompetenzfeld auszuweisen (Jungbauer et al., 2020; Hierholzer, 2022). Eine systematische bundesweite Erhebung steht aus; und diese Forschungslücke selbst ist ein Befund. Der Kommentar plädiert daher für eine regelmäßige, vergleichende Curriculumsforschung als Voraussetzung evidenzbasierter Reformprozesse.

3 Das Professionalitätsparadox: Schutzauftrag ohne hinreichende Sprachfähigkeit

Psychosoziale Fachkräfte werden institutionell zur Handlung verpflichtet, erhalten in ihrer Qualifizierung jedoch vielfach nicht das Instrumentarium für sexualitätsbezogene Situationen (Schmidt & Sielert, 2013). Insbesondere im Kontext von Schutzkonzepten und Kindeswohl wird kommunikative Kompetenz erwartet (Christmann et al., 2019). Problematisch

wird es, wo Ausbildung Handlungserwartungen erzeugt, aber zu wenig Raum für Reflexion bietet. Institutionelle Verpflichtungen treffen dann auf unzureichend entwickelte subjektive Kompetenzen (Schütze, 1996).

Neuere Professionalisierungsforschung hat dieses Paradox weitergeführt. Helsper (2014) analysiert strukturelle Antinomien – etwa die Spannung zwischen Nähe und Distanz oder Regelorientierung und Fallverstehen – als konstitutive Grundspannungen, die auch für das Sprechen über Sexualität kennzeichnend sind (vgl. Henningsen & Sielert, 2016, Degen 2023, Hartmann 2023). Becker-Lenz et al. (2012) zeigen, dass professionelle Identität durch habituelle Haltungsarbeit entsteht, nicht allein durch Wissensvermittlung. Thole & Cloos (2014) verweisen darauf, dass professionelles Wissen häufig als implizites Körperwissen vorliegt und nur durch gezielte Reflexionsanlässe explizierbar wird; das ist besonders relevant, da Scham- und Normkonflikte im Bereich Sexualität tief habituell verankert sein dürften. Die neuere Forschung stützt damit die These, dass sexualpädagogisches Verweisungswissen nur durch reflexiv angelegte Qualifizierungsprozesse erworben werden kann.

Im Bereich sexualitätsbezogener Themen manifestiert sich dies als spezifische Handlungsscham (Henningsen & Sielert, 2023): Fachkräfte beantworten entsprechende Äußerungen von Klient*innen mit Themenwechsel, Humor oder Rückzugsrhetorik – nicht aus Desinteresse, sondern aus Unsicherheit. Wo reflexive Routinen fehlen, werden Signale übersehen, Anliegen bagatellisiert oder vorschnell pathologisiert (Thuswald, 2024). Die Folge: Fachkräfte nutzen ihre Gatekeeper-Funktion nur eingeschränkt, und professionelle Verantwortung bleibt unterbestimmt.

4 Verweisungswissen als professionelle Schnittstellenkompetenz

Vor diesem Hintergrund rückt sexualpädagogisches Verweisungswissen als zentrale Kompetenz in den Blick: nicht die Ausweitung des pädagogischen Mandats in therapeutische Zuständigkeiten, sondern die Fähigkeit, Grenzen des eigenen Handelns zu erkennen und Übergänge in andere Hilfesysteme verantwortlich zu gestalten (gsp, 2023).

Der Begriff ist von verwandten Konzepten abzugrenzen. Handlungswissen (Schön, 1983) bezeichnet breites, implizites Erfahrungswissen, das nicht notwendigerweise auf Systemübergänge ausgerichtet ist. Schnitt-

stellenkompetenz (Otto & Ziegler, 2010) beschreibt die generelle Fähigkeit zur institutionellen Kooperation, ohne den Wissensbezug auf Indikation und Weitervermittlung zu betonen. Beratungskompetenz impliziert eine eigenständige Bearbeitungskapazität, die über Verweisungswissen hinausgeht. Verweisungswissen umfasst demgegenüber das Wissen darüber, wann und wohin verwiesen werden soll – eine Metakompetenz an der Grenze des eigenen Mandats, die als eigenständige professionelle Teilkompetenz zu verstehen ist.

Konkret umfasst Verweisungswissen: erstens Indikationssensibilität – die Fähigkeit, zwischen pädagogischem Gesprächsbedarf, beratungsrelevanten Anliegen und therapeutischem Unterstützungsbedarf zu unterscheiden; zweitens Einordnungs- und Weiterleitungskompetenz – sexualitätsbezogene Fragen wahrnehmen und wissen, wann spezialisierte Unterstützung angezeigt ist; drittens Netzwerk- und Zuständigkeitswissen – regionale Angebote, Zugangswege und Unterstützungsmöglichkeiten kennen (Hierholzer, 2025; Sielert, 2015).

Praxisbeispiel: Eine Fachkraft in der Jugendhilfe nimmt wahr, dass eine 16-jährige Jugendliche wiederholt verunsichert wirkt, wenn es um Partnerschaft, Sexualität und Grenzerfahrungen geht. In einem schulischen Angebot erscheint die Jugendliche zudem mit einem auffälligen Halsband, das von anderen als »Sklavenhalsband« aus der BDSM-Szene kommentiert wird. Die Fachkraft reagiert weder beschämend noch dramatisierend, vermeidet das Thema aber auch nicht. Sie sucht ein geschütztes Einzelgespräch, klärt alters- und entwicklungsangemessen, ob es sich um selbstgewählte Ausdrucksformen, um Gruppendruck, um unklare Erwartungen in einer Beziehung oder um mögliche Grenzverletzungen handelt. Dabei achtet sie auf Freiwilligkeit, Einwilligungsfähigkeit, Machtasymmetrien, Schutzbedarf und die Frage, ob pädagogische Begleitung ausreicht oder spezialisierte Beratung erforderlich ist. Sie informiert über regionale Fachberatungsstellen zu Sexualität, Beziehung, Gewaltprävention und Jugendhilfe und begleitet mit Einverständnis der Jugendlichen den Erstkontakt. So wird Sexualität nicht tabuisiert, zugleich aber professionell zwischen Selbstbestimmung, Risikoeinschätzung und Schutzauftrag unterschieden.

So wird Gatekeeping zur aktiven Lotsenfunktion. Die Schwelle, sexualitätsbezogene Anliegen zu artikulieren, ist hoch; umso wichtiger sind Fachkräfte, die anschlussfähig Orientierung geben und wo angezeigt an sexual- oder paartherapeutische Angebote weitervermitteln (Hierholzer, 2020, 2022, 2025). Professionssoziologisch zeigt sich Professionalität darin,

Zuständigkeiten, Grenzen und Transitionen reflektiert zu bearbeiten (Motzke, 2014). Mit Oevermann (2013) lässt sich dies als stellvertretendes Deutungshandeln verstehen: Die Fachkraft übernimmt eine orientierende Funktion im Hilfesystem, ohne die Autonomie der Klient*in zu unterlaufen – Verweisungswissen verbindet fachliche Expertise mit der Zurückhaltung, die das eigene Mandat erfordert.

5 Reflexion statt Intuition: Warum Sprachfähigkeit erlernt werden muss

Dass sexualitätsbezogenes Verweisungswissen in der Praxis oft brüchig bleibt, hängt mit biografischen, institutionellen und kulturellen Barrieren zusammen. Erhalten Fachkräfte keine Räume zur Reflexion eigener Prägungen, besteht die Gefahr, dass private Moralvorstellungen (unbemerkt und unbeabsichtigt) in professionelles Handeln einwandern. Sprachfähigkeit meint die Fähigkeit, über sexuelle Bedürfnisse, Grenzen und Identitäten wertschätzend, differenziert und professionell distanziert zu sprechen (Henningsen & Sielert, 2023) – eine Kompetenz, die didaktische Settings voraussetzt, in denen Reflexion methodisch ermöglicht wird. Ohne solche Settings bleibt sexualitätsbezogenes Handeln von persönlicher Offenheit und subjektiver Schamgrenze abhängig für professionelle Versorgung eine fragile Grundlage.

6 Wege zur Professionalisierung: Ein Plädoyer für curriculare Verbindlichkeit

Soll die beschriebene Leerstelle verringert werden, braucht es eine systematischere curriculare Verankerung entlang dreier Linien:

Erstens sollte sexualpädagogisches sowie sexualwissenschaftliches Basiswissen verbindlicher als Querschnittsaufgabe verankert werden. Es braucht eine Grundqualifikation, die Fachkräfte befähigt, Sexualität als Bestandteil professioneller Beziehungsgestaltung und Gesundheit zu bearbeiten, inklusive der Fähigkeit, Grenzen zu erkennen und Übergänge zu moderieren (Hierholzer, 2025).

Zweitens bedarf es einer sozialdidaktischen Rahmung, in der Reflexion nicht nur eingefordert, sondern systematisch eingeübt wird (Kars-

ten, 2003). Fallbasiertes Lernen, kollegiale Auswertung und angeleitete Selbsterfahrung ermöglichen es, biografische, normative und emotionale Anteile professionsbezogen bearbeitbar zu machen (Karber, 2021; Degen, 2023). Besonders deutlich wird dies in Degens empirisch begleitetem Fortbildungsprojekt »Teach Love«, das Lehrkräfte im Feld sexueller Bildung nicht nur mit fachlichem Wissen ausstattet, sondern die Bearbeitung eigener Haltungen, Unsicherheiten und Affekte ausdrücklich in die Professionalisierung integriert. Die dort beschriebene Verbindung aus evidenzbasiertem Input, reflexiver Selbstarbeit, Fallarbeit und Praxistransfer zeigt, dass Handlungssicherheit in normativ aufgeladenen Themenfeldern nicht allein durch Informationswissen entsteht. Erforderlich ist vielmehr eine didaktisch gerahmte Auseinandersetzung mit Ambivalenzen, Scham, Grenzfragen, eigenen Vorannahmen und institutionellen Verantwortlichkeiten. Reflexion wird damit zu einer professionellen Kompetenz, die dazu befähigt, auch irritierende oder polarisierende Situationen im Kontext von Sexualität, Körperlichkeit und Beziehungsgestaltung weder zu tabuisieren noch vorschnell zu moralisieren, sondern pädagogisch begründet, schutzorientiert und subjektbezogen zu bearbeiten (Degen, 2023). Einzelne Initiativen nach 2016 zeigen die Machbarkeit: Die Fachschule für Sozialpädagogik hat in mehreren Bundesländern Bausteine zu sexueller Bildung in Rahmenlehrpläne aufgenommen; das Lehrprojekt »Sexuelle Vielfalt« an der Evangelischen Hochschule Berlin (2018–2021) erprobte reflexive Lehrformate. Ohne bundesweite Verbindlichkeit bleiben solche Initiativen jedoch begrenzt – die Forderung ist daher auch bildungspolitisch zu adressieren (Kultusministerkonferenz, 2019).

Drittens muss Verweisungswissen als Netzwerkkompetenz gelehrt werden. Wer Schnittstellen zwischen Beratung, Pädagogik, Gesundheit und Therapie professionell nutzen soll, muss Hilfelandschaften kennen und Ratsuchende in Übergängen begleiten. Paar- und Sexualtherapie sind Teil einer Versorgungskette, die auf vorgelagerte Ansprechbarkeit angewiesen ist (Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2015; Lepori & Tanner, 2021).

7 Fazit: Kein Randthema, sondern professionsrelevante Grundfrage

Die Vernachlässigung sexualpädagogischer Inhalte in der Ausbildung psychosozialer Fachkräfte berührt zentrale Fragen professioneller Sprach-

fähigkeit, Zuständigkeit und Versorgung. Wenn psychosoziale Berufe Autonomie, Teilhabe und körperliche Integrität fördern wollen, können sie Sexualität nicht dauerhaft aus ihrer Professionalisierung ausblenden – besonders deutlich bei queeren Lebensweisen, trans* Gesundheit oder schambesetzten Beziehungsthemen. Professionelle Sprachlosigkeit erhöht das Risiko, dass Bedarfe übersehen oder Zugänge erschwert werden und damit das im IPPF verbriefte Recht auf sexuelle Gesundheit konterkariert wird.

Ein professioneller Umgang mit Sexualität verlangt weder Allzuständigkeit noch therapeutische Grenzüberschreitung, sondern die Bereitschaft, Sexualität als relevanten Teil psychosozialer Wirklichkeit anzuerkennen und verantwortungsvoll an den Schnittstellen zum Gesundheitswesen zu bearbeiten. Erst eine sprachfähige und verweisungsstarke Fachlichkeit kann dazu beitragen, dass sexual- und paartherapeutische Hilfen dort ankommen, wo sie gebraucht werden und dass psychosoziale Fachkräfte ihre Gatekeeper-Rolle nicht als Hürde, sondern als Brücke gestalten. Damit wird zugleich sichtbar, warum eine verbesserte sexualpädagogische Qualifizierung nicht nur pädagogisch, sondern auch versorgungsbezogen und für das Feld der Paar- und Sexualtherapie bedeutsam ist.

Literatur

Altenburg, A. (2016). Sexualität und Soziale Arbeit: Zur Notwendigkeit sexueller Bildung im Studium der Sozialen Arbeit. Hochschulverlag Merseburg.

Becker-Lenz, R., Busse, S., Ehlert, G., & Müller, S. (Hrsg.). (2012). Professionalität Sozialer Arbeit und Hochschule: Wissen, Kompetenz, Habitus und Identität im Studium Sozialer Arbeit. Springer VS.

Christmann, B., Schwerdt, D., & Wazlawik, M. (2019). Perspektiven auf sexualisierte Gewalt in schulischen Kontexten: Konzepte, Befunde, Perspektiven. DDS – Die Deutsche Schule, 111(2), 230–242.

Degen, J. L. (2023). »I feel like a sex ed wizard now«: Critical community psychology applied in digital education for teachers on the topic of sex education. International Review of Theoretical Psychologies, 2(1), 72–93. https://doi.org/10.7146/irtp.v2i1.142792

Degen, J. L. (2023). Teach LOVE: Psychological education on sex education and relationship competence in digital format. Zeitschrift für Sexualforschung, 36(1), 34–40. https://doi.org/10.1055/a-2011-2305

Degen, J. L. (i. E.). Neo-emanzipatorisches Aufklärungsmaterial in der sexuellen Bildung auf dem Prüfstand: »Wenn ich am Bullerbü-Gymnasium mit Analfisting komme, dann fallen die alle in Ohnmacht«. Der Pädagogische Blick.

Gesellschaft für Sexualpädagogik e. V. (gsp). (2023). Berufsethische Standards für sexualpädagogisch Tätige. https://gsp-ev.de/ueber-uns/berufsethische-standards/

Hartmann, A. (2023). Scham als »Gegenmittel« gegen die Gegenwart: Für eine subjekttheoretische Fundierung der Sexualpädagogik. In K. Trunkenpolz, B. Lehner & B. Strobl (Hrsg.), Affekt, Gefühl, Emotion: Zentrale Begriffe psychoanalytischer Pädagogik? Annäherungen aus konzeptueller, forschungsmethodischer und professionalisierungstheoretischer Perspektive (S. 249–263). Verlag Barbara Budrich.

Helsper, W. (2014). Lehrerprofessionalität – der strukturtheoretische Ansatz. In E. Terhart, H. Bennewitz & M. Rothland (Hrsg.), Handbuch der Forschung zum Lehrerberuf (2. Aufl., S. 216–240). Waxmann.

Henningsen, A., & Sielert, U. (2016). Evaluation sexueller Bildung. In C. Griese, H. Marburger & T. Müller (Hrsg.), Bildungs- und Bildungsorganisationsevaluation: Ein Lehrbuch (S. 381–410). De Gruyter Oldenbourg.

Henningsen, A., & Sielert, U. (2023). Praxishandbuch sexuelle Bildung, Prävention sexualisierter Gewalt und Antidiskriminierungsarbeit. Beltz Juventa.

Hierholzer, S. (2020). Basiswissen Sexualpädagogik. Ernst Reinhardt.

Hierholzer, S. (2022). KompaktWISSEN Sexualpädagogik für sozialpädagogische Fachkräfte: Von Krippe bis Jugendhaus. Handwerk und Technik.

Hierholzer, S. (2025). Angewandte Sexualwissenschaft für Care-Berufe: Ein Lehr- und Arbeitsbuch. Verlag Barbara Budrich.

International Planned Parenthood Federation (IPPF). (2008). Sexual Rights: An IPPF Declaration.

Jungbauer, J., Dieckmännken, I., Renkens, J., & Schwonzen, M. (2020). »Schon mal was mit Sex gemacht?« Eine Befragung von Studierenden der Sozialen Arbeit zu sexualpädagogischen Lehrangeboten. Soziale Arbeit, 69(8), 282–289.

Karber, A. (2021). Praktiken der Reflexion in pädagogischen Qualifizierungen: Forschungs- und Entwicklungsanfragen. Bildung und Erziehung, 74(2), 171–183.

Karsten, M.-E. (2003). Sozialdidaktik – Zum Eigensinn didaktischer Reflexionen in den Berufsausbildungen für soziale und sozialpädagogische (Frauen-)Berufe. In A. Schlüter (Hrsg.), Aktuelles und Querliegendes zur Didaktik und Curriculumentwicklung (S. 350–374). Janus Presse.

Kultusministerkonferenz (KMK). (2019). Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule. KMK-Sekretariat.

Lemke, R. (2022). Opposing, denouncing, insulting: Sexuality-related dynamics of opinion on the internet. Zeitschrift für Sexualforschung, 35(4), 221–228. https://doi.org/10.1055/a-1964-3817

Lepori, F., & Tanner, K. (2021). Netzwerkinterventionen in der klinischen Sozialarbeit: Qualitative Forschungsarbeit über die Bedeutung und Wirkung von Netzwerkinterventionen in der beruflichen Praxis im Suchtbereich [Bachelorarbeit, Hochschule Luzern – Soziale Arbeit]. Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.5575749

Motzke, K. (2014). Soziale Arbeit als Profession: Zur Karriere »sozialer Hilfstätigkeit« aus professionssoziologischer Perspektive. Verlag Barbara Budrich.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). (2015). Kompetenzprofil Netzwerkkoordinatorinnen in den Frühen Hilfen. https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompetenzprofil__Netzwerkkoordinatoren.pdf

Oevermann, U. (2013). Die Problematik der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses und der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung in einer professionalisierten

Praxis von Sozialarbeit. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller (Hrsg.), Professionalität in der Sozialen Arbeit (3. Aufl., S. 119–147). Springer VS.
Otto, H.-U., & Ziegler, H. (Hrsg.). (2010). Capabilities – Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
Schmidt, R.-B., & Sielert, U. (Hrsg.). (2013). Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Beltz Juventa.
Schön, D. A. (1983). The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action. Basic Books.
Schütze, F. (1996). Organisationszwänge und paradoxe Strukturen professionellen Handelns. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), Pädagogische Professionalität (S. 183–254). Suhrkamp.
Sielert, U. (2015). Einführung in die Sexualpädagogik (2., aktualisierte und erweiterte Auflage). Beltz Verlag.
Sielert, U. (2016). Historische und systematische Kontroversen um eine Didaktik der Sexualpädagogik. In A. Henningsen, E. Tuider & S. Timmermanns (Hrsg.), Sexualpädagogik kontrovers (S. 69–88). Beltz Juventa.
Thole, W., & Cloos, P. (2014). Soziale Arbeit als professionelle Praxis: Überlegungen zur Konstitution einer handlungstheoretischen Rahmung. In W. Thole (Hrsg.), Grundriss Soziale Arbeit (4. Aufl., S. 441–458). Springer VS.
Thuswald, M. (2024). Sexualerziehung und ihre Grenzen zum Thema machen. In D. Goldmann, S. Richter & T. Wenzl (Hrsg.), Die Grenzen der Erziehung (S. 239–259). peDOCS. https://doi.org/10.3224/84742763.13

Biografische Notiz

Stefan Hierholzer ist Schulleiter der Pädagogika Fachschule für Sozialwesen in Potsdam, staatlich anerkannter Erzieher sowie Master of Education für das Lehramt an berufsbildenden Schulen mit der Fachrichtung Sozialpädagogik. Seine berufliche Praxis verbindet elementarpädagogische Arbeit, Fachschullehre, Hochschullehre, Schulentwicklung, Qualitätsmanagement und digitale Bildung. Als Autor, Dozent und Referent arbeitet er seit vielen Jahren zu Sexualpädagogik, sexueller Bildung, Gender und Diversity, Professionalisierung sozialpädagogischer Berufe sowie Digital- und Medienpädagogik. In seinen Veröffentlichungen und Fachvorträgen verbindet er berufliche Bildung, sozialdidaktische Perspektiven und anwendungsbezogene Sexualwissenschaft. Sein besonderes Interesse gilt der Frage, wie pädagogische Fachkräfte in komplexen Praxisfeldern fachlich fundiert, reflektiert und handlungssicher arbeiten können.

»Mein Körper, meine Wünsche und Ich«

Ein Gruppentherapeutisches Therapieprogramm für Frauen zur weiblichen Sexualität – Ein Praxisbericht

Vera Funke

Beratung aktuell, 27(1), 2026, 55–77
https://doi.org/10.30820/1437-3181-2026-1-55
beratung-aktuell.de | besserlieben.de/beratung-aktuell
CC BY-NC-ND 4.0

Abstract: Im hier vorliegenden Praxisbericht wird das Gruppentherapieprogramm »Mein Körper, meine Wünsche und Ich« vorgestellt. Hierbei handelt es sich um ein ausschließlich für Frauen* entwickeltes Programm zur Vermittlung von Wissen über den weiblichen Körper, die Anatomie und die weibliche Sexualität, das Kennenlernen eigener sexueller Bedürfnisse und (Körper-) Grenzen, die Kommunikation derselben sowie dem Aufbau eines sexuellen Selbstwerts. Das Programm ist systemisch-integrativ angelegt, feministisch verortet (und damit in kritischer Theorie verankert) und wird als Gruppentherapie von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert; nach Kenntnis der Autorin bestehen bislang wenige vergleichbare kassenfinanzierte Gruppenangebote zu Sexualität. Zielgruppe sind alle Frauen, die von sexueller Lustlosigkeit oder Schmerzen bei der Sexualität betroffen sind, mit Sexualität aus verschiedensten Gründen negative Gefühle verbinden und/oder diese aktiv vermeiden. Im Folgenden werden die wichtigsten Therapiebausteine und ein möglicher Therapieverlauf anhand von drei verdichteten, anonymisierten Patientinnen dargestellt. Abschließend werden Limitationen des Programms sowie Anforderungen an das durchführende Fachpersonal und der zukünftige Nutzen des Gruppenkonzeptes diskutiert.

Keywords: Frauengesundheit, Gruppentherapie, weibliche Sexualität, psychotherapeutische Grundversorgung

Idee und Konzept der Gruppe

Die Idee und das ursprüngliche Konzept für die Gruppentherapie entstanden während meiner Arbeit als Psychologin in der Paar- und Sexualberatung bei der Pro Familia München. In meiner alltäglichen Arbeit mit Frauen[1] stellte ich fest, dass es sowohl in der Einzelberatung als auch in Beziehungsberatungen wiederkehrende Themen gibt, die die unterschiedlichsten Frauen belasten und mit denen sie sich allein fühlen. Diese Belastungen oder Probleme manifestieren sich oftmals durch die Sprachlosigkeit, die für viele Betroffene mit Sexualität einhergeht: Es wird im Alltag wenig bis gar nicht über das Thema gesprochen, weder mit Freund*innen noch mit Partnerpersonen.

Durch das Fehlen des Teilens persönlichen Erlebens und Erfahrungen entsteht bei vielen Frauen der Eindruck, alleinig von diesen Belastungen betroffen zu sein. In der Folge können Gedanken entstehen wie »Etwas stimmt nicht mit mir«, »Ich funktioniere nicht«. Diese gehen vermehrt mit Gefühlen von Scham einher, welche verhindern, dass diesbezüglich der Austausch mit anderen gesucht wird. Dies wiederum bedeutet, dass die Problematik und die negativen Gedanken aufrecht erhalten bleiben. Inspiriert durch die Publikationen von Emily Nagoski (u. a. 2019, 2021) sowie Angelika Eck (2014, 2022) wuchs bei mir das Bedürfnis, Frauen den Zugang zu Wissen über Sexualität zu erleichtern und insbesondere in diesem Bereich einen therapeutischen Beitrag zu leisten, um Selbstwirksamkeit zu vermitteln und einen sexuellen Selbstwert aufzubauen. Therapeutische Gruppenangebote in diesem Bereich sind rar, oftmals beziehen diese sich explizit auf traumatische Vorerfahrungen oder auf sexuelle Funktionsstörungen. Da Sexualität jeden betrifft, erschien es als hilfreich, nicht zu pathologisieren und den Raum für alle Frauen zu öffnen, die ihre Sexualität in einer Form als belastend erleben und diesen die Möglichkeit zu geben, ihren Körper und ihre Bedürfnisse in ihrem Tempo kennenzulernen. Kontraindikationen für die Gruppe stellen eine akute psychotische Episode sowie nicht-abstinente substanzgebundene Süchte dar. Die Kontraindikationen regeln damit den Zugang zur Gruppe, nicht die

1 Aus Gründen der Lesbarkeit verwende ich stellvertretend für alle Personen, die sich als weiblich identifizieren, in diesem Text das Wort »Frau«. In der Gruppe sind alle Personen willkommen, die sich selbst als Frau identifizieren. Bisher haben ausschließlich cis-Frauen an der Gruppe teilgenommen.

Intensität der einzelnen Interventionen. Wie der weiter unten geschilderte Abbruch der Seilübung zeigt, kann bereits die Instruktion einer körperorientierten Übung heftige körperliche und emotionale Reaktionen auslösen. Das ist kein zusätzliches Ausschlusskriterium, sondern ein einzukalkulierendes Risiko: Es setzt eine engmaschige Begleitung, die jederzeit gegebene und ausdrücklich benannte Möglichkeit des Aussteigens sowie –bei Traumaerfahrungen– die parallele einzeltherapeutische Anbindung voraus.

Konzeptuell handelt es sich um ein systemisch-integratives gruppentherapeutisches Vorgehen, das psychoedukative, kognitiv-verhaltenstherapeutische und körpertherapeutische Interventionen mit einem hohen Anteil an Selbsterfahrung verbindet. Die Auswahl der Bausteine folgt dabei nicht einer Verfahrensschule, sondern der Frage, welche Zugänge sich in der therapeutischen Arbeit an Sexualität als tragfähig erweisen. Verortet ist das Konzept in einer feministischen, positionierten Perspektive. Damit werden sexuelle Belastungen nicht ausschließlich als individuelle Symptomatik verstanden, sondern auch als Folge internalisierter gesellschaftlicher Erwartungen an weibliche Sexualität. Entsprechend adressiert die Gruppe individuelle und strukturelle Anteile im Wechsel und gleichzeitig. Ziele sind die Aufarbeitung belastender sexueller Erfahrungen, der Aufbau eines sexuellen Selbstwerts, die Stärkung der Fähigkeit, eigene Grenzen wahrzunehmen und zu vertreten und die eigene Sexualität aktiv und selbstbestimmt zu gestalten.

Die Wirksamkeit von Gruppentherapien wurde wiederholt nachgewiesen (Strauß et al., 2016; Barkowski et al., 2020; Burlingame & Strauß, 2021). Für die Entwicklung des Konzepts standen daher vor allem gruppenspezifische Wirkfaktoren im Vordergrund, die man im Einzelsetting so nicht erreichen kann und die eine hohe Wirksamkeit versprachen. Darunter fällt zum einen die Erkenntnis, mit dem eigenen Leid nicht allein zu sein (»Universalität des Leids«, vgl. auch Yalom & Leszcz, 2020) sowie das dadurch entstehende Verbundenheitsgefühl, (vgl. Rutan, 2021). Eine positive Gruppenkohärenz kann die Verbindlichkeit für Absprachen erhöhen und die Hoffnung auf Veränderung steigern, was sich wiederum positiv auf die Veränderungsmotivation auswirken kann. Insbesondere die authentischen Rückmeldungen der anderen Teilnehmerinnen sind der wichtigste Spiegel und zeigen oftmals wesentliche Aspekte der betroffenen Person auf, die die Selbstreflexion fördern (Rosendahl et al., 2021; Rutan, 2021; Burlingame & Strauß, 2021). Diese 360 Grad Rückmeldungen sind

in dieser Form im Einzelsetting nicht zu leisten. Rutan (2021) betont, dass die Fähigkeit, Beziehungen erfolgreich zu gestalten, für viele Patient*innen ein Hauptziel in Therapie ist und dass Gruppentherapie diese Fähigkeit effektiv stärken kann. Nicht zuletzt bietet eine Gruppe die Möglichkeit, mehrere Klientinnen oder Patientinnen zeitgleich zu sehen, und so lange Wartezeiten zur therapeutischen Versorgung erheblich zu verkürzen (Burlingame & Strauß 2021). Der extreme Versorgungsengpass, von dem die ambulante psychotherapeutische Versorgung betroffen ist (vgl. hierzu bundestag.de, abgerufen am 31.05.2026), zeigt sich auch im Beratungskontext, wo Wartelisten z. T. nur wenige Wochen geöffnet sind, und der angefragte Bedarf nicht gedeckt werden kann.

Kontext und Sample

Anfangs war das Konzept als experimentelle Idee mit drei Sitzungen in Workshop-Form geplant, um den Bedarf und eine mögliche Umsetzbarkeit zunächst zu testen. Schnell zeigte sich, dass nach der Kennenlernphase innerhalb einer Gruppe das Bedürfnis, sich weiter mit dem Thema auseinanderzusetzen, groß war. Die Teilnehmerinnen baten um Ausweitung der Termine, da sie das Gefühl hatten, sich nach den drei Terminen erst wirklich öffnen zu können und in der Gruppe anzukommen, sodass der Kurs spontan um drei Termine erweitert wurde.

Da ich neben meiner beruflichen Tätigkeit als psychologische Psychotherapeutin zu dem Zeitpunkt die Zusatzausbildung für Gruppentherapie absolvierte, stellte ich am Weiterbildungsinstitut das Konzept vor. Das Interesse an einer entsprechenden Gruppe zu Sexualität war groß und eine sofortige Bereitschaft da, das Konzept vor Ort als Therapiegruppe anzubieten. Hierfür arbeitete ich dieses fundiert aus, legte es aufgrund meiner Vorerfahrungen bezüglich der Dauer auf sechs Sitzungen an und konnte es dann im Rahmen einer von den gesetzlichen Krankenkassen übernommenen Grundversorgungsgruppe in den Räumlichkeiten des (verhaltenstherapeutischen) Weiterbildungsinstitutes anbieten. Da sich auch die sechs Sitzungen als zu wenig für die Teilnehmerinnen erwiesen, um einen Veränderungsprozess nachhaltig zu beginnen, wurde die Gruppe schließlich auf zehn Sitzungen erweitert.

Die Anzahl der Gruppenteilnehmerinnen pro Durchlauf ist auf maximal acht beschränkt, wobei sich sechs Teilnehmerinnen bisher als ideale

Gruppengröße hinsichtlich der individuellen Teilhabe, aber auch der Stärke der Gruppenkohäsion, für das hier beschriebene Programm herauskristallisiert hat. Die erste Gruppe startete 2021, seitdem hat jährlich ein Durchlauf mit jeweils sechs bis acht Teilnehmerinnen stattgefunden, was ein Sample von ca. 40 Personen umfasst. Die Teilnehmerinnen waren bei Gruppenbeginn zwischen 23 und 60 Jahre alt. Der Zugang erfolgt durch Empfehlung anderer Therapeut*innen (auch im Therapieinstitut) und ehemalige Teilnehmerinnen, durch das direkte Melden der Patientinnen auf in Arzt- und Therapiepraxen ausliegenden Flyern und durch meine eigene Praxis.

Struktur und Fallbeispiele

Grundsätzlich gliedert sich jede Sitzung in vier Teile:

1. Eingangsrunde mit aktuellem Befinden, offenen Fragen und Erwartungen (und ggf. Achtsamkeitsübung)
2. Thematischer Inhalt (Psychoedukativer Teil oder Intervention oder persönliches Thema)
3. Umsetzung/Austausch in Partnerarbeit, Kleingruppen oder der Großgruppe
4. Abschlussrunde mit aktuellem Befinden und Rückmeldung zur tagesaktuellen Sitzung

Im Folgenden wird auf wesentliche Interventionen und Therapiebausteine der Gruppe eingegangen und der Verlauf anhand drei verdichteter und anonymisierter, beispielhafter Patientinnen und ihren Anliegen erläutert:

1) 42-jährige Patientin Ramona

Die heterosexuelle Patientin sei seit 16 Jahren mit ihrem jetzigen Mann in einer Partnerschaft. Sie habe zwei Kinder, 6 und 8 Jahre. Die Sexualität in der Partnerschaft sei anfangs sehr schön und unkompliziert gewesen. Sexuelle Interaktionen hätten sich spontan und organisch ergeben und sie hätte diese als erfüllend erlebt. Nach circa zwei Jahren Beziehung hätten sie weniger Sex gehabt, seit der Geburt ihrer beiden Kinder verspüre sie wenig bis keine Lust mehr, mit ihrem Mann zu schlafen. Der letzte Sex sei über ein Jahr her. Kommunikation darüber finde eigentlich nicht statt, und wenn, dann sei diese nicht kons-

truktiv und sorge für mehr Konflikte und Distanzierung innerhalb der Partnerschaft. Mittlerweile fürchte sie eine Trennung. Masturbation finde sehr selten statt, diese erlebe sie aber als »schön« und »durchaus befriedigend«. Sie wünsche sich, ihre Lust wiederzufinden und mit ihrem Mann zu einer erfüllenden Sexualität zurückkehren zu können.

2) 23-jährige Patientin Anne

Anne habe bisher noch keine feste Beziehung gehabt. Sie habe hin und wieder sexuelle Kontakte mit Männern gehabt, meist um ihren Selbstwert zu boosten. Problematisch sei, dass sie gar nicht wisse, was sie sexuell wolle und dann in der Vergangenheit meist erst nach der sexuellen Erfahrung gespürt habe, dass diese übergriffig gewesen sei und Grenzen überschritten wurden. Daher distanziere sie sich von sexuellen Kurzkontakten. Manchmal habe sie auch Fantasien über Frauen, sie sei bisexuell, habe aber noch keine sexuellen Erfahrungen mit anderen Frauen gemacht. Masturbation finde regelmäßig statt, sie nutze dafür v. a. erotische Hörspiele über femtasy (https://www.femtasy.com/de). Sie wolle herausfinden, wie ihre sexuellen Bedürfnisse aussehen und wie sie in sexuellen Interaktionen erfolgreich ihre Grenzen aufzeigen könne, um weitere negative Erfahrungen zu vermeiden.

3) 55-jährige Patientin Marianne

Die Patientin befinde sich seit circa drei Jahren in den Wechseljahren und leide diesbezüglich unter regelmäßigen Hitzewallungen, Schlafproblemen und insbesondere auch vaginal, unter trockenen Schleimhäuten. Sie befinde sich seit dreißig Jahren in einer Beziehung zu einem Mann und habe drei fast erwachsene Kinder. Sexualität finde bis heute in der Beziehung statt, jedoch habe sie diese noch nie in ihrem Leben als erfüllend erlebt. Sie habe sich immer als attraktive Frau wahrgenommen und für ihr Aussehen auch lange Zeit positives Feedback erhalten. Seit sie sich in den Wechseljahren befinde, kämpfe sie mit ihrem Körperbild. In diesem Zuge habe sie festgestellt, dass sie nie gelernt habe, einen Zugang zu ihrem Körper zu finden und diesen oft als fremd und nicht zu ihr gehörig erlebe. Masturbation finde nicht statt. Sie wünsche sich, einen Zugang zu ihrem Körper zu finden, diesen wertschätzen zu lernen und – vielleicht erstmals in ihrem Leben – Sexualität nur für sich zu entdecken, frei von den Erwartungen und Bedürfnissen anderer.

Phase 1: Annäherung und Vertrauensaufbau

In den ersten Sitzungen der Gruppe liegt der Fokus insbesondere auf dem Kennenlernen, dem Vertrauensaufbau und dem Abbau von Hemmschwellen, über das Thema Sexualität zu sprechen. Zunächst findet eine ausführliche Vorstellungsrunde statt und die Teilnehmerinnen beantworten in Partnerarbeit Fragen zu ihrer Sexualität. Die Arbeit mit nur einem Gegenüber hat sich insbesondere zu Beginn der Gruppe als sinnvoll erwiesen, da es den Teilnehmerinnen nach eigener Aussage anfangs leichter fällt, sich nur einer Person zu öffnen. Psychoedukative Elemente verringern zudem die Hemmschwelle, da hier zunächst keine aktive Teilnahme gefordert ist, und dennoch ein Identifikationsmoment entsteht. Wichtig ist hierbei, flexibel auf die Bedürfnisse der Einzelnen sowie auf die Gruppe als Ganzes einzugehen. In den ersten Terminen hat sich bewährt, die Sitzungen stärker zu strukturieren, und zunächst kognitiv-verhaltenstherapeutisch zu arbeiten. Die wichtigsten Interventionen in der ersten Phase sind:

- *Psychoedukation:* Vorstellung des sexuellen Reaktionszyklus nach Basson (2000) sowie des Dual Control Models (Janssen & Bancroft, 2023) mit anschließender Partnerarbeit zur Reflexion (»Welche Form der Sexualität genieße ich? Wann habe ich mich als Frau in meinem Leben wohl gefühlt? Gab es eine Zeit, in der ich mich mit meiner Sexualität wohl gefühlt habe?«), Erregung vs. Lust und Begehren (Nagoski, 2021, S. 189–246).
- *Arbeit mit Bildern und Metaphern* (Bild finden für »Wie nehme ich meine Sexualität aktuell wahr?« Und: »Wie würde ich mir meine Sexualität wünschen?«), Ziel ist die spielerische Visualisierung und emotionale Verknüpfung zu einem möglichen positiven Bild der eigenen Sexualität. Die Internalisierung dessen als Leitbild auf dem Weg zu einer veränderten Sexualität fördert bei einigen Patientinnen die Motivation.
- *Erarbeitung negativer Grundannahmen* in Bezug auf die eigene Sexualität zunächst in Kleingruppen, dann in der Großgruppe sowie kognitive Umstrukturierung zum Abbau derselben (vgl. Wilken, 2018 oder auch Einsle, & Hummel, 2024)). Leitfragen sind z. B.: »Was habe ich über Sexualität gelernt?«, »Was sind automatische Gedanken, die ich zu Sexualität habe?« »Welche Gefühle verknüpfe ich mit Sexualität?«, vgl. Abbildung 1.

- ➢ Ressourcenarbeit und Erarbeitung positiver Selbstaffirmationen (Willutzki & Teismann, 2013) auf Basis der erarbeiteten Grundannahmen, siehe auch Abbildung 2.
- ➢ Wissensvermittlung über weibliche Anatomie sowie Achtsamkeitsübungen (Body-Scan, Atemübungen, Übungen zur Wahrnehmung des Beckenbodens)

Abbildung 1 und 2 zeigen die Ergebnisse der Erarbeitung negativer Grundannahmen und die Umstrukturierung derselben. Sie verdeutlichen die Schwere der Internalisierung gesellschaftlicher Erwartungen und die damit verbundenen ambivalenten Gefühle. Nach der Erarbeitung der positiven Affirmationen ist es wichtig, gemeinsam Ideen zu generieren, wie diese verinnerlicht werden können. Diese werden gebündelt und die Teilnehmerinnen aufgefordert, eine für sie passende Strategie herauszusuchen und diese über den Verlauf der Gruppe immer wieder anzuwenden. Es bewährt sich, in den folgenden Sitzungen wiederholt darauf Bezug zu nehmen und die Patientinnen an die Aufgabe zu erinnern. Ziel ist hierbei die langfristige Veränderung der internalisierten Denkmuster über Sexualität.

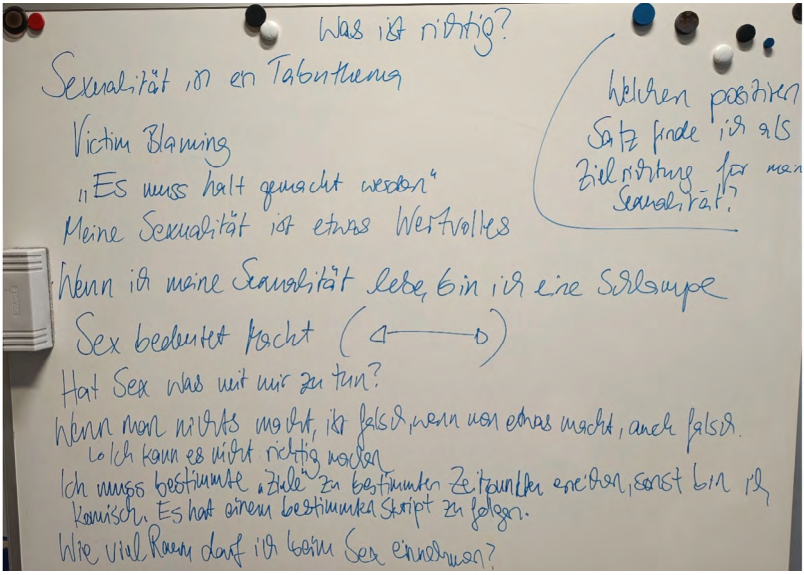


Abbildung 1: Erarbeitete Gedanken, Stichworte und Fragen zu negativen Grundannahmen über Sexualität

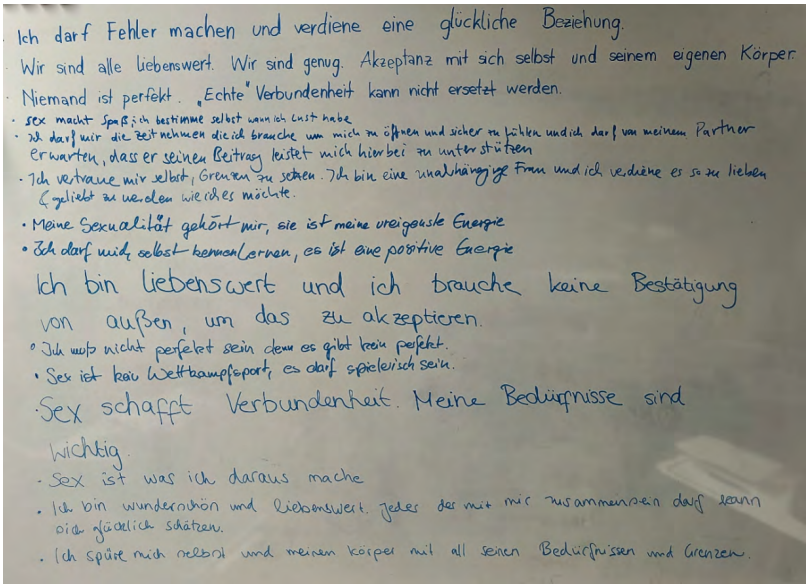


Abbildung 2: Beispiel für erarbeitete positive Selbstaffirmationen auf Basis der negativen Grundannahmen

Ramona ist anfangs eher ruhig, gibt den anderen positive Rückmeldungen, hält sich jedoch mit dem Teilen eigener Erfahrungen zu Beginn zurück. *Marianne* bringt sich trotz anfänglicher Zweifel, ob sie richtig in der Gruppe ist, von Anfang an aktiv ein, teilt vieles von ihrem Erleben und ihren Erkenntnissen. Sie wolle nichts mehr verpassen und so viel wie möglich für sich ändern. *Anne* fällt zu Beginn durch ihre rege Mitarbeit auf. Es fällt ihr leicht, auf kognitiver Ebene zu reflektieren und für die anderen einzustehen.

Bei der Erarbeitung der Grundannahmen merkt *Ramona*, dass sie auch positive Gedanken zu Sexualität hat, aktuell aber nur ihre negativen Grundannahmen Raum finden. Die Erkenntnis, dass es ihr schwerfalle, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und sich mittlerweile in der Beziehung so »verrannt« zu haben, macht sie zunächst sehr traurig. Die fehlende emotionale Nähe zu ihrem Mann fördere ihren Rückzug. Diese Selbstöffnung kommentiert u. a. auch *Anne* und betont dabei die Bedeutsamkeit der Selbstzuwendung. Es wird deutlich, dass Anne sich viel mit feministischen Themen aus-

einandersetzt, sie motiviert die anderen und ergreift für diese Partei. Dadurch entwickelt sich bei ihr früh in der Gruppe ein Kompetenzerleben, zugleich geraten ihre eigenen Themen zunächst in den Hintergrund. *Marianne* stellt fest, dass ihre Grundannahmen über Sexualität primär von gesellschaftlichen Erwartungen gesteuert sind und ist schockiert, wie lange sie versucht hat, diesem Bild gerecht zu werden und wie viel Kraft sie dies gekostet habe. Sie zeigt sich wiederholt emotional aufgewühlt in der Gruppe, worauf die anderen mit Wertschätzung reagieren.

Wo es für Anne anfangs schwierig ist, sich emotional überhaupt einzulassen und sich zu zeigen, zeigt sich bei Marianne eine Stärke, dies zu tun. Möglicherweise durch ihre bestehende Therapieerfahrung oder ihren bereits sehr lange bestehenden Leidensdruck kann sie die Gruppe von Anfang an für sich nutzen. Hingegen fällt es ihr zuweilen schwer, den Themen der anderen ebenfalls Raum zu geben, was Anne entgegenkommt, da sie so anfangs mit der Auseinandersetzung eigener emotionaler Belastungen nicht überfordert wird und sich auf andere konzentrieren kann. Ramona hingegen ist insgesamt leiser im Teilen, es wird jedoch durch die reflektierten und durchdachten Rückmeldungen deutlich, wie intensiv es in ihr arbeitet. Auch hier zeigt sich eine Stärke der Gruppe: Inhaltlich wird die Gruppe fortgesetzt und sie kann sich innerlich mit ihren Themen auseinandersetzen und sich Zeit geben, innere Klarheit zu gewinnen, bevor sie ihre tiefliegenden Gefühle und Gedanken mit der Gruppe teilt.

Phase 2: Ressourcenstärkung und Sinneserfahrungen

Wie die Entwicklung der Beispielpatientinnen zeigt, bietet der Gruppenkontext die Möglichkeit, sich an unterschiedlicher Stelle in der gewünschten Intensität einzubringen. Durch das Sprechen über Sexualität und das Normalisieren von Erfahrungen, erleben viele Frauen zunächst eine Entlastung. Die Erfahrung, mit den eigenen Problemen nicht allein zu sein, baut Scham ab und schafft ein Gefühl der Verbundenheit. Häufig ist zu beobachten, dass die Frauen zu gegenseitigen Motivatorinnen werden, angetrieben von dem eigenen Gefühl der Wertschätzung. Das in den ersten Sitzungen entstandene Gruppengefühl bietet eine gute Basis dafür, sich

dem Körper und Sinneserfahrungen anzunähern. In der zweiten Phase des Programms liegt der primäre Fokus daher auf körperorientierten und erlebnisaktivierenden Übungen. Es kommen ressourcenorientierte und euthyme Übungen (Genussübungen, die die fünf Sinne ansprechen) zum Einsatz (s. u.), die auf Selbstfürsorge und Ressourcenstärkung abzielen sowie die Patientinnen dazu anregen sollen, ihre eigene Sinnlichkeit zu definieren und Verhaltensmuster zu überdenken.

In der zweiten Phase sind folgende Interventionen wichtige Elemente der Gruppe:

- *Ressourcenarbeit mit Leidenschaften/Flow-Erleben* (nach Csikszentmihalyi, 1995): Die Teilnehmerinnen setzen sich bewusst mit Dingen und Tätigkeiten auseinander, die sie gut können und gerne ausführen und reflektieren, wie sie diese gelernt haben und welcher der fünf Sinne mit dieser Tätigkeit besonders angesprochen wird (z. B. gerne und gut kochen → haptischer, olfaktorischer oder gustatorischer Sinn). Dies besprechen wir dann gemeinsam in der Großgruppe. Oft zeigen sich bei dieser Übung überraschende Ressourcen der einzelnen Teilnehmerinnen.
- *Genusstraining* (angelehnt an Lutz, 2005, und Koppenhöfer, 2018): Basierend auf der Ressourcenarbeit bringen die Teilnehmerinnen etwas zum »Genießen« (z. B. zu essen, zu hören oder zum Riechen) mit in die Sitzung, was wir auf der entsprechenden Sinnesebene gemeinsam in verlangsamenden Prozessen geleitet wahrnehmen und die Wahrnehmung gemeinsam markieren.
- Verknüpfung zwischen Sinnen und Sinnlichkeit: Wie lässt sich das Gelernte auf die Sexualität übertragen? Auf welchen Sinn spreche ich besonders an?
- *Achtsamkeits- und Atemübungen* sowie einfache Übungen zur Beckenbodenwahrnehmung (Schug, 2016). Es hat sich bewährt, am Anfang jeder Sitzung eine kurze Atemübung mit anschließender Achtsamkeitsübung (z. B. kurzer Body-Scan, Progressive Muskelrelaxation) zu machen.
- *Vertrauensübungen* in Partnerarbeit: »Spiegelübung«: Hierbei stehen sich zwei Teilnehmerinnen in einem Abstand von circa 2 Metern gegenüber. Es gibt drei Runden. In der ersten Runde macht Person A Bewegungen vor, Person B imitiert diese zeitgleich. In Runde 2 werden die Rollen gewechselt. In Runde 3 gibt es keine Absprache, wer führt, dies soll nonverbal während der Übung erfolgen.

Ziel der Übung ist das Auseinandersetzen mit spontanen Reaktionsmustern in Einzelkontakten.

➢ *Zwischenfazit* der Gruppe zur Einschätzung und weiteren Planung. Leitfragen können hierbei z. B. sein: Im Vergleich zu vor der Gruppe: Beschäftigt mich das Thema Sexualität anders als vorher? Wenn ja, inwiefern (z. B. mehr, weniger, konkreter, belastender, weniger belastend)? Was hat sich innerlich bewegt? Was wünsche ich mir für die kommenden Sitzungen (inhaltlich? Von der Gruppe? Der Gruppenleitung?) Wie geht es mir mit der Gruppe?

Die Übungen verdeutlichen oftmals, wie wenig Selbstfürsorge im Alltag stattfindet, was sich z. T. in der Körperpflege oder auch mangelndem Aufmerksamkeitsfokus auf sich selbst zeigt. Dies wiederum beeinflusst sekundär die Sexualität (Eck, 2022). Die bewusste Auseinandersetzung mit eigenen Kompetenzen und Tätigkeiten, wie sie die oben genannte Ressourcenarbeit vorsieht, erleichtert für einige Patientinnen die positive Selbstzuwendung. Die Übertragung auf Sexualität folgt der Annahme, dass im Flow-Erleben genau jene Bedingungen realisiert sind, die auch sexuelles Erleben ermöglichen, dazu gehören Selbstvergessenheit, ein Aussetzen der Selbstbewertung und ein Aufgehen in der Tätigkeit. Wenn Patientinnen solche Zustände in nicht-sexuellen Kontexten bei sich identifizieren können, lässt sich daran zeigen, dass diese Fähigkeit vorhanden ist und nicht erst hergestellt werden muss – sie ist im sexuellen Kontext lediglich blockiert. Im gemeinsamen Reflektieren über diese Fähigkeiten lassen sich Bezüge zwischen Sinneserfahrungen und Sinnlichkeit herstellen und so auch in der Sexualität umsetzen:

Ramona berichtet, dass sie lange über ihre Leidenschaften nachgedacht habe und zunächst keinen Zugang zu sich gefunden habe. Dies habe sie traurig gemacht. Sie bringt etwas zum Riechen (Gewürze) mit zum Genusstraining, da sie gerne koche. Sie zieht für sich die Verbindung, dass sie sich durch gemeinsames Essen entspannen könne und ihr dies helfen könne, in eine vertraute, sinnliche Stimmung mit einer anderen Person zu kommen. *Anne* teilt mit, dass sie sich ganz eins mit sich fühle, wenn sie tanze und bringt ein Musikstück mit. Wir tanzen alle zusammen zu diesem Lied. Sie erkennt in der Konsequenz, dass für sie Musik das Einlassen auf eine andere Person erleichtern könne. *Marianne* überrascht die anderen: Sie be-

richtet, dass sie gerne nähe und sich beim Nähen stundenlang verlieren könne. Sie habe auch hier einen hohen Anspruch an sich, während des Prozesses fühle sie sich aber ganz frei von den Bewertungen anderer, die sie sonst sehr beschäftigten. Sie bringt etwas selbst Genähtes, etwas Haptisches mit. Sie erkennt für sich, dass sie ein sehr körperlicher Mensch ist und sie besonders auf Streicheln und viel Körpernähe anspricht, um in eine sexuelle Erregung zu kommen.

Von den Achtsamkeitsübungen profitiert Ramona, die wertfreie Selbstzuwendung fällt Anne und Marianne schwer. Die Vertrauensübung machen *Ramona und Marianne* zusammen, beide kommen miteinander in einen guten Flow und berichten im Anschluss Spaß gehabt zu haben. Was das für ihre Sexualität bedeutet? Beide berichten, sich das Spielerische, das sie auch schon in der Sexualität hatten, zurückzuwünschen. *Anne* kann ihre Übungspartnerin gut imitieren, möchte dieser aber auch gefallen (»Ich wollte nichts machen, was für dich unangenehm sein könnte«). Sie reflektiert, dass dies etwas ist, was sie auch aus sexuellen Kontexten kennt: Der anderen Person gefallen wollen, ihre eigenen Bedürfnisse übergehen, etwas Mitmachen und erst im Nachhinein realisieren, ob es ihr gefallen hat oder nicht. *Marianne* berichtet, auf die Empfehlung Annes femtasy ausprobiert zu haben. Sie fühle sich noch nicht komplett sicher beim Masturbieren, aber »es passiere etwas«. Da wolle sie dranbleiben.

Wichtig bleibt bei aller Fülle und Bedeutsamkeit der Interventionen, die Gruppensitzungen nicht zu überstrukturieren und insbesondere tagesaktuelle Bedürfnisse der Patientinnen zu priorisieren. Das Zwischenfazit sollte mindestens eine Sitzung umfassen und jede Teilnehmerin einzeln angesprochen werden, um die Möglichkeit zu bekommen, innere Prozesse nach eigenem Ermessen zu teilen. Bei meinen Beispielpatientinnen ist es in den ersten beiden Phasen vor allem Ramona, die von aktiver Ansprache profitiert. Von sich aus würde sie den Raum nicht einfordern, füllt ihn aber gerne aus, wenn sie wahrnimmt, dass sie damit willkommen ist.

Phase 3: Umgang mit Grenzen und Ausblick

In der letzten Phase der Gruppentherapie sind die Gruppenkohärenz und das Vertrauen zueinander meist so stark, dass das Thema Grenzsetzung in

den Fokus genommen werden kann. Brunner et al. (2021) werteten die Daten der repräsentativen GeSiD-Studie aus, welche sich auch mit der Frage konsensueller sexueller Erfahrungen über die Lebensspanne beschäftigt. Die Ergebnisse ergaben bei Frauen (in Deutschland) Lebenszeitprävalenzen für versuchten/vollzogenen Sex gegen den Willen von 14,9 % und für versuchte/vollzogene sexuelle Berührung gegen den Willen von 40,8 %. Grenzüberschreitende sexuelle Erfahrungen betreffen damit etwa zwei von fünf Frauen mindestens einmal in ihrem Leben. Im bisherigen Gruppensample lag die Anzahl der von Übergriffen in der Vergangenheit betroffenen Frauen deutlich darüber und betraf sowohl Übergriffe bei sexuellen Kurzkontakten als auch in Langzeitbeziehungen (in den Vorgesprächen systematisch abgefragt). Viele von ihnen erkennen oft erst im Nachhinein, dass das Verhalten des Sexualpartners oder der Sexualpartnerin übergriffig war oder eine persönliche Grenze überschritten wurde. Manche haben diese Erkenntnis auch erst während der Gruppentherapie und merken: Das, was da passiert ist, war nicht okay. Die Erkenntnis ist meist schmerzhaft und geht nicht selten mit Selbstvorwürfen und auf der Gefühlsebene häufig mit Scham einher: »Ich hätte Nein sagen können, Ich hätte klarer kommunizieren müssen, was ich will.« Sexueller Konsens ist etwas dynamisches und kontextabhängiges (Anyadike-Danes et al., 2024) und es gibt Unterschiede der Bewertung einer fiktiven sexuellen Situation in dem Moment und in der Retrospektive (Willis & Jozkowski, 2022). Erfahrungen können in der Retrospektive neu bewertet werden, aufgrund neuer Informationen oder durch Reflexion. Von therapeutischer Seite ist es meiner Erfahrung nach bedeutsam, alle bei einer Neubewertung aufkommenden Gefühle zu validieren, denn häufig kommt nach der ersten Welle des Ärgers und der Scham auch viel Traurigkeit auf. Traurigkeit darüber, durch frühe negative Erfahrungen Sexualität mit vielen belastenden Emotionen zu assoziieren und dadurch in der sexuellen Entwicklung eingeschränkt gewesen zu sein. Die neue Sicht auf die erlebten Erfahrungen ermöglicht u. a.:

- Das Zulassen ambivalenter Gefühle in Bezug auf die eigenen Erfahrungen und Sexualität (u. a. Scham, Wut, Ärger, Traurigkeit, Empathie mit sich selbst)
- Das Verstehen, weshalb Sexualität vermieden wird bzw. nicht attraktiv genug ist, um aktiv initiiert zu werden (Nach dem Dual Control Model vor allem hemmende Faktoren aktiv sind)
- Die Entwicklung einer Selbstverantwortung: Ich bin und kann Autorin meiner eigenen Sexualität werden, ich darf und muss Grenzen setzen.

- Die Bedeutsamkeit der Selbstzuwendung: Nur wenn ich meine Bedürfnisse ausreichend kenne, kann ich auch gut wahrnehmen, was ich brauche und will und was nicht. Dies ermöglicht mir erst, einen sexuellen Kontakt aktiv mitzugestalten und positive Erfahrungen zu machen.
- Empathie mit dem eigenen früheren Selbst: Dass ich mich heute so verhalte ist aufgrund meiner Erfahrungen nachvollziehbar und stimmig und hat mich zuletzt davor geschützt, erneut negative Erfahrungen zu machen (Funktionalität des »problematischen« Verhaltens wertschätzen lernen)

Es gibt auch Teilnehmerinnen, die in der Vergangenheit extreme Formen sexualisierter Gewalt erlebt haben. Auch sie können von der Gruppe und der Wertschätzung der anderen Patientinnen profitieren. Grundsätzlich ist in diesen Fällen eine parallele einzeltherapeutische Begleitung eine Voraussetzung für die Teilnahme an der Gruppe. So können im Einzelsetting Krisen aufgefangen und gezielter bearbeitet werden. In einigen Fällen ist eine Schweigepflichtentbindung sinnvoll oder auch notwendig, um mit den Einzeltherapeut*innen zusammen eine bestmögliche Versorgung der Patientinnen zu gewährleisten.

Aufgrund der vielschichtigen inneren Prozesse und der gleichzeitig gestiegenen Bereitschaft der Teilnehmerinnen diese mit den anderen zu teilen, ist es in der letzten Phase der Gruppentherapie besonders wichtig, Raum für offenen Austausch zu geben und die Teilnehmerinnen mit ihren Themen kommen zu lassen, um die inneren Prozesse bedarfsgerecht zu begleiten. Mindestens eine der Sitzungen sollte ausschließlich dafür genutzt werden. Davon abgesehen gibt es noch drei wichtige inhaltliche Interventionen, die in der aufgeführten Reihenfolge und niemals in derselben Sitzung durchgeführt werden sollten:

- *Körpertherapeutische Übung* zum Thema Grenzen: Diese Übung wird in Partnerarbeit durchgeführt. Zwischen beiden Partnerinnen liegt ein Seil, und jeweils eine Person überschreitet diese »Grenze« und dringt in den Bereich der anderen Person ein. Die Person, deren Grenze überschritten wird, ist dazu aufgefordert, diese zu verteidigen. Die Art und Weise der Verteidigung wird nicht spezifiziert.
- *Geleitete Imaginationsübung »Der erotische Raum«* (Eck, 2014). Für den Gruppenkontext modifiziert: Die Teilnehmerinnen melden nicht während der Imagination ihre aufkommenden inneren Bilder

zurück, sondern haben nach der angeleiteten Imagination Zeit sich Notizen zu machen, bevor jede in der Großgruppe von ihren Erfahrungen einzeln berichtet und ein interaktiver Prozess entsteht.

➢ *Abschlussritual* mit gemeinsamer Verbrennung von dem, wovon man sich verabschieden möchte, in einer Feuerschale.

Auch wenn jede Patientin auf unterschiedliche Übungen emotional reagiert, sind die erlebnisorientierten Übungen, und insbesondere die Seilübung, im Gros konfrontativer und lösen meist stärkere Gefühle aus. Daher ist es sinnvoll, diese erst nach fortgeschrittener Gruppe zu machen, da man die einzelnen Frauen dann besser kennt, individueller reagieren kann und die Gruppe die Gefühle oft auch selbst gut halten kann.

Für das Abschlussritual bekommen die Teilnehmerinnen in der vorletzten Sitzung drei Fragen mit der Bitte, diese bis zur letzten Sitzung zu beantworten und die erste Frage auf einem separaten Zettel mitzubringen:

1. Wovon möchte ich mich in meiner Sexualität verabschieden? Was möchte ich hinter mir lassen?
2. Welche Veränderungen habe ich seit Beginn der Gruppe wahrgenommen (in meiner Haltung, Einstellung zu Sexualität und meinem Körper, aber auch in meinem konkreten Verhalten)?
3. Was möchte ich in meiner Sexualität begrüßen? Was möchte ich Teil von ihr werden lassen? Wie geht es für mich mit dem Thema weiter?

Die letzte Sitzung findet standardmäßig außerhalb des Therapieraums in einem Park statt. Alle Antworten werden ausführlich besprochen und abschließend die Antworten zu Frage 1 gemeinsam in einer kleinen Feuerschale verbrannt.

Nach der Grenzübung mit den Seilen reflektiert *Ramona* für sich, dass sich ihre eigenen Grenzen in der Vergangenheit immer weiter verschoben hätten, sie dies aber ihrem Mann nie mitgeteilt habe, nun in den kompletten Rückzug gehe und sich unverstanden fühle. *Anne* wird sehr aufgewühlt und erkennt, dass sie ihren eigenen Grenzen in der Vergangenheit stets zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt hat. Sie ist emotional berührt von ihren eigenen Erfahrungen und schafft es schließlich, sich selbst wertschätzend und liebevoll zu begegnen, sieht aber noch einen weiten Weg vor sich. *Marianne* macht während der Grenzübung eine positive Erfahrung: Sie schafft es gut, ihre Grenzen

zu verteidigen und für sich einzustehen. Sie berichtet, dass sie eine ähnliche Übung bereits in einem anderen Kontext gemacht habe und diese ihr nicht annähernd »so gut gelungen« sei.

Beim erotischen Raum wird *Ramona* fast traurig, weil ihr kaum Bilder kommen. Durch die Rückmeldungen der Gruppe lernt sie, sich selbst aktuell in einem Transitionsprozess wahrzunehmen, für den sie noch nicht viele Bilder parat hat. Abschließend teilt sie mit, dass sie mit ihrem Mann gesprochen habe und sie nun in getrennten Zimmern schliefen. Sie könne noch nicht abschätzen, wie es weitergehe. *Anne* ist von ihren intensiven Bildern überrascht, was sie zusätzlich motiviert, »am Ball zu bleiben«. Beim Abschluss berichtet sie, mehr im Kontakt mit anderen aktiv das Grenzen setzen üben zu wollen. *Marianne* knüpft an einem realen Raum an, an dem sie sich besonders wohl gefühlt habe und erkennt für sich, dass bestimmte Farben in einer Raumgestaltung für sie einen erotischen Unterschied machen können. Sie möchte sich zum Abschluss der Gruppe von den Erwartungen anderer frei machen und nimmt sich vor, niemals mehr Sex zu haben, um die Bedürfnisse einer anderen Person zu erfüllen.

Die Patientinnen stehen zum Ende der Gruppentherapie alle an unterschiedlichen Punkten in ihren Entwicklungsprozessen. Für manche Patientinnen ist die Gruppe ein weiterer Schritt auf einem bereits angefangenen Weg der Auseinandersetzung mit sich, für andere stellt die Gruppe den Startpunkt der Selbstexploration dar.

Herausforderungen und Limitationen des Konzepts

Im vorliegenden Praxisbericht wurde primär auf die Übungen eingegangen, die in jedem Gruppendurchlauf Raum finden. Es können auch weitere, an die jeweilige Gruppe angepasste, Interventionen, Raum finden. Diese beziehen sich u. a. auf weitere und intensivere Arbeit mit dem eigenen Körper, beinhalten kognitive Interventionen zur Vertiefung und weiteren Veränderung negativer Grundannahmen. Bewährt hat sich zudem der Austausch über Literatur, Plattformen (z. B. OMGyes: https://www.omgyes.com/de/)) und Masturbationstechniken. Gezielte Übungen zur Selbsterkundung können empfohlen werden (hier bieten sich Übungen aus dem Arbeitsbuch von Emily Nagoski (Nagoski, E., 2019) an oder das

schwerpunktmäßige Sprechen über spezifische Themen wie Sinnlichkeit, Weiblichkeit, gesellschaftliche Prägungen). Spielerische Übungen wie das Bilden von Assoziationsketten können eine sinnvolle Ergänzung darstellen.

Die Beckenbodenübungen dienen zunächst einer Wahrnehmungssensibilisierung. Für gezielte Übungen weise ich auf die Homepage der AG GUP (https://www.ag-ggup.de/therapeutenliste-beckenboden/) hin, wo sich die Patientinnen für ein gezieltes Training hinwenden können. Bei Patientinnen mit Traumaerfahrung ist es besonders wichtig, hier achtsam zu sein, um eine Überforderung zu vermeiden.

Eine besondere Herausforderung der Gruppe ist der Umgang mit starken Emotionen und die damit verbundene, zuweilen notwendige Flexibilität in der Ausgestaltung der Sitzungen. Ein Beispiel: Die meisten Übungen verlaufen über die Gruppen hinweg ähnlich oder zumindest halbwegs absehbar. Dahingegen ist die Seilübung zum Thema Grenzen jedes Mal eine Black Box. Manchmal ist die Übung sehr rasch vorbei, die Teilnehmerinnen wenig körperlich aktiviert. Typischer ist jedoch, dass die Übung einigen Teilnehmerinnen leichter fällt, sie diese spielerisch angehen, und diese für andere belastender ist, negative Gefühle aufkommen. Einmal war die Übung in der geplanten Form nicht umsetzbar, weil die Teilnehmerinnen bereits durch die Instruktionen so heftige körperliche und emotionale Reaktionen zeigten, dass wir sie abbrachen. Zunächst hatte eine Teilnehmerin sich freiwillig gemeldet, diese mit mir durchzuführen. Auf Nachfrage brachen wir die Übung schließlich ganz ab. Stattdessen wandten wir uns einer anderen körpertherapeutischen Übung zu und jede Teilnehmerin durfte einen für sich »sicheren« Raum innerhalb des Therapieraums einrichten und es sich dort »bequem« machen. Insbesondere wenn Teilnehmerinnen in der Gruppe sind, die ein Trauma erlebt haben, muss mit dieser Übung sehr vorsichtig und sensibel umgegangen werden und ihre Wucht sollte keineswegs unterschätzt werden. In dem geschilderten Fall machte die Gruppe als Ganzes die Erfahrung: Allein die Übung machen zu müssen würde sich als Grenzüberschreitung anfühlen und dies aktiv abzulehnen ist eine Durchsetzung der eigenen Grenzen. Die Patientin, die die Übung zunächst vormachen wollte, erlebte die Übung als wichtige Selbsterfahrung: Ich biete mich an etwas zu machen, was mir selbst gar nicht gut tut. Diese abbrechen zu dürfen, ohne dafür negatives Feedback zu bekommen, bedeutete für die Patientin eine korrigierende Erfahrung. Wir sprachen im Anschluss lange über das Geschehene und die Teilnehmerinnen konnten die Übung für sich als Positivbeispiel verbuchen, eigene Grenzen gesetzt

zu haben. Eine Teilnehmerin hatte beim Genusstraining ein empowerndes Lied mitgebracht, welches wir am Ende der Sitzung alle nochmal gemeinsam hörten. Auch die Imagination zum erotischen Raum kann ambivalente Gefühle hervorrufen, hier ist eine gemeinsame Einordnung der Bilder hilfreich.

Auch wenn die Patientinnen alle in einen Reflexions- und dadurch auch in einen Veränderungsprozess geraten, bringt die Gruppe auch Limitationen mit sich. Bisher haben beispielsweise nur cis-Frauen an dem Konzept teilgenommen, was das Erlebensspektrum einschränkt. Durch die Begrenzung auf Frauen wird ein sicherer Ort geschaffen, und gleichzeitig bleibt die Konfrontation mit dem anderen Geschlecht aus. Obwohl das Konzept mittlerweile zehn Sitzungen umfasst, werden einige Themen dennoch nur angerissen und nicht abschließend bearbeitet. Dies betrifft vor allem die Körperarbeit, die Arbeit mit Grenzen, aber auch die Auseinandersetzung mit den internalisierten Grundannahmen. Hinzu kommt, dass die Teilnahme auf Eigeninitiative erfolgt. Das bisherige Sample ist damit selbstselektiv und umfasst Frauen, die sich zum Zeitpunkt der Anmeldung bereits entschieden hatten, sich mit ihrer Sexualität auseinanderzusetzen, und die bereit waren, dies in einer Gruppe zu tun. Rückschlüsse auf Frauen, die diesen Schritt nicht oder noch nicht gehen, lassen die hier beschriebenen Beobachtungen nicht zu.

Ebenso ist das dargestellte Dreiphasenmodell nicht als starres Gerüst zu verstehen: Die Zuordnung der Interventionen zu den Phasen beschreibt eine Reihenfolge, die sich bewährt hat, keine feste Sitzungsstruktur. Dabei gilt es individuelle Unterschiede im Blick zu behalten. Für manche Frauen sind es gerade die ressourcenorientierten Übungen, die unerwartete Emotionen auslösen, wie sich z. B. bei Ramona gezeigt hat, die durch die Auseinandersetzung mit ihren Leidenschaften zunächst in eine Traurigkeit verfiel. In diesen Situationen hat es sich bewährt, das Erleben der jeweiligen Patientin an die Gruppe weiterzugeben: Meist sind die Rückmeldungen der anderen Teilnehmerinnen bereits sehr hilfreich. In anderen Fällen braucht es eine therapeutische Einbettung, Validierung oder auch eine intensivere Auseinandersetzung mit der Gruppe, um etwas gut einfangen zu können.

Gerade wenn Patientinnen erst am Anfang der Auseinandersetzung mit ihrer Sexualität stehen, kann die Gruppe die aufkommenden Emotionen und Gedanken oft nicht alleinig halten und eine Einzeltherapie ist notwendig, um die jeweilige Patientin gut in ihrem Prozess zu begleiten. Die

Natur der Gruppe bringt zudem mit sich, dass einige Frauen sich stärker einbringen als andere. Wie an mehreren Stellen beschrieben, kann die direkte Ansprache helfen, alle mit einzubinden, dennoch kann man nicht allen Bedürfnissen gleichermaßen gerecht werden.

Auf therapeutischer Ebene erfordert die Umsetzung eine allgemein fachliche Expertise, im Besonderen bedarf es Erfahrung im Bereich der Sexualität, eine zugrundeliegende sexualtherapeutische Ausbildung ist hier unverzichtbar. Zudem bedarf es einer Sensibilität für die Bedarfe der Teilnehmerinnen, um sich flexibel an die Einzel- und Gruppenbedürfnisse anzupassen. Ein gutes Maß zu finden, die Patientinnen aus ihrem Vermeidungsverhalten herauszufordern, ohne sie zugleich zu überfordern und zu lähmen, ist eine der größten therapeutischen Herausforderungen. Neben all dem ist der Selbsterfahrungsaspekt der Gruppe nicht zu unterschätzen und es bedarf einer Bereitschaft auf Seiten der Therapeut*in, sich mit eigenen internalisierten Haltungen kritisch auseinanderzusetzen.

Die Gruppe hat mich gelehrt, wie bedeutsam ein solcher Ort sein kann, an dem die Frauen wertfrei in die Selbsterfahrung gehen können. Durch diese wiederholte systematische Auseinandersetzung wurde ich ebenfalls mit mir selbst konfrontiert. In meiner Haltung hat sich eine feministische Grundhaltung weiter manifestiert. Frauen dabei zu begleiten, eine für sie selbst bestimmte und zufriedenstellende Sexualität zu finden und zu leben, hat sich wiederholt als sinnstiftend herausgestellt.

Fazit und Ausblick

In dem hier beschriebenen Praxisbericht wurde das Gruppenkonzept »Mein Körper, meine Wünsche und Ich« vorgestellt. Es wurde für Frauen entwickelt, die das Ziel haben, sich mit ihrer eigenen Sexualität auseinanderzusetzen, ihre körperlichen und sexuellen Bedürfnisse und Grenzen besser wahrnehmen wollen und schließlich auch die vorhandenen Vermeidungsziele durch Annäherungsziele für Sexualität zu ersetzen. Der Gruppenkontext bietet hierbei Möglichkeiten des Austauschs und der Verbindung mit anderen, die das Einzelsetting in der Form nicht leisten kann. Es gibt Patientinnen, die aus dem Einzel die Gruppe als Ergänzung machen, Patientinnen, die nach der Gruppe ins Einzel kommen oder zusammen mit ihren Partnerpersonen in Beziehungstherapie, um den Weg gemeinsam weiterzugehen. Und es gibt Patientinnen, die nach der Gruppe

feststellen, dass noch nicht der richtige Zeitpunkt ist, sich weiter intensiv mit dem Thema zu beschäftigen.

Die Rückmeldungen der Teilnehmerinnen am Ende der Gruppe zeigen: Veränderungsprozesse werden bei jeder in Gang gesetzt und es sind oft ähnliche Dinge, die genannt werden: Sexualität wird nicht mehr als aversiv und statisch erlebt, sondern als veränderbar wahrgenommen. Die Veränderung variiert hierbei von erstmals angestoßenen inneren Prozessen bis zu klar erkennbarem äußerem Verhalten (z. B. Beginn von Masturbation, Einlassen auf sexuelle Kontakte, aber auch Trennung). Oft steht abschließend auch die Erkenntnis, dass die liebevolle Zuwendung zum eigenen Selbst die Voraussetzung für eine erfüllende Sexualität ist. Dies bedeutet jedoch nicht immer zwingend eine zu Beginn oder auch in dem Moment erwünschte Entwicklung: Ramona z. B. schläft am Ende der Gruppe in einem getrennten Schlafzimmer mit ihrem Mann, wie es für sie in der Partnerschaft weitergeht, ist unklar. Und auch Mariannes Erkenntnis, sich nicht nach anderen richten zu wollen, ist einerseits ein Empowerment ihrer eigenen Bedürfnisse, birgt jedoch die Gefahr des dauerhaften sexuellen Rückzugs. Die Beispiele zeigen, dass die ursprünglichen Ziele, mit denen die Patientinnen in die Gruppe gekommen sind, konträr zu den Veränderungen stehen können, die sie dann erleben. An diesen Stellen ist eine weitere Begleitung der Prozesse (im Einzelsetting) hilfreich.

Nicht zuletzt berichten fast ausnahmslos alle Patientinnen, dass ihnen die Rückmeldungen der anderen gezeigt hätten, dass sie nicht allein mit ihren Problemen sind. Dass sie ein Gefühl der Verbundenheit erleben konnten und es entlastend sei, einen Raum zu haben, in dem sie auch die unangenehmsten Gedanken zu Sexualität teilen können, ohne verurteilt zu werden.

Nach mehreren Durchläufen habe ich von Patientinnen, die ich in meinem Praxissetting weitergesehen habe, erfahren, dass sich die Gruppe auch weit über das Ende der Gruppentherapie hinaus weiter getroffen hat, um sich gemeinsam einen Raum zu geben, über Sexualität zu sprechen und sich im Austausch verbunden zu fühlen. Somit kann die Gruppe soziale Gefüge, in denen eine Sprache über Sexualität möglich ist, weit über das angebotene Setting hinaus, fördern.

Die bisher erhobenen Daten beruhen auf Beobachtungen oder Selbstbeschreibungen der Patientinnen. Denkbar wäre in der Zukunft eine wissenschaftliche Überprüfung der Veränderungen mithilfe standardisierter Prä- und Post-Erhebungen und potenzieller Wirkfaktoren. Eine

darauf basierende Manualisierung des Konzeptes, um Frauen großflächiger die Möglichkeit zu bieten, sich in der hier beschriebenen Form mit ihrer Sexualität auseinanderzusetzen, wäre ebenfalls möglich. Hierfür wäre auch eine spezifische Weiterbildung in diesem Bereich denkbar.

Literatur

Anyadike-Danes, N., Reynolds, M., Armour, C., & Lagdon, S. (2024). Defining and Measuring Sexual Consent within the Context of University Students' Unwanted and Nonconsensual Sexual Experiences: A Systematic Literature Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, *25*(1), 231–245.

Barkowski, S., Schwartze, D., Strauß, B., Burlingame, G. M., & Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, *30*(8), 965–982. https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1729440

Basson, R. (2000). The female Sexual Response: A different Model. *Journal of Sex & Marital Therapy, 26,* 51–65.

Brunner, F., Tozdan, S., Klein, V., Dekker, A. & Briken, P. (2021) Lebenszeitprävalenz des Erlebens von Sex und sexueller Berührung gegen den eigenen Willen sowie Zusammenhänge mit gesundheitsbezogenen Faktoren. Ergebnisse aus der Studie Gesundheit und Sexualität in Deutschland (GeSiD), *Bundesgesundheitsblatt, 64,* 1339–1354. https://doi.org/10.1007/s00103-021-03434-6

Burlingame, G. M., & Strauß, B. (2021). Efficacy of Small Group Treatments: Foundation for Evidence-Based Practice. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: 50th Anniversary Edition*. Wiley, 583–624.

Csíkszentmihályi, M. (1995) *Flow. Das Geheimnis des Glücks.* 4. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta, ISBN: 3-608-95783-9.

Eck, A (Hrsg., 2022). *Der erotische Raum: Fragen der weiblichen Sexualität in der Therapie.* 3. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag. ISBN: 978-3-8497-0234-2.

Eck, A. (2014). Der erotische Raum. Weibliches Begehren in der systemischen Sexualtherapie. *Zeitschrift für Sexualforschung, 27,* 258–277.

Einsle, F. & Hummel, K. (2024). *Kognitive Umstrukturierung: Techniken der Verhaltenstherapie.* Beltz Verlagsgruppe. ISBN: 978-3-621-28999-3.

Janssen, E., & Bancroft, J. (2023). The Dual Control Model of Sexual Response: A Scoping Review, 2009–2022. *The Journal of Sex Research*, *60*(7), 948–968. https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2219247.

Koppenhöfer, E. (Hrsg, 2018.), *Genussverfahren*. Beltz Verlagsgruppe ISBN: 978-3-621-28556-8.

Lutz, R. (2005). Genusstraining: »Kleine Schule des Genießens«. In: Linden, M., Hautzinger, M. (Hrsg.) Verhaltenstherapiemanual. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/3-540-26425-6_68.

Nagoski, E. (2021). *Come as you are: The surprising new science that will transform your sex life.* New York: Simon and Schuster Paperback. ISBN: 978-1-9821-6531-4.

Nagoski, E. (2019). *The come as you are workbook: a practical guide to the science of sex.* New York: Simon and Schuster Paperback. ISBN: 978-1-9821-0732-1.
Rosendahl, J., Alldredge, C.T., Burlingame, G.M., & Strauss, B. (2021). Recent Development in Group Psychotherapy Research. *American Journal of Psychotherapy, 74*, 52–59. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200031
Rutan, J.S. (2021). Reasons for Suggesting Group Psychotherapy to Patients. *American Journal of Psychotherapy, 74,* 67–70. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200032
Schug, S. (2016). *Therapie-Tools Achtsamkeit: Materialien für Gruppen- und Einzelsetting.* Beltz Verlagsgruppe. ISBN: 978-3-621-28313-7.
Strauß, B., Barkowski, S., Schwartze, D., & Rosendahl, J. (2016). Aktueller Stand der Gruppenpsychotherapieforschung. *Psychotherapeut*, *61*(5), 364–375.
Wilken, B. (2018). *Methoden der kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis.* 8. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, ISBN 978-3-17-034623-9.
Willis, M. & Jozkowski, K.N. (2022) Momentary versus Retrospective Sexual Consent Perceptions. *Archives of Sex Behavior*, *51*(2); 811–819. https://doi.org/10.1007/s10508-021-02182-7
Willutzki, U. & Teismann, T. (2013). *Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie.* Göttingen: Hogrefe Verlag. ISBN 978-3-8017-2130-5.
Yalom I.D., Leszcz, M. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 6th ed. New York, Basic Books, 2020.

Websites

Therapeutenliste Beckenboden – Finden Sie Ihren Experten! (2026). AG GGUP. https://www.ag-ggup.de/therapeutenliste-beckenboden/ zuletzt abgerufen am 30.05.2026
OMGYes. (2026). *Die Wissenschaft weiblicher Lust*. OMGYES. https://www.omgyes.com/de/join zuletzt abgerufen am 30.05.2026
Hörspiele & Hörbücher – Gratis testen | femtasy. (2026). Femtasy. https://www.femtasy.com/de zuletzt abgerufen am 31.05.2026
Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages: *Wartezeiten auf eine Psychotherapie. Studien und Umfragen (2022), zuletzt abgerufen am 31.05.2026:* https://www.bundestag.de/resource/blob/916578/53724d526490deea69f736b1fda83e76/WD-9-059-22-pdf-data.pdf

Biografische Notiz

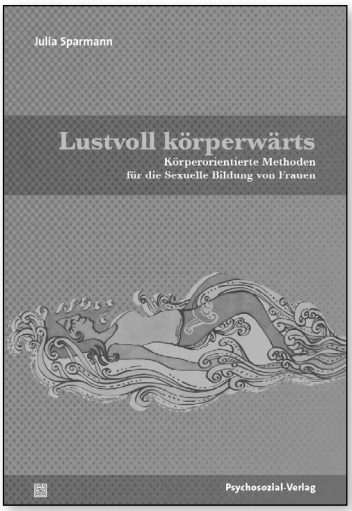
Vera Funke ist psychologische Psychotherapeutin (VT) mit Zusatzqualifikation in Entspannungsverfahren und systemisch-integrative Sexualtherapeutin und arbeitet in eigener Praxis sowie bei der Pro Familia in der Paar- und Sexualberatung in München. Einen Schwerpunkt in ihrer Tätigkeit bilden weibliche Sexualität und Identität, Außenbeziehungen und Sexualität in Langzeitbeziehungen.

Psychosozial-Verlag

Julia Sparmann

Lustvoll körperwärts

Körperorientierte Methoden für die Sexuelle Bildung von Frauen



2018 · 161 Seiten · Broschur
ISBN 978-3-8379-2736-8

Julia Sparmann liefert mit diesem Praxisbuch eine umfangreiche Zusammenstellung körperorientierter Methoden, die bisher nicht für die Sexuelle Bildung zur Verfügung standen. Die Sammlung speist sich aus Konzepten und Erfahrungen aus dem klinisch-sexologischen Ansatz Sexocorporel, aus Körperpsychotherapien, Achtsamkeitstraining, Tantra und der Kreativpädagogik. Die aufbereiteten Übungen sind für die Sexuelle Bildung von Frauen jeden Alters konzipiert, aber auch auf Einzelprozesse in der Sexualberatung und Psychotherapie übertragbar.

Die von Julia Sparmann vorgestellten innovativen Formate und Methoden für die sexuelle Erwachsenenbildung bieten sinnlich-erfahrbare Impulse für individuelle sexuelle Lernprozesse, Entdeckungen und Erkenntnisse. Damit richtet sich dieses Buch nicht nur an Lehrende und PraktikerInnen aus der sozialen Arbeit sowie der Angewandten Sexualwissenschaft und -pädagogik, sondern auch an PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und FrauenärztInnen mit Interesse an psychosomatischer Arbeit.

Walltorstr. 10 · 35390 Gießen · Tel. 0641-969978-18 · Fax 0641-969978-19
bestellung@psychosozial-verlag.de · www.psychosozial-verlag.de

Paartherapie in der gesundheitlichen Regelversorgung aus Sicht der Frauengesundheit

Interview mit Johanna Fischer-Gödde, Gynäkologin

Beratung aktuell, 27(1), 2026, 79–83
https://doi.org/10.30820/1437-3181-2026-1-79
beratung-aktuell.de | besserlieben.de/beratung-aktuell
CC BY-NC-ND 4.0

Dr. med. Johanna Fischer-Gödde ist Oberärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe am St. Franziskus-Hospital in Münster. Sie leitet dort die Dysplasiesprechstunde für Patientinnen mit Krebsvorstufen und Karzinomen an Vulva, Gebärmutterhals und Scheide sowie für Frauen mit chronischen Vulvaerkrankungen wie Lichen sclerosus und Vulvodynie. Zusätzliche Qualifikationen, u. a. in Sexualmedizin und Kinder- und Jugendgynäkologie bereichern ihre Arbeit. Im Interview mit der *Beratung aktuell* gibt sie Einblicke in ihren Berufsalltag und erläutert Verknüpfungen zwischen ihrer medizinischen Tätigkeit und den Feldern der Paar- und Sexualberatung.

BA: Johanna Fischer-Gödde, wer kommt mit welchen Beschwerden zu Ihnen? Und wie schätzen Sie die (Versorgungs-)Situation Ihrer Patientinnen ein?
Ich arbeite als Gynäkologin in einem Krankenhaus mit einer großen Geburtshilfe und einem Gynäkologischen Krebszentrum. In meiner Dysplasiesprechstunde betreue ich viele Patientinnen mit Krebs(vorstufen) der Genitalorgane und Patientinnen mit chronischen Vulvabeschwerden.

Unsere Klientel ist im bundesweiten Vergleich überdurchschnittlich gut situiert, mit hohem Bildungsgrad, auch die Angebote seitens der Stadt sind sicher als privilegiert zu bezeichnen.

Dennoch erlebe ich häufig, dass Frauen und ihre Partner*innen/Familien nicht wissen, wohin sie sich mit ihren Problemen wenden können. Für wirtschaftliche oder soziale Schwierigkeiten sind Anlaufstellen gegeben (auch wenn ich die Versorgungssituation diesbezüglich nicht schönreden möchte, selbstverständlich besteht auch hier ein erheblicher Ausbau-

bedarf!), aber insbesondere für psychische Unterstützung und Sexualtherapie ist es schwierig, geeignete Angebote zu finden.

BA: Wo erleben Sie im Arbeitsbereich Gynäkologie Schnittstellen zur Paar- und Sexualtherapie?
Im Fachbereich Gynäkologie haben die meisten Themen Einfluss auf die Sexualität und Partnerschaft der Patientin. Selbst gewöhnliche und potenziell positive Vorgänge wie Schwangerschaft und Geburt haben eine nicht zu unterschätzende Wirkung und bergen Risiken, beeinflusst durch das im Westen etablierte Gesundheitssystem und dazugehörige problematisierende Paradigmen. Die Schwangerschaft bringt beispielsweise erhebliche körperliche und psychische Veränderungen mit sich und verlangt von der Frau/dem Paar eine Anpassung des Lebensstils. Die Geburt ist für manche Gebärende eine Grenzerfahrung, teilweise mit starken Schmerzen und – zum Glück meist passageren – gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Auch die heutzutage meist anwesenden Partner*innen erleben eine Ausnahmesituation. Auf der einen Seite werden sie Zeugen eines potenziell wunderbaren Prozesses, auf der anderen Seite müssen sie – in unserem System oft recht hilflos- mitansehen, dass ihre Partnerin stärkste Schmerzen durchlebt. Für das medizinische Personal physiologisch-neutrale Vorgänge wie der Abgang von Urin, Stuhl, Fruchtwasser und Blut können für beide Partner*innen unangenehm und schambehaftet sein. Verstärkt werden die potenziell negativen Erfahrungen durch geburtshilfliche Interventionen, wie Saugglocken- oder Zangengeburten, Damm- oder Kaiserschnitte oder andere Notfallsituationen.

BA: Welche Einflüsse auf die Partnerschaft zeigen sich aus Ihrer Sicht nach einer Geburt?
Auch wenn Mutter und Kind nach der Geburt wohlauf sind, erlebt die Frau eine deutliche Verschiebung der Aufmerksamkeit hin auf die Bedürfnisse des Kindes, bei gleichzeitig bestehender eigener körperlicher Vulnerabilität. Zusätzlich hat die postpartale Hormonumstellung eine erhebliche Wirkung auf die Psyche, die vom physiologischen Babyblues am dritten postpartalen Tag bis hin zur schweren Depression reichen kann.

Die Wiederaufnahme der Sexualität kann durch Geburtsverletzungen, laktierende Brüste und Beckenbodenveränderungen erschwert sein, auch die Angst beider Partner*innen vor erneuten Verletzungen spielt häufig eine Rolle. Außerdem ist nun ein Säugling zu versorgen, was ständige

Aufmerksamkeit und nicht selten Schlafentzug bedeutet und eine neue Flexibilität bei der Auslebung der Sexualität erfordert.

Zusätzlich muss das Paar sich in seiner Rolle als Eltern neu finden, teilweise unter erheblichem gesellschaftlichen Erwartungsdruck und mit Doppelbelastung als Berufstätige.

Insbesondere in Anbetracht der Bedeutung auch für das weitere Aufwachsen des Kindes wäre es wünschenswert, dass Paare in dieser Zeit eine niederschwellige Beratung in Anspruch nehmen könnten, die Sorgen und Bedürfnisse aller Beteiligten wahrnimmt und gemeinsame Lösungsmöglichkeiten erarbeitet.

BA: Wie nehmen Sie die Rolle von Partnerschaften bei Patientinnen mit gynäkologischer Erkrankung wahr?

Auch in der Betreuung von Frauen mit gynäkologischen Erkrankungen wäre eine stärkere Einbeziehung des Partners/der Partnerin hilfreich. Sämtliche Karzinome der Genitalorgane haben einen starken Einfluss auf die Sexualität, sei es durch die Entfernung von Organ(teil)en, hormonelle Veränderungen oder Folgen von Strahlen- und Chemotherapie. Ähnliches gilt für chronische gynäkologische Erkrankungen wie Endometriose und Lichen sclerosus.

Es kann zu (partiellem) Funktionsverlust und Schmerzen kommen, vorher ausgeübte sexuelle Praktiken können möglicherweise nicht mehr ausgeübt werden. Zusätzlich leiden Frauen unter ihrem veränderten Körperbild, nehmen sich selbst nicht mehr als attraktiv wahr und schämen sich vor dem Partner/der Partnerin.

Die Partnerin/der Partner hat häufig Angst, der Partnerin bei sexuellen Aktivitäten Schmerzen zuzufügen und ist deshalb passiv, was von der Betroffenen als Zeichen mangelnder Attraktivität oder Ekel fehlinterpretiert werden kann. Auf der anderen Seite schämen sich manche Partner*innen, weil sie sich nach sexueller Interaktion sehnen, obwohl die Erkrankte eigentlich grad ganz andere Probleme hat, und fühlen sich deshalb schuldig.

BA: Wie könnte Paartherapie einen Beitrag zur Versorgung dieser Patientinnen leisten?

Mit dem Spannungsfeld zwischen Angst, Begehren und Schuldgefühlen sind die Paare meist ziemlich allein gelassen. Im Rahmen der üblichen gynäkologischen/onkologischen Betreuung ist wenig Raum für eine aus-

führliche sexualmedizinische Beratung, meist fokussiert sich diese auf körperliche Aspekte wie Scheidentrockenheit oder Narben. Eine systematische Einbeziehung des Partners/der Partnerin ist die Ausnahme. Auch wenn Sexualität in einer Partnerschaft nur eine untergeordnete Rolle spielt und es für beide Beteiligten leicht ist, auf diese zu verzichten, stellt eine schwere gynäkologische Erkrankung in vielen Lebensbereichen einen starken Einschnitt dar.

Bei Karzinomen steht die Möglichkeit des tödlichen Ausgangs im Raum, was natürlich eine Erschütterung für jedes Paar darstellt. Finanzielle Unsicherheit durch Verlust einer Arbeitskraft, Probleme bei der Bewältigung des Alltags durch körperliche Einschränkungen, Zukunftsängste, Stigmatisierung im Bekanntenkreis, Verlust der Fruchtbarkeit und vieles mehr sind Themen, mit denen sich Paare in solchen Situationen konfrontiert sehen.

Oft fällt es den Beteiligten schwer, diese Themen konstruktiv zu besprechen, nicht selten kommen in diesen Ausnahmesituationen latente Konflikte, die sich unterdrücken ließen, solange beide gesund und leistungsfähig waren, an die Oberfläche.

Wenn es in diesen Fällen niederschwellige Angebote der Paarberatung gäbe, könnte dies die betroffenen Paare bei der Bewältigung unterstützen und helfen, Konflikte zu kanalisieren, Missverständnisse auszuräumen und Ressourcen zu mobilisieren. Möglicherweise könnte damit sogar eine Entlastung des betreuenden Gesundheitspersonals erreicht werden.

BA: Was berichten Ihre Patientinnen ggf. über die Teilnahme an einer Paartherapie?

Unter meinen Patientinnen ist die Teilnahme an einer Paarberatung aktuell die Ausnahme. In den Fällen, in denen eine Paartherapie stattfindet, besteht zuvor ein erheblicher Leidensdruck. Meist sind es gut situierte und gebildete Frauen, die erwerbstätig sind und sich aus eigener Initiative und häufig unter erheblichem Aufwand um eine Therapie bemühen.

Paare, die bildungsferner sind oder eine migrantische Biografie haben, kennen die Möglichkeit einer Paartherapie häufig gar nicht oder ziehen diese für sich nicht in Betracht, nicht zuletzt auch aus finanziellen Gründen.

Gerade diesen Paaren fehlen aber oft die kommunikativen Werkzeuge und die soziale Unterstützung, um Konflikte aus eigener Kraft zu lösen. Je nach kulturellem Hintergrund sind auch Kenntnisse der Anatomie und

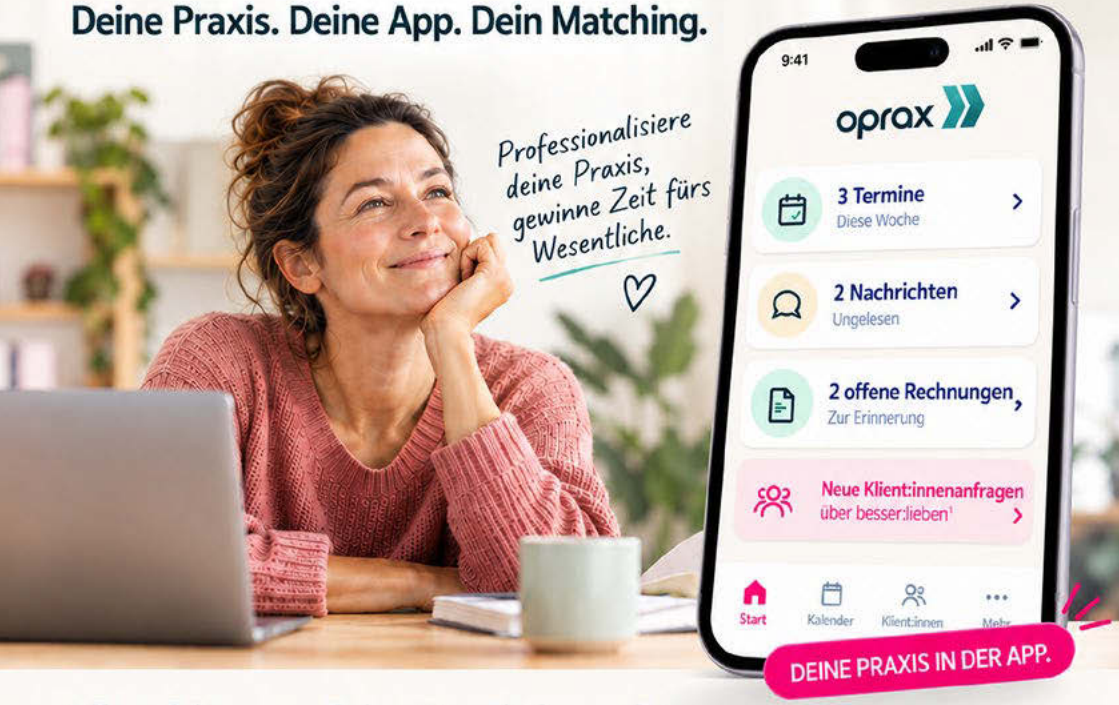
ihrer Funktion nur rudimentär vorhanden, sodass auch ein Sprechen über Probleme im körperlichen und sexuellen Bereich schwierig ist. Daher bestehen für diese Paare hohe Hürden, miteinander oder mit Dritten zu kommunizieren.

BA: Was wünschen Sie Ihren Patientinnen?
Aus meiner Sicht wird Paartherapie in der gesundheitlichen Regelversorgung aktuell viel zu wenig mitgedacht. Dabei würde vermutlich jede*r zustimmen, dass eine funktionierende Paarbeziehung eine sehr wertvolle Ressource zur Bewältigung gesundheitlicher Probleme sein kann, umgekehrt können Störungen in der Paarbeziehung erhebliche Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit haben. Wünschenswert wäre ein niederschwelliger Zugang zu einer Paartherapie für Paare in schwierigen Situationen, unabhängig vom Bildungsstatus, finanziellen Ressourcen und kulturellem Hintergrund!

oprax
Das gemachte Nest
für Beratende.

Wir wollen doch einfach nur beraten.

Deine Praxis. Deine App. Dein Matching.



Alles drin, was deine Praxis braucht.

- Video-Sprechstunde
- Digitale Verträge & In-App-Unterschriften
- 2F-verschlüsselter Mailversand
- Online-Buchung
- Klient:innenakte
- Dokumente & Notizen
- Rechnungen & Zahlungen
- Kostenlose App für Klient:innen
- Kalender-Synchronisation

+ Neue Klient:innenanfragen über besser:lieben¹



Mach es dir leichter. →

30 Tage kostenlos ausprobieren
danach 75 € / Monat zzgl. USt. · monatlich kündbar

www.oprax.de

Höchste Datenschutzanforderungen | Eigene Server in Deutschland | Aus der Praxis für die Praxis

¹ Teilnahme am besser:lieben-Matching bei Erfüllung der fachlichen Zugangsvoraussetzungen.

Buchbesprechung

Sonja Bröning & Agostino Mazziotta: *Vielfältige Liebe – Polyamorie gestalten*

Wiesbaden: Springer, 2026. 611 Seiten. ISBN 978-3-658-48371-5 (Print), 978-3-658-48372-2 (eBook). https://doi.org/10.1007/978-3-658-48372-2

Johanna L. Degen

Beratung aktuell, 27(1), 2026, 85–90
https://doi.org/10.30820/1437-3181-2026-1-85
beratung-aktuell.de | besserlieben.de/beratung-aktuell
CC BY-NC-ND 4.0

Beratungs- und Therapieanfragen zur Öffnung bestehender Beziehungen sowie zu polyamoren und anderen konsensuell nichtmonogamen Beziehungskonstellationen häufen sich. Zugleich steht im professionellen Feld nur wenig strukturiertes und konsolidiertes Wissen zur Verfügung. Dr. Sonja Bröning, Entwicklungspsychologin, systemische Paar- und Familientherapeutin und Professorin an der MSH Medical School Hamburg, und Dr. Agostino Mazziotta, Psychologe, Ehe-, Familien- und Lebensberater und Professor für Diversity und Community Work an der FH Münster, legen zum Thema vielfältige Liebe einen umfangreichen Band vor, der den Forschungsstand, Beratungserfahrungen, theoretisch-reflexive Einordnungen und praktische Reflexionsinstrumente miteinander verbindet. Der Band richtet sich sowohl an Fachpersonen als auch an Personen, die persönlich am Thema interessiert sind. Die Autor*innen benennen bereits im Vorwort vier Spannungsfelder, in denen sich das Buch bewegt: zwischen den Ansprüchen eines Fach- und eines Ratgeberbuchs, zwischen dem Fokus auf Polyamorie und auf Liebe im Allgemeinen, zwischen visionärer Haltung und konkreter Praxis sowie zwischen Affirmation und Offenheit für individuelle Wege. Die Offenlegung der biografischen Positionierung und der vulnerablen Reflexion beider Autor*innen gehört zu den zahlreichen Stärken des Bandes.

Teil eins des Bandes untersucht historische Entwicklungen, psychologische Grundlagen und gesellschaftlich-kulturelle Bedingungen der

Liebe in der Gegenwart, von der Ehe als Ordnungsinstrument über Sternbergs Dreiecksтheorie bis zu den Narrativen, Werten und Normen, die als unsichtbare Drehbücher Vorstellungen von Monogamie, fester Partnerschaft und Geschlechterordnung prägen.

Teil zwei entwickelt Ideen und Visionen für die bewusste Gestaltung vielfältiger Beziehungen und stellt die Vielfalt moderner Liebes- und Beziehungsformen vor, von einvernehmlich offenen Beziehungen über Swinging und Situationships bis hin zur Polyamorie.

Teil drei konzentriert sich auf die konkrete Praxis und führt durch das Acht-Schritte-Modell der achtsamen Beziehungsöffnung, vom Prüfen der Motive über Machtfragen, einvernehmliche Absprachen und Experimentieren bis hin zum Einchecken, Anpassen und gemeinsamen Gestalten des Beziehungsalltags. Weitere Kapitel behandeln unter anderem Alltagsorganisation, Polyfamilien und Beziehungspflege.

Das Werk vertritt eine humanistische, gesellschafts- und machtkritische Haltung und greift queer-feministische Ansätze zur Reflexion von Beziehungsnormen auf. Das Buch nimmt eine grundsätzlich zugewandte und ermutigende Haltung ein, bezieht die verfügbare empirische Forschung umfassend ein und verfällt dennoch nicht in unkritische Affirmation. Wo die Studienlage noch dünn ist, ergänzen die Autor*innen den Forschungsstand um langjährige Praxiserfahrung und gründliche, sensible Beobachtungen. Die ermutigende Haltung ist in einem polarisierten Diskurs nachvollziehbar, der gleichermaßen von Idealisierung, moralischer Abwertung und Berührungsängsten geprägt ist.

Das Buch lädt dazu ein, die eigenen Vorstellungen von Liebe und Beziehungen neugierig zu prüfen, und zwar unabhängig vom jeweiligen Beziehungsmodell. Den Autor*innen gelingt dabei eine wertschätzende, differenzierte und zugleich praxisorientierte Darstellung. Das gründlich ausbuchstabierte Herangehen im Buch ist ausdrücklich als »kein starres Modell, sondern ein persönliches Werkzeug« (S. 151) gerahmt. Auch der Band als Ganzes lässt sich als offener Denkprozess lesen: Gedanken werden im Verlauf weiterentwickelt und durch Einblicke in laufende oder noch nicht abgeschlossene Forschung ergänzt. Als heuristisches Instrument für Selbstklärung und Gesprächsführung funktioniert er sehr gut, u. a. weil er Alternativen zu einem häufig gewohnheits- und normgeleiteten Beziehungshandeln sichtbar macht. Die zahlreichen Fallbeispiele machen die Lektüre lebendig, indem sie theoretische Überlegungen anhand konkreter Beziehungskonstellationen veranschaulichen.

Die Autor*innen stellen dem romantischen Liebesideal ein vielfältiges Liebesideal gegenüber. Dabei handelt es sich um unterschiedliche normative Vorstellungen von Liebe, nicht um eine Gegenüberstellung monogamer und offener oder polyamorer Beziehungsformen. Daraus leiten die Autor*innen Werte für vielfältige Beziehungen ab. Zu ihnen gehören Augenhöhe, Einzigartigkeit, Fürsorge, Verletzlichkeit, Transzendenz, Vielschichtigkeit, Beweglichkeit und Eigenständigkeit. Jeder Wert erhält eine Bestimmung, etwa Eigenständigkeit als »Liebe, die die persönliche Freiheit und Grenzen wahrt, statt Verschmelzung zu suchen« (S. 150). Die Herleitung ist normativ und theoretisch begründet, was den Ausführungen konzeptionelle Tiefe gibt.

Eine dichte und hochrelevante Passage im Buch behandelt Einvernehmlichkeit und Macht und lädt zu Differenzierung und Genauigkeit ein. Kapitel 6.7 beschreibt Konsens als freiwillige, informierte und emotional stimmige Zustimmung, die ohne Angst vor negativen Konsequenzen erfolgen kann. Prägnant fasst dies der Prüfsatz zusammen: »Ein echtes Ja braucht die Möglichkeit eines freien Nein« (S. 208).

Kapitel 8.2 führt das FRIES-Modell ein und greift mit Safewords und regelmäßigen Check-ins Impulse aus der Kink-Praxis auf. Ernüchternd ist der Befund einer großen US-Studie, nach dem rund 27 Prozent der befragten Kink-Praktizierenden von erlebten Konsensverletzungen berichten (Bowling et al., 2022).

Kapitel 8.3 erweitert die Betrachtung formaler Zustimmung um eine differenzierte Analyse ihrer Machtbedingungen. Dazu unterscheiden die Autor*innen drei Dimensionen von Macht, beschreiben dreizehn mögliche Machtquellen und diskutieren mit »Victim Power« auch Handlungsmacht, die aus erlebter Verletzung entstehen kann. Damit verschiebt sich der Fokus von der formalen Zustimmung auf die Bedingungen, unter denen sie zustande kommt, weil Zustimmung »schlicht auch aus Not, Angst oder Loyalität entstehen« kann (S. 306). Darin liegt ein großer Mehrwert für die beraterische und therapeutische Praxis.

Das Konsenskriterium wird auch auf Monogamie angewendet, etwa am Beispiel einer ökonomisch abhängigen Frau, die ihre Affäre aus Angst vor Wohnungsverlust, finanzieller Not und möglichen Einschränkungen beim Kontakt zu ihren Kindern verschweigt (S. 216). Die Autor*innen nehmen solche strukturellen Abhängigkeiten ernst und reduzieren Einvernehmlichkeit nicht auf eine formal erklärte Zustimmung.

Der Band stellt dem Ideal des Konsenses das soziokratische Konzept

des Konsents gegenüber, verstanden als Abwesenheit schwerwiegender Einwände (Endenburg, 1998). Für Mehrpersonenbeziehungen erscheint dieses Konzept den Autor*innen häufig praktikabler, weil Freude, Unsicherheit und Eifersucht gleichzeitig bestehen können und vollständige Einmütigkeit deshalb nicht immer erreichbar ist. Dabei vertrauen die Autor*innen grundsätzlich auf die Möglichkeit reflexiver Aushandlung. Zugleich benennen sie deutliche Warnsignale, bei denen freiwillige und faire Vereinbarungen kaum möglich sind. Dazu zählen Einschüchterung, Drohungen, soziale Isolation, eine das Zusammenleben stark belastende unbehandelte Suchterkrankung sowie Beleidigung, Entwertung oder Beschämung (nach Fern, 2023, S. 119). Für die breite Grauzone struktureller Asymmetrien – etwa bei Einkommen, Care-Arbeit, Wohneigentum oder biografischen Zeitfenstern – bietet der Band Reflexionsfragen und sensibilisiert auf gelungene Weise. Diese Überlegungen sind für monogame ebenso wie für offene und polyamore Beziehungen relevant. Isoliert gelesen könnte die Konsent-Passage als Legitimation missverstanden werden, trotz der Unsicherheiten einer beteiligten Person mit einer Entscheidung fortzufahren. Konsent ist jedoch in einen fortlaufenden Aushandlungsprozess eingebettet, der Ambivalenzen, Machtverhältnisse und mögliche Folgen berücksichtigt.

Die einschlägige Forschung zu konsensueller Nichtmonogamie wird breit rezipiert. Berücksichtigt werden u. a. Arbeiten von Conley, Moors, Balzarini, Muise und Sheff sowie die Metaanalyse von Anderson et al. und das Scoping-Review von Gupta et al. (2024). Ergänzend zieht der Band Erhebungen und Plattformdaten kommerzieller Anbieter wie ElitePartner, Parship, Tinder und Playboy heran, um einzelne Aussagen zu Einstellungen, Beziehungszielen und zur Verbreitung bestimmter Beziehungserfahrungen zu stützen. Einige dieser Erhebungen werden als repräsentativ oder bevölkerungsrepräsentativ quotiert und gewichtet ausgewiesen. Ihre Entstehung im Umfeld kommerzieller Interessen und die daraus folgenden methodischen Einschränkungen werden jedoch, für meinen persönlichen Geschmack etwas zu wenig einschränkend und knapp eingeordnet. Angesichts der teilweise dünnen Datenlage ist es dennoch nachvollziehbar, solche Daten ergänzend heranzuziehen.

Zu den Stärken zählen die progressive Perspektive des Bandes und die Verankerung der Autor*innen in einem aktiv forschenden Feld. Sie beziehen auch eigene, teilweise noch unveröffentlichte Forschung ein, die dem Text besondere Aktualität und Gegenstandsnähe verleiht. Über-

zeugend ist die Vorsicht im Urteil, etwa die Schätzung, dass rund zwei Prozent der Erwachsenen in Deutschland in einvernehmlich offenen Beziehungskonstellationen leben. Zugleich betonen die Autor*innen, man wisse »bis heute erstaunlich wenig« (S. 170). Die methodischen Grenzen der herangezogenen Forschung werden zwar benannt, aber nicht systematisch gebündelt oder hinsichtlich der Evidenzqualität eingeordnet. So wird die WEIRD-Problematik in einer Fußnote erläutert (S. 9) und die eingeschränkte Aussagekraft von Gelegenheitsstichproben wird ausdrücklich benannt (S. 172). Eine knappe übergreifende Einordnung der Evidenzqualität hätte diese Hinweise sinnvoll ergänzt.

Einen naheliegenden Anschluss bietet das Themenheft dieser Zeitschrift zu »Konsensueller Nicht-Monogamie: Polyamorie und offene Beziehungen« (*Beratung aktuell*, 26(1), 2025), aus dem im Literaturverzeichnis keine Beiträge aufgegriffen werden. Aufgrund des Erscheinens im Juli 2025 dürfte dies auf die sich überschneidenden Publikationszeiträume zurückzuführen sein. Der dort veröffentlichte Praxisbericht von Bamert (2025) verfolgt z. B. ein eng verwandtes Anliegen und skizziert anhand einer Fallvignette ein therapeutisches Vorgehen für die Begleitung von Menschen in konsensuell nichtmonogamen Beziehungskonstellationen.

Zu den praktischen Orientierungshilfen gehört der »Schnelltest: Welches Modell passt zu mir?« (S. 262). Er bietet keine diagnostische Einordnung, sondern Modellporträts zur ersten persönlichen Reflexion. Besonders praxisrelevant ist darüber hinaus das Kapitel zu institutionellen Barrieren. Es macht rechtliche Benachteiligungen (und ihre strukturellen Verwicklungen mit intimen Beziehungen) sichtbar und zeigt deren Bedeutung für Absicherung, Abhängigkeit und Care-Arbeit. Konkret werden Möglichkeiten der privaten Absicherung behandelt, etwa durch Testament, Vorsorgevollmacht, Wohnrechtsvereinbarungen mit Grundbucheintrag und Sorgerechtsverfügung. Besonders präzise ist der Hinweis darauf, dass solche Absicherungen finanzielle Ressourcen und teilweise rechtliche oder notarielle Unterstützung erfordern, während Menschen mit geringem Einkommen stärker auf informelle Absprachen in ihrem Netzwerk angewiesen bleiben (S. 466). Damit wird die rechtliche Absicherung zugleich als Frage sozialer Ungleichheit sichtbar.

Der Band liefert insgesamt eine gründlich ausgearbeitete Landkarte für ein aktuelles Thema, für das in Beratung und Therapie ein erheblicher Orientierungsbedarf besteht. Er verhandelt Macht differenzierter als viele Ratgeber und manche fachliche Darstellungen, führt die gesellschafts- und

machtkritische Rahmung konsequent fort und wirbt für kein bestimmtes Beziehungsmodell. Das Nachwort unterstreicht diese Ergebnisoffenheit mit der Feststellung, es gebe »keine universelle Lösung« (S. 548). Nach einer sorgfältigen Lektüre steht ein differenziertes Vokabular zur Verfügung, das Beziehungsgespräche über Eifersucht und Verlustangst hinaus erweitert. Leser*innen sind damit besser gerüstet, schnellen Schlüssen, Vorurteilen, Berührungsängsten und moralischen Verkürzungen reflektiert zu begegnen. Für die weitere empirische Auseinandersetzung bietet die umfangreich recherchierte Literatur zahlreiche Anknüpfungspunkte. Für die Beratungs- und Therapiepraxis leistet das Buch einen wertvollen Beitrag, der über vielfältige Beziehungsweisen hinausreicht: Die Frage, unter welchen Bedingungen Zustimmung zustande kommt, ist überall dort zentral, wo in Beratung oder Therapie Beziehungsentscheidungen verhandelt werden und zwar unabhängig vom jeweiligen Beziehungsmodell.

Interessenkonflikt

Die Rezensentin ist Ko-Autorin einer gemeinsamen Publikation mit Sonja Bröning (Degen, Pistoll, Brandmaier & Bröning, 2025); eigene Arbeiten der Rezensentin werden im besprochenen Band zitiert.

Die Fachgesellschaft für integrative Beziehungs- und Sexualtherapie und -beratung (FiBS) stellt sich vor

Beratung aktuell, 27(1), 2026, 91–93
https://doi.org/10.30820/1437-3181-2026-1-91
beratung-aktuell.de | besserlieben.de/beratung-aktuell
CC BY-NC-ND 4.0

Am 09. Juli 2026 gründete sich die Fachgesellschaft für integrative Beziehungs- und Sexualtherapie und -beratung (FiBS). Dreißig Kolleg:innen aus Praxis, Lehre und Forschung erklärten ihren Beitritt als Gründungsmitglieder, verabschiedeten die Satzung, die Ethikrichtlinie und die Zertifizierungsordnung der neuen Gesellschaft und wählten ihren Vorstand, den Vorstandsvorsitz sowie die Besetzung der Ethikkommission.

Die FiBS ergänzt das Feld der Paar- und Sexualtherapie und -beratung als schulenübergreifende Fachgesellschaft in inklusiver, humanistischer und pluralistischer Tradition. Sie schließt eine thematische und paradigmatische Lücke im deutschsprachigen Raum, indem sie erstmals die Themen (Paar-) Beziehungen und Sexualität vereint und sich zudem schulenübergreifend positioniert. Die FiBS bietet eine Heimat für Fachleute, die bisher keine Plattform für Austausch hatten, und strebt an, sich als inklusiver Knotenpunkt für die Vernetzung von Themen (Arten und Vielfalt von Beziehung und Sexualität), Feldern (Beratung, Therapie, Supervision und Lehre) sowie den dazugehörigen Fachgesellschaften zu etablieren. Mit der Zertifizierungsordnung positioniert sich die Gesellschaft in einem zunehmend heterogenen und diversifizierten Markt der Paar- und Sexualtherapie/-beratung. Ziel ist es, eine klare Orientierung und damit einen transparenten Qualitätsstandard in diesen Berufsfeldern und in der Gesundheitsversorgung zu schaffen. FiBS setzt sich als Fachgesellschaft dafür ein, dass ausbildende Lehrende und Institutionen einen kontinuierlichen, anwendungsbezogenen Lernprozess ermöglichen. Damit werden bereits die aus mehreren Gesellschaften und Verbänden geäußerten Bedenken gegen eine Fragmentierung dieses Berufsfeldes beantwortet, etwa durch überwiegend digitale und zunehmend modularisierte Angebote.

Die geplante Zertifizierung umfasst vier Qualifizierungsstufen mit Beratung, Therapie, Lehre und Supervision und erweitert damit die bestehende Landschaft durch eine Ordnung, die breiter zugänglich und nicht an ein einzelnes Therapieschulen-Paradigma gebunden ist und zugleich hohe Qualitätsansprüche verfolgt. Dies bringt verschiedene Ansätze zusammen und ist beispielsweise auch für Fachkolleg:innen anschlussfähig, die im Ausland ausgebildet sind.

Ein weiteres Ziel der FiBS ist die fachliche Qualitätsentwicklung des Feldes durch den Austausch verschiedener paar- und beziehungstherapeutischer Perspektiven. Hierzu gehört der Blick auf aktuelle Entwicklungen wie neue Paar- und Familienformen, parasoziale Einflüsse und deren Bedeutung für Beziehung und Sexualität sowie die Einbeziehung von KI. Auch querschnittliche Themen wie machtsensible und diskriminierungskritische Beratung und Therapie können hierdurch weiterentwickelt werden. Gerade praxisorientierten Kolleg:innen soll im Sinne eines Wissenstransfers der Zugang zu diesem Diskurs und zur evidenzbasierten Wissenschaft im Feld innerhalb einer von Teilhabe geprägten Fachgesellschaft ermöglicht werden. Beabsichtigt ist, dass FiBS über ein Ethikgremium entsprechende Ethikvoten für Praxisforschung vergibt und diese auch dort prüft, wo keine Anbindung an eine universitäre Ethikkommission besteht.

Die FiBS verkennt nicht die Trennlinien zwischen Beratung und (Psycho-)Therapie. Sie möchte jedoch die Verbindung zwischen diesen Bereichen, die auch in der Praxis oft Hand in Hand arbeiten (sollten), stärken, z. B. durch Kooperationen mit Beratungsstellen(-verbänden) und deren Ausbildungsprogrammen. Sie versteht sich als ergänzende Perspektive im Feld der Gesundheitsversorgung und lädt andere Akteur:innen zur Zusammenarbeit ein. Eine solide Kooperation soll dabei systematisch aufgebaut werden, indem der Austausch mit anderen Verbänden und Fachgesellschaften von Beginn an gesucht, aufgebaut und regelmäßig in kollegialer Weise gepflegt wird.

Der Vorstand der FiBS besteht aus Friederike von Tiedemann (Vorsitzende), Sonja Bröning (stellvertretende Vorsitzende), Holger Quandt (Schatzmeister) sowie Johanna Degen und Florian Meinhold.

Zu den Gründungsmitgliedern[1] zählen Andreas Gloël, Andreas Ja-

1 Außer beim Vorstand sind die Namen jeweils alphabetisch nach Vornamen sortiert und spiegeln keine hierarchische Ordnung wider.

szczuk, Ann-Marlene Henning, Carina Pflumm, Christoph Hutter, Eric Hegmann, Eva Kubitza, Florian Meinhold, Friederike von Tiedemann, Holger Quandt, Ingrid Lüke, Jan-Ole Schulz, Johanna Degen, Jonas Bamert, Jonas Wahl, Jörg Nitschke, Judith Gastner, Judith Lurweg, Julian Scheer, Lisa Göpfert-Dimanski, Magdalena Zidi, Martin Merbach, Mirjam Faust, Monika Wacker, Sabrina Schlachter, Sonja Bröning, Stefan Hierholzer und Vera Funke. An der Gründungsveranstaltung nahmen außerdem Christian Roesler und Nele Sehrt teil.

Die Ethikkommission setzt sich aus Eva Kubitza, Jonas Bamert, Johanna Degen, Lisa Göpfert und Vera Funke zusammen. Im Ethikausschuss, der als kontrollierendes und unterstützendes Organ fungiert, arbeiten Sabrina Schlachter, Stefan Hierholzer, Florian Meinhold, Sonja Bröning sowie ein noch zu bestimmendes externes Mitglied mit.

Unser Dank gilt allen, die die Gründung sorgfältig vorbereitet haben. Wir freuen uns, als Vorstand nun die Arbeit aufzunehmen. Interessierte für Mitgliedschaft und Zertifizierungen finden auf unserer Webseite (www.fibs-ev.org) alle wichtigen Informationen, sobald diese fertiggestellt ist.

Die FiBS blickt zuversichtlich auf den begonnenen Weg und lädt alle ein, ihn mitzugehen, um in unserem relevanten Berufsfeld für eine bessere Qualifizierung zu sorgen.

Florian Meinhold, Friederike von Tiedemann,
Holger Quandt, Johanna L. Degen und Sonja Bröning

Psychosozial-Verlag

Heinz-Jürgen Voß, Harald Stumpe (Hg.)

Grundlagen des Sexocorporel

Ein Modell für die körperorientierte Sexualberatung und Sexuelle Bildung



2024 · 298 Seiten · Broschur
ISBN 978-3-8379-3312-3

- **Erste umfassende Darstellung des Modells Sexocoporel in deutscher Sprache**
- **Wendet sich an in der Sexualberatung und -therapie Tätige**
- **Macht Grundlagentexte von Jean-Yves Desjardins erstmals in deutscher Sprache verfügbar**

Mit dem Modell Sexocorporel, das von Jean-Yves Desjardins entwickelt wurde, ist der Körper in die Sexualwissenschaft und Sexualberatung zurückgekehrt. Atmung, An- und Entspannung von Muskeln sowie ein Bezug zum eigenen Körper und zur eigenen Selbstbefriedigung werden in diesem Modell als Ausgangspunkte für eine gelingende Sexualität betrachtet: Sie bieten nicht nur Möglichkeiten zur Steigerung des eigenen sexuellen Wohlbefindens, sondern können auch der Bearbeitung von Sexualproblemen dienen.

Der hier vorliegende Band erläutert die Grundlagen von Sexocorporel.

Mit Beiträgen von Nicole Audette, Mireille Baumgartner, Karoline Bischof, Dominique Chatton, Jean-Yves Desjardins, Lise Desjardins, Ann-Marlene Henning, Ben Kneubühler, Wolfgang Kostenwein, Adriane Krem, Esther Elisabeth Schütz, Julia Sparmann, Harald Stumpe, Michael Sztenc, Mélanie Tremblay, Heinz-Jürgen Voß und Bettina Weidinger

Walltorstr. 10 · 35390 Gießen · Tel. 0641-969978-18 · Fax 0641-969978-19
bestellung@psychosozial-verlag.de · www.psychosozial-verlag.de

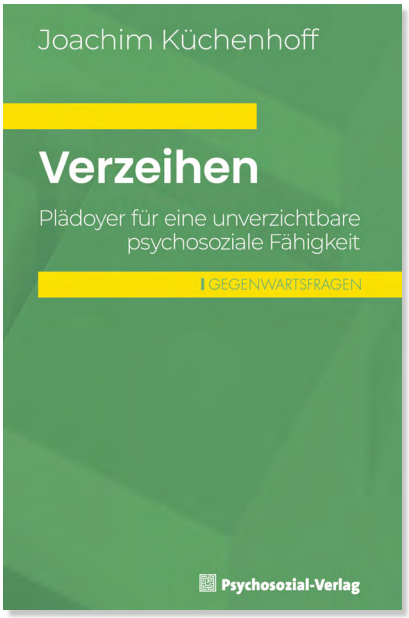
In eigener Sache

Transparenz und Unabhängigkeit
Wissenschaftliche Fundierung, Pluralität, Unabhängigkeit in der Themenwahl unter redaktioneller Verantwortung sind zentrale Grundsätze von *Beratung aktuell*. Alle wissenschaftlichen Beiträge durchlaufen ein standardisiertes doppelblindes Peer-Review-Verfahren. Die redaktionelle Entscheidung über Veröffentlichung und Schwerpunktsetzung obliegt dem Herausgeberinnenteam in Abstimmung mit dem wissenschaftlichen Beirat.
Beratung aktuell ist ein unabhängiges Fachjournal für professionelle Beratung, Paar- und Sexualtherapie und ist an das psychologische Institut für Subjektivitäts- und Praxisforschung (Psych-ISP) angegliedert. Eigentümerin gemäß Verlagsvertrag ist Monika Wacker (besser:lieben).
Redaktionelle Inhalte entstehen unabhängig von kommerziellen oder institutionellen Interessen. Mit dieser Struktur wird die Integrität der Fachzeitschrift gewahrt und die Anschlussfähigkeit an wissenschaftliche Diskurse sichergestellt.

Hinweis zu Anzeigen und Veranstaltungshinweisen
Die in dieser Ausgabe platzierten bezahlten Anzeigen und Veranstaltungshinweise orientieren sich an inhaltlicher Relevanz. Wir danken den Inserierenden für die Unterstützung dieser Ausgabe.
Anfragen zu Anzeigen und Veranstaltungshinweisen bitte an:
redaktion@beratung-aktuell.de

Newsletter
Ergänzend zu jeder Ausgabe der *Beratung aktuell* erscheint ein Praxis-Newsletter. Wenn Sie sich für den Newsletter eintragen möchten, klicken Sie hier:
https://beratung-aktuell.de/newsletter

Archiv zu den Ausgaben der *Beratung aktuell* (bis 2024)
Das Archiv der Ausgaben aus den Jahren 2000–2024 finden Sie hier:
https://besserlieben.de/beratung-aktuell/archiv



Joachim Küchenhoff

Verzeihen

Plädoyer für eine unverzichtbare psychosoziale Fähigkeit

Joachim Küchenhoff legt die psychosoziale Kraft einer gesellschaftspolitischen und persönlichen »Verzeihensarbeit« frei, die unverzichtbar ist, um mit Scham, Schuld und Schuldgefühlen umzugehen, Verluste und Enttäuschungen ohne Ressentiment und ausgelebte Rachewünsche zu verarbeiten und sich aus Opferrollen befreien zu können.

160 Seiten • Broschur • € 22,90
ISBN 978-3-8379-3417-5



Johannes Drerup

Moralischer Fortschritt

Geschichte vermitteln und Zukunft gestalten

Johannes Drerup setzt grassierenden negativen Geschichts- und Zukunftsbildern etwas entgegen: Wir brauchen die Idee des Fortschritts und seiner Möglichkeit, um künftigen Generationen ein angemessenes Bild von Geschichte und demokratisch gestaltbaren Zukünften vermitteln zu können.

161 Seiten • Broschur • € 22,90
ISBN 978-3-8379-3454-0