universität wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

Konversionstherapie (still) en vogue? Eine Befragung österreichischer Psychotherapeut_innen zu ihren Erfahrungen und Einstellungen bezüglich sogenannter Konversionsbehandlungen / Conversion therapy (still) en vogue? A survey of Austrian psychotherapists' attitudes towards and experience of so-called conversion therapy

verfasst von / submitted by

Salonida Reinmund

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)
Master of Science (M. Sc.)

Wien, im Oktober 2015/ Vienna, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt / degree programme code as it appears on the student record sheet:	A 298
Studienrichtung lt. Studienblatt / degree programme as it appears on the student record sheet:	Psychologie / Psychology
Betreut von / Supervisor:	Assoz. Prof. DDDr. Martin Voracek

Danksagung

Als erstes möchte ich mich bei meinem Betreuer Assoz. Prof. DDDr. Martin Voracek dafür bedanken, dass er es mir ermöglicht hat, diese Arbeit zu verwirklichen. Es ist erfreulich dass es noch (vereinzelte) Lehrende an der Fakultät für Psychologie der Uni Wien gibt, die Eigeninitiative und eigene Ideen von Studierenden schätzen und unterstützen.

Bedanken möchte ich mich außerdem bei allen Menschen, die mit mir gemeinsam kritische Ansätze in der Psychologie entdeckt und gelebt haben und durch unser gemeinsames Arbeiten in Lesekreisen und anderen kollektiven Räumen diese Arbeit erst ermöglicht haben. Mein Interesse gilt dem Kampf für eine Gesellschaft, in welcher die Wertschätzung von Menschen – egal welcher sexuellen Orientierung, Ethnie oder sonstiger Kategorie sie zugeordnet werden oder sich zuordnen und auf welche Art sie lieben – die Basis des Zusammenlebens bildet. Ich danke allen Genoss_innen, die mir auf dem Weg der Realisierung dieser Ideale begegnet sind.

Ich danke meinen Freund_innen und meinen Geschwistern dafür, dass sie an mich geglaubt haben.

Meinen Eltern danke ich für ihr Vertrauen in mich, für ihre Geduld, dass sie keinerlei Druck auf mich ausgeübt haben sondern im Gegenteil mir eine so fantastische Studienzeit finanziell ermöglicht haben, obwohl sie sich selber diesen Luxus in ihrer Jugend nie gegönnt haben. Danke Mama, Papa und Volker dass ihr mich so liebt wie ich bin.

Konkret für die Realisierung dieser Arbeit danke ich: Lisa und Lisa, Andi, Nini, Sarah, Ferdi, Eva, Tini, Frauke und allen Psychotherapeut_innen die an meiner Befragung teilgenommen haben.

Mein besonderer Dank gilt Lisa, geliebte Freundin und Berg (in der Brandung). Wenn sie nicht gewesen wäre, würde es diese Arbeit vielleicht nicht geben; und hier wäre vielleicht ein Ozean.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung und theoretischer Hintergrund 7

1.1 Relevanz und Entstehung des Forschungsvorhabens 7

1.1.1 Entwicklung der Fragestellung 7

1.1.2 Konkretisierung des Forschungsvorhabens 8

1.2 Theoretische Spannungen um den Begriff „Homosexualität“ 10

1.3 Kulturgebundenheit des Leidens 10

1.4 „Wandelbarkeit“ vs. „Stabilität“ von Homosexualität 11

1.4.1 Geschichte der Konversionsbehandlung 12

1.4.2 Aktuelle Debatte um Konversionstherapie 13

1.4.3 Angewandte Konversionstherapie 15

1.5 Die Studie von Bartlett et al. als Ausgangspunkt der vorliegenden Studie 17

2. Methodischer Teil 18

2.1 Fragestellung 18

2.2 Forschungsdesign 19

2.3 Der Fragebogen 20

2.3.1 Deskriptive Daten 21

2.2.3 Einstellung zu Konversionstherapie 21

2.2.4 Erfahrung mit Konversionstherapie 22

2.4 Rekrutierung der Stichprobe 23

2.5 Datenanalyse 24

3 Ergebnisse 28

3.1 Stichprobenbeschreibung 28

3.2 Einstellung zu Konversionstherapie 29

3.2.1 Was würden Psychotherapeut_innen tun, wenn ein_e Klient_in um eine Veränderung homosexueller Gefühle bitten würde? 29

3.2.2 Sind Psychotherapeut_innen für die Möglichkeit einer Konversionstherapie? 32

3.2.3 Die genannten Gründe für oder gegen eine Behandlungsmöglichkeit..... 34

3.2.4 Genannte Vorgehensweisen und Meinungen zur Behandlungsmöglichkeit..... 41

3.3 Erfahrung mit der Behandlung von Klient_innen, die von ihren homosexuellen Gefühlen beunruhigt waren 43

3.3.1 Haben österreichische Psychotherapeut_innen Erfahrung mit Konversionstherapie? 43

3.3.2 Die Fallbeschreibungen: Welche Merkmale weisen die Klient_innen auf, aus welchen Gründen suchen sie Hilfe und welche Behandlungen wurden angewandt?..... 46

3.4 Kommentare..... 51

3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse..... 52

4. Diskussion..... 54

4.1 Einstellung zu Konversionstherapie 54

4.1.1 Ambivalenzen um die Frage, ob österreichische Psychotherapeut_innen sogenannte Konversionstherapien durchführen würden 54

4.1.2 Alternative: Akzeptanz statt Umwandlung 55

4.1.3 Genannte Gründe und Umstände gegen oder für die Möglichkeit von Konversionstherapie 57

4.2 Erfahrung mit der Behandlung von Klient_innen, die von ihren homosexuellen Gefühlen beunruhigt waren 60

4.3 Methodische Kritik: Stärken und Schwächen der Studie..... 64

4.4 Forschungsausblick..... 65

Literaturverzeichnis..... 68

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis..... 72

Anhänge..... 73

Anhang 1: Fragebogen von Bartlett et al. (2009)..... 73

Anhang 2: Eigener Fragebogen 77

Abstract 86

Eidesstattliche Erklärung 88

Lebenslauf 89

Anmerkung

In der vorliegenden Arbeit sind alle Zitate, die der durchgeführten Erhebung entnommen wurden, in *Kursivschrift* gesetzt. Rechtschreib- oder sonstige Fehler wurden nicht korrigiert sondern alle Aussagen entsprechen dem jeweiligen Original.

Ich will lieben wen ich will, das sehr laut und auch sehr viel!

(Rhythms of Resistance)

1 Einleitung und theoretischer Hintergrund

1.1 Relevanz und Entstehung des Forschungsvorhabens

Homophobie, Diskriminierung und Gewalt im Zusammenhang mit sexueller Orientierung gehören nicht der Vergangenheit an. Dies spiegeln vor allem persönliche Erfahrungen wider. Allzu selten finden solche Erfahrungen mediales, politisches Gehör; umso wichtiger, wenn dies dennoch geschieht: So haben etwa im Januar 2015 zwei einander küssende Frauen den Rauswurf aus dem Wiener Kaffehaus Prückl an die Öffentlichkeit gebracht (Stark, 2015). Ebenfalls für Aufsehen sorgten 2015 einmal mehr jüngste Vorkommnisse im Umkreis der katholischen Kirche. Der polnische Geistliche Charamsa machte seine Partnerschaft mit einem Mann publik, woraufhin Charamsa seines Amtes enthoben wurde (Bremer, 2015). Solche und viele weiter Geschehnisse legen die gesellschaftspolitische und somit auch wissenschaftliche Notwendigkeit nahe, sich mit der Entwicklung der Einstellungen zu Homosexualität zu befassen. Auch die Psychologie trägt als meinungsbildende Institution stark dazu bei, welche Lebensweisen auf welche Weise gesellschaftlich diskutiert werden. Leid erzeugende Pathologisierungen von Homosexualität, wie sie in der Psychologie immer wieder passiert sind und passieren können, machen eine emanzipatorische Forschung in diesem Bereich unbedingt notwendig, wie der folgende Erfahrungsbericht verdeutlichen soll.

1.1.1 Entwicklung der Fragestellung

Das Interesse für dieses Forschungsvorhaben entstand durch das Gespräch mit einer Bekannten, einer lesbischen Studentin, welche erzählte, dass sie im Jugendalter ihre Liebe zu Menschen des gleichen Geschlechts entdeckt habe und daraufhin von ihren Eltern zur Psychotherapie geschickt worden sei. Eine andere Freundin erzählte, dass dies bei ihr auch so gewesen sei und sie drei Jahre lang habe Psychotherapie machen müssen mit dem Ziel, heterosexuell zu werden. Beide seien zur Behandlung von ihren Eltern gezwungen worden, hätten diese beendet als sie erwachsen geworden seien und haben zum aktuellen Zeitpunkt lesbische Beziehungen. Die Eltern der einen waren Ärzt_innen, die Eltern der anderen Psycholog_innen.

Als Studierende der Psychologie (und möglicherweise angehende Psychotherapeutin) schockierten mich diese Erfahrungen, zumal sie darauf hindeuteten, dass derlei Behandlungen nach wie vor durchgeführt würden. Die Erzählungen hatten sich auf Erfahrungen in Griechenland bezogen; daraus entwickelte sich mein Interesse daran, ob auch in Österreich sogenannte

Konversionstherapien (darunter werden Therapien verstanden, deren Ziel die Umwandlung von Homosexualität in Heterosexualität oder Asexualität ist; vgl. Kapitel 1.4) durchgeführt werden. Aus den erwähnten Erfahrungen war hervorgegangen, dass die Therapie gegen den Wunsch der Klient_innen durchgeführt worden war. Der für Therapeut_innen verbindliche österreichische Berufskodex für Psychotherapie (Bundesministerium für Gesundheit, 2012) lässt annehmen, dass wenig Therapeut_innen über ein solches Vorgehen sprechen würden. Im Zuge einer tiefer gehenden Beschäftigung mit der Thematik rückte folglich vermehrt die Frage in den Vordergrund, ob Psychotherapeut_innen Homosexualität behandeln würden, wenn Klient_innen angeben würden, unter Homosexualität zu leiden und daher den Wunsch nach einer „Umwandlung" dieser Homosexualität äußerten. Dieser Wunsch bzw. das Leiden von Klient_innen sollte dabei in meinem Forschungsvorhaben unbedingt in einen gesellschaftlichen Zusammenhang gesetzt werden. Denn dass Menschen unter ihrer Homosexualität leiden weist darauf hin, dass gesellschaftliche Bedingungen (etwa angesprochene Diskriminierungen, Homophobie, Gewalt) ein uneingeschränktes Leben, das nicht der heterosexuellen Norm entspricht, nicht ausreichend ermöglichen. Wie verhalten sich also Psychotherapeut_innen innerhalb dieser Dynamiken? Werden Menschen dabei unterstützt trotz gegebener Schwierigkeiten auch von der Heteronorm abweichende sexuelle Orientierung zu leben? Kommen manche Therapeut_innen dem Wunsch der Personen nach und unterstützen eine Umwandlung oder Veränderung der Homosexualität?

1.1.2 Konkretisierung des Forschungsvorhabens

Mit obigen Fragen begannen meine Nachforschungen. Die Suche wurde auf den Bereich der Psychologie eingeschränkt und es fanden sich zunächst Forschungen zu Unterschieden (z.B. Meyer, 2003; Brand & Laier, 2014) von homosexuellen und heterosexuellen Menschen (vor allem im Bezug auf Prävalenzen psychischer Störungen), zur „Stabilität sexueller Orientierungen" (z.B. Katz-Wise & Hyde, 2015; Dickson, Roode, Camerson & Paul, 2013) sowie zu affirmativen Psychotherapieformen (z.B Coming-out-Unterstützung) für homosexuelle Personen (z.B. Jürgens, 2014; Sand, 2015; Göth & Kohn, 2014). Zur Einstellung von Psychotherapeut_innen bzgl. der „Veränderbarkeit von Homosexualität" oder zu Erfahrungen aus der Praxis gibt es kaum aktuelle Literatur. Eine logische Schlussfolgerung könnte sein, dass seitdem Homosexualität (offiziell) nicht mehr als „psychische Störung" markiert ist, auch keine Behandlung zur „Veränderung" derselben stattfindet. Eine andere könnte sein, dass dieses Phänomen (aufgrund der ersten Schlussfolgerung?) aktuell noch kaum erforscht wurde. Ich entdeckte schließlich eine Studie, deren Forschungsintention der meinen sehr ähnelt:

Die Studie von Annie Bartlett, Glenn Smith und Michael King (2009) trägt den aussagekräftigen Titel „The response of mental health professionals to clients seeking help to change or redirect same-sex sexual orientation“. Die Ergebnisse der Studie lassen vermuten, dass es (noch immer) Psychotherapeut_innen gibt, die Klient_innen helfen deren homosexuelle Gefühle zu verändern und auch der Meinung sind, es soll diese Möglichkeit von Konversionstherapie geben. Die Idee meines Forschungsvorhabens nahm nun konkrete Formen an, da ich beschloss, die Studie von Bartlett et al. (2009) zu replizieren und eine Befragung österreichischer Psychotherapeut_innen durchzuführen. Ich wollte konkret wissen, ob es österreichische Psychotherapeut_innen gibt, die Erfahrungen mit Konversionstherapie haben, wie ihre Einstellung diesbezüglich aussieht, welche Klient_innen Konversionstherapie wünschen, aus welchen Gründen nach einer solchen Therapie gefragt wird und wie eine solche Therapie aussehen kann.

Um keinen Bias zu erzeugen, war es notwendig, Fragen so zu formulieren, dass sie den Befragten eine ehrliche Antwort ermöglichten. Diese Formulierungen entsprechen damit nicht uneingeschränkt meinem Bedürfnis nach „political correctness“ und einem sensiblen und emanzipatorischen Umgang mit Begrifflichkeiten rund um die Vielfalt von Sexualitäten und Geschlechtern. So wurde z.B. „Umlenken homosexueller Gefühle“ im Fragebogen nicht in Anführungszeichen gesetzt. Sowohl ein „Debriefing“ der Befragten als auch das Verfassen dieser Arbeit sollen diesem Bedürfnis aber Rechnung tragen.

Was den Begriff der Homosexualität betrifft, so werden im Fragebogen ausschließlich die Varianten „homosexuelle Gefühle“ (wie auch bei Bartlett et al., 2009) oder „homosexuelle Neigung“ und nie „Homosexualität“, „homosexuelle Orientierung“ oder „Identität“ verwendet. Dies soll dem Umstand Rechnung tragen, dass homosexuelle Gefühle bestehen können ohne zwingend die eigene Identität auf einer bestimmten sexuellen Orientierung aufzubauen bzw. sie dadurch zu definieren, welchem Geschlecht die Person angehört, die als attraktiv/anziehend/erotisch empfunden wird.

Andererseits kann eine solche Identifikation auch hilfreich und wünschenswert sein, aber auch in diesem Fall sei nach Rauchfleisch (2001) das Gewahrwerden homosexueller Gefühle bis hin zur Gewissheit einer homosexuellen Orientierung oder Identität ein Prozess. Diesen Prozess wollte ich für meine Forschung nicht verlieren.

Wichtig war mir, dass die Fragebogenkonstruktion die Möglichkeit für Kommentare und Kritik gewährleistet und durch die Möglichkeit offener Antworten die Erfassung eines möglichst breiten und vollständigen Spektrums der Einstellungen und Erfahrungen der Befragten erlaubt.

Diese Arbeit soll einen Teil zur Reflexion, Aufklärung und Sensibilisierung österreichischer Psychotherapeut_innen im (möglichen) Umgang mit nicht heterosexuell empfindenden Personen beitragen und die Gesellschaft und v.a. Vertreter_innen des Gesundheitssystems auf die Gefahr systematischer Diskriminierung durch Psychotherapeut_innen aufmerksam machen.

1.2 Theoretische Spannungen um den Begriff „Homosexualität“

In meiner Forschungsarbeit beschäftigte ich mich mit den Einstellungen und Erfahrungen von Psychotherapeut_innen bzgl. der „Umwandlung homosexueller Gefühle“. Wie im vorherigen Kapitel dargelegt, geht es mir dabei vorrangig darum, einen Einblick in den psychotherapeutischen Umgang mit dem, was landläufig als Homosexualität verstanden wird, zu erarbeiten. Sicherlich könnte aus einer kritischen, v.a. aus einer queeren Perspektive auch der Begriff der Homosexualität und dessen Rigidität diskutiert werden. Zum Beispiel Judith Butler gilt als eine wichtige Vertreterin von queerer Theorie und in ihrer bekannten Arbeit „Das Unbehagen der Geschlechter“ (2003) befasst sie sich mit der Dekonstruktion von Geschlechtern und Identitäten. Der Begriff Homosexualität verweist in seiner hegemonialen Bedeutung, wie sich etwa auf Wikipedia (2015) ablesen lässt, auf „gleichgeschlechtliches sexuelles Verhalten, erotisches und romantisches Begehren“. Die Voraussetzung von „gleichgeschlechtlichem Begehren“ ist allerdings, dass zwei gleiche Geschlechter definiert sind. Diese Art der Definierbarkeit von Geschlecht lässt sich aber durchaus kritisieren. Viele Menschen erleben ihre eigene Geschlechtlichkeit oder auch ihre Sexualität außerhalb des Spektrums von Zweigeschlechtlichkeit oder auch außerhalb von Hetero- oder Homosexualität.

Darauf aufmerksam zu machen, dass hier folglich nur ein Spektrum betrachtet wird, welches für manche Menschen stimmig ist und für andere weniger, ist mir wichtig, es soll allerdings nicht den Fokus der vorliegenden Arbeit bilden. So wird hier Homosexualität als ein politischer Begriff gebraucht, der es möglich macht, auf reale Diskriminierungen von Menschen hinzuweisen. Die politische Realität ist, wie ich auch selbst erfahren habe, eine oft problematische für Menschen, die sich selber als homosexuell identifizieren oder von der Gesellschaft so bezeichnet werden. Die Tatsache, dass Menschen, die gesellschaftlich marginalisiert und diskriminiert sind, ein Wort brauchen um das eigene Sein sichtbar und politisches Streiten für soziale Gleichheit möglich zu machen, scheint mir außer Zweifel.

1.3 Kulturgebundenheit des Leidens

Wie in Kapitel 1.1 „angeklungen“, ergeben sich weitere theoretische Spannungen, deren

Klärung mir vorab wichtig erscheint. Ich habe bereits darauf hingewiesen, dass der Wunsch nach einer Konversionstherapie aufgrund des Leidens im Zusammenhang mit homosexuellen Gefühlen in der vorliegenden Arbeit nicht als „rein subjektives Problem“ angesehen wird. Denn es stellt sich grundlegend die Frage, warum Personen unter ihrer Homosexualität leiden. Oder anders gefragt: Warum leiden Menschen nicht etwa unter ihrer Heterosexualität? Das Leiden unter Homosexualität ist, wie meine Studie zeigt, etwas, das offenbar viele Menschen betrifft. Würde dieses Leiden aber als rein „persönlich“ betrachtet, dann würde das die Komplexität des Problems verkürzen. Es würden nämlich gesellschaftliche Mechanismen, wie etwa Diskriminierungen oder eben (wie hier untersucht) problematische Einstellungen, ausgeblendet.

Nochmal anders gesagt: in einer Gesellschaft, in der Heterosexualität als Norm gilt (Butler, 2003) kann der Wunsch danach, nicht homosexuell sein zu wollen, weil damit weniger gesellschaftlich verursachtes Leiden einherginge, nicht außerhalb dieser sozialen Zusammenhänge betrachtet werden.

Diese theoretische Perspektive orientiert sich an der sogenannten kulturhistorischen Schule bzw. konkreter an einem ihrer Vertreter, nämlich Lurija (1986) , der sich etwa mit dem Einfluss von sozialen (bei Lurija v.a. ökonomischen) Bedingungen auf psychische Prozesse beschäftigt hat. Bei Lurija (1986) findet sich die Idee von der Abhängigkeit des sogenannten Psychischen von kulturellen, historischen Kontexten. Diese Idee zieht sich durch meine Untersuchung: Subjektives Empfinden wie das Leiden unter homosexuellen Gefühlen lässt sich nicht loslösen davon, wie eine Gesellschaft aufgebaut ist, vor allem auch davon, welche Normen vorherrschend sind.

Wenn nun aber Psychotherapie einzig am subjektiv wahrgenommenen Leiden der Person und dem daraus resultierenden Wunsch nach einer Änderung der Homosexualität ansetzt, so stellt sich damit Psychotherapie in den Dienst einer ganz bestimmten Technologie. Nämlich einer Technologie der Anpassung der Individuen an gesellschaftliche Normen. Eben dies soll in der vorliegenden Arbeit problematisiert werden (siehe Kapitel 4.1.3).

1.4 „Wandelbarkeit“ vs. „Stabilität“ von Homosexualität

In der Vergangenheit wurde der therapeutische Versuch, Homosexualität zu verändern als „Konversionsbehandlung“ bezeichnet. Diesen Begriff definiert Wolf (2013, S. 1) folgendermaßen: „Konversionsbehandlungen umfassen alle geplanten professionellen und paraprofessionellen Interventionen, durch die die Homosexualität von Klient_innen in asexuelles oder heterosexuelles Verhalten umgewandelt werden soll“.

Konversionstherapie ist eine Bezeichnung, die durch ihre Geschichte geprägt ist (vgl. folgendes Kapitel), dadurch eine negative Konnotation hat und heutzutage kaum noch verwendet wird. Die American Psychological Association (APA) bezeichnet solche Verfahren als „sexual orientation change efforts“ (Abkürzung: SOCE) (APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation, 2009) und aktuelle Vertreter_innen von Konversionsbehandlungen bevorzugen den Ausdruck „Reparativtherapie“ (Vonholdt, 2014). Ich verwende den Begriff Konversionstherapie bzw. Konversionsbehandlung, um die Historizität solcher Behandlungen nicht zu verwässern.

In diesem Kapitel soll kurz auf die Geschichte der Konversionsbehandlungen eingegangen und anschließend ein Überblick über die aktuelle Situation solcher Behandlungen gegeben werden. Das Forschungsinteresse dieser Arbeit gilt anerkannten Psychotherapeut_innen, deswegen wird der Fokus auf den wissenschaftlichen Stand dieses Bereiches gelegt und auf seelsorgerische oder beratende Behandlungen nicht vertiefend eingegangen.

1.4.1 Geschichte der Konversionsbehandlung

Nach Steffen und Thomson (2006) habe die wissenschaftliche Behandlung der Homosexualität mit dem Buch von Carl Westphal (1869), in welchem die „conträre Sexualempfindung“ eines Mannes und einer Frau beschrieben wurde, ihren Anfang genommen. Dem Erscheinen des Buches folgte die Beschäftigung verschiedener Wissenschaftler_innen aus den Bereichen der Medizin und der Psychiatrie mit der Frage nach der Entstehung von Homosexualität und nach Möglichkeiten der „Heilung“ (Steffen & Thomson, 2006). In dieser Zeit begann sich die Sicht auf Homosexualität zu verändern; war vorher das homosexuelle Verhalten (damals auch als Sodomie klassifiziert) eine Straftat, wurde sie nun zusätzlich pathologisiert und als Krankheit (bzw. Perversion) konzipiert (vgl. Fiedler, 2004).

Es entstand ein großes Interesse von Forschenden an der Entdeckung der „Ursachen“ für Homosexualität und die entsprechenden „Entstehungstheorien“ sind oft die Grundlagen von angewandten Konversionsbehandlungen:

Freud (1920) ging von einer ursprünglichen Bisexualiät des Kindes aus, das durch bestimmte Lebensumstände nicht die „normale“ Heterosexualität ausbilde. Er vertrat aber bzgl. der Behandlung die Ansicht: „Die Psychoanalyse ist nicht dazu berufen, das Problem der Homosexualität zu lösen“ (Freud, 1920, S. 23).

Andere Psychoanalytiker_innen griffen die These der Homosexualität als Resultat einer „Fehlanpassung des Kindes“ auf und versuchten in der Therapie durch die Aufarbeitung der damaligen Konflikte diese zu heilen (Steffen & Thomson, 2006).

Verhaltenstherapeutische Konversionsversuche, welche auf der behavioristischen Theorie der Konditionierung basierten, gingen nach Wolf (2013) von zwei grundlegenden Vorstellungen aus: Von der Idee, Homosexualität werde durch Masturbation gelernt (Gutmann, 1996 zitiert nach Wolf, 2013) oder von der Vorstellung, Homosexualität sei die Folge der Angst vor dem anderen Geschlecht.

Die in den 1960er Jahren häufig angewandte Methode der „Aversionstherapie“ beruhte auf dem Prinzip der Gegenkonditionierung. Es wurden homosexuelle Reize wie beispielsweise das Betrachten eines gleichgeschlechtlichen Fotos durch Stromschocks oder Brechreiz erzeugende Mittel bestraft (Mildenberger, 2002). Eine andere Vorgehensweise war die „orgasmische Rekonditionierung“, bei welcher durch die Vorstellung gegengeschlechtlicher Phantasien bei der Masturbation eine Umkehr zu heterosexuellem Begehren erzielt werden sollte (Steffen & Thomson, 2006).

Die Medizin suchte nach biologischen Erklärungsmodellen für Homosexualität etwa nach genetischen oder hormonellen Einflüssen. Es wurden zahlreiche Behandlungen mit Medikamenten und Hormonen, sowie operative Eingriffe unternommen (Sigusch 2011). Diese chirurgischen Eingriffe wurden teilweise bis in die 1970er Jahre durchgeführt und reichten von Entfernungen von Teilen der Geschlechtsorgane bis hin zu Operationen am Gehirn (Lobotomie, Hypothalamotomie u.a.) (Voss, 2014).

1.4.2 Aktuelle Debatte um Konversionstherapie

Bis 1990 galt Homosexualität laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als psychiatrische Krankheit und war in der „Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen 9. Revision“ der Gruppe der „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien) und andere nichtpsychotische psychische Störungen“ untergeordnet (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 1997). In der aktuellen Revision der „International Statistical Classification of Deseases and Related Health Problems“ (ICD-10) findet sich Homosexualität nicht mehr als sexuelle Verhaltensabweichung und Störung (WHO, 2013). Die deutsche Version des ICD-10 gilt in Österreich seit 1992 als offizielles Manual für die psychotherapeutische Diagnostik (Bundesministerium für Gesundheit, 2005). Unter der Kategorie F66 „Psychische und Verhaltensstörung in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung

und Orientierung“ wird explizit darauf hingewiesen, dass die Richtung der sexuellen Orientierung selbst nicht als Störung anzusehen sei (WHO, 2013).

Im ICD-10 findet sich aber nach wie vor die Diagnose der „ichdystonen Sexualorientierung“ (F66.1 im ICD-10), die wie folgt definiert ist: „Die Geschlechtsidentität oder sexuelle Ausrichtung (heterosexuell, homosexuell, bisexuell oder präpubertär) ist eindeutig, aber die betroffene Person hat den Wunsch, dass diese wegen begleitender psychischer oder Verhaltensstörungen anders wäre und unterzieht sich möglicherweise einer Behandlung, um diese zu ändern“ (WHO, 2013).

Der Weltärztebund (World Medical Association) verabschiedete im Oktober 2013 eine Resolution, in welcher dieser sich für die Kriminalisierung von Konversionstherapien durch Ärzt_innen aussprach und Konversionstherapien als unethisch bezeichnete: „The WMA asserts that psychiatric or psychotherapeutic approaches to treatment must not focus upon homosexuality itself, but rather upon conflicts, which arise between homosexuality, and religious, social and internalised norms and prejudices. The WMA condemns so-called “conversion” or “reparative” methods. These constitute violations of human rights and are unjustifiable practices that should be denounced and subject to sanctions and penalties. It is unethical for physicians to participate during any step of such procedures“.

Im Frühjahr 2015 sprach sich der US-Präsident Barack Obama für ein Verbot der Konversionstherapie bei Minderjährigen aus (Jarrett, 2015).

In Deutschland verfassten Abgeordnete der Grünen einen Gesetzesentwurf zur „Ahndung von Therapien mit dem Ziel der Änderung der sexuellen Orientierung bei Minderjährigen“ (Beck et al., 2013).

Die Aufrufe zu einem Verbot von Konversionsbehandlungen verdeutlichen zwei Sachverhalte. Zum einen, dass solche Behandlungen noch immer durchgeführt werden, zum anderen, dass die Stimmen lauter werden, die sich gegen Konversionstherapie stellen.

Die American Psychological Association (APA) bildete 2007 die Arbeitsgruppe „Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation“, die ein systematisches Review zu „Sexual orientation change efforts“ (SOCE) durchführten. Die Ergebnisse zeigten zum einen, dass keine wissenschaftlich abgesicherte Aussage über die Effektivität der bisherigen Formen von Konversionsbehandlungen gemacht werden kann und andererseits, dass Konversionstherapie Menschen erheblichen Schaden zufügen kann (APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation, 2009). So kann die Folgen von Konversionstherapie eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit sein; etwa Selbstmordgedanken und Depression

(APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation, 2009).

Das Netzwerk „Mission Aufklärung“, welches unter dem Dach des LSVD (Der Lesben - und Schwulenverband Sachsen) agiert, ist der Meinung, dass die Kategorie der ichdystonen Sexualorientierung von Organisationen, die für eine Umwandlung und Heilung von Homosexualität eintreten, weltweit missbraucht werde (Rus, n.d.)

Auch die deutsche Bundesärztekammer forderte im Mai 2014 eine Abschaffung der Diagnosekriterien, die eine Pathologisierung von Homosexualität möglich machen, und sprach sich gegen Behandlungen mit dem Ziel der Umorientierung aus (Bundesärztekammer, 2014).

Diese Kritik erreichte die WHO und sie bildete eine Arbeitsgruppe (AG) zur Klassifikation der Sexuellen Störungen und Sexuellen Gesundheit, die sich der Revision des ICD-10 widmete. Die Mitglieder dieser AG argumentieren in ihrem Artikel „Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the ICD-11“ dass die Kategorien F.66 (diese bezeichnen „Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung“ (WHO, 2013) wozu die ichdystone Sexualorientierung (F66.1) zählt) ausgenutzt werden könnten (Cochran et al., 2014, S. 676): „Individuals with a same-sex orientation may receive suboptimal care because use of these categories may lead to mistakes or delays in accurate diagnosis and treatment. Retention of these categories may also be construed as supporting ineffective and unethical treatment that aims to encourage people with a same-sex orientation to adopt a heterosexual orientation or heterosexual behaviour“.

Cochran et al. (2014) empfehlen, die Kategorien F.66 des ICD-10 nicht mehr in die 11.Version des ICD aufzunehmen, da sie den Prinzipien der Menschenrechte nicht entsprechen würden und Bedenken bzgl. der sexuellen Orientierung auch mit anderen Kategorien des Diagnosesystems angegangen werden könnten

1.4.3 Angewandte Konversionstherapie

Die aktuellsten Studien von Befürworter_innen der Konversionstherapie kommen aus den USA (z.B. Spitzer, 2003), wobei Joseph Nicolosi, Doktor für Klinische Psychologie, eine Schlüsselfigur der Konversionstherapie (in diesen Kreisen wird nach Vonholdt (2014) vorwiegend der Begriff „Reparativtherapie“ benutzt) zu sein scheint. Er ist Präsident der Organisation „National Association for Research and Therapy of Homosexuality“ (NARTH), die aus über 1000 Mitgliedern besteht. Die Ziele der NARTH sind die Unterstützung Professioneller aus dem Bereich der psychischen Gesundheit, die mit homosexuellen Menschen, die Veränderung suchen, arbeiten. Die NARTH kämpfe, laut eigenen Angaben, für die Respektierung von Menschen, die ihr

heterosexuelles Potential entwickeln möchten und dafür, dass es entsprechende Angebote gebe (Nicolosi, n.d.). 2008 verfasste die Organisation Praxisrichtlinien für die Behandlung von sogenannten unerwünschten gleichgeschlechtlichen Neigungen bzw. von unerwünschtem Verhalten. Dies solle als Ergänzung zu allgemein anerkannten Prinzipien der Psychotherapie verstanden werden und dem Zweck dienen, dass eine „kompetente, ethisch fundierte und effektive Beratung und Betreuung "(NARTH Institute, n.d.) angeboten werden könne.

Einen Überblick, wie solche Konversionsbehandlungen konkret aussehen können und welche Strategien zum Einsatz kommen, gibt Wolf (2013, S. 5) : „Die Methoden umfassen nur noch selten Techniken aversiver Konditionierung, sondern vielmehr kognitive Strategien, mit denen ein nicht-homosexuelles Leben positiv und ein homosexuelles Leben negativ besetzt werden sollen, die Verstärkung gender- und heteronormativen Verhaltens (Sport, Schminken, sich mit gegengeschlechtlichen Personen verabreden), Entwicklung von Strategien zur Vermeidung homosexueller Gedanken (Gedanken-Stopp-Technik) und zur Vermeidung homosexuellen Verhaltens (Vermeidung von Triggern), die Förderung asexueller Freundschaften zu Personen des gleichen Geschlechts, die biografische Suche nach den vermeintlichen „Ursachen" der Homosexualität (die dann häufig dysfunktionalen Familienbeziehungen und Traumata zugeschrieben werden) sowie religiöse Praktiken (z.B. Gebete, Bibelstudien). In Einzelfällen werden Hypnose oder regressionsfördernde Therapien (z.B. Rebirthing) angewandt".

Aus Deutschland sind einige (meist christliche) Vereine bekannt, die sich offen für sogenannte „Reorientierungstherapien" einsetzen. Beispielsweise Vonholdt, Leiterin des Deutschen Instituts für Jugend und Gesellschaft, spricht sich für Konversionstherapien bei sogenannter „ichdystoner Homosexualität" aus (Vonholdt, 2014).

In Österreich machte Salzburgs Weihbischof Laun mit homophoben Äußerungen auf sich aufmerksam: In einer Rede hat der Weihbischof laut der Zusammenfassung seiner Rede von Basel (2014) das Schweigen gegenüber der „Untaten der Nazis" mit dem Schweigen gegenüber dem von ihm sogenannten „genderkonformen Missbrauch von Kindern" gleichgesetzt. Im Zusammenhang mit Konversionsbehandlung kritisierte er, dass „Ärzte und Psychologen, die Menschen helfen wollen, die unter ihrer Homosexualität leiden [..] in bestimmten Ländern damit rechnen [müssten], ihre Arbeitsbewilligung zu verlieren" (Blasel, 2014).

Ein Artikel von Blei (2013) im Standard berichtet, dass der österreichische Psychotherapeut Johannes Wahala von der Beratungsstelle „Courage" Erfahrungen mit Klient_innen habe, die sogenannte Konversionstherapien erlebt und in Folge unter Depressionen und Angstzuständen

gelitten hätten. Diese Behandlungen seien aber nicht in Österreich durchgeführt worden (Blei, 2013). Auch Maria-Anna Pleischl, Präsidentin des österreichischen Bundesverbands für Psychotherapie, gibt diesem Artikel zufolge an, keine Therapeut_innen in Österreich zu kennen, die eine solche Behandlung anbieten würden (Blei, 2013).

1.5 Die Studie von Bartlett et al. als Ausgangspunkt der vorliegenden Studie

Die hier durchgeführte Forschungsarbeit versteht sich als Replikation der Studie „The response of mental health professionals to clients seeking help to change or redirect same-sex sexual orientation“ von Bartlett et al. (2009). Es folgt eine kurze Zusammenfassung der Studie von Bartlet et al (2009):

Im Zeitraum von 2002 bis 2003 wurden 1848 Psychiater_innen, Psycholog_innen, Berater_innen und Psychotherapeut_innen gefragt, wie diese auf Klient_innen reagieren würden, die Hilfe bei der Änderung oder Umlenkung ihrer homosexuellen Gefühle suchten. Die Befragung erfolgte postalisch und es wurden 1328 Fragebögen zurück gesendet . Vier Prozent der Befragten gaben an, dass sie ihren Klient_innen helfen würden, deren sexuelle Orientierung zu verändern. Siebzehn Prozent berichteten, schon mindestens eine_n Klient_in mit dem Ziel, homosexuelle Gefühle zu ändern oder zu reduzieren, behandelt zu haben. Es fanden sich keine nennenswerten Hinweise auf einen Rückgang der Behandlungen zwischen 1973 und 2003. Die Befragten wurden außerdem gebeten, Gründe für die Hilfesuche der Klient_innen anzugeben. Der am häufigsten genannte Grund (57%) wurde von den Autor_innen der Studie als "Verwirrtheit bezüglich der sexuellen Orientierung" zusammengefasst. Von den 17% der befragten Personen, die von der erläuterten Behandlungserfahrung berichtet hatten, meinten 72%, dass es Umstände gebe, unter denen Klient_innen die Möglichkeit haben sollten, ihre homosexuellen Gefühle zu reduzieren oder umzulenken. Als solcher Umstand wurde vorwiegend das Leiden der Klient_innen unter der eigenen Homosexualität genannt. Als wahrscheinliche Ursachen für die internalisierten Konflikte verwiesen die Befragten auf religiöse, kulturelle und moralische Werte.

Die Studie von Bartlett (inklusive weiterer Details und Ergebnisse) et.al (2009) wird im weiteren Verlauf immer wieder aufgegriffen und zu den Ergebnissen meiner Studie in Bezug gesetzt.

2. Methodischer Teil

2.1 Fragestellung

In der vorliegenden Studie sollte untersucht werden, inwieweit sich die Ergebnisse der Studie von Bartlett et al. (2009) auch auf österreichische Psychotherapeut_innen anwenden lassen. Wegen der für eine Studie im Rahmen der Diplomarbeit nur begrenzt zur Verfügung stehenden Mittel, wurde die zugrundegelegte Stichprobe auf Psychotherapeut_innen beschränkt. Die Wahl dieser Berufsgruppe wurde einerseits aufgrund der aktuellen Forschung getroffen, da nach Wolf (2013) aktuelle Konversionsbehandlungen auf kognitiven Verfahren beruhen, und andererseits die Population der österreichischen Psychotherapeut_innen durch die „PsychotherapeutInnenliste“ des Bundesministeriums für Gesundheit leicht zugänglich ist (Bundesministerium für Gesundheit , n.d) .

Es wurden Therapeut_innen aus den Bundesländern Tirol, Salzburg und Wien befragt. Die Wahl der Stichprobe sollte den Vergleich unterschiedlicher geografischer Regionen Österreichs möglich machen. Dabei musste ich mich aus forschungsökonomischen Gründen auf eine Auswahl an Bundesländern beschränken. Wien war als selbstbetitelte „Stadt der Vielfalt“ (MA 17, 2015) und Region mit der höchsten Dichte an Therapeut_innen die erste Wahl. Salzburg und Tirol eignen sich durch die ähnliche Therapeut_innenanzahl gut für einen Vergleich.

Die Geschichte zeigt, dass besonders Vertreter_innen der Psychoanalyse und des Behaviorismus Interesse an der Veränderung von Homosexualität hatten (siehe Kapitel 1.41), weswegen die methodischen Orientierungen der Psychotherapeut_innen erfragt wurden.

Zusätzlich wurden das Alter, die Praxiserfahrung und das Geschlecht der Befragten erhoben.

Meine Fragestellungen beziehen sich zum einen auf die Einstellungen und zum anderen auf die Erfahrungen der Psychotherapeut_innen und werden in dieser Arbeit nach dieser Aufteilung systematisiert. Die erwähnten demografischen bzw. deskriptiven Einflussfaktoren sind sowohl für die Einstellung als auch für die Erfahrung interessant:

Haben der Ort, das Geschlecht, das Alter, die Praxiserfahrung und die methodische Orientierung der Psychotherapeut_innen einen Einfluss auf die Einstellung zu bzw. die Erfahrung mit Konversionstherapien?

Einstellung zur Konversionstherapie:

- Was würden österreichische Psychotherapeut_innen tun, wenn ein_e Klient_in um Hilfe bittet, seine_ihre homosexuelle Gefühle zu verändern?
- Würden Therapeut_innen es unterstützen, homosexuelle Gefühle umzulenken?
- Sind österreichische Psychotherapeut_innen der Meinung, dass es die Möglichkeit einer Behandlung in diese Richtung geben sollte?
- Welche Gründe und Umstände sprechen ihrer Meinung nach für oder gegen eine solche Behandlungsmöglichkeit?

Erfahrung in der Behandlung:

- Haben österreichische Therapeut_innen Erfahrung in der Umwandlung homosexueller Gefühle von Klient_innen?
- Welche Gründe nennen Therapeut_innen für die Inanspruchnahme von Konversionstherapie?
- Wie alt waren diese Klient_innen durchschnittlich, wie lange dauerten solche Behandlungen und kamen solche Behandlungen bei Frauen und Männern vor?
- Welche Therapieformen wurden angewandt?

Beeinflussen sich die Einstellung der Therapeut_innen und ihre Erfahrung in der Behandlung?

2.2 Forschungsdesign

Das Hauptanliegen meiner Untersuchung war die Replikation der Studie von Bartlett et al. (2009). Das Ziel jener Studie war, die „Exploration der Einstellungen und Erfahrungen von Psychiater_innen, Psycholog_innen, Berater_innen und Psychotherapeut_innen bzgl. der Veränderung von Homosexualität“ (Bartlett et al., 2009, übersetzt von der Autorin, S. 2). Die Studie hatte als Population die genannten Berufsgruppen Großbritanniens und es wurde eine repräsentative Stichprobe erhoben. In meiner Studie sollte versucht werden, eine repräsentative Stichprobe der Psychotherapeut_innen in drei Bundesländern Österreichs zu erfassen und einen Vergleich mit der Studie von Bartlett et al. (2009) herzustellen. Der verwendete Fragebogen beinhaltete geschlossene und offene Fragen sowie die Möglichkeit von Fallbeschreibungen. Im Sinne eines Mixed-Methods-Designs wurden daher sowohl quantitative als auch qualitative Daten erhoben. Kuckartz (2014, S. 33) definiert Mixed-Methods folgendermaßen: „Unter Mixed-Methods wird die Kombination und Integration von qualitativen und quantitativen Methoden im Rahmen des gleichen Forschungsprojekts verstanden. Es handelt sich also um eine Forschung, in der die

Forschenden im Rahmen von ein- oder mehrphasig angelegten Designs sowohl qualitative als auch quantitative Daten sammeln. Die Integration beider Methodenstränge, d.h. von Daten, Ergebnissen und Schlussfolgerungen, erfolgt je nach Design in der Schlussphase des Forschungsprojektes oder bereits in früheren Projektphasen“.

Nach Kuckartz (2014) gibt es eine Vielzahl an Designtypen und verschiedene Aufgaben der Mixed-Methods-Forschung. Für die vorliegende Untersuchung spielen sowohl die Aufgabe der „Komplementarität“ als auch die der „Triangulation“ eine Rolle: Die offenen Fragen geben den Befragten die Möglichkeit, die vorherigen Ja-Nein-Fragen zu ergänzen (Komplementarität) als auch Missverständnisse darzulegen (Triangulation). Aus den verschiedenen Designs der Mixed-Methods-Forschung wurde für diese Studie das „Transferdesign“ als das geeignetste ausgewählt. Das Transferdesign charakterisiert die Überführung eines Datentyps in den anderen Datentyp und die anschließende Integration (Kurckartz, 2014). In meiner Analyse wurden die Häufigkeiten der gebildeten Kategorien der qualitativen Daten gezählt, also in quantitative Daten transferiert. Dadurch war eine Spezifizierung und Ergänzung der Ergebnisse möglich. Umgekehrt wurde auch der Einfluss der offenen Antworten auf die Ja-Nein-Fragen betrachtet, wodurch im Sinne der Triangulation eine Validierung der Daten möglich war.

2.3 Der Fragebogen

Der in meiner Studie verwendete Fragebogen ist eine übersetzte Modifikation des Fragebogens, der von Michael King und seinem Forschungsteam für ihre Untersuchung entworfen wurde. Nach mehrfacher Anfrage sandte mir Michael King die Version des von ihnen verwendeten Fragebogens in elektronischer Form zu (siehe Anhang 1). Dieser wurde von mir und einer Kommilitonin getrennt voneinander übersetzt und anschließend in gemeinsamer Absprache eine deutsche Version erarbeitet. Dieses Vorgehen sollte dem Ziel dienen eine optimale Nähe zu dem von Michael King verwendeten Fragebogen zu erreichen um eine Vergleichbarkeit der Studien zu gewährleisten, sowie zeitgemäße und der Sprache geschuldete Adaptionen vorzunehmen.

Ich wählte das Format des Onlinefragebogens und erstellte ihn über den freien Server „Soscy-Survey“. Der Fragebogen umfasst insgesamt zehn Seiten und befindet sich im Anhang 2.

Der Aufbau des Fragebogens gliedert sich in die Einleitung, den sich aus Fragen zu drei verschiedenen Themenblöcken zusammengesetzten Hauptteil, und den Abschluss. Diese drei Blöcke sind „Deskriptive Daten“, „Einstellung der Psychotherapeut_innen zur Behandlung“ und „Erfahrung der Psychotherapeut_innen in der Behandlung“. Die „Einstellung zur Behandlung“

besteht insgesamt aus drei Fragen, die chronologisch nicht aufeinander folgen. Zuerst werden die deskriptiven Daten erfragt, danach folgt eine Frage zu der Einstellung, anschließend die Items zur Erfahrung und der zweite Teil der Fragen zur Einstellung der Befragten.

In der Einleitung wird den Befragten für ihren Zeitaufwand gedankt, die Relevanz ihrer Teilnahme erwähnt und kurz das Thema der Befragung erläutert sowie eine Definition des Begriffes „homosexuelle Gefühle“ gegeben. Den Abschluss bildet die Möglichkeit, den Fragebogen zu kommentieren bzw. bei Rückfragen oder Interesse an den Ergebnissen die Autorin zu kontaktieren und dem Dank für die Teilnahme. Im Folgenden werden die Blöcke vorgestellt.

2.3.1 Deskriptive Daten

Erhoben wurden die Variablen Alter, Geschlecht, Ort, Praxiserfahrung, Psychotherapeutische Methode und die thematischen Schwerpunkte. Bei der Frage nach dem Ort des Praktizierens können die drei Bundesländer Wien, Tirol und Salzburg angegeben werden, sowie die alternative Antwortmöglichkeit „woanders“. Diese alternative Kategorie diente Befragten welche nicht in den angegebenen Bundesländern praktizierten, aber als Therapeut_innen in den jeweiligen Listen aufscheinen. Für Tirol und Salzburg gibt es zusätzlich die Unterscheidung von Stadt und Land.

Die Frage nach der psychotherapeutischen Methode differenziert zwischen den vier anerkannten Orientierungen: Tiefenpsychologisch-psychodynamisch, Humanistisch-existenziell, Systemisch und Verhaltenstherapeutisch. Sowohl der Praxisort als auch die methodische Orientierung sind als Mehrfachantworten konzipiert.

2.2.3 Einstellung zu Konversionstherapie

Dieser thematische Block besteht aus drei Fragen bzgl. der Meinung zur Veränderung homosexueller Gefühle von Klient_innen. Die erste Frage thematisiert den (hypothetischen) Umgang von Psychotherapeut_innen:

Was würden Sie tun, wenn ein_e Klient_in/Patient_in Sie um Hilfe bittet, seine_ihre homosexuellen Gefühle zu verändern oder umzulenken?

Es gibt vier vorgegebene Antworten, eine offene Antwortkategorie sowie die Möglichkeit einer Mehrfachantwort:

- Sie_ihn dabei unterstützen, die eigene Sexualität zu akzeptieren
- Sie_ihn darin unterstützen bzw. sie_ihn dahingehend behandeln, die eigene Sexualität zu ändern

- Sie_ihn an einen Kollegen_eine Kollegin überweisen, welche_r mehr Erfahrung darin hat, Personen dabei zu unterstützen, sich selbst so zu akzeptieren wie sie sind
- Sie_ihn an einen Kollegen_eine Kollegin überweisen, welche_r möglicherweise besser dabei helfen kann, homosexuelle Neigungen zu verändern oder umzulenken
- weitere Möglichkeiten:

Der zweite Teil des Blocks beginnt mit einer „Ja-Nein-Frage“. Dies bedeutet es ist nur möglich die Frage zu bejahen oder zu verneinen. Die Frage thematisiert die Möglichkeit einer Behandlung und lautet: Gibt es, bei gegebener Kenntnis über Homosexualität und Behandlungsmethoden zur Veränderung homosexueller Gefühle, bestimmte Umstände, unter welchen Menschen die Möglichkeit haben sollten, ihre homosexuellen Gefühle zu reduzieren oder umzulenken?“

Die darauf folgende offene Frage fragt nach der Begründung der genannten Meinung und ist die letzte Frage des Fragebogens.

2.2.4 Erfahrung mit Konversionstherapie

Die Frage nach der Erfahrung der Therapeut_innen in der Umlenkung homosexueller Gefühle von Klient_innen ist eine Filterfrage: Haben Sie schon einmal Klient_innen/ Patient_innen, die von ihren homosexuellen Gefühlen beunruhigt waren, geholfen, diese Gefühle zu verändern oder umzulenken? Wird die Frage mit Nein beantwortet, folgen die letzten Einstellungsfragen. Wird die Frage bejaht, folgt die Bitte, bis zu fünf Fälle zu beschreiben wobei als erstes ein Beispiel einer Fallbeschreibung vorgegeben wird. In den Fallbeschreibungen werden das Alter und das Geschlecht der_des Klientin_Klienten, das Behandlungsjahr, die Gründe für die Inanspruchnahme der Hilfe, die angewandten Behandlungsarten und die Dauer der Betreuung erfragt.

Während der Befragung kristallisierte sich heraus, dass die Frage nicht eindeutig zu verstehen war. Unklar war, ob die Therapeut_innen nun die „Beunruhigung“ oder die „homosexuellen Gefühle“ verändert oder umgelenkt haben. Um diesen Irrtum auszuschließen wurde die Formulierung geändert in: „Haben Sie schon einmal KlientInnen/ PatientInnen, die von ihren homosexuellen Gefühlen beunruhigt waren, geholfen, diese homosexuellen Gefühle zu verändern oder umzulenken?“

In der Auswertung und der Ergebnisdarstellung wird dieser Umstand berücksichtigt und durch die „alte“ oder „neue“ Fragestellung unterschieden

2.4 Rekrutierung der Stichprobe

Die für meine Studie relevante Population waren alle Psychotherapeut_innen aus den Bundesländern Tirol, Salzburg und Wien.

Die Gesamtpopulation betrug zu Beginn meiner Erhebung am 26.1.2015 insgesamt 5059 Personen (siehe Tabelle 1). Davon waren 3616 Psychotherapeut_innen aus Wien, 721 aus Tirol und 722 aus Salzburg. Die Strategie meiner Erhebung war die Befragung per computergestütztem Verfahren. Der Fragebogen wurde online im Internet ausgefüllt, nachdem der Link per Email an die Befragten versandt worden war. Vor dem Versenden des Fragebogens kontaktierte ich die potenziellen Teilnehmer_innen telefonisch, berichtete von meinem Forschungsvorhaben und fragte sie, ob sie teilnehmen möchten und ich ihnen den Fragebogen per Mail zusenden dürfte. Mein standardisierter Text lautete: „Guten Tag hier spricht Salonida Reinmund, haben Sie ganz kurz Zeit?.... Es geht darum, dass ich für meine Diplomarbeit Psychotherapeut_innen befrage bezüglich des Themas, „Klient_innen die unter ihrer Homosexualität leiden“. Ich habe einen Onlinefragebogen erstellt und wollte fragen, ob ich Ihnen diesen schicken dürfte“.

Für den telefonischen Kontakt mit den Psychotherapeut_innen aus den Bundesländern Tirol und Salzburg unterstützten mich zwei Freundinnen mit Kenntnissen der jeweiligen Dialekte. Sie wiesen in ihren Anfrage darauf hin, dass eine Freundin für ihre Diplomarbeit Therapeut_innen befrage.

Der telefonische Kontakt diente der Stärkung des Commitments und wurde auch von einigen Teilnehmenden als sinnvoll bestätigt. Das gewählte Verfahren erwies sich als besonders zeitaufwändig. Im Durchschnitt wurden sieben Zusagen pro Stunde erzielt. Häufig waren mehrfache Anrufe notwendig und ca. 200 Anschlüsse waren aufgrund falscher Nummern, wegen Umzugs oder unterbliebener Löschung aus Telefonverzeichnissen nach Todesfall nicht erreichbar.

Die Psychotherapeut_innen aus Wien waren besser erreichbar als die aus den beiden anderen Bundesländern. So wurden fast 60% der Angerufenen aus Wien erreicht, während es in Salzburg und Tirol durchschnittlich nur 30% waren. Für die Unterschiede in der Erreichbarkeit sind mehrere Ursachen in Betracht zu ziehen, wie z.B die Angabe einer Handynummer, was in der Hauptstadt häufiger der Fall war. Im Durchschnitt sagten 65% der erreichten Personen zu, den Fragebogen auszufüllen. Psychotherapeut_innen aus Tirol gaben am häufigsten (80%) eine Zusage. Das Kriterium der für die Studie nützlichen Datensätze war die Beantwortung zumindest einer der beiden Hauptfragen, entweder der Frage nach der Erfahrung oder der zweiten Frage nach der Einstellung zur Behandlung. Insgesamt wurden 196 für die Studie verwertbare Fragebögen

ausgefüllt, wobei acht die alternative Kategorie des Praxisortes „woanders“ gewählt hatten. Die Rücklaufquote gemessen an den Personen welche nach einer Teilnahme gefragt wurden, betrug 44% und war in Wien am geringsten. Von der Personen, die telefonisch zugestimmt hatten den Fragebogen auszufüllen, taten dies letztendlich 68%.

Tabelle 1

Rekrutierung der Stichprobe

	Wien	Tirol	Salzburg	Gesamt
Population	3616	721	722	5059
Angerufen	534 (15%[a])	207 (30%[a])	243 (34%[a])	984 (19%[a])
Erreicht	303 (8%[a])	61 (8%[a])	81 (11%[a])	445 (9%[a])
Zusage	193 (63%[b], 5%[a])	49 (80%[b],7%[a])	48 (59%[b], 7%[a])	290 (65%[b], 6%[a])
Ausgefüllt	106 (35%[b], 3%[a])	40 (66%[b], 6%[a])	42 (52%[b], 6%[a])	196[C] (44%[b], 4%[a])

Anmerkung. [a] Prozentwerte bzgl. der Population. [b] Prozentwerte bzgl. Erreicht. [c] Inklusive 8 Personen von „woanders“

2.5 Datenanalyse

Die Auswertung meiner Daten folgte der inhaltlichen Logik der drei Blöcke des Fragebogens: „Deskriptive Daten“, „Einstellung zur Behandlung“ und „Erfahrung in der Behandlung“.

Für die quantitative Analyse wurde das Statistikprogramm SPSS 22 verwendet. Für die inferenzstatistischen Analysen wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ angenommen. Es wurden Mittelwertsvergleiche (*t*-Test und Mann-Whitney-*U*-Test) für die metrischen Variablen (Alter und Praxiserfahrung) und χ^2-Tests für die nominalskalierten Variablen (Geschlecht, methodische Orientierung, Praxisort und Einstellung zur Behandlungsmöglichkeit) berechnet. Der Einfluss verschiedener Variablen auf die Erfahrung in der Behandlung wurde mit einer binären logistischen Regression mit mehreren Prädiktoren untersucht.

Die Antworten der beiden offenen Fragen nach der Einstellung (bei der ersten Frage die Ergebnisse der offenen Antwortkategorie „Andere Möglichkeiten“) und die von den Psychotherapeut_innen genannten Gründe in den Fallbeschreibungen des Erfahrungsteils, wurden

mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet.

Nach Mayring (2010) handelt es sich dabei um eine Methodik der systematischen Interpretation von sprachlichem Material, in deren Zentrum die Bildung eines Kategoriensystems steht. Für die Nachvollziehbarkeit oder auch die Überprüfung der Inhaltsanalyse ist die Transparenz des Vorgehens essentiell. Die Fragestellung und das Material bestimmen die Konstruktion des Ablaufmodells und die angewandte Technik. (Mayring, 2010)

Nach Mayring (2010, S. 65) gibt es drei spezielle Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse, die den drei Grundformen der Interpretation entsprechen: „Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung“.

Ich verwendete die Technik der „Zusammenfassung und induktiven Kategorienbildung“.

Mayring (2010, S. 84) beschreibt diese folgendermaßen: „[Das induktive Vorgehen] strebt nach einer möglichst naturalistischen, gegenstandsnahen Abbildung des Materials ohne Verzerrung durch Vorannahmen des Forschers, eine Erfassung des Gegenstands in der Sprache des Materials “.

Ich möchte den Prozess der Analyse mithilfe eines Ablaufmodells (Abbildung 1) kurz darstellen. Die einzelnen Schritte werden anhand eines Beispiels (die offene Frage nach der Behandlungsmöglichkeit) meiner Studie skizziert:

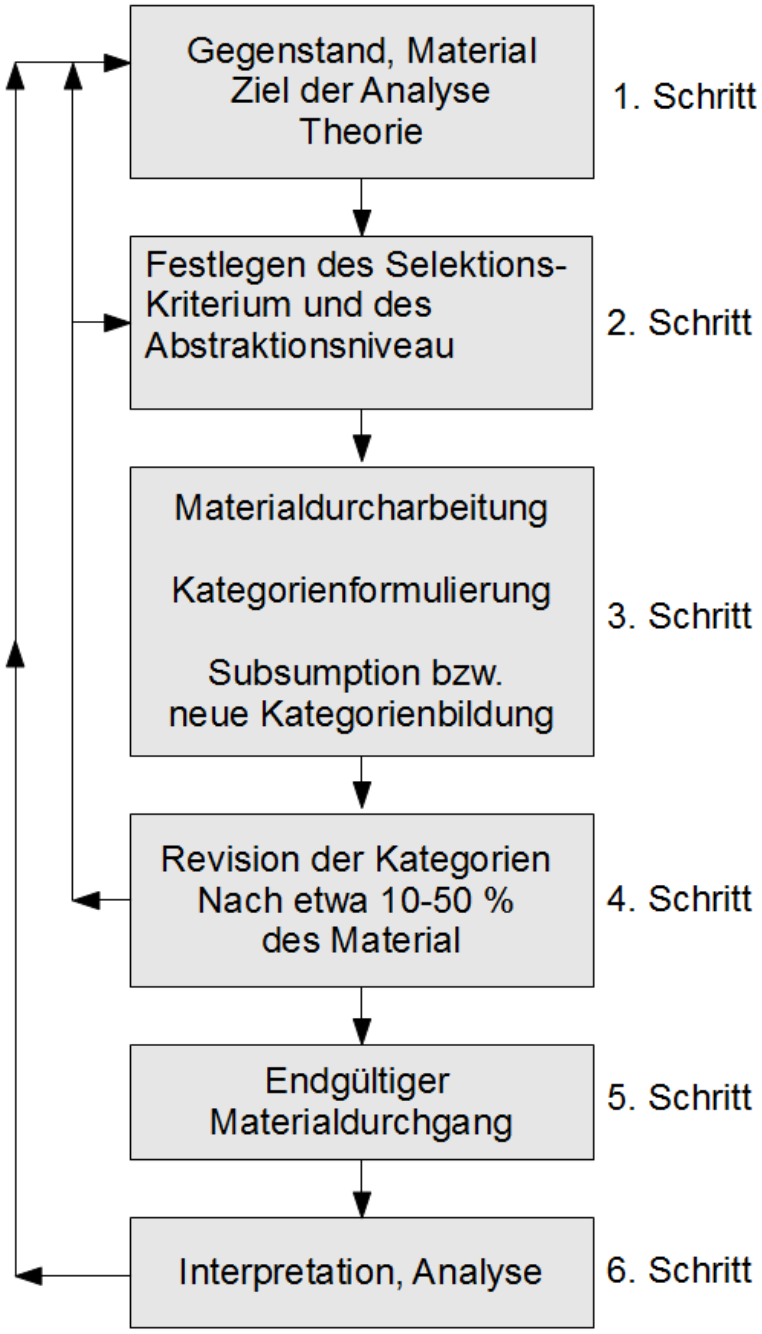


Abbildung 1 *Prozessmodell induktiver Kategorienbildung (adaptiert nach Mayring, 2010, S. 84)*

Schritt1 und 2: Der Gegenstand bzw. das Material bestand aus allen offenen Antworten auf die Frage. Das Ziel meiner Analyse war die Zusammenfassung der Antworten zu inhaltlich sinnvollen Kategorien. Die Theorie bzw. das Selektionskriterium für die Definition dieser Kategorien gab vor, welche Teile als unwesentlich oder vom Thema abweichend bestimmt und somit ausgelassen wurden. In meinem Fall wurde explizit auf die Frage geantwortet. Trotzdem fanden sich Ausschmückungen, die weder Gründe noch Umstände beinhalteten. Diese wurden in eine gesonderte Kategorie „Andere Möglichkeiten“ subsumiert. Das Abstraktionsniveau wurde zunächst sehr gering gehalten um alle genannten Gründe zu erfassen, wurde aber im Laufe der Analyse revidiert (Schritt 4) Beispielsweise wurde die Kategorie „schädlich“ gebildet und bei weiterer Sichtung des Materials (Schritt 3) unter der Kategorie „nicht gesund“ subsumiert. Die ursprüngliche Kategorie „schädlich“ wurde revidiert (Schritt 4), und ein neuer Durchgang des Materials mit erhöhten Abstraktionsniveau durchgeführt (Schritt 2). Dieser zirkuläre Prozess der Kategorienbildung wiederholte sich mehrmals und ausgehend von den kleinsten Einheiten kristallisierten sich allgemeinere Kategorien mit verschiedenen Subkategorien heraus.

Dem resultierenden Kategoriensystem können nach Mayring (2010) nun quantitative Analysen folgen, wie beispielsweise die Häufigkeiten der Kategorien. Weitere inferenzstatistische Berechnungen wurden mit den quantifizierten Kategorien der qualitativen Antworten nicht durchgeführt, da die Voraussetzungen dafür nicht gegeben waren. Deskriptive Statistiken und Triangulationen waren möglich.

Drei qualitative Inhaltsanalysen wurden durchgeführt. In der Ergebnisdarstellung werden die jeweiligen Kategoriensysteme anhand von Beispielen beschrieben. Da keine_n weitere_n Inhaltsanalytiker_in zur Verfügung standen, konnte keine „Intercoderreliabilität“ berechnen werden, um die Subjektivität der Kategorienbildung und Zuordnung abzuschwächen.

3 Ergebnisse

Die Ergebnisse folgen der Gliederung der durchgeführten Datenanalyse und werden entsprechend der inhaltlichen Fragestellungen dargestellt. Die Ergebnisse meiner Analysen werden mit den jeweiligen Ergebnissen der Studie von Bartlett et al. (2009) verglichen.

3.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt bestand die Stichprobe der vorliegenden Studie aus 196 Psychotherapeut_innen (siehe Tabelle 2). Durchschnittlich brauchten die Therapeut_innen 6.26 Minuten für das Ausfüllen des Fragebogens. Die kürzeste Zeitdauer war 1.93 Minuten und die längste 17.65 Minuten (*SD* = 2.86).

Den Praxisort gaben 195 Personen an, davon nahmen 7 (4%) die Möglichkeit der „woanders"-Kategorie war und 106 Personen (54%) gaben Wien an. Im Bundesland Salzburg arbeiteten 42 Personen (21%) und in Tirol 40 (20%). Insgesamt sind 60% der Stichprobe Frauen, keine Person wählte die offene Antwortalternative des Geschlechts und eine Person gab ihr Geschlecht nicht an. Dass auf zwei Psychotherapeuten drei Psychotherapeutinnen kommen, entspricht dem Geschlechterverhältnis der Population der Psychotherapeut_innen der drei Bundesländer (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, n.d). Innerhalb der Bundesländer variiert diese Verteilung der Geschlechter der Stichprobe, so sind es in Wien und Tirol ungefähr doppelt so viele Psychotherapeutinnen wie Therapeuten während es in Salzburg ca. viermal so viele Frauen wie Männer sind.

Das Durchschnittsalter betrug 52 Jahre, 10 Personen gaben ihr Alter nicht an. Die durchschnittliche Praxiserfahrung betrug 16 Jahre, wobei sieben Angaben fehlten.

Die Charakteristika der Stichprobe von Bartlett et al. (2009) waren ähnlich, 65 Prozent waren weiblich, das Durchschnittsalter betrug 51 Jahre und die Praxiserfahrung 15 Jahre.

Tabelle 2

Stichprobenbeschreibung

Variable	Wien *N* = 106	Tirol *N* = 40	Salzburg *N* = 42	Gesamt *N* = 196[a]
Geschlecht w/m	71/35	28/12	34/8	139/56
Alter (*SD*)	52 (8)	53 (10)	52 (9)	52 (9)
Praxiserfahrung (*SD*)	17 (9)	15 (9)	15 (9)	16 (9)

Anmerkung. [a] *Inklusive 8 von „woanders“*

Einhundertdreiundneunzig Befragte gaben ihre methodische Orientierung an: Vierundfünfzig waren tiefenpsychologisch-psychodynamisch, 55 humanistisch-existenziell, 54 systemisch orientierte Therapeut_innen und 15 waren Verhaltenstherapeut_innen. Fünfzehn hatten eine kombinierte methodische Ausrichtung aus zwei oder drei der genannten Orientierungen.

3.2 Einstellung zu Konversionstherapie

3.2.1 Was würden Psychotherapeut_innen tun, wenn ein_e Klient_in um eine Veränderung homosexueller Gefühle bitten würde?

Die Frage, was die Befragten tun würden, wenn ein_e Klient_in um Hilfe bitten würde seine_ihre homosexuellen Gefühle zu verändern, wurde von 193 Therapeut_innen beantwortet. Da eine Mehrfachantwort möglich war die von 32 Personen (17%) genutzt wurde, beträgt die Anzahl der Antworten insgesamt 225 und die Gesamtzahl der Prozentwerte der Fälle 116%. Die Häufigkeiten der Antworten sind in Tabelle 3 ersichtlich.

Für die Behandlung mit dem Ziel der Veränderung oder Umlenkung der homosexuellen Gefühle (Selbst oder durch Weiterleitung) waren insgesamt fünf (3%) der Therapeut_innen. Für eine Unterstützung bei der Akzeptanz der eigenen Sexualität, selbst und/oder durch eine_n Kolleg_in durchgeführt, stimmten 159 (82%) der Therapeut_innen. In der Befragung von Bartlett et al. (2009) waren 4% für eine selbst durchgeführte Umlenkung, 10% für eine Veränderung durch Kolleg_innen, 55% für die eigene Unterstützung bei der Selbstakzeptanz und 24% für eine Weiterleitung zur Akzeptanz.

Tabelle 3

Antworten auf die Frage: „Was würden Sie tun, wenn ein_e Klient_in Sie um Hilfe bittet, seine_ihre homosexuellen Gefühle zu verändern oder umzulenken?“

Antwortmöglichkeit	Häufigkeiten der Antworten	Prozent der Antworten	Prozent der Befragten
Unterstützung bei Selbstakzeptanz	149	66	77
Unterstützung bei Veränderung	2	1	1
Weiterleiten für Selbstakzeptanz	20	9	10
Weiterleiten für Veränderung	3	1	2
Andere Möglichkeit	51	23	26
Gesamt	225	100	116[a]

Anmerkung. [a] *17% der Befragten gaben mehrere Antworten an*

Da insgesamt nur fünf Personen für eine Veränderung der Gefühle (selbst oder durch Kolleg_innen) waren, wurden für die unabhängigen Variablen Geschlecht, Alter, Praxiserfahrung, Praxisort und der methodischen Orientierung keine weiteren Berechnungen durchgeführt.

Mehr als ein Viertel der Befragten nutzte die Möglichkeit, eine offene Antwort zu geben. Bartlett et al. (2009) gaben an, dass 37% der Befragten die offene Antwortkategorie nutzten, „in which the majority was interested in understanding the client's motivations to seek treatment and exploring those with them“ (p.3)

Durch die qualitativen Inhaltsanalyse der offenen Antworten ergaben sich folgende Kategorien: „Analysieren der Hintergründe“, „Entdecken und Erforschen der eigene Sexualität“, „Diskrepanz zwischen Innerem und Äußerem“ und „Weiteres Vorgehen“.

Von 51 Antworten hatten 32 Personen nur die offene Antwort und 19 Personen zusätzlich noch eine oder mehrere der vorgegebenen Antworten angekreuzt. Dies wird für die Interpretation der Analyse berücksichtigt.

Analysieren der Hintergründe:

Es zeigte sich, dass sich auch in der hier vorliegenden Studie die Mehrheit der Personen (*N* = 38, 75%) für eine Exploration der Motivationen, also ein Analysieren der Hintergründe des Wunsches nach Veränderung aussprachen.

- *Ihm/Ihr anbieten, mit Ihm/ihr gemeinsam zu schauen, weshalb sie/er bittet, seine/ihre Gefühle zu ändern. Dem gemeinsam auf den Grund gehen.*

Entdecken und Erforschen der eigene Sexualität:

Fünf Personen (10%) gaben als (weitere) Vorgehensweise das Arbeiten an der sexuellen Orientierung an.

- *Die eigene Sexualität zunächst verstehen zu lernen.*

Diskrepanz zwischen Innerem und Äußerem:

Die Differenzierung der möglichen Ursachen des Leidens, also die Frage, welche Teile aufgrund von Druck der Umwelt und welche aus verinnerlichten Werten entstanden sind, wurde dreimal genannt (6%):

- *dabei unterstützen heraus zu finden, welche Gefühle die eigenen sind und welche durch Gesellschaft und Sozialisation erwartet werden...*

Weiteres Vorgehen:

Zweiunddreißig (17%) der Befragten hatten nur das offene Antwortformat genutzt und nicht angegeben, ob sie die_den Klient_in bei der Akzeptanz oder der Veränderung der homosexuellen Gefühle unterstützen würden. Die Fragestellung, ob Psychotherapeut_innen Klient_innen bei der Veränderung ihrer homosexuellen Gefühle helfen würden, wurde von diesen Personen nicht explizit beantwortet. Inwieweit die gegebenen Antworten Aufschluss über die Einstellung zur Veränderung homosexueller Gefühle geben könnten wurde explizit betrachtet.

Es zeigte sich, dass einige Therapeut_innen nach der Hinterfragung bzw. dem Erkunden der Gründe für den Veränderungswunsch ebendiesen auch unterstützen würden. Aus einigen Antworten ist ersichtlich, dass die „Analyse der Ursachen“ für die Therapeut_innen einer Entscheidung für die Behandlung zur Umlenkung oder Selbstakzeptanz voraus geht bzw. für deren Ergebnis ausschlaggebend ist. Es wurde die Kategorie „Weiteres Vorgehen“ kreiert und die Antworten der Befragten, die nicht zusätzlich auch eine der vorgegebenen Antworten gewählt hatten unter diesem Aspekt betrachtet. Aus 23 (12%) der Antworten geht nicht klar hervor, dass die Befragten eine Behandlung im Sinne der Umwandlung der homosexuellen Gefühle ablehnen

würden (das gleiche gilt für eine Behandlung mit einem Ziel der Akzeptanz). Vier Antworten (2%) sprechen für die Ablehnung einer solchen Behandlung und fünf Befragte (3%) geben an, dass sie die_den Klient_in unterstützen würden, egal in welcher Richtung.

Beispiel für ein unbestimmtes weiteres Vorgehen:

- *Psychotherapeutische Gespräche führen, Hintergründe kennenlernen, dann weiter entscheiden …*

Beispiel für eine Ablehnung der Veränderung der homosexuellen Gefühle als weiteres Vorgehen:

- *Sie ihn dabei zu unterstützen in eine offene innere Auseinandersetzung mit den für sie/ihn schwierigen Gefühlen zu kommen um dann besser zu sich stehen zu können*

Beispiel für eine Zustimmung der Veränderung der homosexuellen Gefühle als weiteres Vorgehen:

- *Ihre/seine Annahmen hinterfragen, beleuchten aus verschiedenen Seiten und dann sie/ihn unterstützen, ihren/seinen gewählten Weg zu gehen.*

Es gab noch weitere Vorgehensweisen bzw. Anmerkungen welche sich nicht in Kategorien einordnen ließen, die ich hier aber zusammenfassend erwähnen möchte:

- Akzeptanz der eigenen Sexualität als etwas Fließendes/Veränderbares
- Sich selbst nicht über die sexuelle Orientierung definieren
- Empfehlung von themenspezifischer Gruppentherapie
- Hilfe bei Vernetzung mit der Umwelt
- Diskriminierungsängste besprechen und internalisierte Homonegativität thematisieren
- Die Geschlechtsidentität herausarbeiten
- Analysieren, ob die homosexuellen Gefühlen auch eine neurotische Abwehr der Heterosexualität sein könnten

3.2.2 Sind Psychotherapeut_innen für die Möglichkeit einer Konversionstherapie?

Die Frage: „Gibt es, bei gegebener Kenntnis über Homosexualität und Behandlungsmethoden zur Veränderung homosexueller Gefühle, bestimmte Umstände, unter welchen Menschen die Möglichkeit haben sollten, ihre homosexuellen Gefühle zu reduzieren oder umzulenken?“ wurde von 168 Psychotherapeut_innen beantwortet. Insgesamt 27% (52 Personen) waren der Meinung,

es gäbe bestimmte Umstände unter welchen Menschen die Möglichkeit haben sollten, ihre homosexuellen Gefühle umzulenken. Vierzehn Prozent der Befragten (28 Personen) beantworteten die Frage nicht und 59% (116 Personen) verneinten die Frage.

Bartlett et al. (2009) befragten nur jene Personen zu diesem Thema, die auch angegeben hatten Erfahrung in der Behandlung bzgl. der Umwandlung homosexueller Gefühle zu haben und 72% waren der Meinung, es sollte eine Behandlungsmöglichkeit geben. In der vorliegenden Studie waren es 7 Personen von 23, also nur 30%.

Ob die metrischen Daten Alter und Praxiserfahrung der Therapeut_innen einen Einfluss auf die Einstellung zu einem Behandlungsangebot haben, wurde mithilfe von Mittelwertsvergleichen getestet. Das Alter zeigte keine signifikante Abweichung von der Normalverteilung und der T-Test ergab keinen signifikanten Unterschied ($t(157) = .50$, $p = .62$). Bei der Praxiserfahrung wurde der Mann-Whitney-U-Test durchgeführt und ebenfalls kein signifikanter Unterschied festgestellt ($U(N_{(Ja)} = 50, N_{(Nein)} = 112) = 2450.00$; $p = .20$). Psychotherapeut_innen, welche die Frage bejahten, hatten aber im Durchschnitt zwei Jahre mehr Praxiserfahrung ($M_{(Ja)} = 17.12$, $SD_{(Ja)} = 9.14$; $M_{(Nein)} = 15.12$, $SD_{(Nein)} = 8.69$).

Mit Kreuztabellen wurde der Einfluss der methodischen Orientierung und des Praxisortes auf die Einstellung zur Behandlung betrachtet wobei keine signifikanten Unterschiede innerhalb der Gruppen gefunden wurden ($\chi^2_{(m.O.)}(df = 4) = 3.85$, $p = .43$, $V = .15$; $\chi^2_{(Ort)}(df = 2) = 0.90$, $p = .64$, $V = .08$).

Auch für das Geschlecht wurde eine Kreuztabelle berechnet. Der Unterschied war knapp nicht signifikant ($\chi^2_{(Geschlecht)}$ $(df = 1) = 3.48$, $p = .06$, $V = .14$). In Tabelle 4 ist ersichtlich, dass die Wahrscheinlichkeit für eine Behandlungsmöglichkeit zu sein zwischen Frauen und Männern zwar nicht signifikant unterschiedlich, bei Letztgenannten jedoch höher ist.

Tabelle 4

Antworten auf die Frage der Behandlungsmöglichkeit aufgeteilt nach Geschlecht

Geschlecht	Ja	Nein	Gesamt
Frauen (%)	32 (27)	87 (73)	119 (71)
Männer (%)	20 (42)	28 (58)	48 (29)
Gesamt (%)	52 (31)	115 (69)	167 (100)

3.2.3 Die genannten Gründe für oder gegen eine Behandlungsmöglichkeit

Von den 168 Personen welche die Frage nach der Behandlungsmöglichkeit beantwortet hatten, entschieden sich 144 eine offene Antwort zu geben. Sechzehn Therapeut_innen hatten die Frage nicht beantwortet, schrieben aber etwas, so dass es insgesamt 160 (82% der Befragten) offene Antworten gab.

Es zeigte sich, dass einerseits Gründe bzw. Umstände für oder gegen die Möglichkeit einer Behandlung beschrieben wurden und andererseits Vorgehensweisen und Meinungen genannt wurden. Insgesamt 124 Personen (78% der 160 Personen welche die Frage beantwortet hatten) schrieben Gründe. Die Gründe und die Häufigkeiten der Nennungen sind in Tabelle 5 ersichtlich.

Tabelle 5

Genannte Gründe auf die Frage nach der Behandlungsmöglichkeit

Kategorien der Antworten	Häufigkeiten der Antworten	Prozent der Antworten	Prozent der Befragten
Entscheidungsfreiheit	30	20	24
Nicht Pathologisch/Teil der Identität	25	16	20
Unmöglich	25	16	20
Nicht Gesund	16	10	13
Ethische Werte	16	10	13
Andere Gründe	12	8	10
Kein Grund	11	7	9
Pädophilie	8	5	7
Leidensdruck	8	5	7
(Existenzielle) Bedrohung	6	4	5
Gesamt	157	101[a]	128[a, b]

Anmerkung. [a]*Wegen Rundung mehr als 100 Prozent.* [2]*27% der Befragten gaben Antworten die mehreren Kategorien zugeordnet wurden*

Bartlett et al. (2009, S. 4) fragten nur jene Personen, welche für die Möglichkeit einer Behandlung waren und fassten die genannten Begründungen folgendermaßen zusammen: „All groups [of mental health professionals] considered that a client/patient's distress about their homosexuality was justification for intervention; they cited religious, cultural and moral values as likely causes for internal conflict“.

Welche der Gründe und Umstände Argumente für oder gegen die Behandlungsmöglichkeit waren, ist in Abbildung 2 dargestellt. Die Abbildung verdeutlicht auch die 33 Antworten, welche mehreren Kategorien zugeordnet wurden. Sie zeigt die Vernetzung der Argumente miteinander

und deren Komplexität. Wichtig für die Interpretation der Ergebnisse war es auch, die Gründe in Bezug zu den Antworten auf die Ja-Nein-Frage der Behandlungsmöglichkeit zu setzen.

Dafür wurden Gruppen gebildet. Die Therapeut_innen wurden einer von drei Gruppen zugeordnet, abhängig davon wie sie die Ja-Nein-Frage beantwortet haben: Die zustimmende, die ablehnende und die neutrale Gruppe.

In Abbildung 2 sind die Kategorien absteigend nach der Häufigkeit innerhalb der zustimmenden bzw. der ablehnenden Gruppe angeordnet. So wurde von den Personen der ablehnenden Gruppe am häufigsten das Argument „Nicht pathologisch“ genannt und mit der „Entscheidungsfreiheit“ am häufigsten innerhalb der zustimmenden Gruppe argumentiert. Einige der Befragten beantworteten die Ja-Nein-Frage der Behandlungsmöglichkeit zustimmend oder ablehnend, gaben dann aber auch Argumente für die gegenteilige Möglichkeit an. Unter den 16 Therapeut_innen der neutralen Gruppe fanden sich sowohl Pro- als auch Kontra- Argumentationen.

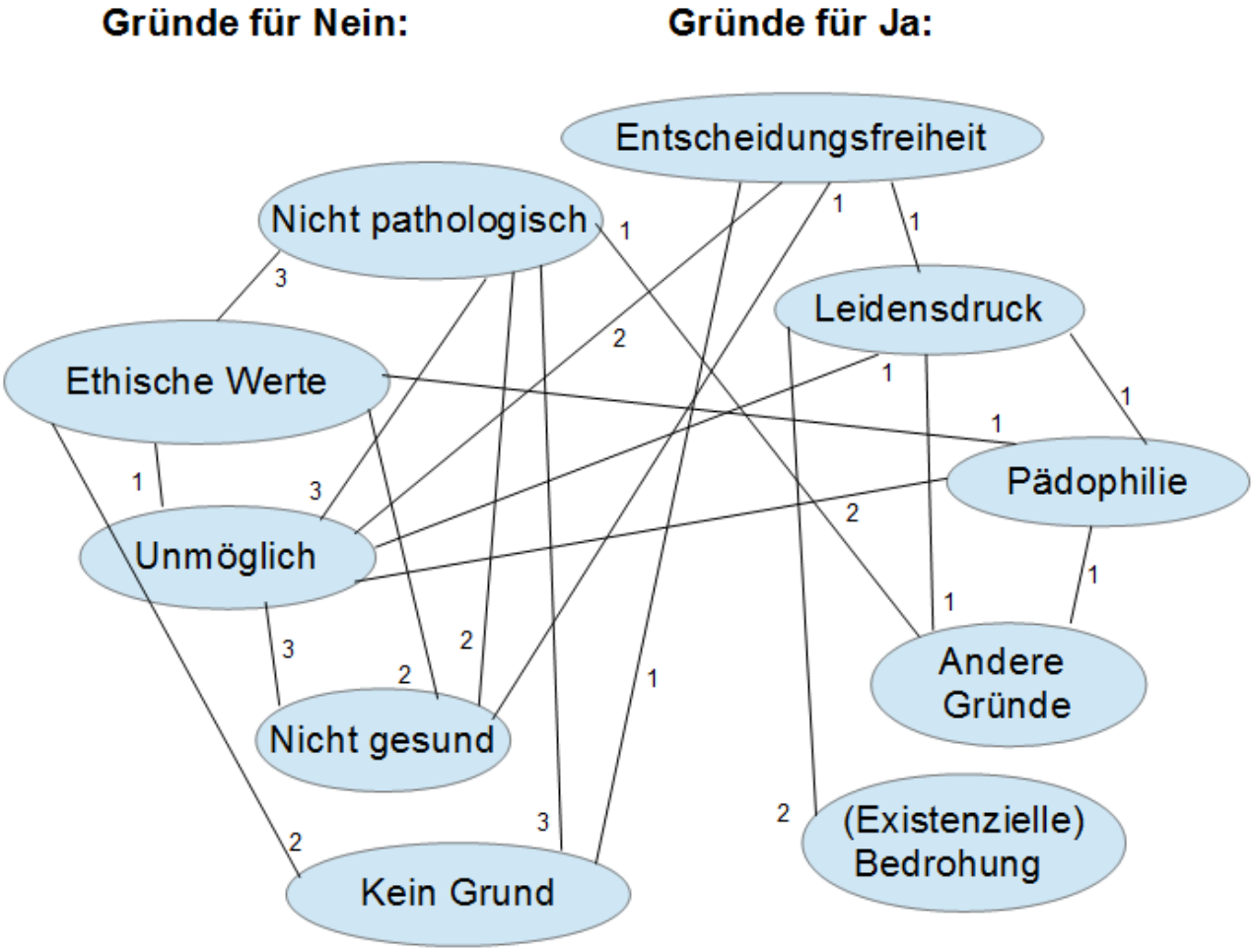


Abbildung 2 *Mehrfachnennungen von Begründungen und Umständen für oder gegen eine Behandlungsmöglichkeit innerhalb der Antworten (N = 33)*

Im folgenden Abschnitt wird näher auf die Kategorien eingegangen und es werden dafür Beispiele genannt.

<u>Gründe und Umstände gegen eine Möglichkeit der Behandlung:</u>

Nicht pathologisch oder Teil der Identität:

Unter dieser Kategorie sind alle Antworten zusammengefasst, die homosexuelle Gefühle als natürliche Variante der Sexualität bzw. als nicht pathologisch und/oder als Persönlichkeitseigenschaft bzw. Teil der Identität betrachteten. Diese beiden Unterkategorien wurden zu einer zusammengefasst, auch wenn sie verschiedenes bedeuten, da häufig Sexualität als Teil der Persönlichkeit und Homosexualität als natürliche Variante der Sexualität bezeichnet wurde. Diese Begründung wurde von 23 Therapeut_innen der verneinenden Gruppe (25%) und

von zwei Personen der neutralen Gruppe genannt.

- *weil die sexuelle Orientierung ein Teil der Identität ist. weil sexuelle Orientierung keine Pathologie ist.*
- *weil ich nicht glaube, dass homosexualität eine erkrankung oder ein zu behandelnder umstand ist.*

Ethische Werte:

Diese Kategorie weist, wie der Name bereits andeutet, eine breite Definition auf. Als gemeinsamen Nenner haben alle Antworten, die dieser Kategorie zugeordnet sind, einen moralischen oder sozialpolitischen Tonus eine Behandlungsmöglichkeit nicht gut zu heißen. Die „Entscheidungsfreiheit“ ist auch ein ethischen Wert, kann aber als Pro-Argument verstanden werden und ist deswegen eine eigene Kategorie. Innerhalb der verneinenden Gruppe gaben 14 Personen (15%) diesen Grund an und aus den anderen beiden Gruppen jeweils eine Person.

- *politisch zu gefährlich, würde "Umerziehung" Tür und Tor öffnen*
- *Nichts liegt mir ferner, als Menschen von ihrer sexuellen Präferenzen abbringen zu wollen*

Unmöglich:

Die Kategorie inkludiert auch Antworten, in denen Therapeut_innen schrieben keine Behandlungsmöglichkeiten zu kennen. Es wurden unterschiedliche Erklärungen gegeben weswegen ein Umlenken der homosexuellen Gefühle unmöglich ist: Weil sie angeboren sind, weil Homosexualität biologisch determiniert ist oder weil Prägungen unveränderbar sind.

Diese Begründung wurde 16 Mal (17%) von den Personen genannt, welche die Behandlungsmöglichkeit verneinten. Aber auch zustimmende Therapeut_innen führten sechs Mal dieses Argument an (12%) sowie drei Befragte, welche die Ja-Nein-Frage nicht beantwortet hatten.

- *ich denke nicht, dass man homosexuelle Gefühle reduzieren oder umlenken kann/soll. entweder hat man sie oder nicht.*
- *umlenken bei pädophiler Neigung; sonst halte ich es nicht für notwendig und auch nicht machbar*

Nicht gesund:

Diese Kategorie setzt sich aus zwei Subkategorien zusammen: „Schädlich“ und „Nicht glücklich“. Diese Unterscheidung wird erwähnt, da die Bedeutungsdimensionen dieser beider

Subkategorien doch sehr unterschiedlich ist. In zehn Antworten (11%) fand sich das Argument der Schädlichkeit und in sechs das Argument „Nicht glücklich“. Alle Nennungen stammen von Personen die eine Behandlungsmöglichkeit ablehnen (insgesamt 17%).

- *weil ich glaube, dass das nicht möglich ist, und nur zu selbstverleugnung führen würde*
- *ich bin der Überzeugung, dass homosexuelle Gefühle nicht umgelenkt, höchstens unterdrückt werden können und ich glaube, dass das langfristig eine positive Beziehung zu sich und seiner Sexualität verhindert*

Kein Grund:

Diese Kategorie wurde als Begründung für eine Ablehnung der Behandlungsmöglichkeit aufgenommen da das explizite Erwähnen keinen Grund oder Sinn zu kennen auch ein Grund zu sein scheint – immerhin wurde an dieser Stelle nicht einfach nichts geschrieben, sonder die Tatsache, dass es keinen Grund gibt, explizit benannt. Aus der verneinenden Gruppe fanden 9 Personen (10%) Prozent keinen Grund für eine Behandlungsmöglichkeit, aus den beiden anderen Gruppen jeweils eine Person.

- *bei den gegebenen Kenntnissen gibt es keine Gründe zur Umlenkung hom. Gefühle, sollten diesbezüglich Wünsche vorliegen, wären sie psychodynamischer Natur und sollten bearbeitet und hinterfragt werden*
- *Mir fällt kein Grund ein, warum dies notwendig sein sollte*

Anderer Grund:

Zwei Antworten gaben noch zwei andere (sich widersprechende) Umstände an, weswegen es keine Behandlungsmöglichkeit geben sollte. Einmal lautete das Argument, dass es diese bereits gibt und das andere Mal, die Annahme, dass der Wunsch der Umlenkung kaum vorkommt.

- *ist so*
- *ich hatte homosexuelle Klientinnen - doch nie mit dem Wunsch der Umlenkung - denke dass dieser Wunsch kaum vorkommt*

<u>Gründe und Umstände für die Möglichkeit einer Behandlung</u>

Entscheidungsfreiheit:

Für eine Behandlungsmöglichkeit wurde mit Abstand am häufisten das Argument der freien Entscheidung herangezogen. Wie schon erwähnt kann es als ethische Wertvorstellung angesehen werden, dass die individuelle Freiheit der Klient_innen und deren Wünsche Priorität haben. Über

ein Drittel der Personen der bejahenden Gruppe, 21 Personen (41%) gaben diese Kategorie an, aber auch 6 Personen (7%) der verneinenden Gruppe und 3 der neutralen Gruppe. Es scheint, dass einige Therapeut_innen, welche die Frage verneint hatten, dann aber in den offenen Antworten das Argument der „Entscheidungsfreiheit“ brachten, die Frage missverstanden hatten und zwar dem Sinne, dass nicht nach der Behandlungsmöglichkeit sondern nach einem Behandlungszwang gefragt wurde, wie das folgende erste Beispiel verdeutlicht.

- *bin mir nicht sicher, ob ich die Frage richtig verstehe-...das Reduzieren oder Umlenken der Gefühle kann nur eine ev. möglichkeit sein, wenn der Klient das wünscht.*
- *Je mehr Möglichkeiten beste besser. Ich bestimme nicht das Ziel einer Klientin, der Klient/die Klientin bestimmt ihr Ziel*

Leidensdruck:

Das Leid der Klient_innen wurde von sieben Personen (14%) der zustimmenden Gruppe als Grund genannt und einmal von der neutralen Gruppe, wobei meist noch andere Gründe dazu genannt wurden.

- *... wenn der Leidensdruck zu groß ist und eindeutig im Vordergrund steht. Glaube aber nicht, dass man Homosexualität "ändern" kann oder soll.*
- *Wenn sie unter ihrer sexuellen Orientierung leiden; wenn sie selbst den Wunsch nach Veränderung verspüren; wenn damit auch pädophile Neigungen verbunden sind*

Pädophilie:

Wenn sich die homosexuelle Neigung auf Kinder und Minderjährige bezieht, wurde von acht Personen (16%) der zustimmenden Gruppe als Grund genannt.

- *Bei hierarchischen Beziehungen wie bei Kindern und Jugendlichen*
- *In Zusammenhang mit Pädophilie*

(Existenzielle) Bedrohung:

Das Argument der Bedrohung wurde von 6 Personen (12%) der zustimmenden Gruppe genannt, wobei sowohl existenzielle Bedrohung als auch anderer (drohender) Schaden in dieser Kategorie subsumiert wurde.

- *wenn es Patienten schwer schadet*
- *Wenn sie sonst um Leib und Leben fürchten müssen oder ihre Angehörigen, oder Kinder*

Andere Gründe:

Es wurden auch noch andere Begründungen genannt wie z.B. Bisexualität und die Phase der Pubertät, die mehrmals genannt wurden.

- *Bisexualität, aufrechte heterosexuelle Beziehung, Leidensdruck in Bezug auf die Neigung*
- *Selbstfindungsphase in der Pubertät oder Wiederfindungsphase z.Bsp. nach Gefängnisaufenthalten oder sonstigen sex. Ausnahmesituationen.*
- *Frage: was ist meins, was wurde mir introduziert? Wie authentisch und in der Personenmitte angesiedelt ist meine Homosexualität oder handelt es sich vielleicht um eine Sexualität die fremdbeeinflusst ist? Bei zweiteren gibt es die Möglichkeit der Umlenkung.*
- *wenn massiver innerer Konflikt zu bestimmten Zeitpunkt nur durch Umlenkung zu reduzieren ist*
- *(z.B. wenn hohe moralische Konflikte, weil bereits Kinder vorhanden sind) - aber nur wenn es massiver Wunsch der KlientIn*
- *Ja, wenn sie anderes kennen lernen möchten*
- *eventuell bei ICD Diagnosen im cluster F65 (z.b. Pädophilie)*
- *Durch traumatische Erlebnisse entstandene Orientierung*

3.2.4 Genannte Vorgehensweisen und Meinungen zur Behandlungsmöglichkeit

Von den 160 Therapeut_innen welche die offene Frage nach der Begründung nutzten, wurden teilweise neben Gründen bzw. Umständen auch Meinungen, Vorgehensweisen und Anderes beschrieben. Einige davon können als Kategorien zusammengefasst werden:

„Nicht Ausleben/Sublimierung“, „Selbstakzeptanz“ und „Analyse der Ursachen“, „Unterstützung die Sexualität zu leben“ und „Kritik“.

Auch hier wurden häufig Möglichkeiten mehrere Kategorien in einer Antwort genannt. Im Folgenden werden diese Kategorien vorgestellt und jeweils mit einem Beispiel illustriert.

Nicht Ausleben oder Sublimierung:

Sechs Therapeut_innen (4%) wiesen auf die Alternative des Nichtauslebens oder der Sublimierung als Möglichkeit für den Umgang mit den unerwünschten homosexuellen Gefühlen hin.

- *Weil das Insinuieren der Möglichkeit die eigene sexuelle Orientierung verändern zu können die Klienten nur in Versagenserfahrungen und/oder Selbstverleugnung treibt. Alternative: Niemand - egal ob hetero homo trans etc - kann seinen sexuellen Neigungen immer folgen*

sondern darf jeweils für sich zum jetzigen Zeitraum entscheiden wie gut es ihr/ihm tut seine Orientierung auszuleben oder zurückzunehmen.

Selbstakzeptanz und Analyse der Ursachen:

Insgesamt 29 Personen (18%) nannten die Selbstakzeptanz oder die Analyse der Ursachen als (zumindest erste) Vorgehensweise.

- *Die schwere Aufgabe des Akzeptieren Lernens ist für mich der Schwerpunkt. Damit erübrigt sich die Frage des Umlenken.*
- *Homosexuelle Gefühle zu reduzieren oder umzulenken- schwierige Formulierung- ich denke, dass es darum gehen kann, diese Gefühle zu verstehen, ihre Bedeutung zu verstehen und damit zu arbeiten. Es kann nicht darum gehen, diese loszuwerden!*

Unterstützung die eigene Sexualität zu leben:

Zehn Psychotherapeut_innen (6%) schrieben, dass sie die Klient_innen dabei unterstützen würden ihre Sexualität zu leben. Manche beschrieben dies dann auch genauer.

- *Aus systemischer Sicht gibt es keinen relevanten Grund homosexuelle Gefühle zu reduzieren oder umzulenken. Viel mehr sollen dem Klienten Wege gezeigt werden, mit diesem "neuen", systemverändernden Gefühl und der reagierenden Umwelt umzugehen.*

Kritik:

Von 15 Personen (9%) wurde Kritik an der Frage geäußert, meist derart, dass die Frage so generell nicht beantwortbar, die Frage nicht verständlich oder dass sie diskriminierend sei.

- *Ich verstehe die Frage nicht? WARUM sollten solche Gefühle umgelenkt werden? Weil die Gesellschaft vorurteilsbeladen ist? Was machen wir dann mit dem Patriachat? Lenken wir feministische Gefühle ebenso um - ein schrecklicher Gedanke...*

Es wurden noch zahlreiche andere Antworten gegeben und ich möchte hier nur kurz ein paar für mich besonders interessante Beispiele angeben.

- *Sexualität ist ein komplexes Gebiet. In der Psychoanalyse kann man die eigene Sexualität hinterfragen, verwerfen und erweitern. Letzlich geht es darum eine für sich befriedigende Form zu finden.*
- *Fuck religion!*
- *Mit dem Patienten herausarbeiten, welches gender ihm/ihr entspricht*
- *Ich kann die Frage weder mit JA oder NEIN beantworten. Sie impliziert für mich die*

Unterstellung, dass der Patient von außen verändert wird. Nach meinen Verständnis geht es aber darum, dass der Klient für sich deutlicher spüren kann, wie er/sie sich wohler fühlt und als was er/sie sich definieren will. Es kann also sein, dass sich die homosexuellen Gefühle in der Therapie reduzieren (weil sich die Ängste gegenüber dem anderen Geschlecht verringern), oder dass der Mut wächst zu seiner Lebensform zu stehen

- *Wenn sie dies ausdrücklich möchten, allerdings würde ich diese Behandlung nicht durchführen, weil ich nicht an ihren Erfolg glaube. Ich würde Klienten unterstützen, mit ihren homosex. Gefühlen umgehen zu lernen und zur eigenen Sexualität stehen zu lernen.*

3.3 Erfahrung mit der Behandlung von Klient_innen, die von ihren homosexuellen Gefühlen beunruhigt waren

3.3.1 Haben österreichische Psychotherapeut_innen Erfahrung mit Konversionstherapie?

Die Frage „Haben Sie schon einmal Klient_innen/Patient_innen, die von ihren homosexuellen Gefühlen beunruhigt waren, geholfen, diese Gefühle zu verändern oder umzulenken?“ bejahten 32 (16%) Psychotherapeut_innen, verneinten 157 (80%) und 7 (4%) beantworteten die Frage nicht. Wie bereits im Kapitel 2.2.4 (siehe auch Kapitel 3.3.2) erwähnt, änderte ich die Frage während der Befragung aus Gründen der Verständlichkeit. Die neue Frage lautet: Haben Sie schon einmal Klient_innen/Patient_innen, die von ihren homosexuellen Gefühlen beunruhigt waren, geholfen, diese homosexuellen Gefühle zu verändern oder umzulenken?

Es bekamen 44 Personen die alte und 152 die neue Fragestellung und ich habe, abhängig von der Relevanz für die Ergebnisse, die Daten der Gesamtstichprobe oder die Daten der Teilstichproben ausgewertet.

Für die quantitativen Analysen der Erfahrung wurde immer mit den Daten der neuen Fragestellung gerechnet.

Die Änderung der Fragestellung hat das Antwortverhalten nicht signifikant beeinflusst. Die Berechnung einer Kreuztabelle zeigte, dass bei der alten Fragestellung 21% der Befragten Erfahrung in der Behandlung angaben, bei der neuen Fragestellung 15%. Der χ^2-Test war nicht signifikant ($\chi^2 = 0.78$, $df = 1$, $p = .34$, $V = .06$), womit mit 95 prozentiger Sicherheit ein Einfluss der Fragenänderung ausgeschlossen werden kann. Trotzdem ist die Reliabilität bei einer veränderten Frage nicht gegeben und für weitere Berechnungen wurden die Daten der neuen Fragestellung verwendet. In der Studie von Bartlett et al. (2009) gaben 17% der Befragten an, schon einmal wenigstens eine Person behandelt zu haben.

In Bezug auf die Erfahrung der Psychotherapeut_innen mit Behandlungen im Sinne der Umwandlung homosexueller Gefühle, ergaben die deskriptiven Daten Alter und Praxiserfahrung keinen Unterschied. Der Vergleich der Mittelwerte der beiden Gruppen mit dem Mann-Whitney-U-Test ergab keine signifikanten Ergebnisse ($U_{(Alter)}$ ($N_{(Ja)}$ = 21, $N_{(Nein)}$ = 121) = 1044.00, p = .19; $U_{(Praxis)}$ ($N_{(Ja)}$ = 21, $N_{(Nein)}$ = 121) = 1176.00, p = .59). Die Psychotherapeut_innen mit Erfahrung in der Behandlung waren im Durchschnitt zweieinhalb Jahre älter als die Therapeut_innen ohne eine solche Erfahrung ($M_{(Ja)}$ = 54,57, SD = 10.49; $M_{(Nein)}$ = 51,78, SD = 9.08). Für die Variablen Geschlecht, Praxisort, methodische Orientierung und „Einstellung zur Behandlungsmöglichkeit" wurden χ^2-Tests berechnet, aber kein Ergebnis der Vergleiche war signifikant (siehe Tabelle 6). Die Betrachtung der einzelnen Kreuztabellen wies auf Unterschiede innerhalb einiger Kategorien hin, auch wenn die Ergebnisse nicht signifikant waren. So hatten von Therapeut_innen mit einer tiefendynamischen, human-existentialistischen oder systemischen Orientierung durchschnittlich 14% Behandlungserfahrung während dies bei 25% der Verhaltenstherapeut_innen der Fall war. Insgesamt gab es allerdings nur neun Verhaltenstherapeut_innen in der vorliegenden Studie, weswegen weitere inferenzstatistische Analysen der Variable „methodische Orientierung" nicht durchgeführt wurden. Die Kreuztabelle des Praxisorts zeigte, dass in Wien 16%, in Tirol 10% und in Salzburg 22% der Befragten Erfahrung in der Behandlung hatten.

Tabelle 6

Einfluss der Variablen Geschlecht, Praxisort, methodische Orientierung und Einstellung zur Behandlungsmöglichkeit bzgl. der Erfahrung mit der Behandlung

Variable	***N* = Alle**	***N* = Ja**	***N* = Nein**	***χ²***	***df***	***p***	***V***
Geschlecht	147	23	124	2.67	1	.10	.14
Ort	141	23	118	2.00	2	.37	.12
Methodik	145	23	122	1.82	4	.77	.12
Einstellung	128	10	108	0.32	1	.57	.05

Anmerkung. N = Stichprobenanzahl, χ² = χ²-Wert, df = Freiheitsgrade, p = Signifikanzwert, V = Cramer's V

Bartlett et al. (2009) fanden in einer multivariaten logistischen Regression heraus, dass Männer

wahrscheinlicher als Frauen (*OR* = 1.2) und Ältere wahrscheinlicher als Jüngere (OR = 1.02) Erfahrung in der Behandlung gehabt haben, jedoch waren weder die Signifikanz noch das Modellfit angegeben. Auch anhand der vorliegenden Daten kann sich dieser Trend beobachten lassen. Mittels einer binären logistischen Regression wurde versucht zu ermitteln, ob die Variablen Geschlecht, Alter und Praxisort als Prädiktoren für die Erfahrung dienen können. Die Variable Praxisort war eine kategoriale Variable und als Referenzkategorie wurde bei der Dummy-Kodierung Tirol gewählt, da Therapeut_innen aus diesem Bundesland am seltensten Erfahrung in der Behandlung angegeben hatten. Die zwei Ausprägungen der abhängigen Variable wurden so kodiert, dass „Erfahrung" dem Wert Eins entsprach und „keine Erfahrung" dem Wert Null.

Die Prüfgröße für den Modellfit Nagelkerke`s R^2 betrug nur .06, somit können sechs Prozent der Varianz durch dieses Modell erklärt werden. Auch die Betrachtung der Klassifikationstabellen zeigte, dass sich der Prozentsatz der richtig zugeordneten Fälle durch die Prädiktoren nicht verbessert hatte: Es konnten durch das Modell 85% der Fälle richtig zugeordnet werden, wobei keine_r der erfahrenen Therapeut_innen richtig zugeordnet wurde, jedoch alle, die keine Erfahrung hatten. Die weiteren Ergebnisse der logistische Regression sind in Tabelle 7 dargestellt, lassen aber aufgrund des schlechten Modellfits keine weitere Interpretation der Ergebnisse zu. Es kann nach diesem Modell keine Vorhersage über die Gruppenzugehörigkeit getroffen werden.

Tabelle 7

Ergebnisse der Koeffizienten des Regressionsmodells zur Erfahrung in der Behandlung

Prädiktor	***B***	**Standard-fehler**	**Wald-Statistik**	***df***	***p***	**Exp(*B*)**
Geschlecht[a]	0.52	0.52	0.99	1	.32	1.68
Ort[b]: Wien	0.35	0.66	0.29	1	.60	1.42
Ort[b]: Salzburg	1.00	0.67	2.26	1	.13	2.72
Alter (in Jahren)	0.03	0.03	1.39	1	.24	1.03
Konstante	-4.53	1.65	7.52	1	.01	0.01

Anmerkung. B = Regressionskoeffizient, df = Freiheitsgrade, p = Signifikanzwert, Exp(B) = Odd Ratio. [a]Referenzkategorie ist weiblich. [b]Referenzkategorie ist Tirol

3.3.2 Die Fallbeschreibungen: Welche Merkmale weisen die Klient_innen auf, aus welchen Gründen suchen sie Hilfe und welche Behandlungen wurden angewandt?

Auf die Frage nach der Behandlungserfahrung folgte für diejenigen Befragten, welche die Frage bejaht oder nicht beantwortet hatten, die Möglichkeit, bis zu fünf Fälle von behandelten Klient_innen zu beschreiben. Es wurde nach den Gründen für die Inanspruchnahme der Behandlungen, der Behandlungsdauer, dem Alter und Geschlecht der Klient_innen, dem Behandlungsjahr und der angewandten Therapie gefragt.

In die Analyse der beschriebenen Fälle flossen die Daten der gesamten Stichprobe mit ein, also die der neuen und alten Version der Frage nach der Erfahrung in der Behandlung. Die „alte“ Frage nach der Behandlungserfahrung („Haben Sie schon einmal Klient_innen/ Patient_innen, die von ihren homosexuellen Gefühlen beunruhigt waren, geholfen, diese Gefühle zu verändern oder umzulenken?“) kann auf zwei Arten verstanden werden: Eine Zustimmung zu dieser Frage kann entweder bedeuten, dass der_die Psychotherapeut_in schon einmal eine Behandlung im Sinne einer Veränderung der homosexuellen Gefühle der Klient_innen durchgeführt hat, oder dass der_die Therapeut_in schon einmal die Beunruhigung der Klient_innen behandelt hat. Im ersten Fall wird die Frage im Sinne der Intention des Forschungsvorhabens verstanden, im zweiten Fall wird von einem Missverstehen der Frage ausgegangen. Die anschließenden Fallbeschreibungen sind abhängig von der Frage nach der Behandlung, weswegen für die Interpretation der Fallbeschreibungen auch die Zweideutigkeit der „alten“ Fragestellung beachtet werden muss.

Es nutzten 31 Psychotherapeut_innen die Möglichkeit der Fallbeschreibungen und es wurden insgesamt 65 Fälle beschrieben. Zwölf der Fälle wurden von fünf Therapeut_innen beschrieben welche die Frage nach der Behandlungserfahrung nicht beantwortet hatten und 21 Fallbeschreibungen wurden von acht Personen beschrieben, welche auf die „alte“ Frage geantwortet hatten. Insgesamt 28 Fallbeschreibungen (von 11 Therapeut_innen) resultierten aus dem Nichtbeantworten der Frage nach der Behandlungserfahrung und/oder dem Bejahen der alten Version dieser Frage. Diese Fallbeschreibungen wurden bezüglich des erwähnten Missverständnisses genauer betrachtet und zu den anderen Antworten des Fragebogens in Bezug gesetzt. Es zeigte sich, dass nicht alle 11 Therapeut_innen die Frage nach der Erfahrung missverstanden hatten. Weder die „alte“ Fragestellung noch das „Nichtbeantworten“ der Frage konnten allein vorhersagen, ob die Fallbeschreibungen eine Behandlung im Sinne der Umwandlung homosexueller Gefühle beschrieben oder nicht.

In einer weiteren Betrachtung wurden alle 65 Fallbeschreibungen auf die Frage nach dem Ziel der angewandten Behandlung (Umwandlung der homosexuellen Gefühle oder Akzeptanz dieser) untersucht. Bei 17 Fallbeschreibungen (neun Psychotherapeut_innen) muss davon ausgegangen werden, dass in den Fallbeschreibungen Behandlungen von Klient_innen beschrieben wurden, bei welchen nicht die Umwandlung der homosexuellen Gefühle das Ziel war, sondern die Akzeptanz der selbigen.

Ein Beispiel:

Die Befragte wählte in der ersten Einstellungsfrage („Was würden Sie tun, wenn ein_e Klient_in/Patient_in Sie um Hilfe bittet, seine_ihre homosexuellen Gefühle zu verändern oder umzulenken?“) die Antwort der Unterstützung bei der Akzeptanz der eigenen Sexualität und beschrieb die Empfehlung von themenspezifischer Gruppentherapie als weitere Möglichkeit. Die Frage nach der Behandlungserfahrung (es handelte sich um die neue Version) bejahte die Therapeutin. Sie beschrieb drei Fälle und nannte folgende Gründe für die Inanspruchnahme der Hilfe:

- *Beziehungsabbrüche*
- *schwere Depression wegen HIV Infektion*
- *Mobbing am Arbeitsplatz, Alkoholabusus, lebte geheim mit Partner, stammte aus einflußreicher Familie*

Die angewandte Behandlung war in allen Fällen eine Transaktionsanalyse. Die Frage nach der Behandlungsmöglichkeit („Gibt es, bei gegebener Kenntnis über Homosexualität und Behandlungsmethoden zur Veränderung homosexueller Gefühle, bestimmte Umstände, unter welchen Menschen die Möglichkeit haben sollten, ihre homosexuellen Gefühle zu reduzieren oder umzulenken?“) verneinte die Psychotherapeutin und schrieb als Begründung: *Weil Homosexualität etwas der Persönlichkeit Inhärentes ist und eine Reduzierung oder Umlenkung homosexueller Gefühle einer Ablehnung der Person an sich gleich kommt.*

Sie nutzte außerdem die Möglichkeit eines Kommentars: *Es müßte wesentlich mehr zur Reduzierung von Gefühlen g e g e n Homosexualität getan werden.*

Für die Interpretation der Fallbeschreibung ist zu beachten, dass die Therapeut_innen Behandlungen von Klient_innen beschrieben, welche von ihren homosexuellen Gefühlen beunruhigt waren. Inwieweit diese Behandlungen die Umwandlung bzw. Veränderung der homosexuellen Gefühle zum Ziel hatten ist fraglich (siehe auch Kapitel 4.2).

Durchschnittlich wurden zwei Fälle pro Person beschrieben (*M* = 2.10, *SD* = 1.25). Von den 65 beschriebenen Fällen wurde von 77% der Klient_innen das Geschlecht angegeben, 62% waren Männer und 38% Frauen. Eine Person, deren Geschlecht nicht angegeben wurde, wurde als transident beschrieben. In der Studie von Bartlett et al. (2009) war das Verhältnis der Geschlechter der beschriebenen Patient_innen sehr ähnlich, 64% waren Männer und 36% Frauen. In Tabelle 8 sind weitere deskriptive Daten der Klient_innen ersichtlich. Das durchschnittliche Alter der Klient_innen betrug 32,21 Jahre, Behandlungen aus dem Zeitraum 1999 bis 2014 wurden beschrieben und im Durchschnitt erfolgte die Betreuung für 20 Monate. Bartlett et al. (2009) machten keine Angabe zur Dauer der Behandlungen. Das Durchschnittsalter der Patient_innen betrug 31,8 Jahre.

Tabelle 8

Deskriptive Daten der behandelten Klient_innen

Variable	***M***	***SD***	**Minimum**	**Maximum**
Alter (in Jahren)	32.21	11.74	14	65
Behandlungsjahr	2009.08	4.50	1999	2014
Behandlungsdauer (in Monaten)	20.00	18.89	1	120

Anmerkung. *M = Mittelwert, SD = Standardabweichung*

Gründe für das Aufsuchen von Behandlung

Eine Übersicht der genannten Gründe für die Inanspruchnahme der Hilfe und deren Häufigkeiten finden sich in Tabelle 9.

Es kristallisierten sich zwei Hauptkategorien für die von den Psychotherapeut_innen genannten Gründe heraus: „Innerpsychische Probleme“ (interne Faktoren) und „Probleme im Sozialleben“ (externe Faktoren). Von den 65 beschriebenen Gründe für die Inanspruchnahme der Hilfe konnten alle, außer der Antwort *Konflikte bezüglich Homosexualität*, einer oder beiden der Hauptkategorien zugeordnet werden. In 12 Fällen (19%) wurden die genannten Gründe beiden Kategorien zugeordnet. In insgesamt 48 Fällen (74%) wurden „innerpsychsichen Probleme“ beschrieben, in 28 Fällen (43%) „Probleme im Sozialleben“.

Aus der Kategorie der „innerpsychischen Probleme“ wurde am häufigsten „Unsicherheit bzgl. der sexuellen Orientierung/Identität“ sowie „Depression oder Suizidalität“ genannt.

Die zwei meist genannten Kategorien (jeweils von 10 (15%) Personen genannt) der Probleme im Sozialleben waren „Inkongruenz zwischen homosexuellen Gefühlen und Beziehungen“ und „Schwierigkeiten im Umgang mit homosexuellen Gefühlen und Begehren“. Die erste Kategorie beschreibt die Konflikte der Klient_innen zwischen ihren homosexuellen Gefühlen und ihren partner_innenschaftlichen/familiären Beziehungsstrukturen. Die zweite Kategorie umfasst die Probleme des Auslebens von oder des Umgangs mit den homosexuellen Gefühlen.

Bartlett et al. (2009, S. 3) fassten die genannten Gründe, weshalb Kliennt_innen Hilfe in Anspruch nahmen, folgendermaßen zusammen: „Confusion about sexual orientation (57%), social pressure including the family (14%), mental health difficulties (11%), religious beliefs (7%), gender confusion (4%), legal pressure (4%), heterosexual relationship difficulties (2%) and victims of abusive relationships (2%)“. Bartlett et al. (2009) ordneten den genannten Grund einer Fallbeschreibung ausschließlich einer Kategorie zu. In der hier vorliegenden Studie wurden häufig mehrere Gründe in einer Fallbeschreibung angegeben und dementsprechend mehreren Kategorien zugeordnet. Dies ist für den Vergleich der Ergebnisse zu beachten. Im Vergleich der Ergebnisse zeigen sich Unterschiede in der Häufigkeit der Nennung des Grundes der „Unsicherheit bzgl. der sexuellen Orientierung“. Dieser Grund wurde bei Bartlett et al. (2009) in 57% der beschriebenen Fälle genannt, in der vorliegenden Befragung nur in 17% der Fälle. Die Kategorie der „mental health difficulties“ von Bartlett et al. (2009, S. 3) wurde in meiner Studien durch mehrere, spezifischere Kategorien beschrieben, wie etwa den Kategorien „Depression; Suizidalität“ oder „Andere psychische Störungen bzw. pathologische Symptome“.

In 7% der Antworten fanden Bartlett et al. (2009, S. 3) den Grund der „religious beliefs“. In der vorliegenden Studie fand sich nur in einer Fallbeschreibung die Nennung von Religiosität: *Konträre Moralvorstellungen und religiöse Werte hinsichtlich Homosexualität zwischen Patientin und ihrer Familie*.

Bei einigen Antworten scheint es schwierig, den Zusammenhang zwischen der Beunruhigung durch die homosexuellen Gefühle und dem genannten Grund für die Inanspruchnahme der Hilfe zu erkennen, beispielsweise bei dem genannten Grund der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Eine Erklärung könnte lauten, dass Klient_innen ursprünglich wegen verschiedensten Gründen oder Diagnosen die Therapie aufsuchten und sich erst im Laufe der Behandlung eine solche Beunruhigung von den Therapeut_innen feststellen lies.

Tabelle 9

Kategorien der Gründe für die Inanspruchnahme der Behandlung

Innerpsychische Probleme	Beispiele	Häufigkeit (%)[a]
Unsicherheit bzgl. der sexuellen Orientierung/Identität	Angst vor der eigenen Homosexualität, Frage der „Normalität“	11 (17%)
Depression; Suizidalität	Lebenskrise	11 (17%)
Selbstwertprobleme; Depressive Verstimmung; Existenzangst	Scham, Selbstzweifel, Einsamkeit, Berufliche Umbruchphase	9 (14%)
Andere Formen der sexuellen Identität/Orientierung	Transidentität, Bisexualität, Asexualität, Sado-Masochismus, Fetischismus, Travestie, Pädophilie	8 (12%)
Probleme im sozialen Umgang	Störung des Sozialverhalten, Bindungsprobleme, Schwierigkeiten im Kontakt mit Anderen	6 (9%)
Andere psychische Störungen bzw. pathologische Symptome	Zwangsgedanken, Drogensucht/abusus, Borderline Persönlichkeitsstörung, Angststörung, Angst/Panikattacken	6 (9%)
Probleme im Sozialleben	**Beispiele**	**Häufigkeit (%)[a]**
Inkongruenz zwischen homosex. Gefühlen und Beziehungen	Konflikt zwischen Ehe oder Familie und homosexuellen Begehren	10 (15%)
Schwierigkeiten im Umgang mit dem homosexuellen Begehren	Versteckspiel, Intransparenz der Gefühle, homoerotische Fantasien/ Sehnsüchte	10 (15%)
Beziehungsproblematik	Konflikte in Beziehung, Beziehungsabbruch	8 (12%)
Erleben von Diskriminierung	Ablehnung, Mobbing	5 (8%)
Outing	Bzw. Angst vor Outing	5 (8%)

Anmerkung. [a]*Prozentwerte beziehen sich auf die Anzahl der beschriebenen Fälle (*N *= 65)*

Angewandte Behandlungsarten:

Es wurde eine Vielfalt von Behandlungsmethoden angegeben, manchmal auch mehrere bei einer Fallbeschreibung. Die folgende Aufzählung ist gereiht nach den Häufigkeiten der Nennungen (H = Anzahl), wobei in den Klammern jeweils Beispiele für die spezifische Psychotherapiemethode angegeben sind. Systemische Psychotherapie wurde am meisten angewandt. Systemische Therapie (Paartherapie; Familientherapie; Aufstellung zu spezifischen Kontexten); H = 16

- Gesprächstherapie (Klientenzentrierte GT.; mit systemischen Schwerpunkt; mit verhaltenstherapeutischen Elementen; Lösungsorientierte GT.;); H = 14
- Verhaltenstherapie; H = 9
- Psychodrama; H = 7
- Hypnose (klinische Hypnose); H = 6
- Gestalttherapie (Integrative Gestalttherapie); H = 5
- Individualpsychologische Therapie (Individualpsychologische Analyse); H = 5
- Andere Therapieformen: Transaktionsanalyse; Humor und Provokation; Konzentrative Bewegungstherapie; Katathym-Imanigative Psychotherapie; Akzeptanz-und Commitmenttherapie; Tiefenpsychologische Psychotherapie; Psychoanalyse; Stütz- und Haltetherapie; Angsttherapie; Trauerarbeit; Personenzentrierte Psychotherapie; Skillstrategien;

3.4 Kommentare

Es haben 31 Personen die Möglichkeit genutzt den Fragebogen zu kommentieren. Häufig wurden Meinungen zu der Thematik der Homosexualität bzw. deren Behandlung im allgemeinen geäußert. Es wurde sowohl inhaltliche Kritik an der Fragestellung geübt, als auch die Konstruktion des Fragebogens bzw. die einzelnen Fragen und ihre Antwortmöglichkeiten kritisiert. Beispielsweise wurden die einengende Antwortmöglichkeit der Ja-Nein-Fragen, die Redundanz und die schwere Verständlichkeit der Fragen bemängelt. Der Vorwurf der Suggestion und der Nicht-Wertefreiheit wurden genannt. Zwei Befragte fanden die Thematik spannend. Die Kommentare zeigen wie heterogen die Einstellungen der Psychotherapeut_innen bzgl. der Thematik sind, was anhand der folgenden Beispiele verdeutlicht werden soll:

- *Spannendes Thema, kommt in der Therapie auch manchmal vor. PatientInnen oft bewegt durch die Fragestellung - was ist wirklich meines? Große Verunsicherung,*

Identitätsprobleme und soziale Einflüsse als feststellbare Phänomene

- *die Fragestellung ist meiner Meinung nach realitätsfern*
- *Homosexualtät war noch vor kurzem im ICD 10 als "Krankheit" angegeben...Ebenso ist die aktuelle Entwicklung, offen über eigenen Identitäten zu sprechen und auch dafür, wenn persönlich gewünsch Opertionen zur Veränderung des Geschlechtes durchführen zu lassen - im Sinne der Menschlichkeit udn der freien Entscheidung jedes Einzelnen wichtig.*
- *Homosexualität ist mit Gefühlen verbunden, wie andere Lebensumstände auch, diese Gefühle gehören NICHT reduziert oder umgelenkt. ??? Diese Gefühle sollen gefühlt werden dürfen und in die Persönlichkeit integriert, so wie heterosexuelle Gefühle!!!!! Was ist das für eine Forschungshypothese?*

3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Rücklaufquote meiner Befragung betrug 44%, 196 Psychotherapeut_innen haben den Fragebogen ausgefüllt, davon waren 60% Frauen. Wien gaben 54% als ihren Praxisort an, Tirol 20% und Salzburg 21%. Auf die Frage was sie tun würden, wenn ein_e Klient_in um Hilfe bitten würde seine_ihre homosexuellen Gefühle zu verändern, antworteten 82% der Therapeut_innen, dass sie die Klient_innen bei der Akzeptanz ihrer Sexualität unterstützen würden (entweder durch eigene therapeutische Arbeit oder durch Weiterleitung an Kolleg_innen). Nur drei Prozent der Befragten gaben an, sie würden die Veränderung der homosexuellen Gefühle unterstützen bzw. die_den Klient_in mit diesem Ziel an eine_n Kolleg_in weiterleiten. Von 26% der Befragten wurde die Antwortkategorie „Andere Möglichkeiten“ genutzt und andere Vorgehensweisen beschrieben. Die meisten Personen schrieben, dass sie die Gründe für den Wunsch nach Veränderung analysieren würden. Eine weitere Vorgehensweise, die des Öfteren genannt wurde, war die Erforschung der Sexualität der_des Klient_in.

Die Frage, ob es Umstände gäbe, unter welchen Klient_innen die Möglichkeit haben sollten, ihre homosexuellen Gefühle zu verändern, wurde von 27% der Psychotherapeut_innen bejaht, von 59% verneint und von 14% der Befragten nicht beantworteten. Psychotherapeuten waren eher der Meinung, es gäbe Umstände, unter welchen es die Möglichkeit einer Behandlung geben sollte, als ihre Kolleginnen wobei der Unterschied nicht signifikant ist ($\chi^2_{(\text{Geschlecht})}$ (df = 1) = 3.48, p = .06, V = .14).

Der Großteil der Befragten (82%) nutzten die Möglichkeit ihre Antwort zu begründen. Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der genannten Gründe für oder gegen eine

Behandlungsmöglichkeit zeigen die Komplexität und Vielfalt dieser Thematik.

Das Hauptargument für die Behandlungsmöglichkeit stellt die Entscheidungsfreiheit da, welches von 24% der Befragten genannt wurde. Auch der Leidensdruck oder Pädophilie wurden als Umstände genannt, unter welchen es eine Behandlungsmöglichkeit geben sollte.

Gegen die Behandlungsmöglichkeit stimmten 59%, wobei die zwei am häufigsten genannten Gründe waren, dass eine Veränderung oder Umlenkung homosexueller Gefühle nicht möglich wäre und, dass Homosexualität nicht pathologisch sondern ein Teil der Identität sei. Diese Begründung wurde jeweils von 20% der Psychotherapeut_innen gegeben. Es sprachen sich auch Personen gegen eine Behandlungsmöglichkeit mit dem Argument aus, dass eine Umlenkung der Gefühle schädlich sei oder die Person nicht glücklich werden würde. Einige schrieben auch Antworten deren Argumente moralischen oder/und gesellschaftlichen Charakter hatten, welche unter der Kategorie „ethische Werte“ zusammengefasst wurden.

Fünfzehn Prozent der Befragten gaben an, schon einmal homosexuelle Gefühle einer_eines Klientin_Klienten verändert oder umgelenkt zu haben. Die Berechnung einer logistischen Regression zeigte, dass die Variablen (Alter, Geschlecht und Praxisort) keine signifikanten Prädiktoren für die Erfahrung einer solchen Behandlung darstellen konnten.

Einunddreißig Therapeut_innen beschrieben insgesamt 65 Fälle der Behandlung von Klient_innen, die von ihren homosexuellen Gefühlen beunruhigt gewesen waren. Das Durchschnittsalter der Klient_innen betrug 32,21 Jahre, 36% waren Frauen, die Betreuungsdauer betrug im Durchschnitt 20 Monate und die Therapien fanden im Zeitraum von 1999 bis 2014 statt. Als Gründe für die Behandlung wurden zum einen „innerpsychische Probleme“ und zum anderen „Probleme im Sozialleben“ genannt. Für die internen Probleme wurden am häufigsten „Unsicherheit bezüglich der Sexualität“, „Depression und/oder Suizidalität“ und „depressive Verstimmungen/Selbstwertprobleme“ angegeben. Als Schwierigkeiten im Sozialleben wurde häufig die „Inkongruenz zwischen homosexuellen Gefühlen und Beziehungen“, der „Umgang mit dem Begehren (Verstecken oder Ausleben)“ und „Beziehungsproblematiken“ beschrieben. Die am meisten angewandten Behandlungsformen waren die systemische Psychotherapie und Gesprächstherapie, wobei auch viele andere Therapien angewandt wurden.

4. Diskussion

4.1 Einstellung zu Konversionstherapie

4.1.1 Ambivalenzen um die Frage, ob österreichische Psychotherapeut_innen sogenannte Konversionstherapien durchführen würden

Auf die Frage, was sie tun würden, wenn ein_e Klient_in um eine Veränderung ihrer_seiner homosexuellen Gefühle bitten würde, gaben drei Prozent der Psychotherapeut_innen an, sie würden eine Behandlung mit dem Ziel der Veränderung der homosexuellen Gefühle unterstützen. Dabei würden die Befragten entweder selbst diese Behandlung durchführen oder die_den Klient_in an eine_n Kolleg_in für eine Behandlung mit diesem Ziel vermitteln.

In der zweiten Frage nach der Einstellung („Gibt es, bei gegebener Kenntnis über Homosexualität und Behandlungsmethoden zur Veränderung homosexueller Gefühle, bestimmte Umstände, unter welchen Menschen die Möglichkeit haben sollten, ihre homosexuellen Gefühle zu reduzieren oder umzulenken?“) gaben 27% der Befragten an, dass es unter bestimmten Umständen die Möglichkeit einer Behandlung zur Veränderung der homosexuellen Gefühle geben sollte. Es stellt sich die Frage, wie es sein kann, dass nur 3% der Befragten angaben, sie würden eine solche Behandlung unterstützen, wohingegen 27% (derselben!) Befragten angaben es sollte eine solche Möglichkeit der Behandlung geben.

Die qualitative Analyse der Antworten auf die Frage was Psychotherapeut_innen tun würden, wenn ein_e Klient_in eine Veränderung ihrer_seiner homosexuellen Gefühle wünschte, konnte Hinweise für die Unstimmigkeiten zwischen den Ergebnissen geben (siehe Kapitel 3.2.1): Siebzehn Prozent der Befragten wählten bei dieser Frage ausschließlich die Antwortmöglichkeit „Weitere Möglichkeiten“, welche als offene Antwort konzipiert war. Über die offenen Antworten konnten weitere Einsichten gewonnen werden. Es zeigt sich, dass 12% der Befragten in ihrer Antworten nicht explizit Abstand davon nahmen, dass eine Umlenkung homosexueller Gefühle für sie in Frage käme. Weitere 3% der Befragten schrieben in ihre offenen Antworten, dass sie eine Behandlung in jede Richtung unterstützen würden (also auch eine Umwandlung der homosexuellen Gefühle).

Die direkte Frage danach, was Psychotherapeut_innen tun würden, wenn Klient_innen sie um die Veränderung ihrer homosexuellen Gefühle bitten würden, schien also der erschöpfenden Beantwortung der Fragestellung nach der Einstellung von Psychotherapeut_innen zu sogenannter Konversionstherapien nicht dienlich zu sein. Die qualitative Analyse zeigte, dass Therapeut_innen

sich (zunächst) für andere Möglichkeiten der Behandlung aussprachen, dies aber noch keine Ablehnung sogenannter Konversionstherapien bedeuten muss.

Im Gegenteil zeigt sich, dass einige der Personen, die auf die direkte Frage nicht angaben, eine Konversionsbehandlung unterstützen zu würden, in der Frage nach der Behandlungsmöglichkeit für eine solche Behandlung stimmten. Die Einstellung von Therapeut_innen, selbst keine sogenannte Konversionstherapie durchführen zu wollen (bzw. sie nicht für eine solche Behandlung weiterleiten zu wollen), bedeutet damit noch keine grundsätzliche Ablehnung einer solchen Behandlung. Vor dem Hintergrund, dass Homosexualität von den wirkmächtigen Klassifikationsmanual ICD-10 nicht (mehr) als Krankheit eingestuft wird (WHO, 2013) ist die Antwort der Therapeut_innen, sogenannte Konversionstherapien nicht durchzuführen, meines Erachtens nicht überraschend. Eine gegenteilige Antwort würde bedeuten, sich diesen verbindlichen Vorgaben zu widersetzen und entgegen dem hegemonialen Diskurs (der Homosexualität nicht als Krankheit und damit nicht als Behandlungsgrund definiert) zu handeln. Die Äußerung, dass eine solche Möglichkeit (unabhängig des eigenen Handelns) existieren sollte, ist demgegenüber, so eine mögliche Interpretation des Ergebnisses, weniger drastisch und wird in weiterer Folge von mehreren Personen getätigt.

Eine weitere Interpretation der unterschiedlichen Ergebnisse auf die beiden Fragen nach der Einstellung zu sogenannten Konversionstherapien könnte sein, dass Behandlungsmethoden zur Veränderung homosexueller Gefühle den Befragten schlicht nicht bekannt sind. Dies könnte erklären, warum nur 3% angaben solch eine Behandlung (selbst oder durch die Überweisung an eine_n Kollegin_Kollegen) zu unterstützen sich jedoch 27% für eine solche Behandlungsmöglichkeit aussprachen. Auch diese Interpretation spricht dafür, dass eine indirekte Frage besser geeignet ist, um die allgemeine Einstellung von Psychotherapeut_innen zu sogenannten Konversionsbehandlungen zu erfassen. Denn keine Kenntnisse über solche Behandlungen zu haben bedeutet nicht zwangsläufig diese Behandlungen prinzipiell nicht gut zu heißen.

4.1.2 Alternative: Akzeptanz statt Umwandlung

Von vielen Befragten wurde im Gegensatz zu obigen Ausführungen nicht argumentiert, dass sie Konversionsbehandlungen durchführen oder zumindest nicht ablehnen würden. Im Gegenteil wurde von diesen Therapeut_innen in eine Richtung argumentiert, die nicht Umwandlung, sondern vielmehr Akzeptanz als Therapieziel in den Vordergrund rückt.

Auf die Frage, was sie tun würden, wenn ein_e Klient_in um eine Veränderung ihrer_seiner

homosexuellen Gefühle bitten würden, wurde von 82% der Befragten die Unterstützung bei der Akzeptanz der eigenen Sexualität (selbst oder durch Weiterleitung an eine_n Kollegin_Kollegen) angegeben.

Innerhalb der offenen Antwortkategorie „Weitere Möglichkeiten“ dieser Frage wurden Vorgehensweisen beschrieben, die unter den Kategorien „Erforschen und Entwickeln der eigenen Sexualität“ und der Bearbeitung der „Diskrepanz zwischen Innerem und Äußeren“ zusammengefasst wurden. Diese und andere Antworten wie beispielsweise die *Empfehlung von themenspezifischer Gruppentherapie* oder das definierte Therapieziel *den eigenen Weg zu finden,* sind typische Strategien sogenannter „affirmativer Therapien“. Die affirmativen Therapien zielen auf die Stärkung der Selbstbestimmung ab, basierend auf Akzeptanz und Unterstützung, der Bearbeitung von Stigmata und Stereotypen, der Entwicklung der (sexuellen) Identität und der Vermittlung sozialer Unterstützung (z.B. Selbsthilfegruppen)(APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation, 2009). Solche Therapien werden von der American Psychological Association als angemessenen Umgang mit Menschen, die an ihren sexuellen Orientierungen zweifeln, angesehen (APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation, 2009).

Auch im Rahmen der offenen Antwort der zweiten Einstellungsfrage (der Begründung für die Antwort der Behandlungsmöglichkeit) wurden Vorgehensweisen im Sinne der affirmativen Therapie genannt. Neben der Akzeptanz wurden weitere Strategien beschrieben die unter der Kategorie „Unterstützung die Sexualität zu leben“ zusammengefasst wurden.

Manche Psychotherapeut_innen wiesen auch auf die Möglichkeit des Unterdrückens (im Sinne von nicht Ausleben) oder der Sublimierung der homosexuellen Gefühle hin.

Als kleiner Exkurs sei an dieser Stelle eine Antwort genannt, die zwar auch einer Art „Selbsterforschung“ oder „Selbstakzeptanz“ zugeordnet werden könnte, aber aufgrund ihrer inhaltlichen Lagerung irritiert. So wurde von der befragten Person folgendes Vorgehen zum Umgang mit Menschen, die eine Umwandlung ihrer homosexuellen Gefühle wünschten, vorgeschlagen: *Mit dem Patienten herausarbeiten, welches gender ihm/ihr entspricht*. Diese Aussage ist insofern irritierend, als sie nicht im ersten Moment eine Verbindung zur vonseiten der_des Klient_in als problematisch erlebten Homosexualität erkennen lässt. Die befragte Person schlägt vor, das „gender“ herauszuarbeiten. Es stellt sich aber die Frage, was dieses „gender“ nun mit der sexuellen Orientierung zu tun habe. Die Annahme hinter einer solchen Aussage kann nur sein, dass „gender“ und sexuelle Orientierung untrennbar verbunden seien, denn warum sollte

sonst bei Problemen im Zusammenhang mit Sexualität am „gender“ gearbeitet werden. Meines Erachtens deutet sich hier etwas an, dass Judith Butler als heterosexuelle Matrix beschreibt (Butler, 2003). Demgemäß läge dem Geschlechterdiskurs als normative Annahme zugrunde, dass es im Sinne der Heterosexualität sogenannte kohärente Beziehungen zwischen sex, gender und sexueller Orientierung bestünden. Für die befragte Person lässt sich offenbar über das gender auf die sexuelle Orientierung einwirken; vor dem Hintergrund einer heterosexuellen Matrix, wie sie Butler beschreibt, verwundert dies nicht (Butler, 2003).

4.1.3 Genannte Gründe und Umstände gegen oder für die Möglichkeit von Konversionstherapie

Die Frage: „Gibt es, bei gegebener Kenntnis über Homosexualität und Behandlungsmethoden zur Veränderung homosexueller Gefühle, bestimmte Umstände, unter welchen Menschen die Möglichkeit haben sollten, ihre homosexuellen Gefühle zu reduzieren oder umzulenken?“ wurde (wie unter 4.1.1. erwähnt) von 27% der Befragten bejaht und von 59% verneint. Hier bot der Fragebogen außerdem die Möglichkeit, die eigene Antwort im Rahmen eines offenen Formats zu begründen. Dies wurde von 83% der Befragten genutzt, was für ein starkes Interesse an dieser Thematik spricht. Die qualitative Analyse der genannten Gründe und Umstände zeigt die Komplexität des Themas; dementsprechend haben die Kategorienbildung und die Ergebniszusammenfassung einiges Geschick erfordert. Im Folgenden werden die von den befragten Personen genannten Gründe, was für oder gegen die Möglichkeit von Konversionsbehandlung sprechen könnte, aufgeführt. Dabei werden die Ergebnisse jeweils ausgeführt und gegebenenfalls in theoretische Zusammenhänge gesetzt.

Die genannten Gründe gegen eine Behandlungsmöglichkeit „Nicht Pathologisch/Teil der Identität“, „Unmöglich“ und „Nicht Gesund“ spiegeln Aspekte des aktuellen hegemonialen Diskurses wider(APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation, 2009): Homosexuelle Gefühle werden als Teil der sexuellen Orientierung angesehen; wie erwähnt, wird eine solche sexuelle Orientierung einerseits nicht (mehr) als pathologisch betrachtet, andererseits liegen auch keine Ergebnisse dahingehend vor, dass „sexuelle Orientierung“ therapeutisch überhaupt verändert werden könnte. Im Gegenteil geht der hegemoniale psychologische Diskurs davon aus, dass Konversionsbehandlungen „potentiell schädlich“ seien (APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation, 2009). Gleichgeschlechtliches Verhalten und Anziehung werden von der American Psychological Association als „natürliche“ Varianten der menschlichen Sexualität anerkannt; homosexuelle Gefühle als solche werden als Teil verschiedenster Formen der sexuellen Orientierung und

Identitäten beschrieben (APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation, 2009).

Insgesamt 8% der Therapeut_innen gaben an, dass eine Konversionsbehandlung schädlich sein könne. Diese Aussage entspricht, wie in diesem Kapitel erläutert, der offiziellen Linie der APA. Dementprechend verwundert es, dass diese Begründung gegen eine Konversionstherapie von nur 8% der Befragten genannt wurde. Andererseits bedeutet das Argument, dass Konversionstherapie schädlich sei, noch nicht die Ablehnung des Konstruktes der „Homosexualität als Pathologie". Denn wenn (allein) argumentiert wird, dass Konversionstherapie deshalb nicht einzusetzen sei, weil sie „schädlich" wäre, dann wird damit Homosexualität ja dennoch als Krankheit konstruiert (die eben nicht behandelt werden könnte, weil die Behandlung „schädlich" sei, aber im Grunde behandlungsbedürftig sei).

Gegen Konversionsbehandlungen sprächen außerdem Gründe, die von mir unter dem Begriff „Ethische Werte" subsummiert wurden. Gründe, die in diese Kategorie passen, wurden von 15% der Befragten genannt. Die Kategorie beinhaltet moralische Wertvorstellungen der Therapeut_innen, die durch das Vorhandensein der Möglichkeit von Umwandlung von homosexuellen Gefühlen verletzt würden (z.B. Recht auf sexuelle Gefühle). Teilweise wurden auch sozialpolitische Bezüge hergestellt, dabei wurde vor allem auf die gesellschaftliche Verantwortung von Psychotherapie hingewiesen. So wurde etwa reklamiert, dass Psychotherapie keine Umerziehungsmethode (mehr) sei. Außerdem wurde darauf hingewiesen dass das „Problem" nicht die Homosexualität an sich, sondern vielmehr die vorurteilsbeladene Gesellschaft sei. Wie in Kapitel 1.4.2 beschrieben sind einige Ärzt_innenverbände und Vertreter_innen der Wissenschaft ebenfalls der Meinung, dass Behandlungen zur Umwandlung von Homosexualität ethisch nicht vertretbar sind.

Interessanterweise war das meistgenannte Argument, das für die Möglichkeit von Konversionstherapie spreche, die „Entscheidungsfreiheit". Auch hier liegt der Kategorie, wie in der bereits beschriebenen Kategorie „Ethische Werte", ein ethisches Moment zugrunde. In diesem Verständnis wird Leid als etwas Subjektives betrachtet und der_die Klient_in bestimmt sozusagen selbstständig das Ziel der Therapie. In diesem Kontext wurde das Argument „Recht auf die eigene Sexualität" von den Befragten im Sinne des Rechtes auf die Heterosexualität und der Selbstbestimmung über die eigene Sexualität beschrieben. Auch vonseiten der APA wird betont, wie wichtig es sei, die Entscheidung und Selbstbestimmung bei den Klient_innen zu lassen und Identitätskonflikte zu bearbeiten „[...] without an a priori treatment goal for how clients identify or

live out their sexual orientation“ (APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation, 2009, p.86).

Es sei allerdings deutlich darauf hingewiesen, dass eine solche „Entscheidungsfreiheit“, wie sie von vielen Befragten und auch von der APA proklamiert wird, auf einem ganz bestimmten philosophischen Verständnis beruht. Hierbei handelt es sich um ein Verständnis, welches der Person (in dem Fall der_dem Klient_in) die Möglichkeit einer solchen sogenannten freie Entscheidung scheinbar unhinterfragt zuspricht. Es stellt sich aber die Frage, ob ein solches Verständnis nicht Gefahr läuft zu übersehen, wie sehr eine Person in ein gesellschaftliches System eingebunden ist. Damit lehne ich mich, wie in Kapitel 1.3 beschrieben, etwa an die kulturhistorische Schule (Lurija, 1986) an, die davon ausgeht, dass gesellschaftliche Strukturen sich ganz zentral auf das Erleben von Personen auswirken. Ich möchte an dieser Stelle die Frage aufwerfen, inwieweit eine „Freiheit der Entscheidung“ überhaupt angenommen werden kann, nachdem wir (nach wie vor) in einer heterosexistischen Gesellschaft leben. In einer solchen heterosexistischen Gesellschaft gilt, wie angesprochen die Norm eines Menschen, dessen Geschlecht klar definierbar ist (das heißt, dessen sogenannte biologische Geschlechtsmerkmale dem gender (dem gelebten Geschlecht) entsprechen; vgl. Butler, 2003) und der sich sexuell wiederum zu dem Geschlecht hingezogen fühlt, das dem eigenen (scheinbar) binär gegenübersteht. In einer solchen heterosexistischen Gesellschaft sind Personen, die dieser Norm nicht entsprechen, verschiedensten Diskriminierungen ausgesetzt. Dies kann dabei beginnen, in der Öffentlichkeit eine andere Art der Aufmerksamkeit zu erregen, aber auch mit verschiedenen Formen sexualisierter Gewalt oder auch realpolitischen Diskriminierungen einhergehen (z.B. Diskriminierung im Zusammenhang mit Adoptionsrechten oder auch partner_innenschaftlichen Rechten, die sowohl für homosexuelle Paare nicht gelten, als auch für alle weiteren Formen des Zusammenlebens, die einer heterosexistischen Vorstellung widersprechen). Dies sind gesellschaftliche Realitäten, denen sich die jeweilige Person, so die Perspektive von Butler (2003), nicht „aus freien Stücken“ widersetzen kann. Insofern, auch weil eine solche Gleichbehandlung oder insgesamt ein Leben in Freiheit, im Sinne eines Lebens, das es ermöglicht, eigenes/vielfältiges Sein in die Realität umzusetzen ohne dafür sanktioniert zu werden nicht möglich ist, kann eine „Freiheit des Subjekts“ der Therapie m.E. nicht zugrundegelegt sein. Ein_e Therapeut_in, die nun aus der (vielen Psychotherapierichtungen innewohnenden) Perspektive, die Freiheit der_des Klient_in sei oberstes Therapieziel argumentiert und damit einer Legitimation von etwa einer Konversionstherapie den Weg ebnet, verkürzt diesen gesellschaftlichen Zusammenhang, sowie die eigene gesellschaftliche und politische Verantwortung.

Ein weiterer Grund, welcher laut fünf Prozent der Befragten für die Möglichkeit einer Konversionstherapie spreche, sei die „Pädophilie“. Hier zeigt sich eine überaus problematische, weil diskriminierende und absurd anmutende „Verknüpfung von Homosexualität und Pädosexualität“. Laut Porsch (2008) gibt es keine wissenschaftlichen Studien die eine solche Annahme stützen würden, trotzdem ist diese Verknüpfung ein nicht unüblicher Stereotyp über homosexuelle Menschen.

Einige Personen gaben an, dass ein_e Klient_in, der_die sich in der Phase der Pubertät befinde, die Möglichkeit einer Behandlung zur Umlenkung der homosexuellen Gefühle haben solle. Eine Erklärung für diese Nennung könnte die Abwertung homosexueller Identitäten junger Klient_innen als „Phase“ sein, die nach Wolf (2006) eine der stereotypen Vorstellungen sei, die noch immer bei Psychotherapeut_innen vorkämen.

Insgesamt sind die Meinungen der befragten Psychotherapeut_innen sehr heterogen. Für die einen ist es beispielsweise ethisch nicht vertretbar, solche Behandlungen anzubieten. Für andere gilt währenddessen der ethische Grundsatz, hilfesuchenden Personen diese Hilfe zu gewähren und im Geiste von Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit Konversionstherapie anzubieten.

Neben unterschiedlichen Ansichten zur Frage, ob Konversionstherapie ethisch vertretbar sei, wird auch die Frage, ob eine solche Therapie möglich sei, unterschiedlich bewertet. Einige Therapeut_innen halten es für unmöglich, Homosexualität umzulenken, andere sehen durchaus Möglichkeiten, dass ein solches Vorhaben gelingen könnte.

Ambivalenzen zeigen sich aber nicht nur über die befragten Personen hinweg, sondern auch innerhalb der Antworten so mancher Therapeut_innen. So wurden öfters sich scheinbar widersprechende Argumente in einer Aussage genannt, wie diese Antwort einer der Behandlungsmöglichkeit zustimmenden Person verdeutlicht: *1. wenn jemand seine Homosexualität als schwergradig wesensfremd erleben würde - wäre das eine Unterstützung? 2. wenn jemand in einer Kultur/Umfeld leben müßte, die seine Homosexualität mit Gewalt/Tod bedroht - wäre das ein Hilfe? Ich persönlich glaube das nicht, eher dass Betroffene dann verdeckt ihre Gefühle leben.*

4.2 Erfahrung mit der Behandlung von Klient_innen, die von ihren homosexuellen Gefühlen beunruhigt waren

Die ursprüngliche Frage (in der Arbeit als „alte“ Fragestellung bezeichnet) nach der Behandlungserfahrung schien von einigen Befragten missverstanden worden zu sein (siehe Kapitel

3.2.3). Die auf die Frage folgenden Fallbeschreibungen ließen darauf schließen, dass einige Psychotherapeut_innen Klient_innen, die von ihren homosexuellen Gefühlen beunruhigt waren, nicht bei der Umwandlung der homosexuellen Gefühle unterstützt hatten, sondern bei der Akzeptanz derselbigen. Die Frage wurde daraufhin klarer formuliert und 152 Therapeut_innen wurde die „neue“ Frage „Haben Sie schon einmal Klient_innen/Patient_innen, die von ihren homosexuellen Gefühlen beunruhigt waren, geholfen, diese homosexuellen Gefühle zu verändern oder umzulenken?“, gestellt. Diese Frage wurde von 15% der Befragten bejaht. Das heißt jede_r siebte der Befragten gab an, schon (mindestens) einmal eine Behandlung durchgeführt zu haben, welche laut der APA als ineffektiv und potentiell schädlich gilt (APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation, 2009). Der Weltärztebund verurteilt jegliche Versuche sogenannter Konversionstherapien von Ärzt_innen (welche auch Psychotherapeut_innen sein können) und bezeichnet diese Praktiken als nicht zu rechtfertigen und ethisch nicht vertretbar (WMA, 2013).

Die genaue Analyse der folgenden Fallbeschreibungen, der Antworten auf die anderen offenen Fragen und der Kommentare zeigten, dass auch bei der „neuen“ Frage nach der Behandlungserfahrung ein wie bereits beschriebenes Missverständnis nicht ausgeschlossen werden kann (siehe Kapitel 3.2.3). Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass Personen die Frage missverstanden haben weil es für sie (heutzutage) unmöglich scheint, dass Psychotherapeut_innen solche Behandlungen durchführen bzw. durchgeführt haben könnten.

Ein weiteres Ergebnis, das für ein Missverstehen der Frage sprechen könnte ist, dass kein Zusammenhang zwischen der Einstellung bezüglich der Behandlungsmöglichkeit und der Erfahrung gefunden wurde. Bartlett et al. (2009) hingegen berichteten, dass 75% der Befragten, welche die Frage nach der Behandlungserfahrung bejaht hatten, auch für die Möglichkeit einer Behandlung stimmten. In meiner Studie war dies nur bei 30% der Fall. Dieser Unterschied könnte verschiedene Ursachen haben: Unterschiede in der Stichprobe (nur Psychotherapeut_innen vs. verschiedenste Berufsgruppen; Österreich vs. Großbritannien u.a.), die unterschiedliche Stichprobengröße, der unterschiedliche Befragungszeitpunkt. Da aber die anderen Ergebnisse meiner Studie denen der englischen Studie sehr ähneln, scheinen diese Erklärungen eher unwahrscheinlich. Eine alternative Interpretation könnte sein, dass in meiner Studie die Frage nach der Erfahrung einfach häufiger missverstanden wurde als dies in der englischen Originalstudie der Fall war.

Bartlett et al. (2009) fanden keine Hinweise darauf, dass die Anzahl der Behandlungen in den letzten Jahrzehnten zurückgegangen war. In meiner Befragung wurden Behandlungen aus den

Jahren 1999 bis 2014 beschrieben, aber Aussagen über Rückgang oder Zunahme solcher Behandlungen waren nicht möglich, da hierbei viele Variablen einen Störeinfluss haben könnten (z.B. das Erinnerungsvermögen der Therapeut_innen).

Die erhobenen deskriptiven Daten (Alter, Geschlecht, Praxiserfahrung, Praxisort und methodische Orientierung) wirken sich nicht signifikant auf die Behandlungserfahrung aus. Es ließ sich aber der Trend beobachten, dass Psychotherapeuten wahrscheinlicher Erfahrung mit Konversionstherapien haben, als Psychotherapeut_innen.

Es fanden sich außerdem Hinweise darauf, dass Verhaltenstherapeut_innen eher Erfahrungen in der Behandlung hatten als Kolleg_innen mit einer anderen methodischen Orientierung. Um diese These genauer untersuchen zu können, war mein Stichprobe aber zu klein.

Den Befragten welche die Frage nach der Behandlungserfahrung bejaht oder nicht beantwortet hatten, bot sich die Möglichkeit bis zu fünf Fällen zu beschreiben. Somit sind die Fallbeschreibungen abhängig von der Frage nach der Behandlungserfahrung und wie bereits dargestellt, wurde diese Frage von einigen Befragten missverstanden. Bei einigen Fallbeschreibungen muss davon ausgegangen werden, dass in den Fallbeschreibungen Behandlungen von Klient_innen beschrieben wurden, bei welchen nicht die Umwandlung der homosexuellen Gefühle das Ziel war, sondern die Akzeptanz der selbigen. Die in den Fallbeschreibungen genannten Gründe und angewandten Therapieformen können im Sinne von Behandlungen von Klient_innen, welche von ihren homosexuellen Gefühlen beunruhigt waren interpretiert werden. Inwieweit die beschriebenen Gründe als Gründe für das Aufsuchen von sogenannten Konversionstherapien verstanden werden können, ist fraglich.

All die Gründe, die laut Therapeut_innen für das Aufsuchen von Therapien vonseiten der Klient_innen relevant gewesen seien, wurden zwecks Übersichtlichkeit in zwei Gruppen zusammengefasst, nämlich „Innerpsychische Probleme“ und „Probleme im Sozialleben“ . Eine klare Trennung in interne und externe Faktoren, wie sie sich in dieser Benennung andeutet, ist sicherlich schwierig und ließ sich in dieser Trennschärfe nicht halten. Dennoch erscheinen mir die Kategorien als passend, weil sie gut zusammenfassen, worum es zumeist ging. Es sei aber darauf hingewiesen, dass meist eine gegenseitige Bedingtheit der Faktoren zu beobachten war. So wurde beispielsweise *Depression aufgrund Versteckspiel* als Grund beschrieben. Hier deutet sich an, was ich mit gegenseitiger Bedingtheit meine und worauf ich auch schon an anderen Stellen hingewiesen habe: Das innerpsychische Befinden lässt sich nicht einfach vom sozialen Umfeld loslösen.

Die Thematiken der genannten Gründe weisen Parallelen zu dem auf, was Rauchfleisch (2001, S. 76) als typische Problemstellungen eines „Coming Out“ bezeichnet. Rauchfleisch (2001, S. 76) beschreibt den Entwicklungsprozess des Coming Out als einen zirkulären Prozess, in welchem zwei verschiedene Dimensionen sich gegenseitig bedingten, dies seien „auf der einen Seite der *innerpsychische Vorgang*, nämlich das Gewahrwerden und die schließliche Gewißheit, lesbisch, schwul oder bisexuell und nicht heterosexuell zu sein, und auf der anderen Seite eine *soziale Dimension*, bei der es um den Weg geht, sich entsprechend der sexuellen Orientierung zunehmend auch in der Öffentlichkeit zu präsentieren und einen eigenen Lebensstil zu finden“. Der in meiner Studie in 17% der Fällen genannte Grund „Unsicherheit bzgl. der sexuellen Orientierung/Identität“ lässt sich gut anschließen an das, was Rauchfleisch als „*innerpsychischen Vorgang“* (Rauchfleisch, 2001, S. 76) beim Coming Out bezeichnet. Demgegenüber können die beschriebenen Begründungen der Befragten, welche in der Kategorie „Schwierigkeiten im Umgang mit dem homosexuellen Begehren“ zusammengefasst wurden, an Rauchfleischs (2001, S. 76) „*soziale Dimension“* des Coming Out andocken.

Psychotherapeut_innen sollten (z.B. Kohn & Göth, 2014), um angemessen auf Menschen mit Unsicherheiten hinsichtlich ihrer sexuellen Orientierung reagieren zu können, sensibel sein für verschiedene Prozesse und Dimensionen, die an solchen Unsicherheiten beteiligt sein können. Besitzen sie hierbei keinerlei Erfahrung, sollte die_der Klient_in an Kolleg_innen mit entsprechender Erfahrung in diesem Bereich vermittelt werden.

Was aber auch aus den genannten Gründen, warum Klient_innen im Zusammenhang mit ihrer Homosexualität therapeutische Hilfe beanspruchen, hervorgeht, ist, wie mir scheint, recht offensichtlich. Nämlich dass die jeweiligen Probleme, die den Klient_innen vonseiten der befragten Therapeut_innen zugeordnet wurden, weitgehend mit bestehenden Diagnosekategorien des ICD-10 erfasst werden könn(t)en (z.B. Depression). Die Kategorie der ichdystonen Sexualorientierung scheint hier überflüssig. Auch der öfters genannte Grund der „Unsicherheit bzgl. der sexuellen Orientierung/Identität“ lässt sich nicht durch die ichdystonen Sexualorientierung erfassen, da diese durch die Eindeutigkeit der sexuellen Ausrichtung definiert wird (WHO, 2013).

An dieser Stelle muss auch erwähnt werden, dass in meiner Studie kein einziges Mal als Grund für die Inanspruchnahme der Hilfe, der Wunsch nach der Veränderung der homosexuellen Gefühle genannt wurde.

Die Ergebnisse meiner Studie stützen somit die Forderung der AG der WHO in der revidierten

Version des ICD-10 diese Kategorie zu streichen (Cochran et al., 2014).

4.3 Methodische Kritik: Stärken und Schwächen der Studie

Die Ergebnisse meiner Studie zeigen, dass 15% der befragten Psychotherapeut_innen angaben, Erfahrung in der Umwandlung homosexueller Gefühle ihrer Klient_innen zu haben. Die Generalisierbarkeit dieses Ergebnisses ist fraglich, zumal Validität und Reliabilität der Frage zumindest nicht uneingeschränkt angenommen werden können: So sehe ich zunächst dadurch ein Problem, dass nach Erfahrungen aus der Vergangenheit gefragt wird. Hierdurch kann eine Verzerrung der Messgenauigkeit durch das Erinnerungsvermögen der Therapeut_innen angenommen werden. Außerdem kann „soziale Erwünschtheit“ zu einer Verfälschung des Antwortverhaltens geführt haben, da besagte Behandlungen zumindest als „umstritten“ gelten (APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation, 2009). Die Triangulation der Ergebnisse mit den offenen Antworten zeigt außerdem, wie unter Kapitel 3.2.3 ausgeführt, dass die Frage nach der Erfahrung in der Behandlung offensichtlich auf zwei unterschiedliche Arten verstanden wurde. Auch hier könnte ein Zusammenhang mit sozialer Erwünschtheit angenommen werden: Während soziale Erwünschtheit, wie erläutert, dazu beigetragen haben könnte, dass die gefundenen Ergebnisse die tatsächliche Häufigkeit von sogenannten Konversionsbehandlungen unterschätzen, könnte soziale Erwünschtheit hier bereits im Zusammenhang mit dem Verständnis der Frage eine Rolle gespielt haben, was für eine Überschätzung der tatsächlichen Häufigkeiten solcher Behandlungen sprechen würde (vgl. Kapitel 4.2). Da es sich bei den von mir vorgegebenen Fragen um Übersetzungen der Versionen von Bartlett et.al (2009) handelt, irritiert es, dass in der Originalstudie von einer derartigen Beobachtung (d.h. eines Missverstehens) nicht berichtet wird.

Ein weiterer Hinweis, der eine problematische Auswirkung auf die Validität haben könnte, ist der nicht vorhandene Zusammenhang zwischen der Einstellung und der Erfahrung der Befragten (vgl. Kapitel 4.2).

Die Formulierungen weisen über den gesamten Fragebogen hinweg eine hohe Komplexität auf. Dies mag einerseits problematisch sein, da sowohl Konzentration, als auch sehr gute Deutschkenntnisse vonnöten sind, um den Fragebogen beantworten zu können. Andererseits sind diese komplexen Formulierungen (etwa die Verwendung des Konjunktivs) aber dem explorativen Erkenntnisgewinn und dem Ziel der Ehrlichkeit der Antworten v.a im Hinblick auf die soziale Erwünschtheit durchaus dienlich. Die Ergebnisse zeigen, dass dieses Ziel erreicht werden konnte,

denn die Antworten spiegeln sehr heterogene Meinungen und Erfahrungen der Therapeut_innen wieder. Auch dadurch, dass der Fragebogen teilweise offene Antwortformate bietet, konnte eine Vielfalt an Antworten und damit unterschiedlichen Perspektiven und Sichtweisen gesammelt werden. Offene Antworten ermöglicht der Fragebogen zu folgenden Themenkomplexen: den von den Befragten beschriebenen möglichen Vorgehensweisen mit Klient_innen, welche die Bitte einer Veränderung ihrer homosexuellen Gefühle äußern; den Gründen und Umständen, die für oder gegen eine solche Behandlungsmöglichkeit sprechen; den Gründen, die vonseiten der Klient_innen genannt worden seien.

Die offenen Antworten wurden im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) mittels der Methode der induktiven Kategorienbildung zusammengefasst. Dieses Vorgehen ermöglicht eine gegenstandsnahe Abbildung der Ergebnisse (Mayring, 2010), was dem Verständnis der Thematik sicherlich dienlich ist. Leider war mir im vorliegenden Rahmen allerdings keine strenge Überprüfung der Voraussetzung der Objektivität, wie sie im Sinne einer quantitativen Analyse verstanden wird, möglich. Die Kategorienbildung wurde von mir aber mit Kolleg_innen besprochen und teilweise auch gemeinsam erarbeitet, sodass immerhin verschiedene Einschätzungen einfließen konnten.

Durch die Kombination quantitativer Verfahren mit qualitativen Verfahren im Sinne der Mixed-Methods-Forschung war einerseits eine Überprüfung der quantitativen Ergebnisse auf inhaltliches Verständnis (Triangulation) und andererseits eine Ergänzung der Ergebnisse (Komplementarität) möglich (Kuckartz, 2014). Meine Studie bietet daher einen guten Überblick über die Einstellung und Erfahrungen von Psychotherapeut_innen bzgl. der „Umwandlung von Homosexualität“ und zeigt die Komplexität und Vielfalt der Thematik auf. Außerdem weist meine Studie auch auf Schwierigkeiten hin, die bei der Erforschung dieser Thematik auftreten können; hier können künftige Arbeiten, so hoffe ich, konstruktiv anknüpfen.

4.4 Forschungsausblick

Es konnte gezeigt werden, dass es österreichische Psychotherapeut_innen gibt, die innerhalb der letzten 15 Jahre Behandlungen zur Umwandlung homosexueller Gefühle durchgeführt haben. Auch die Meinung, dass es die Möglichkeit einer solchen Behandlung unter bestimmten Umständen geben sollte, scheint verbreitet. Wie ich mehrfach betont habe, ist dies nicht nur grundsätzlich empörend, sondern auch in Anbetracht dessen irritierend, dass der hegemoniale Diskurs (etwa die WHO) Homosexualität seit über 20 Jahren nicht mehr als psychische Störung

klassifiziert (WHO, 2013). Auch der Weltärztebund sieht solche Behandlungen als ethisch nicht vertretbar an (WMA, 2013). Weitere Forschungen bzw. politische Schritte sind unbedingt notwendig, um den Schutz von Personen zu gewährleisten und der Diskreditierung und Diskriminierung von Homosexualität entgegenzuwirken.

In meiner Studie zeigte sich, dass „soziale Erwünschtheit“ möglicherweise einen Einfluss auf das Antwortverhalten hatte. Für weitere Studien sollte ein Augenmerk auf die Konstruktion der Erhebungsinstrumente und die Erfassung möglicher „Biase“ gelegt werden.

Der explorativen Erforschung der Thematik meiner Studie könnten weitere spezifische Erhebungen folgen, so z.B. eine detaillierte Erforschung der Einstellungen der Psychotherapeut_innen zu einer Möglichkeit der Behandlung. Hier könnten etwa Begründungen, wie ich sie im Zuge meiner Studie gesammelt haben, auf deren Ambivalenzen und Konstruktionen hin befragt werden.

Auch eine genaue Analyse der Komplexität des Begriffs der „Entscheidungsfreiheit“, in meiner Studie die häufigste Begründung für eine Behandlungsmöglichkeit im Sinne einer Umwandlung homosexueller Gefühle, wäre sinnvoll. Diese Analyse könnte beispielsweise durch strukturierte Expert_inneninterviews elaboriert werden.

Insgesamt haben sich in meiner Studie einige komplexe Nuancen angedeutet und es wäre spannend, diesen nachzugehen. Für ein solches Forschungsvorhaben würden sich, so meine ich, sensible qualitative Methoden gut eignen.

Verhaltenstherapeut_innen könnten, wie sich in den Daten meiner Studie andeutet, häufiger Erfahrungen in der Veränderung homosexueller Gefühle haben als Therapeut_innen mit einer anderen methodischen Orientierung. Deshalb könnte eine Erhebung dieser Stichprobe aufschlussreich sein.

Neben der Erhebung der behandelnden Personengruppen sollte unbedingt auch die Befragung von Klient_innen zu ihren Erfahrungen und Einstellungen bzgl. der Umwandlung von Homosexualität bedacht werden. Wenn die Elaboration der Gründen für die Inanspruchnahme einer Behandlung oder die durchgeführten Therapien Ziel einer Forschung sind, ist eine Befragung auch der Klient_innen wichtig, um einer Hierarchiebildung entgegenzuwirken und die Ansichten der Klient_innen genauso ernst zu nehmen wie die der Therapeut_innen.

Aber das potentielle Forschungsfeld zu der Thematik der „Umwandlung von Homosexualität“ geht noch weiter, denn die Ergebnisse meiner Studie zeigen, dass Personen von ihren homosexuellen Gefühlen beunruhigt sein können und zwar in einem solchem Ausmaß, dass sie

eine Therapie aufsuchen. Dies führt zu der logischen Schlussfolgerung, dass eine vorurteilsfreie gesellschaftliche Akzeptanz noch nicht ausreichend gegeben ist. Von dieser fehlenden Akzeptanz können auch die Einstellungen der Personen, die im psychischen Gesundheitssystem tätig sind, nicht unbeeinflusst bleiben.

Im Hinblick auf den Schaden, welche therapeutische Umwandlungsversuche verursachen können (APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation, 2009) und der nicht gegebenen ethischen Legitimation solcher Behandlungen, ist eine Aufklärung bzw. eine Vermittlung dieses Wissens innerhalb der Ausbildungsstätten für Psychotherapie unbedingt anzustreben.

Literaturverzeichnis

American Psychological Association, Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. (2009). *Report of the APA Task Force on appropriate therapeutic responses to sexual orientation*. Abgerufen am 30.10.2015 unter https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf

Bartlett, A., Smith, G., & King, M. (2009). The response of mental health professionals to clients seeking help to change or redirect same-sex sexual orientation. *BMC Psychiatry, 9,* 11. doi:10.1186/1471-244X-9-11

Beck, V., Lazar, M., Walter-Rosenheimer, B., Dörner, K., Gehring, K., Hönlinger, ... die Fraktion Bündnis 90/die Grünen. (2013, März 20). *Gesetzentwurf: Entwurf eines Gesetzes zur Ahndung von Therapien mit dem Ziel der Änderung der sexuellen Orientierung bei Minderjährigen*. Abgerufen am 30.10.2015 unter http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/128/1712849.pdf

Blasel, P. (19. November 2014). *Gender Mainstreaming – eine Herausforderung für Familie und Gesellschaft.* Abgerufen am 31.10.2015 unter http://www.kloster-mariawald.de/view.php?nid=412

Blei, B. (16. Dezember 2013). Homo-Therapie im Namen des Herrn. *Der Standard.* Abgerufen am 30.10.2015 unter http://derstandard.at

Brand, M., & Laier, C., (2014). Neurobiologie der Homosexualität. In A. Stirn, R. Stark, K. Tabbert, S. Wehrum-Osinsky & S. Oddo (Hrsg.), *Sexualität, Körper und Neurobiologie: Grundlagen und Störungsbilder im interdisziplinären Fokus* (S. 179-189). Stuttgart: Kohlhammer.

Bremer, Jörg. (3. Oktober 2015). Erste Vatikan-Mitarbeiter outet sich. *Frankfurter Allgemeine.* Abgerufen am 30.10.2015 unter http://www.faz.net

Bundesärztekammer (30. Mai 2014). *Ärztetag lehnt Pathologisierung von Homosexualität ab.* Abgerufen am 30.10.2015 unter http://www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/aerztetag-lehnt-pathologisierung-von-homosexualitaet-ab/

Bundesministerium für Gesundheit. (2005*). Diagnostik-Leitlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: Begriffsklärungen und Leitlinien zur psychotherapeutischen Diagnostik.* Abgerufen am 30.10.2015 unter http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/7/0/5/CH1002/CMS1415709133783/diagnosti

k-
leitlinie_fuer_psychotherapeutinnen_und_psychotherapeuten_formatiert_fuer_homepage.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2012). *Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.* Abgerufen am 30.10.2015 unter http://www.sfu.ac.at/data/berufskodex_fuer_psychotherapeutinnen.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (n. d.). *PsychotherapeutInnenliste*. Abgerufen am 29.10.2015 unter http://psychotherapie.ehealth.gv.at/

Butler, J. (2003). *Das Unbehagen der Geschlechter*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Cochran, S. D., Drescher, J., Kismödi, E., García-Moreno, C., Atalla, E., Marais, A ... Reed, G. F. (2014). Proposed declassification of desease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). *Bull World Health Organ, 92*, 672-679. doi:10.2471/BLT.14.135541

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (1997). *ICD-9 Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen: 9. Revision*. Abgerufen am 30.10.2015 unter https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/historie/icd-vorgaenger/icd-9/icd- 9-kap.htm

Dickson, N., van Roode, T., Camerson, C., & Paul, C. (2013). Stability and change in same-sex attraction, experience, and identity by sex and age in a New Zealand birth cohort. *Archives of Sexual Behavior, 42,* 753–763. doi:10.1007/s10508-012-0063-z

Fiedler, P. (2004). *Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung: Heterosexualität-Homosexualität-Transgenderismus und Paraphilien-sexueller Missbrauch-sexuelle Gewalt.* Weinheim: Beltz.

Freud, S. (1920). Über die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, VI (1)*, 1-24.

Göth, M., & Kohn, R., (2014). *Sexuelle Orientierung in Psychotherapie und Beratung.* Berlin: Springer.

Janet, V. (8. April 2015). *Response to your petition on conversion therapy [official White House response to enact Leelah`s Lax to ban all LGBTQ+ conversion therap]*. Abgerufen am 30.10.2015 unter https://petitions.whitehouse.gov/response/response-your-petition-conversion-therapy

Jürgens, E. (2014). Regenbogenfamilien und lesbisch/schwule Jugendliche in Beratung und Psychotherapie. *Verhaltenstherapie mit Kindern & Jugendlichen, 10*, 95-98.

Katz-Wise, S. L., & Hyde, J. S. (2015). Sexual fluidity and related attitudes and beliefs among young adults with a same-gender orientation. *Archives of Sexual Behavior, 44*, 1459-1470. doi:10.1007/s10508-014-0420-1

Kuckartz, U. (2014). *Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Wiesbaden: Springer.

Lurija, A. R. (1986). *Die historische Bedingtheit individueller Erkenntnisprozesse*. Weinheim: Wiley-VCH.

Magistratabteilung 17. (2015). *Leitlinien der Wiener Integrations-und Diveritätspolitik*. Abgerufen am 30.10.2015 unter https://www.wien.gv.at/menschen/integration/grundlagen/integrationsleitlinien.html

Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken.* Weinheim: Beltz.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129*, 674–697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674

Mildenberger, F. (2002). Learned patterns of behaviour: Die Anstrengung der Psychologie zur Heilung sexueller Deviationen (1950-1975). *Psychologie und Geschichte, 10 (1)*, 114-140.

National Association for Research and Therapy of Homosexuality Institute. (n.d.). *Praxisrichtlinien für die Behandlung von unerwünschten gleichgeschlechtlichen Neigungen und Verhalten*. Abgerufen am 29.10.2015 unter http://www.narth.com/#! about3/c1k2y

Nicolosi, J. (n.d.). *Biographical information*. Abgerufen am 29.10.2015 unter http://www.josephnicolosi.com/resume/

Porsch, H. (2008). Sexualmoralische Verstehensbedingungen: *Gleichgeschlechtliche PartnerInnenschaften im Diskurs*. Stuttgart: Kohlhammer.

Rauchfleisch, U. (2001). *Schwule, Lesben, Bisexuelle: Lebensweisen, Vorurteile, Einsichten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Rus, H. (n.d.). *Argumente-Gegenargumente: Missbrauch des Katalogs der Krankheiten (ICD)*. Zugriff am 29.10.2015 unter http://www.mission-aufklaerung.de/umpolungsproblematik/argumenten-gegenargumente.html

Sand, S. (2015). Coming out, being out: Reconciling loss and hatred in becoming whole. *Psychoanalysis, Culture & Society, 20*, 250-266. doi:10.1057/pcs.2014.18

Sigusch, V. (2011). *Auf der Suche nach der sexuellen Freiheit: Über Sexualforschung und Politik.* Frankfurt: Campus.

Spitzer, R. L. (2003) Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Archives of Sexual Behavior, 32*, 403-417. doi:10.1023/A:1025647527010

Stark, M. (19. Januar 2015). Café wirft Frauen nach Kuss raus. *Süddeutsche Zeitung.* Abgerufen am 30.10.2015 unter http://www.sueddeutsche.de

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.* Lengerich: Pabst.

Vonholdt, C. R. (2014). *Was sind Reorientierungstherapien? Eine kurze Erklärung zentraler Begriffe im Zusammenhang mit Therapiemöglichkeiten von ichdystoner Homosexualität*. Abgerufen am 29.10.2015 unter http://www.dijg.de/homosexualitaet/reorientierungstherapien-erklaerung-begriffe/

Voss, H. J. (2014). Homosexualität in den Naturwissenschaften. In F. Mildenberger, J. Evans, R. Lautmann & J. Pastötter (Hrsg.), *Was ist Homosexualität? Forschungsgeschichte, gesellschaftliche Entwicklungen und Perspektiven* (S. 345-374). Hamburg: Männerschwarm.

Wikipedia. (23 Oktober 2015), *Homosexualität*. Abgerufen am 29.10.2015 unter https://de.wikipedia.org/wiki/Homosexualit%C3%A4t

Wolf, G. (2006). Diskriminierung und Gewalt gegen Lesben, Schwule und Bisexuelle im medizinischen und psychotherapeutischen Setting. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 38*, 591-601.

Wolf, G. (November 2013). *Konversionsbehandlungen*. Abgerufen am 30.10.2015 unter http://www.vlsp.de/system/files/konversionsbehandlungen_0.pdf

World Health Organisation. (2013). *Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)*. Abgerufen am 30.10.2015 unter http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/block-f60-f69.htm

World Medical Association. (2013, Oktober). *WMA statement on natural variations of human sexuality*. Abgerufen am 29.10.2015 unter http://www.wma.net/en/30publications/10policies/s13/index.html

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 24
Tabelle 2 29
Tabelle 3 30
Tabelle 4 34
Tabelle 5 35
Tabelle 6 44
Tabelle 7 45
Tabelle 8 48
Tabelle 9 50

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 *Prozessmodell induktiver Kategorienbildung (adaptiert nach Mayring, 2010, S. 84)* 26

Abbildung 2 *Mehrfachnennungen von Begründungen und Umständen für oder gegen eine Behandlungsmöglichkeit innerhalb der Antworten (N = 33)* 37

Anhänge

Anhang 1: Fragebogen von Bartlett et al. (2009)

Questionnaire

PLEASE READ CAREFULLY THE QUESTIONS BELOW. ANSWER THOSE THAT ARE RELEVANT TO YOU IN THE BOXES NEXT TO THE QUESTIONS:

QUESTIONS ABOUT YOU:

1) AGE ☐ MALE ☐ FEMALE ☐

2) How would you best describe your profession? (For example, counsellor, clinical psychologist etc.)

☐

3) Please briefly describe the main thrust of your work

☐

4) How many years have you been in practice? ☐

THE FOLLOWING QUESTIONS ARE ABOUT CLIENTS/PATIENTS THAT MAY HAVE COME TO YOU TO SEEK HELP IN CHANGING OR REDIRECTING THEIR HOMOSEXUAL OR LESBIAN FEELINGS:

5) What would you do about if a client/patient asked for help to change or redirect their homosexual or lesbian feelings?

a) Assist them to accept their sexuality ☐

b) Assist them or give them treatment to change their sexuality ☐

c) Refer them to another colleague who has more experience of assisting men and women to accept themselves as they are ☐

d) Refer them to a colleague who may help them change or redirect their homosexual or lesbian feelings ☐

e) Assist them to gain more effective control of their sexual feelings with a view to reducing personal and/or social difficulties ☐

f) Other ☐

6) Have you ever helped clients/patients who have been concerned about homosexual or lesbian feelings to reduce or change them?

Yes ☐ **No** ☐

If No, thank you for your time. Now please return the questionnaire in the SAE provided. If Yes, please go to question 7 on the following page.

7) In the table below please fill in the details of client/patient(s) you have seen wanting to change or re direct their homosexual or lesbian feelings.*

CLIENT/PATIENT DETAILS	Age and Sex of client/ patient	Referral Route	Approx. Year of Treatment (s)	Reasons for seeking help	Types of Treatment(s) used	NHS or Private client/patient	How long did you follow them up for?
Example Patient 1	23 Female	GP	1965	Confusion over sexuality	Electric shock aversion therapy	NHS	6 months
2							
3							
4							
5							
6							

** Please photo-copy if you need to continue beyond 5 clients/patients.*

THE QUESTIONS BELOW ARE ABOUT YOUR FEELINGS AROUND THE ISSUE OF CHANGING OR REDIRECTING HOMOSEXUAL OR LESBIAN FEELINGS.

8a) Given the extent of knowledge about homosexuality and treatments available to change or redirect homosexual or lesbian feelings, are there any circumstances where people should have the opportunity to reduce or redirect their homosexual or lesbian feelings?

Yes ☐ No ☐

8b) Why do you feel this? (Please state briefly your feelings about this in the box below)

8c) How strongly do you feel about it?

9) Please write in the box below any additional comments that you would like to make about the issues covered in this questionnaire.

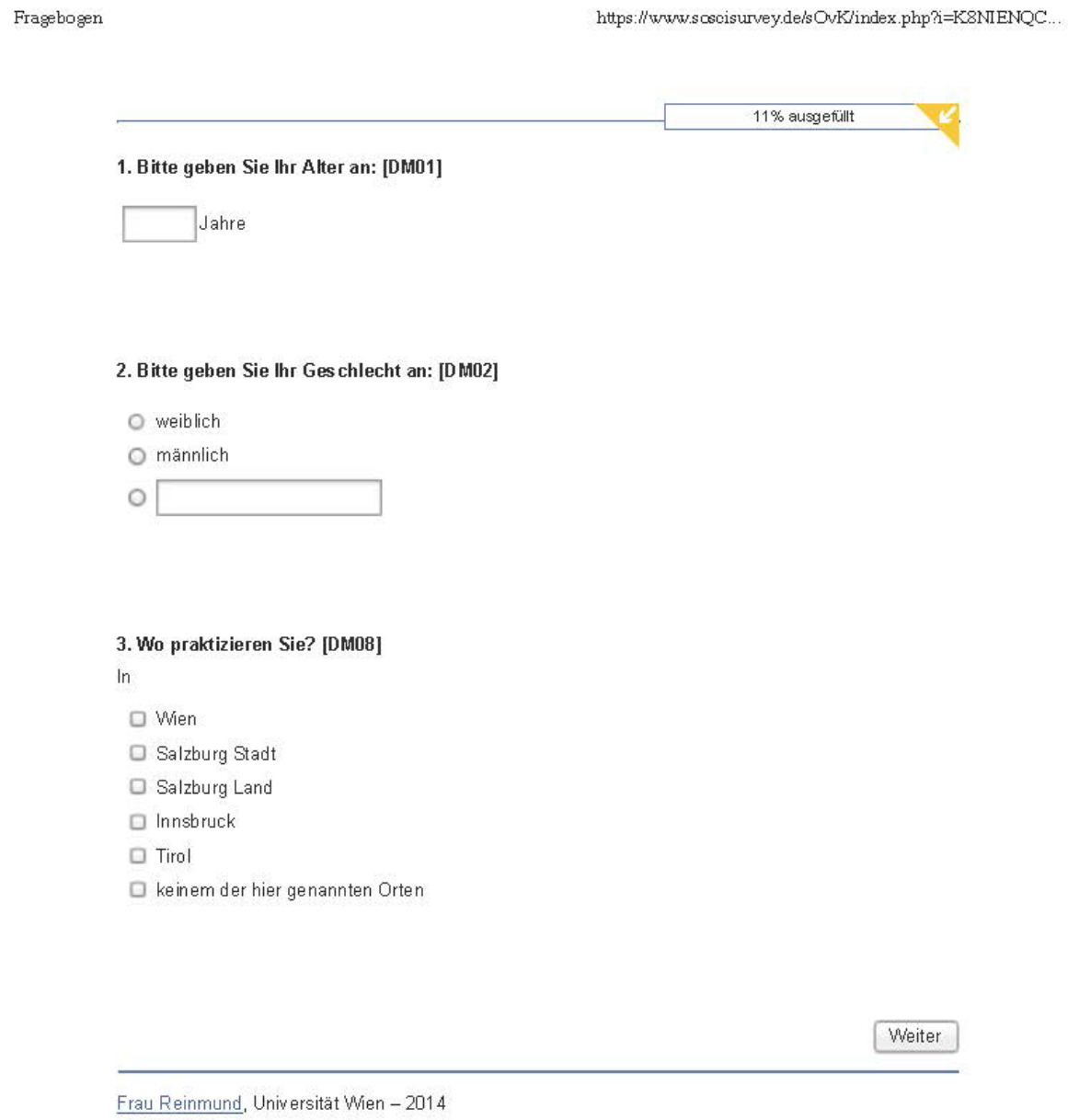
THANK YOU VERY MUCH FOR COMPLETING THIS QUESTIONNAIRE

PLEASE CHECK THAT YOU HAVE ANSWERED ALL OF THE QUESTIONS RELEVANT TO YOU. ***Please place the questionnaire in the Stamped addressed envelope provided and send it back to: Dr Glenn Smith, Department of Psychiatry, The Royal Free Hospital, Pond St, Hampstead, London NW3 1YD. Thank You.***

Anhang 2: Eigener Fragebogen

Seite 1 des Fragebogens

Seite 2 des Fragebogens



Fragebogen https://www.soscisurvey.de/sOvK/index.php?i=K8NIENQC...

11% ausgefüllt

1. Bitte geben Sie Ihr Alter an: [DM01]

Jahre

2. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an: [DM02]

- weiblich
- männlich

3. Wo praktizieren Sie? [DM08]

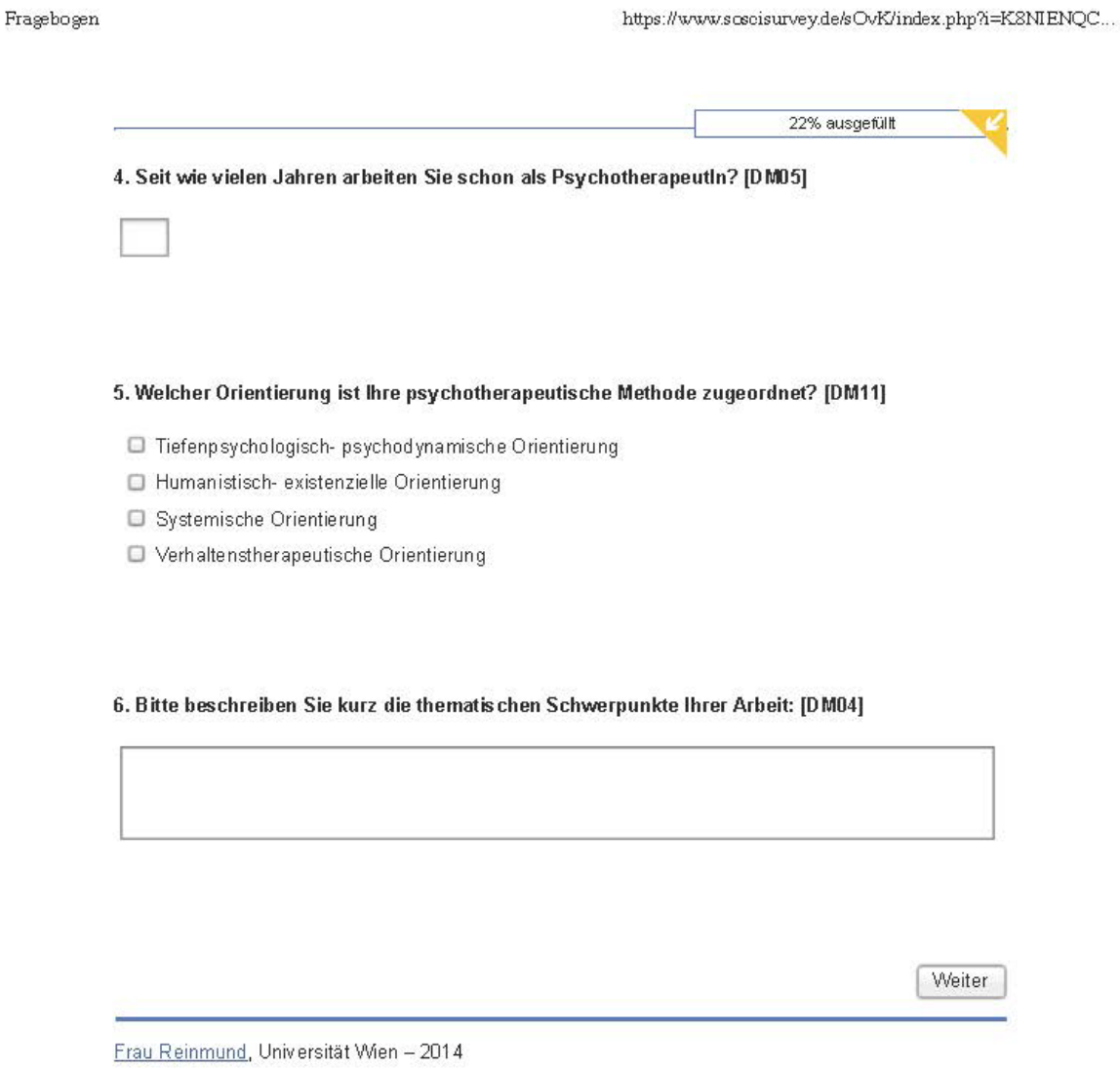
In

- Wien
- Salzburg Stadt
- Salzburg Land
- Innsbruck
- Tirol
- keinem der hier genannten Orten

Weiter

Frau Reinmund, Universität Wien – 2014

Seite 3 des Fragebogens



Seite 4 des Fragebogens

33% ausgefüllt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Situationen, in denen Sie von KlientInnen um Hilfe gebeten werden, ihre homosexuellen Gefühle zu ändern oder umzulenken. Solche Situationen haben Sie vielleicht real erlebt. Falls nicht, stellen Sie sich bitte vor, wie Sie sich verhalten würden.

1. Was würden Sie tun, wenn ein/e KlientIn / PatientIn Sie um Hilfe bittet, seine/ihre homosexuellen Gefühle zu verändern oder umzulenken?

- ☐ Sie/ihn dabei unterstützen, die eigene Sexualität zu akzeptieren
- ☐ Sie/ihn darin unterstützen bzw. sie/ihn dahingehend behandeln, die eigene Sexualität zu ändern
- ☐ Sie/ihn an einen Kollegen/eine Kollegin überweisen, welche/r mehr Erfahrung darin hat, Personen dabei zu unterstützen, sich selbst so zu akzeptieren wie sie sind
- ☐ Sie/ihn an einen Kollegen/eine Kollegin überweisen, welche/r möglicherweise besser dabei helfen kann, homosexuelle Neigungen zu verändern oder umzulenken
- ☐ weitere Möglichkeiten:

2. Haben Sie schon einmal KlientInnen/PatientInnen, die von ihren homosexuellen Gefühlen beunruhigt waren, geholfen, diese homosexuellen Gefühle zu verändern oder umzulenken?

- ○ Ja
- ○ Nein

Weiter

Seite 5 des Fragebogens

44% ausgefüllt

Bitte tragen Sie hier Informationen zu den behandelten KlientInnen/ PatientInnen ein. Zur Orientierung findet sich zunächst ein Beispiel. Anschließend können Sie bis zu 5 eigene Fälle beschreiben.

9. Beispielperson: [TT01]

Alter und Geschlecht der Person	23, weiblich
Behandlungsjahr (ungefähr)	2005
Gründe für die Inanspruchnahme der Hilfe	Verwirrtheit bezüglich der eigenen Sexualität
angewandte Behandlungsarten	Rational- emotive Therapie
Dauer der Betreuung (ungefähr)	6 Monate

10. Person 1: [TT02]

Alter und Geschlecht der Person	
Behandlungsjahr (ungefähr)	
Gründe für die Inanspruchnahme der Hilfe	
Angewandte Behandlungsarten	
Dauer der Betreuung (ungefähr)	

Weiter

Seite 6 des Fragebogens

55% ausgefüllt

11. Person 2: [TT03]

Alter und Geschlecht der Person	
Behandlungsjahr (ungefähr)	
Gründe für die Inanspruchnahme der Hilfe	
Angewandte Behandlungsarten	
Dauer der Betreuung (ungefähr)	

12. Person 3: [TT04]

Alter und Geschlecht der Person	
Behandlungsjahr (ungefähr)	
Gründe für die Inanspruchnahme der Hilfe	
Angewandte Behandlungsarten	
Dauer der Betreuung (ungefähr)	

Weiter

Seite 7 des Fragebogens

66% ausgefüllt

13. Person 4: [TT05]

Alter und Geschlecht der Person	
Behandlungsjahr (ungefähr)	
Gründe für die Inanspruchnahme der Hilfe	
Angewandte Behandlungsarten	
Dauer der Betreuung (ungefähr)	

14. Person 5: [TT06]

Alter und Geschlecht der Person	
Behandlungsjahr (ungefähr)	
Gründe für die Inanspruchnahme der Hilfe	
Angewandte Behandlungsarten	
Dauer der Betreuung (ungefähr)	

Weiter

Seite 8 des Fragebogens

77% ausgefüllt

Folgende Fragen beziehen sich auf Ihre Meinung bezüglich des Themas der Veränderung oder Umlenkung homosexueller Gefühle:

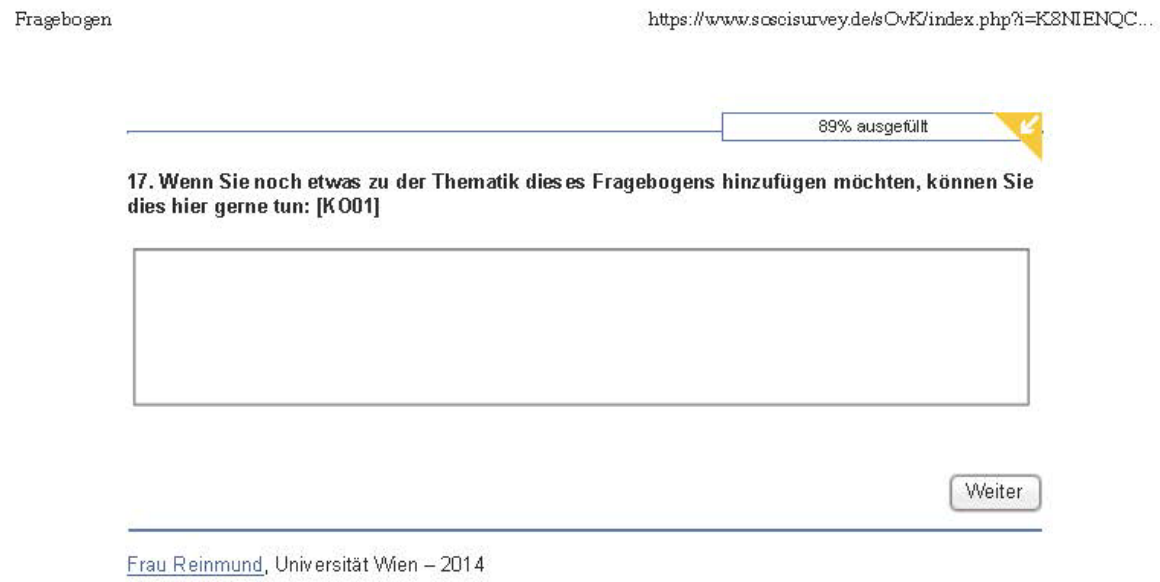
15. Gibt es, bei gegebener Kenntnis über Homosexualität und Behandlungsmethoden zur Veränderung homosexueller Gefühle, bestimmte Umstände, unter welchen Menschen die Möglichkeit haben sollten, ihre homosexuellen Gefühle zu reduzieren oder umzulenken? [BM03]

- ○ Ja
- ○ Nein

16. Bitte beschreiben Sie kurz, warum Sie oben genannter Meinung sind: [BM02]

Weiter

Seite 9 des Fragebogens



Seite 10 des Fragebogens

Abstract

Einleitung: Seit 1992 gilt Homosexualität laut dem ICD-10 nicht mehr als „Krankheit“. Trotzdem stellen Menschen, die nicht gemäß der heterosexuellen Norm leben, nach wie vor eine diskriminierte Minderheit da, wodurch ein Wunsch nach einer Anpassung an diese Norm durch das Aufsuchen einer Psychotherapie entstehen kann.

Methode: Im Rahmen einer Online-Befragung wurden Psychotherapeut_innen aus Wien, Tirol und Salzburg zu ihrer Einstellung und Erfahrung bezüglich Konversiontherapien befragt. Von insgesamt 5059 Psychotherapeut_innen wurden 445 (9%) vorab telefonisch zu einer Teilnahme aufgefordert. Im Sinne der Mixed-Methods beinhaltete der Fragebogen geschlossene und offene Fragen und die Möglichkeit, bis zu fünf Fälle durchgeführter Konversionstherapien zu beschreiben.

Ergebnisse: Die Rücklaufquote betrug 44%. Insgesamt 196 Fragebögen (4% der Population) wurden ausgewertet und 26% der befragten Psychotherapeut_innen gaben an, es gebe bestimmte Umstände, unter welchen Klient_innen die Möglichkeit haben sollten ihre homosexuellen Gefühle umzulenken. Als häufigstes Argument für eine solche Möglichkeit wurde die Entscheidungsfreiheit der Klient_innen genannt, weitere Argumente waren Leidensdruck, Pädophilie oder die Phase der Pubertät. Gegen eine Möglichkeit der Konversionsbehandlung sprachen sich 59% der Befragten aus und begründeten ihre Antwort damit, dass Homosexualität nicht pathologisch, sondern ein Teil der Identität sei, oder dass eine Umwandlung von Homosexualität nicht möglich oder ethisch nicht vertretbar sei. Direkt gefragt, was sie tun würden, wenn ein_e Klient_in um die Umwandlung ihrer_seiner homosexuellen Gefühle bitte würden, befürworteten nur drei Prozent der Therapeut_innen eine Behandlung mit dem Ziel einer Umwandlung der Gefühle. Für eine Behandlung mit dem Ziel der Akzeptanz der sexuellen Gefühle stimmten 82%. Die Frage nach der Erfahrung wurde von 152 Psychotherapeut_innen beantwortet. Es gaben 15% an, schon einmal geholfen zu haben, homosexuelle Gefühle einer_eines Klient_in zu verändern oder umzulenken. Es wurden 65 Fälle beschrieben und als Gründe für die Hilfesuche der Klient_innen wurden sowohl innerpsychische Probleme (z.B. Depression oder Unsicherheit bezüglich der sexuellen

Orientierung) als auch Probleme im Sozialleben (z.B. Inkongruenz zwischen homosexuellen Gefühlen und Beziehungen) beschrieben.

Diskussion: Die Ergebnisse legen nahe, dass eine Minderheit österreichischer Psychotherapeut_innen, innerhalb der letzten 16 Jahre Konversionstherapien durchgeführt hat und mehr als ein Viertel der Befragten vertrat die Einstellung, dass es solche Behandlungen geben sollte. In Anbetracht der Schädlichkeit von Konversionstherapien sowie der diskriminierenden und menschenrechtsverletzenden Implikationen solcher Verfahren schockiert dieses Ergebnis. Die Argumentation der Entscheidungsfreiheit der_des Klient_in darf die Erfassung diskriminierender gesellschaftlicher Strukturen nicht ausblenden und Psychotherapeut_innen sollten sich dieser in ihrem Umgang mit Menschen aus marginalisierten Gruppen bewusst sein.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche gekennzeichnet. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Wien, im Oktober 2015

Salonida Reinmund

Lebenslauf

Persönliche Angaben:

Name	Salonida Reinmund
Staatsangehörigkeit	deutsch

Ausbildung:

- 1991-1995 Grundschule Steinebach am Wörthsee
- 1995-1999 Christoph-Probst-Gymnasium Gilching
- 1999-2005 Willi-Graph-Gymnasium München (Abitur)
- Seit März 2006 Studium der Psychologie an der Universität Wien