

**Psychotherapie mit Klient\*innen, die von  
Heteronormativität belastet werden**

**Acht Praktiker\*inneninterviews**

Psychotherapy with Clients who are Confronted with  
Heteronormativity

Eight Interviews with Practitioners

Masterarbeit

im Masterstudiengang Psychologie

am Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie

der Freien Universität Berlin

(20.10.2017)

Verfasst von Lian Eisenhuth

Erst- und Zweitgutachterinnen: Prof. Meike Watzlawik, Dr. Ulrike Zetsche

## **Vorwort**

Danke an

... die Menschen, die es mir ermöglicht haben, diese Arbeit zu schreiben: Meike Watzlawik, die mich mit konstanter Unterstützung, Vertrauen und wertvollem Feedback betreute und Ulrike Zetsche, die mir den Freiraum gab, dieses Projekt innerhalb universitäre Strukturen zu denken und zu verwirklichen.

... die Menschen, die mir ihr Wissen, ihre Erfahrung, ihre Zeit und ihre Geschichten vertrauensvoll zur Verfügung stellten. Ohne so viele Personen, die großes Interesse an dem Projekt hatten und ihre Freizeit dafür aufbrachten, würde die Arbeit nicht in diesem Umfang existieren.

... die Menschen, die mir Kontakte vermittelten.

... die Menschen, die mich im Entstehungsprozess unterstützten: René\_ H. für Austausch, Zeit und Feedback; Charlotte B. für das Probeinterview; Andreas S., Kalle H., Judith K., Hannah A., Judith L. und Cornelia H. für Interesse und Feedback.

In Vertrauen auf grundlegende Verbesserungen in der therapeutischen Versorgung von Menschen, die von Heteronormativität belastet werden.

## **Abstract**

### *Deutsch*

Angesichts des Missverhältnisses von häufiger Therapienutzung bei einer gleichzeitigen mangelnden spezifischen Ausbildung von Therapeut\*innen zu den Bedarfen von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans\*, inter\* und queeren (lsbtqi\*) Klient\*innen fragt die Forschungsarbeit, wie eine Psychotherapie mit Klient\*innen aussehen kann, die von Heteronormativität belastet werden. Durch die Setzung der Heteronormativität als Ausgangspunkt dieser Arbeit werden neben dem lsbtqi\* Spektrum auch cisgeschlechtliche heterosexuelle Menschen eingeschlossen, die beispielsweise nicht den gängigen Geschlechterrollen entsprechen. Die Arbeit fasst die explorativen Ergebnisse von acht leitfadengestützten Expert\*inneninterviews (Bogner, Littig & Menz, 2002) zusammen, die mit Hilfe einer Inhaltlich Strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2016) ausgewertet wurden. Die Ergebnisse zeigen konkrete Ansatzpunkte für das Zusammenspiel von therapeutischem Handwerkszeug, bedeutsamerhaltungsaspekte seitens der Therapeut\*innen sowie Rahmenbedingungen, die nötig sind, damit sich lsbtqi\* Menschen wohl fühlen und Heteronormativität thematisiert und bearbeitet werden kann. Die Ergebnisse bieten u.a. umfangreiches Potenzial für die Verbesserung von therapeutischen Aus- und Weiterbildungen.

## Abstract

### *English*

Despite high rates of therapy usage, most psychotherapists lack specific training in meeting the unique needs of a lesbian, gay, bisexual, trans\*, inter\* and queer (lgbtiq\*) population. The purpose of this study is to outline psychotherapy with clients who are confronted with heteronormativity. By basing the study on the concept of heteronormativity not only lgbtiq\* but also e.g. cisgender heterosexual people who do not comply with dominant gender roles are included. This study summarizes explorative results from eight structured interviews with experts (Bogner et al., 2002) which were analyzed by a qualitative content analysis (Kuckartz, 2016). The results demonstrated how therapeutic tools, an inner attitude of the therapists and a setting, which enables that lsbtiq\* persons feel comfortable and in order to make heteronormativity subject to discussion, collaborate. Specific recommendations are given that provide among others extensive suggestions for improvement in therapeutic training and continuing education.

## **Inhaltsverzeichnis**

Vorwort.....	2
Abstract.....	3
Inhaltsverzeichnis .....	5
Tabellenverzeichnis .....	8
1    Einleitung.....	9
2    Verwendung von Sprache .....	11
3    Theoretische Grundlagen und Definitionen.....	13
3.1    Heteronormativität .....	13
3.2    LSBTIQ*.....	15
3.3    Expert*innen vs. Praktiker*innen.....	17
3.4    Psychotherapie mit lsbtq* Klient*innen – ein Überblick .....	18
3.5    Affirmative Psychotherapie .....	20
3.6    Guidelines .....	23
3.7    Evidenzbasierte Forschung .....	27
3.8    Initiativen .....	28
3.9    Zusammenfassung.....	29
3.10   Fragestellungen .....	30
4    Methode .....	32
4.1    Expert*inneninterviews .....	32
4.2    Interviewleitfaden .....	32
4.3    Teilnehmer*innenauswahl .....	34
4.4    Datenerhebung .....	35
4.5    Stichprobenbeschreibung .....	37
4.6    Auswertungsmethode.....	38
4.6.1   Beschreibung der Daten .....	38
4.6.2   Datenaufbereitung .....	38
4.6.3   Anonymisierung der Daten .....	39
4.6.4   Auswertungsverfahren .....	40
4.7    Gütekriterien .....	44
4.7.1.  Interne Studiengüte .....	45

## Inhaltsverzeichnis

4.7.2.	Intercoder*innen-Übereinstimmung .....	46
5	Ergebnisse .....	49
5.1	Kategoriensystem .....	49
5.2	Hauptkategorie A: Werkzeuge .....	56
5.2.1	A.1: Affirmative Guidelines .....	56
5.2.2	A.2: Therapieformen .....	56
5.2.3	A.3: Theorien und Modelle .....	57
5.2.4	A.4: Methoden .....	59
5.2.5	A.5: erfahrungsbasierte therapeutische Empfehlungen .....	64
5.3	Hauptkategorie B: Innere Haltung .....	76
5.3.1	B.1: Begriffsbestimmung .....	76
5.3.2	B.2: Bewusstsein .....	77
5.3.3	B.3: Bereitschaft .....	79
5.3.4	B.4: Akzeptanz .....	79
5.3.5	B.5: Bewertung .....	79
5.3.6	B.6: Wissen .....	80
5.3.7	B.7: Grundsätze der therapeutischen Beziehung und Arbeit .....	81
5.3.8	B.8: Klient*innen bemerken innere Haltung der Therapeut*innen an .....	83
5.4	Hauptkategorie C: Rahmenbedingungen .....	83
5.4.1	C.1: Niedrigschwellige und kostenlose Beratungs- bzw. Therapieangebote .....	83
5.4.2	C.2: Ausbildungsinhalte .....	83
5.4.3	C.3: Gestaltung der Homepage und der Praxisräume .....	84
5.4.4	C.4: In der Szene und deren Institutionen vernetzt sein .....	84
5.4.5	C.5: Intervision und / oder Supervision bei sensibilisierten Kolleg*innen .....	85
5.4.6	C.6: Sprachsensibilität des Teams und des Personals .....	85
5.4.7	C.7: Fähigkeiten seitens der Therapeut*innen .....	85
5.4.8	C.8: Therapiegestaltung .....	86
6	Diskussion .....	88
6.1	Diskussion der Ergebnisse .....	88
6.1.1	Zusammenfassung der Ergebnisse .....	88
6.1.2	Zusammenführung des Forschungsstandes und der Ergebnisse .....	93
6.1.3	Weitere Stärken und Schwächen der Arbeit .....	97
6.2	Methodendiskussion .....	99
6.3	Diskussion der Gütekriterien .....	100

## Inhaltsverzeichnis

6.3.1	Diskussion der internen Gütekriterien und der Intercoder*innen-Übereinstimmung ..	100
6.3.2	Diskussion externer Gütekriterien: Übertragbarkeit und Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse .....	100
6.4	Beitrag der Ergebnisse zu Praxis und Forschung.....	102
7	Ausblick .....	105
	Literaturverzeichnis .....	106
	Anhang.....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
	Erklärung .....	113

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1. Übersicht über die VLSP*-Empfehlungen zur Psychotherapie und Beratung mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient*innen.....	S. 24
Tabelle 2. Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People .....	S. 26
Tabelle 3. Prinzipien und Techniken von ESTEEM.....	S. 28
Tabelle 4. Stichprobenbeschreibung.....	S. 37
Tabelle 5. Kategoriensystem.....	S. 49



## 1 Einleitung

Studien zeigen, dass lesbische, schwule und bisexuelle Menschen häufiger Therapie aufsuchen als heterosexuelle Menschen und höhere Prävalenzraten für bestimmte psychische Störungen, wie Depression und Panikstörungen, aufweisen (Cochran, Sullivan & Mays, 2003; Kerr, Santurri & Peters, 2013; Rutter et al., 2016).<sup>1</sup>

Gleichzeitig erhalten Therapeut\*innen kaum Ausbildung in der Psychotherapie mit Lesben, Schwulen, Trans\*, Inter\* und queeren (lsbtq\*) Menschen. Es fehlt ihnen häufig an Wissen und therapeutischem Handwerkszeug im Umgang mit den unterschiedlichen Bedürfnissen von lsbtq\* Klient\*innen (Budge, Israel & Merrill, 2017; Göth & Kohn, 2014; Wolf & Meyer, 2017). Welche Behandlung sie letztendlich erhalten und wie effektiv diese Therapien sind, um die psychische Gesundheit zu verbessern und die zusätzlichen Belastungen des Minderheitenstresses zu behandeln, darüber ist wenig bekannt (Proujansky & Pachankis, 2014).

Dabei widersprechen Göth und Kohn (2014) entschieden der häufig von Therapeut\*innen vorgetragene Einstellung, alle gleich zu behandeln. Sie verweisen darauf, dass diese Minderheitengruppen in einer heteronormativen Mehrheitsgesellschaft sozialisiert wurden und demzufolge spezifische (Diskriminierungs-)Erfahrungen machen und formulieren als Ziel einer Beratung bzw. Psychotherapie, „Hilfestellung bei der Gratwanderung zwischen Vernachlässigung und Überbetonung, Affirmation und Pathologisierung zu leisten, hin zu einem differentiellen, anstatt gleichmachenden Ansatz und zu einer angemessenen Berücksichtigung sexueller Orientierung und Identität“ (Göth & Kohn, 2014, V).

Die Frage stellt sich also, was es bei Psychotherapie mit Menschen, die von Heteronormativität belastet werden, zu beachten gilt. Um einer Beantwortung näher zu kommen, werden in der vorliegende Arbeit Interviews mit acht Therapeut\*innen mit viel Erfahrung

---

<sup>1</sup> Meyers (2003) Stressmodell erklärt diese erhöhte Häufigkeit psychischer Störungen mit Minderheitenstress, einem sozialen Stress, dem Individuen, die einer stigmatisierten sozialen Kategorie angehören, ausgesetzt sind, aufgrund ihrer Minderheitenposition.

## Einleitung

in der Arbeit mit lsbtq\* Klient\*innen ausgewertet.<sup>2</sup> Dabei steht im Zentrum, wie die Interviewees therapeutisch mit Klient\*innen arbeiten, die von Heteronormativität belastet werden. Durch eben diese Formulierung, „Klient\*innen, die von Heteronormativität belastet werden“, wird vermieden, eine oder mehrere spezifische Gruppen des lsbtq\* Spektrums auszuwählen. Alle Menschen, die von Heteronormativität belastet werden, stehen im Fokus dieser Arbeit, seien sie lesbisch, schwul, bisexuell, trans\*, inter\*, queer oder heterosexuell und entsprechen beispielsweise nicht den gesellschaftlich geforderten Geschlechterrollen.

Zunächst wird in die Verwendung von Sprache in dieser Arbeit eingeführt, danach werden zentrale Begrifflichkeiten und theoretische Grundlagen vorgestellt. Es folgt eine Vorstellung der Fragestellungen und deren Entwicklungen im Laufe des Forschungsprozesses. Anschließend werden die Methode und das Vorgehen beschrieben, bevor die Ergebnisse ausführlich dargestellt und diskutiert werden. Die Arbeit schließt mit einem kurzen Ausblick ab.

---

<sup>2</sup> Es wurden ausschließlich Therapeut\*innen in die Studie aufgenommen, die von Beratungsstellen empfohlen wurden oder die sich in Verbänden und Netzwerken engagieren, die sich dezidiert den Belangen von lsbtq\* Personen widmen.

## 2 Verwendung von Sprache

Während frühere feministische Sprachkritik um die Gleichstellung von Frauen und Männern kämpfte, geht es in aktuellen Sprachformen zunehmend um die Überwindung gesellschaftlicher Vorstellungen einer Geschlechterdichotomie (Hergenhan, 2015). Heutige Formen sind sich darüber im Klaren, dass sie niemals alle in der Gesellschaft existierenden geschlechtlichen Identitäten und Existenzformen abbilden, jedoch eben auf diese Pluralität hinweisen können; vor diesem Hintergrund entstand in der deutschen Sprache die Praxis des *gender gaps*, wie in Student\_innen, und des *gender stars*, wie in Student\*innen (Hergenhan, 2015).

Letztere Sprachform, im Folgenden als Sternchen-Form bezeichnet, wird in dieser Arbeit verwendet, da sie die Möglichkeit bietet, kritisch auf sprachliche Zwei-Genderung zu verweisen und gleichzeitig eine Vielzahl von Positionierungen verdeutlicht. Das Sternchen spiegelt hierbei mit den unterschiedlichen Strahlen und seiner Symbolkraft vielfältige Möglichkeiten und Gestaltungsspielräume wieder (AG Feministisch Sprachhandeln, 2015). Wird die Sternchenform allerdings konsequent angewandt, erfolgt dies auch bei Possessivpronomen oder Relativpronomen. Hier ein Beispiel: Die\*der Interviewpartner\*in, die\*der in ihrer\*seinen eigenen Praxis interviewt wurde, gab verschiedenste Beispiele über ihre\*seine therapeutische Arbeit. Um solche Satzkonstruktionen zu vermeiden und gleichzeitig unterschiedliche Positionierungen mitzudenken und diese in Sprache abzubilden, wird in dieser Arbeit eine Mischform aus dem generischen Femininum und der Sternchenform verwendet. Das eben verwendete Beispiel lautet dann: Die Interviewpartner\*in, die in ihrer eigenen Praxis interviewt wurde, gab verschiedenste Beispiele über ihre therapeutische Arbeit.

Die sprachlichen Setzungen dieser Arbeit orientieren sich an Hornscheidts (2017) Konzept der anti-diskriminierenden Sprachhandlungen: das Vermeiden von diskriminierenden Sprachformen, strategische ReSignifizierungen von konventionalisiert diskriminierenden Benennungsformen (hierzu zählen generische Formen, aber auch die Verwendung von Trans\* und Inter\* als empowernde Selbstbezeichnungen), Wiederaneignungen von konventionalisiert diskriminierenden Benennungsformen (wie im Englischen der Begriff *queer*) und die Neubildung von Wortformen (wie die Sternchen-Form). Hornscheidt

## Verwendung von Sprache

(2017) kommt nach der Zusammenstellung von Studienergebnissen diverser Forschungsdisziplinen zum Schluss:

Alle Untersuchungen kommen zu dem übereinstimmenden Ergebnis, dass die Sprachformen jenseits aller anderen Faktoren die größte Wirksamkeit haben in Bezug auf die Vorstellungen von Personen, die Menschen sich machen, die diese Formen hören oder lesen. Anti-sexistische Sprachformen haben einen anti-diskriminierenden Effekt, da sie zu veränderten Vorstellungen von Person führen – die o. g. Formen führen zu einer höheren Wahrnehmbarkeit von Frauen und zu einer Partikularisierung männlicher Positionen, die nicht mehr als allgemeinmenschlich verstanden werden. (S. 805)

Alle interviewten Personen beantworteten Fragen zu ihrer gewünschten Genderung bzw. ihrem Wunschpronomen. Diese Wünsche werden selbstverständlich respektiert.

Für Schreibweisen von Personen, die sich als inter\* oder trans\* bezeichnen, gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten (Bspw.: Inter-Person, Trans\*Person, Interperson). In dieser Arbeit hat sich die Autor\*in für die Schreibweise Trans\*person<sup>3</sup> entschieden (vgl. TransInterQueer e.V., 2015).

---

<sup>3</sup> Im Falle der Interviewtranskripte wurde die Schreibweise Trans\*person nur verwendet, wenn eine deutliche Pause zwischen Trans und Person gesprochen wurde, ansonsten wurden Schreibweisen wie Transperson, Transmann, Transfrau, Transmensch etc. angewendet.

### 3 Theoretische Grundlagen und Definitionen

Dieses Kapitel gibt zunächst einen Überblick über zentrale Begrifflichkeiten und deren Definitionen, so wie sie in dieser Arbeit verwendet werden. Anschließend werden ausgewählte Publikationen aus der Psychotherapiewissenschaft vorgestellt und zu den Fragestellungen dieser Arbeit hingeleitet.

#### 3.1 Heteronormativität

Zum Ausgangspunkt dieser Arbeit zählt das Konzept der Heteronormativität. Es ermöglicht eine Perspektive einzunehmen, die sich nicht auf eine spezifische Gruppe des Lsbtiq\* Spektrums beschränkt. Gruppen- und Selbstbezeichnungen ändern sich, sind variabel und oft nicht klar voneinander abgrenzbar. Eine Person, die sich meist als queer bezeichnet, kann sich in anderen Kontexten als Lesbe vorstellen und gleichzeitig trans\* und inter\* sein. Deswegen setzt diese Arbeit eine Norm, die Norm der Heteronormativität, ins Zentrum. Anstatt sich auf eine oder wenige spezifische Gruppen zu fokussieren (Beispielsweise: „Psychotherapie mit Trans\*personen und Inter\*personen“ oder „Psychotherapie mit Schwulen, Lesben und Bisexuellen“), geht es um alle Menschen, die von Heteronormativität belastet werden. Diese Norm soll im Folgenden näher gefasst werden. Hierbei stellt sich allerdings die Herausforderung, dass der Begriff der Heteronormativität auf unterschiedliche Weisen definiert und verwendet wird und selbst innerhalb der Debatte umstritten ist (Hartmann & Kleese, 2007; Wagenknecht, 2007).

Als Grundlage dieser Arbeit dient die Definition von Göth und Kohn (2014), aus dem wohl aktuellsten und umfassendsten Werk der deutschsprachigen Psychotherapieliteratur zum Thema sexuelle Orientierung in Beratung und Therapie:

Heteronormativität beschreibt ein System sozialer Normen, die auf dem Zwei-Geschlechter-System aufbauen und die Dimensionen von Geschlechtlichkeit, nämlich biologisches Geschlecht, Geschlechtsidentität, Geschlechterrolle und sexuelle Orientierung im Sinne von männlich oder weiblich und heterosexuell vereinheitlichen und aneinander anpassen. Heteronormativität wirkt als soziales Denk-, Verhaltens- und Ordnungssystem und findet sich in fast allen Bereichen des täglichen Lebens wieder. (S.17)

## Theoretische Grundlagen und Definitionen

Diese Definition wurde auch in den Interviews als Grundlage herangezogen und in der Gesprächssituation diskutiert, falls sich die Konzeptualisierung der Interviewees und der Interviewer\*in unterschieden. Im Folgenden werden noch weitere definitorische Spezifizierungen vorgenommen, die für eine theoretische Auseinandersetzung bedeutsam sind.

Der in den 1970er und 1980er gebräuchliche Begriff Heterosexismus, der auch heute noch häufig verwendet wird, fokussiert v.a. strukturalistische Aspekte, wie strukturelle Diskriminierungen nicht-heterosexueller Sexualitäten, und vermeidet dabei die psychologisierenden Tendenzen des Homophobiekonzeptes (Hartmann & Kleese, 2007). Heteronormativitätskonzepte unterscheiden sich von diesen älteren Begriffen u.a. dadurch, dass sie eine poststrukturalistische Machtanalyse vertreten. Dabei handelt es sich „in erster Linie um ein machtanalytisches Konzept (...), das in politisierten Bewegungs- und Wissenschaftsdiskursen entstanden ist“ (Kleese, 2007, S. 36). Aller Unterschiede zum Trotz haben die Begriffe Heterosexismus und Heteronormativität die Gemeinsamkeit, Machtverhältnisse, die sich um Heterosexualitäten entfalten, kritisch zu untersuchen (Hartmann & Kleese, 2007).

Wagenknecht (2007) liefert eine ausführliche Diskussion des Begriffes und seiner Entstehung und erläutert, wie Heteronormativität Subjektivität, Lebenspraxis, symbolische Ordnung und das Gefüge der gesellschaftlichen Organisation strukturiert und dabei Verhaltensnormen setzt. Was diesen nicht entspricht, wird diskriminiert, verfolgt oder ausgelöscht. Auf individueller Ebene erzeugt Heteronormativität den Druck, sich selbst über eine geschlechtlich und sexuell bestimmte Identität zu verstehen. Hierbei liegt eine hierarchische Anordnung vor, an deren Spitze die kohärenten Geschlechter Mann und Frau stehen (Wagenknecht, 2007). Die regulative und weitreichende gesellschaftliche Macht, die Heteronormativität in der Gesellschaft einnimmt, formuliert Wagenknecht (2007) wie folgt:

Zugleich reguliert Heteronormativität die Wissensproduktion, strukturiert Diskurse, leitet politisches Handeln, bestimmt über die Verteilung von Ressourcen und fungiert als Zuweisungsmodus in der Arbeitsteilung. Heteronormativität ist sämtlichen gesellschaftlichen Verhältnissen eingeschrieben; auch Rassismus und Klassenverhältnisse sind heteronormativ geprägt und prägen ihrerseits die kulturellen Bilder und konkreten Praxen heteronormer Zweigeschlechtlichkeit. (S.17)

Wird in dieser Arbeit also von *Menschen, die von Heteronormativität belastet werden*, gesprochen, so inkludiert diese Formulierung nicht nur lsbtqi\* Personen, sondern beispielsweise auch heterosexuelle Personen, die in ihrer Geschlechterrolle oder Lebenspraxis nicht den von Heteronormativität durchdrungenen sozialen Normen entsprechen; also beispielsweise in polyamourösen Beziehungsstrukturen leben oder sich abseits der gesellschaftlich vorgelebten Mann- bzw. Frau-Sein-Normen bewegen.

### 3.2 LSBTIQ\*

Die Abkürzung LSBTIQ\* steht kurz für Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans\*, Inter\* und Queers bzw. lesbisch, schwul, bisexuell, trans\*, inter\* und queer. LSBTIQ\* umfasst dabei sexuelle Orientierungen, wie lesbisch, schwul oder bisexuelle, und Geschlechtsidentitäten, wie trans\*, inter\* oder queer<sup>4</sup>, zusammen. Hierbei ist wichtig zu betonen, dass das sexuelle Begehren (sexuelle Orientierung) unabhängig von der Geschlechtsidentität (das Gefühl der Zugehörigkeit zu einem Geschlecht) ist; eine Trans\*person kann sich also als beispielsweise als lesbisch, bisexuell, heterosexuell oder schwul verstehen (Meyer, 2015). In Anlehnung an die bereits erläuterte Verwendung der Sternchen-Form und deren Bewusstsein, niemals alle existierenden geschlechtlichen Identitäten aus Existenzformen abbilden zu können, werden die Buchstaben LSBTIQ mit einem Stern versehen, der als Platzhalter für weitere Identitäten steht. Denn trotz der bereits sechs Buchstaben, kann (und muss) der Begriff weiterhin ergänzt und reflektiert werden.<sup>5</sup> Das Konzept der Asexualität<sup>6</sup> hat beispielsweise Einzug in den akademischen Diskurs gehalten (Bogaert, 2004, 2006) und könnte in die Aufzählung nach bisexuell als sexuelle Orientierung aufgenommen werden (lsbtqi\*). Da Asexualität nicht spezifisch in dieser Arbeit behandelt wurde, wird es im Folgenden auch nicht mit in die Aufzählung integriert. Es dient aber als Beispiel für eine Leerstelle dieser Arbeit und für die Notwendigkeit der Veränderung von Konzepten und Begrifflichkeiten.

---

<sup>4</sup> Wobei queer auch als sexuelle Orientierung verwendet werden kann.

<sup>5</sup> Im Englischen wird zunehmend auch der Begriff der sexuellen und geschlechtlichen Minderheiten (sexual and gender minorities = SGM) verwendet (Budge, Israel & Merrill, 2017)

<sup>6</sup> Bogaert (2006) definiert Asexualität als Abwesenheit von sexueller Anziehung gegenüber Menschen oder Objekten.

## Theoretische Grundlagen und Definitionen

Die Begriffe Trans\*, Inter\* und Queer erfordern eine weitere begriffliche Auseinandersetzung, da sie in sehr unterschiedlicher Art und Weise verwendet werden: Trans\* wird in dieser Arbeit in Anlehnung an Franzen und Sauer (2010) verwendet, als ein „weit gefasster Oberbegriff für eine Vielzahl von Identitäten und Lebensweisen. Dabei dient der Stern wieder als Platzhalter für diverse Komposita“ (2010, S. 7). Selbstbezeichnungen wie Transgender, Transgeschlechtlich, Transidentität, Transsexualität, nicht-binär Trans\* werden unter Trans\* zusammengefasst. Trans\*personen sind demzufolge „Menschen, die sich nicht, teilweise oder nicht immer dem ihnen bei Geburt zugewiesenen Geschlecht zugehörig fühlen“ (Günther, 2016, S. 8).

Ähnlich wird bei Inter\*, ein emanzipatorischer Begriff, der sich aus der Community entwickelt hat, verfahren und mit dem Stern die Vielfalt intergeschlechtlicher Körperlichkeiten und Realitäten abbilden (Ghattas, Kromminga, Matthigack & Mosel, 2015). Intergeschlechtlich „bezeichnet das angeborene Vorhandensein genetischer und/oder anatomischer und/oder hormoneller Geschlechtsmerkmale, die nicht den Geschlechternormen von Mann und Frau entsprechen“ (Ghattas et al., 2015, S. 15).

Wenn das Wort Queer auf Personen angewendet wird, steht es in dieser Arbeit für Menschen, die die Vorstellung herausfordern, „es gebe (nur) zwei Geschlechter, die einander entgegengesetzt charakterisiert und romantisch bzw. sexuell ausschließlich (und monogam) aufeinander bezogen seien“ (TransInterQueer e.V., 2015, S. 7). Menschen die gender-nonkonform leben und sich keinem der beiden Geschlechter Mann und Frau zuordnen, bezeichnen sich u.a. auch als nicht-binär (non-binary), weder noch oder genderqueer (Wolf & Meyer, 2017). Personen, die sich mit dem Geschlecht identifizieren, welches ihnen bei der Geburt zugewiesen wurden, werden als cisgender (Cis-Mann, Cis-Frau) bezeichnet (TransInterQueer e.V., 2015).

Bei der Verwendung von Identitätskategorien bleibt jedoch zu beachten, dass diese stets unter konkreten Bedingungen konstruiert werden und lokal, zeitlich und kontextuell eingebunden sind. Dies wird von Mihalko (2003) eindrucksvoll in Bezug auf queere Identitäten in Worte gefasst:

There is no single story that queer people tell that is definitive of a queer identity. Rather, people tell multiple stories from multiple perspectives. These narratives that stand for queer identities are



local, contextual, change over time, and reside outside the person in the discourses that happen between and among people. (S. 60)

### 3.3 Expert\*innen vs. Praktiker\*innen

Diese Arbeit ist mit dem Untertitel „Acht Praktiker\*inneninterviews“ versehen und verwendet eine Erhebungsmethode des Expert\*inneninterviews. Die Frage was Expert\*innen sind und warum im Untertitel dieser Arbeit nun Praktiker\*innen steht, wird im Folgenden geklärt.

Der Duden bezeichne Experten als „Sachverständige, Fachmann, Kenner“ (Duden, 2017). Bogner, Littig und Menz (2014) fragen in ihrem Standardwerk zu Expert\*inneninterviews, ob Expert\*innen nur ein Konstrukt der Forschenden sind. Sie geben als Antwort, dass Expert\*innen-Sein eine Zuschreibung ist, aber keine zufällige, sondern eine Auswahl von bestimmten Personen, die über ein spezifisches Forschungsinteresse ausgewählt werden. Dabei steht der Wissensaspekt im Vordergrund. Bogner et al. (2014) definieren Expert\*innen demzufolge als Personen, „die sich – ausgehend von einem spezifischen Praxis- oder Erfahrungswissen, das sich auf einen klar begrenzbaren Problembereich bezieht – die Möglichkeit geschaffen haben, mit ihren Deutungen das konkrete Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend für Andere zu strukturieren“ (2014, S. 13).

Die Ausgangsidee der vorliegenden Arbeit ist es, Psychotherapeut\*innen zu interviewen, die praktisch tätig sind und zwar ausschließlich solche, die viel Erfahrungen mit lsbtq\* Klient\*innen haben. Diese Stichprobe kann also sowohl als Praktiker\*innen bezeichnet werden, wird ihre berufliche Tätigkeit fokussiert, als auch als Expert\*innen, aufgrund ihres Erfahrungswissens. Für die Autor\*in war zentral, wie sich die interviewten Personen selbst sahen, deswegen wurden sie am Ende des Interviews gefragt, welchen Untertitel der Forschungsarbeit sie favorisieren (siehe Anhang C). Fünf Personen sprachen sich für Praktiker\*inneninterviews und zwei für Expert\*inneninterviews sowie eine Person für beides aus. Demzufolge wurde der Untertitel *Acht Praktiker\*inneninterviews* ausgewählt. Die Erhebungsmethode bleibt ungeachtet dessen ein Expert\*inneninterview nach Bogner, Littig und Menz (2014), wie in Kapitel 4.1 näher beschrieben.

### 3.4 Psychotherapie mit lsbtq\* Klient\*innen – ein Überblick

Das folgende Kapitel gibt einen kurzen Überblick über die geschichtliche Entwicklung der klinischen Diagnose der „Homosexualität“ und leitet zur aktuell noch gültigen Diagnose des „Transsexualismus“ über. Anschließend wird auf den Forschungsstand zu Inter\* eingegangen.

Die ersten psychotherapeutischen Ansätze im 20. Jahrhunderts, die Homosexualität adressierten, waren psychoanalytischer Natur. Dabei beschreibt die American Psychological Association (APA) (2009) Freuds Ansichten über sexuelle Orientierung und Homosexualität als komplex: Freud sah Homosexualität als Entwicklungsstörung und Heterosexualität als Norm an und kam gleichzeitig zu dem Schluss, dass Versuche, die sexuelle Orientierung einer Person zu ändern, wahrscheinlich scheitern werden. In großen Teilen der US-amerikanischen Psychoanalyse nach Freud wurde Homosexualität als abnormal angesehen. Dies führte auch zur Aufnahme von Homosexualität als psychische Krankheit in das erste und zweite *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) (American Psychological Association, 2009). Bis 1970 drehte sich Psychotherapie mit Lesben, Schwulen und Bisexuellen darum, deren als pathologisch angesehene sexuelle Orientierung zu behandeln (Johnson, 2012). Konversionsbehandlungen, also Behandlungen, die eine homosexuelle in eine a- oder heterosexuelle Orientierung ändern sollten, wurden entwickelt. Es existierten sowohl psychoanalytische, wie auch verhaltenstherapeutische Behandlungsmethoden, bei denen u.a. aversive Techniken eingesetzt wurden, die bei den Behandelten Übelkeit und Erbrechen auslösten (American Psychological Association, 2009). Erst 1973 wurde Homosexualität aus dem DSM gestrichen und es fand ein Wandel weg von Konversionstherapien hin zu akzeptierenden Therapieformen statt (Johnson, 2012).<sup>7</sup>

In Folge dessen wurden mehr und mehr Artikel über eine akzeptierende und bestärkende Psychotherapie mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen veröffentlicht, die allerdings einige Leerstellen aufweisen. 2007 zeigte ein umfassender systematischer Review der *British Association for Counselling and Psychotherapy*, dass es weder Studien

---

<sup>7</sup> Der Einsatz von Konversionstherapien hat seither zwar abgenommen, sie finden aber weiterhin Anwendung (siehe American Psychological Association, 2009).

gab, die die Effektivität von Interventionen mit lsbt Menschen überprüften, noch Follow-up-Studien. Die Autor\*innen bezogen auch Studien zur Psychotherapie mit Trans\*personen ein und wiesen dabei besonders auf die mangelnde Forschung in diesem Bereich hin (King, Semlyen, Killaspy, Nazareth & Osborn, 2007). Johnson (2012) führte einen hierarchischen Review über empirische Psychotherapieforschung in Bezug auf Lesben, Schwule und Bisexuelle durch und kam zu dem Schluss, dass es sich bei der erwähnten Studie um den einzigen systematischen Review handelt und, dass sich die meisten Studien auf die retrospektive Einschätzung beschränken, wie lsb Individuen Psychotherapie genutzt und davon profitiert haben.

In Bezug auf die aktuelle therapeutische Situation von Trans\*personen in Deutschland lässt sich zusammenfassen, dass sie, wenn sie im Zusammenhang mit ihrer Transition<sup>8</sup> medizinische und/oder rechtliche Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen und sich in der Regel bezüglich ihrer Trans\*identität *nicht* als krank erleben, sich durch ein Gutachten pathologisieren lassen müssen. Ihnen wird die ICD-10 Diagnose „Transsexualismus“ aus der Kategorie „Störungen der Geschlechtsidentität“ vergeben (Meyer, 2015). Hierfür müssen u.a. folgende Voraussetzungen erfüllt werden: mindestens seit zwei Jahren bestehender Wunsch als Angehörige des anderen Geschlechts zu leben; Gefühl der Nichtzugehörigkeit bzw. Unbehagen zum eigenen anatomischen Geschlecht; Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung. Diese Kriterien zielen an der Lebensrealität vieler Trans\*personen vorbei und führen dazu, dass sich viele Trans\*menschen in ihren Erzählungen den diagnostischen Kriterien angepasst haben (Nieder & Güldenring, 2017). Die in Deutschland immer noch geltenden *Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen* (Becker et al., 1997) fordern eine mindestens einjährige Psychotherapie für eine Hormonbehandlung und ein mindestens einjähriger Alltagstest, in dem das Leben in der gewünschten Geschlechterrolle erprobt werden soll. Diese Standards gelten als veraltet (Wolf & Meyer, 2017), finden aber bis heute Anwendung. Zusammengefasst, nimmt Psychotherapie hierbei eine äußerst ambivalente Rolle ein: Sie findet in einem von den Behandlungsstandards geforderten Zwangskontext statt und beinhaltet den

---

<sup>8</sup> Transition steht für den Prozess der Geschlechtsveränderung bzw. Geschlechtswechsel bei einer Trans\*person und kann individuell verschiedene Aspekte betreffen: z.B. Kleidung, Frisur, Vornamen, Pronomen, Änderung der Personaldokumente, körperliche Veränderungen durch Hormonbehandlung, Operation, Epilation u.a. (Franzen & Sauer, 2010).

## Theoretische Grundlagen und Definitionen

Interessenskonflikt, gleichzeitig Therapie und Begutachtung leisten zu müssen (Meyer, 2015). Dies steht einer offen gestalteten Psychotherapie an den Bedürfnissen der Person fundamental entgegen.

Während Trans\*personen in einigen Publikationen mitgedacht werden, fällt bei der Betrachtung der psychotherapeutischen Literatur auf, dass Inter\*personen kaum Erwähnung finden. Auch zur Situation von Inter\* liegen in Deutschland nur vereinzelte sozialwissenschaftliche Studien vor (Sauer et al., 2016). Ghattas (2013) weist auf diverse Diskriminierungserfahrungen hin: einerseits gesellschaftlicher Art in der Pathologisierung von Inter\*personen als krank oder gestört, was sich auch in verbaler oder physischer Gewalt äußern kann; andererseits struktureller Art bspw. durch den Geschlechtseintrag in der Geburtsurkunde oder die Entmündigung intergeschlechtlicher Menschen im medizinischen Betrieb. Die Position von Inter\*personen ist gesellschaftlich marginalisiert, was eine Studie der Heinrich-Böll Stiftung (Ghattas, 2013) wie folgt zusammenfasst:

Dass es intergeschlechtliche Menschen gibt, ist in Deutschland nicht allgemein bekannt. Das Wissen darüber ist allerdings in den letzten Jahren gewachsen. Intergeschlechtliche Menschen haben sich Selbsthilfestrukturen geschaffen und arbeiten aktiv und mit wachsendem Erfolg an der Enttabuisierung von Intergeschlechtlichkeit. Dennoch wird der Umgang mit Intergeschlechtlichkeit weiterhin von der westlichen Schulmedizin dominiert. (S. 38)

Diese wenigen Schlaglichter einer Entwicklung im US-amerikanisch-europäischen Raum verdeutlichen das Spannungsfeld, in dem sich Psychotherapeut\*innen historisch und aktuell-gesellschaftlich befinden, wenn sie mit lsbtqi\* Menschen arbeiten. Ihre Disziplinspiele eine aktive Rolle in der Unterdrückung und sogenannten „Behandlung“ von nicht-heterosexuellen Menschen und pathologisiert und entmündigt in weiten Teilen bis heute, Hand in Hand mit einem medizinisch geprägten Diskurs, Trans\*- und Inter\*personen.

### **3.5 Affirmative Psychotherapie**

In den letzten Jahrzehnten entwickelten sich zunehmend akzeptierende und bestärkende Ansätze in der Psychotherapie mit sexuellen und geschlechtlichen Minderheiten. Dabei gibt es allerdings keinen einheitlichen theoretischen Rahmen, Definitionen oder Zielvorgaben, was eine affirmative Psychotherapie auszeichnet (Johnson, 2012).

## Theoretische Grundlagen und Definitionen

Göth und Kohn (2014) sehen als Ziel einer affirmativen Psychotherapie Ratsuchende darin zu unterstützen, die eigene sexuelle Orientierung zu erforschen, zu festigen und zu bejahen. Hierbei geht es für sie um eine ergebnisoffene Förderung der individuellen sexuellen Identitätsentwicklung. Affirmative Therapie zeichnet ferner aus:

- Gleichbehandlung von nicht-heterosexuelle Orientierungen und Lebensstile zu Heterosexualität,
- Heteronormativität, Heterosexismus, Diskriminierung, Minderheitenstress und internalisierte Homonegativität zu erkennen und abzubauen,
- Unterstützung von Klient\*innen in spezifischen sozialen und innerpsychischen Schwierigkeiten, die sich nicht-heterosexuellen Menschen stellen,
- Förderung von spezifischen Ressourcen und Aktivierung von Resilienzen.

Diese Konzeption fokussiert eine affirmative Therapie in Bezug auf sexuelle Orientierung. Meyer (2015) schlägt einen Ansatz bezüglich der Geschlechtsidentität vor. Trans\*affirmative Beratung zeichnet sich durch ein respektvolles, akzeptierendes, nicht-pathologisierendes Verständnis von Trans\*lebensweisen sowie einem Zusprechen von Definitionsmacht über Identität und von Entscheidungsmacht aus. Die beratende Person sollte differenzierte Kenntnisse über Mechanismen und Auswirkungen von gesellschaftlicher Diskriminierung sowie von den unterschiedlichen Lebenswelten von Trans\*menschen und deren (strukturellen) Schwierigkeiten aufweisen. Dabei schließt Meyer an Konzepte der *Gay Affirmative Therapy* an, bezieht aber auch auf Queer-Feminismus, Gender- und Queer-Theorien und die Kritischen Psychologie mit ein (Meyer, 2015).

In Anbetracht der Tatsache, dass Trans\*personen häufig von negativen Erfahrungen in therapeutischen Settings berichten, wählten Mizock und Lundquist (2016) den Ansatz, herauszustellen, was in der Psychotherapie *nicht* passieren sollte, damit diese trans\*-affirmativ sein kann. Mithilfe von Grounded-Theory identifizierten sie aus 45 Interviews mit Trans\*personen folgende Fallstricke:

Education burdening (relying on the client to educate the psychotherapist on transgender issues),  
gender inflation (overlooking other important aspects of a transgender client's life beyond gender),  
gender narrowing (applying preconceived, restrictive notions of gender onto transgender clients),  
gender avoidance (lacking focus on issues of gender in psychotherapy with transgender clients),  
gender generalizing (making assumptions in psychotherapy that all transgender individuals are the

## Theoretische Grundlagen und Definitionen

same), gender repairing (conducting psychotherapy as if the transgender identity of a client is a problem to be fixed), gender pathologizing (stigmatizing transgender identity as a mental illness to be treated or responsible for all problems), and gate-keeping (focusing the psychotherapist's role on controlling access to gender affirming medical resources). (Mizock & Lundquist, 2016, S. 152)

Embaye (2006) beschreibt Ansatzpunkte einer affirmativen Psychotherapie mit bisexuellen transgender Menschen und stellt anhand von Fallbeispielen und eigenen Erfahrungen eindrucksvoll die Wichtigkeit dar, in einer affirmativen Therapie einen sicheren Ort zu schaffen, in denen Menschen eigene informierte Entscheidungen treffen können. Dabei geht es nicht um die Annahmen, Vorurteile oder Einstellungen der therapierenden Person, die auch nicht in irgendeine spezifische Richtung unterstützen oder helfen soll, sondern deren Aufgabe es ist, lediglich einen Raum zu schaffen, in denen Klient\*innen *eigene* Entscheidungen treffen können.

Sauer et al. (2016) führen als häufige Themen in der Arbeit mit Inter\*personen Personenstandsrecht und Gesundheitswesen auf. Hierfür ist ein spezifisches Wissen nötig und es sollte rechtzeitig Kontakt zu spezialisierten Peer-Beratungsstellen aufgenommen werden. Ferner wird ein Bewusstsein für die Position von Selbstvertretungsorganisationen als grundlegend angesehen, nämlich die Ablehnung „alle[r] Versuche, die der Festschreibung, Behandlung und Aufzwingung normierender geschlechtlicher Ausdrucksweisen von Menschen dienen, deren Körper den derzeitigen gesellschaftlichen, kulturellen und / oder medizinischen Maßstäben von männlich oder weiblich nicht entsprechen“ (Sauer et al., 2016, S. 52). Günther (2016) betont ebenfalls die Wichtigkeit von Wissensaspekten in der Beratung von Inter\*personen: Wissen um psychische und physische Folgen irreversibler operativer und hormoneller Eingriffe; Wissen darüber, dass Ursprungskörper häufig im Säuglings- bzw. Kindesalter uneingewilligt verändert und das Inter\*sein unsichtbar gemacht wurde sowie das Wissen um eine hohe Wahrscheinlichkeit von Traumatisierungen. Dabei ist die Beachtung der Standards mit traumatisierten Ratsuchenden, die Förderung der individuellen Kompetenzen und eine Stärkung des Rechts auf Selbstbestimmung wichtig (Günther, 2016).

Der Leitfaden von Günther (2016) zur „psychosozialen Beratung von inter\* und trans\* Personen und ihren Angehörigen“ betont außerdem die Haltung der Berater\*innen, sowie die Bedeutung von Supervision, Reflexion und Selbsterfahrung bei geeigneten

Supervisor\*innen. Die Beratenden haben ihre eigene Geschlechtsidentität, ihren eigenen Körper, ihre eigenen hetero- / homonormativen Prägung und Vorannahmen reflektiert; bewerten nicht und nehmen keine voyeuristische Haltung ein, betrachten Geschlecht fernab einer Zweigeschlechtlichkeit, bringen ein Bewusstsein für Privilegien von cis-Personen mit und legen Wert auf Respekt und Selbstbestimmung gegenüber den Klient\*innen (Günther, 2016).

Die bisherigen Erläuterungen untermauern Johnsons (2012) Vorschlag, affirmative Therapie aufgrund des Mangels eines einheitlichen theoretischen Rahmens und einer operationalisierbaren Definition für die Entwicklung konkreter Interventionen eher als einen *Zugang zu* oder einer *Herangehensweise an* Psychotherapie anzusehen als einen spezifischen Therapieansatz. Zusammenfassend kann aber ein Wissen und ein Verständnis von den spezifischen kulturellen Aspekte sowie (strukturelle) Diskriminierungen einer Gruppe als grundlegend für eine affirmative Psychotherapie angesehen werden (Johnson, 2012).

Der Ansatz eines „therapeutic approach rather than a psychotherapy“ (Johnson, 2012, S. 518) kann auch Forschenden zugeordnet werden, die innerhalb von einzelnen Therapieschulen therapeutische Ansätze und Interventionen entwickeln (siehe Craig, Austin & Alessi, 2013; Proujansky & Pachankis, 2014; Safren, 2005). Wolf und Meyer (2017) fassen für den deutschen Sprachraum zusammen, dass es mittlerweile in den meisten Therapierichtungen affirmative Zugänge zur Psychotherapie gibt: in der Verhaltenstherapie bei Göth und Kohn (2014), in der Tiefenpsychologie und Psychoanalyse bei García Núñez (2015), Rauchfleisch et al. (2002) und Rauchfleisch (2014), in der Gestalttherapie bei Fritz (2013) und in der systemischen Therapie bei Grubner (2014), Meyer (2015) und Günther (2015). Zu den wenigen Werken, die intersektionale Perspektiven beachten, zählt der Sammelband von Das Nair (2012).

### **3.6 Guidelines**

Ein weiterer Ansatzpunkt für die therapieschulen-übergreifende Gewährleistung von affirmativer Versorgung ist die Formulierung von Guidelines / Empfehlungen oder Standards. 2000 publizierte die American Psychological Association 16 *Guidelines for*

## Theoretische Grundlagen und Definitionen

*Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients* (Division 44/Committee on Lesbian, Gay, and Bisexual Concerns Joint Task Force on Guidelines for Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients, 2000), die als Grundlage für die überarbeiteten, 2012 veröffentlichten und gleichnamigen Guidelines dienten (American Psychological Association, 2012). Im deutschsprachigen Raum erarbeitete der Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans\*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie (VLSP\*) *Empfehlungen zur Psychotherapie und Beratung mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient\*innen* (Wolf, Fünfgeld, Oehler & Andrae, 2015). Diese gehen spezifisch auf die Situation in Deutschland ein und werden in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1

*Übersicht über die VLSP\*-Empfehlungen zur Psychotherapie und Beratung mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient\*innen (nach Wolf et al., 2015, S. 23, Genderung von der Autor\*in verändert)*

A) Wissen und Haltungen gegenüber Homosexualität und Bisexualität	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Aspekte der sexuellen Orientierung</li><li>2. Heterosexualität ist gleichermaßen gesund wie Homo- und Bisexualität</li><li>3. Wertschätzende Haltung gegenüber allen Klient*innen</li><li>4. Auswirkungen von Stigmatisierung, Diskriminierung und Gewalt</li><li>5. Therapeutischer Umgang mit Coming-Out-Prozessen bei lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient*innen</li><li>6. Therapeutischer Umgang mit Unsicherheiten der Klient*innen bezüglich ihrer sexuellen Orientierung sowie mit Therapieaufträgen zur Änderung der sexuellen Orientierung</li><li>7. Wissen über lesbische, schwule, bisexuelle Lebensweisen</li><li>8. Die Situation von Bisexuellen Menschen</li></ol>
B) Beziehungen und Familienentwürfe	<ol style="list-style-type: none"><li>9. Partnerschaftliche Beziehungen</li><li>10. Die Bedeutung von selbst gewählten sozialen Netzen, Freund*innenschaften und sogenannten, „Wahlfamilien“ im Leben von Lesben, Schwulen und Bisexuellen</li><li>11. Lesben, Schwule und Bisexuelle als Eltern</li><li>12. Sexuelle Orientierung und der Kontakt zu Herkunftsfamilien</li></ol>

*Fortsetzung Tabelle 1*

C) Aspekte der Vielfalt	<ol style="list-style-type: none"><li>13. Unterschiedliche Lebenssituationen und Erfahrungen von Lesben, Schwulen und bisexuellen Frauen und Männern vor dem Hintergrund von Sexismus und Gendernormierung in der Gesellschaft</li><li>14. Generations- und Altersunterschiede: Lesbische, schwule und bisexuelle Orientierung im Jugendalter</li><li>15. Generations- und Altersunterschiede: Lesbische, schwule und bisexuelle Orientierung im höheren Lebensalter</li><li>16. Lesbische, schwule und bisexuelle People of Color</li></ol>
-------------------------	--



## Theoretische Grundlagen und Definitionen

---

	17. Lesben, Schwule und Bisexuelle mit chronischen Erkrankungen und Behinderungserfahrungen
	18. Spiritualität/Religionszugehörigkeit
	19. Sexuell übertragbare Infektionen, HIV und AIDS
	20. Strukturen in lesbischen, schwulen und bisexuellen Communities
D) Aspekte in Wirtschaft & Arbeitsleben	21. Lesben, Schwule und Bisexuelle und sozioökonomischer Status
	22. Lesbische, schwule und bisexuelle Orientierung am Arbeitsplatz
E) Profession und sexuelle Orien- tierung	23. Aus- und Weiterbildung
	24. Forschungsfeld Bi- und Homosexualität

---

Wolf und Meyer (2017) stellen ferner eine Übersicht über Standards der Psychotherapie mit transgeschlechtlichen und gender-nonkonformen Patient\*innen zusammen und empfehlen die *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People*, die in Tabelle 2 abgebildet werden (American Psychological Association, 2015), die *Standards of Care der World Professional Association of Transgender Health* (World Professional Association for Transgender Health, 2011) und die *Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People* (Deutsch, 2016).

## Theoretische Grundlagen und Definitionen

Tabelle 2

*Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People (nach American Psychological Association, 2015)*

Foundational Knowledge and Awareness	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Psychologists understand that gender is a nonbinary construct that allows for a range of gender identities and that a person's gender identity may not align with sex assigned at birth.</li> <li>2. Psychologists understand that gender identity and sexual orientation are distinct but interrelated constructs.</li> <li>3. Psychologists seek to understand how gender identity intersects with the other cultural identities of TGNC<sup>9</sup> people.</li> <li>4. Psychologists are aware of how their attitudes about and knowledge of gender identity and gender expression may affect the quality of care they provide to TGNC people and their families.</li> </ol>
Stigma, Discrimination, and Barriers to Care	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Psychologists recognize how stigma, prejudice, discrimination, and violence affect the health and well-being of TGNC people.</li> <li>6. Psychologists strive to recognize the influence of institutional barriers on the lives of TGNC people and to assist in developing TGNC-affirmative environments.</li> <li>7. Psychologists understand the need to promote social change that reduces the negative effects of stigma on the health and well-being of TGNC people.</li> </ol>
Life Span Development	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Psychologists working with gender-questioning and TGNC youth understand the different developmental needs of children and adolescents, and that not all youth will persist in a TGNC identity into adulthood.</li> <li>9. Psychologists strive to understand both the particular challenges that TGNC elders experience and the resilience they can develop.</li> </ol>
Assessment, Therapy, and Intervention	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Psychologists strive to understand how mental health concerns may or may not be related to a TGNC person's gender identity and the psychological effects of minority stress.</li> <li>11. Psychologists recognize that TGNC people are more likely to experience positive life outcomes when they receive social support or trans-affirmative care.</li> <li>12. Psychologists strive to understand the effects that changes in gender identity and gender expression have on the romantic and sexual relationships of TGNC people.</li> <li>13. Psychologists seek to understand how parenting and family formation among TGNC people take a variety of forms.</li> <li>14. Psychologists recognize the potential benefits of an interdisciplinary approach when providing care to TGNC people and strive to work collaboratively with other providers.</li> </ol>
Research, Education, and Training	<ol style="list-style-type: none"> <li>15. Psychologists respect the welfare and rights of TGNC participants in research and strive to represent results accurately and avoid misuse or misrepresentation of findings.</li> <li>16. Psychologists seek to prepare trainees in psychology to work competently with TGNC people.</li> </ol>

<sup>9</sup> TGNC = transgender and gender nonconforming

Es bleibt zu wünschen, dass diese Empfehlungen Einzug in die Aus- und Weiterbildung von Therapeut\*innen und somit in die therapeutische Praxis halten und weitere Forschung unternommen wird, um diese empirisch abzusichern und zu erweitern.

### **3.7 Evidenzbasierte Forschung**

Evidenzbasierte Praxis als Standard der therapeutischen Versorgung (Anderson, 2006) kann nur durch evidenzbasierte Forschung erreicht werden. Diese ist nach Budge et al. (2017) besonders in der Versorgung von lsbtq\* Minderheiten notwendig, um die spezifischen Bedarfe dieser Gruppen adäquat zu berücksichtigen und potenzielle blinde Flecke der Therapeut\*innen aufzudecken. Dabei kommen die Forscher\*innen zu dem Schluss, dass sich die bisherige Forschung kaum mit der Entwicklung von Interventionen und deren Effektivität beschäftigt hat. Es gibt wenige Ausnahmen, zum Beispiel die randomisiert-kontrollierten Studien von Fals-Stewart, O'Farrell und Lam (2009), die die Effektivität einer verhaltenstherapeutischen Paartherapie für lesbische und schwule Paare mit Alkohol-Missbrauch zeigen konnte, und die Arbeit von Pachankis, Hatzenbuehler, Rendina, Safren und Parson (2015), die im Folgenden näher betrachtet wird.

Pachankis et al. (2015) entwickelten mithilfe von Interviews mit 21 Expert\*innen sowie 20 schwul bzw. bisexuellen Männern mit Angst- und Depressionssymptomen eine Intervention, die den Namen "Effective Skills to Empower Effective Men" (ESTEEM) trägt. Sie richtet sich an schwule und bisexuelle Männer, folgt dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz und setzt am Minderheitenstress an, um die Gesundheitsrisiken dieser spezifischen Population anzugehen. Die Intervention basiert auf sechs Prinzipien und sechs Techniken, die in Tabelle 3 abgebildet sind.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Für eine detaillierte Beschreibung des ESTEEM Programmes siehe Pachankis (2014).

## Theoretische Grundlagen und Definitionen

Tabelle 3

### *Prinzipien und Techniken von ESTEEM*

---

<b>Principles</b>
1) Normalize Mental Health Consequences of Minority Stress
2) Rework Negative Cognitions Stemming from Early and Ongoing Minority Stress Experiences
3) Empower Gay and Bisexual Men to Communicate Openly and Assertively Across Contexts
4) Validate Gay and Bisexual Men's Unique Strengths
5) Affirm Health, Rewarding Expressions of Sexuality
6) Facilitate Supportive Relationships

---

<b>Techniques for Implementing Principles</b>
1) Consciousness Raising
2) Self-Affirmation
3) Emotion Awareness and Acceptance
4) Restructuring Minority Stress Cognitions
5) Decreasing Avoidance
6) Assertive Training

---

Das Programm geht von dem Modell aus, dass strukturelle und interpersonelle Minderheitenstressoren wie Diskriminierung am Arbeitsplatz, Zurückweisung von Familie und Freund\*innen oder stigmatisierende gesellschaftlichen Strukturen unter der Berücksichtigung von universellen Risikofaktoren (z.B. Grübeln oder keine soziale Unterstützung) und Prozessen des Minderheitenstress (internalisierte Homophobie, Sensitivität gegenüber Zurückweisung oder Verschweigen) zu Depression, Angstzuständen, aber auch Risikoverhalten, wie ungeschützten Geschlechtsverkehr oder Substanzmissbrauch, führen können. Das Programm setzt hierbei an den Prozessen des Minderheitenstress und an den universellen Risikofaktoren an (Pachankis et al., 2015). Die Autor\*innen konnten in einer randomisiert-kontrollierten Studie die Effektivität der aus zehn Sitzungen bestehenden Intervention zeigen.

### **3.8 Initiativen**

Bei der Betrachtung von Psychotherapie mit Lsbtiq\* Menschen sind neben Publikationen in Fachzeitschriften insbesondere Initiativen zu erwähnen, die innerhalb der psychotherapeutischen Community agieren und u.a. Fortbildungen anbieten, Vorträge halten und als Netzwerke dienen. Hierbei ist *pink therapy* aus Großbritannien zu nennen, die größte therapeutische Organisation in den UK ist, die sich mit geschlechtlich und sexuell

vielfältigen Klient\*innen beschäftigt und verschiedene Weiterbildungen anbietet.<sup>11</sup> Im deutschsprachigen Raum ist der *Verband für lesbische, schwule bisexuelle, trans\*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie* zu erwähnen, der umfangreiche Informationen auf seiner Website zusammenstellt, Therapeut\*innen vermittelt, Fachtreffen organisiert und den Mitgliedern als Netzwerk dient.<sup>12</sup> Hinzukommen Fortbildungsangebote für in Psychotherapie und Beratung tätige Menschen, wie *Queering Therapy*.<sup>13</sup>

### 3.9 Zusammenfassung

Geschichtlich gesehen hat sich die Psychologie und Psychotherapie Jahrzehnte an der Pathologisierung und Diskriminierung von nicht-heterosexuellen, nicht-cisgeschlechtlichen und inter\* Menschen beteiligt und diese manifestiert. Mit Blick auf verschiedene psychotherapeutische Ansätze fassen Wolf und Meyer (2017) zusammen, „dass jede ‚Schule‘ spezifische Chancen, teilweise aber auch Gefahren beinhaltet. Insbesondere die Verhaltenstherapie und die Psychoanalyse weisen eine von Diskriminierung und Gewalt geprägte Historie gegenüber homo- und bisexuellen sowie transidenten Patient\_innen auf“ (S. 136).

Inter\*personen werden in der psychologischen Fachliteratur kaum erwähnt oder mitgedacht und deren Diskriminierungserfahrungen weiterhin marginalisiert. Hier bleiben große Forschungslücken, die auf eine nicht-pathologisierende, menschenrechtsorientierte und empowernde Art geschlossen werden sollten. Ferner bleibt festzuhalten, dass sich der Forschungsstand nahezu ausschließlich auf Studien aus Westeuropa und den USA bezieht und es kaum evidenzbasierte Studien gibt. Mehr Forschung ist nötig, um zu überprüfen, welche Ansätze affirmativer Psychotherapie wirksam sind, wie diese wirken und mit welchen langfristigen Outcomes für Klient\*innen zu rechnen ist. Hierbei sind randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs), wie die Überprüfung des ESTEEM-Programmes (Pachankis et al., 2015), der Goldstandard in der Forschung. Es bleibt allerdings zu hinterfragen, ob solche manualisierten Interventionen der täglichen psychotherapeutischen und

---

<sup>11</sup> <http://www.pinktherapy.com/en-gb/about.aspx> zuletzt abgerufen am 29.9.2017

<sup>12</sup> <http://www.vlsp.de> zuletzt abgerufen am 29.9.2017

<sup>13</sup> <http://queeringtherapy.de/> zuletzt abgerufen am 14.09.2017

beraterischen Praxis und deren Intersektionalität gerecht werden. Die erwähnten RCTs erlauben Aussagen über die Wirksamkeit von Interventionen für eine ganz spezifische Gruppe (z.B. homosexuelle Paare mit Alkohol-Missbrauch oder schwule und bisexuelle Männer mit Angst- und Depressionssymptomen). Im therapeutischen Alltag aber sind diese Gruppen häufig nicht klar voneinander abgrenzbar. Die Frage bleibt zum Beispiel offen, ob diese Intervention auch für ein lesbisches Paar wirksam ist, bei dem eine oder zwei der Personen trans\* sind. Deshalb fokussiert sich die vorliegende Arbeit nicht auf eine ausgewählte Gruppe, sondern setzt Heteronormativität ins Zentrum.

### 3.10 Fragestellungen

Um der Beantwortung der Frage näher zu kommen, wie eine Psychotherapie mit Menschen, die von Heteronormativität belastet werden, nun aussehen kann, wertet die vorliegende Arbeit Interviews mit acht Therapeut\*innen aus, die unterschiedlichen Ausbildungshintergründe mitbringen und denen ein Expert\*innen-Status zugeschrieben werden kann. Ziel ist dabei, das therapeutische Erfahrungswissen zu sammeln und anderen verständlich und systematisch zugänglich zu machen.

Im Folgenden werden die Entwicklung des Interviewleitfadens und der Fragestellung skizziert (für eine ausführliche Beschreibung, siehe Kapitel 4). Zu Beginn der Forschungsarbeit wurden zwei Pilotstudien durchgeführt, die einen primären Fokus auf psychotherapeutisches bzw. methodisches Vorgehen legten. Während der Auswertung dieser beiden Interviews wurde deutlich, dass die Interviewees häufig nötige Rahmenbedingungen und Aspekte der inneren Haltung seitens der Therapeut\*innen ansprachen. So wurden der Interviewleitfaden und die ursprünglichen Fragestellungen (mit Hauptfokus auf psychotherapeutischem Vorgehen) angepasst und um innere Haltung und Rahmenbedingungen ergänzt.

Aus der ursprünglichen Formulierung *psychotherapeutisches Vorgehen* entwickelte sich im Forschungsprozess der Begriff *Werkzeuge* als Sammelbegriff für eine Art therapeutisches Handwerkszeug, welches sowohl methodische und theoretische, als auch individuell erfahrungsbasierte Empfehlungen der Therapeut\*innen umfasst.

Folgende Fragestellung wurde entwickelt und durch untergeordnete Fragen ergänzt:

## Theoretische Grundlagen und Definitionen

Wie gehen Psychotherapeut\*innen, die viel Erfahrung in der Arbeit mit lsbtq\* Klient\*innen haben, psychotherapeutisch vor, bei Klient\*innen, die von Heteronormativität belastet werden?

1. Welche Werkzeuge erachten sie als geeignet in ihrer therapeutischen Praxis?
2. Welche Werkzeuge erachten sie als ungeeignet?
3. Wie gestalten sie die Rahmenbedingungen, damit sich lsbtq\* Menschen wohl fühlen und Heteronormativität thematisiert und bearbeitet werden kann?
4. Welche innere Haltung seitens der Therapeut\*innen erachten sie dabei als notwendig?

## 4 Methode

Ziel dieser Arbeit ist es, das Erfahrungswissen der Therapeut\*innen zu sammeln und es anderen zugänglich zu machen. Hierfür eignet sich besonders das Expert\*inneninterview nach Bogner, Littig und Menz (2014), da es die Rekonstruktion subjektiver Deutungen und Interpretationen fokussiert und eine etablierte und eigenständige Erhebungsmethode der dekonstruktiven Sozialforschung darstellt. Dabei ist das Expert\*inneninterview keine spezifische *Form* eines Interviews, sondern eine Methode, die sich beispielsweise eines leitfadengestützten Interviews bedient, um Informationen von Menschen zu erlangen, die durch ihre berufliche Stellung über besonderes Wissen verfügen (Gläser & Laudel, 2010).

### 4.1 Expert\*inneninterviews

Bogner und Littig (2014) unterscheiden vier Formen von Expert\*inneninterviews: Expert\*inneninterviews zur explorativen Datensammlung, Expert\*inneninterviews zur Exploration von Deutungen, systematisierende Expert\*inneninterviews und theoriegenerierende Expert\*inneninterviews. Die vorliegende Arbeit zielt auf eine erste Sammlung und Orientierung im Feld ab und ist somit der Variante des *Expert\*inneninterviews zur explorativen Datensammlung* zuzuordnen. Sie zeichnet sich durch eine möglichst offene geführte Befragungen aus, um eine Vielzahl von Informationen zu erhalten. Ziel ist es, herauszufinden, wie erfahrene Psychotherapeut\*innen psychotherapeutisch arbeiten und was sie in der Therapie mit Menschen, die von Heteronormativität belastet werden, für besonders wichtig erachten. Bei dieser Form des Expert\*inneninterviews wird ein erster Zugang zum Feld und eine breite Informationssammlung angestrebt, dabei sind Vergleichbarkeit, Vollständigkeit oder eine etwaige Standardisierung der Daten nachrangig (Bogner et al., 2014).

### 4.2 Interviewleitfaden



## Methoden

### *Erstellung des Leitfadens*

Die erste Version des Leitfadens wurde im Sommersemester 2016 im Modul Forschungswerkstatt des Masterstudiengangs der Autor\*in erarbeitet, in dem die Studierenden die Möglichkeit erhielten, eigene Projekte zu entwickeln. Im Laufe der Projektkonzeption und der ersten Schritte wurde immer wieder Feedback eingeholt und in den Leitfaden eingearbeitet (Rückmeldungen des Seminars Forschungswerkstatt, der Betreuerinnen dieser Arbeit, des Kolloquiums Abschlussarbeiten im Wintersemester 16/17 am Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie, peer-debriefing während eines qualitativen Methodenseminars an der Freien Universität und während der Forschungskonferenz „Feministische und queere Perspektiven für die Psychologie II“). Die Fülle des Feedbacks erforderte häufige Anpassung des Leitfadens in der Vorbereitungsphase dieser Arbeit.

### *Pilotstudie*

Die Pilotstudie umfasste zwei Interviews, die im Rahmen der Forschungswerkstatt durchgeführt und ausgewertet wurden. Diese beiden Interviews sind auch Teil des hier vorliegenden Samples und bildeten die Grundlage für ein erstes Kategoriensystem. Der für diese Interviews genutzte Interviewleitfaden legte einen primären Fokus auf psychotherapeutisches bzw. methodisches Vorgehen. Allerdings kamen häufig Äußerungen zu den notwendigen Rahmenbedingungen und der inneren Haltung seitens der Therapeut\*innen zur Sprache. Demzufolge wurde der Leitfaden anschließend um diese beiden Aspekte ergänzt. Andere Themen, wie Wünsche an Ausbildungsinstitute oder Ratschläge für andere Psychotherapeut\*innen wurden gestrichen, um das Interview auf die Forschungsfrage zu fokussieren und möglichst kurz zu halten.

### *Probeinterview*

In einem anschließenden Prozess, der die nun benötigte und erwartet kürzere Interviewzeit überprüfen und die Durchführbarkeit des überarbeiteten Leitfadens gewährleisten sollte, wurde im März 2017 ein Probeinterview mit einer Psychotherapeut\*in in Ausbildung, die seit einigen Monaten bereits eigene Therapien durchführte und über ein umfangreiches Wissen bezüglich affirmativer / lsbtqi\* Therapie verfügt, erprobt. Das

## Methoden

Probeinterview bestätigte die kürzere Dauer (61 Minuten im Vergleich zu 94 und 99 Minuten der Pilotstudieninterviews) sowie die Verständlichkeit und Praktikabilität der Fragen.

### *Der finale Leitfaden*

Der finale Leitfaden ist im Anhang C abgedruckt. Er gliedert sich in sechs Teile: Vorbereitung, Organisatorisches, Einstimmung, psychotherapeutisches Vorgehen, Positionierung und Abschluss. Der Vorbereitungsteil diente dazu, sich vorzustellen, anzukommen, Smalltalk zu führen und mögliche Störquellen auszuschalten. Anschließend wurde der zeitliche Rahmen geklärt, das Informationsblatt durchgesprochen (siehe Anhang A) und die Einverständniserklärung unterschrieben (siehe Anhang B). Etwaige Fragen wurden geklärt und das Thema sowie der Interviewablauf erläutert. Zur Einstimmung schilderten die Interviewees einen typischen Fall aus ihrer Arbeit mit Menschen, die von Heteronormativität belastet werden, erklärten ihr Verständnis von Heteronormativität und schätzten ein, in wie viel Prozent ihrer Therapien Heteronormativität als Thema auftaucht. Im Hauptteil des Interviews wurden unterschiedliche Fragen zur Arbeit der Therapeut\*innen mit Menschen, die von Heteronormativität belastet werden, gestellt. Die Interviewees wurden gefragt, was eine innere Haltung auszeichnet, die in der psychotherapeutischen Arbeit von Nöten ist, und was sie bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen als bedeutsam und notwendig erachten. Dieser Prozess wurde gegebenenfalls durch erneute Rückfragen für noch nicht besprochene Gruppen wiederholt: Besprach eine interviewte Person anfänglich hauptsächlich die Arbeit mit homosexuellen Menschen, so wurden die Fragen für weitere Gruppen ebenfalls gestellt (Trans\*, Inter\*, queere Menschen). Im Anschluss folgten Fragen zur Positionierung der Interviewees für die Stichprobenbeschreibung dieser Arbeit. Das Interview wurde mit einigen Abschlussfragen beendet.

### **4.3 Teilnehmer\*innenauswahl**

Die Teilnehmer\*innenauswahl erfolgte nach den Kriterien der absichtsvollen bzw. bewussten Stichprobenziehung. Dabei wurde mit besonders informationshaltigen Stichproben gearbeitet, die gezielt ausgewählt werden, damit der Erkenntnisgewinn in Bezug auf die Fragestellung möglichst hoch ist (Schreier, 2010). Als ein Fall der absichtsvollen

## Methode

Stichprobenziehung wurde die theoretische Stichprobenziehung (*theoretical sampling*) angewendet, denn eine der grundlegendsten Ausgangspunkte für die vorliegende Studie war nur Personen in die Studie aufzunehmen, die viel Erfahrungen in der Arbeit mit lsbtq\* Klient\*innen aufweisen konnten. Die Anzahl der infrage kommenden Interviewees war also von Beginn an begrenzt und der letztendlich mögliche Zugang zum Sample schwer abschätzbar. Deswegen war eine flexible Art der Fallauswahl nötig.

Um nur Therapeut\*innen auszuwählen, die viel Erfahrung in der Arbeit mit lsbtq\* Klient\*innen vorweisen konnten, wurden ausschließlich Personen in die Studie aufgenommen, die sich in Verbänden und Netzwerken engagierten oder von Beratungsstellen empfohlen wurden, die sich dezidiert den Belangen von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans\* und inter\* Menschen widmeten.

Hinsichtlich der Faktoren *Ausbildungshintergrund, Schwerpunkte der Arbeit, eigene Positionierung in Bezug auf sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität* wurde eine größtmögliche Unterscheidung voneinander angestrebt. Das Sample wurde also in einem konstanten Vergleichsprozess ausgewählt. Hierbei ergab sich die Schwierigkeit, auf der einen Seite überhaupt geeignete Interviewees zu finden, die bereit waren teilzunehmen und die sich gleichzeitig auf den genannten Faktoren möglichst divers zusammensetzen. In diesem Prozess war es nötig, Prioritäten zu setzen. Wichtig waren für diese Arbeit, dass die therapeutischen Verfahren repräsentiert sind, die als Richtlinienverfahren in Deutschland zugelassen sind (Verhaltenstherapie und psychodynamische Therapieverfahren), aber auch häufige Verfahren wie systemische- und Gestaltpsychotherapie. Gleichzeitig wurde angestrebt, dass die interviewten Therapeut\*innen mit möglichst unterschiedlichen Gruppen arbeiten (z.B. arbeitet eine Praktiker\*in hauptsächlich mit Trans\*personen, eine andere schwerpunktmäßig mit schwulen Männern) Für eine Verteilungsdarstellung der letztendlich erreichten Faktoren siehe Kapitel 4.5. Die Implikationen dieser Verteilung werden in Kapitel 6.3.2 diskutiert.

## 4.4 Datenerhebung

## Methode

Im Rahmen des Moduls Forschungswerkstatt im Studiengang Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie an der Freien Universität Berlin wurden im August 2016 zwei Pilotinterviews mit Psychotherapeut\*innen geführt. Weiteren sechs Interviews wurden im Zeitraum von Mai 2017 bis Juli 2017 durchgeführt. Aus Termingründen der Interviewpartner\*innen wurde ein Interview auf zwei Teile aufgeteilt und ein anderes (das kürzeste Interview der Stichprobe) von vorne herein auf maximal 60 Minuten beschränkt. Fünf Interviews wurden in den jeweiligen Praxisräumen der Interviewees geführt, zwei per Skype bzw. Telefon und eines bei schönem Wetter im öffentlichen Raum. Es war nicht möglich, eine angemessene finanzielle Entlohnung der Zeit zu gewährleisten. Alle interviewten Personen nahmen unentgeltlich teil und erhielten ein kleines Geschenk als Dank für ihre freiwillige Teilnahme.

### *Anpassen des Interviewleitfadens im Gespräch*

Glöser und Laudel (2010) betonen, dass der Interviewleitfaden darauf abzielt, bestimmte Informationen zu erheben, dabei kann dieser an die jeweilige Situation und an die jeweilige Interviewpartner\*in angepasst werden. Viel wichtiger als eine starr standardisierte Interviewsituation ist es, sich an einen natürlichen Gesprächsverlauf anzunähern und sich dabei auf die Lebens- und Arbeitswelten der Interviewpartner\*innen zu beziehen (Gläser & Laudel, 2010). Dies bedeutete zum Beispiel, dass bei einem Interview mit einer Therapeut\*in, die hauptsächlich mit Trans\*personen arbeitete, der Fokus des Interviews auf eben diese Arbeit gesetzt wurde. Die Rückfragen auf nicht besprochene Gruppen (bspw. lesbische, schwule, bisexuelle, inter\* Menschen) wurden dennoch gestellt, nahmen aber meist weniger Raum ein. In dem Falle der Person, die das Interview auf 60 Minuten beschränkte, wurde der Leitfaden adaptiert und die Fragen nach der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit gestellt. Hierbei wurde ebenfalls ein Fokus auf die Schwerpunkte der Arbeit der interviewten Person gelegt. Beim Interview, welches auf zwei Teile aufgeteilt wurde, ergab sich die Möglichkeit, den ersten Teil vor der Durchführung des zweiten Teils zu transkribieren. Anschließend wurde ein angepasster Interviewleitfaden erstellt, welcher nach einer erneuten Einstimmung ins Thema und der Möglichkeit auf das vorangegangene Gespräch einzugehen, die bisher noch nicht gestellten oder nur unzureichend beantworteten Fragen umfasste.

## 4.5 Stichprobenbeschreibung

Die folgende Tabelle 4 beschreibt die Stichprobe. Sieben von acht Interviewees arbeiten in Deutschland, davon fünf in Berlin; eine Person in einem weiteren europäischen Land.

Tabelle 4

### *Stichprobenbeschreibung*

<b>Therapieverfahren (Häufigkeiten / Mehrfachnennung möglich)</b>	3x Verhaltenstherapie 3x Gestalttherapie 2x Tiefenpsychologie 2x Psychoanalyse 1x Systemische Therapie 1x Traumaberatung 1x Sexualtherapie
<b>Therapieverfahren (pro Zeile ein Interviewee)</b>	Verhaltenstherapie Verhaltenstherapie & Traumaberatung Verhaltenstherapie & Gestalttherapie Tiefenpsychologie Gestalttherapie & Tiefenpsychologie & Psychoanalyse Psychoanalyse & Sexualtherapie Systemische Therapie & Verhaltenstherapie Gestalttherapie
<b>Hintergrund</b>	5x psychologisch 2x ärztlich 1x pädagogisch
<b>Arbeitskontext</b>	4x niedergelassen in eigener Praxis 2x Beratungsstelle 1x Institutsambulanz in einem allgemeinen Krankenhaus 1x Trans* spezifische Sprechstunde in einem universitären Krankenhaus
<b>Durchschnittliche Dauer der Tätigkeit als Therapeut*in und Range (in Jahren)</b>	20,5 [2,5-29]
<b>Schwerpunkte der Arbeit im Lsbtiq* Spektrum (Mehrfachnennungen möglich)</b>	3x Schwule 3x Trans*personen 2x Lesben 1x Queers 1x erwachsene Inter*Personen
<b>Durchschnittlich genannte Prozentzahl der Klient*innen (Anteil an allen), bei denen Heteronormativität als Thema in der therapeutischen Arbeit auftaucht und Range</b>	77.81 [25-100]
<b>Durchschnittlich genannte Prozentzahl des Anteils der aktuell behandelten Lsbtiq* Klient*innen an allen Klient*in- nen und Range</b>	64,38 [20-100]

<b>Durchschnittsalter und Range (in Jahren)</b>	51 [42-60]
<b>Geschlechtsidentität der Praktiker*innen</b>	4x Cis-Mann 2x Cis-Frau 1x queere Lesbe 1x keine Bezeichnung / Ablehnung der Klassifikation
<b>Sexuelle Orientierung</b>	4x schwul 3x lesbisch 1x keine Bezeichnung / polymorph, lustvoll
<b>Migrationsgeschichte</b>	7x Nein 1x Ja
<b>Rassismuserfahrung</b>	7x Nein 1x Ja

*Anmerkung.* Manche Interviewees gaben als Richtwert bei den Fragen, wie häufig Heteronormativität als Thema in ihrer Arbeit auftaucht und wie viele lsbtq\* Klient\*innen sie aktuelle behandeln, zwei Werte an (zwischen x und y). In diesen Fällen wurde der Mittelwert aus beiden Werten berechnet.

## 4.6 Auswertungsmethode

### 4.6.1 Beschreibung der Daten

Alle Interviews wurden mit zwei digitalen Aufnahmegeräten gespeichert. Die acht Interviews umfassten insgesamt eine Länge von zehn Stunden und 72 Minuten. Im Durchschnitt dauerte ein Interview 80 Min und 34 Sekunden [57-99 Min].

### 4.6.2 Datenaufbereitung

Die Audioaufnahmen wurden nach folgenden Regeln, in Anlehnung an Kuckartz (2014, 136f) *Transkriptionsregeln für die computergestützte Auswertung*, in Textform übertragen:

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert, sondern möglichst genau in Hochdeutsch übersetzt.
2. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet. Die Satzform wird auch dann beibehalten, wenn sie Fehler enthält.
3. Deutlich längere Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert.

## Methode

4. Sehr lautes Sprechen wird durch Schreiben in Großschrift kenntlich gemacht.
5. Zustimmungde bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer\*innen werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
6. Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
7. Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa Lachen oder Seufzen), werden in Klammern notiert.
8. Störungen werden unter Angabe der Ursache in Klammern notiert.
9. Unverständliche Wörter werden durch (unv.) kenntlich gemacht.
10. Unklare oder mehrdeutige Äußerungen werden durch ein (?) gekennzeichnet.
11. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.

Für die Aufnahme der Skypeinterviews wurde die Software *MP3 Skype Recorder* (Version 4.29)<sup>14</sup>, für die Transkription *easytranscript* (Version 2.50.6 Epicé)<sup>15</sup> verwendet. Alle Analysen und Auswertungsschritte wurden in *MAXQDA* (Version Standard 12) ausgeführt.

### 4.6.3 Anonymisierung der Daten

Die Anonymisierung der Daten war besonders bedeutsam für diese Arbeit. Das Feld von lsbtqi\* erfahrenen Psychotherapeut\*innen ist klein und weist in vielen Fällen eine intensive Vernetzungsstruktur auf. Bereits wenige verknüpfte Merkmalskombinationen oder bestimmte Stichworte hätten dazu geführt, dass einzelne Personen sehr schnell identifizierbar wären. Schon während des Transkriptionsprozess wurden deshalb alle Aussagen, die die Interviewees identifizierbar machen könnten, nicht mit transkribiert (Namen, Wohnort, etwaige Publikationen etc.) oder verändert (persönliche Angaben, Hinweise auf den Wohn- oder Arbeitsort etc.). Eine interviewte Person machte von ihrem Recht Gebrauch, das Transkript gegen zu lesen und die Anonymisierungen sowie Aussagen, die

---

<sup>14</sup> [https://voipcallrecording.com/MP3\\_Skype\\_Recorder](https://voipcallrecording.com/MP3_Skype_Recorder)

<sup>15</sup> <http://e-werkzeug.eu/index.php/de/produkte/easytranscript>

falsch verstanden werden könnten, zu streichen. Vor der Abgabe der Arbeit erhielt sie die Stichprobenbeschreibungen und die Zitate aus ihrem Interview, die in dieser Arbeit zitiert wurden und autorisierte deren Veröffentlichung.

### **4.6.4 Auswertungsverfahren**

Ziel der Arbeit ist es, das umfassende Interviewmaterial zu reduzieren und anschließend zusammenzufassen. Es sollen Empfehlungen für psychotherapeutisch arbeitende Menschen abgeleitet werden, die möglichst leicht verständlich und übersichtlich dargestellt sind. Als geeignete Methoden empfahl sich eine Qualitative Inhaltsanalyse, die sich nach Kuckartz (2016) von anderen Formen der qualitativen Datenanalyse durch folgende Punkte unterscheidet: die Kategorien stehen im Zentrum der Analyse; die Vorgehensweise ist systematisch mit klar festgelegtem Regelsystem; das gesamte Material wird klassifiziert; dabei werden Techniken der Kategorienbildung am Material eingesetzt, Gütekriterien anerkannt und eine Übereinstimmung der Codierenden angestrebt. Außerdem umfasst das Verfahren eine Reflexion des Materials und der interaktiven Form seiner Entstehung. In der deutschsprachigen Literatur wird meist Mayring (2015) mit der Qualitativen Inhaltsanalyse gleich gesetzt, allerdings existieren zahlreiche unterschiedliche Formen dieser Auswertungsform (siehe Gläser & Laudel, 2010; Kuckartz, 2016). Kuckartz (2016) kritisiert u.a. Folgendes an Mayrings Ansatz: die induktive und gleichzeitig theoriegeleitete Bestimmung der Kategorien; die paraphrasierend zusammenfassende Vorgehensweise, die dazu führen kann, dass komplexe Zusammenhänge wie die Relationen der Subkategorien untereinander verloren gehen; die Entfernung aller Besonderheiten, alles Individuellen bereits zu Beginn der Analyse sowie den enormen Zeitaufwand des Vorgehens.

In seinem Buch „Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung“ schlägt Kuckartz (2016) drei Basisformen der qualitativen Inhaltsanalyse vor, die sich alle auf eine kategorienbasierte Auswertung stützen: die inhaltlich strukturierende, die evaluative und die typenbildende Inhaltsanalyse. Für das vorliegende Forschungsprojekt war eine Auswertungsmethode nötig, die es ermöglichte, zuerst deduktive Hauptkategorien zu bilden und diese dann weiter induktiv am Material auszudifferenzieren. Hierfür bot sich die Inhaltlich Strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) idealtypisch



## Methode

an, sie ist explorativer Natur und fokussiert sich auf die Identifizierung von Themen und Subthemen und deren Analyse sowie Systematisierung.

### *Ablauf der Inhaltlich Strukturierenden Inhaltsanalyse*

Im Folgenden werden die einzelnen Ablaufschritte der Inhaltlich Strukturierenden Inhaltsanalyse genauer beschrieben. Hierbei soll der Prozesscharakter des Vorgehens dargestellt und mit verschiedenen Beispielen veranschaulicht werden.

Nach der Transkription der Daten folgte die Phase eins der initiierten Textarbeit; für die Fragestellung wichtige Stellen wurden im Text markiert und Memos verfasst. Anschließend wurden in Phase zwei anhand des Interviewleitfadens thematische Hauptkategorien deduktiv abgeleitet, diese fokussierten sich anfänglich primär auf das psychotherapeutische Vorgehen. Im Laufe der Auswertung der ersten beiden (Pilot-)Interviews nahmen die Punkte innere Haltung und Rahmenbedingungen immer größere Bedeutung ein. Beide Aspekte wurden schlussendlich ebenfalls als Hauptkategorien aufgenommen und im Interviewleitfaden für die folgenden Interviews als eigenständige Punkte aufgenommen (und erfragt). Die erste Hauptkategorie wurde häufig im Laufe der ersten Codierungen umbenannt. Sie lautete zuerst *psychotherapeutisches Vorgehen* und wurde final mit *Werkzeuge* benannt. Letztendlich entstanden drei Hauptkategorien: A *Werkzeuge*, welche affirmative Guidelines, Therapieformen, Theorien und Modelle, Methoden sowie erfahrungsbasierte therapeutische Empfehlungen beinhaltet; B *Innere Haltung*, welche Aspekte der Haltung oder Einstellung der Therapeut\*innen umfassen, die in der Arbeit mit Klient\*innen, die von Heteronormativität belastet werden, als grundlegend angesehen werden; C *Rahmenbedingungen*, die Voraussetzung oder förderlich sind, damit sich lsb-tiq\* Menschen wohl fühlen können und damit Heteronormativität in der therapeutischen Situation überhaupt thematisiert und bearbeitet werden kann. Mit diesen Hauptkategorien wurde dann das bis dahin gesammelte Material codiert (Phase drei). Hierfür wurde der Text Zeile für Zeile durchgegangen und den entsprechenden Kategorien zugeordnet. Passagen, die für die Forschungsfrage keine Relevanz hatten wurden nicht codiert. Codiereinheiten wurden in Übereinstimmung mit Kuckartz' (2016) Vorgehen als Sinneinheiten gewählt, die sich überlappen oder ineinander verschachtelt sein können und außerhalb ihres Textes verständlich sein sollen. In Phase vier und fünf wurden dann alle mit der gleichen Kategorie codierten Textstellen angezeigt und aus ihnen induktiv

## Methode

Subkategorien am Material bestimmt. So wurden die zunächst sehr weit gefassten Hauptkategorien immer weiter ausdifferenziert. Die dadurch entstandenen Subkategorien wurden immer wieder neu geordnet und systematisiert, dabei wurden sich überlappende Kategorien zusammengefasst und die Reihenfolge logisch angeordnet. Zum Beispiel wurden Methoden, die einen Fokus auf Erleben setzen, nebeneinander angeordnet (systemische Aufstellungen, Aufstellen von inneren Stimmen im Raum, Stühlearbeit). In einem vorletzten Schritt wurde das gesamte Material mit den ausdifferenzierten Kategorien erneut codiert. Abgeschlossen wurde der Prozess durch Schritt 7: Einfache und komplexe Analysen und Visualisierungen.

Dieser Prozess wurde für die ersten beiden Interviews durchlaufen und somit ein grundlegendes Kategoriensystem erarbeitet. Für die weiteren sechs Interviews wurde der Prozess adaptiert. Kuckartz (2016) schreibt hierüber: „Wenn das Datenmaterial sehr umfangreich ist bzw. der Analyseprozess im Projekt schon so weit fortgeschritten ist, dass die Subkategorien bereits feststehen, lassen sich die ersten Phasen des Forschungsprozesses auch abkürzen, indem den Textstellen direkt die Subkategorien zugewiesen und keine gesonderte Codierung der Hauptkategorien vorgenommen wird“ (S. 110). Für die Codierung der Interviews drei bis acht lag also schon ein grundlegendes Kategoriensystem mit Haupt- und Subkategorien vor. Gleichzeitig wies das Material aber die Besonderheit auf, dass bis hin zur letzten Interviewanalyse eine substantielle Anzahl von Subkategorien ergänzt werden musste, also keine kategoriale Sättigung im Laufe des Prozesses erreicht werden konnte. Dieser Umstand ist als logische Schlussfolgerung aus dem Ziel dieser Arbeit anzusehen, nämlich möglichst diverse Interviewpartner\*innen mit unterschiedlichen Ausbildungshintergründen und Schwerpunkten der Arbeit zu akquirieren. Die Interviewees wiesen einen derart vielfältigen Erfahrungsschatz auf, dass immer wieder neue Aspekte während des Auswertungsprozesses hinzukamen. Selbst Interviewees mit ähnlichem Ausbildungshintergrund berichteten unterschiedliche Punkte, es ist also davon auszugehen, dass erst mit einem bedeutsam größeren Sample eine zufriedenstellende Sättigung erreicht werden kann. So wurden zwar während des Auswertungsprozesses bereits Kategorien neu angeordnet, abstrahiert und zusammengefasst, die finalen Überarbeitungsschritte und Systematisierung fanden aber erst nach der Codierung aller acht Interviews statt. Hierfür wurde in mehreren Durchläufen und durch erneute Überprüfung, ob das gebildete Kategoriensystem das Ausgangsmaterial noch repräsentiert, eine logische

## Methode

Struktur und Abfolge der Kategorien erstellt. Ähnliche Kategorien wurden zusammengefasst oder unter einer Oberkategorie vereinigt, Kategorienbeschreibungen wurden begrifflich konkretisiert, um die Abgrenzungen voneinander zu gewährleisten. Die Kategorie *A Werkzeuge* umfasste schließlich die Subkategorien affirmative Guidelines, Theorien und Modelle, Methoden und psychotherapeutisches Vorgehen. Um die Abgrenzung zwischen den letzten beiden Kategorien zu verbessern, wurde *psychotherapeutisches Vorgehen* in *erfahrungsbasierte therapeutische Empfehlungen* umbenannt. Dies verdeutlicht, dass es sich hierbei um Vorgehensweisen handelt, die sich primär auf den individuellen Erfahrungsschatz der Interviewpartner\*innen beziehen und nicht auf veröffentlichte und etablierte Methoden.

In einem langwierigen Prozess wurde ein umfassender Kategorienleitfaden erstellt (siehe Anhang D.2), der die Codetitel, deren inhaltliche Beschreibungen, Anwendungsregeln und Ankerbeispiele beinhaltet. So entstand in mehreren Schleifen ein Kategoriensystem mit insgesamt 260 Kategorien und Codes, was die Aspekte der Arbeit der acht Psychotherapeut\*innen mit Klient\*innen, die von Heteronormativität belastet werden, abbildet. Dies entspricht dem festgelegten Abstraktionsniveau, alle hierfür relevanten Aspekte systematisch und in schnell zugänglicher Weise interviewübergreifend zusammenzufassen. Das sowohl induktive, als auch deduktive Vorgehen der Kategorienbildung ermöglichte es, hier sowohl in-vivo Codes zu verwenden, wie A.4.27.1 *Methoden, die ausschließlich auf internale Prozesse gucken* als auch abstraktere Oberkategorien einzufügen, um die Übersichtlichkeit zu gewährleisten. Viele Interviewees erwähnten beispielsweise die Wichtigkeit, Räume zu öffnen, und betonten dabei unterschiedliche Aspekte. Das Kategoriensystem trägt dem Rechnung, indem es unter A.5 *erfahrungsbasierte therapeutische Empfehlungen* die Kategorie A.5.10 *Räume öffnen* abbildet, die wiederum neun Unterpunkte spezifiziert, beispielsweise *Proberaum erschaffen* (A.5.10.4), aber auch *Resonanzraum sein* (A.5.10.7) oder *Raum für Wut und Schmerz und deren Bedeutung öffnen* (A.5.10.9). Im gesamten System gehen dabei die Informationen verloren, welche Therapeut\*in mit welcher Perspektive und welchem Arbeitsschwerpunkt was gesagt hat. Ferner wird die Diversität der Äußerungen in einem System zusammengestellt. Das eben genannte Beispiel verdeutlicht auch, dass das System sich auf die Perspektive der Therapeut\*innen bezieht. *Sie* sollen Räume öffnen. Geht es um die Perspektive der Klient\*innen in einer Kategorie, so ist dies explizit im Titel der Kategorie vermerkt. Zum Beispiel

## Methode

in der Kategorie A.5.11.1 *Herausfinden, was Heteronormativität für Klient\*innen bedeutet*.

Bei der Auswertung wurde versucht, das Kategoriensystem so zu formulieren, dass es in der therapeutischen Arbeit auf alle Menschen angewendet werden kann, die von Heteronormativität belastet werden. Arbeitete ein Interviewee hauptsächlich mit schwulen Paaren und berichtet im Interview meist aus dieser Perspektive bzw. von der Arbeit mit diesem Klientel, so geht diese Information im Kategoriensystem verloren; denn es wurde angestrebt, das System so zu formulieren, dass es auf alle Menschen, die unter Heteronormativität leiden, angewendet werden kann und gruppenspezifische Einschränkungen (Empfehlungen für die Psychotherapie mit homosexuellen Personen, Empfehlungen für die Psychotherapie mit queeren Personen etc.) zu vermeiden. Wo dies nicht möglich war, wurde dies extra kenntlich gemacht, beispielsweise in den Kategorien Empfehlungen für die *Arbeit mit Trans\*- und Inter\*personen* (A.5.28 / A.5.29). Dies war zum Beispiel der Fall, wenn es um trans\*spezifische medizinische Themen ging, wie bei manchen Personen geschlechtsangleichende Operationen oder deren Vorbereitung bzw. Entscheidungsfindung. Trans\*- oder inter\*spezifische Punkte sind also im System an manchen Punkten explizit benannt. Dies heißt aber nicht, dass trans\* oder inter\* relevante Aspekte für die therapeutische Arbeit nur dort zu finden sind.

### **4.7. Gütekriterien**

Über Gütekriterien in der qualitativen Forschung gibt es eine lange und kontroverse Diskussion. Besonders die Psychologie stellt sich hierbei die Frage nach Kriterien, woran sie Forschungsergebnisse beurteilen kann (Flick, 2010). In der Auseinandersetzung zu Gütekriterien in der qualitativen Forschung zeigt Kuckartz (2016) drei in der Diskussion hierzu vertretende Positionen auf: die Postulierung einer Universalität von Gütekriterien, die Ablehnung von Gütekriterien für die qualitative Forschung und die Spezifität von Gütekriterien für die qualitative Forschung.

Die Schwierigkeiten, die bei der Übertragung von klassischen Gütekriterien auf qualitative Forschung entstehen, zeigt Flick (2010) am Beispiel der Reliabilität auf. Eine Stabilität von Daten und Ergebnissen bei mehreren Erhebungen ist für die Bewertung von

qualitativer Forschung nicht zielführend. Würden interviewte Personen exakt das Gleiche wiedergeben, würde dies eher auf eine zurechtgelegte Version hindeuten. Flick (2010) und Kuckartz (2016) orientieren sich zwischen strikter Ablehnung und bloßer Übertragbarkeit der Gütekriterien quantitativer Forschung am dritten Weg, die Re- oder Neuformulierung herkömmlicher Kriterien, um zu spezifischen Standards zu gelangen (Kuckartz, 2016). Dabei unterscheidet Kuckartz (2016) Fragen nach der internen und der externen Studiengüte. Da die qualitative Inhaltsanalyse auf die Auswertung von Daten abzielt, stehen hier interne Kriterien im Vordergrund, welche im Folgenden thematisiert werden. Für eine Diskussion der externen Studiengüte ist eine Kenntnis der Ergebnisse notwendig, dementsprechend wird die externe Studiengüte im Diskussionsteil besprochen.

### **4.7.1. Interne Studiengüte**

Kuckartz (2016) liefert eine Checkliste zur Beurteilung der internen Studiengüte, die sich primär auf den prozeduralen Aspekt des Forschungsprojektes fokussiert. Die Liste ist thematisch zweigeteilt in die Datenerfassung und Transkription sowie die Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse im engeren Sinn. Die Beantwortung der Fragen dieser Checkliste war Ausgangspunkt des Methodenkapitels: So wurde bezüglich des ersten Punktes genau erläutert, wie die Daten fixiert wurden, wie sie transkribiert wurden und welche Aspekte zentral für die Anonymisierung waren. Bezüglich des zweiten Punktes wurde die Wahl der Auswertungsmethode begründet, die verwendete Software aufgeführt und der genaue Ablauf beschrieben. Teile des Materials wurden von einer weiteren Person codiert, um die Übereinstimmung zu berechnen (siehe folgendes Kapitel). Die Formulierung und Ausarbeitung sowie die Konsistenz des Kategoriensystems wurde mit der Betreuerin dieser Arbeit in mehreren Schleifen überprüft und besprochen.

Diese Checkliste war Grundlage für die Formulierung des Methodenkapitels. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die geforderten notwendigen wissenschaftlichen Anforderungen erfüllt sind.

### 4.7.2. Intercoder\*innen-Übereinstimmung

Um die Güte inhaltsanalytischen Vorgehens zu beurteilen, wird häufig die Berechnung von Koeffizienten der Intercoder\*innen-Reliabilität gefordert (Kuckartz, 2016; Neuen-dorf, 2017). Um allerdings die im Begriff Reliabilität angelegte inhaltliche Verbindung mit dem Anspruch auf Replizierbarkeit und Reliabilität zu vermeiden, wird im Folgenden von Intercoder\*innen-Übereinstimmung gesprochen (Kuckartz, 2016). Bei der Berechnung der Übereinstimmung wird zwischen der Bildung und der Anwendung des Kategoriensystems unterschieden. Nur bei letzterem ist ein Anspruch auf möglichst große Übereinstimmung sinnvoll. Die Konstruktion eines Kategoriensystems ist untrennbar verbunden mit der Weltsicht der Menschen, die es erstellen. Eine Übereinstimmung des Kategoriensystems würde hier lediglich eine Aussage über eine Ähnlichkeit der Weltsichten oder im ähnlichen Vorgehen machen. Bei der Anwendung des Kategoriensystems ist eine größtmögliche Übereinstimmung von unterschiedlichen Codierenden allerdings erstrebenswert, „denn was wären die kategorienbasierten Auswertungen und die Analysen der Zusammenhänge zwischen Codes noch wert, wenn man sich – umgangssprachlich formuliert – nicht auf die Codierungen verlassen kann“ (Kuckartz, 2016, S. 210)?

Hierbei stellt sich allerdings das Problem der Segmentgrenzen. In der qualitativen Inhaltsanalyse werden Sinneinheiten codiert und dabei sind die Codierenden frei in ihrer Bestimmung von Anfang und Ende der Einheiten (Kuckartz, 2016). Man kann also davon ausgehen, dass es relativ wahrscheinlich ist, dass zwei Codierende unterschiedliche Segmentgrenzen setzen würden. Dies wäre schon der Fall, wenn eine Person ein Satz- oder Lehrzeichen am Anfang oder Ende mit codiert, die andere aber nicht. Kuckartz (2016) schlägt deswegen eine gewissen Toleranz vor, an der sich auch diese Arbeit orientiert. Überlappen sich 90 % der codierten Segmente, so wird von einer Übereinstimmung ausgegangen.

Für die letztendlich Beurteilung der Intercoder\*innen-Übereinstimmung werden meist zufallsbereinigte Koeffizienten berechnet, die aus der quantitativen Forschung stammen. Der am häufigsten eingesetzte Koeffizient ist hierbei Cohens Kappa (Ramsenthaler, 2013). Instrumente aus der quantitativen Forschung können allerdings nicht ohne weiteres auf die Logik des Codierens und Segmentierens der qualitativen Inhaltsanalyse

## Methode

übertragen werden. Kuckartz (2016) betont, dass es nötig ist, vorab Codiereinheiten festzulegen, damit das zugrundeliegende Modell von Kappa weiterhin gilt.

Es stellt sich außerdem die Frage nach der Größe des Samples, was für die Berechnung der Intercoder\*innen-Übereinstimmung herangezogen wird. Hierfür gibt es keinen festgelegten Standard. Neuendorf (2017) schlägt vor, dass mindestens zehn Prozent des Samples und ein Minimum von 50 Einheiten erneut codiert werden sollten. In dieser Arbeit wurden 20 Prozent als Richtlinie festgesetzt. Somit wurden von den 478 codierten Einheiten zur Berechnung der Intercoder\*innen-Übereinstimmung 96 in das Subsample aufgenommen. Damit hierbei aus jedem Interview gleich viele codierte Segmente in die Berechnung einfließen, wurden pro Interview 12 Textstellen mit Hilfe eines Zufallsgenerators<sup>16</sup> ausgewählt. Das erste Interview umfasste 70 codierte Segmente, der Zufallsgenerator wählte also 12 Zahlen von eins bis 70 aus (Ziehen ohne Zurücklegen). Pro Interview wurde ein Dokument erstellt, in dem alle vergebenen Codes untereinander in nummerierte Spalten abgebildet wurden. In diesem Dokument wurden die ausgewählten Codes identifiziert und in eine Übersicht der zu codierenden Einheiten übertragen, die der Zweitcodierer\*in vorgelegt wurden.

Für die Berechnung der Intercoder\*innen-Übereinstimmung wurde ein Dokument erstellt, welches alle Interviews beinhaltet. In diesem wurden die zufällig ausgewählten Textstellen farblich markiert. Dieses Dokument wurde in ein MAXQDA Projekt mit dem erarbeiteten Codesystem importiert und anschließend dupliziert. Die Autor\*in übertrug nun die Codierungen in das neu erstellte Dokument. Unabhängig davon codierte die Zweitcodierer\*in, die viel Erfahrung in der Codierung von Interviews durch ein eigenes umfangreiches qualitatives Forschungsprojekt mitbrachte, alle ausgewählten Stellen.

Anschließend wurden die Dateien verglichen und mit Hilfe von MAXQDA Cohens Kappa berechnet. Für den Kappa-Koeffizient ergab sich ein Wert von 0,6. Kuckartz (2016) gibt als Faustregel Werte zwischen 0,6 und 0,8 als gut und ab 0,8 als sehr gut an. Damit ist der vorliegende Wert der Intercoder\*innen-Übereinstimmung noch innerhalb

---

<sup>16</sup> <https://rechneronline.de/zufallszahlen/> zuletzt abgerufen am 29.09.2017

## Methode

des als gut festgelegten Rahmens. Die vorliegende Arbeit erfüllt also die Mindestanforderungen an die interne Studiengüte.



## 5 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Arbeit präsentiert. Zuerst wird das Kategoriensystem tabellarisch dargestellt und anschließend genauer erläutert. Der Leitfaden mit den inhaltlichen Beschreibungen, Anwendungsregeln und Ankerbeispielen ist im Anhang D.2 abgebildet.

Das Kategoriensystem ist in drei Hauptkategorien geteilt: *A Werkzeuge*, *B innere Haltung*, *C Rahmenbedingungen*. Die Hauptkategorie *A Werkzeuge* umfasst alle Kategorien, die das Anwenden von Guidelines, Therapieformen, Theorien und Modellen, Methoden oder erfahrungsbasierte therapeutische Empfehlungen beinhalten. Die Hauptkategorie *B innere Haltung* beinhaltet Aspekte der Haltung oder Einstellung der Therapeut\*innen, die in der Arbeit mit Menschen, die von Heteronormativität belastet werden, als grundlegend angesehen werden. Die Hauptkategorie *C Rahmenbedingungen* umfasst alle Kategorien, die auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen abzielen, die Voraussetzung oder förderlich dafür sind, dass sich lsbtq\* Menschen wohl fühlen können und damit Heteronormativität in der therapeutischen Situation überhaupt thematisiert und bearbeitet werden kann.

### 5.1 Kategoriensystem

Wie bereits im Methodenteil erwähnt, ist das Kategoriensystem, welches in Tabelle 5 abgebildet ist, aus Perspektive der Therapeut\*innen formuliert. Geht es um die Perspektive der Klient\*innen, ist dies explizit im Titel der Kategorie oder des Codes vermerkt.

Tabelle 5

*Kategoriensystem*

<b>Nr.Haupt-, Über- und Unterkategorien</b>	
<b>A Werkzeuge</b>	
<b>A.1 Affirmative Guidelines</b>	
<b>A.2 Therapieformen</b>	
A.2.1	Interpersonelle Therapie
A.2.2	Mentalisierungsbasierte Therapien
A.2.3	Acceptance and Commitment Therapie (ACT)
A.2.4	Kontextorientierte Therapien
A.2.5	Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)
A.2.6	Traumatherapie

## Ergebnisse

### Fortsetzung Tabelle 5

A.2.7	CBASP / Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy
A.2.8	Schematherapie
<b>A.3 Theorien und Modelle</b>	
A.3.1	Minderheitenstressmodell
A.3.2	Coming Out Modelle
A.3.3	Klein Sexual Orientation Grid
A.3.4	Standpunkttheorie
A.3.5	Vincolo Comprometido
A.3.6	Objectification Theory
A.3.7	Interpersonelle Theorie
A.3.8	Syndemie-Ansatz
A.3.9	Theorien, die sich mit tabuisiertem Schweigen auseinandersetzen
A.3.10	Studien
A.3.11	Veraltete Theorien
A.3.12	Theorien und Modelle müssen Homosexualität UND Heterosexualität erklären
<b>A.4 Methoden</b>	
A.4.1	Ressourcenarbeit
A.4.2	Informationsvermittlung
A.4.3	Location of Self
A.4.4	Metapher, Bilder, Grafiken, Vergleiche und Geschichten (um Diskriminierungen sichtbar zu machen)
A.4.5	Aussagen der Klient*innen auf Karten schreiben (um Homonegativität sichtbar zu machen)
A.4.6	Assoziationen: Schwule / Lesben sind / können haben ... (um Homonegativität sichtbar zu machen)
A.4.7	Soziogramm (um Homonegativität und Diskriminierung sichtbar zu machen)
A.4.8	Prototypenabfrage
A.4.9	Stereotypensammlung
A.4.10	Sokratische Dialogführung (um Heteronormen zu benennen und in Frage zu stellen)
A.4.11	Verhaltensanalyse
A.4.12	Auftreten der Klient*innen in belastenden Situationen analysieren
A.4.13	Analyse: Inwieweit ist Angst ir/rational?
A.4.14	Diskriminanzfördernde Methoden
A.4.15	Rollenspiele
A.4.15.1	Outing-Situationen üben
A.4.15.2	Position der Klient*innen bestärken
A.4.15.3	Unterstützen, wo Sprachlosigkeit herrscht
A.4.15.4	Sich als alter Ego anbieten
A.4.15.5	Sich als starkes Rollenmodell anbieten
A.4.16	Soziales Kompetenztraining
A.4.17	Begehren thematisieren
A.4.18	Expositionen
A.4.19	Traumaarbeit
A.4.19.1	Traumaarbeit: fantastisches beschützendes Helferwesen
A.4.20	Systemische Fragen
A.4.20.1	Genaueres Nachfragen und Beschreiben lassen
A.4.20.2	Hypothetische Fragen stellen

## Ergebnisse

### Fortsetzung Tabelle 5

A.4.20.3	Eine Person fragen, was eine andere Person denken könnte
A.4.20.4	Nützliche Eigenschaften, die aus misslicher Situation entstanden ist, formulieren
A.4.20.5	Negative Begriffe in positive umdeuten
A.4.21	Systemische Aufstellung
A.4.22	Aufstellen von inneren Stimmen im Raum
A.4.23	Stühlearbeit
A.4.24	Arbeit mit Biographie und Herkunftsfamilie
A.4.24.1	Genogrammarbeit
A.4.24.2	Liste prägender Bezugspersonen / Beziehungserfahrungen
A.4.25	Spiegelübung bei Inter*-Personen
A.4.26	Nicht sinnvolle bzw. ungeeignete Methoden
A.4.26.1	Methoden, die ausschließlich auf internale Prozesse gucken
A.4.26.2	Konfrontationen
A.4.26.3	Bei sokratischer Dialogführung Heteronormen als Ziel wählen
<b>A.5 Erfahrungsbasierte therapeutische Empfehlungen</b>	
A.5.1	Verstehen wollen
A.5.2	In Beziehung bleiben
A.5.3	Echter, involvierter Spiegel sein
A.5.4	Selbstakzeptanz stärken
A.5.5	Selbstbestimmungsrecht bei Klient*innen lassen
A.5.5.1	Rollenklärung in erster Stunde (Ärzt*in-Patient*in Beziehung negieren)
A.5.5.2	Eigenverantwortung der Klient*innen stärken
A.5.5.3	Verantwortung an Klient*innen zurückgeben
A.5.5.4	Ermöglichen, dass Klient*innen eine informierte Entscheidung treffen können
A.5.6	Stimmige Gratwanderung finden zwischen Empowerment und Schutz (dabei auftretende Konflikte benennen)
A.5.7	Unterstützung eines Blicks fürs Gegenüber und die eigenen Anteile
A.5.8	Sich positionieren / outen
A.5.9	Versicherungen aussprechen
A.5.10	Räume öffnen
A.5.10.1	Räume öffnen, in denen alles ausgesprochen und gedacht werden kann Hypothetisch / im Konjunktiv
A.5.10.2	Themen rund um Heteronormativität Raum geben, beschreiben lassen und reflektieren
A.5.10.3	Angstfreie Räume durch Wertschätzung und Wissen um eigene Grenzen schaffen
A.5.10.4	Proberaum erschaffen
A.5.10.5	Zweifel Raum geben, ohne vorschnelle Schlüsse zu ziehen
A.5.10.6	Geschlechtsoffenen Raum schaffen
A.5.10.7	Resonanzraum sein
A.5.10.8	Raum für entstandene Verletzungen öffnen
A.5.10.9	Raum für Wut und Schmerz und deren Bedeutung öffnen
A.5.11	Mehrheiten, Minderheiten, Normen und Diskriminierung
A.5.11.1	Herausfinden, was Heteronormativität für Klient*innen bedeutet
A.5.11.2	Mehrheiten und Minderheiten benennen
A.5.11.3	Diskriminierungen benennen
A.5.11.4	Heteronormen benennen

## Ergebnisse

### Fortsetzung Tabelle 5

A.5.11.5	Helfen zu verstehen, was Mehrheiten, Minderheiten, Normen und Diskriminierung sind und individuell bedeuten
A.5.11.6	Einsatz von Humor und Witz (um mit Alltagsdiskriminierung umzugehen)
A.5.11.7	Heteronormen in Frage stellen und dabei Kontext und Relevanz berücksichtigen
A.5.12	Internalisierte Normen und Glaubenssätze
A.5.12.1	Internalisierte Normen und Glaubenssätze formulieren und anschließend auf bestimmte Position bringen
A.5.12.2	Internalisierte Normen und Glaubenssätze einordnen, in Kontext setzen und hinterfragen (dabei individuelle Erfahrungen anerkennen)
A.5.12.3	Informationen geben
A.5.12.4	Aufgaben mitgeben
A.5.12.5	Kontakt herstellen zu Menschen, die Dinge anders leben oder bewerten
A.5.12.6	Ziel: Klient*innen sollen von „mit mir stimmt etwas nicht“ zu „mit den anderen stimmt etwas nicht“ kommen
A.5.13	Verbindung zwischen Normen und Diskriminierung und Belastung herstellen
A.5.14	Anstrengungen würdigen
A.5.15	Kontakt zu Gruppen, Netzwerken, Beratungsstellen herstellen
A.5.16	Vorstellungsbilder aus der Community verwenden
A.5.17	Diskriminierungserfahrungen im öffentlichen Raum aufgrund von normabweichendem Aussehen
A.5.17.1	Stärkung bei Diskriminierungserfahrungen (dass Auftreten der Klient*innen richtig und sie nicht verkehrt sind)
A.5.17.2	Genau erzählen lassen, was in Diskriminierungssituationen passiert ist und welche Gefühle aufgetreten sind
A.5.17.3	Vorbereitung von potenziellen Diskriminierungssituationen und Durchspielen von möglichen Konsequenzen
A.5.17.4	Ermöglichen, dass Klient*innen eine Sensibilität für Diskriminierungssituationen entwickeln
A.5.17.5	Ermöglichen, dass Klient*innen Schutzvorkehrungen treffen
A.5.18	Aktive Unterstützung in diskriminierenden Situationen
A.5.19	Normalisieren der psychischen Reaktion auf Traumata
A.5.20	Erkennen von sekundären psychischen Problemen aufgrund von diskriminierenden und traumatischen Erfahrungen
A.5.21	Individuelle Angstarbeit
A.5.22	Schuldgefühle verstehen
A.5.22.1	Normen identifizieren, die Schuld auslösen
A.5.22.2	Akzeptanz fördern, dass an Klient*innen gehandelt wurde
A.5.22.3	Anderen Umgang mit Schuldgefühlen ermöglichen
A.5.23	Wir-Formulierungen als Entlastung bei Selbstanklagen
A.5.23.1	Wir-Formulierung, dass Reaktion zutiefst menschlich ist
A.5.23.2	Wir-Formulierungen, die Therapeut*in auch mit einschließt
A.5.24	Anregungen oder Ideen anbieten
A.5.25	Neue Antworten finden
A.5.26	Empfehlungen für die Arbeit mit Trans*personen
A.5.26.1	Verständnis für Sicherheits- und Klarheitsbedürfnis aufbringen
A.5.26.2	Informationen geben zu medizinisch-psychiatrischen Rahmenbedingungen
A.5.26.3	Pathologisierung aufheben / so wenig Krankheitsgefühl wie möglich vermitteln

## Ergebnisse

### Fortsetzung Tabelle 5

A.5.26.4	Herausarbeiten, was an Verletzungen ausgehalten werden muss und was nicht
A.5.26.5	Thematisieren: Partner*innensuche
A.5.26.6	Thematisieren: Outing bei eigenen Kindern
A.5.26.7	Bewusstsein bei Klient*innen unterstützen für neue Diskriminierungen nach Transition
A.5.27	Empfehlungen für die Arbeit mit Inter*-Personen
A.5.27.1	Hellhörig werden und nachfragen, bei frühen OPs von denen Klient*innen nicht viel wissen (wenn möglich recherchieren)
A.5.27.2	Unterstützen eines neuen Verstehensrahmens, wenn Klient*innen erkennen, dass sie inter* sind
	A.5.27.2.1 Selbstbenennung ermöglichen
	A.5.27.2.2 Neue Wahrnehmung ausbreiten und fühlen lassen
A.5.27.3	Eltern von Inter*-Kindern: eigene Bilder und Erwartungen reflektieren
A.5.27.4	Konstruktivistische / psychologische Fragen thematisieren
A.5.27.5	Thematisieren: Verletzungen durch Familie und Gesundheitssystem
A.5.27.6	Thematisieren: Vertrauen auf eigenen Körper
A.5.27.7	Normativitätsbegriffe besprechen: Wie sieht ein normaler Körper aus?
A.5.27.8	Thematisieren: Intimbeziehungen
A.5.28	Nicht sinnvolles Vorgehen
A.5.28.1	Idylle fokussiertes Vorgehen
A.5.28.2	Sagen, was zu tun ist
A.5.28.3	Eindimensionale Erklärungsmodelle postulieren
A.5.28.4	Glatte Projektionsfläche sein
A.5.28.5	Bei konkreten Fragen auf abstrakte Konstrukte verweisen
A.5.28.6	Menschen erneuter Ohnmachtssituation aussetzen
A.5.28.7	Themen rund um die sexuelle Orientierung gar nicht an-/ besprechen
A.5.28.8	Fokus auf normabweichendem Verhalten, nicht auf eigentlichem Thema
A.5.28.9	Beharren auf Fortschritte im Outing ohne Beachtung des Kontextes
A.5.28.10	Nicht ernst nehmen der Situation oder der Bemühungen der Klient*innen
A.5.28.11	Alles mit normabweichender Identität in Verbindung setzen
A.5.28.12	Blaming
A.5.28.13	Moralische Keule
A.5.28.14	Wut oder Kritik abblocken
A.5.28.15	Verwendung von normativer Sprache
A.5.28.16	Starre Männer- und Frauenrollenbilder transportieren

## **B Innere Haltung**

### **B.1 Begriffsbestimmung**

- B.1.1 Offenheit für Unterschiedlichkeit und Vielfaltigkeit
- B.1.2 Eine Haltung die Heteronormativität kennt und erkennt
- B.1.3 Theoretisch ist alles möglich und denkbar

### **B.2 Bewusstsein**

- B.2.1 Bewusstsein für das Verhältnis zwischen Klient\*innen und Therapeut\*innen
- B.2.2 Bewusstsein dafür, dass Therapeut\*in nicht widerspruchsfrei ist
- B.2.3 Bewusstsein dafür, dass Fehler passieren, die Häufigkeit aber verringert werden kann
- B.2.4 Bewusstsein dafür, dass Klient\*innen schnell merken, wenn Dinge in der Therapie nicht besprechbar sind
- B.2.5 Bewusstsein für Intersektionalität und Mehrfachdiskriminierung

## Ergebnisse

### Fortsetzung Tabelle 5

B2.6	Bewusstsein für gesellschaftliche Machtverhältnisse bezüglich Geschlecht
B.2.6.1	Bewusstsein für die Mechanismen der Aufrechterhaltung der Bipolarität der Geschlechter
B.2.6.2	Bewusstsein für soziale Geschlechtsinkongruenz
B.2.6.3	Bewusstsein für die Frage nach der Grenze zwischen Schönheits- und Psychochirurgie
B.2.6.4	Bewusstsein für mögliche Folgen einer Entpathologisierung von Trans*
B.2.6.5	Bewusstsein für die historischen Veränderungen der Einstellung zu Homosexuellen und Trans*menschen und deren Überlappungen
<b>B.3 Bereitschaft</b>	
B.3.1	Bereitschaft, sich emotional einzulassen auf subjektive Erlebensweisen und mitzuschwingen
B.3.2	Bereitschaft, lernbereit zu sein
B.3.3	Bereitschaft, Kritik an sich ran zu lassen
B.3.4	Bereitschaft, sich selbst zu hinterfragen
<b>B.4 Akzeptanz</b>	
B.4.1	Anredewunsch der Klient*innen akzeptieren
B.4.2	Erwachsene Entscheidungen der Klient*innen akzeptieren
B.4.3	Akzeptieren und würdigen, wie Klient*innen geworden sind
<b>B.5 Bewertung</b>	
B.5.1	Personen nicht reduzieren, exotisieren, pathologisieren
B.5.2	Bewertungen von Machtverhältnissen
B.5.3	Ideen der Klient*innen nicht direkt bewerten
<b>B.6 Wissen</b>	
B.6.1	Wissen über Machtverhältnisse und Positionierungen
B.6.2	Wissen über Ungleichheiten und eine mögliche daraus resultierende Wut der Klient*innen
B.6.3	Wissen über Trans* und Inter*
B.6.4	Wissen über Coming Out
B.6.5	Wissen über Konversionsbehandlungen
<b>B.7 Grundsätze der therapeutischen Beziehung und Arbeit</b>	
B7.1	Klient*innen sollen sich im therapeutischen Setting nicht anpassen an Therapeut*in oder gesellschaftliche Normen
B.7.2	Es geht wirklich um die Person, die da sitzt
B.7.3	Vermeiden von vorschnellen und in sich geschlossenen Zuschreibungen
B.7.4	Vermeiden von Vorurteilen über Klient*innen
B.7.5	Solidarität den Klient*innen gegenüber
B.7.6	Wertfrei dem Symptom gegenüber sein
B.7.7	Einfache Kausalketten ablehnen
B.7.8	Medikamente sind Hilfsmittel, keine Lösungen
B.7.9	Therapeut*innen können keine Entscheidung für Klient*innen treffen
B.7.9.1	Therapeut*in ist nicht die schlaue Person, die Lösungen hat
B.7.9.2	Therapeut*in kann nicht über die sexuelle Orientierung der Klient*innen entscheiden
B.7.10	Grundsätze und Grundgedanken bezüglich sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität
B.7.10.1	Trans*menschen nicht als krank ansehen
B.7.10.2	Geschlecht ist nicht fremddiagnostizierbar
B.7.10.3	Sexuelle Orientierung ist immer ein Thema
B.7.10.4	Zweigeschlechtlichkeit in der Psyche gibt es nicht

## Ergebnisse

### Fortsetzung Tabelle 5

B.7.10.5	Heterosexualität als Illusion
B.7.10.6	Niemand ist frei von internalisierter Homonegativität
B.7.10.7	Überwindung des Selbststigmas als Schluss der Behandlung (nicht als Beginn)
<b>B.8 Klient*innen bemerken innere Haltung der Therapeut*innen an</b>	
B.8.1	Harmonische emotionale Beziehung
B.8.2	Wenn zwei Menschen in all ihrem Gewordensein sich begegnen
B.8.3	Klient*innen kriegen eine Idee, dass sie sich öffnen und vertrauen können.
B.8.4	Glaubwürdige Positionierung den wichtigen Themen der Klient*innen gegenüber
<b>C Rahmenbedingungen</b>	
<b>C.1 Niedrigschwellige und kostenlose Beratungs- bzw. Therapieangebote</b>	
<b>C.2 Ausbildungsinhalte</b>	
C.2.1	Lsbtqi* in Ausbildung thematisieren
C.2.2	Bewusstsein für Heteronormativität in Ausbildung und Supervision schulen
C.2.3	Selbsterfahrungsbasierte Reflexion von Heteronormen
C.2.3.1	Auseinandersetzung mit eigener Körperlichkeit
C.2.3.2	Reflexion körperbezogener Ängste
C.2.3.3	Reflexion, wen lass ich an mich heran und wen nicht
<b>C.3 Gestaltung der Homepage und der Praxisräume</b>	
C.3.1	Klient*innen sollen eine Idee bekommen, in dem Raum vorkommen zu können
C.3.2	Verwendung von Schlagwörtern auf der Homepage (gleichgeschlechtliche Paare, poly-Systeme)
C.3.3	Verwendung des Sternchens auf der Homepage
C.3.4	Vielfältige Magazine und Broschüren auslegen
C.3.5	Bilder und Plakate in den Praxisräumen
<b>C.4 In der Szene und deren Institutionen vernetzt sein</b>	
<b>C.5 Intervision und / oder Supervision bei sensibilisierten Kolleg*innen</b>	
<b>C.6 Sprachsensibilität des Teams und des Personals</b>	
<b>C.7 Fähigkeiten seitens der Therapeut*innen</b>	
C.7.1	Selbstreflexion über eigenes Geschlecht, Orientierung und Auftreten
C.7.2	Sprachsensibilität
C.7.3	Fähigkeit, sich zu entschuldigen
C.7.4	Wut seitens der Klient*innen aufgrund von ungleichen gesellschaftlichen Machtverhältnisse aushalten können
<b>C.8 Therapiegestaltung</b>	
C.8.1	Geschlechtsneutrale Begrüßung
C.8.2	Durch Gesprächsführung Möglichkeiten der Öffnung und der Auseinandersetzung schaffen
C.8.2.1	Klärung der Anrede und des Namenswunsches
C.8.2.2	Offene (anamnestische) Fragen stellen
C.8.2.3	Antworten der Klient*innen auf anamnestische Fragen stehen lassen und nicht direkt bewerten
C.8.3	Hinterfragen der Normsetzung einer Methode
C.8.4	Fragebogen Auswahl und Gestaltung
C.8.5	Transparenz bei allem Schriftlichen

Ergebnisse

Im den folgenden Kapiteln werden alle Kategorien vorgestellt. Zitate aus den Interviews werden zur Veranschaulichung eingefügt, wenn sie bedeutsame Erläuterungen oder Ergänzungen zu den Kategorientiteln mitbringen.

## **5.2 Hauptkategorie A: Werkzeuge**

Die Hauptkategorie A stellt bildlich gesprochen die Werkzeugkiste der Therapeut\*innen dar. Sie fasst zusammen, wie die interviewten Therapeut\*innen mit Menschen arbeiten, die von Heteronormativität belastet werden, und umfasst affirmative Guidelines, Therapieformen, Theorien und Modelle, Methoden und erfahrungsbasierte therapeutische Empfehlungen.

### **5.2.1 A.1: Affirmative Guidelines**

Interviewee 1 überprüft Guidelines, die sie anwendet, auf ihre Affirmativität und arbeitet deswegen mit den US-amerikanischen Leitlinien zu Trans\*, da sie diese für affirmativer hält als die deutschsprachigen (siehe 1, 22).

### **5.2.2 A.2: Therapieformen**

Folgende Therapieformen werden von den interviewten Therapeut\*innen für eine psychotherapeutische Arbeit mit Menschen, die von Heteronormativität belastet werden, empfohlen: *Interpersonelle Therapie* (A.2.1)<sup>17</sup>, *mentalisierungsbasierte Therapien* (A.2.2), *Acceptance and Commitment Therapie* (A.2.3), *kontextorientierte Therapien* (A.2.4), *Dialektisch-Behaviorale Therapie* (A.2.5), *Traumatherapie* (A.2.6), *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy* (A.2.7) sowie *Schematherapie* (A.2.8).

Bei der Verwendung der Schematherapie sind sich allerdings Interviewee 1 und 3 uneinig. Interviewee 3 verwendet das Therapieverfahren gerne, während Interviewee 1 eine skeptische Haltung äußert:

---

<sup>17</sup> Um eine bessere Lesbarkeit zu erreichen werden die insgesamt 317 Kategorientitel, wie sie in Tabelle 5 abgebildet sind, in einen Fließtext integriert. Hierfür war es notwendig sie an einigen Stellen umzuformulieren, damit die Satzstruktur erhalten bleibt.



## Ergebnisse

Auch wegen diesem stark emotionsevozierenden Anteil. Also so quasi man versucht an die kindlichen Bedürfnisse z.B. auch ranzukommen und den Menschen dadurch steuern zu lassen und, was ich gut finde, ist, dieses Modell, dass dann ein Erwachsener quasi einschreitet und quasi das ganze versucht dann nochmal mit einer Reflexion auch ranzugehen, aber ich kann dieses Schematherapie hat sehr heikle und das hat für mich auch manchmal infantilisierende Elemente und das ist bei einem gedemütigten Menschen, gerade diese Transbiographien sind ja im Kindesalter oft sehr belastet, ganz heikel. Also damit bin ich super vorsichtig. (1, 68)

Interviewee 1 empfiehlt besonders kontextorientierte Therapien und die Acceptance und Commitment Therapy: ersteres, da diese Therapieform ein genaues Hinsehen ermöglicht, was mit Menschen geschieht, die angegriffen worden sind (siehe 1, 22); zweiteres beim Umgang mit verlorener Lebenszeit durch komplizierte Coming Out Prozesse (siehe 1, 96).

### 5.2.3 A.3: Theorien und Modelle

Das *Minderheitenstressmodell* (A.3.1) nach Meyer wird von Interviewee 2 als grundlegend angesehen. Interviewee 1 benutzt *Coming Out Modelle* (A.3.2) gerne zur Informationsvermittlung, weist aber gleichzeitig auf die Schwierigkeit von Stufenmodellen (engl. stage models) hin:

Ich benutze die manchmal so als Grundlage, gerade wenn ein Paar, also wenn ich ein Paar habe und die eine Person ist zum Beispiel noch in diesem "Oh, ich mag mich gar nicht in der Öffentlichkeit zeigen, weil das macht mir Angst" und die andere Person ist aktivistisch und out-going und einfach schon ein Schritt, also in einer anderen Phase drin. Dann arbeite ich schon mit diesen Stage-Modellen, aber letztendlich finde ich diesen zyklischen Modell eher angepasst, die dann immer wieder gucken, es gibt ja auch Phasen im Leben in denen man sich wieder versteckt. Aber die sind nicht zyklisch, sondern spiralförmig und dann komme ich am selben Punkt wieder raus. (1, 30)

Die interviewten Therapeut\*innen verwenden außerdem gerne die folgenden Theorien und Modelle: *Klein Grid* (A.3.3); *Standpunkt-Theorie* (A.3.4) von Donna Haraway; *Objectification Theory* (A.3.6), „die guckt, wo schaut eine diskriminierte und angegriffene Person eigentlich hin und was bedeutet das für das eigene Körpergefühl“ (1, 22); *Interpersonelle Theorie* (A.3.7) nach Devon, „die sich damit auseinander setzt, welche Form von Modellen braucht denn jemand im Trans-Coming Out. Sollen das Leute sein, die eher

## Ergebnisse

ähnlich sind, oder sind das Leute, die von außen kommen“ (1, 28); *Syndemie-Ansatz* (A.3.8) sowie einzelne *Studien* (A.3.10) und Publikationen.<sup>18</sup>

*Vincolo Comprometido* (A.3.5) wurde als ein weiterer sehr hilfreicher Ansatz gesehen, der aus der südamerikanischen psychologischen Theorie stammt. Interviewee 1 erklärt dies so:

Das ist quasi eine bestimmte Art der Bindung, wo man sich als Therapeut in der eigenen gesellschaftlichen Position sichtbar macht (...) dass man signalisiert, dass es Teile gibt, die quasi verbindend sind (...) und dass man auf diese Gemeinsamkeit ein *vincolo*, also ein Band eingeht. Und z.B. versuche ich bei einer queeren Person auch deutlich zu machen, das ist quasi das Band, also wie queer bin ich z.B. auch und wo bin ich aber different. (1, 98)

Sie hebt außerdem *Theorien, die sich mit tabuisiertem Schweigen auseinandersetzen* (A.3.9), hervor und sagt dazu:

Da gibt es ja eine sehr starke psychoanalytische Auseinandersetzung, die ich sehr hilfreich finde, also so aus dem Themenbereich, wie bringt man das zur Sprache, was jemand im Holocaust erlebt hat. Also, wie finde ich Worte für das Unbegreifliche und das ist ja auch also gerade beim queeren Themen geht es oft, ich habe keine Worte gehabt, um das auszusprechen. Wie finde ich Worte dafür oder wie entwickle ich auch neue Worte, für meinen Körper z.B.? Also quasi so ein israelischer Psychologe, nennt es das Unbeschreibbare und das Unsagbare, quasi wie finde ich Worte für was, wo ich merke, da ist was, aber ich kann nicht drüber sprechen und mein Umfeld sagt mir, nein, als Mädchen darfst du kein Junge sein oder du darfst keine Frau lieben usw. (1, 96)

Auf Nachfrage, ob er<sup>19</sup> bestimmte Vertreter\*innen dieser Ansätze nennen kann, wurde u.a. Dori Laub und Nancy Auerhan genannt.

Die früheren Arbeiten von Rauchfleisch und Wiesendanger werden als veraltet erwähnt. Interviewee 2 formuliert dies so: „und auch wenn es gar nicht so lange her ist, sind da schon viele Dinge drin, die man so nicht mehr stehen lassen kann“ (2, 88)

Interviewee 8 betont in Bezug auf Theorien, dass wenn versucht wird Homosexualität zu verstehen oder zu erklären, dies auch für Heterosexualität erfolgen muss.

---

<sup>18</sup> Vom Interviewee wurden folgende Studien empfohlen: Grossmann (2002), Plöderl, Kralovec, Fartacek und Fartacek (2009), Plöderl et al. (2013)

<sup>19</sup> Pronomenwechsel gewünscht.

#### 5.2.4 A.4: Methoden

Unter die Kategorie A.4 werden unterschiedlichste Methoden zusammengefasst, die einer wissenschaftlichen und / oder therapeutischen Community durch Publikationen zugänglich gemacht wurden. Insgesamt wurden 26 Unterkategorien gebildet, die im Folgenden überblicksartig dargestellt werden. Abschließend wird auf Methoden eingegangen, die von den interviewten Personen als nicht geeignet eingestuft worden sind.

*Ressourcenarbeit* (A.4.1) wurde von drei Interviewees empfohlen, dabei werden Ressourcen identifiziert und gestärkt. Dies geht häufig einher mit einer *Informationsvermittlung* (A.4.2): Wo gibt es Angebote der Community (Beratungsstellen, Vernetzungstreffen, Informationen auf Websites etc.), aber auch das Zur-Verfügung-Stellen von Texten oder die Vermittlung von Anhaltspunkten, was zum Beispiel genau Diskriminierung ist und woran man sie erkennen kann.

In Anlehnung an die bereits erwähnte feministische Standpunkttheorie beschreibt Interviewee 1 das therapeutische Vorgehen *location of self* (A.4.3):

Als Therapeut\*in macht man die eigene Position sichtbar, wenn es indiziert ist. Also zum Beispiel würde ich dann, zum Beispiel mit einem hetero Mann, der im Rollstuhl sitzt und aber sexuelle Schwierigkeiten hat und aber denkt, als hetero Mann hat er nur die Möglichkeit der Penetration, über Penetration Sex zu haben, dann kann ich zum Beispiel auch meine Position als Lesbe sichtbar machen und sagen, ich kann das gut verstehen, aber man kommt manchmal in eine Lebenssituation, in der man die eigene Sexualität nochmal ganz neu definieren muss und was bedeutet das für Sie, dass ich als lesbische Therapeutin, die mit einem hetero Mann mit Behinderung arbeitet, gibt es hier eventuell was, worüber wir uns austauschen können? Weil in der Situation, also auf eine Art, gibt es Parallelen. (1, 32)

Drei Interviewees beschrieben den Einsatz von *Metaphern, Bildern, Grafiken, Vergleichen und Geschichten, um Diskriminierung sichtbar zu machen* (A.4.4). Hierbei gab es einen großen Schatz an Beispielen, wovon zwei zur Illustration ausgewählt wurden. Besonders deutlich, wie Marginalisierung und deren individuelle Auswirkungen in einer Grafik verbildlicht werden kann, zeigt folgende Textstelle:

Ich habe dazu quasi auch so Grafiken für die Tafel, wo ich dann versuche zum Beispiel Marginalisierung sichtbar zu machen. Ich erzähle da immer so eine Geschichte, von so einem Wasser, wo es in der Mitte schön warm ist und wie die Fische, die sich da drin tummeln, keinen besonderen Aufwand betreiben müssen und irgendwie je mehr ein Fisch zum Beispiel an den Rand schwimmt

## Ergebnisse

oder was heißt schwimmt, je nachdem was gerade passt, desto mühseliger ist das Leben. Und die, die ganz am Rand sind, wo es noch gar keine Struktur gibt kommen auch in die saublöde Situation, dass die quasi das Ausbeulen müssen, das Bassin. Es ist also das anstrengendste. (1, 34)

Interviewee 1 benutzt außerdem eine Tierfabel, um Schuldgefühle zu lindern, die Trans\*personen verspüren können, wenn sie sich vor dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) besonders heteronormativ dargestellt haben, um ein gewünschtes Begutachtungsergebnis zu bekommen (was mit einer anderen Darstellung nicht möglich gewesen wäre).

Und dafür hab ich zum Beispiel so eine Geschichte, dass der MDK so wie so ein altersschwacher Löwe ist, der nicht mehr gut sieht und der sitzt halt vor dem einzigen Wasserloch in der Wüste und dahinter ist halt das Wasser und man selbst ist halt als Transperson, ist halt so eine Art Zebra und man weiß, verdammt ich muss da vorbei. Und weil der Löwe halt, der frisst halt gerne Zebras, der ist irgendwie schon sehr altersschwach und sieht nicht richtig, also fragt er halt jedes Wesen, was da vorbei kommt: Bist du ein Zebra oder bist du eine Antilope? Und dann sagt halt der Mensch, der jetzt zum Beispiel ein Zebra ist, sagt dann halt: ne, ich bin ja eine Antilope, weil er weiß, der Löwe isst nicht so gerne Antilopen. Nur damit er halt zu dem Wasserloch kann und den Löwen passieren kann, also man muss quasi seine Identität gezielt verzerren, oder seine Lebensgeschichte gezielt verzerren, um an eine Ressource heran zu kommen, die man anderweitig nicht kriegen würde, weil man sonst gefressen wird. Und niemand würde dem Zebra einem Vorwurf machen, wenn es in dieser Notsituation sagt, ich bin ja eine Antilope. Ja, und deswegen werde ich jetzt nicht gerissen. Das sind halt so Bildergeschichten, mit denen ich arbeite, wenn es so passt, um halt diesen externen Druck zu erläutern. (...) weil die Person sich halt sonst sehr schämen würde, weil sie sich falsch dargestellt hat. (1, 42)

Um Homonegativität direkt sichtbar zu machen, schlägt Interviewee 2 drei Methoden vor: erstens, spezifische *Aussagen von Klient\*innen auf Karten zu schreiben* (A.4.5); zweitens, mit *Assoziationen* zu arbeiten (A.4.6) und die Satzanfänge „Schwule / Lesben sind / können haben...“ von den Klient\*innen vervollständigen zu lassen; drittens, den Einsatz eines *Soziogramms* (A.4.7), was neben Homonegativität auch Diskriminierung sichtbar machen kann, indem Personen auf einem Feld positioniert werden, was von den beiden Achsen emotionale Bedeutsamkeit und Erfahrungen von Affirmation und Diskriminierung aufgespannt wird.

Um mit Männlichkeits- und Weiblichkeitsbildern zu arbeiten und gleichzeitig etwas über die Biographie und Sozialisation der Klient\*innen zu erfahren, verwendet Interviewee 2 gerne eine *Prototypenabfrage* (A.4.8).

## Ergebnisse

Des Weiteren wurde eine *Stereotypensammlung* (A.4.9) und die *sokratische Dialogführung, um Heteronormen zu benennen und in Frage zu stellen* (A.4.10) erwähnt. Eine *Verhaltensanalyse* (A.4.11) kann hilfreich sein, um anschließend herauszuarbeiten, wie sich die Klient\*in gerne verhalten würde und welche Regel dafür korrigiert werden müsste. Auch das *Auftreten von Klient\*innen in belastenden Situationen kann analysiert werden* (A.4.12). Interviewee 1 gibt dazu ein Beispiel:

Wie trete ich körpersprachlich auf, wo gucke ich hin. Also zum Beispiel jemand geht als Transfrau in die U-Bahn und hat Angst angestarrt zu werden, dann guck ich, wohin kann sich die Person setzen? (1, 48)

Inwieweit *Angst rational oder irrational ist* (A.4.13), wird ebenfalls als Gegenstand einer Analyse empfohlen. Wie diese mit *diskriminanzfördernden Methoden* (A.4.14) kombiniert werden kann, zeigt das folgende Zitat:

Naja bei kognitiven Sachen versuche ich halt zu schauen, inwieweit ist eine Angst tatsächlich irrational oder rational. Oft sind Ängste ja so halb rational, also zum Beispiel die Angst, in der U-Bahn angegriffen zu werden. Dann versuche ich dann diskriminatorisches Lernen rein zu bringen, zu schauen, woran erkenne ich das? Was bedeutet ein Blick einer anderen Person? Was denke ich, wenn die andere Person mich so anguckt? Was könnte ich alternativ denken? Aber auch, wie erkenne ich denn genau, ob jemand starrt oder nicht? Ab wann ist es ein Starren? Wann fühlt es sich unangenehm an und ich glaub diese gezielte Unterscheidung zwischen real-Angst und übertriebener Angst ist halt in dem Bereich, wenn es um Diskriminierung geht, ist halt finde ich, sehr, sehr wichtig und muss oft sehr fein getuned werden. Gerade Diskriminierungen sind ja oft auch versteckt und da ist es manchmal gar nicht so einfach. (1, 48)

Interviewee 3 empfiehlt den Einsatz von *Rollenspielen* (A.4.15), um beispielsweise *Outing Situationen zu üben* (A.4.15.1). Dabei formuliert sie unterschiedliche Vorgehensweisen: Therapeut\*innen können die *Position der Klient\*innen bestärken* (A.4.15.2) und beispielsweise in einem Rollenspiel zwischen der Klient\*in und deren Eltern, die sich schwer tun, die Homosexualität oder Transidentität ihres Kindes zu akzeptieren, die Position der Klient\*in verstärken, sich hinter sie zu stellen und aus ihrer Perspektive weitere Handlungsmöglichkeiten anzubieten. Ferner können Therapeut\*innen in Rollenspielen *unterstützen, wo Sprachlosigkeit herrscht* (A.4.15.3), und sich dann selbst anbieten, wenn es den Klient\*innen schwer fällt, zu sprechen, oder dies gar nicht geht. Weitere Möglichkeiten wären, *sich als alter Ego* (A.4.15.4) oder *als starkes Rollenmodell anzubieten*

## Ergebnisse

(A.4.15.5). Letzteres bietet die Möglichkeit, dass die Klient\*innen nur zuhören und die Therapeut\*in die Eltern beispielsweise mit den folgenden Worten anspricht:

Also Herr und Frau, so ich würde gerne mal mit Ihnen reden. Ich habe mit Ihrem Sohn / Ihrer Tochter gesprochen und ich glaube, wir müssen tatsächlich mal ein ernstes Wörtchen miteinander reden, weil so wie Sie das gerade machen, wird es Ihrem Sohn zukünftig weiterhin schlecht gehen. Sie wundern sich wahrscheinlich, warum es der / die / dem schlecht geht. Aber wenn sie das weiter so machen. Und ich sag Ihnen, warum das so ist. (3, 68)

Ein *Soziales Kompetenztraining* (A.4.16) wird von Interviewee 1 empfohlen, um z.B. zu üben „wie sage ich es jemanden, den ich toll finde? Oder wie löse ich Konflikte mit meiner Partnerin?“ (1, 72) sowie das *Thematisieren von Begehren* (A.4.17). Folgende Fragen können als Ausgangspunkt dienen: Wo und wann haben schwul-lesbische Klient\*innen ihr Begehren realisiert, gegenüber welcher Person? Was ist passiert, als sie darüber gesprochen haben (siehe 1, 70)? *Expositionen* (A.4.18) bieten sich ferner an, wenn sich Klient\*innen nicht an bestimmte Orte trauen.

Für Interviewee 4 ist das psychotherapeutische Vorgehen von keinem Schema F geprägt, sondern hoch individuell. Demzufolge beschreibt er\*sie *Traumaaarbeit* (A.4.19) wie folgt:

Also das ist die Beziehung, Beziehungsaufbau ist ja die Grundlage und in der Beziehung mit dem Patienten gehe ich natürlich im Gespräch die traumatisierten Situationen durch, versuch zu schützen, versuch Verständnis zu haben, versuche Emotionen, die dabei passieren, aufzugreifen, zu beschreiben, zu reflektieren, gebe immer wieder Fragen an den Patienten zur Selbstreflektion zurück, nehme Themen raus, um zur Ich-Stärkung, also wo hat er positive Ressourcen, die möglicherweise in dieser Situation verloren gehen, die er wieder aufgreifen soll, die er wieder weiter stärken, weiter entwickeln soll, usw. (4, 47)

Interviewee 3 benutzt in der Traumaaarbeit gerne ein *fantastisch beschützendes Helferwesen* (A.4.19.1), welches in Ohnmachtssituationen zur Seite steht und beschützt.

Interviewee 5 empfiehlt den Einsatz von *Systemischen Fragen* (A.4.20). Zu allererst betont er die Wichtigkeit, *genau nachzufragen und sich Vorstellungen genau beschreiben zu lassen* (A.4.20.1). Wenn Begriffe in den Raum gestellt werden, sollte nachgefragt werden, was damit gemeint ist. Redet eine Partner\*in in einer Paartherapie von mehr Gleichberechtigung, dann sollte erkundet werden, woran die Person beispielsweise ein gleichberechtigteres Leben merken würde. Dabei hilft auch das Stellen von *hypothetischen Fragen* (A.4.20.2), wie zum Beispiel die Frage an ein Paar: „Wenn Sie so könnten, wie sie

## Ergebnisse

wollten, wenn es keine Vorbilder gäbe, nichts, was man nachmachen muss oder wo man denkt, man muss es nachmachen, wie würden Sie es denn gerne gestalten“ (5, 24)? Als hilfreich wird außerdem erwähnt, *eine Person zu fragen, was eine andere Person denken könnte* (A.4.20.3), und *nützliche Eigenschaften, die aus misslichen Situationen entstanden sind, zu formulieren* (A.4.20.4). Therapeut\*innen können beispielsweise fragen, was eine Person aus schlechten Bedingungen für Eigenschaften erworben hat, die ihr heute nützen (siehe 5, 52). Ähnlich hierzu ist das *Umdeuten von negativen Begriffen in positive* (A.4.20.5) und beispielsweise aus dem negativ konnotierten Begriff „geizig“, das Wort „sparsam“ zu formen.

In der Arbeit mit homosexuellen Paaren setzt Interviewee 7 *gerne systemische Aufstellungen* (A.4.21) ein, um zu verdeutlichen, wie ein Paar sozial eingebunden ist, wer es unterstützt oder ambivalent gegenüber dem Paar eingestellt ist. Sie empfiehlt auch das *Aufstellen von inneren Stimmen im Raum* (A.4.22), die dann beispielsweise auch miteinander streiten können. In der Arbeit mit *Stühlen* (A.4.23) können Stimmen, innere Anteile oder Personen imaginativ auf Stühle gesetzt werden, um sich von diesen Anteilen zu distanzieren oder sich anders ihnen gegenüber zu verhalten als bisher gewohnt.

Interviewee 2 betont die *Arbeit mit Biographie und Herkunftsfamilie* (A.4.24) und benennt hierfür die Methode der *Genogrammarbeit* (A.4.21.1) und die *Liste prägender Bezugspersonen / Beziehungserfahrungen* (A.4.24.2) aus dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP).

Speziell in Bezug auf die therapeutische Arbeit mit Inter\*personen empfiehlt Interviewee 6 *Übungen am Spiegel* (A.4.25) und beschreibt:

Also dass man nackt vor dem Spiegel steht und sich anschaut und irgendwie wahrnimmt, was nehme ich jetzt da also rein wahr und wie fühle ich mich dann dabei und dass immer kollidiert und irgendwie von oben nach oben und von unten nach oben, Zeile für Zeile den Körper liest und einfach dort stockt, wo man ein negatives Gefühl hat. (6, 44)

Zuletzt werden noch Methoden zusammengefasst, die von den interviewten Personen als *nicht sinnvoll oder ungeeignet* (A.4.26) eingestuft werden. Hierzu gehören alle *Methoden, die ausschließlich auf internale Prozesse gucken* (A.4.26.1), was von folgendem Beispiel anschaulich illustriert wird:

## Ergebnisse

Ja, ich könnte ja auch z.B. mit einer Person, die sagt, ich werde in der U-Bahn immer so angestarrt, könnte ich ja rein mit diesem Gedanken-Gefühle-Körper-Reaktion Kreis arbeiten, soziale Ängstlichkeit usw. Aber es würde dann ausblenden, was die Person vielleicht gehört hat von anderen Trans\*personen, die angegriffen worden sind oder selbst erlebt hat. (1, 62)

Auch *Konfrontationen* (A.4.26.2) werden als ungeeignete Methode angesehen, wenn dadurch reale Gefahren ignoriert werden. Nicht sinnvoll wäre es zur Klient\*in zu sagen „dann sagen sie es doch ihren Eltern mal, wir werden schon sehen, was da passiert? Das würde auf so einen Modell basieren, dass es keine reale Gefährdung ist, sondern ein psychologisches Konstrukt, was der Klient in sich hin und her wälzt“ (1, 62). Hierzu zählt auch, wenn Therapeut\*innen Trans\*personen nicht mit dem Wunschnamen und -pronomen anreden, aus der Haltung heraus „es wäre eine heilsame Konfrontation und die Person muss lernen damit umzugehen“ (1, 62).

Abschließend weist Interviewee 2 noch darauf hin, dass bei der von ihm empfohlenen *sokratischen Dialogführung, keine Heteronomen als Ziel gewählt werden dürfen* (A.4.26.3):

Gerade bei dieser sokratischen Dialogführung gibt es meistens so, ja so etwas wie einen, wie ein mehr oder weniger klar definiertes Ziel, worauf man ein Stück weit hinarbeitet und das macht ein Stück weit Sinn. Aber zum Beispiel, wenn man jetzt, nur als analoges Beispiel, bei Patienten mit einem Waschzwang, da würde man darauf hin arbeiten, dass man auf ein normales Pflegeverhalten hinarbeitet, oder wenn es um Essstörungen geht, würde man versuchen das Essverhalten zu normalisieren. Und da geht es schon los, also was ist eigentlich normales Essverhalten, was ist eigentlich normales Waschverhalten. Ich finde bei diesen sehr verhaltensorientierten Problemen kann man das machen, aber auch da wenn das unreflektiert ist, würde man dann eher Heteronormen wählen, die als Ziel nehmen. Also da muss man einfach vorher genau wissen, wo geht es so hin. Ich glaube das ist auch so die Vorbereitung davon. Man kann jetzt nicht einfach so loslegen. Man muss schon, also was wissen über die Person wissen. (2, 36)

### **5.2.5 A.5: erfahrungsbasierte therapeutische Empfehlungen**

Die Überkategorie *erfahrungsbasierte therapeutische Empfehlungen* umfasst 28 Unterkategorien, die das therapeutische Vorgehen der Interviewees und deren Arbeitsweise beschreiben.



## Ergebnisse

### *A.5.1: Verstehen wollen bis A.5.4: Selbstakzeptanz stärken*

Für Interviewee 8 geht es primär um ein *Verstehen Wollen* (A.5.1) „der Dinge, die da jemand tut, die er nicht tut, die ihm Angst machen, wo er selbst Vorurteile drüber hat, das zu hinterfragen, Gewissheiten auch zu hinterfragen“ (8, 88). Dabei ist ein *in Beziehung geblieben* (A.5.2), also Beziehungsarbeit wichtig, was für Interviewee 6 auch bedeutet ein *echter, involvierter Spiegel zu sein* (A.5.3), im Gegensatz zu einer glatten Projektionsfläche. Als grundlegend wird die *Stärkung der Selbstakzeptanz* gesehen (A.5.4). Hierzu sagt Interviewee 1:

Bei Heteronormen oder Auseinandersetzung einer queeren Person damit geht es ja darum, letztendlich auch zu akzeptieren, wer man selbst ist und das wert zu schätzen. (...) man würde sich Schaden zufügen, wenn man sich in die Norm einfügen wollen würde, weil dann ganz wesentliche Identitätsaspekte auf der Strecke bleiben würden und das würde sich vermutlich dann für die Liebesfähigkeit auch einschränken. (1, 80)

### *A.5.5: Selbstbestimmungsrecht bei Klient\*innen lassen*

Im Rahmen der Therapie sollte das *Selbstbestimmungsrecht bei den Klient\*innen gelassen werden* (A.5.5), was durch die folgenden vier Punkte erreicht werden kann: Es sollte eine *Rollenklärung in der ersten Stunde* erfolgen, was beinhaltet die *Ärzt\*in-Patient\*in-Beziehung zu negieren* (A.5.5.1). Dies erläutert Interviewee 4 so: „also in der ersten Stunde mache ich im Grunde so eine Art Rollenklärung, dass die Patienten nicht das Gefühl haben, sie kommen hier in eine Art Prüfungsverfahren oder hierarchisches System, wo ich über sie zu bestimmen habe und über ihren Körper“ (4, 54). Hinzu kommt eine *Stärkung der Eigenverantwortung der Klient\*innen* (A.5.5.2), was mit einer *Rückgabe der Verantwortung an die Klient\*innen* (A.5.5.3) einhergeht. Am Beispiel der Entscheidung über eine Hormoneinnahme beschreibt Interviewee 4, dass durch das ständige Zurückgeben der Verantwortung eine innere Gewissensinstanz der Klient\*innen wachgerufen wird und sich dann ein Prozess der kritischen Selbstreflexion einstellen kann (siehe 4, 77). Letztendlich soll dies ermöglichen, *dass Klient\*innen eine informierte Entscheidung treffen können* (A.5.5.4).

### *A.5.6: Stimmige Gradwanderung finden zwischen Empowerment und Schutz bis A.5.9: Versicherungen aussprechen*

## Ergebnisse

Die therapeutische Arbeit wird als eine für die Lebensphase möglichst *stimmige Gratwanderung zwischen Empowerment und Schutz* beschrieben, wobei die *dabei auftretenden Konflikte benannt werden sollten* (A.5.6). Interviewee 2 erläutert, dass eine Therapeut\*in die Entscheidung ihrer Klient\*in, weiterhin ungeoutet zu leben, beispielsweise wegen einer sehr religiösen Familie, akzeptieren sollte. Tut sie dies nicht und drängt auf eine Weiterentwicklung, kann dies zu großer Überforderung und zu einer Nicht-Anerkennung der für die Klient\*in sehr schwierigen Situation führen. Hierbei ist wichtig, auszuloten, wo Entlastung entsteht, was dennoch der nächste Schritt sein kann und was die Person braucht, um diesen Schritt zu tun (siehe 2, 78). Eine weitere Empfehlung wird von Interviewee 4 formuliert, nämlich, dass Therapeut\*innen ihre Klient\*innen darin *unterstützen sollen, einen Blick fürs Gegenüber und für ihre eigenen Anteile zu entwickeln* (A.5.7). Für ihn\*sie ist es generell wichtig in der Analyse von Situationen auch immer die Rolle der Klient\*innen zu betrachten:

Also das spielte insbesondere eine Rolle, wenn es um solche Themen innerhalb von Familien geht. Also ich nehme mal an, ein Transmensch hat die Erwartung, ich oute mich und über Nacht können alle zu mir das neue Pronomen verwenden. Das ist natürlich eine Herausforderung für Familienmitglieder, die manchmal 20-30 Jahre an ein Wort gewohnt sind und über Nacht das anders machen wollen sich dann vielleicht vertun. (4, 27)

Drei Interviewees erwähnen die Wichtigkeit, *sich zu outen bzw. sich zu positionieren* (A.5.8). Interviewee 2 beschreibt dies wie folgt:

Sobald irgendein Merkmal zentraler für die Therapie ist, ob das Trans oder Inter, wo ich noch niemanden hatte, oder eben sexuelle Orientierung. Also immer, wenn das eine Rolle spielt gibt es bei mir an irgendeiner Stelle ein Gespräch, wie das ist, das eigentlich zwischen uns. Wo ich mich ja auch oute. Ich finde das ist, bei allem was so nicht-hetero Normen an Menschen mir gegenüber sitzt, ist das einfach wichtig, um sich einzugrooven, um sich auch besser einschätzen zu können und auch in der Folge dann besser mit sich umgehen zu können (...) Also das wird so die geschlechtliche Beziehbarkeit genannt, was im Grunde auch beinhaltet, dass man sich verortet, was so sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität betrifft und dann so guckt wie verorten sich das Gegenüber und was bedeutet das fürs Gegenüber. (2, 72)

Interviewee 8 betont das *Aussprechen von Versicherungen* (A.5.9), damit in der Psychotherapie ein Raum entstehen kann, in dem schwer Sagbares oder Beschämendes verbalisiert werden kann und auch Dinge ausprobiert werden können. Er beschreibt Versicherungen genauer als: „im Sinne von, (...) wie ein guter Vater oder eine gute Mutter, die

## Ergebnisse

sagt, das ist OK, also ich bin da und ich finde manches vielleicht nicht gut, aber das ist deins und mir ist wichtig, dass du da deinen Weg findest. Und nicht, dass du dich mir anpasst“ (8, 90).

### *A.5.10: Räume öffnen*

Von sieben Interviewees wurden Aspekte erwähnt, die unter der Kategorie *Räume öffnen* (A.5.10) zusammengefasst wurden. Dies sollen Räume sein, *in denen alles ausgesprochen und gedacht werden kann* (A.10.1), „wo auch alle Gedanken, Vorstellungen erstmal erlaubt sind“ (5, 22) und sich viel hypothetisch und im Konjunktiv bewegt wird. So kann der Druck herausgenommen werden, dass all das, was dann formuliert wird, auch automatisch umsetzbar sein muss. Des Weiteren sollen *Räume geöffnet werden für Themen rund um Heteronormativität, die beschrieben und reflektiert werden* (A.5.10.2). Diese Räume sollten *angstfrei sein, was durch Wertschätzung gelingen kann, aber auch durch ein Wissen über die Grenzen* seitens der Therapeut\*in (A.5.10.3). Interviewee 7 sagt dazu:

Ich habe natürlich auch Grenzen, wo ich dann vielleicht doch nicht einen angstfreien Raum für mein Gegenüber aufmachen kann. Jetzt spontan fällt mir nichts ein, aber möglicherweise ist es schon alleine, dadurch dass ich doch sehr cisgeschlechtlich durch die Gegend laufe, kann das sein, dass das Leute einschränkt und das würde ich jetzt auch nicht als, wie soll ich denn sagen, es ist ja jetzt auch nicht mein, es ist kein Fehler oder ich muss jetzt nicht den ganzen Tag deswegen weinen, aber es wäre wichtig zu wissen, dass es das gibt und dass es wichtig ist einen angstfreien Raum aufzumachen und wenn das nicht geht, vielleicht auch zu gucken, also wenn man an bestimmten Themen nicht weiter kommt, zu schauen, könnte es damit zu tun haben, das bestimmt Dinge nicht in Frage gestellt werden können. Und kann man dann das dennoch schaffen, also quasi über eine Schleife von Metakommunikation oder muss es einen anderen Weg geben oder muss es eine andere Beratung, Therapie geben. (7, 30)

Für drei der interviewten Therapeut\*innen geht es auch darum, einen *Proberaum zu erschaffen* (A.5.10.4), in denen Dinge durchgedacht werden können. Dies können praktische Entscheidungen sein, ob man zum Beispiel zum ersten Mal auf eine SM Party geht oder BDSM ausprobieren möchte (siehe 8, 98). Es können aber auch weitreichende Identitätsaspekte betroffen sein: Zum Beispiel kann durchdacht werden, ob man so sein möchte, wie man geworden ist, oder sich Veränderungen wünscht und welche Kosten dies mitbringen würde (siehe 2, 40). Dabei betont Interviewee 7, dass auch *Zweifel Raum*

## Ergebnisse

*gegeben werden muss, allerdings ohne anschließend vorschnelle Schlüsse zu ziehen (A.5.10.5):*

Also wenn jemand kommt und sagt, ich bin mir nicht sicher, ob ich lesbisch bin. Ja, dann mach ich den Raum auf. Dann kann man schauen, aber darf weder vorschnell sagen, du bist auf jeden Fall lesbisch oder du bist auf gar keinen Fall lesbisch, weil woher soll ich das wissen? (7, 22)

Die Räume, die geöffnet werden, sollen ferner geschlechtsoffen sein (A.5.10.6), also ein Raum, der von „zweigeschlechtlichen Prinzipien und Denken weitgehend befreit ist“ (4, 110). Dies fängt bei der Anrede und den einleitenden Worten an und geht in Bemühungen über, einen geschlechtsoffenen Raum zu schaffen, der sich in alle Richtungen entwickeln kann (siehe 4, 110). Interviewee 3 und 6 beschreiben ihre Arbeit auch damit, dass sie *Ressonanzraum sind* (A.5.10.7). Am Beispiel internalisierter Homo- und Transnegativität kann dies bedeuten zu spüren, was diese negativen Einstellungen oder Gedanken individuell für eine Person bedeuten. Dabei geht es um Mitgefühl und auch darum, ein Echo-raum zu sein, der Dinge den Klient\*innen widerspiegelt. Außerdem sollten *Räume für entstandene Verletzungen* (A.5.10.8) und für *Wut und Schmerz und deren Bedeutung* (A.5.10.9) geöffnet werden, so dass darüber gesprochen werden kann.

### *A.5.11: Mehrheiten, Minderheiten, Normen und Diskriminierung*

Die Kategorie A.5.11 fasst unterschiedliche Empfehlungen zusammen, die sich auf Mehrheits-Minderheitsverhältnisse, Normen und Diskriminierung beziehen. Interviewee 1 sagt, dass sie zuerst rausfinden muss, was *Heteronormativität für ihre Klient\*innen bedeutet* (A.5.11.1), ob und in welchem Umfang ihnen Schaden hinzugefügt wird und sie sich selbst oder anderen Schaden zufügen. Interviewee 3 und 7 betonen die Wichtigkeit, *Mehrheiten und Minderheiten zu benennen* (A.5.11.2). Auch *Diskriminierungen* (A.5.11.3) und *Heteronormen sollen benannt werden* (A.5.11.4), das heißt, zu verdeutlichen, was Diskriminierung ist und dabei auch auf strukturelle Aspekte hinzuweisen. Hierfür ist es allerdings notwendig, dass sich Therapeut\*innen mit Heteronormativität auseinandergesetzt haben, damit sie diese schließlich auch erkennen und benennen können. Generell sollten Therapeut\*innen den Klient\*innen helfen, zu verstehen, was Mehrheiten, Minderheiten, Normen und Diskriminierung sind und individuell bedeuten (A.5.11.5).

## Ergebnisse

Interviewee 1 setzt gerne *Humor und Witz ein, damit Klient\*innen besser mit Alltagsdiskriminierung umgehen können* (A.5.11.6). Als Beispiel führt er an, bei feministisch engagierten Trans\*männern, die in der Öffentlichkeit sexistisch angegangen werden, Sexismus mit einem Augenzwinkern neurobiologisch zu erklären.

Ich hab mal versucht, Sexismus neurobiologisch zu erklären, und zwar geh ich hin und manche haben ja Spaß an solchen Spielereien. Dann erzähle ich, dass meine Theorie ist, dass Testosterone bei einem Cis-Mann, dass es da epigenetische Verschränkungen gibt und ein Cis-Mann dann Löcher im Frontalhirn produziert und die sind schlecht für die Handlungssteuerung. D.h. wenn dann die Transperson vorbei geht mit Partnerin, dann kann der hetero Mann nicht anders, weil das halt so ungünstig interagiert das Testo mit der sexuellen Orientierung und den Löchern im Frontalhirn, dass er dann ohne jede Handlungssteuerung einen sexistischen Spruch raus haut. Und ich meine das ist natürlich jetzt nicht, also das muss man dann im Kontext sehen, manche fangen dann an zu kichern, weil es halt auch gut passt zu dieser Situation. Weil bei so rausgeblöhten Sexismus kann man einfach nicht anders als neurobiologische, dass die Verhaltenshemmung fehlt, interpretieren. Und das ist halt eine total absurde Vorstellung, wie man dieses gesammelte, also wenn sich jemand quasi drin ist in den Diskurs und das sind ja viele, da wird ja dann oft irgendwie schwul sein epigenetisch erklärt, also dann werden halt so Theorien zu unseren Gunsten umgewandelt. Es gibt ja auch diese Theorie, dass schwule kleinere Hirne hätten und so weiter. (1, 42)

Sobald eine tiefere Auseinandersetzung *mit Heteronormen möglich ist, können diese in Frage gestellt werden unter der Berücksichtigung von Kontext und Relevanz* (A.5.11.8). Damit ist gemeint, dass es nicht sinnvoll ist, auf jede heteronormative Äußerung anzuspriegen. Interviewee 2 beschreibt dies als eine Gratwanderung und empfiehlt solche heteronormativen Aussagen zu registrieren, zu dokumentieren und gegebenenfalls später zu thematisieren.

### *A.5.12: Internalisierte Normen und Glaubenssätze*

Die Kategorie A.5.12 fasst das Vorgehen der interviewten Personen bei internalisierten Normen und Glaubenssätzen zusammen. Diese werden *formuliert und anschließend auf eine bestimmte Position gebracht* (A.5.12.1). Interviewee 3 ist es dabei wichtig, dass alles erst einmal gesagt und ggf. aufgeschrieben wird. Danach kann es beispielsweise auf einen

## Ergebnisse

Stuhl gepackt werden, der auch aus dem Zimmer raus gestellt werden kann (siehe 3, 60). So kann ein befreiender Moment entstehen.

In einer Auseinandersetzung mit internalisierten Normen und Glaubenssätzen empfiehlt Interviewee 7, *diese einzuordnen und in einen Kontext zu setzen und dabei auch individuelle Erfahrungen anzuerkennen* (A.5.12.2). Dabei gilt es, herauszufinden, wo diese herkommen und wie es der Person beispielsweise mit einer festgefahrenen Meinung, wie Normalität auszusehen hat, geht. Sie bietet dabei auch ihre eigenen emotionalen Reaktionen an. Dabei ist es wichtig, individuelle Erfahrungen anzuerkennen. Formuliert eine Klient\*in beispielsweise eine negative Aussage über *alle* Lesben, dann gilt es herauszufinden, auf welcher Erfahrungsgrundlage diese Aussage beruht. War die Person beispielsweise ein einziges Mal auf einer Lesbenparty und hatte eine negative Erfahrung, gilt es, diese Erfahrung anzuerkennen, die abgeleitete Generalisierung aber zu hinterfragen (siehe 7, 22).

Es wird auch als hilfreich empfunden, *Informationen zu geben* (A.5.12.3), z.B. Erfahrungsberichte, Studien, Angebote der Community. Dabei können auch *Aufgaben mitgeben* werden (A.5.12.4). Eine Therapeutin gibt gerne die Aufgabe mit, herauszufinden, was es alles in der queeren Welt gibt und wie das bewertet wird, mit den folgenden Fragen: „Wie finde ich das und was gefällt mir und was gefällt mir nicht und aus welchen Gründen? Wie reagiere ich emotional?“ (7, 18)

Es geht auch darum, *Kontakt zu Menschen herzustellen, die Dinge anders leben oder bewerten* (A.5.12.5) und beispielsweise schon in Regenbogenfamilien leben.

Bei all dem ist es das *Ziel, dass Klient\*innen von einem „mit mir stimmt etwas nicht“ hin zu einem „mit den anderen stimmt etwas nicht“ kommen* (A.5.12.6), denn „in dem Moment, wo sie sagen können, da stimmt was mit anderen nicht. Ja, andere werten mich ab, weil ich in ihren Augen irgendwie nicht richtig bin, dann kann ich mich ja schon distanzieren“ (7, 10).

*A.5.13: Verbindung zwischen Normen und Diskriminierung und Belastung herstellen bis A.5.16: Vorstellungsbilder aus der Community verwenden*

## Ergebnisse

Die *Verbindung zwischen Normen und Diskriminierung und Belastungen sollte hergestellt werden* (A.5.13). Auch die *Anstrengungen sollten gewürdigt werden* (A.5.14), wie Interviewee 1 formuliert:

Das ist zum Beispiel für Menschen, die auf eine bestimmte Art gender-queer leben, wo es auch noch keine gute Struktur gibt. Also versuche ich deutlich zu machen, wie das Leben am Rand immer quasi ungemütlicher wird und da auch ein Bewusstsein dafür zu schaffen, weil die Leute ja oft sehr überlastet und erschöpft sind, was die eigentlich für einen Identitätsaufwand leisten oder für einen Lebensaufwand und dass das erstmal auch etwas ist, was gewürdigt werden muss. Also ich meine, eine queere Person, die auf die Straße geht und sichtbar wird, hat ja einen erheblich höheren Aufwand, als jemand der\*die normativ aussieht. Und wenn eine queere Person, es schafft von ihrem Wohnort hier her zu kommen, kann es zum Beispiel eine viel größere Leistung sein als für jemanden anderen. (1, 34)

Drei Interviewees thematisieren das *Herstellen von Kontakt zu Gruppen, Netzwerken oder Beratungsstellen* (A.5.15). Interviewee 4 sieht für Trans\*personen in therapeutischer Behandlung den Kontakt zu Selbsthilfegruppen als unheimlich wichtig an. Interviewee 7 erwähnt den hilfreichen Kontakt zu Regenbogenfamilien für Paare mit Kinderwunsch und verweist religiöse Klient\*innen bei Bedarf an queer-schwul-lesbische Gruppen.

Interviewee 1 *verwendet gerne Vorstellungsbilder aus der Community* (A.5.16), beispielsweise zwei starke Lesben die in der Traumatherapie etwas weg packen oder einen Schrank vor etwas schieben, was verschlossen werden soll.

### *A.5.17: Diskriminierungserfahrungen im öffentlichen Raum aufgrund von normabweichendem Aussehen*

Unter A.5.17 fallen fünf Empfehlungen der interviewten Therapeut\*innen, wie bei Diskriminierungserfahrungen von Klient\*innen im öffentlichen Raum aufgrund von normabweichendem Aussehen vorgegangen werden kann. Zuerst sollte bei derartigen *Erfahrungen bestärkt werden, dass das Auftreten der Klient\*innen richtig und sie nicht verkehrt sind* (A.5.17.1). Interviewee 8 sagt über das Vorgehen bei einem konkreten Fall: „mir wäre schon wichtig, erstmal ganz klar zu sagen, (...) dass er nicht verkehrt ist“ (8, 20). Er *lässt sich außerdem genau erzählen was passiert ist und welche Gefühle aufgetreten sind* (A.5.17.2) und *bereitet gemeinsam mit den Klient\*innen potenzielle Diskriminierungssituationen vor und spielt deren Konsequenzen durch* (A.5.17.3). Für ihn ist es in manchen Fällen wichtig, zu fantasieren, was passieren kann und aushalten zu können,

## Ergebnisse

wenn beispielsweise Wut, Aggression oder Traurigkeit auftreten. Interviewee 8 möchte *es ermöglichen, dass Klient\*innen eine Sensibilität für derartige Situationen entwickeln* (A.5.17.4), dass Menschen, die der Heteronormativität etwas entgegensetzen, oft mit Feinseligkeiten konfrontiert sind, dies aber nicht bedeutet, dass diese angenommen werden muss (siehe 8, 26). Und letztendlich geht es auch darum, zu *ermöglichen, dass Klient\*innen Schutzvorkehrungen treffen* (A.5.17.5), dies kann z.B. bedeuten, dass eine Person im Travestie-Outfit keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzt.

### *A.5.18: Aktive Unterstützung in diskriminierenden Situationen bis A.5.21: Individuelle Angstarbeit*

Interviewee 3 *unterstützt Klient\*innen auch aktiv in diskriminierenden Situationen* (A.5.18) und sucht beispielsweise mit ihnen gemeinsam Klärungsgespräche mit Personen oder Institutionen. *Nach Traumata sollten auftretende psychische Reaktionen normalisiert werden* (A.5.19). Interview 4 erwähnt die Wichtigkeit, *zu erkennen, welche sekundären psychischen Probleme aufgrund von primären diskriminierenden und traumatischen Erfahrungen aufgetreten sind* (A.5.20). Des Weiteren geht es häufig um eine *individuelle Angstarbeit* (A.5.21), in der beispielsweise bei Konflikten unterschiedliche Verhaltensmöglichkeiten durchgesprochen und Vermeidungsstrategien angesprochen werden.

### *A.5.22: Schuldgefühle verstehen*

In der täglichen Auseinandersetzung mit Normen entsteht häufig ein Gefühl von Schuld oder davon, etwas falsch gemacht zu haben, was Klient\*innen quält. Die interviewten Therapeut\*innen empfehlen, *die Normen zu identifizieren, die diese Schuldgefühle auslösen* (A.5.22.1) und die auch andere Menschen betreffen. Die Person ist also nicht alleine. Gleichzeitig geht es darum, zu verstehen, dass die Frage nach der eigenen Schuld und dem eigenen „falschen Verhalten“, den Eindruck erweckt, dass sich die Person anders oder besser verhalten hätte können, die Situation also steuern hätte können. Hierbei ist es wichtig, die *Akzeptanz dafür zu fördern, dass an den Klient\*innen gehandelt wurde* (A.5.22.2), sie also gar nichts anderes hätten tun können (siehe 7, 40). Letztlich geht es darum, einen *anderen Umgang mit Schuldgefühlen zu ermöglichen* (A.5.22.3) und Grübeln, depressive oder Selbstabwertungstendenzen zu stoppen (siehe 7, 40).



## Ergebnisse

### A.5.23: Wir-Formulierungen als Entlastung bei Selbstanklagen

Interviewee 3 beschreibt Wir-Formulierungen als äußerst hilfreich bei Selbstanklagen. Einerseits *Formulierungen, dass eine Reaktion zutiefst menschlich ist* (A.5.23.1), also dass wir Menschen in bestimmten Situationen schwierige Überlebensstrategien entwickeln (siehe 3, 82); oder dass *jede Erfahrung zutiefst menschlich ist und es dabei nichts gibt, was außerhalb einer Normalität spielt* (siehe 3, 90). Eine derartige *Formulierung kann andererseits auch die Therapeut\*in mit einschließen* (A.5.23.2). Sie beschreibt eine Situation mit einer Klient\*in wie folgt:

Ich hab neulich mit einer Klientin mit Stimme gearbeitet und da ging es ganz viel um sich Raum nehmen und Stimme und auch, das im Kontakt zu machen (...) ich hab mich dagegen gestellt und wir haben´s zusammen gemacht. Und ich habe gesagt "und mir fällt das jetzt gerade auch schwer". Also sowohl, was jetzt die Nähe anging, als auch dieses sich mit Stimme so viel Raum nehmen und das war das aller wichtigste, zu sagen, mir fällt das gerade auch schwer oder ich finde es auch keinen einfachen Schritt. (3, 80)

### A.5.24: Anregungen oder Ideen anbieten bis A.5.25: Neue Antworten finden

Um *neue Antworten zu finden* (A.5.25) „an Stellen, wo es keine Antworten gab oder wo die Antworten nicht ausgereicht haben“ (3, 30), können Therapeut\*innen vorsichtig neue *Anregungen oder Ideen anbieten* (A.5.24), beispielsweise mit der Formulierung: „Ich hatte hier auch schon mal ein Paar, die waren in einer ähnlichen Situation und die haben das dann so oder so gelöst oder haben dann gemerkt, dass (...)“ (5, 36).

### A.5.26: Empfehlungen für die Arbeit mit Trans\*personen

Im Folgenden werden sieben spezifische Empfehlungen für die Arbeit mit Trans\*personen aufgeführt: *Therapeut\*innen sollten ein Verständnis für Sichtbarkeits- und Klarheitsbedürfnisse mitbringen* (A.5.26.1), wenn Trans\*personen, insbesondere am Anfang der Therapie, Klarheit darüber haben möchten, ob (und wie) Trans\* in dieser spezifischen Therapeut\*in-Klient\*in Konstellation thematisiert werden kann. Es sollten wenn nötig, aktuelle *Informationen zu medizinisch-psychiatrischen Rahmenbedingungen gegeben werden können* (A.5.26.2). Für Interviewee 4 ist es grundlegend in der Arbeit mit Trans\*personen, *die Pathologisierung aufzuheben und so wenig Krankheitsgefühl wie möglich zu vermitteln* (A.5.26.3). Er\*Sie betont in der Therapie, dass er\*sie Trans\*personen nicht als krank ansieht und versucht die Klient\*innen nicht in eine Situation zu

## Ergebnisse

bringen, wo sie unter den Druck kommen, erneut Symptome zu produzieren. Er\*Sie beschreibt:

Also ich hab immer wieder die Erfahrung gemacht, dass dieser Moment, wenn Menschen zum Gefallenen werden, sozusagen in dem Moment, wo sie zum Patienten werden, also zum Fall werden, was das macht. (4, 67)

Interviewee 7 arbeitet mit Klient\*innen in schwierigen Situationen, beispielsweise im Falle einer Trans\*person, die mit dem Jugendamt um das Sorgerecht ihrer Kinder streitet, heraus, *was an Verletzungen ausgehalten werden muss und was nicht* (A.5.26.4). Themen der *Partner\*innensuche* (A.5.26.5), wie die Angst vor Zurückweisung, und des *Outing bei den eigenen Kindern* (A.5.26.6) sollten bei Bedarf angesprochen werden. Es sollte außerdem ein *Bewusstsein bei den Klient\*innen unterstützt werden für neue Diskriminierungsformen nach einer Transition* (A.5.26.7). Hier gibt Interviewee 6 in Therapien das Beispiel einer Transfrau, die im Vergleich zu ihren gleich qualifizierten männlichen Kollegen nach der Transition nicht weiter in ihrem Job aufsteigen konnte. Dabei geht es nicht darum, dies einfach hinzunehmen, sondern die Person auf die Mechanismen hinzuweisen (siehe 6, 28).

### A.5.27: Empfehlungen für die Arbeit mit Inter\*personen

Interviewee 3 empfiehlt eine generelle *Hellhörigkeit, wenn Klient\*innen von frühen Operationen berichten, von denen sie nicht viel wissen. Hier sollte nachgefragt und, wenn möglich, Näheres recherchiert werden* (A.5.27.1). In der Therapie kann dann ein *neuer Verstehensrahmen unterstützt werden, wenn Klient\*innen merken, dass sie inter\* sind* (A.5.27.2). Es geht außerdem darum, eine eigene *Selbstbenennung zu ermöglichen* (A.5.27.1) und *die neue Wahrnehmung auszubreiten und fühlen zu lassen* (A.5.27.2).

Wenn Eltern von Inter\*kindern einen therapeutischen Kontext aufsuchen, dann beschreibt Interview 7 es als Aufgabe, die *Bilder und Erwartungen der Eltern zu reflektieren* (A.5.27.3).

Für Interviewee 6 werden in der Arbeit mit Inter\*personen *häufig konstruktivistische bzw. psychologische Fragen thematisiert* (A.5.27.4). Was ist zum Beispiel ein Mann und was eine Frau? Es geht aber auch darum den *erlittenen Verletzungen durch Familie und Gesundheitssystem Raum zu geben* (A.5.27.5) und *ein Vertrauen auf den eigenen Körper zu*

## Ergebnisse

*thematisieren* (A.5.27.6). Hierzu sagt Interviewee 6, dass häufig keine Grundsicherheit über den eigenen Körper besteht und dies immer wieder zum Thema wird. Für ihn geht es des Weiteren auch darum, *Normalitätsbegriffe*, z.B. *wie ein normaler Körper aussieht*, zu diskutieren (A.5.27.7) und das Thema *Intimbeziehungen anzusprechen* (A.5.27.8). Viele seiner Klient\*innen, hatten nie eine Intimbeziehung und sind in ihrer Körperlichkeit unsicher (siehe 6, 44).

### A.5.28: Nicht sinnvolles Vorgehen

Unter der Kategorie A.5.28 werden 16 Vorgehensweisen zusammengefasst, die von den interviewten Therapeut\*innen als nicht sinnvoll genannt wurden.

Hierunter fasst Interviewee 1 als kontraindiziert, alles *Vorgehen, was Idylle fokussiert* ist (A.5.28.1) und somit ausblendet, dass Angriffe, Gewalt und Diskriminierungen tatsächlich stattfinden (siehe 1, 62). Nicht passend ist ferner, den Klient\*innen zu *sagen, was zu tun ist* (A.5.28.2). Auch das Anbieten eines *eindimensionalen Erklärungsmodells* (A.5.28.3), welches kausale Schlüsse aufgrund eines Merkmales postuliert, scheint nicht zielführend. Interviewee 5 gibt dazu ein Beispiel: „Kein Wunder, dass Ihr Freund fremdgegangen ist und Ihnen das nicht gesagt hat, weil so wie Sie mit ihm umgehen“ (5, 46).

Interviewee 6 beschreibt es als nicht sinnvoll, *eine glatte Projektionsfläche zu sein* (A.5.28.4) sowie *bei konkreten Fragen auf abstrakte Konstrukte zu verweisen* (A.5.28.5). Er erklärt dies mit den folgenden Worten:

Manchmal ist es so und Leute kommen und mich fragen, ja finden Sie mich denn weiblich? Und natürlich könnte ich in den Diskurs rein gehen und sagen, ja wissen Sie, Weiblichkeit Männlichkeit das sind Konstrukte usw. und so sofort, sondern diese Person möchte in dem Moment, wie einen Echoraum haben und zwar für eine Person jetzt. (6, 24)

Weiterhin wurde als nicht sinnvolles Vorgehen erwähnt: *Menschen in der Therapie erneuten Ohnmachtssituationen auszusetzen* (A.5.28.6), *Themen rund um die sexuelle Orientierung nicht anzusprechen oder zu besprechen* (A.5.27.7), *den Fokus in der Therapie auf normabweichendes Verhalten zu legen, so dass kein Raum für das eigentliche Thema entsteht* (A.5.28.8), *im Coming Out Prozess auf einen Fortschritt zu beharren ohne den Kontext zu beachten* (A.5.28.9), *die Situation oder die Bemühungen der Klient\*innen nicht ernst zu nehmen* (A.5.28.10), *alles mit der normabweichenden Identität in*

## Ergebnisse

*Verbindung zu bringen* (A.5.28.11), also zu sagen „es hängt alles mit der Trans\*identität zusammen“ (8, 26) sowie *Blaming* zu verwenden (A.5.28.12)

Zu letzterem sagt Interviewee 3:

Es gibt so Trainer/Trainerinnen [in der therapeutischen Weiterbildung], die also fast sowas Blaming betrieben haben. Also im Sinne von, das ist, du musst es können. Und das mein ich so mit den Machtverhältnissen, also dieses zuzugucken, was kann eine Person und was kann eine Person in einem bestimmten Machtverhältnis. (...) Zu verstehen, dass in bestimmten Situationen bestimmte Sachen auch nicht gehen und dass das nichts mit der Unfähigkeit der Person zu tun hat, sondern dass es was mit der Konstellation zu tun hat, worum es da geht. (3, 76)

Als letzte nicht sinnvolle Punkte werden genannt: *das Verwenden von moralischen Keulen* (A.5.28.13), *Wut oder Kritik der Klient\*innen abzublocken* (A.5.28.14), *die Verwendung einer normativen Sprache* (A.5.28.15) und *das Transportieren von starren Männer- und Frauenbildern* (A.5.28.16).

### **5.3 Hauptkategorie B: Innere Haltung**

Die Hauptkategorie B umfasst Aspekte der inneren Haltung von Therapeut\*innen und deren Einstellungen, die grundlegend sind für die Arbeit mit Klient\*innen, die von Heteronormativität belastete werden. Zuerst wird der Begriff genauer bestimmt, danach werden verschiedene Aspekte wie Bewusstsein, Bereitschaft, Akzeptanz, Bewertung und Wissen beleuchtet. Abschließend folgen Grundsätze der therapeutischen Beziehung und Arbeit sowie Punkte, an denen Klient\*innen diese bis dahin erläuterte Haltung erkennen können.

#### **5.3.1 B.1: Begriffsbestimmung**

Eine entsprechende Haltung zeichnet sich durch eine *Offenheit für Unterschiedlichkeit und Vielfältigkeit* aus (B.1.1), sie *kennt und erkennt Heteronormativität* (B.1.2) und für sie ist *theoretisch alles möglich und denkbar* (B.1.3).

Interviewee 5 sagt zu B.1.3:

Ich finde, es muss eine Haltung sein, dass theoretisch alles möglich ist, alles darf durchdacht werden und darf auch möglich sein, weil ich kann nicht derjenige sein, der sagt, so, wissen Sie was, das geht aber nicht gut. Oder da haben Sie sich aber ein bisschen viel vorgenommen. (5, 54)

### 5.3.2 B.2: Bewusstsein

Interviewee 3 sieht es als einen Teil der Haltung an, *ein Bewusstsein für das Verhältnis zwischen Klient\*innen und Therapeut\*innen* zu haben (B.2.1). Dies zeichnet sich durch ein Verständnis für den Begegnungskontext, die darin inhärenten Machtverhältnisse und Positionierungen der Personen aus.

Hinzu kommt ein Bewusstsein dafür, dass auch *Therapeut\*innen nicht widerspruchsfrei sind* (B.2.2), d.h. dass auch sie in einer heteronormen Gesellschaft aufgewachsen sind und viele Dinge in sich tragen, die wiederum falsch gedeutet werden können.

Interviewee 2 betont, die Wichtigkeit eines *Bewusstseins dafür, dass Fehler passieren, deren Häufigkeit aber verringert werden kann* (B.2.3):

Man wird auch immer wieder Fehler machen. Wenn man das so sagen will. Man wird auch immer wieder an Stellen so einer Heteronormativität unterliegen und manchmal merkt man es und manchmal vielleicht eben nicht, aber man kann die Rate, wo man es merkt und wo man anders handeln kann, deutlich, deutlich erhöhen. (2, 142)

Für Interviewee 8 ist es immer wieder bemerkenswert, wenn Klient\*innen von negativen Erfahrungen mit Therapeut\*innen erzählen, wie schnell ihnen dabei *klar war, dass Dinge nicht besprechbar sind* (B.2.4) und fordert deswegen ein Bewusstsein dafür. Er führt aus:

Oder wie schnell da Patienten, Patientinnen dann auch beschreiben, das war innerhalb von kürzester Zeit klar, er wird nicht über sein Schwul-Sein sprechen. Und dass es manche schaffen, eine Therapie zu machen ohne JEMALS das Thema zu besprechen, also auch Themen wie Sexualität, Cruisen, Sexpartys, GayRomeo oder alles Mögliche was ja zu der Kultur auch irgendwie gehört. Ob man es macht oder nicht, aber es gehört irgendwie auch dazu, wo das nie Thema wird. (8, 86)

Interviewee 6 fordert ein *Bewusstsein für Intersektionalität und Mehrfachdiskriminierung* (B.2.5), weil sich Probleme aufgrund von mehreren Minderheitsaspekten in einer Identität kumulieren können (siehe 6, 18) und dies berücksichtigt werden muss.

Die Kategorie B.2.6 *Bewusstsein für gesellschaftliche Machtverhältnisse bezüglich Geschlecht* untergliedert sich in fünf weitere Kategorien und beruht auf Aussagen von Interviewee 6. Es geht ihm um ein *Bewusstsein für die Mechanismen der Aufrechterhaltung der Bipolarität der Geschlechter* (B.2.6.1). Hierzu gibt er ein Beispiel von einem Transmann, der nach geschlechtsangleichenden Operationen nichts bereut, aber mit dem

## Ergebnisse

Ergebnis nicht zufrieden ist und sich eingesteht, zu schnell in seiner Entscheidung gewesen zu sein:

Und das ist etwas für viele von meinen Kollegen und Kolleginnen in der Psychiatrie und Psychotherapie immer eine Horrorvorstellung ist, dass man da irgendjemanden begleitet und dann kommt sowas raus. Und ich finde nicht, nein. Ich finde, also das war eine erwachsene Entscheidung von einer erwachsenen Person und also, wer von uns hat schon noch NIE (beide lachen) eine Entscheidung bereut, wenn wir die Latte so hoch legen, dann möchte ich sie aber auch bei Heiratsentscheidungen (Interviewer\*in lacht), dann möchte ich sie aber auch bei der Wahl vom Studium, also dann möchte ich das schon irgendwie in vielen Bereichen dann auch sehen. Und das ist ebenso diese Bipolarität, die sich ja immer wieder zeigt mit Transmenschen. (6, 24)

Hinzu kommt *ein Bewusstsein für soziale Geschlechtsinkongruenz* (B.2.6.2), was er wie folgt erklärt:

Also das sind dann aber ganz schwierige Diskussionen mit Transfrauen, die sagen z.B. ich hab jetzt, bin sozial transitioniert, Namens-Personenstandsänderung habe ich gemacht, ich nehme Hormone, meine Brüste sind gewachsen, vielleicht möchte ich eine Brust OP, die Genital-OP möchte ich eigentlich nicht, aber ich bin, ich fühle mich von Männern angezogen, sexuell angezogen, ich möchte gerne einen Partner und mit diesem Körper bin ich nicht verständlich für den anderen. Also das ist so schwierig, wenn ich jemand kennen lerne und einfach immer wieder dieses Thema, ja aber es ist der Penis da. Und die sagen, ich halte das nicht mehr aus in dieser Situation. Und dort stellt sich für mich natürlich schon die Frage, also das ist dann nicht mehr eine körperliche Geschlechtsdysphorie oder Geschlechtsinkongruenz, sondern es ist eine klare soziale Geschlechtsinkongruenz. (6, 24)

Dabei ist auch ein *Bewusstsein für die Frage nach den Grenzen zwischen Schönheits- und Psychochirurgie* (B.2.6.3) hilfreich:

Auch die interessante Frage, wenn eine Cis-Frau kommt, zum Chirurgen kommt und sage, ich fühle mich zu wenig weiblich und ich möchte eine Brustvergrößerung haben. (...) Wir sagen, bei diesen Cis-Frauen sagen wir, ja das ist Ästhetik, die sollen das selbst entscheiden und bei den Transleuten, also wenn die Transfrau kommt und sagt, ich fühle mich zu wenig weiblich, ich möchte eine Brust, dann sagen wir, ui nein, das ist Identität, das ist ganz tiefgründig, das ist psychologisch. Also auch dort haben wir eine ganz krasse Polarität drin, die einen müssen sich das selbst zahlen, bei den anderen, also das ist der Vorteil oder das was sich Transleute erkämpft haben, im Laufe der Zeit, dass die Gemeinschaft dafür zahlt. (6, 24)

Ferner erwähnt er ein *Bewusstsein für die möglichen Folgen einer Entpsychopathologisierung von Trans\** (B.2.6.4) und erläutert, dass dann eine Fokusverschiebung stattfinden

## Ergebnisse

kann und am Ende könnte es sein, dass dann beispielsweise die Cis-Frau aus dem eben genannten Beispiel geschlechtsdysphor angesehen werden würde.

Für Interviewee 6 ist außerdem ein *Bewusstsein für die historischen Veränderungen der Einstellung zu Homosexuellen und Trans\*menschen und deren Überlappungen* (B.2.6.5) hilfreich. Er gibt Beispiele, wie in den 60er und 70er Jahren Männer, die heute als homosexuell betrachtet werden können, transitioniert haben, weil damals Homosexualität noch als Störung angesehen wurde und geschlechtsangleichende Operationen als Psychochirurgie, um Homosexualität zu überwinden, angewendet wurden.

### 5.3.3 B.3: Bereitschaft

Unter die Kategorie B.3 fallen vier Unterkategorien: *die Bereitschaft sich emotional auf subjektive Erlebensweisen einzulassen und mitzuschwingen* (B.3.1), *lernbereit zu sein* (B.3.2), *Kritik an sich heran zu lassen* (B.3.3) und *die sich selbst zu hinterfragen* (B.3.4).

### 5.3.4 B.4: Akzeptanz

*Akzeptiert werden sollen der Anredewunsch* (B.4.1) und *erwachsene Entscheidungen der Klient\*innen* (B.4.2). Dies bezieht sich auf das unter B.2.6.1 gegebene Beispiel, dass es sein kann, dass eine Trans\*person nach einer geschlechtsangleichenden Operation mit dem Ergebnis unzufrieden ist, dass Menschen aber nun mal Entscheidungen treffen, die immer potenziell bereut werden können. Hinzu kommt das *Akzeptieren und Würdigen, wie Klient\*innen geworden sind* (B.4.3). Dies gilt in allen Bereichen des Lebens und sollte akzeptiert werden. Interviewee 5 sagt dazu:

Ich bin auch erstmal so, wie ich bin und wie ich geworden bin, das ist sozusagen nicht nur schlecht, sondern das bin ich erstmal, und alles, was ich jetzt verändern will, das kommt sozusagen dazu, das ist eine Entwicklung oder eine Nachreifung, aber es ist nicht so, ich drehe mich um 180 Grad, weil ich bleibe trotzdem immer noch ein Großteil dessen, was ich schon lange bin. (5, 68)

### 5.3.5 B.5: Bewertung

*Personen sollten nicht reduziert, exotisiert oder pathologisiert werden* (B.5.1). Hierzu sagt Interviewee 8:

## Ergebnisse

Aber erstmal nicht pathologisieren, ich finde das eine der schlimmsten Dinge. Ich glaube, es ist manchmal eine Angst der Therapeuten. Es ist viel leichter, es zu pathologisieren, weil dann kann ich sagen, OK, damit hab ich nichts zu tun. Das ist mir so fremd, bin ich nicht, und das glaube ich nicht unbedingt. (8, 46)

Interviewee 6 betont, dass Menschen niemals nur eine Sache sind.

Transleute, sie sind ja nicht nur Trans, sondern haben eine ganze Psychologie, die sie mit sich bringen und das ist ja auch ein Problem von diesen ganzen Geschichten oder überhaupt von Stigmatisierung oder von Diskriminierung. In dem Moment, wo man etwas aus der Matrix hervorholt, also aus dieser Unsichtbarkeit hervorholt, dann ist es da dann kann man es benennen. Aber gleichzeitig kann man, also macht man es zum Objekt, also dann ist es eben dieses Kästchendenken, dann gibt es die Trans und dann gibt es die Lesben und es gibt die Schwulen und die Queers und dann gibt es all diese Buchstaben, die man dann fortsetzen kann, und dann in der Medizin ist es dann so, dann ist die Transperson nur Trans. Also egal, was sie hat, ob sie Herzschmerzen hat oder ein Diabetes hat, also das erlebe ich immer wieder mit den Leuten, das ist für mich ein Teil von diesem Strukturellen, von diesem Statischen, von dieser statischen Heteronormativität. Also, dass man dann auf dieses Kuriosum reduziert wird. (6, 6)

Von Interviewee 3 wird außerdem eine *Bewertung von Machtverhältnissen* (B.5.2) gefordert, in dem Sinne, dass Machtverhältnisse und Privilegien und deren Wirkung mitgedacht und bewertet werden.

Als grundlegend betont Interviewee 5, dass *Ideen der Klient\*innen nicht direkt bewertet werden* (B.5.3), sondern diese erst einmal gefördert werden sollen.

### 5.3.6 B.6: Wissen

Die Kategorie B.6 *Wissen* untergliedert sich in fünf Unterkategorien: *Wissen über Machtverhältnisse und Positionierungen* (B.6.1), *über Ungleichheiten und eine mögliche daraus resultierende Wut der Klient\*innen* (B.6.2), *über Trans\* und Inter\** (B.6.3), *über Coming Out* (B.6.4) und *über Konversionsbehandlungen* (B.6.5).

Ein Wissen über Machtverhältnisse und Positionierungen wird von Interviewee 3 beschrieben. Sie beschreibt ein Wissen über die eigene Positionierung innerhalb von Machtverhältnissen und eine Bewertung dieser Verhältnisse. Hinzu kommt ein Wissen, dass Ungleichheiten und diskriminierende Strukturen Wut bei Personen auslösen können, die davon negativ betroffen sind. Diese beiden Punkte konzentrieren sich auf abstrakte



## Ergebnisse

gesellschaftliche Verhältnisse. Die folgenden sind spezifischer Natur, nämlich Wissen über Trans\* und Inter\*, über Coming Out und Konversionsbehandlungen. Dies umfasst u.a. Wissen über Transitionierungsprozesse, Möglichkeiten von Operationen und deren Finanzierung sowie die Rolle des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Interviewee 8 betont die Unterscheidung von verschiedenen Coming Out Formen, bspw. inneres und soziales Coming Out sowie deren Prozesshaftigkeit. Abschließend wünscht sich Interviewee 1 Wissen über Konversionsbehandlungen und deren Folgen.

### 5.3.7 B.7: Grundsätze der therapeutischen Beziehung und Arbeit

Unter die Kategorie B.7 fallen unterschiedliche *Grundsätze der therapeutischen Beziehung und Arbeit*, die von den Interviewpartner\*innen erwähnt wurden. So sollen sich *Klient\*innen im therapeutischen Setting nicht anpassen, nicht an die Therapeut\*in und auch nicht an gesellschaftliche Normen* (B.7.1), so dass etwas Eigenes entstehen kann (siehe 8, 50). Es sollte generell eine Haltung entstehen, bei der *es wirklich um die Person geht, die da sitzt* (C.7.2), *vorschnelle und in sich geschlossene Zuschreibungen* (B.7.3) sowie *Vorurteile über Klient\*innen* (B.7.4) *sollen vermieden werden*. Für Interviewee 1 steht außerdem eine *Solidarität den Klient\*innen gegenüber* (B.7.5) im Vordergrund, insbesondere dann, wenn es um Konversionsversuche geht und sich Therapeut\*innen unsicher sind, ob sie nun mit den Fachkolleg\*innen oder mit ihren Klient\*innen solidarisch sein sollen (siehe 1, 128). Interviewee 4 fordert, *wertfreie dem Symptom gegenüber zu sein* (B.7.6), während Interviewee 5 *einfache Kausalketten ablehnt* (B.7.7). Und für Interviewee 5 sind *Medikamente stets als Hilfsmittel und nie als Lösung anzusehen* (B.7.8). Er sagt dazu:

Hormone sind nie die Lösung für, also weder für Trans oder Medikament sind nie die Lösung für irgendwelche Probleme. Sie sind ein Hilfsmittel, so wie eine Brille ein Hilfsmittel ist oder eine Krücke ein Hilfsmittel, ein medizinisches Hilfsmittel ist. Also die Probleme müssen die Leute immer selbst lösen. (6, 12)

Unter die Kategorie B.7.9 *Therapeut\*innen können keine Entscheidung für Klient\*innen treffen* fallen zwei Aspekte: einmal die allgemeine Haltung, dass die *Therapeut\*in nicht die schlaue Person ist, die Lösungen hat* (B.7.9.1), aber auch, dass *die Therapeut\*in nicht*

## Ergebnisse

über die sexuelle Orientierung der Klient\*in entscheiden kann (B.7.9.2). Dies bezieht sich auf die Erfahrung von Interviewee 7, dass Klient\*innen manchmal von ihr wissen wollen, ob sie nun bspw. lesbisch sind. Dabei kann sie lediglich einen Raum gestalten, in dem dies herausgefunden werden kann.

Abschließend für diese Kategorie werden noch *Grundsätze und Grundgedanken bezüglich sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität* zusammengefasst (B.7.10). Hierunter fallen die Kategorien *Trans\*menschen nicht als krank anzusehen* (B.7.10.1), *Geschlecht ist nicht fremddiagnostizierbar* (B.7.10.2), *sexuelle Orientierung ist in der Therapie immer ein Thema* (B.7.10.3), *Zweigeschlechtlichkeit in der Psyche gibt es nicht* (B.7.10.4), *Heterosexualität als Illusion* (B.7.10.5), *niemand ist frei von internalisierter Homonegativität* (B.7.10.6) und *die Überwindung des Selbststigmas ist Schluss nicht Beginn der Behandlung* (B.7.10.7).

Interviewee 4 erklärt seinen\*ihren Klient\*innen, dass er\*sie sie nicht als krank ansieht, aber durch die Formalismen der Krankenkasse, des Abrechnungssystems und MDKs gezwungen ist, zu pathologisieren, dass aber im therapeutischen Rahmen Psychopathologie keine Rolle spielt (siehe 4, 114). Und ferner:

Also das mache ich eigentlich auch in der ersten Stunde, dass ich dann sage, Geschlecht ist von außen nicht diagnostizierbar. Es ist ein eigenes und subjektives individuelles Empfinden und vielfältig, also ich erkläre auch so verschiedene moderne Ansichten aus der Queer Theorie usw. (...) Und dann sage ich, ich kann Ihr geschlechtliches Empfinden nicht fremddiagnostizieren, sondern es geht in diesem Prozess darum, dass Sie, also dass ich ihr individuelles Empfinden ernst nehme.  
(4, 122)

Für Interviewee 2 ist sexuelle Orientierung immer ein Thema, egal auf wen sich diese richtet. „Es geht darum, raus zu finden oder zu orten, was für eine Rolle, was für eine Bedeutung die sexuelle Orientierung und die Lebenswelt dadurch eigentlich für eine Rolle spielt“ (2, 14). Interviewee 8 vertritt die Position, dass *es Heterosexualität in der Psyche nicht gibt* und beispielsweise heterosexuelle Klient\*innen homosexuelle Fantasien oder Träume haben (siehe 8, 8). Interview 7 betont, dass *niemand frei von internalisierter Homonegativität ist* (B.7.10.6), auch nicht Therapeut\*innen. Abgeschlossen werden die Überlegungen zu sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität von der Haltung, dass die *Überwindung des Selbststigmas nicht als Beginn, sondern als Schluss der Behandlung angesehen werden muss* (B.7.10.7).

### **5.3.8 B.8: Klient\*innen bemerken innere Haltung der Therapeut\*innen an**

Klient\*innen bemerken diese notwendigen Aspekte der inneren Haltung der Therapeut\*innen an *einer harmonischen emotionalen Beziehung* (B.8.1) und an der *Begegnung von zwei Menschen in all ihrem Gewordensein* (B.8.2), *wenn sie eine Idee bekommen, dass sie sich öffnen und vertrauen können* (B.8.3) und *sich die Therapeut\*in glaubwürdig gegenüber den Themen der Klient\*in positioniert* (B.8.4) und beispielsweise auf Fragen der Klient\*in eingeht.

Interviewee 2 sagt zur Zweitem folgendes:

Ich glaube, dass wenn´s funktioniert, ist es was, was ich bezeichnen würde, dass zwei Menschen in all ihrem Gewordensein und auch sowas wie geronnener Erfahrung sich begegnen und das für einen Moment spüren können. Also das hat ganz viel mit Erfahrung zu tun oder einer bestimmten Erfahrung machen. Ohne dass da über irgendetwas geredet wird, es ist nichts Thema, was mein Hintergrund ist, außer es fragt jemand. So, dann tu ich das auch transparent machen. (3, 114)

## **5.4 Hauptkategorie C: Rahmenbedingungen**

Unter die Hauptkategorie C fallen alle Äußerungen, die die Gestaltung von Rahmenbedingungen erwähnen, die Voraussetzung oder förderlich sind, damit sich lsbtq\* Menschen in der Therapie wohl fühlen können und damit Heteronormativität überhaupt thematisiert werden kann.

### **5.4.1 C.1: Niedrigschwellige und kostenlose Beratungs- bzw. Therapieangebote**

Interviewee 7 wünscht sich überall niedrigschwellige und kostenlose Beratungs- und Therapieangebote bei spezialisierten Therapeut\*innen.

### **5.4.2 C.2: Ausbildungsinhalte**

Von den interviewten Personen werden unterschiedliche Aspekte genannt, die als notwendig in der therapeutischen Weiterbildung angesehen werden: Interviewee 8 sagt, dass lsbtq\* Personen häufig gar nicht in psychoanalytischen Ausbildungsinstituten zu finden sind und demzufolge auch nicht thematisiert werden. Es scheint also nötig, *lsbtq\**

## Ergebnisse

*Themen und Fälle in den Ausbildungen einzubinden* (C.2.1). Ferner wird von Interviewees gefordert, *ein Bewusstsein für Heteronormativität in Ausbildung und Supervision zu schulen* (C.2.2). Hinzu kommt eine *selbsterfahrungsbasierte Reflexion von Heteronormen* (C.2.3), denn „es braucht dann halt schon diesen, also man muss sich schon selbst mit Heteronormativität beschäftigt haben, damit man das überhaupt erkennt, also damit man sich auf Therapeuten Seiten davon differenzieren oder distanzieren kann“ (2, 21). Interviewee 1 fordert eine *Auseinandersetzung mit der eigenen Körperlichkeit* (C.2.3.1) und eine *Reflexion körperbezogener Ängste* (C.2.3.2), die auch für die *Reflexion wichtig sind, wen ich als Therapeut\*in an mich heran lasse und wen nicht* (C.2.3.3). Sie sagt dazu:

Also manchmal habe ich so den Eindruck, dass das gerade Transklient\*innen, als ganz besonders exotisches konstruiert werden (...). Also so eine Auseinandersetzung mit, wann konstruiere ich als Therapeut\*in jemand als total fremd und gestalte auch die Diskussion so, dass die Person merkt, ich fass sie gerade mal mit der Pinzette an. Also, und ich glaube, dass das viel mit körperbezogenen Ängste auf Seiten der Kollegen zusammen gehört, dass es da eine bessere Reflexion braucht für, wie nah lass ich jemanden auch an mich ran, dass ich einer Transperson auch das Recht gebe, als Cis-Person also quasi ran kommen und mir erlaube, mich einzufühlen. Ich kann mich auch, wenn ich Brüste habe, kann ich mich einfühlen versuche in eine Person, die sagt, ich hätte aber gern eine Mastektomie. Also so skurril ist das eher nicht. Und wir vermeinen das bei anderen Klienten vielleicht schon zu können, also was weiß ich, beim depressiven Klienten, aber warum wird das so fremd, wenn es ein\*e Transklient\*in ist. Da bräuchte es mehr Selbsterfahrung. (1, 88)

### **5.4.3 C.3: Gestaltung der Homepage und der Praxisräume**

Die Gestaltung der Homepage und der Praxisräume, sodass sich lsbtiq\* Menschen wohlfühlen können, sind bei fünf Interviews Thema. Grundlegend wird genannt, dass Klient\*innen *eine Idee bekommen sollen, in dem Raum überhaupt vorkommen zu können* (C.3.1). Dies kann durch die *Verwendung von Schlagwörtern, wie zum Beispiel gleichgeschlechtliche Paare oder Poly-Systeme, auf der Website* (C.3.2) oder durch die *Verwendung des Sternchens* (C.3.3) erfolgen. Interviewees empfehlen, in den *Praxisräumen vielfältige Magazine und Broschüren* (C.3.4) sowie *Bilder und Plakate* (C.3.5) auszulegen bzw. aufzuhängen.

### **5.4.4 C.4: In der Szene und deren Institutionen vernetzt sein**

## Ergebnisse

Eine Vernetzung in der Szene und mit ihren Institutionen wird als hilfreich angesehen. So können beispielsweise Einrichtungen, Klient\*innen an potenziell geeignete Therapeut\*innen empfehlen.

### **5.4.5 C.5: Intervision und / oder Supervision bei sensibilisierten Kolleg\*innen**

Die Bedeutung von Inter- und Supervision bei sensibilisierten Kolleg\*innen wird von Interviewee 2 und 7 betont. Dies ist spätestens dann notwendig, wenn Klient\*innen Therapeut\*innen mit Heteronormativität in der Therapie konfrontieren. Hierzu sagt Interviewee 2 folgendes: „[dann] müssen plötzlich Patienten ihre Therapeuten erziehen (...) und ich finde es immer wichtig, kann der\*die Therapeut\*in darauf eingehen oder nicht. Also wird es als Signal, sich selbst in Frage zu stellen erkannt oder nicht. Und wenn nicht ist es meist ein ungünstiger Prozess“ (2, 84). Dabei ist es essenziell, dass die Supervisor\*innen für Geschlechternormen und Heteronormen sensibilisiert sind.

### **5.4.6 C.6: Sprachsensibilität des Teams und des Personals**

Das Team und das Personal einer Praxis, Klinik oder Beratungsstelle sollte eine Sprachsensibilität aufweisen, damit Klient\*innen nicht mit falschen Namen angesprochen werden, sondern ihnen „geschlechtsneutral“ begegnet wird, wie es Interviewee 4 ausdrückt.

### **5.4.7 C.7: Fähigkeiten seitens der Therapeut\*innen**

Seitens der Therapeut\*innen werden folgende Fähigkeiten gefordert: eine *Selbstreflexion über das eigene Geschlecht, die Orientierung und das Auftreten* (C.7.1), was Interviewee 6 folgendermaßen verbalisiert: „Im psychotherapeutischen Kontext heißt das schon, man muss eine Selbstreflexion durchmachen über das eigene Geschlecht und über die eigene Geschlechtsorientierung, weil wir eben gezwungenermaßen ein Spiegel sind auch für diese Leute“ (6, 26). Weiterhin wird eine *Sprachsensibilität* (C.7.2) gefordert, die sich zum Beispiel darin zeigt, „wenn es um sehr sexuell besetzte Körperteile geht, also z.B. eine weibliche Cis-Therapeutin mit einem Transmann, der die Mastektomie machen möchte. Dass man dann auch sehr achtsam sein muss mit der Wortwahl. Also ob ich jetzt sage ‚was Sie lassen sich die Brüste abschneiden?‘ ist etwas anderes als ‚Sie wollen eine

## Ergebnisse

Mastektomie machen“ (1, 86). Auch die *Fähigkeit, sich zu entschuldigen* (C.7.3) gehört dazu. Hierüber sagt Interviewee 1 folgendes:

Und die Fähigkeit, sich zu entschuldigen. Also mir fiel das schwer, mit dem Entschuldigen. Aber auch, ich gender jemanden manchmal falsch (...) also mir ist wichtig, dass ich dann sofort hinterher renne, sorry, war mein Fehler und ich glaub, das müssen wir lernen, also das lernen wir nicht in der Ausbildung. Und gerade in dem Bereich, ist es unglaublich wichtig. (1, 90)

Und zuletzt die *Fähigkeit, Wut seitens der Klient\*innen aufgrund von ungleichen gesellschaftlichen Machtverhältnissen aushalten zu können* (C.7.4). Interviewee 3 verdeutlicht dies an einem anschaulichen Beispiel:

Eine geflüchtete Person, trans und die erste Frage war natürlich: Wie kannst du mir helfen? Du bist weiß und cis. Und mit unglaublich viel Wut und auch mit viel Wut auf weiße Heterostrukturen (...) und ich glaub dieses, mit Wissen dieses, die Wut auch auszuhalten und zu wissen, dass bestimmte Sachen so viel Wut machen können und dass ich da auch an einer bestimmten Stelle bin und (...) ich glaube, dass ich da auch stehen bleiben muss, also als Repräsentation erstmal so, ohne du könntest therapeutisch sagen, ich geh mal hier hin (steht auf und zeigt auf den nun leeren Stuhl) da, machen sie mal mit ihrer Wut. Das ist was anderes (setzt sich wieder) und ich glaube, das auch für einen Moment auszuhalten und ihr auch sagen zu können, ich kann das auch aushalten und ich weiß, ich kann mir vorstellen, dass bestimmte Sachen immense Wut machen. (3, 98)

### 5.4.8 C.8: Therapiegestaltung

Abschließend werden noch fünf Punkte benannt, die in Bezug auf die Therapiegestaltung genannt wurden. Dies beginnt mit einer *geschlechtsneutralen Begrüßung* (C.8.1), also einer Anrede ohne Herr und Frau, damit sich die Person später selbst beschreiben kann und nicht sofort festgelegt wird.

Generell sollten durch entsprechende Gesprächsführung *Möglichkeiten zur Öffnung und Auseinandersetzung geschaffen werden* (C.8.2.), also „das Möglichmachen, dass jemand sich dann eben öffnet, bezüglich einer queeren Identität“ (1, 86). Hierfür sollten die *Anrede- und der Namenswunsch geklärt werden* (C.8.2.1), dies gilt bei Bedarf auch seitens der Therapeut\*in. Es sollten *offene (anamnestische) Fragen gestellt werden* (C.8.2.2), also „am Anfang nicht zu fragen, sind Sie mit einem Mann oder mit einer Frau verheiratet,

## Ergebnisse

sondern: Leben Sie in einer Beziehung, wie leben Sie das? Vielleicht auch mal zu fragen: Wie leben Sie denn ihre Geschlechterrolle? Ist das für Sie OK so? Gibt es da Fragen dazu?“ (7, 34). Interviewee 8 weist noch auf einen anderen Aspekt hin:

Ich glaube, wir Psychotherapeuten sollten viel mehr offen sein an der Stelle, was Sexualität und Beziehung angeht, auch wie sie Fragen stellen. Auch was Beziehungen angeht. (...) Auch das z.B. eher gefragt wird bei heterosexuellen, die in einem Alter sind, wo sie Väter oder Mütter sein könnten, dass man nach Vaterschafts-, Mutterschaftsthema fragt. Ich frag das auch bei Schwulen und Lesben, ist das Vaterschaftsthema ein Thema in Ihnen, war das mal ein Thema. (8, 110)

Gerade *bei den anamnestischen Fragen sollten Antworten der Klient\*innen stehen gelassen und nicht direkt bewertet werden* (C.8.2.3), auch dies wird von Interviewee 8 wie folgt ausgedrückt: „Ich lass das erstmal stehen, ich spring da nicht drauf an oder nimm das so, ich hör mir das einfach an, das ist wie ein Tisch wo alles halt hingestellt wird und ich suche mir jetzt nicht erstmal das raus, was ich halt am liebsten mag oder gar nicht mag“ (8, 110).

Bei der *Anwendung von Methoden sollte die Normsetzung hinterfragt werden* (C8.3). Dies betrifft beispielsweise die sokratische Dialogführung, wie bereits erläutert. *Fragebögen sollten entsprechend gestaltet und ausgewählt werden* (C.8.4). Wie wird beispielsweise Geschlecht in Fragebögen erfasst. Interviewee 1 sagt außerdem: „und [ich] habe auch jetzt die Fragebögen, die ich entsprechend verwende, entsprechend ergänzt. Also zum Beispiel an den SCL-90 noch so einen Passus dran gestellt mit Diskriminierung und aufgrund welchem vermuteten Merkmals, der\*die Patient\*in, das vermutet, er oder sie angegriffen worden ist“ (siehe 1, 22). Sie schlägt außerdem *eine Transparenz bei allem Schriftlichen* (C.8.5) vor und sagt dazu „ich gehe auch davon aus, dass für die Leute, die ja oft Diskriminierungserfahrung haben, Transparenz total wichtig ist, deswegen gebe ich mir große Mühe, mein ganzes Vorgehen zu erklären, und alle Schriftstücke, die rausgehen, zum Lesen vorher zu geben“ (1, 22).

## 6 Diskussion

### 6.1 Diskussion der Ergebnisse

#### 6.1.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse führen Erfahrungswerte von acht Therapeut\*innen mit unterschiedlichen Ausbildungshintergründen und Arbeitsschwerpunkten zusammen. Dabei beantwortet die vorliegende Arbeit die Forschungsfrage, wie Psychotherapeut\*innen, die viel Erfahrung in der Arbeit mit Isbtiq\* Klient\*innen haben, psychotherapeutisch vorgehen bei Klient\*innen, die von Heteronormativität belastet werden. Folgende Auswertungskategorien wurden entwickelt: A, welche *Werkzeuge* die interviewten Therapeut\*innen als geeignet und ungeeignet erachten; B, welche *innere Haltung* seitens der Therapeut\*innen dabei als notwendig angesehen wird; C, wie *Rahmenbedingungen* gestalten werden sollen, damit sich Isbtiq\* Menschen wohl fühlen und Heteronormativität thematisiert und bearbeitet werden kann.

#### *Hauptkategorie A: Werkzeuge*

Zum therapeutischen Handwerkszeug gehören affirmative Guidelines, bestimmte Therapieformen, Theorien und Modelle, Methoden sowie Empfehlungen, die auf der Erfahrung der Therapeut\*innen basieren. Als Therapieformen wurden Interpersonelle Therapie, mentalisierungsbasierte Therapien, Acceptance and Commitment Therapie, kontextorientierte Therapien, Dialektisch-Behaviorale Therapie, Traumatherapie und das CBASP sowie, mit Einschränkungen, Schematherapie empfohlen. Zu den von den Therapeut\*innen gerne verwendeten Theorien und Modellen zählen Minderheitenstressmodell, Coming Out Modelle, das Klein Sexual Orientation Grid, Standpunkttheorie, Vincolo Comprometido, Objectification Theory, Interpersonelle Theorie, Syndemie-Ansatz, Theorien, die sich mit tabuisiertem Schweigen auseinandersetzen, sowie Einzelstudien. Die interviewten Therapeut\*innen verwenden folgende Methoden in der Arbeit mit Menschen, die von Heteronormativität belastet werden: Ressourcenarbeit; Informationsvermittlung, Location of Self, Metaphern, Grafiken, Vergleiche und Geschichten, Aussagen der



## Diskussion

Klient\*innen auf Karten aufschreiben, Assoziationen, Soziogramm, Prototypenabfrage, Stereotypensammlung, Sokratische Dialogführung, Verhaltensanalyse, Analyse des Auftretens der Klient\*innen in belastenden Situationen, Analyse, inwieweit Angst ir/rational ist, diskriminanzfördernde Methoden, Rollenspiele, Traumaarbeit, systemische Fragen, systemische Aufstellung, Aufstellung von inneren Stimmen im Raum, Stühlearbeit und Arbeit mit Biographie und Herkunftsfamilie. Unter die Kategorie *erfahrungsbasierte therapeutische Empfehlungen* fallen eine Vielzahl von Aspekten, von denen hier nur ein Ausschnitt dargestellt werden kann. Die Therapeut\*innen empfehlen u.a., das Selbstbestimmungsrecht bei den Klient\*innen zu belassen, sich selbst zu outen bzw. zu positionieren und Mehrheiten, Minderheiten, Diskriminierung und Heteronormen zu benennen. Dabei geht es häufig darum, angstfreie, geschlechtsoffene Räume zu schaffen, in denen alles ausgesprochen und gedacht werden kann, in denen Dinge ausprobiert werden können, aber auch Raum für Zweifel, Verletzungen, Wut und Schmerz sein kann. In der Arbeit mit internalisierten Normen und Glaubenssätzen wird empfohlen diese erst einmal formuliert werden, um sie einordnen und hinterfragen zu können. Spezifische Informationen, Aufgaben und Kontakte zu Menschen, die in Bezug auf das von den Klient\*innen Internalisierte anders leben oder dies anders bewerten, können helfen. Häufig geht es auch darum, eine Verbindung zwischen Normen und Diskriminierung und Belastung herzustellen, Anstrengungen zu würdigen, psychische Reaktionen auf Traumata zu normalisieren oder darum, Schuldgefühle zu verstehen und einen anderen Umgang mit ihnen zu ermöglichen.

Für therapeutische Arbeit mit Trans\*personen wird spezifisch empfohlen, Verständnis für ein Sicherheits- und Klarheitsbedürfnis aufzubringen, Informationen zu medizinisch-psychiatrischen Rahmenbedingungen geben zu können, im Rahmen der Therapie die Pathologisierung aufzuheben und so wenig Krankheitsgefühl wie möglich zu vermitteln. Es wird angeraten, spezifisch herauszuarbeiten, was an Verletzungen ausgehalten werden muss und was nicht, Partner\*innensuche und Outing bei den eigenen Kindern bei Bedarf zu thematisieren und ein Bewusstsein bei den Klient\*innen für neue Diskriminierungsformen nach einer Transition zu unterstützen.

Generell gilt es, hellhörig zu werden, wenn Klient\*innen von frühen OPs berichten, von denen sie nicht viel wissen. Dann sollte genauer nachgefragt und gegebenenfalls auch weiter recherchiert werden. Wenn Personen herausfinden, dass sie Inter\* sind, dann geht

## Diskussion

es darum, einen neuen Verstehensrahmen zu unterstützen. Bei Eltern von Inter\*kindern wird empfohlen, deren eigene Bilder und Erwartungen zu reflektieren. Allgemein werden in der therapeutischen Arbeit mit Inter\*personen häufig konstruktivistisch-psychologische Fragen thematisiert sowie Verletzungen durch Familie und das Gesundheitssystem oder ein mangelndes Vertrauen in den eigenen Körper. Es wird ferner empfohlen, Normativitätsbegriffe und Intimbeziehungen zu thematisieren.

Als nicht sinnvoll oder ungeeignet werden Methoden angesehen, die ausschließlich auf internale Prozesse fokussieren, der Einsatz von Konfrontationen sowie bei der sokratischen Dialogführung Heteronormen als Ziel auszuwählen. Hinzu kommt u.a. ein Idylle fokussiertes Vorgehen, sagen, was zu tun ist, eindimensionale Erklärungsmodelle zu postulieren, eine glatte Projektionsfläche sein, ein Verweisen auf abstrakte Konstrukte bei konkreten Fragen, Menschen erneut Ohnmachtssituationen auszusetzen, aber auch Themen rund um die sexuelle Orientierung gar nicht anzusprechen, normabweichendes Verhalten statt das eigentliche Thema der Klient\*in zu fokussieren, ein Beharren auf Fortschritte im Outing ohne Beachtung des Kontextes sowie ein Nicht-ernst-Nehmen der Situation oder der Bemühungen der Klient\*in. Es ist auch nicht sinnvoll, alles mit der normabweichenden Identität in Verbindung zu setzen, Blaming zu betreiben, eine moralische Keule auszupacken, Wut oder Kritik abzublocken, normative Sprache zu verwenden oder starre Männer- und Frauenbilder zu transportieren.

### *Hauptkategorie B: Innere Haltung*

Eine von den Interviewees geforderte Haltung zeichnet sich durch Offenheit für Unterschiedlichkeit und Vielfältigkeit aus, (er)kennt Heteronormativität und öffnet einen Rahmen, in dem theoretisch alles möglich und denkbar ist. Therapeut\*innen bringen ein Bewusstsein für das Klient\*innen-Therapeut\*innen Verhältnis, für eigene Widersprüche, für Fehler, die passieren können (deren Häufigkeiten aber verringert werden können), für Intersektionalität, Mehrfachdiskriminierung und gesellschaftliche Machtverhältnisse bezüglich Geschlecht sowie dafür, dass Klient\*innen sehr schnell merken, wenn Dinge in der Therapie nicht besprechbar sind, mit. Dabei geht es außerdem um eine Bereitschaft, sich emotional auf die subjektiven Erlebnisse der Klient\*innen einzulassen und mitzuschwingen, lernbereit zu sein, Kritik an sich ran zu lassen und sich dabei immer wieder selbst zu hinterfragen. Personen werden nicht auf einzelne Merkmale reduziert, exotisiert

## Diskussion

oder pathologisiert. Machtverhältnisse werden bewertet. Ideen der Klient\*innen werden nicht direkt bewertet. Verschiedene Wissensaspekte spielen eine bedeutende Rolle: Wissen über Machtverhältnisse, Positionierungen, Ungleichheiten und eine daraus resultierende Wut der Klient\*innen, Trans\* und Inter\*, Coming Out und Konversionsbehandlungen. Die von den Interviewees konkretisierte Haltung zeichnet sich ferner dadurch aus, dass sich Klient\*innen in der Therapie an nichts (weder an die Therapeut\*in noch an gesellschaftliche Normen) anpassen sollen, dass es wirklich um die Person geht, die da sitzt, dass vorschnelle, in sich geschlossene Zuschreibungen sowie Vorurteile vermieden werden, dass sich Therapeut\*innen solidarisch den Klient\*innen gegenüber zeigen, wertfrei dem Symptom gegenüber treten und dabei einfache Kausalketten ablehnen. Medikamente werden als Hilfswege angesehen und nicht als Lösung. Therapeut\*innen vertreten die Position, dass sie keine Entscheidungen für Klient\*innen treffen können. Es wurden zusätzlich spezifische Haltungsaspekte bezüglich sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität gefordert. Diese umfassen, Trans\*menschen nicht als krank anzusehen und die Positionen zu vertreten, dass Geschlecht nicht fremddiagnostizierbar und sexuelle Orientierung immer ein Thema in der Therapie ist, dass es Zweigeschlechtlichkeit in der Psyche nicht gibt, Heterosexualität eine Illusion ist, niemand frei von internalisierter Homonegativität ist und die Überwindung des Selbststigmas als Schluss der Behandlung und nicht als Beginn angesehen wird. Klient\*innen bemerken eine solche Haltung an einer harmonischen emotionalen Beziehung, an einer Begegnung von zwei Menschen in all ihrem Gewordensein, wenn sie eine Idee davon bekommen, dass sie sich öffnen und vertrauen können und sich die Therapeut\*in glaubwürdig den wichtigen Themen der Klient\*in gegenüber positioniert.

### *Hauptkategorie C: Rahmenbedingungen*

Als dritter Hauptpunkt, neben Werkzeugen und der inneren Haltung, spielt die Gestaltung der Rahmenbedingungen eine fundamentale Rolle, damit sich lsbtqi\* Menschen wohl fühlen können und Heteronormativität überhaupt thematisiert und bearbeitet werden kann. Hierzu gehören grundlegend niedrigschwellige und kostenlose Beratungs- und Therapieangebote. In der Ausbildung von Therapeut\*innen sollten lsbtqi\* Themen und Fälle behandelt werden, ein Bewusstsein für Heteronormativität geschult und Heteronormen selbsterfahrungsbasiert reflektiert werden. Die Gestaltung der Homepage und der Praxisräume ist ebenfalls wichtig, damit Klient\*innen eine Idee bekommen, in diesem

## Diskussion

bestimmten Raum überhaupt vorkommen zu können. Hierfür sind die Verwendung von Schlagworten oder der Sternchenschreibweise auf der Homepage hilfreich sowie das Auslegen und Aufhängen von vielfältigen Magazinen, Broschüren, Bildern und Plakaten in den Praxisräumen. Des Weiteren empfehlen die interviewten Psychotherapeut\*innen eine gute Vernetzung innerhalb der Szene und deren Institutionen und weisen auf die Wichtigkeit von Inter- und / oder Supervision bei sensibilisierten Kolleg\*innen und einer Sprachsensibilität seitens des Teams und des Personals hin. Therapeut\*innen sollten die Fähigkeiten mitbringen, ihr eigenes Geschlecht, ihre Orientierung und ihr Auftreten zu reflektieren, sprachsensibel zu sein, sich entschuldigen zu können und Wut seitens der Klient\*innen aufgrund von ungleichen gesellschaftlichen Machtverhältnissen auszuhalten. Die Therapiegestaltung zeichnet sich durch eine geschlechtsneutrale Begrüßung und eine Gesprächsgestaltung, die Möglichkeiten der Öffnung und der Auseinandersetzung schafft, aus. Eingesetzte Methoden werden auf ihre Normsetzung hinterfragt, Fragebogen entsprechend ausgewählt und gestaltet und Transparenz bei allem Schriftlichen hergestellt.

Diese Zusammenstellung fasst das über zehnstündige Interviewmaterial von acht Therapeut\*innen mit unterschiedlichen Ausbildungshintergründen und Arbeitsschwerpunkten zusammen und bündelt dabei ihr Erfahrungswissen. Dabei kann es durchaus sein, dass Aspekte nebeneinander stehen, die sich in Einzelheiten widersprechen oder nicht der Haltung oder Herangehensweise einer bestimmten Therapieschule entsprechen. Es müsste zum Beispiel überprüft werden, ob psychodynamisch arbeitende Therapeut\*innen gegenüber ihren Klient\*innen *Transparenz bei allem Schriftlichen* (C.8.5) für angebracht halten. Dies bleibt bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Zusammenfassend zeigt sich ein konkretes Bild, welche Aspekte eine Psychotherapie mit Klient\*innen, die von Heteronormativität belastet werden, umfassen kann. Das Kategoriensystem kann als Vorschlag für eine affirmative therapeutische Praxis gelesen werden und bietet sowohl Therapeut\*innen in Ausbildung als auch erfahrenen Therapierenden Anregungen und Inspiration.

### 6.1.2 Zusammenführung des Forschungsstandes und der Ergebnisse

Grundsätzlich bestätigen die Ergebnisse den aktuellen Forschungsstand. Eine wesentliche Stärke dieser Arbeit liegt in der leichten Übertragbarkeit des Kategoriensystems auf therapeutische Praxis. Dabei kann das Kategoriensystem als eine feingliedrige (und keinesfalls umfassende) Ausdifferenzierung eines affirmativen Psychotherapieansatzes für Menschen, die von Heteronormativität belastet werden, gelesen werden. Hierbei schließt sich die Arbeit an die Schlussfolgerung von Johnson (2012) an, affirmative Psychotherapie eher als eine *Herangehensweise an* Psychotherapie als eine eigenständige Psychotherapie zu sehen. Sie vertritt dabei in ihrer Fallauswahl, nämlich Therapeut\*innen möglichst unterschiedlicher Ausbildungshintergründe zu interviewen, einen Therapieschulen-übergreifenden Ansatz.

Eine Besonderheit stellt diesbezüglich die Perspektive der Arbeit dar, nämlich Heteronormativität als Ausgangspunkt zu setzen. Dabei werden Ansätze aus der lesbischen, schwulen und bisexuellen affirmativen Psychotherapie (Göth & Kohn, 2014; Johnson, 2012) und trans\*affirmativen Psychotherapie (Meyer, 2015) miteinander kombiniert und auf Menschen erweitert, die sich nicht als Lsbtiq\* verorten, von Heteronormativität aber ebenfalls belastet werden.

Der von Embaye (2006) geforderte Ansatz einer affirmativen Psychotherapie mit bisexuellen transgender Menschen kann auf die Arbeit mit Menschen, die von Heteronormativität belastet werden, übertragen werden. Die Notwendigkeit, einen sicheren Ort zu schaffen, in dem Menschen ihre eigenen informierten Entscheidungen treffen können, ohne von den Annahmen, Vorurteilen und Einstellungen der Therapeut\*in beeinflusst zu werden, formuliert auch das Kategoriensystem. Beispielsweise fordern die Interviewees offene, angstfreie und geschlechtsoffene Räume zum Ausprobieren, die auch offen für Zweifel sind. Dabei sollen Vorurteile und Zuschreibungen seitens der Therapierenden vermieden werden und das Selbstbestimmungsrecht stets bei den Klient\*innen gelassen werden.

Auch der Betonung von spezifischem Wissen, wie von Günther (2016) und Sauer et al. (2016) gefordert, trägt das Kategoriensystem unter B.6 *Wissen* Rechnung. Es teilt die

## Diskussion

Forderung nach Superrevision, Reflexion und Selbsterfahrung sowie einer spezifischen Haltung (vgl. Günther, 2016) und bildet diese unter B *Innere Haltung*, C.2.3 *Selbsterfahrungsbasierte Reflexion von Heteronormen* und C.5 *Intervision und / oder Supervision bei sensibilisierten Kolleg\*innen* ab.

Das Kategoriensystem kann als praktische Ergänzung zu den erwähnten Empfehlungen der VLSP\* (Wolf et al., 2015) und der American Psychological Association (2015) gesehen werden. Es verbindet dabei Themen der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität miteinander, die die Guidelines getrennt voneinander betrachten. Im Vergleich der VLSP\* Empfehlungen, die über einen Zeitraum von sechs Jahren entstanden sind, mit dieser Arbeit fällt auf, dass es große Übereinstimmungen gibt, die Empfehlungen des Verbandes aber einen weitaus umfassenderen Rahmen aufspannen und Vielfältigkeitsaspekten bedeutend mehr Raum geben. Vor allem in den Themenbereichen der Empfehlungen A) *Wissen und Haltung gegenüber Homosexualität und Bisexualität* und E) *Profession und sexuelle Orientierung* finden sich weite Überschneidungen. Als Beispiel zeichnet sich die dritte Empfehlung *Wertschätzende Haltung gegenüber allen Klient\*innen* u.a. durch ein Wissen über die Grenzen des eigenen Wissens und der eigenen Erfahrung, eine Bereitschaft, bei therapeutischen Fehlern den entstandenen Schaden abzuwenden bzw. ihn zu lindern sowie sich zu entschuldigen, aus (Wolf et al., 2015). Außerdem nehmen Psychotherapeut\*innen „ihre Standpunkte, Normen und Werte sowie ihre gesellschaftlichen Positionierungen sorgfältig wahr und beachten die Auswirkungen von gesellschaftlicher Privilegierung und Marginalisierung in Therapien“ (Wolf et al., 2015, S. 26). Diese Punkte finden sich in zahlreichen Kategorien des Systems wieder (A.5.10.3 *angstfreie Räume durch Wertschätzung und Wissen um eigene Grenzen schaffen*; B.2.1 *Bewusstsein für Verhältnis zwischen Klient\*innen und Therapeut\*in*; B.6.1 *Wissen über Machtverhältnisse und Positionierungen*; C.7.1 *Selbstreflexion über eigenes Geschlecht, Orientierung und Auftreten*; C.7.3 *Fähigkeit, sich zu entschuldigen*). Als weiteres Beispiel forderten die Interviewees dieser Arbeit, dass *LSBTIQ\* überhaupt in Ausbildungssituationen thematisiert wird* (C.2.1), ein *Bewusstsein für Heteronormativität geschult wird* (C.2.2) und *Heteronormen selbsterfahrungsbasiert reflektiert werden* (C.2.3). Diese Aspekte finden sich in der 23. Empfehlung des VLSP\* (Wolf et al., 2015) wieder, die Psychotherapeut\*innen dazu auffordert, ihr Wissen und Verständnis über Homo- und Bisexualität kontinuierlich zu vertiefen, und dass sexuelle Orientierungen verbindliche

## Diskussion

Inhalte der Curricula der Ausbildungsinstitute werden sollen. Einige Themen der Empfehlungen werden in der vorliegenden Arbeit nur gestreift oder finden keine Erwähnung. Hierzu zählt Bisexualität, Beziehungen und Familienentwürfe, und weitere Vielfältigkeitsaspekte, wie Generations- und Altersunterschiede, Intersektionalität mit Rassismuserfahrung, chronischen Erkrankungen und Spiritualität bzw. Religionszugehörigkeit.

Das in dieser Arbeit explorative entstandene Kategoriensystem thematisiert große Teile der *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People* der American Psychological Association (2015). Die APA fordert im ersten Themenbereich (*Foundational Knowledge and Awareness*) ein Verständnis für verschiedene Geschlechtsidentitäten, für die Unabhängigkeit von sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität, die Intersektionalität von Geschlechtsidentität und anderen Identitätsaspekten. Zudem verlangt sie ein Bewusstsein dafür, dass sich die Einstellungen und das Wissen der Therapeut\*innen über Geschlechtsidentität und Geschlechtsausdruck auf die Qualität der Behandlung von Trans\*personen und deren Familien auswirkt. Wissens- und Bewusstseinsaspekte sind im Kategoriensystem unter **B innere Haltung** enthalten. Es wird explizit ein *Bewusstsein für Intersektionalität und Mehrfachdiskriminierung* (B.2.5) angesprochen und dass *Klient\*innen schnell merken, wenn Dinge in der Therapie nicht besprechbar sind* (B.2.4). Gleichzeitig sollten in der Ausbildung *ein Bewusstsein für Heteronormativität* (C.2.2) und *eine selbsterfahrungsbasierte Reflexion von Heteronormen* (C.2.3) stattfinden. Dies sind alle Aspekte, die sich auf die Einstellung und Haltung der Therapeut\*innen fokussieren. Die komplexe Forderung der Empfehlung der APA Nummer 10 (*Psychologists strive to understand how mental health concerns may or may not be related to a transgender and gender nonconforming person's gender identity and the psychological effects of minority stress*) findet sich wieder in drei Kategorien: einerseits in der Kategorie A.5.28.11, dass es *nicht sinnvoll ist, alles mit einer normabweichenden Identität in Verbindung zu bringen*; gleichzeitig soll aber eine *Verbindung zwischen Normen und Diskriminierung und Belastung hergestellt* (A.5.13) und *sekundäre psychische Probleme aufgrund von diskriminierenden und traumatischen Erfahrungen erkannt werden* (A.5.20).

Diese Beispiele verdeutlichen, dass sich die Empfehlungen und die Ergebnisse dieser Arbeit ergänzen. Dabei vertritt die vorliegende Arbeit einen anderen Ansatz als Empfehlungen oder Guidelines. Es werden zwar Empfehlungen von erfahrenen Therapeut\*innen

## Diskussion

gesammelt, diese aber nicht auf ihren Verallgemeinerbarkeitsanspruch überprüft. Außerdem gehen in der Zusammenstellung von konkreten Praxisbezügen manchmal die (politischen) Forderungsaspekte im Kategoriensystem verloren. So soll *Diskriminierung zwar benannt werden* (A.5.11.3), aber institutionelle Barrieren, die sich auf das Leben von Trans\*personen auswirken (Forderung 6 der APA Guidelines, 2015) werden dabei im Kategoriensystem nicht explizit erwähnt. Letztendlich zeigen die wenigen hier erläuterten Beispiele, dass sich das Kategoriensystem als konkrete Ergänzung einiger Guidelines lesen lässt, dabei aber häufig eine andere Struktur aufweist und nicht alle umfangreichen Themenbereiche der Empfehlungen gleichermaßen abdeckt. Gleichzeitig bieten die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit im Vergleich zu den Guidelines zahlreiche konkrete Praxisbezüge, wie zum Beispiel Methoden- und Theorieempfehlungen, die leicht in eine therapeutische Praxis übertragen werden können.

In der vorliegenden Arbeit wurden Expert\*inneninterviews geführt, um herauszufinden, wie diese arbeiten. Die Arbeit beschäftigt sich, wie ein Großteil der bisherigen Forschung auch, nicht mit der Entwicklung von Interventionen und deren Effektivität. Im Gegensatz zu Pachanski et al. (2015) fokussiert diese Arbeit keine spezifische Gruppe (schwule und bisexuelle Männer) oder Therapieverfahren (Kognitive-Verhaltenstherapie). Sie zeichnet sich vielmehr dadurch aus, beides eben nicht zu tun. Dennoch könnten, analog zum ESTEEM-Programm, aus der vorliegenden Arbeit übergreifende Prinzipien und Techniken abgeleitet werden, die für die therapeutische Arbeit mit Klient\*innen, die von Heteronormativität belastet werden, bedeutsam sind. Hierfür wäre allerdings ein weiterer, gesteuerter Prozess mit allen interviewten Therapeut\*innen nötig. Entsprechend dem Vorgehen in der Entwicklung der ESTEEM Intervention sollten dabei auch Klient\*innen mit einbezogen werden. Die vorliegenden Ergebnisse eignen sich demzufolge noch nicht, um Interventionen abzuleiten. Sie könnten dafür aber als Ausgangspunkt und Grundlage genutzt werden.

Für die Konzeption von Fort- und Weiterbildungen ist das Kategoriensystem gut geeignet. So fasst die Arbeit anschaulich zusammen, wie Therapeut\*innen ihre Praxis, Einstellung, Haltung und Rahmenbedingungen überprüfen und reflektieren können. Daraus können einzelne Bausteine für Workshops abgeleitet werden.



### 6.1.3 Weitere Stärken und Schwächen der Arbeit

Die Arbeit betont in ihrer Gesamtheit das Zusammenspiel von innerer Haltung, Rahmenbedingungen und Werkzeugen. Beispielsweise würde eine akzeptierende Haltung alleine, ohne entsprechende Werkzeuge, nicht ausreichen und mangelnde Rahmenbedingungen vielleicht dazu führen, dass lsbtig\* Menschen den jeweiligen Kontext gar nicht erst aufsuchen.

Zu den großen Stärken dieser Arbeit zählt der gewählte Praxisansatz, Expert\*innen zu ihrer therapeutischen Arbeit und ihren Empfehlungen zu interviewen. Dabei werden die Empfehlungen der interviewten Therapeut\*innen zusammengefasst und übersichtlich dargestellt. Die Ergebnisse fassen Handlungs-, Methoden-, und Theorieempfehlungen von Therapeut\*innen mit unterschiedlichen Ausbildungshintergründen zusammen. Im Rekrutierungsprozess ist es gelungen, eine Vielzahl von insgesamt sieben verschiedenen Therapieschulen (und deren Kombination miteinander) einzubeziehen.

Im Interview wurden die Therapeut\*innen jeweils offen gefragt, wie sie arbeiten. Die Antworten bezogen sich teilweise auf unterschiedliche Kontexte: Eine Person arbeitet z.B. hauptsächlich mit schwulen Paaren, die andere mit Trans\*- und Inter\*menschen. Die meisten Bezüge zu den Arbeitsschwerpunkten gehen dabei im Kategoriensystem verloren. Es muss also beachtet werden, dass möglicherweise Aspekte im Kategoriensystem nebeneinander stehen, die nicht auf alle Kontexte oder Klient\*innen übertragbar sind. Das System kann also nicht einfach so „abgearbeitet“ werden. Letztendlich muss die Anwender\*in stets sorgfältig überprüfen, ob die Empfehlungen für ihre spezifische Arbeitsweise und für die individuelle Klient\*in passend sind. Interviewee 1 beschreibt beispielsweise, wie die hohe queere Sichtbarkeit ihrer Arbeitsstelle für manche Klient\*innen ungeeignet ist. Sie sagt:

Also gerade wenn jemand es braucht, dass die Therapeutin eine ganz starke Projektionsfläche wird, dann ist so dass, was ich hier habe, dass das halbe Bücherregal eine Abteilung irgendwie queer ist, dass ich keine Lust habe, mich irgendwie nicht-lesbisch zu performen, kann für jemanden, die wirklich quasi so ein unbeschriebenes Blatt braucht, oder der, ein Hemmnis sein. (...) Also für mache Leute passt es total super und es ist sehr bestärkend, für andere passt es gar nicht.  
(1,54)

## Diskussion

Das Kategoriensystem sollte zusammenfassend als ein Vorschlag oder eine Ideensammlung gelesen werden. An manchen Punkten ist die Arbeit dabei weniger konkret und bietet lediglich Hinweise. Wie zum Beispiel eine *individuelle Angstarbeit* (A.5.21) oder die *Stärkung der Selbstakzeptanz* (A.5.4) gestaltet werden sollen, bleibt unbeantwortet. Die Ergebnisse beinhalten viele Lesarten und weisen einen gewissen Spielraum auf. Dies entspricht wahrscheinlich einem Großteil der täglich stattfindenden therapeutischen Arbeit, in der Therapierende nach ihren eigenen Erfahrungen und ihrem persönlichen Arbeitsstil vorgehen.

Eine weitere Stärke der Arbeit ist die eingenommene Perspektive, die Norm der Heteronormativität in den Fokus zu nehmen. Ein Großteil der in dieser Arbeit zitierten Artikel und Lehrbücher beschränken sich auf einzelne Gruppen des Lsbtiq\* Spektrums. Dabei findet häufig eine Zweiteilung in Literatur über homo- und bisexuelle Menschen sowie über Trans\*menschen statt. Inter\* wird dabei nur selten erwähnt. Setzt man nun Heteronormativität ins Zentrum, sind plötzlich alle Gruppen sowie heterosexuelle und cis-geschlechtliche Menschen, die beispielsweise den gesellschaftlich vorgegebenen Rollenmustern nicht entsprechen, angesprochen. Die Arbeit sammelt Ansatzpunkte, die in einer Psychotherapie mit lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans\*, inter\*, queer und heterosexuellen Menschen bedeutsam sein können, wenn sie von Heteronormativität belastet werden. Diese Perspektive bringt sowohl Vor- als auch Nachteile mit sich. Gemeinsamkeiten und Überschneidungen treten zutage, Synergie-Effekte entstehen und es bleibt zu hoffen, dass der Ansatz zu inspirierenden Überschneidungen für Therapierende führt. Gleichzeitig wird aber im Kategoriensystem auch deutlich, wo diese gruppenübergreifende Perspektive nicht funktioniert, nämlich in den Teilen, die der Therapie von Trans\* und Inter\*personen gewidmet ist. Dort formulieren die Interviewees spezifische Empfehlungen. *Das Aufheben von Pathologisierung* (A.5.26.3) ist beispielsweise besonders in der Arbeit mit Trans\*personen wichtig, weil der therapeutisch formale Rahmen eben diese Personen pathologisiert. Auch in einem Ansatz, der gruppenübergreifend denkt, muss es weiterhin möglich sein, auf Spezifika von Erfahrungsweisen und (struktureller) Diskriminierung einzelner Gruppen hinzuweisen. Letztendlich haben beide Perspektiven, eine gruppenspezifische und eine gruppenübergreifende, ihre Berechtigung. Das Einnehmen einer gruppenübergreifenden hat sich als Ausgangspunkt für diese Arbeit als äußerst fruchtbar

erwiesen. Dies zeigte sich auch im großen Interesse der Praktiker\*innen, die sich unentgeltlich an dieser Arbeit beteiligt haben.

Weitere Aspekte der Schwächen, Einschränkungen und Grenzen der Übertragbarkeit dieser Arbeit werden in Kapitel 6.3.2 diskutiert.

### **6.2 Methodendiskussion**

In der Datenerhebung wurden face-to-face Interviews mit Skype- bzw. Telefoninterviews kombiniert. Letztere ermöglichten es, Personen zu interviewen, die sich nicht in Berlin aufhielten. Somit konnten Reisekosten eingespart und mit großer Flexibilität auf die Termingestaltung der Interviewees eingegangen werden. Allerdings sinkt bei solchen elektronisch geführten Interviews die Kontrolle über das Gespräch und es werden weniger Informationen erfasst; die Informationsausbeute ist also niedriger im Vergleich zu face-to-face Interviews (Gläser & Laudel, 2010). Diese Nachteile wurden in Kauf genommen, damit überhaupt Menschen außerhalb Berlins interviewt werden konnten. Dies wurde bei der Konzeption der Arbeit als fundamental wichtig angesehen, damit auch Personen außerhalb der Hauptstadt und ihren spezifischen Diskursen in die Studie aufgenommen werden konnten. Des Weiteren strebt die Arbeit eine Sammlung von Aspekten an, die bedeutsam in der Arbeit mit Menschen, die von Heteronormativität belastet werden, sind, und benötigt dafür keine tiefgreifenden visuellen bzw. nicht-verbale Daten oder weitere zusätzliche Informationen, die mit einem Telefoninterview nicht erfasst werden können.

Im Laufe der Auswertung der Interviews wurde keine kategoriale Sättigung erreicht, das heißt, dass bis zum achten Interview eine substantielle Anzahl von Unterkategorien in das Kategoriensystem hinzugefügt wurden. Dabei ist auffällig, dass selbst Interviewees mit ähnlichem Ausbildungshintergrund unterschiedliche Vorgehensweisen berichten. In einem Ausbildungssystem, was die Themen dieser Arbeit gar nicht, bis kaum beinhaltet, müssen sich alle Beteiligten ihre eigenen Zugänge erarbeiten und Erfahrungen sammeln. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass erst mit einer sehr viel größeren Stichprobe eine kategoriale Sättigung des Kategoriensystems erreicht werden könnte. Dieser Punkt untermauert erneut die Forderung, nicht von einer vollständigen Sammlung in

dieser Arbeit auszugehen. Für eine ausführliche Diskussion der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse, siehe Kapitel 6.3.2.

## **6.3 Diskussion der Gütekriterien**

### **6.3.1 Diskussion der internen Gütekriterien und der Interco- der\*innen-Übereinstimmung**

Im Rahmen dieser Arbeit wurde das Kategoriensystem alleine durch die Autor\*in erstellt. Während dieses mehrstufigen Prozesses wurden die Konsistenz und die Ausarbeitung der Kategorien u.a. mit dem Masterarbeitskolloquium und der Betreuerin der Arbeit diskutiert. Der Codierleitfaden ist im elektronischen Anhang angefügt. Nach Fertigstellung des Leitfadens und des Kategoriensystems fand eine Überprüfung durch eine Zweitcodierer\*in statt. Dies geschah ohne finanzielle Entlohnung und unter zeitlich begrenzten Bedingungen. Die Person wurde intensiv in den Leitfaden und in die Fülle von Ober- und Unterkategorien eingearbeitet. Ein Kappa-Koeffizient-Wert von 0,6 kann unter Berücksichtigung dieser ehrenamtlichen Bedingungen als zufriedenstellend angesehen werden, auch wenn er an der unteren Grenze des guten Bereichs der von Kuckartz (2016) vorgeschlagenen Faustregel liegt.

### **6.3.2 Diskussion externer Gütekriterien: Übertragbarkeit und Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse**

Auch bei zufriedenstellender interner Studiengüte ist noch keine Verallgemeinerbarkeit und Übertragbarkeit der Ergebnisse gewährleistet. Um zu beurteilen, wie sich Ergebnisse über den situativen Gehalt verallgemeinern lassen, verweist Kuckartz (2016) auf die Wichtigkeit einer sorgfältigen Fallauswahl und auf eine gründliche Reflexion der Übertragbarkeit auf externe Kontexte. Die Kriterien für die Fallauswahl wurden in Kapitel 4.3 ausführlich beschrieben. Aufgrund der schweren Zugänglichkeit zum Feld und der Komplexität der Merkmalskombinationen wurde hierbei eine Priorisierung vorgenommen. Für

## Diskussion

die Arbeit am bedeutendsten war, dass die Therapeut\*innen viel Erfahrung in der Arbeit mit lsbtq\*Klient\*innen aufwiesen. Dies kann als gegeben angesehen werden, da im Durchschnitt in 78 Prozent ihrer Fälle Heteronormativität als Thema in der therapeutischen Arbeit auftaucht und sich durchschnittlich 64 Prozent der aktuell in Behandlung befindlichen Klient\*innen als lsbtq\* verorten. Die Interviewees weisen ferner eine lange Berufserfahrung mit durchschnittlich über 20 Jahren therapeutischer Tätigkeit und einschlägigen Schwerpunkten ihrer Arbeit auf. Ihr zugeschriebener Expert\*innenstatus wird zusätzlich von der Tatsache unterstrichen, dass die meisten der Interviewees in Fachzeitschriften zum Thema Therapie mit lsbtq\* Personen bereits publiziert haben. Auch die Grundidee, möglichst viele unterschiedliche Therapieschulen in die Arbeit mit einzubeziehen, dabei aber einen Fokus auf die in Deutschland zugelassenen Richtlinienverfahren zu legen, kann als erfüllt angesehen werden. Neben der Vielzahl an therapeutischen Ausbildungshintergründen ist auch eine Vielfalt an Arbeitsschwerpunkten und Arbeitskontexten gelungen. Die Kombination aus Interviewees mit psychologischem, medizinischem, oder pädagogischem Hintergrund, die in eigener Praxis, in Beratungsstellen oder in Kliniken meist mit Schwulen, Trans\*personen, Lesben, Queers oder erwachsenen Inter\*personen arbeiten, ermöglichte Ergebnisse, die auf eine tiefgehende Diversität der Erfahrungen gründen. Bei genauerer Betrachtung der Stichprobe fällt allerdings auf, dass sich die Hälfte als cis-männlich und schwul versteht sowie jeweils sieben von acht Interviewees keine Migrationsgeschichte oder Rassismuserfahrung berichten. Eine ausgeglichene Verteilung konnte nicht erreicht werden. Hinzu kommt der Fokus auf den deutschsprachigen Raum mit einem deutlichen Schwerpunkt auf Berlin als Arbeitsort der interviewten Therapeut\*innen. Diese Spezifika der Stichprobe müssen bei der Interpretation der Arbeit beachtet werden. Möglicherweise wären andere Empfehlungen zusammengetragen worden, mit einem weniger cis-männlich geprägten Sample und mehr Menschen mit Migrationsgeschichte und Rassismuserfahrung in der Stichprobe.

Inter\* und Bisexualität wurden von den meisten Interviewees als Themen nur gestreift, Asexualität gar nicht von der Interviewer\*in thematisiert. Die Arbeit fokussierte außerdem Psychotherapie mit Erwachsenen und widmet sich nicht der Erfahrung von Kindern und Jugendlichen.

Dem Entstehungskontext und der Rolle der Interviewer\*in sollte ebenfalls Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die Anzahl von Therapeut\*innen, die sich in dem Bereich der

## Diskussion

sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität und Psychotherapie engagieren, sichtbar werden und publizieren, ist begrenzt. Bei der Rekrutierung wurde auf bestehende Netzwerke zugegriffen. Beratungsstellen pflegen Listen von Therapeut\*innen, an die sie Ratsuchende vermitteln können. Akteur\*innen des Feldes treffen sich auf Fachtagen oder Kongressen und vernetzen sich in eigenen Verbänden. Es ist davon auszugehen, dass sich ein Großteil der interviewten Therapeut\*innen untereinander kennt und in ihrer Arbeit aufeinander bezieht. Die Autor\*in ist ebenfalls Teil dieser Netzwerke, was sicherlich den Zugang zu mehreren Interviewees erleichterte. In einigen Interviewsituationen ermöglichte diese Vernetzung einen sich schnell einstellenden vertrauensvollen und angenehmen Umgang zwischen Interviewer\*in und Interviewee, in dem sich beispielsweise gleich geduzt wurde. All dies kann auf einen Bias der Arbeit hinweisen.

Kuckartz (2016) nennt eine Reihe von Strategien, um die Verallgemeinerbarkeit von empirischen Befunden zu erhöhen. Hierzu gehören Diskussionen mit Expert\*innen (peer debriefing), mit Forschungsteilnehmenden (member checking), ein ausgedehnter Aufenthalt im Feld sowie der Einsatz von Mixed-Methods. Im Rahmen des Entstehungsprozesses, insbesondere bei der Entwicklung des Kategoriensystems, fand peer debriefing in unterschiedlichen Kontexten statt (auf der Konferenz „Feministische und queere Perspektiven für die Psychologie II“, im Masterarbeitskolloquium, in einem Seminar zu qualitativen Forschungsmethoden an der Freien Universität in Berlin). Aus Ressourcengründen konnte eine Diskussion mit den Forschungsteilnehmenden nicht verwirklicht werden, dies wäre für zukünftige Projekte empfehlenswert, um die Forschungsergebnisse zu validieren. Die Autor\*in sieht sich als Teil des Feldes. Der Einsatz von Mixed-Methods ist ebenfalls für zukünftige Forschung interessant. Beispielsweise könnte in Netzwerken, wie dem VLSP\*, quantitativ erfasst werden, wie eine große Anzahl von erfahrenden Therapeut\*innen mit Menschen arbeitet, die von Heteronormativität belastet werden.

## **6.4 Beitrag der Ergebnisse zu Praxis und Forschung**

## Diskussion

Im Rahmen der Forschung zur Affirmativen Psychotherapie kann diese Arbeit als Anhaltspunkt dienen, das Zusammenspiel von Werkzeugen, innerer Haltung und Rahmenbedingungen genauer zu betrachten. Hinzu kommt die eingenommene Perspektive der Arbeit, die Überschneidungen von Identitätskategorien der sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität mitdenkt.

Zur praktischen Relevanz der Ergebnisse zählen ihre Sammlung von leicht in Psychotherapie übertragbaren Aspekten sowie ihre Nützlichkeit für Aus- und Fortbildungen. Das Kategoriensystem bietet zahlreiche Ansätze, die bereits in die Ausbildung von Psychotherapeut\*innen integriert werden sollten. Hierzu zählen leicht vermittelbare Wissensinhalte, wie spezifisches Wissen über Geschlecht, Coming Out oder Diskriminierungserfahrungen, aber auch einsetzbare Methoden, Theorien, Modelle und Vorgehensweisen. Hinzu kommen Haltungsaspekte, die in der Supervision und Selbsterfahrung Thema sein sollten: Offenheit für Unterschiedlichkeit und Vielfältigkeit, Bewusstsein für gesellschaftliche Machtverhältnisse, Bereitschaft, sich auf die Erlebensweisen der Klient\*innen einzulassen oder die Akzeptanz von Namens- oder Pronomenswünschen, um nur einige zu nennen. Das in der Einleitung skizzierte Missverhältnis von häufiger Therapienutzung von lsbtiq\* Personen bei gleichzeitig kaum vorhandener spezifischer Ausbildung der Therapierenden kann behoben werden. Ausbildungsinstitute müssen sich den Themen geschlechtliche Vielfalt und sexuelle Orientierung, aber auch den Wirkmechanismen gesellschaftlicher Normen öffnen und einen konstruktiven Umgang etablieren, damit diesbezüglich Psychotherapeut\*innen im Rückblick nicht mehr zu dem gleichen Fazit kommen, wie Interviewee 7: „Erstmal würde ich sagen, ich habe hauptsächlich nichts gelernt zu diesem Feld. (...) Also das hauptsächliche war halt ein Nichts-Lernen“ (7,24).

Die Ergebnisse werfen ferner Fragen nach der (Nicht-)Eignung von bestimmten Therapieformen oder Methoden auf. Diese sollten in empirischen Studien systematisch erforscht und überprüft werden, um Therapieschäden, Diskriminierungen und erneute Ohnmachtssituationen für Klient\*innen zu vermeiden. Es muss verhindert werden, dass ohnehin schon belastete Individuen in therapeutischen Situationen Zwangskontexten und Zwangsnarrativen ausgesetzt oder ihre Art zu sein, ihr Gewordensein und ihre Lebensweise pathologisiert und exotisiert werden. Therapierende können dies vermeiden, indem sie sich *selbst* Wissen aneignen, das reichliche und oft online publizierte Wissen von Communities, Netzwerken oder Peer-Beratungsstellen nutzen, Fähigkeiten und

## Diskussion

Sprachpraxen lernen und eine akzeptierende Haltung vertreten, die die Selbstbestimmung von Menschen achtet.



## **7 Ausblick**

Forschung über Psychotherapie mit Klient\*innen, die von Heteronormativität belastet werden, kann nicht ohne die Sicht der Klient\*innen auskommen. Es bedarf umfassende Projekte, die die Sicht der Nutzer\*innen von Psychotherapie abbilden, ihre Wünsche und Bedarfe erfassen und in den Forschungsstand integrieren. Des Weiteren ist Forschung nötig, die den aktuellen Ist-Zustand der therapeutischen Versorgung von Menschen, die von Heteronormativität belastet werden, mit einer umfangreichen und möglichst repräsentativen Studie abbildet. Denn eine Antwort auf die Frage, wie die meisten Psychotherapeut\*innen im Durchschnitt mit Menschen, die von Heteronormativität belastet werden, arbeiten, und wie die Klient\*innen das empfinden, bietet das Potenzial, konkrete Verbesserungsvorschläge abzuleiten. Wie bereits mehrfach erwähnt, ist außerdem Forschung nötig, die Interventionen entwickelt und diese empirisch überprüft.

Die Sichtbarmachung und Berücksichtigung von lsbtq\* Perspektiven im psychologischen wie gesamtgesellschaftlichen Diskurs bleibt eine notwendige Herausforderung.

## Literaturverzeichnis

- AG Feministisch Sprachhandeln (Hrsg.). (2015). *Was tun? Sprachhandeln – aber wie? W\_Ortungen statt Tatenlosigkeit!* Zugriff am 22.08.2017. Verfügbar unter <http://feministisch-sprachhandeln.org/>
- American Psychological Association (Hrsg.). (2009). *Report of the task force on appropriate therapeutic responses to sexual orientation*. Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychological Association (Hrsg.). (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *The American Psychologist*, 67 (1), 10–42.
- American Psychological Association (Hrsg.). (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *The American Psychologist*, 70 (9), 832–864.
- Anderson, N. B. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61 (4), 271–285.
- Becker, S., Bosinski, H. A. G., Clement, U., Eicher, W., Goerlich, T. M., Hartmann, U., Kockott, G., Langer, D., Preuss, W. F. & Schmidt, G. (1997). Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. *Sexuologie Stuttgart*, 4, 130–138.
- Bogaert, A. F. (2004). Asexuality. Prevalence and associated factors in a national probability sample. *Journal of Sex Research*, 41 (3), 279–287.
- Bogaert, A. F. (2006). Toward a conceptual understanding of asexuality. *Review of General Psychology*, 10 (3), 241–250.
- Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2002). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Budge, S. L., Israel, T. & Merrill, C. R. S. (2017). Improving the lives of sexual and gender minorities. The promise of psychotherapy research. *Journal of Counseling Psychology*, 64 (4), 376.

- Cochran, S. D., Sullivan, J. G. & Mays, V. M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71* (1), 53.
- Craig, S. L., Austin, A. & Alessi, E. (2013). Gay Affirmative Cognitive Behavioral Therapy for Sexual Minority Youth. A Clinical Adaptation. *Clinical Social Work Journal, 41* (3), 258–266.
- Das Nair, R. (Hrsg.). (2012). *Intersectionality, sexuality and psychological therapies. Working with lesbian, gay and bisexual diversity*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Deutsch, M. B. (2016). *Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people*. San Francisco: University of California.
- Division 44/Committee on Lesbian, Gay, and Bisexual Concerns Joint Task Force on Guidelines for Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual clients. (2000). Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist, 55* (12), 1440–1451.
- Duden (Duden, Hrsg.). (2017). *Experte, der*. Zugriff am 28.07.2017. Verfügbar unter <http://www.duden.de/rechtschreibung/Experte>
- Embaye, N. (2006). Affirmative Psychotherapy with Bisexual Transgender People. *Journal of Bisexuality, 6* (1-2), 51–63.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J. & Lam, W. K. K. (2009). Behavioral couple therapy for gay and lesbian couples with alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 37* (4), 379–387.
- Flick, U. (2010). Gütekriterien qualitativer Forschung. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (1. Aufl., S. 395–407). Wiesbaden: Springer VS.
- Franzen, J. & Sauer, A. (Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Hrsg.) (2010). *Benachteiligung von Trans\* Personen, insbesondere im Arbeitsleben*. Zugriff am 22.08.2017. Verfügbar unter [http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Expertisen/Expertise\\_Benachteiligung\\_von\\_Trans\\_personen.html](http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Expertisen/Expertise_Benachteiligung_von_Trans_personen.html)

- Fritz, V. (2013). Infrage gestellt. Dekonstruktive Aspekte psychosozialer Beratung und Therapie von Menschen mit einer Trans\* Identitätsthematik. *Gestalttherapie*, 27 (1), 135–147.
- García Núñez, D., Sandon, P., Burgermeister, N., Schönbacher, V. & Jenewein, J. (2015). Protektive und dysfunktionale Internalisierungsprozesse an der Geschlechtergrenze. In W. Driemeyer, B. Gedrose, A. Hoyer, L. Rustige, S. Becker, M. Dannecker, A. Hill, H. Richter-Appelt, G. Schmidt & V. Sigusch (Hrsg.), *Grenzverschiebungen des Sexuellen. Perspektiven einer jungen Sexualwissenschaft* (Beiträge zur Sexualforschung, Bd. 100, S. 217–231). Gießen: Psychosozial.
- Ghattas, D. C. (2013). *Menschenrechte zwischen den Geschlechtern. Vorstudie zur Lebenssituation von Inter\* Personen* (Schriften zur Demokratie, Bd. 34, 1. Aufl.). Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung.
- Ghattas, D. C., Kromminga, I. A., Matthigack, E. B. & Mosel, E. T. (TransInterQueer e.V., Hrsg.). (2015). *Inter & Sprache. Von » Angeboren « bis » Zwitter «*. Zugriff am 22.08.2017. Verfügbar unter [http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/InterUndSprache\\_A\\_Z.pdf](http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/InterUndSprache_A_Z.pdf)
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Göth, M. & Kohn, R. (2014). *Sexuelle Orientierung. In Psychotherapie und Beratung*. Berlin: Springer.
- Grossmann, T. (2002). Prähomosexuelle Kindheiten. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 15 (2), 98–119.
- Grubner, A. (2014). *Geschlecht therapieren. Andere Erzählungen im Kontext narrativer systemischer Therapie* (Systemische Therapie, 1. Aufl.). Heidelberg: Carl Auer.
- Günther, M. (2015). Psychotherapeutische und beratende Arbeit mit Trans\* Menschen. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 47 (1), 113–124.
- Günther, M. (pro familia Bundesverband, Hrsg.). (2016). *Psychosoziale Beratung von inter\* und trans\* Personen und ihren Angehörigen. Ein Leitfaden*. Zugriff am 18.09.2017. Verfügbar unter [https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Inter\\_Trans\\_Beratung\\_Leitfaden.pdf](https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Inter_Trans_Beratung_Leitfaden.pdf)

- Hartmann, J. & Kleese, C. (2007). Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht - eine Einführung. In J. Hartmann, C. Kleese, P. Wagenknecht, B. Fritzsche & Hackmann Kristina (Hrsg.), *Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht* (Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung, Bd. 10, 1. Aufl., S. 9–15). Wiesbaden: Springer VS.
- Hergenhan, J. (2015). Von der Überwindung des generischen Maskulinums hin zum kreativen antidiskriminierenden Sprachhandeln im Deutschen und im Französischen. *L'Homme*, 26 (1), 99–106.
- Hornscheidt, L. (2017). Nicht-diskriminierende Sprachverwendung und politische Correctness. In A. Scherr, A. El-Mafaalani & G. Yüksel (Hrsg.), *Handbuch Diskriminierung* (S. 793–809). Wiesbaden: Springer.
- Johnson, S. D. (2012). Gay affirmative psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual individuals: implications for contemporary psychotherapy research. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 82 (4), 516–522.
- Kerr, D. L., Santurri, L. & Peters, P. (2013). A comparison of lesbian, bisexual, and heterosexual college undergraduate women on selected mental health issues. *Journal of American College Health*, 61 (4), 185–194.
- King, M., Semlyen, J., Killaspy, H., Nazareth, I. & Osborn, D. (British Association for Counseling & Psychotherapy, Hrsg.). (2007). *A systematic review of research on counselling and psychotherapy for lesbian, gay, bisexual & transgender people*. Zugriff am 13.10.2017. Verfügbar unter [http://www.bacp.co.uk/docs/pdf/9352\\_lgbt\\_web.pdf](http://www.bacp.co.uk/docs/pdf/9352_lgbt_web.pdf)
- Kleese, C. (2007). Heteronormativität und qualitative Forschung. Methodische Überlegungen. In J. Hartmann, C. Kleese, P. Wagenknecht, B. Fritzsche & Hackmann Kristina (Hrsg.), *Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht* (Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung, Bd. 10, 1. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim: Beltz.

- Meyer, E. (2015). Trans\*affirmative Beratung. *Psychosozial*, 38 (140), 71–86.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations. Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129 (5), 674.
- Mihalko, J. E. (2003). *Stories Told/Stories Rejected. Narrations of Queer Identities*, Keene: Antioch University.
- Mizock, L. & Lundquist, C. (2016). Missteps in psychotherapy with transgender clients. Promoting gender sensitivity in counseling and psychological practice. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3 (2), 148.
- Neuendorf, K. A. (2017). *The content analysis guidebook*. Thousand Oaks: Sage.
- Nieder, T. O. & Güldenring, A. (2017). Psychotherapie und Trans\*-Gesundheit: Der therapeutische Effekt der Entpsychopathologisierung. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 38 (1), 8–25.
- Pachankis, J. E. (2014). Uncovering clinical principles and techniques to address minority stress, mental health, and related health risks among gay and bisexual men. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21 (4), 313–330.
- Pachankis, J. E. (2015). A transdiagnostic minority stress treatment approach for gay and bisexual men's syndemic health conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 44 (7), 1843–1860.
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Rendina, H. J., Safren, S. A., & Parsons, J. T. (2015). LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83 (5), 875–889.
- Plöderl, M., Kralovec, K., Fartacek, C. & Fartacek, R. (2009). Homosexualität als Risikofaktor für Depression und Suizidalität bei Männern. *Blickpunkt der Mann*, 7 (4), 28–37.
- Plöderl, M., Wagenmakers, E.-J., Tremblay, P., Ramsay, R., Kralovec, K., Fartacek, C. & Fartacek, R. (2013). Suicide risk and sexual orientation. A critical review. *Archives of Sexual Behavior*, 42 (5), 715–727.
- Proujansky, R. A. & Pachankis, J. E. (2014). Toward Formulating Evidence-Based Principles of LGB-Affirmative Psychotherapy. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 10 (2), 117–131.

- Ramsenthaler, C. (2013). Was ist „Qualitative Inhaltsanalyse?“. In M. Schnell, C. Schulz, H. Kolbe & C. Dunger (Hrsg.), *Der Patient am Lebensende* (S. 23–42). Wiesbaden: Springer.
- Rauchfleisch, U. (2014). *Transsexualität–Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rauchfleisch, U., Frossard, J., Waser, G., Wiesendanger, K. & Roth, W. (2002). *Gleich und doch anders. Psychotherapie und Beratung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und ihren Angehörigen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rutter, T. M., Flentje, A., Dilley, J. W., Barakat, S., Liu, N. H., Gross, M. S., Muñoz, R. F. & Leykin, Y. (2016). Sexual orientation and treatment-seeking for depression in a multilingual worldwide sample. *Journal of Affective Disorders*, 206, 87–93.
- Safren, S. A. (2005). Affirmative, Evidence-Based, and Ethically Sound Psychotherapy With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12 (1), 29–32.
- Sauer, A. T., Zodehougan, S., Kohnke, G., Klatt, L., Zepp, K. A., Fritz, V. & Plett, K. (Netzwerk Trans\*-Inter\*-Sektionalität, Hrsg.). (2016). *Intersektionale Beratung von / zu Trans\* und Inter\*. Ein Ratgeber für Transgeschlechtlichkeit, Intergeschlechtlichkeit und Mehrfachdiskriminierung* (3. Aufl.). Zugriff am 13.09.2017. Verfügbar unter [http://transintersektionalitaet.org/wp-content/uploads/2017/01/web\\_tis\\_brosch\\_aufl\\_3\\_161229.pdf](http://transintersektionalitaet.org/wp-content/uploads/2017/01/web_tis_brosch_aufl_3_161229.pdf)
- Schreier, M. (2010). Fallauswahl. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (1. Aufl., S. 238–251). Wiesbaden: Springer VS.
- TransInterQueer e.V. (2015). *Trans\*Inter\*Queer ABC*. Zugriff am 22.08.2017. Verfügbar unter [http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/TrIQ-ABC\\_web\(2\).pdf](http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/TrIQ-ABC_web(2).pdf)
- Wagenknecht, P. (2007). Was ist Heteronormativität? Zu Geschichte und Gehalt des Begriffs. In J. Hartmann, C. Kleese, P. Wagenknecht, B. Fritzsche & K. Hackmann (Hrsg.), *Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht* (Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung, Bd. 10, 1. Aufl., S. 17–34). Wiesbaden: Springer VS.

## Literaturverzeichnis

- Wolf, G., Fünfgeld, M., Oehler, R. & Andrae, S. (2015). Empfehlungen zur Psychotherapie und Beratung mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient\_innen. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 47 (1), 21–48.
- Wolf, G. & Meyer, E. (2017). Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität. (k)ein Thema in der Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 16 (2), 130–139.
- World Professional Association for Transgender Health (Hrsg.). (2011). *Standards of Care for the health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People* (7. Aufl.). Zugriff am 13.09.2017. Verfügbar unter [https://s3.amazonaws.com/amo\\_hub\\_content/Association140/files/Standards%20of%20Care%20V7%20-%202011%20WPATH%20\(2\)\(1\).pdf](https://s3.amazonaws.com/amo_hub_content/Association140/files/Standards%20of%20Care%20V7%20-%202011%20WPATH%20(2)(1).pdf)



## **Erklärung**

---

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

.....

Datum und Unterschrift