

Konversionsbehandlungen¹

Stand: April 2019

von Gisela Wolf

Begriffsbestimmung

Konversionsbehandlungen umfassen alle geplanten professionellen und paraprofessionellen Interventionen, durch die die Homosexualität, Genderidentität oder der Genderausdruck von Klient_innen in asexuelles, heterosexuelles oder genderrollenkonformes Verhalten umgewandelt werden soll (Human Rights Campaign 2019). Die American Psychological Association (2009) bezeichnet die angewendeten Verfahren als „sexual orientation change efforts“ (SOCE). Für normierende Änderungsversuche der Genderidentität oder des Genderausdrucks schlägt die Autor_in analog den englischsprachigen Ausdruck „gender identity and gender expression change efforts“ vor. Die Fürsprecher_innen von Konversionsbehandlungen wählen oft den Begriff „reparative Therapien“, um damit deutlich zu machen, dass sie Homosexualität als einen behandlungsbedürftigen Zustand betrachten, dem als anzustrebendes Idealziel eine heterosexuell gelebte Langzeitbeziehung gegenübergestellt wird (Comiskey 1997). Die Verwendung des Begriffs „Therapie“ für eine Konversionsbehandlung ist jedoch missverständlich, da es sich bei den verwendeten Methoden nicht um indizierte wissenschaftlich anerkannte Verfahren zur Linderung oder Heilung eines Leidens handelt.

Homosexualität wird heute in den in Medizin und Psychologie breit anerkannten Diagnosesystemen ICD 10 (für Deutschland: DIMDI (Hg.): ICD-10-GM 2008) und DSM IV-TR (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben 2003) nicht mehr als „Krankheit“ bzw. „Störung“ klassifiziert. Aus dem US-amerikanischen Diagnosemanual DSM wurde Homosexualität am 15.12.1973 entfernt (Ise & Steffens 2000). Weltweit gilt Homosexualität seit dem 17.5.1990 nicht mehr als Erkrankung. An diesem Tag beschloss die Generalversammlung der Weltgesundheitsorganisation, Homosexualität aus dem ICD zu streichen (ILGA 2006). In der Chinesischen Klassifikation medizinischer Störungen (aktuelle Version: CCM3) wurde Homosexualität ab 2001 nicht mehr als Erkrankung aufgeführt (Schriftenreihe der Hirschfeld-Eddy-Stiftung, Band 2, 2011, S. 122). Trans*geschlechtlichkeit wird aktuell in der ICD-10 immer noch pathologisiert. Eine Änderung des pathologisierenden Konzepts ist für die ICD 11 geplant (Bundesvereinigung Trans* 2018). Die World Medical Association ist den Schritt zur Entpathologisierung transgeschlechtlichen Erlebens bereits 2015 gegangen (WMA 2015).

Eine Umwandlung homosexuellen in heterosexuelles Handeln oder homosexueller in heterosexueller Orientierung oder einer trans*geschlechtlichen Identität in eine cisgeschlechtliche Identität oder auch das Erreichen eines genderkonformen Geschlechtsausdruck können heute keine professionell legitimierbaren Therapieziel einer medizinischen oder psychotherapeutischen Behandlung mehr darstellen. Vielmehr verstoßen solche Behandlungen gegen allgemein anerkannte fachliche medizinische und psychotherapeutische Standards (Bieschke, McClanahan, Tozer, Grzegorek & Park 1999, WMA/World Medical Association 2013). Auch Konversionsversuche der Trans*geschlechtlichkeit gelten heute als unethisch (Fraser 2015, Preuss, Nieder & Briken 2005, Shelton 2017). Die Anwendung von diversen Konversionsversuchen in medizinischen, psychotherapeutischen und seelsorgerischen Settings macht jedoch deutlich, dass Lesbisch-, Schwul- oder Bisexuellsein dort von manchen Behandler_innen im-

¹ Wolf, G. (2019, April). Konversionsbehandlungen. Verfügbar unter <http://www.vlsp.de/node/60>

mer noch als im Interesse der Stabilisierung heteronormativer Sozialstrukturen behandlungsbedürftige soziosexuelle Orientierungen konstruiert werden (vergl. Stein 2007). Es gibt auch noch Sexualwissenschaftler_innen, die postulieren, dass insbesondere gendernonkonforme Kinder gezielten therapeutischen Versuchen unterworfen werden sollten, um ihren Genderausdruck zu normalisieren (z.B. Beier, Bosinski & Loewitt 2005, S. 411)

Das multimethodale Spektrum von Konversionsbehandlungen in internationalen, multidisziplinären und zeitübergreifenden Aktionsfeldern

Es lassen sich zahlreiche Verfahren mit dem Ziel der Konversion von Homo- in Heterosexualität bzw. von Trans*- zu einer normentsprechend gelebten Cisgeschlechtlichkeit in Medizin und Seelsorge, sowie in unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen nachweisen. Als Durchführende von Konversionsbehandlungen lassen sich zahlreiche Akteur_innen identifizieren, die sich im Rahmen der Wissenssysteme ihrer jeweiligen Profession bewegen und auf die jeweiligen professionsspezifischen Diskurse Bezug nehmen. So handelt es sich bei den Behandler_innen um selbsterklärte oder zertifizierte Therapeut_innen, Seelsorger_innen, Heiler_innen, Sozialarbeiter_innen, Berater_innen, ehemalige Homosexuelle („ex-gays“), religiöse Laien und andere.

In diesem Artikel wird der Schwerpunkt der Darstellung auf die gegenwärtige Situation gelegt und ein kursorischer Rückblick auf die letzten 80 Jahre gegeben. Dabei werden auch internationale Beispiele gegeben. Die Darstellung ist keineswegs vollständig, da für viele Länder keine Daten vorliegen. Auch ist davon auszugehen, dass viele Fälle von Konversionsbehandlungen u.a. aufgrund der Scham der davon Betroffenen nicht öffentlich werden.

Die Autorin vertritt die These, dass die verschiedenen Konversionsmethoden auf einem Kontinuum anzusiedeln sind, dem die inferiore Konstruktion von Homosexualität oder Trans*geschlechtlichkeit als verbindender Diskursstrang zugrunde liegt. Die angewendeten Konversionsmethoden unterscheiden sich je nach dem, was im jeweiligen Aktionsfeld zugelassen wird und je nach Intention, Wissenssystem und erlernten professionellen Handlungsstrategien der Behandler_innen hinsichtlich ihrer Radikalität und ihrer Folgen für die Betroffenen. So reichen die verwendeten Konversionsstrategien von aktuellen Versuchen durch Professionelle, Klient_innen eine Veränderung ihrer soziosexuellen Orientierung mittels gezielter homonegativer (Morrow 1999) oder trans*feindlicher Bemerkungen in Kombination mit einer ausdrücklichen Betonung der Vorzüge heterosexueller Lebensweisen nahelegen oder der seelsorgerischen Anleitung zu Gebeten mit dem Ziel der „Überwindung“ der Homosexualität, über für die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts belegte verhaltenstherapeutische Therapiepläne mit dem expliziten Ziel der Heterosexualisierung oder Gendernormierung von Klient_innen, über die Psychiatrisierung von Menschen wegen ihrer Homosexualität (Amnesty International 2001, Scholinski 1995, 1998), bis hin zu operativen Maßnahmen zur Zerstörung der Sexualität von homosexuellen Patient_innen, wie sie z.B. durch Ärzte im Nationalsozialismus in Deutschland angewandt wurden. Eine differenzierte Betrachtung der jeweiligen Handlungsfelder, die die entsprechenden Konversionsmethoden möglich mach(t)en, sowie der Akteur_innen, ihrer Intentionen und Handlungsstrategien ist notwendig, um zu verstehen, warum Konversionsbehandlungen durchgeführt werden, welche Folgen sie haben und wie ihnen entgegen getreten werden kann. In diesem Artikel wird dabei eine Fokussierung auf verschiedene medizinische, psychotherapeutische und seelsorgerische Konversionsversuche in Europa und den USA der Gegenwart vorgenommen und untersucht, wie auf der Basis der fachlichen Grundwerte der medizinischen und psychologischen Profession Konversionsbehandlungen begegnet werden kann.

Hintergründe von Konversionsbehandlungen

Die Basis von Umpolungsversuchen der homosexuellen Orientierung ist die Konstruktion von Homosexualität und Trans*geschlechtlichkeit als „Störung“, die dann je nach dem epistemologischen Hintergrund der Behandler_innen im Bereich der psychischen Erkrankungen oder der moralischen Fehlentwicklungen situiert wird. Auf der Grundlage dieser Einordnung haben sich auch zahlreiche Forscher_innen darum bemüht, den „Ursachen“ der Homosexualität oder Trans*geschlechtlichkeit (vgl. Günther, Teren & Wolf 2019) auf die Spur zu kommen. Ziel mancher dieser Forschungsarbeiten war auch die Entwicklung von Methoden zur Verhinderung oder Korrektur lesbischer/schwuler/bisexueller, trans*geschlechtlicher und gendernonkonformer Entwicklungsprozesse. So kommentierte beispielsweise 1983 der Endokrinologe Dörner seine Untersuchungen zu den Auswirkungen von Stress und Hormonveränderungen auf Ratten und Menschen vor ihrer Geburt mit den Worten:

„Aus diesen Daten konnte geschlossen werden (...) dass es in Zukunft zumindest in einigen Fällen möglich sein könnte unnormale Spiegel von Sexualhormonen während der Hirndifferenzierung zu korrigieren, um die Entwicklung von Homosexualität zu verhindern.“
(Dörner 1983, S. 577, übersetzt von G. W.)

Bis in die 1970er Jahre fokussierte die psychologische Forschung zu lsbt-Lebensweisen hauptsächlich auf der Fragestellung, ob und in welchem Ausmaß homosexuelle und Trans*personen krank seien oder nicht und wie sie „geheilt“ werden könnten (Clark, Ellis, Peel & Riggs 2010), aber auch später entstanden noch zahlreiche Arbeiten zu dieser Frage und wurden auch im Rahmen universitärer Settings durch Bereitstellung von Personal- und Sachmitteln unterstützt. Um ihre diskriminierenden Vorannahmen bestätigt zu sehen, arbeitete die pathologisierende Homosexualitätsforschung und die Forschung zur Reifizierung der Pathologisierung von Trans*personen unter anderem mit verzerrten Stichproben, unzulässigen und unhinterfragten Vorannahmen, tendenziösen Ergebnisinterpretationen und der ungeprüften Übertragung von an Einzelpersonen, meist lesbischen, schwulen und trans* Klient_innen in einer Psychotherapie, beobachteten Phänomene auf die Gesamtgruppe der Lesben, Schwulen und Trans*personen (vergl. zusammenfassend Frossard 2000). In der Forschung zu Trans*personen wurden zudem besonders Trans*personen fokussiert, die unter erheblichem Druck wegen Begrenzung ihrer Möglichkeit zur Transition, Diskriminierungen und Gewalt litten (vergl. die Übersichtsarbeit des Institutes of Medicine 2011).

Aus den so durchgeführten medizinischen und psychologischen Forschungen wurden und werden Modelle zur „Entstehung“ und Klassifikation von Homosexualität und Transgeschlechtlichkeit entwickelt. So galten Homosexualität und Trans*geschlechtlichkeit je nach theoretischer und soziopolitischer Ausrichtung der Forschenden als gesellschaftliche Bedrohung (Socarides 1997, S. 2, zitiert in: Bieschke et al. 1999, S. 312), als Sünde, Krankheit, Persönlichkeitsstörung (vergl. Ise & Steffens 2000) oder als Hormonstörung (Dörner 1983).

In psychoanalytischen Ansätzen wurden Homosexualität und Trans*geschlechtlichkeit als „Perversion“ (Klußmann 1998) mit „psychoneurotischer“ Genese konzipiert und damit diffamiert (vergl. Ettner 2015, Fraser 2015, Rauchfleisch 1994). Das Weiterbestehen der von Freud entwickelten Vorstellung, Homosexualität sei eine „Phase“ in der Entwicklung des Menschen hin zur „reifen“ Heterosexualität und, wenn sie beim Erwachsenen noch persistiere, eine Störung, deren Ursache in kindlichen Zurückweisungserfahrungen durch den gleichgeschlechtlichen Elternteil zu suchen sei, konstatieren Ise & Steffens (2000) sowie Rauchfleisch (1996) auch noch bei Analytiker_innen am Ende des 20. Jahrhunderts.

Verhaltenstherapeutisch fundierte Konversionsversuche hingegen gingen von zwei Modellvorstellungen aus: nach dem einen Modell wurde Homosexualität als Folge einer Angst vor dem anderen Geschlecht beschrieben, nach dem anderen wurde Homosexualität im Rahmen von Masturbation erlernt (Gutmann 1996). Gendernonkonformes Verhalten galt als fehlgeleitete Lernerfahrung oder als Resultat einer Traumatisierung (Günther, Teren & Wolf 2019, Scholinski 1995, 1998). Auch diese Konzeptionen sind empirisch nicht haltbar.

Eine Folge dieser psychologischen Konzeptionen ist u.a. die in therapeutischen und beraterischen Settings sowie in der Laienöffentlichkeit und bei der seelsorgerischen Organisation „Wüstenstrom“ (Wüstenstrom 2010) noch vorhandene Konstruktion, Gewalt in der Kindheit sei eine mögliche Ursache einer späteren homosexuellen oder trans*geschlechtlichen Entwicklung bei den Überlebenden der Gewalt (vergl. Frossard 2000, Günther, Teren & Wolf 2019, Habib 2007, Wolf 2004).

Die Vorstellung, dass Homosexualität oder Trans*geschlechtlichkeit „Krankheiten“ seien, die durch Psychotherapie „kuriert“ werden kann, ist in der Bevölkerung noch verbreitet (vergl. die europäische Übersicht: Council of Europe Publishing 2011). So können homonegativ eingestellte Angehörige beispielsweise einem lesbischen oder schwulen Familienmitglied eine psychotherapeutische Behandlung mit dem Ziel einer Heterosexualisierung androhen (Berichte in Haas & Reipen 2006, Reinberg & Rossbach 1995, Wolf 2004). Diese Drohungen sind dann besonders fatal, wenn die davon Betroffenen wenig Möglichkeiten haben, sich den Behandlungsversuchen zu entziehen, weil sie z.B. noch sehr jung sind, in enge religiöse oder kulturelle Zusammenhänge eingebunden sind oder in Institutionen leben müssen (Wolf 2004). Manchmal wird auch von Bekannten und Angehörigen Gewalt gegen Lesben und auch Schwule damit legitimiert, dass diese Gewalt zur „Heilung“ von der Homosexualität dienen solle (z.B. bei sogenannten „korrigierenden Vergewaltigungen“/ „corrective rape“ lesbischer Frauen, vgl. Körner 2011). Auch homosexuellenfeindliche Gesetzesvorhaben (wie z.B. die „Anti Homosexuality Bill“ von 2009 in Uganda) können die Behauptung der therapeutischen Veränderbarkeit von homosexuellen Orientierungen zur Legitimation der Kriminalisierung von lesbischen, schwulen und bisexuellen Lebensweisen nutzen (Beckstead 2012).

Konversionsversuche durch Psycholog_innen und Ärzt_innen

Es gibt zahlreiche Forschungsarbeiten und Berichte, die medizinische und psychotherapeutische Konversionsversuche dokumentieren (vergl. Brown 1999, Coyle, Milton & Annesley 2000, Council of Europe Publishing 2011, Institute of Medicine 2011, Jones & Gabriel 1999, Frossard 2000, Gutmann 1996, Haldeman 1994, Herzog, 2005, S. 239, Ise & Steffens 2000, Scheu 1982, Scholinski 1995, 1998 und Wiesendanger 2001). Die Beschreibungen von den zur Konversion verwendeten Methoden eröffnen auch einen Blick auf die i.d.R. impliziten Behandlungsziele der gewaltsamen Kontrolle bis hin zur Zerstörung der Sexualität oder des Genderausdrucks der von diesen Behandlungen Betroffenen. So wurden im 20. Jahrhundert in Europa und den USA Konversionsbehandlungen in Form von Zwangspsychiatisierungen, EKT (Elektro-Konvulsiv-Therapie), Aversionstherapie (mittels Elektroschocks und Apomorphin, einem Brechmittel), Clitoridectomie, Lobotomie, Hypothalamotomie, Hormonbehandlung, Hysterektomie, Aufsuchen von gegengeschlechtlichen Prostituierten, Training heterosexuell oder genderkonform ausgerichteter Fertigkeiten (z.B. gegengeschlechtlichen Werbeverhaltens), durch Behandlung mit diversen Medikamenten und mittels systematischer Desensibilisierung der vermeintlichen Angst vor dem anderen Geschlecht durchgeführt (Anderson 2009, Beckstead 2012, Clarke, Ellis, Peel & Riggs 2010, Council of Europe 2000, S. 8, Davies & Neal 1996, S. 17-19, Frossard 2000, Gutmann 1996, Haldeman 1994, Human Rights

Watch & IGLHRC 1998, Ise & Steffens 2000, Martin & Meezan 2009, Mott 1996, Scholinski 1995, 1998, Staddon 2005, S. 73). In Deutschland haben sich in der Zeit des Nationalsozialismus zahlreiche Ärzte an operativen Zwangsbehandlungen homosexueller Männer beteiligt. Viele der entsprechend Behandelten starben daran (Grau 2003).

Berichte über Zwangspsychiatrisierungen und medizinische Zwangstherapien von Lesben, Schwulen und Trans*personen gibt es auch aus Brasilien, China, Kroatien, dem Iran, Singapur, den Vereinigten Arabischen Emiraten und Russland (Amnesty International 2001, Associated Press 2005, IGLHRC & Lambda Legal Defense and Education Fund 1996, Global Rights et al. 2009).

Auch aus der Gutachtenpraxis im deutschen Asylverfahren gab es bis 2010 Hinweise auf Konversionsversuche. So mussten Lesben und Schwule, die aufgrund ihrer Homosexualität in ihrem Heimatland verfolgt werden, wenn sie deswegen politisches Asyl in Deutschland beantragen, nachweisen, dass sie „irreversibel“ homosexuell sind. Die „Irreversibilität“ der Homosexualität wurde mittels eines sexualwissenschaftlichen Gutachtens belegt, welches von den Asylbewerber_innen bezahlt werden musste. Manche der begutachtenden Ärzt_innen schienen dabei zu versuchen, die Homosexualität der Antragsteller_innen zu verändern, um die „Irreversibilität“ zu testen. So stellte beispielsweise 1989 das Verwaltungsgericht Gelsenkirchen bei der Prüfung des Asylbegehrens einer iranischen Lesbe fest:

„In der Bescheinigung der Frauenärztin ist ausgeführt, dass bei der Klägerin eine ausgeprägte Persönlichkeitskrise bestanden habe und dass es trotz eingehender psychologischer Gespräche nicht gelungen sei, eine Veränderung in der Persönlichkeitsstruktur zu erreichen, weshalb die Homosexualität der Klägerin als unabwendbar hingenommen werden sollte.“ (AK 5 K 10255/89) (Senatsverwaltung für Jugend und Familie 1994, S. 15).

Noch bis 2010 konstatierten noch mehrere Quellen, dass das Desiderat der „Irreversibilität“ der Homosexualität als eine der zahlreichen Voraussetzungen für die Gewährung des politischen Asyls für Lesben und Schwule weiterhin bestünde (Frank 2009, LSVD 2010, Mourad 2010). 2012 jedoch bestritt die Bundesregierung in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der LIN-KEN, dass homosexuelle Asylbewerber_innen eine Irreversibilität ihrer soziosexuellen Orientierung im Asylverfahren nachweisen müssten. Die Bundesregierung ging weiter davon aus, dass das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) „grundsätzlich keine sexualwissenschaftliche Begutachtung“ (S. 5) verlange (Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Dr. Barbara Höll, Jan Korte, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE, 18.1. 2012). Dies bestätigte das BAMF am 27. 12. 2012 in einem Schreiben an MdB Volker Beck (Markard 2013).

Für Deutschland gibt es keine aktuellen Untersuchungen über die Praxis von Konversionsversuchen. Weltweit fehlen Studien zu der Prävalenz und den Folgen von Konversionsbehandlungen an Trans*personen. Aus US-Amerikanischen Forschungsarbeiten (Übersicht in: Flentje, Heck & Cochran 2013) ist bekannt, dass ärztliche, psychotherapeutische und seelsorgerische Konversionsversuche derzeit eine gezielte und tendenziöse Fokussierung auf die Veränderung homosexueller Orientierung vornehmen und Möglichkeiten der Akzeptanz und Validierung homosexueller Orientierung ausblenden. Die Methoden umfassen nur noch selten Techniken aversiver Konditionierung, sondern vielmehr kognitive Strategien, mit denen ein nicht-homosexuelles Leben positiv und ein homosexuelles Leben negativ besetzt werden sollen, die Verstärkung gender- und heteronormativen Verhaltens (Sport, Schminken, sich mit gegenge-schlechtlichen Personen verabreden), Entwicklung von Strategien zur Vermeidung

homosexueller Gedanken (Gedanken-Stopp-Technik) und zur Vermeidung homosexuellen Verhaltens (Vermeidung von Triggern), die Förderung asexueller Freundschaften zu Personen des gleichen Geschlechts, die biografische Suche nach den vermeintlichen „Ursachen“ der Homosexualität (die dann häufig dysfunktionalen Familienbeziehungen und Traumata zugeschrieben werden) sowie religiöse Praktiken (z.B. Gebete, Bibelstudien). In Einzelfällen werden Hypnose oder regressionsfördernde Therapien (z.B. Rebirthing) angewandt.

Heterosexualisierungsversuche durch Therapeut_innen

Neben explizit angekündigten und geplanten Konversionsbehandlungen gibt es in vielen therapeutischen Settings subtilere Versuche, heterosexualisierend auf lesbische, schwule und bisexuelle Klient_innen einzuwirken. Diesen Versuchen liegen Vorurteilsstrukturen und veraltetes Wissen auf Seiten der Therapeut_innen zugrunde. Homonegative Einstellungen sind unter Fachleuten im psychosozialen/medizinischen Bereich noch weit verbreitet (Calmbach & Rauchfleisch 1999, Überblick bei Wolf 2004). Befragungen von lesbischen Psychotherapeutiklientinnen belegen Fälle, in denen Therapeut_innen die soziosexuelle Orientierung ihrer Klientinnen behandeln wollten, obwohl sich die Klient_innen mit anderen Therapiezielen an sie gewandt hatten (Morrow 1999, Tiemann, Kennedy & Haga 1998, Weisbrod 1996, S. 102). In der Untersuchung von Stein-Hilbers et al. (1999) berichteten fast 15% der Lesben, die Psychotherapie machen oder gemacht haben, dass ihnen von ihren Therapeut_innen nahe gelegt wurde, es sei besser, heterosexuell zu sein. 10% der von Frossard (2000) in der Schweiz befragten lesbischen Frauen mit Psychotherapieerfahrungen berichteten, dass ihre Therapeut_innen die Homosexualität als das ursächliche Problem, das zur Therapie geführt haben sollte, betrachtet hatten. Ein Fünftel der Therapeut_innen hätten es begrüßt, wenn ihre lesbische Klientin wieder sexuelle Beziehungen zu Männern eingegangen wäre, ein Therapeut wurde sexuell übergriffig, vorgeblich, um seiner Klientin heterosexuelle Erfahrungen zu ermöglichen. In Bezug auf 20% der untersuchten Therapie gaben die lesbischen Klientinnen an, ihr/-e Therapeut_in habe ihr Lesbischsein aufgrund eines Defizitmodells erklärt, indem er/sie die lesbische soziosexuelle Identität auf Fehlentwicklungen innerhalb der Sozialisation, beispielsweise auf traumatischen Erlebnisse in der Kindheit, zurückgeführt habe (Frossard 2000).

In einer 2009 veröffentlichten Untersuchung aus Großbritannien berichteten 17% der 1328 befragten professionellen Psychotherapeut_innen, dass sie sich bereits darum bemüht hätten, homosexuelle Gefühle bei ihren Klient_innen zu reduzieren oder zu verändern. Besonders häufig hatten sich ältere männliche Therapeuten für solche Behandlungsziele engagiert. Die Klient_innen hatten meist wegen Verwirrung aufgrund ihrer soziosexuellen Orientierung oder aufgrund sozialen Drucks an die entsprechenden Therapeut_innen gewandt (Bartlett, Smith & King 2009).

Konversionsbehandlungen durch Seelsorger_innen

Jenseits von medizinischen und psychotherapeutischen Settings gibt es in Deutschland zahlreiche weitere Behandlungsmethoden mit therapeutischem Anspruch. Im Bereich der religiös fundierten Konversionsbehandlungen sind vielfach auch Seelsorger und Berater_innen tätig, die über keine medizinische oder psychologische Qualifikation verfügen und von einer verbesserten Ausbildung für Psycholog_innen und Ärzt_innen im Bereich der schwulen-und-lesben-affirmativen Therapien nicht profitieren.

Eine sehr spektakuläre Inszenierung bietet das Aufstellen nach Hellinger, einem ehemaligen Priester, der aktuell als Familientherapeut tätig ist. Hellinger behauptet, dass es im Rahmen

seiner szenischen Arrangements zu Konversionen kommen kann, die er als positive Entwicklungen beschreibt. So berichtet er von einer seiner Aufstellungen:

„Ich habe zum Beispiel einen Sohn, der homosexuell war und den Vater geschlagen hat, vor dem Vater niederknien und sagen lassen: ‚Ich gebe dir die Ehre.‘ Und zwei Monate später hat er geheiratet und hat jetzt ein Kind.“ (Hellinger, zitiert nach Goldner in: Haas 2005, S. 107).

In den USA sind religiös fundierten Konversionsorganisationen wie die „National Association for Research and Therapy of Homosexuality“ (NARTH) sehr aktiv und richten sich mit ihren Behandlungsangeboten überwiegend an schwule und bisexuelle Männer (Aitkenhead 2004, Davies & Neal 1996, Robinson & Spivey 2007, Rothblum 1999, Rothschild 2000). Besonders christlich-religiöse und gegengeschlechtlich verheiratete Männer, die in homonegativ und autoritär geprägten Kontexten oder sozial isoliert leben, und unter einer starken internalisierten Homo-phobie leiden, nehmen solche Behandlungen in Anspruch (Beckstead 2012, Tozer & Hayes 2004). Berichte von ehemaligen Klient_innen beschreiben Belastungen in Folge dieser Behandlungen (Die ZEIT 17. 6. 1998). Die Organisation „Anything but straight“ dokumentiert Fälle von behandelten Klienten, die sich nach einiger Zeit forciert Hetero- oder Asexualität wieder dafür entscheiden, homosexuell zu leben (Aitkenhead 2004). Aus arabischen Ländern, z.B. aus Somalia, gibt es Berichte über Versuche von muslimischen Geistlichen, Homosexuelle in Heterosexuelle zu konvertieren (Jama 2008, S. 20).

Ab Mitte der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts haben auch einige Organisationen in Deutschland Fuß gefasst, die das Ziel verkünden, Lesben und Schwule von ihrem Lesbisch- bzw. Schwul-sein „heilen“ zu wollen, bzw. Trans*personen wieder zu einem cisnormativen Leben zu verhelfen wie z.B. die Organisationen „Deutsches Institut für Jugend und Gesellschaft“ (DIJG), „Wüstenstrom“ und „Living Waters“, zwischen denen es auch personelle Überschneidungen gibt (vergl. Lang 2000).

Beispiel: Die Konversionsversuche durch die Organisation „Wüstenstrom“

Die Organisation „Desert Stream“ wurde von Andrew Comiskey für Homosexuelle, die „Hilfe suchten“ (Comiskey o.J., S. 11) in den USA gegründet. Comiskey entwickelte auch ein Programm für eine „Heilungsgruppe“ für Homosexuelle. Dieses Programm erhielt den Namen „Living Waters – Sexuelle Erlösung in Christus“ (Comiskey o.J., S. 11). Das Hintergrundwissen für die Gestaltung dieses Programms bezog Comiskey u.a. aus den Fortbildungsangeboten von „Exodus International“ in den USA.

Die stark auf Seelsorge und gemeinsames Gebet (die für Verfehlungen bis zur zehnten vorangegangenen Generation ausgesprochen werden) ausgerichteten Behandlungen von Wüstenstrom zielen darauf hin, Homosexuelle in Heterosexuelle umzuwandeln. Als Grund für Homosexualität wird mittels popularisierten psychoanalytischen Konstrukten ein Sozialisationsdefizit in Form einer beeinträchtigten Beziehung zwischen einem Kind und dem gleichgeschlechtlichen Elternteil konstruiert. Die Arbeit von Wüstenstrom zielt auf die Errichtung einer deutlichen Geschlechterdichotomie in „Männer“ und „Frauen“. Homosexuelle bezeichnet Comiskey als pervertierte, gebrochene, emotional unreife Problempersonen, die einer Illusion anhängen.

Heterosexualität wird von Comiskey als gesunder Gegensatz zu Homosexualität dargestellt. Als Legitimation für dieses Modell wird Gott herangezogen. Heterosexualität entspricht demnach Gottes Intention:

„Gott hat es nie beabsichtigt, dass Mann oder Frau ihre jeweilige Ergänzung im gleichen Geschlecht finden sollten. So verletzt die homosexuelle Suche nach erotischer und emotionaler Bindung einen grundlegenden Aspekt unseres Menschseins. Der Schöpfer hat es in der von ihm inspirierten Heiligen Schrift deutlich gemacht, dass homosexuelle Gefühle und Verhaltensweisen als Ergebnis des Sündenfalls identifiziert werden müssen. Homosexualität ist eine der vielen Möglichkeiten sexueller Unordnung, die das Gefüge der sündigen Menschheit kennzeichnet.“ (Comiskey 1997, S. 47).

Lesbengruppen sieht Comiskey als besondere Bedrohung für die darin engagierten Frauen: „Ohne die Anwesenheit von Männern in einer geschlossenen Gruppe von Frauen mit lesbischen Neigungen können Licht und Objektivität, ausgesprochen männliche Qualitäten, nicht in die dunklen verstrickten Beziehungsmuster eindringen; die Frauen sind sich dabei allerdings oft keiner Gefahren bewusst.“ (Comiskey 1997, S. 101)

In Deutschland wird „Wüstenstrom“ von Markus Hoffmann geleitet. Hoffmann stützt sich dabei auf die Ideen von Comiskey und betrachtet Homosexualität als eine Illusion, die er in seinen „Therapien“ in „Wahrheit“ umwandeln möchte. Besonders wichtig ist ihm dabei ebenfalls die Herstellung traditioneller Geschlechterrollen, die Wiederherstellung des Bewusstseins bei Homosexuellen, „Frau“ oder „Mann“ (in einem gendernormativen Sinne) zu sein. Hoffmann konstruiert Homosexualität als sexuelle Identitätsstörung. Seine Therapiemethode lässt sich als kognitive Umstrukturierung bezeichnen, die davon ausgeht, es gäbe eine allgemeingültige Wahrheit und diese läge in der Erfüllung traditioneller Geschlechterrollen und in der Heterosexualität. Um seinen Ansatz scheinwissenschaftlich zu untermauern, instrumentalisiert Hoffmann u.a. Studien schwuler Forscher wie Dannecker, in denen auf die Belastung schwuler Männer durch Diskriminierungen aufmerksam gemacht wird. Hoffmann ignoriert dabei gesellschaftliche Stigmatisierungsprozesse und konstruiert als „Ursache“ der Belastungen die schwule Identität, die dementsprechend „therapiert“ werden müsse (Hoffmann o.J., Hoffmann 1999). 2007 berichtete Wüstenstrom in einer Internet-Meldung, dass die Mitarbeiter_innen der Organisation in Deutschland „rund 3000“ Lebensgeschichten homosexuell empfindender Menschen „kennen gelernt“ hätten (Wüstenstrom 2007).

Vertreter der Organisation Wüstenstrom verweisen um die Veränderbarkeit von Homosexualität zu untermauern auch auf Diskurse um die Dekonstruktion von Identitäten. Die Verhaftung von manchen Konversionsopponenten in essentialistische Perspektiven stellt hier jedoch keine brauchbare Gegenargumentation dar. Da viele Menschen Veränderungen ihrer soziosexuellen Orientierung oder ihres geschlechtlichen Ausdrucks in ihrer Biografie erleben, lassen sich die Möglichkeiten des Wandels nicht prinzipiell bestreiten. Offensichtlich sind soziosexuelle Orientierungen bei vielen Menschen eher fluide (vergl. Clark, Ellis, Peel & Riggs 2010, Diamond 2003, Institute of Medicine 2011). Ethisch problematisch und ideologisch motiviert ist jedoch der Schluss von Wüstenstrom, dass in diese Entwicklungsprozesse „therapeutisch“ mit dem Ziel der Heterosexualisierung eingegriffen werden sollte. Genau hier muss eine fundierte Kritik an Konversionstherapien ansetzen.

Studien zu den Effekten von Konversionsbehandlungen

Insbesondere religiös motivierte Umpolungsbefürworter zitieren als „Beleg“ dafür, dass ihre Konversionsbemühungen effektiv sein können, immer wieder psychologische Studien (wie z. Jones & Yarhouse 2007, Spitzer 2003), die eine angebliche Veränderung der soziosexuellen Orientierung bei einer Stichprobe von homo- und bisexuellen Menschen durch Konversionsversuche dokumentieren.

Soll ein auf die soziosexuelle Orientierung von Klient_innen fokussiertes Therapieverfahren fachlich bewertet werden, muss zuerst geprüft werden, ob es sich bei dem Verfahren überhaupt um einen wissenschaftlich akzeptablen therapeutischen Ansatz handelt (Kanfer, Reinecker & Schmelzer 2006). Dabei muss u.a. das Ziel der Intervention unter dem Primat, Patient_innen nicht zu schaden, medizinethisch bewertet werden (Drescher, 2008). Dem sollte sich eine methodische Prüfung anschließen zu den Fragen, ob die jeweilige Studie forschungsethisch und forschungsmethodisch korrekt durchgeführt wurde und ob sich dabei Evidenz für auf das beschriebene Interventionsverfahren rückführbare Wirkungen zeigen lässt.

Eine Analyse der Untersuchungsqualität von Studien zu den Effekten von Konversionsbehandlungen zeigt dem entsprechend zahlreiche Mängel auf (American Psychological Association 2009). Konversionsbehandlungen genügen nicht den Anforderungen für wissenschaftlich akzeptable therapeutische Ansätze und Methoden (Kanfer, Reinecker & Schmelzer 2006). Ein grundsätzliches Problem der Studien zur Effektivität von Konversionsbehandlungen liegt darin, dass das Ziel der Heterosexualisierung nicht medizinethisch diskutiert, sondern einfach als Kriterium für der Effekte dieser Behandlungen übernommen und damit ethisch neutralisiert wird. So lautet in der Studie von Spitzer (2003) die Forschungsfrage beispielsweise: „This study attempts to contribute to that research by studying whether some individuals receiving reparative therapy do, in fact, change their sexual orientation from homosexual to heterosexual.“ (Spitzer 2003, S. 405). In den derzeit vorliegenden Studien zu Konversionsbehandlungen fehlen valide Angaben zu Art und Wahrscheinlichkeit der zu erwartenden Nebeneffekte und die Kosten dieser Behandlungen stehen in keinem vertretbaren Verhältnis zu deren postulierten „Nutzen“ („Good heterosexual functioning“ bei Spitzer 2003, S. 411).

Bei der Betrachtung der Durchführung der Studien von Jones & Yarhouse (2007), Spitzer (2003) und vieler weiterer (vergl. die Zusammenfassung in American Psychological Association 2009) werden Forschungsfehler sichtbar. So fehlen u.a. Kontrollgruppen und Langzeiteffekte bleiben unbeachtet. Manche negativen Effekte von Konversionsbehandlungen zeigen sich je-doch gerade in Langzeituntersuchungen (Beckstead 2012). Ein Teil der Studien, die „positive“ Effekte von Konversionsbehandlungen aufzeigen sollen, wird durch Umpolungsorganisationen finanziert, es nehmen daran Untersuchungsteilnehmer_innen teil, die „Ex-Gay“-Organisationen wie Exodus oder „Anti-Gay“-Organisationen wie NARTH nahe stehen und die Ziele dieser Organisationen vertreten möchten, es sind viele bisexuelle Untersuchungsteilnehmer_innen in den Stichproben, die „Erfolgs“-angaben aus den Studien basieren ausschließlich auf den Selbstberichten überwiegend von Untersuchungsteilnehmer_innen, die aufgrund hoher, z.T. religiös geprägter, internalisierter Homophobie und Bindung an Ex-Gay-Organisationen ein großes Interesse daran haben zu zeigen, dass sie homosexuelles Verhalten unterdrücken und/oder heterosexuelles Verhalten ausüben können. Die Untersuchungen sind damit weder reliabel, noch valide und auch nicht objektiv (vergl. American Psychological Association 2009, Benton & Haller 2010, Wagner & Rossel 2006). Bezüglich seiner eigenen methodisch stark umstrittenen Studie zur Konversionsbehandlung von homosexuellen Personen (Spitzer 2003) erklärte Robert Spitzer selbst Jahre später, er habe in dieser Studie „Unbewiesene Behauptungen über die Wirksamkeit der Reparativtherapie aufgestellt“ (Spiegel online 21.Mai 2012, 17:15 Uhr).

Die Untersuchung der Durchführungsqualität von Konversionsbehandlungen macht deutlich, wie in solchen Behandlungen die Rechte von Klient_innen verletzt werden. Das proklamierte Therapieziel „Heterosexualität“ widerspricht einer seriösen Therapieplanung. Therapeut_innen, die Konversionsbehandlungen durchführen, informieren ihre Klient_innen tendenziös und stellen Homosexualität dabei negativ dar. Die Therapeut_innen versuchen eine

Konversion, obwohl sich ein Nutzen einer solche Behandlung in Hinblick auf einen Gewinn an Lebensqualität und eine Abnahme von Leiden nicht nachweisen lässt und obwohl Konversionsversuche mit erheblichen Risiken belastet sein können. Diverse der dabei verwendeten Methoden sind nicht evidenzbasiert (Rebirthing, Schminken als Therapiemethode, Familienstellen nach Hellinger etc.) (Flentje et al. 2013). Konversions-„therapeutisch“ tätige Behandler_innen verschweigen darüber hinaus ihren Klient_innen oftmals fachlich fundierte Behandlungsmöglichkeiten, deren Ziel u.a. in einer Selbstwertstärkung lesbischer, schwuler und bisexueller Klient_innen liegt (vergl. Her-ek 2008, Outfront 2008). Die American Psychiatric Association wies bereits 1998 darauf hin, dass Therapeut_innen, die Konversionsbehandlungen anbieten, damit im Bündnis mit gesellschaftlichen Vorurteilen Selbstabwertungsprozesse ihrer Patient_innen verstärken können (APA 1998). Auch sind Konversionsbehandlungen für die Klient_innen gelegentlich mit einem erheblichen Zeit- und Geldaufwand verbunden (Flentje et al. 2013). Es ist zu vermuten, dass bei Konversionsversuchen, die auf Trans*personen gerichtet werden, vergleichbare ethische und gesundheitliche Probleme auftreten. Jedoch liegen hierzu noch keine Studien vor, die über Einzelfallberichte (die bereits erhebliche Negativeffekte belegen, vergl. Scholinski 1995, 1998) hinausgehen.

Professionelle Leitlinien gegen Konversionsbehandlungen

„Therapien“ der „Homosexualität“ verstoßen gegen anerkannte fachliche Standards (Bieschke et al. 1999, Higgins & Butler 2012): 1981 forderte der Europäische Rat seine Mitgliedstaaten auf, Zwangsmedikationen oder Forschungen zur Änderung der homosexuellen Orientierung erwachsener Menschen zu beenden (Waaldijk 1991). Die 1977 in der Erklärung von Hawaii festgelegten Leitlinien der World Psychiatric Association, nach denen Psychiater_innen ihre beruflichen Mittel nicht einsetzen dürfen, wenn eine psychische Erkrankung nicht gegeben ist, und auch keine Maßnahmen anwenden dürfen, die wissenschaftlichen Erkenntnissen oder berufsethischen Grundsätzen entgegenstehen (British Medical Association 1992), bedeuten auch, dass Psychiater_innen keine Konversions-behandlungen durchführen dürfen.

1990 stellte die American Psychological Association (APA) fest:

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

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

In ihren aktuellen Leitlinien konstatiert die APA:

„Psychologists understand that same-sex attractions, feelings, and behavior are normal variants of human sexuality and that efforts to change sexual orientation have not been shown to be effective or safe.“ (American Psychological Association 2011).

Auch die American Academy of Pediatrics (AAP) sprach sich 1993 eindeutig gegen Konversionsbehandlungen aus. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen, dass lesbische und schwule Jugendliche aufgrund ihrer gesellschaftlichen Stigmatisierung überproportional häufig suizidgefährdet sind, wies die American Academy of Pediatrics auch auf die Gefahren hin, die Konversionstherapien für die psychische Gesundheit von jungen Lesben und Schwulen haben können: „Therapie, die speziell darauf abzielt, die sexuelle Orientierung zu verändern, ist kontraindiziert, weil sie Schuld- und Angstgefühle hervorrufen kann (...).“ (Committee on Adolescence 1993, S. 633, übers. von G. W.)

Die American Psychiatric Association (APA) sprach sich ebenfalls gegen Konversionsbehand-

lungen aus (APA 1998):

„The potential risks of reparative therapy are great, including depression, anxiety and self-destructive behavior, since therapist alignment with societal prejudices against homosexuality may reinforce self-hatred already experienced by the patient.” (APA 1998, keine Seitenangabe)

Die APA fordert darüber hinaus seit 1998, dass jede Klientin und jeder Klient, die/der eine „reparative“ Therapie aufsucht, schriftlich darüber informiert werden muss, dass sexuelle Reorientierung unmöglich ist und dass Konversionsbehandlungen psychische Schäden verursachen können (Aitkenhead 2004). 2012 schloss sich die American Psychoanalytic Association an mit einer Stellungnahme gegen Konversionsbehandlungen (American Psychoanalytic Association 2012). 2013 folgte der Weltärztebund (World Medical Association/ WMA):

„The WMA condemns so-called ‚conversion‘ or ‚reparative‘ methods. These constitute violations of human rights and are unjustifiable practices that should be denounced and subject to sanctions and penalties. It is unethical for physicians to participate during any step of such procedures.” (World Medical Association 2013).

Auch in Deutschland gibt es Stellungnahmen von maßgeblichen Berufsverbänden, die sich gegen Konversionsbehandlungen richten. So erklärte 2009 der Berufsverband deutscher Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (BVDP) u.a.: „Homosexualität ist ... eine häufige Form menschlichen Zusammenlebens und bedarf keiner Therapie.“ (Berufsverband deutscher Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie 2009).

2013 veröffentlichte das Referat „Sexuelle Orientierung in Psychiatrie und Psychotherapie“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde eine Stellungnahme zu Konversionstherapien, in der das Referat darauf hinwies, dass „psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsansätze nicht auf die Homosexualität als solche, sondern sofern vorhanden auf die Konflikte, die mit der Homosexualität in Verbindung mit religiösen, gesellschaftlichen und internalisierten Normen entstehen, fokussieren sollten“ (DGPPN-Referat „Sexuelle Orientierung in Psychiatrie und Psychotherapie“ 2013).

2014 beschloss der 117. Deutsche Ärztetag: „Sogenannte ‚Konversions-,‘- bzw. ‚reparative‘ Verfahren, die behaupten, Homosexualität in asexuelles oder heterosexuelles Verhalten umwandeln zu können, und den Eindruck vermitteln, dass Homosexualität eine Erkrankung sei, sind abzulehnen. Diese sind nicht nur unwirksam, sie können sich sogar negativ auf die Gesundheit auswirken.“ (117. Deutscher Ärztetag 2014, S. 273).

Die in den Yogyakarta-Prinzipien verankerten Menschenrechte von LSBT umfassen auch die Forderung an Staaten, zu gewährleisten „dass sexuelle Orientierungen oder geschlechtliche Identitäten im Rahmen medizinischer oder psychologischer Behandlungen weder explizit noch implizit als Erkrankungen betrachtet werden, die behandelt, geheilt oder unterdrückt werden sollten.“ (Schriftenreihe der Hirschfeld-Eddy-Stiftung, Band 2, 2011, S. 123).

Konversionsversuche der Trans*geschlechtlichkeit gelten unterdessen ebenfalls im Fachdiskurs wegen des hohen Schädigungsrisikos als unethisch (Fraser 2015, Günther, Teren & Wolf 2019).

Fachlich fundierte Angebote für Klient_innen, die Konversionsbehandlungen nachfragen

Vorliegende Forschungsarbeiten legen nahe, dass hinter der Nachfrage von Klient_innen nach Konversionsbehandlungen spezifische internale und soziale Konflikte stehen können. Als internale Belastungen lassen sich z.B. Vorstellungen herausarbeiten, nach denen eine nicht-heterosexuelle Orientierung oder eine nonkonforme Genderidentität mit spezifischen negativen Attributen besetzt werden, die sich als unvereinbar mit zentralen Werten des Klienten/ der Klientin erweisen (Tozer & Hayes 2004, Bartlett, Smith & King 2009). Z.B. können religiöse Vorstellungen des Klienten/der Klientin eine homosexuelle Orientierung als schuldhaft und unmoralisch markieren. In anderen Fällen kann das soziale Umfeld einen starken Druck auf den Klienten/die Klientin ausüben, sich nicht als lesbisch/schwul oder bisexuell zu identifizieren und auch keine homosexuellen Beziehungen zu leben (Bartlett, Smith & King 2009, Günther, Teren & Wolf 2019). Gegenüber diesem sozialen Druck sind gerade Menschen vulnerabel, deren hauptsächliche Unterstützungsquelle homo- oder trans*negative Bezugspersonen sind, auf die sie existenziell angewiesen sind. Besonders betroffen können z.B. junge Menschen sein, Menschen mit Behinderungserfahrungen, Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder Menschen in relativ isolierten religiösen Communities.

Für diese Klient_innen braucht es ein fachlich fundiertes Versorgungsangebot, das ihren Bedürfnissen entspricht. Trans*personen benötigen in vielen Fällen insbesondere eine fachlich gute und bedarfsgerechte medizinische Versorgung im Transitionsprozess (Günther, Teren & Wolf 2019). Psychotherapeut_innen sollten in der Lage sein, die sozialen Konflikte, in denen sich queere Klient_innen befinden, sorgfältig und mit Respekt zu erfragen, da das Benennen der entsprechenden Konfliktslagen auch sehr schambesetzt sein kann. Auch sollten sie den oftmals besonders religiös geprägten Wertesystemen der Klient_innen aufgeschlossen und im Bewusstsein der eigenen Positionierung begegnen (das Nair & Thomas 2012).

Bisher gibt es kaum fachlich gut fundierte Konzepte für die Arbeit mit Klient_innen, die unter den Konflikten um ihre sexuelle Orientierung oder Genderidentität leiden. Die Gay and Lesbian Medical Association (Gay and Lesbian Medical Association and LGBT health experts 2001) empfiehlt folgendes therapeutisches Vorgehen: Wenn ein Klient/ eine Klientin Unzufriedenheit mit seiner/ihrer soziosexuellen Orientierung oder auch Geschlechtsidentität berichtet, sollten Gesundheitsversorger_innen genau untersuchen, in welchem spezifischen psychologischen und sozialen Kontext diese Unzufriedenheit auftritt. Zu einer solchen Untersuchung gehören die Erfassung des inneren und äußeren Drucks, die sexuelle Orientierung zu ändern, die Anwesenheit oder Abwesenheit von sozialer Unterstützung und positiver Modelle von LSBT und das Ausmaß, in dem der Klient/ die Klientin Homosexualität, Bisexualität oder Gendervarianz mit negativen Stereotypen und Erfahrungen assoziiert.

Die Autor_in (G.W.) schlägt vor, dass nach dem Erkennen der inneren und äußeren Kontextbedingungen eines Wunsches nach einer Änderung der soziosexuellen Orientierung oder Genderidentität den Klient_innen wissenschaftlich haltbare Informationen über Homosexualität und Trans*geschlechtlichkeit so gegeben werden, dass zentrale Werte der Klient_innen dabei geachtet werden. Es wird weiter vorgeschlagen, dass in einer Psychotherapie auch Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie die Klient_innen gayaffirmative und trans*respektvolle soziale Netzwerke kennen lernen und für sich prüfen können. Ziel eines solchen Behandlungsprocedures ist die Verringerung des Leides und der inneren und äußeren Konflikte der Klient_innen. In der Therapie sollte durch Ressourcenstärkung und das Aufzeigen von sozialen Unterstützungsmöglichkeiten der Möglichkeitsraum der Klient_innen so erweitert werden,

dass sie selbstbestimmte Entscheidungen bezüglich des Lebens ihrer soziosexuellen Orientierung und Genderidentität bzw. Genderpräsentation treffen können (vergl. hierzu auch: American Psychological Association 2009).

Fazit

Konversionsbehandlungen basieren auf homo- und trans*negativen Annahmen und verfolgen keine medizinisch und psychologisch legitimierbaren Therapieziele. Wissenschaftliche Untersuchungen von Konversionsbehandlungen haben keine gesundheitsförderlichen Effekte dieser Behandlungen valide nachweisen können. Hingegen sind als Behandlungsfolgen bei den Betroffenen solcher Umpolungsversuche Ängste, sexuelle und Beziehungsschwierigkeiten, depressive Symptome und Suizidalität bis hin zu vollendetem Suizid aufgetreten (Beckstead 2012, Human Rights Campaign 2019, Wagner & Rossel 2006). Die Anwendung von Konversionsbehandlungen verstößt gegen die zentralen medizinethischen Prinzipien des Nichtschadens und der Benevolenz (Beauchamp & Childress 1989) und gegen die professionellen Leitlinien von APA, AAP, APO, WMA, DGPPN und BVDP.

Bei einer nicht zu vernachlässigenden Minderheit von professionellen Psychotherapeut_innen in Deutschland, der Schweiz, Großbritannien und den USA (zu anderen Ländern liegen kaum Studien vor) ist zu kritisieren, dass sie das aktuelle Fachwissen zu lesbischen, schwulen, bisexuellen und trans* Lebensweisen nicht rezipieren, ihre eigenen Einstellungen gegenüber lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans* und non-binären Klient_innen nicht angemessen reflektieren und diesen Klient_innen mit Vorurteilen begegnen.

Die Durchführung von Konversionsbehandlungen wirkt durch die Stigmatisierung homosexueller und trans* Lebensweisen und die Propagierung dichotom konstruierter Geschlechterrollen herrschaftsstabilisierend (Haldemann 1994, Wagner & Rossel 2006). Eine effektive gesundheits- und gesellschaftspolitische Arbeit gegen Konversionsbehandlung muss deshalb neben einer breiten Implementierung der professionellen Leitlinien gegen Konversionsbehandlungen in Institutionen des Gesundheitswesens und Fachverbänden auch Weiterbildungsmaßnahmen über lsbt-Lebensweisen und Genderdiversität für Fachkräfte im Sozial- und Medizinbereich sowie entsprechende gesamtgesellschaftliche Antidiskriminierungsarbeit umfassen. Auch ist einer Verbesserung der Forschungslage zur Häufigkeit der Anwendung von Konversionsbehandlungen sowie zur Verbreitung und Veränderung homonegativer Einstellungen und Handlungspraxen bei Professionellen im Gesundheitswesen erforderlich. Therapeut_innen sind aufgefordert, auch den Behandlungsbedürfnissen von Klient_innen, die Konversionsbehandlungen nachfragen, fachlich und ethisch kompetent zu begegnen und die Selbstbestimmung dieser Klient_innen im Umgang mit Entscheidungen bezüglich des Lebens der soziosexuellen Orientierung und Genderidentität zu fördern.

Literatur

Aitkenhead, D. (2004). Going straight. The Guardian, Saturday April 3.
<http://www.guardian.co.uk/weekend/story/0,,1183596,00.html> (Meldung vom 23.10.2006).

American Psychological Association (APA). (2011). Practice Guidelines for LGB Clients.
<http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx> (Meldung vom 8.3. 2011).

American Psychological Association (APA) (2009). Report of the American Psychological Task Force on Appropriate Therapeutic responses to Sexual orientation. <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf> (Meldung vom 17.11.2013).

Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Dr. Barbara Höll, Jan Korte, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE (18.1. 2012). Asylrechtlicher Umgang mit homosexuellen Flüchtlingen und der Einschränkung der sexuellen Vielfalt. Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/ 8357. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/083/1708357.pdf> (Meldung vom 6.3. 2012).

American Psychoanalytic Association (2012). Social Issues. http://www.apsa.org/About_Psychoanalysis/Social/Issues.aspx#gibt (Meldung vom 1.9. 2013).

APA (American Psychiatric Association) (1998). Psychiatric Treatment and Sexual orientation. POSITION STATEMENT. Approved by the Board of Trustees, December 1998. Approved by the Assembly, November 1998. http://www.ps1998_treatmentsexualorientation.pdf (Meldung vom 17.11.2013).

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

Anderson, S. (2009). Substance Use Disorders in Lesbian, Gay, Bisexual, & Transgender Clients. Assessment & Treatment. New York: Columbia University Press.

Associated Press (2005, updated 11/26/2005 8:33:43 PM ET). Arab gays face hormone treatment, prison. UAE mulls punishment against dozens arrested at mass gay wedding. <http://www.msnbc.msn.com/id/10218234/> (Meldung vom 31.10.2010).

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

Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (1989). Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press.

Beckstead, A. L. (2012). Can we Change Sexual Orientation? Arch sex Behav. DOI 10.1007/s10508-012-9922-x.

Beier, K. M., Bosinski, H. A. G., Loewitt, K. (2005). Sexualmedizin. 2. Aufl. Urban & Fischer/Elsevier GmbH, München

Benton, C. L. & Haller, E. (2010). "I'm So Sad, Just Let Me Be." Lesbians and Depression. In: Dibble, S. L. & Robertson, P. A. (Hg.): Lesbian Health 101. A Clinician's Guide. UCSF Nursing Press: California. 273-292.

Berufsverband deutscher Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (2009). Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zur öffentlichen Diskussion um „Konversionstherapien“ oder „reparative Therapien“ bei Homosexualität. http://www.mission-aufklaerung.de/fileadmin/dateien/Gutachten_und_Stellungnahmen/

Stellungnahme_BVDP_zur_%C3%B6ffentlichen_Diskussion_um_Konversionstherapien_bei_Homosexualit%C3%A4t.pdf (Meldung vom 17.11. 2013).

Bieschke, K. J., McClanahan, M., Tozer, E., Grzegorek, J. L. & Park, J. (1999). Programmatic research on the treatment of lesbian, gay, and bisexual clients: the past, the present, and the course for the future. In: Perez, R. M., DeBord, K. A. & Bieschke, K. J. (Hg.). Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. Washington, DC.: American Psychological Association. 309-335.

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

Brown, L. S. (1999). Foreword. In: Perez, R. M./ DeBord, K. A. & Bieschke, K. J. (Hg.). Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. Washington, DC.: American Psychological Association, xiii.

Bundesvereinigung Trans* (2018). Bundestag und Bundesrat entscheiden über dritten Geschlechtseintrag – jetzt heißt es: TSG mit Selbstbestimmungsgesetz ersetzen! Pressemitteilung der Bundesvereinigung Trans* 14.12.2018. In: <https://www.bv-trans.de/bundestag-und-bundesrat-entscheiden-ueber-dritten-geschlechtseintrag-jetzt-heisst-es-tsg-mit-selbstbestimmungsgesetz-ersetzen%ef%bb%bf/> (Meldung vom 16.12.2018).

Calmbach, B. & Rauchfleisch, U. (1999). Lesbenfeindliche Einstellungen in sozialen Berufen. Wege zum Menschen, 51. 39-45.

Clarke, V., Ellis, S. J., Peel, E. & Riggs, D. W. (2010). Lesbian Gay Bisexual Trans & Queer Psychology. An Introduction. UK: Cambridge University Press.

Comiskey, A. (1997): Befreite Sexualität. Heilung und Reifung der eigenen sexuellen Identität. Hilfen für Seelsorger und Berater. Erzhausen: Projektion J Verlag. (Deutsche Ausgabe der englischsprachigen Originalausgabe „Pursuing Sexual Wholeness. How Jesus Heals the Homosexual“ aus dem Jahr 1989).

Comiskey, A. (deutsche Ausgabe o.J., wahrsch. ca. 1997): Arbeitsbuch Befreite Sexualität. Heilung und Reifung der eigenen sexuellen Identität. Hilfen für Seelsorger und Berater. Erzhausen: Projektion J Verlag. (Deutsche Ausgabe der englischsprachigen Originalausgabe „Pursuing Sexual Wholeness. How Jesus Heals the Homosexual. Guide“ aus dem Jahr 1988/89).

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

Council of Europe (2000). Situation of gays and lesbians and their partners in respect to asylum and immigration in the member states of the Council of Europe. Doc 8654, 25. 2. 2000. <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta00/EREC1470.htm> (Meldung vom 17.11.2013).

Council of Europe Publishing (2011). Discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity in Europe. http://www.coe.int/t/Commissioner/Source/LGBT/LGBTStudy2011_en.pdf (Meldung vom 1.9. 2011).

Coyle, A., Milton, M. & Annesley, P. (2001). The Silencing of Lesbian and Gay Voices in Psycho“therapeutic“ Texts, Training and Practice. In: Steffens, M. C. & Biechele, U. (Hg.). Annual Review of Lesbian, Gay, and Bisexual Issues in European Psychology, 1. 95-124.

Das Nair, R. & Thomas, S. (2012). Religion. In: das Nair, R. & Butler, C. (Hg.). Intersectionality, Sexuality and Psychological Therapies. Working with Lesbian, Gay and Bisexual Diversity. UK: BPS Blackwell. 89-111.

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

117. Deutscher Ärztetag. Düsseldorf, 27.05.-30.05.2014. Top VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer. Titel: „Konversions-, bzw. „reparative“ Verfahren bei Homosexualität. Beschlussprotokoll Seite 273 und 274 von 338.

Diamond, L. M. (2003). Was it a phase? Young women’s relinquishment of lesbian/ bisexual identities over a 5-year period. Journal of Personality and Social Psychology, 84, 352-364. (kann heruntergeladen werden unter: <http://www.psych.utah.edu/people/people/diamond/Publications/Was%20it%20a%20Phase.pdf> (Meldung vom 2.4.2011))

DIE ZEIT (1998). „Wir waren homosexuell“. 17. 6. 1998, 76.

DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2008) (Hg.). ICD-10-GM 2008 Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision – German Modification. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

DGPPN-Referat „Sexuelle Orientierung in Psychiatrie und Psychotherapie“ (5.7. 2013): Stellungnahme des DGPPN-Referats „Sexuelle Orientierung in Psychiatrie und Psychotherapie“ zu Konversionstherapien bzw. „reparativen“ Verfahren bei Homosexualität. http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2013/DGPPN-Referat_Stellungnahme_zu_Konversionstherapien.pdf (Meldung vom 25.7. 2013).

Dörner, G. (1983). Letter to the editor. Archives of Sexual Behavior, 12 (6). 577-582.

Drescher, J. (2008). Conversion Therapy Spin Doctors. ASSOCIATION OF GAY AND LESBIAN PSYCHIATRISTS, Vol. XXXIV (2), April 2008. 10-11.

Flentje, A., Heck, N. C. & Cochran, B. N. (2013). Sexual Reorientation Therapy Interventions: Perspectives of Ex-Ex-Gay Individuals. Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 17 256-277. DOI: 10.1080/19359705.2013.773268.

Ettner, R. (2015). Etiopathogenetic Hypotheses of Transsexualism. n: Trombetta, C., Liguori, G., Bertolotto, M. (Hrsg.): Management of Gender Dysphoria. A Multidisciplinary Approach. Springer, Milan/Heidelberg/New York/Dordrecht/London,47-53.

Frank, C. (2009). Immer auf der Flucht. Süddeutsche Zeitung, 16.1.2009, 3.

Fraser, L. (2015). Gender Dysphoria: Definition and Evolution Through the Years. In: Trombetta, C., Liguori, G., Bertolotto, M. (Hrsg.): Management of Gender Dysphoria. A Multidisciplinary Approach. Springer, Milan/Heidelberg/New York/Dordrecht/London, 19-31.

Frossard, J. (2000). Lesbische Frauen in der Psychotherapie. Dissertation, vorgelegt der Philosophisch-historischen Fakultät der Universität Basel. Basel.

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.

Global Rights/ International Human Rights Clinic, Human Rights Programm, Haward Law School/ LORI/ Zagreb Pride/ Zenska soba – Women’s Room – Center for Sexual Rights (2009). The Violations of the Rights of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Persons in CROATIA. A Shadow Report. Submitted to the Human Rights Committee. <http://www.asylumlaw.org/docs/sexualminorities/CroatiaLGBT103009.pdf> (Meldung vom 9.12. 2010).

Grau, G. (2003). Homosexualität in der NS-Zeit: Dokumente einer Diskriminierung und Verfolgung. Fischer: Frankfurt a. M..

Günther, M., Teren, K. & Wolf (2019, i.Pr). Trans* in Psychotherapie. Reinhardt: München.

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

Haas, W. (2005). Familienstellen – Therapie oder Okkultismus? Das Familienstellen nach Hellinger kritisch beleuchtet. Kröning: Asanger.

Habib, S. (2007). Female Homosexuality in the Middle East. Histories and Representations. New York: Routledge.

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

Hass, B. & Reipen, M. (2006). „Schwule klatschen und Mannweiber anpöbeln.“ Onlinebefragung zu Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen bei Lesben und Schwulen in der Rhein-Neckar-Region. Mannheim: PLUS e.V.

Herek, G. M. (2008). Attempts To Change Sexual Orientation. http://psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/facts_changing.html (Meldung von 3.6.2008).

Herzog, D. (2005). Die Politisierung der Lust. Sexualität in der deutschen Geschichte des 20.Jahrhunderts. München: Siedler.

Higgins, S. & Butler, C. (2012): Refugees and Asylum Seekers. In: das Nair, R. & Butler, C. (Hg.). Intersectionality, Sexuality and Psychological Therapies. Working with Lesbian, Gay and Bisexual Diversity. UK: BPS Blackwell, 113-136.

Hoffmann, M. (o.J.). Homosexualität – Sichtweisen. Weisses Kreuz extra. (Flugblatt)

Hoffmann, M. (1999). „Vom therapeutischen bzw. seelsorgerischen Umgang mit homosexuell empfindenden Menschen.“ Vortrag von Markus Hoffmann, Leiter der Seelsorge-Initiative „Wüstenstrom“, Tamm/ Ludwigsburg. Evangelische Akademie Hofgeismar/ Landeskirche Kurhessen-Waldeck am 20./ 21. Januar 1999 (Interne Konsultation mit der Kirchenleitung der Landeskirche).

Human Rights Campaign (2019). The Lies and Dangers of Efforts to Change Sexual Orientation or Gender Identity. (Meldung vom 24.04.2019: <https://www.hrc.org/resources/the-lies-and-dangers-of-reparative-therapy>).

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

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

ILGA (International Lesbian and Gay Association). (2006). Lesbian and Bisexual Women's health: Common Concerns, Local Issues. Issue 121, March.

Institute of Medicine (IOM) (2011). The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding. Washington, DG: The National Academies Press.

Ise, M. & Steffens, M. (2000). Von der Pathologisierung zur Ignoranz. Heterosexismus in der Psychologie. Forum Wissenschaft, 3/2000. 17-20.

Jama, A. (2008). Illegal citizens. Queer lives in the muslim world. USA: SALAAM PRESS PUBLICATION.

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

Jones, S. L. & Yarhouse, M. A. (2007). Ex-Gays? A Longitudinal Study of Religiously Mediated Change in Sexual Orientation. Westmont (USA): InterVarsity Press.

Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006, 4. Auflage). Selbstmanagement-Therapie. Heidelberg: Springer.

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

Körner, C. (2011). Korrektive Vergewaltigung. Unsichtbares gewaltsam sichtbar machen. *Iz3w*, September/ Oktober 2011, 326, 27-28.

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

LSVD (2010). Asylrecht für Lesben und Schwule. <http://www.lsvd.de/852.0.html> (Meldung vom 31.10.2010).

Markard, N. (2013). Sexuelle Orientierung als Fluchtgrund – Das Ende der „Diskretion“. Aktuelle Entwicklungen beim Flüchtlingsschutz aufgrund der sexuellen Orientierung. *ASYLMA-GAZIN* 3/2013, 74-84.

Martin, J. I. & Meezan, W. (2009). Applying Ethical Standards to Research and Evaluations Involving Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations. In: Meezan, M. & Martin, J. I. (Hg.): *Handbook of Research with Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations*. New York/ London: Routledge, 19-39.

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

Mott, L. R. (1996). Epidemic of Hate. Violations of the human rights of gay men, lesbians and transvestites in Brazil. USA: Grupo Gay da Bahia/ International Gay and Lesbian Human Rights Commission.

Mourad, L. (2010). Muslimische Frauen mit gleichgeschlechtlicher Orientierung. Asylverfahren und Asylpraxis in Deutschland. Diplomarbeit an der FH Ludwigshafen. http://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/Asyl/Diplomarbeit_Leila_Mourad.pdf (Meldung vom 9.12.2010).

Outfront (2008). What Mental Health And Medical Experts Say About „Curing” Gays. <http://www.outfront.org/library/exgay/mentalhealth> (Meldung vom 17.11.2013).

Preuss, W. F, Nieder, T. O., Briken, P. (2012). Schwerpunkte der Psychotherapie bei transsexuellen Entwicklungen. *DNP-Der Neurologe & Psychiater*, 2012; 13 (10), S. 2-8.

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

Rauchfleisch, U. (1996, 2. überarb. Auflage). Schwule. Lesben. Bisexuelle. Lebensweisen. Vorurteile.Einsichten. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen/ Zürich.

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

Robinson, C. M. & Spivey, S. E. (2007). The Politics of masculinity and the ex-gay movement. *GENDER & SOCIETY*, Vol. 21 No. 5, October 2007. 650-675.

- Rothblum, E. D. (1999). „Somewhere in Des Moines or San Antonio“: Historical Perspectives on Lesbian, Gay, and Bisexual Mental Health. In: Perez, R. M., DeBord, K. A. & Bieschke, K. J. (Hg.). *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. Washington, DC.: American Psychological Association. 57–79.
- Rothschild, C. (2000). *Written Out. How sexuality is used to attack women’s organizing. A report of the International Gay and Lesbian Human Rights Commission and the Center for Women’s Global Leadership*. USA: International Gay and Lesbian Human Rights Commission.
- Saß, H. , Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (Dt. Bearb.) (2003). *Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR*. Göttingen/ Bern/ Toronto & Seattle: Hogrefe.
- Scheu, U. (1982). Kreuzzug. In: Schwarzer, A. (Hg). *Sexualität. Ein EMMA-Buch*. Reinbek: Rowohlt. 156-163.
- Scholinski, D. (1995): (ohne Titel). In: *The International Tribunal on Human Rights Violations Against Sexual Minorities*. International Gay and Lesbian Human Rights Commission & Community United Against Violence, San Francisco/USA, 18-21.
- Scholinski, D. (1998): *The last time I wore a dress*. Riverhead books, New York.
- Schriftenreihe der Hirschfeld-Eddy-Stiftung, Band 2 (2011). Yogyakarta Plus. *Menschenrechte für Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender und Intersexuelle in der internationalen Praxis*. Berlin.
http://www.hirschfeld-eddy-stiftung.de/fileadmin/images/schriftenreihe/LayoutYYplus_2011-10-10_web.pdf (Meldung vom 7.1. 2012).
- Senatsverwaltung für Jugend und Familie (2004). *Homosexualität als politischer Asylgrund?* Berlin. Oktoberdruck.
- Spiegel online (21. Mai 2012, 17:51 Uhr). *Angebliche Therapie. Forscher entschuldigt sich für Homosexuellen-Studie*. <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/robert-spitzer-entschuldigt-sich-fuer-homosexuellen-studie-a-834247.html> (Meldung vom 23.5.2012).
- Spitzer, R. (2003). *Can Some Gay Men and Lesbians Change Their Sexual Orientation? 200 Participants Reporting a Change from Homosexual to Heterosexual Orientation*. *Archives of Sexual Behavior*, October 2003. 403-417.
- Staddon, P. (2005). *Labelling Out: The Personal Account of an Ex-Alcoholic Lesbian Feminist*. In: Ettore, E. (Hg.). *Making Lesbians Visible in the Substance Use Field*. Binghampton: Harington Park Press. 69-78.
- Stein, E. (2007). *Ethical, Legal, Social, and Political Implications of Scientific Research on Sexual Orientation*. In: Meyer, I. H. & Northridge, M. E. (Hg.). *The Health of Sexual Minorities*. New York: Springer. 130-148.
- Stein-Hilbers, M. (Projektleitung)/ Holzbecher, M., Klodwig, B., Kroder, U., Soine, S., Goldammer, A. & Noack, I. (Projektmitarbeiterinnen) (Hg.: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen) (1999). *Gewalt gegen lesbische Frauen*:

Studie über Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen. Düsseldorf. (Erhältlich über das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, 40190 Düsseldorf).

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

Tozer, E. & Hayes, J. A. (2004). Why Do Individuals Seek Conversion Therapy? The Role of Religiosity, Internalized Homonegativity, and Identity Development. THE COUNSELING PSYCHOLOGIST, Vol. 32 No. 5, September 2004. 716-740.

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

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

Wagner, C. & Rossel, E. (2006). Konversionstherapie bei Homosexuellen. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 38 (3). 603-612.

Weisbrod, M. (1996). Psychotherapieerfahrungen lesbischer Frauen während ihres Coming outs. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Universität Freiburg. Freiburg.

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

Wolf, G. (2004). Erfahrungen und gesundheitliche Entwicklungen lesbischer Frauen im Coming-out-Prozess. Herbolzheim.

World Medical Association (WMA) (2013). WMA Statement on Natural Variations of Human Sexuality. Adopted by the 64th General Assembly, Fortaleza, Brasil, October 2013. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/s13/>, Meldung vom 26.10.2013.

World Medical Association (WMA) (2015): WMA Statement on Transgender People. Adopted by the 66th General Assembly, Moscow, Russia, Octobre 2015. In: www.wma.net/en/30publications/10policies/t13, 25.02. 2016.

Wüstenstrom (2007). Erklärung für Presse und Medien. <http://www.wuestenstrom.de/index.dhtml/5947ae0281384561666b/-/deDE/-/CS/-/news/politik/news/2007/200710/Presse> (Meldung vom 10.2.2008).

Wüstenstrom (o.J.). Missbrauch. <http://www.wuestenstrom.de/index.dhtml/394cfa8ae15e604143ie/-/deDE/-/CS/-/schwerpunktthemen/missbrauch> (Meldung vom 4.12.2010).