

Lesbische und bisexuelle Frauen und Sucht

Gisela Wolf

(Stand Juni 2009)

„Unsere Gemeinschaften müssen in der Lage sein, diejenigen von uns einzuschließen, die derzeit ausgegrenzt sind – deren Verhalten für uns beunruhigend und nicht nachvollziehbar ist. Lesben mit Alkohol- und Drogenmissbrauch ... finden sich oft nicht nur aus unseren Gemeinschaften ausgeschlossen, sondern auch aus der lesbisch-feministischen Therapie.“
(Perkins 1995, S. 60)

Lesben und bisexuelle Frauen mit Suchterfahrungen in der Gesellschaft und im Gesundheitssystem

Obwohl lesbische, bisexuelle und andere frauenliebende Klientinnen auch die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland in Anspruch nehmen, werden sie dort nur selten sichtbar. Es gibt kaum spezifische Angebote, die das Offenleben lesbischer und bisexueller Klientinnen unterstützen.

Stattdessen treffen lesbische und bisexuelle Klientinnen im Gesundheitssystem vielfach auf eine Tradition homophober Ideologien, die auch und gerade in der sogenannten „Suchtkrankenhilfe“ noch hochwirksam sind. Hierzu gehören auf Seiten der „Professionellen“ ein Mangel an spezifischem Wissen über lesbische und bisexuelle Lebensweisen, ein „Kultivieren“ von Vorurteilen bis hin zur Pathologisierung homosexueller Lebensweisen (siehe unten), die Anbindung vieler Institutionen der „Suchtkrankenhilfe“ an religiöse Verbände wie z.B. die Caritas und die heterozentristische Ausrichtung der Arbeit in den meisten Kliniken. Manche PsychotherapeutInnen konstruieren heterosexuelles Verhalten als Erfolgskriterium für eine gelungene Psychotherapie (vergl. z.B. Fichter & Liberman 2000). Homophobe Einstellungen und Handlungspraxen innerhalb der Institutionen, auf Seiten von ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen und Pflegepersonal und bei heterosexuellen KlientInnen bilden ein sich selbst immer wieder bestätigendes System.

Professionelle therapeutische Interventionen müssen immer auch im Hinblick auf ihre Einbindung in das Gesellschaftssystem, innerhalb dessen sie stattfinden, betrachtet werden. Beratungen und Therapien validieren die Regeln des Gesellschaftssystems, in dem sie stattfinden. Aus der Dominanzgesellschaft übernehmen TherapeutInnen Definitionen von „Störungen“ und „Gesundheit“, Zielvorstellungen und Ausgrenzungspraxen. „Sucht“, Substanzkonsum und Substanzabhängigkeit werden in dieser Gesellschaft mit bestimmten Zuschreibungen verknüpft. Sichtbar suchtbetroffene Menschen werden als defizitär konstruiert. Damit werden ihnen gegenüber Widerstände aufgebaut. Diese Gesellschaft schützt sich vor ihrer eigenen Ambivalenz bezüglich Substanzgebrauch, indem sie Menschen, die Probleme mit ihrem Konsumverhalten haben, als „abweichend“ oder „verschieden“ von einem imaginären „wir“ einkategorisiert. „Wir“ sind dann entsprechend dieser Kategorisierung nicht suchtbetroffen, sondern zeigen z.B. durch unseren sichtbar kontrollierten Alkoholkonsum, dass „wir“ mit Substanzgebrauch keine Probleme haben (Kowszun & Malley 1996).

Suchttherapie erreicht nur eine Minderheit der von Suchtmittelabhängigkeit betroffenen Menschen. So entscheiden sich beispielsweise lediglich ca. 1% bis 2% der alkoholkranken Menschen für eine Behandlung innerhalb einer suchttherapeutischen Einrichtung, obwohl

Abhängigkeit von Alkohol eine sehr beeinträchtigende Störung mit erheblichen Auswirkungen auf Beziehungen, Lebensgestaltung und Selbstwertgefühl ist (Soyka 2008). Offensichtlich befürchten viele substanzabhängige Menschen, dass ihnen im Rahmen des Gesundheitssystems und in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe nicht mit Respekt begegnet wird und dass sie von Professionellen beschämt werden (vergl. Sobell 2006).

Tatsächlich bestehen auf Seiten von PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen und anderen Professionellen im Gesundheitswesen gelegentlich Abneigungen und problematische Einstellungen gegen PatientInnen mit Abhängigkeiten. So berichtet beispielsweise Vollmer (1998) über moralisierende Verurteilungen suchtbetroffener Menschen durch TherapeutInnen. Suchtbetroffene werden von manchen TherapeutInnen als wenig kooperativ, hilflos (dem Suchtstoff „ausgeliefert“), unzuverlässig, uneinsichtig und unmotiviert eingeordnet. Rückfälle von Klientinnen werden immer noch von vielen Professionellen im Gesundheitssystem als „Beleg“ für einen Mangel an Therapiemotivation heran gezogen, obwohl es keine empirischen Belege dafür gibt, dass rückfällige Klientinnen tatsächlich eine geringere Motivation für eine Behandlung aufweisen. Manche TherapeutInnen hängen einer „Verelendungstheorie“ an, nach der suchtbetroffene Menschen zunächst einmal am Boden liegen müssen, bevor sie therapeutische Angebote annehmen können (und dürfen). Diese Verelendungstheorie kann zu einer abwartenden und verweigernden Haltung von TherapeutInnen gegenüber suchtbetroffenen Menschen führen (vergl. Meulenbelt, Wevers & von der Ven 1998, Vollmer 1998).

Professionelle, die solche abwertenden Einstellungen vertreten, versuchen damit, die eigene Hilflosigkeit abzuwehren und eine deutliche Grenze zwischen sich selbst und suchtbetroffenen Menschen zu markieren. Suchtbetroffene Menschen wiederum antizipieren, dass ihnen im Gesundheitssystem mit Abwehr begegnet wird und verleugnen oder dissimulieren dementsprechend ihren Konsum.

Substanzkonsum und Kontrollverlust sind geschlechtlich konnotiert. So gelten ein „harter“ Konsum und die Fähigkeit, diesen „auszuhalten“ als „männlich“. Frauen, die sichtbar viel Alkohol konsumieren, werden mit der Zuschreibung belegt, sie „verlören“ damit ihre Weiblichkeit. Zeitgleich gibt es Diskurse, die Alkohol- und besonders Nikotinkonsum bei Frauen mit „Emanzipation“ und Selbstbewusstsein in Verbindung bringen (vergl. Annandale 2009).

Vor diesem gesellschaftlichen Hintergrund werden auch „Sucht“, Substanzkonsum und Substanzabhängigkeit bei lesbischen und bisexuellen Frauen mit spezifischen Bedeutungen versehen.

Lesbische und bisexuelle Frauen und transidente Menschen werden in dieser Gesellschaft marginalisiert. Marginalisierung führt zu Belastungen (Meyer 2007) und erhöht das Risiko, zu Suchtmitteln zu greifen. Süchtige Lesben und bisexuelle Frauen sind von sich potenzierenden Stigmatisierungsprozessen betroffen. Konsumieren sie dann zur Belastungsbewältigung Substanzen, wird der problematische Konsum von manchen Professionellen auf die non-konforme soziosexuelle Orientierung und nicht auf gesellschaftliche Ausgrenzungsprozesse attribuiert. Eine Analyse der Umgangsformen mit süchtigen Lesben, Schwulen und Bisexuellen in beratenden und therapeutischen Settings wirft ein scharfes Licht auf die Weigerungen von therapeutischen AkteurInnen innerhalb von Kliniken und Praxen, Hierarchisierungsprozesse und Geschlechterkonstruktionen kritisch zu reflektieren. Folgen dieser Reflexionsverweigerung sind u.a. eine ignorante Haltung gegenüber Menschen, die nicht heteronormativ leben, sowie eine mangelhafte Fachkompetenz und unfachliche Beziehungsgestaltung gegenüber lesbischen, schwulen, bisexuellen und transidenten KlientInnen (vergl. Dennert & Wolf 2009).

Begrifflichkeiten

Worte schaffen Wirklichkeiten, schließen ein, grenzen aus, machen das Ausgesprochene sichtbar und das Nicht-Benannte unsichtbar. Im Folgenden möchte ich einige der zentralen Begriffe zum Thema definieren.

„Lesbische“ und „bisexuelle Community“ und „Bi-FrauenLesbenZusammenhänge“

Der Begriff der „Community“ stammt aus der US-amerikanischen BürgerInnenrechtsbewegung. Als „lesbische“ und „bisexuelle Community“ bezeichne ich hier soziale und politische Gemeinschaften und Kulturen lesbischer und bisexueller Frauen. Am Beispiel des Begriffs der „Community“ wird deutlich, dass Sprache nicht einfach neutral benennt, sondern manches Mal auch mit der aktuell erfahrenen Wirklichkeit kollidiert. Die „Community“ ist derzeit keine faktische „Gemeinschaft“ sondern vielmehr eine Vielzahl unterschiedlicher Gruppierungen mit zum Teil auch erheblich divergierenden Interessen und Zielen (D’Augelli & Garnets 1995, Evans 2000). Wenn ich also hier von „Community“ spreche, übernehme ich den politischen Begriff, der formativ im Sinne des Ziels der Solidarisierung und gegenseitigen Unterstützung wirken soll.

Für offen bisexuell lebende Frauen ist es derzeit in Deutschland wie auch in anderen europäischen Ländern schwieriger als für Lesben, eine „Community“ zu finden, in der sie sichtbar als bisexuelle Frauen auftreten können und in denen ihre soziosexuelle Identität auch als politisch begriffen wird (Gurevich, Bower, Mathieson & Dhayanandhan 2007). Viele bisexuelle Frauen nehmen an „FrauenLesbenTreffen“ teil und gestalten diese mit. Die explizite Benennung bisexueller Frauen in diesem Text soll die Beteiligung bisexueller Frauen am Aufbau von solidarischen feministischen Community-Strukturen sichtbar machen. „Bi-FrauenLesbenZu-

sammenhänge“ sind in diesem Sinne autonome feministische Strukturen, die sich zum Teil auch eigene Räume (Bi-FrauenLesbenRäume) geschaffen haben.

Längst nicht alle Lesben oder bisexuelle Frauen fühlen sich einer feministisch geprägten lesbischen oder bisexuellen Community oder Bi-FrauenLesbenZusammenhängen zugehörig. Für viele Lesben und bisexuelle Frauen bildet „die“ Community jedoch einen wichtigen Bezugspunkt (Ellis 2007). In diesem Artikel werden gezielt die Kommunikationsformen, Ausschluss- und Schweigeprozesse und das Unterstützungspotenzial in diesen Zusammenhängen aufgegriffen, um die Diskussion um Sucht erneut in die Community hineinzutragen.

Die Verwendung der Begriffe „Lesben“ und „bisexuelle Frauen“ in dieser Arbeit stellt eine Vereinfachung da. Die Vielfalt lesbischer und bisexueller Lebensweisen wird in diesen zusammenfassenden Begrifflichkeiten nicht sichtbar. Tatsächlich gibt es zahlreiche unterschiedliche Möglichkeiten für Frauen, lesbisch oder bisexuell zu leben, und dabei sind auch weitere soziokulturelle Faktoren jenseits von Geschlecht und soziosexueller Orientierung relevant, wie z.B. sozioökonomische Situation, Herkunft, Ethnizität, Migrationserfahrung, Behinderungserfahrung, Alter etc. Alle diese Faktoren wären wichtig zu betrachten, um auch tatsächlich zu verstehen, vor welchem Hintergrund und mit welchen Auseinandersetzungsprozessen sich Sucht und Substanzkonsum bei einer lesbisch oder bisexuell lebenden Frau entwickeln kann (vergl. Heenan 2008).

„Sucht“/ „Substanzmissbrauch“/ „Substanzabhängigkeit“

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterscheidet in ihrer aktuellen Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10 GM) „schädlichen Gebrauch“ und „Abhängigkeit“ von psychotropen Substanzen. Der schädliche Gebrauch umfasst dabei ein Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Substanzabhängigkeit ist durch den starken Wunsch, eine Substanz zu konsumieren, verminderte Kontrollfähigkeit über den Konsum, ein körperliches Entzugssyndrom, die Entwicklung von Toleranz gegenüber der psychotropen Substanz, eine fortschreitenden Vernachlässigung anderer Interessen und einem anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutig schädigender Folgen gekennzeichnet (DIMDI 1992).

Das Wort „Sucht“ wird im ICD nicht mehr verwendet. Dennoch taucht dieser Begriff noch in zahlreichen Publikationen auf und wird dort im Sinne eines hemmungslosen, unkontrollierbaren und unbedingten Verlangens nach der Einnahme einer Substanz gebraucht (Zetkin & Schaldach 1998, S. 1941). Die Dynamik des Kontrollverlustes findet sich auch bei anderen psychischen Problemen wie z.B. Ess-„störungen“ oder pathologischem „Glücks“-spiel, auch wenn die WHO im ICD 10 Ess-„störungen“ oder Kontrollverlust beim „Glücks“-spiel nicht zu den Abhängigkeitserkrankungen zählt. Ich habe mich wegen den Ähnlichkeiten in der Psychodynamik dafür entschieden, in diese Übersicht auch Daten zu Ess-„störungen“ mit aufzunehmen. Zum Thema „Glücksspiel“ gibt es derzeit meines Wissens noch keine quantitativen oder qualitativen Untersuchungen mit lesbischen oder bisexuellen Befragten.

Dimensionen des Themas

Bislang gibt es nur wenig Forschungsarbeiten zum Themenkomplex „Lesben und bisexuelle Frauen und Sucht/Substanzabhängigkeit“. Die vorliegenden publizierten Arbeiten beschäftigen sich überwiegend mit der Frage nach Prävalenzen. Sie versuchen also zu erfassen, wie häufig Lesben und bisexuelle Frauen Suchtmittel konsumieren und wie häufig sie von Suchterkrankungen betroffen sind. Die häufige Exklusion von bisexuellen Frauen aus der Sprache spiegelt sich leider auch in der Forschung wieder. So finden sich kaum Daten zum Thema Gesundheit, Sucht und Substanzkonsum, die differenziert auf bisexuelle Frauen eingehen. Ich kann deshalb auch in diesem Text nur tentativ die Befunde zur Situation lesbischer auf bisexuelle Frauen übertragen und bin dankbar für Rückmeldungen und Verbesserungen gerade zu diesem Bereich.

Die bislang publizierten Studien zu Sucht bei Lesben und bisexuellen Frauen weisen verschiedene methodische Probleme auf. Zum einen ist Sucht ein gesellschaftlich tabuisiertes Verhalten. Es ist deshalb davon auszugehen, dass Selbstauskünfte über Sucht und Suchtmittelkonsum in Untersuchungen eher eine Unterschätzung des Problems darstellen. Da die Grundgesamtheit aller Lesben und bisexuellen Frauen in der Bevölkerung nicht bekannt ist, werden in den vorliegenden Studien immer nicht-repräsentative Stichproben verwendet. Wenn in quantitativen Studien Unterschiede zwischen Lesben und heterosexuell lebenden Frauen gefunden werden, ist es kaum möglich, herauszufinden, ob diese Unterschiede valide sind oder ob sie nicht vielmehr auf Verzerrungen in der Stichprobenwahl zurückzuführen sind (Hughes 2003, Rothblum 2007). Oft verlassen sich die Studien ausschließlich auf self-reports. Epidemiologische Untersuchungen zur Gesundheit von Lesben und bisexuelle Frauen erreichen oft gerade diejenigen Personen nicht, die unter besonderen Belastungen stehen (wie z.B. obdachlose oder versteckt lebende Lesben und bisexuelle Frauen). Ältere epidemiologische Studien zum Alkoholkonsum bei lesbischen Frauen, die an lesbischen Barbesucherinnen durchgeführt worden sind, habe ich in den folgenden Ausführungen nicht berücksichtigt. besucht haben.

Epidemiologie der Abhängigkeitserkrankungen bei Lesben und bisexuellen Frauen

In ihrer Übersicht über europäische Studien zur psychischen Gesundheit von Lesben und Schwulen fand Dennert (2006) ein erhöhtes Risiko von Abhängigkeitserkrankungen bei Lesben, jedoch nicht bei Schwulen. So zeigte sich in der niederländischen Studie von Sandfort, Graaf, Bijl & Schnabel (2001) eine signifikant erhöhte 12-Monats-Prävalenz und Lebenszeitprävalenz für Abhängigkeitserkrankungen bei Lesben im Vergleich zu heterosexuellen Frauen, zurückzuführen insbesondere auf hohe Raten alkoholabhängiger (11,6%) und drogenabhängiger Lesben (9,3%). Verschiedene AutorInnen haben darauf aufmerksam gemacht, dass insbesondere lesbische, bisexuelle und schwule Jugendliche im Coming-out gefährdet sind, Belastungen durch antihomosexuelle Übergriffe mit Suchtmittelkonsum, Ess-Störungen und andere gesundheitsschädigenden Handlungen emotional abzuwehren (vergl. Bradford & White 2000, Hershberger & D'Augelli 1999, Senatsverwaltung 1999, Wolf 2004).

Im Folgenden werden Sucht und Substanzgebrauch differenziert nach den unterschiedlichen Konsummitteln dargestellt. Berücksichtigt werden muss dabei, dass viele Menschen einen problematischen Konsum mehrerer Substanzen aufweisen. Mehrfachabhängigkeiten bei Lesben, Schwulen und Bisexuellen sind bislang erst unzureichend untersucht.

Alkoholkonsum

Die vorliegenden Daten deuten darauf hin, dass lesbische Frauen eher und intensiver trinken als heterosexuelle Frauen. Lesben berichten häufiger Probleme mit dem Alkohol und weisen auch eher Symptome einer Alkoholabhängigkeit auf. Darüber hinaus scheint es so zu sein, dass mit zunehmendem Alter der Alkoholkonsum lesbischer Frauen im Gegensatz zu dem Alkoholkonsum heterosexueller Frauen weniger abnimmt. Lesbische Frauen werden auch häufiger wegen Problemen mit Alkohol behandelt als Heteras (Dennert 2006, Greenwood & Gruskin 2007, Hughes 2003, Kowszun & Malley 1996, Russel, Testa & Wilsnack 2000). Die Risikofaktoren für Alkoholkonsum bei Lesben ähneln den Risikofaktoren bei heterosexuellen Frauen. So konsumieren Lesben vermehrt Alkohol, wenn sie sexuelle Gewalt im Kindesalter erleben mussten, wenn sie in einem männerdominierten Beruf tätig sind, wenn sie Beziehungen mit gewalttätigen oder stark konsumierenden PartnerInnen haben oder wenn sie kinderlos sind. Es gibt allerdings auch lebensspezifische Risikofaktoren für einen erhöhten Alkoholkonsum. So kann sichtbarer Alkoholkonsum von lesbischen und bisexuellen Frauen eine bewusst signalisierte Nonkonformität gegenüber gesellschaftlichen Verhaltenserwartungen an Frauen ausdrücken und wird in manchen Szenezusammenhängen auch mit Selbstbewusstsein assoziiert (MacBride-Steward 2007). Alkohol ist bei den meisten Community-Ereignissen leicht verfügbar. Manchmal wird Alkohol dort auch kommerziell beworben, Alkoholproduzenten sponsoren diverse Lesbentreffen. Insgesamt ist die Akzeptanz von Alkoholkonsum bei politischen und kulturellen Veranstaltungen von und für lesbische Frauen generell so hoch, dass alkoholfreie Veranstaltungen als Einzelfälle gelten müssen. In vielen Städten und Landkreisen gibt es nur wenige Treffpunkte für lesbische und bisexuelle Frauen. BiFrauenLesben, die alkohol- und/ oder drogenfrei leben möchten, stehen oft keine alternativen Räume zur Verfügung (Adams, McCreanor & Braun 2007, Greenwood & Gruskin 2007, Kowszun & Malley 1996, Russel, Testa & Wilsnack 2000, Dennert 2005, O'Hanlan & Isler 2007). Weathers (1980, in Schilit, Lie & Montagne 1990) sieht auch in der mangelnden Offenheit von alkoholspezifischen Behandlungseinrichtungen für lesbische Frauen einen möglichen Grund für die hohen Raten von Alkoholmissbrauch von Lesben.

Da die Bioverfügbarkeit von Alkohol bei Frauen größer ist als bei Männern und das Verteilungsvolumen bei Frauen durch den relativ höheren Körperfettanteil geringer, sind Frauen wahrscheinlich sensitiver gegenüber den Effekten von Alkohol als Männer. Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit hängen bei Frauen enger mit anderen psychopathologischen Beeinträchtigungen (wie z.B. Depressionen und/oder Posttraumatischer Belastungsstörung) zusammen als bei Männern (Russel, Testa & Wilsnack 2000). Exzessiver Alkoholkonsum erhöht das Risiko für Brustkrebs sowie für gastrointestinale, kardiovaskuläre, endokrine und neurologische Erkrankungen (Bowen, Boehmer & Russo 2007, Greenwood & Gruskin 2007).

2005 legte Dennert die erste und bislang einzige quantitative Studie zur Lesbengesundheit in der BRD vor. In dieser Studie gingen die Daten von 578 Besucherinnen des Lesbenfrühlingstreffens in Köln aus dem Jahr 1999 ein. Ein Fünftel der von Dennert (2005) befragten Frauen berichtete, mehrmals wöchentlich Alkohol zu trinken, 4,5% konsumierten täglich Alkohol. Die höchste Rate an täglichen Alkoholkonsumentinnen fand Dennert bei den über 45jährigen Frauen. Zwischen Frauen, die ihr Lesbischsein offen oder verdeckt lebten, ließen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede bezüglich ihres Alkoholkonsums feststellen (Dennert 2005, S. 55-63).

Bei den jüngeren Lesben bis zum Alter von 30 Jahren lag der Anteil der im Vorjahr alkoholabstinenten lesbischen Frauen deutlich niedriger als in der weiblichen Allgemeinbevölkerung. 4,4% der jungen Lesben unter 25 Jahren konsumierten täglich Alkohol, 11,8% mehrmals in der Woche, 25% ein bis zweimal wöchentlich. Im bundesdeutschen Bevölkerungsdurchschnitt liegt der Anteil an Frauen, die mehrmals wöchentlich Alkohol konsumieren, deutlich niedriger. Der Vergleich mit der Drogenaffinitätsstudie von 1998 macht deutlich, dass der Anteil der jungen Lesben, die mindestens einmal pro Woche Alkohol konsumieren, mit 41,2% um ein Mehrfaches über dem des Repräsentativsamples liegt. Der von Dennert (2005) für Deutschland gefundene hohe Alkoholkonsum junger lesbischer Frauen findet sich auch in zahlreichen US-amerikanischen Studien (vergl. Dennert 2005).

Illegalisierte Drogen

Die im Literaturüberblick von Dennert (2006) referierten Studien belegen einen erhöhten Konsum von (in den Studien nicht näher definierten) „Freizeitdrogen“ bei Lesben und Schwulen im Vergleich zu Heterosexuellen. Im Hinblick auf die Lebenszeitprävalenz des Konsums von „Freizeitdrogen“ erwies sich diese Erhöhung jedoch nur noch bei den Lesben als signifikant.

Die bundesdeutsche Untersuchung von Dennert (2005) ergab, dass 21,7 % der befragten Lesben im Vorjahr mindestens einmal Cannabisprodukte konsumiert hatten, 4,2% hatten „andere“ Drogen (z.B. Halluzinogene, Amphetamine, Kokain, Heroin oder Ecstasy) konsumiert. 9,2% der befragten lesbischen Frauen hatten früher regelmäßig Cannabisprodukte konsumiert, verneinten aber den aktuellen Gebrauch von Cannabis. Bei den anderen Drogen lag der Anteil an Ex-Gebraucherinnen bei 3,3%. Die Häufigkeit des Cannabiskonsums nahm in der Stichprobe mit dem Alter der Befragten ab. Auch bei den „anderen“ Drogen war der Anteil an Konsumentinnen bei den unter 25jährigen am größten. Insgesamt lag bei den Besucherinnen des LFT in Köln der Anteil an aktuellen, regelmäßigen Drogengebraucherinnen bei 0,7% .

Medikamente

8% der von Dennert (2005) befragten lesbischen Frauen berichteten, dass sie im Vorjahr wöchentlich oder häufiger psychotrope Medikamente eingenommen hatten. Lesben mit einem höheren Konsum an Medikamenten einer der vier Substanzklassen (Analgetika, Beruhigungsmittel, stimmungsbeeinflussende Mittel oder Schlafmittel) wiesen auch einen höheren Konsum von Medikamenten aller übrigen Substanzklassen auf. Lesbische Frauen, die ihr psychisches Wohlbefinden als schlechter beschrieben, gaben einen höheren Gebrauch an Analgetika, Psychopharmaka, Schlafmitteln und Beruhigungsmitteln an. Insgesamt weisen die Daten zum Medikamentenkonsum bei Lesben nach dieser Studie kaum Unterschiede zur weiblichen Allgemeinbevölkerung in Deutschland auf.

Nikotin

Von den durch Dennert (2005) befragten Lesben rauchten zum Zeitpunkt der Befragung 36,9%. 26,5% rauchten täglich zwei oder mehr Zigaretten. Der Anteil der Raucherinnen nahm mit zunehmendem Alter ab. Von den jungen Lesben unter 20 Jahren rauchten 71,4%. Lesben weisen damit eine höhere Lebenszeitprävalenz für das Rauchen auf als die weibliche Allgemeinbevölkerung. Auch in verschiedenen internationalen Studien zeigen sich regelmäßig höhere Raten an Raucherinnen und Ex-Raucherinnen bei Lesben (Dennert 2005). Mit dem Rauchen steigt das Risiko für zahlreiche Krebserkrankungen (Blasenkrebs, Cervix-Karzinome, Nierenkrebs, Leukämie, Pankreas-, Lungen- und Magenkarzinome), für kardiovaskuläre und respiratorische Erkrankungen und für Magenschleimhautentzündungen. Rauchen kann die Knochendichte verringern, wirkt sich negativ auf die Fertilität aus und kann zu einem erniedrigten Geburtsgewicht von Kindern führen, deren Mütter in der Schwangerschaft geraucht haben. Negative gesundheitliche Konsequenzen des Rauchens treten bereits auf einem niedrigen Konsumlevel auf. Die mit dem Rauchen assoziierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen können sich wieder verbessern, wenn eine mit dem Rauchen aufhört (Greenwood & Gruskin 2007, O’Hanlan & Isler 2007).

Ess-, „störungen“

Legenbauer (2006) weist auf zahlreiche Studien hin, die zeigen, dass der Anteil homosexueller Männer unter ess-, „gestörten“ Menschen sehr viel größer ist als der Anteil schwuler Männer an der Gesamtpopulation (vergl. hierzu auch Taylor 2002). Nach Legenbauer (2006) lassen sich diese Befunde eventuell durch relativ starke Orientierung schwuler Männer an gesellschaftlichen Schönheitsidealen nach einem schlanken Körper erklären.

Bei lesbischen und bisexuellen Frauen sind Essstörungssymptome deutlich weniger untersucht als bei schwulen Männern. Zwar gibt es Hinweise darauf, dass die lesbische Lebensweise auch Möglichkeiten schaffen kann, sich vom herrschenden Schlankheitsdruck zu distanzieren und somit einen protektiven Faktor in Bezug auf die Entwicklung von Essstörungen darstellen könnte (Siever 1996). Eine quantitative Untersuchung von Heffernan (1996) kam allerdings zu dem Ergebnis, dass Bulimie unter Lesben genau so verbreitet ist wie bei heterosexuellen Frauen und dass Essanfälle unter Lesben häufiger als bei Heteras auftreten. Essstörungen könnten bei Lesben eine Funktion in der Regulierung belastender Gefühle durch die Stigmatisierung lesbischer Lebensweisen einnehmen. In Befragungen berichten lesbische Frauen ähnlich hohe Raten an Unzufriedenheit mit ihrem eigenen Körper wie Heteras (O’Hanlan & Isler 2007).

Die Studie von Dennert (2005) aus Deutschland belegt ein vermehrtes Vorkommen eines riskant niedrigen BMI (Body-Mass-Index) bei Lesben. Nach den Ergebnissen dieser Studie waren 0,5% der befragten lesbischen Frauen mit einem BMI > 40 kg/qm stark übergewichtig, 7,4% waren mit einem BMI < 19kg/qm untergewichtig, bei 1,4% lag der BMI unter 17,5 kg/qm.

Manche lesbischen Frauen berichten, dass ihr Coming-out zu einer bedeutsamen Verbesserung ihres Selbst- und Körperbewusstseins geführt habe (Wolf 2004). Lesbische Frauen, die sich in der lesbisch-schwulen Community engagieren, machen sich weniger Sorgen um ihr Körpergewicht, als Lesben mit wenig Community-Kontakten (Heffernan 1996).

Spezifika lesbischer und bisexueller Lebensweisen und deren Bedeutung für Suchtprävention, Suchtberatung und Suchttherapie

Lesben und bisexuelle Frauen leben in einem gesellschaftlichen Kontext, der von Homophobie und Heterozentrismus gekennzeichnet ist und haben als Angehörige einer marginalisierten Gruppe mit besonderen Schwierigkeiten zu kämpfen. Manche später lesbisch oder bisexuell lebende Frauen verstoßen bereits in der Pubertät gegen die vorgegebenen Geschlechternormen. Dies gilt noch viel mehr für transidente Menschen. Die Belastung, die aus den anschließenden Schikanen erwachsen kann, kann als ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Suchterkrankung betrachtet werden. Diese Belastung trifft viele lesbische und bisexuelle Frauen besonders im Jugendalter, weil in dieser Zeit der Druck zu geschlechterrollenkonformen Verhalten stark zunimmt und Vorurteile gegen Lesben und Schwule unter Jugendlichen Inhalt vieler Kommunikationen sind. Die hohen Prävalenzen von Substanzgebrauch unter jungen lesbischen Frauen sind alarmierend. Gerade das Jugendalter gilt allgemein als eine sensible Lebensphase für die Ausbildung und Verfestigung gesundheitsrelevanten Verhaltens. So steigt das Risiko für Alkoholmissbrauch während der gesamten Lebenszeit deutlich an, wenn mit dem Konsum von Alkohol früh begonnen wird (Adams, McCreanor & Braun 2007).

Fast alle Lesben in Deutschland sind direkt und auch indirekt betroffen von antilesbischer und auch sexistischer Gewalt (Soine & Zinn 2005, Stein-Hilbers, Holzbecher, Klodwig, Kroder, Soine, Goldammer & Noack 1999). Substanzabhängigkeit steht gerade bei Frauen in einem engen Zusammenhang mit den Erfahrungen von Marginalisierung und Gewalt. So lässt sich die These vertreten, dass viele Lesben Substanzkonsum, Ess-, „störungen“ oder „Glücks“-spiel als Möglichkeiten zur Belastungsbewältigung nach Erfahrungen mit Diskriminierungen und/oder Gewalt nutzen (vergl. dazu auch: Bradford & White 2000, Cabaj 1992, Kauth, Hartwig & Kalichman 2000, Kowszum & Malley 1996).

Lesbische und bisexuelle Coming-out-Prozesse beinhalten je spezifische Lebensaufgaben (u.a. Umgang mit Repressionen, Schweigegebot). Suchtmittelkonsum kann hier eine wichtige Funktion bei der Auseinandersetzung mit den Gefühlen im Coming-out-Prozess einnehmen. So können es Alkohol und Drogen ermöglichen, aus einer als unerträglich erfahrenen sexistischen und homosexuellenfeindlichen Wirklichkeit auszusteigen und sich vor den psychischen und sozialen Auswirkungen homophob motivierter Schikanen zu schützen.

Lesbische und bisexuelle Frauen mit einem Suchtthema, die sich im Rahmen einer Psychotherapie damit auseinandersetzen möchten, können nicht damit rechnen, dass ihre TherapeutInnen hinreichend über nicht-heterosexuelle Lebensweisen informiert sind und entsprechend differenziert handeln können. So ergab die Befragung von TherapeutInnen lesbischer Klientinnen durch Jaqueline Frossard (2000), dass fast 30% der TherapeutInnen der

Ansicht waren, die Therapie mit einer lesbischen Frau bedürfe überhaupt keines spezifischen Wissens. Die Mehrzahl der TherapeutInnen, bei denen sich die von Frossard (2000) befragten Lesben in Behandlung befanden, kannten sich in wichtigen Inhalten einer Therapie mit lesbischen Frauen, beispielsweise in der Dynamik lesbischer Beziehungen, nicht aus. Ohne die Berücksichtigung der Besonderheiten, Stärken und der sozialen Einbindung lesbischer und bisexueller Frauen können jedoch frauenliebende Klientinnen auch in der Suchttherapie nicht angemessen und fachkompetent behandelt werden.

Stattdessen werden im Gesundheitswesen lesbische und bisexuelle Lebensweisen oft nicht einmal benannt. Wenn homo- oder bisexuelle Klientinnen ihre soziosexuelle Identität selbst zur Sprache bringen, treffen sie oftmals auf Psychotherapeutinnen, die lesbische Lebensweisen im Vergleich mit heterosexuellen Lebensentwürfen als minder wertvoll betrachten. 20% der TherapeutInnen, bei denen lesbische Klientinnen in Behandlung sind, würden es begrüßen, wenn ihre Klientinnen wieder eine sexuelle Beziehung zu einem Mann aufnähmen. Auch erklären 20% der TherapeutInnen lesbische Klientinnen Lesbischsein aufgrund eines Defizitmodells (Frossard 2000).

Offen lebende Lesben und bisexuelle Frauen verfügen über spezielle soziale Netze und Ressourcen, deren Berücksichtigung in der Beratung und Therapie wichtig ist. Innerhalb der Communities/Szenen von Lesben und bisexuellen Frauen gibt es Umgangsformen mit Konsum, die spezifischen Einfluss auf die Entwicklung von Missbrauch und Abhängigkeit nehmen können. So ist bei Veranstaltungen innerhalb der Community Alkohol oft gut erreichbar, manchmal wird bereits auf Plena Alkohol getrunken. Der Konsum von Alkohol und Nikotin ist auf zahlreichen Feten und Politreffen sichtbar und anerkannt. Alkohol wird an zahlreichen Szeneorten verkauft. Manche Veranstaltungen decken einen wesentlichen Teil ihres Budgets durch den Verkauf alkoholhaltiger Getränke. Zahlreiche kommerzialisierte Veranstaltung des lesbisch-schwulen-bisexuellen-transidenten Community werden von alkohol- oder zigarettenverkaufenden Firmen gesponsort. Solche Szeneorte bieten kaum Möglichkeiten, Entscheidungen für ein Aufhören und für Abstinenz zu unterstützen.

In der FrauenLesbenCommunity wird über „Sucht“ und Substanzkonsum in bestimmten Mustern gesprochen und geschwiegen. Auch innerhalb von Community-Zusammenhängen werden manche Diskurse der mainstream-Gesellschaft zu Sucht reproduziert. Trotz der deutlichen Sichtbarkeit von konsumierenden lesbischen Frauen in der Community werden Kontrollverluste z.B. in Bezug auf Alkoholkonsum weitgehend tabuisiert. Es gibt zwar offene Gespräche über das Beenden von Nikotinkonsum innerhalb der Community. Diskurse über das Bewältigen von Rückfällen bei Alkoholabhängigkeit oder das Aussteigen aus einer Essstörung werden entweder gar nicht begonnen oder immer wieder überhört. Die Erfahrungen von bisexuellen und lesbischen Frauen, die es geschafft haben, aus einer Sucht auszusteigen, werden so unsichtbar gemacht. Damit wird der Mythos, eine Sucht sei unüberwindbar, auch in der Community gefestigt.

Ess-, „störungen“ werden gerne außerhalb der lesbischen Community situiert, in dem sie als Probleme von ausschließlich heterosexuellen Frauen konstruiert werden. So war bereits 1986 in der von lesbischen und anderen feministischen Frauen getragenen Freiburger Frauenzeitung in der Ankündigung einer Anti-Diät-Gruppe zu lesen: „Auch die emanzipiertesten Frauen verhalten sich, wenn es um ihre Figur geht, oft eher maennlich-fremdsteuert, anstatt auf ihr eigenes Urteilsvermögen zu vertrauen.“ (Freiburger Frauenzeitung, Nr. 11, 1986, S. 49). Diese These der „männlichen Fremdsteuerung“ (vergl. Heenan 2008 und Saukko 2008) ist ausgesprochen sexistisch und heterozentristisch. Sie wird derzeit leider auch noch von manchen feministisch geprägten Therapeutinnen vertreten.

Innerhalb von Lesbenzusammenhängen wurden seit den 1970er Jahren immer wieder Diskussionen um Sucht (insbesondere Alkoholabhängigkeit) begonnen. Die Diskurse brachen jedoch immer wieder ab. Die Erfahrungen mit der Thematisierung von Sucht wurden kaum dokumentiert und nur selten weitergegeben. So hat sich die Diskussion in der Lesbenbewegung nicht so wie bei anderen schwierigen Themen kontinuierlich weiter entwickeln können (Dennert 2007). Aktuell gibt es immer wieder Konflikte um Substanzkonsum und Sucht, z.B. bei Diskussionen, ob eine FrauenLesbenVeranstaltung alkoholfrei stattfinden kann oder ob ein FrauenLesbenRaum als alkohol- und rauchfrei deklariert werden soll. Und es schaffen sich immer mehr frauenliebende Frauen Orte innerhalb ihrer Community, in denen respektvoll über Sucht und Substanzkonsum gesprochen werden kann und Abstinenzentscheidungen oder Entscheidungen für einen kontrollierten Konsum nach einer Suchterfahrung mitgetragen werden.

Zusammenfassung meiner Thesen zu der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Sucht bei lesbischen und bisexuellen Frauen

Im folgenden Schaubild möchte ich meine Thesen zu den spezifischen Psycho- und Soziodynamiken bei der Ätio- und Pathogenese von Suchtproblematiken bei lesbischen und bisexuellen Frauen in dieser Gesellschaft zusammenfassen:

Lesben und bisexuelle Frauen und Substanzabhängigkeit

Gesamtgesellschaftliche Ebene

Der Heterosexismus in der mainstream-Gesellschaft

- führt zur Marginalisierung lesbischer und bisexueller Lebensweisen und bildet den Nährboden für Repressionen und Gewalt gegen Lesben und bisexuelle Frauen.
- Verhindert Unterstützung von Lesben und bisexuellen Frauen in gesellschaftlichen Institutionen.

Gesellschaftliche Funktionen von Suchtmittelabhängigkeit bei Lesben und bisexuellen Frauen:

- Marginalisierung/ Ausgrenzung/ Schädigung
- durch Betäubung und Einengung der Handlungsmöglichkeiten das Verbleiben in belastenden Situationen ermöglichen (z.B. einer heterosexuellen Beziehung)
- Bestätigen der „Normalität“ Nicht-Süchtiger

Institutionen des Gesundheitssystems und speziell der Suchtkrankenhilfe

sind Teil der mainstream-Gesellschaft. Sie sind dementsprechend ebenfalls gekennzeichnet durch Heterosexismus, spezifische Kompetenzen für die Behandlung von Lesben sind oft nicht vorhanden, es findet meist auch keine Unterstützung für ein Offenleben statt.

Ebene der Bi-FrauenLesben-Community

Der Konsum von Alkohol und Nikotin ist in der Bi-frauenLesben Community sehr sichtbar und die Bi-FrauenLesbenszene ist kein Ort, an dem der Verzicht auf Alkohol unterstützt wird.

Sucht und Kontrollverlust werden weitgehend tabuisiert.

Manche Probleme mit Kontrollverlust wie z.B. Essstörungen werden unsichtbar gemacht. Suchtbetroffene Lesben werden stigmatisiert. Es gibt kaum Kommunikationen über das „Aufhören“.

Individuelle Ebene

Lebensspezifische (vermutlich auch Bifrauen-spezifische) Risikofaktoren für die Suchtentstehung:

- Schweigen > Mangel an Worten/ Begrifflichkeiten > beeinträchtigte Identitätsentwicklung
- Internalisierte Homonegativität > Scham/ Selbstbeschuldigung
- Gewalterfahrungen > Bedürfnis, unerträgliche Gefühle und Erinnerungen wegzudrücken, Selbstbeschuldigung

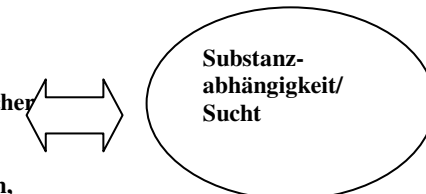
Funktionen von Substanzkonsum:

- Hemmungen/ Scham abbauen
- Betäuben unerträglicher Gefühlen
- Suizidprävention
- Erfahren von angenehmen Gefühlen
- Selbstschädigung als Ausdruck eines verletzten Selbstwertgefühls/ Selbstbildes
- Das Verbleiben in belastenden Situationen ermöglichen

Diese Funktionen von Substanzkonsum können für Lesben (und evtl. auch für bisexuelle Frauen) Spezifika aufweisen. So können durch Substanzkonsum Hemmungen und Scham im Coming-out-Prozess abgebaut werden oder das Selbstwertgefühl kann auch durch internalisierte Homohobie beeinträchtigt sein.

Suchtdynamik: Der Kreislauf einer Suchterkrankung kann bei lesbischen und bisexuellen Frauen wiederum durch Gefühle und Handlungen, die im Coming-out-Prozess eine wichtige Rolle spielen, aufrechterhalten werden:

Gewalterfahrungen, Substanzkonsum unterstützt beim Betäuben unerträglicher Gefühle, Alternativenmangel, Scham, Verschweigen, Selbstbeschuldigung, soz. Isolation etc.



Lebensspezifische salutogene Ressourcen:

Veränderungsprozesse, auch Selbstheilungen sind im Coming-out-Prozess möglich, wenn unterstützende Ressourcen erreicht werden können

Kurze Beschreibung des Schemas:

Gesamtgesellschaftliche Ebene: Die Ätiogenese von Suchterkrankungen bei lesbischen und bisexuellen Frauen muss vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Positionierung homo- und bisexueller Lebensweisen betrachtet werden. Der gesellschaftliche Heterosexismus schafft ein Klima, in dem Angriffe gegen nicht-heterosexuelle Menschen gebilligt und unterstützt werden können. Heterosexismus als gesellschaftliche Struktur erschwert lesbischen und bisexuellen Frauen den Zugang zu Ressourcen und Unterstützung. Die Institutionen des Gesundheitssystems sind ein Teil der mainstream-Gesellschaft. Die AkteurInnen im Gesundheitssystem tragen und gestalten den gesellschaftlichen Heterozentrismus mit und handeln entsprechend. Dies bedeutet u.a. dass lesbischen und bisexuellen Frauen im Gesundheitswesen nicht fachkompetent und respektvoll begegnet wird und dass durch Diskriminierungen Zugangsbarrieren für Lesben und bisexuelle Frauen zur Nutzung des Gesundheitssystems errichtet werden.

In den Bi-FrauenLesbenCommunities gibt es Umgangsformen mit Substanzkonsum und Sucht, die die Probleme suchterkrankter Lesben und bisexueller Frauen befördern können und einen Ausstieg erschweren. Die kommerzielle Werbung für Alkohol und Zigaretten hat Lesben und bisexuelle Frauen als Zielpublikum entdeckt. In Szeneblättern wird für Alkohol geworben und wenig über Sucht diskutiert (Gay and Lesbian Medical Association and LGBT health experts 2001). Diverse Szeneevents werden von Brauereien oder Firmen der Zigarettenindustrie gesponsort. Der Konsum von Alkohol und Nikotin wird mit subkulturellen Idealbildern verknüpft (z.B. der selbstbewusstesten Lesbe, die selbstverständlich raucht und trinkt). Gleichzeitig wird analog der mainstream-Gesellschaft auch innerhalb der Communities eine scharfe Trennlinie zwischen „normal“ konsumierenden Lesben und bisexuellen Frauen und denjenigen, die ein Problem mit Konsum haben, konstruiert. Subkulturelle Werte (wie z.B. die Idealvorstellungen der autonomen, körperlich fitten und starken Lesbe) erschweren suchterkrankten Lesben und Bi-Frauen die Kommunikation von Schwierigkeiten mit Konsum und Kontrollverlust. Es finden sich auch in lesbischen Communities nur selten offene und respektvolle Umgangsformen mit Frauen, die Suchtprobleme haben. Und es gibt nur wenige öffentlich gemachte Erfahrungsberichte von Lesben und Bi-Frauen über einen Ausstieg aus der Sucht. Es lassen sich des Weiteren konsumspezifische Kommunikationsmuster in der Community beobachten. So ist beispielsweise der Konsum von Alkohol, von Nikotin und auch stellenweise von manchen sogenannten „Partydrogen“ an vielen Szeneorten sehr sichtbar. Diese Szeneorte bieten keinen Raum für Lesben und Bi-Frauen, die auf Alkohol und Nikotin verzichten möchten. Andere Probleme mit Konsumverhalten wie z.B. Essstörungen oder Spielsucht werden in den Communities eher versteckt, weil die betroffenen Frauen befürchten, nach einem Offenlegen ihrer Erfahrungen beschämt zu werden.

Individuelle Ebene: Für Lesben und Bi-Frauen bestehen in dieser Gesellschaft spezifische Risikofaktoren für die Entwicklung einer Suchterkrankung. Die durch das Verschweigen der homo- und bisexuellen Orientierung oder Identität bedingte soziale Isolation sowie die Repressionen gegen lesbische und bisexuelle Lebensweisen bilden Risikofaktoren für die Suchtentstehung. Andererseits schränkt Schweigen auch die Möglichkeiten von Lesben und Bi-Frauen ein, sich soziale Unterstützung zu holen, Ressourcen zu entdecken und zu erreichen. Die Betrachtung der Funktionen von Substanzkonsum macht deutlich, dass Suchtmittelkonsum bzw. Sucht zunächst einmal ein „sinnvolles“ Handeln darstellen und auch für lesbische und bisexuelle Konsumentinnen je spezifische Zwecke erfüllen kann. So können durch Substanzkonsum angenehme Gefühle erfahren oder belastende und schmerzhafte Gefühle gedämpft oder weggedrückt werden. Damit kann evtl. auch einem Suizid als eine letzte Reaktion auf unerträgliche Gefühle quasi präventiv begegnet werden. Selbstschädigender Konsum kann auch Ausdruck eines verletzten Selbstwertgefühls sein und damit auch einen Kommunikationsversuch darstellen. Eine Suchterkrankung kann eine spezifische Dynamik einnehmen, in der die dem Konsum folgenden Gefühle weiteren Konsum begründen. Entzugssymptome können Rückfälle provozieren. Hinzu kommt, dass eine Sucht bei Lesben und Bi-Frauen durch Gefühle und Handlungen wie Scham und Verschweigen, die auch im Coming-out-Prozess eine wichtige Rolle spielen, aufrechterhalten werden. In den Suchtgeschichten von Lesben und Bi-Frauen sind verschiedene Entwicklungen möglich: Die Suchterkrankung kann lange Zeit stabil sein, sie kann sich verschlechtern oder ein können durch das Erreichen von Ressourcen im Coming-out-Prozess auch beratungs- und therapieferne Verbesserungen und sogar Selbstheilungen erreicht werden (vergl. Wolf 2004).

Exkurs:

Entwicklung von Sucht und Substanzkonsum bei Lesben im Coming-out-Prozess (Wolf 2004)

Im Rahmen meiner Dissertation habe ich 14 narrative qualitative Interviews zum Thema Gesundheit und Coming-out bei lesbischen Frauen durchgeführt. Ich habe dafür Lesben gesucht, die sich während ihres Coming-outs mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen auseinandergesetzt haben. Sechs der befragten Lesben berichteten von Suchtproblemen im Coming-out-Prozess. Ihre Erfahrungen geben Hinweise zur spezifischen Genese und Entwicklung von Problemen mit Substanzkonsum und Sucht bei lesbischen Frauen. Die Interviews zeigen auch auf, dass Lesben sich im Coming-out-Prozess auch Ressourcen erschließen können, die salutogenetische Prozesse in Gang setzen. Manchen Frauen gelingt im Verlauf dieses Prozesses auch ein Aussteigen aus einem süchtigen Konsummuster.

Befunde aus der Untersuchung:

Fünf Interviewpartnerinnen hatten zum Belastungsabbau Alkohol konsumiert, zwei von ihnen zusätzlich illegalisierte Drogen, zwei zusätzlich Medikamente, eine berichtete zusätzlich von einem süchtigen Essverhalten. Eine weitere Interviewpartnerin hatte im Coming-out-Prozess mit einer Bulimie gekämpft.

Gerade die Interviewpartnerinnen, die sich bereits in der Pubertät intensiv mit ihrer soziosexuellen Identität auseinandergesetzt und sich auch bereits in diesem Alter gegen erheblichen Widerstand geoutet hatten, wiesen ein relativ hartes Konsummuster von Suchtstoffen auf.

Die Bewusstseinsveränderungen durch Alkohol und Drogen hatten es den betreffenden befragten lesbischen Frauen zunächst ermöglicht, aus der als unerträglich empfundenen Wirklichkeit auszusteigen. Bei drei Interviewpartnerinnen hatte sich dann vor dem Hintergrund andauernder Belastungen ein intensives Konsummuster entwickelt, das schließlich zu einer jahrelangen Suchtproblematik wurde.

Erschließen von Ressourcen im Coming-out-Prozess:

Während des **inneren Coming-out, der intensiven Auseinandersetzung mit ihrer soziosexuellen Identität** und auch in Belastungssituationen im **äußeren Coming-out** waren die befragten lesbischen Frauen wesentlich angewiesen auf innere Stärken. In diesen Situationen entwickelten die Interviewpartnerinnen aus eigener Kraft Umgangsmöglichkeiten, um sich mit den Belastungen auseinanderzusetzen (z.B. durch unterstützende Selbstverbalisationen), um den Belastungen auszuweichen (z.B. durch exzessives Sporttreiben) oder um ihre Gefühle zu dämpfen (z.B. durch Substanzabhängigkeit). Alle diese Handlungsmöglichkeiten ermöglichten den interviewten lesbischen Frauen, belastende Situationen zu überstehen und auch gegen eine Suizidgefährdung anzukämpfen.

Zu Beginn und während des **äußeren Coming-out** eröffneten sich die Interviewpartnerinnen Handlungsmöglichkeiten und Ressourcen, die sie den Belastungen entgegenstellen konnten, mit denen sie zum Teil auch Belastungen abbauen und auf eine gesundheitsförderliche Weise handeln konnten. Auch hier müssen an erster Stelle die inneren Ressourcen benannt werden. Unterstützende Selbstverbalisationen waren entscheidend für die Interviewpartnerinnen, um ihre Handlungen im äußeren Coming-out zu planen. Als Handlungen und Lernerfahrungen, die ihnen Wege zur Selbststärkung eröffneten, beschrieben die Interviewpartnerinnen

- das Verlassen einer durch Homophobie geprägten Situation (stark religiöses Umfeld, homophobe/-r Therapeut/-in, Kleinstadt),
- das Erlernen von Wertschätzung der eigenen Person im äußeren Coming-out durch die Erfahrung persönlicher Integrität,
- die Kontaktaufnahme zu einem ihre lesbische soziosexuelle Identität unterstützenden sozialen Netzwerk (lesbische Freundinnen),
- das Erlernen eines positiven Bildes vom eigenen Körper im Rahmen einer Liebesbeziehung zu einer Frau.

Diese Handlungen und Lernerfahrungen brachten für die Interviewpartnerinnen auch salutogenetische Entwicklungsprozesse in Gang. So wirkten sie einer Demoralisierung und Depression entgegen und eröffneten weitere Unterstützungsmöglichkeiten (z.B. weitere soziale Kontakte und darüber auch weitere Informationen). Die Interviewpartnerinnen entschieden sich dann auf dieser Basis dafür, auch gesundheitsfördernde Handlungen zu ergreifen (Erlernen von Kampfsport, Beginnen einer lesbengerechten Therapie, diagnostisches Abklären noch vorhandener Beschwerden, Beginn einer Auseinandersetzung mit der Bedeutung von Erkrankungen). Die Kontakte zu einem unterstützenden sozialen Netz waren für die Interviewpartnerinnen entscheidend, um den Diskriminierungen und der Gewalt gegen sie als offen lebende lesbische Frauen entgegenzutreten.

Verlaufsdaten zum Konsumverhalten der Interviewpartnerinnen:

Zum Interviewzeitpunkt hatten drei Interviewpartnerinnen ihren Konsum von Suchtmitteln beendet. Drei Interviewpartnerinnen befanden sich zum Interviewzeitpunkt noch in der Auseinandersetzung mit der Substanzabhängigkeit und/oder einer Ess-Störung, schilderten aber alle eine relative Verbesserung der Symptomatik. Eine von ihnen konsumierte jedoch noch täglich Alkohol, auch wenn sich insgesamt ihre psychosoziale Situation deutlich gebessert hatte. Drei der Interviewpartnerinnen mit Suchterfahrung oder der Erfahrung einer Ess-Störung beschrieben sich explizit als rückfallgefährdet. Zwar verfügten fünf der Interviewpartnerinnen mit einer Konsumgeschichte über Erfahrungen mit ambulanter Psychotherapie im Coming-out-Prozess, keine hatte aber eine Einrichtung der Suchtkrankenhilfe oder eine Suchtberatungsstelle aufgesucht.

Suchtberatung und Suchttherapie mit lesbischen und bisexuellen Frauen

Für die Suchtberatung und Suchttherapie mit lesbischen und bisexuellen Frauen gelten zunächst einmal Orientierungsleitlinien, die generell für die Arbeit mit homo- und bisexuellen KlientInnen wichtig sind. Es gibt ferner auch verschiedene Besonderheiten, auf die BeraterInnen und TherapeutInnen speziell im Umgang mit suchtbetroffenen lesbischen oder bisexuellen Klientinnen achten müssen.

Eine 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). Dementsprechend begegnen lesbische Frauen BeraterInnen gelegentlich mit begründetem Misstrauen. Internationale Studien haben vielfach gezeigt, dass Lesben und bisexuelle Frauen im Gesundheits- und Beratungswesen auf Vorurteile und resultierend auf nicht fachgerechte Behandlung treffen (vergl. die Übersicht in Wolf 2004). Offensichtlich besteht hier auf Seiten von ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen und anderen Professionellen im Gesundheitswesen ein erheblicher Bedarf an Bildungsmaßnahmen zum Abbau der Vorurteile und an Diversity-Trainings.

Grundlagen kunstgerechten Handelns gegenüber lesbischen und bisexuellen Klientinnen sind eine respektvolle und wertschätzende Haltung sowie fachliches Wissen auf Seiten der Beratenden und Behandelnden. Leitlinie von Umgang mit lesbischen und bisexuellen Klientinnen im medizinischen Setting sowie in Beratung und Therapie sollte ein homo- und bisexuelle Lebensweisen akzeptierender Standpunkt von MedizinerInnen/ BeraterInnen/ TherapeutInnen sein.

Wichtige Wissensinhalte für BeraterInnen und TherapeutInnen umfassen hier unter anderem eine Kenntnis der gesellschaftspolitischen Situation und der Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen lesbischer und bisexueller Frauen, der regionalen und überregionalen lesbischen Treffpunkte und Vernetzungsmöglichkeiten, der Dynamiken und der Vielfalt innerhalb FrauenLesbenCommunities und homo- und bisexueller Beziehungen, ein Wissen über Geschlechterrollen und Identitätsentwicklungen sowie Selbsterfahrung der BeraterInnen und TherapeutInnen in Bezug auf ihre eigenen homoerotischen und homophoben und biphoben Anteile. (vergl. Ohms & Müller 2004). In der Diagnostik ist zu beachten, dass die Behandelnden auch dort Begriffe wählen, die den Lebenswelten ihrer Klientinnen entsprechen. Es ist in diesem Zusammenhang notwendig, die in der Institution verwendeten Fragebögen daraufhin zu prüfen, inwieweit in ihnen heterozentristische Formulierungen verwandt werden, und diese entsprechend zu überarbeiten.

Da ein/-e Berater/-in oder Therapeut/-in auch eine Modellfunktion für KlientInnen hat, kann es sinnvoll sein, wenn ein/-e Berater/-in oder Therapeut/-in selbst lesbisch, schwul oder bisexuell ist und dies auch benennen kann. Für Einrichtungen bedeutet dies, zu prüfen, ob es für lesbische, schwule und bisexuelle BeraterInnen und TherapeutInnen genauso möglich ist offen mit ihrer soziosexuellen Identität umzugehen, wie für heterosexuelle BeraterInnen und TherapeutInnen.

Zahlreiche AutorInnen gehen wie selbstverständlich davon aus, dass unter den TherapeutInnen und anderen Professionellen in der Suchtkrankenhilfe viele Menschen mit akuten Suchtproblemen oder einer Suchtgeschichte in der Vergangenheit tätig sind (vergl. z.B. Meulenbelt et al. 1998, Körkel 1995). Es gibt meines Wissens keine empirischen Befunde, die eine klare Antwort auf die Frage geben können, in welcher Form eine eigene Suchterfahrung eher eine Qualifikation oder ein Hindernis für die Tätigkeit als Professionelle/-r in der Suchttherapie darstellt. Es ist davon auszugehen, dass TherapeutInnen, die selbst aktuell in eine Suchterkrankung verstrickt sind und durch ihr Konsumverhalten

Kontrollverluste und Einschränkungen ihrer kognitiven und emotionalen Fähigkeiten sowie ihres Selbstwertes und ihrer Selbstabgrenzungsfähigkeiten erfahren, auch deutliche Einschränkungen ihrer therapeutischen Fähigkeiten aufweisen. TherapeutInnen, die eine eigene Suchterkrankung nicht behandeln lassen und dadurch ihre therapeutischen Pflichten verletzen, verstoßen gegen berufsethische Grundsätze (Warnke 2006). Verfügt eine Therapeutin jedoch über eine Geschichte mit Sucht und über Ausstiegserfahrungen und ist aktuell nicht mehr abhängig, könnten ihre Erfahrungen auch ihre therapeutischen Möglichkeiten bereichern. Berichte von TherapeutInnen mit einer Suchtgeschichte belegen zum Beispiel, dass Klientinnen es sehr schätzen können, wenn TherapeutInnen mit eigenen Suchterfahrungen offen und reflektiert umgehen können. Es ist jedoch fraglich, inwieweit in den professionellen Zusammenhängen und im Behandlungsteam mit vergleichbaren Kompetenzen für einen respektvollen Umgang mit den Suchterfahrungen einer Kollegin oder eines Kollegen gerechnet werden kann. Dementsprechend verbergen viele TherapeutInnen und ÄrztInnen mit einer Suchtgeschichte diese im KollegInnenkreis, weil sie befürchten, dass KollegInnen ihnen nach einem Offenlegen von Suchterfahrungen die Professionalität absprechen und sie stigmatisieren könnten.

Lesbische und bisexuelle Frauen leben in einer Gesellschaft, die sie vor kontinuierliche Herausforderungen und Belastungen stellt. Der daraus resultierende Stress wird selbst von den davon betroffenen Lesben und bisexuellen Frauen gerade zu Beginn des Coming-out-Prozesses oft nicht als Auswirkung belastender gesellschaftlicher Strukturen erkannt, sondern individualisiert (Morrow 1999). So sollte ein/-e Berater/-in lesbische und bisexuelle Klientinnen auch psychoedukativ über die Entstehungsbedingungen von internalisierter Homophobie aufklären können.

Coming-out-Prozesse und ein Offenleben von lesbischen und bisexuellen Frauen sollten in medizinischen, beratenden und psychotherapeutischen Kontexten unterstützt werden. Dies ist insbesondere in der Suchttherapie von Bedeutung, da sich lesbische und bisexuelle Frauen mit einem äußeren Coming-out Frauen auch Ressourcen erschließen können, die bei der Überwindung einer Suchtproblematik unterstützend sein können (Wolf 2004).

Eine Suchterkrankung kann eine mögliche Umgangsweise mit Belastungsfolgen sein. In einer Therapie sollten die Suchterfahrungen entsprechend sorgfältig in ihrer Entstehungsgeschichte analysiert werden. Symptomatiken erfüllen in bestimmten Situationen einen Sinn für die betreffenden Klientinnen, können vor Belastungen schützen und ermöglichen oftmals eine Distanzierung von Stress-Situationen, für die im Moment keine besseren Überlebensstrategien zur Verfügung stehen.

In der Beratung und der Therapie ist darauf hinzuwirken, dass eine lesbische oder bisexuelle Klientin einerseits den Sinn ihres Substanzmissbrauchs erkennen und als biografische Möglichkeit bei einem Mangel an Alternativen auch annehmen kann, andererseits müssen alternative Handlungsmöglichkeiten zu schädigendem Konsum aufgebaut und Umgangsmöglichkeiten mit Rückfallgefahr und Rückfall gefunden werden (Körkel & Schindler 2003).

Bei der Behandlungsplanung muss beachtet werden, in welcher Lebenssituation sich eine lesbische oder bisexuelle suchtbetroffene Frau befindet und welche Themen für sie gerade wichtig sind. Je nach Lebenssituation und je nachdem, welches Themen für sie gerade im Vordergrund stehen, können sich die Bedürfnisse der Frau und damit auch die Funktionen, die süchtiges Verhalten annehmen kann, verändern. So können lesbische Frauen Alkohol zur Belastungsbewältigung in besonders schwierigen Coming-out-Situationen oder nach Gewalterfahrungen konsumieren. Auch bei einem hohen Grad an internalisierter Homophobie und Biphobie können Alkohol oder illegalisierte Drogen belastungs- und gefühlsdämpfend

eingesetzt werden. Ein selbstschädigendes Konsummuster kann auch ein Signal für ein negatives Selbstbild darstellen.

Eine Sucht kann eine Eigendynamik entwickeln. Das Craving nach einem Suchtstoff kann einen Rückfall auslösen. Die darauf häufig folgenden Selbst- und Fremdbeschuldigungen können das Selbstbild so beschädigen, dass ein erneuter Substanzkonsum zur Dämpfung der schmerzlichen Gefühle resultiert. Außerdem erschweren Schuldgefühle die Annahme von Unterstützungsangeboten.

Wenn eine Lesbe beispielsweise Alkohol konsumiert, um ihre Hemmungen vor Kontakten zu anderen Lesben abzubauen, müssen mit ihr alternative Wege erarbeitet werden, mit anderen Lesben Beziehungen und Freundinnenschaften aufzubauen. Eventuell hat starkes Konsumverhalten auch eine Funktion beim Abbau von Hemmungen gegenüber lesbischer oder bisexueller Sexualität eingenommen. Wenn eine Lesbe fixt, weil sie sich wegen ihrer soziosexuellen Identität oder aufgrund ihres Geschlechts Gewalt erfahren hat und sich infolge der Gewalt versteckt oder/ und massiv abwertet, ist ein traumatherapeutisches Vorgehen sinnvoll (vergl. Fischer 2007). Auch müssen Wege gefunden werden zu einem sich selbst achtenden Selbstbild.

Die sozialen Netze jeder Klientin müssen sorgfältig beachtet werden. So stehen Rückfälle besonders bei drogenkonsumierenden Frauen in einem Zusammenhang mit einer Kombination aus negativen Lebensereignissen und mangelnder sozialer Unterstützung (Feineis 1998). Lebt eine lesbische oder bisexuelle Klientin in einer PartnerInnenschaft, sollte thematisiert werden, wie in der Beziehung mit dem Suchtthema umgegangen wird und ob die Partnerin ebenfalls Unterstützung wünscht (ggf. im Rahmen eines Angebots für Angehörige von suchtbetroffenen Menschen).

Befindet sich eine lesbische oder bisexuelle Frau in einem sozialen Netz, welches ihre Abstinenzentscheidung nicht unterstützen kann oder stellen die einzigen Community-Treffpunkte evtl. Orte starken Konsums dar, so kann es sinnvoll ein, sich alternative soziale Orte zu schaffen, an denen sowohl ihre soziosexuelle Identität validiert, als auch Möglichkeiten für eine respektvolle Kommunikation über Sucht und zur Unterstützung von Abstinenzentscheidungen geschaffen werden können (z.B. lesbisch-schwule-bisexuelle Selbsthilfegruppen (vergl. Greenwood & Gruskin 2007).

Notwendige Veränderungsprozesse in der Gesellschaft und in Bi-FrauenLesben-Communities

Gesellschaftliche Ausgrenzungsprozesse und Gewalt bilden für die davon betroffenen Menschen wesentliche Risikofaktoren für die Entwicklung einer Suchtproblematik. Eine Gesellschaft, die durch die Marginalisierung von Menschen Gesundheitsgefahren provoziert, hat einen erheblichen Reformbedarf. Auch ist zu fragen, wie diese Gesellschaft ihre vielfältigen Spaltungen in Bezug auf den Umgang mit Konsum und Sucht angehen kann, damit die Barrieren, die sich derzeit noch vor suchtbetroffenen Menschen aufürmen, bevor sie Unterstützung bei der Überwindung ihrer Sucht erhalten, abgebaut werden können. Hier braucht es sicherlich auch vielfältige Diskurse zur Ent-Verselbstverständlichung „normalen“ Alkoholkonsums, zur Enttabuisierung von Gesprächen über Sucht und um Raum für das Erzählen von Ausstiegserfahrungen zu schaffen.

Die notwendigen Reformen im Gesundheitswesen zeigt dieser Text hinreichend auf. Da es aufgrund der Erfahrungen vergangener Jahre leider nicht zu erwarten ist, dass sich dieses System ohne ständige Impulse von engagierten Bi-FrauenLesben reformiert, gibt es hier für uns noch eine Menge zu tun. Wir sollten aufmerksam darauf achten, ob sich dieses System tatsächlich Interesse einer verbesserten Gesundheitsversorgung für Lesben und Bi-Frauen

entwickelt. Derzeit scheinen sich zwar die Diskurse um homo- und bisexuelle Identitäten im Gesundheitswesen stellenweise zu verändern, diskriminierende Behandlungen werden damit allein aber nicht verschwinden, sondern sich eher modernisieren. Es gibt meines Erachtens noch keine überzeugenden Hinweise darauf, dass sich das Gesundheitssystem im Interesse einer fachgerechten Versorgung lesbischer und bisexueller Frauen strukturell hinreichend wandelt. So bilden z.B. trotz nachgewiesener Wissensdefizite bei Professionellen im Gesundheitssystem Fortbildungen über lesbische und bisexuelle Lebensweisen noch keinen festen Bestandteil ärztlicher, beraterischer oder psychotherapeutischer Ausbildungscurricula. Auch in den Bi-FrauenLesbenCommunities sind meines Erachtens Veränderungen und offene Diskussionen nötig, die ich zum Schluss mit einigen Fragen anregen möchte:

- Wollen wir unsere Veranstaltungen von Firmen sponsoren lassen, die dadurch an uns Alkohol verkaufen wollen?
- Wir brauchen Räume und Veranstaltungen, in die Frauen, die nicht rückfällig werden möchten, ohne Schwierigkeiten gehen können. Wie können wir solche Räume und Veranstaltungen selbstverständlich machen?
- Wie können wir damit umgehen, wenn sich manche von uns mit Substanzkonsum Schaden zufügen, während manche von uns in ihrer Nähe sind?
- Wie können wir in unseren Communities Gruppen und Angebote schaffen, in denen Wege zum Ausstieg aus einer Sucht gefunden werden können?
- Wie können wir Räume in unseren Communities schaffen, in denen wir über Sucht offen und ohne Beschämung sprechen können? ...

Literatur

Adams, Jeffery/ McCreanor, Tim & Braun, Virginia: Alcohol and Gay Men: Consumption, Promotion and Policy Responses. In: Clarke, Victoria & Peel, Elisabeth (Hginnen): Out in Psychology. Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Queer Perspectives. John Wiley & Sons, Ltd: Chichester. 2007, 369-390.

Annandale, Ellen: Missing Connections: Medical Sociology and Feminism. *FEMINA POLITICA*, 2009, 28. Jg. (1), 24-34.

Balsam, Kimberly F./ Rothblum, Esther D. & Beauchaine, Theodore P.: Victimization Over the Life Span: A Comparison of Lesbian, Gay, Bisexual, and Heterosexual Siblings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2005, Vol. 73, No. 3, 477-487.

Bowen, Deborah J./ Boehmer, Ulrike & Russo, Marla: Cancer and Sexual Minority Women. In: Meyer, Ilan H. & Northridge, Mary E. (HgInnen): *The Health of Sexual Minorities*. Springer: New York. 2007, 523-538.

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

Cabaj, Robert P.: Substance abuse among gays and lesbians. In: Lowinson, Joyce H./ Ruiz, Pedro & Millman, Robert B. (HgInnen): *Substance abuse: A comprehensive textbook (second edition)*. Williams & Wilkins: Baltimore. 1992, 852-860.

D'Augelli, Anthony R. & Garnets, Linda D.: Lesbian, Gay, and Bisexual Communities. In: D'Augelli, Anthony R. & Patterson, Charlotte J. (HgInnen): Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan. Oxford University Press: New York. 1995, 293-320.

Dennert, Gabriele: Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland. Centaurus: Pfaffenweiler. 2005.

Dennert, Gabriele: Die psychische Gesundheit von Lesben und Schwulen – eine Übersicht europäischer Studien. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 2006, 38. Jg. (3), 559-576.

Dennert, Gabriele: Lesben und Alkohol. In: Dennert, Gabriele/ Leidinger, Christiane & Rauchut, Franziska (Hginnen): In Bewegung bleiben. 100 Jahre Politik, Kultur und Geschichte von Lesben. Querverlag: Berlin. 2007, 400-401.

Dennert, Gabriele & Wolf, Gisela: Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen. Zugangsbarrieren im Versorgungssystem als gesundheitspolitische Herausforderung. *FEMINA POLITICA*, 2009, 28. Jg. (1), 48-59.

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

Ellis, Sonja J.: Homophobia, Rights and Community: Contemporary Issues in the Lives of LGB People in the UK. In: Clarke, Victoria & Peel, Elisabeth (Hginnen): Out in Psychology. Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Queer Perspectives. John Wiley & Sons, Ltd: Chichester. 2007, 291-310.

Evans, David T.: Zwischen „moralischem“ Staat und „amoralischem“ Markt: Die materiellen Dimensionen und politischen Dilemmata homosexueller BürgerInnenschaft in der Spätmoderne. In: quaestio (hg.) beger, nico j./ hark, sabine/ engel, antke/ genschel, corinna & schäfer, eva (HgInnen): Queering Demokratie (sexuelle politiken). Querverlag: Berlin. 2000, 67-82.

Feineis, Bernhard: Soziale Netzwerkarbeit mit Drogenabhängigen. In: Röhrle, Bernd/ Sommer, Gerd & Nestmann, Frank (Hg.): Netzwerkintervention. DGVT: Tübingen. 1998, 119-138.

Fichter, Manfred M. & Libermann, Robert P.: Anorektische und bulimische Essstörungen. In: Petermann, Franz (Hg.): Fallbuch der klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie. (2. Auflage). Hogrefe: Göttingen. 2000, 305-330.

Fischer, Gottfried (2007): Kausale Psychotherapie. Asanger Verlag: Kröning.

Freiburger Frauenzeitung, Nr. 11, 1986, 49.

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

Gay and Lesbian Medical Association and LGBT health experts (2001): Healthy People 2010 Companion Document for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Health. San Francisco, CA: Gay and Lesbian Medical Association.

Greenwood, Gregory L. & Gruskin, Elisabeth P.: LGBT Tobacco and Alcohol Disparities. In: Meyer, Ilan H. & Northridge, Mary E. (HgInnen): The Health of Sexual Minorities. Springer: New York. 2007, 566-583.

Gurevich, Maria/ Bower, Jo/ Mathieson, Cynthia M. & Dhayanandhan, Bramilee: 'What Do They Look Like and Are They Among Us?': Bisexuality, (Dis)closure and (Un)viability. In: Clarke, Victoria & Peel, Elisabeth (HgInnen): Out in Psychology. Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Queer Perspectives. John Wiley & Sons, Ltd: Chichester. 2007, 217-241

Heenan, Colleen: Feminist Object Relations Theory and Eating 'Disorders'. In: Riley, Sarah/ Burns, Maree/ Frith, Hannah/ Wiggins, Sally & Markula, Pirkko (HgInnen): Critical bodies. Representations, identities and practices of weight and body management. Palgrave Macmillan: New York. 2008, 117-133.

Heffernan, Karen: Eating Disorders and Weight Concern Among Lesbians. *International Journal of Eating Disorders*, 1996, Vol. 19, No. 2, 127-138.

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. American Psychological Association. Washington, DC. 1999.

Hughes, Tonda L.: Lesbians' Drinking Patterns: Beyond the Data. *SUBSTANCE USE & MISUSE*, 2003, Vol. 38, Nos. 11-13, 1739-1758.

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. American Psychological Association: Washington, DC. 1999, 435-456.

Körkel, Joachim & Schindler, Christine: Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: das strukturierte Trainingsprogramm STAR. Springer: Berlin, Heidelberg.

Kowszum, Graz & Maeve, Malley: Alcohol and substance misuse. In: Davies, Dominic & Neal, Charles (Hg): Pink therapy. A guide for counsellors and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients. Open University Press: Buckingham. Philadelphia. 1996, 170-187.

Legenbauer, Tanja (2006): Homosexualität als Risikofaktor zur Ausbildung von Essstörungen? Ein Review. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 2006, 38. Jg. (3), 577-590.

Körkel, Joachim: Burnout in der therapeutischen Arbeit mit Süchtigen. In: Missel, Peter & Brauckmann, Walter (Hg.): Burnout in der Suchtttherapie. Verlag für angewandte Psychologie: Göttingen. 1995, 39-78.

MacBride-Steward, Sara: Que(e)rying the Meaning of Lesbian Health: Individual(izing) and Community Discourses. In: Clarke, Victoria & Peel, Elisabeth (Hginnen): *Out in Psychology. Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Queer Perspectives*. John Wiley & Sons, Ltd: Chichester. 2007, 427-443.

Meulenbelt, Anja/ Wevers, Anke & von der Ven, Colet: *Frauen und Alkohol*. Rowohlt: Reinbek bei Hamburg. 1998.

Meyer, Ilan H.: Prejudice and Discrimination as Social Stressors. In: Meyer, Ilan H. & Northridge, Mary E. (Hginnen): *The Health of Sexual Minorities. Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations*. Springer: New York. 2007, 242-267.

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*. American Psychological Association. Washington, DC. 1999, 137–156.

O’Hanlan, Katherine A. & Isler, Christy M.: Health Care of Lesbians and Bisexual Women. In: Meyer, Ilan H. & Northridge; Mary E. (HgInnen): *The Health of Sexual Minorities*. Springer: New York. 2007, 506-522.

Ohms, Constance & Müller, Karin/ Anti-Gewalt-Projekt der Lesben Informations- und Beratungsstelle Frankfurt am Main e.V. (Hginnen): *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).

Ohms, Constance & Müller, Karin (Hginnen): *Macht und Ohnmacht. Gewalt in lesbischen Beziehungen*. Querverlag: Berlin. 2004.

Perkins, Rachel (1995). *Psychologie und lesbischer Feminismus*. In: Bittner, Monika & Reisbeck, Günter (Hg.): *Aufbruch zu anderen Ufern. Lesbische und schwule Perspektiven in der Psychologie*. Profil Verlag: München. 1995, 47-63.

Rothblum, Esther D.: From Science Fiction to Computer-Generated technology: Sampling Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. In: Meyer, Ilan H. & Northridge, Mary E. (HgInnen): *The Health of Sexual Minorities*. Springer: New York. 2007, 442 -454.

Russel, Marcia, Testa, Maria & Wilsnack, Sharon: Alcohol use and Abuse. In: Goldman, Marlene B. & Hatch, Maureen C. (Hginnen): *Women & Health*. Academic Press: San Diego/San Francisco/New York/Boston/London/Sydney/Tokyo. 2000, 589–598.

Sandfort, Theo G. M./ Graaf, Ron de/ Bijl, Rob V. & Schnabel, Paul: Same-Sex Sexual Behavior and Psychiatric Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 58, Jan 2001, 85-91.

Saukko, Paula: ‚I feel ridiculous about having had it’ – Critical Readings of lived and mediated stories on eating disorders. In: Riley, Sarah/ Burns, Maree/ Frith, Hannah/ Wiggins, Sally & Markula, Pirkko (Hginnen): *Critical bodies. Representations, identities and practices of weight and body management*. Palgrave Macmillan: New York. 2008, 43-59.

Schilit, Rebecca/ Lie, Gwat-Yong & Montagne, Marilyn: Substance Use as a Correlate of Violence in Intimate Lesbian Relationships. *Journal of Homosexuality*, Vol. 19(3) 1990, 51-65.

Siever, Michael D.: The Perils of Sexual Objectification: Sexual Orientation, Gender, and Socioculturally Acquired Vulnerability to Body Dissatisfaction and Eating Disorders. In: Alexander, Christopher, J. (Hg.): *Gay and Lesbian Mental Health. A Sourcebook for Practitioners*. Haworth Park Press: New York/London. 1996, 223-247.

Sobell, Linda C.: Das Phänomen Selbstheilung: Überblick und konzeptionelle Fragen. In: Klingemann, Harald & Sobell, Linda Carter (HgInnen): *Selbstheilung von der Sucht*. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. 2006, 7-47.

Soine, Stefanie & Zinn, Alexander: Lesben und Schwule – auf unterschiedliche Weise Opfer von Übergriffen. In: Heitmeyer, Wilhelm & Schrötle, Monika (hgInnen): *Gewalt. Beschreibungen. Analysen. Prävention*. Bundeszentrale für politische Bildung: Bonn. 2005, 344- 364.

Soyka, Michael: Störungen durch Alkohol. In: Möller, Hans-Jürgen/ Laux, Gerd & Kapfhammer, Hans-Peter (Hg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin: Springer. 2008, 143-186.

Stein-Hilbers, Marlene (Projektleitung)/ Holzbecher, Monika/ Klodwig, Bernadette/ Kroder, Uta/ Soine, Stefanie/ Goldammer, Almuth & Noack, Inka (Projektmitarbeiterinnen) (Hgin: 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).

Taylor, Gary: Psychopathology and the Social and Historical Construction of Gay Male Identities. In: Coyle, Adrian & Kitzinger, Celia (HgInnen): *Lesbian & Gay Psychology*. Blackwell Publishers Ltd.: Oxford. 2002, 154-174.

Vollmer, Heinz C.: Selbstregulationsprozesse in ihrer Dynamik und Vernetzung als therapeutische Wirkvariablen. In: Heigl-Evers, Annelise/ Helas, Irene & Vollmer, Heinz C.: *Die Person des Therapeuten in der Behandlung Suchtkranker*. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen. 1997, 28-63.

Warnke, Andreas: Ethische Aspekte. In: Mattejat, F. (Hg.). *Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. CIP-Medien. München. 2006. 719-726.

Wolf, Gisela: *Erfahrungen und gesundheitliche Entwicklungen lesbischer Frauen im Coming-out-Prozess*. Centaurus: Pfaffenweiler. 2004.

Zetkin, Maxim & Schaldach, Herbert: *Lexikon der Medizin* (16., neu bearbeitete Auflage). Ullstein Medical: Wiesbaden. 1999.

Anhang:

Qualitätskriterien, um die Erreichbarkeit von Institutionen im Gesundheitswesen für lesbische und bisexuelle Klientinnen zu überprüfen

(modifiziert von G. Wolf nach Ohms & Müller 2004, S. 44)

Sichtbarkeit von lesbischen und bisexuellen Frauen (Institutionelles Klima)

- **Wird eine zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit geleistet, die lesbische und bisexuelle Frauen mit einschließt?**
- **Werden Angebote für lesbische und bisexuelle Frauen offeriert?**
- **Sind in den Räumen auch Plakate, Symbole, Faltblätter, Informationsmaterial, Zeitschriften vorhanden, die sich an lesbische und bisexuelle Frauen richten?**
- **Gibt es offen lesbische und offen bisexuelle Mitarbeiterinnen?**

Fachliche Kompetenz

- **War die Vermittlung von Kenntnissen über Homo- und Bisexualität Teil der Ausbildung der MitarbeiterInnen?**
- **Werden Fortbildungsangebote zu homo- und bisexuellen Lebensweisen angeboten und wahrgenommen?**
- **Hat eine Auseinandersetzung mit der eigenen psychosexuellen Orientierung stattgefunden?**
- **Gehören zur Fachliteratur auch Themen wie der Ablauf von Coming-out-Prozessen, Art, Ausmaß und Auswirkungen von antihomosexueller/ antibisexueller Gewalt und Diskriminierung. Auswirkungen gesellschaftlicher Rahmenbedingungen auf den sozialen Nahraum und die Beziehungen?**

Vernetzung und Überweisung

- **Ist die Einrichtung mit anderen Einrichtungen, die ergänzende Angebote haben, vernetzt?**
- **Gibt es eine Kooperation mit Kriseneinrichtungen, Krankenhäusern, der Polizei und Beratungsstellen für lesbische und bisexuelle Frauen?**
- **Gibt es eine interdisziplinäre Verweisdatei, die ständig aktualisiert wird?**

Einstellung der MitarbeiterInnen

- **Werden homosexuelle und bisexuelle Lebensweisen ebenso akzeptiert und wertgeschätzt wie heterosexuelle?**
- **Sind die Unterschiede der Lebensweisen bekannt?**
- **Hat eine Auseinandersetzung mit der Konstruktion von Normalität stattgefunden?**