

Humboldt-Universität zu Berlin
Mathematisch Naturwissenschaftliche Fakultät II
Institut für Psychologie



Diplomarbeit

***Psychotherapieerfahrungen
von Queers und Transgendern***

Anne Steinbrück

steinbrueck.anne@gmx.de

Betreuer_innen:

Dr. Ulrich Klocke, Humboldt-Universität zu Berlin

Dr. Katharina Rothe, Universität Leipzig

Berlin, 23.März 2012

Zusammenfassung

In der bisherigen Forschung zu Psychotherapieerfahrungen von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transsexuellen wurden Queers und Transgender weitgehend vernachlässigt. Daher ist die Zielstellung dieser Studie, zu untersuchen, wie Queers und Transgender ihre Psychotherapie erleben. Schwerpunkt ist die Frage, welche Formen von Diskriminierung hinsichtlich sexueller Orientierung (Queer) und Geschlechtsidentität (Transgender) erlebt werden. Hierzu wurden sechs problemzentrierte Interviews mit Klient_innen durchgeführt, die über mindestens eine kassenrechtlich zugelassene Einzeltherapie berichten konnten. Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an die konstruktivistische Grounded Theory. Die Ergebnisse zeigen, dass Überlegungen über den Umgang der Therapeut_in mit der sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität bereits die Therapeut_innensuche beeinflussen. Fünf Formen von Diskriminierungserfahrungen konnten aus den Daten herausgearbeitet werden. Es wird von mehr Diskriminierung aufgrund der Geschlechtsidentität berichtet als von Diskriminierung hinsichtlich der sexuellen Orientierung. Von struktureller Diskriminierung wird nur hinsichtlich der Geschlechtsidentität berichtet. Eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf transsexuelle Klient_innen ist nicht gegeben. Implikationen für Forschung und Praxis werden diskutiert.

Schlüsselwörter: Queer, Transgender, Psychotherapie, Diskriminierung, sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	3
1 Einleitung.....	1
2 Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1 Sexuelle Orientierung, Geschlecht und ihre Ausprägungen.....	3
2.1.1 Sexuelle Orientierung und Geschlecht in der Psychologie.....	3
2.1.2 Kritik an gängigen Konzepten von Geschlecht und Sexualität.....	5
2.1.3 Ein Leben zwischen den Kategorien: Queer und Transgender.....	6
2.2 Die Ordnung der Kategorien: Heteronormativität und Diskriminierung.....	7
2.2.1 Heteronormativität.....	7
2.2.2 Diskriminierung.....	8
2.3 LSBQT-Menschen und Psychotherapie.....	9
2.3.1 Lesben, Schwule und Bisexuelle in der Psychotherapie: Historischer Hintergrund und institutioneller Kontext.....	9
2.3.2 Empirischer Forschungsstand zu LSB(Q)-Menschen in der Psychotherapie.....	10
2.3.3 Transsexualität und Transsexuelle in der Psychotherapie.....	13
3 Resümee und Ableitung der Forschungsfragen.....	16
4 Methoden.....	17
4.1 Forschungsansatz.....	17
4.2 Datenerhebung.....	17
4.2.1 Konstruktion des Interviewleitfadens.....	18
4.2.2 Feldzugang.....	18
4.2.3 Durchführung der Interviews	20
4.3 Transkription und Fallübersichten.....	21
4.4 Datenauswertung.....	21
4.5 Gütekriterien.....	23
4.6 Forschungsbezogene Selbstreflexion.....	24
5 Ergebnisse.....	26
5.1 Beschreibung der Interviewpartner_innen.....	26

5.2 Kriterien für die Auswahl einer passenden Therapeut_in.....	30
5.2.1 Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität der Therapeut_in.....	31
5.2.2 Offenheit, Wissen und Erfahrung der Therapeut_in im Zusammenhang mit Transgendern	35
5.3 Positives Verhalten der Therapeut_in aus Sicht der Klient_in.....	36
5.3.1 Annehmen der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität.....	36
5.3.2 Positiv erlebtes Thematisieren der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität.....	37
5.3.3 Ansprechen von für LSBQT-Menschen spezifische Themen.....	39
5.3.4 Lernbereitschaft der Therapeut_in in Bezug auf diskriminierendes Verhalten.....	40
5.4 Diskriminierendes Verhalten der Therapeut_in aus Sicht der Klient_in.....	42
5.4.1 Pathologisierende Aussagen der Therapeut_in.....	44
5.4.2 Übermäßiges Fokussieren auf die sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität.....	48
5.4.3 Unterthematizieren der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität.....	51
5.4.4 Zuschreiben unzutreffender sexueller oder geschlechtlicher Stereotypen.....	54
5.4.5 Abwerten alternativer Beziehungsformen.....	56
5.5 Therapie mit der Diagnose „Transsexualismus“.....	58
6 Diskussion.....	62
6.1 Antworten auf die Forschungsfragen und Einordnen der Ergebnisse in die Literatur	62
6.2 Geltungsbeschränkungen	67
6.2.1 Der Einfluss von Stichprobenmerkmalen auf die Ergebnisse.....	67
6.2.2 Meine Rolle im Kontakt mit den Interviewpartner_innen.....	67
6.2.3 Die Reichweite der Ergebnisse.....	68
6.3 Implikationen für Forschung und Praxis.....	69
Literaturverzeichnis.....	72
Abbildungsverzeichnis.....	78
Tabellenverzeichnis.....	78
Anhang.....	79

1 Einleitung

Homosexuelles Begehren und Verhalten gilt in Psychologie und Psychotherapie offiziell nicht mehr als psychische Krankheit, seit die Krankheitsdiagnose „Homosexualität“ 1987 aus dem US-amerikanischen Diagnosemanual DSM und 1991 aus dem internationalen Klassifikationssystem ICD gestrichen wurde (Fiedler, 2004, S. 44). Die Versuche, ein nicht-heterosexuelles Begehren und Verhalten in Psychotherapien in eine hetero- oder asexuelle Orientierung umzuwandeln gehören ebenfalls, zumindest weitestgehend¹, der Vergangenheit an. Heute finden sich nicht-heterosexuelle Menschen in der Regel nicht aufgrund ihrer sexuellen Orientierung in einer Therapie ein, sondern aufgrund von Themen und Problemen, die auch von heterosexuellen Menschen geteilt werden. Zudem existieren in den USA Richtlinien für Therapeut_innen², die eine affirmative Therapie mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient_innen sicherstellen sollen (Steffens & Thompson, 2006). Dennoch findet man auch heute noch Berichte und Studien, die auf eine Diskriminierung nicht-heterosexueller Menschen innerhalb ihrer Psychotherapie hinweisen (Bieschke, Parrish & Blasko, 2007; Wolf, 2006).

Ich selbst wurde auf dieses Thema aufmerksam, als ich bei der Lesbenberatung Berlin e.V. im Rahmen meines Psychologiestudiums ein Praktikum absolvierte. Dort erfuhr ich einerseits, dass nicht-heterosexuelle Frauen ihre Psychotherapie als hilfreich erlebten. Freund_innen, Kolleg_innen und Besucher_innen der Lesbenberatung erzählten mir andererseits aber auch von Fällen, in denen Therapeut_innen eine abwertende Haltung gegenüber der nicht-heterosexuellen Orientierung der Klient_in offenbarten oder sich aufgrund von Unwissenheit einer nicht-heterosexuellen Klient_in gegenüber nicht adäquat verhielten. Zu dieser Zeit lernte ich außerdem mehr über die Situation von Transsexuellen und Transgendern in der Psychotherapie und erfuhr von den politischen Anstrengungen von Trans-Verbänden und Aktivist_innen, diese Situation zu verbessern. Langsam entwickelte sich mein Forschungsinteresse für die positiven und negativen Psychotherapieerfahrungen von Menschen, die nicht in ein heterosexuelles Schema oder in die gängigen Bilder von Geschlecht passen. Dabei interessierte ich mich vor allem für die Menschen, die „zwischen [den] Stühle[n]“ (Berger & Franzen, 2002, S. 53) sitzen: Eine neue Generation von Menschen, welche die Bezeichnungen

¹ Obwohl das „Behandeln“ einer nicht-heterosexuellen Orientierung von professioneller Seite nicht mehr befürwortet wird, werden in Deutschland und den USA teilweise immer noch sogenannte Konversionstherapien angeboten. Vergleiche dazu Kapitel 2.3.1.

² Ich verwende im Folgenden den sogenannten Gender Gap. Der Gender Gap ist der Unterstrich zwischen der grammatikalisch männlichen und der grammatikalisch weiblichen Form. Dieser ist ein linguistisches Mittel zur Darstellung aller möglichen Geschlechtsidentitäten, auch solcher die nicht eindeutig männlich oder weiblich sind. Mit dem Wort Klient_in sind also Männer, Frauen und alle Personen, die sich einer eindeutigen Zuordnung zu diesen Geschlechtern entziehen, gemeint. Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden Text immer das weibliche Pronomen verwendet (z.B. **die** Therapeut_in statt **der_die** Therapeut_in), gemeint sind aber immer alle Geschlechter.

hetero-, homo- und bisexuell für sich ablehnen und das gängige Geschlechtermodell infrage stellen. Stattdessen haben sie ein sehr flexibles Konzept von sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität, welches über eine Zwei-Geschlechter-Ordnung hinausgeht. Mit Begriffen wie transgender, transident oder genderqueer beschreiben sie eine nicht eindeutig männliche oder weibliche Geschlechtsidentität. In Bezug auf eine sexuelle Orientierung, welche die Geschlechtsidentität der Beteiligten nicht auf eine eindeutig weibliche oder männliche festlegt, bezeichnen sie sich oft als queer oder pansexuell (DeAngelis, 2002; Fassinger & Arseneau, 2007). Für meine Arbeit verwende ich die Begriffe Queer und Transgender, wobei ich mit ersterem eine sexuelle Orientierung und mit letzterem eine Geschlechtsidentität bezeichne.

Mich interessiert in dem Zusammenhang, welche Erfahrung Queers und Transgender in der Psychotherapie machen und welche Formen von Diskriminierung sie im therapeutischen Setting erleben. Außerdem interessiert mich, ob sich die berichteten Diskriminierungserfahrungen, die im Zusammenhang mit einer Transgender Identität stehen von solchen, die im Zusammenhang einer queeren Orientierung stehen, unterscheiden?

Im Folgenden werde ich häufig den Begriff LSBQT verwenden, welcher eine Kurzform für lesbisch, schwul, bisexuell, queer, transsexuell und transgender ist. Abwandlungen wie zum Beispiel LSB sind nicht zufällig, sondern bezeichnen die in der Abkürzung enthaltenen Personengruppen (bei LSB z.B. lesbisch, schwul, bisexuell). Eine längere Erläuterung der Begriffe Transgender, Queer, Transsexuelle und Trans-Menschen erfolgt in den Kapiteln 2.1.3 und 2.3.3.

Die vorliegende Arbeit ist wie folgt aufgebaut: Auf die Einleitung folgt das Kapitel zum theoretischen Hintergrund und zum aktuellen Forschungsstand, dabei beziehe ich mich auf Fachliteratur aus den Bereichen der Psychologie und den Gender Studies. Vor diesem Hintergrund leite ich im Kapitel 3 meine Forschungsfragen ab. Im Kapitel 4 beschreibe ich meinen Forschungsansatz und mein methodisches Vorgehen bei Datenerhebung, Transkription und Datenauswertung. Ich benenne außerdem die Gütekriterien zur Bewertung dieser Arbeit und äußere mich in einem Unterkapitel zur forschungsbezogenen Selbstreflexion. Darauf folgt im Kapitel 5 die Ergebnisdarstellung, deren genauere Struktur einleitend dargelegt wird. Anschließend führe ich in der Diskussion die Ergebnisse auf die ausgewählte Fachliteratur zurück und versuche zu klären, welche Antworten die Ergebnisse auf meine Forschungsfragen zulassen. Schließlich gehe ich auf die Geltungsbeschränkungen ein und beschäftige mich mit der Frage nach den Implikationen für Forschung und Praxis.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Sexuelle Orientierung, Geschlecht und ihre Ausprägungen

2.1.1 Sexuelle Orientierung und Geschlecht in der Psychologie

Bereits 1948 wies der US-amerikanische Sexualforscher Alfred Kinsey darauf hin, dass sexuelle Orientierung als ein Kontinuum zu verstehen sei und ein Aufteilen von Menschen in entweder hetero- oder homosexuell an der Komplexität menschlichen Begehrens und Sexualverhaltens vorbei gehe. Kinsey erfasste seinerzeit **sexuelles Verhalten** mit einer heute als Kinsey-Skala bezeichneten 6-Punkte Skala (von 0 = ausschließlich heterosexuelles Verhalten bis 6 = ausschließlich homosexuelles Verhalten) und lieferte mit seinen Studien über das Sexualverhalten von Nordamerikaner_innen den ersten empirischen Nachweis dafür, dass eine Vielzahl von Menschen sowohl gleich- als auch gegengeschlechtliche sexuelle Erfahrungen hatten. In den 80er Jahren wurde jedoch auch die Kinsey-Skala als unzureichend kritisiert. Heute wird in der Psychologie³ davon ausgegangen, dass Hetero- und Homosexualität eher wie zwei unabhängige Skalen zu verstehen seien, also Menschen zum Beispiel sowohl sehr viel hetero- als auch sehr viel homosexuelles Verhalten zeigen können oder eben auch sehr wenig von beidem. Auch der Tatsache, dass die sexuelle Präferenz und das sexuelle Verhalten von Individuen im Laufe ihres Lebens variieren kann, wird heute Rechnung getragen (Fiedler, 2004, S. 61 ff.). Des Weiteren wurde die Beschränkung von sexueller Orientierung und ihrer Ausprägungen als Indikator für das Geschlecht der Sexualpartner_in größtenteils hinter sich gelassen. Stattdessen definieren zum Beispiel Fassinger und Arseneau **sexuelle Orientierung** folgendermaßen: „*the Constalation of affektive, cognitive, and behavioral characteristics that constitute an individual's sense of self as a sexual and intimatly relational beeing*“ (Fassinger & Arseneau, 2007, S. 30). Sie betonen damit, dass sexuelle Orientierung eine Kombination aus affektiven, kognitiven und Verhaltenscharakteristika beinhaltet und nicht nur sexuelle, sondern auch partnerschaftliche Aspekte umfasst. Die Definition verweist außerdem auf die Subjektivität des Individuums: Sexuelle Orientierung lässt sich nicht erfassen, indem schlicht gezählt wird, mit wie vielen Frauen oder Männern eine Person sexuellen Kontakt hat, sondern wird als eine komplexe Verbindung aus Selbstbezeichnung, Überzeugungen, kognitiven Schemata, Gefühlen, Vorlieben, Verhalten

³ Für die bessere Lesbarkeit schreibe ich von „der Psychologie“, dabei meine ich (wenn nicht anders gekennzeichnet) die dominante Lehrmeinung der empirisch geprägten Psychologie in Deutschland und den USA. Diese Lehrmeinung spiegelt sich in Lehre, Forschung und Praxis wider.

sowie Erwartungen und Rollen im Zusammenhang mit einer Gruppenzugehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit und Subkultur verstanden (Fassinger & Arseneau, 2007, S. 30).

Instrumente, die versuchen, ein komplexes Konstrukt von sexueller Orientierung messbar zu machen, existieren (zum Beispiel der 1985 von Klein et al. entwickelte „Klein Sexual Orientation Grid“, vgl. Fiedler, 2004, S. 72), meist berufen sich Studien aber auf die Selbstbezeichnung der Studienteilnehmer_innen. Dies geschieht in Fragebögen häufig über Multiple Choice Fragen oder, seltener, über dimensionale Skalen ähnlich der Kinsey Skala, deren Werte für Auswertung und Darstellung wiederum in **die sich gegenseitig ausschließenden Kategorien „hetero-“, „bi-“ und „homosexuell“** umgewandelt werden. Auch qualitative Interview-Studien beziehen sich beim Akquirieren von Interviewpartner_innen und in Interviews meist auf diese Kategorien. In der Theorie und Lehre wird ebenfalls von diesen drei Ausprägungen sexueller Orientierung ausgegangen. (vgl. Asendorpf, 2007; Fiedler, 2004, S. 383 ff. und die im Kapitel 2.3.2 beschriebenen empirischen Studien). In der Regel wird Heterosexualität dabei als eine Orientierung auf das „*andere Geschlecht*“ (Peters, 2007, S. 237), Homosexualität als eine Orientierung auf „*Menschen des gleichen Geschlechts*“ (Peters, 2007, S. 241) und Bisexualität als eine Orientierung zu „*beiden Geschlechtern, Männern und Frauen*“ (Peters, 2007, S. 81) beschrieben.

Im Hinblick auf Geschlecht unterscheidet die Psychologie zwischen **biologischem Geschlecht** (welches sich in genetisches, gonatales und phänotypisches Geschlecht aufteilt), **Geschlechtsidentität** (subjektiv erlebter Identität) und **Geschlechterrolle** (der öffentlich präsentierten sozialen Rolle). Dabei wird in der Psychologie davon ausgegangen, dass es biologische Determinanten für die geschlechtliche Entwicklung gebe, die mit Hilfe empirischer Forschung bestimmbar seien. Ebenfalls wird von einer **natürlichen Zweigeschlechtlichkeit** ausgegangen, in der die gesunde geschlechtliche Entwicklung eines Individuums eine eindeutig männliche oder weibliche ist. Eine Nichtübereinstimmung der drei Teilaspekte des biologischen Geschlechts wird dabei, ebenso wie eine vermeintliche Nichtübereinstimmung von Geschlechtsidentität und biologischem Geschlecht, als krankhaft bewertet. Ersteres fällt unter diverse medizinische Diagnosen von Intersexualität, Letzteres wird unter bestimmten Voraussetzungen mit dem psychischen Störungsbildern „Transsexualismus“ oder „Geschlechtsidentitätsstörung“ des ICD-10 beziehungsweise des DSM-IV erfasst (Bischof-Köhler, 2011, S. 196 ff.; Breedlove, Watson, & Rosenzweig, 2010, S. 365 ff.; Fiedler, 2004, S. 53 ff.). Beide „Abweichungen“⁴ sind nach dieser Logik behand-

⁴ Die Wörter „Abweichung“ und „Behandlung“ werden hier in Anführungsstriche gesetzt, um zu verdeutlichen, dass die beschriebenen Phänomene in dieser Arbeit nicht als krankhafte Abweichungen gedeutet werden und die gängige Behandlungspraxis kritisch gesehen wird.

lungsbedürftig, wobei die „Behandlung“ von Intersexuellen in den Zuständigkeitsbereich der Medizin fällt. Die „Behandlung“ der Menschen mit den oben genannten psychischen Krankheitsdiagnosen wird zum Teil auch von Psychotherapeut_innen ausgeübt (vgl. Kapitel 2.3.3) (Fiedler, 2004, S. 153 ff.; Rauchfleisch, 2009; Schmitz, 2006).

2.1.2 Kritik an gängigen Konzepten von Geschlecht und Sexualität

Seit den 90er Jahren wird die nicht nur in der Psychologie gängige Unterscheidung von biologischem Geschlecht und sozialem Geschlecht (in der Psychologie Geschlechtsidentität und Geschlechterrolle) jedoch von poststrukturalistisch und konstruktivistisch geprägten Wissenschaftler_innen in Frage gestellt. Diese argumentieren, dass auch das sogenannte biologische Geschlecht und dessen Ausprägungen erst durch wissenschaftliche und soziale Diskurse konstruiert werden (vgl. Butler, 1991; Ebeling, 2006; Fausto-Sterling, 2000). Dies soll nicht heißen, dass es keine Biologie und keine (geschlechtlichen) Körper gäbe, sondern lediglich, dass diese nicht ohne historisch und kulturell geprägte Wahrnehmungs- und Interpretationsmuster zugänglich sind. So beschreibt zum Beispiel der Literaturwissenschaftler Thomas Laqueur in seinem Buch *„Auf den Leib geschrieben“* (1992) die Gebundenheit von Geschlechtermodellen an historische und kulturelle Kontexte und zeigt somit auf, dass nicht nur Geschlechterrolle und Geschlechtsidentität, sondern auch Vorstellungen vom biologischen Geschlecht zeitlich und lokal variabel sind. Auch die Unterscheidung von zwei sich gegenseitig ausschließenden Geschlechtern ist keine biologische Tatsache, sondern ein Modell, das sich laut Laqueur Ende des 18. Jahrhunderts etabliert habe. Die Biologin Anne Fausto-Sterling und andere Forscher_innen zeigen auf, wie dieses Zwei-Geschlechter-Modell auch heute noch in Biologie, Medizin und Psychologie hergestellt und verfestigt wird: Sogenannte biologische Fakten über Geschlecht, Geschlechterunterschiede und Geschlechtsentwicklung sind bei kritischer Betrachtung der Theorien und des Forschungsdesigns, der Durchführung, der Interpretation und der Darstellung von Ergebnissen entsprechender Studien alles andere als eindeutig. Intersexualität wird von diesen Wissenschaftler_innen nicht als behandlungsbedürftige Krankheit gedeutet, sondern als Beispiel dafür, wie in unserer Gesellschaft Zweigeschlechtlichkeit erst hergestellt wird: Menschen, die nicht eindeutig in ein Schema von zwei Geschlechtern passen, werden pathologisiert und in der Regel ungefragt chirurgisch an die bestehende Geschlechternorm angepasst (Ebeling, 2006; Fausto-Sterling, 2000, S. 45 ff.; Schmitz, 2006).⁵

⁵ Auch heute ist es noch üblich, nicht auf eine Entscheidung der Intersexuellen zu warten, sondern sie direkt nach der Geburt einer Genitaloperation zu unterziehen. Oft werden auch über viele Jahre hinweg ohne Einverständnis der betroffenen Person mehrere Operationen und Hormonbehandlungen durchgeführt. Verbände von Intersexuellen und ihren Verbündeten kämpfen gegen diese Praxis und für die gesellschaftliche Anerkennung von Intersexuellen (Fausto-Sterling, 2000, S. 45 ff).

Doch nicht nur das Konstrukt eines biologischen Geschlechts, auch seine zwangsläufige Kopplung an die entsprechende weibliche oder männliche Geschlechtsidentität und Geschlechterrolle sind kulturell und sozial hervorgebracht und laut der Philosophin und Gender-Theoretikerin Judith Butler das Produkt von Zuschreibungen, Darstellungen und Wahrnehmungen im Alltagslebens (Butler, 1991; Butler, 1995). So nehmen wir zum Beispiel aufgrund von Kleidung und Bart an, dass unser Gegenüber ein Mann sei, sich selbst als Mann sehe und auch einen eindeutig männlichen Körper besitze. Butler betont, dass diese Prozesse unter dem gesellschaftlichen Druck zur Eindeutigkeit und der Androhung von Ausgrenzung und Pathologisierung des Uneindeutigen ablaufen (Butler, 1995, S. 21 ff.; Ebeling, S. 287).

Diese aus unterschiedlichen Disziplinen stammenden Ansätze haben gemeinsam, dass sie Lücken in einem abgeschlossenen Zwei-Geschlechter-Modell aufzeigen und den Blick öffnen für gesellschaftlich unsichtbar gemachte und sanktionierte Geschlechtlichkeiten jenseits der oder zwischen den Kategorien „männlich“ und „weiblich“. Butler spricht in diesem Zusammenhang auch von „*verworfenen Wesen*“, welche die „*nicht ,lebbares‘ und ,unbewohnbares‘ Zonen des sozialen Lebens*“ bevölkern (Butler, 1995, S. 23).

Eine Infragestellung des Zwei-Geschlechter-Modells führt zwangsläufig dazu, dass die Kategorien hetero-, bi- und homosexuell fragwürdig werden. Denn was sagt es über die sexuelle Orientierung aus, wenn sich eine intersexuelle Person ausschließlich in Männer verliebt? Ist die Frau, die sich mit einer Person in einer Partnerschaft befindet, die sich zwischen den Geschlechtern verortet, nun lesbisch, bisexuell oder heterosexuell? Und wie bezeichnet sich wohl ihre Partner_in? Die gängigen Kategorien für sexuelle Orientierung setzen letztlich die eindeutige geschlechtliche Zuordnung als entweder männlich oder weiblich voraus und können Menschen, die sich dieser Zuordnung entziehen, nicht adäquat beschreiben.

2.1.3 Ein Leben zwischen den Kategorien: Queer und Transgender

Wer aber sind diese „*verworfenen Wesen*“ (Butler, 1995, S. 23), die sich einer Zuordnung entziehen? Weltweit gibt es eine Vielzahl geschlechtlicher Ausdrucksformen, die ein Zwei-Geschlechter-Modell infrage stellen. Neben den bereits erwähnten Intersexuellen sind in Europa und Nordamerika zum Beispiel die Begriffe Transgender, Trans-Menschen, Transidente, Genderqueer, Drag Kings und Drag Queens für Menschen geläufig, die sich nicht eindeutig als Mann oder als Frau fühlen, mit geschlechtlichen Zuschreibungen spielen oder in unterschiedlichen Lebensbereichen zwischen oder jenseits dieser binären Geschlechtskategorien leben. Für eine sexuelle Orientierung, die über eine Beschreibung von Begehren und Sexualverhalten von und zwischen „Männern“ und „Frauen“ hinausgeht, sind zum Beispiel die Begriffe queer, pansexuell oder multisexuell im Umlauf. All diese Begriffe werden

sowohl als Selbst- als auch als Fremdbezeichnung verwendet und im Alltag, in aktivistischen oder wissenschaftlichen Zusammenhängen teilweise unterschiedlich definiert (Fassinger & Arseneau, 2007, S. 21 ff.; polimorph, 2002; Regh, 2002).

Für diese Arbeit verwende ich **Queer** als Beschreibung der sexuellen Orientierung von Menschen mit nicht ausschließlich heterosexuellem Begehren und/oder Verhalten, deren Sexualität sich nicht in den gängigen Kategorien eines Zwei-Geschlechter-Modells einordnen lässt. Dieser Begriff legt also weder die geschlechtliche Identität der sich bezeichnenden Person noch die der von ihr beehrten Personen fest. Mit **Transgender** meine ich die Geschlechtsidentität von Menschen, die sich nicht in den gängigen Kategorien „Mann“ oder „Frau“ wiederfinden, sondern sich zwischen oder jenseits dieser zwei Geschlechter verorten. Beide Begriffe beinhalten ein Infragestellen des Zwei-Geschlechter-Modells und die Möglichkeit, dass sich die Ausprägung von sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität im Leben einer Person (mehrfach) ändert. Den Begriff **Trans-Menschen** verwende ich als Oberbegriff für alle Personen, deren gelebte Geschlechtsidentität nicht (vollständig) mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt. Anders als der Begriff Transgender beinhaltet dieser Begriff also auch Transsexuelle.

In den Gender Studies, Lesbian and Gay Studies und in der Queer Theory findet man theoretische und empirische Arbeiten über und von Queers und Transgendern. In der psychologischen Forschung und Fachliteratur sind diese Begriffe und diese Personengruppen jedoch sehr selten repräsentiert. Dies trifft vor allem auf den deutschsprachigen Raum zu (vgl. Bieschke, Perez & DeBord, 2007; Fiedler, 2004).

2.2 Die Ordnung der Kategorien: Heteronormativität und Diskriminierung

2.2.1 Heteronormativität

Wie oben erwähnt, stehen unterschiedliche Formen von Sexualität und Geschlecht in unserer Gesellschaft nicht gleichberechtigt nebeneinander. Heterosexualität und eindeutige geschlechtliche Zuordnung als entweder männlich oder weiblich sind als Norm gesetzt und andere Sexualitäten und Geschlechter werden als nicht existent, abweichend, abnormal oder krank konstruiert. Zur Beschreibung dieses Verhältnisses ist in den Gender Studies, Lesbian and Gay Studies und in der Queer Theory der von Michael Warner (1993) geprägte Begriff **Heteronormativität** geläufig (Ebeling, 2006, S. 289 f.; Hartmann, Klesse, Wagenknecht, Fritzsche, & Hackmann, 2007). Auf die unterschiedlichen Wirkungsebenen der Heteronormativität verweisend schreiben Hartmann und Klesse (2007, S. 9): „*Heteronormativität*

beschreibt Heterosexualität als ein zentrales Machtverhältnis, das alle wesentlichen gesellschaftlichen und kulturellen Bereiche, ja die Subjekte selbst durchzieht“.⁶

2.2.2 Diskriminierung

Diskriminierung, welche in der Psychologie als „*negatives, benachteiligendes oder abwertendes Verhalten gegenüber einer sozialen Gruppe oder ihren Mitgliedern*“ (Jonas, Stroebe & Hewstone, 2007, S. 606) definiert wird, ist, wenn sie sich gegen sexuelle und geschlechtliche Minderheiten richtet, elementarer Bestandteil eines heteronormativen Systems. Dabei kann diese Diskriminierung innerhalb zwischenmenschlicher Interaktionen stattfinden (ein Kind beschimpft seinen schwulen Mitschüler als „Schwuchtel“), aber auch in Form von **struktureller Diskriminierung** auftreten (zum Beispiel durch benachteiligende Gesetzgebung oder medizinische Krankheitsdiagnosen) (Steffens & Wagner, 2009, S. 243 ff.). Dass Heterosexualität und eindeutige Verortung in einem Zwei-Geschlechter-Modell teilweise als unsichtbare Normen fungieren, macht ferner deutlich, dass Diskriminierung nicht nur offen und gewollt ausgeführt wird, wie es zum Beispiel bei sogenannten Hate Crimes⁷ oder bei dem Schülerbeispiel der Fall ist. Diskriminierung kann auch fast unsichtbar sein und muss nicht immer von der diskriminierenden Person intendiert sein. So sind unter Umständen schon die an eine Bekannte gerichteten Fragen „Hast du einen Freund?“ oder „Wo ist dein Ehemann?“ **subtile Diskriminierung**, da sie von einer als normal gedachten Heterosexualität ausgehen. Die Fragen können dabei durchaus als Ausdruck von Interesse und Freundschaft intendiert sein, jedoch als Abwertung der eigenen, zum Beispiel lesbischen Lebensweise verstanden werden. Dass eine solche Sprache⁸ von LSB-Menschen als negativ aufgefasst wird und sich negativ auf den weiteren Interaktionsverlauf auswirken kann, wurde zum Beispiel von Donald und Fischer (2001) experimentell untermauert.

In der US-amerikanischen Psychologie wird auch der Begriff Microaggressions verwendet, um subtile Formen der Diskriminierung zu erforschen. Dieser Begriff umfasst alltägliche verbale oder non-verbale Botschaften, die Menschen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu marginalisierten Gruppen abwerten. Oft sind sich die Menschen ihres eigenen abwertenden oder feindseligen Verhaltens selbst nicht bewusst. Durch Microaggressions wird die Gruppen-

⁶ In der Psychologie ist der ebenfalls aus aktivistischen Zusammenhängen stammende Begriff **Heterosexismus** geläufiger (Fiedler, 2004, S. 74; Wiesendanger, 2002). Dieser Begriff bezeichnet jedoch nur „*ein gesellschaftliches und institutionalisiertes Denk- und Verhaltenssystem, welches Heterosexualität anderen Formen sexueller Orientierung gegenüber als überlegen klassifiziert*“ (Wiesendanger, 2002, S. 54) und spart somit den Aspekt der geschlechtlichen Normierung aus. Für diese Arbeit ist der Begriff daher unzureichend.

⁷ Bei Hate Crimes, im deutschen auch Hasskriminalität genannt, wählt die Täter_in ihr Opfer hauptsächlich aufgrund deren (vermuteten) Gruppenzugehörigkeit aus. Hate Crimes können zum Beispiel antisemitisch oder rassistisch motivierte Straftaten sein oder eben Straftaten, die sich gegen LSBQT-Menschen richten (McDevitt & Williamson, 2002).

⁸ Donald und Fischer verwendeten dabei das Konstrukt „heterosexistische Sprache“ (vgl. Kapitel 2.3.2).

identität oder die Erfahrung der Zielperson abgewertet, den betroffenen Personen ein untergeordneter Status zugewiesen oder ihnen vermittelt, „nicht dazu zugehören“. Wenden sich diese Microaggressions gegen sexuelle und geschlechtliche Minderheiten, wird von **Sexual-Orientation** und **Transgender Microaggressions** gesprochen (Nadal, Rivera & Corpus, 2010; Sue, 2010a; Sue, 2010b).

Ein Übernehmen des Begriffs Microaggressions für meine Arbeit halte ich nicht für sinnvoll, da er im deutschen Sprachgebrauch sowie in der deutschen Forschung nicht bekannt ist und meines Erachtens letztlich subtile Aspekte von Diskriminierung beschreibt. Ich selbst werde in meiner Arbeit den Begriff der Diskriminierung verwenden und mich dabei auf strukturelle, offene und subtile Diskriminierung beziehen. Bei letzterem werde ich mich an dem Konzept der Microaggressions orientieren.

2.3 LSBQT-Menschen und Psychotherapie

2.3.1 Lesben, Schwule und Bisexuelle in der Psychotherapie:

Historischer Hintergrund und institutioneller Kontext

Die gesellschaftliche Ablehnung nicht heterosexuellen Begehrens und Verhaltens schlug sich historisch in vielerlei Hinsicht in Medizin, Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie nieder. Im 19. Jahrhundert eignete sich die Medizin den Begriff der Homosexualität an und deklarierte diese als Krankheit. Damit wurde die vorher als Verbrechen oder Sünde gesehene Homosexualität zwar entkriminalisiert, galt jedoch nun als heilungsbedürftige Perversion oder als Zeichen defizitärer Persönlichkeitsentwicklung. Anfang des 20. Jahrhunderts übernahmen frühe Vertreter_innen der Psychologie das medizinische Verständnis von Homosexualität. Psychodynamische Ansätze sahen in Homosexualität eine Störung der psychosexuellen Entwicklung und eine schwere Charakter- und Persönlichkeitsstörung und machten es sich daher zur Aufgabe, Homosexualität in der Psychoanalyse zu heilen. Vertreter_innen verhaltenstherapeutischer Ansätze erklärten Homosexualität mit Lernerfahrungen in der Kindheit und Jugend und versuchten in sogenannten „Konversionstherapien“ mit Hilfe gegensätzlicher Lernerfahrungen homosexuelles in heterosexuelles oder zumindest asexuelles Begehren und Verhalten umzuwandeln. Bei speziellen „Aversionstherapien“ sollte eine solche Gegenkonditionierung durch Elektroschocks oder Übelkeit erzeugende Medikamente erfolgen. Es gibt keine glaubhaften Belege für den Erfolg solcher Therapien (Schneider, 2006; Steffens & Thompson, 2006; Wolf, 2006; Wolf, 2011).

Das Aufkommen der Lesben- und Schwulenbewegung und anderer politischer Bewegungen in den 70er und 80er Jahren führte zu einem gesellschaftlichen Umdenken und ließ eine neue

psychologische und soziologische Homosexualitätsforschung entstehen (Kong, Mahoney & Plummer, 2002, S. 240 ff.; Schneider, 2006, S. 367). Unter zunehmendem Druck von Seiten der Lesben- und Schwulenbewegung wurde „Homosexualität“ 1972 aus dem Diagnosemanual für psychische Krankheiten gestrichen, jedoch blieb eine Diagnose für „Ich-dystone Homosexualität“ zunächst erhalten. 1987 wurde dann auch diese Diagnose in der revidierten Auflage des DSM-III gestrichen. 1991 wurde die Diagnose „Homosexualität“ aus dem ICD-10 entfernt (Fiedler, 2004, S. 44).

Heute sind Konversionstherapien, zumindest in der professionellen Psychotherapie, nicht mehr üblich. Dennoch werden in den USA und auch in Deutschland weiterhin vor allem religiös geprägte Konversionstherapien angeboten (Bieschke, Parrish & Blasko 2007, S. 301 ff.; Steffens & Wagner, 2009, S. 249; Wolf, 2011). Die American Psychological Association (APA) veröffentlichte im Februar 2000 „*Guidelines for Psychological Practice with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*“, die ausdrücken, dass Homosexualität keine psychische Krankheit, sondern eine natürliche Variante menschlicher Sexualität sei. Die Richtlinien beinhalten des Weiteren eine Vielzahl von Punkten, die Therapeut_innen für Diskriminierung sensibilisieren und eine affirmative Therapie mit LSB-Klient_innen ermöglichen sollen (American Psychological Association, 2011). Die Sektion „*Division 44: The Society for the Psychological Study of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Issues*“⁹ der APA setzt sich in der Praxis für LSBT-Belange ein und fördert Forschung zu LSBT-Themen. In Deutschland fehlt eine vergleichbare Sektion im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) und auch allgemeingültige Richtlinien sind nicht vorhanden (Steffens & Wagner, 2009, S. 249 f.). Der Verband von Lesben und Schwulen in der Psychologie (VLSP) hat jedoch die Richtlinien der APA auf seiner Internetseite in deutscher Sprache veröffentlicht. Der VLSP und eine eher geringe Anzahl psychologischer Fachtexte bieten Informationen über die psychotherapeutische Arbeit mit LSB-Klient_innen in Deutschland (Fiedler, 2004, S. 109 ff.; Rauchfleisch, Frossard, Waser, Wiesendanger, & Roth, 2002).

2.3.2 Empirischer Forschungsstand zu LSB(Q)-Menschen in der Psychotherapie

Während es in den USA zumindest zu Lesben, Schwulen und Bisexuellen in der Psychotherapie einige empirische Studien gibt, ist die deutsche Forschung in diesem Bereich sehr beschränkt. Im Folgenden werden daher vor allem Studien aus den USA (und zwei Studien aus England) vorgestellt. Es muss beachtet werden, dass deren Befunde nicht ohne weiteres

⁹ „Transgender“ wird von der Division 44 als Überbegriff für alle Trans-Menschen verwendet. Der Begriff schließt also alle Menschen ein, die in dieser Arbeit mit den Begriffen Transsexuelle und Transgender bezeichnet werden.

auf den deutschen Raum übertragen werden können, da sowohl Gesundheitssystem als auch (LSBQ-) Kultur dieser Länder nur beschränkt vergleichbar sind. Die Studien, deren Teilnehmer_innen als LSB(Q)¹⁰-Menschen beschrieben werden, geben entweder explizit an, sich dabei auf deren Selbstbezeichnung zu beziehen oder legen aufgrund des Forschungsdesigns nahe, dass die Selbstbezeichnung ausschlaggebend für die Teilnahme an der Studie war.

Es gibt einige Belege dafür, dass LSB-Klient_innen Therapeut_innen ihres eigenen Geschlechts bevorzugen: Jones und Gabriel (1999) führten eine USA-weite Fragebogen-Studie durch, in der sie 600 Lesben, Schwule und Bisexuelle zu ihrer Therapiegeschichte befragten. 69% der Männer hatten männliche Therapeuten und 77% der Frauen hatten weibliche Therapeutinnen. Der Anteil weiblicher Klientinnen mit einer weiblichen Therapeutin stieg mit jeder weiteren Therapie an (von 67% in der ersten zu 90% in der sechsten Therapie). Für Männer konnte ein solches Muster nicht nachgewiesen werden. Auch die sexuelle Orientierung der Therapeut_in schien zumindest einigen wichtig zu sein: 26% der Befragten gaben an, dass eine Therapeut_in selbst schwul oder lesbisch sein müsse, um eine affirmative Therapie anbieten zu können. Die Anzahl heterosexueller Therapeut_innen sank bei jeder weiteren Psychotherapie (von 72% auf 47%). 12 der von Hunt, Matthews, Milsom und Lammel (2006) interviewten 25 Lesben mit Behinderung gaben an, dass es ihnen wichtig gewesen sei, dass sich die Therapeut_in als lesbisch und/oder behindert identifiziere, wobei hauptsächlich über die sexuelle Orientierung der Therapeut_in gesprochen wurde. Kompetenz und Akzeptanz der sexuellen Orientierung der Klient_in wurde jedoch meist als wichtiger bewertet als die sexuelle Orientierung der Therapeut_in. Letzteres berichtet auch Saulnier (2002) von ihren Fokusgruppen-Interviews mit 33 Lesben. Allerdings muss hier beachtet werden, dass die Gesprächsteilnehmer_innen nicht nur über Therapeut_innen, sondern über alle Anbieter_innen medizinischer und psychologischer Leistungen sprachen.

Jones und Gabriel (1999) berichten von einer relativ hohen Zufriedenheit der Klient_innen mit ihrer Therapie und ihrer Therapeut_in. Die Bewertung persönlicher Qualitäten der Therapeut_in und dem subjektiven Gefühl, respektiert, gemocht, verstanden und akzeptiert zu werden, war im Durchschnitt sehr hoch (von 7.2 bis 8.3 auf einer 10-Punkte Skala) und die meisten Befragten bewerteten die Therapien abschließend als positiv. Auch in qualitativen Studien bewertetet die Mehrheit der lesbischen und schwulen Interviewpartner_innen ihre Therapien insgesamt als hilfreich (Hunt et al., 2006; Mair & Izzard, 2001).

¹⁰ Das „Q“ wird in diesem Unterkapitel in Klammern gesetzt, da nur in einer der vorgestellten Studien queere Menschen explizit berücksichtigt werden.

Gleichzeitig verweisen die Studien auf zahlreiche negative Erfahrungen in Bezug auf die Therapeut_innen: Lesbische Interviewte berichteten von Überforderung und Unbehagen der Therapeut_innen im Zusammenhang mit der sexuellen Orientierung der Klient_in, von deren unhinterfragter Annahme, es läge eine heterosexuelle Orientierung vor (Hunt et al., 1991; Saulnier, 2002), der Verwendung von als veraltet empfundenen Stereotypen von Lesben, einem mangelnden Wissen über lesbische Kultur (Hunt et al., 1991) und einem Verbinden ihrer sexuellen Orientierung mit der Krankheitsdiagnose (Saulnier, 2002). Auch schwule Männer berichteten von einem mangelnden Wissen über schwule Kultur und dem Gefühl, dass die Therapeut_innen nicht adäquat mit dem Thema sexuelle Orientierung umgegangen seien (Mair & Izzard, 2001). Donald und Fischer (2001) wiesen in einer quantitativen Studie mit 126 LSB-Studienteilnehmer_innen den negativen Effekt von heterosexistischer Sprache auf die allgemeine Bewertung der Therapeut_in, die eingeschätzte Wahrscheinlichkeit, zu einem erneuten Gespräch zu erscheinen, die Bereitschaft, persönliche Inhalte mitzuteilen und die Bereitschaft, die eigene sexuelle Orientierung offenzulegen, nach. Eine relativ neue Studie zu den Erfahrungen von LSBQ-Klient_innen in der Psychotherapie weist auf subtile Formen der Diskriminierung im psychotherapeutischen Kontext hin (Shelton & Delgado-Romero, 2011). Die Berichte aus den zwei Fokusgruppen mit insgesamt 16 sich als LSBQ bezeichnenden Teilnehmer_innen wurden in sieben Sexual Orientation Microaggression Themen gegliedert: die Annahme, die sexuelle Orientierung sei der Grund für alle dargelegten Probleme; das Vermeiden und Minimieren der sexuellen Orientierung; zu starke Versuche, sich mit der LSBQ-Klient_in identifizieren; stereotype Annahmen über LSBQ-Klient_innen; die Äußerung heteronormativer Vorurteile; die Annahme, LSBQ-Menschen bräuchten eine Psychotherapie; Warnungen vor Gefahren, die mit einer Identifizierung als LSBQ einhergehen. Diese Studie ist die einzige der hier vorgestellten Studien, die explizit queere Menschen miteinbezieht. Einen Hinweis darauf, dass Diskriminierung in der Psychotherapie den Therapeut_innen nicht unbedingt bewusst ist, liefert eine Fragebogenstudie aus England (Bartlett, King & Phillips, 2001). Die befragten Therapeut_innen gaben meist an, eine akzeptierende und offene Grundhaltung gegenüber LS-Klient_innen zu haben und Homosexualität nicht für pathologisch zu halten. Dennoch fanden sich in Antworten auf die offenen Fragen des Fragebogens Vorurteile. Auch wird laut Bartlett et al. in den zahlreichen offenen Antworten kaum Selbstkritik geäußert oder die Relevanz der gesellschaftlichen Haltung gegenüber Homosexualität für die Psychotherapie erwähnt. Dies kann ein Hinweis auf mangelnde Sensibilität für eigene heteronormative Grundannahmen und alltägliche Diskriminierungserfahrungen von nicht heterosexuellen Menschen sein.

Obwohl im deutschen Kontext kaum Studien zu LSB-Klient_innen in der Psychotherapie existieren, gibt es dennoch Hinweise darauf, dass es auch in Deutschland zu Diskriminierung oder Unzufriedenheit kommen kann (Wolf, 2006; Steffens & Wagner, 2009). In einer Fragebogenstudie zu Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen von lesbischen Frauen gaben 6,5% der 757 befragten Lesben an, ihre Therapeut_in habe ihnen nahegelegt, es sei besser, heterosexuell zu sein (Stein-Hilbers et al., 1999). Wie viele der befragten Frauen Therapieerfahrungen hatten, ist aus der Studie jedoch nicht ersichtlich. Eine Fragebogenstudie der psychosozialen Beratungsstelle donna klara e.V. weist ebenfalls darauf hin, dass lesbische und bisexuelle Frauen offene und subtile Diskriminierung von Seiten ihrer Therapeut_innen erleben (Schneider, 2003).

2.3.3 Transsexualität und Transsexuelle in der Psychotherapie

„Transsexualität“ existiert seit 1952 als Krankheitsbegriff, im selben Jahr wurde auch die erste operative Geschlechtsangleichung vorgenommen. Im Gegensatz zur „Homosexualität“ existiert die Diagnose „Transsexualismus“ im ICD-10¹¹ beziehungsweise „Geschlechtsidentitätsstörung“ im DSM-IV auch heute noch. Diagnostiziert werden kann, wer ein *„starkes und andauerndes Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht“* (Saß, Wittchen, & Zaudig, 2003, S. 642) hat und zusätzlich die körperlichen Merkmale des Geburtsgeschlechts oder die Rollenerwartungen dieses Geschlechtes ablehnt. Das ICD-10 fordert zusätzlich den Wunsch nach hormonellen und chirurgischen Körperveränderungen. Eine gleichzeitige „Intersexualität“ darf nicht vorliegen.

Psychodynamische Ansätze erklären sich Transsexualität zum Beispiel mit bestehenden Eltern-Kind-Konflikten, dem (unbewussten) Wunsch eines Elternteils, ein Kind des anderen Geschlechts zu haben oder einfach mit verdrängter Homosexualität. Von medizinischer Seite gibt es Theorien über hormonelle Einflüsse auf den Fötus, die Veränderungen im Gehirn veranlassen sollen (Rauchfleisch, 2009, S. 22).

Heute ist das deklarierte Ziel einer Psychotherapie mit Transsexuellen nicht (mehr), sie vom *„Verlangen oder Bestehen darauf, dem anderen Geschlecht anzugehören“* (Saß et al., 2003, S. 642) abzubringen, sondern sie nach Möglichkeit auf dem Weg zum anderen Geschlecht zu unterstützen. Eine Behandlung beinhaltet laut Standards of Care der Harry-Benjamin-Gesellschaft fünf hintereinander folgende Stufen: die Diagnose, den sogenannten „Alltagstest“, Hormonbehandlung, chirurgische Maßnahmen sowie körperliche und psychotherapeutische Nachbetreuung. Während der Phase des „Alltagstests“ soll die betroffene Person ein bis zwei Jahre lang 24 Stunden am Tag in ihrem Wunschgeschlecht leben. Dies ist

¹¹ „Transsexualismus“ ist im ICD-10 Teil der „Störungen der Geschlechtsidentität“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2011).

zwangsläufig an eine begleitende Psychotherapie gebunden. Sowohl für die Diagnose als auch für die Operationen sind mehrere Gutachten nötig. Auch für die Personenstandsänderung oder die Vornamensänderung nach dem Transsexuellengesetz (TSG) sind psychologische Gutachten nötig, in denen meist die Therapeut_in bestätigt, dass die betreffende Person „transsexuell“ ist, „*seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben*“ (TSG, § 8 Abs. 1) und sich dies auch mit höchster Wahrscheinlichkeit nicht mehr ändern wird (Fiedler, 2004, S. 155 ff.; Rauchfleisch, 2009, S. 26 ff.).

Diese Grundlagen machen die Rolle der Psychotherapie in vielerlei Hinsicht schwierig: Zum einen ist die transsexuelle Person dazu gezwungen, eine Psychotherapie zu besuchen, um die Hormonbehandlung und chirurgische Veränderungen von ihrer Krankenkasse bezahlt zu bekommen oder auch nur ihren Vornamen offiziell ändern zu lassen. Außerdem fertigt die Psychotherapeut_in die benötigten Gutachten an, was ein Vertrauensverhältnis und die Offenheit der Klient_in stark beeinträchtigen kann, da die Therapeut_in von der „Echtheit“ der Transsexualität überzeugt werden muss (Hirschauer, 1993, S. 121 ff.).

Des Weiteren sehen die Standards of Care und auch die Diagnose des ICD-10 vor, dass sich Transsexuelle vollständig dem anderen Geschlecht anzugleichen haben. Tatsächlich jedoch wünschen sich nicht alle Transsexuellen Operationen und viele entscheiden sich (nicht zuletzt wegen des bürokratischen und emotionalen Aufwands) für die sogenannte „kleine Lösung“ der Vornamensänderung ohne Personenstandsänderung (Rauchfleisch, 2009, S. 37 ff.). Trans-Menschen, die sich zwischen den Geschlechtern verorten oder nur Teile der medizinischen Körperveränderungen wollen, sind von einer Kostenübernahme durch die Krankenkasse und von Namens- und Personenstandsänderung ausgeschlossen, da sie nicht in das Bild von „Transsexualismus“ passen und weil letztlich ein Leben zwischen den Geschlechtern in diesem System nicht vorgesehen ist. Eine Person muss komplett vom einen zum anderen Geschlecht wechseln. Ob und wann sie dies tun darf, entscheiden dabei eine Reihe von Psychotherapeut_innen und Mediziner_innen (Hirschauer, 1993, S. 121 ff.).

Auch empirische Studien zur Situation von Trans-Menschen in Europa belegen, dass fast einem Drittel der Trans-Menschen, die eine medizinische Behandlung wünschen, diese verweigert wird. Diese Studien weisen ebenfalls auf Missstände und Diskriminierung im Zusammenhang mit der medizinischen und psychologischen Betreuung hin (Mitchell & Howarth, 2009; Whittle, Turner, Combs, & Rhodes, 2008). Zahlreiche Transsexuellen- und Transgender-Verbände haben in den letzten Jahren verstärkt auf diese Probleme aufmerksam gemacht. Teilweise in Kooperation mit LSB-Verbänden kämpfen sie für eine bessere, individuellere Versorgung, mehr Mitbestimmung, eine Sensibilisierung des Fachpersonals und eine

Entbürokratisierung der Verfahren. Selbsthilfegruppen für Transsexuelle werden heute, zumindest in Großstädten, von zahlreichen Gruppen anderer Trans-Menschen ergänzt (Regh, 2002). Das internationale Netzwerk „Stop Transpathologization“ setzt sich für die Entpathologisierung der Transsexualität ein.

3 Resümee und Ableitung der Forschungsfragen

Zusammengefasst, legt die Forschung zu LSB(Q)-Klient_innen nahe, dass es trotz positiver Erfahrungen auch zu vielen unterschiedlichen Diskriminierungserfahrungen im therapeutischen Setting kommt. Auch die Geschichte der Psychologie im Zusammenhang mit LSB-Klient_innen und die aktuelle Situation von Transsexuellen in der Psychotherapie deuten auf ein schwieriges Verhältnis zwischen Psychotherapie und sexuellen und geschlechtlichen Minderheiten hin. Zu Queers und Transgendern in der Psychotherapie gibt es nur wenig beziehungsweise keine Forschung. Da meine Zielgruppe sich insofern von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transsexuellen unterscheidet, als dass sie von den in der Psychologie gängigen Kategorien und Modellen nicht erfasst wird, beziehungsweise sich selbst diesen Kategorien verweigert, wäre es denkbar, dass diese Gruppe noch einmal anders von Diskriminierung in der Psychotherapie betroffen ist. Dies wäre insbesondere bei Transgendern denkbar, da diesen mit Rückbezug auf gängige Diagnosemanuale eine gestörte Geschlechtsidentität unterstellt werden könnte. Da ich, angesichts des Forschungsstands zu LSB-Klient_innen, vor allem subtile, von Therapeut_innen nicht unbedingt intendierte Diskriminierung erwarte, möchte ich in dieser Arbeit die subjektive Perspektive der Klient_innen einfangen. Dies scheint mir auch insofern angemessen, als dass die Klient_innensicht auf die Therapie deutlich wichtiger für den Therapieerfolg zu sein scheint, als zum Beispiel die Einschätzung außenstehender Beobachter_innen (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004).

Aus diesen Grundlagen leite ich die folgenden offenen Forschungsfragen ab:

- ❖ Von welchen Erfahrungen berichten Queers und Transgender bezüglich ihrer Psychotherapie und der therapeutischen Beziehung im Zusammenhang mit ihrer sexuellen Orientierung und/oder ihrer Geschlechtsidentität?
- ❖ Von welchen Formen von im therapeutischen Setting erlebter Diskriminierung berichten sie im Zusammenhang mit ihrer sexuellen Orientierung und/oder ihrer Geschlechtsidentität?
- ❖ Unterscheiden sich die berichteten Diskriminierungserfahrungen, die im Zusammenhang mit einer Transgender-Identität stehen von solchen, die im Zusammenhang mit einer queeren Orientierung stehen?

4 Methoden

4.1 Forschungsansatz

Diese Untersuchung folgt einem **konstruktivistischen Ansatz**. Das heißt erstens, dass diese Untersuchung nicht den Anspruch erhebt, objektive Gegebenheiten zu erfassen, sondern versucht, das subjektive Erleben der (ehemaligen) Klient_innen zu ergründen, also wie diese ihre Welt (in diesem Fall ihre Therapie) wahrnehmen, verarbeiten und deuten (Ponterotto, 2005). Zweitens wird davon ausgegangen, dass auch die subjektive Welt der Befragten nicht ungefiltert zugänglich ist. Forschungsergebnisse sind immer durch die forschende Person, durch das von ihr gewählte Forschungsdesign sowie durch die Interaktion zwischen Forscher_in und der befragten Person beeinflusst und kein exaktes Abbild der subjektiven Welt, die Gegenstand der Forschung ist. In der Forschung wird also eine Theorie über Realitätskonstruktionen konstruiert (Flick, 2000; Winter, 2010).

Da es sich hier um eine explorative Untersuchung handelt, deren Interesse es ist, in einem nur wenig erforschten Gebiet Neues zu entdecken und Relevanzsetzungen durch die Klient_innen zuzulassen, eignet sich eine **qualitative Methodologie**. Es geht hier also nicht um eine Theorie- und Hypothesenprüfung im quantitativen Sinne, sondern darum, einen ersten Überblick über das Erleben von Queers und Transgendern in der Psychotherapie zu erhalten und weiterführende Forschungsfragen und Hypothesen zu generieren.

Ich selbst habe während meines Psychologiestudiums auch Gender Studies studiert und greife in dieser Arbeit auf Vorwissen, Methoden, Konzepte und Literatur aus beiden Disziplinen zurück. In diesem Sinne ist die vorliegende Arbeit als **transdisziplinär** zu verstehen (Kitch, 2007).

4.2 Datenerhebung

Als Methode der Datenerhebung entschied ich mich für das **problemzentrierte Interview** (PZI) nach Witzel (1989; 2000). Einzelinterviews erschienen dem Gegenstand angemessen, da sie (im Gegensatz z.B. zu Gruppeninterviews) eine vertrauensvolle Atmosphäre bieten, in dem Interviewpartner_innen auch sehr persönliche Inhalte mitteilen können. Das PZI bot sich als besonders geeignet an, da es beansprucht, die „*subjektive Problemsicht*“ der Interviewpartner_innen in den Mittelpunkt zu stellen und den Erhebungsprozess als „*induktiv-deduktives Wechselspiel*“ organisiert (Witzel, 2000, S. 1). Es lässt eine Problemfokussierung durch die Interviewer_in zu und bietet somit eine Möglichkeit, bestehendes Vorwissen in die Datenerhebung zu integrieren und für die Forschungsfrage interessante Aspekte zu vertiefen

(in diesem Fall zum Beispiel Berichte über diskriminierendes Verhalten einer Therapeut_in). Das PZI lässt weiterhin auch durch erzählungsgenerierende Fragen Relevanzsetzungen seitens der Interviewpartner_innen zu und erfüllt somit den Anspruch der Offenheit für Neues.

Für die Datenerhebung verwendete ich die von Witzel (2000) vorgeschlagenen vier Teilelemente des PZI. Diese vier Teilelemente sind der **Leitfaden** für das Interview, ein **Audiogerät** zur präzisen Erfassung des Gesprächs, der **Kurzfragebogen** und das Erstellen eines **Postskriptums** unmittelbar nach dem Interview. In den Postskripta können situative und nonverbale Aspekte des Gesprächs festgehalten werden.

4.2.1 Konstruktion des Interviewleitfadens

Bei der Erstellung des Leitfadens richtete ich mich nach den Vorgaben des PZI und allgemeinen Hinweisen zur Leitfadengestaltung von Helfferich (2010, S. 178 ff.). Der Leitfaden (siehe Anhang) sollte als Orientierungshilfe während des Interviews dienen und enthält sowohl erzählungsgenerierende Fragen (Erzählanstöße) als auch thematisch sortierte Frageideen, die nur gestellt werden mussten, wenn die interviewte Person dieses Thema nicht von selbst ansprach. Der Leitfaden wurde sowohl in einer Forschungswerkstatt als auch in einem Seminar zu qualitativen Methoden in der Psychologie vorgestellt. Anregungen und Kritik aus den beiden Gruppen wurden berücksichtigt und eingearbeitet.

4.2.2 Feldzugang

In der Grounded Theory wird die aufwendige Methode des theoretischen Samplings empfohlen, bei der die Auswahl der Fälle und die Datenauswertung parallel verlaufen und sich wechselseitig beeinflussen (Flick, 2009, S. 158 ff.; Glaser & Strauss, 2010, S. 61 ff.). Aufgrund des zeitlich beschränkten Rahmens einer Diplomarbeit war diese Herangehensweise nicht möglich. Hinzu kommt, dass ich bei der Planung meines Forschungsdesigns davon ausging, dass sich aufgrund des persönlichen Themas (Therapieerfahrungen) und des sehr begrenzten Kreises an Zielpersonen (Menschen, die sich als Queer oder Transgender bezeichnen und zusätzlich mindestens eine ambulante Einzeltherapie gemacht haben) nicht allzu viele potentielle Interviewpartner_innen bei mir melden würden. Statt also der Methode des theoretischen Samplings zu folgen, bestimmte ich folgende Kriterien, die ich entweder im Anwerbungstext oder später im Kontakt mit interessierten Menschen abfragte:

- ❖ Die Person bezeichnet sich selbst als Queer und/oder Transgender oder findet sich in den Kategorien „Mann“ oder „Frau“ und/oder in den Kategorien „Heterosexuell“, „Bisexuell“ oder „Homosexuell“ nicht wieder.

- ❖ Die Person hat mindestens eine ambulante Einzeltherapie in den kassenrechtlich anerkannten Verfahren gemacht.
- ❖ Die Person ist mindestens 18 Jahre alt.
- ❖ Die Person kann sich laut Selbstaussage gut an die Therapie erinnern.

Die Anwerbung erfolgte über einen Aufruf (siehe Anhang), der über E-Mail Verteiler, auf einer Internetseite und auf Blogs veröffentlicht wurde und in LSBQT-Beratungsstellen und Vereinen ausgehängt wurde.

Meine Erwartung eines geringen Rücklaufs wurde nicht erfüllt. Es meldeten sich ungefähr 30 (sic!) Menschen bei mir. Wer letztendlich interviewt wurde, war meistens eine logistische und zeitliche Frage. Ich versuchte jedoch bei der Auswahl der Interviewpartner_innen auf einen ausgewogenen Altersdurchschnitt¹² und auf eine hohe Diversität der sexuellen und geschlechtlichen Selbstbezeichnung zu achten¹³. Um einen möglichen Unterschied zwischen Erfahrungen (hauptsächlich) queerer Menschen und (hauptsächlich) Transgendern Rechnung zu tragen, achtete ich außerdem auf eine Ausgewogenheit hinsichtlich dieser Merkmale. Einige der 30 Personen meldeten sich bei mir nachdem ich die Datenerhebung abgeschlossen hatte und konnten deswegen in der Auswahl nicht berücksichtigt werden.

Die Kontaktaufnahme erfolgte in der Regel über E-Mail. In meiner ersten Antwortmail beschrieb ich noch einmal den Inhalt meiner Arbeit, den Ablauf des Interviews und beantwortete Fragen. Bei bleibendem Interesse vereinbarten wir Zeit und Ort für das Interview. Mir war es dabei wichtig, dass die Interviewpartner_in die Möglichkeit hatte den Ort nach ihren Vorstellungen und Bedürfnissen auszuwählen. Daher schlug ich immer zwei unterschiedliche Räume vor (einen Infoladen, der zur Zeit des Interviews für Besucher_innen geschlossen war und einen universitären Seminarraum) und bot zusätzlich an, an einen anderen ruhigen Ort zu kommen.

Zu keinem Zeitpunkt des Kontakts erwähnte ich mein Interesse für Diskriminierungserfahrungen, sondern sprach und schrieb stattdessen von einem Interesse an Therapieerfahrungen im Allgemeinen oder von „*positiven, negativen oder auch ambivalenten Erfahrungen*“ (Interviewleitfaden, siehe Anhang). Dies war eine bewusste Entscheidung, um einen Selektionseffekt zu vermeiden, nach dem sich von vornherein nur Menschen mit starken Diskriminierungserfahrungen melden. Durch die allgemeine Frage nach Therapie-

¹² Dies war nicht einfach, da die überwiegende Mehrheit der Kontakt aufnehmenden Personen angab, zwischen 20 und 30 Jahre alt zu sein.

¹³ Hinsichtlich der Psychotherapien (z.B. das Verfahren, die Länge der Therapie, die Anzahl der Therapien) konnte keine Vorauswahl getroffen werden, weil den E-Mails eine solche Information meist nicht zu entnehmen war. Letztlich schien zu Beginn der Datenerhebung eine solche Auswahl in Bezug auf die Forschungsfragen auch weniger relevant zu sein.

erfahrungen sollte außerdem eine vorschnelle Fokussierung vor und während des Interviews vermieden und die Offenheit für Neues bewahrt werden.

4.2.3 Durchführung der Interviews

Vor der Datenerhebung führte ich ein Probeinterview durch, um erstens den Interviewleitfaden auf seine Praxistauglichkeit zu prüfen, zweitens Erfahrungen in der Tätigkeit des Interviewführens zu sammeln und drittens ein ausführliches Feedback von meiner Interviewpartner_in über mein Verhalten und über die Verständlichkeit meiner Fragen zu erhalten und gegebenenfalls Änderungen vorzunehmen. Nach den ersten drei Interviews evaluierte ich mit Hilfe der Postskripta, Forschungstagebucheinträgen und der Audioaufnahmen mein eigenes Verhalten in den Interviews und nahm für die folgenden Interviews geringfügige Änderungen in meinem verbalen und non-verbalen Verhalten vor.

Zwei der Interviews fanden in den Wohnungen der Interviewpartner_innen statt, zwei im oben erwähnten Infoladen, ein Interview fand im Büro der interviewten Person statt und eins wurde aufgrund der räumlichen Distanz als Videointerview über Internetverbindung geführt. In allen Fällen war ein ungestörtes Zweiergespräch möglich.

Vor dem eigentlichen Interview gab ich noch einmal einen Überblick über den Interviewablauf, stellte das Aufnahmegerät vor, erläuterte die Datenschutzvereinbarung (siehe Anhang) und gab den Interviewpartner_innen noch einmal die Möglichkeit, Fragen zur Arbeit oder zu meiner Person zu stellen.

Die Interviews dauerten im Durchschnitt ungefähr eine Stunde. Die Gesprächsatmosphäre nahm ich durchgehend als angenehm war, das heißt ich erlebte keine abwehrenden Reaktionen oder Rückzug auf Seiten der Interviewpartner_innen. Vielmehr hatte ich das Gefühl, dass sich meine Gesprächspartner_innen häufig im Laufe des Interviews mehr öffneten und mir auch sehr emotionale und persönliche Erinnerungen mitteilten.

Da es sich bei Therapieerfahrungen um ein emotional sehr aufwühlendes Thema handeln kann, war es mir wichtig, im Falle von weiterem Gesprächs- oder Beratungsbedarf, meine Interviewpartner_innen weiter verweisen zu können. Dafür hatte ich eine Liste mit Anlaufstellen und Informationen vorbereitet, die ich bei Bedarf aushändigen konnte (siehe Anhang). Außerdem fanden alle Interviews zu den Öffnungszeiten der Lesbenberatung Berlin e.V.¹⁴ statt, bei akutem Bedarf bestand daher die Möglichkeit, deren Telefonberatung in Anspruch zu nehmen.

¹⁴ Die Lesbenberatung Berlin e.V. ist ein psychosoziales Beratungs- und Kommunikationszentrum für lesbische und bisexuelle Frauen und Mädchen und Trans-Menschen. Sie bietet unter anderem persönliche Beratungsgespräche, Therapieberatung und telefonische Beratung an.

Am Ende des Interviews gab ich den Interviewpartner_innen die Möglichkeit, sofort ein Feedback zum Gespräch zu geben oder mir dieses später per E-Mail zukommen zu lassen. Im Anschluss füllten die Teilnehmer_innen den Kurzfragebogen (siehe Anhang) aus, mit dem demographische Daten und Angaben über die Therapie(n) erfasst wurden. Dies bot den Vorteil, dass solche Informationen nicht während des Gesprächs in einem Frage-Antwort-Schema abgefragt werden mussten.

Unmittelbar nach dem Gespräch erstellte ich ein Postskriptum, in dem ich erste Eindrücke zu Atmosphäre, Interaktion, der Interviewpartner_in, meiner Rolle als Interviewerin, Themen, Besonderheiten und externen (Stör-)Einflüssen (z.B. Straßenlärm) festhielt. Für die Auswertung waren die Postskripte eine wichtige Ergänzung zu den Transkripten der Audioaufnahmen.

4.3 Transkription und Fallübersichten

Die Audioaufnahmen wurden anschließend vollständig transkribiert. Dabei orientierte ich mich an den einfachen Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl (2011, S. 18 ff.) und ergänzte diese um ein paar Aspekte (siehe Transkriptionslegende im Anhang). In den Transkripten wurden alle Personennamen durch Pseudonyme ersetzt und Ortsangaben anonymisiert.

Als erster Auswertungsschritt wurde für jedes Transkript eine Fallübersicht (siehe Anhang) erstellt, in der sowohl die personen- und therapiebezogenen Angaben des Kurzfragebogens als auch Themenschwerpunkte und Besonderheiten festgehalten wurden. Die Fallübersichten dienten als Anhaltspunkt für die Entscheidung über die Reihenfolge der Auswertung der Interviews.

4.4 Datenauswertung

Für die Auswertung problemzentrierter Interviews bieten sich die Auswertungsmethoden der Grounded Theory (GT) an (Witzel, 2000, S. 2). Bei der in qualitativer Psychotherapieforschung gängigen GT (Frommer & Lange, 2010, S. 776; Ponterotto, 2005, S. 126) werden Kategorien aus den Daten heraus entwickelt (induktiv) und entwickelte Kategorien an weiterem Datenmaterial geprüft (deduktiv) und in diesem Prozess erweitert, verändert oder präzisiert (Glaser & Strauss, 2010). Einem konstruktivistischen Ansatz folgend orientierte ich mich an der konstruktivistischen GT nach Charmaz (2006, 2011). Charmaz (2006, S. 42 ff.) unterscheidet zwei Arten des Codierens: Beim **offenen Codieren** wird das gesamte Interviewtranskript codiert. Die Codes sollen dabei möglichst nahe am Text bleiben und möglichst viele aussagekräftige Details einfangen. Um dem Konstruktions- und

Prozesscharakter der Daten gerecht zu werden, sollen vor allem Verben verwendet werden (z.B. „sich abgelehnt fühlen“ statt „Ablehnung“). Später können dann aus Interviews besonders aussagekräftige oder interessante Passagen ausgewählt und mit dem **fokussierten Codieren** ausgewertet werden. Hierbei wird dann hauptsächlich auf bereits entwickelte Codes und Kategorien zurückgegriffen.

Charmaz folgend codierte ich vier Interviews offen, aus den zwei übrigen Interviews wählte ich aussagekräftige Passagen und codierte diese im Sinne eines fokussierten Codierens. Dabei setzte ich Diskriminierung im Rückgriff auf die im Kapitel 2.2 dargestellte Literatur als a-priori Kategorie. Als Diskriminierungserfahrungen wurden Inhalte bewertet, die mindestens eins der folgenden Kriterien erfüllten:

- ❖ Die Identität oder Erfahrung der Klient_in wird aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität abgewertet.
- ❖ Die Identität oder Erfahrung der Klient_in wird aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität als nicht normal oder anders dargestellt.
- ❖ Die Klient_in wird auf ihre Gruppenzugehörigkeit zu einer sexuellen und/oder geschlechtlichen Minderheit reduziert.

Diese für die GT ungewöhnliche a-priori Setzung hielt ich für sinnvoll, da sie bestehende Forschung und Theorie zu Diskriminierung (von LSBQT-Menschen) berücksichtigt. Das Vorgehen passt außerdem zu einer Fragestellung, die nicht etwa untersuchen will, was die Klient_innen als Diskriminierung erleben, sondern welche unterschiedlichen Formen von Diskriminierung sie erleben. Alle anderen Kategorien, auch die unterschiedlichen Diskriminierungskategorien, wurden folgendermaßen aus dem Datenmaterial heraus entwickelt: Die bei der Codierung entstehenden Codes fasste ich während des Auswertungsprozesses immer wieder zu thematischen Gruppen zusammen. Innerhalb und zwischen diesen Gruppen arbeitete ich mit Hilfe von graphischen Netzwerkkarten (siehe Anhang) und dem Vergleich unterschiedlicher fallinterner und fallübergreifender Interviewpassagen sowie mittels detaillierter Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial Kategorien und Unterkategorien heraus. Durch das ständige Vergleichen und das Hinzukommen neuer Codes wurden die Kategorien und Unterkategorien bis zum Schluss überarbeitet und präzisiert.

Um die **Reihenfolge** der auszuwertenden Interviews zu bestimmen, bezog ich mich, wie bereits oben erwähnt, auf die Fallübersichten. Dabei wählte ich als ersten Fall denjenigen, der mir aufgrund der personenbezogenen Angaben und den im Interview aufkommenden Themen

am repräsentativsten erschien. Die folgenden Interviews wählte ich dann nach dem Prinzip der maximalen und minimalen Ähnlichkeit aus (Glaser & Strauss, 2010, S. 72 f.).

Ich nutzte außerdem die Methode des **Memos schreibens** (Charmaz, 2006, S. 72 ff.) um Gedanken und Ideen während der Auswertung festzuhalten, Kategorien und Unterkategorien zu definieren und meine Rolle als Forscherin und deren Einfluss auf das Interview und die Datenauswertung zu reflektieren (Beispiel Memos siehe Anhang).

Für die Auswertung verwendete ich hauptsächlich das **Computerprogramm ATLAS.ti**, welches für die Auswertung qualitativer Daten entwickelt wurde. Dies bietet nicht nur den Vorteil eines ökonomischen Arbeitens, sondern half mir außerdem, den Auswertungsprozess durch die Darstellungen von Zitatnachweisen für Kategorien und Codes sowie Memos und Netzwerkkarten im Anhang transparenter zu machen.

4.5 Gütekriterien

Die in der quantitativen Forschung gängigen Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität sind nicht geeignet für eine qualitative Methodologie und Forschungsmethoden, die nicht den Anspruch auf Formalisierbarkeit und Standardisierbarkeit erheben (Flick, 2009, S. 487 ff.; Steinke, 2000, S. 320). Zusätzlich stehen sie konträr zu einem konstruktivistischen Forschungsansatz, wie er hier vertreten wird. Zur Bewertung dieser Arbeit ziehe ich deshalb folgende von Steinke (2000) vorgeschlagene Gütekriterien qualitativer Forschung heran:

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit: Eine intersubjektive Überprüfbarkeit im Sinne einer exakten Replikation von Ergebnissen ist in der qualitativen Forschung laut Steinke (2000, S. 324) nicht möglich. Stattdessen sollen Ergebnisse intersubjektiv nachvollziehbar gemacht werden. Um dieses zu erreichen, dokumentierte ich im Methodenkapitel den Forschungsprozess und versuchte, durch die Auswertungsbeispiele und die Transkriptionslegende im Anhang meine Arbeitsweise transparent zu machen. Des Weiteren diskutierte ich mein Vorgehen in jedem Untersuchungsschritt in unterschiedlichen Arbeitsgruppen¹⁵ und erhielt so immer wieder Feedback über Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit meiner Entscheidungen und Herangehensweisen. Durch die Anwendung der Auswertungsmethoden der Grounded Theory erfüllt die Arbeit auch den Anspruch Steinkes (2000, S. 326), ein kodifiziertes Verfahren zu verwenden.

Indikation des Forschungsprozess: Um zu zeigen, dass die qualitative Methodologie und die spezifischen Erhebungs- und Auswertungsmethoden gegenstandsangemessen sind, legte

¹⁵ Diese Arbeitsgruppen waren eine Forschungswerkstatt (Gender Studies), eine Interpretationswerkstatt (Interdisziplinär), ein Diplomant_innen-Kolloquium (Psychologie) und ein Seminar zu qualitativer Forschung in der Psychologie (Psychologie).

ich im Methodenkapitel die Begründung für mein qualitatives Vorgehen und meine Methodenwahl offen.

Empirische Verankerung: Die in der Untersuchung gebildeten Kategorien und Unterkategorien sollen in den Daten verankert sein. Diesen Anspruch versuche ich vor allem durch die Anwendung eines kodifizierten Verfahrens, durch die wiederholte Rückkoppelung meiner Analyseentscheidungen mit dem Datenmaterial und durch das Verwenden entsprechender Textbelege (Zitate aus den Transkripten) im Ergebnisteil zu erfüllen.

Limitation: Laut Steinke (2000, S. 329 f.) soll die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse auf andere Fälle, Kontexte oder Phänomene geprüft werden. Aufgrund der zeitlichen Beschränkung einer Diplomarbeit ist dies nur ansatzweise möglich. Dennoch setze ich mich im Kapitel 5.5 mit den Erfahrungsberichten einer Person auseinander, welche Therapie im Rahmen einer Begleitung der Geschlechtsangleichung macht. Im Kapitel 6.2.3 diskutiere ich die Übertragbarkeit der unter 5.2 bis 5.4 dargestellten Ergebnisse auf Personen mit der Diagnose „Transsexualismus“.

Reflektierte Subjektivität: Mit diesem Kriterium soll geprüft werden, inwieweit sich die forschende Person hinsichtlich ihrer Forscher_innenrolle, ihres Vorwissens und ihrer Vorannahmen reflektiert. Auch geht es dabei um ein Bewusstsein der forschenden Person über ihre Position als Teil der sozialen Welt, die sie erforscht. Über meine forschungsbezogene Selbstreflexion schreibe ich im folgenden Unterkapitel.

4.6 Forschungsbezogene Selbstreflexion

Teil des qualitativen Vorgehens nach einem konstruktivistischen Ansatz ist die forschungsbezogene Selbstreflexion (Charmaz, 2006, S. 177 ff.). Diese beinhaltet für mich die Offenlegung meines Vorwissens und meiner Vorannahmen sowie die Reflexion meiner Position und meines Wirkens während des gesamten Forschungsprozesses.

Mein Vorwissen bei der Durchführung der Interviews entsprach weitestgehend dem im Theorieteil beschriebenen Forschungsstand und wird ergänzt von Erzählungen und Erfahrungen aus meinem persönlichen und beruflichen Umfeld.

Zu Beginn der Arbeit erwartete ich, dass mir Interviewpartner_innen Geschichten von Diskriminierung berichten würden. Dabei nahm ich an, dass ich vor allem Erzählungen von subtiler Diskriminierung hören würde. Zwar formulierte ich Aufrufe, E-Mails und Fragen im Interview offen und erwähnte einen Fokus auf Diskriminierung nicht, dennoch fokussierte ich im Interview hauptsächlich Erfahrungsberichte, die auf eine Diskriminierung hinweisen schienen. Auch in der Auswertung folgte ich dieser Fokussierung. Positive Berichte, die eben-

falls in den Interviews vorkamen und bei einer anderen Schwerpunktsetzung sicher noch mehr vertieft worden wären, müssen hier zwangsläufig zu kurz kommen.

Ich selbst verorte mich als queere Person und beziehe mich mit diesem Label auf die oben von mir gesetzte Definition. Ich verorte mich selbst nicht als transgender, da ich meine Geschlechtsidentität als weitgehend weiblich erlebe und mich selbst als Frau bezeichnen würde. Ich verstehe jedoch Geschlecht genauso wie sexuelle Orientierung als ein von der Gesellschaft hervorgebrachtes Konstrukt und nicht als eine biologisch determinierte Gegebenheit. Meine theoretische Position entspricht also weitestgehend den im Kapitel 2.1.2 dargestellten Ansätzen. Wie die meisten meiner Interviewpartner_innen verstehe ich Geschlecht und sexuelle Orientierung als flexibel. Meine theoretische Position und mein Verständnis von Geschlecht und sexueller Orientierung beeinflussen entsprechend jeden Schritt dieser Untersuchung und widersprechen teilweise der gängigen Lehrmeinung der universitären Psychologie.

Durch die Wortwahl im Aufruf, im Kontakt vor dem Interview und schließlich in den Gesprächen selbst war ich meines Erachtens als queere Szeneperson erkennbar. Mögliche Auswirkungen dieser Positionierung auf die Interaktion zwischen mir und den Interviewteilnehmer_innen diskutiere ich im Kapitel 6.2.2.

Zur forschungsbegleitenden Selbstreflexion führte ich über den gesamten Forschungsprozess hinweg ein Forschungstagebuch, in dem ich forschungsbezogene Gedanken und Eindrücke festhielt. Der Reflexion der Interviewsituationen dienten außerdem die Postskripte. Während der Auswertung halfen selbstreflexive Memos, über meine Rolle und meinen Einfluss als Interviewerin, meine Schwerpunktsetzungen und Auswertungsideen nachzudenken.

5 Ergebnisse

Im Kapitel „**Beschreibung der Interviewpartner_innen**“ (5.1) stelle ich die personen- und therapiebezogenen Angaben aus den Kurzfragebögen dar und ergänze diese mit einzelnen Aussagen aus den Interviews. Das sexuelle und geschlechtliche Selbstverständnis, welches die Interviewpartner_innen im Fragebogen angeben und im Interview auf meine Aufforderung hin ausführlicher beschreiben, wird ebenfalls in diesem Kapitel dargestellt. Im darauf folgenden Kapitel (5.2) stelle ich die **Kriterien der Klient_innen für die Auswahl einer passenden Therapeut_in** dar. Ich gehe auf das Kriterium „Geschlecht und sexuelle Orientierung der Therapeut_in“ ein und arbeite zugrunde liegende Wünsche der Klient_innen an die Therapeut_in heraus. Anschließend gehe ich auf die Kriterien ein, die im Zusammenhang mit Geschlechtsidentität genannt werden. Im Kapitel 5.3 stelle ich **positiv erlebtes Verhalten der Therapeut_in** anhand von vier Kategorien dar. Das Kapitel „**Diskriminierendes Verhalten der Therapeut_in aus Sicht der Klient_in**“ (5.4) beschreibt fünf aus dem Datenmaterial herausgearbeitete Diskriminierungskategorien. Im Kapitel „**Therapieerfahrungen mit der Diagnose ‚Transsexualität‘**“ (5.5) wird Michaels Fall ausschnittsweise dargestellt und den in den Kapiteln 5.2 bis 5.4 dargestellten Ergebnissen gegenüber gestellt.

Die im Ergebnisteil verwendeten Überschriften der Kapitel benennt die im jeweiligen Kapitel beschriebenen Kategorien; der Aufbau der Arbeit bezüglich der Kapitel und Unterkapitel spiegelt die Struktur der jeweiligen Kategorien und Unterkategorien wider, die ich in der Auseinandersetzung mit den Daten entwickelt habe. Kategorien und Unterkategorien werden bei der jeweils ersten Erwähnung im Fließtext fett hervorgehoben. Codes, die mit den im Kapitel beschriebenen Kategorien und Unterkategorien assoziiert sind, werden in Großbuchstaben dargestellt. Zur Veranschaulichung sind in manchen Kapiteln graphische Darstellungen abgebildet.

5.1 Beschreibung der Interviewpartner_innen

Ich führte sechs Interviews mit Personen im Alter von 24 bis 42 durch. Der Bildungsstand der Befragten ist im Vergleich zum deutschen Durchschnitt (Statistisches Bundesamt, 2011) sehr hoch. Vier von ihnen geben an derzeit zu studieren. Davon befindet sich eine Person bereits im Zweitstudium und arbeitet begleitend. Eine andere Person arbeitet als Versicherungskaufmensch und verfügt über einen Abiturabschluss. Eine weitere Person besitzt einen Hauptschulabschluss und ist zum Zeitpunkt der Datenerhebung arbeitslos. Fünf Interviewpartner_innen wohnen in einer deutschen Metropole, eine in einer deutschen Großstadt.

Fünf der sechs Interviewpartner_innen beschreiben sowohl ihr sexuelles als auch ihr geschlechtliches Selbstverständnis als zeitlich variabel. Dabei wird sowohl von Veränderungen im Laufe des Lebens als auch von Veränderungen innerhalb kurzer Zeitperioden erzählt. Es wird von kognitiven (z.B. sich mit Trans-Themen auseinandersetzen, sich Gedanken machen, sich austauschen), affektiven (z.B. begehren, sich verlieben, körperliches Gefühl) und behavioralen (z.B. sexueller Kontakt, Kleidungswahl, Benutzen von Männer- oder Frauentoiletten) Aspekten des Selbstverständnisses gesprochen. Alle beziehen sich weitgehend positiv auf ihr sexuelles und geschlechtliches Selbstverständnis und beschreiben es zum Beispiel als „wichtige[n] Teil meines Lebens“ (Leonie, 114)¹⁶ oder als etwas, woraus sie „eine Stärke ziehen“ (Dominique, 274).

Obwohl alle Interviewpartner_innen unterschiedliche Labels für ihr sexuelles und geschlechtliches Selbstverständnis verwenden, lassen sich fünf der Interviewten sowohl als queer als auch als transgender einordnen. Für Alina und Leonie steht die eigene sexuelle Identität als Gesprächsthema zwar nicht im Vordergrund und sie führen ihre weiblich assoziierten Geburtsnamen, dennoch sehen sie sich selbst nicht als Frauen. Richi und Timo hingegen haben ihren weiblich assoziierten Geburtsnamen in unterschiedlichen Kontexten durch einen selbst gegebenen männlich assoziierten Namen ersetzt und beschreiben sich beide als weder Mann noch Frau, beziehungsweise als „abseits von Mann und Frau“ (Timo, 27). Richi gibt diesem Selbstverständnis das Label „Genderqueer“ (Richi, 65). Dominique hingegen möchte gar keine Labels verwenden und sagt von sich selbst:

„Ich definiere mich weder als Queer noch als Transgender noch als irgendwas anderes in der Richtung. Ich definiere mich maximal als mich selbst oder ich selbst. Hat einfach damit zu tun, dass ich finde, dass immer wenn ein Begriff ins Spiel kommt, mit dem Begriff bestimmte Bedeutungen verbunden sind und ich nicht automatisch irgendwelchen Bedeutungen unterliegen möchte, nur weil die mit dem Begriff zu tun haben.“ (Dominique, 23-27)

Auch Timo und Leonie äußern Bedenken gegenüber bestehenden Kategorien und Labels und bevorzugen vor allem solche Bezeichnungen, die besonders viel Raum lassen, zum Beispiel die Begriffe queer oder pansexuell. Mit diesen Begriffen beschreiben meine Interviewpartner_innen ihre sexuelle Orientierung als zeitlich variierend und nicht auf ein (oder zwei) bestimmte(s) Geschlecht(er) beschränkt. Leonie sagt zum Beispiel, dass der Begriff pansexuell

¹⁶ Die Angaben in Klammern verweisen auf das Transkript aus dem zitiert wurde und die genaue Zeilenposition des Zitats. Füllwörter wie „irgendwie“ oder „so“ und Wortwiederholungen werden für die bessere Lesbarkeit weggelassen. Längere Auslassungen werden mit drei Punkten in eckigen Klammern gekennzeichnet. Ergänzungen werden ebenfalls in eckige Klammern gesetzt. Längere Anmerkungen werden in eckige Klammern gesetzt sowie mit dem Zusatz „Anm. d. V.“ (Anmerkung der Verfasserin) und einer nicht-kursiven Schriftweise gekennzeichnet.

„so komplett alles raus nimmt, was irgendwie in eine Richtung gehen müsste“ (Leonie, 26-27) und dass sie¹⁷ sich in „Cis-Männer¹⁸ [...] Transpersonen [...] in queere Personen, in Personen, die sich als lesbisch definieren“ (Leonie, 38-40) verliebe. Timo sagt über seine eigene sexuelle Orientierung, die er im Fragebogen ebenfalls als pansexuell bezeichnet: „ich finde sexuelle Orientierung ist keine starre Kategorie. Ich habe gemerkt, dass sich das auch verändert im Laufe des Lebens. Da bin ich sozusagen vielseitig und das ist wechselhaft“ (Timo, 49-51). Dominique beantwortet die Frage nach ihrer sexuellen Orientierung einfach so: „Hab ich überhaupt keine Präferenzen. Ich steh auf Menschen, Punkt.“ (Dominique, 28). Alle beschreiben explizit oder implizit, dass für sie ihr sexuelles und ihr geschlechtliches Selbstverständnis miteinander verbunden sind. So findet Timo es zum Beispiel „schwierig [...], sich als lesbisch zu bezeichnen, wenn man sich nicht als Frau bezeichnet“ (Timo, 42-43) und Leonie geht noch einen Schritt weiter und sagt, dass sie sich nicht als lesbisch bezeichnen kann, weil weder sie noch ihre Beziehungspartner_innen sich selbst als Frauen bezeichnen würden. Interessanterweise tut Richi genau dies und beschreibt sich selbst als Genderqueer und lesbisch. Er ist sich dieses scheinbaren Widerspruchs bewusst, empfindet jedoch die Beschreibung lesbisch als „irgendwie wichtig“ (Richi, 85) für sich. Auch Alina beschreibt, dass die Selbstbezeichnung ihrer Person als lesbisch, transgender und queer „von der Theorie her nicht einwandfrei miteinander vereinbar“ (Alina, 21-22) ist, empfindet jedoch jedes Label als (teilweise) zutreffend auf sie.

Drei der Befragten (Leonie, Richi und Timo) sprechen ausführlich über Alternativen zum monogamen Beziehungsmodell und verstehen das Ausleben dieser Beziehungsformen als mit ihrem sexuellen Selbstverständnis verbunden.

Michaels relativ konstantes Selbstverständnis als heterosexueller Mann, der im Körper einer Frau gefangen ist, bildet einen Kontrast zu den anderen Befragten. Er berichtet ebenfalls als einziger, dass er den offiziellen Weg einer juristischen, hormonellen und operativen Geschlechtsangleichung geht und die Diagnose „Transsexualismus“ bekommen hat. Michaels Fall wurde daher für eine Fallkontrastierung verwendet, um in einem späteren Auswertung-

¹⁷ Für diese Arbeit entscheide ich mich meinen Interviewpartner_innen die Pronomen er/sie in Orientierung an ihre männlich oder weiblich assoziierten Vornamen zuzuordnen. Um aber sprachlich eine eindeutige Zuordnung zu Mann oder Frau zu vermeiden werde ich den Gender Gap beibehalten (z.B. die Klient_in Leonie).

¹⁸ Cisgender oder zissexuell bezeichnet Menschen, deren Geschlechtsidentität mit dem körperlichen Geschlecht übereinstimmt (Sigusch, 1995). In Szenezusammenhängen wird der Begriff „Cis-Mann“ verwendet um Menschen zu beschreiben, denen bei Geburt das männliche Geschlecht zugeordnet wurde und die sich auch selbst als Mann fühlen und wahrnehmen.

Tabelle 1 Die Interviewpartner_innen: personen- und therapiebezogene Daten

	Geschlechts-identität	Sexuelles Selbst-verständnis	Alter	Beruf/ Tätigkeit	Anzahl Therapien	Therapie-ver-fahren	Dauer der Therapie	Sonstige Therapie-erfahrungen, Stationäre Aufenthalte ect.
Alina	Transgender	Queer	27	Student_in	1	PA	120 Sitzungen	PT in Jugend (16)
Leonie	Undefiniert	Pansexuell	24	Student_in	2	PA, TPT	2 Jahre, 9 Sitzungen (laufend)	2 Erstgespräche
Dominique	keins	Keine Präferenz	42	Versicherungs-kaufmensch	2	TPT	½ Jahr, 160 Sitzungen	Diverse Erstgespräche, Therapie-versuche, Reha
Michael	Mann gefangen im Frauen Körper	Heterosexuell	35	arbeitslos	2	PA, VT	3-4 Jahre, 1 ¼ Jahre	Betreutes Einzelwohnen, Ambtsbetreuung
Richi	Genderqueer	Lesbisch	25	Student_in	2	TPT	16 Monate, 8 Monate (laufend)	Stationäre Aufenthalte
Timo	Abseits von „Mann“ und „Frau“	Pansexuell	32	Zweitstudium + Arbeit	2	TPT	½ Jahr, 2 ½ Jahre (laufend)	2 Erstgespräche

stadium die Limitation und Generalisierbarkeit meiner Aussagen zu prüfen. Aus diesem Grund wird Michaels Fall in den Kapiteln 5.2 bis 5.4 nicht mit einbezogen. Wenn also in diesen Kapiteln von „allen Interviewpartner_innen“ gesprochen wird, sind damit die übrigen fünf Personen gemeint.

Alle Befragten haben mehr als eine ambulante Psychotherapie gemacht, alle bis auf Alina berichten ausführlich über zwei Psychotherapien. Die Dauer der Therapien liegt zwischen einem halben bis ungefähr drei bis vier Jahren. Leonie, Richi, Timo und Michael befinden sich derzeit noch in Therapie. Drei Therapien waren Psychoanalysen, sieben tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien und nur eine Verhaltenstherapie. Die Therapien fanden beziehungsweise finden am aktuellen Wohnort statt, außer einer Therapie, die in einer ländlichen Gegend durchgeführt wird. Zusätzlich wird über mehrere Erstgespräche berichtet. Im Rahmen welcher Therapieverfahren die Erstgespräche stattfanden wurde nicht abgefragt. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Interviewpartner_innen approbierte, nach kassenrechtlich anerkannten Verfahren arbeitende Therapeut_innen aufsuchten. Stationäre Aufenthalte (Richi), Erfahrungen mit betreutem Einzelwohnen und Betreuer_innen (Michael) und Erfahrungen in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik (Dominique) werden in den Interviews ebenfalls thematisiert. Diese Inhalte werden hier jedoch nur teilweise und nur in Bezug auf die Einzeltherapieerfahrungen verwendet. Die genannten Gründe für das Aufsuchen einer Psychotherapie sind sehr unterschiedlich, haben jedoch bei keinem, außer bei Michael, einen direkten Bezug zur eigenen Geschlechtsidentität oder zur sexuellen Orientierung. Einen Überblick über die personen- und therapiebezogenen Daten gibt die Tabelle 1.

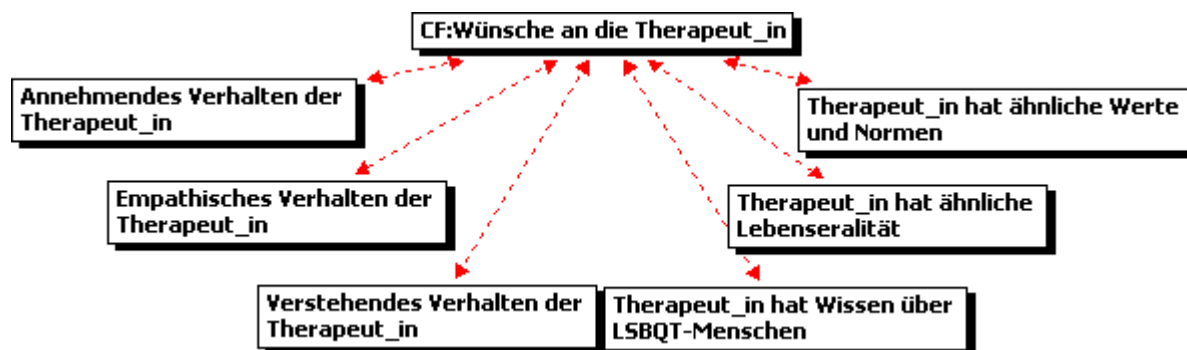
5.2 Kriterien für die Auswahl einer passenden Therapeut_in

Die Überkategorie „**Kriterien für die Auswahl einer passenden Therapeut_in**“ fasst Erzählungen von Wünschen, Vorstellungen und expliziten Suchkriterien der Klient_innen in Bezug auf die Therapeut_innensuche und die Auswahl einer passenden Therapeut_in zusammen. Dabei beziehe ich mich überwiegend auf Äußerungen, die auf meine Frage nach der Bedeutung der eigenen sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität bei Therapiebeginn (1. Erzählanstoß, siehe Interviewleitfaden im Anhang) folgen, aber auch auf Berichte an anderen Stellen der Interviews. Die hier vorgestellten Suchkriterien und Wünsche der Interviewpartner_innen beziehen diese direkt auf ihre eigene sexuelle Orientierung oder ihre Geschlechtsidentität oder den Umgang der potentiellen Therapeut_in mit dieser.

5.2.1 Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität der Therapeut_in

Die **sexuelle Orientierung der Therapeut_in** ist, ohne dass es von mir direkt angesprochen wurde, bei allen Teilnehmer_innen Thema. Alle, außer Alina, geben an, bereits eine lesbische Therapeutin oder einen schwulen Therapeuten (Dominique) gehabt zu haben oder sich zur Zeit des Interviews bei einer solchen in Behandlung zu befinden. Dabei hätten sie zuvor bewusst über ein schwul-lesbisches Stadtmagazin, eine psychosoziale Beratungsstelle für lesbische Frauen oder die Therapeut_innen-Liste dieser Beratungsstelle eine nicht-heterosexuelle Therapeut_in oder eine Therapeut_in mit Erfahrungen mit LSBQT Klient_innen gesucht. Der Wunsch nach einer weiblichen **Geschlechtsidentität der Therapeut_in** wird von allen weiblich sozialisierten Interviewpartner_innen entweder direkt benannt oder ist implizit im Wunsch nach einer lesbischen Therapeutin enthalten. Im Folgenden versuche ich zugrunde liegende **Wünsche an die Therapeut_in** herauszuarbeiten. Dabei beziehe ich mich auf Aussagen über antizipierte Eigenschaften und Verhalten von LS-Therapeut_innen und positiv bewertete Erfahrungen mit LS-Therapeut_innen, die direkt in Verbindung mit deren sexuellen Orientierung und, weitaus weniger, deren Geschlechtsidentität gebracht werden.

Abbildung 1 Wünsche an die Therapeut_in



Richi und Leonie nennen den Wunsch nach einer lesbischen Therapeutin im direkten Zusammenhang mit vorangegangenen negativen Therapieerfahrungen (NEGATIVE VORERFAHRUNG) und BEFÜRCHTUNGEN in Bezug auf (erlebten) Umgang mit ihrer sexuellen Orientierung. Nachdem Leonie ihre erste Therapie aufgrund der pathologisierenden Reaktion ihres Therapeuten auf ihre Liebe zu einer Frau abbricht, will sie lange keine neue Therapie beginnen. Sie berichtet:

„ich hatte eine ziemlich große Hürde, die ich überwinden musste um [Therapie] zu machen, [daher] bin ich erst mal zu [einer psychosoziale Beratungsstelle für lesbische Frauen]

gegangen und habe mich da beraten lassen [...] da hatte ich das erste Mal das Gefühl das tut mir extrem gut mit einer lesbischen Frau diese Therapie zu machen.“ (Leonie, 58-62)

Richi, der seine nicht-heterosexuellen Gefühle bei stationären Therapeut_innen und der ersten ambulanten Therapeutin nicht anspricht, berichtet von seiner aktuellen Therapeutin:

„Die Therapeutin bei der ich jetzt bin lebt selbst lesbisch. Also, deswegen habe ich sie mir ehrlich gesagt auch ausgesucht, weil ich gedacht habe, vielleicht versteht sie die ganze Geschichte [Beziehungsthemen, Anm. d. V] auch mal besser als die Therapeutinnen die ich vorher hatte. Und das ist auch so. Also, ich fühle mich da sehr aufgehoben und habe dann auch diesen ganzen Weg erzählen müssen. Sie hat sich sehr dafür interessiert wie das Coming-Out verlief und so. Da habe ich schon gemerkt, dass da eine höhere Sensibilität herrscht bei ihr. (Richi, 230-235)

Richi erwartete, dass eine lesbische Therapeutin ihn in Bezug auf Beziehungen besser verstehen würde (**verstehendes Verhalten der Therapeut_in**) und fühlt sich durch seine aktuelle Therapieerfahrung bestärkt. Seine jetzige Therapeutin, so äußert er, verstehe ihn nicht nur, sondern habe auch Wissen darüber, welche spezifischen Themen relevant sein könnten (**Therapeut_in hat Wissen über LSBQT-Menschen**). Weiterhin macht Richi empathisches, verstehendes und annehmendes Verhalten (**empathisches Verhalten der Therapeut_in, annehmendes Verhalten der Therapeut_in**) seiner Therapeutin sowohl an der sexuellen als auch der geschlechtlichen Identität dieser fest:

„Ich könnte mir auch überhaupt nicht vorstellen mit einem männlichen Therapeuten zu reden. Weil ich dann ständig das Gefühl habe, er versteht nicht so wirklich wovon ich spreche oder er kann sich nicht richtig reinfühlen [...] Ich unterstelle meiner Therapeutin, dass sie empathischer drauf reagiert. Also sich besser einfühlen kann. Und mich auch nicht verurteilt. Also es stand auch überhaupt nicht zur Debatte, ob ich jetzt lesbisch bin.“ (Richi, 415-422)

Richi äußert hier zusätzlich die BEFÜRCHTUNG, dass ein männlicher Therapeut das gewünschte Verhalten nicht zeigen könne.

Auch Leonie bezieht sich positiv auf die lesbische Identität ihrer aktuellen Therapeutin:

„Und mit der sexuellen Orientierung bin ich total froh, dass ich weiß, dass sie lesbisch ist. Weil ich das Gefühl habe, dass das überhaupt nicht zum Thema wird. Also ich muss nie diskutieren mit ihr, ob meine sexuelle Orientierung nicht richtig sein könnte, beziehungsweise Probleme hervorrufen kann [...] Und das tut total gut zu wissen, dass sie sich auch einfach vorstellen kann, wie das ist, mit einer Frau zusammen zu sein.“ (Leonie, 101-107)

Leonie erlebt, dass die Therapeutin sie in Bezug auf Beziehungen mit Frauen verstehen kann. Gleichzeitig betont sie, wie wichtig ihr die annehmende, nicht problematisierende Haltung der

Therapeutin hinsichtlich Leonies sexueller Orientierung sei – eine Haltung, die sie bei ihrem ersten Therapeuten nicht erfahren habe.

Warum aber wird von Identitätsmerkmalen auf verstehendes, empathisches und annehmendes Verhalten der Therapeut_innen geschlossen? Was in den Zitaten von Leonie und Richi bereits anklingt spricht Alina explizit aus, als sie ihr Ideal einer Therapeutin beschreibt:

„ich würde total gerne zu einer Frau gehen, die sollte auf jeden Fall Feministin sein (I. lacht), dann sollte sie (lacht) am liebsten auch queer sein und sie sollte auch was von Transmenschen wissen. [Es] wäre mir total wichtig, dass das eine Linke ist [...] und sie sollte am besten PoC¹⁹ sein [...] eine Therapeutin mit der ich eigentlich den Großteil meiner Lebenswelt teilen kann, wo man einfach nicht mehr so viel erklären muss [...] Ich fände es gut wenn ich Sachen einfach so erzählen könnte und wissen könnte, dass die Chance besteht, dass Leute das in einer Art und Weise auffassen wie ich das auch auffassen würde wenn ich so was hören würde [...] Zugang zu den Kontexten zu haben, in denen ich mich befinde und da auch abgeholt werden zu können [...] das wäre mir wichtig.“ (Alina, 282-313)

Alina äußert, wie Richi und Leonie, den Wunsch verstanden zu werden, und Empathie von Seiten der Therapeutin zu erfahren. Sie erhofft sich durch eine Therapeutin mit ähnlicher Lebensrealität diesen Wünschen näher zu kommen (**Therapeut_in hat ähnliche Lebensrealität**). Dabei benennt sie neben sexueller und geschlechtlicher auch weitere (Identitäts-) Kategorien, die als Zeichen für eine geteilte Lebensrealität fungieren sollen. Während sie als einzige Person of Color meines Samples auch als einzige angibt, sich eine Therapeutin of Color zu wünschen, teilt Richi den Wunsch nach einer feministischen Therapeutin:

„ich habe angenommen, dass wenn [die Therapeutin] lesbisch ist, dass sie vielleicht auch feministisch drauf ist. Das war sehr naiv von mir gedacht, muss ich jetzt sagen (lacht). Weil, ist sie nicht (beide lachen). Aber, das hat auch noch mit reingespielt, dass ich dachte vielleicht versteht sie meine Welt ein bisschen besser als andere.“ (Richi, 407-411)

Der Wunsch nach einer feministischen Therapeutin kann einerseits als Zeichen für eine starke Identifikation der zwei Interviewpartner_innen mit Feminismus oder einer feministischen Szene gelesen werden (feministische Lebensrealität), andererseits aber auch als ein Wunsch, die Therapeutin möge ähnliche Werte und Normen teilen und eine feministische Sicht auf die Welt haben (**Therapeut_in hat ähnliche Werte und Normen**). Letzteres scheint vor allem wichtig zu sein, da die Weltsicht der Therapeutin ein Deutungsschema für Erzählungen der

¹⁹ PoC ist die Abkürzung für Person of Color und wird als Selbstbezeichnung von nicht-weiße Menschen verwendet. Das Konzept PoC beinhaltet die Annahme, dass Menschen, die nicht weiß sind, über einen gemeinsamen Erfahrungshorizont in einer mehrheitlich weißen Gesellschaft verfügen.

Klient_in darstellt, letztlich geht es also auch hier wieder um die „Chance“ (Alina, 302) verstanden zu werden.

Alinas Wunsch *„einfach nicht mehr so viel erklären“* (Alina, 292) zu müssen findet sich in allen Interviews wieder (KLIENT_IN²⁰ WILL SICH NICHT ERKLÄREN). Gleiches gilt für die Erfahrung sich erklären zu müssen (K. MUSS SICH ERKLÄREN), wenn die Therapeut_in keinen Bezug und kein oder kaum Vorwissen zum Thema hat:

„[die Therapeutin] hat gesagt, dass das [Brust abbinden im Zusammenhang mit einer Transgender-Identität, Anm. d. V.] was ist, das sie nicht kennt und bisher nicht erlebt hat bei anderen Leuten und deswegen ist es ihr einfach wichtig, dass sie das versteht und dass ich ihr das erkläre.“ (Richi, 253-255)

Der erlebte Zwang, Erklärungen abzugeben, bezieht sich in den Interviews insbesondere auf das sexuelle oder geschlechtliche Selbstverständnis und damit einhergehendes Verhalten, Aussehen, Emotionen und Kognitionen. Hierbei geht es darum, diese genauer beschreiben und verteidigen zu müssen. Es wird auch davon berichtet, das eigene Verständnis von Geschlecht (als nicht essenziell zweigeschlechtlich) und die Beziehungswahl (nicht-monogame Beziehung, Beziehung zu einer Trans-Person) erklären zu müssen.

Eine LS-Therapeut_in mit derselben geschlechtlichen Sozialisation scheint jedoch keine Garantie für umfassendes Verstehen, Empathie und Annehmen oder eine Passung von Therapeut_in und Klient_in zu sein: Während Dominique und Richi ihren Therapeut_innen zwar eine annehmende Grundhaltung gegenüber einer nicht-heterosexuellen Orientierung bescheinigen, seien diese weniger offen gegenüber der Geschlechtsidentität ihrer Klient_innen (vgl. Kapitel 5.4.1 und 5.4.2). Auch scheinen sie diese nicht nachvollziehen zu können. In Bezug auf nicht-monogame Beziehungsformen berichten Richi und Leonie ebenfalls von mangelnder Akzeptanz und Unverständnis ihrer Therapeutinnen (vgl. Kapitel 5.4.5). In all diesen Fällen berichten die Klient_innen davon, sich mehr oder weniger ausführlich erklären zu müssen. Timo, der davon erzählt sich ebenfalls bewusst für eine lesbische Therapeutin entschieden zu haben, beschreibt, *„dass das dann für mich doch weniger eine Rolle gespielt hat [...] es gab andere Sachen die mich gestört haben oder wegen denen ich nicht mit ihr klar gekommen bin und da ist dieses Kriterium nach hinten gerutscht.“* (Timo, 69-76). Bei der zweiten Therapiesuche ändern sich Timos Entscheidungskriterien:

„Ich bin mehr nach Gefühl gegangen, also wie ist die Chemie. Und bin jetzt bei einer gelandet, die damit [Therapie mit LSBQT Menschen, Anm. d. V.] überhaupt keine Erfahrungen hat [...] sie hat x [hohe Anzahl, Anm. d. V.] Kinder, ist christlich erzogen [...]

²⁰ Im Folgenden wird das Wort „Klient_in“ in den Bezeichnungen von Codes mit dem Buchstaben „K.“ abgekürzt.

Sie weiß schon, es gibt Schwule, Lesben und so, aber Transgender [...] und queer ist kein Begriff für sie. Ja gut feministisch [...] hat sie ein Bild davon was das ist, aber ist ein anderes als was ich habe [...] Deswegen bin ich in so eine Rolle gerutscht, dass ich ein bisschen Aufklärungsarbeit leisten muss [...] Aber ich habe nicht das Gefühl, dass sie viel davon versteht, also dass sie das wirklich nachspüren kann was ich meine, wenn ich sage ‚ich bin keine Frau und auch kein Mann‘ [...] Genau, sie kriegt ab und zu von mir so kleine Schulungen zu verschiedenen Themen und sie hat sich halt als sehr aufgeschlossen gezeigt bis jetzt und bemüht sich auch wirklich sehr.“ (Timo, 83-102)

Timo berichtet, dass die neue (heterosexuelle) Therapeutin nicht viel von seiner Lebensrealität teilt und kein Wissen über und keine Erfahrung mit LSBQT-Menschen hat. Dies führt dazu, dass er vor allem in Bezug auf Geschlecht und Geschlechtsidentität viel erklären muss. Timo äußert auch das Gefühl, dass seine Therapeutin Aspekte seiner Geschlechtsidentität nicht nachvollziehen (verstehendes Verhalten) und nachempfinden (empathisches Verhalten) kann. Dennoch lassen Timos Aussagen darauf schließen, dass er sich bei ihr wohl fühlt, da die „Chemie“ augenscheinlich stimmt und er die Offenheit, Akzeptanz (annehmendes Verhalten) und das Bemühen seiner Therapeutin schätzt.

5.2.2 Offenheit, Wissen und Erfahrung der Therapeut_in im Zusammenhang mit Transgendern

Während eine nicht-heterosexuelle Identität der Therapeut_in quasi eine verstehende, empathische und annehmende Grundhaltung im Zusammenhang mit der sexuellen Orientierung der Klient_in garantieren soll und somit die Angst vor Verurteilung oder Pathologisierung auf Seiten der Klient_innen zu mildern scheint, wird kein entsprechender Wunsch nach einer Trans-Identität der Therapeut_in genannt. Stattdessen scheinen hier die Kriterien eine **Offenheit für**, ein **Wissen über** oder **Erfahrung mit Transgendern** zu sein:

„sie sollte auch was von Transmenschen wissen“ (Alina, 284)

„[Ich habe] eine Therapieberatung gemacht bevor ich Therapie angefangen habe, um halt Kontakte zu kriegen zu Therapeutinnen die sich unter Umständen schon mit geschlechtlichen Seins-weisen beschäftigt haben oder [...] Erfahrungen haben mit Menschen, die halt nicht nur heteronorm funktionieren.“ (Timo, 59-63)

„Deswegen war es auch interessant, dass diese Empfehlung von einem Transmann kam, weil dieser Therapeut auch tatsächlich kein Therapeut ist, der jetzt ganz konkret oder explizit für Transmenschen da ist, sondern der macht ganz andere Sachen aber hat zu mindestens Erfahrung gemacht und das war mir wichtig.“ (Dominique, 109-112)

Dominique spricht hier die Schwierigkeit an, eine Therapeut_in zu finden, die über Trans-Identitäten jenseits der medizinischen „Transsexualismus“-Diagnose informiert ist und auch keine auf „Transsexuelle“ und deren „Therapie“ spezialisierte Therapeut_in ist. Sowohl Alina als auch Dominique erzählen im Interview von früheren negativen Therapieerfahrungen im Zusammenhang mit ihrer eigenen Geschlechtsidentität oder der Geschlechtsidentität der von ihr begehrten Person (NEGATIVE VORERFAHRUNG).

Die Kriterien, die sich auf einen Umgang oder ein Wissen, nicht aber auf die geschlechtliche Identität der Therapeut_in richten, könnten eine tatsächliche Präferenz meiner Interviewpartner_innen reflektieren. Sie können aber auch als Zeichen für die stille Annahme, es gäbe keine Trans-Therapeut_innen, gedeutet werden. Weiterhin könnten sie darauf hinweisen, dass es keine Informationen über Trans-Therapeut_innen gibt, die deren Sichtbarkeit erhöhen und einen Zugang zu diesen erleichtern würden. Schließlich wird Therapeut_innen-Informationen über Offenheit, Wissen oder Erfahrung im Zusammenhang mit Transgendern zu erhalten ebenfalls als schwierig beschrieben:

„Das ist bei [der psychosozialen Beratungsstelle für lesbische Frauen] so ein bisschen schwierig, weil die ganz klar sagen ‚Wir sind für Frauen und Lesben. Wir sind kein Transverein.‘ [...] und in dem Rahmen war auch deren [...] Liste [...] überhaupt keine Fragen zu Trans oder Geschlecht oder so. Und da habe ich dann in dem [Beratungsgespräch] auch drüber gesprochen und [die Beraterin] hat nur gesagt ich muss halt gezielt Fragen stellen, beziehungsweise das gleich im Vorgespräch ansprechen.“ (Leonie, 68-79)

Die Interviewten sind sich über die Möglichkeit bewusst, durch Beratungsstellen, Therapeut_innen-Listen oder Zeitungen Informationen über LSB- (freundliche) Therapeut_innen bekommen zu können. Ein vergleichbares Informationsangebot für Trans- (freundliche) Therapeut_innen scheint es jedoch nicht zu geben, beziehungsweise nicht bekannt zu sein.

5.3 Positives Verhalten der Therapeut_in aus Sicht der Klient_in

5.3.1 Annehmen der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität

Die Erfahrung, sich nicht für seine sexuelle Orientierung oder seine Geschlechtsidentität²¹ rechtfertigen zu müssen und das Gefühl zu haben, diese werde als anderen sexuellen

²¹ In den Bezeichnungen und Beschreibungen der Kategorien der Kapitel 5.3 und 5.4 schreibe ich oft nur „sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität“. Unter die Kategorie werden aber auch Erzählungen gefasst, die sich auf einzelne Aspekte der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität beziehen.

Orientierungen und Geschlechtsidentitäten gegenüber gleichberechtigt angesehen, wird von Interviewpartner_innen als positiv bewertet:

„Also ich muss nie diskutieren mit ihr, ob jetzt meine sexuelle Orientierung nicht richtig sein könnte, beziehungsweise irgendwelche Probleme hervorrufen kann. Also ich habe das Gefühl, ich habe so viel andere Probleme, warum muss ich mich darüber mit ihr auseinander setzen?“ (Leonie, 103-106)

„ich glaube, ich fühle mich besser angenommen [von der lesbischen Therapeutin, Anm. d. V.] Und mich eben auch nicht verurteilt. Also es stand auch überhaupt nicht zur Debatte, ob ich jetzt irgendwie lesbisch bin oder irgendwas anderes.“ (Richi, 414-422)

Dass sie ihre sexuelle Orientierung nicht erklären oder verteidigen müssen, nehmen der lesbische Richi und die pansexuelle Leonie als positiv wahr. Leonie erwähnt außerdem, dass andere Probleme für sie in der Therapie relevanter seien und sie eine Auseinandersetzung mit ihrer sexuellen Orientierung eher als eine Ablenkung von diesen Themen empfinden würde.

Von einem annehmenden Verhalten der Therapeut_in gegenüber ihrer Geschlechtsidentität berichten Dominique und Timo. Dominique erzählt, dass ihr zweiter Therapeut zu Beginn der Therapie von ihrem geschlechtlichen Auftreten irritiert gewesen sei. Weiter berichtet sie:

„dass [der Therapeut] nach 20 Stunden meinte, nur mal so als Nebenbei-Erwähnung, mein geschlechtliches, wäre sehr authentisch und käme sehr gut rüber [...] da hat er dann gemeint das müssen wir auch wirklich nicht aufgreifen, weil das kommt einfach ganz normal rüber für ihn inzwischen und das wäre für ihn auch völlig passend und nichts was ich mir jetzt angeeignet hätte um irgendwas anderes damit zu kompensieren“ (Dominique, 169-175)

Timo äußert zu Beginn seiner zweiten Therapie den Wunsch mit einem männlichen Pronomen und einem männlich assoziierten Namen angesprochen zu werden. Die Reaktion der Therapeutin schildert er folgendermaßen:

„Und das hat sie total angenommen. Also da gab es überhaupt keine Diskussion, sie hat auch gar nicht nachgefragt, das hat mich ein bisschen verwundert, aber gut. Das fand ich irgendwie ganz gut.“ (Timo, 112-113)

Alle vier verbinden das annehmende Verhalten der Therapeut_in in ihren Erzählungen direkt mit Aussagen bezüglich eines „nicht aufgreifen“ (Dominique, 173) oder diskutieren Müssen.

5.3.2 Positiv erlebtes Thematisieren der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität

Mit dieser Kategorie wurden Interviewpassagen erfasst, die von Situationen berichten, in denen Therapeut_innen sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität auf eine in der

Wahrnehmung der Interviewpartner_innen positive und angemessene Weise zur Sprache bringen. Diese Kategorie steht im direkten Zusammenhang mit der Kategorie „**Annehmen der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität**“, da alle Erzählungen von positiv erlebter Thematisierung auch Aussagen über eine annehmende Haltung der Therapeut_in beinhalten. Besonders deutlich wird dieser Zusammenhang bei Richi, der positiv erlebte und negativ erlebte Bezugnahme auf die genannten Themen durch Therapeut_innen voneinander abgrenzt:

„[Ich] finde es wichtig, dass die Therapeuten drauf schauen [...] dass sie das ernst nehmen und sich dafür interessieren. Ohne das auf so einer anklagenden Ebene zu machen [...] ich finde das gut, wenn die Leute nachfragen, warum ich gewisse Dinge mache oder wie das für mich ist, wie ich mich damit fühle. Das finde ich gut. Solange sie mir nicht irgendwas unterstellen.“ (Richi, 638-643)

Aufgrund von Vorerfahrungen in mehreren Erstgesprächen und einer circa sechs Monate langen Therapie macht Dominique zu Beginn ihrer zweiten Therapie deutlich, dass sie nicht über ihre Geschlechtsidentität und ihr geschlechtliches Auftreten sprechen möchte, weil für sie andere Themen relevant seien. Dennoch spricht der Therapeut seine Irritation in Bezug auf Dominiques geschlechtliches Auftreten nach fünf bis sechs Sitzungen an. Im Vergleich zu dem Umgang ihres ersten Therapeuten und der Therapeut_innen diverser Erstgespräche mit ihrer Geschlechtsidentität, den Dominique deutlich negativ erlebt, bewertet sie das Verhalten des zweiten Therapeuten positiver:

„ich ganz zufrieden, dass er es angesprochen hat, aber nicht hingeworfen hat. Weil das ist ja was, was ich kannte und [...] für ihn war es gut, das losgeworden zu sein [...] ich glaube, er hat sich stärker entspannt und ich mich tatsächlich auch. Also, ich glaube es war eher ein entspannteres Verhältnis, weil dieser Punkt, den es eben schon mehrfach als Negativpunkt gegeben hat vorher, war jetzt angesprochen und damit [...] nicht mehr wie so eine Riesenwand da, sondern war jetzt ein bisschen eingebrochen. Und insofern war das irgendwie gut. Also, war auch noch gut, weil er es ruhig gemacht hat und ich kannte das jetzt quasi in aggressiverer Form oder in ablehnenderer Form. Er hat es mir halt nur geschildert, wie es sich so für ihn anfühlt.“ (Dominique, 330-338)

Dominique erlebt das Ansprechen des Themas durch den Therapeuten als nicht ablehnend und ruhig und stellt es dem aggressiven, ablehnenden Verhalten gegenüber, welches sie bei früheren Therapeut_innen erlebt hat. Sie berichtet, dass sie nach dieser Sitzung sogar mehr Vertrauen zu ihrem Therapeuten gehabt habe, da dieser durch sein Verhalten gezeigt habe, dass er seine Klient_in nicht aufgrund ihres geschlechtlichen Auftretens ablehnen oder ihr

eine weitere Therapie verweigern werde. Die Befürchtung der Klient_in, die sich in früheren Therapieerfahrungen begründet, ist somit zumindest teilweise ausgeräumt („*Riesenwand [...] ein bisschen eingebrochen*“ (Dominique, 335-336)). Laut Dominique berichtet der Therapeut nur „*wie es sich so für ihn anfühlt*“ (Dominique, 338), und verurteile sie nicht. Dominique erzählt im Interview weiter, dass der Therapeut mit ihr im Folgenden in einen gleichberechtigten Dialog darüber getreten sei, wie Klient_in und Therapeut in den Sitzungen mit dieser Irritation auf Seiten des Therapeuten umgehen könnten. Letztendlich beschreibt Dominique auch, dass der Therapeut ihr geschlechtliches Auftreten nicht langfristig fokussiert habe:

„*[Das] hat sich eingepegelt, was auch klar ist weil ich, je länger ich zu ihm gekommen bin, desto, ich nenne jetzt mal dieses fürchterliche Wort das ich auch nicht leiden kann, desto normaler wurde ich für ihn.*“ (Dominique, 163-165)

Laut Dominique habe sich der Therapeut nach einer Weile an ihr geschlechtliches Auftreten gewöhnt und somit sei auch seine Irritation weitestgehend verschwunden. Seinen Umgang mit Themen, die im Zusammenhang mit der Geschlechtsidentität stehen (Partnerschaft, Sexualität), bewertet Dominique im Folgenden als positiv und annehmend:

„*[Ich] hatte auch das Gefühl, dass der Therapeut sich sehr bemühte alles richtig zu reden und zu machen und zu tun. (lacht kurz) Was ich auch super fand. Der war da schon sehr einfühlsam. Also, insofern das war dann so Wellness, hätte ich jetzt fast gesagt. (Unv.) in Sachen Thema Geschlecht. Und das fand ich ganz okay. (...) Ja, also, Sex spielte auch eine Rolle, also ich bin zwangsläufig mit dem Thema Geschlecht konfrontiert worden [...] der hatte so eine kindliche Neugier.*“ (Dominique, 526-531)

5.3.3 Ansprechen von für LSBQT-Menschen spezifische Themen

Erzählungen davon, dass Therapeut_innen Themen ansprechen, die aus Sicht der Klient_in für LSBQT-Menschen von Bedeutung sind, wurden in dieser Kategorie zusammengefasst. Im Unterschied zu der oben dargestellten Kategorie geht es hier nicht um eine individualisierte Thematisierung der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität der Klient_in, sondern um das Ansprechen von Erfahrungen, die aus Sicht der Klient_in von Mitgliedern der sexuellen oder geschlechtlichen Minderheit geteilt werden, der sie sich zugehörig fühlt.

Leonie berichtet von einem Erstgespräch mit einer Therapeutin, deren Kontakt sie zuvor auf einer Liste lesbischer und lesbisch-freundlicher Therapeut_innen gefunden habe:

„*[Die Therapeutin] hat mich gefragt, wie für mich das ist, dass ich mit einer Trans-Person zusammen bin. Und dann habe ich sie gefragt, warum sie mich das fragt. Und dann meinte sie, weil es zusätzlich oft Probleme bringen kann von Diskriminierung. Das für eine Person,*

die sich als Trans definiert oft neue Probleme auftreten, die für cis-geschlechtliche Menschen nicht auftreten und wie mich das weiter beeinflusst. Und da hatte ich das Gefühl, die respektiert das. Die fragt nach was, was wirklich relevant ist und nicht irgendwie ob der krank ist und dem geholfen werden muss, sondern wie erlebt der die Diskriminierung, die er erfährt aufgrund seiner Nicht-Cis-Geschlechtlichkeit.“ (Leonie, 90-97)

Leonie empfindet die Frage nach trans-spezifischen Diskriminierungserfahrungen als sehr relevant für Trans-Menschen und sich selbst. Aus der Aussage der Therapeutin leitet Leonie außerdem ab, dass diese eine Transgender-Identität oder eine Beziehung zu einer Trans-Person nicht per sé problematisch findet und die Geschlechtsidentität von Leonies Beziehungspartner annimmt. Diese annehmende Haltung gegenüber Trans-Menschen beschreibt Leonie an anderen Stellen des Interviews als ein Kriterium, nach dem sie aus den drei Erstgesprächen die für sie passende Therapeutin ausgesucht habe.

Richi, der in seinen ersten Therapien nicht über seine sexuelle Orientierung spricht und sein Lesbisch-Sein erst nach dem Ende der ersten längeren ambulanten Therapie vor Freund_innen offenbart, berichtet von seiner aktuellen Therapeutin:

„Also ich fühle mich da sehr aufgehoben und habe dann auch diesen ganzen Weg erzählen müssen. Sie hat sich sehr dafür interessiert, wie das Coming-Out verlief und so. Also, da habe ich schon gemerkt, dass da irgendwie eine höhere Sensibilität herrscht“ (Richi, 233-235)

Die Therapeutin fokussiert, zumindest eine Zeit lang, Richis sexuelle Orientierung, indem sie sich von Richi erzählen lässt, wie dieser seine lesbische Orientierung vor seiner Umwelt und vor sich selbst offenbart habe. Der Begriff „Coming-Out“ verweist dabei auf eine geteilte Erfahrung sexueller Minderheiten. Richi bewertet das Interesse der Therapeutin als positiv und bescheinigt ihr eine „höhere Sensibilität“ (Richi, 235) für Themen, die im Zusammenhang mit (Richis) sexueller Orientierung relevant seien. Die grammatikalische Steigerungsform „höhere“ spricht dafür, dass Richi sich vergleichend auf frühere Therapeut_innen bezieht. Bei diesen habe er sich, wie er an anderen Stellen des Interviews beschreibt, nicht verstanden gefühlt und nicht über sein lesbisches Begehren sprechen können oder wollen.

5.3.4 Lernbereitschaft der Therapeut_in in Bezug auf diskriminierendes Verhalten

Interviewpartner_innen berichten, dass ihre Therapeut_innen sich um ein akzeptierendes, nicht diskriminierendes Verhalten bemühen. Dabei wird es als weniger entscheidend bewertet, ob die Therapeut_in tatsächlich durchgängig ein nicht diskriminierendes Verhalten

zeigt, sondern, ob sie sich aktiv bemüht, dieses zu minimieren. Eine solche Lernbereitschaft auf Seiten der Therapeut_in beinhaltet für meine Interviewpartner_innen zum Beispiel das Bemerken, Verbessern und Abbauen von diskriminierender Sprache oder das Eingestehen von Fehlern.

Timo befindet sich seit zweieinhalb Jahren in einer Therapie, die kurz vor dem Abschluss steht. Er erzählt im Interview, wie er zu Beginn der Therapie mit der Therapeutin geklärt habe, mit welchem Pronomen und welchem Namen er angesprochen werden möchte:

„ich heiße Timo, das ist ein Name, den ich mir selbst gegeben habe [...] der weicht ab von meinem bürgerlichen Vornamen, der eben deutlich weiblich assoziiert ist und der natürlich auf meiner Krankenkassenkarte steht [...] [ich musste] klar machen, ich möchte nicht mit diesem Namen angesprochen werden, auch möchte ich nicht als Frau Punktunktunkt angesprochen werden, sondern mit meinem Vornamen, den ich mir zugelegt habe und meinem Nachnamen. So dass sie mich auch männlich anspricht.“ (Timo, 104-110)

Die annehmende Reaktion der Therapeutin auf Timos Forderung überrascht diesen und wird von ihm als positiv bewertet (siehe „Annehmen der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität der Klient_in“). Laut Timo gelinge es der Therapeutin jedoch nicht immer, sich an die gewünschte Form der Anrede zu halten:

„Und abgesehen davon gibt es trotzdem immer wieder Situationen, in denen aufscheint wie sie mich sieht, also wie sie mich wahr nimmt. Und das ist öfter als Frau. Dann kommt da zwischendurch so ein Satz wie ‚Ja, sie sind doch eine intelligente Frau und blablabla‘“ (Timo, 113-116)

Laut Timo nimmt die Therapeutin zwar dessen Wunsch auf, dennoch spreche sie ihn auch manchmal versehentlich in der weiblichen Form an. Dies deutet Timo als Zeichen dafür, dass seine Therapeutin ihn als Frau wahrnehme. Auf meine Frage, ob ihn diese Aussagen der Therapeutin stören würden, antwortet Timo:

„Manchmal stört es mich. Manchmal denke ich so ‚Ach, habe ich doch eigentlich deutlich gemacht‘, das sollte eigentlich klar sein, ich würde sie auch nicht mit Herr Müller anreden (lacht kurz). Aber da sie so bemüht ist und [...] ich fühle mich nicht wirklich übergangen, wie in manchen anderen Zusammenhängen wo das sein könnte, dass ich das inzwischen stehen lassen kann. Und sie korrigiert sich manchmal auch selber mitten im Satz. Also, (lacht) das halte ich ihr zu Gute. Sie ist da wirklich total offen und bemüht.“ (Timo, 125-139)

An einer anderen Stelle des Interviews sagt Timo:

„ich habe mich insofern bei ihr tatsächlich wohl gefühlt, weil ich nicht das Gefühl hatte, sie, klar, ihr rutscht das manchmal raus, dieses Frau Hmhmm oder mich geschlechtlich zu

labeln [...] aber es ist nie so ein Top Down Ding [...] ich fühle mich tatsächlich nicht beschissen behandelt, sondern es ist eher der Mangel an Sprache oder der Mangel an Erfahrung mit Begrifflichkeiten so umzugehen, dass jemand sich nicht verletzt fühlt. Genau, und ich finde auch, dass sie da Fortschritte gemacht hat (lacht).“ (Timo, 619-625)

Obwohl Timo die falsche Pronomenwahl oder die Verwendung der Anrede „Frau“ durch die Therapeutin teilweise als störend empfindet, schätzt er im Allgemeinen ihren Umgang mit dieser Thematik: Er betont mehrmals, dass seine Therapeutin bemüht sei, ihn richtig anzusprechen. Dabei verbessere sie sich manchmal selbst und spreche ihn mittlerweile schon häufiger in der gewünschten Form an als zu Beginn. Somit fühle sich Timo auch bei falscher Anrede nicht übergangen.

Leonie berichtet, dass ihre Therapeutin Leonies offenen Beziehungen²² gegenüber zunächst sehr ablehnend gegenüber stehe. Nach dieser ersten Ablehnung sucht Leonie ein Klärungsgespräch mit ihrer Therapeutin. Aus diesem schießt sie:

„Also, dass ich auch das Gefühl habe, auch wenn es im ersten Moment eine Ablehnung gab, dass sie sich auch Gedanken darüber macht und dass es halt auch eine gemeinsame Entwicklung ist und nicht nur einseitig [...] [dass die Therapeutin] sich nicht hinsetzt und sagt, sie weiß alles und sie muss mich richten, sondern dass sie auch zwischendurch in sich geht und ich merke, wie sie auch arbeitet damit. Und dass sie auch Sachen treffen und dass sie einfach sieht, es gibt andere Lebenskonzepte.“ (Leonie, 143-151)

Auch Leonie betont, dass ihr das Bemühen ihrer Therapeutin, die Klient_in zu verstehen und nicht auf ihrer Position zu beharren, wichtig seien. Sie hebt deren Bereitschaft, an ihrer eigenen Haltung zu einem ihr zunächst fremden und für sie eher negativ besetzten Thema zu arbeiten, positiv hervor. Laut Leonie und Timo haben ihre Therapeutinnen keine Erfahrungen mit offenen Beziehungen beziehungsweise mit Transgendern, dennoch sei ihrerseits eine Bereitwilligkeit zu spüren, einen gemeinsamen Prozess mit ihren Klient_innen zu durchschreiten und ihr Verhalten in den Therapiesitzungen dahingehend zu verändern, dass es von den Klient_innen nicht als abwertend, sondern als wertschätzend wahrgenommen wird.

5.4 Diskriminierendes Verhalten der Therapeut_in aus Sicht der Klient_in

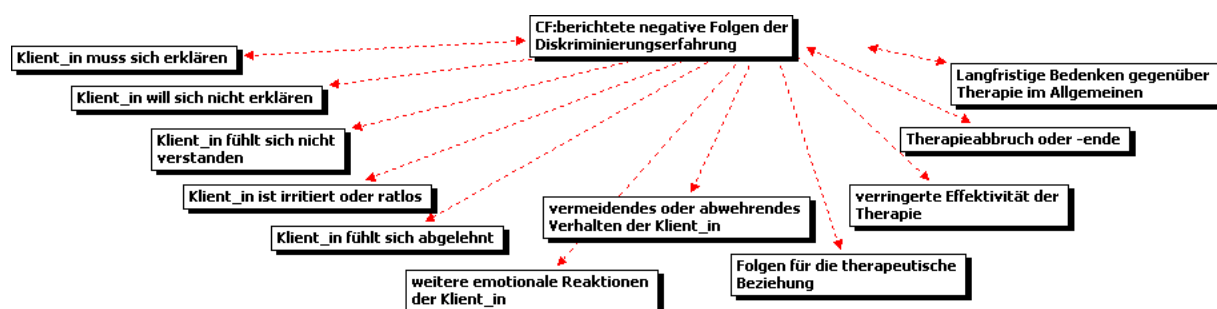
Um unterschiedliche Diskriminierungsformen herauszuarbeiten, wurden Interviewpassagen, welche die im Methodenteil beschriebenen Kriterien für Diskriminierung erfüllten, miteinander

²² Offene Beziehungen und andere alternative Beziehungsformen werden von drei Interviewpartner_innen als Teil ihres sexuellen Selbstverständnisses verstanden. Daher werden Berichte über den Umgang der Therapeut_innen mit den Beziehungsformen der Klient_innen in dieser Arbeit berücksichtigt.

der verglichen und mit positiven Erfahrungsberichten kontrastiert. Thematisch ähnliche Erfahrungen wurden zu einer Diskriminierungskategorie zusammengefasst und gegebenenfalls dazugehörige Unterkategorien herausgearbeitet. Letztlich konnten fünf Formen von **diskriminierendem Verhalten der Therapeut_in aus Sicht der Klient_in** unterschieden werden: „Pathologisierende Aussagen der Therapeut_in“, „Übermäßiges Fokussieren auf die sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität“, „Unterthematizieren der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität“, „Zuschreiben unzutreffender sexueller oder geschlechtlicher Stereotypen“ und „Abwerten alternativer Beziehungsformen“. Die Kategorien sind nicht als abgeschlossene Einheiten zu verstehen. Ein Erlebnis kann Elemente mehrerer (Unter-) Kategorien enthalten, (Unter-) Kategorien können sich überlappen. Die verwendeten Inhalte werden von den Interviewpartner_innen in der Regel nicht direkt als Diskriminierung bezeichnet, jedoch als negative oder ambivalente Erfahrungen bewertet. Es handelt sich dabei um Berichte über verbale Äußerungen und, weitaus weniger, nonverbales Verhalten der Therapeut_innen und deren Deutung durch die Klient_innen.

Im Zusammenhang mit diesen Erfahrungen wird von einer großen Bandbreite negativer Folgen für die Klient_innen berichtet. Diese reicht von einem kurzfristigen Ausdruck des Ärgers über einen deutlichen Vertrauensverlust bis hin zum sofortigen Therapieabbruch. Die unterschiedlichen Codes der Kategorie **„Berichtete negative Folgen der Diskriminierungserfahrung“** sind in der Graphik dargestellt. Sie beinhalten kognitive, affektive und behaviorale Reaktionen der Klient_innen und berichtete Folgen für die therapeutische Beziehung, für die betreffende Therapie im Speziellen sowie für eine langfristige Bewertung von Therapie im Allgemeinen.

Abbildung 2: Berichtete negative Folgen der Diskriminierungserfahrung



In den folgenden Unterkapiteln beschreibe ich zuerst in Kürze die Kategorien und Unterkategorien diskriminierenden Verhaltens der Therapeut_innen. In der Regel wird durch die Wortwahl schon deutlich, inwiefern diese (Unter-)Kategorien die von mir gesetzten

Kriterien für Diskriminierung erfüllen²³. Wenn dies nicht zutrifft, werde ich zusätzlich darlegen, welche Kriterien der Diskriminierung ich bei dieser (Unter-)Kategorie erfüllt sehe. Darauf folgt eine Darstellung von und Auseinandersetzung mit Beispielen aus den Daten. Beispiele für Konsequenzen, von denen die Interviewten im Zusammenhang mit der jeweiligen Diskriminierungserfahrung berichten, werde ich im Fließtext ebenfalls anhand von Zitaten kurz darstellen. Dies soll nur exemplarisch in manchen Fällen geschehen, da es nicht der Fokus dieser Arbeit ist. Dennoch erscheint es wichtig, die berichteten Konsequenzen in der Darstellung aufzunehmen, da diese direkt mit den Diskriminierungserfahrungen zusammenhängen. Zusätzlich bieten die Erzählungen über Konsequenzen einen Einblick in das subjektive Erleben der Interviewpartner_innen und die subjektive Bedeutsamkeit der erlebten Diskriminierung.

5.4.1 Pathologisierende Aussagen der Therapeut_in

Als pathologisierende Aussagen können in dieser Arbeit Äußerungen gelten, welche die sexuelle Orientierung, die Geschlechtsidentität oder Aspekte dieser als krank, ungesund, gestört, problematisch oder abnormal abwerten. Mit der Kategorie „**pathologisierende Aussagen der Therapeut_in**“ werden demnach Berichte von Interviewpartner_innen über ein solches Verhalten ihrer Therapeut_innen beschrieben. Auf struktureller Ebene (z.B. psychologische Theorie, Krankheitsdiagnosen) unterscheidet sich der Grad der Pathologisierung einer nicht-heterosexuellen Orientierung von der einer Trans-Identität. Dies spiegelt sich auch in den Daten wider. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, zwischen einem **Abwerten der sexuellen Orientierung als krankhaft oder abnormal** und einem **Abwerten der Geschlechtsidentität als krankhaft oder abnormal** zu unterscheiden. Es wird außerdem auf die assoziierte Kategorie „**Befürchtung der Klient_in pathologisiert zu werden**“ eingegangen, die Äußerungen über die Befürchtung oder Antizipation eines pathologisierenden Verhaltens der Therapeut_in enthält. Die Befürchtung begründen die Interviewten teilweise mit theoretischem Wissen (Diagnosekriterien, psychologische Theorien) oder negativen Vorerfahrungen.

Abwerten der sexuellen Orientierung als krankhaft oder abnormal:

Seit Homosexualität als Diagnose aus dem DSM und dem ICD gestrichen wurde, gilt homosexuelles Begehren und Verhalten offiziell nicht mehr als psychische Krankheit. Dennoch berichtet Leonie von ihrem ersten Therapeuten Folgendes:

²³ Durch den Wortlaut der Unterkategorie „Abwerten der sexuellen Orientierung als krankhaft oder abnormal“ wird zum Beispiel deutlich, dass die Kriterien „die Identität oder Erfahrung der Klient_in wird aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität abgewertet“ und „die Identität oder Erfahrung der Klient_in wird aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität als nicht normal oder anders dargestellt“ erfüllt sind.

„Das war ein Cis-Mann, bei dem ich die Therapie hatte, und dem habe ich irgendwann gesagt, dass ich mich in eine Frau verliebt habe, und der hat da so darauf reagiert, dass er zu mir gesagt hat, das entspricht nicht dem natürlichen Beziehungsmuster und ich sollte das nicht machen, das macht mich unglücklich. So, um gesund zu bleiben sollte ich in einer heterosexuellen Beziehung sein.“ (Leonie, 50-54)

Nach ungefähr zwei Jahren Therapie erzählt Leonie ihrem Therapeuten, dass sie sich in eine Frau verliebt habe. Leonie berichtet, dass der Therapeut daraufhin ihr Begehren als unnatürlich, ungesund und als bedrohlich für ihr Wohlbefinden bewerte. Die Aussage, nur in einer heterosexuellen Beziehung könne Leonie gesund sein, weist direkt auf ein Abwerten und Pathologisieren nicht-heterosexueller Beziehungen hin. Dieses Erlebnis führt bei Leonie nicht nur zum Abbruch der Therapie (THERAPIEABBRUCH ODER -ENDE), sondern auch zu LANGFRISTIGEN BEDENKEN GEGENÜBER THERAPIE IM ALLGEMEINEN:

„daraufhin habe ich den Kontakt zu ihm abgebrochen. Und bin lange Zeit davon überzeugt gewesen, dass ich keine Therapie machen sollte, weil mir das eher schadet als mir irgendwas bringen kann [...] also ich hatte schon eine ziemlich große Hürde, die ich überwinden musste“ (Leonie, 54-59)

Erst positive Berichte von queeren und lesbischen Freund_innen mit Therapieerfahrung und eine Therapieberatung in einer psychosozialen Beratungsstelle für lesbische Frauen ermöglichen es Leonie, diese Hürde zu überwinden und erneut eine Therapie zu beginnen. In dieser erlebt sie dann positiv, dass sie mit der Therapeutin nicht darüber diskutieren muss, ob ihre pansexuelle Orientierung problematisch ist oder *„nicht richtig sein könnte“* (Leonie, 104).

In den Interviewpassagen, die zur Unterkategorie **„Abwerten der Geschlechtsidentität als krankhaft oder abnormal“** gezählt wurden, fällt auf, dass sich die Klient_innen teilweise nicht nur auf das Verhalten der jeweiligen Therapeut_in beziehen, sondern auch auf den (angenommenen) theoretischen Hintergrund dieser verweisen. Besonders deutlich ist dies bei Timo, der von seiner tiefenpsychologisch arbeitenden Therapeutin Folgendes erzählt:

„wenn ich bei mir selber nach Täteranteilen suche, die [ich] aufgrund einer Traumatisierung aufgenommen habe, dann [...] merke ich, dass dieser Blick in eine männliche Richtung für [die Therapeutin] geht. Und ich frage mich, wenn ich männliche Anteile in mir drin habe, ob das nicht einfach nur männliche Anteile sind und nicht Täteranteile, [...] weil ich habe das Gefühl, dass sie eben diese Schablone hat.“ (Timo, 214-218)

Timo beschreibt, dass die Therapeutin Täteranteile mit (Timos) männlichen Attributen assoziiert, sieht eine solches Verbinden von Täteranteilen und *„männlichen Anteilen“* (Timo, 217) jedoch bereits in der tiefenpsychologischen Theorie über Traumatisierung und Täter-

anteile gegeben. Nachdem er mir diese Theorie erklärt, die er als die „Trauma-Kurve“ (Timo, 168) bezeichnet, sagt er: *„das ist erst mal die Grundtheorie und dann ist das geschlechtlich gelabelt in meinen Augen“* (Timo, 189). Bezogen auf seine eigene Geschlechtsidentität schließt er: *„wenn ein Täteranteil in mir wäre, dann würde ich den natürlich gerne loswerden [...]. Nur möchte ich ja nicht meine männlichen Anteile loswerden, die ich mag oder mit denen ich mich identifiziere und die ein Teil von mir sind“* (Timo, 221-224).

Timo spricht nicht von direkten pathologisierenden Aussagen der Therapeut_in, sondern von einem Deutungsmuster dieser. Durch seine letzte Äußerung wird jedoch deutlich, dass er ihren „Blick in eine männliche Richtung“ (Timo 216-217) hinsichtlich seiner Täteranteile als eine Problematisierung seiner von ihm gemochten männlichen Anteile versteht.

Richi berichtet von seiner aktuellen Therapeutin, die er für sein annehmendes, nicht problematisierendes Verhalten gegenüber seinem Lesbisch-Sein schätzt, Folgendes:

„Sie hatte irgendwann mal festgestellt, dass ich mir die Brust abbinde (...). Und sie hat auch gesehen, wie ich mich kleide und sie [hat] mir unterstellt, dass ich ein Problem hätte mit meiner Weiblichkeit, gerade auch im Hinblick auf diese Selbstverletzung²⁴. Also der Meinung ist sie auch immer noch [...], dass ich meinen Körper nicht toll finde und den zerstören will und dass das auch was mit meiner Weiblichkeit zu tun hat. Und ich weiß noch, dass wir gerade wegen der Geschichte mit der Abbinde irgendwie Diskussionen hatten, ob ich mich mit meiner Biologie nicht abfinden kann [...] ich weiß noch, dass ich das total negativ aufgenommen habe, dass sie das als These in den Raum gestellt hat oder da auch nachgefragt hat, überhaupt nachgefragt hat, warum ich mir die Brüste abbinde. Also bei mir kam das immer so als Anklage an. Und wir haben uns dann auch gestritten über die ganze Geschichte und [...] [ich] habe mich nur angegriffen gefühlt und habe mir gedacht: ‚Mann, sie ist voll blöd und scheiße. Und sie versteht mich nicht und sie denkt auch immer nur in diesem binären System und Leute sind echt alle gleich. Das kotzt mich total an.‘“ (Richi, 235-258)

Während die als positiv erlebte Aufforderung der Therapeutin über das Coming-Out zu berichten mit dem Wissen geschieht, dass die Therapeutin Richis Lesbisch-Sein annimmt und nicht „zur Debatte“ (Richi, 421) stellt, ist Richi hier direkt mit problematisierenden Annahmen der Therapeutin konfrontiert. Diese zieht Parallelen zwischen Richis selbstverletzendem Verhalten und Aspekten seines geschlechtlichen Auftretens (Abbinden der Brust): Beides wird als Ausdruck eines gestörten Körperverhältnisses gedeutet. Dieses gestörte Körperverhältnis habe wiederum mit Richis „Weiblichkeit“ zu tun. Richi schließt aus den

²⁴ Richi berichtet an einer anderen Stelle des Interviews, dass es bei der Selbstverletzung um „Schneiden“ (Richi, 437) ginge.

Aussagen der Therapeutin, dass diese „in diesem binären System“ (Richi, 257-258) denkt, also von der gängigen Theorie ausgeht, dass sich sowohl körperliches Geschlecht als auch Geschlechtsidentität in binäre Kategorien von „weiblich“ und „männlich“ einteilen lassen. Die Therapeutin schreibt Richi ein weibliches körperliches Geschlecht zu („*meiner Weiblichkeit [...] meiner Biologie*“ (Richi, 243-244)) und problematisiert sein als nicht weiblich erlebtes geschlechtliche Auftreten. Statt von einem Problem mit seiner Weiblichkeit auszugehen, spricht Richi jedoch davon, sich „*nicht unbedingt immer mit der weiblichen Rolle identifizieren [zu] müssen [und zu] wollen*“ (Richi, 310-311). Auf seine Jugend bezogen spricht er ebenfalls nicht von Problemen mit seinem Körper oder seiner biologischen Weiblichkeit, sondern von Schwierigkeiten mit der weiblichen Geschlechtsrolle, die von Jugendlichen seines Alters erwartet wurde:

„In der Zeit habe ich ganz krass versucht diese weibliche Rolle auszufüllen, so zu 100 Prozent [...]. Also ich habe zwar von außen viel Bestätigung bekommen, dass ich gut aussehe und hübsch bin und so weiter und so fort. Aber irgendwie war das für mich ja nicht so passend. Also ich habe damals auch versucht Männer oder Jungs zu daten (lacht kurz) und das war auch blöd, langweilig, nicht sehr gewinnbringend oder lustbringend (lacht kurz).“ (Richi, 134-146)

Hier stehen sich also zwei unterschiedliche Erklärungsmodelle gegenüber: Während Richi beschreibt, dass die (gesellschaftlich bedingte) weibliche Geschlechtsrolle ihm Probleme bereitet, scheint die Therapeutin davon auszugehen, dass er ein gestörtes Verhältnis zu seinem weiblichen Körper hat.

Richi empfindet die Aussagen und Fragen der Therapeutin als Anklage, Angriff und Unterstellung (K. FÜHLT SICH ABGELEHNT). Er FÜHLT SICH NICHT VERSTANDEN, ist wütend (WEITERE EMOTIONALE REAKTIONEN DER K.) und muss sich für das Abbinden der Brüste rechtfertigen (K. MUSS SICH ERKLÄREN).

Richis Äußerung, nicht nur die pathologisierende „These“ (Richi, 248), sondern schon die Frage, „*warum ich mir die Brüste abbinde*“ (Richi, 249-250), habe er als Anklage interpretiert, kann als ein Hinweis auf eine zuvor bestehende **„Befürchtung der Klient_in pathologisiert zu werden“** verstanden werden. Auch bei anderen Interviewpartner_innen lässt sich diese Befürchtung ausmachen. So berichtet Leonie zum Beispiel, dass sie ihre Therapeutin direkt bittet ihre offenen Beziehungen nicht als krankhaft abzuwerten: „*ich habe ihr gesagt, [...] [dass] das nicht pathologisiert werden soll*“ (Leonie,). Es ist denkbar, dass eine solche Befürchtung die subjektiven Deutungen der Klient_innen hinsichtlich des Therapeut_innenverhaltens beeinflusst. So wäre es ebenso denkbar, dass Timos Wissen über die

„geschlechtlich konnotiert[e]“ (Timo, 156) Theorie der „Trauma-Kurve“ seine Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung prägt.

Dass jedoch trotz befürchteter Pathologisierung annehmende Erfahrungen gemacht werden, zeigt der weitere Verlauf Richis Geschichte: Nach dem oben dargestellten Vorfall nähern sich Therapeutin und Klient_in wieder an, dennoch bleibt lange danach die Befürchtung, aufgrund der Geschlechtsidentität pathologisiert zu werden, erhalten (LANGFRISTIGEN BEDENKEN GEGENÜBER THERAPIE IM ALLGEMEINEN, „Befürchtung der Klient_in pathologisiert zu werden“). Bei einem stationären Aufenthalt vor wenigen Monaten fragte Richi die zuständige Therapeutin, ob sein Genderqueer-Sein

„in die Diagnose mit rein spielt, weil [...], also ich weiß von meiner Diagnose, [...] dass das bei mir eben eine Borderline Persönlichkeitsstörung ist und [...] ein Kriterium davon ist ‚fehlendes Identitätsbewusstsein‘²⁵ oder so. Also, dass man quasi nicht richtig weiß, wer man ist. Und da wird oft in der Fachliteratur angegeben, dass man bei der sexuellen Orientierung schwankt oder bei der Geschlechtsidentität, und da habe ich [die Therapeutin der Klinik] nämlich dann mal direkt drauf angesprochen, ob das bei mir auch ein signifikantes Kriterium ist. Also, dass das ganze Genderqueer-Dasein gedeutet wird als Identitätsstörung oder so [...]. Also ich hatte halt irgendwie Angst, dass es dieselben Züge annimmt, wie mit der ambulanten Therapeutin, aber so war es überhaupt nicht und das fand ich echt toll.“ (Richi, 588-618)

Richi geht davon aus, dass eine Transgender-Identität in den gängigen Diagnosesystemen als ein Kriterium für eine psychische Störung gewertet werden kann. Das theoretische Wissen über Diagnosekriterien und die Erfahrungen bei seiner ambulanten Therapeutin führen dazu, dass er im stationären Kontext eine ähnliche Pathologisierung antizipiert. Er ist sehr erfreut, als er dann gegensätzliche Erfahrungen macht.

5.4.2 Übermäßiges Fokussieren auf die sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität

Wie im Kapitel 5.3 gezeigt wird, gehen Geschichten positiv erlebten Thematisierens von sexueller Orientierung oder Geschlechtsidentität durch die Therapeut_in mit Erzählungen von einem annehmenden Verhalten der Therapeut_in einher. Es finden sich jedoch auch Erzählungen von **übermäßigem Fokussieren auf die sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität** durch die Therapeut_in. Diese werden in dem Zusammenhang mit der Wahrnehmung berichtet, dass die Therapeut_in die sexuelle Orientierung oder

²⁵ Richi spricht hier vermutlich von dem Diagnosekriterium „*Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung*“ (Saß et al., 2003, S. 777).

Geschlechtsidentität ihrer Klient_in abwertet oder infrage stellt. Unter diese Kategorie fasse ich Erzählungen einer als abwertend oder problematisierend erlebten Fokussierung durch die Therapeut_in. Diese geschehe außerdem laut meiner Interviewpartner_innen gegen ihren Willen oder entspreche nicht den eigenen Schwerpunktsetzungen. In den Berichten von Dominique finden sich Passagen, die ich mit der Unterkategorie „**Reduzieren der Klient_in auf geschlechtliche Attribute**“ bezeichne. In diesen Passagen erzählt die Interviewpartner_in, sie fühle sich in ihrer Identität und ihrem Verhalten auf geschlechtliche Attribute reduziert.

Leonie bewertet das Erlebnis, dass eine Therapeutin im Erstgespräch nach Diskriminierungserfahrungen im Zusammenhang mit ihrer Beziehung zu einer Trans-Person fragt, als positiv (vgl. Kapitel 5.3.3). Über ein weiteres zeitnahes Erstgespräch bei einer anderen Therapeutin berichtet Leonie Folgendes:

„[Die Therapeutin] hat sich eine Stunde lang mit mir darüber auseinandergesetzt, warum ich mich denn nicht als Frau definieren könnte und ob das denn jetzt wirklich sein müsste und so. Also solche Diskussionen musste ich da führen.“ (Leonie, 85-88)

Während Leonie die Frage nach Diskriminierungserfahrungen für sehr relevant hält, scheint sie das Thema ihrer eigenen Geschlechtsidentität nicht als bedeutsam für die Therapie zu erachten und empfindet ein Gespräch darüber in der Sitzung als Zwang (*„solche Diskussionen musste ich [...] führen“* (Leonie, 88)). Ein weiteres Indiz dafür, dass die Fokussierung der Therapeutin nicht den aktuell wichtigen Themen der Klient_in entspricht, ist die Tatsache, dass Leonie ihre eigene Geschlechtsidentität im Interview mit mir ebenfalls kaum thematisiert. Auch in der aktuellen Therapie, welche eine Fortsetzung des ersten Erstgesprächs ist, wird ihre Geschlechtsidentität nicht zum Thema gemacht. Die eigene sexuelle Orientierung in dieser Therapie nicht erklären zu müssen, bewertet Leonie positiv und als Zeichen für eine annehmende, nicht problematisierende Haltung der Therapeutin. In dem Beispiel oben muss sich Leonie jedoch für ihre Geschlechtsidentität erklären und die Aussage *„ob das denn jetzt wirklich sein müsste“* (Leonie, 87-88) deutet darauf hin, dass die Therapeutin aus Leonies Sicht eine nicht ausschließlich weibliche Geschlechtsidentität infrage stellt und für abnormal hält. Dass Leonie dieses Ereignis negativ wahrnimmt, zeigt nicht nur der Wortlaut des Zitats, sondern auch ihre Entscheidung, diese Therapeutin nicht erneut aufzusuchen (THERAPIEABBRUCH ODER -ENDE).

Auch Dominique berichtet von einem übermäßigen Fokussieren im Zusammenhang mit ihrem wechselnden geschlechtlichen Auftreten, welches dem Therapeuten laut Dominique *„schwer zu schaffen“* (Dominique, 60) gemacht habe:

„durch diese Irritation, die da herrschte, war das Thema Geschlecht ein ganz erhebliches, weil dann alle möglichen Dinge, die ich getan habe, in diese Interpretation von Geschlecht geraten ist. Also die Interpretation von klarem Geschlecht, jetzt verhalte ich mich männlich, jetzt verhalte ich mich weiblich. Auch hier bitte alles in Anführungsstriche [...] aber das sprengt jede Therapie, wenn Menschen sich ständig darüber Gedanken machen. Und das hat mich unwahrscheinlich gestört, weswegen diese Therapie dann ja auch abgebrochen wurde.“ (Dominique, 183-190)

Laut Dominique ist der Therapeut gedanklich mit ihrem geschlechtlichen Auftreten beschäftigt, obwohl sie über andere Dinge sprechen möchte. Zusätzlich deutete er ihr Verhalten hauptsächlich anhand der Kategorien „männlich“ und „weiblich“ (**Reduzieren der Klient_in auf geschlechtliche Attribute**). Die übermäßige Beschäftigung mit Geschlecht äußert sich für Dominique, wie an anderen Stellen des Interviews deutlich wird, vor allem durch die Fragen, Aussagen und nonverbalen Verhaltensweisen des Therapeuten in den Therapie-sitzungen. Das Verhalten des Therapeuten bewertet Dominique negativ (*„unwahrscheinlich gestört“* (Dominique, 189)) (WEITERE EMOTIONALE REAKTIONEN DER K.). Die drastische Formulierung *„das sprengt jede Therapie“* (Dominique, 188) macht deutlich, wie schwerwiegend Dominique die Folgen für die Therapie einschätzt (VERRINGERTE EFFEKTIVITÄT DER THERAPIE). Doch dieses Mal ist es nicht die Klient_in, welche die Therapie beendet: Die Verwendung des grammatikalischen Passiv *„abgebrochen wurde“* (Dominique, 190) erklärt sich durch Dominiques spätere Äußerung, der Therapeut habe das Therapieende einleitet: *„der hatte gesagt, er sieht da einfach keine Basis weiter zu machen. [...] Und er wird jetzt keine Verlängerung beantragen. Punkt.“* (Dominique, 434-437). Wie im Zitat oben und in anderen Interviewpassagen deutlich wird, sieht Dominique einen direkten Zusammenhang zwischen dieser Entscheidung des Therapeuten und Dominiques geschlechtlichem Auftreten beziehungsweise dem Umgang des Therapeuten mit diesem (THERAPIEABBRUCH ODER -ENDE).

Zu Beginn ihrer nächsten Therapie fordert Dominique mit Nachdruck, dass *„das Thema Geschlecht erst mal keine Rolle spielen“* (Dominique, 101-102) soll. Sie schließt eine Auseinandersetzung mit der Problematik Geschlecht nicht vollständig aus, beschreibt aber klar ihren eigenen Fokus:

„es war nicht so, dass ich hingehen wollte und sagen wollte, wie meine geschlechtliche Performance ist, und ich will jetzt wissen, ob das in Ordnung ist, also ob ich die nicht nur einbilde oder so [...] mir ging es darum, etwas ganz anderes anzugreifen und zu gucken, ob das Thema [Geschlecht] möglicherweise irgendwann mit reinspielt.“ (Dominique, 105-109)

Dennoch kommt es auch in der zweiten Therapie wieder zu einer Thematisierung durch den Therapeuten. Diese wird jedoch positiver erlebt, da der Therapeut Dominiques Geschlechtsidentität annimmt, ihr geschlechtliches Auftreten auf sensible Weise anspricht und sich gleichzeitig nicht ausschließlich darauf konzentriert (vgl. Kapitel 5.3.2).

5.4.3 Unterthemenisieren der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität

Nicht immer scheint das Problem eine übermäßige Fokussierung durch die Therapeut_in zu sein. Es wird auch davon berichtet, dass therapierende Personen geschlechtliche oder sexuelle Themen vermeiden, (trotz Hinweisen der Klient_in) nicht thematisieren oder möglicherweise gar nicht wahrnehmen. Im Folgenden wird zwischen **Vermeiden der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität der Klient_in** und **Nicht-Wahrnehmen einer möglichen nicht-heterosexuellen Orientierung der Klient_in** unterschieden. Ein Vermeiden liegt dann vor, wenn davon ausgegangen werden kann, dass die Therapeut_in über die sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität der Klient_in informiert ist und diese bewusst oder unbewusst nicht oder nur wenig anspricht. In Erzählungen von vermeidendem Verhalten wird auch der Eindruck geschildert, die Therapeut_in empfinde ein Unbehagen oder Irritation gegenüber den vermiedenen Themen. Von einem Nicht-Wahrnehmen spreche ich, wenn mir die Interviewten den Eindruck vermitteln, ihre sexuelle Orientierung sei der Therapeut_in mit großer Wahrscheinlichkeit nicht bekannt und werde von dieser anscheinend als heterosexuell gesetzt. Ein Vermeiden und Nicht-Wahrnehmen auf Seiten der Therapeut_in kann deswegen als Diskriminierung verstanden werden, da sie die sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität der Klient_in und ihre damit verbundenen Erfahrungen auf subtile Weise abwertet, indem sie diese unsichtbar macht. Darüber hinaus erhebt dieses Nicht-Wahrnehmen Heterosexualität dadurch zur Norm, dass Heterosexualität als gegeben angenommen wird. Da die zweite Unterkategorie, das Nicht-Wahrnehmen, nur schwach in den Daten verankert ist, werde ich im Anschluss an die Beschreibung von zwei Fällen meine Interpretation und Kategorisierung dieser Fälle in Bezug auf die Unterkategorie und die Qualität der Daten ausführen.

Vermeiden der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität der Klient_in:

Dominique möchte in ihren Therapien zwar nicht direkt auf problematisierende Art über ihr geschlechtliches Auftreten oder ihre sexuelle Orientierung reden, jedoch ist sie sich darüber bewusst, dass ihr Geschlecht oder allgemein das Thema Geschlecht mit therapierelevanten Themen verknüpft ist:

„Ja, weil ein wesentliches Thema auch Partnerschaft war in diesen Therapien, die ich gemacht habe. Insofern bleibt das dann ja nicht aus. Beziehung hat ja immer irgendwas mit Geschlecht zu tun [...] Ja, also, Sex spielte auch eine Rolle, also ich bin zwangsläufig mit dem Thema Geschlecht konfrontiert worden.“ (Dominique, 519-530)

Von ihrem ersten Therapeuten berichtet sie:

„Ja, der hatte irgendwann das Problem, dass er das Thema Geschlecht überhaupt nicht mehr so gerne angesprochen hat, weil er glaube ich selbst dann damit konfrontiert wurde. Das war ganz merkwürdig. Ich will jetzt nicht sagen, dass der verklemmt ist, aber (lacht kurz) das war so ein bisschen der Eindruck. Aber das lag vielleicht auch wirklich einfach an mir. Also, dass ich ihn so dermaßen irritiert habe, dass er dann auch irgendwann nicht mehr drüber sprechen wollte.“ (Dominique, 538-542)

Dominique erzählt, dass der Therapeut, der zu Beginn der Therapie ihr geschlechtliches Auftreten zu stark fokussiert habe, später geschlechtlich konnotierte Themen ausblende oder vermeide. Auch in Dominiques zweiter Therapie ändert sich das Verhalten des Therapeuten gegenüber Dominiques geschlechtlichem Auftreten im Laufe der Therapie. Diese Veränderung wird jedoch positiv bewertet und als ein Annehmen ihrer Geschlechtsidentität verstanden (vgl. Kapitel 5.3.2). Des Weiteren sind in dieser zweiten Therapie die Themen Partnerschaft und Sexualität weiterhin Thema und der Umgang des Therapeuten damit wird als positiv beschrieben. In Dominiques erster Therapie scheint ein Reden über Partnerschaft und Sexualität jedoch schwer möglich zu sein, da der Therapeut geschlechtlich konnotierte Themen im Allgemeinen vermeidet. Dominique äußert zuerst den Eindruck, dies läge möglicherweise daran, dass der Therapeut mit Sexualität an sich ein Problem habe. Schließlich macht sie aber doch ihr geschlechtliches Auftreten und die Irritation des Therapeuten damit für das vermeidende Verhalten des Therapeuten verantwortlich. Die Vermeidung von Gesprächen über die Erfahrungen der Klient_in im Zusammenhang mit geschlechtlichen und sexuellen Themen führen auf diese Art und Weise zu ihrer Unsichtbarmachung in der Therapie.

Nicht-Wahrnehmen einer möglichen nicht-heterosexuellen Orientierung der Klient_in:

Richi und Alina berichten von Therapien aus ihrer Jugendzeit und bewerten das nicht Ansprechen ihrer sexuellen Orientierung auf Seiten der Therapeut_in zumindest teilweise als negativ. Beide sind zu diesem Zeitpunkt weder vor der Therapeut_in noch in ihrem sozialen Umfeld geoutet, empfinden jedoch gleichgeschlechtliches Begehren (Richi) oder sammeln bereits gleichgeschlechtliche sexuelle Erfahrungen (Alina). Richi, der zu dem Zeitpunkt dieser Therapie noch ausschließlich als Frau lebt, berichtet:

„Ich hatte damals einen Freund, also so einen Mann [...] Und ich weiß, dass das sehr häufig Thema war in der Therapie, weil ich mich unglücklich gefühlt habe in der Beziehung, weil es mir nicht viel gebracht hat. Und weil ich immer das Gefühl hatte, ich muss das aufgeben. Und ich weiß, dass meine Therapeutin mich immer ermuntert hat, die Beziehung aufrecht zu erhalten. Also sie fand das total wichtig [...] und hat überhaupt nicht gesehen, dass da auch was anderes darunterliegen könnte, meinetwegen, dass ich überhaupt nicht heterosexuell bin. Ich habe das ja auch immer mal angedeutet, dass ich auch in der Vergangenheit mit 13 14 15 und so weiter, also eigentlich die ganze Pubertät über immer mal in Frauen verliebt war, aber das war irgendwie nie Thema, wir haben das nie wirklich besprochen.“ (Richi, 168-181)

In der Therapie ging es zu einem wesentlichen Teil um Richis Zweifel an seiner heterosexuellen Beziehung zu einem Mann. Laut Richi bestärke die Therapeutin ihn darin, die Beziehung aufrecht zu erhalten, und übersehe dabei die Möglichkeit einer nicht-heterosexuellen Orientierung, obwohl Richi mehrfach Andeutungen in diese Richtung gemacht habe. Auf meine Nachfrage, ob denn die Therapeutin Richis Hinweise nicht aufgenommen habe, antwortet Richi:

„Ich weiß es ehrlich gesagt nicht so genau, also (...) ich weiß es nicht (...) es kann natürlich auch sein, dass ich das geblockt habe als Thema, das war nämlich die Zeit direkt vor dem Coming-Out. Und ich weiß auch, ich habe dann die Therapie abgebrochen und einen Monat später habe ich dann meinen Freunden gesagt: ‚Hier, Leute ich bin lesbisch.‘ Also, das war total krass. Von daher musste ich mich ja auch damit auseinandergesetzt haben. Aber wir haben das nie in der Therapie besprochen.“ (Richi, 183-188)

Es ist scheinbar schwierig für Richi, sich an Details der circa acht Jahre zurückliegenden Therapie zu erinnern, und er räumt die Möglichkeit ein, dass er das Thema in der Therapie selbst nicht besprechen wollte. Gleichzeitig ist er sich jedoch sicher, dass er sich damals durchaus mit seinem eventuellen Lesbisch-Sein beschäftigt habe. Das zeitnahe Coming-Out nach dem Therapieabbruch spricht ebenfalls dafür, dass das Thema präsent war, aber in der Therapie nicht besprochen wurde.

Auch Alina berichtet, dass ihre nicht-heterosexuellen Erfahrungen in ihrer ersten Therapie nicht thematisiert wurden. Im Gegensatz zu Richi erzählt Alina jedoch nicht von Andeutungen ihrerseits:

„Das war damals kein Thema, dass ich lesbisch sein könnte. Es war eher eine große Angst [...] es durfte kein Thema sein.“ (Alina, 415-418)

In beiden Fällen kann man die Therapeut_innen nicht allein für eine fehlende Thematisierung verantwortlich machen, denn ein wichtiger Faktor scheint die fehlende Bereitschaft oder die

Angst der Klient_innen zu sein, sich diesem Thema in der Therapie zu stellen. Dennoch scheint es bei Richi Andeutungen auf ein nicht-heterosexuelles Begehren zu geben, die von der Therapeutin nicht aufgenommen oder wahrgenommen werden. Während ich Alinas Erzählung also nicht als Diskriminierungserfahrung, sondern eher als ein Fall von internalisierter Homophobie Seitens der Klient_in bewerte, kann Richis Erzählung meines Erachtens als Diskriminierungserfahrung gelten, da die Therapeutin trotz gegenteiliger Hinweise von einer Heterosexualität auszugehen scheint. Damit würde sie eine heterosexuelle Orientierung als normal und anderen Ausprägungen sexueller Orientierung übergeordnet konstruieren. In beiden Fällen ist zu beachten, dass die Therapieerfahrungen mindestens acht Jahre zurückliegen und die Erinnerung der Interviewpartner_innen entsprechend lückenhaft ist. Richi benennt keine direkten Folgen des Erlebten.

5.4.4 Zuschreiben unzutreffender sexueller oder geschlechtlicher Stereotypen

Vier Befragte berichten davon, dass sie in der Therapie mit als unzutreffend empfundenen Kategorien oder Zuschreibungen konfrontiert werden. Dabei wird von stereotypen Annahmen über Geschlecht und Lesbisch-Sein oder das unzutreffende Anwenden des Labels „Frau“ oder „lesbisch“ berichtet. Diese Erfahrungen können als Diskriminierungserfahrungen gelten, da die Klient_innen in ihrer Erfahrung und Identität als queere und transgender Menschen nicht anerkannt und abgewertet werden.

Alina berichtet zum Beispiel, dass ihr Therapeut versucht *„das homosexuelle aufzumachen“* (Alina, 355). Er verkenne ihr queeres Begehren als eine ausschließlich auf Frauen gerichtete Orientierung (Label „lesbisch“) und schließe daraus laut Alina auf ihre Geschlechtsidentität: *„das heißt doch, sie sind eine Frau“* (Alina, 357-358) (Label „Frau“).

Richi, der sich in offenen Beziehungen mit zwei Frauen befindet, berichtet seiner Therapeutin, dass er ab und zu auch Sex mit einem guten Freund habe:

„Also, ich habe irgendwann erzählt, dass ich auch mit Christian schlafe, also Sex habe und so. Das hat sie schon verwundert [...] Also, da hat sie auch nachgefragt, warum ich das mache. Da wollte sie dann auch wirklich nochmal hören, ob ich mich als lesbisch verorte und da habe ich auch so gesagt: ‚Ja, eigentlich schon.‘ Und da hat sie nur so verdutzt geguckt und sie so: ‚Ja, warum schlafen Sie dann mit einem Mann?‘ (lacht). Also, das hat nicht so richtig in ihr Konzept reingepasst, habe ich so das Gefühl gehabt.“ (Richi, 422-430)

Die Therapeutin scheint ein bestimmtes Bild von Lesbisch-Sein zu bedienen (Stereotyp „lesbisch“), welches von einer relativ statischen sexuellen Orientierung ausgeht, die sich in

allen Aspekten auf ein Geschlecht, nämlich das weibliche, richtet. Diese Annahme steht jedoch konträr zu Richis gelebtem Konzept einer fluiden sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität. Zwar benutzt Richi den Begriff lesbisch für sich, doch spätestens seine Selbstdefinition als Genderqueer macht klar, dass dies für Richi nicht Liebe und Sex zwischen zwei „Frauen“ bedeutet. Ob die Therapeutin Richi in diesem Moment auch als „Frau“ mit homosexueller Orientierung wahrnimmt, muss an dieser Stelle zwar offen bleiben, deutlich wird jedoch, dass Klient_in und Therapeutin den Begriff lesbisch unterschiedlich füllen. Dass die Therapeutin ebenfalls Deutungen äußert, die Richis sexuellen Kontakt zu einem Mann mit seinem selbstverletzenden und impulsiven Verhalten in Verbindung bringen, soll hier nur kurz erwähnt, aber nicht weiter vertieft werden. Letztendlich beschreibt Richi, dass eine Erklärung seinerseits ausreiche, die Therapeutin davon zu überzeugen, dass Richis sexueller Kontakt zu einem Mann weder problematisch noch gegen sein eigenes Bedürfnis geht:

„Aber mittlerweile habe ich ihr erklärt, dass sich das für mich angenehm anfühlt, wenn wir Sex haben. Und ich da überhaupt nicht das Gefühl habe, dass ich mich selber verletze oder bei mir da Grenzen überschreite mit Absicht. Und das war dann auch okay.“ (Richi, 445-449)

Einen Sonderfall der Kategorie „Zuschreiben unzutreffender sexueller oder geschlechtlicher Stereotypen“ ist die Unterkategorie **„dauerhafte Einordnungsschwierigkeiten der Therapeut_in“**. Auch hier werden unterschiedliche Stereotypen auf die Klient_in angewendet, doch der Fokus der Erzählung liegt auf den fortwährenden, erfolglosen Einordnungsversuchen der Therapeut_in. Im Zentrum dieser Berichte zweier Interviewpartner_innen steht jeweils ein Therapeut, dem die Versuche der Einordnung der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität der Klient_in *„schwer zu schaffen“* (Dominique, 60) machen oder der bei den Versuchen *„strauchelt und fällt“* (Alina, 83).

Alina berichtet über die Einordnungsschwierigkeiten ihres Therapeuten sehr ausführlich an mehreren Stellen des Interviews:

„Also, so mehr ich mir über meinen nicht-heteronormativen Standpunkt im Klaren wurde, desto mehr wurde mir klar, auf was für eine Art und Weise mein Therapeut mich sieht und versucht, mich dann irgendwie umzutopfen, und dass ihm [das] aber nicht so richtig gelingt im Prozess dieser Therapie. / I: Umtopfen?/ IP: Na, mich halt so wieder neu einzuordnen in irgendein Bild, aber (...) ich passe da halt nicht rein in seine Blumentöpfe (lacht kurz), die er so zur Auswahl hat. Und das war dann letztendlich, glaub ich, das Problem, warum wir uns dann verabschiedet haben voneinander.“ (Alina, 180-188)

Alina benutzt die Metapher des Umtopfens um zu beschreiben, wie der Therapeut versuche, Alina nach ihrem queeren Coming-Out neu einzuordnen. Die Kategorien oder „Blumen-

töpfe“, die ihm dabei zur Verfügung stünden, benennt Alina als „*schwul oder lesbisch oder hetero hetera. Oder eben Mann Frau*“ (Alina, 73). Diese Kategorien lehnt Alina jedoch für sich selbst ab und auch der Therapeut merke laut Alina, dass er erfolglos versuche, seine Klientin in diese „*Blumentöpfe*“ (Alina, 187) zu zwingen. Die darauf folgende Therapiepause (THERAPIEABBRUCH ODER -ENDE) bezieht sie dabei direkt auf die Einordnungsschwierigkeiten des Therapeuten. Die Schwierigkeiten sind nach Alinas Auskünften besonders groß, als sie in der Therapie von ihrer Liebe zu einem Transmann berichtet:

„das war für meinen Therapeuten, glaub ich, so ein bisschen der Overkill (lacht). Also ich habe so richtig gesehen, wie er strauchelt und fällt über diese Frage von ‚Ja, was denn nun? Also was denn nun? Was ist denn jetzt das, was Sie möchten? Sie möchten irgendwie schon einen Mann, aber dann mit einer weiblichen Sozialisation, oder Sie möchten jetzt Frau, die aber irgendwie nicht zu feminin ist, oder was wollen Sie denn jetzt überhaupt?‘ Ja, das war so ein bisschen problematisch in der Therapie.“ (Alina, 82-87)

Als weitere Konsequenzen der Einordnungsschwierigkeiten beschreibt sie, „*dass wir nicht mehr sehr viel zusammen gearbeitet haben, sondern dass es ganz viele Verständnisfragen gab*“ (Alina, 151-152). Weiter schildert sie:

„dieses Gefühl von Vertrautheit und Verständnis, was ich davor hatte, das war nicht mehr da. Also da waren einfach zu viele Fragen und zu viele Unstimmigkeiten. Und dann habe ich nicht mehr von den Beziehungen so viel erzählt, die ich hatte. Oder von den Leuten, die ich begehrt habe. Da habe ich mich dann ein bisschen zurückgehalten.“ (Alina, 243-237)

Es komme Alina zufolge zu grundlegenden Verständigungsproblemen und einem Verlust der Vertrautheit (FOLGEN FÜR DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG), schließlich vermeide Alina die Themen Liebe und Beziehung zunehmend (VERMEIDENDES ODER ABWEHRENDES VERHALTEN DER K.). Letztendlich entscheiden beide gemeinsam, die Therapie zu pausieren, wobei Alina im Interview angibt, dass sie nicht vorhat, zu diesem Therapeuten zurück zu kehren (THERAPIEABBRUCH ODER -ENDE).

5.4.5 Abwerten alternativer Beziehungsformen

Das Leben von alternativen Beziehungsformen jenseits der klassischen Zweierbeziehung wird von drei Interviewpartner_innen als ein Teil ihres sexuellen Selbstverständnisses dargestellt. In den Interviews berichten sie von abwertenden Aussagen und Haltungen der Therapeut_innen gegenüber ihren offenen Beziehungen oder einer Lebensweise, bei der die Grenze zwischen Freundschaft und romantischer oder sexueller Beziehung fließend ist. Dieses Abwerten drückt sich für die Klient_innen zum einen durch ein relativ **offenes Ablehnen**

alternativer Beziehungsformen durch die Therapeut_in aus. Sie kann sich aber auch subtil äußern durch Deutungen und Aussagen der Therapeut_in, die nahelegen, dass sie eine monogame Beziehungsform und eine klare Trennung von Freundschaft und Partnerschaft als Maßstab ansetzt. Letzteres bezeichne ich als **Ausdrücken normativer Annahmen über Beziehungsformen**. Dies kann als diskriminierendes Verhalten gelten, da es unterschiedliche Beziehungsformen hierarchisiert und somit einen wichtigen Aspekt des sexuellen Selbstverständnisses der Klient_innen abwertet.

Offenes Ablehnen alternativer Beziehungsformen:

Richi und Leonie sprechen in der aktuellen Therapie sehr viel über ihre offenen Beziehungen und ihre Probleme mit einzelnen Beziehungspartner_innen. Sie berichten, dass das Sprechen über diese Themen einerseits sehr hilfreich sei, sie aber andererseits auch abwertende Kommentare von ihren Therapeutinnen zu hören bekommen würden:

„Was mich genervt hat an meiner Therapeutin, war auch so eine Aussage wie ‚Ja, ich habe von dem Poly-Konzept natürlich schon gehört, aber ich kenne niemanden, der das über längere Zeit ausgehalten hat oder leben konnte. Meistens geht das eigentlich vor den Baum‘ [...] Also, sie ist dem Poly-Konzept auf jeden Fall nicht offen gegenüber. Überhaupt nicht.“ (Richi, 486-490)

„Das ist ein großes Thema für mich und ich habe das [...] nach der dritten, vierten Sitzung mit ihr besprochen und da kam die Reaktion ‚Das geht ja gar nicht.‘“ (Leonie, 134-135)

Sowohl Richi als auch Leonie erleben, dass ihre Therapeutinnen offene Beziehungen für nicht realisierbar halten. Hier wird nicht von einem Eingehen auf individuelle Beziehungsprobleme, sondern von einem grundsätzlich Ablehnen der gelebten Beziehungsform berichtet. Richi ist genervt von der Aussage der Therapeutin (WEITERE EMOTIONALE REAKTIONEN DER K.). Von Leonie beschriebene Folgen betreffen ihre Bewertung der Kommunikation zwischen ihr und der Therapeutin (FOLGEN FÜR DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG) und die erlebte VERRINGERTE EFFEKTIVITÄT DER THERAPIE:

„ich glaube, mir wäre es lieber, wenn ich wüsste, sie würde das nicht als grundsätzlich schwierig ansehen [...], wenn ich wüsste, dass dieses Konzept nicht infrage gestellt wird. [...] Und jetzt habe ich das Gefühl, ich muss dieses Konzept verteidigen und kann deswegen nicht auf meine Probleme zugreifen. [...] ich habe das Gefühl, ich muss mich so ein Stück weit verteidigen und deswegen ist es schwieriger, so eine Kommunikation herzustellen, die aufrichtig ist. Also ich sag was und ich muss gleichzeitig noch was dazu sagen, um zu sagen ‚Aber das Konzept ist nicht falsch, es geht nur hier um mich.‘“ (Leonie, 183-194)

Ausdrücken normativer Annahmen über Beziehungsformen:

Für Timo und für Menschen in seinem Freundeskreis ist die Grenze zwischen Freundschaft und Partnerschaft „*eher fließend*“ (Timo, 429). Dies teilt er auch seiner zweiten Therapeutin mehrfach mit. Von seiner zweiten, aber auch von seiner ersten Therapeutin berichtet er:

„Also ich finde, dass die Therapeutinnen auch so Mono-fixiert sind, also es ist halt die Norm monogam zu sein. [...] Das fällt mir in meiner jetzigen Therapie sehr auf, immer wenn es um zwischenmenschliche Dinge geht [...], dass das total reinspielt, wie sie Partnerschaft denkt. [...] diese klare Grenze zwischen Freundschaft und Beziehung zu setzen, also zwischen Freundschaft und Liebesbeziehung, [...] das scheint dann so durch ich merke das nicht, weil wir das ganz konkret aussprechen, sondern das schwingt so mit. [...] Also da merke ich, dass ich, wenn ich Ratschläge bekomme oder wenn sie sozusagen versucht, mich zu spiegeln, oder wenn sie versucht, zu analysieren, dass das dann für mich manchmal Stolpersteine sind, dass ich dann hängen bleibe dran, und denke so ‚ah, aber das kapiere ich jetzt nicht, weil das ist bei mir ja anders. So, das kann jetzt keinen Sinn machen.‘“ (Timo, 394-442)

Im Gegensatz zu Richi und Leonie erzählt Timo nicht von einer konkreten und offenen Ablehnung. Er beschreibt stattdessen, dass die normative Sichtweise der Therapeutin auf Beziehungen den therapeutischen Prozess subtil beeinflusse („*reinspielt*“, „*das schwingt so mit*“ (Timo, 401, 423)). Timo beschreibt die Deutungen, Ratschläge und spiegeln den Aussagen der Therapeutin als „*Stolpersteine*“ (Timo, 441) (VERRINGERTE EFFEKTIVITÄT DER THERAPIE) und beschreibt seine Verwirrung, da er sich in den Aussagen der Therapeutin nicht wiederfinde (K. IST IRRITIERT ODER RATLOS).

5.5 Therapie mit der Diagnose „Transsexualismus“

Michael unterscheidet sich sowohl in seinem Selbstverständnis (als heterosexueller Mann in einem Frauenkörper) als auch hinsichtlich der Rahmenbedingungen und Gründe seiner Therapie von den anderen Interviewteilnehmer_innen. Er beginnt seine erste Therapie, da er eine Geschlechtsangleichung erreichen möchte und sich bewusst darüber ist, dass er dafür drei Jahre Therapie und den „Alltagstest“ nachweisen muss:

„ich gehe [zur Therapie], weil es wurde gesagt in der Selbsthilfegruppe [für Transmänner Anm. d. V.] drei Jahre Therapie vorher muss sein. Und mindestens ein Jahr als Mann leben in der Öffentlichkeit und Hormone. Und dann habe ich das alles angegangen.“ (Michael, 200-202)

Seine erste Suche nach einer Therapeut_in vor ungefähr neun bis zehn Jahren beschreibt Michael folgendermaßen:

„dann habe ich ein paar Adressen ausgedruckt, ein paar Telefonnummern von verschiedenen Spezialisten und habe [die] dann einfach mal ab telefoniert. Die meisten hatten einen Anrufbeantworter und dann habe ich da draufgequasselt. Ich suche eine Verhaltenstherapie und es besteht eine Transsexualismus eventuell.“ (Michael, 182-185)

Michael sucht bewusst nach einer Therapeut_in, die auf die Begleitung von Menschen mit der Diagnose „Transsexualismus“ spezialisiert ist (**Kriterien für die Auswahl einer passenden Therapeut_in**). Das Nutzen öffentlich zugänglicher Informationen, um eine im Umgang mit Trans-Menschen erfahrene Therapeut_in zu finden, ist eine Strategie, die von anderen Interviewpartner_innen (in Bezug auf Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung) ebenfalls angewendet wird. Mit dem Wunsch anderer Interviewten nach einer Therapeut_in, die Wissen über oder Erfahrung mit Transgendern besitzt, ist Michaels Wunsch nach einer Spezialist_in allerdings nur bedingt vergleichbar. Während die Wünsche nach Wissen und Erfahrung der Therapeut_in in Bezug auf Transgender die Hoffnung auf ein annehmendes, verstehendes Verhalten beinhalten, ist bei Michael die Hoffnung auf eine kompetente Begleitung der Geschlechtsangleichung vordergründig. Seine erste Therapie durchläuft Michael in der vorgeschriebenen Zeitspanne von drei Jahren bei einem Mann, die aktuelle Therapie findet bei einer Therapeutin statt, die er zuvor als Gutachterin für seine Vornamensänderung kennen gelernt hat. Beide sind laut Michael spezialisiert auf die Therapie von Menschen mit der Diagnose „Transsexualismus“. Im Kurzfragebogen gibt Michael an, dass seine Therapeut_innen vermutlich heterosexuell seien, im Interview geht er aber weder auf die Geschlechtsidentität noch die sexuelle Orientierung seiner Therapeut_innen ausführlicher ein.

Michaels Aussagen mit den zuvor erarbeiteten Kategorien der Überkategorie **„Positives Verhalten der Therapeut_innen aus Sicht der Klient_innen“** vergleichend, lässt sich sagen, dass Michael im Interview nicht direkt über einen annehmenden, nicht diskriminierenden Umgang der Therapeut_innen mit seiner Geschlechtsidentität spricht. Stattdessen scheint der Maßstab für die Bewertung des Verhaltens der Therapeut_innen hinsichtlich seiner Geschlechtsidentität deren Fähigkeit zu sein, ihm praktische Hinweise für den Prozess der Angleichung zu geben: *„also der hat nicht wirklich viel helfen können [...] Hat ein paar Tipps geben können zu Trans-Sachen, aber viel leider nicht“* (Michael, 190-197). Einmal erwähnt er auch, dass er die Auseinandersetzung mit der *„Kindheit. Woher das kommt die Trans-Geschichte“* (Michael, 243) in der Therapie positiv bewerte. Dennoch nimmt das Thema der *„paar Tipps“* (Michael, 196) im Interview mit mir deutlich mehr Raum ein:

„der wirkliche Spezialist war [der Therapeut] auch nicht gerade. Er hat erzählt, er hat Erfahrung mit so Leuten wie mir, es kommen mehrere zu ihm die auch gerade in einer

Umwandlung sind, fertig oder Anfang erst [...] Also ein paar Sachen hat er gewusst von Erfahrungen der Anderen, die er vorher schon hatte. Und dann halt so ein paar Tipps waren schon sehr brauchbar. Aber ich muss schon ehrlich sagen, meine Amtsbetreuerin, die kennt sich inzwischen viel mehr damit aus mit dem Thema.“ (Michael, 202-229)

Während Michael andere Aspekte der Therapie, wie zum Beispiel die Aufarbeitung seiner Kindheitserfahrungen und die Arbeit an als störend empfundenen Verhaltensweisen als durchaus positiv und hilfreich beschreibt, zeigt sich bei ihm, wie in dem Zitat zuvor besonders deutlich wird, hinsichtlich der Kompetenz des Therapeuten zu Trans-Themen Enttäuschung („*viel leider nicht.*“ (Michael, 197)). Der Spezialisten-Status, den er diesem Therapeuten zuvor bescheinigt hat, wird ihm nun abgesprochen. Michael meint außerdem, dass seine Amtsbetreuerin mehr Wissen über Trans-Themen besitze. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass Michael im Interview bei Fragen zu seinen Therapeut_innen immer wieder anfängt, über seine beiden Betreuerinnen zu sprechen. Dies kann als Hinweis darauf gedeutet werden, dass die Betreuerinnen für Michael im Zusammenhang mit der Geschlechtsangleichung und den Bedürfnissen, die für ihn mit diesem Prozess verknüpft sind, eine wichtigere Rolle spielen als die Therapeut_innen.

Von seiner zweiten Therapeutin, die ihn auf dem letzten Schritt zur operativen Geschlechtsangleichung begleiten soll, erzählt Michael Folgendes:

„sie ist wirklich eine sehr Nette und hat auch Erfahrung, aber die reine Trans-Sache ist es eben nicht, weil ich brauche eben auch Verhaltenstherapie und wahrscheinlich auch lebenslänglich [...] Aber es gibt da jemanden, der sich mit beidem auskennt. Da habe ich auch schon die Telefonnummer [von einer der Betreuerinnen erhalten, Anm. d. V.], da sollte ich mich auch mal melden, für einen Kennenlernermin. Der soll dann die [Therapeutin] ablösen, weil der wäre wohl besser für diese Dings Geschichten“ (Michael, 316-321)

Die jetzige Therapeutin habe zwar Kompetenzen in Hinblick auf Trans-Themen, sei aber laut Michael für die Aspekte seiner psychischen Beeinträchtigung, die er im Interview mit den Begriffen Verhaltenstherapie oder Verhalten umschreibt, „*nicht das wirklich Richtige*“ (Michael, 301) zu sein. So hofft Michael weiterhin, mit Unterstützung seiner Betreuerin eine Therapeut_in zu finden, die seine aktuelle Therapeutin ablösen und sowohl Trans-Themen als auch Themen um Michaels psychische Beeinträchtigung in der Therapie zufriedenstellend abdecken kann.

Die von Michael erwähnten Rahmenbedingungen seiner Therapie (Diagnose „Transsexualismus“, drei Jahre Therapie, „Alltagstest“) beschreibt er im Interview nicht direkt als negativ oder problematisch. Dennoch ist er sich darüber bewusst, dass sie

obligatorisch sind (*„drei Jahre Therapie vorher muss sein. Und mindestens ein Jahr als Mann leben in der Öffentlichkeit“*, *„besteht eine Transsexualismus“* (Michael, 201, 185)), wenn er eine juristische und kassenfinanzierte medizinische Angleichung seines Geschlechts erreichen möchte. Im Rückgriff auf den theoretischen Hintergrund dieser Arbeit und die von mir festgelegten Kriterien für Diskriminierung können diese von Michael beschriebenen Aspekte als strukturelle Diskriminierung bezeichnet werden, da die Diagnose als Störung der Geschlechtsidentität²⁶ und eine quasi verpflichtende Therapie Transsexuelle als krankhaft abwertet. Im Hinblick auf die von mir im Kapitel 5.4 herausgearbeiteten Diskriminierungskategorien kann man von einem **strukturellen Abwerten der Geschlechtsidentität als krankhaft oder abnormal** sprechen. Die anderen, in Kapitel 5.4 dargestellten Diskriminierungsformen finden sich in Michaels Erzählungen nicht wieder. Die Formen Über- und Unterthematisierung wären auch nicht ohne weiteres übertragbar, da es Michael ja tatsächlich um ein Sprechen über sein Trans-Sein geht.

²⁶ Wie bereits im Theorieteil erwähnt, ist „Transsexualismus“ im ICD-10 Teil der „Störungen der Geschlechtsidentität“ (Dilling et al., 2011).

6 Diskussion

6.1 Antworten auf die Forschungsfragen und Einordnen der Ergebnisse in die Literatur

- ❖ Von welchen Erfahrungen berichten Queers und Transgender bezüglich ihrer Psychotherapie und der therapeutischen Beziehung im Zusammenhang mit ihrer sexuellen Orientierung und/oder ihrer Geschlechtsidentität?

Alle Interviewten berichteten, dass Überlegungen über den Umgang einer potenziellen Therapeut_in mit ihrer sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität bereits mindestens eine Therapeut_innensuche beeinflusst hätten. Dabei ist die nicht-heterosexuelle Orientierung und, für die weiblich sozialisierten Klient_innen, die weibliche Geschlechtsidentität der Therapeut_in ein ausschlaggebendes Kriterium für die Auswahl einer passenden Therapeut_in. Von einer solchen Therapeut_in wird ein annehmendes, verstehendes und empathisches Verhalten gegenüber der eigenen queeren Orientierung, und teilweise auch in Bezug auf die eigene Geschlechtsidentität, erhofft. Zusätzlich wird implizit oder explizit der Wunsch geäußert, die Therapeut_in möge eine ähnliche Lebensrealität, ähnliche Werte und Normen sowie Wissen über LSBQT-Menschen besitzen. Dies scheint mit dem Bedürfnis zusammenzuhängen sich nicht erklären zu müssen oder mit der Befürchtung oder Erfahrung Erklärungen abgeben zu müssen, wenn eine Therapeut_in keinen Bezug zu LSBQT-Themen hat. Die bei allen Interviews gefundenen Phänomene „Klient_in muss sich erklären“ und „Klient_in will sich nicht erklären“ spielen ebenfalls in vielen anderen Erzählungen und nicht zuletzt in den berichteten Diskriminierungserfahrungen eine Rolle. Tatsächlich haben bereits vier Interviewpartner_innen eine längere Therapie mit einer schwulen oder lesbischen Therapeut_in der gleichen geschlechtlichen Sozialisation gemacht und berichten teilweise von einem annehmenden, verstehenden und empathischen Verhalten dieser. Mindestens eines der Kriterien **Offenheit für, Wissen über und Erfahrung mit Transgendern** findet sich bei allen Interviewpartner_innen wieder. Die Daten legen nahe, dass ein Zusammenhang zwischen den Suchkriterien und Wünschen auf der einen Seite sowie negativen Vorerfahrungen und antizipierenden Befürchtungen hinsichtlich diskriminierendem Therapeut_innenverhalten auf der anderen Seite besteht.

Vier Interviewpartner_innen berichten über zahlreiche positive Erfahrungen, die sich auf das Verhalten der Therapeut_in hinsichtlich der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität der Klient_in beziehen. Als positiv erlebt wird das Annehmen der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität, ein Thematisieren der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität durch die Therapeut_in unter der Bedingung einer (vermuteten) annehmenden Haltung dieser,

das Ansprechen von für LSBQT-Menschen spezifischen Themen und die Lernbereitschaft der Therapeut_in in Bezug auf diskriminierendes Verhalten.

Die Tatsache, dass meine Interviewpartner_innen zum größten Teil Therapeut_innen der gleichen geschlechtlichen Sozialisation bevorzugten, deckt sich mit den Ergebnissen von Jones und Gabriel (1999) und Hunt et al. (2006). Auch der von diesen Forscher_innen gefundene Anstieg von nicht-heterosexuellen Therapeut_innen und weiblichen Therapeut_innen bei späteren Therapien lesbischer und bisexueller Klient_innen lässt sich ansatzweise in den von mir geführten Interviews wiederfinden. Während meine Interviewpartner_innen diese Veränderung mit negativen Vorerfahrungen und Befürchtungen begründen, wird in der Studie von Jones und Gabriel (1999) keine Erklärung für den gefundenen Anstieg gegeben. Der von meinen Interviewpartner_innen geäußerte Wunsch nach einem annehmenden Verhalten der Therapeut_in und Erzählungen über ein tatsächliches Erleben solchen Verhaltens ist vereinbar mit den Ergebnissen von Hunt et al. (2006) und Saulnier (2002). Deren Interviewpartner_innen befanden die Akzeptanz ihrer sexuellen Orientierung auf Seiten von Therapeut_innen als wichtig. Andere von mir herausgearbeitete Wünsche an die Therapeut_in und die Kategorien positiv erlebten Verhaltens finden zwar keine Entsprechung in den Studien, lassen sich jedoch teilweise mit diversen Richtlinien für Psychotherapie mit LSB-Klient_innen vergleichen. Diese Richtlinien vernachlässigen jedoch den Aspekt der Geschlechtsidentität; die von mir dargestellten Kategorien können also nur hinsichtlich des Merkmals „sexuelle Orientierung“ mit diesen verglichen werden.

- ❖ Von welchen Formen von im therapeutischen Setting erlebter Diskriminierung berichten Queers und Transgender im Zusammenhang mit ihrer sexuellen Orientierung und/oder ihrer Geschlechtsidentität?

Alle Interviewpartner_innen berichten von Diskriminierungserfahrungen im Zusammenhang mit ihrer Transgender-Identität. Alina, Leonie und Richi berichten zusätzlich von Diskriminierung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung. Wobei in manchen Erzählungen nicht ganz deutlich wird, ob sich das Verhalten der Therapeut_in auf eine (angenommene) homosexuelle Orientierung oder auf die queere Orientierung der Klient_in bezieht. Insgesamt konnten fünf Formen von erlebter Diskriminierung mit jeweils ein bis zwei Unterkategorien aus den Daten herausgearbeitet werden. Die Kategorie „pathologisierende Aussagen der Therapeut_in“ findet sich bei drei Interviewpartner_innen und teilt sich in „Abwerten der Geschlechtsidentität als krankhaft oder abnormal“ und „Abwerten der sexuellen Orientierung als krankhaft oder abnormal“. Letztere Unterkategorie findet sich teilweise in dem von Saulnier (2002) be-

richteten Verbinden der sexuellen Orientierung der Klient_in mit deren Krankheitsdiagnose und dem Microaggression-Thema „Annahme, die sexuelle Orientierung sei der Grund für alle dargelegten Probleme“ (Shelton & Delgado-Romero, 2011) wieder.

Drei Interviewpartner_innen erzählen von einem übermäßigen Fokussieren auf ihre sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität durch ihre Therapeut_in. Eine dieser Interviewten äußert in dem Zusammenhang einen Eindruck, der von mir als „Reduzieren der Klient_in auf geschlechtliche Attribute“ bezeichnet wird. Diese Befunde spiegeln sich nicht in den dargestellten Studien wider. Die Unterkategorie ähnelt jedoch dem von Sue vorgeschlagenen Microaggression-Thema „Oversexualization“, welches sich allerdings auf sexuelle und nicht auf geschlechtliche Attribute bezieht. Sue beschreibt „Oversexualization“ als das Betrachten von LGBT-Menschen als rein sexuelle Wesen und nicht als komplexe Menschen mit einer Vielzahl von Interessen und (nicht-sexuellen) Beziehungen (Sue, 2010a, S. 192).

Die dritte Kategorie „Unterthematizieren der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität“ teilt sich in das bewusste oder unbewusste Vermeiden einer höchstwahrscheinlich bekannten sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität und in das Nicht-Wahrnehmen einer nicht-heterosexuellen Orientierung, die von der Klient_in nicht offenbart oder nur durch Hinweise angedeutet wird. Ersteres findet in Bezug auf sexuelle Orientierung seine Entsprechung im „Vermeiden und Minimieren der sexuellen Orientierung“ (Shelton & Delgado-Romero, 2011). Letzteres lässt sich mit dem von Hunt et al. (1991) und Saulnier (2002) beschriebenen Annahmen einer heterosexuellen Orientierung vergleichen.

Das Zuschreiben unzutreffender sexueller oder geschlechtlicher Stereotypen findet sich bei vier Interviewpartner_innen. Diese vierte Kategorie weist Parallelen zu den „stereotypen Annahmen über LSBQ-Klient_in“ (Shelton & Delgado-Romero, 2011) und dem Verwenden von als veraltet empfundenen Stereotypen von Lesben (Hunt et al., 1991) auf. Doch wird in den Zitaten meiner Interviewpartner_innen deutlich, dass sich das diskriminierende Verhalten der Therapeut_innen in Bezug auf sexuelle Orientierung nicht gegen eine nicht-heterosexuelle Orientierung im Allgemeinen, sondern explizit gegen eine queere Orientierung richtet. So passt das nicht ausschließlich homosexuelle Verhalten und Begehren Richis nicht in das „Konzept“ (Richi, 429) der Therapeut_in und Alinas Therapeut versucht mehrfach die queere Orientierung der Klient_in als eine homosexuelle Orientierung zu deuten. In Bezug auf Geschlechtsidentität schließlich berichten drei Interviewpartner_innen, dass die Therapeut_innen auf die gängigen Kategorien von „Frau“ und „Mann“ zurückzugreifen scheinen und teilweise versuchen würden, die Klient_innen eindeutig einer dieser Kategorien zuzuordnen. Der Spezialfall der „dauerhaften Einordnungsschwierigkeiten der Therapeut_in“ findet sich

nicht in den von mir beschriebenen Studien zu Diskriminierung von LSB(Q)-Klient_innen wieder und ist möglicherweise eine Form der Diskriminierung, der speziell solche Menschen ausgesetzt sind, die sich nicht in gängige Kategorien einordnen lassen (wollen).

Basierend auf den ausführlichen Berichten dreier Interviewpartner_innen ergab sich eine für mich völlig unerwartete Kategorie, die im Zusammenhang mit der queeren Identität der Interviewten steht: das „Abwerten alternativer Beziehungsformen“. Zwei Interviewpartner_innen berichten von „Offenem Ablehnen alternativer Beziehungsformen“ und eine_r von dem „Ausdrücken normativer Annahmen über Beziehungsformen“ auf Seiten der Therapeut_in. Ob man in diesen Fällen tatsächlich von einer Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung sprechen kann, soll hier offen bleiben. Letztlich entschied ich mich diese Erfahrungen aufgrund der ausführlichen, teilweise stark emotional aufgeladenen Erzählungen meiner Interviewpartner_innen und der strukturellen Ähnlichkeit zu anderen Diskriminierungserfahrungen in den Diskriminierungskategorien aufzunehmen. Auch die „Abwertung alternativer Beziehungsformen“ und ihre Unterkategorien finden sich nicht in den im Kapitel 2.3.2 aufgeführten Studien wieder.

Die Erzählungen beinhalten Berichte über offene Diskriminierung, wie zum Beispiel alle Inhalte der Unterkategorie „Offenes Ablehnen alternativer Beziehungsformen“ oder Leonies Äußerung, ein Therapeut habe gesagt, ihre Liebe zu einer Frau entspräche nicht dem „*natürlichen Beziehungsmuster*“ (Leonie, 52) und sei nicht gesund für sie. Als subtile Diskriminierung können hingegen zum Beispiel die Erzählungen gelten, welche den Unterkategorien „Ausdrücken normativer Annahmen über Beziehungsformen“ und „Nicht-Wahrnehmen einer möglichen nicht-heterosexuellen Orientierung der Klient_in“ zugeordnet sind.

Hinweise auf strukturelle Diskriminierung finden sich im Zusammenhang mit Erzählungen der (Unter-) Kategorien „Abwerten der Geschlechtsidentität als krankhaft oder abnormal“ und „Befürchtung der Klient_in pathologisiert zu werden“. In diesen Erzählungen wird der Inhalt einer psychoanalytischen Theorie, das gängige psychologische Geschlechtermodell und ein Diagnosekriterium der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit tatsächlichem und antizipiertem diskriminierendem Verhalten der Therapeut_in in Verbindung gebracht.

Die Kategorien „Ablehnen der Pronomenwahl“ und „Ausgedrückte Faszination mit der Geschlechtsidentität der Klient_in“ wurden während des Auswertungsprozesses ebenfalls konstruiert, jedoch wegen mangelnder empirischer Verankerung nicht in den Ergebnisteil

aufgenommen. Die Zitate, welche zu diesen unvollständigen Kategorien zählen, sind im Anhang zu finden.²⁷

- ❖ Unterscheiden sich die berichteten Diskriminierungserfahrungen, die im Zusammenhang mit einer Transgender-Identität stehen von solchen, die im Zusammenhang mit einer queeren Orientierung stehen?

Es sind mehr Interviewpartner_innen von Diskriminierung im Zusammenhang mit der eigenen Geschlechtsidentität betroffen und es finden sich auch insgesamt mehr Erzählungen über solche Diskriminierungserfahrungen. Zusätzlich legen einzelne Erzählungen von vier Interviewten nahe, dass Therapeut_innen mit einer annehmenden Grundhaltung gegenüber einer nicht-heterosexuellen Orientierung nicht unbedingt eine entsprechende Einstellung gegenüber einer Transgender-Identität zeigen.

Nicht nur im Ausmaß, auch in der Erscheinungsform lassen sich Unterschiede zwischen den Diskriminierungserfahrungen in Bezug auf Transgender oder Queer ausmachen: Letztlich finden sich Hinweise auf strukturelle Diskriminierung nur im Zusammenhang mit einer Transgender-Identität. Diskriminierende Inhalte von psychologischen Theorien und Diagnosekriterien werden von Interviewten also nur hinsichtlich der Geschlechtsidentität, nicht aber hinsichtlich der sexuellen Orientierung thematisiert. Alle Interviewpartner_innen scheinen sich zusätzlich darüber bewusst zu sein, dass ihre Geschlechtsidentität mit den gängigen Geschlechtermodellen der Psychologie in Konflikt steht. Keine der Interviewten bezieht sich jedoch auf die Geschichte der Pathologisierung von Homosexualität in der Psychologie und Psychotherapie.

In manchen Schilderungen findet sich auch eine Überschneidung zwischen Diskriminierung aufgrund einer queeren Orientierung und (indirekter) Diskriminierung in Bezug auf eine Transgender-Identität. So stößt eine queere Orientierung manchmal auf implizite oder explizite Ablehnung, wenn sich die Klient_in mit einer Trans-Person in einer Beziehung befindet oder sich in eine solche verliebt hat („*das war für meinen Therapeuten [...] der Overkill*“ (Alina, 82)).

Wie schon im Wortlaut deutlich wird, bezieht sich die Unterkategorie „Nicht-Wahrnehmen einer möglichen nicht-heterosexuellen Orientierung der Klient_in“ ausschließlich auf die sexuelle Orientierung. Die Unterkategorie „Reduzieren der Klient_in auf geschlechtliche Attribute“ beschränkt sich auf geschlechtliche Merkmale. Zu beiden Unterkategorien äußert

²⁷ Überlegungen zu der verworfenen Kategorie „Ablehnen der Pronomenwahl“ mache ich durch die Darstellung des Memos „Pronomen und meine Rolle als Interviewerin“ im Anhang transparent.

sich jeweils nur eine Klient_in, daher deute ich die Beschränkung dieser Unterkategorie auf entweder sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität als Resultat des kleinen Samples.

6.2 Geltungsbeschränkungen

6.2.1 Der Einfluss von Stichprobenmerkmalen auf die Ergebnisse

Alle Teilnehmer_innen der Untersuchung wurden über Aushänge und Aufrufe gewonnen, stellten sich also freiwillig einem Interview zur Verfügung. Dadurch entstehen in zweierlei Hinsicht Selektionseffekte: Einmal war es mir nicht möglich, Menschen zu befragen, die nicht über ihre Therapieerfahrungen sprechen wollten oder zu starke Hemmungen hatten dies zu tun. Zum anderen kann davon ausgegangen werden, dass sich Menschen, die ihre sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität nicht im Zusammenhang mit ihren Therapieerfahrungen sehen, von dem Anzeigetext nicht angesprochen fühlten und daher keinen Kontakt zu mir aufnahmen.

Fünf der Interviewten sind Teil einer queeren, queer-feministischen oder Transgender-Szene. Dies wurde oft schon in der Kontaktaufnahme deutlich. In den Interviews benutzen sie bestimmte Szenebegriffe oder beziehen sich auf Literatur und Theorien aus den Bereichen Feminismus, Gender Studies und Queer Theory.²⁸ Letzteres geschieht zum Beispiel im Zusammenhang mit Äußerungen über das eigene Selbstverständnis sowie Erleben und Deutungen von Interaktionen mit der Therapeut_in. Zuerst war ich besorgt, dass durch die Bezugnahme auf Theorien, das vielfache Verwenden von Szene- und Fachvokabular und die Interpretationsgeladenheit von manchen Erzählungen eine gewisse „Ursprünglichkeit“ der festgehaltenen Äußerungen verloren gehen könnte. Dies mag an manchen Stellen auch der Fall sein, dennoch spiegelt die theoretische und politische Verordnung einen Teil des sexuellen und geschlechtlichen Selbstverständnisses dieser Interviewteiler_innen wider und ist somit wichtiger Bestandteil des Forschungsgegenstandes. Letztlich scheinen der feministische oder gender-theoretische Hintergrund, zum Beispiel die Konstruiertheit von Geschlecht, und die eigene Lebensrealität als zum Beispiel Transgender eng miteinander verwoben zu sein.

6.2.2 Meine Rolle im Kontakt mit den Interviewpartner_innen

Auch ich verortete mich vor meinen Interviewpartner_innen meist explizit als queer-feministisch oder war in meinen E-Mails und durch meine Ausdrucksweise beim persönlichen

²⁸ Ein Beispiel für das Verwenden von Szenebegriffen ist Leonies Verwenden des Ausdrucks „Cis-Männer“ (Leonie, 38). Richi spricht von dem „binären System“ (Richi, 257-258) und bezieht sich im Interview auf die Gender-Theoretikerin „Judith Butler“ (Richi, 353-354), Timo zitiert im Zusammenhang mit seinem eigenen sexuellen Selbstverständnis die Feministin „Monique Wittig“ (Timo, 44).

Treffen als Szene- und Gender-Theorie-Erfahrene erkennbar.²⁹ Bei Nachfragen schilderte ich außerdem mein Forschungsinteresse und meinen persönlichen Bezug zum Thema. Auch im Aufruf ist meines Erachtens eine gewisse theoretische Position zu Geschlechterfragen ablesbar. Diese Positionierung eröffnete mir einen guten Zugang zu meinem Feld und erleichterte die Kontaktaufnahme. Im Interview sie meines Erachtens trug sie zu einer vertrauensvollen Atmosphäre bei und förderte die Selbstöffnung der Interviewpartner_innen.

Ein gemeinsamer Erfahrungshintergrund kann jedoch auch dazu führen, dass bestimmte Inhalte und Szene- oder Fachbegriffe von den interviewten Personen nicht mehr expliziert werden, da sie als bekannt vorausgesetzt werden (Helfferich, 2009, S. 119 ff.). Um diesem Problem vorzubeugen, bemühte ich mich, im Interview die subjektive Bedeutung dieser Begriffe zu erfragen: „IP: [...] *ich werde manchmal pansexuell genannt (lacht).* [...] / I: *Ich glaub es ist ganz gut wenn du nochmal sagst was für dich beziehungsweise für die, die das benennen, pansexuell ist*“ (Leonie, 25-30).

Es ist zusätzlich denkbar, dass der gemeinsame Hintergrund von Interviewerin und Interviewpartner_in bestimmte Positionen und Aussagen im Interview unterdrückt, da sich beide in einem bestimmten diskursiven Feld bewegen und sich diesem Feld zu Beginn des Interviews oder schon bei der Kontaktaufnahme zuvor verpflichten. Inhalte, die nicht szenekonform sind oder nicht bestimmten theoretischen Grundannahmen, wie der Konstruiertheit von Geschlecht, entsprechen, könnten daher von meinen Interviewpartner_innen zurückgehalten oder bei Erwähnung von mir als Interviewerin überhört und nicht weiter exploriert worden sein.

Vor den Interviews befürchtete ich außerdem, dass ich von Transgendern nicht als Person mit ähnlichem Erfahrungshintergrund wahrgenommen werden würde und sich dies negativ auf die Atmosphäre und die Offenheit der Interviewpartner_in in der Interviewsituation auswirken könnte. Diese Befürchtung sehe ich nach den Interviews nicht bestätigt. Im Interview mit Michael hatte ich allerdings das Gefühl, dass mein nur theoretisches Wissen über den Therapie- und Angleichungsprozess bei Menschen mit der Diagnose „Transsexualismus“ meine Fähigkeit, die „richtigen“ Fragen zu stellen, beeinträchtigte.

6.2.3 Die Reichweite der Ergebnisse

Eine grundsätzliche Schwierigkeit besteht darin, dass bei sechs Fällen nur bedingt Aussagen über eine Generalisierbarkeit gemacht werden können. Daher sollen hier nur einige Gültigkeitsbeschränkungen der Ergebnisse benannt werden, die sich aus der Zusammensetzung der

²⁹ In E-Mails verwendete ich zum Beispiel den Gender Gap oder schlug eine szenebekannten Infoladen als Interviewort vor. Beim Treffen verwendete ich bestimmte gender-theoretische Begriffe und benutzte gender-sensible Sprache (zum Beispiel durch ein Sprechen des Gender Gaps).

Stichprobe und dem Vergleich der Inhalte aus Michaels Interview mit denen der anderen Interviews ergeben.

Betrachtet man die demographischen Daten der Interviewteilnehmer_innen, fällt auf, dass ein relativ hoher Bildungsstand vorliegt und alle Befragten in Großstädten oder Metropolen in Deutschland leben. Die Ergebnisse sind also auf die entsprechenden Personengruppen beschränkt. Auch berichten alle, außer Michael, ausschließlich von Psychoanalysen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien. Eine Aussage über Erfahrungen von Queers und Transgendern in Verhaltenstherapien kann hier also nicht getroffen werden.

Die Aussagen von Michael legen nahe, dass die Ergebnisse zu Therapieerfahrungen von Queers und Transgendern nicht ohne weiteres auf die von Menschen mit der Diagnose „Transsexualismus“ übertragen werden können. Michael berichtet, dass bei ihm eine Störung der Geschlechtsidentität diagnostiziert wurde und er eine drei Jahre lange Therapie machen muss, um die gewünschten hormonellen, chirurgischen und juristischen Änderungen zu erhalten. Damit verweist er auf eine Reihe von strukturellen Zwängen und Pathologisierungen, von denen Queers und Transgender ohne das Anliegen nach einer offiziellen Geschlechtsangleichung nicht betroffen sind. Auch in Bezug auf die Berichte über positiv empfundenes Therapeut_innenverhalten unterscheiden sich Michaels Erzählungen von denen der anderen Interviewpartner_innen. Letztlich muss allerdings eingeräumt werden, dass sich Michaels Fall nur bedingt als Kontrastfall eignet, da sich Michael nicht nur in seiner Geschlechtsidentität und den Rahmenbedingungen seiner Therapie, sondern auch im Bildungshintergrund und der Schwere der psychischen und zwischenmenschlichen Beeinträchtigung von den anderen Interviewten unterscheidet.

6.3 Implikationen für Forschung und Praxis

Die Ergebnisse dieser Untersuchung geben erste Anhaltspunkte für die Psychotherapieerfahrungen von Queers und Transgendern und legen nahe, dass Queers und Transgender einer Reihe unterschiedlicher Formen von Diskriminierung durch ihre Therapeut_innen erleben. Über die Häufigkeit und Verteilung unterschiedlicher Formen von Diskriminierung bei Queers und Transgendern kann in einer Studie mit einem so kleinen Sample jedoch keine Aussage getroffen werden. Hierfür würde sich ein Fragebogen eignen, welcher die hier herausgearbeiteten Formen von Diskriminierung bei einer großen Anzahl von Queers und Transgendern erfragen kann. Mit einem solchen Fragebogen ließen sich nicht nur die Diskriminierungskategorien weiter bestätigen oder verwerfen, es könnten auch Hypothesen getestet werden, die sich aus den dargestellten Ergebnissen ableiten lassen. Getestet werden

könnte zum Beispiel die Hypothese, dass Diskriminierung aufgrund einer Transgender-Identität im therapeutischen Setting häufiger vorkommt als Diskriminierung aufgrund einer queeren Orientierung. Außerdem ließe sich untersuchen, ob sich das Ergebnis, dass strukturelle Diskriminierung in der Psychotherapie vor allem im Zusammenhang mit einer Transgender-Identität vorkommt, auch bei einer großen Anzahl von Probanden bestätigen lässt. Ein Fragebogen könnte zudem einen Fokus auf das Zuschreiben von Stereotypen und die dauerhaften Einordnungsschwierigkeiten der Therapeut_in legen, da diese besonderen Probleme einer queeren oder Transgender-Identifikation zu sein scheinen. Dabei wäre vor allem interessant, unter welchen Bedingungen dauerhafte Einordnungsschwierigkeiten zustande kommen und wie ihnen entgegengewirkt werden kann.

Die Folgen des diskriminierenden Verhaltens der Therapeut_in wurden in dieser Studie nur ansatzweise dargestellt, um ein komplexeres Verständnis für das Erleben der Klient_innen zu erhalten. Es wird deutlich, dass von einer großen Bandbreite negativer Konsequenzen berichtet wird, die von einem kurzen emotionalen Ausdruck bis hin zum sofortigen Therapieabbruch reicht. Um Aussagen über das Ausmaß und die Häufigkeit bestimmter negativer Konsequenzen treffen zu können würde sich ebenfalls ein quantitatives Design eignen. Hierbei wären insbesondere die von den Klient_innen erlebten Konsequenzen des diskriminierenden Verhaltens in Bezug auf die Therapie zu untersuchen: Die Folgen für die therapeutische Beziehung, die erlebte Effektivität der Therapie und die langfristige Bewertung von Therapie im Allgemeinen.

Für eine weitere qualitative Untersuchung möchte ich das Wirken der unterschiedlichen theoretischen Bezüge von Klient_in und Therapeut_in, welches sich in meiner Arbeit andeutet, in den Fokus rücken. So wäre es meines Erachtens interessant durch weitere Interviews mit Klient_innen, aber auch durch Befragung von Therapeut_innen folgende Frage zu untersuchen: Wie wirkt sich die Bezugnahmen auf unterschiedliche theoretische Konzeptionen von Geschlecht und Sexualität auf die Interaktion zwischen Therapeut_in und Klient_in aus? Forschungsgegenstand wäre hier also, um mit den Worten Alinas zu sprechen, die „*unterschiedliche Auffassung von Geschlechtlichkeiten*“ (Alina, 172) und Sexualität im therapeutischen Setting.

Implikationen für die Praxis ergeben sich durch die Erkenntnis, dass sich die Diskriminierungserfahrungen und Wünsche von Queers und Transgendern hinsichtlich ihrer Therapie nicht einfach mit denen von LSB-Klient_innen gleichsetzen lassen. So äußern meine Interviewpartner_innen vermehrt den Wunsch nach einem größeren Fachwissen der Therapeut_innen über queere oder transgender Lebensweisen und einen annehmenden Umgang,

nicht nur mit einer homosexuellen Orientierung, sondern auch in Bezug auf eine Transgender-Identität, eine queere Orientierung oder nicht-monogame Beziehungsformen. Einem solchen Wunsch könnte begegnet werden, indem Richtlinien für LSB-Klient_innen unter Berücksichtigung der spezifischen Erfahrungen von Queers und Transgendern auf queere und transgender Klient_innen erweitert werden. In Hinblick auf die Wünsche und Strategien bei der Therapeut_innensuche der Interviewpartner_innen scheint es sinnvoll existierende Therapeut_innen-Listen um Informationen hinsichtlich einer Erfahrung mit, Wissen über oder Offenheit für Transgender zu erweitern oder neue Listen mit entsprechenden Inhalten zu erstellen.

Literaturverzeichnis

- APA - American Psychological Association (2011). *Guidelines for Psychological Practice with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. Verfügbar unter:
<http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx> [27.01.2012].
- Asendorpf, J. B. (2007). *Psychologie der Persönlichkeit* (4., aktualisierte und erweiterte Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bartlett, A., King, M., & Phillips, P. (2001). Straight talking: an investigation of the attitudes and practice of psychoanalysts and psychotherapists in relation to gays and lesbians. *The British Journal of Psychiatry*, 179(6), 545–549.
- Bieschke, K. J., Parrish, P., & Blasko, K. (2007). Review of Empirical Research Fokused on the Experience of Lesbian, Gay, and Bisexual Clients in Counseling and Psychotherapy. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Hrsg.), *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Clients* (2. Aufl., S. 293–315). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bieschke, K. J., Perez, R. M., & DeBord, K. A. (Hrsg.). (2007). *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Clients* (2. Aufl.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bischof-Köhler, D. (2011). *Von Natur aus anders: Die Psychologie der Geschlechtsunterschiede* (4., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Breedlove, S. M., Watson, N. V., & Rosenzweig, M. R. (2010). *Biological Psychology: An Introduction to Behavioral, Cognitive, and Clinical Neuroscience* (6. Aufl.). Sunderland, Mass.: Sinauer.
- Butler, J. (1991). *Das Unbehagen der Geschlechter* (15. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Butler, J. (1995). *Körper von Gewicht: Die diskursiven Grenzen des Geschlechts*. Berlin: Berlin.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: Sage.
- Charmaz, K. (2011). Den Standpunkt verändern: Methoden der konstruktivistischen Grounded Theory. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (2., aktualisierte und erweiterte Aufl., S. 181–205). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- DeAngelis, T. (2002). A new generation of issues for LGBT clients. *Monitor on Psychology*, 33(2). Verfügbar unter: <http://www.apa.org/monitor/feb02/generation.aspx> [10.01.2011].
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (8., überarbeitete Aufl.). Huber, Bern.
- Dorland, J. M., & Fischer, A. R. (2001). Gay, Lesbian, and Bisexual Individuals' Perceptions: An Analogue Study. *The Counseling Psychologist*, 29(4), 532–547.
- Dresing, T., & Pehl, T. (2011). *Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen* (3. Aufl.). Verfügbar unter: www.audiotranskription.de/praxisbuch [03.01.2012].
- Ebeling, S. (2006). De/Konstruktion von Geschlecht und Sexualität. In S. Ebeling & S. Schmitz (Hrsg.), *Geschlechterforschung und Naturwissenschaften: Einführung in ein komplexes Wechselspiel* (S. 281–296). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fassinger, R., & Arseneau, J. (2007). „I'd Rather Get Wet Than Be Under That Umbrella“: Differentiating the Experiences and Identities of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Hrsg.), *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Clients* (2. Aufl., S. 19–49). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fausto-Sterling, A. (2000). *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*. New York, NY: Basic Books.
- Fiedler, P. (2004). *Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung: Heterosexualität - Homosexualität - Transgenderismus und Paraphilien - sexueller Mißbrauch - sexuelle Gewalt*. Weinheim: Beltz.
- Flick, U. (2000). Konstruktivismus. In U. Flick, E. von Kardoff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: ein Handbuch* (S. 150–164). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Flick, U. (2009). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (4. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Franzen, J., & Beger, N. J. (2002). „Zwischen die Stühle gefallen“ Ein Gespräch über queere Kritik und gelebte Geschlechterentwürfe. In polymorph (Hrsg.), *(K)ein Geschlecht oder viele?: Transgender in politischer Perspektive* (S. 53–68). Berlin: Querverlag.

- Frommer, J., & Lange, J. (2010). Psychotherapieforschung. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 776–782). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2010). *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Hartmann, J., & Klesse, C. (2007). Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht – eine Einführung. In J. Hartmann, C. Klesse, P. Wagenknecht, B. Fritzsche, & K. Hackmann (Hrsg.), *Heteronormativität: Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hartmann, J., Klesse, C., Wagenknecht, P., Fritzsche, B., & Hackmann, K. (2007). *Heteronormativität: Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helffferich, C. (2009). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hunt, B., Matthews, C., Milsom, A., & Lammel, J. A. (2006). Lesbians With Physical Disabilities: A Qualitative Study of Their Experiences With Counseling. *Journal of Counseling & Development*, 84(2), 163–173.
- Jonas, K., Stroebe, W., & Hewstone, M. (Hrsg.). (2007). *Sozialpsychologie: Eine Einführung* (5., vollständig überarbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Jones, M. A., & Gabriel, M. A. (1999). Utilization of psychotherapy by lesbians, gay men, and bisexuals: Findings from a nationwide survey. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(2), 209–219.
- Kitch, S. L. (2007). Feminist Interdisciplinary Approaches to Knowledge Building. In S. N. Hesse-Biber (Hrsg.), *Handbook of Feminist Research: Theory and Praxis* (S. 123–139). Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Kong, T., Mahoney, D., & Plummer, K. (2002). Queering the Interview. In J. F. Gubrium & J. A. Holstein (Hrsg.), *Handbook of Interview Research: Context and Method* (S. 239–258). Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Laqueur, T. (1992). *Auf den Leib geschrieben: Die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud*. Frankfurt am Main: Campus.
- Mair, D., & Izzard, S. (2001). Grasping the nettle: gay men's experiences in therapy. *Psychodynamic Counselling*, 7(4), 475–490.

- McDevitt, J. & Williamson, J. (2002). Hate Crimes: Gewalt gegen Schwule, Lesben, bisexuelle und transsexuelle Opfer. In W. Heitmeyer & J. Hagan (Hrsg.), *Internationales Handbuch der Gewaltforschung* (S. 1000-1019). Wiesbaden: Westdeutscher.
- Mitchell, M., & Howarth, C. (2009). *Trans Research Review* (No. 27). Manchester: Equality and Human Rights Commission. Verfügbar unter: <http://www.equalityhumanrights.com/key-projects/trans-inequalities-reviewed/> [10.01.2012].
- Nadal, K. L. , Rivera, D. P. , & Corpus, M. J. H. (2010). Sexual Orientation and Transgender Microaggressions: Implications for Mental Health and Counseling. In D. W. Sue (Hrsg.), *Microaggressions and Marginality: Manifestation, Dynamics, and Impact* (S. 217–240). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (S. 307-390). New York: Wiley.
- Peters, U. H. (2007). *Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie* (6. Aufl.). München: Urban & Fischer/Elsevier GmbH.
- polymorph. (2002). *(K)ein Geschlecht oder viele?: Transgender in politischer Perspektive*. Berlin: Querverlag.
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative Research in Counseling Psychology: A Primer on Research Paradigms and Philosophy of Science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136.
- Rauchfleisch, U. (2009). *Transsexualität - Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie* (2. veränderte Aufl.). 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.
- Regh, A. (2002). Transgender in Deutschland zwischen Transsexuellen- Selbsthilfe und Kritik an der Zweigeschlechterordnung Quo Vadis, Trans(wasauchimmer)? In polymorph (Hrsg.), *(K)ein Geschlecht oder viele?: Transgender in politischer Perspektive* (S. 185–203). Berlin: Querverlag.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., & Zaudig, M. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. (DSM-IV-TR): Textrevision* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Saulnier, C. F. (2002). Deciding Who to See: Lesbians Discuss Their Preferences in Health and Mental Health Care Providers. *Social Work*, 47(4), 355–365.

- Schmitz, S. (2006). Geschlechtergrenzen. Geschlechtsentwicklung, Intersex und Transsex im Spannungsfeld zwischen biologischer Determination und kultureller Konstruktion. In S. Ebeling & S. Schmitz (Hrsg.), *Geschlechterforschung und Naturwissenschaften: Einführung in ein komplexes Wechselspiel* (S. 33-56). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schneider, L. (2003). *Lesbische Frauen in der Psychotherapie. Hintergründe, Umfrageergebnisse und Empfehlungen*. Kiel: donna klara e.V.
- Schneider, L. (2006). Lesbische Frauen in der Psychotherapie: Historische Hintergründe und Empfehlungen für die therapeutische Arbeit. *Psychotherapeutenjournal*, (4).
- Shelton, K., & Delgado-Romero, E. A. (2011). Sexual orientation microaggressions: The experience of lesbian, gay, bisexual, and queer clients in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 210–221.
- Sigusch, V. (1995). *Geschlechtswechsel*. Hamburg: Rotbuch.
- Statistisches Bundesamt (2011). Bildungsstand der Bevölkerung 2011. Vefügar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Bildungsstand/BildungsstandBevoelkerung.html?nn=71590> [20.02.2012].
- Steffens, M. C., & Thompson, E. M. (2006). Verrückte–Perverse–Kranke–Unsichtbare: Der historische Blick. In U. Biechele, P. Hammelstein, & T. Heinrich (Hrsg.), *anders verrückt?!. Lesben und Schwule in der Psychiatrie Jahrbuch Lesben - Schwule - Psychologie 2006*. Lengerich: Pabst.
- Steffens, M., & Wagner, C. (2009). Diskriminierung von Lesben, Schwulen und Bisexuellen. In A. Beelmann & K. J. Jonas (Hrsg.), *Diskriminierung und Toleranz: Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven* (S. 241–262). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Stein-Hilbers, M., Holzbecher, M., Klodwig, B., Kroder, U., Soine, S., Goldammer, A. & Nock, I. (1999). *Gewalt gegen lesbische Frauen: Studie über Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen*. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Steinke, I. (2000). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardoff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: ein Handbuch* (S. 150–164). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Sue, D. W. (2010a). *Microaggressions in Everyday Life: Race, Gender, and Sexual Orientation*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.

- Sue, D. W. (2010b). *Microaggressions and Marginality: Manifestation, Dynamics, and Impact*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Warner, M. (1993). *Fear Of A Queer Planet: Queer Politics and Social Theory*. Minneapolis, Minn.: University of Minnesota Press.
- Whittle, S., Turner, L., Combs, R., & Rhodes, S. (2008). *Transgender Euro Study: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care*. Brüssel: International Lesbian and Gay Association Europe. Verfügbar unter: http://ilga-europe.org/home/publications/reports_and_other_materials/%28offset%29/15 [10.01.2012].
- Wiesendanger, K. (2002). Wo liegt das Problem? Heterosexismus, Homophobie und internalisierte Homophobie. In U. Rauchfleisch, J. Frossard, G. Waser, K. Wiesendanger, & W. Roth (Hrsg.), *Gleich und doch anders: Psychotherapie und Beratung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und ihren Angehörigen* (S. 53–69). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Winter, R. (2010). Sozialer Konstruktivismus. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 123–135). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Witzel, A. (1989). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (2. Aufl.). Heidelberg: Asanger.
- Witzel, Andreas (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(1), Art. 22. Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/1132/2519> [06.02.2010].
- Wolf, G. (2006). Diskriminierungen und Gewalt gegen Lesben, Schwule und Bisexuelle im medizinischen und psychotherapeutischen Setting. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, (3), 591–601.
- Wolf, G. (2011). *Konversionsbehandlungen*. Verfügbar unter: <http://www.vlsp.de/wissenschaft/konversionsversuche> [10.01.2012].

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Wünsche an die Therapeut_in.....	31
Abbildung 2: Berichtete negative Folgen der Diskriminierungserfahrung.....	43

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Die Interviewpartner_innen: personen- und therapiebezogene Daten.....	29
---	----

Anhang

Inhaltsverzeichnis.....	3
1 Einleitung.....	1
2 Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1 Sexuelle Orientierung, Geschlecht und ihre Ausprägungen.....	3
2.1.1 Sexuelle Orientierung und Geschlecht in der Psychologie.....	3
2.1.2 Kritik an gängigen Konzepten von Geschlecht und Sexualität.....	5
2.1.3 Ein Leben zwischen den Kategorien: Queer und Transgender.....	6
2.2 Die Ordnung der Kategorien: Heteronormativität und Diskriminierung.....	7
2.2.1 Heteronormativität.....	7
2.2.2 Diskriminierung.....	8
2.3 LSBQT-Menschen und Psychotherapie.....	9
2.3.1 Lesben, Schwule und Bisexuelle in der Psychotherapie: Historischer Hintergrund und institutioneller Kontext.....	9
2.3.2 Empirischer Forschungsstand zu LSB(Q)-Menschen in der Psychotherapie.....	10
2.3.3 Transsexualität und Transsexuelle in der Psychotherapie.....	13
3 Resümee und Ableitung der Forschungsfragen.....	16
4 Methoden.....	17
4.1 Forschungsansatz.....	17
4.2 Datenerhebung.....	17
4.2.1 Konstruktion des Interviewleitfadens.....	18
4.2.2 Feldzugang.....	18
4.2.3 Durchführung der Interviews	20
4.3 Transkription und Fallübersichten.....	21
4.4 Datenauswertung.....	21
4.5 Gütekriterien.....	23
4.6 Forschungsbezogene Selbstreflexion.....	24
5 Ergebnisse.....	26
	79

5.1 Beschreibung der Interviewpartner_innen.....	26
5.2 Kriterien für die Auswahl einer passenden Therapeut_in.....	30
5.2.1 Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität der Therapeut_in.....	31
5.2.2 Offenheit, Wissen und Erfahrung der Therapeut_in im Zusammenhang mit Transgendern	35
5.3 Positives Verhalten der Therapeut_in aus Sicht der Klient_in.....	36
5.3.1 Annehmen der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität.....	36
5.3.2 Positiv erlebtes Thematisieren der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität.....	37
5.3.3 Ansprechen von für LSBQT-Menschen spezifische Themen.....	39
5.3.4 Lernbereitschaft der Therapeut_in in Bezug auf diskriminierendes Verhalten.....	40
5.4 Diskriminierendes Verhalten der Therapeut_in aus Sicht der Klient_in.....	42
5.4.1 Pathologisierende Aussagen der Therapeut_in.....	44
5.4.2 Übermäßiges Fokussieren auf die sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität.....	48
5.4.3 Unterthematieren der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität.....	51
5.4.4 Zuschreiben unzutreffender sexueller oder geschlechtlicher Stereotypen.....	54
5.4.5 Abwerten alternativer Beziehungsformen.....	56
5.5 Therapie mit der Diagnose „Transsexualismus“.....	58
6 Diskussion.....	62
6.1 Antworten auf die Forschungsfragen und Einordnen der Ergebnisse in die Literatur	62
6.2 Geltungsbeschränkungen	67
6.2.1 Der Einfluss von Stichprobenmerkmalen auf die Ergebnisse.....	67
6.2.2 Meine Rolle im Kontakt mit den Interviewpartner_innen.....	67
6.2.3 Die Reichweite der Ergebnisse.....	68
6.3 Implikationen für Forschung und Praxis.....	69
Literaturverzeichnis.....	72
Abbildungsverzeichnis.....	78
Tabellenverzeichnis.....	78
Anhang.....	79
Anwerben der Interviewpartner_innen: Aushang.....	82

Datenschutzvereinbarung	83
Interviewleitfaden.....	84
Kurzfragebogen.....	86
Informationen und Kontakte für Interviewpartner_innen.....	88
Transkriptionslegende.....	90
Eidesstattliche Erklärung.....	91

Anwerben der Interviewpartner_innen: Aushang

Bezeichnest du dich selbst als Queer oder als Transgender?

Empfindest du Geschlecht und/oder Sexualität nicht als starre gegebene Kategorien, sondern als flexibel...?

Hast du persönlich Erfahrungen mit ambulanter Psychotherapie gemacht und kannst dir vorstellen in einem Gespräch darüber zu berichten?

Da es zu dem Thema (zumindest in Deutschland) noch keine Studien gibt, möchte ich mich in meiner **Diplomarbeit mit den Psychotherapie-Erfahrungen von Queers und Transgendern** beschäftigen. Dabei interessiert mich vor allem, welche Erfahrungen ihr mit der Psychotherapeut_in und in der therapeutischen Situation gemacht habt – v.a. in Hinsicht auf euer sexuelles und/oder geschlechtliches Selbstverständnis.

Teilnehmen können Menschen

....über 18, die sich selbst als Queer und/oder Transgender bezeichnen und

...eine oder mehrere ambulante Einzeltherapien gemacht haben und sich gut an diese erinnern können.

Der Gesprächsort wird individuell vereinbart, das Gespräch wird mit mir stattfinden und 1-2 Stunden dauern.

Das Gespräch wird auf Audioband aufgenommen und danach verschriftlicht. Die Daten werden streng vertraulich behandelt und anonymisiert.

Bei Interesse oder Fragen melden bei:

Anne Steinbrück, Tel.: 0176 20748942 oder E-Mail: AnneS.23<at>web.de

Datenschutzvereinbarung

Die Teilnahme am Interview ist freiwillig. Das Interview kann von der Interviewpartner_in jederzeit abgebrochen werden.

Das Interview ist Teil der Diplomarbeit von Anne Steinbrück, Betreuer_innen sind Katharina Rothe, Universität Leipzig und Ulrich Klocke, Humbolt Universität zu Berlin.

Alle erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt und nur zum vereinbarten Zweck verwendet.

Das Interview wird für Auswertungszwecke mit einem Audiogerät aufgezeichnet. Von der Aufzeichnung wird ein schriftliches Protokoll angelegt. Namen und detaillierte Ortsangaben werden in dem Protokoll unkenntlich gemacht.

Auszüge aus dem anonymisierten Protokoll können für den Forschungsbericht und für daraus hervorgehende Veröffentlichungen genutzt und zitiert werden.

Die Audioaufnahme wird von der Diplomandin sicher aufbewahrt und nach Abschluss der Untersuchung gelöscht.

Die Interviewpartner_in erklärt sich mit der Tonbandaufnahme und der wissenschaftlichen Auswertung des Interviews einverstanden.

.....
Ort und Datum

Ort und Datum

.....
Interviewpartner_in

Interviewerin

Interviewleitfaden

Einleitung:

Gibt es noch Fragen zum Forschungsvorhaben oder zu meiner Person?

Erklärung Interviewablauf (Gesprächsscharakter und kein Fragenkatalog, Dauer ungefähr eine Stunde, Abbruch jeder Zeit möglich)

Aufnahmetechnik erklären

Datenschutzvereinbarung

Interview:

Einführung ins Thema:

In meiner Diplomarbeit beschäftige ich mich mit den Therapieerfahrungen von Menschen, die sich als Queer oder Transgender bezeichnen oder die nicht in das heterosexuelle Schema oder in die Kategorien „Weiblich“ „Männlich“ passen bzw. passen wollen.

Dabei interessiert mich vor allem welche negativen und positiven oder auch ambivalenten Erfahrungen sie mit ihren Therapeut_innen und in der therapeutischen Situation gemacht haben – und die irgendwie im Zusammenhang mit dem eigenen sexuellen und/oder geschlechtlichen Selbstverständnis in Verbindung gebracht werden. Es soll jetzt also im Folgenden weniger um therapeutische Inhalte sogenannte „Krankheitsverläufe“ oder eventuelle Diagnosen gehen (ist natürlich auch okay, wenn es vorkommt).

0. Frage zum sexuellen und geschlechtlichen Selbstverständnis

Vielleicht fängst du einfach mal an ein paar Sätze zu deinem sexuellen und geschlechtlichen Selbstverständnis zu sagen.

Wie definierst du dich?

Was für eine Vorstellung hast du von sexueller Orientierung, Geschlechtsidentität?

Erzählanstoß – Therapiestart

Hat deine sexuelles und/oder geschlechtliches Selbstverständnis für dich beim Therapiebeginn eine Rolle gespielt? Wenn ja willst du da mal ein bisschen mehr erzählen?

Spielte dein Queer/Transgender sein eine Rolle bei deiner Therapeut_innensuche und deiner Wahl (Therapeut_in oder Verfahren)?

Vorwissen PT: Was wusstest du schon im Vorfeld über die Therapeut_in, die Psychotherapie oder über bestimmte Psychotherapieverfahren? Wo hast du dich informiert?

Therapievorgeschichte: Wie viele Therapien? Vorher schon welche gemacht? Probatorische Sitzungen?

Thematisierung in den ersten Sitzungen: Wie bist du mit deiner sexuellen Orientierung/ Geschlechtsidentität am Anfang der Therapie umgegangen? Wie ist deine Therapeut_in damit umgegangen? War es in den ersten Sitzungen Thema?

Erzählanstoß - Therapieerfahrungen

Was waren deine Erfahrungen in der Psychotherapie und mit der Psychotherapeut_in? Besonders interessieren mich hier deine positiven, ambivalenten oder negativen Erfahrungen die du mit deiner Psychotherapeutin gemacht hast und die du im Zusammenhang mit deinem sexuellen und/oder geschlechtlichen Selbstverständnis

siehst.

Thematisierung: Wer? Wie? Wie viel? Wieweit war es Thema?

Reaktion Therapeut_in: Wie ist es von der Therapeutin aufgenommen worden?

Gefühle und Gedanken: Wie war es für dich darüber zu reden?

Wie war es für die Therapeutin?

Therapeutische Beziehung: Wie hat es die therapeutische Beziehung beeinflusst?

Wichtigkeit/ Dominanz des Themas

Rahmenbedingungen der T.: Geschlechtsidentitätsstörung? Geschichte der Psychotherapie?

Soziales Umfeld: Welche Rolle spielt das soziale Umfeld, Freunde, Familie, Szene?

Probatorische Sitzungen: Du hast vorher von Erstgesprächen erzählt, wie war das da?

Erzählanstoß – Negative Erfahrungen

Du hast ja schon von ein paar eher negativen Erfahrungen berichtet. Kannst du da nochmal ein bisschen mehr dazu erzählen?

/ Kannst du eine **typische Situation** in der Psychotherapie beschreiben, die dir vielleicht besonders negativ in Erinnerung geblieben ist?

/Wie schaut es denn mit negativen Erfahrungen aus? Hast du auch eher negative (oder ambivalente) Erfahrungen in der Psychotherapie bezüglich deines sexuellen und/oder geschlechtlichen Selbstverständnisses gemacht?

Befürchtungen: Hattest du schon vor der Therapie befürchtet, dass es zu (solchen) Problemen kommen könnte?

Therapeut_innenverhalten: Was genau hat die Therapeut_in da gemacht/gesagt?

Offene oder unausgesprochene Konflikte: Wie wurde über diese Dinge geredet?

Thematisierung durch T.: Hat die Therapeutin das zum Thema gemacht?

Gefühle dabei: Wie war das für dich? Wie hast du dich dabei gefühlt?

Folgen: Was hatte das für dich für Folgen? Wie hat das dich und die Therapie beeinflusst?

Abschlussfrage(n)

Möglichkeit noch nicht angesprochene Aspekte zu erfragen/ offene Fragen zu klären.

Und nun noch eine letzte Frage von mir: Welche Wünsche oder Verbesserungsvorschläge hättest du an Psychotherapeut_innen?

Ende:

Gibt es noch etwas was du gerne erzählen möchtest?

Ansonsten vielen **Dank für die Teilnahme und die Offenheit!**

Wenn du noch **Fragen, Kritik oder Anregungen** hast, kannst du dich sehr gerne bei mir per E-Mail oder Telefon melden.

Gerne auch nochmal ein **Feedback** wie die Gesprächssituation für dich war, was zu kurz kam oder ob du etwas problematisch fandest.

Ansonsten kannst du jetzt noch kurz den **Kurzfragebogen** ausfüllen (auf eventuelle Wiederholung aufmerksam machen)

Hast du **Interesse an den Ergebnissen?** Dann E-Mail Adresse geben, ich schicke die Diplomarbeit gerne zu.

Eventuell **Adressliste** herausgeben (und kurze Erläuterung)

Nochmal bedanken und Verabschiedung!!!

Kurzfragebogen

Angaben zur Person

Geschlechtliches Selbstverständnis: _____

Sexuelle Orientierung/Sexuelles Selbstverständnis: _____

Alter: _____

Schulabschluss/ Ausbildung: _____

Beruf/ Tätigkeit: _____

Angaben zur Psychotherapie:

Bei mehreren Psychotherapien beschreiben Sie bitte diejenige, über die Sie im Interview hauptsächlich gesprochen haben.

Psychotherapieverfahren:

() Verhaltenstherapie

() Psychoanalyse

() Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

() Sonstige Zusatzverfahren: _____

Verlauf:

Therapiedauer in Monaten (wenn bekannt, Anzahl der Sitzungen): _____

Therapieende (Jahr): _____

Wurde die Therapie vorzeitig beendet: () Ja () Nein

Wenn Ja, wieso? _____

Psychotherapeut_in:

(vermutetes) Geschlecht: _____

(vermutete) sexuelle Orientierung: _____

Ausbildung: () Arzt/Ärztin () Psycholog_in () Sonstiges: _____

Wie kamen Sie zu diese_r Therapeut_in (z.B. Empfehlung durch Freund_innen oder

Beratungs-stellen, Internetrecherche...): _____

Wenn Sie im Interview über weitere Therapieerfahrungen gesprochen haben füllen sie bitte das Beiblatt zu weiteren Psychotherapien aus. Dies können Sie auch tun, wenn Sie über probatorische Sitzungen gesprochen haben, die nicht zu einer längerfristigen Psychotherapie führten.

Beiblatt zur Angabe zu weiteren Psychotherapien

Psychotherapieverfahren:

- ☐ Verhaltenstherapie
☐ Psychoanalyse
☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
☐ Sonstiges: _____

Verlauf:

Therapiedauer in Monaten (wenn bekannt, Anzahl der Sitzungen): _____

Therapieende (Jahr): _____

Wurde die Therapie vorzeitig beendet: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, wieso? _____

Psychotherapeut_in:

(vermutetes) Geschlecht: _____

(vermutete) sexuelle Orientierung: _____

Ausbildung: ☐ Arzt/Ärztin ☐ Psycholog_in ☐ Sonstiges: _____

Wie kamen Sie zu diese_r Therapeut_in (z.B. Empfehlung durch Freund_innen oder
Beratungs-stellen, Internetrecherche...): _____

Informationen und Kontakte für Interviewpartner_innen

Informationen und Kontakte

(Dies ist nicht als Empfehlung zu verstehen, sondern lediglich eine unvollständige Auflistung von Einrichtungen, Vereinen, Internetseiten und Gruppen die zu Trans, Queer und Therapie arbeiten)*

Lesbenberatung Berlin e.V.

*Beratungs- und Kommunikationszentrum für lesbische und bisexuelle Frauen und Mädchen und Trans*Menschen*

Kulmer Str. 20a

info@lesbenberatung-berlin.de

10783 Berlin

<http://www.lesbenberatung-berlin.de/>

Telefon: 030 - 215 20 00

Öffnungszeiten:

Montag, Mittwoch, Freitag 10 - 17 Uhr, Dienstag, Donnerstag 10 - 19 Uhr

Angebote (u.a.): Beratung, Paarberatung, Antidiskriminierungs- und Antigewaltberatung, Rechtsberatung, Workshops, Gruppen

Die Lesbenberatung verfügt über eine Liste mit lesbischen und lesbisch-freundlichen Therapeutinnen

Einrichtung ist rollstuhlgerecht

TransInterQueer e.V.

Beratungsangebot und Gruppen in den Bereichen Transgender, Intersex und Queer.

Glogauerstrasse 19

trique@transinterqueer.org

10999 Berlin

www.transinterqueer.org

Telefon: 030 - 6 16 75 29 16

Queer Leben

Beratung und Betreuung von queer lebenden und transidenten Menschen und ihren Angehörigen.

Glogauerstraße 19

mail@queer-leben.de

10999 Berlin

[http://www.schwulenberatungberlin.de](http://www.schwulenberatungberlin.de/queer-leben.php)

Telefon: 030 - 616 752 910

/queer-leben.php

BIP - Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin

Beratung, Begleitung und Information bei Beschwerden zur psychiatrischen Versorgung in Berlin. Für Nutzer_innen, Betroffene, Angehörige und Mitarbeiter_innen. Auch bei ambulanter Therapie.

Grunewaldstraße 82

info@psychiatrie-beschwerde.de

Tel: 030 - 789 500 360

www.psychiatrie-beschwerde.de

Die Räume sind barrierefrei zugänglich.

Öffnungszeiten:

Mo 10-14 Uhr

Di 14-18 Uhr (zweiwöchentlich 16-18 Uhr Rechtsberatung)

Mi 10-14 nur telefonische Beratung

Do 10-14 Uhr (12-14 Uhr mit Dolmetschern)

Internetseiten:

Transgender-Netzwerk Berlin: <http://www.tgnb.de/>

LesMigraS (*Lesbische/bisexuelle Migrant_innen und Schwarze Lesben und Trans*Menschen*) Antidiskriminierungs- und Antigewaltbereich der Lesbenberatung Berlin e.V.: <http://www.lesmigras.de/>

Informationsbüro für Psychotherapie und Alternativen: <http://www.psychotherapie-netzwerk.de/infobuero/patientenschutz/beschwerdestellen.htm> (*Achtung: Seite seit 2005 nicht mehr aktualisiert*)

Peter Lehmann Verlag, Informationen für Psychotherapiegeschädigte:

<http://www.antipsychiatrieverlag.de/info1/therapie.htm>

Transkriptionslegende

Symbol	Bedeutung
I	Interviewerin
IP	Interviewpartner_in
(...)	Kurze Pause
(PAUSE)	Lange Pause
(-)	Im Wort abgebrochen
<i>(lacht)</i> <i>(veränderter Tonfall)</i>	Charakterisierung einer nicht-sprachlichen Äußerung/Sprechweise, erläuternder Kommentar
<u>Immer</u>	Auffällige Betonung
I: Warum war das/ /IP: Ich weiß nicht/ /I: für dich so?	Gleichzeitiges Sprechen / Unterbrechung mit genauer Kennzeichnung des Einsetzens
<i>(unv.)</i>	Unverständliche Äußerung, ggf. mit Nennung der Ursache
(?)	Wortlaut nicht klar verständlich
IP: Und da sag ich „Warum denn das?“.	Interviewpartner_in verwendet wörtliche Rede (meist durch veränderten Tonfall gekennzeichnet)

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe.
Direkt oder indirekt übernommene Inhalte aus den benutzten Quellen sind als solche kenntlich gemacht.
Diese Arbeit hat in der gegenwärtigen oder in einer anderen Fassung keiner Universität vorgelegen.

Berlin, 23.03.2012

Anne Steinbrück