

Hilfreich oder schwierig?

Erfahrungen queerer Menschen in Beratung und Psychotherapie

Agostino Mazziotta & Sonja Bröning

Zusammenfassung: Personen, die in ihrer Sexualität und ihren intimen Beziehungen von gesellschaftlichen Normen abweichen, erfahren häufig Diskriminierung, was zu internalisierter Stigmatisierung und gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen kann. In Beratungs- und Therapieprozessen können korrigierende Erfahrungen gemacht werden. Doch was ist dabei besonders relevant? In einer Online-Umfrage antworteten 438 queere Erwachsene auf die Frage, welche Verhaltensweisen oder Eigenschaften von Berater*innen und Psychotherapeut*innen sie als besonders gut und hilfreich oder schlecht und schädlich empfunden hatten. Wir stellen die Ergebnisse des qualitativ ausgewerteten Materials vor und leiten daraus Schlussfolgerungen für die beraterische und psychotherapeutische Praxis ab. Fachkräfte, die mit queeren Menschen arbeiten, sollten über Grundkenntnisse bezüglich deren Lebensrealitäten verfügen, offen und lernbereit sein, eine affirmative Grundeinstellung gegenüber Minderheiten aktiv kommunizieren und die Erfahrungen von Diskriminierung nicht bagatellisieren. Hierfür sollten sie ihre privilegierten Positionen und normativen Vorstellungen reflektieren.

Einleitung

Ver mehrt verorten sich Personen außerhalb der heterosexuellen Norm und erproben Beziehungskonzepte jenseits der Monogamie. Auch gegenwärtig erleben queere¹ Menschen dabei oft noch Verbesonderung, Ausgrenzung und Diskriminierung. Diese Erfahrungen können ihre psychosoziale Gesundheit beeinträchtigen und sie – neben vielen anderen Gründen – dazu motivieren, psychosoziale und psychotherapeutische Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen. Im deutschsprachigen Raum gibt es bisher nur wenige Studien, die erforschen, welche Erfahrungen sie dort machen und welche Verhaltensweisen und Eigenschaften von Berater*innen und Psychotherapeut*innen als hilfreich oder schwierig empfunden werden. Die vorliegende qualitative Studie adressiert diese Forschungslücke.

Vielfalt in Sexualität und Intimität

Die Vielfalt sexueller Identitäten und einvernehmlich nicht-monogamer Beziehungsformen (ENMB) nimmt zu. Aktuelle repräsentative Umfragen aus den USA (Jones, 2023) zeigen, dass sich im Jahr 2022 7 % der Bevölkerung als lesbisch, schwul, bisexuell oder trans* (LSBT*) identifizieren – ein Anstieg von 3 % gegenüber 2012. Besonders unter jüngeren Personen, der Generation Z (geboren nach 1997), ist dieser Trend deutlich: Fast 20 % dieser Altersgruppe identifizieren sich als LSBT* (davon 66 % als bisexuell, 17 % als schwul, 11 % als lesbisch, 10 % als trans* und 8 % ordnen sich anderen nichtheterosexuellen Identitäten zu; Mehrfachnennungen möglich). Auch in Deutschland bestätigen repräsentative Daten diesen Trend (ElitePartner, 2023): Während sich rund 10 % der Gesamtbevölkerung als nichtheterosexu-

ell beschreiben, sind es unter den 18- bis 29-Jährigen sogar 17 %.

Auch die Vielfalt in der Art und Weise, wie Personen ihre Bindungs- und Sexualbedürfnisse ausleben, hat zugenommen. Immer mehr Personen entscheiden sich für ENMB, in denen Liebes- und/oder Sexualkontakte zu mehr als einer Person erlaubt sind (Moors, 2023). Hierzu zählen Formen wie die gemeinsame Hinzunahme weiterer Sexualpartner*innen („Swinging“), sexuell offene Beziehungen oder Mehrfachpartnerschaft (Polyamorie; Bröning & Mazziotta, im Druck; Mazziotta & Möller-Kallista, 2024).²

Repräsentative Umfragen aus Nordamerika zeigen, dass etwa 4 % der Bevölkerung derzeit in solchen Beziehungen leben, während rund 22 % der US-Amerikaner*innen im Laufe ihres Lebens bereits Erfahrungen mit ENMB gemacht haben (Fairbrother et al., 2019; Levine et al., 2018). In Deutschland sind verlässliche Daten rar, doch eine aktuelle Umfrage deutet darauf hin, dass 14 % der Männer und 7 % der Frauen schon einmal eine offene Beziehung geführt haben (ElitePart-

¹ „Queer“ ist ein inklusiver Begriff, der alle LSBTIQ*-Personen inkludiert und eine Identität darstellt, die sich gegen binäres Denken wendet. Diese Perspektive betrachtet sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität als potenziell fluide. Ursprünglich als abwertend genutzt, repräsentiert „queer“ heute Stolz und Solidarität innerhalb der LSBTIQ*-Community. Obwohl queere Personen oft ähnliche Erfahrungen wie langwierige Identitätsfindungsprozesse und Diskriminierung teilen, ist die Gruppe sehr heterogen. Nicht alle identifizieren sich mit der Bezeichnung „queer“. Daher ist es entscheidend, individuelle Selbstbezeichnungen zu respektieren und zu verwenden, die die betreffenden Personen für sich als passend erachten.

² Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

ner, 2023). Während Merkmale wie politische Zugehörigkeit, Einkommen, Religion, geografische Region oder ethnische Zugehörigkeit wenig Einfluss auf die Prävalenz zu haben scheinen, berichten sexuelle Minderheiten deutlich häufiger von ENMB (Moors, 2023; Korinth et al., 2024).

Die Gründe für diese Entwicklungen sind vielfältig und eng verbunden mit gesellschaftlichen Pluralisierungs- und Säkularisierungsprozessen (Mazziotta & Möller-Kallista, 2024). Beobachtbar sind vor allem die zunehmende rechtliche Gleichstellung und der Schutz vor Diskriminierung, die steigende Sichtbarkeit und Akzeptanz geschlechtlicher, sexueller und romantischer Vielfalt in den Medien und der Gesellschaft sowie ein Paradigmenwechsel in den psychiatrischen Fachdisziplinen, der mit der Entkriminalisierung und Entpathologisierung nichtcisgeschlechtlicher und nichtheterosexueller Identitäten einherging.

Trotzdem bestehen weiterhin tief verwurzelte gesellschaftliche Normen, die definieren, was als „normal“, „natürlich“ und „richtig“ angesehen wird. Obwohl offener Sexismus, Rassismus und Heterosexismus in vielen Bereichen zurückgegangen sind (Degner, 2022), bleibt die Gefahr subtiler und oft schwer erkennbarer Formen der Ablehnung und Ausgrenzung bestehen, besonders wenn diese Normen nicht erfüllt werden (Mitchell et al., 2023; Sue et al., 2007). Eine repräsentative Studie unter nichtheterosexuellen Personen in Deutschland zeigt, dass 63 % der jungen Männer zwischen 18 und 23 Jahren und 35 % der Männer zwischen 36 und 75 Jahren Diskriminierung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung erfahren haben. Bei Frauen berichteten 20 % der 18- bis 25-Jährigen und 14 % der 35- bis 75-Jährigen von ähnlichen Erfahrungen (Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie, 2020).

Der erlebte Minderheitenstress, also der chronische Stress, der durch die Zugehörigkeit zu einer Minderheit entsteht, hat einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit queerer Personen (Borgogna et al., 2024; Brooks, 1981; Frost & Meyer, 2023). Sie leiden überproportional häufig an Angststörungen, Suizidgedanken, Depressionen sowie Alkohol- und Drogenabhängigkeit (Diamond & Alley, 2022; Pöge et al., 2020; Wittgens et al., 2022; Silveri et al., 2022). Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) zeigen, dass sie fast dreimal häufiger von Depressionen und Burnout betroffen sind als die restliche Bevölkerung. Ebenso ist die Prävalenz von Herzkrankheiten, Migräne und chronischen Rückenschmerzen unter queeren Personen signifikant höher (Kasprowski et al., 2021).

Erste Studien deuten darauf hin, dass auch Personen in ENMB einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen. Selbst wenn für sexuelle Orientierung, geschlechtliche

Identität, Alter und vorherige traumatische Erfahrungen statistisch kontrolliert wird, zeigen sie im Vergleich zu Singles, Verheirateten oder Geschiedenen ein erhöhtes Risiko für Depressionen (Borgogna et al., 2024). Hinzu kommen Wechselwirkungen mit anderen Differenzkategorien, wie Bildung, Einkommen und Migrationsgeschichte. Die unterschiedlichen Ausprägungen der Differenzkategorien sind mit Privilegien oder Benachteiligungen verbunden und erzeugen spezifische Lebenslagen, die die Gesundheit beeinflussen können (Pöge et al., 2020; Silveri et al., 2022).

Queere Personen in Beratung und Psychotherapie

Personen, die sexuellen Minderheiten angehören und/oder in ENMB leben, haben aufgrund ihrer oft beeinträchtigten mentalen Gesundheit einen erhöhten Bedarf an psychosozialer und/oder psychotherapeutischer Unterstützung (Silveri et al., 2022). Diskriminierungserfahrungen verstärken ihre psychische Belastung und mindern die Lebenszufriedenheit (Bachmann, 2012).

Die vielfältigen Formen von Minderheitenstress, wie Vorurteile, alltägliche Diskriminierungen – auch als Mikroaggressionen bezeichnet –, die Angst vor Ablehnung, das

— **Trotz Entkriminalisierung und Entpathologisierung sind weiterhin tief verwurzelte gesellschaftliche Vorstellungen von „Normalität“ wirksam.**

Verheimlichen des eigenen Minderheitenstatus und die Internalisierung gesellschaftlicher Stigmatisierungen, können zu Hypervigilanz führen. Diese chronisch erhöhte Wachsamkeit gegenüber Bedrohungen kann in feindseligen Umgebungen zwar funktional sein (Diamond & Alley, 2022; Feinstein, 2020; Rostovsky et al., 2022), führt jedoch oft zu gesundheitlichen Problemen wie Bluthochdruck (Gump & Matthews, 1998), verstärktem negativem Affekt (Rostovsky et al., 2022) sowie maladaptiven Emotionsregulationsstrategien, wie Grübeln (Frost & Meyer, 2023). Sie kann sich auch auf Gesundheitsfachkräfte richten und einen offenen Austausch über die queere Identität im Keim ersticken. Gerade dieser wäre jedoch ausgesprochen wichtig, denn die Auswirkungen von Minderheitenstress lassen sich deutlich mildern, wenn Betroffene ihre geschlechtliche, sexuelle und romantische Identität wertschätzen, erfolgreich in ihr Selbstkonzept integrieren und offen damit umgehen (Bachmann, 2012; Camp et al., 2020). Eine akzeptierende therapeutische Haltung stellt hierbei einen wichtigen Zwischenschritt dar. Berater*innen und Psychotherapeut*innen können auch den Aufbau individueller und sozialer Bewältigungsstrategien fördern, zum Beispiel durch die Vermittlung in ein unterstützendes soziales Netzwerk.

Queere Personen stoßen im Vergleich zu heterosexuellen Menschen sowie Menschen in monogamen Beziehungen häufiger auf Barrieren beim Zugang zu Beratung und Psychotherapie und berichten oft von geringerer Zufriedenheit mit der erhaltenen Versorgung (Silveri et al., 2022). Neuere Studien zeigen jedoch eine positive Entwicklung hin zu mehr Diversitätssensibilität in der psychosozialen und psychotherapeutischen Unterstützung queerer Menschen (Bröning & Mazziotta, 2024; Schechinger et al., 2018). Daten aus unserem Forschungsprojekt (Bröning & Mazziotta, 2024) zeigen, dass etwa 75 % der queeren Befragten den laufenden oder zuletzt abgeschlossenen Beratungs- oder Therapieprozess als „sehr nützlich“ oder „einigermaßen nützlich“ bewerteten. Zudem würden sie ihre Berater*innen oder Psychotherapeut*innen „ganz sicher“ oder „ziemlich wahrscheinlich“ weiterempfehlen – ein Maß, das oft als Indikator für subjektive Zufriedenheit herangezogen wird.

Dennoch gibt es einen signifikanten Anteil queerer Personen, die die Unterstützung als unzureichend oder wenig hilfreich erleben. Häufig befürchten sie, in der Beratung oder Psychotherapie auf ihre sexuelle Identität reduziert zu werden, was dazu führen kann, dass sie professionelle Hilfe meiden oder relevante Informationen zurückhalten (Mitchell et al., 2023). Diese Bedenken sind teilweise berechtigt, da weiterhin von negativen Verhaltensweisen seitens Berater*innen und Psychotherapeut*innen berichtet wird (Liddle, 1996; Schechinger et al., 2018). Beispielsweise gaben in einer Umfrage zu queerem Leben in Bayern ein Drittel der 876 Befragten an, Diskriminierungen in einer Psychotherapie erlebt zu haben (Oldemeier & Wagner, 2021).

Manchmal fehlt es Berater*innen und Psychotherapeut*innen an Erfahrung im Umgang mit der queeren Community sowie an spezifischer Ausbildung für die Arbeit mit queeren Patient*innen. Forschung zu diversitätssensibler Beratung und/oder Psychotherapie ist weiterhin begrenzt. Lampalzer und Kolleg*innen (2019) kamen in einer qualitativen Studie zu dem Schluss, dass Fachkräfte im Gesundheitswesen gegenüber Diversität sensibilisiert sein und über Basiswissen zur sexuellen und geschlechtlichen Entwicklung und Orientierung verfügen sollten. Jedoch wird die notwendige Sensibilisierung dadurch erschwert, dass Diskriminierung auch vielfach subtil, unbewusst oder nicht intendiert stattfindet (Owen et al., 2014; Spengler et al., 2016). Selbst gut gemeinte Annahmen, wie das automatische Nachfragen nach einem „Ehemann“ bei einer Patientin, die einen Ehering trägt, oder das vorschnelle Zuschreiben psychischer Probleme aufgrund der Beziehungsform, können als Mikroaggressionen wahrgenommen werden. Auch das Infragestellen der Diskriminierungserfahrungen durch Aussagen wie „Schwule und Lesben haben doch heute die gleichen Rechte wie Heteros“ kann die Realität der Betroffenen negieren und minimieren.

Mikroaggressionen beschränken sich jedoch nicht nur auf queere Lebensweisen, sondern können auch andere Diversitätsdimensionen betreffen, etwa zugeschriebene Migrati-

onshintergründe oder Religionszugehörigkeiten. Ein Beispiel wäre die Frage: „Wie feiern Sie Weihnachten in Polen?“ an eine Person, deren Familie seit mehreren Generationen in Deutschland lebt. Was als freundliche Frage gemeint ist, kann als unterschwellige Botschaft verstanden werden: „Du bist anders, du gehörst nicht wirklich hierher.“ Dieses Beispiel verdeutlicht, wie viele Fallstricke in zwischenmenschlichen Interaktionen lauern, insbesondere wenn Berater*innen und Psychotherapeut*innen sich von ihren Patient*innen in Bezug auf bestimmte Diversitätsdimensionen unterscheiden (Rohmann & Mazziotta, 2014). Solche Mikroaggressionen sind oft unbewusster Bestandteil des beraterischen und therapeutischen Alltags und werden selten angesprochen (Sergi et al., 2024). Doch gerade ihr Erkennen und aktives Thematisieren könnte den therapeutischen Prozess erheblich verbessern.

Die vorliegende Studie

Im Zentrum dieser Untersuchung stehen die subjektiven Erfahrungen queerer Personen hinsichtlich des beraterischen und therapeutischen Handelns: Welche Praktiken empfinden sie als unterstützend und welche als schwierig? Hilfreiche Psychotherapie umfasst grundsätzlich positive Zuschreibungen, die Validierung und Wertschätzung der queeren Identität, Beziehungsformen und -personen (Owen et al., 2014; Mitchell et al., 2023). Schwierige Psychotherapie umfasst Verhaltensweisen, die psychologischen, emotionalen oder physischen Schaden verursachen können – sei es durch negative Zuschreibungen, aktive Handlungen oder Unterlassungen, einschließlich Grenzüberschreitungen, Machtmissbrauch und der Vernachlässigung ethischer Standards (Ellis et al., 2014). Entscheidend für die Entwicklung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses sind dabei weniger die Absichten der Berater*innen und Psychotherapeut*innen, sondern vielmehr das subjektive Erleben der Patient*innen. Wenn diese die therapeutische Beziehung als positiv wahrnehmen – geprägt durch Wertschätzung, Empathie, Echtheit, Zielkonsens sowie eine kooperative Haltung – können dadurch weitere therapeutische Wirkfaktoren aktiviert werden. Dazu zählen Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, motivationale Klärung und Problembewältigung (Bailey & Ogles, 2023; Grawe, 2005; Strauß, 2019).

Datenerhebung und Studiendesign

Diese Studie ist Teil eines größeren querschnittlichen Forschungsprojekts zur psychischen Gesundheit und zu Therapieerfahrungen von Personen, die sich als sexuelle Minderheiten identifizieren und/oder in ENMB leben (Bröning & Mazziotta, 2024). Teilnahmeberechtigt waren Erwachsene, die sich als bisexuell, lesbisch, queer, schwul, anderweitig nichtheterosexuell und/oder einvernehmlich nichtmonogam (z. B. polyamor oder in einer offenen Beziehung lebend) definierten und Erfahrungen mit Beratung und/oder Psychotherapie hatten.

In unserer Studie richten wir den Fokus aus mehreren Gründen auf Menschen mit nichtheterosexueller Orientierung sowie auf solche in alternativen Beziehungsformen: Erstens erleben Personen, die alternative Beziehungsmodelle leben, ähnliche gesellschaftliche Stigmatisierungen wie nichtheterosexuelle Menschen und berichten von vergleichbaren Diskriminierungserfahrungen (Borgogna et al., 2024; Mahar et al., 2024). Zweitens leben nichtheterosexuelle Personen im Vergleich zu heterosexuellen häufiger in Beziehungsformen jenseits der Monogamie (Fairbrother et al., 2019; Levine et al., 2018). Drittens gewinnen alternative Beziehungsmodelle wie offene Beziehungen und Polyamorie zunehmend an medialer und gesellschaftlicher Sichtbarkeit. Dies führt dazu, dass immer mehr Menschen darüber nachdenken, welche Beziehungsform ihre Liebes- und Sexualbedürfnisse am besten erfüllt. Eine repräsentative Studie aus Deutschland (ElitePartner, 2023) zeigte zum Beispiel, dass 49 % der Menschen unter 30 Jahren erwarten, dass offene Beziehungen in Zukunft häufiger vorkommen werden. Zudem können sich 30 % der Männer und 18 % der Frauen in dieser Altersgruppe grundsätzlich eine offene Beziehung vorstellen.

Die Teilnehmenden wurden über diverse Kanäle rekrutiert, darunter soziale und professionelle Netzwerke, Community-Zentren, Zeitschriften, Podcasts sowie einschlägige Online- und Selbsthilfeforen. Die Studie wurde von der zuständigen Ethikkommission genehmigt (MSB-2021/160), und alle Teilnehmenden gaben zu Beginn ihr informiertes Einverständnis. Die Datenerhebung erfolgte zwischen November 2021 und Januar 2022 mittels einer Online-Umfrage mit geschlossenen und offenen Fragen.

Stichprobe

Aus der Gesamtstichprobe der 492 Teilnehmenden beantworteten 438 Personen mindestens eine der beiden hier im Fokus stehenden offenen Fragen: (a) „Welches Verhalten oder welche Eigenschaften von Berater*innen/Therapeut*innen haben Sie als besonders gut oder hilfreich erlebt?“ und (b) „Welches Verhalten oder welche Eigenschaften von Berater*innen/Therapeut*innen haben Sie als besonders schlecht oder schädlich erlebt?“ Das Durchschnittsalter dieser Stichprobe betrug 29.51 Jahre ($SD = 8.70$; Altersspanne: 18–64 Jahre). Geschlechtlich identifizierten sich 66 % als (cis-)weiblich, 12 % als (cis-)männlich, 2 % als trans*, 11 % als nichtbinär, 5 % als genderqueer und 4 % als anderes (z. B. agender, genderfluid, questioning, manchmal queer und nichtbinär).³ Bezüglich der sexuellen Orientierung gaben 29 % an, lesbisch, 8 % schwul, 32 % bisexuell, 8 % heterosexuell zu sein; 22 % ordneten sich anderen Orientierungen (z. B. asexuell und panromantisch, heteroflexibel, bi-interessiert) zu. 311 Personen gaben an, sich in einer oder mehreren intimen Beziehungen zu befinden, davon lebten 42 % in monogamen, 36 % in polyamoren, 15 % in offenen Beziehungen und 8 %

in anderen Beziehungsformen (z. B. BDSM-Spielbeziehung, Beziehungsanarchie).

Inanspruchnahme, Setting, Kontext

Die Befragten gaben an, eine Vielzahl von Unterstützungsangeboten genutzt zu haben. Die Mehrheit (92 %) hatte Psychotherapie in Anspruch genommen. Weitere genutzte Formate waren stationäre Aufenthalte (27 %), Beratung (31 %), Coa-

— Manche queere Personen meiden professionelle Hilfe aus Furcht, dort auf ihre sexuelle Identität reduziert zu werden. —

ching oder Supervision (19 %) sowie andere Angebote, wie Seelsorge oder Paarberatung (10 % oder weniger; Mehrfachnennungen möglich).

Auf die Frage nach den *Beratungs- und Therapieanlässen* gaben 44 % der Befragten affektive Störungen als Grund an, gefolgt von Angststörungen (16 %) und anderen psychischen Störungen (16 %). Traumatische Erlebnisse wurden von 15 % der Befragten genannt. Seltener Gründe waren Beziehungsprobleme, Krisen oder Suizidalität, Essstörungen, Selbstwertprobleme, psychosomatische Probleme, Sucht, und spezifisch queere Themen wie Coming-out, Diskriminierung oder Psychotherapien gemäß den Richtlinien des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu „Geschlechtsangleichenden Maßnahmen bei Transsexualismus“ (je 11 % oder weniger; Mehrfachnennungen möglich).

Die *Bedeutung der Kompetenzen und Erfahrungen von Berater*innen und Psychotherapeut*innen im Umgang mit nichtheterosexuellen und einvernehmlich nichtmonogamen Personen* variierte unter den Befragten. Während 32 % angaben, dass dies für sie „sehr wichtig“ oder „eher wichtig“ sei, war es für 21 % nur „teilweise wichtig“ und für 47 % „eher nicht wichtig“ oder „gar nicht wichtig“.

Auswertung

Die systematische Analyse des Textmaterials wurde mittels quantitativer Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2008) durchgeführt. Wir entschieden uns für eine datengesteuerte, induktive Kategorienbildung, um möglichst kontextsensibel vorzugehen. Für jede offene Frage entwickelten wir ein spezifisches Kodierschema mit Ankerbeispielen (siehe Tabellen 1 & 2 auf S. 370 ff.). Die Antworten wurden in inhaltliche

³Obwohl unsere Stichprobe eine hohe Geschlechtervielfalt aufweist, haben wir nicht gezielt Personen mit geschlechtlicher Vielfalt, einschließlich trans* Personen oder Personen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung, rekrutiert. Dies beruhte auf methodologischen Überlegungen, wie beispielsweise der in Deutschland erforderlichen therapeutischen Begleitung im Rahmen geschlechtsangleichender Maßnahmen bei Transsexualismus gemäß den MDS-Richtlinien der Krankenkassen, welche spezifische Forschungsfragen zur Therapieerfahrung erforderlich macht.

Kategorie	Erläuterungen	Beispiele	Häufigkeit	Prozent
Offenheit und Interesse	Offenheit und Interesse an Patient*innen, die einer sexuellen und romantischen Minderheit angehören, und deren Lebenswelt; Bereitschaft zum Lernen	„Auch wenn meine Therapeutin kaum Wissen über queere Themen besaß, war sie offen und bereit zu lernen“ (25); „Wenn nachgefragt wurde, wenn sie etwas nicht wusste oder verstanden hatte, was das LGBTQIA+-Thema betrifft“ (130); „sowie Interesse“ (29), „Nachfragen anstatt Annahmen zu treffen“ (243)	171	39 %
Ausbleibende Ablehnung	Ausbleiben von negativen Verhaltensweisen (z. B. Vorurteile, Abwertung, Pathologisierung, Infragestellung, Zurückführung des therapeutischen Anliegens auf die sexuelle Identität oder Beziehungsform)	„Mich nicht dazu drängen, das Problem in meinen Beziehungen darin zu suchen, dass ich mehrere führe“ (768); „Sie hat mir direkt und mehrmals gesagt, dass Lesbischsein keine Krankheit ist. Das tat gut zu hören“ (547); „Außerdem hat sie mir nie das Gefühl gegeben, dass diese Themen nicht wichtig sind oder dass dieses Anderssein etwas Schlechtes sei.“ (25); „Vorurteilsfreie Therapie“ (26); „Nicht überrascht über meine Sexualität reagiert“ (55)	101	23 %
Affirmation, Akzeptanz und Wertschätzung	Affirmation, Akzeptanz und Wertschätzung der sexuellen Identität oder Beziehungsform und der damit einhergehenden Entscheidungen, Lebensweisen und Partner*innen	„Der Respekt vor meiner Wahl, meine Beziehungen so zu führen.“ (768); „Bei meiner aktuellen Therapeutin unterstützt es mich, dass sie meine Entscheidungen, wie ich leben möchte, akzeptiert und respektiert, auch wenn sie selbst konservativ lebt.“ (267); „hat mich in meiner Sexualität bestärkt“ (55); „Das Gefühl, dass ich ok bin.“ (114)	88	20 %
Empathie, Verständnis und Validierung	Äußern von Empathie und Verständnis für die Gefühle, Gedanken und Erfahrungen des*der Patient*in; Validierung der Erfahrungen	„Es wird Verständnis für meine Situation aufgebracht“ (30); „Mitgefühl“ (217); „Allgemein das Verständnis, wie schwierig es sein kann, vor allem auch in Familien mit Migrationshintergrund“ (171); „und mir wird klar gemacht, dass meine Gefühle/mein Verhalten normal ist“ (30); „Mir das Gefühl gegeben, dass das was ich fühle, ‚normal‘ ist und nicht übertrieben schräg ist und dass andere Leute ähnliche Gefühle haben“ (367)	73	17 %
Weitere als gut/hilfreich erlebte Verhaltensweisen	(Weitere) hilfreiche Eigenschaften/Verhaltensweisen des*der Berater*in/ Psychotherapeut*in, die sich förderlich auf die Beziehungsgestaltung/den therapeutischen Prozess auswirken können	„freundlich“ (565); „analytisches Denkvermögen; Nachhaken“ (852); „unterstützend“ (49); „wohlwollend“ (65); „offen zugeben, wenn kein/kaum Wissen zu einem Thema besteht“; „versuchte mir dabei zu helfen, gut mit der Beziehung umzugehen trotz meines Borderlines“ (42)	73	17 %
Anwendung hilfreicher Methoden	Anwendung als hilfreich erlebter Impulse/Methoden zur Förderung der Selbsteinsicht, Selbstakzeptanz, Klärung von Beziehungen etc. sowie Weitervermittlung oder Mitgabe von Infomaterial	„Vor Augen führen, was für mich wichtig ist // Was ich auch im Schmerz tun darf. Z. B. Wütend sein, traurig sein, auch mal laut werden... // Meine Selbstliebe erweckt.“ (27); „Sie hat mir eine Anlaufstelle genannt“ (156); „Meine Therapeutin hat mich erst dazu gebracht darüber nachzudenken, ob ich vielleicht bisexuell bin“ (44)	67	15 %
Angemessene Thematisierung queerer Themen	Thematisierung von Sexualität, sexuelle Identität und Beziehungsform, wenn relevant für den therapeutischen Prozess; keine Überbewertung bzw. Vermeidung	„Das meine Sexualität nie wirklich thematisiert wurde, außer ich habe es initiiert, da es für die Behandlung unrelevant war“ (402); „Kein besonderer Fokus oder Überraschung wegen Sexualität.“ (429); „Zudem macht sie meine Sexualität nicht zu meiner Persönlichkeit, welches ich als sehr positiv empfinde!“ (723)	49	11 %
Gleichstellung und Normalisierung unterschiedlicher Formen des sexuellen Begehrens und der Beziehungen	Gleichstellung und Normalisierung unterschiedlicher sexueller Orientierungen und konsensueller Beziehungsformen, was sich in der Haltung oder konkreten Verhaltensweisen widerspiegelt (z. B. gendersensible/nichtheteronormative Sprache oder Klärung von Pronomen)	„Mitteilen, dass andere Lebensweisen (außerhalb der Monogamie) natürlich und gesund sein können, auch andere so leben“ (26); „Gendern im normalen Sprachgebrauch“ (413); „gleich zu Beginn Klärung der Pronomen“ (73); „Ansehen von queeren Beziehungen als gleichwertig zu hetero Beziehungen“ (340)	46	11 %

Kategorie	Erläuterungen	Beispiele	Häufigkeit	Prozent
Wissen über queere Themen	(Vorhandenes) Wissen über Personen, die einer sexuellen oder romantischen Minderheit angehören (u. a. Lebenswelt, besondere Bedarfe, Herausforderungen, Folgen gesellschaftlicher Ablehnung, Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen), mit Begrifflichkeiten der queeren Community vertraut sein	„Vorwissen/Vorbildung über LGBT-Themen und Lebensweisen...“ (734); „sie hat sich weitergebildet in Sachen nicht binär“ (736); „aufgeklärt“ (49); „Ausbildung als Sexualpädagogin“ (217)	40	9 %
Orientiert sich an Zielen/Bedürfnissen/Tempo des*der Patient*in	Therapeutischer Prozess orientiert sich an den Zielen, Bedürfnissen und dem Tempo der Patient*in, Grenzen des*der Patient*in werden respektiert; eigene Bedürfnisse/Ziele der Fachkraft werden zurückgehalten; Raum geben und keinen Druck aufbauen	„Hat mir frei gelassen, wann und wie tief ich in eine Thematik eingestiegen bin“ 285; „wenn einem Raum gelassen wird, sich im eigenen Tempo zu outen“ (157); „gleichzeitig Verständnis und Bestätigung dafür, es in einigen Bereichen nicht anzusprechen“ (164)	36	8 %
Neutralität	Neutrale Haltung des*der Berater*in/ Psychotherapeut*in; es wird ein therapeutischer Raum zur Verfügung gestellt, in dem auch widersprüchliche Gefühle und Gedanken erlaubt sind	„Neutralität – also ohne Vorurteile an meine Lebensweisen heranzugehen, sie weder zu negieren, noch sie zu pushen.“ (209); „she appears really neutral when I speak about my gender or sexual orientation“ (17); „Auch das zulassen negativer Emotionen meinerseits war okay, ohne dass deswegen mein Beziehungsmodell (poly) in Frage gestellt oder kritisiert wurde.“ (134)	34	8 %
Eigene Zugehörigkeit/Kontakt zur queeren Community	Eigene Zugehörigkeit des*der Berater*in/ Psychotherapeut*in zur queeren Community; Erfahrungen mit Patient*innen, die einer sexuellen oder romantischen Minderheit angehören	„Ich hatte großes Glück, dass ich bisher mit drei queeren Therapeuten arbeiten konnte. Besonders Berichte über ihre eigenen Erfahrungen haben mir geholfen“ (19); „eigenes Einbringen biographischer Erfahrung“ (834)	25	6 %
Sensibilisierung für strukturelle Diskriminierung	Sensibilisierung von struktureller Diskriminierung bzw. gesellschaftlicher Aspekte, die die Gesundheit von Personen beeinflussen können, die einer sexuellen oder romantischen Minderheit angehören, sowie Positionierung gegen Sexismus, Queer-Feindlichkeit etc.	„Vermitteln, dass die Probleme nicht nur individuelle sondern auch gesellschaftliche Ursachen haben“ (69); „Worte gegen Homophobie“ (32); „gesellschaftskritisch“ (122)	13	3 %
Keine guten/hilfreichen Erfahrungen	Keine hilfreichen oder positiven Erfahrungen in Beratung/Psychotherapie gemacht	„Gab es nichts“ (120); „Keine. Deshalb gehe ich nicht mehr hin“ (400)	8	2 %
Queere Themen nicht thematisiert	In der Beratung/Psychotherapie wurden queere Themen nicht thematisiert	„Ich habe meine sexuelle Orientierung (bisexuell) im Therapiegespräch nicht angesprochen, da sie nicht Grund der Therapie ist“ (610)	5	1 %
Sonstiges	Äußerungen, die in keine andere Kategorie passen	„Da ich offenkundig erzählte, zu welchem Queerzentrum ich ging, wurde ich manchmal nach Flyern von dem Zentrum gefragt, da sie jemanden hatte, der*die mit der Findung der Sexualität zu tun hatte.“ (118)	3	1 %

Tabelle 1: Kodierschema (und Antworthäufigkeiten) zu der Frage: „Welches Verhalten oder welche Eigenschaften von Therapeut*innen haben Sie als besonders gut oder hilfreich erlebt?“ (N = 438)

Kategorie	Erläuterungen	Beispiele	Häufigkeit	Prozent
Ignoranz bzgl. queerer Themen	(Fehlendes) Wissen (u. a. bzgl. Lebenswelt, besondere Bedarfe, Herausforderungen von, Folgen gesellschaftlicher Ablehnung, Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen) und damit einhergehende Ignoranz und fehlendes Verständnis	„Ständig Aufklärungsarbeit leisten zu müssen“ (76); „... es etwas anstrengend, erstmal eine Einführung in queere Themen halten zu müssen, wenn ich etwas in Bezug darauf ansprechen wollte“ (25); „Uninformiertheit nervt manchmal“ (29); „wenig Erfahrung mit LGBQ“ (90); „Versteht internalisierte Probleme/Angst vor Ausgrenzung/Ablehnung nicht“ (206)	68	16 %
Nicht ernst nehmen	Nicht ernst nehmen/Erfahrungen absprechen und bagatellisieren	„Das Gefühl, dass ich mich als queere Person in manchen Situationen diskriminiert fühle, runterzuspielen, nach dem Motto: So fühlt sich doch jeder einmal.“ (798); „Dass meine Bisexualität als Ausprobieren abgestempelt wurde“ (37); „Poly, das habe ich schon oft erlebt, damit kenne ich mich aus. Sie machen sich was vor, das kann nicht funktionieren, das müssen sie nur noch selber merken“ (62)	53	12 %
Ablehnung und Abwertung	Ablehnung und Abwertung der sexuellen Identität oder Beziehungsform und der damit einhergehenden Entscheidungen, Lebensweisen und Partner*innen	„Bei dem vorhergehenden Therapeuten spürte ich förmlich eine Ablehnung gegen mein Erscheinungsbild, Überzeugung und Sexualität. Weshalb ich die Therapie unter ihm nicht weiterführte.“ (591); „Vorannahmen/Vorurteile, ich fühle mich dann schnell nicht mehr gehört und blockiere und kann nicht mehr richtig am Gespräch teilnehmen, das ist sehr verletzend“ (670); „Das Gefühl zu haben das es schlecht ist, was ich tue“ (148)	53	12 %
Orientiert sich nicht an Zielen/Bedürfnissen/Tempo des*der Patient*in	Therapeutischer Prozess orientiert sich nicht an den Zielen, Bedürfnisse und dem Tempo des*der Patient*in, Grenzen des*der Patient*in werden nicht respektiert; Bedürfnisse/Ziele der Fachkraft stehen im Vordergrund; nicht sensibel für die Rückmeldungen	„Sie hat mich geoutet zu mein damals homophonische Vater ohne mich vorher zu fragen“ (311); „Gefragt, wie sehr ich auf Frauen oder Männer stehe, explizit nach einen Prozentsatz gefragt, und ob ich eher auf eins der beiden stehe“ (121); „hat nicht erkannt, wenn ich mich unwohl gefühlt habe bzw. nicht darauf reagiert“ (99); „und hat mich der die Wahl gestellt, die Beziehung zu beenden oder die Therapie bei ihm zu beenden“ (285); „unter Druck setzen“ (310)	52	12 %
Pathologisierung	Einstellung, dass sexuelle Orientierungen und Beziehungsformen, die von der Heterosexualität/Monogamie abweichen, krankhaft und schädlich seien; sexuelle Orientierung/Beziehungsform als Ursache für das (psychische) Problem erachten; Auffassung, ENMB seien pauschal schädlich für Kinder	„Homosexualität auf Traumata zurückführen; Poly lebende Personen als nicht bindungsfähig zu bezeichnen“ (813); „Zu sagen, dass die Ursache meiner Probleme darin liegt, dass ich polyamor lebe und es mir nur besser gehen wird, wenn ich das beende.“ (69); „Wiederkehrende Annahme, sexuelle Identität (wurde bereits viele Jahre gelebt) sei womöglich Auslöser für etwaige Probleme“ (34); „Mir wurde eingeredet, dass meine Beziehung nicht gut für mich ist diese beenden sollte.“ (40); „und war der Meinung, dass meine Kinder in einer polyamoren Beziehung eine Vernachlässigung erleben“ (285)	51	12 %
Hetero-/mononormative Einstellungen	Annahme, Patient*in sei heterosexuell und in einer monogamen Beziehung; exkludierende Sprache	„Es wurde davon ausgegangen, dass ich eine hetero Cis-Frau bin“ (587); „Person hatte Schwierigkeiten, anzunehmen, dass Monogamie kein allgemeingültiges Modell sein muss“ (93); „kein Interesse daran, eigenes diskriminierendes Verhalten und Sprache zu bearbeiten“ (719); „kurzes Zögern vor dem Wort Freundin“ (116); „Festhalten an alten/christlichen Werten“ (326); „explizites Beharren auf Begrifflichkeiten, die man heute als nicht mehr ethisch/politisch korrekt ablehnen würde“ (317)	46	11 %
weitere als „schlecht/schädlich“ erlebte Verhaltensweisen	(Weitere) nicht hilfreiche Eigenschaften/Verhaltensweisen des*der Berater*in/ Psychotherapeut*in, die sich hinderlich auf die Beziehungsgestaltung/den therapeutischen Prozess auswirken können	„Zeitmanagement innerhalb der Stunde“ (60); „und sofort alles mit Tabletten lösen zu wollen; schlechte Gesprächsführung“ (120); „Unaufrichtigkeit“ (146); „schnelle Schlussfolgerungen“ (55); „es wurde geraten, einfach weniger Stress zu haben“ (99)	44	10 %

Kategorie	Erläuterungen	Beispiele	Häufigkeit	Prozent
Unangemessene Thematisierung queerer Themen	Thematisierung von Sexualität, sexueller Identität oder Beziehungsform, obwohl nicht relevant für den therapeutischen Prozess; Verbesserung, Exotisierung; Überraschung, Irritation beim Outing	„Fokus auf Sexualität, wenn irrelevant“ (138); „Zurückhaltung: nicht trauen polyamore Lebensweise von sich aus anzusprechen, obwohl ich es schon offen angesprochen habe“ (228); „Erste Reaktion auf meine Bisexualität. War überrascht“ (122); „Nicht thematisieren“ (97); „Ich hatte ein Kennlergespräch bei einem Therapeuten [m, 50–60], dem, beim Thema Sex, ins Gesicht geschrieben stand, wie unangenehm ihm das alles ist. Ich habe entsprechend keine Therapie bei ihm angefangen.“ (800)	40	9 %
Stereotypisierend	Stereotypisierung des*der Patient*in (nicht als idiosynkratischer Mensch, sondern Mitglied einer Gruppe gesehen) bzw. Konfrontation mit Stereotypen	„Ich wurde in eine sexuelle Schublade gesteckt, ohne dass die danach gefragt hat, wie oder ob ich mich bezeichnen würde.“ (114); „Vergleiche mit anderen Fällen von homosexuellen Menschen“ (693); „Annahme, lesbisch sein würde ‚Männer hassen‘ bedeuten und deshalb auch infrage stellen, ob ein männlicher Therapeut das Richtige ist“ (154)	37	8 %
Mangelndes Interesse	Mangelndes Interesse bzw. Bereitschaft, sich mit queeren Themen auseinanderzusetzen	„Desinteressiert“ (424), „zu wenig Fragen gestellt“ (99)	23	5 %
Unbeholfen, unsicher, überfordert	Berater*in/ Psychotherapeut*in wirkt unbeholfen, unsicher, überfordert mit queeren Anliegen	„Frühere Therapeutin erlebte ich etwas verunsichert, unbeholfen, bis fasziniert. Irgendwie irritierte mich das und teilweise ärgerte es mich auch.“ (786); „Unsicherheit“ (97); „mit totaler Überforderung reagiert“ (157)	8	2 %
Keine „negativen/schädlichen“ Erfahrungen	Keine negativen/schädlichen Erfahrungen in Beratung/Therapie gemacht	„Keine, ich habe mich gut betreut gefühlt.“ (26); „Gibt es nichts anzuführen. Meine Psychotherapeutin ist Weltklasse!“ (649)	84	19 %
Queere Themen wurden nicht thematisiert	In der Beratung/Psychotherapie wurden queere Themen nicht thematisiert	„meine Sexualität war noch nie Thema“ (505)	5	1 %
Sonstiges	Äußerungen, die in keine andere Kategorie passen	„Ich würde mir wünschen, dass Therapeut*innen einfach offen sagen, wenn sie damit ein Problem haben, damit ich direkt wechseln kann und das nicht im Verlauf der Therapie herausfinden muss.“ (432)	18	1 %

Tabelle 2: Kodierschema (und Antworthäufigkeiten) zu der Frage: „Welches Verhalten oder welche Eigenschaften von Therapeut*innen haben Sie als besonders schlecht oder schädlich erlebt?“ (N = 438)

Analyseeinheiten unterteilt, die von einzelnen Wörtern bis zu vollständigen Aussagesätzen reichen konnten. Jede dieser Einheiten bezog sich auf maximal eine Kategorie. Umfassendere Aussagen oder mehrere Sätze wurden entsprechend der Anzahl der relevanten Kategorien aufgeteilt. Jede Analyseeinheit erhielt eine eindeutige Kategorienszuweisung, und pro Person wurde jede Kategorie maximal einmal kodiert. Die Kodierung erfolgte durch zwei unabhängige Rater*innen. Abweichungen in der Kodierung wurden diskutiert, bis ein Konsens erreicht wurde.

Um den partizipativen Charakter der Studie zu gewährleisten und die Sichtweisen der Beteiligten zu integrieren, wurden die Ergebnisse in einer gemeinsamen Sitzung mit den Befragten und den kooperierenden Organisationen präsentiert und diskutiert. Dieser Schritt diente dazu, die Interpretation der Daten zu verfeinern und sicherzustellen, dass die Perspektiven der Betroffenen angemessen berücksichtigt wurden.

Ergebnisse

Ein Überblick zu den berichteten Erfahrungen und der Häufigkeit ihres Auftretens findet sich in Abbildung 1 und Abbildung 2 auf S. 374 f. Insgesamt berichteten die Befragten häufiger über positive Verhaltensweisen und Eigenschaften von Berater*innen und Psychotherapeut*innen (Anzahl Nennung positiver/hilfreicher Verhaltensweisen/Eigenschaften = 816) im Vergleich zu negativen (Anzahl Nennung negativer/schwieriger Verhaltensweisen/Eigenschaften = 475)⁴. 2 % der Befragten gaben an, keine positiven Erfahrungen und 19 % keine negativen Erfahrungen gemacht zu haben.

Verhaltensweisen und Eigenschaften von Berater*innen und Psychotherapeut*innen, die als besonders gut oder hilfreich erlebt wurden

Die Antworten auf die Frage, welches Verhalten oder welche Eigenschaften von Berater*innen und Psychotherapeut*innen

als gut oder hilfreich wahrgenommen wurden, wurden in dreizehn Kategorien eingeteilt.

Mit Abstand am häufigsten (39 %) wurden Offenheit und Interesse an der Lebenswelt queerer Personen sowie die Bereitschaft der Berater*innen/ Psychotherapeut*innen zu lernen genannt („Auch wenn meine Therapeutin kaum Wissen über queere Themen besaß, war sie offen und bereit zu lernen.“)⁵.

Das Ausbleiben negativer Verhaltensweisen wie Vorurteile, Abwertungen, Pathologisierung oder die Zurückführung von Anliegen auf die sexuelle Identität oder Beziehungsform war die zweithäufigste genannte Kategorie (23 %) und spiegelt die angesprochenen Sorge vor Ablehnung wider („Außerdem hat sie mir nie das Gefühl gegeben, dass diese Themen nicht wichtig sind oder dass dieses Anderssein etwas Schlechtes sei.“).

Ein Fünftel der Befragten (20 %) hob Affirmation, Akzeptanz und Wertschätzung der queeren/einvernehmlich nichtmonogamen Lebensweise und damit einhergehender Entscheidungen, Praktiken und Partner*innen hervor („Bei meiner aktuellen Therapeutin unterstützt es mich, dass sie meine Entscheidungen, wie ich leben möchte, akzeptiert und respektiert, auch wenn sie selbst konservativ lebt.“).

Empathie und Verständnis für Gefühle, Gedanken und Erfahrungen sowie deren Validierung wurden von 17 % der Befragten betont („Allgemein das Verständnis, wie schwierig es sein kann, vor allem auch in Familien mit Migrationshintergrund.“).

Ebenso wurden allgemeinere hilfreiche Merkmale von Berater*innen und Psychotherapeut*innen wie „freundlich“ oder „unterstützend“ (17 %) hervorgehoben, gefolgt von der Anwendung hilfreicher Methoden, dem Setzen von Impulsen sowie der Bereitstellung von Informationen (15 %; „Meine Therapeutin hat mich erst dazu gebracht darüber nachzudenken, ob ich vielleicht bisexuell bin.“).

Die angemessene Thematisierung queerer und einvernehmlich nichtmonogamer Themen, wenn diese für den therapeutischen Prozess relevant sind, und die Vermeidung einer Überbewertung oder Exotisierung wurde von 11 % der Befragten betont („Dass meine Sexualität nie wirklich thematisiert wurde, außer ich habe es initiiert, da es für die Behandlung irrelevant war.“).

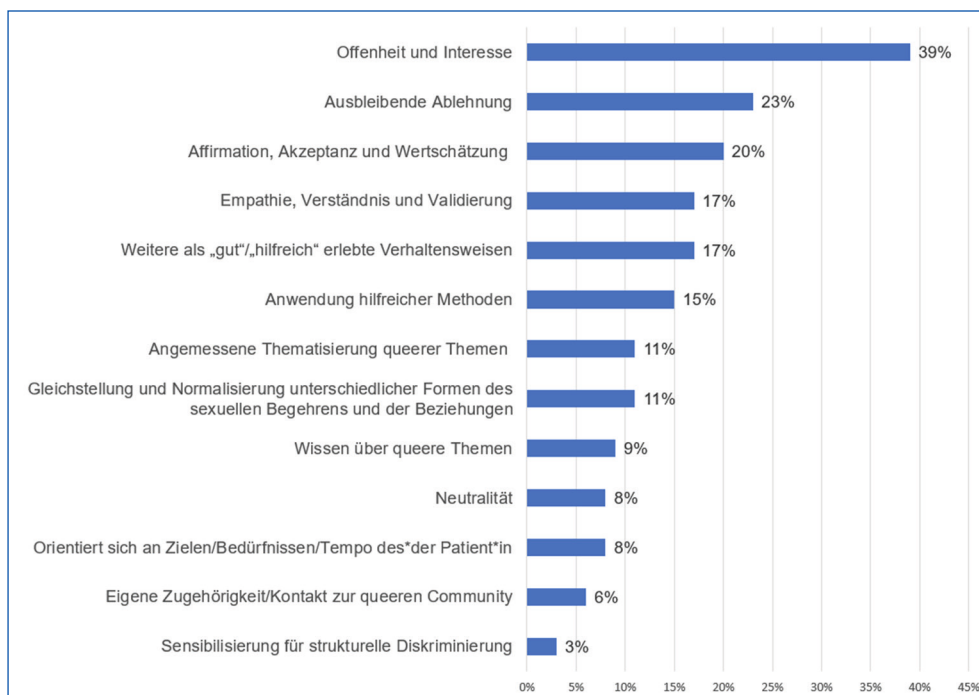


Abbildung 1: Antworthäufigkeiten zur Frage: „Welches Verhalten oder welche Eigenschaften von Berater*innen/Therapeut*innen haben Sie als besonders gut oder hilfreich erlebt?“ (N = 438)

Ebenso wichtig war die Gleichstellung und Normalisierung unterschiedlicher sexueller Orientierungen und Beziehungsformen, die sich in der Haltung und den konkreten Verhaltensweisen der Berater*innen/Psychotherapeut*innen widerspiegeln, wie der Gebrauch einer gendersensiblen Sprache oder die Klärung von Pronomen (11 %; „Ansehen von queeren Beziehungen als gleichwertig zu Hetero-Beziehungen.“).

Unter 10 % der Befragten nannten jeweils weitere Verhaltensweisen oder Eigenschaften als „besonders gut oder hilfreich“, die sich kategorisieren ließen in

- fundierte Kenntnisse über die Lebenswelt und besondere Herausforderungen queerer Personen (9 %; „Vorwissen/Vorbildung über LGBT-Themen und Lebensweisen.“),
- eine neutrale Haltung und ein therapeutischer Raum, in dem auch widersprüchliche Gefühle und Gedanken erlaubt waren (8 %; „Ohne Vorurteile an meine Lebensweisen heranzugehen, sie weder zu negieren noch sie zu pushen.“),
- die Orientierung an den Zielen und Bedürfnissen der Patient*innen und dass deren Grenzen respektiert wurden, während gleichzeitig Druck vermieden und Raum für Entfaltung gegeben wurde (8 %; „Hat mir frei gelassen, wann und wie tief ich in eine Thematik eingestiegen bin.“),

4 Die Anzahl der Nennungen können von der Stichprobengröße abweichen, da es den Befragten möglich war, in ihren Antworten mehrere Verhaltensweisen oder Eigenschaften zu benennen.

5 In Klammern werden zur Veranschaulichung Aussagen der Befragten zu den jeweiligen Kategorien angezeigt. Weitere Beispiele finden Sie in den Tabellen 1 & 2 auf S. 370 ff.

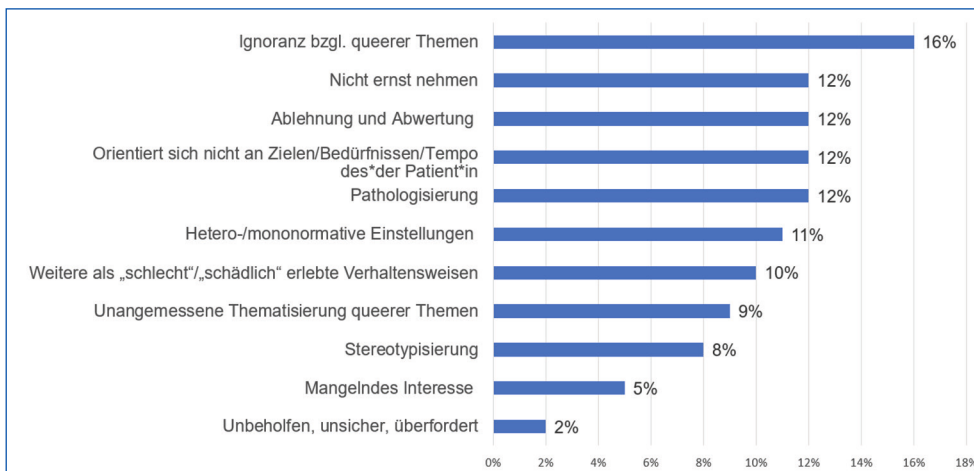


Abbildung 2: Antworthäufigkeiten zur Frage: „Welches Verhalten oder welche Eigenschaften von Berater*innen/Therapeut*innen haben Sie als besonders schlecht oder schädlich erlebt?“ (N = 438)

- die Zugehörigkeit der Berater*innen und Psychotherapeut*innen zur queeren Community oder Erfahrungswerte mit früheren queeren Patient*innen (6 %; „Ich hatte großes Glück, dass ich bisher mit drei queeren Therapeuten arbeiten konnte.“),
- die Sensibilisierung der Psychotherapeut*innen für strukturelle Diskriminierung und gesellschaftliche Aspekte (3 %; „Vermitteln, dass die Probleme nicht nur individuelle, sondern auch gesellschaftliche Ursachen haben.“).

Verhaltensweisen und Eigenschaften von Berater*innen und Psychotherapeut*innen, die als besonders schlecht oder schädlich erlebt wurden

Die Antworten auf die Frage, welches Verhalten oder welche Eigenschaften von Berater*innen/Psychotherapeut*innen als besonders schlecht oder schädlich empfunden wurden, wurden auf elf Kategorien verteilt. Anders als bei den positiven Erfahrungen dominierte hier keine Kategorie besonders.

Am häufigsten genannt wurde Ignoranz gegenüber queeren Themen, die sich durch mangelndes Wissen über die Herausforderungen, gesellschaftliche Ablehnung, Stigmatisierung und Diskriminierungserfahrungen sowie fehlendes Verständnis auszeichnet (16 %; „[...] etwas anstrengend, erstmal eine Einführung in queere Themen halten zu müssen, wenn ich etwas in Bezug darauf ansprechen wollte.“).

Jeweils 12 % der Befragten nannten: das Nichternstnehmen, das Absprechen von Erfahrungen bzw. Bagatellisieren („Poly, das habe ich schon oft erlebt, damit kenne ich mich aus. Sie machen sich was vor, das kann nicht funktionieren, das müssen Sie nur noch selber merken.“), die Ablehnung und Abwertung der sexuellen Identität bzw. der Beziehungsform und der damit verbundenen Entscheidungen und Lebensweisen („Bei dem vorhergehenden Therapeuten spürte ich förmlich eine Ablehnung gegen mein Erscheinungsbild, Über-

zeugung und Sexualität.“), die Missachtung der Ziele, Bedürfnisse, Grenzen und des Tempos der Patient*innen („Hat mich vor die Wahl gestellt, die Beziehung zu beenden oder die Therapie bei ihm zu beenden.“) sowie Pathologisierung („Zu sagen, dass die Ursache meiner Probleme darin liegt, dass ich polyamor lebe und es mir nur besser gehen wird, wenn ich das beende.“).

Die normative Annahme, Patient*innen seien heterosexuell und in monogamen Beziehungen, und ein damit einherge-

hender Gebrauch exkludierender Sprache wurde von 11 % der Befragten genannt („Es wurde davon ausgegangen, dass ich eine hetero Cis-Frau bin.“).

Unter 10 % der Befragten nannten jeweils weitere Verhaltensweisen oder Eigenschaften als „besonders schlecht oder schädlich“, die sich kategorisieren ließen in

- nicht queerspezifische Verhaltensweisen (10 %) wie „unzureichendes Zeitmanagement, „sofort alles mit Tabletten lösen zu wollen; schlechte Gesprächsführung“,
- unangemessene Thematisierung queerer Themen, etwa durch Vermeidung, Verbesonderung oder Irritation beim Outing (9 %; „Zurückhaltung: nicht trauen, polyamore Lebensweise von sich aus anzusprechen, obwohl ich es schon offen angesprochen habe.“),
- stereotype Behandlung in Bezug auf die sexuelle Identität und/oder Beziehungsform (8 %; „Annahme, lesbisch sein würde ‚Männer hassen‘ bedeuten und deshalb auch infrage stellen, ob ein männlicher Therapeut das Richtige ist“),
- mangelndes Interesse oder die fehlende Bereitschaft, sich mit queeren Themen auseinanderzusetzen (5 %; „Desinteresse“), Unbeholfenheit oder Überforderung (2 %; „Frühere Therapeutin erlebte ich etwas verunsichert, unbeholfen, bis fasziniert. Irgendwie irritierte mich das und teilweise ärgerte es mich auch.“).

Diskussion

Die vorliegende Studie untersucht die subjektiven Beratungs- und Psychotherapieerfahrungen von 438 Personen, die sexuellen Minderheiten angehören und/oder in ENMB leben. Ziel war es, zu beleuchten, welche Aspekte der beraterischen und psychotherapeutischen Begegnung von den Betroffenen als unterstützend und welche als schwierig wahrgenommen wurden. Fast alle Befragten (98 %) berichteten von positiven und hilfreichen Erfahrungen in der Beratung und/oder Psychotherapie. Insgesamt wurden 816 positive und 475 negative

Verhaltensweisen und Eigenschaften von Berater*innen und Psychotherapeut*innen genannt, was zeigt, dass fast doppelt so viele positive wie negative Aspekte berichtet wurden. Auch unsere quantitative Auswertung der laufenden oder zuletzt abgeschlossenen Beratungs- und Therapieprozesse queerer Menschen zeigt, dass positive Erfahrungen in der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung weit verbreitet sind (Bröning & Mazziotta, 2024), was optimistisch stimmt.

Dennoch gaben 80 % der Befragten an, im Laufe ihres Lebens auch schwierige Erfahrungen gemacht zu haben. Diese bieten die Möglichkeit, wertvolle Lehren für die zukünftige bera-

— Es sollte nicht in der Verantwortung der Patient*innen liegen, Fachkräfte hinsichtlich queerer Themen zu schulen. —

terische und psychotherapeutische Arbeit zu ziehen. Zwar ist aufgrund der gewählten Methodik bei der Interpretation der Ergebnisse Vorsicht geboten, da die Studie zwar Aufschluss über die Häufigkeit der genannten Erfahrungen gibt, jedoch nicht darüber, wie bedeutsam die einzelnen Aspekte für die Befragten waren. Gleichzeitig repliziert die vorliegende Studie für den deutschsprachigen Raum Verhaltensweisen und Eigenschaften von Berater*innen und Psychotherapeut*innen, die auch in anderen Studien aus der Perspektive queerer Menschen als unterstützend oder schwierig wahrgenommen werden (z. B. APA, 2021; Lampalzer et al., 2019; Woodbridge, 2022). Für eine diversitätssensible Beratung und Psychotherapie sind eine offene, affirmative Haltung, fundiertes Basiswissen sowie die Reflexion eigener Normen und Werte im Bereich Geschlechtsidentität, Sexualität und Beziehungsform unerlässlich.

Die Studie bietet praxisnahe Ansätze, um diversitätssensible Beratung und Psychotherapie – wie sie beispielsweise in der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer (2021) gefordert wird – mit spezifischen Inhalten zu füllen. Anhand dreier dialektischer, also in Spannung zueinander stehender Themenbereiche, ziehen wir daraus Schlussfolgerungen für das psychosoziale und psychotherapeutische Handeln.

1. Fachwissen haben UND/ABER sich als Lernende*n verstehen

Berater*innen und Psychotherapeut*innen benötigen grundlegende Kenntnisse über diverse Aspekte der queeren Lebensrealität, einschließlich der Coming-out-Prozesse, Diskriminierungen und deren psychosozialen Auswirkungen, wie Hypervigilanz, Angst vor Ablehnung und das Minderheitenstressmodell sowie die Rolle der LSBTIQ*-Community (Frost & Meyer, 2023; Lampalzer et al., 2019; Mitchell et al., 2023).

In einer Umfrage zur Therapieerfahrung von Personen in ENMB berichtete nur ein Drittel der Befragten, dass der*die zuletzt konsultierte Psychotherapeut*in über gute Kenntnisse bezüglich ENMB verfügte (Schechinger et al., 2018). Es sollte nicht in der Verantwortung der Patient*innen liegen, Fachkräfte hinsichtlich queerer Themen zu schulen. Unkenntnis gegenüber queeren Lebensrealitäten kann den therapeutischen Prozess behindern und zu weniger Verständnis und negativeren Einstellungen führen.

Gleichzeitig nahmen Offenheit und die Bereitschaft zu lernen mit Abstand den obersten Rang der hilfreichen Merkmale ein. Offenheit signalisiert ein tiefgehendes Interesse an der spezifischen Lebenswelt der Patient*innen. Fachkräfte müssen nicht Expert*innen für queere Lebensweisen sein. Für einen großen Prozentsatz der Befragten war die Spezialisierung auf queere Themen nicht sehr wichtig. Entscheidend ist, dass

Berater*innen und Psychotherapeut*innen sich lernbereit zeigen, ihre Unwissenheit offenlegen und auch für sie unverständliche Komplexität tolerieren (Woodbridge, 2022). Diese Offenheit schafft einen Raum für Verletzlichkeit und ermöglicht eine Beziehung auf Augenhöhe, die ebenso bedeutsam ist wie umfassendes Fachwissen.

Offenheit wird häufig vor allem zu Beginn seitens der Patient*innen getestet. Daher sind vertrauensbildende Maßnahmen wichtig. Diese beinhalten auch – je nach Setting – eine möglichst inklusive Gestaltung des Internetauftritts, der Räumlichkeiten und der darin befindlichen Materialien und Abbildungen. Berater*innen und Psychotherapeut*innen sollten eine inklusive Sprache verwenden und darauf achten, welche Normen Fragen und Formulare vermitteln. Sie sollten den Patient*innen die Möglichkeit geben, sich selbst zu definieren, und sensibel dafür sein, dass Personen nicht notwendigerweise die Pronomen verwenden, die ihnen von außen zugeschrieben werden.

2. Stigmata und Vorurteile kennen UND/ABER eine ressourcenorientierte, affirmative Haltung einnehmen

Die Anerkennung und Validierung der Identität und Lebensweise der Patient*innen ist ein zentraler Bestandteil therapeutischer Wirksamkeit (Mitchell et al., 2023). Geäußerte und gelebte Affirmation und Akzeptanz durch den*die Berater*in oder Psychotherapeut*in stärkt das therapeutische Bündnis und motiviert Patient*innen, sich in der Beratung und Psychotherapie zu öffnen und aktiv mitzuwirken (Woodbridge, 2022).

Berater*innen und Psychotherapeut*innen sollten daher Normalisierung bewusst als therapeutische Methode nutzen. Sie könnten beispielsweise darauf hinweisen, dass es normal sei, auf Minderheitenstress mit Stimmungsschwan-

kungen, Verunsicherung und Ängsten zu reagieren, und dass es vielen so gehe (Frost & Meyer, 2023). Da Berater*innen und Psychotherapeut*innen oft als moralische Autoritäten wahrgenommen werden, kann diese Haltung eine bedeutende korrigierende Erfahrung darstellen, die der Stigmatisierung und Isolation in anderen Lebensbereichen entgegenwirkt (Woodbridge, 2022). Die Wahrnehmung affirmativer Praktiken von Berater*innen und Psychotherapeut*innen durch Patient*innen hängt positiv mit deren Wohlbefinden zusammen (Alessi et al., 2019).

Gerade die positiven Aspekte und Ressourcen queerer Lebensweisen werden selten gewürdigt – dies gilt auch für queere Personen selbst (z. B. Riggle et al., 2008). Dabei entwickeln Personen, die einer sozialen Minderheit angehören, oft eine tiefgreifende Empathie und ein verstärktes Engagement für soziale Gerechtigkeit. Ein stark ausgeprägtes Gemeinschaftsgefühl und die Bildung von Wahlfamilien können bedeutsame Unterstützungsnetzwerke bieten. Die Möglichkeit, authentisch zu leben, fördert nicht nur Selbsteinsicht und Selbstbewusstsein, sondern auch das Explorieren und Herausfordern traditioneller Geschlechterrollen, Sexualität und Beziehungsformen, was zu egalitäreren Partnerschaften führen kann (Bröning & Mazziotta, im Druck).

Gleichzeitig sollten Berater*innen und Psychotherapeut*innen sich der Gefahr stereotyper Annahmen bewusst sein, da die Lebenswelten und Bedarfe von Personen, die sexuellen Minderheiten angehören und/oder in ENMB leben, sehr vielfältig sind. Stereotype können dazu führen, dass Betroffene sich nicht in ihrer Individualität wahrgenommen fühlen und in „Schubladen“ eingeordnet werden (Mitchell et al., 2023). Es ist daher entscheidend, jeden*jede Patient*in individuell zu betrachten und zu explorieren, welche Selbstbezeichnungen sie wählen und welche Bedeutungen sie damit verbinden, sowie zu verstehen, wie sie ihre eigene Situation wahrnehmen und konstruieren, einschließlich der damit verbundenen Herausforderungen und Ressourcen (Berry & Lezos, 2017; Lampalzer et al., 2019).

Ein erheblicher Teil der Befragten berichtete auch von schwierigen Erfahrungen, wie Nichternstnehmen, Ablehnung und Abwertung, Ignorieren individueller Ziele sowie Pathologisierung nichtheteronormativer Identitäten und nichtmonogamer Beziehungsformen. Solche negativen Erfahrungen werden auch in Studien aus Nordamerika berichtet (z. B. Schechinger et al., 2018; Spengler et al., 2016). Sie könnten auf eine essentialistische Sichtweise der Berater*innen und Psychotherapeut*innen hinweisen, die die vielfältigen Lebensrealitäten der Patient*innen vernachlässigt und sie auf stereotype Kategorien reduziert, was zu einer Verbesonderung und Etikettierung als „anders“ führt. Eine unterstützende beraterische und therapeutische Praxis erfordert daher das Überwinden solcher reduktionistischen Ansichten und die Annahme einer sex-positiven Haltung, wie sie von der Weltgesundheitsorganisation empfohlen wird. Diese respektiert die sexuelle Selbstbestimmung und

die Vielfalt von Sexualität und Beziehungsformen, vorausgesetzt, sie sind ehrlich kommuniziert, einvernehmlich und sicher (Burnes et al., 2017).

Konfrontative psychotherapeutische Interventionen, etwa bei Vermeidungsverhalten oder destruktiven Mustern, die den Fortschritt in der Beratung oder Therapie behindern, sind von problematischen Verhaltensweisen klar abzugrenzen. Diese Interventionen unterstützen Patient*innen dabei, unbewusste oder schwer zugängliche Aspekte ihres Erlebens und Verhaltens zu erkennen und zu reflektieren. Sie sollten jedoch stets achtsam und auf Grundlage einer stabilen therapeutischen Beziehung durchgeführt werden. Als konstruktive Einladung zur Auseinandersetzung mit schwierigen Themen sind sie besonders effektiv, wenn sie von Empathie und Verständnis begleitet werden, sodass sich Patient*innen sicher genug fühlen, sich diesen Herausforderungen zu stellen. Berater*innen und Psychotherapeut*innen sollten in solchen Situationen besonders sensibel auf die verbalen und nonverbalen Rückmeldungen der Patient*innen achten.

3. Queersein ansprechen UND/ABER nicht unangemessen thematisieren

Ein überraschender Befund war das häufige Hervorheben des Ausbleibens negativer Verhaltensweisen als positiv, was auf niedrige Erwartungen oder Ängste vor Diskriminierung bei vielen queeren Personen hinweist. Es reicht nicht aus, lediglich zu verkünden, für alle offen zu sein. Vielmehr erfordert eine affirmative Haltung auch fundierte Kenntnisse über queere Lebenswelten sowie eine deutliche, ernsthafte Positionierung gegen soziale Ungerechtigkeit und Diskriminierung. Berater*innen und Psychotherapeut*innen sollten nicht nur offen für Diskussionen über Geschlecht, Sexualität und Beziehungsformen sein, sondern auch eigene Missverständnisse und Fehler thematisieren (Baldwin et al., 2017; Cahill et al., 2014). Die Ergebnisse replizieren Befunde aus dem angelsächsischen Raum (z. B. Sergi et al., 2024) und weisen darauf hin, dass Mikroaggressionen auch in deutschsprachigen Beratungs- und Therapiesettings auftreten und die therapeutische Beziehung beeinträchtigen können. Durch das aktive Ansprechen von (potenziellen) Mikroaggressionen können therapeutische Rupturen bearbeitet und kann die Beziehung vertieft werden (Owen et al., 2014). Eine Haltung der „kulturellen Bescheidenheit“, bei der Berater*innen und Psychotherapeut*innen Verantwortung für ihr Handeln übernehmen und die Erfahrungen der Patient*innen validieren, fördert den Heilungsprozess (Chen et al., 2023; Jones et al., 2019).

Gleichzeitig stellen die sexuelle Orientierung oder Beziehungsform meist nicht den primären Grund für die Inanspruchnahme von Beratung und Psychotherapie dar. Manchmal sind es reaktive Symptomatiken, die durch Stigmatisierung und Diskriminierung verstärkt werden – oder auch ganz andere Anlässe. Daher ist es notwendig, in der beraterischen und therapeutischen Arbeit kritisch zu prüfen, ob bestimmte Fragen

den therapeutischen Prozess unterstützen oder lediglich der Neugier des*der Berater*in oder Psychotherapeut*in dienen. In Zusammenarbeit mit den Patient*innen sollte entschieden werden, welche Rolle queere Themen in der Beratung und Psychotherapie einnehmen sollen (Spengler et al., 2016; Woodbridge, 2022). Dies kann sich ändern, da ein stärkeres Vertrauensverhältnis es ermöglicht, auch heikle Themen wie Scham oder internalisierte Negativität zu thematisieren, wenn dies von den Patient*innen als relevant erachtet wird (Baldwin et al., 2017; Mitchell et al., 2023).

Offenheit und die Fähigkeit, sich zu entschuldigen, können den Zugang zu schwierigen Gesprächen erleichtern und die therapeutische Beziehung stärken. Spontane Reaktionen der Berater*innen oder Psychotherapeut*innen, wie Mimik oder Körpersprache, sind bei unerwartetem oder ungewohntem Erleben (z. B. in Bezug auf bestimmte Beziehungsformen oder Sexualpraktiken) nicht immer vollständig kontrollierbar. Solche Reaktionen können jedoch selbstkritisch reflektiert und thematisiert werden (z. B. „Ich möchte mich für meinen irritier-

Offenheit und die Fähigkeit, sich zu entschuldigen, können den Zugang zu schwierigen Gesprächen erleichtern und die therapeutische Beziehung stärken.

ten Blick bezüglich Ihrer Beziehungsform entschuldigen. Hier muss ich offensichtlich noch eigene Vorurteile überwinden.“). Die Frage, ob bestimmte Themen angesprochen werden sollten, kann laufend in Absprache mit den Patient*innen geklärt und behutsam, in kleinen Schritten, angepasst werden. Insgesamt sollten Berater*innen und Psychotherapeut*innen stets die Ziele und das Tempo der Patient*innen beachten, deren Grenzen respektieren, prozessorientiert arbeiten und regelmäßig Feedback einholen.

Abschließende Bemerkungen

Die Stärke dieser Studie liegt in ihrer umfangreichen Teilnehmendenzahl und dem Fokus auf die Wahrnehmung der Adressat*innen beraterischer und psychotherapeutischer Arbeit. Unser qualitativer Ansatz erlaubt es nicht, die Häufigkeit von aversivem Erleben oder (Mikro-)Aggressionen seitens der Fachkräfte genau zu bestimmen. Zudem werden nicht alle Dimensionen von Diversität abgedeckt, da (Mikro-)Aggressionen gegenüber vielen Personengruppen auftreten können. Unsere Studie bietet daher in erster Linie wertvolle Anregungen zur Reflexion und Schärfung des eigenen beraterischen und psychotherapeutischen Stils in der Arbeit mit queeren Menschen.

Da es sich in der Studie um eine Gelegenheitsstichprobe handelt, ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt.

Zudem können wir nicht genau zuordnen, welche Aussagen sich auf welche Settings (z. B. Psychotherapie oder Beratung) beziehen oder wie spezifische Merkmale von Berater*innen und Psychotherapeut*innen den Prozess beeinflusst haben. Auch wurde nicht erfasst, wie weit die geschilderten Erfahrungen in die Vergangenheit zurückreichen. Der Schwerpunkt der Studie lag auf sexueller Identität und ENMB, die jedoch in Wechselwirkung mit anderen Differenzkategorien, wie Behinderung, sozioökonomischem Status und Migrationsgeschichte, stehen und spezifische Lebenslagen schaffen. Diese komplexen Wechselwirkungen müssen in der beraterischen und psychotherapeutischen Begleitung berücksichtigt werden, um eine angemessene Unterstützung zu gewährleisten (Berry & Lezos, 2017).

Trotz dieser Einschränkungen lassen sich Empfehlungen für die beraterische und therapeutische Praxis ableiten: Erstens ist eine fundierte Ausbildung sowie kontinuierliche Weiterbildung, die Basiswissen über nichtheterosexuelle und nicht-monogame Lebensweisen vermittelt, unerlässlich. Zweitens sollten Reflexionsprozesse fest in die beraterische und psychotherapeutische Ausbildung und Praxis integriert werden, um eigene Vorurteile und unbewusste Annahmen zu erkennen und zu hinterfragen. Drittens ist die Förderung einer kultursensiblen Praxis im Sinne relationaler Demut (Kapp, 2023) entscheidend. Diese Haltung erkennt an, dass Differenzdimensionen wie sexuelle Orientierung oder Beziehungsformen Aspekte sind, die die therapeutische Dynamik beeinflussen können, jedoch häufig nicht der primäre Anlass für Beratung und Psychotherapie sind. Eine wahrhaft inklusive therapeutische Praxis geht über die bloße Abwesenheit von Diskriminierung hinaus und erkennt aktiv die vielfältigen Identitäten und Beziehungsformen der Patient*innen an. Eine Haltung der „informierten Naivität“, die Fachwissen und offenes Interesse integriert, bietet zusammen mit Ambiguitätstoleranz – der Fähigkeit, sich Unbekanntem und Mehrdeutigem zu öffnen – einen förderlichen Raum für diversitätssensible Beratung und Psychotherapie mit fachlicher Professionalität und auf Augenhöhe.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Borgogna, N. C., Aita, S. L. & Aita, L. J. (2024). Minority stress in consensually non-monogamous individuals: Mental health implications. *Sexual and Relationship Therapy*, 9 (1), 46–65.

Bröning, S. & Mazziotta, A. (im Druck). Konsensuelle Nichtmonogamie. In M. Büttner & A. Eck (Hrsg.), *Sexualität und Sexualtherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Camp, J., Vitoratou, S. & Rimes, K. A. (2020). LGBTQ+ self-acceptance and its relationship with minority stressors and mental health: A systematic literature review. *Archives of Sexual Behavior*, 49 (7), 2353–2373.

Chen, J. M., Joel, S. & Castro Lingl, D. (2023). Antecedents and consequences of LGBT individuals' perceptions of straight allyship. *Journal of Personality and Social Psychology*, 125 (4), 827–851.

Diamond, L. M. & Alley, J. (2022). Rethinking minority stress: A social safety perspective on the health effects of stigma in sexually-diverse and gender-diverse populations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 138, 104720.

Feinstein, B. A. (2020). The rejection sensitivity model as a framework for understanding sexual minority mental health. *Archives of Sexual Behavior*, 49 (7), 2247–2258.

Frost, D. M. & Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, 101579.

Kapp, F. (2023). „Demut“ – eine unterschätzte Dimension in der Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 22 (3), 247–254.

Korinth, R., Bröning, S. & Martyniuk, U. (2024). Making the invisible visible: Experiences of identity (in)visibility in bi+sexual individuals in Germany. *Journal of Bisexuality*. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1080/15299716.2024.2364663> [21.10.2014].

Mazziotta, A. & Möller-Kallista, B. (2024). Love has no boundaries: Die Vielfalt der Liebes- und Sexualbeziehungen. In C. Roesler & S. Bröning (Hrsg.), *Paarbeziehung im 21. Jahrhundert: Psychosoziale Entwicklungen und Spannungsfelder* (S. 141–130). Stuttgart: Kohlhammer.

Mitchell, L. A., Jacobs, C. & McEwen, A. (2023). (In)visibility of LGBTQIA+ people and relationships in healthcare: A scoping review. *Patient Education and Counseling*, 107828.

Pöge, K., Dennert, G., Koppe, U., Güldenring, A., Matthigack, E. B. & Rommel, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring*, 5 (S1), 1–30.

Schechinger, H. A., Sakaluk, J. K. & Moors, A. C. (2018). Harmful and helpful therapy practices with consensually non-monogamous clients: Toward an inclusive framework. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86 (11), 879–891.

Silveri, G., Schimmenti, S., Prina, E., Gios, L., Mirandola, M., Converti, M. & Italian Working Group on LGBTQI Mental Health. (2022). Barriers in care pathways and unmet mental health needs in LGBTQI+ communities. *International Review of Psychiatry*, 34 (3–4), 215–229.

Wittgens, C., Fischer, M. M., Buspavanich, P., Theobald, S., Schweizer, K. & Trautmann, S. (2022). Mental health in people with minority sexual orientations: A meta-analysis of population-based studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 145 (4), 357–372.

Woodbridge, L. M. (2022). Many loves: Preparing counselors to work with polyamorous clients. *Journal of LGBTQ Issues in Counseling*, 16 (4), 390–405.



Prof. Dr. Agostino Mazziotta

Korrespondenzanschrift:

FH Münster
 Fachbereich Sozialwesen
 Hüfferstr. 27
 48149 Münster
agostino.mazziotta@fh-muenster.de

Prof. Dr. Agostino Mazziotta (er/ihn), Diplom-Psychologe und Master of Counseling in Ehe-, Familien- und Lebensberatung, systemischer Sexualtherapeut (IGST) und Supervisor (DGSv), ist als Professor für Diversität und Community Work an der FH Münster tätig. Seine Forschungsschwerpunkte umfassen u. a. geschlechtliche, sexuelle und amouröse Vielfalt sowie Vergeben und Versöhnen in (Liebes-)Beziehungen.



Prof. Dr. Sonja Bröning

Prof. Dr. Sonja Bröning (sie/ihr) ist Entwicklungspsychologin und forscht zu aktuellen Einflüssen auf Partnerschaft, Liebe und Sexualität. Neben ihrer Arbeit als Wissenschaftlerin und Lehrende an der Medical School Hamburg ist sie in freier Praxis als Mediatorin, Paar- und Sexualtherapeutin tätig.