

Erfahrungen lesbischer Frauen im medizinischen/ psychologischen/ psycho-“therapeutischen“¹ System

(Gisela Wolf)

Diskriminierungen und Gewalt gegen Lesben im medizinischen/ psychologischen/psycho-“therapeutischen“ System

„Eine Hauptabsicht psychiatrischer Diagnostik besteht in dem Versuch, die Menschen zu kontrollieren, vor denen sich die Gesellschaft fürchtet.“

(Silverstein 1991, S. 103, übersetzt von G. W.)

Der medizinisch-psychotherapeutische Bereich gehört in unserer Kultur zu den gesellschaftlichen Bereichen, in denen traditionell die entscheidenden Positionen von Männern besetzt wurden. Von Medizinerinnen und Psychologinnen sind zahlreiche Sichtweisen und Praktiken ausgegangen, die Frauen pathologisieren und in ihrer unterprivilegierten gesellschaftlichen Rolle festhalten sollen (VanScoy 1997). Auch heute noch sind Frauen in hohen akademischen medizinischen Positionen deutlich unterrepräsentiert (vergl. Statistisches Bundesamt 1998). In aktuellen fachbezogenen Lehrbüchern finden sich noch zahlreiche Ausführungen, durch die Frauen von Medizinerinnen und Psychologinnen abgewertet werden.

Medizin und Psychologie spielen auch eine unrühmliche Rolle in der Geschichte und den aktuellen Erfahrungen von Lesben. Steffens und Ise (2000) beschreiben die wissenschaftliche Psychologie als

„(...) eine der sozialen Institutionen, die systematisch die Unterdrückung, Diskriminierung und Pathologisierung von Lesben und Schwulen vorangetrieben und unterstützt haben.“

(Steffens & Ise 2000, S. 47)

Von MedizinerInnen und PsychologInnen wurde „Homosexualität“ offiziell bis 1992 im weltweit geltenden Diagnose-System der Weltgesundheitsorganisation (ICD-“International Classification of Diseases“) als „Mental Disorder“ klassifiziert (Rimmler 1998). Forscher bemühten sich, den „Ursachen“ der Homosexualität auf die Spur zu kommen. Ziel dieser Forschungen war implizit oder explizit die Entwicklung von „Therapien“ zur Verhinderung lesbischer/schwuler Entwicklungsprozesse. So kommentierte beispielsweise 1983 der Endokrinologe Dörner seine Untersu-

[1] Ich verwende setze Begriff „Therapie“ im Text in Anführungszeichen, um zu verdeutlichen, dass die Behandlungsmethoden speziell gegenüber lesbischen Mädchen und Frauen nicht etwa therapeutisch (also heilend) sondern vielmehr verletzend wirken.

chungen zu den Auswirkungen von Stress und Hormonveränderungen auf Ratten und Menschen vor ihrer Geburt mit den Worten:

„Aus diesen Daten konnte geschlossen werden (...) dass es in Zukunft zumindest in einigen Fällen möglich sein könnte unnormale Spiegel von Sexualhormonen während der Hirndifferenzierung zu korrigieren, um die Entwicklung von Homosexualität zu verhindern.“

(Dörner 1983, S. 577, übersetzt von G. W.)

Auch andere Wissenschaftler haben mit dem Ziel geforscht, die Entwicklung von Homosexualität durch hormonelle Manipulationen zu verändern, so zum Beispiel der britische Biochemiker Leon Kaplan (Kaplan 1990). Proteste gegen solche hormonellen Umpolungs-„Therapien“ kamen von AktivistInnen aus der lesbisch-schwulen Bewegung. So schrieben Döhner und Hentzelt 1990:

„Dieser dumpfe Denkansatz fügt sich gut in das nur zu bekannte Verhaltensschema, gesellschaftliche Probleme durch die Beseitigung störender Minderheiten zu lösen. Homosexualität ist keine Frage der Hormone, sondern der Demokratie.“

(Döhner & Hentzelt 1990)

In der wissenschaftlichen Welt hingegen scheint sich ein Forscher wie Dörner nicht diskreditiert zu haben. So wurde er 1999 für den „Alternativen Nobelpreis“ nominiert (Wessel 1999). 2002 wurde ihm das Große Bundesverdienstkreuz verliehen (Grau 2002).

Voreingenommen waren und sind auch andere Forschende in diesem Gebiet. Um ihre eigenen diskriminierenden Vorannahmen bestätigt zu sehen, verletzen sie nicht nur die Rechte der Beforschten, sondern darüber hinaus auch elementare Forschungsgrundsätze (Frossard 2000, Rauchfleisch 1994). So arbeitet die pathologisierende „Homosexualitätsforschung“ unter anderem mit verzerrten Stichproben, unzulässigen und unhinterfragten Vorannahmen, es treten von den Forschenden ignorierte Versuchsleitereffekte auf, es werden relevante Faktoren ausgeblendet, untaugliche Rückschlüsse gezogen, Ursache und Wirkung verwechselt und an Einzelpersonen, meist lesbischen und schwulen KlientInnen in einer Psychotherapie, beobachtete Phänomene ungeprüft auf die Gesamtgruppe der Lesben und Schwulen übertragen (Frossard 2000).

Aus den so durchgeführten medizinischen und psychologischen Forschungen wurden und werden Modelle zur „Entstehung“ und Klassifikation von Homosexualität entwickelt. So gilt Homosexualität je nach theoretischer Ausrichtung der Forschenden als gesellschaftliche Bedrohung (Socarides 1997, zitiert in: Bieschke, McClanahan, Tozer, Grzegorek & Park 1999, S. 312), als Sünde, Krankheit, Persönlichkeitsstörung (vergl. Ise & Steffens 2000) oder eben als „Hormonstörung“ (vergl. die „Therapie“-versuche von Dörner). In psychoanalytischen Ansätzen wurde Homosexualität als „Perversion“ (Klußmann 1998) und als „psychoneurotisch“ konzipiert und damit diffamiert (Rauchfleisch 1994). Auch aktuell gibt es noch zahlreiche MedizinerInnen und PsychologInnen, die auf der Basis solcher diskriminierender Modelle „Therapien“ lesbischer und schwuler

KlientInnen durchführen (vergl. Brown 1999, Coyle, Milton & Annesley 2000, Jones & Gabriel 1999 und Wiesendanger 2001, S. 47 ff.).

Offiziell gilt „Homosexualität“ in keinem der anerkannten diagnostischen Systeme mehr als „Krankheit“. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 1992 die diskriminierende Diagnose der „Homosexualität“ aus dem aktuell gültigen ICD 10 gestrichen (DIMDI 1994, Rimmler 1998). Im DSM („Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders“) der American Psychiatric Association wurde Homosexualität per se auf Druck engagierter Lesben und Schwuler bereits seit 1973 nicht mehr als psychische Störung eingestuft (Davison & Neale 1988). Stattdessen (und auch nicht viel besser) wurde 1980 die neue, verwirrende Kategorie „Ego-Dystonic Homosexuality“ eingeführt, die 1987 in der Revision des DSM-III (DSM-III-R) durch „Sexual Disorder Not Otherwise Specified“ (deutsche Bezeichnung: „Nicht Näher Bezeichnete Sexuelle Störung“ nach Saß, Wittchen & Zaudig 1996 und 1998) ersetzt wurde (Davies & Neal 1996b). Die Diagnose der „Nicht Näher Bezeichneten Sexualstörung“ ist unter anderem definiert durch „andauerndes und ausgeprägtes Leiden an der sexuellen Orientierung“ (Saß et al. 1998, S. 611). Damit können Lesben, Schwule und bisexuelle Frauen und Männer pathologisiert werden, für die die Auseinandersetzungen mit ihrer soziosexuellen Identität mit erheblichen inneren Belastungen verbunden sind. Dass die Ursachen dieser Belastungen in dem für diese Gesellschaft strukturellen Heterosexismus liegen, wird im DSM nicht benannt. Die Kategorie „Nicht Näher Bezeichnete Sexuelle Störung“ gilt auch noch in der aktuellen Version DSM IV (Nummer: 302.9, Abs. 3). Im DSM IV gibt es zudem die problematische Diagnose „Gender Identity Disorder“ (übersetzt mit „Geschlechtsidentitätsstörung“ von Saß et al. 1996), durch die Mädchen und Jungen, die geschlechtsrolleninkonform handeln, pathologisiert werden. In Bezug auf Mädchen wird diese Diagnose folgendermaßen formuliert (American Psychiatric Association 1994, Übersetzung in: Saß et al. 1996, S. 604):

„Mädchen mit Geschlechtsidentitätsstörungen zeigen intensive negative Reaktionen auf elterliche Erwartungen oder Bestrebungen, die darauf abzielen, von ihnen das Tragen von Kleidern oder anderer weiblicher Accessoires zu verlangen. Einige können sich weigern, die Schule oder gesellige Anlässe, wo eine derartige Aufmachung gefordert wird, zu besuchen. Sie bevorzugen Jungenbekleidung und kurze Haare, werden oft durch Fremde fälschlich für Jungen gehalten und können darum bitten, mit einem Jungennamen angesprochen zu werden. Ihre Phantasiehelden sind zumeist starke männliche Figuren wie Batman oder Superman. Diese Mädchen bevorzugen Jungen als Spielgefährten, mit denen sie das Interesse an Kampfsportarten, Rauf- und Tobespielen und traditionellen Jungenspielen teilen. Sie zeigen geringes Interesse an Puppen oder jeglicher Form weiblicher Aufmachung oder weiblicher Rollenspielaktivitäten (...)“

(Saß et al. 1996, S. 604)

Auch Jungen mit einem geschlechtsrolleninkonformen Verhalten können die Diagnose „Gender Identity Disorder“ aufgedrückt bekommen. Ungefähr drei Viertel aller Jungen, bei denen in der Kindheit eine „Geschlechtsidentitätsstörung“ nach DSM IV diagnostiziert wurde, entwickeln in der Adoleszenz oder im Erwachsenenalter eine schwule oder bisexuelle Identität. Zur Entwick-

lung von Mädchen mit dieser Diagnose liegen keine genaueren Daten vor (Saß et al. 1996, S. 608). In der 2. Auflage ihrer Übersetzung des DSM-VI betonten Saß et al. (1998) immerhin:

„Einem Verhalten bei Kindern, das lediglich die kulturellen Stereotype von Männlichkeit und Weiblichkeit nicht erfüllt, sollte die Diagnose nicht gestellt werden, solange nicht das Vollbild einschließlich ausgeprägtem Leiden oder Beeinträchtigungen vorhanden ist.“

(Saß et al. 1998, S. 608)

Ob vor dem Hintergrund eines unveränderten Weiterbestehens der Diagnose „Gender Identity Disorder“ diese Anmerkung von Saß et al. (1998) Mädchen und Jungs, die geschlechtsrollenkonform handeln, vor einer Pathologisierung schützen kann, ist fraglich.

„Homosexualität“ kann sowohl im aktuellen ICD-Schlüssel als auch im DSM IV noch als Zusatzkategorie kodiert werden, was auch dazu führen kann, dass diese Daten an Dritte (z.B. VertreterInnen der Krankenkassen) weitergegeben werden und damit die Rechte der betreffenden Personen auf informationelle Selbstbestimmung und Datenschutz verletzt werden.

Medizinische und psychologische Versuche, Menschen von ihrer „Homosexualität“ zu „heilen“, werden durch zahlreiche kritische Forschungsarbeiten belegt (vergl. Frossard 2000, Gutmann 1996, Haldeman 1994, Ise & Steffens 2000 und Scheu 1982). Die Beschreibungen von Konversions-„therapien“ machen die impliziten Ziele der gewaltsamen Kontrolle bis hin zur Zerstörung der Sexualität der von der „Therapie“ Betroffenen deutlich. Zwangs-„therapien“ wurden in Form von Zwangspsychiatrisierungen, EKT („Elektro-Konvulsiv-Therapie“), Aversions-„therapie“ (mittels Elektroschocks, Apomorphin, verdeckter Sensibilisierung), Clitoridectomie, präfrontaler Lobotomie, Hypothalamotomie, Hormonbehandlung, Hysterektomie, durch Behandlung mit diversen Medikamenten und Psycho-„therapie“ durchgeführt (Davies & Neal 1996b, S. 17-19, Frossard 2000, Gutmann 1996, Haldeman 1994 und Ise & Steffens 2000). Leider gehört die praktische Durchführung auch der krassesten Formen dieser Therapien noch nicht der Vergangenheit an. So gibt es nach wie vor Berichte über Zwangspsychiatrisierungen und Zwangs-„therapien“ von Lesben aus Brasilien, China, den USA, der Ukraine und Russland (Amnesty International 1999, Amnesty International 2001, Council of Europe 2000, S. 8) und über zwangspsychiatrische Untersuchungen von Lesben und Schwulen aus Rumänien (Human Rights Watch & IGLHRC 1998). Nicht einmal 10 Jahre zurück liegt eine Ankündigung durch die staatlich kontrollierte Presse Singapurs, nach der die soziosexuelle Identität von Lesben und Schwulen durch das Verabreichen von Elektroschocks verändert werden soll (IGLHRC & Lambda Legal Defense and Education Fund 1996).

Nach den vorliegenden US-amerikanischen Forschungsbefunden kommt es immer wieder zu Versuchen von Psycho-„therapeutInnen“ lesbische Klientinnen zu heilen (O’Hanlan 1995). In den USA boomt die so genannte „Ex-Gay-Bewegung“ (Davies & Neal 1996b, Rothschild 2000). Dementsprechend gibt es auch immer mehr Berichte über gesundheitsschädliche Auswirkungen der „Therapien“ dieser Bewegung auf die betroffenen „Ex-Gays“ (Die ZEIT 17. 6. 1998). Ab Mitte der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts haben auch einige Organisationen in der Bundesrepublik Fuß gefasst, die das Ziel verkünden, Lesben und Schwule von ihrem Lesbisch- bzw. Schwul-

sein „heilen“ zu wollen, wie z.B. die Organisation „Wüstenstrom“ (Lang 2000). Da die in diesem Rahmen tätigen „TherapeutInnen“ ihre Behandlungen heute kaum mehr wissenschaftlich fundieren können, werden von ihnen oft religiöse Legitimationszusammenhänge konstruiert (Rothblum 1999, S. 70).

Die Pathologisierung von Lesben hat weitreichende politische und gesellschaftliche Folgen (VanScoy 1997). Die Vorstellung, dass Lesbischsein eine Krankheit ist und dass PsychotherapeutInnen „Homosexualität“ „kurieren“ können und wollen, ist in der Bevölkerung offensichtlich noch verbreitet. So benutzen Angehörige nach wie vor die Drohung, ein lesbisches Familienmitglied einer psycho-“therapeutischen“ Behandlung zuzuführen, mit dem Ziel, die soziosexuelle Identität der Betroffenen in Richtung Heterosexualität zu verändern (Reinberg & Roßbach 1995). Psychologische und medizinische Befunde werden von PolitikerInnen zur Legitimierung ihrer Politik gegenüber Lesben und Schwulen herangezogen (Steffens & Ise 2000). Je nach politischer Interessenslage können PolitikerInnen dabei auch auf zahlreiche stigmatisierende Befunde aus der psycho-“therapeutischen“ und medizinischen Forschung Rückgriff nehmen.

Lesbische Frauen müssen mit Diskriminierungen innerhalb des Gesundheitssystems rechnen. Dies gilt sowohl für Deutschland (vergl. Landesregierung Schleswig-Holstein 2000, Psychosoziale Frauenberatungsstelle donna klara 2003, Rauchfleisch 1994, Senatsverwaltung 1993, Steinhilbers et al. 1999) als auch für den ausführlicher untersuchten US-amerikanischen Raum (vergl. Bieschke et al. 1999, Bradford & White 2000, Garnets, Hancock, Cochran, Goodchilds & Peplau 1991, Kauth, Hartwig & Kalichman 1999, Morrow 1999, O’Hanlan 1995, Phillips 1999, Roberts & Sorensen 1995, Rothblum 1999, Steffens & Eschmann 2001, VanScoy 1997). Aus den USA gibt es eine Vielzahl von Studien, in denen die Einstellungen und Handlungen von TherapeutInnen gegenüber lesbischen und schwulen KlientInnen untersucht wurden (Bieschke et al. 1999). Werden beispielsweise Angehörige therapeutischer Berufe direkt oder mittels eines Fragebogens nach ihren Einstellungen befragt, so antworten sie in der Regel weniger homophob als die Gesamtbevölkerung und geben an, sie stünden lesbischen und schwulen KlientInnen nicht abwertend gegenüber. Untersuchungen mit Verfahren, die weniger anfällig für Verzerrungen im Sinne sozial erwünschter Antworten sind, machen allerdings deutlich, dass PsychotherapeutInnen oft geneigt sind, auf der Basis gesellschaftlicher Stereotypen zu agieren. So ordnen viele PsychotherapeutInnen Informationen, die ihnen lesbische und schwule KlientInnen geben, vorurteilsbehaftet ein. PsychotherapeutInnen erinnern sich unzutreffend an das, was lesbische und schwule KlientInnen ihnen berichtet haben und zeigen auch ein deutliches Vermeidungsverhalten in der Interaktion mit lesbischen und schwulen KlientInnen (Bieschke et al. 1999).

In Bezug auf die Situation in Deutschland und der Schweiz liegen weniger Untersuchungen vor. Die Befunde decken sich allerdings weitgehend mit denen aus den USA. So ergab eine aktuelle Studie von Calmbach und Rauchfleisch (1999) aus dem Raum Basel, dass homophobe und insbesondere lesbenfeindliche Einstellungen unter Fachleuten im psychosozialen/medizinischen Bereich noch weit verbreitet sind.

Viele der gegenwärtig lehrenden und arbeitenden TherapeutInnen weigern sich, die ethischen Richtlinien und die aktuellen Standards ihrer Profession zu beachten, wenn sie lesbische Frauen und/oder schwule Männer behandeln. Sie versuchen mit einer Mischung aus persönlichen Vorbehalten und veraltetem Wissen auf lesbische Klientinnen und schwule Klienten regulierend einzuwirken. Sowohl von Seiten lesbischer Klientinnen als auch von ForscherInnen und von ÄrztInnen/PsychotherapeutInnen gibt es immer wieder Berichte über ärztlichen/psycho-therapeutischen

Voyeurismus gegenüber Lesben, abwertendes „mitleidsvolles“ Verhalten, Verletzung der Schweigepflicht, grobe Behandlung oder Zurückweisung lesbischer Frauen, über moralisierende lesbenfeindliche Vorverurteilungen, invasive Fragerei, abwertende Kommentare und über Missachtung der Partnerin einer lesbischen Klientin (Behrmann & Trampenau 1991, S. 93/94, Bieschke et al. 1999, Cabaj & Stein 1996, Gruskin 1999, Lesbenberatung 1994, Rauchfleisch 2002). O’Hanlan (1995) kommt in ihrer Zusammenstellung der vorliegenden Forschungsbefunde zu dem Ergebnis, dass negative Erfahrungen von Lesben mit therapeutisch Tätigen sehr häufig sind. Über 70% der in den Studien befragten Lesben konnten von solchen negativen Erfahrungen berichten. Besonders vorurteilsbehaftet treten männliche Therapeuten Lesben und Schwulen gegenüber (Bieschke et al. 1999). Im psychotherapeutischen Setting können Lesben immer wieder die Erfahrung machen, dass sie nicht etwa wegen den von ihnen geschilderten Problemen und Belastungen, sondern wegen ihrer soziosexuellen Identität „behandelt“ werden sollen (Morrow 1999, Tiemann, Kennedy & Haga 1998, Weisbrod 1996, S. 102). In der Untersuchung von Steinhilbers et al. (1999) berichteten fast 15% der Lesben, die Psychotherapie machen oder gemacht haben, dass ihnen von ihren TherapeutInnen nahe gelegt wurde, es sei besser, heterosexuell zu sein. In drei Fällen (das entspricht etwa einem Prozent der Lesben mit Therapieerfahrung) wurde sogar von körperlichen Übergriffen berichtet, zwei Mal von einer Therapeutin und einmal von einem Therapeuten ausgehend. Jacqueline Frossard (2000) befragte in der Schweiz 31 psychotherapieerfahrene lesbische Frauen und 15 TherapeutInnen lesbischer Klientinnen nach ihren Erfahrungen. 10% der befragten lesbischen Frauen mit Psychotherapieerfahrungen berichteten, dass ihre TherapeutInnen die Homosexualität als das ursächliche Problem, das zur Therapie geführt haben sollte, betrachtet hatten (Frossard 2000, vergl. auch Steffens & Eschmann 2001). Calmbach und Rauchfleisch (1999) haben darauf aufmerksam gemacht, dass solche psychopathologisierenden Vorannahmen auf Seiten vieler TherapeutInnen auch dazu führen, dass die Behandelnden die Problemlagen lesbischer Frauen (wie z.B. Diskriminierungen, Stigmatisierung und Ausgrenzung) nicht erkennen. Die weitverbreiteten Wissensdefizite und die homophoben Haltungen auf Seiten medizinischer und psychologischer TherapeutInnen können mit dazu beitragen, dass die Selbstakzeptanz und das Coming-out ihrer lesbischen Klientinnen erschwert wird (Coyle et al. 2001, Steffens & Eschmann 2001). Es verwundert also nicht, wenn Stevens (1994) zu dem Schluss kommt, dass es für Lesben ein risikoreiches Unterfangen darstellt, Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen.

In der medizinischen und psychologisch-psychotherapeutischen Ausbildung werden lesbische Lebensentwürfe entweder totgeschwiegen (was der häufigere Fall ist) oder auch diskriminierend dargestellt (Coyle et al. 2001, Steffens & Eschmann 2001, Steffens & Ise 2000). In aktuellen Lehrbüchern finden sich immer wieder Darstellungen, in denen Homosexualität als Krankheit bezeichnet und stigmatisierend beschrieben wird. So werden lesbische Lebensformen beispielsweise von Schepank (1996, S. 117) in einem psychosomatischen Standardwerk unter der Überschrift „Spezielle Krankheitsbilder“ abgehandelt. Auf meine Anfrage nach Veränderung dieser diskriminierenden Darstellung antwortete Schepank (1996):

„Ich habe (...) aus meiner psychotherapeutischen Erfahrung und auch den zitierten Zwillingsbefunden den Eindruck, dass es sich bei der weiblichen Homosexualität

um ein entwicklungsbedingtes und gelegentlich auch neurotisches und deshalb durch Psychotherapie reversibles Verhalten handelt.“
(Schepank in einem Brief vom 26.11.1996 an G. W.)

Viele MedizinerInnen und PsychologInnen sind sich offensichtlich der heterosexistischen Vorannahmen, die sie in ihrer Arbeit benutzen, nicht bewusst. Nach den Ergebnissen der Befragung von Frossard (2000) scheinen TherapeutInnen oftmals die oberste Stufe der Akzeptanz darin zu sehen, dass sie homosexuelle und heterosexuelle Orientierungen und Lebensstile als „das Gleiche“ bezeichnen (vergl. auch Coyle et al. 2001). In der Ausbildung lernen angehende MedizinerInnen und PsychologInnen in der Regel nichts über einen angemessenen und kompetenten Umgang mit lesbischen Klientinnen. Dementsprechend musste auch Frossard für über ein Drittel der von ihr untersuchten Therapien verschiedener theoretischer Richtungen feststellen, dass das Wissen der TherapeutInnen über lesbische Lebenszusammenhänge gering oder gar nicht vorhanden war (Frossard 2000). Es zeigte sich eine deutliche Tendenz auf Seiten der TherapeutInnen, das Thema der lesbischen soziosexuellen Identität ihrer Klientinnen zu unterschätzen. Fast 30% der befragten TherapeutInnen, die lesbische Klientinnen behandelt hatten, waren der Ansicht, dass die Therapie mit einer lesbischen Frau überhaupt kein spezifisches Wissen und keine Beachtung spezifischer Aspekte erfordere. Die Mehrzahl der TherapeutInnen, bei denen sich die von Frossard befragten Lesben in Behandlung befanden, kannten sich in wichtigen Inhalten einer Therapie mit lesbischen Frauen, beispielsweise in der Dynamik lesbischer Beziehungen, nicht aus. In 16% der untersuchten Therapien hatten die von Frossard befragten lesbischen Klientinnen den Eindruck, der/die TherapeutIn hätte es gerne gesehen, wenn sie ihr Äußeres nach Gesichtspunkten gestaltet hätten, die als speziell weiblich gelten. Ein Fünftel der TherapeutInnen hätten es begrüßt, wenn ihre lesbische Klientin wieder sexuelle Beziehungen zu Männern eingegangen wäre, ein Therapeut wurde sexuell übergriffig, vorgeblich, um seiner Klientin heterosexuelle Erfahrungen zu ermöglichen. In Bezug auf 20% der untersuchten Therapie gaben die lesbischen Klientinnen an, ihr/-e TherapeutIn habe ihr Lesbischsein aufgrund eines Defizitmodells erklärt, indem er/sie die lesbische soziosexuelle Identität auf Fehlentwicklungen innerhalb der Sozialisation, beispielsweise auf traumatischen Erlebnisse in der Kindheit, zurückführte (Frossard 2000). 1991 untersuchten Garnets et al. (1991) diskriminierende Äußerungen und Handlungen von PsychotherapeutInnen und fassten die therapeutischen Fehlhaltungen, auf die sie gestoßen waren, zusammen:

- TherapeutInnen mangelt es an Wissen über lesbische Identitätsentwicklungen. Sie betrachten beispielsweise lesbische Entwicklung nur für Erwachsene als möglich, interpretieren lesbische Identitäten als ein ausschließlich sexuelles Verhalten oder werten lesbische Identitäten als „Phase“ ab.
- TherapeutInnen unterschätzen die Wichtigkeit lesbischer Beziehungen.
- TherapeutInnen sprechen sich allein deshalb für die Auflösung einer Beziehung aus, weil sie lesbisch ist.

- TherapeutInnen benutzen häufig ein ausschließlich ein heterosexuelles Bezugssystem.
- TherapeutInnen betrachten Lesben und Schwule per se als schlechte Eltern und sprechen sich gegen ein Sorgerecht für Lesben und Schwule aus.
- In der Ausbildung tätige TherapeutInnen verbreiten Mythen und Vorurteile über Lesben und Schwule.

Die von Brown (1999) zusammengetragenen Befunde bestätigen massive Ausbildungsdefizite bei PsychotherapeutInnen in Bezug auf die Belange lesbischer und schwuler KlientInnen. In einer Umfrage unter 62 lesbischen und schwulen PsychologiestudentInnen in Deutschland gaben 93% der Befragten an, dass lesbisch-schwule Inhalte in ihrem Studium wenig oder nie thematisiert wurden (Reisbeck, Bittner, Edinger & Knoll 1996). Da zudem die Resonanz von niedergelassenen PsychotherapeutInnen auf entsprechende professionelle Fortbildungsangebote lesbischer und schwuler FachkollegInnen erfahrungsgemäß gering ist (Heinrich & Biechele 1997), verbleibt die Aufgabe, praktizierende TherapeutInnen zum Thema weiterzubilden, oft bei ihren lesbischen und schwulen KlientInnen (Ise & Steffens 2000, Steffens & Eschmann 2001).

1994 befragte die ÄrztInnenvereinigung „Gay and Lesbian Medical Association“ 711 lesbische, schwule und bisexuelle MedizinerInnen in den USA. Mehr als zwei Drittel der befragten MedizinerInnen kannten KlientInnen, die wegen ihrer soziosexuellen Identität mit dem Ziel einer Konversion behandelt worden waren, und 88% hatten von KollegInnen abwertende Kommentare über lesbische und schwule KlientInnen gehört. 52% der befragten MedizinerInnen kannten auch KollegInnen, die sich geweigert hatten, Lesben oder Schwule wegen einer Erkrankung fachgerecht zu behandeln. 56% der befragten lesbischen, schwulen und bisexuellen MedizinerInnen waren selbst im medizinischen Setting aufgrund ihrer soziosexuellen Identität diskriminiert worden. Sie berichteten, dass sie bei Beförderungen und Weiterbildungen übergangen worden waren und dass ihnen von manchen FachkollegInnen keine KlientInnen mehr überwiesen wurden. Besonders häufig wurden lesbische und schwule MedizinerInnen in der Psychiatrie und in der Gynäkologie von KollegInnen diskriminiert (O’Hanlan 1995, Schatz & O’Hanlan 1994). Exemplarische Schilderungen der Diskriminierungserfahrungen lesbischer Frauen in Gesundheitsberufen in Deutschland finden sich auch in der Untersuchung von Stein-Hilbers et al. (1999, S. 82-85) und einer Aufsatzsammlung der Berliner Senatsverwaltung (Senatsverwaltung 1993). Lesbische und schwule AusbildungskandidatInnen werden von den meisten psychoanalytischen Ausbildungsinstituten in der BRD, der Schweiz und in Österreich als KandidatInnen abgelehnt. So nehmen nur 5 der 41 von Rauchfleisch angefragten Ausbildungsinstitute lesbische und schwule KandidatInnen an (Rauchfleisch 1993).

Vor diesem Hintergrund ist es verständlich, dass die Antizipation homophober Reaktionen einen wesentlichen Faktor in den Entscheidungen lesbischer Frauen für oder gegen die Nutzung des Gesundheitssystems darstellt (Stevens 1994, Trippet & Bain 1993). Aus Angst vor Diskriminierungen und aufgrund von konkreten Diskriminierungserfahrungen begegnen viele Lesben VertreterInnen des medizinischen und psychologischen Systems mit Misstrauen, vermeiden die Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen (Kauth et al. 1999, O’Hanlan 1995, Stevens 1994), nehmen bei Beschwerden seltener als heterosexuelle Frauen Kontakte zum medizinischen System

auf (Seyler 1996), schieben notwendige Behandlungen auf (O'Hanlan 1995) oder outen sich nicht gegenüber den behandelnden MedizinerInnen (Roberts & Sorensen 1995, VanScoy 1997).

Diskriminierungen durch MedizinerInnen führen dazu, dass lesbischen Frauen adäquate diagnostische Maßnahmen, kunstgerechte Behandlungen und der Respekt für ihre Menschenwürde im therapeutischen Setting vorenthalten werden (Carroll 1999, O'Hanlan 1995, Stevens 1998). TherapeutInnen, die an negativen Sichtweisen über Lesben festhalten, erfassen die Gesundheitsrisiken lesbischer Mädchen und Frauen unkorrekt, attribuieren die Ursachen von Symptomatiken fehlerhaft und können lesbischen Mädchen und Frauen keine adäquate Gesundheitsvorsorge anbieten (Kauth et al. 1999). Homophobie auf Seiten therapeutisch Tätiger hat negative Auswirkungen auf die Gestaltung und Wirksamkeit therapeutischer Beziehungen (Bieschke et al. 1999) und ist verantwortlich für negative Therapieverläufe.

Handlungsmöglichkeiten lesbischer Frauen im Gesundheitssystem

Aufgrund ihrer Erfahrungen mit VertreterInnen des Gesundheitssystems handeln viele lesbische Frauen vorsichtig in ihren Interaktionen mit MedizinerInnen und TherapeutInnen. Sie gehen bei der Auswahl von TherapeutInnen und MedizinerInnen selektiv vor und sprechen nach Möglichkeit vor der Kontaktaufnahme zu MedizinerInnen und PsychotherapeutInnen mit anderen lesbischen Frauen, um zu erfahren, welche MedizinerInnen und/oder PsychotherapeutInnen fachgerecht mit lesbischen Frauen umgehen können. Auf der Basis dieser vorab eingeholten Informationen wählen lesbische Frauen dann MedizinerInnen und PsychotherapeutInnen aus. Gegenüber MedizinerInnen und PsychotherapeutInnen, deren Einstellungen und Handlungsweisen gegenüber lesbischen Frauen nicht bekannt sind, zeigen lesbische Klientinnen eine erhöhte Wachsamkeit.

Stevens (1994), VanScoy (1997) und Zeidenstein (1990) haben Schutzstrategien herausgearbeitet, die lesbische Frauen gegenüber ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen praktizieren:

- Lesbische Frauen suchen vor oder während ärztlicher/psychotherapeutischer Behandlungen die Unterstützung lesbischer Freundinnen.
- Sie wählen TherapeutInnen gezielt aufgrund ihrer Erfahrungen und unter Nutzung der innerhalb informeller lesbischer Netze weitergegebenen Informationen aus.
- Sie handeln insgesamt innerhalb medizinischer/psychotherapeutischer Systemen sehr wachsam.
- Sie geben persönliche Angaben sehr kontrolliert.
- Sie outen sich nicht innerhalb therapeutischer Zusammenhänge.
- Sie bringen Bezugspersonen/Freundinnen als ZeugInnen zu einer medizinischen Behandlung mit, die sie im Falle von Diskriminierungen unterstützen können.

- Im Falle von Diskriminierungen beschweren sie sich oder sie machen Diskriminierungen öffentlich und leiten politische Aktionen dagegen ein.
- Sie verlassen diskriminierende „Therapien“.
- Sie vermeiden therapeutische Kontakte insgesamt und nutzen alternative Heilmethoden.

Die Vielzahl von Schutzstrategien, auf die lesbische Klientinnen Rückgriff nehmen, wenn sie medizinische und/oder psychotherapeutische Dienste in Anspruch nehmen müssen, weisen deutlich auf einen Handlungsbedarf zur Verbesserung der allgemeinen Gesundheitsdienste für lesbische Frauen hin. In den USA haben lesbische Frauen bereits in Reaktion auf Homophobie und Heterosexismus im allgemeinen Gesundheitswesen eigene Gesundheitssysteme aufgebaut (Bradford & White 2000). Diese speziellen Gesundheitsdienste können jedoch wegen Ressourcenknappheit auch in den USA bei weitem noch nicht flächendeckend angeboten werden. In der BRD selbst gibt es lesbische Therapeutinnen und Ärztinnen, die sich in Berufsverbänden vernetzen. Es gibt auch unterdessen in vielen Städten (überwiegend ehrenamtlich getragene) Beratungsangebote für lesbische Mädchen und Frauen und einzelne lesbengerecht arbeitende Psychotherapeutinnen und Medizinerinnen. Die Verankerung von Basiswissen über lesbische Lebensweisen gehört allerdings in Deutschland immer noch nicht zur ärztlichen/psychotherapeutischen Ausbildung und es gibt auch noch keine einzige Klinik, in der explizit lesbengerecht gearbeitet wird.

Professionelle Leitlinien für Reformen innerhalb des Gesundheitssystems

„Therapien“ der „Homosexualität“ sind unethisch und verstoßen gegen anerkannte fachliche Standards (Bieschke et al. 1999). Dementsprechend erklärte der einflussreichste psychologische Berufsverband, die „American Psychological Association“ (APA), bereits in den 70er Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts, dass die

„Aufgaben von Professionellen darin liegen, an vorderster Stelle für eine Beseitigung des Stigmas einer Geisteskrankheit, das auf homosexuellen Orientierungen lastet, zu arbeiten.“

(Conger 1975, S. 633, übersetzt von G. W.).

Die APA zog aus diesen Leitlinien auch politische Konsequenzen. So sprach sie sich 1975 gegen diskriminierende Gesetze gegen Lesben und Schwule aus und forderte gesetzliche Reformen im Sinne einer Gleichberechtigung (Conger 1975).

1981 forderte der Europäische Rat seine Mitgliedstaaten auf, Zwangsmedikationen oder Forschungen zur Änderung der „homosexuellen Orientierung“ erwachsener² Menschen zu beenden (Waalwijk 1991). Die 1977 in der Erklärung von Hawaii festgelegten Leitlinien der World Psychiatric Association, nach denen PsychiaterInnen ihre beruflichen Mittel nicht einsetzen dürfen, wenn eine psychische Erkrankung nicht gegeben ist, und auch keine Maßnahmen anwenden dürfen, die wissenschaftlichen Erkenntnissen oder berufsethischen Grundsätzen entgegenstehen (British Medical Association 1992), gelten auch für PsychiaterInnen, die lesbische Klientinnen und schwule Klienten behandeln.

Seit bereits über zehn Jahren wendet sich die „American Psychological Association“ auch ausdrücklich gegen die so genannten „Konversionsbehandlungen“. So stellte sie 1990 fest:

„Gleichgeschlechtliche Sexualität ist weder eine Geisteskrankheit noch moralisch verwerflich (...) eine Studie nach der anderen hat die geistige Gesundheit von Schwulen und Lesben dokumentiert (...) Versuche, die soziosexuelle Orientierung zu ‘reparieren’ stellen nichts anderes als psychologisch verbrämte soziale Vorurteile dar.“

(International Gay and Lesbian Human Rights Commission 1996, p. I. C/77, übers. G. W.)

Auch die American Academy of Pediatrics sprach sich 1993 eindeutig gegen Konversionsbehandlungen aus. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen, dass lesbische und schwule Jugendliche aufgrund ihrer gesellschaftlichen Stigmatisierung überproportional häufig suizidgefährdet sind, wies die American Academy of Pediatrics auch auf die Gefahren hin, die Konversionstherapien für die psychische Gesundheit von Lesben und Schwulen haben können:

„Therapie, die speziell darauf abzielt, die sexuelle Orientierung zu verändern, ist kontraindiziert, weil sie Schuld- und Angstgefühle hervorrufen kann (...).“

(Committee on Adolescence 1993, S. 633, übers. von G. W.)

Die APA unterstützt seit 1997 die Verbreitung von korrekten Informationen über sexuelle Orientierung. Sie fördert außerdem Maßnahmen, die sich gegen Vorurteile in Bezug auf soziosexuelle Identitäten richten (Perez, DeBord & Bieschke 1999, S. 3).

Im Jahr 2000 veröffentlichte die APA differenzierte Leitlinien für die Psychotherapie mit lesbischen, schwulen und bisexuellen KlientInnen, in denen sie sich erneut gegen eine Pathologisierung von Lesben, Schwulen und bisexuellen Frauen und Männern wandte und PsychotherapeutInnen zu einem ethisch verantwortlichen und fachlich kompetenten Handeln gegenüber Lesben, Schwulen und bisexuellen Frauen und Männern aufforderte. Die Leitlinien beinhalten unter anderem Forderungen an PsychotherapeutInnen, die Auswirkungen sozialer Stigmatisierungen auf

Lesben, Schwule und bisexuelle Frauen und Männer zu beachten, die Wichtigkeit lesbischer, schwuler und bisexueller Beziehungen und Wahlfamilien anzuerkennen, sich in Bezug auf die Lebensweisen von lesbischen, schwulen und bisexuellen Eltern, Jugendlichen und älteren Lesben, Schwulen und bisexuellen Frauen und Männern, in Bezug auf Lesben, Schwulen und bisexuellen Frauen und Männern, die einer ethnischen Minorität angehören und Lesben, Schwulen und bisexuellen Frauen und Männern mit Behinderungen kundig zu machen. Nach den Leitlinien sollen PsychotherapeutInnen, die nicht zu einem kompetenten und unterstützenden Umgang mit lesbischen, schwulen oder bisexuellen KlientInnen in der Lage sind, diese an entsprechend qualifizierte KollegInnen überweisen (American Psychological Association 2000).

Durch die Proteste von Lesben und Schwulen gegen heterosexistische medizinische und „therapeutische“ Verfahren, durch intensive Lobbyarbeit und durch die andauernden Bemühungen von Lesben, Schwulen und bisexuellen Frauen und Männern in den entsprechenden Berufsverbänden hat sich also unterdessen in den Entscheidungsgremien verschiedener anerkannter psychologischer und medizinischer Berufsverbände stellenweise ein Bewusstsein für Belange lesbischer (schwuler und bisexueller) KlientInnen entwickelt (vergl. z.B. Hogan & Hudson 1999, S. 641, Steffens & Ise 2000). Auf die speziellen psychotherapeutisch relevanten Bedürfnisse dieser Klientel sind allerdings bislang gerade in der BRD nur wenige Berufsverbände innerhalb des Gesundheitssystems eingegangen. Vielmehr dauern trotz der Erklärungen anerkannter fachlicher Gremien Diskriminierungen gegen lesbische Frauen im Gesundheitssystem an. Die im Bezug auf einen professionellen Umgang mit lesbischen und schwulen KlientInnen formulierten fachlichen Leitlinien sind offensichtlich noch längst nicht zu allen VertreterInnen medizinischer/psychologischer Praxis durchgedrungen. So besteht gegenwärtig weniger das Problem in einem Mangel an einschlägigen berufsethischen Standards, die sich ausdrücklich gegen die Diskriminierung von Lesben und Schwulen im therapeutischen Setting und gegen Konversionsbehandlungen aussprechen, sondern vielmehr in der Uninformiertheit von TherapeutInnen über die entsprechenden berufsethischen Standards, in der Homophobie von TherapeutInnen (Carroll 1999) und in der mangelnden Bereitschaft auf Seiten von TherapeutInnen, die entsprechenden ethischen und fachlichen Leitlinien in ihrer Arbeit zu beachten.

MedizinerInnen und PsychologInnen sind, wie alle anderen BürgerInnen auch, gemäß einem heterosexistischen Weltbild sozialisiert worden. Sie sind zudem während ihrer Ausbildung mit in medizinischen und psychologischen Instituten verankerten antihomosexuellen „Wissens“-inhalten konfrontiert worden. Eine Weiterbildung von MedizinerInnen und PsychologInnen in Bezug auf lesbische Lebensweisen, die auch in die Curricula der Ausbildungsgänge aller im Gesundheitssystem Tätigen integriert werden sollte, ist deshalb für einen angemessenen Umgang mit lesbischen KlientInnen notwendig (Frossard 2000, Gruskin 1999, Heinrich & Reipen 2001). In Anbetracht der Tatsache, dass homophob motivierte Haltungen und Handlungen von Seiten im Gesundheitswesen Tätiger die Behandlung lesbischer Klientinnen und die „Therapie“-Ergebnisse negativ beeinflussen, ist eine Auseinandersetzung der TherapeutInnen mit homophoben/heterosexistischen Vorannahmen Grundlage für ein kompetentes therapeutisches Handeln (Bieschke et al. 1999). Dabei sollte auch in Bezug auf dieses Thema eventuell vorhandenen persönlichen Problemen von TherapeutInnen Rechnung getragen werden (Committee on Adolescence 1993).

Derzeit gehört die US-amerikanische APA zu den wenigen Fachverbänden, die mittlerweile auch personelle Schritte unternommen haben, die von ihr kodifizierten antidiskriminatorischen Richtlinien umzusetzen. Die APA hat sich dazu durchringen können, TherapeutInnen, die sich weigern, die professionellen Standards anzuerkennen, und weiterhin diskriminierend handeln, aus dem Berufsverband auszuschließen (Davies & Neal 1996b, S. 16).

Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass es für eine angemessene psychosoziale Versorgung lesbischer Mädchen und Frauen speziellen Fachwissens bedarf, über welches die meisten der derzeit in Deutschland niedergelassenen PsychotherapeutInnen noch nicht verfügen, sind hier auch die Möglichkeiten einer Sonderbedarfszulassung für speziell in lesbengerechter therapeutischer Arbeit qualifizierte PsychotherapeutInnen im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes zu prüfen (Reisbeck 2001).

Ein kompetenter und respektvoller Umgang mit lesbischen Klientinnen trägt deutlich zu einer verbesserten Gesundheitsvorsorge bei. So ergaben beispielsweise die Studien von Bradford & White (2000), Gruskin (1995) und White & Dull (1998), dass Lesben, die sich gegenüber den von ihnen konsultierten MedizinerInnen outen können, bei gesundheitlichen Problemen eher Kontakt zu ihren ÄrztInnen aufnehmen, zufriedener mit ihrer medizinischen Versorgung sind und auch eher regelmäßig präventive Untersuchungen in Anspruch nehmen.

Lesbengerechte Beratungs- und Therapieangebote im Coming-out-Prozess

In der Regel nehmen lesbische Frauen im Coming-out-Prozess keine Beratung oder Psychotherapie in Anspruch, sondern gehen die Herausforderungen der Entwicklung ihrer soziosexuellen Identität aus eigener Kraft an. Sie nehmen dabei am ehesten auf die Unterstützung von Freundinnen und anderen Lesben Rückgriff. Im Bewusstsein und aus der Erfahrung heraus, dass VertreterInnen des Gesundheitssystems Lesben gegenüber oft diskriminierend handeln, begegnen lesbische Frauen BeraterInnen allgemeiner Beratungsstellen, TherapeutInnen und MedizinerInnen mit begründeter Vorsicht. Allerdings können im Verlauf der Entwicklung einer lesbischen Identität auch Situationen auftreten, in denen lesbische Frauen trotzdem die Inanspruchnahme von Beratung und Therapie in Betracht ziehen. So werden lesbische Mädchen und Frauen im Verlauf ihrer Identitätsentwicklung und Biographie mit Widerständen konfrontiert, deren Folgen auch Thema von Beratung und Therapie werden können. Einige Beispiele für schwierige Situationen im Coming-out-Prozess, möchte ich an dieser Stelle zusammenfassend benennen:

- Aufgrund des gesamtgesellschaftlichen Konsens, lesbische Lebensweisen zu verschweigen, fehlen Lesben gerade zu Beginn ihres Coming-out und in der Zeit der intensiven Auseinandersetzung mit ihrer soziosexuellen Identität Informationen über lesbische Identität, Lebensweisen und potenzielle Unterstützungsquellen. Dies gilt in besonderem Maße für Lesben, die sich bereits in der Pubertät outen. Aber auch für erwachsene Frauen kann die Zeit, in der sie beginnen, sich intensiv mit ihrer soziosexuellen Identität auseinander zu setzen, einen sehr belastenden Teil ihrer Biographie darstellen.
- Die Stigmatisierung ihrer Lebensweise kann bei Lesben zu einer verinnerlichten Ablehnung ihrer eigenen soziosexuellen Identität („internalisierter Homophobie“) und entsprechenden Selbstabwertungsprozessen sowie zu psychosomatischen Stressreaktionen und gesundheitsbeeinträchtigenden Verhaltensweisen führen. Ein soziales Umfeld, in dem nahe Bezugspersonen ihre Ablehnung gegenüber Mädchen, Frauen, Lesben und auch Schwulen demonstrieren

bzw. in dem die Stigmatisierung von Lesben und auch Schwulen ideologisch verankert ist (wie z.B. in einem streng religiösem Umfeld), kann der Entwicklung und Internalisierung von Homophobie weiteren Vorschub leisten.

- Viele Lesben sind als Frauen und als Lesben sanktioniert, gemobbt, sexuell gedemütigt und missbraucht, angegriffen und verletzt worden und setzen sich mit den Folgen dieser Übergriffe auseinander.

Wie können in solchen Situationen lesbengerechte Beratungen und Therapien gestaltet werden?

Leitlinien und Aufgaben lesbengerechter Beratung und Therapie

Beratung und Therapie mit lesbischen Frauen sollten nach bestimmten Leitlinien durchgeführt werden und beinhalten Themenbereiche wie z.B. die Unterstützung im Coming-out-Prozess, die Förderung von Ressourcen, die Auseinandersetzung mit soziopolitischen Dimensionen der lesbischen soziosexuellen Identität und mit Diskriminierungen und Gewalt.

Beratung und Therapie unterscheiden sich hinsichtlich des Settings, oft auch hinsichtlich der Qualifikationen von Beraterinnen und Therapeutinnen, hinsichtlich der Gestaltung der beratenden oder therapeutischen Beziehung, hinsichtlich der Machtverteilung zwischen Beraterin/Therapeutin und Klientin und der Möglichkeiten für die Klientin, sich vertieft und intensiv mit bestimmten Themenbereichen auseinander zu setzen. Im Folgenden möchte ich zunächst auf die Gemeinsamkeiten von Beratung und Therapie mit lesbischen Klientinnen eingehen. Anschließend werde ich auf Spezifika von Beratung und Therapie hinweisen.

Nach den Befunden aus der Literatur und den Interviews entscheiden sich lesbische Frauen bei der Inanspruchnahme von Beratungen, Therapien und anderen Gesundheitsdiensten nach Möglichkeit für Frauen als Beraterinnen, Medizinerinnen und Therapeutinnen (vergl. Fassinger 1999, Frossard 2000, Jones & Gabriel 1999, Roberts & Sorensen 1995). Sie erwarten, durch eine solche Vorauswahl die Wahrscheinlichkeit von sexistisch motivierten Diskriminierungen möglichst gering zu halten.

Grundlegend für einen kompetent durchgeführten Beratungs-/Therapieprozess ist der Aufbau einer Vertrauensbeziehung zwischen Klientin und MedizinerIn/BeraterIn/TherapeutIn (Grawe, Donati & Bernauer 1994). Besonders der Erstkontakt zu Psychotherapeutin/Ärztin oder dem Arzt ist entscheidend für den Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung.

In Bezug auf die persönliche Integrität und auch in Bezug auf gesundheitliche Entwicklungen lesbischer Klientinnen ist es geboten, Coming-out-Prozesse und ein Offenleben lesbischer Mädchen und Frauen auch in medizinischen, beratenden und psychotherapeutischen Kontexten zu unterstützen. Leitlinie von Beratung und Therapie lesbischer Mädchen und Frauen sollte also ein lesbische Identitäten und Lebensweisen akzeptierender Standpunkt von MedizinerInnen/BeraterInnen/TherapeutInnen sein (vergl. Wiesendanger 2001, S. 103 ff.)

Während einer beratenden oder therapeutischen Situation ist von MedizinerInnen/BeraterInnen/TherapeutInnen auf eine sensible Wortwahl zu achten, die der Selbstwahrnehmung und den Lebensumständen der Klientin gerecht wird. Durch die von MedizinerInnen/BeraterInnen und/oder TherapeutInnen gewählten Begriffe sollten den Klientinnen die Möglichkeiten offen gelassen werden, ihre soziosexuelle Identität selbst zu definieren (Frossard 2000). Das bedeutet beispielsweise konkret, dass eine Beraterin oder Therapeutin gegenüber Klientinnen bei Fragen nach sozialen Beziehungen auch von „Partner oder Partnerin“ sprechen sollte und somit bereits in der Sprachwahl beide Möglichkeiten einer PartnerInnenwahl berücksichtigt. Die Sprachwahl von Psychotherapeutinnen/ÄrztInnen ist ein Kriterium für deren fachliche Eignung.

Zur professionellen Unterstützung von Coming-out-Prozessen innerhalb des Gesundheitssystems ist es wichtig, zum einen die inneren Ressourcen lesbischer Frauen zu erkennen und zu stärken, zum anderen auch die Möglichkeiten weiterer sozialer Unterstützung und lesbischer Netzwerke zu besprechen. In Anbetracht der gesellschaftlichen Situation und den Erfahrungen von Lesben mit Sexismus und antilesbischen Diskriminierungen und Gewalt ist es für lesbische Mädchen und Frauen wichtig, Schutzstrategien zu entwickeln und solidarische soziale Kontakte aufzubauen. Damit können sekundäre Präventionsmöglichkeiten für Folgeerscheinungen der gesellschaftlichen Marginalisierung lesbischer Mädchen und Frauen geschaffen werden. Beratende und therapeutische professionelle Unterstützung kann hier auch einen Beitrag speziell zur Suchtprävention, zur Prävention anderer gesundheitlicher Beeinträchtigungen und zur Suizidprävention leisten. Im Rahmen von Beratungs- und Therapieprozessen muss dazu auf die unterschiedlichen Lebenslagen der beratungs-/therapiesuchenden Lesben differenziert eingegangen werden. Im Rahmen von Beratung und Therapie sollte auch Unterstützung beim sorgsam Abwägen der möglichen Konsequenzen eines Coming-out in unterschiedlichen sozialen Kontexten gegeben werden. Sorgsame Abwägungs- und Entscheidungspraktiken sind besonders in der Zeit wichtig, in der lesbische Mädchen und Frauen den Prozess ihres äußeren Coming-out beginnen. Für kritische Situationen im Coming-out müssen professionelle Konzepte erarbeitet werden, die auch der Eingebundenheit besonders junger Lesben in Strukturen wie Herkunftsfamilie und Schule adäquat begegnen und hier Unterstützungen anbieten können (Davies 1996).

Da lesbenfeindliche und sexistische Gewalt auch gesundheitsschädigenden Auswirkungen haben (vergl. z.B. Müller & Faulseit 2001 und Voelker 2001), ist es wichtig, Erfahrungen mit Diskriminierungen und Gewalt auch innerhalb medizinischer, beratender und psychotherapeutischer Settings zu beachten, zu thematisieren und zu bearbeiten (Davies 1996). Wenn lesbische Frauen von BeraterInnen und TherapeutInnen diskriminiert oder angegriffen werden, empfiehlt sich ein Wechsel des Therapeuten/Beraters/der Therapeutin/Beraterin. Dieser Wechsel muss bei bereits bestehender Bindung an den betreffenden Therapeuten/Beraters/die betreffende Therapeutin/Beraterin sorgsam vorbereitet und unterstützt werden (Bieschke et al. 1999, Rauchfleisch 2002, S. 284).

Mit dem äußeren Coming-out erschließen sich lesbische Frauen auch Kontakte zu anderen Lesben, die verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten, Informationen und Modelle bereit stellen und auch eine Unterstützung bei der Konfrontation und Verarbeitung von Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen leisten können. Die Bedeutung lesbischer sozialer Netze stellt an die Beraterin/Therapeutin die Anforderung, sich über die Spezifitäten lesbischer Lebensentwürfe und Le-

benswirklichkeiten kundig zu machen, die aktuellen Angebote und Ressourcen der regionalen lesbischen Community zu kennen und auch an lesbische Klientinnen weiterzugeben.

Da eine Beraterin/Therapeutin auch eine Modellfunktion für ihre Klientin hat, kann es sinnvoll sein, wenn die Beraterin/Therapeutin selbst lesbisch ist und dies auch benennen kann (DeBord & Perez 1999, Morrow 1999). Eine Vielzahl von Forschungsarbeiten belegt, dass viele lesbische Klientinnen lesbische Therapeutinnen präferieren (Fassinger 1999, Frossard 2000, Jones & Gabriel 1999, Roberts & Sorensen 1995). Eine lesbische soziosexuelle Identität der Beraterin/Therapeutin stellt allerdings weder eine hinreichende Qualifikation noch eine absolut notwendige Voraussetzung für einen Lesben bestärkenden Arbeitsansatz dar (DeBord & Perez 1999, Frossard 2000).

Die Beratung und auch die Therapie einer lesbischen Klientin bei einer lesbischen Beraterin/Therapeutin haben verschiedene Spezifika, auf die ich hier kurz eingehen möchte. Wie alle anderen Beraterinnen/Therapeutinnen, muss auch eine lesbische Beraterin/Therapeutin sich bewusst halten, dass eine Beratung/Therapie immer auch eine Beziehung mit ungleicher Machtverteilung darstellt. Gerade bei einer langandauernden Therapie ist durch die Selbstöffnung der Klientin im therapeutischen Prozess das Machtungleichgewicht besonders ausgeprägt. So müssen lesbische Beraterinnen und Therapeutinnen darauf achten, dass sie lesbischen Klientinnen offen begegnen, Unterschiede wahrnehmen und nicht aufgrund der lesbischen soziosexuellen Identität von Gemeinsamkeiten ausgehen, die gar nicht bestehen. Eine lesbische Beraterin/Therapeutin muss sich darüber klar werden, wie sie selbst ihr Coming-out, ihre eigene gesellschaftliche geprägte Homophobie und eigene Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen verarbeitet hat (Morrow 1999). Auch für lesbische Beraterinnen/Therapeutinnen haben lesbische soziale Netze oft eine große Bedeutung. Vor diesem Hintergrund müssen lesbische Beraterinnen/Therapeutinnen in der Lage sein, auch belastende Erfahrungen mit der lesbischen Gemeinschaft wahrnehmen zu können (Morrow 1999). Wohl jede lesbische Beraterin/Therapeutin lesbischer Klientinnen muss sich mit der Möglichkeit auseinandersetzen, dass sie ihrer Klientin innerhalb der lesbischen Subkultur begegnen kann. Für solche Situationen sollten mit der Klientin Absprachen getroffen werden (Morrow 1999). Dabei muss sehr sorgfältig auf Grenzen geachtet werden (Gartrell 1994). Vor dem Hintergrund des raschen Informationsflusses innerhalb der lesbischen Gemeinschaft muss die Diskretion sehr sorgsam gewahrt werden (Morrow 1999). Ryan (1998) und Wiesendanger (2001) haben auf Gegenübertragungsphänomene und therapeutische Fehler hingewiesen, die auch bei einer lesbischen Therapeutin gegenüber einer lesbischen Klientin auftreten können. Ein Erkennen dieser Fehler und potenzieller Gegenübertragungen ist wichtig für eine konstruktive Auseinandersetzung damit (vergl. zur Gegenübertragung heterosexueller Therapeutinnen in therapeutischen Situationen mit lesbischen Klientinnen: Roth 2002, Wiesendanger 2001, S. 112 ff.).

Beratungen und Therapien können Grundlagen für individuelle salutogenetische (=gesundheitsfördernde) Handlungen schaffen. Eine Beratung in Anspruch zu nehmen oder eine Therapie einzugehen, sind jedoch Wege zur Bearbeitung von schwierigen Situationen und Problemen, die nicht allen Lesben entsprechen und von manchen auch strikt abgelehnt werden. Besonders Psychotherapien haben Risiken und Nebenwirkungen (vergl. Märtens & Petzold 2002). So sollte die Entscheidung für oder gegen eine Therapie sorgfältig abgewogen werden. Zu einer Therapie gibt es Alternativen. Möglichkeiten zur Auseinandersetzung mit Coming-out-Prozessen können auch in anderen sozialen Kontexten angeboten werden. An erster Stelle soll hier der von

vielen lesbischen Frauen präferierte Rückgriff auf freundschaftliche FrauenLesbenzusammenhänge benannt werden (Stein-Hilbers et al. 1999). Auch bestehen Möglichkeiten, eine Selbsthilfegruppe zu initiieren bzw. an einer bereits bestehenden Gruppe teilzunehmen.

Informationen über verschiedene Unterstützungsangebote erweitern die Wahlmöglichkeiten und schaffen die Grundlagen für lesbische Mädchen und Frauen, sich für die Wege zu entscheiden, die ihnen in ihrer Situation am ehesten entsprechen. Wenn sich eine lesbische Frau für eine Beratung oder Therapie entscheidet, sollten ihr auch dort Wege zu beratungs- und therapieexternen Unterstützungsmöglichkeiten eröffnet und der Aufbau eines die Identität unterstützenden sozialen Netzes in die Wege geleitet werden.

Viele Lesben versuchen aufgrund der Erfahrung von Ablehnung ihrer soziosexuellen Orientierung innerhalb ihres sozialen Umfeldes oft auch eine Problembewältigung im „Einzelkampf“ (vergl. Senatsverwaltung 1999). Darunter wird der Versuch verstanden, ohne Kommunikation mit anderen Personen Probleme zu managen. Der Entschluss und der praktische Versuch, Belastungen auf diese individuelle Art anzugehen, können im Sinne einer Identitätsentwicklung erfolgreich sein. Die auf sich selbst bezogene Herangehensweise an Belastungen entspricht darüber hinaus dem lesbischen Ideal der Autonomie. Ein weitgehend autonomes Umgehen mit Belastungen hat allerdings den Nachteil, dass dieser Bewältigungsstrategie ein Zugang zu vielen Informationen und Kontakten zunächst einmal fehlt und dass dadurch die Unterstützungsmöglichkeiten eingeschränkt werden.

Therapien und Beratungen zielen auf eine Unterstützung individueller Entwicklungsprozesse. Die Schwierigkeiten, mit denen lesbische Frauen konfrontiert werden, haben jedoch gesellschaftliche Ursachen. Eine Beratung oder Therapie ist kein Ersatz für ein notwendiges solidarisches Engagement für eine politische Veränderung des gesamtgesellschaftlichen Heterosexismus und für eine Gleichberechtigung lesbischer Frauen. Viele gesundheitliche und psychische Probleme lesbischer Frauen werden durch die Belastungen und die gesellschaftlichen Repressionen gegen lesbische Identitäten und Lebensweisen mitbedingt. Um nicht einer Individualisierung gesellschaftlicher Missstände Vorschub zu leisten, müssen diese gesellschaftlichen Bedingungen politisch angegangen werden (Kitzinger & Perkins 1993).

Lesbengerechte Beratung

Beratungsmöglichkeiten von und für Lesben werden unterdessen in vielen Großstädten innerhalb Deutschlands von Lesbenberatungsstellen, Lesbentelefonen und auch von Feministischen Beratungsstellen angeboten. Gerade in ländlichen Gebieten und Klein- und Mittelstädten besteht allerdings nach wie vor ein erheblicher Bedarf nach ortsnahen Beratungsmöglichkeiten. Dort können lesbische Mädchen und Frauen versuchen, auch andere Beratungsstellen zu nutzen. Sie müssen allerdings leider immer noch damit rechnen, dass vielen BeraterInnen dort das Fachwissen für eine Beratung von Lesben fehlt. Aufgrund der derzeitigen Gestaltung von Ausbildungen im psychosozialen Bereich in der BRD fehlt BeraterInnen oft sogar das Bewusstsein für die Existenz lesbischer Mädchen und Frauen. Eine aktuelle Umfrage in Belgien, Deutschland und Österreich im Rahmen des Internationalen Projektes gegen Gewalt gegen Lesben belegt, dass lesbische Frauen in zahlreichen psychosozialen Einrichtungen nicht mit einem kompetent durchgeführten Beratungsangebot rechnen können (Ohms & Müller 2001).

Bei der Unsichtbarkeit und Unsichtbarmachung lesbischer Lebensweisen in der allgemeinen Beratungsarbeit und innerhalb der Öffentlichkeitsarbeit von Beratungsstellen ist es für lesbische Mädchen und Frauen nicht einfach, Informationen darüber zu erhalten, ob die BeraterInnen dort mit Themen der lesbischen Identitätsentwicklung umgehen können.

Zunehmend mehr Mädchen und Frauen gelingt es allerdings unterdessen Zugang zu Materialien wie Büchern, Filmen oder Internetseiten zu erhalten, die lesbische Lebensweisen thematisieren. Einige nutzen auch niederschwellige und anonyme Beratungsangebote wie telefonische Beratung (beispielsweise über Lesbentelefone) oder Beratungen über das Internet (Hershberger & D'Augelli 1999).

Persönliche Beratungen innerhalb von Beratungsstellen finden in einem zeitlich und thematisch umgrenzten Rahmen statt. So liegt der zeitliche Rahmen für Beratungen bei einer bis circa zehn Sitzungen (in Ausnahmefällen länger). Beratungen sind vom Ansatz her gegenwartsbezogen und auf die Lösung von Problemen ausgerichtet (Frenznick & Müller 2002, Lesbenberatung 2001). Die Ziele von Beratungen im Coming-out-Prozess liegen in der sozialen Unterstützung bei der Überwindung von Selbstabwertungsprozessen und der Stärkung von Selbstbewusstsein, Selbstakzeptanz, Selbstverantwortung und Lebensqualität. In der Beratung soll ein Raum geboten werden, in dem das Schweigen überwunden werden kann und Mädchen und Frauen ihre soziosexuelle Identität thematisieren können. Das Erlernen der Kommunikation der lesbischen soziosexuellen Identität ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, weitere Ressourcen zu erschließen und um das bereits bestehende soziale Netz in Hinblick auf dessen Unterstützungskompetenz im Coming-out-Prozess bewerten zu können. Durch ein Benennen der vielfältigen Angebote der lesbischen Community in der Beratung kann die Kontaktaufnahme zu einer sozialen Gemeinschaft gebahnt werden, in der lesbische Lebensentwürfe positiv valuiert und weitere soziale Unterstützungen zur Verfügung gestellt werden können. Informationen über lesbische Lebensweisen unterstützen den Aufbau eines sicheren Identitätskonzeptes und verbreitern die Wahlmöglichkeiten für den eigenen Lebensentwurf. Diese Informationen können im persönlichen Gespräch sowie ergänzend durch Materialien wie Bücher, Broschüren, Internetadressen etc. zugänglich gemacht werden.

Lesbische Mädchen und Frauen leben in einer Gesellschaft, die sie vor kontinuierliche Herausforderungen und Belastungen stellt. Der daraus resultierende Stress auf Seiten lesbischer Mädchen und Frauen wird von ihnen selbst gerade zu Beginn des Coming-out-Prozesses oft nicht als Auswirkung belastender gesellschaftlicher Strukturen gesehen (Morrow 1999). Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, die Einflüsse von direktem und indirektem Heterosexismus in der Beratung zu beachten. So sollte die Beraterin die Klientin über die Entstehungsbedingungen von lesbischem Selbsthass (Loulan 1992) aufklären. Es ist wichtig, darauf aufmerksam zu machen, dass Selbstabwertungsprozesse auf gesellschaftlich geprägten Verurteilungen durch homophobe Personen zurückgeführt werden können (Riechers 1999, S. 39). Durch eine Reflexion individueller und kollektiver Unterdrückungserfahrungen können individualisierte Schwierigkeiten, die durch die gesellschaftliche Stigmatisierung lesbischer Frauen produziert werden, auf die gesellschaftlichen Bedingungen zurückgeführt werden (Ossana 1999).

In einem Beratungsgespräch können gemeinsam mögliche Gefährdungen und Vorteile durch ein Offenleben besprochen und den Einschränkungen und Risiken der sozialen Isolierung durch ein Verstecken gegenübergestellt werden. Nach Frossard (2000) ist es wichtig, dabei mit einer lesbischen Klientin ihre einzelnen Erwartungen, Erfahrungen und Befürchtungen durchzugehen und die Vor- und Nachteile des Schweigens beziehungsweise Redens über die eigene lesbische soziosexuelle Identität differenziert zu benennen. Im Rahmen eines längerfristigen Beratungsprozesses können einzelne Schritte des Coming-out vorbereitet und anschließend besprochen werden.

Besonders zu Beginn des äußeren Coming-out ist es wichtig, mögliche Belastungen und Ressourcen sorgfältig abzuwägen. Lesbische Mädchen und Frauen befinden sich in einer Vielfalt von sozialen Bezugssystemen, deren Stellenwert und Einfluss berücksichtigt werden muss (Ossana 1999). Zu beachten ist dabei, dass gerade die sozialen Erfahrungen zu Beginn des öffentlichen Coming-out eine prägende Kraft für die weitere Identitätsentwicklung haben können. Die Zeit zu Beginn des äußeren Coming-out ist im Vergleich zu späteren Zeiträumen eine Phase relativ häufiger Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen und auch daraus resultierender Belastungen (Stein-Hilbers et al. 1999). Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, lesbischen Mädchen und Frauen besonders zu Beginn ihres äußeren Coming-out zur Kontaktaufnahme zu einem die lesbische soziosexuelle Identität unterstützenden sozialen Umfeld zu raten, bevor sie sich in voraussichtlich eher homophob geprägten Settings (z.B. in einer konservativ geprägten Herkunftsfamilie oder an einem kirchlichen Arbeitsplatz) outen.

Unabhängig davon, ob und wie lange eine beratungssuchende Lesben offen lebt, muss eine Beraterin darauf vorbereitet sein, dass eine lesbische Klientin diskriminiert oder angegriffen worden ist und aufgrund dieser Erfahrungen Unterstützung sucht. Dementsprechend sollte die Beraterin über die potenziellen Folgen von Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen informiert sein sowie Handlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen können. Eine typische Folge von Gewalt ist, dass sich die betroffene Frau für die gegen sie gerichtete Gewalt verantwortlich fühlt. Gespräche über die Umstände und Verantwortlichkeit einer Gewalttat sind wichtig, um Selbstbeschuldigungen abzuwenden. Gewalterfahrungen können auch zu einer massiven Traumatisierung der betroffenen Frau und zu krisenhaften Reaktionen führen. In diesem Fall sollte die Beraterin mit der Klientin die Möglichkeiten weiterer und intensiverer Unterstützung erörtern (z.B. Möglichkeiten intensiverer Unterstützung durch Bezugspersonen der beratungssuchenden Lesbe, Weitervermittlung an fachkompetente Kriseninterventionsstellen oder Psychotherapeutinnen).

Rechtliche Beratungen verfolgen das Ziel, lesbische Mädchen und Frauen über Möglichkeiten, bereits bestehende Rechtsinstrumente zu nutzen, aufzuklären. Dies bezieht sich sowohl auf die Rechte, die lesbische Frauen in einer Partnerinnenschaft mit einer Frau durch Verfügungen absichern können (z.B. in Form einer Patientinnenverfügung für den Krankheitsfall), als auch auf Rechte, auf sie sich im Falle von Diskriminierungen (z.B. Kündigungen aufgrund lesbischer Lebensweise, Pöbeleien) und Gewalt (z.B. körperliche und sexualisierte Angriffe, Zerstörung von Eigentum) berufen können.

Im Verlauf eines Beratungsprozesses können Problembereiche deutlich werden, für deren Aufarbeitung die Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen einer Beratungsbeziehung nicht ausreichen. Wenn sich im Beratungsprozess herauskristallisiert, dass eine beratungssuchende lesbische Frau mit tiefgehenden Konflikten oder Belastungsreaktionen zu kämpfen hat, wenn krisenhafte Entwicklungen auftreten, wenn eine Suchterkrankung oder andere psychosomatische Symptomatiken andauern, sollte die Beraterin mit der Klientin über die Möglichkeit einer Psychotherapie sprechen und ihr gegebenenfalls entsprechend qualifizierte Therapeutinnen empfehlen.

Lesbengerechte therapeutische Angebote

Eine Therapie zu beginnen bedeutet, sich auf eine längerfristig angelegte therapeutische Beziehung mit einer klaren Rollenverteilung zwischen Therapeutin und Klientin einzulassen sowie für die Klientin eine konzentrierte Auseinandersetzung mit der eigenen Identität und Geschichte. Noch immer gibt es in der BRD eine erhebliche Unterversorgung in Bezug auf eine fachgerechte Beratung und Therapie lesbischer Frauen. Vor diesem Hintergrund kann sich der Auswahlprozess einer geeigneten Beraterin oder Therapeutin schwierig gestalten (Frossard 2000). Wie alle Menschen, die Beratung oder Therapie suchen, können sich auch beratungs-/therapiesuchende lesbische Mädchen und Frauen in einer krisenhaften Belastungssituation befinden, aus der heraus ihnen eine Distanzierung von einem schlechten Therapieangebot nicht leicht fällt. Um sich vor Repressionen durch VertreterInnen des Gesundheitssystems zu schützen, können Lesben sich entweder bei Lesbenberatungsstellen oder Frauengesundheitszentren über geeignete Therapeutinnen informieren oder auch ihre Therapeutin selbst nach ihren Einstellungen gegenüber lesbischen Frauen und entsprechenden Erfahrungen und Fortbildungen fragen. Viele Lesben nutzen bei ihrer Suche nach geeigneten TherapeutInnen Informationen aus der Szene bzw. von Freundinnen (Bieschke et al. 1999). Dieses Verfahren ist offensichtlich sinnvoll. Lesbische Frauen, die ihre Therapeutinnen aufgrund von in der Szene weitergegebenen Informationen auswählen, erfahren die anschließende Therapie auch als hilfreicher (Bieschke et al. 1999).

Eine Therapie sollte nach den Regeln der Kunst und dem aktuellen Stand der Therapieforschung durchgeführt werden. Dies soll an dieser Stelle nochmals ausdrücklich erwähnt werden, weil kunstgerechtes therapeutisches Handeln gegenüber lesbischen Frauen offensichtlich noch längst keine Selbstverständlichkeit darstellt. Grundlagen kunstgerechten Handelns gegenüber lesbischen Klientinnen sind zum einen eine respektvolle und wertschätzende Haltung sowie fachliches Wissen auf Seiten der Therapeutin (DeBord & Perez 1999, Rauchfleisch 2002, Wiesendanger 2001).

Wichtige Wissensinhalte in diesem Zusammenhang umfassen unter anderem ein Kenntnis der gesellschaftspolitischen Situation (Morrow & Hawxhurst 1998) und der Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen lesbischer Frauen (DeBord & Perez 1999), der regionalen und überregionalen lesbischen Treffpunkte und Vernetzungsmöglichkeiten (Frossard 2000), der Dynamiken und der Vielfalt innerhalb lesbischer Gemeinschaften und in Frauenbeziehungen (Frossard 2000), ein Wissen über Geschlechterrollen und Identitätsentwicklungen (Broido 1999) sowie Selbsterfahrung der Therapeutin in Bezug auf ihre eigenen homoerotischen und homophoben Anteile (Wiesendanger 2001, S. 107 ff.)

Übergeordnetes Ziel der Therapie ist, die Klientin beim Aufbau einer positiven Wertschätzung der eigenen Person und der eigenen Gefühle zu unterstützen, sodass sie die Stärke gewinnt, selbst zu entscheiden, welcher Weg für sie richtig ist, und ihn auch einzuschlagen kann. Der individuellen Identitätsentwicklung ist dabei von Seiten der Therapeutin mit Offenheit und Sorgfalt zu begegnen (Cass 1996). Dem Thema der soziosexuellen Identität der Klientin sollte in einer Therapie der Stellenwert gegeben werden, den dieses Thema auch für sie einnimmt (Frossard 2000).

In Anbetracht der Expertinnenrolle einer lesbischen Frau für ihr eigenes Leben sind die spezifischen Therapieziele zwischen der Therapeutin und der Klientin kollaborativ zu verhandeln. Dieses Prozedere trägt auch zu einer erwünschten Entmystifizierung des therapeutischen Prozesses bei (Dworkin 1999).

Zur Orientierung im therapeutischen Prozess hat Falco (1993, S. 143-145) eine sehr differenzierte Gegenüberstellung von Identitätsbildungs- und Coming-out-Prozessen lesbischer Frauen und den entsprechenden therapeutischen Aufgaben vorgenommen:

Schemaübersicht: Gegenüberstellung von Identitätsbildungs- und Coming-out-Prozessen lesbischer Frauen und entsprechenden therapeutischen Aufgaben

(übernommen aus Falco 1993, S. 143-145, Überarbeitung und Ergänzung der fett gedruckten Überschriften: G. W.)

Erfahrungen und Aufgaben der Klientin:	Aufgaben der Therapeutin:
Im Prä-Coming-out und im beginnenden inneren Coming-out: Verschwommene und abwehrorientierte Bewusstheit, anders bzw. lesbisch zu sein, Verwirrung	Hilfestellung beim Verstehen der Ursachen des Konfliktes der Klientin, die Klientin dabei unterstützen, das, was sie denkt und fühlt zu verbalisieren und lesbische Gefühle und Verhaltensweisen zu akzeptieren.
Im inneren Coming-out und bei der intensiven inneren Auseinandersetzung mit der lesbischen soziosexuellen Identität: Eingeständnis lesbischer Gefühle. Auseinandersetzung mit dem Konflikt zwischen der Sozialisierung zur Heterosexualität und der Tatsache, dass sie sich zu Frauen hingezogen fühlt. Beginn des äußeren Coming-out.	Akzeptanz und Respekt. Aufarbeitung von Schamgefühlen, Angst, Verleugnung, Ambivalenz, Entfremdung. Unterstützung bei der Entwicklung neuer Leitprinzipien für ein nicht-heterosexuelles Leben. Wertschätzung lesbischer Lebensweisen. Bereitstellung von Informationen und Ressourcen. Analyse des soziopolitischen Kontexts von Sexualität und Geschlechterrollen.
Im äußeren Coming-out: Aufnahme sozialer und sexueller Kontakte zu anderen Lesben. Frauenbeziehung(-en).	Förderung interpersoneller Fähigkeiten. Bereitstellung von Vorbildern. Unterstützung beim Aufbau eines lesbischen sozialen Netzes. Informationen über Sexualität und safer sex. Bearbeitung von Selbstwert- und Intimitätsproblemen. Unterstützung bei Entscheidungsprozessen im äußeren Coming-out. Unterstützung bei der Aufnahme und Aufrechterhaltung von Beziehungen. Unterstützung bei der Aufarbeitung des Widerspruchs zwischen dem Akzeptiertwerden in manchen Situationen und dem Nichtakzeptiertwerden in anderen. Förderung der Erkenntnis, welche Kosten mit der Geheimhaltung verknüpft sind. Unterstützung bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien für den Umgang mit negativen Reaktionen anderer.

Im Rahmen einer therapeutischen Beziehung treten also je nach dem Prozess der Identitätsentwicklung und den Erfahrungen der Klientin unterschiedliche Themenbereiche in den Vordergrund. An dieser Stelle möchte ich kurz auf einige zentrale Punkte in der Therapie mit lesbischen Mädchen und Frauen im Coming-out-Prozess eingehen. Für weitere spezifische Fragestellungen lesbengerechter Therapien möchte ich auf die einschlägige Literatur verweisen (Alexander 1996, Browning, Reynolds & Dworkin 1991, Cabaj & Stein 1996, Davies & Neal 1996a, Falco 1993, Frenznick & Müller 2002, Frossard 2002, Gruskin 1999, Perez, DeBord & Bieschke 1999, Rauchfleisch et al. 2002, Schwenk 1993).

Therapien fokussieren oft auf die Probleme und Belastungen von KlientInnen. Diese Fokussierung wird sowohl von TherapeutInnen als auch von KlientInnen, die von einer Therapie ja eine Problembewältigung erwarten, vorgenommen. Hinzu kommt speziell bei lesbischen Mädchen und Frauen, dass in der Literatur bislang eher ihre Schwierigkeiten thematisiert worden sind und nur wenig Wissen über die Ressourcen lesbischer Mädchen und Frauen weitergegeben wird. Therapien mit lesbischen Mädchen und Frauen sollten trotzdem **ressourcenorientiert** durchgeführt werden. Ressourcen sind entscheidend zur Unterstützung von Veränderungsprozessen. Ressourcen können jedoch gerade in Belastungssituationen der Aufmerksamkeit entgehen. Auch im therapeutischen Setting sollte der Fokus sowohl auf die individuellen Ressourcen der Klientin als auch auf die Ressourcen, die sich bei einer lesbischen Lebensweise eröffnen, gerichtet werden. Hierbei ist auch zu beachten, dass unterschiedliche Ressourcen ineinander greifen und sich verstärken können (so können beispielsweise Kontakte zu anderen lesbischen Frauen auch den Zugang zu weiteren Ressourcen eröffnen). Informationen über die lesbische Community und die für die Klientin erreichbaren Angebote für lesbische Frauen können bei der Suche nach einem passenden sozialen Netzwerk unterstützen.

Durch das Bedürfnis, die soziosexuelle Identität rasch zu benennen, kann auch ein Druck entstehen, der die Belastungen verschärfen kann. Hier ist es auch für Beraterinnen und Therapeutinnen wichtig, nicht vorschnelle Etikettierungen der soziosexuellen Identität einer Klientin vorzunehmen, sondern vielmehr die Möglichkeiten verschiedener soziosexueller Identitätsentwicklungen im Kopf zu behalten und auch anzusprechen. Besonders in der Zeit, wenn sich ein Mädchen bzw. eine Frau im inneren Coming-out oder in der Zeit der intensiven Auseinandersetzung mit ihrer soziosexuellen Identität befindet, ist es sehr wichtig, dass eine Therapeutin die Möglichkeiten lesbischer und bisexueller Identitätsentwicklungen erkennen, ansprechen und durch einen oft konflikthaften Entwicklungsprozess hindurch auch unterstützen kann.

In der **Zeit der intensiven Auseinandersetzung mit der soziosexuellen Identität und zu Beginn des äußeren Coming-out** sind Gesprächsangebote besonders wichtig, um Belastungen durch das Schweigen und der daraus resultierenden sozialen Isolation entgegenzutreten zu können. Da gerade diese Zeit für lesbische Mädchen und Frauen mit starken Anforderungen verbunden ist, sollte in Beratungs- und Therapiesituationen nach weiteren Möglichkeiten der Entlastung gesucht werden. So ist es zum einen wichtig zu benennen, dass viele frauenliebende Frauen im Coming-out-Prozess eine solche vorübergehende Zeit der Anspannung erleben, zum anderen sollte auch darauf hingewiesen werden, dass die Gründe für die Belastungen in der gesellschaftsstrukturellen Benachteiligung lesbischer Frauen liegen. Realitätsangemessene Informationen über lesbische und bisexuelle Lebensweisen können eine Entlastung darstellen und auch die Entscheidung bezüglich der soziosexuellen Identität und Lebensweise unterstützen. Da die meisten Handbücher zur Psychotherapie hier wenig hilfreiche Informationen anbieten, sollte auf explizit lesbengerech-

te Quellen Rückgriff genommen werden (Davies & Neal 1996a, Falco 1993, Gruskin 1999, Perez, DeBord & Bieschke 1999, Rauchfleisch et al. 2002). Es sollte den Mädchen und Frauen Raum geboten werden, um über ihre Erfahrungen im Coming-out zu sprechen und Entscheidungen entsprechend ihren Möglichkeiten zu fällen.

Zu Beginn des äußeren Coming-out sollten die Bedingungen und sozialen Umfeldler, in denen ein lesbisches Mädchen/eine lesbische Frau lebt, auch danach betrachtet werden, in welchen sozialen Umfeldern Widerstand und in welchen Unterstützung im Coming-out-Prozess zu erwarten ist. Zu einem äußeren Coming-out sollte zunächst in den sozialen Situationen geraten werden, in denen positive Reaktionen zu erwarten sind. In diesem Zusammenhang kann auch darüber gesprochen werden, ob und wie Umfeldler, in denen Widerstand zu erwarten ist, verlassen werden können. Wenn eine soziale Situation, in der Widerstand zu erwarten ist, zunächst einmal nicht verlassen werden kann, muss hier ein Coming-out besonders sorgfältig abgewogen werden.

Ein weiterer wichtiger Themenbereich in einer lesbengerechten Therapie umfasst die **Aufarbeitung von Erfahrungen mit Diskriminierungen und Gewalt** (Frossard 2002). Unter Berücksichtigung der Erfahrungen von Lesben in einer heterosexistischen Mehrheitskultur ist gerade hier „therapeutische Neutralität“ unangebracht. In der therapeutischen Auseinandersetzung sollte berücksichtigt werden, dass die omnipräsente gesellschaftliche Abwertung lesbischer Lebensweisen auch dazu führen kann, dass viele Lesben ihre gesellschaftliche Ausgrenzung bereits als eine Form der „Normalität“ einordnen, sie nicht mehr für erwähnenswert erachten oder sie bezüglich ihrer Auswirkungen minimieren (Frossard 2000). Diese Verarbeitungsstrategien können sowohl lesbische Klientinnen als auch Therapeutinnen vertreten. Gerade Erfahrungen mit Diskriminierungen können von manchen lesbischen Frauen erst in einem längeren Prozess erinnert und angesprochen werden. Eine Therapeutin sollte die gesellschaftlichen Repressionen gegen lesbische Mädchen und Frauen wahrnehmen und Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen bei lesbischen Klientinnen gezielt ansprechen können (Frossard 2000). Bei der Thematisierung von Diskriminierungen und Gewalterfahrungen ist es darüber hinaus von Bedeutung, auf die gesellschaftspolitischen Funktionen einzugehen, die Diskriminierungen und Gewalt gegen Lesben haben, um einer Individualisierung von Repressionserfahrungen entgegenzutreten zu können und eine realitätsgerechte Verarbeitung möglich zu machen (vergl. Ohms & Müller 2001). Thematisch eng verbunden ist die therapeutische Aufgabe, eine Auseinandersetzung mit der internalisierten Homophobie in Gang zu setzen. Dies beinhaltet auch die diskursive Entwicklung eines Wertesystems, das eine lesbische Klientin den in der Gesellschaft ubiquitären homophoben Einstellungen entgegensetzen kann.

Die Ziele einer Therapie nach Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen liegen darin, einen konstruktiven Umgang mit den Folgen von Diskriminierungen und Gewalt zu finden und Möglichkeiten zu erarbeiten, aktiv zu werden. Bei massiven und/oder chronischen Gewalterfahrungen kann es zu psychotraumatischen Folgen gekommen sein, deren Aufarbeitung sehr sorgfältig geschehen muss, um die Beeinträchtigungen der Lebensgestaltung durch die Traumatisierungen abzubauen (Herman 1993). Während der Aufarbeitung von Erfahrungen mit Diskriminierungen und Gewalt und deren Folgen kann es zu krisenhaften Entwicklungen kommen, auf die eine Therapeutin vorbereitet sein muss.

Lesben können wegen den Belastungen durch die gesellschaftliche Stigmatisierung ihrer Lebensweise und durch Diskriminierungen und Gewalterfahrungen auch mit verschiedenen **gesundheitlichen Beeinträchtigungen** zu kämpfen haben. Diese gesundheitlichen Beeinträchti-

gungen bedürfen einer differenzierten Auseinandersetzung. Sie sollten sorgfältig in ihrer Entstehungsgeschichte analysiert werden. Dabei ist zu beachten, dass die soziosexuelle Identität nicht als „Schuldfaktor“ präsentiert wird (Frossard 2000). Symptomatiken erfüllen in bestimmten Situationen einen Sinn für die betreffenden Mädchen und Frauen, können vor Belastungen schützen und ermöglichen oftmals eine Distanzierung von Stress-Situationen, für die im Moment keine besseren Überlebensstrategien zur Verfügung stehen. Bei der therapeutischen Bearbeitung von Belastungssymptomen sollte einerseits deren ursprüngliche Sinnhaftigkeit beachtet und gewürdigt, andererseits müssen die beeinträchtigenden und selbstschädigenden Aspekte von Symptomen aufgegriffen und andere Umgangsweisen mit Belastungen erlernt werden. Wenn eine Klientin aufgrund von Erkrankungen an eine Ärztin weiterverwiesen werden muss, ist die Kooperation mit Ärztinnen, die lesbischen Mädchen und Frauen fachkompetent gegenüber treten können, wünschenswert. Lesbenberatungsstellen und Frauengesundheitszentren verfügen auch oft über Informationen zu lesbengerecht arbeitenden Medizinerinnen. In Situationen, in denen keine Informationen darüber vorliegen, ob MedizinerInnen, die konsultiert werden müssen, zu einem respektvollen Umgang mit einer lesbischen Klientin in der Lage sind, sollte ein Coming-out im medizinischen Setting sorgfältig abgewogen werden.

Das Ideal der starken, autonomen Lesbe kann sowohl der Bearbeitung von Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen als auch der Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Problemen entgegenstehen. Dem Berichten besonders von psychischen Beeinträchtigungen steht oft auch die Angst von lesbischen Klientinnen entgegen, als schwach zu erscheinen und ein schlechtes Licht auf ihren lesbischen Lebensentwurf fallen zu lassen, wenn sie auch als offen lebende Lesbe noch mit gesundheitlichen und psychischen Problemen zu kämpfen hat. In einer Therapiesituation besteht dann die Gefahr, dass sich die Therapeutin in ein „Interpretationsbündnis“ mit einer lesbischen Frau begibt, in dem Belastungen ein eher geringer Stellenwert zugeschrieben wird. Hier ist es wichtig, dass Therapeutinnen die Möglichkeit lesbischer Frauen, Belastungen durch ein starkes Gegenideal zu verdecken, bekannt ist und dass sie auch im Prozess einer guten therapeutischen Beziehung potenzielle Belastungen ansprechen können.

Auch und gerade in der therapeutischen Kommunikation über Belastungen und Erfahrungen mit Diskriminierungen und Gewalt sollte der Fokus auf die Ressourcen gerichtet werden, die lesbische Mädchen und Frauen entwickeln. Die Erweiterung der Ressourcen durch Stärkung der inneren Kräfte, durch soziale Vernetzung, durch Informationen und das Erlernen von neuen Handlungsmöglichkeiten stellt eine wichtige Grundlage dafür dar, sich von Therapie zu emanzipieren, einen lesbischen Lebensentwurf mit innerer Zufriedenheit und auch mit Stolz leben zu können und sich dabei auch der Auseinandersetzung mit Schwierigkeiten stellen zu können.

Literatur

Alexander, Christopher, J. (Hg.): Gay and Lesbian Mental Health. A Sourcebook for Practitioners. New York/London: The Haworth Press. 1996.

American Psychiatric Association (APA) (Hgin): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994.

American Psychological Association, Division 44/Committee on Lesbian, Gay, and Bisexual Concerns: Joint Task Force on Guidelines for Psychotherapy With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. *American Psychologist*, 55 (12), 2000, S. 1440-1451.

Amnesty International: Crimes of hate, conspiracy of silence. Torture and ill-treatment based on sexual identity. London: Amnesty International Publications. 2001.

Behrmann, Kathrin & Trampenau, Bea. Mit der Doppelaxt durch den Paragraphen-Dschungel. Hamburg: FrühlingsErwachen. 1991.

Bieschke, Kathleen J./ McClanahan, Mary / Tozer, Erinn/ Grzegorek, Jennifer L. & Park, Jeeseon: Programmatic research on the treatment of lesbian, gay, and bisexual clients: the past, the present, and the course for the future. In: Perez, Ruperto M./ DeBord, Kurt A. & Bieschke, Kathleen J. (HgInnen): Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. Washington, DC.: American Psychological Association. 1999, S. 309-335.

Bradford, Judith & White, Jocelyn C.: Lesbian Health Research. In: Goldman, Marlene B. & Hatch, Maureen C. (Hginnen): Women & Health. San Diego/San Francisco/New York/Boston/London/Sydney/Tokyo: Academic Press, 2000, S. 64–78.

British Medical Association: Medicine Betrayed. London: Edition Hentrich. 1992.

Broido, Ellen M.: Constructing identity: the nature and meaning of lesbian, gay, and bisexual identities. In: Perez, Ruperto M./ DeBord, Kurt A. & Bieschke, Kathleen J. (HgInnen): Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. Washington, DC.: American Psychological Association. 1999, S.13–33.

Brown, Laura S.: (foreword). In: Perez, Ruperto M./ DeBord, Kurt A. & Bieschke, Kathleen J. (HgInnen): Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. Washington, DC.: American Psychological Association. 1999, S. xiii.

Browning, Christine/ Reynolds, Amy L. & Dworkin, Sari H.: Affirmative Psychotherapy for Lesbian Women. *THE COUNSELING PSYCHOLOGIST*, 19 (9), April 1991, S. 177-196.

Cabaj, Robert P. & Stein, Terry S. (Hg.): Textbook of Homosexuality and Mental Health. Washington, D.C.: American Psychiatric Press. 1996.

Calmbach, Beatrice & Rauchfleisch, Udo: Lesbenfeindliche Einstellungen in sozialen Berufen. *Wege zum Menschen*, 51, 1999, S. 39-45.

Carroll, Nina M.: Optimal gynecologic and obstetric care for lesbians. *Obstetrics & Gynecology*, 93, 1999, S. 611-613.

Cass, Vivian: Sexual Orientation Identity Formation. A Western Phenomenon. In: Cabaj, Robert P. & Stein, Terry S. (Hg.): *Textbook of Homosexuality and Mental Health*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press. 1996, S. 227-251.

Committee on Adolescence: Homosexuality and Adolescence. *Pediatrics*, 92 (4). Oct. 1993, S. 631-634.

Conger, John L.: Proceedings of the American Psychological Association, Incorporated, for the Year 1974. Minutes of the Council of Representatives. *American Psychologist*, 30, June 1975, S. 620-676.

Council of Europe: Situation of gays and lesbians and their partners in respect to asylum and immigration in the member states of the Council of Europe. Doc 8654, 25. 2. 2000. <http://stars.coe.fr/doc/doc00/edoc8654.htm>, Meldung vom 29. 10. 2001.

Coyle, Adrian/ Milton, Martin & Annesley, Phyllis: The Silencing of Lesbian and Gay Voices in Psycho“therapeutic“ Texts, Training and Practice. In: Steffens, Melanie C. & Biechele, Ulrich (HgInnen): *Annual Review of Lesbian, Gay, and Bisexual Issues in European Psychology*, 1, 2001, S. 95-124.

Davies, Dominic: Working with people coming out. In: Davies, Dominic & Neal, Charles (Hg.): *Pink therapy. A guide for counsellors and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press, 1996, S. 66-85.

Davies, Dominic & Neal, Charles (Hg): *Pink therapy. A guide for counsellors and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press. 1996a.

Davies, Dominic & Neal, Charles: An historical overview of homosexuality and therapy. In: Davies, Dominic & Neal, Charles (Hg): *Pink therapy. A guide for counsellors and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press. 1996b, S. 11-23.

DeBord, Kurt A. & Perez, Ruperto M.: Group counseling theory and practice with lesbian, gay, and bisexual clients. In: Perez, Ruperto M./ DeBord, Kurt A. & Bieschke, Kathleen J. (HgInnen): *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. Washington, DC.: American Psychological Association. 1999, S. 183–206.

DIE ZEIT: „Wir waren homosexuell“. 17. 6. 1998, S. 76.

DIMDI-Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information-(Hg.): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision). Bern: Verlag Hans Huber. 1994.

Döhner, Ulrich & Hentzelt, Frieder, Schwulenreferenten im AstA, Universität Hamburg: Keine Frage der Hormone. In: *Hamburger Abendblatt*, 11. 6. 1990. Dokumentiert in: *Schwule Presse-schau*, 7, (9), Juli 1990, S. 30.

Dörner, Günter: Letter to the editor. *Archives of Sexual Behavior*, 12 (6), 1983, S. 577-582.

Dworkin, Sari H.: Individual therapy with lesbian, gay, and bisexual clients. In: Perez, Ruperto M./ DeBord, Kurt A. & Bieschke, Kathleen J. (HgInnen): *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. Washington, DC.: American Psychological Association. 1999, S. 157-181.

Falco, Kristine L.: *Lesbische Frauen*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag. 1993.

Fassinger, Ruth E.: Applying Counseling Theories to Lesbian, Gay, and bisexual Clients: Pitfalls and Possibilities. In: Perez, Ruperto M./ DeBord, Kurt A. & Bieschke, Kathleen J. (HgInnen): *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. Washington, DC.: American Psychological Association. 1999, S.107-131.

Faulseit, Andrea/ Müller, Karin/ Ohms, Constance & Soine, Stefanie: Anregungen zur Entwicklung eines lesbisch-feministischen Gewaltbegriffs als Grundlage für politisches Handeln. *beiträge zur feministischen theorie und praxis*, 24 (56/57), 2001, S. 13-30.

Frenznick, Martina & Müller, Karin: Psychosoziale Beratung bei Gewalt in lesbischen Beziehungen. In: Ohms, Constance (Hgin): *Gegen Gewalt. Ein Leitfaden für Beratungsstellen und Polizei zum Umgang mit Gewalt in lesbischen Beziehungen*. Frankfurt 2002, S. 51-68. (Erhältlich über: Anti-Gewalt-Projekt LIBS e.V., Alte Gasse 38, 60323 Frankfurt am Main).

Frossard, Jacqueline: *Lesbische Frauen in der Psychotherapie*. Dissertation, vorgelegt der Philosophisch-Historischen Fakultät der Universität Basel. Basel. 2000.

Garnets, Linda/ Hancock, Kristin A./ Cochran, Susan D./ Goodchilds, Jaqueline, & Peplau, Letitia Anne: Issues in psychotherapy with lesbians and gay men. A survey of psychologists. *American Psychologist*, 46 (9), 1991, S. 964-972.

Gartrell, Nanette K.: Boundaries in Lesbian Therapist-Client Relationship. In: Greene, Beverly & Herek, Gregory M. (Hginnen): *Lesbian and Gay Psychology: theory, research, and clinical applications*. Thousand Oaks: Sage Publications. 1994, S. 98-117.

Grau, Günther: Schlag ins Gesicht. Umstrittene Verdienst-Auszeichnung. *Queer*, Januar 2003, S. 2.

Grawe, Klaus/ Donati, Ruth & Bernauer, Friederike: Psychotherapie im Wandel-Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie. 1994.

Gruskin, Edith Paige: The contra costa lesbian/bisexual women's health study. Unpublished master's thesis. University of California, Berkeley 1995. (Literaturangabe aus: Gruskin, Edith Paige: *Treating Lesbians and Bisexual Women*. London/New Delhi/Thousand Oaks: Sage Publications. 1999, S. 175).

Gruskin, Edith Paige: *Treating Lesbians and Bisexual Women*. London/New Delhi/Thousand Oaks: Sage Publications. 1999.

Gutmann, Claudia: „An irrational fear of the opposite sex“-Verhaltenstherapeutische Heterosexualisierungsversuche bei weiblicher und männlicher Homosexualität. In: Reipen, Margret (Hgin): *Ganz normal?! Lesbischer und Schwuler Alltag zwischen Anpassung und Selbstbestimmung*. München/Wien: Profil. 1996, S. 122-131.

Haldeman, Douglas C.: The Practice and Ethics of Sexual Orientation Conversion Therapy. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 62 (2), 1994, S. 221-227.

Heinrich, Thomas & Biechele, Ulrich. (1997). Die psychotherapeutische Versorgung von Lesben und Schwulen. Eine Umfrage der Regionalgruppe Rhein-Neckar. In: Steffens, Melanie C. & Reipen, Margret (Hginnen): *Versteckt und mittendrin. Zur (Selbst-) Darstellung und Wahrnehmung von Lesben und Schwulen in der Öffentlichkeit*. München/Wien: Profil. 1997, S. 55-63.

Heinrich, Thomas & Reipen, Margret: Gay Men and Lesbians-Clients of Unknown Species. *Annual Review of Lesbian, Gay, and Bisexual Issues in European Psychology*, 1, 2001, S. 125-140.

Herman, Judith Lewis: *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden* (deutschsprachige Ausgabe). München: Kindler. 1993.

Hershberger, Scott L. & D'Augelli, Anthony R.: Issues in counseling lesbian, gay, and bisexual adolescents. In: Perez, Ruperto M./ DeBord, Kurt A. & Bieschke, Kathleen J. (HgInnen): *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. Washington, DC.: American Psychological Association. 1999.

Hogan, Steve & Hudson, Lee: *Completely Queer. The Gay and Lesbian Encyclopedia*. New York: Henry Holt. 1999.

Human Rights Watch & IGLHRC (International Gay and Lesbian Human Rights Commission): Public Scandals: Sexual Orientation and Criminal Law in Romania. A report by Human Rights Watch and the International Gay and Lesbian Human Rights Commission. New York/Washington/London/Brussels: Human Rights Watch & IGLHRC. 1998.

IGLHRC (International Gay and Lesbian Human Rights Commission) & Lambda Legal Defense and Education Fund (Hginnen): Asylum Based on Sexual Orientation. USA: IGLHRC and Lambda Legal Defense and Education Fund. 1996.

Jones, MaryAnn & Gabriel, Martha A.: Utilization of psychotherapy by lesbians, gay men, and bisexuals: findings from a nationwide survey. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69 (2), April 1999, S. 209-219.

Kaplan, Leon: Das Mona-Lisa-Syndrom: Männer, die wie Frauen fühlen. Düsseldorf/Wien/New York: Econ-Verlag. 1990.

Kauth, Michael R./ Hartwig, Marcia J. & Kalichman, Seth A.: Health behavior relevant to psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. In: Perez, Ruperto M./ DeBord, Kurt A. & Bieschke, Kathleen J. (HgInnen): Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. Washington, DC.: American Psychological Association. 1999, S. 435-456.

Kitzinger, Celia & Perkins, Rachel: Changing Our Minds: Lesbianism Feminism and Psychology. London: Onlywomen Press. 1993.

Klußmann, Rudolf: Psychosomatische Medizin (4. Auflage). Berlin: Springer. 1998.

Landesregierung Schleswig-Holstein: Bekämpfung von Gewalt und Diskriminierung gegen Lesben und Schwule und Förderung der Chancengleichheit zwischen homosexuellen und heterosexuellen Lebensweisen in Schleswig-Holstein. Kabinettsbeschluss vom 22. 2. 2000.

Lang, Jens: Therapien zur Heilung von Homosexualität. Ein Überblick über Umpolungsorganisationen in den USA und in Deutschland. *VLSP aktuell (Nachrichten des Verbandes lesbischer Psychologinnen und schwuler Psychologen in Deutschland e.V.)*, 10, 2000, S. 6-8.

Lesbenberatung-Ort für Kommunikation, Bildung, Kultur und Information e.V.: Zwischen Ohnmacht und Wut. Gewalt gegen Lesben. Berlin. 1994. (Erhältlich über: Lesbenberatung-Ort für Kommunikation, Bildung, Kultur und Information e.V., Kulmer Str. 20a, 10783 Berlin).

Lesbenberatung-Ort für Kommunikation, Kultur, Bildung und Information e.V.-: mehr vom leben. 20 Jahre Lesbenberatung. Berlin. 2001. (Erhältlich über: Lesbenberatung-Ort für Kommunikation, Bildung, Kultur und Information e.V., Kulmer Str. 20a, 10783 Berlin).

Loulan, Jo Ann: Lesbische Selbstachtung. In: Loulan, JoAnn/ Margaret Nichols/ Monika Streit u.a. (Hginnen): *Lesben Liebe Leidenschaft. Texte zur feministischen Psychologie*. Berlin: Orlanda-Frauenverlag. 1992, S. 178-193.

Märtens, Michael & Petzold, Hilarion (Hg.): *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag. 2002.

Morrow, Susan L.: First do no harm: Therapist issues in Psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. In: Perez, Ruperto M./ DeBord, Kurt A. & Bieschke, Kathleen J. (HgInnen): *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. Washington, DC.: American Psychological Association. 1999, S.137–156.

Morrow, Susan L. & Hawxhurst, Donna M.: Feminist Therapy: Integrating political analysis in counseling and psychotherapy. *Women and Therapy*, 21 (2), 1998, S. 37-50.

O’Hanlan, Katherine A.: Lesbian health and homophobia: Perspectives for the treating obstetrician/gynecologist. *Current Problems in Obstetrics, Gynecology and Fertility*, 18 (4), 1995, S. 97-133.

Ohms, Constance & Müller, Karin/ Anti-Gewalt-Projekt der Lesben Informations- und Beratungsstelle Frankfurt am Main e.V. (Hg.): *Gut aufgehoben? Zur psychosozialen Versorgung lesbischer Frauen mit Gewalt- und/oder Diskriminierungserfahrungen*. Frankfurt 2001. (Erhältlich über: Anti-Gewalt-Projekt LIBS e.V., Alte Gasse 38, 60323 Frankfurt am Main).

Ossana, Shelley M.: Relationship and couples counseling. In: Perez, Ruperto M./ DeBord, Kurt A. & Bieschke, Kathleen J. (HgInnen): *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. Washington, DC.: American Psychological Association. 1999, S. 275-302.

Perez, Ruperto M./ DeBord, Kurt A. & Bieschke, Kathleen J. (HgInnen): *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. Washington, DC.: American Psychological Association. 1999.

Phillips, Julia C.: Training issues and considerations. In: Perez, Ruperto M./ DeBord, Kurt A. & Bieschke, Kathleen J. (HgInnen): *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. Washington, DC.: American Psychological Association. 1999, S. 337-358.

Psychosoziale Frauenberatungsstelle donna klara e.V.: *Lesbische/lesbisch empfindende Frauen in der Psychotherapie*. Kiel. 2003. (Erhältlich über die Psychosoziale Frauenberatungsstelle donna klara e.V., Goethestr. 9, 24116 Kiel).

Rauchfleisch, Udo: Homosexualität und psychoanalytische Ausbildung. *Forum der Psychoanalyse*, 9, 1993, S. 339-347.

Rauchfleisch, Udo: Schwule. Lesben. Bisexuelle. Lebensweisen. Vorurteile. Einsichten. Göttingen/Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht. 1994.

Rauchfleisch, Udo: Therapieschäden bei lesbischen, schwulen und bisexuellen Klientinnen und Klienten. In: Märtens, Michael & Petzold, Hilarion (Hg.): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag. 2002, S. 282-292.

Reinberg, Brigitte & Roßbach, Edith: Stichprobe Lesben (3. Auflage). Pfaffenweiler: Centaurus-Verlags-Gesellschaft. 1995.

Reisbeck, Günter: Auf Lesben und Schwule „spezialisierte“ Therapeut(inn)en? In: Dokumentation der VII. Fachtagung des Verbandes lesbischer Psychologinnen und schwuler Psychologen in Deutschland e.V. (VLSP): Selbstverständlich. Beratung und Psychotherapie mit Lesben und Schwulen. München, 7. bis 9. April 2000. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. 2001, S. 156-158.

Reisbeck, Günter/ Bittner, Monika/ Edinger, Manfred & Knoll, Christopher: Lesbische Psychologinnen und schwule Psychologen in Deutschland: Diskriminierung in der Ausbildung und am Arbeitsplatz. In: Reipen, Margret (Hgin): Ganz normal?! Lesbischer und Schwuler Alltag zwischen Anpassung und Selbstbestimmung. München/Wien: Profil. 1996, S. 72-85.

Riechers, Burghardt: Freundschaft und Anständigkeit. Leitbilder im Selbstverständnis männlicher Homosexueller in der frühen Bundesrepublik. *Invertito-Jahrbuch für die Geschichte der Homosexualitäten*, 1, 1999, S.12-46.

Rimmler, Uli: Heterosexismus in der Psychotherapie. In: Biechele, Ulrich (Hg.): Identitätsbildung, Identitätsverwirrung, Identitätspolitik-eine psychologische Standortbestimmung für Lesben, Schwule und andere. Dokumentation des Fachkongresses 30. 10. bis 1. 11. 1997, veranstaltet vom Verband Lesbischer Psychologinnen und schwuler Psychologen in Deutschland e.V. (VLSP) sowie der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (DAH) in Mannheim. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. 1998, S. 162-172.

Roberts, Susan Jo & Sorensen, Lena: Lesbian health care: A review and recommendations for health care promotion in primary care settings. *Nurse Practice*, 20 (6), June 1995, S. 42-47.

Roth, Wolfgang: Übertragung und Gegenübertragung in der therapeutischen Beziehung. In: Rauchfleisch, Udo/ Frossard, Jacqueline/ Waser, Gottfried/ Wiesendanger, Kurt & Roth, Wolfgang: Gleich und doch anders. Psychotherapie und Beratung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und ihren Angehörigen. Stuttgart: Klett-Cotta. 2002, S. 124-135.

Rothblum, Esther D.: „Somewhere in Des Moines or San Antonio“: Historical Perspectives on Lesbian, Gay, and Bisexual Mental Health. In: Perez, Ruperto M./ DeBord, Kurt A. & Bieschke, Kathleen J. (HgInnen): Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. Washington, DC.: American Psychological Association. 1999, S. 57-79.

Rothschild, Cynthia: Written Out. How sexuality is used to attack women's organizing. A report of the International Gay and Lesbian Human Rights Commission and the Center for Women's Global Leadership. USA: International Gay and Lesbian Human Rights Commission. 2000.

Ryan, Joanna: Lesbianism and the Therapist's Subjectivity: A Psychoanalytic View. In: Shelley, Christopher (Hg.): Contemporary Perspectives on Psychotherapy and Homosexualities. London/New York: Free Association. 1998.

Saß, Henning/ Wittchen, Hans-Ulrich & Zaudig, Michael: DSM-IV. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (1. Auflage der dt. Bearbeitung). Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe. 1996.

Saß, Henning/ Wittchen, Hans-Ulrich & Zaudig, Michael: DSM-IV. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (2. verbesserte Auflage der dt. Bearbeitung). Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe. 1998.

Schatz, B. & O'Hanlan, K.: Anti-gay discrimination in medicine: Results of a national survey of Lesbian, Gay and Bisexual Physicians. San Francisco 1994. Zitiert in: Gruskin, Edith Paige: Treating Lesbians and Bisexual Women. London/New Delhi/Thousand Oaks: SAGE Publications. 1999, S. 42.

Scheu, Ursula: Kreuzzug. In: Schwarzer, Alice (Hgin): Sexualität. Ein EMMA-Buch. Reinbek: Rowohlt. 1982, S. 156-163.

Schepank, Heinz: Vererbung und Umwelt. In: Uexküll, Thure von/ Adler, Rolf/ Herrmann, Jörg Michael/ Köhle, Karl/ Schonecke, Othmar W. & Wesiak, Wolfgang (Hg.): Psychosomatische Medizin (5. Auflage). München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg. 1996, S. 113-119.

Schwenk, Vera: Psychosoziale Beratung von Lesben in gewalttätigen Beziehungen. In: Ohms, Constanze (Hgin): Mehr als das Herz gebrochen: Gewalt in lesbischen Beziehungen. Berlin: Orlanda-Frauenverlag. 1993, S. 160-172.

Senatsverwaltung für Jugend und Familie, Referat für gleichgeschlechtliche Lebensweise (Hgin): Lesben und Schwule im Gesundheitswesen. Berlin. 1993. (Erhältlich über: Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen, Beuthstr. 6-8, 10117 Berlin).

Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen: Sie liebt sie. Er liebt ihn. Eine Studie zur psychosozialen Situation junger Lesben, Schwuler und Bisexueller in Berlin. Berlin. 1999. (Erhältlich über: Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen, Beuthstr. 6-8, 10117 Berlin).

Seyler, Helga: Diskriminierung von Lesben in der Gynäkologie. *CLIO*, 43/1996, S. 23-24.

Silverstein, Charles: Psychological and medical treatments of homosexuality. In: Gonsiorek, John C. & Weinrich, James D. (Hg.): *Homosexuality: Research Implications for Public Policy*. Newbury Park, CA: Sage Publications. 1991, S. 101-114.

Statistisches Bundesamt (Hg.): *Gesundheitsbericht für Deutschland*. Stuttgart: Metzler-Poeschel. 1998.

Steffens, Melanie C. & Eschmann, Birgit: Fighting Psychologists' Negative Attitudes and Prejudices towards Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. *Annual Review of Lesbian, Gay, and Bisexual Issues in European Psychology*, 1, 2001, S. 7-30.

Steffens, Melanie & Ise, Michaela: Zur Verknüpfung völlig unterschiedlicher Netze: Lesbische Psychologinnen, schwule Psychologen und bisexuelle PsychologInnen in Deutschland und Europa. In: *Lesbische und schwule Lebensweisen, Struktur, Finanzen und Organisation-Perspektiven für NRW-Dokumentation der Internationalen Fachkonferenz am 10. und 11. Dezember 1999*. Veranstalter: Forschungsnetzwerk lesbische und schwule Studien NRW. Essen. 2000, S. 47-58. (Erhältlich über: Forschungsnetzwerk lesbische und schwule Studien (FLUSS), Universität GH Siegen, FB 3, 57068 Siegen).

Stein-Hilbers, Marlene (Projektleitung)/ Holzbecher, Monika/ Klodwig, Bernadette/ Kroder, Uta/ Soine, Stefanie/ Goldammer, Almuth & Noack, Inka (Projektmitarbeiterinnen) (Hg.: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen): *Gewalt gegen lesbische Frauen: Studie über Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen*. Düsseldorf. 1999. (Erhältlich über das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, 40190 Düsseldorf).

Stevens, Patricia E.: Protective strategies of lesbian clients in health care environments. *Research in Nursing & Health*, 17, 1994, S. 217-229.

Trippet, Susan E. & Bain, Joyce: Physical Health Problems and Concerns of Lesbians. *Women & Health*, 20 (2), 1993, S. 59-70.

Tiemann, Kathleen A./ Kennedy, Sally A. & Haga, Myrna P.: Rural lesbians' Strategies for Coming Out to Health Care Professionals. In: Ponticelli, Christy M. (Hgin): *Gateways to Improving Lesbian Health and Health Care: Opening Doors*. New York/London: Haworth Press. 1998, S. 61-76.

VanScoy, Holly: Health behavior in lesbians. In: Gochman, David S. (Hg.): *Handbook of health behavior research III. Demography, Development, and Diversity*. New York: Plenum Press. 1997, S. 141-162.

Voelker, Sabine: Geheimnisse. Coming-out-Prozesse lesbischer Mädchen/junger Frauen vor dem Hintergrund zurückliegender sexualisierter Gewalterfahrungen. In: *Lesben Informations- und Beratungsstelle e.V. (Hgin): 1. Europäisches Symposium Gewalt gegen Lesben*. Berlin. 2001, S. 63-75. (Erhältlich über LIBS e.V., Alte Gasse 38, 60313 Frankfurt).

Waalwijk, Kees (in co-operation with many others): Tip of an iceberg. Anti-lesbian and anti-gay discrimination in Europe 1980-1990. International Lesbian and Gay Association. Department of Gay and Lesbian Studies. The Netherlands, Utrecht: International Lesbian and Gay Association. 1991.

Weisbrod, Mechthild: Psychotherapieerfahrungen lesbischer Frauen während ihres Coming outs. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Universität Freiburg. Freiburg 1996.

Wessel, Andreas: Mensch und Hormone. Berliner Forscher Günter Dörner für den „Right Livelihood Award“ nominiert. *Junge Welt*, 16. 7. 1999. Dokumentiert in: *Lesbisch-Schwule Presseschau* 8/1999, S. 37.

White, Jocelyn C. & Valerie T. Dull: Room for Improvement: Communication Between Lesbians and Primary Care Providers. In: Ponticelli, Christy M. (Hgin): Gateways to Improving Lesbian Health and Health Care: Opening Doors. New York, London: Haworth Press. 1998, S. 95-110.

Wiesendanger, Kurt: Schwule und Lesben in Psychotherapie, Seelsorge und Beratung. Ein Wegweiser. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht. 2001.

Zeidenstein, Laura: Gynecological and Childbearing Needs of Lesbians. *Journal of Nurse-Midwifery*, 35 (1), January/February 1990, S. 10-18.

Autorin: Gisela Wolf, woelfinnen@gmx.de