

Verruchte – Perverse – Kranke – Unsichtbare: Der historische Blick

Melanie Caroline Steffens & Erin Marie Thompson

Zwei Vorbemerkungen seien dem Vortrag vorangestellt. Zum einen ist der historische Blick auf Psychologie und Homosexualität ein Blick ins Dunkel: Es gibt wenig Erfreuliches und um so mehr Erschreckendes darüber zu berichten, wie Medizin, Psychiatrie und Psychologie ohne jegliche Erhärtung seitens empirischer Forschungsergebnisse zur Unterdrückung, zur Verfolgung und zum Leiden von Schwulen und Lesben beigetragen haben. Da die dunklen Seiten dieses Kapitels der Psychologiegeschichte vielen Leser/innen hinlänglich bekannt sind, wird im folgenden vor allem das Absurde daran herausgestellt. Das sollte nicht in dem Sinne verstanden werden, dass wir dabei das Leiden der Opfer dieser Art von „Wissenschaft“ vergessen. Zum anderen schreiben wir zwar oben „Schwule und Lesben“, die entsprechende Forschung befasste sich jedoch fast ausschließlich mit homosexuellen Männern. Es sei dahingestellt, ob Lesben weniger auffällig oder bedrohlich erschienen oder ob den Forschern entgangen war, dass Frauen eine eigenständige Sexualität leben. Die wenigen uns bekannten Artikel, in denen Lesben thematisiert wurden, sind in der folgenden Darstellung enthalten.

Einführung

Während die gleichgeschlechtliche Liebe schon seit Jahrtausenden ein Quell großer Freude für viele ist, ist die Homosexualität eine Entdeckung, die im 19. Jahrhundert in Deutschland gemacht wurde (vgl. Bullough, 1989). Erst seitdem werden in unserer Kultur homosexuelle Menschen als eigene Kategorie angesehen – getrennt von den heterosexuellen, die noch viel später erfunden wurden. Mit der Urbanisierung sammelte sich eine kritische Masse derjenigen, die das Attribut „homosexuell“ besaßen, so dass deutsche Ärzt/innen begannen, sich mit der Frage zu beschäftigen, welches sexuelle Verhalten normativ sei und welches nicht. Karl Heinrich Ulrichs berichtete aus der Ich-Perspektive von diesem Phänomen. Die wissenschaftliche Behandlung der Homosexualität begann mit einem Buch von Carl Westphal (1869), in dem er die „conträre

Sexualempfindung“ eines femininen Mannes und eines früher jugenhaften Mädchens beschrieb. Während er dabei noch betonte, diese andere Veranlagung müsse nicht immer als krankhaft angesehen werden, war in den folgenden Jahrzehnten die Hauptfrage, wie Homosexualität entsteht und „geheilt“ werden kann. Dazu wurden in der Medizin, Psychiatrie und Psychologie jeweils die Mittel eingesetzt, die gerade en vogue waren, beispielsweise die vielseitig gesundheitsförderliche „Bewegung an der frischen Luft“ (Murphy, 1992): „Da nichts dem sexuellen Appetit so sehr entgegen steht wie körperliche Ermüdung, habe ich nichts Dienlicheres als das Fahrrad gefunden, ...“ (Hammond, 1892). Hammond berichtete, regelmäßiges Radfahren habe tatsächlich den sexuellen Appetit seines Patienten so sehr eingeschränkt, dass dieser kein Bedürfnis mehr verspürte, seine sexuellen Wünsche auszuleben. Andere Ärzt/innen versuchten mit Ruhe, Patienten ins heterosexuelle Gleichgewicht zurück zu bringen. Während einige ihren Patienten zu Besuchen bei Prostituierten rieten, standen andere dem kritisch gegenüber. „Die Therapie scheint mir schlimmer als die Krankheit“, formulierte Havelock Ellis treffend (Ellis & Symonds, 1897). Er befürchtete, Aversionen gegen Frauen könnten auf diese Weise erst entstehen. Heirat wurde den Homosexuellen als alternative Therapie angetragen – eine Selbsttherapie, die laut empirischen Studien auch später noch ein beträchtlicher Anteil der Schwulen und Lesben ausprobiert hat (laut Bell & Weinberg, 1978, beispielsweise 20% der Schwulen und sogar 35% der Lesben).

Die medizinische Diagnose „pervers und krank“ wurde von führenden Vertretern der Psychologie übernommen. In weiten Teilen ist dies nur an Abhandlungen zum Thema zu erkennen, aber es gibt auch direktere Evidenz, beispielsweise hat die American Psychiatric Association (1952) Homosexualität als „soziopathische Persönlichkeitsstörung“ klassifiziert.

Psychodynamische Ansätze

Seit Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts gibt es die psychodynamischen Ansätze der Psychologie und Psychiatrie, in denen das Augenmerk auf der psychosexuellen Entwicklung des Kindes liegt. Prompt wurde Homosexualität als Störung dieser Entwicklung angesehen. Männliche Homosexualität wurde dadurch erklärt, dass eine überbeschützende, zu enge Mutterbeziehung und gleichzeitig eine sehr gestörte Vater-Sohn-Beziehung vorliegt: Der Vater wird von dem kleinen Jungen als feindselig oder „nie da“ (Bieber, 1976) wahrgenommen. Hieraus resultiere eine übergroße Angst vor Frauen, und als Ersatzliebesobjekt werde in diesem

neurotischen Konflikt der Mann gewählt. Viele Psychoanalytiker/innen übersahen anscheinend, dass in der traditionellen Hausfrauenehe die Konstellation, in der die primäre emotionale Bindung an die Mutter besteht und der Vater vor allem durch Abwesenheit glänzt, so wahrscheinlich ist, dass die Rate Schwuler eher bei 80% als bei 10% liegen müsste (vgl. auch Stone, 2000). Freud, dem Vater der Psychoanalyse, darf man diese Kurzsichtigkeit jedoch nicht unterstellen; er hatte bereits thematisiert, dass Fehlschlüsse resultieren können, wenn man von klinischen Fällen, in denen bestimmte Zusammenhänge auffallen, Rückschlüsse auf die ursächliche Wirkung dieser Zusammenhänge zieht, und dass ähnliche Konstellationen häufig auftreten, ohne dass Homosexualität zu beobachten ist. Gesellschaftlich kolportiert wurde von dem psychoanalytischen Erklärungsmodell vor allem die Schuld überbehütender Mütter an der „fehlgelaufenen“ psychosexuellen Entwicklung der Kinder.

Wenn Homosexualität eine „Fehlanpassung des Kindes“ an bestimmte Lebensumstände wäre, dann sollte es auch möglich sein, sie durch Therapie – durch das Aufarbeiten des damaligen Konfliktes – zu heilen. Es gibt zwar Psychoanalytiker, die berichten, in ihren Analysen zahlreiche Schwule „geheilt“ zu haben, einer kritischen Überprüfung halten solche Behauptungen jedoch nicht stand (vgl. Haldeman, 1994).

Die Hypothese der neurotischen Fehlanpassung lässt sich empirisch überprüfen. Das empirisch-wissenschaftliche Arbeiten ist nur innerhalb des psychodynamischen Gedankengebäudes nicht sehr verbreitet. Der Pionierin Evelyn Hooker (1957) kommt der Verdienst zu, diese Fragestellung empirisch untersucht zu haben. Ihre Überlegungen waren die folgenden: Wenn Schwule neurotisch wären, sollten ihre unbewussten Konflikte und Motive von erfahrenen Psychoanalytiker/innen mit Hilfe projektiver Verfahren wie dem Rorschach-Test („Was sehen Sie in diesem Tintenkleck?“) diagnostiziert werden können. Analytiker/innen müssten demnach in der Lage sein, (gestörte) Schwule von (reifen) Heterosexuellen zu unterscheiden. Die getesteten Analytiker/innen konnten das nicht. Psychoanalytische Methoden wie der Rorschach liefern demnach keine Bestätigung für psychoanalytische Theorien zum Entstehen der Homosexualität. Bis heute gibt es keine empirische Untermauerung für die Hypothese der „Fehlentwicklung“. Angesichts der großen Unterschiede zwischen all den Kulturen, in denen es homosexuelles Verhalten gibt, erscheint mir ein Erklärungsmodell, in dem die typisch westliche, weiße heterosexuelle Kleinfamilie eine so entscheidende Rolle spielt, auch wenig plausibel. Ist es nicht paradox, dass die Psychoanalyse, einst Inbegriff fortschrittlichen Denkens, sich in weiten Teilen in hundert Jahren so wenig bewegt hat, dass sie heute zu den konservativsten

Kräften in der Psychologie gehört? Es gibt allerdings auch in diesem Rahmen Weiterentwicklungen, beispielsweise wird die Pathologisierung der Homosexualität als Gegenübertragung in der Psychotherapie diskutiert (z.B. Herron, Kinter, Sollinger, & Trubowitz, 1982), und es gibt neuere nicht-defizitäre Theorien, die innerhalb psychoanalytischer Denkmodelle die Entstehung von Homosexualität aufzeigen (z. B. erklärt Gissrau, 1993, das Lesbischsein mit Hilfe des „erotischen Blicks“ der Mutter).

Verhaltenstherapeutische Ansätze

Fast ebenso lange wie psychodynamische gibt es in der Geschichte der Psychologie behavioristische Ansätze. Nach diesen Theorien, aus denen die Verhaltenstherapie entwickelt wurde, wird ein Kind als Tabula rasa geboren, und sein Verhalten ist durch seine Lerngeschichte bestimmt. Reize werden mit anderen Reizen assoziiert, die sie vorhersagen, und Verhalten wird von seinen (früheren) Konsequenzen bestimmt. In Bezug auf sexuelle Orientierung wissenschaftlich ausgedrückt: Nach der Theorie sozialen Lernens kanalisiert positive Verstärkung konstitutionell polymorph-perverse, nicht gerichtete Sexualität (Churchill, 1967, nach Mitchell, 1978/2002). Das heißt, die sexuelle Orientierung ist zunächst nicht festgelegt. Verstärkung und Bestrafung führen dazu, dass sexuelle Befriedigung von bestimmten Lustobjekten erwartet wird, von anderen nicht. Homosexualität entsteht also durch Lernerfahrungen, nach denen sexuelle Befriedigung mit gleichgeschlechtlichen, aber nicht gegengeschlechtlichen Individuen verbunden wird. Derartige Lernerfahrungen sollten sich durch erneute, gegensätzliche Lernerfahrungen ausgleichen lassen. Zwei solcher „Konditionierungsvarianten“ seien hier beispielhaft dargestellt, zunächst eine „Aversionstherapie“, die aversive Gegenkonditionierung mit Hilfe von Elektroschocks (Feldman & MacCulloch, 1965). Patienten waren homosexuelle Männer, größtenteils aus der Psychiatrie, die sich der Behandlung freiwillig unterzogen, weil sie unter ihrer „Neigung“ litten. Die Patienten wurden gebeten, eine Reihe von Männerbildern mitzubringen, die ihnen gefallen, und diese in eine Attraktivitätshierarchie zu bringen. Dasselbe sollten sie am besten auch mit Frauenbildern tun. Die erste der etwa 30minütigen Sitzungen begann mit dem unattraktivsten der Männerbilder. Der Patient sollte es betrachten, so lange es ihm gefiel. Zu einem nicht vorhersehbaren Zeitpunkt erfolgte ein Elektroschock. Der ließ sich manchmal durch rechtzeitiges Abschalten des Bildes vermeiden. In dem Moment, in dem das Männerbild verschwand und sich Erleichterung

einstellte, weil der unangenehme Schock nicht erfolgte, erschien das attraktivste der Frauenbilder. Die Vorgehensweise des Versuchs wurde aus lernpsychologischen Experimenten beispielsweise mit Hunden abgeleitet, in denen sich Vermeidungslernen als sehr effiziente und änderungsresistente Lernform erwiesen hatte. Die Hoffnung der Experimentatoren war, dass durch die wiederholte Kopplung des unangenehmen Elektroschocks an die Männerbilder und der angenehmen Erleichterung an die Frauenbilder negative Emotionen in Bezug auf Männer und positive in Bezug auf Frauen konditioniert werden. Wurde das erste der Männerbilder nicht mehr als attraktiv empfunden, wurde die Behandlung mit dem zweiten fortgesetzt, usw.

Eine für die Patienten angenehmere Vorgehensweise erfolgte bei Versuchen der orgasmischen Rekonditionierung. Hier war die Annahme, Homosexualität entstehe auf dem Wege einer Fehlkonditionierung durch „falsche“ Masturbationsphantasien. Die Therapie bestand darin, häufig zu masturbieren, sich dabei die liebsten sexuellen Phantasien auszumalen, aber kurz vor dem Höhepunkt die Aufmerksamkeit erwünschten Sexualobjekten – also weiblichen – zuzuwenden. Überzeugende Belege dafür, dass eines der verhaltenstherapeutischen Programme zu Änderungen der sexuellen Orientierung führt, liegen nicht vor (siehe unten).

Dennoch wurde sie in der Praxis eingesetzt. Nach einer Befragung von 1973 (Davison & Wilson, 1973) haben britische und US-Verhaltenstherapeut/innen durchschnittlich etwa 15 Homosexuelle behandelt. Sie setzten vornehmlich Aversionstherapie ein. 90% von ihnen nahmen an, Homosexualität sei nicht immer pathologisch und Homosexuelle könnten glücklich leben. Dennoch würden 13% versuchen, Homosexuelle auch gegen ihren Willen zu heterosexualisieren. Alle sahen durchschnittlich Heterosexualität als besser und positiver an als Homosexualität.

Medikamente, Hormone und Gene

Immer wieder haben Mediziner versucht, mit Medikamenten Homosexualität zu behandeln. Denslow Lewis (1899/1983, S. 224) verschrieb sich der Aufgabe, das Lesbentum auszurotten, „eine Krankheit der betuchten Klassen... Das arme, hart arbeitende Mädchen ist nicht süchtig nach diesem Laster. ... Es ist die müßige Frau, die dieser verderblichen Praxis verfallen ist. Das im Luxus aufgewachsene Mädchen“ entwickle eine überempfindliche und unnormale große Klitoris, „sie genießt diese abartigen und schädlichen Praktiken, vielleicht über Jahre, und wenn sie die Verantwortungen einer Ehefrau übernimmt, kann der normale sexuelle Akt sie nicht befriedigen“ (Übersetzung der Autorinnen). Der Autor berichtet, als Therapie hätten sich Kokain,

Salzlösungen, Bromide, Cannabis und Strychnin bewährt. Andere Ärzte fanden ihre medikamentösen Behandlungsversuche schwuler Männer durchweg enttäuschend (Oberndorf, 1929). Einzige Ausnahme ist ein Einzelfallbericht über die heilsame Wirkung von LSD. Die „perzeptuell-kognitiv-behaviorale Reorganisation der psychedelischen Erfahrung“ könne genutzt werden, um einen Mann zu heterosexuellem Geschlechtsverkehr anzuregen – aber nur mit Hilfe von Therapeut/innen, die selbst sehr erfahren in Bezug auf LSD sind (Alpert, 1969). Der Patient soll zur zweiten Sitzung Frauenbilder mitbringen, die dritte ist eine tantrische mit Begleiterin, in der vierten Sitzung kam es zu Geschlechtsverkehr mit der Begleiterin, ab dann war der Patient heterosexuell. Berichte von Replikationsversuchen dieser Therapie wurden nicht veröffentlicht. Mit der Entdeckung der Rolle von Hormonen für das menschliche Verhalten begannen Versuche, dieses Wissen zum Kurieren der Homosexualität einzusetzen. Zunächst wurde ausprobiert, homosexuellen Männern Testosteron zu injizieren. Wie erwartet, wurde dadurch der Sexualtrieb drastisch erhöht. Zur Enttäuschung der Behandelnden blieb jedoch die Richtung des Begehrens unverändert. So probierte man es mit der Verabreichung von Östrogenen, um wenigstens den abnormen sexuellen Ausdruck zu minimieren. Bekanntester Patient war der britische Mathematiker Alan Turing, der sich – wie viele andere – freiwillig der „Therapie“ unterzog. Wie das Anfangs beschriebene Radfahren führte auch die Östrogentherapie zum Ersterben der Libido. Sie hatte jedoch so erhebliche Nebenwirkungen – vor allem Gewichtszunahme und Busenwachstum –, dass die Therapieversuche bald eingestellt wurden (Stone, 2000). Des weiteren werden hormonale Einflüsse während der Schwangerschaft als ursächlich für die sexuelle Orientierung diskutiert sowie eine genetische Basis (Stone, 2000): Bei eineiigen Zwillingen ist die Übereinstimmung der sexuellen Orientierung höher als bei zweieiigen. In diesem Zusammenhang ist es uns wichtig, darauf hinzuweisen, dass die Übereinstimmung auch bei eineiigen Zwillingen nicht bei 100% liegt, das heißt: Zwar wurden entsprechende Untersuchungen so ausgelegt, als würden sie die entscheidende Rolle der Gene nachweisen, sie zeigen jedoch gleichzeitig, dass neben genetischen noch andere Faktoren bedeutsam sind. Zusätzlich zu den Zwillingstudien gibt es Studien, denen zufolge schwule Männer auffällig viele schwule Onkel und Cousins mütterlicherseits haben (vgl. Stone, 2000) – man beachte, dass hier letztlich wieder die „Schuldachse“ über die Mütter verläuft.

Konklusion zur Änderung sexueller Orientierung

Zu all den ausgeführten und ethisch bedenklichen Anstrengungen, mit den verschiedensten Mitteln die sexuelle Orientierung zu ändern, bleibt abschließend vor allem festzuhalten: Es gibt keine überzeugenden Belege für die Änderung sexueller Orientierung (vgl. auch Haldeman, 1994). In den Worten eines ehrlichen Experten: „Wir, d.h. wir Psychoanalytiker und alle anderen, seien sie nun Fachleute oder nicht, verstehen Homosexualität nicht“ (Moor, 1990). Selbst homosexuellenfeindliche Therapeut/innen, die behaupten, erfolgreich Homosexualität „wegtherapiert“ zu haben, berichten von niedrigen Erfolgsraten, zum Beispiel geht Irving Bieber (1976) von einem Drittel aus und betont daher, die Prävention müsste an erster Stelle stehen. Es ist nicht verwunderlich, dass einige „Patienten“ nach der Therapie zumindest kurzfristig von einer erfolgreicherer Unterdrückung ihrer homosexuellen Impulse berichten als vorher. Zum einen sollte es zu Placebo-Effekten kommen, zum anderen sollte die Therapie die „internalisierte Homophobie“, die die Patienten ohnehin in die Arme der verantwortungslosen „Therapeut/innen“ getrieben hat, verstärken. Schließlich möchten wir erwähnen, dass hin und wieder Personen, die sich im Laufe ihres Lebens als lesbisch oder schwul definiert haben, auch wieder heterosexuelle Seiten an sich entdecken. Solche „Spontanremissionen“ würden bei entsprechenden Behandlungsversuchen wohl als Therapieerfolge gewertet.

Neuere Vertreter sogenannter Konversionstherapien (z.B. Masters und Johnson) haben betont, sie würden zwar Homosexualität neben Heterosexualität als gleichberechtigt ansehen, aber dem Wunsch von Individuen, ihre sexuelle Orientierung zu ändern, sei auch Rechnung zu tragen, indem man entsprechende Therapieangebote macht. – Theoretisch ist damit auch eine Therapierung von Heterosexualität denkbar, beispielsweise wenn eine Frau sich nach vielen vergeblichen Versuchen endlich eine gleichberechtigte Partnerschaft wünscht... Das Angebot von Masters und Johnson für schwule Männer ist übrigens eine Mischung aus tanzschulenähnlichem Konversationstraining, um Ängste gegenüber Frauen abzubauen, und einer Sättigung, indem die bevorzugten Masturbationsphantasien so oft ausgelebt werden, dass sie langweilig werden.

Kritisiert wird die Argumentation, die individuelle heterosexuelle Entfaltung müsse jedem ermöglicht werden, mit dem Hinweis, die Entscheidung gegen Homosexualität sei in einer heterosexistischen unterdrückenden Gesellschaft keine „freie“ (Murphy, 1991, Haldeman, 1994). Daher zeige sich auch in scheinbar egalitären Ansätzen wie dem von Masters und Johnson Heterosexismus. Darüber hinaus sollten Therapeut/innen effektive, viel versprechende Methoden einsetzen, keine, deren „Erfolg“ nicht nachgewiesen ist. Die Mehrheit derer, die sich einer

Konversionstherapie unterzogen haben, waren jedoch langfristig nicht heterosexuell (Murphy, 1991), das heißt, Therapeut/innen können dem Wunsch gar nicht nachkommen, die sexuelle Orientierung von Klient/innen zu ändern. Masters und Johnson betonten hierzu, dieser Therapieausgang müsse nicht als „erfolglos“ gewertet werden, da viele ihrer Klienten nach dem missglückten Therapieversuch *glücklicher schwul* waren.

Die Wende

Ins Dunkel, in dem die Institution Psychologie zur Unterdrückung Homosexueller beitrug, kam 1973/1974 ein wenig Licht, als der amerikanische psychiatrische Verband Homosexualität aus seiner Krankheitsklassifikation (DSM) entfernte und nur „ego-dystone Homosexualität“ beibehielt. Wie in einem Lehrbuch zur Einführung in die Psychologie lapidar geschrieben steht: „Am 14. Dezember 1973 waren die Homosexuellen geistig kranke, sexuell Abartige. Am 15. Dezember 1973 waren die Homosexuellen nicht mehr krank.“ (Zimbardo, 1983). In der neueren Auflage des DSM von 1984 wurde aus der Diagnose politisch korrekt „sexual orientation distress“ – implizierend, dass durchaus auch Heterosexuelle darunter leiden könnten.

Man könnte hoffen, infolge von Studien wie denen von Evelyn Hooker, die zeigten, dass Homosexuelle nicht psychologisch auffällig sind, wäre aus der Forschung heraus irgendwann die Initiative entstanden, die Homosexualität als Krankheit abzuschaffen. Die späte Einsicht der siebziger Jahre wurde jedoch nicht aus den Fachverbänden selbst geboren, sondern erfolgte, um entsprechendem Druck amerikanischer Schwulen- und Lesbenverbände nachzugeben. Aus der internationalen Krankheitsklassifikation, dem ICD, wurde erst 1987 Homosexualität als Krankheit entfernt. Das heißt, bis dahin war es möglich, Therapiebedarf allein aus der Homosexualität einer Person abzuleiten.

Bei der Gründung von Interessenverbänden lesbischer Psychologinnen und schwuler Psychologen gab es eine ähnliche Zeitverzögerung. Diese entstanden in den USA am Anfang der 70er, in Europa Anfang der 90er Jahre. Auf dem Kongress der American Psychological Association in Honolulu zu Beginn der 70er Jahre gab es eine Symposium zum Thema *Psychologie und Homosexualität*. Auf die Publikumsfrage hin, wieso keine homosexuellen Psycholog/innen auf dem Podium sitzen, wurde geantwortet: „Weil es keine gibt!“ Diejenigen im Publikum, die es nicht gab, beschlossen sofort im Anschluss, eine Association of Gay Psychologists zu gründen.

Auch die Association of Lesbian and Gay Psychologists (ALGP) Europe (vgl. Steffens & Eschmann, 1995, Steffens & Ise, 2000, für ausführlichere Darstellungen) hatte Geburtsschwierigkeiten, obwohl bereits das letzte Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts angebrochen war. Ein niederländischer Psychologe, Jan Schippers, versuchte, auf lesbische Psychologinnen und schwule Psychologen aufmerksam zu machen und Gleichgesinnte zu finden, indem er auf dem europäischen Psychologiekongress in Ungarn ein entsprechendes Poster präsentierte. Einzige Resonanz war, dass jemand ihn fragte, ob er die Patienten dieser Forschungsarbeit repräsentiere. Entsprechend enttäuscht trug er sich auf dem Heimflug nach Amsterdam mit dem Gedanken, seine Idee eines europäischen Zusammenschlusses aufzugeben. Er bemerkte trotz seiner düsteren Stimmung, dass nicht nur neben ihm, sondern im gesamten Flugzeug auffallend schöne Männer saßen. Als sein Sitznachbar sich mitfühlend erkundigte, was ihm zugestoßen sei, wurde ihm mit einem Ständchen hoch über den Wolken neuer Mut gemacht. Der Schwulenchor von Los Angeles, der sich auf dem Heimweg von einer Konzertreise befand, sang für ihn „California here I come“.

Seit dem 70er Jahren gibt es in den USA die neue psychologische Forschungsrichtung *gay affirmative psychology*, und inzwischen werden entsprechende Forschungsarbeiten zumindest auch in vielen Teilen Europas und in Australien durchgeführt. Beginnend mit dem Coming-out-Prozess und der Identitätsentwicklung werden hier Themen bis hin zum Leben in „Regenbogenfamilien“ aufgegriffen und wissenschaftlich untersucht.

Fortbestehende Missstände

Dennoch ist das Verhältnis von Psychologie und Homosexualität noch immer nicht ungetrübt. Ein paar Beispiele folgen. (1) Psychiater/innen und Psycholog/innen in vielen Ländern gehen immer noch von einem Krankheitsmodell der Homosexualität aus. Offen auftretende Lesben und Schwule werden noch immer nicht von allen psychoanalytischen Ausbildungsinstituten zugelassen. Konsequenter wäre, wenn nie eine Lesbe oder ein Schwuler diese Ausbildung erfolgreich beendet hätte, da dazu ja die schwerwiegende Störung ihrer psychosexuellen Entwicklung aufgearbeitet werden müsste (und die sexuelle Orientierung sich ändern). Es gibt zahlreiche lebende Gegenbeispiele. Das impliziert, dass zwar Schwulen und Lesben offiziell häufig der Zugang zur psychoanalytischen Ausbildung verwehrt blieb, wenn sie sich aber

unauffällig verhielten und ihre sexuelle Orientierung nicht an die große Glocke hängten, konnten sie die Ausbildung durchaus erfolgreich durchlaufen.

(2) Experimente zeigen, dass Schwule und Lesben weiterhin negativer wahrgenommen werden als Heterosexuelle. Beispielsweise sollten Analytiker/innen die psychische Gesundheit eines Mannes beurteilen, von dem sie lediglich eine schriftliche Anamnese erhielten, aus der nebenbei hervorging, dass er einen Lebensgefährten/eine Lebensgefährtin habe. Gab es keine psychischen Probleme, wurden schwule und heterosexuelle Männer als gleichermaßen gesund angesehen. Gab es jedoch Auffälligkeiten, so wurde der Schwule als „gestörter“ wahrgenommen als der heterosexuelle (Lilling & Friedman, 1995).

(3) So gehören Schwule und Lesben auch zu den Personengruppen, die mit Psychotherapie und Beratung – bei Heterosexuellen – am wenigsten zufrieden sind (Rudolph, 1988; Nuehring, Beck Fein & Tyler, 1975). Schwule Therapeuten oder lesbische Therapeutinnen werden von ihnen als sehr viel hilfreicher wahrgenommen. Die Einstellungen von Therapeut/innen zu Homosexualität sind uneinheitlich, das heißt, es gibt erhebliche Unterschiede zwischen Personen, sowie widersprüchlich, das bedeutet, individuelle Therapeut/innen machen Angaben, die in sich nicht schlüssig sind (einen Überblick liefert Rudolph, 1988). Ein erheblicher Anteil der Lesben (50%) und Schwulen offenbart die sexuelle Orientierung bei psychotherapeutischer Behandlung nicht (MacEwan, 1994). Sie befürchten beispielsweise, von Therapeut/innen und Gruppenmitgliedern ansonsten nur noch als homosexuell angesehen zu werden. Infolge dessen erhalten sie keine adäquate Behandlung. So erhielten 30% der Heterosexuellen, aber nur 6% der bekennenden Lesben und Schwulen das Angebot, die Partnerin/den Partner in eine Therapie einzubeziehen. Selbst humanistisch orientierte Therapeut/innen verhalten sich trotz bester Absichten oft nicht kompetent (Garnets, Hancock, Cochran, Goodchilds, & Peplau, 1991), beispielsweise indem sie sich auf die Klient/innen verlassen, um über schwule und lesbische Lebensweisen aufgeklärt zu werden, indem sie annehmen, Homosexualität sei heutzutage doch kein Problem mehr – oder auch annehmen, es sei ein Problem, über das seitens der Klient/innen Redebedarf bestehe. Inzwischen gibt es Texte, mit denen heterosexuelle Therapeut/innen sich fortbilden können (z. B. Nuehring et al., 1975). Daraus erfahren sie Dinge wie: „Schwule und lesbische Paare in ihrem Zuhause und ihren Aktivitäten sind bemerkenswert nur insofern, als sie überhaupt nicht bemerkenswert sind...“ (S. 67) und „Zwischen engen Freund/innen gibt es sehr viel mehr platonische körperliche Nähe und Wärme als in gewöhnlichen heterosexuellen Freundschaftsgruppen“ (S. 68, Übersetzung der Autorinnen). Aber Information allein reicht

nicht. Oft haben heterosexuelle Therapeut/innen Schwierigkeiten, wenn lesbische oder schwule Klient/innen über heikle Themen wie Sexualität sprechen (Coyle, Milton & Annesley, 2001). Hier besteht dann doch Intervisions-, Supervisions- oder anderer Fortbildungsbedarf.

Fazit

Schwule und Lesben sind anders. Die psychologische Forschung hat sich lange durch die unnütze Frage, wieso das so ist, gelähmt, und dabei leider nicht viele fruchtbare Erkenntnisse gewonnen. So wissen wir immer noch wenig darüber, wieso sich wer in wem verliebt und wie Frau Mayer in der Therapie dabei unterstützt werden kann, sich in ihren netten Softie-Freund zu verlieben, mit dem sie so gut auskommt, anstatt immer wieder in dieselben egozentrischen Machos, mit denen sie doch nur unglücklich wird. Die Diskriminierung, die Lesben, Schwulen und Bisexuellen heute in der Psychologie begegnet, ist subtiler als früher, aber immer noch wahrnehmbar. So erfahren sie wenig offene Unterstützung und viel inkompetente Hilfe von „Fachleuten“ (vgl. Ohms & Müller, 2001). Die umfassende Einbeziehung schwuler und lesbischer Fragen in die Forschung hat dagegen begonnen. Diesen Trend in die Zukunft projizierend, kann man sich nur wünschen, dass sich in zehn Jahren alle wichtigen Institutionen einen Regenbogen auf die Fahnen geschrieben haben, so dass Schwule, Lesben und Bisexuelle selbstverständlich genauso gute psychosoziale Versorgung erfahren wie Heterosexuelle.

Literatur

- Alpert, R. (1969). LSD and Sexuality. *Psychedelic Review*, 10, 21-24.
- Bell, A. P. & Weinberg, M. S. (1978). *Homosexualities*. New York: Simon and Schuster.
- Bieber, I. (1976). A discussion of „Homosexuality: The ethical challenge“. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 2, 163-166.
- Bullough, V. L. (1989). The physician and research into human sexual behavior in nine-teenth-century Germany. *Bulletin of the History of Medicine*, 63, 247-267.
- Churchill, W. (1967). *Homosexual behavior among males*. London: Hawthorn Books.
- Coyle, A., Milton, M., & Annesley, P. (2001). The silencing of lesbian and gay voices in psycho-“therapeutic” texts, training and practice. In M. C. Steffens & U. Biechele (Eds.), *Annual Review of Lesbian, Gay, and Bisexual Issues in European Psychology*, Volume I.

- Davison, G. C. & Wilson, G. T. (1973). Attitudes of behavior therapists toward homosexuality. *Behavior Therapy, 4*, 686-696.
- Feldman, M. P., & MacCulloch, M. J. (1965). The application of anticipatory avoidance learning to the treatment of homosexuality. *Behavior Research and Therapy, 2*, 165-183.
- Garnets, L., Hancock, K. A., Cochran, S. D., Goodchilds, J., & Peplau, L. A. (1991). Issues in psychotherapy with lesbians and gay men: A survey of psychologists. *American Psychologist, 46*, 964-972.
- Gissrau, B. (1993). *Die Sehnsucht der Frau nach der Frau. Psychoanalyse und weibliche Homosexualität*. Hamburg: dtv.
- Haldeman, D. C. (1994). The practice and ethics of sexual orientation conversion therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 221-227.
- Hammond, G. M. (1892). The bicycle treatment in the treatment of nervous diseases. *Journal of Nervous and Mental Disease, VIII* (Vol. XIX in the 1986 reprint), 34-46.
- Herron, W. G., Kinter, T., Sollinger, I., & Trubowitz, J. (1982). Psychoanalytic psychotherapy for homosexual clients: New concepts. *Journal of Homosexuality, 7*, 177-192.
- Hooker, E. (1957). The adjustment of the male overt homosexual. *Journal of Projective Techniques, 21*, 18-31.
- Lewis, D. (1899/1983). The gynecologic consideration of the sexual act. *The Journal of the American Medical Association, 250*, 222-227.
- Lilling, A. H. & Friedman, R. C. (1995). Bias towards gay patients by psychoanalytic clinicians: An empirical investigation. *Archives of Sexual Behavior, 24*, 5, 563-570.
- MacEwan, I. (1994). Differences in assessment and treatment approaches for homosexual clients. *Drug and Alcohol Review, 13*, 57-62.
- Mitchell, S. A. (1978). Psychodynamic homosexuality and the question of pathology. *Psychiatry, 41*, 254-260.
- Mitchell, S. A. (2002). Psychodynamics, homosexuality, and the question of pathology. *Studies in Gender and Sexuality, 3*, 1, 3-21.
- Moor, P. (1990). Homosexualität und psychoanalytische Heuchelei. *Psyche, 44*, 545-558.
- Murphy, T. F. (1991). The ethics of conversation therapy. *Bioethics, 5*, 123-138.
- Murphy, T. F. (1992). Redirecting sexual orientation: Techniques and justifications. *The Journal of Sex Research, Vol. 29, 4*, 501-523.

- Nuehring, E. M., Beck Fein, S. & Tyler, M. (1975). The gay college student: Perspectives for mental health professionals. *The Counseling Psychologist*, 4, 64-72.
- Oberndorf, C. P. (1929). Diverse forms of homosexuality. *The Urologie and Cutaneous Review*, 33, 518-523.
- Ohms, C., & Müller, K. (2001). *Gut aufgehoben? Zur psychosozialen Versorgung lesbischer Frauen mit Gewalt- und/oder Diskriminierungserfahrungen im europäischen Vergleich*. Frankfurt a. M.: Anti-Gewalt-Projekt der Lesben Informations- und Beratungsstelle Frankfurt am Main e.V.
- Rudolph, J. (1988). Counselors' attitudes toward homosexuality: A selective review of the literature. *Journal of Counseling and Development*, 67, 165-168.
- Steffens, M. C., & Eschmann, B. (1995). Lesbian identity development: A selective review. *Newsletter of the Association of Lesbian and Gay Psychologists (ALGP) Europe*, 4, 13-15.
- Steffens, M.C. & Ise M. (2000). Von der Pathologisierung zur Ignoranz. Heterosexismus in der Psychologie, *Forum Wissenschaft*, Vol. 17, 3, 17-20.
- Stone, M. H. (2000). Psychopathology: Biological and psychological correlates. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 28, 2, 203-235.
- Westphal, C. (1869). Die conträre Sexualempfindung. In L. Meyer & C. Westphal (Eds.), *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, Band II, 1. Heft 1, Berlin: Verlag von August Hirschwald.
- Zimbardo, P. G. (1983). *Psychologie*. Berlin: Springer.