

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Den psychotherapeutischen Raum gestalten: Erfahrungen nicht-heterosexueller
Personen in der Psychotherapie in Österreich

verfasst von | submitted by

Lena Jacob B.Sc.

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von | Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster Privatdoz.



Gefördert von der Hochschüler*innenschaft an der Universität Wien (Topf zur Förderung feministischer/queerer Arbeiten).

Inhaltsverzeichnis

Den psychotherapeutischen Raum gestalten: Erfahrungen nicht-heterosexueller Personen in der Psychotherapie in Österreich.....	5
Hilfreiche Gestaltung der Psychotherapie	6
Mikroaggressionen	9
Reaktionen auf Mikroaggressionen	10
Allgemeine Folgen von Mikroaggressionen.....	11
Subtile Diskriminierung im psychotherapeutischen Setting	12
Die vorliegende Arbeit.....	13
Methode.....	14
Verortung der eigenen Person.....	15
Stichprobe.....	15
Beschreibung der Daten.....	16
Problemzentriertes Interview.....	16
Inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse.....	18
Ergebnisse	20
Art und Weise der Thematisierung	21
Negative Situationen.....	22
Ängste vor Queerfeindlichkeit.....	31
Wünsche	34
Positive Situationen	39
Reaktionen der Klient*innen	44
Diskussion	54
Rahmenbedingungen der Thematisierung	55
Primäre und sekundäre Mikroaggressionen	55
Ängste vor Queerfeindlichkeit.....	59
Folgen von Mikroaggressionen	60
Implikationen für die Praxis	61
Limitationen.....	64
Fazit	65
Literaturverzeichnis.....	66
Abbildungsverzeichnis	73
Tabellenverzeichnis	74
Anhang A.....	75

Anhang B.....	76
Anhang C.....	77
Anhang D	78
Anhang E.....	79
Anhang F	82
Anhang G	87

Den psychotherapeutischen Raum gestalten: Erfahrungen nicht-heterosexueller Personen in der Psychotherapie in Österreich

Personen, die nicht heterosexuell sind, sowie solche, die sich nicht mit der Geschlechtsidentität identifizieren, die ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde, weisen im Vergleich zu heterosexuellen und cisgender Personen ein erhöhtes Risiko für psychische Gesundheitsprobleme auf. Dazu gehören unter anderem Depressionen (Mongelli et al., 2019), Substanzmissbrauch (Mongelli et al., 2019), Angststörungen (Yarns et al., 2016), posttraumatische Belastungsstörung (Marchi et al., 2023) und Suizidalität (Mongelli et al., 2019). Im *Minority Stress Modell* wird das erhöhte Gesundheitsrisiko der queeren¹ Population durch Feindseligkeit und Stressoren aus dem gesellschaftlichen Umfeld, welche von Stigma, Vorurteilen und Diskriminierung gegenüber marginalisierten Gruppen geprägt sind, erklärt (Meyer, 2003; Mongelli et al., 2019). Diese Umgebung entsteht durch *Heteronormativität*: die angenommene Überlegenheit und Normalität von Heterosexualität gegenüber allen anderen Formen der Sexualität (Bell, 2009; Semp, 2011). Dabei wird Heterosexualität als das Begehren zwischen zwei vermeintlich gegensätzlichen, klar voneinander trennbaren Geschlechtern konstruiert. Heteronormativität beschreibt dementsprechend nicht nur eine Norm der Sexualität, sondern besteht in der Annahme, dass Gender, biologisches binäres Geschlecht² und Sexualität eng miteinander verknüpft sind (Butler, 2002). Wird also ein Baby mit einer Vulva geboren, wird davon ausgegangen, dass dieses Baby als Frau aufwachsen wird, sich wie eine Frau verhalten wird und ein sexuelles Begehren nach Männern hat. Die heteronormative Matrix schließt also nicht nur das sexuelle Begehren ein, sondern umfasst eine bestimmte Lebensweise, die Monogamie, Heirat und Geschlechterstereotype beinhaltet (Bell, 2009). Diese Überzeugungen strukturieren das gesellschaftliche Zusammenleben und die meisten Bereiche des Lebens. Jede Abweichung von diesen Normen wird zum „verworfenen ‘Außen‘“ (Wagenknecht, 2007, S. 20) und somit gesellschaftlich sanktioniert (Wagenknecht, 2007). Im Aufwachsen in einer heteronormativen Welt kann es queeren Personen passieren, dass sie das „falsche Ich“ bejahen, weil sie keine queeren Vorbilder haben und binäre heteronormative Erwartungen von der Gesellschaft gespiegelt werden (Fraser,

¹ Queer wird in dieser Arbeit als Schirmbegriff für alle Menschen der LGBTQI*-Community verwendet (Queer-Lexikon, o.D.). Er schließt also sowohl Menschen ein, deren sexuelle Orientierung nicht heterosexuell ist als auch Menschen, die sich nicht mit der Geschlechtsidentität identifizieren, die ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde.

² Butler (2002) kritisiert ebenfalls die Vorstellung von biologischem Geschlecht als stabile, natürliche Eigenschaft und stellt die Frage auf: „And what is “sex“ anyway? Is it natural, anatomical, chromosomal, or hormonal, and how is a feminist critic to assess the scientific discourses which purport to establish such “facts” for us?“ (2002, S. 10)

2009). Die queere Identität steht so automatisch im Konflikt mit der heteronormativen „Normalität“, wodurch internalisierte Queerfeindlichkeit gefördert werden kann.

Hilfreiche Gestaltung der Psychotherapie

Um der erhöhten Anfälligkeit queerer Personen für psychische Probleme zu begegnen und einen sicheren psychotherapeutischen Raum abseits von Heteronormativität zu schaffen, hat die American Psychological Association (APA, 2012) Leitlinien für die Psychotherapie mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient*innen erarbeitet. Diese sind gegliedert in sechs Bereiche: Einstellungen, Beziehungen und Familie, Diversität, arbeitsplatzrelevante Themen, Bildung und Ausbildung, sowie Forschung. In den ersten vier Teilen werden Psycholog*innen dazu aufgefordert, sich mit der Lebensrealität von lesbischen, schwulen und bisexuellen Personen auseinanderzusetzen, diese nachvollziehen zu können und die eigenen Einstellungen zu hinterfragen. In den verschiedenen Bereichen sollen Psycholog*innen spezifisches Wissen zu Stressoren und Erfahrungen sammeln, sowie eine intersektionale Perspektive einnehmen, die Erfahrungen nicht generalisiert. Die letzten beiden Bereiche beziehen sich auf die Produktion von Wissen und die Wissensweitergabe.

Es gibt bereits einige Studien, die sich damit auseinandersetzen, wie Psychotherapie mit queeren Personen gut gelingen kann. Die Ergebnisse decken sich teilweise mit den Empfehlungen der American Psychological Association. Sowohl Psychotherapeut*innen als auch Klient*innen beschrieben Situationen als hilfreich, in denen der*die Psychotherapeut*in sachkundig und affirmativ waren (Israel et al., 2008; Israel et al., 2008). Affirmative Praxis bedeutet die Selbstachtung und Resilienz queerer Klient*innen zu fördern, indem der Einfluss struktureller Diskriminierung anerkannt wird und die Stärken und Bewältigungsfähigkeiten der Klient*innen fokussiert werden (Craig et al., 2022). Affirmative Einstellungen werden verstärkt, wenn Psychotherapeut*innen sich mit ihren Privilegien und heteronormativen Annahmen auseinandersetzen. Affirmative Praxis hängt positiv mit einer stärkeren therapeutischen Beziehung zusammen (Alessi et al., 2019). Eine starke therapeutische Beziehung ist positiv mit einem höheren psychischen Wohlbefinden assoziiert. Sowohl Psychotherapeut*innen als auch Klient*innen verstehen die therapeutische Beziehung als relevanten Faktor der Psychotherapie. Die therapeutische Beziehung mediiert den Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Inklusivität der Psychotherapie mit der Zufriedenheit und dem wahrgenommenen Ergebnis der Psychotherapie (Davis et al., 2021). Sie hängt außerdem positiv mit der Bewertung der Psychotherapie als affirmativ und hilfreich zusammen (Kelley, 2015).

Die psychotherapeutische Praxis kann unter anderem durch *Mikroaffirmationen* bestätigend gestaltet werden (Anzani et al., 2019; Flanders et al., 2019). Das sind subtile Akte, die die Identität der Klient*innen anerkennen. Eine transgender Frau beschrieb in einer Studie, dass ihr*e Psychotherapeut*in ihre Akte bei den Frauen einsortiert hat und somit ihre Identität anerkannt hat (Anzani et al., 2019, S. 266). In Bezug auf bisexuelle Frauen wurden folgende Mikroaffirmationen identifiziert: Akzeptanz, soziale Unterstützung, Anerkennung von Bisexualität und Bifeindlichkeit sowie emotionale Unterstützung (Flanders et al., 2019).

Manche Personen haben den Wunsch nach Psychotherapeut*innen, die ebenfalls queer sind und geteilte Erfahrungen haben (Morris et al., 2022). Die Einstellungen hierzu sind allerdings sehr individuell und nicht eindeutig. Der Wunsch nach einer geteilten sexuellen Orientierung oder Erfahrung resultiert aus dem Bedürfnis heraus verstanden zu werden. Eine Interviewperson der Studie merkte allerdings kritisch an, dass ein*e Psychotherapeut*in ebenfalls queer sein kann, aber trotzdem ein*e schlechte*r Psychotherapeut*in sein kann und es keine Garantie für eine gute Psychotherapie ist. Das Wissen, dass der*die Psychotherapeut*in ebenfalls nicht heterosexuell ist, kann die *Zurückweisungssensitivität* (engl. *Rejection sensitivity*) verringern. Zurückweisungs-sensitivität beschreibt eine erhöhte Aufmerksamkeit für Hinweise, dass eine Person aufgrund der Identität zurückgewiesen wird (Baams et al., 2020). Das kann sich in der Angst vor Diskriminierung oder Zurückweisung, die auf ein Outing folgen könnte und in der Vergangenheit erlebt wurde, zeigen. In mehreren Studien gaben queere Personen an, dass sichtbare Hinweise für Queerfreundlichkeit auf den Webseiten der Psychotherapeut*innen oder in den Praxen hilfreich erlebt wurden und die Angst vor der Thematisierung der Sexualität verringern konnten (Bishop et al., 2022; Morris et al., 2022). Hierunter fallen unter anderem Hinweise zu spezifischen Weiterbildungen von Psychotherapeut*innen, Informationsbroschüren, Broschüren von Communitynetzwerken, inklusive Sprache auf Formularen, Pronomen am Namensschild und Flaggen. Bishop und Kolleg*innen (2022) verweisen darauf, dass durch sichtbare Hinweise auf Affirmation queerer Identitäten ein *Safe Space* hergestellt werden kann. Diese sichtbaren Zeichen zeigen auch, dass Personen an diesem Ort nicht nur auf ein Ausbleiben von Diskriminierung hoffen müssen, sondern aktiv willkommen geheißen und akzeptiert werden.

Neben sichtbaren Zeichen für die Akzeptanz nicht-heterosexueller Orientierungen und Lebensweisen wünschen sich Klient*innen auch, dass Psychotherapeut*innen über Wissen verfügen und Fortbildungen besuchen (Bishop et al., 2022; Bishop et al., 2022; Morris et al., 2022). Personen gaben in einer Studien an sich wohler gefühlt zu haben, Erfahrungen, die mit ihrer sexuellen Orientierung zusammenhängen, in der Psychotherapie zu besprechen, wenn

die Psychotherapeut*innen Wissen über Diskriminierung und Stressoren sowie nicht-traditionelle Familienstrukturen hatten (Bishop et al., 2022). Außerdem wurde betont, dass Psychotherapeut*innen Intersektionalität bedenken sollten und sich bewusst sein sollten, dass queere Personen sehr unterschiedliche Erfahrungen machen. Nicht-heterosexuelle Personen wünschen sich spezielle Anlaufstellen für queere Personen (Morris et al., 2022) und mehr Wissen seitens der Psychotherapeut*innen über Coming-out-Prozesse, internalisierte Queerfeindlichkeit, Bisexualität und Beziehungsformen abseits von Monogamie (Bishop et al., 2022). Queere Psychotherapeut*innen verweisen ebenfalls darauf, dass der soziale Kontext, Macht und Intersektionalität bedacht werden müssen, um in der Psychotherapie adäquat auf Stressoren queerer Klient*innen eingehen zu können (Hadjioannou et al., 2023). Außerdem teilten Psychotherapeut*innen in einer Studie mit, das Gefühl zu haben, zu wenig Wissensvermittlung und Training in Bezug auf die Psychotherapie mit queeren Personen gehabt zu haben (Carrington et al., 2023). Sie wünschten sich mehr Training der kulturellen Kompetenz, Wissensvermittlung und das Einladen von Expert*innen in der Ausbildung. Die drei Aspekte Wissen, affirmative Praxis und Bewusstsein für die eigenen Einstellungen und die gesellschaftliche Positionierung werden auch unter dem Konzept der kulturellen Kompetenz zusammengefasst, welche als eine Kernkompetenz für eine gute Psychotherapie mit marginalisierten Gruppen diskutiert wird (Bishop et al., 2022).

Diesen Ansätzen für eine erfolgreiche Psychotherapieerfahrung von queeren Klient*innen stehen dennoch weiterhin negative Einstellungen der Psychotherapeut*innen gegenüber (Barrett et al., 2002; Steffens et al., 2006). In den letzten 50 Jahren hat sich die Diskriminierung, mit der queere Personen konfrontiert sind, stark verändert (Steffens et al., 2006; Sue et al., 2020). Es gab sowohl rechtliche als auch gesellschaftliche Veränderungen, wie beispielsweise die Streichung von Homosexualität aus der zehnten Version der International Classification of Diseases 1993 (ICD-10, Dilling, 2015). Diese gesetzlichen und institutionellen Veränderungen haben zwar zum Abbau offener Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung beigetragen, dennoch sind nicht-heterosexuelle Personen täglich subtilen Formen der Diskriminierung ausgesetzt, zu denen auch Mikroaggressionen gehören (Sue et al., 2020). Mikroaggressionen werden sowohl im Alltag als auch im therapeutischen Setting erlebt (Jones et al., 2016; Sue et al., 2020; Walls, 2008). Außerdem ist es wichtig anzumerken, dass die Pathologisierung von Transidentitäten weiterhin aufrechterhalten wird (Hadjioannou et al., 2023).

Mikroaggressionen

Mikroaggressionen sind alltägliche verbale, verhaltensbasierte oder umweltbedingte Demütigungen. Diese Demütigungen können absichtlich oder unabsichtlich sein, übermitteln aber immer eine feindselige, abfällige oder negative Botschaft (Sue et al., 2007; Sue et al., 2020). Diese subtilen Feindseligkeiten sind Bestätigungen von Heteronormativität, indem sie alle Abweichungen sanktionieren.

Entstanden ist das Konzept der Mikroaggressionen zuerst in Bezug auf rassistische Erfahrungen und wurde anschließend auf andere marginalisierte Gruppen, wie Menschen mit Behinderung (Olkin et al. 2019), Transpersonen (Nadal et al., 2012), Frauen (Lui et al., 2019) und nicht-heterosexuelle Personen (Nadal et al., 2011), übertragen. Allerdings unterscheiden sich die spezifischen Inhalte der Mikroaggressionen je nach Gruppe und es wurden bereits verschiedene Taxonomien, die die jeweiligen Themen beschreiben, aufgestellt (Nadal et al., 2012; Nadal et al., 2011; Olkin et al., 2019; Sue et al., 2007; Sue et al., 2020). Eine zusammenfassende Tabelle der Themen von Mikroaggressionen gegenüber queeren Personen ist in Anhang C dargestellt. Eine Besonderheit der nicht-heterosexuellen Population ist, dass ihre Abweichung von der konstruierten Norm weniger sichtbar ist als beispielsweise bei Schwarzen Personen (Platt et al., 2013). Sie können durch ihre Präsentation nach außen teilweise selbst entscheiden, ob sie ihre Identität preisgeben oder nicht. Queere Personen sind alltäglich mit der Situation konfrontiert, ob sie sich outen oder ihre Sexualität verschweigen (Acio, 2016). Kleine Fragen beim Kennenlernen neuer Personen können das Thema Sexualität anschnitten. Beispielsweise die Frage nach den Plänen am Abend können gleichgeschlechtliche oder nicht-binäre Partner*innen einschließen und es stellt sich die Frage, wie davon berichtet werden soll. Das Verschweigen der sexuellen Orientierung kann dann einerseits als Schutz dienen, aber auch zu Stresserleben führen.

Es werden drei Formen der Mikroaggressionen unterschieden: Mikroangriff (engl.: microassault), Mikrobeleidigung (engl.: microinsult) und Mikroentwertung (engl.: microinvalidation).

Mikroangriffe sind explizite Abwertungen, die meist absichtlich erfolgen (Sue et al., 2007; Sue et al., 2020). Dazu zählen beispielsweise Beschimpfungen, Vermeidungsverhalten oder gezielte diskriminierende Handlungen. Diese Art der Diskriminierung wird dennoch „Mikro“ genannt, da sie häufig in privaten Situationen stattfindet und so eine gewisse Anonymität des*der Täter*in gegenüber der Öffentlichkeit gewahrt wird. In Bezug auf die sexuelle Orientierung könnte das beispielsweise die Beleidigung als „Schwuchtel“ (engl.:

faggot) oder die Verwendung von „schwul“ (engl.: gay) als Beleidigung sein (Nadal et al., 2011; Platt et al., 2013).

Mikrobeleidigungen sind häufig unabsichtlich (Sue et al., 2007; Sue et al., 2020). Darunter wird Kommunikation verstanden, die unhöflich und unsensibel ist und die Herkunft und Identität herabsetzt. Lesbische Frauen erzählten beispielsweise von Verwandten, die ihnen geraten haben, sich femininer zu kleiden oder das Facebook-Profilbild zu ändern, um eher einen Job zu bekommen (Nadal et al., 2011). Diese Aussagen werden mit einer bewussten und gutgemeinten Intention geäußert. Die angesprochene Person wird in ihrer Identität dennoch verletzt und angegriffen.

Mikroentwertungen gehören ebenfalls zu den subtileren Formen der Diskriminierung und Abwertungen (Sue et al., 2007; Sue et al., 2020). Sie geschehen häufig unabsichtlich und manchmal ist die Intention hinter der Aussage gut gemeint. Bei Mikroentwertungen werden die Gedanken, Gefühle und Erfahrungen einer Person negiert oder zunichte gemacht. Nicht-heterosexuelle Personen erfahren beispielsweise eine Mikroentwertung, wenn ihnen abgesprochen wird, dass ein Kommentar, der an sie gerichtet war, heterosexistisch ist und behauptet wird, dass sie zu sensibel seien (Anzani, 2019; Nadal et al., 2011).

Reaktionen auf Mikroaggressionen

Nach dem Erleben einer mikroaggressiven Situation zeigen Betroffene Reaktionen auf unterschiedlichen Ebenen: Reaktionen im Verhalten, kognitive und emotionale Reaktionen (Nadal et al., 2011). Emotionale Reaktionen sind unter anderem Gefühle von Angst, Wut, Schuld, Scham, Frustration, Trauer und Hoffnungslosigkeit (Johnson et al., 2021; Nadal et al., 2011; Nadal et al., 2011). Kognitive Reaktionen beziehen sich auf gedankliche Prozesse in Bezug auf die Mikroaggression (Friedlaender, 2021; Jones et al., 2016; Sue et al., 2007). Betroffene fragen sich beispielsweise häufig, ob das gerade wirklich eine Mikroaggression war oder nicht. Sie hinterfragen also ihre eigene Wahrnehmung und minimieren ihre Erfahrung. Auf der Ebene des Verhaltens müssen sich Betroffene entscheiden, ob sie passiv reagieren und die Mikroaggression ignorieren, die Situation verlassen, oder ob sie aktiv auf mikroaggressives Verhalten reagieren möchten (Nadal et al., 2011; Sue et al., 2007). Egal, wofür sich eine Person entscheidet, kann es negative Folgen haben. Entweder das mikroaggressive Verhalten wird einfach hingenommen und kann mit der Leugnung der eigenen Erfahrung, Verlust der eigenen Integrität und aufgestaute Wut und Frustration einhergehen oder die mikroaggressive Person wird mit ihrem Verhalten konfrontiert, wobei es zu einer weiteren Mikroaggression von dieser führen kann, indem die betroffene Person beispielweise als zu sensibel bezeichnet wird (*catch-22 dilemma*; Sue et al., 2007).

Das Phänomen einer weiteren Mikroaggression als Antwort auf die Thematisierung einer primären Mikroaggression wird als sekundäre Mikroaggression bezeichnet und Formen dieser sind unter anderem *Gaslighting* und *Victim Blaming* (Johnson et al., 2021).

Gaslighting beschreibt eine Manipulation der betroffenen Person, sodass diese sich selbst hinterfragt und die eigene Wahrnehmung anzweifelt (Johnson et al., 2021; Spear, 2023; Wozolek, 2018). Gaslighting wird dabei nicht nur in intimen Beziehungen diskutiert, sondern auch als Mechanismus, der strukturelle Ungleichheiten aufrechterhält. Die betroffene Person wird dabei also in den Zustand zurückgeworfen, in dem sie sich fragt, ob eine Mikroaggression überhaupt stattgefunden hat oder nicht. Im psychotherapeutischen Setting kommt Gaslighting beispielsweise vor, wenn Psychotherapeut*innen die berichteten diskriminierenden Erfahrungen von Klient*innen mit Worten wie „Sie denken, Sie wurden diskriminiert“ oder „Sie fühlen sich diskriminiert“ beschreiben (Kuo et al., 2022). Die Wörter „denken“ und „fühlen“ implizieren, dass nur die Klient*innen die Situation so wahrnehmen, aber eigentlich keine Diskriminierung stattgefunden hat.

Victim Blaming beschreibt eine Täter-Opfer-Umkehr (Johnson et al., 2021). Die betroffene Person wird für ihre Erfahrung oder für ihre Interpretation dieser verantwortlich gemacht. Es wird anerkannt, dass es ein negatives Erlebnis gab, aber die Verantwortlichkeit hierfür wird der betroffenen Person zugeschrieben. In einer Studie antwortete ein*e Psychotherapeut*in auf ein Fallbeispiel, in dem eine schwarze Person von Diskriminierung berichtete, folgendermaßen: „Are there any differences in your current social situation other than your race? You have a rather unusual presence.“ (Kuo et al., 2022, S. 537). Es wird anerkannt, dass die Situation insgesamt negativ ist, aber es wird angezweifelt, dass rassistische Diskriminierung der Grund hierfür ist und ein Grund im Verhalten beziehungsweise in der Präsentation der betroffenen Person gesucht.

Allgemeine Folgen von Mikroaggressionen

Das Erleben von Mikroaggressionen ist positiv mit Depression (Chen et al., 2021; Marchi et al., 2023), Angststörungen (Chen et al., 2021; Marchi et al., 2023), Alkoholkonsum (Marchi et al., 2023), Stresserleben (Woodford et al., 2014) und Suizidversuchen (Marchi et al., 2023) assoziiert. Eine höhere Frequenz im Erleben von rassistischen Mikroaggressionen geht mit einer höheren Symptomatik von posttraumatischem Stress einher (Nadal et al., 2019). Außerdem hängen Mikroaggressionen mit verringerter Selbstakzeptanz und verringertem Selbstwert zusammen (Nadal et al., 2011; Woodford et al., 2014). Bei nicht-heterosexuellen Jugendlichen kann die Identitätsentwicklung gestört werden (Chen et al., 2021). Neben negativen psychologischen Auswirkungen werden Mikroaggressionen auch mit

einer schlechteren physischen Gesundheit, schlechterer Leistung bei der Arbeit und negativem Coping assoziiert (Costa et al., 2021).

Subtile Diskriminierung im psychotherapeutischen Setting

Im österreichischen LGBTIQ+ Gesundheitsbericht 2022 (Gaiswinkler et al., 2023) gab „jede fünfte Person [an,] Psychotherapeut:innen bzw. psychosoziale Unterstützungseinrichtungen sowie Kliniken oder Gesundheitszentren [vermieden zu haben].“ (S. 72). In Österreich besteht eine große Lücke zwischen dem Bedarf an Psychotherapie aufgrund eines erhöhten Risikos für psychischen Störungen und der Deckung dieses Bedarfs. Ein Grund Gesundheitseinrichtungen zu meiden, könnten negative Erfahrungen sein, die nicht-heterosexuelle Personen bereits gemacht haben.

Mikroaggressionen, die in der Psychotherapie erfahren wurden und im Zusammenhang mit der sexuellen Orientierung stehen, unterscheiden sich teilweise von der allgemeinen Taxonomie der Mikroaggressionen aufgrund der sexuellen Orientierung (Shelton et al., 2013; Spengler et al., 2016). Es wurden folgende Mikroangriffe gefunden: die Annahme, dass die sexuelle Orientierung der Grund für alle Probleme sei und die Annahme, dass queere Personen per se Psychotherapie brauchen. Mikrobeleidigungen in der Psychotherapie waren Versuche der übermäßigen Identifizierung mit den Klient*innen und stereotype Annahmen über die Klient*innen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung. Die Vermeidung der sexuellen Orientierung, Hinweise auf heteronormative Voreingenommenheit (beispielsweise keine Bücher, die sich mit queeren Themen befassen, im Zimmer) und Warnungen vor den Gefahren, sich als queer zu identifizieren, sind Mikroentwertungen, die in der Psychotherapie mit queeren Klient*innen auftreten. Andere Klient*innen berichteten auch von der Verwendung von selektiver Sprache und Begriffen, die nicht der eigenen Identität entsprechen (Bowers et al., 2005; Kuo et al., 2022). Studien zu den Einstellungen von bereits praktizierenden und auszubildenden Psychotherapeut*innen zeigen, dass Auszubildende nicht-heterosexuellen Klient*innen mehr negative Adjektive zuwiesen als heterosexuellen Klient*innen (Barrett et al., 2002). Das Ausmaß der Homophobie der Versuchsperson spielte dabei keine Rolle. Bereits praktizierende Psychotherapeut*innen bewerteten mikroaggressive Fragen bei lesbischen und transgender Klientinnen für die psychologische Einschätzung im Erstgespräch als wichtiger als bei heterosexuellen Klientinnen. Grund dafür könnte die angenommene Verbindung zwischen den Symptomen und der sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität sein (Anzani et al., 2021).

Negative Erfahrungen in der Psychotherapie belasten die therapeutische Beziehung und behindern die Psychotherapie (Israel et al., 2008; Mair, 2003; Shelton et al., 2013).

Klient*innen fühlen sich nicht verstanden, haben Angst vor der Reaktion der therapierenden Person, halten Informationen zurück, zweifeln an der Wirksamkeit und brechen teilweise die Psychotherapie ab. Klient*innen, deren Psychotherapeut*innen mikroaggressive Fragen als relevanter bewerten, beurteilen die therapeutische Beziehung schlechter und brechen die Psychotherapie mit einer höheren Wahrscheinlichkeit ab (Carone et al., 2023; Owen et al., 2011). Mikroaggressionen können außerdem internalisierte Queerfeindlichkeit der Klient*innen, die sie aufgrund des Aufwachsens in einer heteronormativen Gesellschaft haben, verstärken und perpetuieren (Mair, 2003; Shelton et al., 2013).

Die vorliegende Arbeit

Meines Wissens gibt es in Österreich keine Studie zu den Erfahrungen von nicht-heterosexuellen Klient*innen bezüglich Mikroaggressionen in der Psychotherapie. Um zu verstehen, warum viele nicht-heterosexuelle Personen in Österreich Psychotherapeut*innen meiden (Gaiswinkler et al., 2023), ist es wichtig, zu wissen ob und welche Mikroaggressionen erlebt werden. Bisher wurde auch außer Acht gelassen, wie die Psychotherapeut*innen auf berichtete Diskriminierung außerhalb der Psychotherapie reagiert haben (sekundäre Mikroaggressionen). Gleichzeitig ist es wichtig zu wissen, was queere Personen in der Psychotherapie als hilfreich erlebt haben, weil das Ausbleiben negativer Erfahrungen nicht mit hilfreichen Erfahrungen gleichzusetzen ist. Aufgrund dieser Forschungslücken ergeben sich folgende Fragen für die vorliegende Arbeit:

Forschungsfrage 1

*Auf welche Art und Weise wird die sexuelle Orientierung nicht-heterosexueller Klient*innen in der Psychotherapie in Österreich thematisiert?*

Bei dieser Frage geht es darum, wer die sexuelle Orientierung thematisiert hat, wie diese thematisiert wurde und welche Umstände die Thematisierung erleichtert oder erschwert haben. Es sind also auch indirekte Adressierungen nicht-heterosexueller Orientierungen relevant, da diese die Umgebung und wahrgenommene Offenheit verändern können. Hierunter können auch die Räumlichkeiten zählen. Es können sowohl positive als auch negative Faktoren aufkommen, indem es beispielsweise Hinweise auf die Offenheit gegenüber der queeren Population gibt oder aber Psychotherapeut*innen heteronormative Vorstellungen durch Aussagen bejahen.

Forschungsfrage 2

*Inwiefern treten bei der Thematisierung der sexuellen Orientierung der Klient*innen in der Psychotherapie primäre und sekundäre Mikroaggressionen auf?*

Diese Forschungsfrage fokussiert sich auf subtile negative Erfahrungen in der Psychotherapie. Die Ergebnisse aus anderen Ländern lassen vermuten, dass nicht-

heterosexuelle Klient*innen auch in Österreich Mikroaggressionen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung in der Psychotherapie erleben. Außerdem wurden sekundäre Mikroaggressionen meines Wissens bisher nicht im psychotherapeutischen Setting untersucht.

Forschungsfrage 3

*Wie reagieren Klient*innen auf Mikroaggressionen innerhalb der Psychotherapie?*

Die dritte Forschungsfrage beschäftigt sich damit, was die erlebten negativen Situationen in den Klient*innen ausgelöst haben und wie dadurch ihr Verhalten in der Psychotherapie beeinflusst wurde. Hierbei sollen Reaktionen auf der kognitiven, emotionalen und verhaltensbasierten Ebene untersucht werden.

Forschungsfrage 4

*Welche Rahmenbedingungen und Verhaltensweisen der Psychotherapeut*innen in Bezug auf die sexuelle Orientierung werden von den Klient*innen positiv erlebt?*

Mit dieser Forschungsfrage sollen hilfreiche Situationen identifiziert werden, um aufbauend auf diesen eine positive Gestaltung der Psychotherapie mit nicht-heterosexuellen Klient*innen zu diskutieren. Hierbei wird auch ein Fokus auf die Beziehungsgestaltung zwischen Psychotherapeut*innen und Klient*innen, da diese in der bestehenden Literatur bereits als wichtiger Faktor genannt wurde (Anzani et al., 2019; Davis et al., 2021; Flanders et al., 2019; Israel et al., 2008; Israel et al., 2008).

Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, um die Erfahrung der befragten Personen abdecken und verstehen zu können sowie potenzielle neue Themen von Mikroaggressionen zu explorieren. Die qualitative Vorgehensweise ermöglichte es, die soziale Interaktion zwischen Psychotherapeut*in und Klient*in sowie die Wahrnehmung der Klient*innen zu erfassen (Strübing, 2018). Es wurden problemzentrierte Interviews (Witzel, 2000) mit nicht-heterosexuellen Personen geführt, die bereits in Psychotherapie waren. Das zentrale Interesse des Forschungsvorhabens bestand im Verständnis „individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen“ (Witzel, 2000, S. 1) von erlebten Mikroaggressionen, aber auch hilfreichen Situationen in der Psychotherapie. Die Auswertung mithilfe der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ermöglichte es, die Erzählung der Proband*innen mithilfe von Kategorienbildung zu strukturieren und Muster in den Erzählungen zu identifizieren (Kuckartz et al., 2022). Der Vorteil dieser Auswertungsmethode bestand in der Möglichkeit sowohl manifeste als auch latente Inhalte zu analysieren sowie bei der Kategorienbildung deduktiv und induktiv vorgehen zu können.

Verortung der eigenen Person

Die Studienleiterin identifiziert sich selbst als cisgeschlechtlich und queer und ist somit ein In-Group Mitglied der Erhebungspopulation. Ebenfalls Erfahrungen mit Mikroaggressionen sind der Studienleiterin bekannt, wobei diese nicht in der Psychotherapie erlebt wurden.

Stichprobe

Ziel dieser Studie war es, Psychotherapieerfahrungen von Personen, die sich nicht als heterosexuell identifizieren, zu untersuchen. Die Teilnehmer*innen wurden über einen Flyer rekrutiert. Dieser Flyer wurde über die drei österreichweiten Mailverteiler „critlist vienna“, „femail“ und „Arbeitsgruppe kritische Psychotherapie“ ausgeschickt. Außerdem wurde der Flyer in Wien (Universitätsgebäude, Café Savoy und Gagarin) ausgelegt und ebenso an diverse Initiativen für queere Personen in Österreich geschickt. Das Regenbogenfamilienzentrum Wien (<https://www.rbfs-wien.at/>) sandte den Flyer über eigene Mailverteiler aus und teilte ihn auf sozialen Netzwerken. Die Beratungsstelle Courage* (<https://www.courage-beratung.at/>) hängte den Flyer aus. Das Q*Wien (Zentrum für queere Geschichte, <https://www.qwien.at/>) und die homosexuellen Initiative Salzburg (<https://hosi.or.at/>) teilten den Flyer online. In Graz sandte der Verein RosaLila PantherInnen (<https://www.homo.at/>) den Flyer intern aus und legte ihn im queeren Community Center „feel free“ aus. Die Kontaktaufnahme fand per Mail statt, wobei erneut Informationen über die Studie und die Interviewdauer mitgeteilt wurden und festgelegt wurde, wo das Interview stattfinden wird. Der Großteil der Interviews ($n = 6$) fand in einem Büro der Studienleiterin im sechsten Bezirk in Wien statt. Von den verbliebenen Interviews fand eines im Büro der Interviewperson statt und eines wurde online geführt.

Die Stichprobe bestand aus acht Personen, die bereits eine Psychotherapie in Österreich abgeschlossen hatten und nicht heterosexuell sind. Für die Teilnahme an den Interviews mussten die Personen volljährig und die berichtete Psychotherapie seit mindestens einem Monat und maximal zwölf Monaten beendet sein. Die Teilnehmer*innen waren im Schnitt 26.75 Jahre alt ($SD = 3.65$), mit einer Altersspanne von 22 bis 32 Jahren. Die Psychotherapie war im Schnitt seit 4.63 Monaten beendet ($SD = 3.25$). Fünf Interviewpersonen hatten bereits mehrere Psychotherapeut*innen. Die Interviews bezogen sich auf die letzte Psychotherapieerfahrung, wobei dennoch Vergleiche und Bezüge zu früheren Erfahrungen gezogen wurden. Bezüglich der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität war die Stichprobe heterogen zusammengesetzt (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1*Übersicht der Charakteristika der Teilnehmer*innen*

Interview	Alter in Jahren	Gender	Sexuelle Orientierung	Monate seit Beendigung der Psychotherapie
1	24	Queer	Queer	1
2	25	Cis-Mann	Schwul	7
3	26	Zu kompliziert, um es aufzuschreiben	Lesbisch	10
4	32	Weiblich-nicht-binär	Lesbisch	4
5	28	Nicht-binär	Pansexuell	7
6	22	Cis-Frau	Queer	5
7	32	Queer	Pansexuell	1
8	25	Cis-Frau	Bisexuell	2

Beschreibung der Daten

Die Interviews wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät gespeichert. Die acht Interviews umfassten insgesamt eine Länge von 4 Stunden und 23 Minuten. Im Durchschnitt dauerte ein Interview 32 Minuten und 53 Sekunden [23.17 – 53.38 Minuten].

Die Interviews wurden mit den in Tabelle 2 aufgelisteten Transkriptionsregeln wörtlich transkribiert. In den Transkripten wurden alle Namen und spezifischen Informationen, die Rückschlüsse auf die Personen zulassen, nicht transkribiert oder verändert.

Problemzentriertes Interview

Zu Beginn der Interviews füllten die Teilnehmenden einen kurzen soziodemografischen Fragebogen (siehe Anhang D) zur Erhebung von Alter, Geschlechtsidentität, Berufsausbildung, sexueller Orientierung und Psychotherapieerfahrung aus. Außerdem wurden sie in der Teilnehmer*inneninformation über den Ablauf und die Risiken der Studie, mögliche Anlaufstellen im Falle von großer Belastung nach dem Interview sowie über den Datenschutz informiert (siehe Anhang F). Sie stimmten einer Audioaufzeichnung des Interviews und der Anonymisierung ihrer Daten ausdrücklich zu. Ein Abbruch des Interviews war zu jedem Zeitpunkt ohne Nachteile möglich.

Das problemzentrierte Interview ist eine leitfadengestützte Methode (Witzel et al., 2022). Eine erste Version des Leitfadens wurde anhand der bereits bestehenden Erkenntnisse zu queeren Erfahrungen in der Psychotherapie und der zu beantwortenden Fragestellungen

erstellt. Anschließend wurde der Leitfaden in einem Probeinterview angewendet und durch Feedback von der interviewten Person als auch durch Reflexion des Interviews überarbeitet. Eine finale Version des Leitfadens ist in Anhang E zu finden. Die Teilnehmenden konnten selbst entscheiden, ob das Interview in der Du-Form oder Sie-Form geführt werden sollte. Alle Personen entschieden sich für ein Interview in der Du-Form.

Tabelle 2

Transkriptionsregeln

Text im Transkript	Bedeutung
(.)	Kurze Pause
(-)	Längere Pause
<i>BEISPIEL</i>	Betonung
(?)	Unverständlich
((<i>BEISPIEL</i>))	Nonverbales Verhalten (bspw. lacht)
[Mhm.]	Bejahung der Interviewleiterin zur Aufrechterhaltung des Redeflusses
Mhm	Bejahung
Mhmh	Ablehnung
Hm	Füllwort
<Name>	Anonymisierung

Anmerkung. Kursiv geschriebene Wörter sind Platzhalter für im Interview Gesagtes.

Im problemzentrierten Interview stehen die Erfahrungen, Wahrnehmungen und Reflexionen der Befragten im Vordergrund (Lamnek, 2010; Witzel, 2000; Witzel et al., 2022). Im Fokus steht ein Problem oder Thema, auf das sich die befragte Person bezieht. In dieser Studie wurden die Teilnehmer*innen zu ihren Erfahrungen in der Psychotherapie befragt und welche Rolle ihre sexuelle Orientierung darin eingenommen hat. Wie beim narrativen Interview steht die Erzählung der befragten Person im Vordergrund (Lamnek, 2010; Witzel, 2000). Der Unterschied zwischen den beiden Interviewarten liegt zum einen darin, dass die forschende Person beim problemzentrierten Interview bereits theoretische Konzepte zu dem Problem hat, und zum anderen die Möglichkeit hat, Nachfragen zu stellen.

Das problemzentrierte Interview beginnt mit erzählgenerierenden Fragen, worauf eine Phase mit Fragen zur Verständnisklärung folgt (Lamnek, 2010; Witzel, 2000). Um ein größeres Verständnis zu erlangen, können Aussagen zurückgespiegelt, konkrete

Verständnisfragen gestellt oder Proband*innen mit Widersprüchen konfrontiert werden. Die Fragen in dieser zweiten Phase des Interviews sollen weiterhin erzählgenerierend sein. In der dritten Phase des Interviews ist es möglich, Fragen zu Themenbereichen zu stellen, die die interviewte Person bisher nicht erwähnt hat. Das problemzentrierte Interview wird mit einem Leitfaden geführt, der als Gedächtnisstütze die zentralen Themen enthält, von dem aber keine Fragen abgelesen werden. Im direkten Anschluss an jedes Interview wurde ein Postskript angefertigt werden, in dem Auffälligkeiten, erste Interpretationsideen sowie nonverbale und situative Aspekte festgehalten werden.

Der erarbeitete Leitfaden war in drei Themenblöcke unterteilt. Er begann mit dem Stellenwert, den die sexuelle Orientierung in der Psychotherapie eingenommen hat. Hierbei konnten sowohl positive Thematisierungen als auch negative Thematisierungen angesprochen werden. Der anschließende Themenblock fokussierte sich auf die Beziehung zwischen den Psychotherapeut*innen und den Klient*innen. Im letzten Themenblock ging es um den Einfluss, den die berichteten Erfahrungen auf das Verhalten und die Emotionen der Klient*innen hatten.

Bisher wurden zur Erforschung von Mikroaggressionen aufgrund der sexuellen Orientierung häufig Fokusgruppen verwendet (Dimberg et al., 2021; Flanders et al., 2019; Munro et al., 2019; Nadal et al., 2011; Nadal et al., 2011; Platt et al., 2013; Shelton et al., 2013). Der Vorteil von Einzelinterviews im Vergleich zu Fokusgruppen liegt in der Möglichkeit, die Erfahrungen bis ins Detail erfragen zu können. Außerdem enthielten die Leitfäden für die Fokusgruppen teilweise sehr spezifische und suggestive Fragen, die einzelne Inhalte von Mikroaggressionen vorgaben, wodurch die Erzählungen der Teilnehmer*innen bereits stark strukturiert wurden. Ein Beispiel für eine Suggestivfrage bei Shelton und Kolleg*innen ist: „Think of some of the stereotypes that exist about gay men, lesbian women and bisexual and queer individuals. Has a therapist ever expressed their stereotypical beliefs about you?“ (2013, S.70). Zudem besteht in Fokusgruppen vor allem bei sehr persönlichen Fragen die Gefahr, dass Personen Konfrontationen oder sehr persönliche Offenbarungen vermeiden wollen und nicht alles gesagt wird, was in einem Einzelinterview gesagt werden würde (Boateng, 2012). Sowohl die sexuelle Orientierung als auch Psychotherapieerfahrungen stellen sehr persönliche Inhalte dar und es bot sich daher an, die Forschungsfragen mit Einzelinterviews zu untersuchen.

Inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse

Im Vordergrund der Arbeit stand die detaillierte Abbildung der einzelnen Erfahrungen und die Einordnung in bereits erarbeitete Taxonomien. Hierfür eignete sich die inhaltlich-

strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2022), welche die Erarbeitung eines Kategoriensystems ins Zentrum der Analyse stellt. Das Kategoriensystem ermöglicht die Identifizierung von übergeordneten und untergeordneten Themen. Die intensive Auseinandersetzung mit dem gesammelten Material ist gekennzeichnet von einem explorativen Charakter. Anders als bei anderen qualitativen Analysen wird ein systematisches Ablaufschema vorgelegt und es wird das gesamte Material analysiert. Es handelt sich im Gegensatz zu Mayrings Inhaltsanalyse nicht um ein paraphrasierendes Vorgehen. Die inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse erlaubt eine Kombination aus deduktiv und induktiv gebildeten Kategorien. Für die vorliegende Forschungsarbeit bot es sich an, bereits anhand der vorhandenen Literatur und dem erstellten Interviewleitfaden die Hauptkategorien deduktiv abzuleiten und diese anhand des Materials induktiv auszudifferenzieren. Anhand des Interviewleitfadens wurden deduktiv bereits die folgenden Hauptkategorien entwickelt: 1) Art und Weise der Thematisierung 2) Negative Situationen, 3) Positive Situation, 4) Reaktionen der Klient*innen. Die zweite Kategorie wurde bewusst offener mit negativen Situationen und nicht mit Mikroaggressionen benannt, um erst in der späteren Analyse der berichteten Erfahrungen einen Bezug zu bereits bestehenden Taxonomien herzustellen. Die detaillierte Auseinandersetzung mit dem gesammelten Textmaterial ergab allerdings weitere nicht erwartete Hauptkategorien, welche mit einer Kurzbezeichnung und Beschreibung in das Kategoriensystem aufgenommen wurden. Das Kategoriensystem wurde mit der Kategorie 5) Wünsche und 6) Ängste vor Queerfeindlichkeit ergänzt.

Bei dem Ablaufschema handelt es sich nicht um einen linearen Prozess, sondern um ein zirkuläres Vorgehen, bei dem alle Textabschnitte mehrere Kodierphasen durchlaufen (Kuckartz et al., 2022). Der Analyseprozess begann bereits nach der Transkription der ersten Interviews. Die erste Phase der initiiierenden Textarbeit bestand aus dem eingehenden Lesen des Textmaterials und dem Markieren wichtiger Passagen. Dabei wurden Randbemerkungen gemacht und Ideen für die Analyse in Form von Memos festgehalten. Nach dieser ersten Phase wurde eine kurze Zusammenfassung jedes Falls geschrieben. In der zweiten Phase wurden die Hauptkategorien entwickelt (Kuckartz et al., 2022). Die Kategorien dienen der Strukturierung des Textes und die bereits deduktiv gebildeten Kategorien wurden am Material zunächst auf ihre Anwendbarkeit überprüft. Für die Überprüfung wird empfohlen, die Kategorien an 10 bis 25% des Gesamtmaterials zu testen. Die Kodierung der ersten Interviews ergab eine gute Anwendbarkeit der Hauptkategorien, wobei sich aber auch die induktive Bildung zwei weiterer Hauptkategorien herausstellte. Als nächstes (Phase 3) wurde

das bis dahin gesammelte Material mit den Hauptkategorien kodiert. Hierbei wurden ganze Sinneinheiten kodiert, sodass eine kodierte Stelle auch ohne den Kontext verständlich ist. Anders als bei anderen Analysemethoden können einzelne Textstellen mit mehreren Kategorien kodiert werden. Mithilfe von MAXQDA 2024 (VERBI Software, 2023) wurden anschließend alle Textstellen, die mit einer Kategorie kodiert wurden, zusammengestellt und untereinander dargestellt (Phase 4). Diese Darstellung ermöglichte es, alle Aussagen zu einer Kategorie gesammelt zu betrachten, um induktiv Subkategorien aus dem Material abzuleiten (Phase 5). Nach der Ableitung von Subkategorien anhand der ersten fünf Interviews wurden die gesammelten Subkategorien neu strukturiert, teilweise zusammengefasst und sinnvoll angeordnet. In diesem Schritt wurden beispielsweise geschilderte Situationen, in denen die Psychotherapeut*innen Wertschätzung, Empathie, Anerkennung, Neugierde und Unterstützung gegenüber den Klient*innen zeigten in der Kategorie positiver zwischenmenschlicher Umgang zusammengefasst. Außerdem wurden Definitionen und prägnante Beispiele der einzelnen Kategorien im Kategoriensystem festgehalten (siehe Anhang G). Dieser Prozess wurde für alle Hauptkategorien durchlaufen und ein vollständiges Kategoriensystem erarbeitet. In Phase 6 wurde das gesamte Material mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem kodiert. In diesem Prozess können die Subkategorien überarbeitet werden, falls zuvor nicht genügend Material für die Bildung herangezogen wurde. Ein späteres Zusammenfassen von Subkategorien ist unproblematisch. Sollten allerdings Subkategorien ausdifferenziert werden, muss das bereits kodierte Material erneut kodiert werden. In diesem Schritt wird der Prozesscharakter der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse sichtbar, da das gesamte Material mehrere Kodierphasen durchläuft. Da die Interviewpartner*innen sehr verschiedene Erfahrungen gemacht haben, haben sich auch am Ende neue Kategorien ergeben oder wurden Kategorien zusammengefasst, weshalb nach einer finalen Überarbeitung des Kategoriensystems alle Interviews nochmals kodiert wurden. Die finale Phase 7 stellte die Analyse des kodierten Materials dar, in der das Material mit den Forschungsfragen und den bereits bestehenden Theorien zusammengebracht wurde.

Ergebnisse

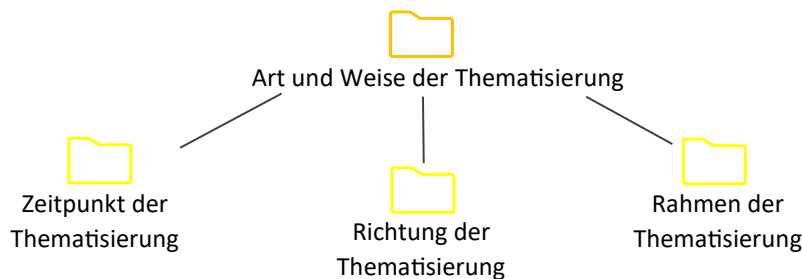
Die Analyse der acht Interviews ergab sechs Hauptkategorien mit insgesamt 47 Subkategorien (siehe Anhang G). Für eine bessere Lesbarkeit wurden Bejahungen der Interviewleiterin zur Aufrechterhaltung des Redeflusses und Wortwiederholungen nicht wiedergegeben und grammatikalische Fehler in den verwendeten Zitaten ausgebessert. Es wurden keine inhaltlichen Veränderungen vorgenommen.

Art und Weise der Thematisierung

Die Art und Weise der Thematisierung wird durch den Zeitpunkt, die Richtung und den Rahmen der Thematisierung charakterisiert (siehe Abbildung 1). Diese Kategorie beschreibt die situationalen Umstände der Thematisierung der sexuellen Orientierung der Klient*innen in der Psychotherapie.

Abbildung 1

Struktur der Hauptkategorie „Art und Weise der Thematisierung“



Zeitpunkt der Thematisierung

Bei allen Interviewpersonen wurde die eigene sexuelle Orientierung im Laufe der Psychotherapie offengelegt. Zwei Personen hatten sich bereits vor Beginn der Psychotherapie geoutet, einige hatten es zu Beginn erzählt und bei anderen war es erst aufgekommen als Themen, bei denen es relevant war, besprochen wurden oder als sie genug Vertrauen zu dem*der Psychotherapeut*in gefasst hatten. „Aber es war natürlich schon immer ein bisschen ein Abtasten, wie ich halt zu den gewissen Psychotherapeuten gegangen bin. Von wegen kann man es gleich sagen oder wie wird man, wie wird es aufgenommen natürlich auch.“ (Interview 2).

Richtung der Thematisierung

Die Richtung der Thematisierung beschreibt, ob die sexuelle Orientierung der Klient*innen von den Klient*innen selbst oder von den Psychotherapeut*innen thematisiert wurde. Bei den vorliegenden Interviews wurde die sexuelle Orientierung meistens von den Interviewpersonen selbst thematisiert. „In der Regel wurde es [die sexuelle Orientierung] von mir aus thematisiert.“ (Interview 6). Es wurden allerdings auch Situationen berichtet, in denen die Psychotherapeut*innen nach der Sexualität der Interviewpersonen gefragt hatten oder diese zu einem Therapiethema machen wollten. „Und irgendwann hat sie [Psychotherapeutin] mich direkt gefragt, was meine Sexualität ist und dann habe ich es ihr gesagt.“ (Interview 8)

Rahmen der Thematisierung

Der Rahmen der Thematisierung umfasst einerseits den Stellenwert, den die sexuelle Orientierung in der Psychotherapie einnahm als auch die Intention, mit der die sexuelle Orientierung thematisiert wurde. Alle acht Interviewpersonen gingen nicht wegen Schwierigkeiten oder Unsicherheiten mit ihrer sexuellen Orientierung in die Psychotherapie. Die sexuelle Orientierung nahm dementsprechend „keine besondere Rolle“ (Interview 4) in der Psychotherapie ein und war „mitschwingend Thema“ (Interview 2).

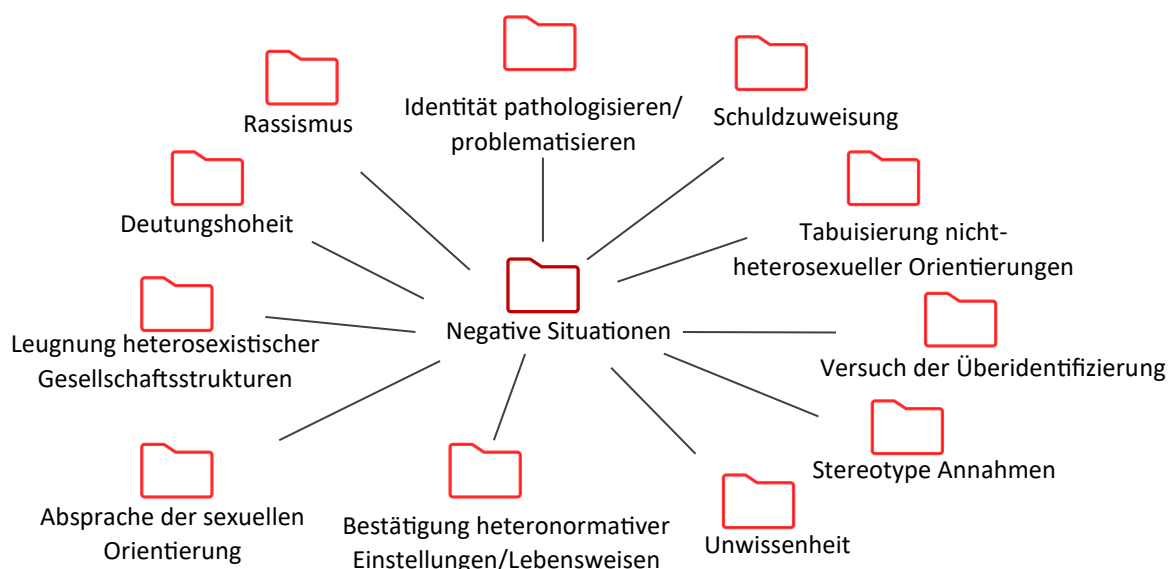
Bezüglich der Intention der Thematisierung wurden sehr unterschiedliche Motive genannt. Eine Person erwähnte die eigene sexuelle Orientierung „der Vollständigkeit halber“ (Interview 3), um sich vorzustellen. Eine andere Interviewperson hatte die sexuelle Orientierung ebenfalls zu Beginn erwähnt, um zu „schauen [...], wie sie [Psychotherapeutin] reagiert und ob sie eh cool ist und nicht queerphob.“ (Interview 6). Eine weitere Person hatte eine ähnliche Intention, sprach allerdings über ihren Bruder und nicht über sich selbst. „Mein Bruder ist zum Beispiel schwul und das habe ich nie verheimlicht und habe immer geschaut, wie reagiert sie darauf.“ (Interview 8). Bei den anderen Personen kam die sexuelle Orientierung auf, als sie über Diskriminierungserfahrungen oder Beziehungen sprachen.

Negative Situationen

Die Kategorie „Negative Situationen“ umfasst alle Situationen in der Psychotherapie, die die Interviewpersonen als nicht hilfreich oder übergriffig empfanden. Es ergaben sich 11 Subkategorien, durch welche sich die beschriebenen Situationen charakterisieren (Abbildung 2).

Abbildung 2

Struktur der Hauptkategorie „Negative Situationen“



Die meisten Erlebnisse haben Bezug zu der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität der Interviewten oder nicht-heterosexuellen Orientierungen und Lebensweisen im Allgemeinen. Es gab aber auch Verhaltensweisen und Aussagen der Psychotherapeut*innen, die beispielsweise rassistisch waren, und von den Interviewten negativ aufgenommen wurden.

Identität pathologisieren/problematisieren

Diese Kategorie beschreibt die Pathologisierung oder Problematisierung der sexuellen Orientierung der Interviewpersonen durch den*die Psychotherapeut*in. Eine Interviewperson berichtete über einen Psychotherapeuten, der als Reaktion auf das Outing der Person als schwul gefragt hat, ob dieser als Kind von seiner „Mutter gestillt“ (Interview 2) wurde. Eine andere Person berichtete, dass die Psychotherapeutin die Asexualität der Person immer wieder thematisieren wollte, obwohl die Person aus anderen Gründen in der Psychotherapie war. „Nein, jedes Mal komme ich rein und sie [Psychotherapeutin] fängt an, über meine Sexualität zu reden. War nicht Thema! [...] Es war halt nicht mein Problem in dem Moment. Aber ihr Problem war es irgendwie.“ (Interview 3).

Der Versuch, die Sexualität zu einem Therapiethema zu machen oder mit Erlebnissen in der Kindheit zu verknüpfen und zu problematisieren perpetuiert die Vorstellung, dass nicht-heterosexuelle Orientierungen therapiebedürftig sind und eine Abweichung von der Norm sind. Die Aussagen der Psychotherapeut*innen legen eine negative Haltung gegenüber nicht-heterosexuellen Orientierungen offen. Den Interviewpersonen wurde vermittelt, dass ihre sexuelle Orientierung ein Problem sei.

Bei einer weiteren Interviewperson ging es um die Geschlechtsidentität und nicht die sexuelle Orientierung.

Ich habe einmal versucht, ein bisschen so in Richtung Gender zu reden. [...] Sie hat gesagt, sie möchte mir eine Frage stellen und dann hat sie irgendwie gemeint [...], dass sie den Eindruck hat, dass sehr viele Leute, wenn sie. Es ist jetzt sehr grob verkürzt. Vielleicht ist es jetzt nicht genau, aber along the lines of ‘Sehr viele Leute sind verwirrt mit ihrer Identität, wenn sie Schwierigkeiten in anderen Themen [haben].‘ (Interview 1)

Die Annahme, dass Personen mit ihrer Geschlechtsidentität verwirrt seien, wenn sie in anderen Lebensbereichen Schwierigkeiten haben, bedeutet, dass die Geschlechtsidentität einerseits als ein Resultat von Problemen betrachtet wird und andererseits, dass sie potenziell nur eine Phase sei, bis die Schwierigkeiten bewältigt wurden. Es wurde schlussfolgernd abgesprochen, dass die Geschlechtsidentität der Interviewperson legitim ist und nicht mit

Problemen verbunden ist. Die Botschaft, dass die Geschlechtsidentität der Interviewperson ein Resultat von Problemen ist, ist eine offene abwertende Haltung und gehört zu den Mikroangriffen.

Schulduweisung

Schulduweisung bezieht sich darauf, dass nicht-heterosexuellen Personen die Schuld für erlebte Diskriminierung gegeben wird. Es handelt sich hierbei nicht um einen negativen Umgang mit der sexuellen Orientierung der Interviewpersonen an sich, sondern um den Umgang mit Diskriminierung, die aufgrund der sexuellen Orientierung erlebt wurde und gehört somit zu den sekundären Mikroaggressionen.

Eine Interviewperson berichtete, in der Universität aufgrund ihrer sexuellen Orientierung diskriminiert worden zu sein. Darüber und über die Belastung, sich täglich aufgrund der angenommenen Heteronormativität als nicht-heterosexuell outen zu müssen, sprach sie in einer Einheit der Psychotherapie. „Woraufhin meine Therapeutin dann gesagt hat dann soll ich halt nicht mehr drüber sprechen, wenn ich halt keine Diskriminierung erfahren will. Und ich muss es ja auch nicht immer allen erzählen.“ (Interview 6). Durch die Verlagerung der Lösung in eine Verhaltensänderung der Interviewperson wurde vermittelt, dass die Person selbst verantwortlich für die Diskriminierung sei und dass es eine vermeintlich hilfreiche Strategie sei, die eigene sexuelle Orientierung im Alltag zu verschweigen. Es wurde vermittelt, dass das Problem (die Diskriminierung) daher käme, dass die Person sich öffentlich als queer identifiziert und ihre Identität sichtbar machen möchte. Diese zugrundeliegende Botschaft erklärte die sexuelle Orientierung der Interviewperson für unwichtig und nicht valide, indem vermittelt wurde, dass es okay sei, die eigene sexuelle Orientierung nicht offen zeigen zu können. Es handelte sich also um eine Mikroentwertung.

Tabuisierung nicht-heterosexueller Orientierungen

Tabuisierung beschreibt das Übergehen und Unsichtbarmachen eines Themas durch Schweigen. In der Psychotherapie erlebten Personen eine Tabuisierung nicht-heterosexueller Orientierungen und Lebensweisen, indem auf jede Thematisierung nicht-heterosexueller Orientierungen und Lebensweisen oder Schwierigkeiten mit heteronormativen Vorstellungen von Seiten der Interviewpersonen nicht näher eingegangen wurde und das Thema gewechselt wurde. „Sie hatte nie irgendwie was Negatives dazu gesagt, aber sie hat auch gar nichts dazu gesagt. Und ich glaube, da hätte ich mir vielleicht mehr Tiefe auch gewünscht.“ (Interview 8). Zwei Interviewpersonen verstanden das Verhalten der Psychotherapeut*innen als Überforderung. „Es war eben vermehrt dieses schweigende Zustimmen, was ich im Nachhinein vielleicht auch eher als Überforderung interpretieren würde. So, sie hat dazu

nichts zu sagen so oder sie weiß gerade nicht, wie sie damit umgehen soll.“ (Interview 7). Diese Reaktion der Psychotherapeutin wurde erlebt, als es um die Thematisierung einer ehemaligen offenen Beziehung, von Schwierigkeiten mit geschlechtsspezifischen Erwartungshaltungen sowie von Datingmustern ging.

Durch Schweigen und nicht näheres Eingehen auf Themen, die mit der sexuellen Orientierung der Klient*innen zu tun haben, wurde deren Erfahrung minimiert und invalidiert (Mikroentwertung). Es wurde das Gefühl vermittelt, dass die Psychotherapie kein Ort für die Thematisierung ist. „Ich muss das [sexuelle Orientierung] jetzt nicht in diesen Raum reinbringen, wenn ich mich [bei der Psychotherapeutin] sowieso schon ein bisschen komisch in der Hinsicht fühle“. (Interview 8)

Versuch der Überidentifizierung

Der Versuch der Überidentifizierung besteht darin, vermeintliche Ähnlichkeiten zwischen sich und einer anderen Person herzustellen, um Vertrauen aufzubauen. Dieser Versuch kann über das Teilen eigener Erfahrungen von Psychotherapeut*innen erfolgen, wobei eigene heterosexuelle Erfahrungen auf nicht-heterosexuelle Erfahrungen von Klient*innen übertragen werden. Eine Interviewpartnerin beschrieb solch eine Situation folgendermaßen:

Also sie hat auch sehr viel so von sich erzählt und dass sie halt irgendwie einen Mann hat und zwei Kinder, aber auch Erfahrungen gemacht hat. [...] Also ich glaube, in so Situationen, wo ich eigentlich eine konkrete Situation geschildert habe, hat sie dann versucht, vielleicht irgendwie daran anzuknüpfen oder so und dann auch was von sich erzählt. Aber voll oft wollte ich eigentlich einfach nur über meine Situation sprechen [...]. War jetzt nicht unbedingt ein Vertrauensding. [...] Ich finde das ändert schon was in einer Beziehung, wenn man das Gefühl hat, man hat irgendwie ähnliche Erfahrungen gemacht. Aber ich hatte immer eher das Gefühl, sie hat eigentlich komplett andere Erfahrungen gemacht und hat es irgendwie versucht, so gleichzusetzen. Und dann hat es sich irgendwie nicht so hilfreich angefühlt. (Interview 6)

Der Versuch der Überidentifizierung ist eine Mikrobeleidigung und hat anders als gewollt nicht für ein Gefühl der Sicherheit und Vertrauen gesorgt, sondern hat zum Gegenteil geführt. Die Interviewperson konnte nicht über ihr eigenes Anliegen sprechen und hat sich nicht verstanden gefühlt.

Stereotype Annahmen

Stereotype Annahmen wurden gegenüber den Interviewpersonen gegenüber nicht-heterosexuellen Lebensweisen und nicht-binären Geschlechtsidentitäten geäußert.

Beispielsweise äußerte eine Psychotherapeutin die Annahme, dass „queere Menschen [...] Beziehungen allgemein anders [führen] und [...] was mit mehr Leuten [haben].“ (Interview 6), wodurch Eifersucht ein anderes Thema sei als in heterosexuellen Beziehungen. Die Interviewpartnerin konnte durch diese stereotype Perspektive auf ihre Situation nicht über die Eifersucht sprechen, sondern es ging dann um queere Beziehungen, die vermeintlich immer mit „Kompliziertheit verbunden sind“ (Interview 6). In dieser Situation wurden queere Beziehungen herabgesetzt, indem sie als kompliziert dargestellt wurden (Mikrobeleidigung).

Auch in Bezug auf innere Prozesse wurde die Vorstellung geäußert, dass die nicht-heterosexuelle Identitätsfindung immer mit Unsicherheiten verbunden sei. Eine Person, die schon vor der geschilderten Situation erwähnte, queer zu sein, hatte von sich entwickelnden Gefühlen gegenüber einer Mitbewohnerin erzählt. Die Psychotherapeutin fragte daraufhin, ob sich die Interviewperson jetzt fragt, ob sie lesbisch sei.

Der Fokus, den ich gesetzt habe, dass ich einfach nur verwirrt bin mit der Situation, mit dieser zwischenmenschlichen, [...] dass das einzige, was ihr dazu einfällt, die Annahme ist, dass ich mich jetzt damit beschäftigen muss anscheinend, ob ich lesbisch bin oder nicht. Das finde ich einfach so platt. [...] Also ich würde es jetzt, glaube ich, im Nachhinein als Mikroaggression bezeichnen. Auf jeden Fall, weil es die Komplexität reduziert, einfach von queeren Erfahrungen. [...] Also sie hat ihre eigene Perspektive einfach als Folie genommen und nicht Platz für ihre eigenen Fragen gelassen. Also sie hat selber gar keine Fragen. Sie hat einfach eine Annahme gestellt. (Interview 1)

Auch in diesem Beispiel verhinderte die Äußerung der stereotypen Annahme über das zu sprechen, was der Interviewperson gerade wichtig war. Die Komplexität queerer Erfahrungen wurde reduziert, indem der Nachfrage die Annahme zugrunde lag, dass bei allen queeren Personen der gleiche Prozess der Selbstentdeckung stattfinde und dieser mit Unsicherheit verbunden sei.

In Bezug auf die Geschlechtsidentität und -performativität wurden stereotype geschlechtsspezifische Erwartungen reproduziert. „Genau, wenn ich nur einfach sage ich bin nicht-binär und [...] werde als Frau gelesen, dass dann automatisch sozusagen impliziert wird, dass ich mich ja deswegen dann immer wie ein Mann kleide oder vielleicht auch ein Mann werden will“ (Interview 5). Mit dieser Implikation wurde die Person erneut mit

heteronormativen Vorstellungen konfrontiert, die Geschlechterbinarität reproduzieren und alle Identitäten, die diese in Frage stellen, entwerten.

Unwissenheit

Weitere negative Situationen waren geprägt durch Psychotherapeut*innen, die unwissend in Bezug auf queere Lebensweisen waren. „Ich glaube, sie hat die Muster von so queeren Beziehungen vielleicht weniger gekannt.“ (Interview 8). Das fehlende Wissen wurde beispielsweise bemerkt, indem Psychotherapeut*innen „einfach noch mehr Fragen, [...] irgendwie andere Fragen“ (Interview 5) stellten. Eine Interviewperson hatte eine gute zwischenmenschliche Beziehung zu der Psychotherapeutin, beschrieb aber dennoch: „Ich hatte trotzdem immer wieder das Gefühl, ich kann nicht wie in so meinen queeren Kreisen über meine Queerness reden und über die Themen, die mich eigentlich beschäftigen.“ (Interview 1). Eine weitere Person beschrieb ebenfalls, dass der Psychotherapieprozess durch die Unwissenheit unterbrochen und erschwert wurde.

Ich will nicht Angst haben, dass ich einer Therapeutin was Falsches über eine queere Identität beibringe, weil ich nur über meine individuelle Erfahrung rede und sie dann eventuell diese individuelle Erfahrung extrapolieren könnte auf das gesamte Label. Und das habe ich bei ihr wirklich sehr viel Angst gehabt, dass wenn ich jetzt bei Asexualität nicht sage, ja, Asexualität kann das und das und das und das und das sein, dass sie es falsch versteht, nur weil ich sage, für mich inkludiert Asexualität ein durchschnittliches Libido. (Interview 3)

Unwissenheit der Psychotherapeut*innen kann als ein Ausdruck heteronormativer Voreingenommenheit betrachtet werden, also der Annahme der heteronormativen Matrix als Norm. Durch diese Norm wurden die Erfahrungen und die Lebensrealitäten queerer Personen entwertet (Mikroentwertung).

Bestätigung heteronormativer Einstellungen/Lebensweisen

Die Bestätigung heteronormativer Einstellungen und Lebensweisen zeigte sich in Bezug auf diverse Themenbereiche. Beispielsweise wurde die Frage gestellt, „ob ich [Interviewperson] es denn nicht schön fände, die einzige Bezugsperson im romantischen Sinne für einen Partner, eine Partnerin zu sein. Und warum denn nicht?“ (Interview 7). Mit dieser Frage wurden Beziehungsformen abseits der Monogamie zurückgewiesen. Die Interviewperson hatte gar keine Probleme mit ihrer aktuellen Beziehungsform, aber die Psychotherapeutin nahm an, dass mit nicht-monogamen Beziehungen Schwierigkeiten einhergehen. Dieselbe Psychotherapeutin befürwortete in einer anderen Situation eine Beziehung zu einem Mann.

Und es war eigentlich alles noch gar nicht so fix eben mit dieser Person und ich war mir auch nicht sicher, ob ich das wirklich will und sie meinte so: ‘Ja, die Kinder brauchen einen Vater, sie vermissen ihn und sie haben dafür gesorgt, dass sie diesen Vater haben.’ Und ich war so: ‘Wow, ich habe gerade das Gegenteil gesagt.’ [...] So, wo willst du mich hindrängen? [...] Selbst immer auf die Bremse drücken, aber bei dem Thema aufs Gas gehen. (Interview 7)

Ein weiterer Aspekt war die Kindererziehung, bei der der Interviewperson das Gefühl gegeben wurde „eine schlechte Mutter“ (Interview 7) zu sein, weil sie versucht, die Kinder abseits von binären Geschlechterrollen zu erziehen.

Eine heterosexistische Perspektive äußerte sich auch in der Annahme der Heterosexualität und in heterosexistischer Sprache. So wurden weiblich gelesene Personen beispielsweise nach einem „Freund“ (Interview 1) oder „dem Traummann“ (Interview 8) gefragt. Eine Person hatte mehrmals von ihrem schwulen Bruder erzählt, aber auch hier wurde lange Zeit angenommen, dass er heterosexuell sei. „Und irgendwann nach zwei Jahren Therapie, hat sie mich gefragt ‘dein Bruder ist schwul?’ Ich so ‘JA. War das nicht offensichtlich? Hä? Ich habe doch die letzten zwei Jahre immer davon erzählt.’“ (Interview 8). Auch die eigene Bisexualität der Interviewperson wurde lange Zeit nicht gesehen. In Bezug auf Gender äußerten sich heteronormative Annahmen, indem die meisten Personen nicht nach ihren Pronomen gefragt wurden und beispielsweise mit „Frau“ (Interview 1) angesprochen wurden. Nachdem die Person angesprochen hatte, dass sie gerne ohne Pronomen angesprochen werden möchte, hatte die Psychotherapeutin das zwar angenommen und versuchte, keine geschlechtsspezifische Sprache zu verwenden. Sie betonte aber auch, dass Fehler passieren werden und vermittelte das Gefühl „das ist jetzt aber schon anstrengend“ (Interview 1). Das binäre Denken schlug sich auch im Ausdruck und in der Annahme nieder, dass eine nicht-binäre Interviewperson von „einer Frau zum Mann werden“ (Interview 5) will.

Eine weitere Erfahrung war die Konstruktion von Queerness als Abweichung der heterosexuellen Norm und somit als andersartig. Interviewpersonen erzählten von „Fragen, die dann wieder eher so diese Andersartigkeit hervorheben“ (Interview 5) oder davon, dass die heterosexuelle Normfamilie als Spiegel für eine queere Beziehung genommen wurde.

Also so schon hin und wieder dieses Ding von, dass sie halt immer so die Hetero-Cis-Normfamilie genommen hat und dann mich so als Gegenpart und halt immer so, ja, da funktioniert das ja alles anders. Wo ich auch manchmal mir gedacht habe, keine Ahnung. Es sind halt auch Beziehungen, die funktionieren jetzt nicht immer komplett

anders. Also teilweise habe ich mir schon gedacht, ‘okay, das ist jetzt bisschen unnötig, das nochmal zu betonen, dass es sich um eine queere Beziehung handelt.’“ (Interview 6).

Die Befürwortung heteronormativer Einstellungen und Lebensweisen ist ebenfalls Ausdruck heteronormativer Voreingenommenheit, indem queere Lebensweisen gegenüber heterosexuellen abgewertet werden (Mikroentwertung).

Absprache der sexuellen Orientierung

Drei Interviewpersonen wurde in der Psychotherapie die sexuelle Orientierung abgesprochen. Bei einer weiblich gelesenen Interviewperson wurde zu einem Zeitpunkt als diese eine sexuelle Beziehung mit einem Mann hatte in den Raum gestellt, ob diese nicht doch heterosexuell sei. Die Person hatte zuvor nie Zweifel über die eigene sexuelle Orientierung geäußert. Die Psychotherapeutin lenkte das Thema aber auf die Frage der sexuellen Orientierung, anstatt über die Beziehung zu sprechen von der die Interviewperson erzählte:

Ich fand es dann aber ziemlich arg, als ich dann erzählt habe, dass ich jetzt halt gerade wieder eine sexuelle intime Beziehung mit einem Mann habe, dass sie dann irgendwie meinte ‘Ja, ich bin ja gar nicht so! Ich bin vielleicht doch nur an Männern interessiert.’, wo ich mir dachte ‘Hä? Wie kommst du jetzt darauf? Ich habe doch auch ganz andere Sachen erzählt.’ (Interview 7)

Eine andere Interviewpartnerin erzählte in der Psychotherapie davon, eine Frau zu daten, die

die Befürchtung gehabt [hat], dass das [Bisexualität] bei mir [der Interviewpartnerin] nur eine Phase ist. Dadurch, dass sie diese Befürchtung gehabt hat, habe ich dann die Befürchtung gehabt, dass es so ist. Dann hat die Therapeutin auch eher dann halt gesagt ‘Ja, vielleicht ist das eine Phase’ [...] und hat dann nochmal von diesem Traummann anfangen zu reden. (Interview 8)

Die Psychotherapeutin bejahte die Unsicherheiten und explorierte nicht, wie es der Interviewpartnerin damit geht und was ihre Gedanken und Gefühle dazu sind. Später im Interview stellte sie fest: „Aber ehrlich gesagt, die Phase geht jetzt schon seit über zehn Jahren.“ (Interview 8). Ihr wurde abgesprochen bisexuell oder unsicher zu sein.

Bei der dritten Person machte die Psychotherapeutin die Asexualität nicht nur zu einem Therapiethema, sondern sprach sie auch ab und sagte immer wieder:

‘Nein, du bist nicht asexuell, du bist normal. Du hast einfach nur die letzten fünf Jahre, seitdem bei dir die Pubertät angefangen hat, Pech gehabt und dich wollte halt einfach

keiner.‘ Weil das ist ja im Endeffekt, was man jemandem sagt, wenn jemand ein Spätzünder ist. (Interview 3).

Zum einen wurde der Person abgesprochen selbst die eigene sexuelle Orientierung zu bestimmen und es wurde außerdem vermittelt, dass Asexualität nicht normal sei und es doch besser sei „spät dran zu sein“.

Leugnung heterosexistischer Gesellschaftsstrukturen

Die Leugnung heterosexistischer Gesellschaftsstrukturen kann sich in der Annahme, dass nicht-heterosexuelle Personen bereits vollkommen gleichberechtigt sind und keine Diskriminierung mehr erfahren, äußern. Einer Person wurde in der Psychotherapie vermittelt, dass so diese ganzen Mikroaggressionen, wo man nicht wirklich so gut sagen kann, [...] der hat ein Schimpfwort verwendet, das war Diskriminierung, sondern eben so kleine Sachen. Dass man sich die ganze Zeit outen muss und irgendwie hoffen, dass die Reaktion gut ist. Dass [...] so was nicht als Diskriminierung angesehen [wird], sondern als Empfindlichkeiten. Persönliche. (Interview 6)

Mit dieser Botschaft wurden ihre eigenen Diskriminierungserfahrungen und damit verbundenen Emotionen für ungültig erklärt, weil „es gar nicht mehr so ist in Österreich“ (Interview 6). Die Diskriminierungserfahrungen der Interviewperson wurden somit negiert (Mikroentwertung).

Deutungshoheit

Situationen, in denen Interviewpersonen eine Deutungshoheit bei den Psychotherapeut*innen spürten, bezogen sich auf die Psychotherapie im Allgemeinen und nicht auf die Thematisierung der sexuellen Orientierung oder Lebensweise im Spezifischen. Unter Deutungshoheit fällt, dass beispielsweise eine Psychotherapeutin „gerne die Themen festgelegt hat“ (Interview 7) über die gesprochen wurde. Weiters beschrieb die Interviewperson:

Ich denke, dass sie natürlich sicher irgendwo die Profession gewählt hat, weil sie Menschen unterstützen will, aber vielleicht aus dem falschen Ansatz heraus. Nämlich aus dem Ansatz heraus, dass sie meint, aufgrund ihres Fachwissens die richtigen Ideen zu haben. Und eben Menschen nicht als Expert*innen sieht, auch wenn sie vielleicht weniger Fachwissen haben, sondern sie eher so ein bisschen arrogant an Therapie herangeht mit ‘Ich weiß ja wie es geht, lass dir von mir helfen, ich bin für dich da‘ und nicht ‘Okay. Schauen wir mal, wie ich dir helfen kann und was du brauchst.‘ (Interview 7)

Eine andere Person beschrieb eine ähnliche Situation:

Also sie hat halt sehr oft ihre eigene Meinung einfach zu meinem Leben oder zu meinen Themen gehabt [...]. Ich glaube, sie hat das Gefühl gehabt, dass sie eine Intervention macht und mich jetzt auf Sachen aufmerksam macht, die mich dann irgendwie zum Nachdenken bringen sollen. Aber was sie eigentlich gemacht hat, ist ihre eigenen Theorien, die bisschen abwegig waren, in den Raum zu stellen und dann jede [...] Rekontextualisierung oder sowas von meiner Seite, wenn ich irgendwie gemeint habe, ‘so ja, also eigentlich nicht, oder? Das ist ein bisschen ein falscher Schluss.’ hat sie dann halt als Abwehr verstanden. [...] Also es war einfach sehr schwer, mit ihr über die Themen zu reden, die für mich wichtig waren und nicht für sie. (Interview 1)

Rassismus

Die Interviewpersonen sind soweit davon berichtet wurde nicht von Rassismus betroffen. Dennoch gab es Situationen, in denen die Psychotherapeut*innen sich rassistisch äußerten und der Psychotherapieprozess gestört wurde.

Da hatte ich die Situation, da ging es um Rassismus, was mich jetzt nicht betrifft, aber da haben wir dann tatsächlich in diesem sehr kurzen Erstgespräch angefangen zu diskutieren. Also da hatten wir offensichtlich eine unterschiedliche Meinung und in meinen Augen war das also wirklich rassistisch, was sie gesagt hat. (Interview 5)

Eine andere Interviewpartnerin erzählte von queerfeindlichen Aussagen einer Kommilitonin, woraufhin die Psychotherapeutin rassistische Aussagen über die Kommilitonin äußerte.

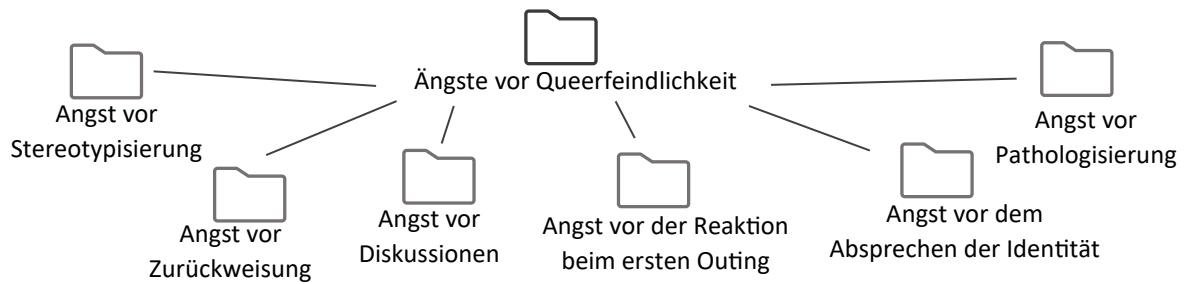
Und das hat mir [Interviewpartnerin] auch überhaupt nicht geholfen, dass die Person, die [...] sehr verletzend agiert hat, dass sie [Psychotherapeutin] die Person dann aber eigentlich rassistisch diskriminiert. Weil dann musste ich irgendwie die Person in Schutz nehmen, obwohl ich das eigentlich genau nicht machen wollte. (Interview 6)

Ängste vor Queerfeindlichkeit

Neben negativen Erfahrungen, die die Interviewpersonen in der Psychotherapie erlebten, erzählten sie auch von vielen Ängsten vor oder während der Psychotherapie. Diese Ängste sind geprägt von dem Aufwachsen in einer heteronormativen Gesellschaft. Die Hauptkategorie Ängste vor Queerfeindlichkeit gliedert sich in 6 Subkategorien (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3

Struktur der Hauptkategorie „Ängste vor Queerfeindlichkeit“

***Angst vor Stereotypisierung***

Einige Interviewpersonen erlebten stereotype Annahmen in der Psychotherapie und andere hatten Angst vor solchen und beschrieben, was passiert wäre, wenn sie solche gehört hätten.

Also nicht von wegen, dass ich gesagt hätte, ich bin schwul. Und dann sind gleich Fragen gekommen, so von wegen ‘ah ihr habt ja eh nur Sex die ganze Zeit‘ und ‘es ist sicher offene Beziehung‘ oder dass sie [Psychotherapeutin] halt einfach nicht diese Klischees bedient hat von Anfang an. [...] ich glaube eben, du kannst halt irgendwie mit so Klischeeaussagen halt dann teilweise gleich sicher einiges zerstören und irgendwie dann wieder eine Verbindung kaputt machen. (Interview 2)

Eine andere Interviewperson äußerte explizit die Angst vor Stereotypisierung und damit verbunden den Wunsch, dass es nicht so wäre.

Ich merke, dass ich sehr Angst habe, stereotypisiert zu werden und dadurch stereotypisiere ich mich dann glaube ich selber, damit ich nicht einem anderen Stereotyp entspreche. [...]. Ich würde mir eine Reaktion wünschen, wo ich nicht daran denken muss, welchem Stereotyp ich jetzt entspreche. (Interview 1)

Das Zitat zeigt auch, dass die Ängste der Interviewpersonen einen Einfluss darauf haben, wie sich diese in der Psychotherapie verhalten. Auch wenn es sich augenscheinlich nur um eine Angst handelt und nicht etwas, was der Person in der Psychotherapie passiert war, dachte die Person darüber nach, wie sie sich verhalten und präsentieren soll.

Angst vor Zurückweisung

Die „Angst vor [...] Zurückweisung“ (Interview 1) wurde in Situationen erlebt, in denen die Interviewpersonen über ihre sexuelle Orientierung oder ihre Geschlechtsidentität sprachen. Eine Interviewperson, die positive Erfahrungen machen konnte, beschrieb die Befürchtung und die Konsequenzen einer potenziell negativen Erfahrung wie folgt:

Ich glaube, es [sexuelle Orientierung] ist natürlich ein irrsinnig wichtiges Thema, wo ich dann schon der Überzeugung bin, wenn ich jetzt in der Therapie, im Therapieprozess gemerkt hätte, das würde [für] Ablehnung sorgen und das wäre abgelehnt, instinktiv müsst ich auch den Therapieprozess abbrechen [...]. Weil ja irgendwie die Therapeutin der Therapeut eigentlich [...] mit irgendeiner essentiellen Charaktereigenschaft von mir nicht übereinstimmt.“ (Interview 2)

Unter Ablehnung zählte die Person nicht nur ausgesprochene Ablehnung, sondern auch „Mimik, Gestik“ (Interview 2).

Angst vor Diskussionen

Die Angst vor Diskussionen bezog sich einerseits auf die eigene sexuelle Orientierung, aber auch auf politische Themen.

Ich wollte politisch nicht wild rumdiskutieren müssen. Ich wollte in Bezug auf meine sexuelle Orientierung und mit wem ich welche Arten auch immer für Beziehungen führe, nicht blöd rumdiskutieren oder vielleicht auch, wie ich mich anziehe oder mein Habitus oder dieses oder jenes, das. War mir wichtig, einfach weil ich wollte ja über andere Themen sprechen und nicht so was Essentielles, was an meine Identität geht, verhandeln müssen oder sowas. Also auch als Voraussetzung dafür, dass ich vulnerabel auch sein kann und mich öffnen kann in der Therapie und mich da auch darauf einlassen kann. (Interview 4)

Auch eine andere Person beschrieb, dass „kontroverse Diskussionen“ (Interview 2), dazu führen würden, dass die Person sich „im Therapieprozess nicht sicher fühlen“ (Interview 2) würde. Bei einer weiteren Person äußerte sich diese Angst in der ständigen Erwartung „irgendwelche[r] Kommentare“ (Interview 8) in Bezug auf die Sexualität.

Angst vor der Reaktion beim ersten Outing

Die Angst vor der Reaktion der Psychotherapeut*innen beim ersten Outing oder der Thematisierung nicht-heterosexueller Orientierungen zeichnete sich vor allem dadurch aus, dass die Interviewpersonen nicht wussten, welche Einstellungen der*die Psychotherapeut*in hat und dementsprechend nicht wussten, ob vielleicht eine negative Reaktion kommt, die sich beispielsweise in Stereotypen, dem Absprechen der Identität, Pathologisierung, Diskussionen oder anderem äußert. Diese Angst ist gekennzeichnet dadurch, dass sie vor dem ersten Outing besteht und danach aufgelöst ist. Eine Interviewperson, die ihre sexuelle Orientierung erst später in der Psychotherapie offenbarte, sagte: „Ich [habe] dann Sorge vor biphoben Kommentaren wieder gehabt. Und eben, wie sie reagieren würde.“ (Interview 8). Eine weitere Person beschrieb das erste Outing als „eine Überwindung [...], weil man halt einfach auch

nicht weiß, wie der andere zu dem Thema [sexuelle Orientierung] steht.“ (Interview 2). Noch eine Person beschrieb, dass sie zurückhaltend erzählte, „welche sexuelle Orientierung [...] die Leute haben, mit denen ich [die Interviewperson] interagiere oder auch intim bin, weil ich einfach auch nicht wusste oder weiß, wie feministisch diese Therapeutin ist.“ (Interview 7).

Angst vor dem Absprechen der Identität

Die Angst vor dem Absprechen der Identität hatte eine Interviewperson, die bisexuell ist. Sie beschrieb, dass sie Angst vor den „typischen biphoben Kommentare[n]“ (Interview 8) hatte und vor allem davor, dass gesagt wird, dass ihre Bisexualität „nur eine Phase ist“ (Interview 8).

Mit dem Begriff der Phase wird impliziert, dass die Nicht-Heterosexualität nur vorübergehend ist und quasi eine „Verirrung“. Es wird abgesprochen, dass Personen bisexuell sein können.

Angst vor Pathologisierung

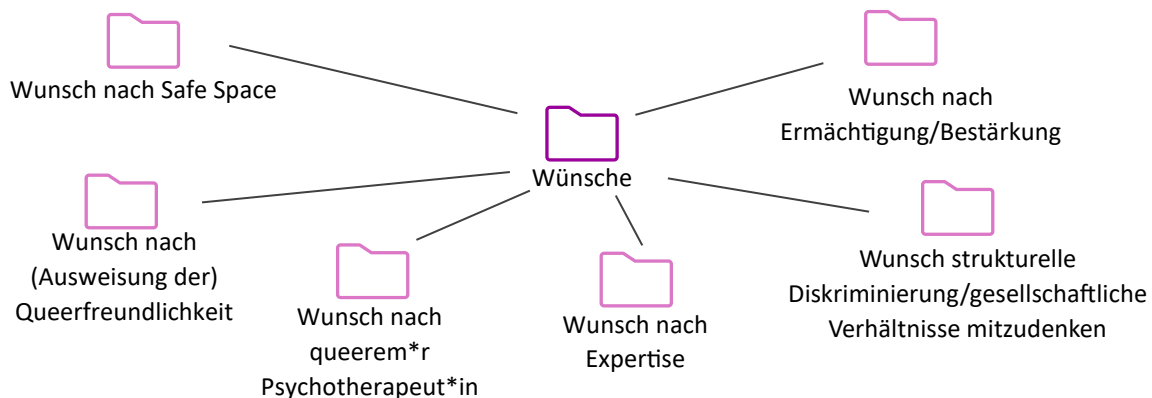
Die Angst vor Pathologisierung bestand in Befürchtungen, dass die sexuelle Orientierung mit Erlebnissen in der Kindheit in Verbindung gebracht, sie zu einem Therapiethema gemacht oder gesagt wird, sie sei Resultat anderer Probleme. Die Angst vor der Verknüpfung mit Kindheitserfahrungen beschrieb die Interviewperson folgendermaßen:

Bei mir [war] am Anfang irgendwie die Überzeugung [...], wenn man das [sexuelle Orientierung] irgendwie in der Therapie dann sagt, dann kommen sie gleich von wegen ‘ja, da war irgendwas in der Kindheit‘ oder da, ‘der Papa war abwesend‘ oder ‘die Mama war zu stark‘ oder irgendwie sowas. (Interview 2)

Eine andere Interviewperson hatte folgende Ängste: „Ja, ich glaube ich hatte wirklich nur Angst davor gehabt, dass sie [Psychotherapeutin] wirklich sagt, dass es irgendwie ein psychisch wichtiges Thema ist oder, dass meine Bisexualität von irgendwelchen anderen Problemen kommt.“ (Interview 8)

Wünsche

Wünsche beziehen sich auf Verhaltensweisen der Psychotherapeut*innen, die sich die Interviewpersonen gewünscht hätten oder in Zukunft wünschen würden, aber nicht erlebt hatten. In Abgrenzung zu den geäußerten Ängsten wurde hier das explizite Vorhandensein unterstützender Verhaltensweisen und Rahmenbedingungen gewünscht und nicht nur das Ausbleiben negativer. Diese Kategorie ergab sich in der Analyse der Interviews und gibt Aufschluss darüber, wie Psychotherapie für nicht-heterosexuelle Klient*innen besser gestaltet werden könnte. In den Interviews ergaben sich sechs Wünsche (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4*Struktur der Hauptkategorie „Wünsche“****Wunsch nach Safe Space***

Der Wunsch nach einem Safe Space baut auf der Überzeugung auf, dass die Interviewpersonen davon ausgingen, dass Psychotherapie ein Safe Space sein muss, damit man sich öffnen kann. Ein Safe Space sei ein Ort, an dem man „als ganzer Mensch angenommen“ (Interview 2) wird und „unbewertet nachgefragt“ (Interview 8) wird. Ein Interviewpartner hob hervor, „dass man in die Therapie geht, weil man ja irgendwie so einen Stress von außen hat, weil irgendwie das alles nicht so läuft, wie man es gerne hätte und [...] sich genau deswegen dann Hilfe sucht.“ (Interview 2). Wird eine Person in dieser Position zurückgewiesen und nicht als gesamte Person angenommen, ist es unwahrscheinlicher, dass die Psychotherapie helfen kann.

Wunsch nach (Ausweisung der) Queerfreundlichkeit

Ein großes Thema war der Wunsch nach queerfreundlichen Psychotherapeut*innen und der Ausweisung der Queerfreundlichkeit, damit die Unsicherheit bezüglich der Einstellungen des*der Psychotherapeut*in umgangen werden kann:

Ich glaube, [...] dass es eben gerade generell einfach immer irgendwie schwierig ist, wenn ich sage, ich möchte dieses Thema [sexuelle Orientierung] besprechen. Dass das halt schon einfach immer für viele noch so schambehaftet ist und wo es halt eben auch wichtig ist, dass man [sich] eben noch mehr halt eigentlich dann ausweist [...] als Therapeut*innen LGBTIQ-friendly und dass man sich halt einfach dahingehend auch offen zeigt [...]. Und dass man einfach auch das Gefühl gibt, es können alle Leute eben kommen. Weil ich glaube, bei vielen scheitert es vielleicht halt eben genau daran, weil sie eben keine LGBTIQ-friendly Therapeut*innen finden und dann gehen sie ja vielleicht nicht in die Therapie, weil sie halt eben gerne wen hätten, der irgendwie so

was wie Coming out, Sexualität halt dann irgendwie nachvollziehen kann. Ich glaube, wenn man da noch mehr [...] Hinweise auch nach außen setzt in der eigenen Website, im eigenen Marketing sozusagen, dann glaube ich, könnte man da auch noch viel mehr positive Sachen bewirken. Weil dann könnte man halt vielleicht irgendwie in diesem Sinne ein bisschen zuvorkommen, dass man sagt, man könnte diese negativen Therapieerfahrungen halt ausschließen. In dem Sinne halt auch, weil zumindest LGBTIQ-Personen nicht mehr zu den konservativen Menschen gehen. (Interview 2)

Die Ausweisung der Queerfreundlichkeit kann helfen, dass die Psychotherapie ein Safe Space sein kann, in dem Personen sich sicher sein können, dass sie dort als gesamte Person angenommen werden und keine Befürchtungen vor Queerfeindlichkeit haben müssen.

Eine Person äußerte nicht nur den Wunsch nach einzelnen queerfreundlichen Psychotherapeut*innen, sondern nach queerfreundlichen Institutionen.

Ich glaube, es braucht halt gerade auch diese spezifischen queerfriendly Einrichtungen, weil es eben ohne diese fast unmöglich ist in unserer Gesellschaft, dass Personen, die nicht in die heteronormative Vorstellung von Familie oder persönliche Identität irgendwie passen, dass die einfach ernst genommen werden und mit Respekt und Solidarität, dass denen mit Wertschätzung begegnet wird. (Interview 7)

Die Interviewperson verwies hier nicht nur auf queere Sexualitäten, sondern auch auf Lebensweisen, wie die Familiengestaltung.

Einige Interviewpersonen versuchten bereits bei der ersten Wahl der Psychotherapeut*innen, eine queerfreundliche Person zu finden und verwendeten hierfür die Seite QueerMed. Das ist ein Internetportal, in dem queer- und transfreundliche Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen gelistet werden. Eine Person berichtete allerdings: „Ich habe das Gefühl, [...] das Kriterium in QueerMed zu stehen, ist, dass die Leute jetzt nicht explizit homophob sind [...] oder halt queerfeindlich. Und das ist mir nicht genug.“ (Interview 1).

Nicht explizit queerfeindlich zu sein bedeutet nicht gleich queerfreundlich zu sein. Es ist also nicht genug, dass Psychotherapeut*innen einfach sagen, sie seien queerfreundlich, weil sie nicht explizit negative Einstellungen gegenüber queeren Personen haben. Queerfreundlichkeit bedeutet auch, sich aktiv mit queeren Lebensweisen und der eigenen Positionierung auseinanderzusetzen. Das wird auch im Wunsch nach Expertise deutlich.

Wunsch nach queerem*r Psychotherapeut*in

Verbunden mit dem Wunsch nach queerfreundlichen Psychotherapeut*innen wurde teilweise auch ein*e queere Psychotherapeut*in gewünscht. „Ich fände es schon cool, eine queere Therapeutin zu haben ehrlicherweise oder zumindest eine, die von queeren Menschen

empfohlen wurde.“ (Interview 6). Zu wissen, dass der*die Psychotherapeut*in ebenfalls queer ist, könnte, wie die Ausweisung der Queerfreundlichkeit, Unsicherheiten beseitigen und zum Safe Space beitragen.

Wenn ich jetzt sagen würde, ich würde zu einem [...] schwulen Therapeuten gehen oder zu einer lesbischen Therapeutin oder zu einer Transperson, die Therapeut*in ist, dann würde das sicher auch nochmal was ganz anderes [sein]. Weil da würde man es [sexuelle Orientierung] einfach sagen, weil man weiß ja eh, man ist [...] in einem Safe Space von der Community. (Interview 2)

Eine Interviewperson erklärte auch, dass es ihr bei der Suche einer Psychotherapeutin wichtig war, dass diese lesbisch ist.

Als ich damals entschieden habe, dass ich Therapie brauche oder möchte, [...] war für mich klar, dass ich zu eigentlich einer lesbischen Therapeutin möchte, weil ich keine Lust hatte, was erklären zu müssen. Blöde Sprüche. Also mir war einfach wichtig, dass da ein bestimmtes Grundwissen da ist und das ist am wahrscheinlichsten garantiert, [...] wenn man zu einer lesbischen Therapeutin geht. Und deswegen war das tatsächlich für mich ein recht großes Auswahlkriterium in der Therapeutinnenwahl. (Interview 4)

Es ist der Person gelungen eine lesbische Psychotherapeutin zu finden und ihre Psychotherapieerfahrung beschrieb sie, als sehr gut, was sie im Interview aber nicht größtenteils auf die sexuelle Orientierung zurückführte. Dennoch zeigt das Zitat, dass es vor allem zu Beginn geholfen hat eine gewisse Sicherheit zu haben, dass man angenommen wird und Verständnis vorhanden ist.

Wunsch nach Expertise

Beim Wunsch nach Expertise wurden verschiedene Aspekte genannt. Ein Aspekt war, dass Psychotherapeut*innen ein gewisses Grundwissen über queere Communities und Lebensweisen haben sollten. „Da will ich jemanden haben, der schon weiß, was die gesamte Community ist, damit ich in Ruhe über meine eigene Erfahrung reden kann.“ (Interview 3). „Ich hätte gerne gehabt, dass sie sich selber auskennt mit dem Thema“ (Interview 8).

Ich würde mir eine Person wünschen, die sich sehr gut damit auskennt. Die sehr einen Überblick hat von Queerfeindlichkeit, so global, so die Entwicklungen und konkret auch so in Österreich und so auf vielen verschiedenen Ebenen. Einfach so was für Geschichten von queeren Personen gibt es. (Interview 1)

Zu dem Wissen über die queere Community gehört auch zu wissen, mit welchen spezifischen Stressoren diese konfrontiert ist. Eine Interviewperson hätte sich hier

Psychoedukation gewünscht. „Ich glaube, ich hätte mir gewünscht, dass sie mehr von dieser Diskriminierung weiß und vielleicht auch psychoedukativ von queeren Problemen, queeren Stressoren weiß und mir das erzählt. Nicht umgekehrt.“ (Interview 8).

Neben dem allgemeinen Wissen über queere Lebensweisen wünschte sich eine Interviewperson auch, dass Psychotherapeut*innen sich darüber hinaus persönlich mit heteronormativen Annahmen auseinandersetzen.

Wie sie [Psychotherapeut*innen] selber von Unterdrückung, queerfeindlicher Unterdrückung betroffen sind, auch wenn sie nicht queer sind? Inwiefern sie das selber machen? Inwiefern sie Sachen, die sie dachten, die sind gut gemeint, die dann problematisch [sind, reproduzieren]. Das ist einfach eine andere Art von Auseinandersetzung und nicht nur irgendwie ‘Ah ich lerne jetzt was über lesbische Lebensweisen‘ oder so [...]. Ich habe das Gefühl, dass es manchmal auch einfach mehr dazu beiträgt, Sachen zu verschleiern, wenn dann Leute denken ‘ah sie haben sich jetzt damit auseinandergesetzt.‘ (Interview 1)

Dementsprechend sollte auch die Verantwortung auf Seiten der Psychotherapeut*innen liegen cis-heteronormative Vorstellungen infrage zu stellen und beispielsweise zu fragen, „was für Pronomen die Person [Klient*in] verwendet“ (Interview 1).

Ein weiterer erwünschter Aspekt war, dass Psychotherapeut*innen „wirklich spezifisch auch in dem Bereich voll die Erfahrung haben“ (Interview 2).

Anhängend an das Grundwissen und die Erfahrungen wurden sich auch mehr „Fortbildungen“ (Interview 1; Interview 8) und „Weiterbildungen“ (Interview 2) gewünscht. Und dass Psychotherapeut*innen „auf andere Ressourcen und Leute“ (Interview 6) verweisen, „wenn man [Psychotherapeut*innen] merkt, man kommt nicht mit.“ (Interview 6).

Neben der Expertise in Bezug auf queere Identitäten und Lebensweisen wünschte sich eine Interviewperson, dass Psychotherapeut*innen und Einrichtungen „sensibilisiert sind für geschlechtsspezifische Gewalt“ (Interview 7).

Wunsch strukturelle Diskriminierung/gesellschaftliche Verhältnisse mitzudenken

Es wurde der Wunsch nach einer Psychotherapie, die „intersektional“ (Interview 1) ist, in der „systemische Ungerechtigkeiten“ (Interview 6) verstanden werden und „diskriminierende Strukturen“ (Interview 6) anerkannt werden, geäußert. Eine intersektionale Perspektive bedeutet verschiedene gesellschaftliche Verhältnisse zu bedenken.

Das Thema ist jetzt Queerness, aber das gilt halt für alle anderen Sachen auch. [...] Ökonomische Unterdrückung und Rassismus, dass das alles halt irgendwie Teil vom

Grundverständnis wird, ohne das es jetzt vielleicht so die einzige Analyseperspektive ist. Aber wenn das nicht mitbedacht wird, dann wird so viel verschleiert einfach und macht viele Leute, die davon viel direkter betroffen sind oder die Auswirkungen viel direkter spüren alles so viel schwerer, weil dir einfach von einer Autoritätsperson widergespiegelt wird, dass du das Problem bist und nicht die Systeme so. (Interview 1)

Hierunter wurde auch die Reflektion der eigenen Positionierung genannt, da die „Verteilung von Jobs, wer hat das Geld und wer hat irgendwie die Möglichkeiten, die Zugänge eine Therapieausbildung zu machen, sehr clearly von all den Strukturen, die wir gerade besprechen“ (Interview 1) beeinflusst werden.

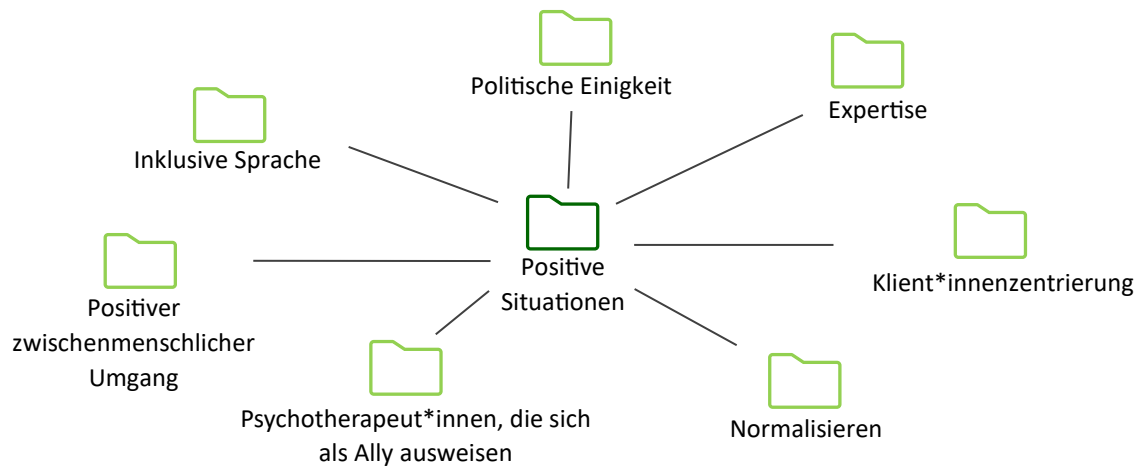
Wunsch nach Ermächtigung/Bestärkung

Interviewpersonen wünschten sich „mehr Validierung“ (Interview 8) und Ermutigung, sich Allies zu suchen. „Aber halt, ich hätte irgendwie mehr so was gebraucht wie keine Ahnung, such dir Allies. Gibt es Leute, die irgendwie da was sagen können, die mit dir an diesem Ort sind?“ (Interview 6). Es ging bei diesem Wunsch darum, nicht das Gefühl vermittelt zu bekommen, man muss sich mit heteronormativen Strukturen abfinden und diese akzeptieren. Es soll vermittelt werden, dass queere Personen gut sind, wie sie sind und dass Heteronormativität das Problem ist. Daran anknüpfend sollen die Handlungsfähigkeit und Veränderungsmöglichkeiten der Gesellschaft herausgestellt werden.

Also ich glaube die Grundsache ist so das Anerkennen von diskriminierenden Strukturen und auch das Verständnis, dass man nicht einfach nur seinen eigenen Zugang verändern muss, damit irgendwie alles gut ist, sondern dass es ein aktiverer Prozess ist, dass man sagt, okay, wie kannst du dich dagegen engagieren? Also einfach Therapie, auch als was [...] Bestärkendes machen und nicht nur als okay, du veränderst dich selber, damit du besser mit dem System zurechtkommst, sondern [...] wie hast du ein Ventil, um das System zu verändern. (Interview 6)

Positive Situationen

Unter positive Situationen fallen alle beschriebenen Verhaltensweisen und Rahmenbedingungen in der Psychotherapie, die die Interviewpersonen als hilfreich und unterstützend wahrgenommen haben. Es ergaben sich sieben Subkategorien, die die verschiedenen Verhaltensweisen und Rahmenbedingungen beschreiben (siehe Abbildung 5). Im Gegensatz zu den Wünschen geht es hier um Situationen, die die Interviewpersonen tatsächlich erlebt haben. Nicht alle Subkategorien beziehen sich auf den Umgang mit nicht-heterosexuellen Orientierungen und Lebensweisen.

Abbildung 5*Struktur der Hauptkategorie „Positive Situationen“****Politische Einigkeit***

Interviewpersonen empfanden es als hilfreich, wenn der*die Psychotherapeut*in ähnliche politische Ansichten hatte. Politische Einigkeit half den Interviewpersonen sich zu öffnen und Vertrauen zu fassen. „Dadurch, dass sie dann [...] mit feministischen Begriffen und irgendwie Literatur gekommen ist. Nach einer Zeit habe ich [...] einfach aufgemacht und mich mehr getraut, so zu erzählen.“ (Interview 7) und es wurde ein „gewisses Level an Awareness“ (Interview 7) vermittelt. Außerdem wurde betont, dass es für die therapeutische Beziehung hilfreich war, sich „politisch sehr einig“ (Interview 4), „feministisch verbunden“ (Interview 4) gewesen zu sein und einen „ähnlichen Blick“ (Interview 5) auf „strukturelle Diskriminierung, Machtstrukturen“ (Interview 5) gehabt zu haben. Besonders hervorgehoben wurde eine feministische Grundhaltung in Bezug auf die politische Einigkeit. Die politische Einigkeit wurde wie bereits erwähnt durch den Bezug auf feministische Literatur vermittelt, aber beispielsweise auch durch „politische Bücher [in der Praxis]. [...] Da ging es halt dann auch um Gewalt gegen Frauen oder gegen Kinder“ (Interview 4). Es konnten also auch Hinweise im Raum das Gefühl der politischen Nähe vermitteln und nicht nur Aussagen der Psychotherapeut*innen.

Expertise

Unter Expertise verstanden die Interviewpersonen, dass die Psychotherapeut*innen Begriffe in Bezug auf Identitäten kannten, wussten „was ist genau eine Polybeziehung, was ist eine offene Beziehung“ (Interview 6) und auch Wissen in Bezug auf die Community und wichtige Vorbilder hatten.

Also was ich richtig cool fand eigentlich, war, dass ich eben am Anfang darüber gesprochen habe, dass ich keine Vorbilder kenne und keine älteren Menschen, die queer sind. Und sie hat mir dann einen Beitrag auf Ö1 empfohlen zu Gertrude Stein und ihrer Frau. Und das war irgendwie voll cool, weil es war so voll konkret und halt einfach auch Leute zu haben. Also das war irgendwie sehr hilfreich und auch sehr thoughtful. (Interview 6).

Neben dem expliziten Wissen äußerte sich Expertise auch in Erfahrung. „Aber auf jeden Fall hat sie schon an Orten auch Psychotherapie angeboten, wo eben viele Personen hinkommen, die nicht [...] heterosexuell sind.“ (Interview 5). Erfahrung führte auch dazu, dass im Vergleich zu nicht erfahrenen Psychotherapeut*innen „andere Fragen“ (Interview 5) gestellt wurden und vor allem keine Fragen, „die nicht der Therapie dienen, sondern ihrer [Psychotherapeut*innen] Neugierde“ (Interview 6).

Eine Interviewperson verwies auch darauf, dass es positiv war, wenn die Psychotherapeutin bei Unwissenheit selbst recherchierte.

Ich habe das Gefühl gehabt, sie [Psychotherapeutin] hat recherchiert. Zwischen Sessions. Ich habe schon das Gefühl gehabt, wenn ich was angesprochen habe, was ich dann erklären habe müssen. Das es wirklich beim nächsten Mal drin war bei ihr, wenn sie davor etwas nicht gewusst hatte. (Interview 3)

Recherche wurde als hilfreicher Umgang mit Unwissenheit betrachtet, aber dennoch wurde der „Anstoß von mir [Interviewperson] gebraucht“ (Interview 3) und die Recherche wurde nicht selbstmotiviert durchgeführt.

Klient*innenzentrierung

Klient*innenzentrierung bedeutet, dass die Klient*innen mit ihren Bedürfnissen im Fokus stehen und es darum geht, sie zu unterstützen und nicht zu führen. Das bedeutet auch, dass Klient*innen die Themen in der Psychotherapie bestimmen können und es darum geht, was sie gerade brauchen. In Bezug auf die sexuelle Orientierung wurden Interviewpersonen zentriert, wenn Psychotherapeut*innen die sexuelle Orientierung akzeptierten, nicht diskutierten und nicht problematisierten. „Wenn ich [Interviewperson] jetzt nicht darüber konkret reden will, also wie gesagt, so da [sexuelle Orientierung] keine Unterstützung brauche, dann muss man auch nicht drüber reden, so. Dann wird es halt angenommen.“ (Interview 5). Dadurch wurde das Gefühl vermittelt, dass die Psychotherapeutin bei der Person bleibt. Eine andere Person beschrieb es als die sexuelle Orientierung „so stehen lassen“ (Interview 3).

Aber auch in Bezug auf andere Themen war es den Interviewpartner*innen wichtig, das Gefühl zu haben, dass es darum geht, „was brauche ich eigentlich“ (Interview 1) und, dass Psychotherapeut*innen „teilweise auch nichts dazu [...] sagen“ (Interview 5). Eine Person beschrieb diesen Gestaltungsspielraum folgendermaßen:

Nicht nur in diesen, weiß ich nicht sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität, sondern halt auch einfach mit deinem Schmäh oder mit deinen Copes irgendwie, dass du, wenn du über zache Sachen redest, vielleicht mal blöde Scherze machst oder so was und dass sie da auch mitgeht. Also eben diese empathische. Und dieses quasi auch in dieser Hinsicht mir den Raum, den Gestaltungsraum zuspricht, dass ich entscheiden kann, was ist jetzt lustig und was ist jetzt vielleicht nicht lustig. (Interview 4)

Als letzter Aspekt zur Klient*innenzentrierung wurde auch ein akzeptierender Umgang mit Widerspruch genannt. „Als ich ihr dann erklärt habe, so ‘ja, finde ich halt nicht.’ War sie schon so ‘Ah, okay’. [...] Also zumindest hat sie es mal angenommen.“ (Interview 1).

Normalisieren

Im Gegensatz zu negativen Situationen, in denen queere Identitäten und Lebensweisen als andersartig konstruiert wurden, wurde es als hilfreich erlebt, wenn diese normalisiert wurden. Hierzu zählt einerseits die Botschaft „Ich bin gut so wie ich bin“ (Interview 5) und dass queere Identitäten „genauso okay sind wie alles andere auch“ (Interview 5). Neben der direkten Normalisierung wurde es geschätzt, wenn die Psychotherapeut*innen durch eine neutrale Reaktion bei der Thematisierung der sexuellen Orientierung, die Identität der Interviewpersonen subtil anerkannt haben (Mikroaffirmation). Das bedeutet, dass weder „negative Sachen oder positive Sachen gekommen“ (Interview 2) sind. Die Reaktion war also genauso, wie sie bei heterosexuellen Personen oder Beziehungen wäre und „nicht besonders [...] überrascht oder besonders neugierig. Also sehr casual. Also einfach sehr normal.“ (Interview 6). Außerdem wurde es als positiv empfunden, wenn „wertneutral“ (Interview 8) nachgefragt wurde. Eine bisexuelle Interviewpartnerin beschrieb die Reaktion ihrer Psychotherapeutin, als sie von einem Date mit einer Frau erzählte: „Sie hat so darauf reagiert, wie ich damals von meinem Exfreund erzählt habe“ (Interview 8).

Psychotherapeut*innen, die sich als Ally ausweisen

Zwei Personen hatten ihre Psychotherapeut*innen vorher auf QueerMed gesucht. Eine Interviewperson machte trotz der Ausweisung auf QueerMed negative Psychotherapieerfahrungen. Dennoch half die Ausweisung der Psychotherapeut*innen als Ally den Interviewpersonen, sich bei der Suche zu orientieren, und beide Interviewpersonen

berichteten die Suche über QueerMed als positiv. Bei einer Person hatte die Psychotherapeutin zu Beginn klar gemacht, dass die Geschlechtsidentität und die sexuelle Orientierung der Interviewperson kein Problem sind. Die Interviewperson schloss die Erzählung dazu mit dem Hinweis, dass die Psychotherapeutin „auch auf der QueerMed-Webseite halt empfohlen“ (Interview 5) wurde.

Eine weitere Interviewperson beschrieb, dass sie damals auf der Suche nach einer „lesbischen[n] Feministin“ (Interview 4) war. Sie erinnerte sich nicht mehr genau, ob die Psychotherapeutin zu Beginn gesagt hatte, dass sie lesbisch ist oder ob die Person es von der Webseite wusste. Sie beschrieb dennoch, dass Hinweise auf den Webseiten gute Indikatoren sein können, ob Psychotherapeut*innen Allies sind.

Ich meine, man sieht das dann ja auf den Webseiten oder wenn dann steht LGBTIQ oder Geschlechtsidentität oder dieses oder jenes. Dann ist es ein sehr starker Indikator dafür, dass die Person entweder selber oder halt wirklich zumindest ein überzeugter Ally ist für die Sache. (Interview 4)

Positiver zwischenmenschlicher Umgang

Alle Interviewpersonen nannten positive Situationen, die sich auf den allgemeinen zwischenmenschlichen Umgang bezogen. Hierunter wurde genannt, dass es hilfreich war, wenn die Psychotherapeut*innen „wertschätzend“ (Interview 6), „bemüht neugierig“ (Interview 1) und „unterstützend“ (Interview 4) waren. Situationen, in denen sich Unterstützung äußerte, war beispielsweise die Unterstützung bei einem Antrag für eine Namensänderung. „Ich komme hin, gebe ihr die Vorlage, wir füllen es gemeinsam aus. War auch überhaupt kein Problem eben.“ (Interview 3). Eine andere Person hatte sich schwer getan über Queerness zu sprechen und die Reaktion ihrer Psychotherapeutin als hilfreich erlebt.

Ich habe mich schon auch sehr verletztlich gemacht und da hat sie aber eigentlich ganz gut reagiert und meinte auch ‘ja, ich kann mir irgendwie auch Zeit lassen und kann da halt meinen Weg gehen.’ Und das war eigentlich eher bestärkend. (Interview 6).

Ebenfalls wurde genannt, dass es positiv ist, wenn Psychotherapeut*innen „Empathie“ (Interview 2), „Bestätigung“ (Interview 4) und „Verständnis“ (Interview 5) zeigten.

Ja, sie hat auch viel von sich erzählt. Also nicht übertrieben viel, sondern so, dass es angenehm war. Aber es war, dass es mir auf jeden Fall aufgefallen, immer wieder waren so Situationen, in denen sie von sich erzählt hat und [...] damit halt gezeigt hat so, ich habe Verständnis dafür. Oder ich kenne das auch. (Interview 5)

Diese Person erlebte das Teilen eigener Erfahrungen positiv. Andere Interviewpersonen fanden das Teilen eigener Erfahrungen aber auch irritierend, weil es sich wie weiter oben dargestellt nach dem Versuch einer Überidentifizierung anfühlte.

Zwei Interviewpersonen nannten auch, dass sie ihre Psychotherapeutinnen „respektieren“ (Interview 4) konnten beziehungsweise sie eine „respektvolle“ (Interview 1) Person ist. Im zwischenmenschlichen Umgang wurde auch „aktives Zuhören“ (Interview 7) und „auf Augenhöhe zu sein“ positiv empfunden (Interview 1). Positiv wurde auch dargestellt, dass in der Psychotherapie „oft gelacht“ (Interview 5) wurde und es schön ist, „eine Therapeutin zu haben, mit der man lästern kann“ (Interview 4).

Diese Beschreibungen zeigen, dass unabhängig von der sexuellen Orientierung, Geschlechtsidentität oder dem Therapiethema eine gute Beziehung, die wertschätzend und empathisch ist, relevant für eine positive Psychotherapieerfahrung war.

Inklusive Sprache

Mehrere Interviewpersonen empfanden es als positiv, wenn die Psychotherapeut*innen inklusive Sprache verwendeten. Eine Person berichtete hier, dass die Psychotherapeutin zu Beginn der Psychotherapie von sich aus fragte, wie sie die Interviewperson ansprechen soll. Die Psychotherapeutin „hat halt einmal nach Pronomen gefragt und dann war's das so.“ (Interview 5).

Einer anderen Interviewpartnerin fiel positiv auf, dass die Psychotherapeutin immer alle richtigen Begriffe verwendet [hat] und [...] so "LGBT" so sehr locker sagen [konnte]“ (Interview 6). Es ging einerseits darum, die richtigen Begriffe zu verwenden, aber auch darum, vertraut mit inklusiver Sprache zu sein. Im ersten Fall äußerte sich das darin, dass einmal nach den Pronomen gefragt wurde, womit die Ansprache geklärt wurde, und im zweiten Beispiel äußerte sich das darin, dass die Psychotherapeutin die Bezeichnungen „locker“ sagen konnte und zeigte, dass das nicht etwas Ungewohntes oder Seltsames ist.

Durch inklusive Sprache wurden Identitäten, die aus der heteronormativen Matrix fallen, mitgedacht und subtil affirmiert (Mikroaffirmation).

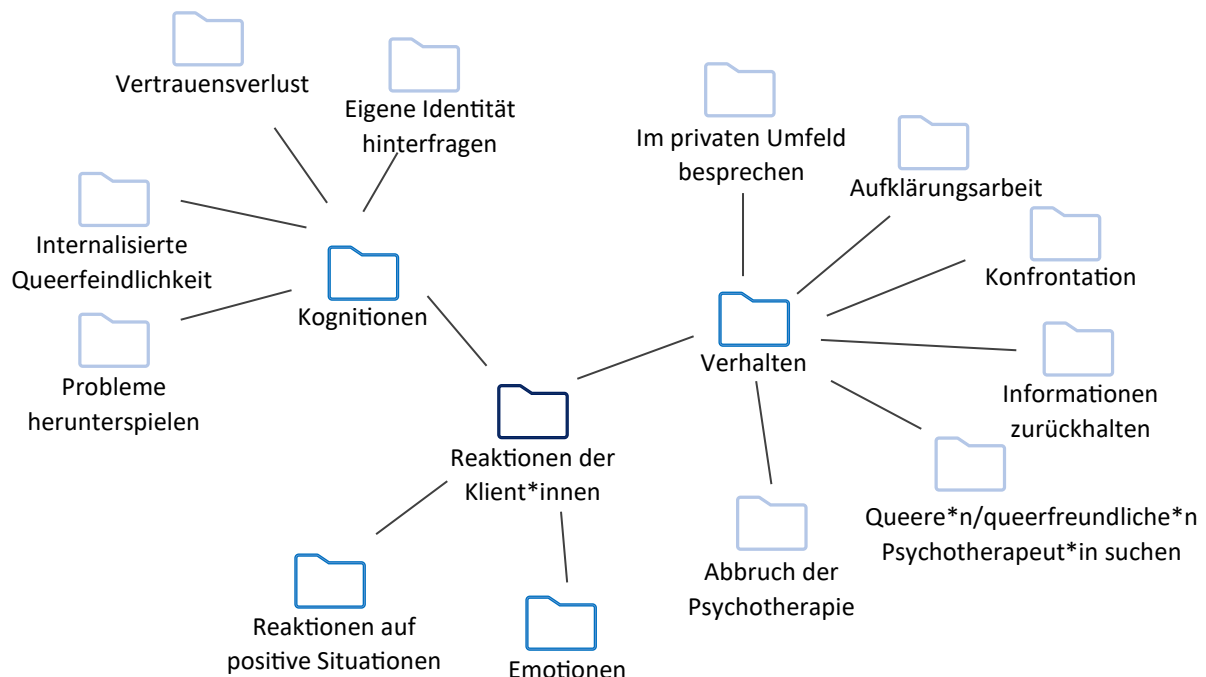
Reaktionen der Klient*innen

Die Interviewpersonen gingen unterschiedlich mit den berichteten Erfahrungen in der Psychotherapie um. Die Reaktionen lassen sich aufteilen in Reaktionen auf emotionaler, kognitiver und verhaltensbasierter Ebene (siehe Abbildung 6). Diese Kategorie bezieht sich auf die dritte Forschungsfrage, welche nach dem Einfluss von und dem Umgang mit negativen Erlebnissen in der Psychotherapie fragt. Es gab aber auch Interviewpersonen, die

erzählten, wie sich positive Situationen ausgewirkt haben, weshalb diese Aspekte auch genannt werden.

Abbildung 6

Struktur der Hauptkategorie „Reaktionen der Klient*innen“



Verhalten

Reaktionen auf der Verhaltensebene, sind Reaktionen, die zu einer konkreten Handlung oder dem Unterlassen dieser geführt haben.

Im privaten Umfeld besprechen. Eine Interviewperson hatte sich „mit Freunden [...] darüber [Psychotherapeutin] aufgeregt“ (Interview 3) und eine andere Person konnte ihr Anliegen nicht in der Psychotherapie besprechen und sprach darüber dann lieber im privaten Umfeld:

Ich glaube jetzt nicht, dass das [Psychotherapie] der Raum ist, um es durchzusprechen. Dann habe ich es eher mit meinen Freundinnen besprochen, die halt sehr LGBTIQ+-Allies sind. Nicht nur Allies, sondern die sich damit auskennen. Oder eben auch meinen queeren Friends. (Interview 8)

Diese Art des Umgangs wurde gewählt, wenn in der Psychotherapie nicht der Raum war, um die eigenen Anliegen zu besprechen, weil die Psychotherapeut*innen die sexuelle Orientierung abgesprochen haben oder heteronormative Ansichten hatten.

Aufklärungsarbeit. Auf Unwissenheit von Seiten der Psychotherapeut*innen reagierten manche Interviewpersonen mit Aufklärungsarbeit und andere entschieden sich aktiv dagegen.

Eine Interviewperson erzählte: „Ich habe meistens erst die allgemeine Definition erklären müssen und danach meine spezifische. Weil sie wirklich fast keine Berührungspunkte halt gehabt hat damit.“ (Interview 3). Auch zwei andere Personen beschrieben ähnliche Situationen. „Also ich habe dann so gemerkt, dass ich so Ambassador gespielt habe [...] und jetzt nicht über mich geredet habe, sondern [darüber], wie ich den Eindruck habe, dass verschiedene queere Lebensweisen sein können.“ (Interview 1) und

Ich habe immer das Gefühl gehabt, ich muss ihr das so bisschen erklären. Oder, die lesbische Community auch ein bisschen in Schutz nehmen. [...] Weil ich das Gefühl habe, sie kennt sich so wenig aus, dass ich nicht will, dass sie denkt, dass viele lesbische Personen so sind. (Interview 8)

Diese Berichte zeigen einerseits, dass Personen sich dazu entschieden Konzepte zu erklären und Aufklärungsarbeit zu leisten, um dann über ihre eigentlichen Anliegen sprechen zu können. Andererseits wird auch ein gewisses Verantwortungsgefühl gegenüber der queeren Community sichtbar. Alle drei berichteten, zunächst allgemeine Definitionen gegeben zu haben und erklärt zu haben, was das alles bedeuten kann, weil sie nicht wollten, dass Psychotherapeut*innen die „individuelle Erfahrung extrapolieren“ (Interview 3).

Eine Interviewperson nahm eine solche Aufklärungsarbeit als Zeitverschwendung wahr und hob hervor, dass es einen Unterschied macht, ob man gerade als Patient*in spricht oder etwas erklären muss.

Klar, wenn ich in Lehrermodus gehe, verglichen mit Patientenmodus. Das ist ein anderer Gedankengang, den ich da natürlich habe. Was tatsächlich eben dieses permanente Erklären müssen, was das Allgemeine ist, verglichen mit dem Spezifischen. Ich habe halt doch oft auch das Gefühl, dass ich gerade eben meine Zeit verschwende, dass ich die Zeit besser nutzen könnte in der Therapie, als jetzt zu erklären. (Interview 3)

Eine weitere Person beschrieb, dass das Erklären müssen am Ende dazu geführt hat, dass anhängende Themen nicht befriedigend besprochen werden konnten:

Und auf der anderen Seite war ich einfach auch so tired von mit nicht queeren Leuten über Queerness zu reden [...]. Es ist immer so von Null anfangen und dann halt auch alles ur verkürzen und dann kann man eh nicht mehr über die Sachen reden, die

wichtig sind, weil man es so verkürzt hat, dass die Sachen keinen Sinn mehr machen.

(Interview 1)

Interviewpersonen fühlten sich dann „in der Rolle als [...] Expertin“ (Interview 8) und hätten sich stattdessen lieber Expertise von den Psychotherapeut*innen gewünscht.

Andere Interviewpersonen entschieden sich gegen Aufklärungsarbeit, weil sie sich „nicht bereit gefühlt [haben] in dem Moment. Irgendwie war [...] das zu schwierig“ (Interview 1) oder weil sie dachten, dass der*die Psychotherapeut*in „sich selber irgendwie educaten muss“ (Interview 6) und die Interviewperson „keinen Bock [...] [hat] Bildungsarbeit zu leisten“ (Interview 6). Die Einstellung dazu, ob etwas erklärt werden soll oder nicht, ist aber nicht immer ganz klar und kann innerhalb der Psychotherapiesitzung zu ablenkenden Entscheidungsprozessen führen:

Sie [hat] so einfach die ganzen Begriffe gekannt [...], auch so was ist genau eine Polybeziehung, was ist eine offene Beziehung. Wo ich mir nicht sicher war bis am Ende war [...] bezüglich Pronomen [...] und dann war ich mir auch nicht sicher, ob ich das jetzt dazu sagen soll, wenn ich über Menschen spreche, die keine Pronomen haben. Oder ob ich es einfach nicht machen soll? Aber da hatte ich irgendwie auch keine Lust, sie zu educaten. Aber das hätte ich vielleicht auch einfach mal ausprobieren können. (Interview 6)

Konfrontation. Ähnlich wie bei der Entscheidung, ob Interviewpersonen den Psychotherapeut*innen etwas erklären oder nicht, entschieden sich manche Interviewpersonen die Psychotherapeut*innen mit negativen Situationen zu konfrontieren oder nicht. Es gibt auch Interviewpersonen, die in manchen Situationen die Konfrontation wählten und sie in anderen vermieden.

Personen entschieden sich gegen eine Konfrontation, wenn sie dachten, das „ist wohl kein Thema, das ich hier besprechen kann“ (Interview 7) oder wenn sie die Psychotherapie abbrechen und der Psychotherapeutin nicht explizit sagten, warum (Interview 6). Eine Person beschrieb auch, dass es nicht immer einfach ist Psychotherapeut*innen zu konfrontieren.

Also mir fällt es sehr schwer, irgendwie zu sagen ‘Hey, ich fand das ein bisschen blöd, weil so und so. Oder ich würde mir wünschen [...].’ Also ich fühle mich da nicht stark genug, dass ich dann im Moment so sagen kann, so wie ich gerne einen Umgang mit dir wünsche. Weil ich glaube, schon sehr dieses Therapie-/Therapeutinnenmachtverhältnis irgendwie [zu] spüre[n]. (Interview 1)

Die Interviewpersonen konfrontierten die Psychotherapeut*innen in sehr unterschiedlichen Situationen. Eine Person beschrieb, dass die Psychotherapeutin rassistische Aussagen äußerte und sie daraufhin „angefangen [haben] zu diskutieren“ (Interview 5).

Zwei andere Interviewpersonen hatten die Psychotherapeut*innen konfrontiert, als diese ihnen die sexuelle Orientierung absprechen wollten:

Ich habe es bei der letzten Therapie[sitzung] dann angesprochen und gesagt, dass mich das [Absprechen der Asexualität] stört und dass es unnötig ist. [...] Im Nachhinein, kann schon stolz auf mich sein, dass ich es überhaupt gesagt habe. Aber nervös war ich, richtig nervös. Also mein Puls war auf 180, weil ich konfrontiere jetzt da jemanden, der mir sehr, sehr klar gemacht hat, dass sie offensichtlich meine Selbsteinschätzung von mir nicht respektiert. Wird sie meine Selbsteinschätzung respektieren, dass sie nicht die richtige Therapeutin für mich ist? Wie würde sie damit umgehen? Ich meine, sie kann mich nicht zwingen, zurückzukommen. Aber ja, nervös war ich, sehr nervös. (Interview 3)

Die Darstellung zeigt, wie viel Überwindung die Konfrontation kostete. Eine andere Interviewperson widersprach der Psychotherapeutin, als diese den Ratschlag gab, im Alltag nicht mehr über die eigene sexuelle Orientierung oder die Partnerin zu sprechen, wenn die Interviewperson keine Diskriminierung erfahren möchte. Die Reaktion der Interviewperson war folgende: „Also ich habe so dagegengeredet. Ich war so ‘Nein, das finde ich nicht. Und ich will mich nicht verstellen. Und ich will nicht so schöne Aspekte von meinem Leben nicht sagen, aus Angst vor der Reaktion darauf.’“ (Interview 6). Die Psychotherapeutin konnte diesen Standpunkt leider nicht verstehen.

Informationen zurückhalten. Vier Interviewpersonen hielten in der Psychotherapie Informationen zurück, weil sie unter anderem das Gefühl hatten, dass sie in der Psychotherapie nicht „differenziert über Sachen reden“ (Interview 1) konnten, „nicht erklären wollte[n]“ (Interview 3) oder sich „nicht ernst genommen gefühlt“ (Interview 7) haben. Die Interviewpersonen verschwiegen teilweise ihre sexuelle Orientierung oder Selbstbezeichnung und sprachen teilweise weniger ausführlich oder allgemein weniger über Themen, die ihnen wichtig waren. Eine Person beschrieb auch „nicht gesagt [zu] habe[n], wie wichtig es [sexuelle Orientierung] eigentlich wirklich ist.“ (Interview 8).

Bei der Zurückhaltung der eigenen sexuellen Orientierung beschrieb eine Person: „Ich glaube, was mich durch die Therapie dann zentral begleitet hat, war diese Verschleierung ganz zu Beginn.“ (Interview 8). Manchmal wurden Informationen auch nicht gesagt, weil sie

zunächst nicht „als so großes Thema betrachtet“ (Interview 8) wurden. Deshalb erwähnte auch eine weitere Person die eigene Selbstbezeichnung nicht in der Psychotherapie.

Wir haben darüber geredet, dass ich jetzt halt gerade eben auf eine Frau stehe und das war natürlich Thema. Aber ich habe mich zu dem Zeitpunkt auch nicht wirklich explizit als lesbisch definiert. Selber auch, vor allem zu dem Zeitpunkt sehr oft einfach nur queer verwendet für mich. Nicht ihr [Psychotherapeutin] gegenüber, weil ihr zu erklären, warum queer ein Überbegriff ist, den du für alles hernehmen kannst und warum ich mich damit wohler fühle [...]. Ich habe nicht gesehen, warum ich das jetzt sollte. Ich glaube, es hätte nichts geändert an einer Therapie. (Interview 3)

Eine andere Person erzählte, dass das Absprechen ihrer Identität, sie „dann auch dazu veranlasst [hat], vielleicht weniger von anderen Themen zu erzählen“ (Interview 7). Eine weitere Interviewperson beschrieb, dass sie sich in der Psychotherapie zu „unwohl gefühlt“ (Interview 1) hat, um über die „eigenen Gefühle zu reden“ (Interview 1). Die gleiche Person beschrieb auch die Thematisierung eines Streits über die Genderidentität der Person in der Psychotherapie.

Und ich habe sehr viel ausgespart. Also ich habe sehr viel ausgespart, worum es eigentlich ging. Ich habe am ehesten noch über Sexualität, Queerness quasi geredet als über Gender, weil ich mich da weniger angreifbar fühle, irgendwie. Weil es weniger konfliktbehaftet ist. (Interview 1)

Dieses Zitat stellt heraus, dass Themen nicht vollständig besprochen werden konnten und zeigt auch, dass verschiedene Themen unterschiedlich schwierig zu thematisieren sind. In diesem Beispiel fiel es der Person leichter Queerness zu besprechen, weil es „leichter zu erklären [ist] in einer cis-hetero Welt [...]. Oder auch ein bisschen greifbarer aus einer hetero Perspektive“ (Interview 1) als Gender.

Im Nachhinein nahm eine Interviewperson das Einbringen von Themen in der Psychotherapie wie folgt wahr:

Unterbewusst glaube ich schon, ja. Also ich habe nie wirklich bewusst die Entscheidung getroffen, dass ich mich erinnern könnte, dann jetzt explizit nicht über meine Sexualität rede. Aber, dass ich halt den Sexualitätsaspekt von irgendwelchen Sachen einfach mal außen vorgelassen habe, weil ich gerade eben heute nicht erklären wollte, was es ist. Kann gut sein, dass es das es ein paar Mal der Fall war. Ja. (Interview 3)

Queere*n/queerfreundliche*n Psychotherapeut*in suchen. Aufgrund der erlebten Erfahrungen würden sich vier Personen überlegen als nächstes zu einer*m queerfreundlichen

Psychotherapeut*in oder einer*m queeren Psychotherapeut*in zu gehen und „bisschen besser aufpassen“ (Interview 3). Für die spezifische Thematisierung von queeren Themen sagte eine Person: „Ich glaube eben, das wäre eben auch nochmal bei diesem Thema anhängend, dass ich als nächstes vielleicht eh so einen queerfriendly Therapeuten auch suchen müsste.“

(Interview 2). Eine andere Interviewperson war bereits auf der Suche nach einem*r queere*n Psychotherapeut*in.

Ich habe mich dann auch erkundigt. So so, Therapeutinnen, die selber auch queer sind, weil ich mir gedacht habe, ‘Okay. So, ich will das mal ausprobieren.’ Einfach [in] so eine queere Therapie explizit zu gehen für dieses Thema. [...] Das war immer das einzige Thema, was ich irgendwie nicht gut anbringen konnte, finde ich. (Interview 1)

Eine weitere Person äußerte zwar, dass es „cool [wäre], eine queere Psychotherapeutin zu haben“ (Interview 6), erwähnte aber nicht gerade aktiv auf der Suche nach einer neuen Psychotherapeutin zu sein, weshalb es in der Analyse als Wunsch verstanden wurde.

Abbruch der Psychotherapie. Die drastischste Reaktion war, dass die Psychotherapie aufgrund von negativen Verhaltensweisen der Psychotherapeut*innen abgebrochen wurde. Vier Interviewpersonen haben die Psychotherapie abgebrochen, zwei von ihnen aufgrund der Absprache ihrer Identität durch die Psychotherapeutinnen. „Das war wirklich der Punkt, wo ich gesagt habe, da ist mir keine Therapie lieber als DAS. Und bin halt gegangen. Habe dann ein paar Jahre keine Therapie gehabt.“ (Interview 3)

Eine weitere Person entschied sich aufgrund der Pathologisierung der sexuellen Orientierung im Erstgespräch gegen eine Psychotherapie bei dieser Person. Die letzte Person brach die Psychotherapie aufgrund von Schuldzuweisungen für erlebte Diskriminierung ab.

Und gleichzeitig war sie so ja, ich soll halt nicht darüber sprechen, wenn es mich halt so belastet. Und es war so sehr unhilfreich und sehr. Ja, hat das ganze Vertrauen eigentlich von einer Therapie, dann auch bisschen zerstört dieser Moment und seitdem war ich dann auch nicht mehr dort. (Interview 6)

Kognitionen

Probleme herunterspielen. Einer Person wurde die Schuld für ihre Diskriminierungserfahrungen gegeben und ihr wurde gesagt, sie muss ja nicht immer über ihre sexuelle Orientierung oder ihre Beziehung sprechen. Als Folge davon spielte sie ihre eigenen Probleme herunter und gab sich selbst die Schuld dafür, dass sie das gerade als Problem wahrnimmt:

Das hat sich halt auch so angefühlt, als würde sie halt so mein Problem so runterspielen im Sinne von ich generiere mir das Problem, indem ich darüber spreche.

Und dadurch haben sich dann halt auch andere Probleme so angefühlt als ‘Ja okay, das ist ein Problem, das ich halt erschaffe’. Sie wird sicher sagen ‘Ja, das muss ich halt ändern. Da muss ich halt meinen Zugang ändern’. (Interview 6)

Internalisierte Queerfeindlichkeit. Eine Interviewperson beschrieb in der Psychotherapie immer wieder auch internalisierte Queerfeindlichkeit bemerkt zu haben, indem die Interviewperson beispielsweise nach „Rechtfertigung[en]“ (Interview 1) suchte, Probleme „klein“ (Interview 1) redete und erneute Angst hatte „one of those weird ones quasi zu sein, obwohl ich [Interviewperson] damit eigentlich schon sehr lange Frieden geschlossen habe.“ (Interview 1).

Die Person hatte das Gefühl, dass sich die Psychotherapeutin wenig mit queeren Lebensweisen auseinandergesetzt hatte, wodurch es immer wieder schwierig war, verwandte Themen frei zu besprechen. Die Gesprächsdynamik hatte internalisierte Queerfeindlichkeit gefördert.

Vertrauensverlust. Zwei Interviewpersonen sprachen explizit von einem Vertrauensverlust zu den Psychotherapeutinnen. Eine Person hatte bereits vor der berichteten Psychotherapieerfahrung negative Erfahrungen, sodass sie zunächst Schwierigkeiten hatte erneut Vertrauen aufzubauen. Der erneute Vertrauensverlust wurde daraufhin als noch „vertrauensbrechender“ (Interview 7) erlebt. Beide betonten, dass sich dieser Vertrauensverlust auch auf zukünftige Psychotherapeut*innen auswirken würde. Eine andere Person beschrieb ihre Erfahrung folgendermaßen:

Und ich glaube auch, dass ich so, wenn ich in Zukunft irgendwie mir eine Therapeutin suche, dass es glaube ich, schon auch wieder länger dauern wird, bis ich so Vertrauen zu der fasse und ich glaube ein längerer Prozess sein wird, bis es irgendwie geht und bis ich mir denke ‘okay, die ist wirklich cool und die versteht irgendwie Sachen’ (Interview 6)

Die gleiche Person berichtete auch, dass es ihr nach dem Vertrauensbruch schwierig fiel, die hilfreichen Aspekte der Psychotherapie uneingeschränkt annehmen zu können.

Es hat mich irgendwie voll hinterfragen lassen. Der ganze Rest der Therapie und was wir so besprochen haben. Und ich habe mich dann auch gefragt ‘[...] Kann ich die anderen Sachen jetzt trotzdem annehmen oder muss ich jetzt alles in einem anderen Licht sehen und irgendwie darauf kontrollieren, ob da irgendein keine Ahnung Bullshit irgendwie drin verflochten ist?’ (Interview 6)

Eigene Identität hinterfragen. Eine Interviewperson hinterfragte die eigene Identität, als die Psychotherapeutin die Annahme äußerte, dass die Interviewperson vielleicht doch heterosexuell sei.

Ich war erstmal vor den Kopf gestoßen und habe dann selbst ein bisschen daran gezweifelt. So an meiner Sexualität, weil ich mir. Weil ich eben das Vertrauen irgendwie hatte und mir dachte, wenn ich da schon so viel erzähle, dann irgendwie und da Vertrauen eben da ist und die mir ja helfen will, dass da vielleicht was dran ist. Also ich habe dann sehr irgendwie auch an mir gezweifelt und das fand ich irgendwie auch ziemlich arg. (Interview 7)

Eine andere Person beschrieb in nicht-queeren Kreisen und dementsprechend auch in der Psychotherapie immer wieder an der eigenen Geschlechtsidentität zu zweifeln.

Dann bin ich so traurig und böse und irgendwie eben verwirrt, weil ich dann immer bin so ‘äh, was für Pronomen und dies.’ [...] Am angenehmsten finde ich es, wenn ich mir die Frage gar nicht stellen muss, was für Pronomen ich habe. (Interview 1)

Die gleiche Person beschrieb auch, dass „Beweise“ die Person in ihrer Identität und Wahrnehmung bestätigten.

Ich klammere mich sehr an Wörtern immer fest. Und wenn irgendwo ich einen Artikel finde, wo irgendwie meine Situation beschrieben ist, dann bin ich so ‘Oh mein Gott, jetzt habe ich einen Beweis.’ [...]. Also ich brauche ja eigentlich keinen Beweis. Ich könnte ja auch einfach sagen, so ist es, so fühle ich mich. Aber ich glaube, ich bin einfach eine Person, die sie schon sehr leicht so, wenn ich so in einem eins-zu-eins-Gespräch bin mit einer Person und die Person sagt irgendwas, was sich für mich falsch anfühlt. Wenn es auf mich bezogen ist vor allem, fällt es mir sehr schwer, was dagegen zu sagen, obwohl ich das weiß. Und das ist, finde ich, genau dort, wo die Therapie dann sehr kritisch werden, also brenzlich werden kann so. (Interview 1)

Die Suche nach „Beweisen“ oder anderen Menschen, denen es ähnlich geht, ist Ausdruck des Zweifels oder dem Gefühl, sonst keine Berechtigung zu haben.

Eine weitere Person hatte aufgrund von Erfahrungen außerhalb der Psychotherapie Zweifel an der eigenen sexuellen Orientierung und hätte sich von der Psychotherapeutin gerne mehr aufgefangen gefühlt, anstatt dass diese die Zweifel noch bestätigt. „Wo ich mir gedacht habe ‘okay vielleicht ist meine Sexualität vielleicht wirklich irgendein Muster.’ Und da hätte ich mir, glaube ich, von ihr gerne aufgefangen gefühlt. Vor allem in dieser Spirale, wo ich meine Sexualität noch mal neu überdacht habe.“ (Interview 8)

Emotionen

Die Interviewpersonen äußerten eine Reihe an Emotionen, die sie aufgrund von negativen Situationen in der Psychotherapie erlebten.

Mehrere Interviewpersonen berichteten Emotionen, die mit dem Gefühl von Machtlosigkeit zusammenhängen: Gefühl der Unsicherheit, Ausgeliefertsein, nicht ernst genommen fühlen, Hilflosigkeit. Eine Person berichtete sich „ausgeliefert [...] [und] in so einer hilflosen Position“ (Interview 1) gefühlt zu haben, als die Psychotherapeutin Widerspruch und Einwände nicht akzeptierte und die Deutungshoheit über berichtete Situationen hatte. Diese und weitere Personen berichteten, sich in der Psychotherapie unsicher gefühlt zu haben. Eine Interviewperson, der die Schuld für erlebte Diskriminierung gegeben wurde, erzählte, dass sie sich danach „einfach überhaupt nicht mehr sicher dort gefühlt habe“ (Interview 6). Die ausgelösten Emotionen der Absprache der sexuellen Orientierung beschrieb eine Interviewperson folgendermaßen: „Und das fand ich sehr übergriffig und fremdbestimmt. Und. Ja auch irgendwo verletzend und mich nicht ernst genommen gefühlt.“ (Interview 7)

Manche Interviewpersonen verspürten auch Wut. Diese Wut richtete sich manchmal gegen die Psychotherapeut*innen. „Ja, sauer war ich [Mhm.]. Mit Freunden habe ich mich darüber aufgeregt (Interview 3). Manchmal richtete sie sich aber auch gegen die Interviewpersonen selbst. „Also ich war dann eben so ein bisschen böse auf mich, dass ich das quasi, warum ich es nicht einfach erzählt habe so.“ (Interview 1). Eine andere Person, die sich für die Konfrontation der Psychotherapeutin entschieden hatte, erzählte von ihrer Nervosität.

Im Nachhinein, kann schon stolz auf mich sein, dass ich es überhaupt gesagt habe. Aber nervös war ich, richtig nervös. Also mein Puls war auf 180, weil ich konfrontiere jetzt da jemanden, der mir sehr, sehr klar gemacht hat, dass sie offensichtlich meine Selbsteinschätzung von mir nicht respektiert. Wird sie meine Selbsteinschätzung respektieren, dass sie nicht die richtige Therapeutin für mich ist? Wie würden Sie damit umgehen? (Interview 3)

Außerdem wurde die Psychotherapie häufig als anstrengend und kraftraubend empfunden und es baute sich nach einiger Zeit Frustration auf. Diese Emotionen waren beispielsweise mit fehlendem Wissen der Psychotherapeut*innen über queere Identitäten und Lebensweisen verbunden. „Am Anfang war es anstrengend, weil du ihr sehr viel beibringen habe müssen außerhalb von Sexualität Sachen auch.“ (Interview 3). Aber auch andere

Mikroaggressionen führten zum Aufbau von Frustration, vor allem, weil Interviewpersonen dann das Gefühl hatten, Themen nicht richtig besprechen zu können.

Ich war dann irgendwie auch so müde und dachte mir einfach ‘Ja, klassischer Biologismus, was soll ich da jetzt noch dazu sagen?’ Ist wohl kein Thema, das ich hier besprechen kann und eigentlich auch ja. Also ich war dann schon frustriert wo und gemerkt und habe mir auch gedacht ja, wenn ich jetzt da weiter reingehe, wird sie mir nur wieder sagen, ich soll mich beruhigen. (Interview 7)

Reaktionen auf positive Situationen

Reaktionen auf hilfreiche Situationen waren gesteigertes „Vertrauen“ (Interview 4), sodass Interviewpersonen sich „mehr getraut“ (Interview 7) haben freier zu erzählen und sich „wohl gefühlt“ (Interview 5) haben. Nach einer Situation, bei der die Bedürfnisse der Interviewperson im Fokus standen, beschrieb diese, dass das „bestärkend“ (Interview 6) war. Auch eine andere Interviewperson, die von Diskriminierung am Arbeitsplatz erzählte, hat sich gut aufgefangen gefühlt, indem die Bedürfnisse und nicht die sexuelle Orientierung zentriert wurden. „Und das war eigentlich dann schon recht dankbar, weil ich auch irgendwie das Gefühl gehabt hatte, sie hat mich da sehr auffangen können, da auch wieder, wenn solche Themen gekommen sind und das war halt auch wichtig.“ (Interview 2). Eine Interviewperson hatte die Psychotherapeutin „dann auch empfohlen [...] an eine Person, die auch was Identität und Orientierung angeht, [...] ähnliche Themen hat wie ich so.“ (Interview 5).

Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es Psychotherapieerfahrungen von nicht-heterosexuellen Personen in Österreich zu untersuchen. Die geführten Interviews sollten Aufschluss darüber geben, welche Erfahrungen nicht-heterosexuelle Personen in der Psychotherapie erleben und wie diese den Psychotherapieprozess beeinflussen. Um Implikationen für die Praxis ableiten zu können, waren für die vorliegende Studie ebenfalls hilfreiche Verhaltensweisen der Psychotherapeut*innen und Rahmenbedingungen von Interesse. Die inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse der acht problemzentrierten Interviews ergab sechs Hauptkategorien: Art und Weise der Thematisierung, negative Situationen, Wünsche, Ängste vor Queerfeindlichkeit, positive Situationen und Reaktionen der Klient*innen. Die dieser Arbeit zugrundeliegenden Forschungsfragen sollen nun im Anschluss unter Beachtung einerseits der bestehenden Forschungsliteratur und andererseits der soeben dargestellten Ergebnisse diskutiert und soweit möglich beantwortet werden.

Rahmenbedingungen der Thematisierung

Die Art und Weise der Thematisierung (Forschungsfrage 1) charakterisiert sich durch den Zeitpunkt, die Richtung und die Intention der Thematisierung. Die erste Thematisierung der sexuellen Orientierung ging häufig von den Interviewpersonen selbst aus. Thematisierungen aus Richtung der Psychotherapeut*innen wurden nur als positiv erlebt, wenn die Psychotherapeut*innen den Bereich der Sexualität im Interesse der Klient*innen abdeckten. Die wiederholte Thematisierung der sexuellen Orientierung durch die Psychotherapeut*innen wurde von den Interviewpersonen negativ erlebt, weil die sexuelle Orientierung gegen ihren Willen zu einem Therapiethema gemacht wurde. Bezüglich des Zeitpunkts der Thematisierung unterschieden sich die Interviewpersonen stärker. Eine frühe Thematisierung ging mit der Intention einher, sich als gesamte Person vorzustellen und um zu testen, wie die Psychotherapeut*innen reagieren und ob die Interviewpersonen sich dementsprechend wohlfühlen. Um die Einstellungen der Psychotherapeut*innen abschätzen zu können, wurden teilweise auch nicht-heterosexuelle Orientierungen im Allgemeinen thematisiert. Diesen Personen war eine affirmative Haltung der Psychotherapeut*innen wichtig, um sich überhaupt auf die Psychotherapie einlassen zu können. Andere Interviewpersonen legten die sexuelle Orientierung erst im Verlauf der Psychotherapie offen, wenn sie bereits Vertrauen zu der*dem Psychotherapeut*in gefasst hatten. Die Rahmenbedingungen der Thematisierung unterschieden sich also stark. Die Ergebnisse zeigen, dass Psychotherapeut*innen in der Thematisierung der sexuellen Orientierung der Klient*innen vorsichtig sein und ihnen den Raum geben sollten, selbst zu entscheiden, ob diese thematisiert werden soll oder nicht. Außerdem können Hinweise auf Queerfreundlichkeit Unsicherheiten verringern (Bishop et al., 2022). Einige Interviewpersonen suchten bei der Auswahl nach Psychotherapeut*innen bereits nach entsprechenden Hinweisen, die ihren Auswahlprozess beeinflussten.

Primäre und sekundäre Mikroaggressionen

Die zweite Forschungsfrage beschäftigt sich mit Mikroaggressionen aufgrund der sexuellen Orientierung. Menschen, die nicht heterosexuell sind, entsprechen nicht heteronormativen Vorstellungen, welche die Sexualität mit der Performativität der Geschlechtsidentität zusammendenken (Butler, 2002). In der vorliegenden Stichprobe waren einige Menschen, die nicht nur mit ihrer sexuellen Orientierung, sondern auch ihrer Geschlechtsidentität aus der heteronormativen Matrix fallen und auch Erfahrungen bezüglich ihres Genders teilten. Diese wurden in die vorliegende Taxonomie der Mikroaggressionen aufgenommen, wobei der Hauptfokus dennoch auf der sexuellen Orientierung liegt.

Wie bereits bei Stichproben in anderen Ländern gezeigt wurde (Shelton et al., 2013), haben auch in Österreich nicht-heterosexuelle Personen Mikroaggressionen in der Psychotherapie erlebt. Viele der gefundenen Mikroaggressionen sind bereits in anderen Studien gefunden worden. Hierzu zählen beispielsweise der Versuch der Überidentifizierung (Shelton et al., 2013), stereotype Annahmen (Shelton et al., 2013), Leugnung heterosexistischer Gesellschaftsstrukturen (Munro et al., 2019; Nadal et al., 2011), Befürwortung heteronormativer Lebensweisen (Dimberg et al., 2021; Munro et al., 2019; Platt et al., 2013; Shelton et al., 2013). Manche Mikroaggressionen wurden bisher allerdings noch nicht in der Psychotherapie, sondern nur in anderen Situationen, berichtet, wie beispielsweise die Absprache der sexuellen Orientierung und die Leugnung heterosexistischer Gesellschaftsstrukturen. Die Unwissenheit bezüglich queerer Identitäten und Lebensweisen wurde bisher nicht als Mikroaggression benannt. In dieser Arbeit soll Unwissenheit als Mikroentwertung diskutiert werden. Einige Mikroaggressionen, die in anderen Studien berichtet wurden, wurden in dieser Stichprobe nicht erlebt: Exotisierung (Nadal et al., 2011), drohendes Verhalten (Nadal et al., 2011), Sexualisierung (Platt et al., 2013), die Annahme, dass queere Personen per se Psychotherapie benötigen (Shelton et al., 2013). Dass diese Arten der Mikroaggression in dieser Studie nicht berichtet wurden, bedeutet allerdings nicht, dass sie in Österreich oder in der Psychotherapie nicht vorkommen. Hierzu bedarf es flächendeckenderer quantitativer Forschung.

Mikroangriffe

In der vorliegenden Studie wurde zum einen die Pathologisierung beziehungsweise Problematisierung der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität und zum anderen das Absprechen der sexuellen Orientierung genannt. Beides vermittelt die Botschaft, dass die sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität ein Problem sei und nicht so sein sollte. Interviewpersonen konnten diese Situationen klar benennen. Das Pathologisieren der sexuellen Orientierung wurde auch in anderen Studien berichtet (Nadal et al., 2011; Shelton et al., 2013). Die explizite Absprache der sexuellen Orientierung wurde bisher in keiner Taxonomie aufgelistet. Vor allem Personen, die queer, pansexuell oder bisexuell sind, wurden mit der Annahme konfrontiert, dass sie vielleicht doch heterosexuell seien. Sobald es vermeintliche Hinweise darauf gab, dass Personen heterosexuell sein könnten, wurden diese als Beweis betrachtet, dass eine andere sexuelle Orientierung nicht möglich sei. Dimberg et al. (2021) berichteten, dass queere Frauen an Universitäten häufig Skepsis gegenüber ihrer Queerness entgegengebracht wird, wenn diese mehr ins stereotype Aussehen einer Frau passen. Sowohl die Ergebnisse der vorliegenden Studie als auch die der Studie von Dimberg

et al. (2021) unterstreichen, dass vermeintliche Bestätigungen der heteronormativen Matrix, wie beispielsweise das stereotype Aussehen als Frau oder der Bericht einer vermeintlich heterosexuellen Erfahrung, zum Ausschluss von anderen Sexualitäten als Möglichkeit führen und erneut heteronormative Annahmen getroffen werden. Diese Erfahrungen zeigen außerdem, dass die Geschlechtsperformativität keine Aufschlüsse auf die sexuelle Orientierung geben und Heteronormativität auch den psychotherapeutischen Raum strukturiert.

Mikrobeleidigungen

Versuche der Überidentifizierung und die Äußerung stereotyper Annahmen sind Formen der Mikrobeleidigung. Der Versuch der Überidentifizierung stellt einen Versuch dar Ähnlichkeiten und darüber Vertrauen herzustellen. Wie eine Interviewperson berichtete, kann es Vertrauen stiften, wenn Personen ähnliche Erfahrungen gemacht haben.

Psychotherapeut*innen müssen aber sehr vorsichtig mit dem Teilen eigener Erfahrungen sein, weil es unsensibel ist, wenn unterschiedliche Erfahrungen gleichgesetzt werden.

Auch die stereotypen Annahmen wurden vermutlich mit einer guten Intention geäußert und stellten einen Versuch dar, die sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität zu berücksichtigen, führten aber dazu, dass die Interviewpersonen sich nicht verstanden fühlten.

Die beiden Formen der Mikrobeleidigungen haben ebenfalls Shelton et al. (2013) in der Psychotherapie gefunden. Stereotype Annahmen sind eine Mikroaggression, die in diversen Settings und Stichproben gefunden wurden, dort aber als Teil anderer Mikroaggressionen, wie beispielsweise der Annahme einer universellen LGBT-Erfahrung oder der Übersexualisierung beschrieben wurden (Nadal et al., 2011; Platt et al., 2013). Der Versuch der Überidentifizierung wurde bisher nicht in anderen Settings als der Psychotherapie gefunden. Die Psychotherapie ist ein Raum des Vertrauens, das Psychotherapeut*innen über diese Strategie versuchen herzustellen. Die Beiträge zeigen allerdings, dass Überidentifizierung schädlich und nicht förderlich für die therapeutische Beziehung ist, wenn es sich nicht wirklich um ähnliche Erfahrungen handelt.

Mikroentwertungen

In dieser Stichprobe erlebten die Interviewpersonen folgende Mikroentwertungen in der Psychotherapie in Österreich: Schuldzuweisung, Tabuisierung nicht-heterosexueller Orientierungen, Unwissenheit, die Befürwortung heteronormativer Einstellungen und Lebensweisen und die Leugnung heterosexistischer Gesellschaftsstrukturen. Die Tabuisierung nicht-heterosexueller Orientierungen ist gleichzusetzen mit einer Vermeidung der sexuellen Orientierung, so wie sie in Shelton et al. (2013) beschrieben wurde. Shelton et al. (2013)

benannten eine Art der Mikroangriffe als „Warnungen über die Gefahren, sich als LGBTQ zu identifizieren“. Sie beschrieben, dass durch die Warnungen heterosexistische Gesellschaftsstrukturen geleugnet und die Schuld den Klient*innen zugewiesen wurde. In der vorliegenden Studie konnten diese beiden Formen ausdifferenziert werden. Bei einer Schuldzuweisung wird anerkannt, dass es einen Vorfall gab, allerdings wird angenommen, dass er durch die betroffene Person ausgelöst wurde. Die Leugnung heterosexistischer Gesellschaftsstrukturen hingegen spricht Personen ihre Erfahrung vollkommen ab. Die Befürwortung heteronormativer Lebensweisen und Orientierungen als auch die Leugnung heterosexistischer Gesellschaftsstrukturen sind bereits bekannte Mikroaggressionen gegenüber nicht-heterosexuellen Personen im Alltag (Munro et al., 2019; Nadal et al., 2011; Platt et al., 2013). Das Vorkommen dieser Mikroaggressionen in der Psychotherapie zeigt, dass die Psychotherapie kein von der Gesellschaft abgegrenzter neutraler Raum ist, sondern ebenfalls von heterosexistischen Strukturen durchzogen ist.

Bezüglich heteronormativer Voreingenommenheit berichten Shelton et al. (2013) sowohl verbale als auch umweltbedingte Hinweise. In dieser Studie wurden nur verbale Hinweise auf heteronormative Voreingenommenheit berichtet. Die Interviewpersonen berichteten nicht von fehlenden queeren Sachbüchern und Broschüren, weil meistens keine Bücher vorhanden waren. Heteronormative Voreingenommenheit äußerte sich allerdings in Unwissenheit und der Bestätigung heteronormativer Einstellungen. Bisher wurde in vielen Studien der Wunsch nach Wissen geäußert (Bishop et al., 2022; Bishop et al., 2022; Morris et al., 2022). Fehlendes Wissen wurde bislang aber nicht als Ausdruck heteronormativer Voreingenommenheit und als Mikroaggression diskutiert. Bilden sich Psychotherapeut*innen in Bezug auf queere Identitäten nicht weiter, werten sie diese ab und vermitteln die Botschaft, dass die Identitäten und die spezifischen Erfahrungen unwichtig seien. Es ist bekannt, dass queere Personen ein erhöhtes Risiko für psychische Probleme haben und spezifischen Stressoren ausgesetzt sind (Mongelli et al., 2019), weshalb es gerade für Psychotherapeut*innen wichtig ist, sich mit queeren Lebensweisen auseinanderzusetzen. Das Ausbleiben dieser Auseinandersetzung sollte als Mikroentwertung benannt werden. Die berichteten Erfahrungen von Unwissenheit deuten darauf hin, dass es teilweise fehlende Auseinandersetzung und Weiterbildung gibt, was zur subtilen und häufig unabsichtlichen Abwertung queerer Erfahrungen führte.

Mikroentwertungen können subtil die Botschaft vermitteln, dass betroffene Personen für erlebte Diskriminierung selbst verantwortlich sind, wenn beispielsweise vor den Gefahren, sich als LGBTQ zu identifizieren gewarnt wird (Shelton et al., 2013; Sue et al., 2020). Eine

Interviewperson in der vorliegenden Studie erlebte nicht subtile, sondern explizite Schuldzuweisungen. Diese Mikroentwertung ist gleichzeitig auch eine sekundäre Mikroaggression, da sie die Reaktion auf berichtete Diskriminierung ist. Auch die Leugnung heterosexistischer Gesellschaftsstrukturen waren in diesem Fall sekundäre Mikroaggressionen, da Diskriminierungen und Mikroaggressionen nicht als solche anerkannt wurden. Beide Reaktionen von Psychotherapeut*innen wurden nicht von Kuo et al. (2022) als Antworten auf Diskriminierungserfahrungen von Klient*innen beschrieben. Allerdings haben sie Invalidierungen durch Themenverfehlung, Gaslighting, Beweissuche und die Fokussierung auf Copingstrategien beschrieben. Die unterschiedlichen Ergebnisse weisen darauf hin, dass es diverse Formen der sekundären Mikroaggressionen gibt und es mehr Forschung zu diesen braucht. In der vorliegenden Studie berichteten nur wenige Interviewpersonen, dass sie in der Psychotherapie über Diskriminierungserfahrungen gesprochen haben, sodass an dieser Stelle keine theoretische Sättigung erreicht werden konnte.

Negative Situationen unabhängig der sexuellen Orientierung

Die zweite Forschungsfrage beschäftigt sich zwar mit erlebten Mikroaggressionen aufgrund der sexuellen Orientierung, die Interviewpersonen berichteten aber auch von anderen Situationen, die nicht hilfreich waren. Darunter fallen sowohl rassistische Aussagen als auch dass die Deutungshoheit bei den Psychotherapeut*innen lag. Soweit es berichtet wurde, ist keine Interviewperson selbst von Rassismus betroffen. Dennoch haben rassistische Aussagen die therapeutische Beziehung geschwächt, woraus man schließen kann, dass Psychotherapeut*innen jegliche Form der Diskriminierung vermeiden sollten.

Ängste vor Queerfeindlichkeit

Die Mehrzahl der Personen berichteten ebenfalls von Ängsten vor Queerfeindlichkeit. Es lässt sich annehmen, dass die Meisten bereits Mikroaggressionen und andere Formen der Diskriminierung außerhalb der Psychotherapie erlebt haben. Einerseits haben manche davon in den Interviews erzählt und andererseits lassen Erhebungen aus Österreich darauf schließen (Gaiswinkler et al., 2023). Diese Ängste könnten ein Ausdruck für eine erhöhte Zurückweisungssensitivität sein. Aufgrund des Aufwachsens in einer heteronormativen Gesellschaft erwarten Personen, die aus der heteronormativen Matrix fallen, Diskriminierung (Baams et al., 2020). In den Interviews wurde Angst vor Pathologisierung, dem Absprechen der Identität, Zurückweisung, Stereotypisierung und der Reaktion der Psychotherapeut*innen beim ersten Outing genannt. All diese Ängste können damit verknüpft werden, dass die

Interviewpersonen nicht wussten, was die Einstellungen der Psychotherapeut*innen in Bezug auf ihre sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität waren.

Die Kategorie der Ängste beschreibt zwar Situationen, die die Interviewpersonen nicht erlebt haben, die aber dennoch einen realen Einfluss auf das Erleben der Psychotherapie haben. Beispielsweise wurde die erste Thematisierung der sexuellen Orientierung durch diese Unsicherheiten verzögert oder Personen achteten aufgrund von Befürchtungen darauf, wie sie Dinge erzählen. Dass Personen Befürchtungen vor dem ersten Outing hatten, dieses aber auch alltäglich notwendig ist, weil sonst Heterosexualität angenommen wird, ist nicht nur in der Psychotherapie eine Belastung, sondern gehört zum Alltag von queeren Menschen. Die berichteten Ängste verdeutlichen, wie wichtig sichtbare Hinweise auf Queerfreundlichkeit sind, um die Zurückweisungssensitivität zu verringern. Des Weiteren müssen Psychotherapeut*innen sich der Zurückweisungssensitivität bewusst sein, um adäquat darauf eingehen zu können.

Folgen von Mikroaggressionen

Ein Ziel der Studie war es außerdem, einordnen zu können, wie die erlebten Mikroaggressionen sich auf die Psychotherapie auswirkten und wie die Interviewpersonen damit umgegangen sind (Forschungsfrage 3). Die Auswirkungen von Mikroaggressionen zeigen, dass es sich um ernstzunehmende Diskriminierung handelt, die „Mikro“ genannt wird, weil sie subtil ist und nicht, weil sie harmlos ist. Die Interviewpersonen erlebten aufgrund der Mikroaggressionen eine Reihe von Emotionen: Verletzung, Unwohlsein, Unsicherheit, Gefühl ausgeliefert zu sein, Frustration, Verwirrung, Stress, Hilflosigkeit, Wut.

Die Interviewpersonen spielten aufgrund der erlebten Mikroaggressionen ihre eigenen Probleme herunter, hinterfragten ihre Identität und internalisierte queerfeindliche Glaubenssätze wurden gefördert. Diese kognitiven Prozesse können zu geringerer Selbstakzeptanz und geringerem Selbstwert führen, was einen Nährboden für psychische Probleme darstellt (Zeigler-Hill, 2011). Außerdem war ein Vertrauensverlust gegenüber den Psychotherapeut*innen eine häufige Folge von Mikroaggressionen. Dieser Vertrauensverlust schwächt die psychotherapeutische Beziehung, die nachweislich relevant für den Erfolg einer Psychotherapie ist (Alessi et al., 2019; Davis et al., 2021). Außerdem wurde betont, dass nicht nur das Vertrauen zu dem*der aktuellen Psychotherapeut*in geschwächt wurde, sondern auch jenes gegenüber potenziell zukünftigen Psychotherapeut*innen.

Des Weiteren veränderten die Interviewpersonen als Reaktion ihr Verhalten in der Psychotherapie. Die Entscheidung für oder gegen Aufklärungsarbeit und Konfrontation der Psychotherapeut*innen waren gemischt und teilweise mit Unsicherheit und Stressgefühlen

verbunden. Eine passive Reaktion, wie zum Beispiel das Nicht-Konfrontieren, führte dazu, dass Interviewpersonen sich zurückzogen und der psychotherapeutische Raum nicht als Safe Space wahrgenommen werden konnte. Eine aktive Reaktion führte teilweise zu negativen Reaktionen der Psychotherapeut*innen und war mit dem Stress verbunden, wie das Gespräch verlaufen wird. Die Interviewpersonen fanden sich also im catch-22 Dilemma wieder; es konnte kein positiver Ausgang für den*die Klient*in entstehen. Die Entscheidung für Aufklärungsarbeit war außerdem mit einem Rollentausch zwischen Psychotherapeut*innen und Klient*innen verbunden, in dem die Klient*innen die Rolle der Expert*innen erfüllten und dementsprechend auch nicht mehr über ihre Anliegen sprechen konnten. Mehrere Interviewpersonen empfanden ein starkes Verantwortungsgefühl gegenüber der gesamten Community und hatten Angst, dass die Psychotherapeut*innen ihre Selbstzuschreibungen zu einem Label generalisieren würden, weshalb sie immer wieder betonten, dass Begriffe für verschiedene Menschen Unterschiedliches bedeuten. Dieses Verantwortungsgefühl könnte aus der Erfahrung der Generalisierung queerer Erfahrungen kommen. Die Annahme einer universellen queeren Erfahrung ist eine bekannte Mikroaggression (Munro et al., 2019; Nadal et al., 2011).

Eine weitere Reaktion war das Zurückhalten von Informationen oder das Besprechen von Problemen im privaten Umfeld. Das zeigt, dass die Psychotherapie ihren Zweck nicht vollkommen erfüllen konnte. Die drastischste Maßnahme war der Abbruch der Psychotherapie und gegebenenfalls die Suche nach einem*r queeren oder queerfreundlichen Psychotherapeut*in, um die Wahrscheinlichkeit für Mikroaggressionen zu verringern. Der Abbruch einer Psychotherapie, ein langfristiger Vertrauensverlust und ein potenziell verringerter Selbstwert verschärfen die Situation von Personen, die psychotherapeutischen Bedarf haben, enorm und zeigen, dass Psychotherapie einer starken Verbesserung in Bezug auf die Versorgung von queeren Personen bedarf. Die Psychotherapie stellte für einen Großteil der vorliegenden Stichprobe keinen Safe Space dar und alltägliche Diskriminierung wurde reproduziert.

Implikationen für die Praxis

Eine angemessene Psychotherapie für Personen, die nicht in die heteronormative Matrix passen, besteht nicht nur aus der Abwesenheit von Diskriminierung, sondern bedarf der expliziten Auseinandersetzung mit queeren Lebensweisen und der eigenen gesellschaftlichen Positionierung der Psychotherapeut*innen. Mikroaggressionen passieren häufig mit guter Intention und sind dennoch subtil diskriminierend. Hieran wird deutlich, dass die Diskriminierung in die gesellschaftlichen Verhältnisse eingeschrieben ist und es

dementsprechend einer aktiven Auseinandersetzung bedarf, um diese als nicht betroffene Person erkennen zu können. Implikationen für die Praxis lassen sich an den berichteten positiven Erfahrungen (Forschungsfrage 4) und den Wünschen, die die Interviewpersonen äußerten, ableiten.

Ein Teil der positiven Erfahrungen und Wünsche lässt sich im Bereich der kulturellen Kompetenz (Affirmationen, Wissen und Bewusstsein) in Bezug auf die Psychotherapie mit queeren Personen verorten. Affirmationen und Mikroaffirmationen, die berichtet wurden, waren das Normalisieren, die Verwendung inklusiver Sprache, Klient*innenzentrierung und ein positiver zwischenmenschlicher Umgang. Das Normalisieren der sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität kann explizit stattfinden, indem Psychotherapeut*innen aussprechen, dass dies für sie kein Problem darstellt, kann aber auch subtil stattfinden, indem Psychotherapeut*innen keinen Unterschied im Umgang mit cis-heterosexuellen Klient*innen machen. Die Verwendung inklusiver Sprache, wie beispielsweise gendern oder das Fragen nach Pronomen, vermittelt indirekt, aber sichtbar, dass Personen Geschlechterbinarität hinterfragen. Auch das geschlechtsneutrale Fragen nach einer Beziehungsperson oder einem*r Partner*in zeigt, dass Personen nicht von Heterosexualität ausgehen. Die Klient*innenzentrierung und ein positiver zwischenmenschlicher Umgang vermitteln unterschwellig, dass die Psychotherapeut*innen die Klient*innen vollkommen akzeptieren. Dies ist eine grundlegende Voraussetzung, um eine gute therapeutische Beziehung aufzubauen (Alessi et al., 2019). In diesem Bereich haben sich die Interviewpersonen noch mehr Bestärkung und den Einbezug gesellschaftlicher Verhältnisse und struktureller Diskriminierung gewünscht.

Wissen spielte eine sehr große Rolle in den Interviews. Alle Personen äußerten sich zu dieser Komponente und sie war sehr wichtig, um relevante Themen adäquat besprechen zu können. Es wurden verschieden Aspekte von Expertise genannt. Einerseits Wissen über verschiedene Bezeichnungen und Lebensweisen, aber auch über spezifische Stressoren, wie Alltagsdiskriminierung. Außerdem wurde Erfahrung als ein Baustein von Expertise genannt. In Bezug auf positive Einstellungen wurden vor allem sichtbare Hinweise auf Wissen und Ally-Sein thematisiert, die Aufschluss über die Einstellungen der Psychotherapeut*innen geben und zum Safe Space beitragen. Manche Interviewpersonen äußerten wie in anderen Studien auch den Wunsch nach queeren Psychotherapeut*innen (Morris et al., 2022). Psychotherapeut*innen können ihre sexuelle Orientierung nicht verändern, sollten sich aber über diesen Wunsch und die potenziellen Hindernisse bewusst sein. Es könnte länger dauern

eine vertrauensvolle Beziehung zu heterosexuellen Psychotherapeut*innen aufzubauen und diese sollten besonders auf die Vermittlung kultureller Kompetenz achten.

In Bezug auf ein Bewusstsein über die eigene gesellschaftliche Positionierung schätzten die Interviewpersonen vor allem eine feministische Grundhaltung der Psychotherapeut*innen. Gleichzeitig wurde von einigen Interviewperson aber auch noch mehr persönliche Auseinandersetzung, die Beachtung gesellschaftlicher Verhältnisse und mehr Bestärkung gewünscht.

Insgesamt zeigt sich, dass alle Komponenten der kulturellen Kompetenz als hilfreich empfunden wurden beziehungsweise erwünscht wurden. Dieses Ergebnis deckt sich mit bereits bestehender Forschung (Bishop et al., 2022; Craig et al., 2022; Morris et al., 2022). Allerdings bedarf es hierfür nicht nur individuelle Änderungen im Verhalten der Psychotherapeut*innen, sondern auch strukturelle Veränderungen in der Psychotherapieausbildung, sodass es mehr Wissensvermittlung und Reflexionsmöglichkeiten der eigenen Positionierung gibt (Carrington et al., 2023). Angelehnt an eine Mikrointervention von Sue et al. (2020) könnten Weiterbildungen folgende Aspekte beinhalten: Unterscheidung zwischen guter Absicht und schädlichem Resultat; queere Fallbeispiele, die nicht dem klassischen Stereotyp entsprechen; Empathie fördern; aufzeigen, wie heteronormative Vorstellungen reproduziert werden. Vor allem Expertise, Normalisieren und ein positiver zwischenmenschlicher Umgang stachen in der vorliegenden Studie als häufig genannte hilfreiche Strategien oder erwünschte Verhaltensweisen hervor. Erfahrungen in dieser Studie zeigen, dass sich einige Psychotherapeut*innen als queerfreundlich verstehen und sich auf der Seite QueerMed listen lassen, bei denen Klient*innen aber dennoch Mikroaggressionen erfahren haben.

Neben Aspekten, die sich auf die sexuelle Orientierung oder die Geschlechtsidentität beziehen, wurde allgemein eine gute therapeutische Beziehung geschätzt. Die therapeutische Beziehung war gut, wenn der zwischenmenschliche Umgang gut war, die Bedürfnisse der Klient*innen im Zentrum standen und sich die Psychotherapeut*innen und Klient*innen politisch einig waren. Ein guter zwischenmenschlicher Umgang und Klient*innenzentrierung wurde auch abseits von Themen mit Bezug zur sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität als hilfreich empfunden. Hierunter zählt beispielsweise die Themen bestimmen zu können, die besprochen werden, oder gemeinsam zu lachen, wertgeschätzt und unterstützt zu werden. Bei der politischen Einigkeit war den Interviewpersonen vor allem Feminismus wichtig. Die Berücksichtigung gesellschaftlicher Verhältnisse kann auch zu Bewusstsein gezählt werden, indem strukturelle Diskriminierung marginalisierter Gruppen

anerkannt wird. Gleichzeitig gehen feministische Positionen über die Anerkennung von Diskriminierung von queeren Personen hinaus. Außerdem wurde an dieser Stelle auch ein Verständnis für intersektionale Diskriminierung gewünscht. Psychotherapeut*innen sollten also verschiedene Positionierungsachsen berücksichtigen (Hadjioannou et al., 2023).

Limitationen

Die Personen, die an dieser Studie teilgenommen haben, sollten nicht heterosexuell sein. Dadurch ergab sich in Bezug auf die sexuelle Orientierung eine diverse Stichprobe, die ein breites Bild der Erfahrungen nicht-heterosexueller Personen in der Psychotherapie in Österreich abbilden konnte. Trotzdem besteht die Gefahr, dass die Erfahrungen universalisiert werden und davon ausgegangen wird, dass alle Personen die gleiche Erfahrung machen. Solche Schlüsse sind stereotypisierend und führen zur Vernachlässigung der individuellen Erfahrung. Es gab Hinweise in den Interviews, dass Personen mit verschiedenen sexuellen Orientierungen und Geschlechtsidentitäten mit sich unterscheidenden spezifischen Mikroaggressionen konfrontiert sind. Beispielsweise waren Personen, die manchmal auch vermeintlich heteronormative Beziehungen haben, mehr von der Absprache der sexuellen Orientierung betroffen. Das deckt sich mit Forschung zur Diskriminierung bisexueller Personen (Bostwick et al., 2014), ist aber nicht auf diese beschränkt, sondern trifft auch auf pansexuelle und queere Personen zu. Außerdem berichteten Personen das Gefühl, dass Homosexualität schon „bekannter“ sei und dementsprechend leichter thematisiert werden könne als eine nicht-heteronormative Geschlechtsidentität oder als Asexualität. Es bedarf also weiterer Studien, die sich auf die spezifische Diskriminierung fokussieren mit der Personen mit unterschiedlichen sexuellen Orientierungen und Geschlechtsidentitäten konfrontiert sind.

In Bezug auf andere Merkmale ist die Stichprobe hingegen sehr homogen. Soweit es einschätzbar ist, ist die Stichprobe mehrheitlich linkspolitisch und weiß. Außerdem waren alle Interviewpersonen im frühen Erwachsenenalter. Hier sollten auch noch Erfahrungen von anderen Personen in Österreich erhoben werden. Die Erfahrungen von Personen in höherem Alter könnten sich von denen in jüngerem Alter unterscheiden, da Sexualität in höherem Alter häufiger abgesprochen wird (Nay et al., 2007) und ältere Personen andere historische Erfahrungen gemacht haben, die berücksichtigt werden müssen (Sharek et al., 2015). Außerdem sollten hier auch noch Studien, die weitere Intersektionen neben dem Alter berücksichtigen, gemacht werden. Es gilt auch zu berücksichtigen, dass die meisten Interviewpersonen ihre Erfahrungen in Wien oder anderen größeren Städten in Österreich gemacht haben. Nur eine Interviewperson berichtete in einer ländlichen Gegend in der Psychotherapie gewesen zu sein und dort auch keine Auswahl an Psychotherapeut*innen

gehabt zu haben. Unterschiede in Bezug auf die gegebene Infrastruktur und die Möglichkeiten von Personen mit verschiedener Klassenzugehörigkeit in unterschiedlich urbanisierten Gegenden sollten ebenfalls Beachtung finden.

Neben den Limitationen bezüglich der Stichprobe hat die Analyse des Interviewmaterials größtenteils allein stattgefunden und es konnte nicht konsensuell kodiert werden (Kuckartz et al., 2022). Das Kategoriensystem konnte lediglich einmal mit der Betreuerin der Arbeit besprochen werden.

Fazit

Die vorliegende Arbeit ist die erste Studie in Österreich, die sich mit den Psychotherapieerfahrungen nicht-heterosexueller Personen auseinandersetzt und Mikroaggressionen fokussiert in den Blick nimmt. Ähnlich wie in anderen Ländern erfahren auch Menschen in Österreich Mikroaggressionen aufgrund der sexuellen Orientierung. Außerdem haben sich auch Mikroaggressionen aufgrund der Geschlechtsidentität gezeigt, wenn diese von der cis-Norm abweicht. Diese Studie deutet darauf hin, dass es Psychotherapeut*innen gibt, die zu wenig Wissen über queere Lebensweisen und Stressoren haben. Die Interviewpersonen äußerten den Wunsch gesellschaftliche Verhältnisse in die Psychotherapie einzubeziehen und sichtbar zu machen. Diese Indizien sollten mithilfe quantitativer Forschung überprüft werden, wobei auch der potenzielle Einfluss von Weiterbildungen zur Prävention von Mikroaggressionen sowie bereits bestehende Weiterbildungsmöglichkeiten einbezogen werden sollten. Es braucht außerdem weitere Forschung, die intersektionale Positionierungen mehr in den Blick nimmt und auch spezifische Diskriminierungen, mit denen Personen mit verschiedenen sexuellen Orientierungen und Geschlechtsidentitäten konfrontiert sind, zu untersuchen. Bei diesen Untersuchungen darf nicht von einer universellen Erfahrung von queeren Menschen ausgegangen werden. Gleichzeitig tragen Untersuchung einzelner Gruppen dazu bei, die Spezifitäten dieser herauszuarbeiten und sichtbar zu machen.

Literaturverzeichnis

- Acio, B. C. (2016). *Moments of (in)visibility: The negotiation of disclosure and concealment for queer women in daily life* [Masterthese San Diego State Universität]. ProQuest Dissertations Publishing.
- Alessi, E. J., Dillon, F. R., & Van Der Horn, R. (2019). The therapeutic relationship mediates the association between affirmative practice and psychological well-being among lesbian, gay, bisexual, and queer clients. *Psychotherapy*, 56(2), 229–240.
<https://doi.org/10.1037/pst0000210>
- American Psychological Association. (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 67(1), 10–42.
<https://doi.org/10.1037/a0024659>
- Anzani, A., Morris, E. R., & Galupo, M. P. (2019). From Absence of Microaggressions to Seeing Authentic Gender: Transgender Clients' Experiences with Microaffirmations in Therapy. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 13(4), 258–275.
<https://doi.org/10.1080/15538605.2019.1662359>
- Anzani, A., Sacchi, S., & Prunas, A. (2021). Microaggressions towards lesbian and transgender women: Biased information gathering when working alongside gender and sexual minorities. *Journal of Clinical Psychology*, 77(9), 2027–2040.
<https://doi.org/10.1002/jclp.23140>
- Baams, L., Kieken, W. J., & Fish, J. N. (2020). The Rejection Sensitivity Model: Sexual Minority Adolescents in Context. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2259–2263.
<https://doi.org/10.1007/s10508-019-01572-2>
- Barrett, K. A., & McWhirter, B. T. (2002). Counselor Trainees' Perceptions of Clients Based on Client Sexual Orientation. *Counselor Education and Supervision*, 41(3), 219–232.
<https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.2002.tb01285.x>
- Bell, D. (2009). Heteronormativity. In R. Kitchin & N. Castree (Hrsg.), *International Encyclopedia of Human Geography* (S. 115–119). Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/B978-008044910-4.00956-1>
- Bishop, J., Crisp, D. A., Grant, J. B., & Scholz, B. (2022). “You say you’re inclusive, but can you show us?” The importance of cultural competence when working with sexual minorities in a mental health setting. *Journal of Clinical Psychology*, 78(11), 2145–2163. <https://doi.org/10.1002/jclp.23434>
- Bishop, J., Crisp, D., & Scholz, B. (2022). The real and ideal experiences of what culturally

- competent counselling or psychotherapy service provision means to lesbian, gay and bisexual people. *Counselling and Psychotherapy Research*, 22(2), 429–438.
<https://doi.org/10.1002/capr.12469>
- Boateng, W. (2012). Evaluating the efficacy of focus group discussion (FGD) in qualitative social research. *International Journal of Business and Social Science*, 3(7), 54–57.
- Bostwick, W., & Hequembourg, A. (2014). 'Just a little hint': bisexual-specific microaggressions and their connection to epistemic injustices. *Culture, Health & Sexuality*, 16(5), 488–503. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.889754>
- Bowers, R. J., Minichiello, V., & Plummer, D. (2005). Homophobia and the everyday mechanisms of prejudice: Findings from a qualitative study. *Counselling, Psychotherapy, and Health*, 1(1), 31–51.
- Bowers, R., Plummer, D., & Minichiello, V. (2005). Homophobia in Counselling Practice. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 27(3), 471–489.
<https://doi.org/10.1007/s10447-005-8207-7>
- Butler, J. (2002). *Gender trouble: feminism and the subversion of identity* (10. Ausg.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203824979>
- Carone, N., Innocenzi, E., & Lingiardi, V. (2023). Microaggressions and dropout when working with sexual minority parents in clinical settings: The working alliance as a mediating mechanism. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*.
<https://doi.org/10.1037/sgd0000651>
- Carrington, M., & Sims, M. (2023). How can counselling training courses better prepare their trainee therapists to work with LGBTQ+ clients? *Counselling and Psychotherapy Research*, 24(2), 513–523. <https://doi.org/10.1002/capr.12684>
- Chen, J.-S., Huang, Y.-T., Lin, C.-Y., Yen, C.-F., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2021). Relationships of Sexual Orientation Microaggression with Anxiety and Depression among Lesbian, Gay, and Bisexual Taiwanese Youth: Self-Identity Disturbance Mediates but Gender Does Not Moderate the Relationships. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 1–11.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182412981>
- Costa, P. L., McDuffie, J. W., Brown, S. E. V., He, Y., Ikner, B. N., Sabat, I. E., & Miner, K. N. (2023). Microaggressions: Mega problems or micro issues? A meta-analysis. *Journal of Community Psychology*, 51(1), 137–153.
<https://doi.org/10.1002/jcop.22885>
- Craig, S. L., Iacono, G., McInroy, L., Kirkland, A., Pascoe, R., & Kourgiantakis, T. (2022).

- Demonstrating LGBTQ+ Affirmative Practice in Groups: Developing Competence through Simulation-Based Learning. *Clinical Social Work Journal*, 50(3), 297–307. <https://doi.org/10.1007/s10615-022-00850-2>
- Davis, A. W., Lyons, A., & Pepping, C. A. (2022). Inclusive Psychotherapy for Sexual Minority Adults: The Role of the Therapeutic Alliance. *Sexuality Research and Social Policy*, 19(4), 1842–1854. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00654-y>
- Dilling, H. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen : ICD–10 Kapitel V (F) : klinisch–diagnostische Leitlinien* (10. Auflage). Hogrefe Verlag.
- Dimberg, S. K., Clark, D. A., Spanierman, L. B., & VanDaalen, R. A. (2021). “School Shouldn’t Be Something You Have to Survive”: Queer Women’s Experiences with Microaggressions at a Canadian University. *Journal of Homosexuality*, 68(5), 709–732. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1661729>
- Flanders, C. E., LeBreton, M., & Robinson, M. (2019). Bisexual Women’s Experience of Microaggressions and Microaffirmations: A Community-Based, Mixed-Methods Scale Development Project. *Archives of Sexual Behavior*, 48(1), 143–158. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1135-x>
- Fraser, L. (2009). Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 126–142. <https://doi.org/10.1080/14681990903003878>
- Friedlaender, C. (2021). Microaggressions and the problem of attributional ambiguity. In J. Khoo & R. Sterken (Hrg.), *The Routledge Handbook of Social and Political Philosophy of Language* (1. Auflage, S. 232–246). Routledge, Taylor & Francis Group.
- Gaiswinkler, S., Pfabigan, J., Pentz, R., Teufl, L., & Winkler, R. (2023). LGBTIQ+-Gesundheitsbericht 2022. *Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)*.
- Hadjiioannou, E., & Saadi, J.-P. (2023). Queer minds, Queer needs. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 25(1–2), 12–28. <https://doi.org/10.1080/13642537.2022.2156134>
- Israel, T., Gorcheva, R., Walther, W. A., Sulzner, J. M., & Cohen, J. (2008). Therapists’ helpful and unhelpful situations with LGBT clients: An exploratory study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 361–368. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.3.361>
- Israel, T., Gorcheva, R., Burnes, T. R., & Walther, W. A. (2008). Helpful and unhelpful

- therapy experiences of LGBT clients. *Psychotherapy Research*, 18(3), 294–305.
<https://doi.org/10.1080/10503300701506920>
- Johnson, V. E., Nadal, K. L., Sissoko, D. R. G., & King, R. (2021). “It’s Not in Your Head”: Gaslighting, ‘Splaining, Victim Blaming, and Other Harmful Reactions to Microaggressions. *Perspectives on Psychological Science*, 16(5), 1024–1036.
<https://doi.org/10.1177/17456916211011963>
- Jones, K. P., Peddie, C. I., Gilrane, V. L., King, E. B., & Gray, A. L. (2016). Not So Subtle: A Meta-Analytic Investigation of the Correlates of Subtle and Overt Discrimination. *Journal of Management*, 42(6), 1588–1613.
<https://doi.org/10.1177/0149206313506466>
- Kelley, F. A. (2015). The therapy relationship with lesbian and gay clients. *Psychotherapy*, 52(1), 113–118. <https://doi.org/10.1037/a0037958>
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (5. Auflage). Beltz.
- Kuo, P. B., Hashtpari, H., Chea, C. J., & Tao, K. W. (2022). Centering and decentering client disclosures: A qualitative study of therapists’ responses to clients’ experiences of discrimination. *Psychotherapy*, 59(4), 533–544. <https://doi.org/10.1037/pst0000453>
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung : Lehrbuch* (5., überarbeitete Auflage). Beltz.
- Lui, P. P., & Quezada, L. (2019). Associations between microaggression and adjustment outcomes: A meta-analytic and narrative review. *Psychological Bulletin*, 145(1), 45–78. <https://doi.org/10.1037/bul0000172>
- Mair, D. (2003). Gay men’s experiences of therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 3(1), 33–41. <https://doi.org/10.1080/14733140312331384608>
- Marchi, M., Travascio, A., Uberti, D., De Micheli, E., Grenzi, P., Arcolin, E., Pingani, L., Ferrari, S., & Galeazzi, G. M. (2023). Post-traumatic stress disorder among LGBTQ people: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 32, Artikel e44. <https://doi.org/10.1017/S2045796023000586>
- Marchi, M., Travascio, A., Uberti, D., De Micheli, E., Quartaroli, F., Laquatra, G., Grenzi, P., Pingani, L., Ferrari, S., Fiorillo, A., Converti, M., Pinna, F., Amaddeo, F., Ventriglio, A., Mirandola, M., & Galeazzi, G. M. (2023). Microaggression toward LGBTIQ people and implications for mental health: A systematic review. *International Journal of Social Psychiatry*, 0(0), 1-13. <https://doi.org/10.1177/00207640231194478>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual

- populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Mongelli, F., Perrone, D., Balducci, J., Sacchetti, A., Ferrari, S., Mattei, G., & Galeazzi, G. M. (2019). Minority stress and mental health among LGBT populations: An update on the evidence. *Minerva Psichiatrica*, 60(1), 27–50. <https://doi.org/10.23736/S0391-1772.18.01995-7>
- Morris, D. D. A., Fernandes, V., & Rimes, K. A. (2022). Sexual minority service user perspectives on mental health treatment barriers to care and service improvements. *International Review of Psychiatry*, 34(3–4), 230–239. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2051445>
- Munro, L., Travers, R., & Woodford, M. R. (2019). Overlooked and Invisible: Everyday Experiences of Microaggressions for LGBTQ Adolescents. *Journal of Homosexuality*, 66(10), 1439–1471. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1542205>
- Nadal, K. L., Erazo, T., & King, R. (2019). Challenging Definitions of Psychological Trauma: Connecting Racial Microaggressions and Traumatic Stress. *Journal for Social Action in Counseling & Psychology*, 11(2), 2–16. <https://doi.org/10.33043/JSACP.11.2.2-16>
- Nadal, K. L., Issa, M.-A., Leon, J., Meterko, V., Wideman, M., & Wong, Y. (2011). Sexual Orientation Microaggressions: “Death by a Thousand Cuts” for Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Journal of LGBT Youth*, 8(3), 234–259. <https://doi.org/10.1080/19361653.2011.584204>
- Nadal, K. L., Skolnik, A., & Wong, Y. (2012). Interpersonal and systemic microaggressions toward transgender people: Implications for counseling. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 6(1), 55–82. <https://doi.org/10.1080/15538605.2012.648583>
- Nadal, K. L., Wong, Y., Issa, M.-A., Meterko, V., Leon, J., & Wideman, M. (2011). Sexual Orientation Microaggressions: Processes and Coping Mechanisms for Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 5(1), 21–46. <https://doi.org/10.1080/15538605.2011.554606>
- Nay, R., McAuliffe, L., & Bauer, M. (2007). Sexuality: from stigma, stereotypes and secrecy to coming out, communication and choice. *International Journal of Older People Nursing*, 2(1), 76–80. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2007.00052.x>
- Olkin, R., Hayward, H., Abbene, M. S., & VanHeel, G. (2019). The Experiences of Microaggressions against Women with Visible and Invisible Disabilities. *Journal of Social Issues*, 75(3), 757–785. <https://doi.org/10.1111/josi.12342>
- Owen, J., Imel, Z., Tao, K. W., Wampold, B., Smith, A., & Rodolfa, E. (2011). Cultural

- ruptures in short-term therapy: Working alliance as a mediator between clients' perceptions of microaggressions and therapy outcomes. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(3), 204–212.
<https://doi.org/10.1080/14733145.2010.491551>
- Platt, L. F., & Lenzen, A. L. (2013). Sexual Orientation Microaggressions and the Experience of Sexual Minorities. *Journal of Homosexuality*, 60(7), 1011–1034.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2013.774878>
- Queer-Lexikon. (o.D.). Queer. In *Queeres Glossar*. Abgerufen Februar 6, 2024, von
<https://queer-lexikon.net/2017/06/08/queer/>
- Semp, D. (2011). Questioning heteronormativity: Using queer theory to inform research and practice within public mental health services. *Psychology and Sexuality*, 2(1), 69–86.
<https://doi.org/10.1080/19419899.2011.536317>
- Sharek, D. B., McCann, E., Sheerin, F., Glacken, M., & Higgins, A. (2015). Older LGBT people's experiences and concerns with healthcare professionals and services in Ireland. *International Journal of Older People Nursing*, 10(3), 230–240.
<https://doi.org/10.1111/opn.12078>
- Shelton, K., & Delgado-Romero, E. A. (2013). Sexual orientation microaggressions: The experience of lesbian, gay, bisexual, and queer clients in psychotherapy. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(S), 59–70. <https://doi.org/10.1037/2329-0382.1.S.59>
- Spear, A. D. (2023). Epistemic dimensions of gaslighting: Peer-disagreement, self-trust, and epistemic injustice. *Inquiry*, 66(1), 68–91.
<https://doi.org/10.1080/0020174X.2019.1610051>
- Spengler, E. S., Miller, D. J., & Spengler, P. M. (2016). Microaggressions: Clinical errors with sexual minority clients. *Psychotherapy*, 53(3), 360–366.
<https://doi.org/10.1037/pst0000073>
- Steffens, M. C., & Thompson, E. M. (2006). Verruchte – Perverse – Kranke – Unsichtbare: Der historische Blick. In T. Heinrich, P. Hammelstein, & U. Biechele (Hrsg.), *Anders ver-rückt? Lesben und Schwule in der Psychiatrie. Jahrbuch Lesben – Schwule – Psychologie 2006* (S. 13-22). Pabst.
- Strübing, J. (2018). *Qualitative Sozialforschung: Eine komprimierte Einführung* (2. Auflage). De Gruyter Oldenbourg.
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M. B., Nadal, K. L.,

- & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271–286.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>
- Sue, D. W., & Spanierman, L. (2020). *Microaggressions in everyday life*. John Wiley & Sons.
- VERBI Software. (2023). MAXQDA 2024 [computer software]. Berlin, Germany: VERBI Software. Verfügbar unter <https://www.maxqda.com>.
- Wagenknecht, P. (2007). Was ist Heteronormativität? Zu Geschichte und Gehalt des Begriffs. In J. Hartmann, C. Kleese, P. Wagenknecht, B. Fritzsche & K. Hackmann (Hrsg.), *Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht* (1. Auflage, S. 17–34). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Walls, N. E. (2008). Toward a Multidimensional Understanding of Heterosexism: The Changing Nature of Prejudice. *Journal of Homosexuality*, 55(1), 20–70.
<https://doi.org/10.1080/00918360802129287>
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(1), 1-9. <https://doi.org/10.17169/FQS-1.1.1132>
- Witzel, A. & Reiter, H. (2022). *Das problemzentrierte Interview – eine praxisorientierte Einführung* (1. Auflage). Beltz Juventa.
- Woodford, M. R., Kulick, A., Sinco, B. R., & Hong, J. S. (2014). Contemporary heterosexism on campus and psychological distress among LGBTQ students: The mediating role of self-acceptance. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(5), 519–529.
<https://doi.org/10.1037/ort0000015>
- Wozolek, B. (2018). Gaslighting queerness: Schooling as a place of violent assemblages. *Journal of LGBT Youth*, 15(4), 319–338.
<https://doi.org/10.1080/19361653.2018.1484839>
- Yarns, B. C., Abrams, J. M., Meeks, T. W., & Sewell, D. D. (2016). The Mental Health of Older LGBT Adults. *Current Psychiatry Reports*, 18(6), 1-11.
<https://doi.org/10.1007/s11920-016-0697-y>
- Zeigler-Hill, V. (2011). The Connections Between Self-Esteem and Psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 157–164.
<https://doi.org/10.1007/s10879-010-9167-8>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Struktur der Hauptkategorie „Art und Weise der Thematisierung“	21
Abbildung 2: Struktur der Hauptkategorie „Negative Situationen“	22
Abbildung 3: Struktur der Hauptkategorie „Ängste vor Queerfeindlichkeit“	32
Abbildung 4: Struktur der Hauptkategorie „Wünsche“	35
Abbildung 5: Struktur der Hauptkategorie „Positive Situationen“	40
Abbildung 6: Struktur der Hauptkategorie „Reaktionen der Klient*innen“	45

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Charakteristika der Teilnehmer*innen	16
Tabelle 2: Transkriptionsregeln	17
Tabelle C1: Themen der Mikroaggressionen gegenüber Personen sexueller Minderheiten	77
Tabelle G1: Kategoriensystem	87

Anhang A

Zusammenfassung

Personen, die heteronormativen Erwartungshaltungen nicht entsprechen, haben ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen. Dieses wird im Minority Stress Modell durch Diskriminierung und Stressoren aus dem gesellschaftlichen Umfeld erklärt, wozu auch Mikroaggressionen gehören. Mikroaggressionen sind alltägliche verbale, verhaltensbasierte oder umweltbedingte Demütigungen, die absichtlich oder unabsichtlich sein können. Personen, die in Psychotherapie sind, befinden sich in einer vulnerablen Lebenslage, in der das Erleben von Diskriminierung durch die Psychotherapeut*innen besonders schädlich sein kann. Die vorliegende Studie beschäftigte sich als erste Studie mit den Psychotherapieerfahrungen von nicht-heterosexuellen Personen in Österreich. Einerseits wurden berichtete Mikroaggressionen mit bereits bestehenden Taxonomien verglichen. Andererseits wurden hilfreiche Situationen identifiziert und Implikationen abgeleitet. Es wurden acht problemzentrierte Interviews mit lesbischen, schwulen, bisexuellen, queeren und pansexuellen Personen geführt, welche mittels der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Die Analyse ergab sechs Hauptkategorien mit 47 Subkategorien. Nicht-heterosexuelle Personen haben in der Psychotherapie eine Reihe von Mikroaggressionen erlebt, wie beispielsweise Unwissenheit seitens der Psychotherapeut*innen, die Absprache der sexuellen Orientierung oder die Leugnung heterosexistischer Gesellschaftsstrukturen. Die berichteten Erfahrungen zeigen, dass Mikroaggressionen weitreichende Konsequenzen haben können. Es sollte zukünftig untersucht werden, inwiefern Weiterbildungen für Psychotherapeut*innen und die Auseinandersetzung mit der eigenen Positionierung sowie gesellschaftlichen Verhältnissen der Reproduktion von Mikroaggressionen entgegenwirken können. Eine gute Psychotherapie wird nicht allein mit dem Ausbleiben von Diskriminierung gelingen, sondern bedarf erweiterter kultureller Kompetenzen der Psychotherapeut*innen.

Anhang B

Abstract

People who do not conform to heteronormative expectations have an increased risk of mental illness. In the Minority Stress Model, this is explained by discrimination and stressors from the social environment, which also includes microaggressions. Microaggressions are everyday verbal, behavioral, or environmental indignities that can be intentional or unintentional. People undergoing psychotherapy are in a vulnerable situation in which experiencing discrimination by psychotherapists can be particularly harmful. This study is the first to look at the psychotherapy experiences of non-heterosexual people in Austria. On the one hand, it breaks down which microaggressions were experienced. On the other hand, helpful situations were identified and implications were derived. Eight problem-centered interviews were conducted with lesbian, gay, bisexual, queer and pansexual people, which were evaluated using content-structuring qualitative content analysis. The analysis resulted in six main categories with 47 subcategories. Non-heterosexual people have experienced several microaggressions in psychotherapy, such as a lack of knowledge on the part of the psychotherapist, denial of the client's sexual orientation or the denial of heterosexist social structures. The reported experiences indicate that microaggressions can have serious consequences. It should be investigated to what extent further training for psychotherapists and an awareness of their own positioning and social conditions can prevent the reproduction of microaggressions. Good psychotherapy requires not only the absence of discrimination, but also culturally competent psychotherapists.

Anhang C**Tabelle C1***Themen der Mikroaggressionen gegenüber Personen sexueller Minderheiten*

Thema	Beispiel
Annahme der Abnormalität/Pathologie (Nadal et al., 2011; Platt et al., 2013)	Annahme, dass nicht-heterosexuelle Personen HIV haben
Annahme einer universellen lesbischen, schwulen, bisexuellen und transgender (LGBT) Erfahrung (Munro et al., 2019; Nadal et al., 2011)	Annahme, dass alle lesbischen Personen gleich aussehen
Leugnung von Heterosexismus (Munro et al., 2019; Nadal et al., 2011)	Annahme, es gebe keine Diskriminierung mehr gegenüber queeren Personen
Unbehagen gegenüber/Missbilligung von LGBT Erfahrungen (Munro et al., 2019; Nadal et al., 2011; Platt et al., 2013)	Negativer Kommentar oder Gesichtsausdruck, wenn ein queeres Paar sich in der Öffentlichkeit küsst
Befürwortung heteronormativer Kultur und heteronormativen Verhaltens (Dimberg et al., 2021; Munro et al., 2019; Platt et al., 2013; Shelton et al., 2013)	Erwartung, dass nicht-heterosexuelle Personen sich wie heterosexuelle Personen verhalten, beispielsweise stereotypes Erscheinungsbild
Exotisierung (Nadal et al., 2011; Platt et al., 2013)	Annahme, dass bisexuelle Frauen für einen Dreier offen sind
Drohendes Verhalten (Dimberg et al., 2021; Nadal et al., 2011)	Prügeleien oder die Androhung dieser
Verwendung heterosexistischer Sprache/Begriffe (Munro et al., 2019; Nadal et al., 2011; Platt et al., 2013)	Beleidigungen, wie „Schwuchtel“, aber auch Frage nach einem Freund bei einer weiblichen Person
Mikroaggression als Humor (Platt et al., 2013)	Ein Witz darüber, ob Homosexualität ansteckend sei
Skepsis in Bezug auf die eigene sexuelle Orientierung (Dimberg et al., 2021; Munro et al., 2019)	Reaktion: „Oh, du siehst aber gar nicht queer aus“.

Anmerkung. Es sind keine Themen aus Studien aufgelistet, die Mikroaggressionen in der Psychotherapie untersuchen.

Anhang D

Soziodemografischer Fragebogen

Name:

Vorname:

Alter:

Höchster Bildungsabschluss:

Sexuelle Orientierung:

Genderidentität:

Anzahl der besuchten Psychotherapeut*innen:

Psychotherapieschule (über die berichtet wird):

Monate, seit Beendigung der Psychotherapie:

Anhang E

Interviewleitfaden

Hallo, mein Name ist Lena. Ich danke dir, dass du heute hierhergekommen bist, um an diesem Interview teilzunehmen. Ziel des Interviews ist es, ein besseres Verständnis der Erfahrung von nicht-heterosexuellen Personen in der Psychotherapie zu gewinnen. Dabei geht es nicht darum, warum du in Psychotherapie warst, sondern mich interessiert besonders, wie du dich in Bezug auf deine sexuelle Orientierung in der Psychotherapie gefühlt hast. Ich werde dir einige Fragen stellen, die du nach bestem Wissen und Gewissen beantworten kannst. Du kannst die Beantwortung einer Frage aber auch jederzeit verweigern. Es gibt keine falschen Antworten.

Ich werde das Interview aufzeichnen, damit keine Informationen verloren gehen. Ich gebe dir jetzt ein Formular, auf dem steht, dass die Teilnahme an diesem Interview völlig freiwillig ist und dass du jederzeit die Teilnahme ablehnen und das Interview abbrechen kannst. Bitte lies dieses Blatt sorgfältig durch, bevor du es unterschreibst. Darin werden unter anderem mögliche Risiken für dich sowie der Umgang mit gesammelten Daten erörtert. Bevor wir mit dem Interview beginnen, kannst du noch Fragen stellen, die möglicherweise aufkommen sind.

Erklärung zur Vertraulichkeit

Ich werde diese Sitzung aufzeichnen, um die Integrität Ihres Dialogs zu wahren. Deine Identität wird jedoch nicht preisgegeben, und nur ich habe Zugang zu diesem Band. Das Interview ist streng vertraulich.

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check – Wurde das erwähnt? <i>Nachfragen nur, wenn nicht von allein angesprochen, Formulierung anpassen</i>	Konkrete Frage <i>Nur an passenden Stellen</i>	Aufrechterhaltungs- Steuerungsfragen
In diesem Interview geht es mir nicht darum, warum du in der Psychotherapie warst. Mich interessiert wie dein*e Therapeut*in deine sexuelle Orientierung thematisiert hat	Sexualität preisgegeben? Zeitpunkt Viel/wenig thematisiert Problematisiert? Welche Sprache/Begriffe		- Nonverbale Aufrechterhaltung - Kannst du dazu noch etwas mehr erzählen? - Hast du dazu ein Beispiel? - Spielt hier ... eine Rolle?

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check – Wurde das erwähnt? <i>Nachfragen nur, wenn nicht von allein angesprochen, Formulierung anpassen</i>	Konkrete Frage <i>Nur an passenden Stellen</i>	Aufrechterhaltungs- Steuerungsfragen
bzw welchen Stellenwert sie in der Psychotherapie eingenommen hat?	Vergleich mit heterosexuellen Lebensweisen		
Was waren die Reaktionen deines*deiner Therapeut*in, wenn du von unangenehmen oder Diskriminierungserfahrungen (aufgrund der sexuellen Orientierung) außerhalb der Psychotherapie erzählt hast?	Wie wird Einstellung der Therapeut*in bzgl der sex. O. eingeschätzt? Positiv: Negativ: Schild zugewiesen Erfahrung geleugnet/minimiert Erklärt Erwünschte Reaktion		- Nonverbale Aufrechterhaltung - Kannst du dazu noch etwas mehr erzählen? - Hast du dazu ein Beispiel? - Spielt hier ... eine Rolle?
Wie würdest du die Beziehung zu deinem*deiner Therapeut*in beschreiben?	Danach weiterhin Ähnliches thematisiert? Positiv Negativ Was war wichtig bei der Auswahl?		- Nonverbale Aufrechterhaltung - Kannst du dazu noch etwas mehr erzählen? - Hast du dazu ein Beispiel? - Spielt hier ... eine Rolle? - Nonverbale Aufrechterhaltung - Kannst du dazu noch etwas mehr erzählen? - Hast du dazu ein Beispiel? - Spielt hier ... eine Rolle?
Beschreib mir bitte die Räumlichkeiten deines*deiner Therapeut*in.	Bilder, Bücher, Broschüren, Plakate... Wohl gefühlt oder nicht? Ausgelöste Gedanken/Emotionen?		

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check – Wurde das erwähnt? <i>Nachfragen nur, wenn nicht von allein angesprochen, Formulierung anpassen</i>	Konkrete Frage <i>Nur an passenden Stellen</i>	Aufrechterhaltungs- Steuerungsfragen
Du hast mir von xy erzählt. Was glaubst du, wie diese Erfahrung dein Verhalten in der Psychotherapie beeinflusst hat?	Weniger erzählt Sorgen über Reaktion Abbruch (erwägt) Welche Emotionen?		- Nonverbale Aufrechterhaltung - Kannst du dazu noch etwas mehr erzählen? - Hast du dazu ein Beispiel? - Spielt hier ... eine Rolle?
Du hast von xy erzählt. Wie bist du damit umgegangen?	Auswirkungen auch außerhalb der Psychotherapie? Konfrontiert? Sich selbst hinterfragt?		- Nonverbale Aufrechterhaltung - Kannst du dazu noch etwas mehr erzählen? - Hast du dazu ein Beispiel? - Spielt hier ... eine Rolle?
Letzte Frage: Hast du Punkte, die du noch gerne ansprechen würdest?			

Abschluss

Dank für Auskunfts- und Teilnahmebereitschaft
Evtl. Frage nach weiteren Interviewpartner*innen
Interesse an den Ergebnissen?

Anhang F

Informations- und Einwilligungserklärung

Erfahrungen nicht-heterosexueller Personen in der Psychotherapie in Österreich

Sehr geehrte*r Teilnehmer*in,

wir laden Sie ein, an der oben genannten Studie teilzunehmen. Dazu möchten wir Sie um Ihre Einwilligung für die damit verbundene Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bitten.

Ihre Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit, ohne Angabe von Gründen, Ihre Bereitschaft zur Teilnahme ablehnen oder auch im Verlauf des Interviews zurückziehen. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Sie.

Diese Art von Studien ist notwendig, um verlässliche neue *wissenschaftliche* Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung von Studien ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch sorgfältig durch und zögern Sie nicht, Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur

- wenn Sie Art und Ablauf der Studie vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmer*in an dieser Studie im Klaren sind.

1. Was ist der Zweck der Studie?

Diese Studie soll untersuchen, wie nicht-heterosexuelle Klient*innen ihre Psychotherapieerfahrung in Österreich und die Thematisierung ihrer Sexualität innerhalb der Psychotherapie erlebt haben. Hierbei sollen sowohl hilfreiche als auch negative Erlebnisse untersucht werden. Es sollen auch indirekte Thematisierungen der Sexualität, beispielsweise über die Räumlichkeiten oder Reaktionen auf berichtete Diskriminierungserfahrungen einbezogen werden. Außerdem ist für diese Studie von Interesse, wie diese Erfahrungen sich auf das Verhalten der Klient*innen in der Psychotherapie ausgewirkt haben.

2. Wie läuft die Studie ab?

Die Studie findet im Rahmen einer Masterarbeit an der Universität Wien statt. Nach dem Lesen der Teilnehmer*inneninformation und der Einwilligungserklärung wird es die Möglichkeit für Rückfragen geben. Die Studie besteht aus einem etwa 60-minütigen Interview und einem soziodemografischen Fragebogen. Die Interviews können online oder persönlich in Wien stattfinden. In dem Interview werden Sie gebeten, Fragen zum Stellenwert Ihrer sexuellen Orientierung im Rahmen Ihrer psychotherapeutischen Erfahrung zu beantworten. Es wird eine Audioaufnahme des Interviews erstellt werden, um das Gespräch anschließend in anonymisierter Form zu transkribieren und in weiterer Folge auswerten zu können. Nach Beendigung des Interviews können Sie noch mitteilen, ob Sie über die Ergebnisse der Studie informiert werden möchten.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Studie?

Die Ergebnisse dieser Studie sollen wichtige Daten zur Inklusion nicht-heterosexueller Perspektiven im psychotherapeutischen Setting hervorbringen. Meines Wissens gibt es keine aktuelle Studie über die Psychotherapieerfahrungen in Österreich von Personen, die sich nicht als heterosexuell identifizieren. Anhand der Studienergebnisse sollen sowohl hilfreiche als auch hinderliche Faktoren in der Psychotherapie mit nicht-heterosexuellen Klient*innen identifiziert werden. Die Teilnehmer*innen tragen mit Ihrer persönlichen Erfahrung wesentlich zum wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn bei.

4. Gibt es Risiken bei der Durchführung der Studie und ist mit Beschwerden oder anderen Begleiterscheinungen zu rechnen?

Während der Durchführung können potenziell aufwühlende Themen angesprochen werden (u. a. Psychotherapieerfahrung/-inhalte, Diskriminierungserfahrungen). In der Regel kommt es jedoch zu keinen unerwünschten Nachwirkungen.

Sie können an der Studie nur teilnehmen, wenn die folgenden zwei Punkte auf Sie zutreffen:

- Abgeschlossene Psychotherapie seit mindestens 1 Monat und maximal 12 Monaten.
- Sie identifizieren sich nicht als heterosexuell.

5. Hat die Teilnahme an der Studie sonstige Auswirkungen auf die Lebensführung und welche Verpflichtungen ergeben sich daraus?

Die Teilnahme hat in der Regel keine Auswirkungen auf die Lebensführung. Die Teilnahme an der Studie kann jederzeit, auch ohne Angaben von Gründen, abgebrochen werden, ohne dass sich daraus Konsequenzen für Sie ergeben.

6. Was ist zu tun beim Auftreten von Beschwerdesymptomen, unerwünschten Begleiterscheinungen und/oder Verletzungen?

Sollten Sie aufgrund des Interviews in irgendeiner Form psychische Beschwerden erleben, melden Sie sich bitte bei der Studienleitung. Die Kontaktdaten der Studienleitung finden Sie in diesem Dokument unter Punkt 10.

Falls Sie in dringenden Fällen psychologische Hilfe benötigen, finden Sie entsprechende Notrufnummern online:

- Für Österreich: <https://www.psychologen.at/notfaelle>
- Für Deutschland: <https://seelenchaos.de/selbsthilfe-und-psyche/notfallnummern-psyche>

7. Wann wird die Studie vorzeitig beendet?

Die Teilnahme an dem Interview kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und daraus resultierende Nachteile von den Teilnehmenden widerrufen werden. Unter gewissen Umständen ist es möglich, dass das wissenschaftliche Forschungsvorhaben vorzeitig beendet wird, bspw. aus organisatorischen Gründen. Zudem kann die Studienleitung entscheiden, die Teilnahme von Personen an der Studie vorzeitig zu beenden. Mögliche Gründe hierfür können bspw. sein, dass der Eindruck entsteht, dass die Teilnahme an der Studie nicht im Interesse der*des Teilnehmenden ist.

8. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser Studie gesammelten Daten verwendet?

Ihre personenbezogenen Daten und Kontaktdaten unterliegen dem Datenschutz (Art. 4 Z 5 DSGVO). Die gesammelten Daten aus den Interviews werden anonym ausgewertet, können jedoch aufgrund Ihrer Kontaktmöglichkeit Ihrer Person zugeordnet werden. Daher werden Ihre Kontaktdaten mit einer Kennung für Ihre Projektdaten versehen und getrennt von den Projektdaten an unterschiedlichen Orten gespeichert, zu denen nur autorisierte Mitarbeiter*innen des wissenschaftlichen Forschungsvorhabens sowie berechtigte Wissenschaftler*innen Zutritt haben.

Die Studienleitung verwendet Ihre Kontaktmöglichkeit ausschließlich, um Sie für das Interview einzuladen und sie je nach Wunsch nach der anonymisierten Auswertung über die Studienergebnisse zu informieren.

Ihre personenbezogenen Daten werden nicht für andere Zwecke verwendet. Drei Wochen nach dem Interview werden Ihre Kontaktdaten automatisch gelöscht, falls Sie nicht über die Studienergebnisse informiert werden möchten. Sollten Sie Interesse an den Studienergebnissen haben, werden Ihre Kontaktdaten bis zum Abschluss der Studie gesondert von den für die Studie gesammelten Daten aufbewahrt und nach der Übermittlung der Ergebnisse gelöscht. Anschließend sind Ihre im Interview angegebenen Daten vollständig anonymisiert und eine nachträgliche Löschung Ihrer Daten ist unmöglich.

Bei Teilnahme an einem Interview werden die produzierten Daten, d.h. die Original-Audioaufzeichnung Ihres Interviews, ausschließlich von Projektmitarbeiter*innen ausgewertet. Im Rahmen der Auswertung werden Abschriften erstellt, in denen alle Angaben, die zu einer Identifizierung Ihrer Person führen könnte (z.B. Namen) und sonstige Hinweise, verändert, abstrahiert oder aus den Abschriften entfernt.

Die anonymisierten Abschriften werden für 1,5 Jahre nach Studienende aufbewahrt um unter Umständen eine Publikation zu ermöglichen, anschließend werden diese gelöscht. Die Tonbandaufzeichnung wird nach Abschrift umgehend gelöscht. Die Abschriften werden anonym ausgewertet.

Bis zu drei Wochen nach dem Interview können Sie ihre Teilnahme an der Studie widerrufen und die Löschung Ihrer personenbezogenen Daten sowie der Audioaufzeichnung beantragen. Bitte kontaktieren Sie dazu die Studienleitung (siehe Punkt 10 in diesem Dokument).

Nur die an dem Forschungsprojekt mitwirkenden Personen haben Zugang zu den gesammelten Daten und unterliegen der Verschwiegenheitspflicht. Die Weitergabe der Daten erfolgt ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken und anonym. Auch in etwaigen Veröffentlichungen der Daten dieser Studie können keine Rückschlüsse auf die Teilnehmer*innen gezogen werden.

9. Entstehen für die Teilnehmer*innen Kosten? Gibt es einen Kostenersatz oder eine Vergütung?

Durch die Teilnahme an diesem wissenschaftlichen Forschungsvorhaben entstehen für Sie keine Kosten.

Eine Vergütung/Aufwandsentschädigung für Ihre Teilnahme an dem wissenschaftlichen Forschungsvorhaben wird nicht gezahlt.

10. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen stehe ich Ihnen selbstverständlich zur Verfügung. Sollten nach der Teilnahme an dem Interview noch Fragen aufkommen, können Sie mich jederzeit per Mail kontaktieren. Fragen werden Ihre Rechte als Teilnehmer*in nicht betreffen und werden in jedem Fall beantwortet.

Namen der Kontaktperson bzw. der Kontaktpersonen:

Leiterin	Name: Lena Jacob E-Mail: [REDACTED] Tel.: [REDACTED]
Betreuende Professorin	Name: Univ.-Prof- Dr- Brigitte Lueger-Schuster E-Mail: brigitte.lueger-schuster@univie.ac.at Tel.: [REDACTED]

11. Einwilligungserklärung

Name der teilnehmenden Person in Druckbuchstaben:

Geb. Datum:

Ich erkläre mich bereit, an der Studie „Erfahrungen nicht-heterosexueller Personen in der Psychotherapie in Österreich“ teilzunehmen.

Ich bin von der Studienleitung ausführlich und verständlich über Zielsetzung, Bedeutung und Tragweite der Studie und die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Teilnehmer*inneninformation und Einwilligungserklärung gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir von der Studienleitung verständlich und ausreichend beantwortet. Ich hatte genügend Zeit, mich zu entscheiden, ob ich an der Studie teilnehmen möchte. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich werde die Hinweise, die für die Durchführung der Studie erforderlich sind, befolgen, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Sollte ich aus der Studie ausscheiden wollen, so kann ich dies jeder Zeit schriftlich oder mündlich bei Frau Lena Jacob veranlassen.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten aufgezeichnet und ausgewertet werden.

Ich stimme zu, dass meine Daten dauerhaft in anonymisierter Form elektronisch gespeichert werden. Noch nicht anonymisierte Daten oder pseudonymisierte Daten werden in einer nur der Projektleitung zugänglichen Form gespeichert, die gemäß aktuellem Standard verschlüsselt sind. Sobald die Pseudonymisierung für die Studienzwecke nicht mehr nötig ist, d.h. spätestens drei Wochen nach dem Interview, werden die Daten vollständig anonymisiert. Ab diesem Zeitpunkt ist eine Löschung der Daten nicht mehr möglich.

Habe ich eine Kontaktmöglichkeit angegeben und sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt die Löschung meiner Daten wünschen, so kann ich dies schriftlich oder telefonisch ohne Angabe von Gründen bis drei Wochen nachdem ich informiert wurde, nicht für ein Interview in Frage zu kommen, oder bis drei Wochen nach dem Interview bei Lena Jacob veranlassen.

☐ Ich bin mit einer Audioaufzeichnung des Interviews einverstanden.

Ich habe die Teilnahmebedingungen gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet.

Ich habe eine Kopie dieser Teilnehmer*inneninformation und Einwilligungserklärung erhalten. Das Original verbleibt bei der Studienleitung.

Datum und Unterschrift der*des Teilnehmenden:

.....

Datum, Name und Unterschrift der Studienleitung:

.....

Anhang G

Tabelle G1

Kategoriensystem

Kategorien und Subkategorien	Definition	Ankerbeispiel
1. Art und Weise der Thematisierung	Alle Details, die Aufschlüsse über die Art und Weise der Thematisierung der sexuellen Orientierung der Klient*innen oder im Allgemeinen geben. Dazu gehören beispielsweise Aussagen über die Häufigkeit, die Richtung, ob die Thematisierung direkt oder indirekt war, die Intention der Thematisierung und der Zeitpunkt. Der Zeitpunkt der Thematisierung der sexuellen Orientierung in der Psychotherapie.	„Ich bin da aber auch geoutet reingegangen. Also meine Therapeutin wusste das auch.“ (Interview 4)
1.1. Zeitpunkt	Die Richtung der Thematisierung meint, ob die Interviewees oder die Psychotherapeut*innen die sexuelle Orientierung der Interviewees thematisiert haben.	„Und sie hat das von sich aus, glaube ich, nicht thematisiert. Also sie hat mir den Raum gegeben, halt so wie das glaube ich auch sein sollte, die Themen auszuwählen, ja.“ (Interview 4)
1.2. Richtung der Thematisierung	Alle Aussagen über den Kontext und den Stellenwert, den die sexuelle Orientierung in der Psychotherapie eingenommen hat als auch die Intention der Thematisierung der sexuellen Orientierung der Interviewees.	„Eigentlich eh gleich ganz am Anfang, weil ich schauen wollte, wie sie reagiert und ob sie eh cool ist und nicht queerphob. Deswegen habe ich gleich am Anfang halt von meiner Freundin erzählt und halt auch so, da war halt auch noch voll das Thema so Polyamorie da. Also das war auch so jetzt nicht sexuelle Orientierung, aber so einfach so ihre politischen Einstellungen dazu.“ (Interview 6)
1.3. Rahmen der Thematisierung		

Kategorien und Subkategorien	Definition	Ankerbeispiel
2. Negative Situationen	Negative Situationen meint alle Situationen, in denen die Interviewees Verhaltensweisen der Psychotherapeut*innen negativ erlebt haben. Die meisten Situationen haben Bezug zur sexuellen Orientierung der Interviewees oder zu nicht-heterosexuellen Orientierungen und Lebensweisen im Allgemeinen.	
2.1. Deutungshoheit	Der*die Psychotherapeut*in hat die Deutungshoheit zu bestimmen, was die Probleme des*der Klient*in sind und gibt somit vor, was Thema in der Psychotherapie ist und was nicht.	„Ja, wobei, jetzt im Nachhinein hatte ich schon den Eindruck, so dass sie gerne die Themen festgelegt hat, über die wir sprechen.“ (Interview 7)
2.2. Absprechen der sexuellen Orientierung	Der*die Psychotherapeut*in hat Annahmen über die sexuelle Orientierung des*der Klient*in gemacht, die widersprüchlich zu den Aussagen des*der Klient*in waren und haben somit dem*der Klient*in abgesprochen über die eigene sexuelle Orientierung bestimmen zu können.	"Ich fand es dann aber ziemlich arg, als ich dann erzählt habe, dass ich jetzt halt gerade wieder eine sexuelle intime Beziehung mit einem Mann habe. Und. Dass sie dann irgendwie meinte 'Ja, ich bin ja gar nicht so! Ich bin vielleicht doch nur an Männern interessiert.' wo ich mir dachte 'Hä? Wie kommst du jetzt darauf? Ich habe doch auch ganz andere Sachen erzählt.' Und das fand ich sehr übergriffig und fremdbestimmt." (Interview 7)
2.3. Identität pathologisieren/ problematisieren	Der*die Psychotherapeut*in hat die sexuelle Orientierung oder die Geschlechtsidentität ihrer Klient*innen pathologisiert oder problematisiert.	„Ja, da bin ich nach fünf Sessions bin ich gegangen wieder, weil sie meine Asexualität einfach zu dem Therapiethema gemacht hat, obwohl es für mich kein Therapiethema war und das war mir dann zu anstrengend.“ (Interview 3)
2.4. Unwissenheit	Unwissenheit der Psychotherapeut*innen in Bezug auf nicht-heterosexuelle Orientierungen und Lebensweisen.	„Es war manchmal ein bisschen anstrengend, eben weil man ihr Konzepte, tiefere Konzepte erklären hat müssen.“ (Interview 3)

Kategorien und Subkategorien	Definition	Ankerbeispiel
2.5. Tabuisierung nicht-hetosexueller Orientierungen	Tabuisierung beschreibt das Übergehen und Unsichtbarmachen nicht-hetosexueller Orientierungen und Lebensweisen durch Schweigen. Psychotherapeut*innen sind auf die Thematisierung nicht-hetosexueller Orientierungen und Lebensweisen oder Schwierigkeiten mit heteronormativen Vorstellungen von Seiten der Interviewpersonen nicht näher eingegangen und haben das Thema gewechselt. Der*die Psychotherapeut*in hat Stereotype in Bezug auf nicht-hetosexuelle Orientierungen und Lebensweisen reproduziert.	„Sie hatte nie irgendwie was Negatives dazu gesagt, aber sie hat auch gar nichts dazu gesagt. Und ich glaube, da hätte ich mir vielleicht mehr Tiefe auch gewünscht.“ (Interview 8)
2.6. Stereotype Annahmen	„Aber halt eher öfters in Situationen, anstatt dass wir dann über das Problem sprechen. Also eben Eifersucht weiß ich nicht. War dann das Thema ‘Ja, aber queere Menschen führen ja Beziehungen allgemein anders und keine Ahnung haben was mit mehr Leuten.’ Und dann ist Eifersucht auch ein anderes Thema und hat es halt in so eine komplett andere Box gesteckt als einfach ‘Ja, Menschen empfinden Eifersucht, so können Menschen damit umgehen.’ Sondern dass es halt von vornherein so alles auf die Queerschiene geschoben. Und ich finde es ist halt, war sehr vereinfachend irgendwie.“ (Interview 6)	

Kategorien und Subkategorien	Definition	Ankerbeispiel
2.7. Leugnung heterosexistischer Gesellschaftsstrukturen	Der*die Psychotherapeut*in hat heterosexistische Gesellschaftsstrukturen geleugnet und ist davon ausgegangen, dass nicht-heterosexuelle Personen keine Diskriminierung mehr erfahren.	„Ich hatte auch das Gefühl, dass so diese ganzen Mikroaggressionen. Also jetzt, wo man nicht wirklich so gut sagen kann, keine Ahnung, der hat ein Schimpfwort verwendet, das war Diskriminierung, sondern eben so kleine Sachen, dass man sich die ganze Zeit outen muss und irgendwie hoffen, dass die Reaktion gut ist. Dass sie so was nicht als Diskriminierung angesehen hat, sondern als Empfindlichkeiten. Persönliche.“ (Interview 6)
2.8. Bestätigung heteronormativer Einstellungen/Lebensweisen	Der*die Psychotherapeut*in hat heteronormative Einstellungen und Lebensweisen bestätigt. Hierzu zählt auch, dass nicht-heterosexuelle Orientierungen und Lebensweisen als andersartig konstruiert werden.	„Also so schon hin und wieder dieses Ding von, dass sie halt immer so die Hetero-Cis-Normfamilie genommen hat und dann mich so als Gegenpart und halt immer so, ja, da funktioniert das ja alles anders, wo ich auch manchmal mir gedacht habe, keine Ahnung. Es sind halt auch Beziehungen, die funktionieren jetzt nicht immer komplett anders. Also teilweise habe ich mir schon gedacht, ‘okay, das ist jetzt bisschen unnötig, das nochmal zu betonen, dass es sich um eine queere Beziehung handelt.““ (Interview 6)

Kategorien und Subkategorien	Definition	Ankerbeispiel
2.9. Schuldzuweisung	Der*die Psychotherapeut*in hat dem*der Klient*in die Schuld für berichtete Diskriminierungserfahrungen gegeben. Hierzu zählen auch Situationen in denen Psychotherapeut*innen für Probleme wie Diskriminierung die Lösung in der Veränderung der Sichtweise und Verhaltensweisen der Klient*innen gesehen haben.	„Und genau jetzt im letzten Semester oder halt im letzten Halbjahr ist halt dann das Ding aufgekommen, dass halt in der Uni die Leute halt voll homophob waren und voll unsensibel. Und ich habe halt in Therapie darüber gesprochen, dass mich das halt belastet. Woraufhin meine Therapeutin dann gesagt hat, dann soll ich halt nicht mehr drüber sprechen, wenn ich halt keine Diskriminierung erfahren will. Und ich muss es ja auch nicht immer allen erzählen.“ (Interview 6)
2.10. Versuch der Überidentifizierung	Der*die Psychotherapeut*in hat versucht sich mit dem*der Klient*in zu überidentifizieren. Hierzu gehört das Teilen eigener Erfahrungen, um Ähnlichkeit herzustellen als auch die eigene heterosexuelle Erfahrung auf die nicht-heterosexuellen Erfahrungen der Klient*innen zu übertragen.	„Sie hat irgendwie hin und wieder so angedeutet, dass sie auch Erfahrungen gemacht hat. Und ich war so ‘ich weiß nicht, ob ich das wissen muss’. Und dann hat sie halt auch so, also sie hat auch sehr viel so von sich erzählt und dass sie halt irgendwie einen Mann hat und zwei Kinder, aber auch Erfahrungen gemacht hat.“ (Interview 6)
2.11. Rassismus	Psychotherapeut*innen haben rassistische Aussagen geäußert. Diese müssen sich nicht auf die Interviewperson beziehen.	„Und sie hat dann auch einige rassistische Aussagen im gleichen Atemzug gemacht ja. Es ging um meine Studienkollegin, die Muslima ist und die extrem arge [queerfeindliche] Sachen irgendwie gesagt hat. Und dann hat sie [Psychotherapeutin] irgendwie begonnen das in so ein rassistisches Ding reinzuziehen mit so ‘ja, die sind halt so und die bekommen halt viele Kinder und die haben halt ein anderes Wertebild.“ (Interview 6)

Kategorien und Subkategorien	Definition	Ankerbeispiel
3. Ängste vor Queerfeindlichkeit	Befürchtungen und Sorgen im psychotherapeutischen Setting aufgrund der sexuellen Orientierung oder nicht-heterosexueller Lebensweisen auf Ablehnung, Feindseligkeit oder Diskriminierung seitens des*der Psychotherapeut*in oder der therapeutischen Umgebung zu stoßen.	
3.1. Angst vor der Reaktion beim ersten Outing	Befürchtungen und Sorgen vor der Reaktion nach dem ersten Outing vor der*dem Psychotherapeut*in.	„Ich glaube natürlich, es ist halt irgendwie eine Überwindung halt dann einfach auch noch, weil man halt einfach auch nicht weiß, wie der andere zu dem Thema steht.“ (Interview 2) „Weil ich glaube eben, du kannst halt irgendwie mit so Klischeeaussagen halt dann teilweise gleich sicher einiges zerstören und irgendwie dann wieder eine Verbindung kaputt machen.“ (Interview 2)
3.2. Angst vor Stereotypisierung	Befürchtungen und Sorgen in der Psychotherapie aufgrund der sexuellen Orientierung oder nicht-heterosexueller Lebensweisen stereotype Vorurteile, Klischees oder negative Annahmen in der Psychotherapie zu erfahren.	
3.3. Angst vor Zurückweisung	Befürchtungen und Sorgen aufgrund der sexuellen Orientierung oder nicht-heterosexueller Lebensweisen in der Psychotherapie abgelehnt, nicht akzeptiert oder nicht respektiert zu werden.	„Ich glaube, es ist natürlich ein irrsinnig wichtiges Thema, wo ich dann schon der Überzeugung bin, wenn ich jetzt in der Therapie, im Therapieprozess gemerkt hätte, das würde Ablehnung sorgen und das wäre abgelehnt, instinktiv müsst ich auch den Therapieprozess abbrechen halt irgendwie. Weil ja irgendwie die Therapeutin der Therapeut eigentlich mit was mit irgendeiner essentiellen Charaktereigenschaft von mir nicht übereinstimmt.“ (Interview 2)

Kategorien und Subkategorien	Definition	Ankerbeispiel
3.4. Angst vor Diskussionen	Befürchtungen und Sorgen, dass über nicht-hetosexuelle Orientierungen und Lebensweisen aufgrund queerfeindlicher Einstellungen diskutiert werden muss.	„Ich wollte in Bezug auf meine sexuelle Orientierung und mit wem ich welche Arten auch immer für Beziehungen führe nicht blöd rumdiskutieren oder vielleicht auch, wie ich mich anziehe oder mein Habitus oder dieses oder jenes, das. War mir wichtig, einfach weil ich wollte ja über andere Themen sprechen und nicht so was Essentielles, was an meiner Identität geht, verhandeln müssen oder sowas. Also auch als Voraussetzung dafür, dass ich vulnerabel auch sein kann und mich öffnen kann in der Therapie und mich da auch darauf einlassen kann.“ (Interview 4)
3.5. Angst vor Pathologisierung	Befürchtungen und Sorgen in der Psychotherapie aufgrund der sexuellen Orientierung oder nicht-hetosexueller Lebensweisen als psychisch krank, abnormal oder behandlungsbedürftig gesehen zu werden.	„Weil halt eben halt schon halt irgendwie bei mir halt am Anfang irgendwie die Überzeugung halt war ja, wenn man das halt irgendwie in der Therapie halt dann sagt, dann kommen sie gleich, von wegen ‘ja, da war irgendwas in der Kindheit‘ oder da, ‘der Papa war abwesend‘ oder ‘die Mama war zu stark‘ oder irgendwie sowas und auf das hätte ich wenig Bock gehabt.“ (Interview 2)
3.6. Angst vor Absprechen der Identität	Befürchtungen und Sorgen, dass die eigene Identität von dem*der Psychotherapeut*in abgesprochen oder in Frage gestellt wird. Hierzu zählt auch die Annahme, die sexuelle Orientierung sei nur eine Phase.	„Ja, ich glaube ich hatte wirklich nur Angst davor gehabt, dass sie wirklich sagt, dass [...] sie [Bisexualität] nur eine Phase ist, oder dass ich eigentlich an Männern in Wirklichkeit interessiert bin.“ (Interview 8)

Kategorien und Subkategorien	Definition	Ankerbeispiel
4. Positive Situationen	Situationen, in denen die Thematisierung der sexuellen Orientierung der Interviewees oder nicht-heterosexueller Orientierungen im Allgemeinen in der Psychotherapie als positiv erlebt wurden.	
4.1. Psychotherapeut*innen, die sich als Ally ausweisen	Der*die Psychotherapeut*in hat sich auf der eigenen Webseite oder in Gesprächen als Ally/queerfreundlich ausgewiesen.	„Ich meine, man sieht das dann ja auf den Webseiten oder wenn dann steht Lgbtiq oder Geschlechtsidentität oder dieses oder jenes. Dann ist es ein sehr starker Indikator dafür, dass die Person entweder selber oder halt wirklich zumindest ein überzeugter Ally ist für die Sache.“ (Interview 4)
4.2. Positiver zwischenmenschlicher Umgang	Der*die Psychotherapeut*in hat einen positiven Umgang mit der sexuellen Orientierung des*der Klient*in oder nicht-heterosexuellen Orientierungen im Allgemeinen gezeigt. Hierzu zählt die Unterstützung, Anerkennung, Respekt, Wertschätzung, Bestätigung, Empathie, Akzeptanz und bemühte Neugierde gegenüber den Klient*innen und Themen, die sich auf nicht-heterosexuelle Orientierungen und Lebensweisen beziehen.	„Aber eine Therapeutin zu haben, mit der man lästern kann. Auch ziemlich geil, kann ich nur sagen. Ein bisschen lästern über Feministinnen und über andere und diese und jene über alle haben wir gelästert. So gut.“ (Interview 4)
4.3. Normalisieren	Der*die Psychotherapeut*in hat die sexuelle Orientierung oder die Lebensweisen des*der Klient*in normalisiert. Hierzu zählt auch neutral auf das Outing der Klient*innen zu reagieren und mit nicht-heterosexuelle Orientierungen nicht anders umzugehen als mit Heterosexualität.	„Sie hat so darauf [Outing] reagiert, wie ich damals von meinem Exfreund erzählt habe“ (Interview 8).

Kategorien und Subkategorien	Definition	Ankerbeispiel
4.4. Politische Einigkeit	Der*die Psychotherapeut*in und der*die Klient*in waren sich in Bezug auf politische Einstellungen und Sichtweisen einig.	„Aber es war klar, dass es eine Form von Diskriminierung ist. Wir haben auch über. Wir haben schon auch über so eben strukturelle Diskriminierung, Machtstrukturen und so gesprochen, das habe ich vielleicht auch, hat sich im Gespräch ergeben. Aber habe ich schon auch gemerkt, dass sie da auch vielleicht einen ähnlichen Blick auf diese Themen hat wie ich.“ (Interview 5) „Aber sonst, sie hat halt auch immer alle richtigen Begriffe verwendet und konnte so ‘LGBT’ so sehr locker sagen.“ (Interview 6) „Also eben ich glaube, indem sie so einfach die ganzen Begriffe gekannt hat, auch so was ist genau eine Polybeziehung, was ist eine offene Beziehung.“ (Interview 6)
4.5. Inklusive Sprache	Der*die Psychotherapeut*in hat inklusive Sprache verwendet.	
4.6. Expertise	Der*die Psychotherapeut*in hat Expertise in Bezug auf nicht-heterosexuelle Orientierungen und Lebensweisen. Diese Expertise kann sich in Erfahrung oder Wissen äußern.	
4.7. Klient*innenzentrierung	Der*die Psychotherapeut*in hat den*die Klient*in zentriert, sodass diese*r den Inhalt der Psychotherapie bestimmen konnte.	„Ja, also ich war sehr gestresst damals allgemein über Queerness zu sprechen und das mit mir in Verbindung zu bringen. Also ich habe mich schon auch sehr verletztlich gemacht und da hat sie aber eigentlich ganz gut reagiert und meinte auch ja, ich kann mir irgendwie auch Zeit lassen und kann da halt meinen Weg gehen. Und das war eigentlich eher bestärkend.“ (Interview 6)

Kategorien und Subkategorien	Definition	Ankerbeispiel
5. Wünsche	Wünsche, die Interviewees in Bezug auf den Umgang mit und die Thematisierung ihrer sexuellen Orientierung oder nicht-heterosexuellen Lebensweisen hatten oder die sie sich in zukünftigen Psychotherapien wünschen würden. Sie haben diese Umgangsweisen nicht erlebt. Abzugrenzen hiervon sind alle Erfahrungen, die sie selbst gemacht haben und als positiv erlebt haben.	
5.1. Wunsch nach Safe Space	Der Wunsch, dass die Psychotherapie ein geschützter, unterstützender, wertschätzender, empathischer respektvoller Raum ist, in dem die Interviewees sich frei fühlen können, ihre Identität, ihre Erfahrungen und ihre Gefühle auszudrücken, ohne Angst vor Ablehnung, Diskriminierung oder Stigmatisierung zu haben.	„Und schon auch irgendwie eigentlich dieses Safe Space, weil ich halt schon die Erfahrung auch gemacht habe, auch jetzt bei Freunden, dass man in die Therapie geht, weil man ja irgendwie so einen Stress von außen hat, weil irgendwie das alles nicht so läuft, wie man es gerne hätte und eigentlich ja genau deswegen ja sich dann Hilfe sucht. Und wenn man merkt, man geht wohin, man überwindet sich eh schon, dass man Hilfe sucht und dann wird man wieder irgendwie abgewiesen oder irgendwie kritisiert oder schlecht gemacht, weil man nicht so ist wie alle anderen, so ungefähr, dann ist das glaube ich auch nicht förderlich.“ (Interview 2)

Kategorien und Subkategorien	Definition	Ankerbeispiel
5.2. Wunsch nach (Ausweisung der) Queerfreundlichkeit	Der Wunsch, dass Psychotherapeut*innen queerfreundlich sind und/oder diese auch ausweisen.	„Ich glaube, [...] dass es eben gerade generell halt einfach immer irgendwie schwieriger ist, wenn ich sage, ich möchte dieses Thema besprechen, dass das halt schon einfach immer für viele noch so schamhaft ist und wo es halt eben auch wichtig ist, dass man eben noch mehr halt eigentlich dann ausweist so von wegen als Therapeutinnen LGBTIQ friendly und dass man sich halt einfach dahingehend auch offen zeigt und einfach auch von mir aus auch weiterbildet.“ (Interview 2)
5.3. Wunsch nach Expertise	Der Wunsch, dass Psychotherapeut*innen ein gewisses Expertise in Bezug auf nicht-heterosexuellen Orientierungen und Lebensweisen haben, sodass Psychotherapeut*innen über ein angemessenes Verständnis und Wissen bezüglich LGBTQ+-spezifischer Themen, Identitäten und Herausforderungen verfügen. Hierzu zählt auch eine persönliche Auseinandersetzung mit heteronormativen Gesellschaftsstrukturen und der eigenen Verortung innerhalb dieser als auch das Wissen über Ressourcen.	„Ich würde mir eine Person wünschen, die sich sehr gut damit auskennt. Die sehr einen Überblick hat von Queerfeindlichkeit, so global, so die Entwicklungen und konkret auch so in Österreich und so auf vielen verschiedenen Ebenen. Einfach so was für Geschichten von queeren Person gibt es in der Familie so ganz unterschiedlich. Also jede Person hat ja eine andere Geschichte generell auf dieser Welt so.“ (Interview 1)
5.4. Wunsch nach queerem*r Psychotherapeut*in	Der Wunsch, dass der*die Psychotherapeut*in ebenfalls queer ist.	„also vielleicht auch ich fände es schon cool, eine queere Therapeutin zu haben ehrlicherweise oder zumindest eine, die von queeren Menschen empfohlen wurde und doppelgecheckt.“ (Interview 6)

Kategorien und Subkategorien	Definition	Ankerbeispiel
5.5. Wunsch strukturelle Diskriminierung/ gesellschaftliche Verhältnisse mitzudenken	Der Wunsch, dass Psychotherapeut*innen in der Lage sind, die Auswirkungen von struktureller Diskriminierung, Vorurteilen und Ungleichheiten in der Gesellschaft auf ihre individuellen Erfahrungen und ihr psychisches Wohlbefinden zu berücksichtigen und zu verstehen. Hierzu zählt auch die Infragestellung von cis-Heteronormativität und eine psychotherapeutische Herangehensweise, die die komplexen Wechselwirkungen zwischen Gender, Sexualität, Race, Klasse und anderen gesellschaftlichen Positionen berücksichtigt und die Strukturen von Macht, Ungleichheit und Diskriminierung in der Gesellschaft kritisch reflektiert.	„Und deswegen würde ich mir endlich so eine Therapie wünschen, wo ich über diese ganzen Komplexitäten reden kann, ohne dass ich ja so Ambassador sein muss of anything und dass ich stehen lassen kann und dass wir darüber reden [...] irgendwie verschiedene Diskriminierungen versuchen muss auszubalancieren so. Das würde ich mir wünschen.“ (Interview 1)
5.6. Wunsch nach Ermächtigung/Bestärkung	Der Wunsch in der Psychotherapie Unterstützung, Ressourcen und Strategien zu erhalten, um eigene Stärken, Resilienz und Selbstwirksamkeit in Bezug auf die eigene nicht-hetosexuelle Identität und Lebensweise zu entwickeln und zu stärken. Kognitive, emotionale und verhaltensbasierte Reaktionen der Interviewees auf negativ und positiv erlebte Situationen in der Psychotherapie.	„Aber halt, ich hätte irgendwie mehr so was gebraucht wie keine Ahnung, such dir Allies. Gibt es Leute, die irgendwie da was sagen können, die mit dir an diesem Ort sind?“ (Interview 6)
6. Reaktionen der Klient*innen		
6.1. Kognitionen	Alle Kognitionen, die Interviewees als Reaktion auf erlebte Situationen in der Psychotherapie hatten. Hierzu zählen Gedanken, Überzeugungen, Bewertungsprozesse und Beobachtungen.	

Kategorien und Subkategorien	Definition	Ankerbeispiel
6.1.1. Internalisierte Queerfeindlichkeit	Negative Einstellungen, Überzeugungen und Selbstbilder, die Interviewees gegenüber nicht-heterosexuellen Orientierungen als Reaktion auf Vorurteile, Stigmatisierung oder Diskriminierung von Seiten des*der Psychotherapeut*in hatten.	„Also halt es geht glaube ich, um dieses so Gefühl von so. Ja, ich glaube es ist einfach internalisierter Homophobie oder Queerfeindlichkeit eben so dieses Gefühl, so diese Angst, so one of those weird ones quasi zu sein, obwohl ich damit eigentlich schon sehr lang Frieden geschlossen habe, so.“ (Interview 1)
6.1.2. Probleme herunterspielen	Interviewees haben ihre Probleme heruntergespielt.	„Das hat sich halt auch so angefühlt, als würde sie halt so meine mein Problem so runterspielen im Sinne von ich generiere mir das Problem, indem ich darüber spreche. Und dadurch haben sich dann halt auch andere Probleme so angefühlt als ‘Ja okay, das ist ein Problem, das ich halt erschaffe’. Sie wird sicher sagen ‘Ja, das muss ich halt ändern. Da muss ich halt meinen Zugang ändern‘.“ (Interview 6)
6.1.3. Identität hinterfragen	Interviewees haben ihre eigene Wahrnehmung oder Identität hinterfragt. Hierzu gehört auch die eigene Identität oder Wahrnehmung zu verneinen, delegitimieren oder relativieren.	„Ich war erstmal vor den Kopf gestoßen und habe dann selbst ein bisschen daran gezweifelt. So an meiner Sexualität, weil ich mir. Weil ich eben das Vertrauen irgendwie hatte und mir dachte, wenn ich da schon so viel erzählen, dann irgendwie und da Vertrauen eben da ist und die mir ja helfen will, dass da vielleicht was dran ist. Also ich habe dann sehr irgendwie auch an mir gezweifelt und das fand ich irgendwie auch ziemlich arg“ (Interview 7)

Kategorien und Subkategorien	Definition	Ankerbeispiel
6.1.4. Vertrauensverlust	Interviewees haben einen Vertrauensverlust gegenüber dem*der Psychotherapeut*in erlebt.	„Und gleichzeitig war sie so ja, ich soll halt nicht darüber sprechen, wenn es mich halt so belastet. Und es war so sehr unhilfreich und sehr. Ja, hat den das ganze Vertrauen eigentlich von einer Therapie, dann auch bisschen zerstört dieser Moment.“ (Interview 6)
6.2. Verhalten	Alle Verhaltenweisen, die Interviewees als Reaktion auf negative Situationen in der Psychotherapie ausübten.	
6.2.1. Im privaten Umfeld besprechen	Interviewees haben ihre Anliegen im privaten Umfeld statt in der Psychotherapie besprochen.	„Mit Freunden habe ich mich darüber aufgeregt [...] Also ich habe jetzt nicht gesagt, dass das der Grund ist, warum ich nicht mehr zurückgekommen bin.“ (Interview 3)
6.2.2. Queere*n/ queerfreundliche*n Psychotherapeut*in suchen	Interviewees haben vor zukünftig eine*n queere*n oder queerfreundliche*n Psychotherapeut*in zu suchen.	„Weil ich habe mich dann auch erkundigt. So so, Therapeutinnen, die selber auch queer sind, weil ich mir gedacht habe ‘Okay. So, ich will das mal ausprobieren.’ Einfach [in] so eine queere Therapie explizit zu gehen für dieses Thema, weil ich es halt sonst nirgends so. Das war immer das einzige Thema, was ich irgendwie nicht gut anbringen konnte, finde ich.“ (Interview 1)
6.2.3. Informationen zurückhalten	Interviewees haben Informationen in der Psychotherapie zurückgehalten.	„Das war zack. Das hat sich sehr, sehr fremdbestimmt angefühlt und habe mich dann auch dazu veranlasst, vielleicht weniger von anderen Themen zu erzählen.“ (Interview 7)
6.2.4. Abbruch der Psychotherapie	Interviewees haben die Psychotherapie abgebrochen.	„Und letztendlich habe ich nach über einem Jahr dann auch abgebrochen.“ (Interview 7)

Kategorien und Subkategorien	Definition	Ankerbeispiel
6.2.5. Aufklärungsarbeit	Interviewees haben den*die Psychotherapeut*in aufgeklärt und Inhalte erklärt.	„sie war nicht echt super well versed, in allem was Queerness betroffen hat. Ich habe meistens erst die allgemeine Definition erklären müssen und danach meine spezifische, weil sie wirklich fast keine Berührungspunkte halt gehabt hat damit.“ (Interview 3)
6.2.6. Konfrontation	Interviewees haben mit dem*der Psychotherapeut*in diskutiert und diese*n mit unangenehmen Situation konfrontiert oder sich dagegen entschieden und den*die Psychotherapeut*in nicht konfrontiert.	„Also ich habe so dagegen geredet. Ich war so ‘Nein, das finde ich nicht. Und ich will mich nicht vorstellen. Und ich will nicht so schöne Aspekte von meinem Leben nicht sagen, aus Angst vor der Reaktion darauf.“ (Interview 6)
6.3. Emotionen	Alle Emotionen, die die Interviewees in negativen Situationen in der Psychotherapie, erlebt haben und berichteten.	„Und ich fühle mich dann schon dem ein bisschen ausgeliefert, was nicht unbedingt sein muss. Also ich glaube, ich lasse mich dann auch ein bisschen in so einer hilflosen Position, habe noch nicht so gelernt, wie ich das damit umgehen kann. Aber ja, also ich habe mich dann einfach so sehr unwohl gefühlt.“ (Interview 1)
6.4. Reaktionen auf positive Situationen	Emotionen, Kognitionen und Umgangsweisen, die Interviewees in Reaktion auf positive Situationen berichtet haben.	„Und dadurch, dass sie dann eben viel zustimmend nachgefragt hat und wertneutral formuliert hat, mir auch mit feministischen Begriffen und irgendwie Literatur gekommen ist nach. Nach einer Zeit habe ich nach ein paar Monaten einfach aufgemacht und mich mehr getraut, so zu erzählen.“ (Interview 7)

Anmerkung. Für eine bessere Lesbarkeit wurden Wortwiederholungen und Bejahungen der Interviewleiterin zur Aufrechterhaltung des Redeflusses gestrichen und grammatikalische Fehler in den verwendeten Zitaten ausbessert. Es wurden keine inhaltlichen Veränderungen vorgenommen.