

Substanzgebrauch bei lesbischen und bisexuellen Frauen

Gisela Wolf

Zusammenfassung: Lesbische und bisexuelle Frauen befinden sich aufgrund gesellschaftlicher Zuschreibungen und intersektional verschränkter Zugehörigkeiten (Arbeits- und Ausbildungskontext, Herkunftsfamilie, Communities ...) in spezifischen Lebenssituationen, die auch ihren Umgang und ihre Auseinandersetzungen mit Substanzgebrauch prägen (Greenwood & Gruskin, 2007). So gibt es Hinweise auf Spezifika bei lesbischen und bisexuellen Frauen hinsichtlich ihrer Vulnerabilität für den Gebrauch mancher psychotroper Substanzen, hinsichtlich ihrer Konsummotive und -muster, hinsichtlich der Diskurse um Substanzgebrauch in lesbischen und queeren Communities sowie auch hinsichtlich der Ressourcen, mit denen lesbische und bisexuelle Frauen schädlichem Substanzgebrauch begegnen können.

In diesem Beitrag werden Daten zu unterschiedlichen Umgangsweisen lesbischer und bisexueller Frauen mit Substanzgebrauch dargestellt, mögliche Bedingungen von schädlichem Substanzgebrauch herausgearbeitet, sowie darauf basierend Empfehlungen zur affirmativen und lebensweltorientierten Behandlung von schädlichem Substanzgebrauch bei lesbischen und bisexuellen Frauen entwickelt.

Schlüsselwörter: Lesbische Frauen, bisexuelle Frauen, Substanzgebrauch, Sucht, Alkohol, Rauchen, queere Community, Beratung, Psychotherapie

Contextual factors for substance (ab)use of lesbians and bisexual women

Abstract: The specific situation of lesbians and bisexual women determines how they deal with substance (ab)use against the backdrop of their living conditions and their integration into intersectorially crossed social structures like educational institutions, work environment, family, friendships and the lesbian, bisexual and queer communities (Greenwood & Gruskin, 2007). There is evidence for specific consumption patterns, vulnerability concerning the (ab) use of particular substances, characteristic features of discourse regarding substance(ab)use in lesbian and queer communities as well as for the development of specific resources to cope with substance abuse.

In this paper recommendations for affirmative counselling and treatment of lesbian and bisexual women with problems with substance abuse are developed, based on findings regarding diverse ways of coping with substance (ab)use by lesbian and bisexual women and in their communities.

Keywords: lesbians, bisexual women, substance use, substance abuse, substance addiction, alcohol, smoking, queer community, counselling, psychotherapy

Begriffsbestimmung „schädlicher Substanzgebrauch“ und „Abhängigkeitssyndrom“

Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden die Begriffe „akute Intoxikation“, „schädlicher Gebrauch“ und „Abhängigkeitssyndrom“ im Kapitel F („Psychische und Verhaltensstörungen“) der aktuellen Version der ICD-10 (deutsche Version)

genutzt, um gesundheitsbeeinträchtigende Substanzkonsumformen zu kategorisieren (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2008). Der sogenannte „schädliche Gebrauch psychotroper Substanzen“ umfasst dabei ein Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer körperlichen oder psychischen Gesundheitsschädigung führt und seit einem Monat besteht bzw. wie-

derholt in den letzten zwölf Monaten auftrat. „Substanzabhängigkeit“ ist nach ICD-10 durch den starken Wunsch, eine Substanz zu konsumieren, verminderte Kontrollfähigkeit über den Konsum, ein körperliches Entzugssyndrom, die Entwicklung von Toleranz gegenüber der psychotropen Substanz, eine fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und/oder einem anhaltenden Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutig schädigender Folgen gekennzeichnet. Von diesen Kriterien sollten mindestens drei über einen Monat bestanden haben oder innerhalb von 12 Monaten wiederholt aufgetreten sein (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 1994, 2008). Problematisch an diesen diagnostischen Kriterien erweist sich in der psychosozialen Praxis, dass keine Differenzierungen bezüglich des Ausprägungsgrades eines bestimmten Kriteriums möglich sind.

Hinsichtlich Alkohol wird davon ausgegangen, dass es Konsummengen gibt, die von gesunden und nicht schwangeren erwachsenen Personen relativ risikoarm eingenommen werden können (vgl. für Alkohol: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2007; Wissenschaftliches Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V., 2003). Von einem „schädlichen Gebrauch“ kann hier also gesprochen werden, wenn jemand mehr als eine unschädliche Dosis Alkohol gebraucht und dabei körperliche und/oder psychische Schädigung erleidet. Schädlicher Gebrauch psychotroper Medikamente beginnt mit einer nicht mehr indikationsgerechten Anwendung (vgl. Bundesärztekammer, 2007).

Bei illegalisierten Substanzen ist umstritten und letztlich auch von den Einstellungen der diagnostizierenden Person abhängig, ob bereits der Gebrauch der Substanz an sich die Zuweisung der Diagnose eines „schädlichen Gebrauchs“ rechtfertigt (Gunderson, 2008). Beim Rauchen von Nikotin und THC ist von einem gesundheitlichen Risiko bei jedem Konsum auszugehen. Neben der Schädigung für die direkten Konsument_innen sind darüber hinaus auch diejenigen, die den Rauch der Substanz unbeabsichtigt einatmen (die sogenannten „Passivraucher_innen“), gesundheitlich durch den ungewollten Konsum belastet.

Alle Nutzer_innen psychotroper Substanzen können das mit dem Konsum verbundene Gesundheitsrisiko prinzipiell u. a. durch verringerte Konsummengen, durch Verringerung des Beikonsums weiterer Substanzen sowie durch den Rückgriff auf risikoärmere Gebrauchsmuster reduzieren, indem sie z. B. bei intravenös gespritzten Substanzen Einwegnadeln nutzen oder bewusstseinsverändernde

Substanzen nur an sicheren Orten konsumieren, an denen keine Gewalt droht.

Gesellschaftliche Diskurse um Substanzgebrauch

In die gesellschaftlichen Diskurse um Substanzgebrauch sind vielfach normative, moralisierende und damit auch regulative Botschaften eingewoben. Die Grenze zwischen Menschen, die scheinbar ohne weitere Probleme Substanzen gebrauchen, und denjenigen, die als „substanzabhängig“ gelten, wird in vielen Kontexten durch spezifische Arten, den substanzgebrauchenden Menschen zu kommentieren, relativ scharf gezogen. Substanzabhängige Menschen werden dabei mittels diskursiven „otherings“ als von der gesellschaftlichen Mitte abweichend konstruiert, als defizitär dargestellt und marginalisiert (vgl. Winkler & Degele, 2009). Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Gesellschaft sich mit der diskursiven Abgrenzung von sichtbar suchtbetroffenen Menschen aus einem kollektiven „wir“ vor ihrer eigenen Ambivalenz bezüglich Substanzgebrauchs durch eine Ordnungs- und Spaltungsstrategie schützt. Die Angehörigen des imaginativen „wir“ sind dann entsprechend dieser Kategorisierung auf der sicheren Seite, sichtbar nicht-suchtbetroffen, und demonstrieren z. B. durch Rituale situativ als „kontrolliert“ definierten Alkoholkonsums, dass sie selbst mit Substanzgebrauch keine Probleme haben (Kowszun & Malley, 1996).

Beim Sprechen über Substanzgebrauch kann es darüber hinaus zu einem konflikthaften Aufeinandertreffen von als divergierend wahrgenommenen Wertvorstellungen kommen. So kann eine substanzgebrauchende Person ein Selbstbestimmungsideal vertreten, das umfasst, dem eigenen Körper in einer als „frei“ empfundenen Handlung Substanzen zuzuführen. Dieses Wertekonstrukt kann wiederum mit einem von außen an die Person herangetragenen sozialen oder medizinischen Ideal der Fürsorge/Benefizienz kollidieren, das primär-, sekundär- und tertiärpräventiven Maßnahmen zugrunde gelegt wird (vgl. Beauchamp & Childress, 1994; Kominars & Kominars, 1996). Über solche Wertdifferenzen entstehen gelegentlich Konflikte, wenn z. B. eine nichtrauchende Person rauchfreie Räume wünscht, weil sie bei einem Veranstaltungsbesuch keine Gesundheitsschäden durch Passivrauchen erfahren möchte, hierbei aber auf ein auf den Bereich der eigenen Person fokussiertes Autonomieideal rauchender Personen trifft, die ihr Selbstbestimmungsrecht auf Nikotingebrauch verteidigen. Die argu-

mentative Absicherung der eigenen Position nimmt dabei wiederum Rückgriff auf Werte, denen in den jeweiligen Communities eine Valenz zugeschrieben wird. In lesbischen und queeren Communities hat das Autonomieideal aufgrund der Notwendigkeit der Selbstgestaltung der Lebensentwürfe in Abgrenzung zu einem heterosexuellen Mainstream eine sehr hohe Bedeutung und wird auch zur Aufrechterhaltung von Räumen mit einer hohen Permissivität gegenüber Substanzgebrauch eingesetzt.

Gesamtgesellschaftlich sind die Diskurse um Substanzgebrauch auch geschlechtlich konnotiert. So gelten ein „harter“ Konsum und die Fähigkeit, diesen „auszuhalten“ als „männlich“. Frauen, die sichtbar viel Alkohol konsumieren, werden mit der Zuschreibung belegt, sie „verlören“ damit ihre Weiblichkeit. Zeitgleich gibt es auch Diskurse, die Alkohol- und besonders Nikotinkonsum bei Frauen mit „Emanzipation“ und „Selbstbewusstsein“ in Verbindung bringen (vgl. Annandale, 2009; Kolip, 1999). Für gender-/heterononkonform lebende Frauen kann vor diesem Hintergrund ein spezifisch ausgestalteter Substanzgebrauch auch Möglichkeiten schaffen, die Abgrenzung von einer traditionellen Weiblichkeit sichtbar zu machen (MacBride-Steward, 2007).

Daten zur Epidemiologie von schädlichem Substanzgebrauch und Substanzabhängigkeit bei Lesben und bisexuellen Frauen

Bislang gibt es nur wenig Forschungsarbeiten zum Themenkomplex „Lesben und bisexuelle Frauen und Sucht/Substanzabhängigkeit“ in Deutschland. Die vorliegenden publizierten Arbeiten beschäftigen sich überwiegend mit der Frage nach Prävalenzen, versuchen also zu erfassen, wie häufig Lesben und bisexuelle Frauen Suchtmittel konsumieren. Deutschsprachige Beiträge zu Konsummustern lesbischer und bisexueller Frauen sind kaum zu finden. Daher greife ich in diesem Artikel diesbezüglich überwiegend auf englischsprachige Literatur zurück.

Die bislang publizierten Studien zu Sucht bei Lesben und bisexuellen Frauen weisen verschiedene methodische Probleme auf. Zum einen ist Sucht ein gesellschaftlich tabuisiertes Verhalten. Es ist deshalb davon auszugehen, dass Selbstauskünfte über Sucht und Suchtmittelkonsum in Untersuchungen eher eine Unterschätzung darstellen. Oft verlassen sich die Studien aber ausschließlich auf „self-reports“. Da die Grundgesamtheit aller Lesben und bisexuellen Frauen in der Bevölkerung nicht bekannt ist,

wurden in den vorliegenden Studien immer nicht-repräsentative Stichproben untersucht.

Überblicksdaten zu schädlichem Substanzgebrauch bei lesbischen und bisexuellen Frauen

In ihrer Übersicht über europäische Studien zur psychischen Gesundheit von Lesben und Schwulen fand Dennert (2006) ein erhöhtes Risiko von Abhängigkeitserkrankungen bei Lesben, jedoch nicht bei Schwulen. Die dort referierten Studien von Sandfort, Graaf, Bijl und Schnabel (2001), King et al. (2003) sowie King, McKeon und Warner (2003) zeigen sowohl eine signifikant erhöhte 12-Monats-Prävalenz (Odds Ratio: 4,05) als auch Lebenszeitprävalenz (OR: 3,43) für schädlichen Substanzgebrauch und Substanzabhängigkeit. Der Zigarettenverbrauch war nach dieser Übersichtsarbeit mit einer OR von 1,43 im Vergleich zu heterosexuellen Frauen erhöht, die Lebenszeitprävalenz für Drogen mit einer OR von 2,5 und für den Drogengebrauch im Vormonat mit einer OR von 1,57 (Dennert, 2006, S. 562). Auch in verschiedenen US-amerikanischen Studien zeigen sich regelmäßig höhere Raten an Raucherinnen und Ex-Raucherinnen bei Lesben (Anderson, 2009; Eliason & Drabble, 2010; Dennert, 2005; Institute of Medicine, 2011; Hatzenbuehler, Wieringa & Keyes, 2011; Jowett & Peel, 2012).

Verschiedene Autor_innen haben darauf aufmerksam gemacht, dass insbesondere lesbische, bisexuelle und schwule Jugendliche im Coming-out gefährdet sind, Belastungen durch antihomosexuelle Übergriffe mit Substanzgebrauch und andere gesundheitsschädigenden Handlungen emotional abzuwehren (vgl. Bradford & White, 2000; Hershberger & D'Augelli, 1999; Senatverwaltung, 1999; Wolf, 2004). Auch die Metaanalyse von Marshal et al. (2008) belegt für junge Lesben eine im Vergleich zu gleichaltrigen heterosexuellen Frauen deutlich erhöhte Prävalenz von Substanzgebrauch. Die Befunde verschiedener Studien weisen darauf hin, dass bisexuelle Frauen noch höhere Raten an schädlichem Substanzgebrauch aufweisen als Lesben (vgl. American Psychological Association, 2011; Drabble & Eliason, 2012; Jowett & Peel, 2012). Gendernonkonform lebende Personen scheinen vor dem Hintergrund vielfältiger Belastungen ein besonders hohes Risiko für schädlichen Gebrauch von Substanzen zu tragen (Wolf & Dew, 2012). Mehrfachabhängigkeiten bei lesbischen und bisexuellen Frauen sind bislang erst unzureichend untersucht. Die wenigen Daten aus

Deutschland zum nicht indizierten Gebrauch von psychotropen Medikamenten weisen kaum Unterschiede zur weiblichen Allgemeinbevölkerung auf (Dennert, 2005).

Spezifische Muster des Substanzgebrauchs bei lesbischen und bisexuellen Frauen

Die überwiegend aus den USA vorliegenden Daten deuten darauf hin, dass lesbische Frauen eher und intensiver trinken als heterosexuelle Frauen. Lesben und bisexuelle Frauen berichten im Vergleich zu heterosexuellen Frauen häufiger Probleme mit dem Alkohol, nehmen häufiger entsprechende Behandlungsangebote in Anspruch und weisen auch eher Symptome einer Alkoholabhängigkeit auf (Anderson, 2009; Dennert, 2006; Drabble, Eliason & Reyes, 2010; Drabble & Eliason, 2012; Greenwood & Gruskin, 2007; Hughes, 2003; Institute of Medicine, 2011; Kowszun & Malley, 1996; Parks & Hughes, 2005; Russel, Testa & Wilsnack, 2000). Nach den Befunden der bisher einzigen größeren qualitativen Studie zur Lesbengesundheit in Deutschland (Dennert, 2005; n=578) konsumierten 4,5% der befragten Frauen täglich Alkohol, 4,4% der jungen Lesben unter 25 Jahren konsumierten täglich Alkohol, 11,8% mehrmals in der Woche, 25% ein- bis zweimal wöchentlich (Dennert, 2005). Die höchste Rate an täglichen Alkoholkonsumentinnen fand Dennert (2005) bei den über 45-jährigen Frauen, wohingegen der Substanzgebrauch von illegalisierten Drogen und Nikotin bei jungen lesbischen Frauen am höchsten lag.

Mit zunehmendem Alter scheint der Alkoholkonsum lesbischer Frauen im Gegensatz zu dem Alkoholkonsum heterosexueller Frauen weniger abzunehmen (Institute of Medicine, 2011; Jowett & Peel, 2012). Wenn Lesben eine entsprechende Behandlung aufsuchen, sind sie rückblickend weniger zufrieden damit als heterosexuelle Frauen (Drabble & Trocki, 2005).

Einige Risikofaktoren für vermehrten Alkoholkonsum bei Lesben entsprechen den diesbezüglichen Risikofaktoren bei heterosexuellen Frauen (Vogt, 1993). So konsumieren Lesben vermehrt Alkohol, wenn sie Gewalt und Diskriminierung erleben mussten (Anderson, 2009), wenn sie in einem männerdominierten Beruf tätig sind, wenn sie Beziehungen mit gewalttätigen oder stark konsumierenden Partner_innen haben oder wenn sie kinderlos sind (Russel et al., 2000). Darüber hinaus berichten lesbische Frauen häufiger Diskriminierungs- und Gewalter-

fahrungen (Wolf, 2004) und haben auch eher keine Kinder als heterosexuelle Frauen.

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

Die Ätiologie von schädlichem Substanzgebrauch kann als multifaktoriell konzeptualisiert werden. Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von schädlichem Substanzgebrauch und Substanzabhängigkeit nehmen physiologische, sozialisations- und enkulturationsbedingte Faktoren, Belastungen und Marktaspekte (vgl. z. B. Soyka, 2008).

2007 veröffentlichten Greenwood und Gruskin ein Modell für die Arbeit mit LSBT-Personen, in dem sie das Ineinandergreifen von folgenden Faktoren bei der Entstehung von schädlichem Substanzgebrauch darstellten:

- ▶ Faktoren im sozialen Umfeld (wie biografische soziale Faktoren und Einflüsse des aktuellen sozialen Bezugssystems)
- ▶ sogenannte „individuelle“ Faktoren (worunter Greenwood & Gruskin, 2007, genetische Einflüsse, psychische und physische Gesundheit, Einstellungsfaktoren, aber auch soziodemografische Faktoren fassten)
- ▶ Community-Spezifika (worunter z. B. die kulturellen Praktiken an Treffpunkten, community-spezifische Ideologien und Kommunikationsmuster, aber auch Minoritäten-Stress fallen können)
- ▶ Faktoren des gesellschaftspolitischen Umfeldes (worunter gesellschaftspolitische Ungleichstellungen, Diskurse um Konsum und Sucht, Werbung und Gegeninformation, Verfügbarkeit der jeweiligen Substanzen, Umgangsweisen am Arbeitsplatz und in der Schule sowie das Gesundheitswesen mit seinen entsprechend ausgerichteten Angeboten gehören; vgl. Hatzenbuehler et al., 2011).

Die genannten Faktoren interagieren miteinander und können sich auch gegenseitig in ihrer Wirkung auf Substanzgebrauchsmuster verstärken. Die zeitliche Entwicklung von schädlichem Substanzgebrauch und Abhängigkeit kann als mehrphasischer Prozess dargestellt werden. Zunächst kann der Substanzgebrauch nach einem Kennenlernen der Wirkung zur Selbstmedikation eingesetzt werden, d. h. die Substanzwirkung gewinnt eine Funktionalität in der Regulierung von Wahrnehmungen und Belastungen sowie zur Erzeugung von Empfindungen

von Entspannung und Wohlfühl. Entgleitet der betroffenen Person dann zunehmend die Kontrolle über den Konsum, kann davon ausgegangen werden, dass der Substanzgebrauch eine Eigendynamik entwickelt hat und so zur Milderung von Suchtdruck (Craving), Entzugssymptomen oder zur Unterdrückung von auf den Substanzgebrauch bezogenen Skrupeln und Schuldgefühlen sowie auch der Tagesstrukturierung dient. Der Substanzgebrauch kann durch die betroffene Person stabilisiert werden, indem sie ihr soziales Netz zunehmend so gestaltet, dass dieses den Substanzgebrauch billigt und unterstützt, sowie indem sie selbst Attribuierungsmuster entwickelt, die den Substanzgebrauch legitimieren und bagatellisieren und indem sie Menschen, die den Substanzgebrauch kritisch sehen, abweist.

Lesbische und bisexuelle Coming-out-Prozesse beinhalten je spezifische Lebensaufgaben, in denen Substanzgebrauch auch eine je spezifische Funktionalität entwickeln kann. So weisen viele Lesben und bisexuelle Frauen in ihrer Biografie lebensgeschichtliche Phasen auf, in denen sie ihre soziosexuelle Orientierung aus Angst vor Repressionen, Unsicherheit, wegen fehlenden Begrifflichkeiten für ihre Erfahrungen oder dem Nicht-Vorhandensein von adäquaten Modellen nicht ausdrücken können. Das Verschweigen bedeutsamer Lebenserfahrungen kann jedoch zu spezifischen inneren Konflikten führen (Pennebaker, 1993, 2000; Wolf, 2004). So kann das Verschweigen zwar einerseits vor Repressionen schützen, andererseits werden damit aber auch die Möglichkeiten von Lesben und bisexuellen Frauen eingeschränkt, sich soziale Validierung und Unterstützung zu holen, um damit einen Coming-out-Prozess zu bewältigen und spezifische Community-Ressourcen zu erreichen (vgl. auch Matthews, Lorah & Fenton, 2005).

Suchtmittelkonsum kann hier eine wichtige Rolle bei der Auseinandersetzung mit diesen Konflikten durch das Schweigen-Müssen im inneren Coming-out sowie Repressionen im äußeren Coming-out einnehmen. Vor dem Hintergrund der hohen Gewalt- und Diskriminierungsbedrohung lesbischer und bisexueller Frauen lässt sich die These vertreten, dass viele Lesben und bisexuelle Frauen Substanzkonsum als Möglichkeit zur Belastungsbewältigung nach Erfahrungen mit Diskriminierungen und/oder Gewalt nutzen (vgl. dazu Bradford & White, 2000; Cabaj, 1992; Kauth, Hartwig & Kalichman, 1999/2000; Kowszum & Malley, 1996; Weber, 2008). So können es Alkohol und Drogen ermöglichen, aus einer als unerträglich empfundenen sexistischen und homosexuellenfeind-

lichen Wirklichkeit psychisch auszusteiern, sich zu betäuben oder substanzinduzierte angenehme Gefühle zu erleben und sich so in Teilen auch vor den psychischen und sozialen Auswirkungen homonegativ oder sexistisch motivierter Angriffe zu schützen (Weber, 2008; Wolf, 2004).

Substanzgebrauch kann der Regulation des Körpererlebens dienen, was einen Umgang mit Körpererinnerungen nach Gewalterfahrungen, tabuisierten sexuellen Körperempfindungen oder Belastungen durch soziale Zuschreibungen von normativer „Männlichkeit“ und „Weiblichkeit“ an den eigenen Körper psychisch erleichtern kann (vgl. Wolf, 2004).

Im Weiteren kann selbstschädigender Substanzgebrauch auch verschiedene Funktionen in der Kommunikation einnehmen, z. B. als Ausdruck eines verletzten Selbstbildes, verbunden mit der Hoffnung, gesehen und unterstützt zu werden, oder auch als Hinweiszeichen auf gesellschaftliche Nonkonformität (vgl. Hermle, 2006; Weber, 2008).

Innerhalb der Communities/Szenen von Lesben und bisexuellen Frauen gibt es Umgangsformen mit Substanzkonsum, die spezifischen Einfluss auf die Entwicklung von schädlichem Substanzgebrauch und Abhängigkeit nehmen können. Innerhalb von Lesbenzusammenhängen wurden seit den 1970er Jahren immer wieder Diskussionen um Substanzgebrauch (insbesondere Alkoholabhängigkeit) begonnen. Die Diskurse brachen jedoch immer wieder ab. Die Diskussionserfahrungen um Substanzgebrauch und Sucht in lesbischen Gruppen wurden kaum dokumentiert und nur selten weitergegeben. So hat sich die entsprechende Debatte in der Lesbenbewegung trotz relativ hoher Konsumprävalenz nicht so wie bei anderen schwierigen Themen kontinuierlich weiterentwickeln können (Dennert, 2007).

Die Normen bezüglich Alkoholkonsums sind aktuell innerhalb der Szene relativ permissiv (Parks & Hughes, 2005). Insgesamt ist die Verfügbarkeit von Alkohol bei politischen und kulturellen Veranstaltungen sehr hoch. Bisexuellen Frauen und Lesben, die alkohol- und/oder drogenfrei leben möchten, stehen damit kaum entsprechende Räume in der Community zur Verfügung (Adams, McCreanor & Braun, 2007; Greenwood & Gruskin, 2007; Kowszum & Malley, 1996; Russel et al., 2000; Dennert, 2005; O'Hanlan & Isler, 2007). Subkulturelle Werte (wie z. B. die Idealvorstellungen der autonomen und starken Lesbe) erschweren suchterkrankten Lesben und bisexuellen Frauen die Kommunikation von Schwierigkeiten mit Konsum und Kontrollverlust (Dennert & Wolf, 2009).

Gesundheitsversorgung für lesbische und bisexuelle Frauen mit schädlichem Substanzgebrauch und Substanzabhängigkeit

Das Gesundheitssystem stellt einen Teil des gesellschaftspolitischen Umfeldes von Lesben und bisexuellen Frauen dar und sollte auch eine bestmögliche Gesundheitsversorgung (vgl. Dennert & Wolf, 2009) suchtbetroffener Lesben und bisexueller Frauen gewährleisten. Insgesamt existieren in Deutschland jedoch erst relativ wenige spezifische Beratungsangebote für Lesben und bisexuelle Frauen, und die wenigen vorhandenen Angebote konzentrieren sich auf die Großstädte (Wolf, 2004). Die „Suchtkrankenhilfe“ in Deutschland ist überwiegend unachtsam gegenüber Genderspezifika ausgerichtet. Vielfach treffen lesbische und bisexuelle Klientinnen dort auf ein heteronorm geprägtes Diskursystem, das für homo- und bisexuelle Klientinnen durch strukturelle und versorgerseitige Ausschlussprozesse die Inanspruchnahme beratender und therapeutischer Angebote deutlich erschweren kann (vgl. Dennert & Wolf, 2009; Hall, 1994; Wolf, 2010).

So werden strukturelle Barrieren errichtet durch fehlende Ansprache lesbischer und bisexueller Klientinnen in Materialien zur Öffentlichkeitsarbeit in der Suchtkrankenhilfe, durch die Anbindung einiger Institutionen der „Suchtkrankenhilfe“ an traditionell homonegativ geprägte religiöse Verbände wie z. B. die Caritas. Versorgerseitige Barrieren werden u. a. durch ausbildungsbedingten Mangel an spezifischem Wissen über lesbische und bisexuelle Lebensweisen bei Professionellen gebildet (Dennert & Wolf, 2009). Dieser Wissensmangel lässt allgemeine heterozentrische Konzeptionen weiterbestehen und prägt Vorurteile (siehe dazu ausführlich: Wolf, 2004). So ergab die Befragung von Therapeut_innen lesbischer Klientinnen durch Jaqueline Frossard (2000), dass fast 30% der Therapeut_innen der Ansicht waren, die Therapie mit einer lesbischen Frau bedürfe überhaupt keines spezifischen Wissens. Die Mehrzahl der Therapeut_innen, bei denen sich die von Frossard (2000) befragten Lesben in Behandlung befanden, kannten sich in wichtigen Inhalten einer Therapie mit lesbischen Frauen, beispielsweise der Dynamik lesbischer Beziehungen, nicht aus (vgl. Wolf, 2004). Homonegative Einstellungen und Handlungspraxen innerhalb der Institutionen, auf Seiten von Ärzt_innen, Psycholog_innen, Sozialarbeiter_innen und Pflegepersonal sowie bei heterosexuellen Klient_innen bilden ein sich selbst immer wieder bestätigendes System. Sehen Klientinnen vor diesem Hintergrund keine Möglichkeit, sich angesichts erwarteter nega-

tiver Reaktionen auf ein Coming-out im Gesundheitswesen zu öffnen (vgl. Dennert, 2005), wird dies als Beleg des Nicht-Vorhandenseins dieser Klientinnen in einer Institution gewertet, womit dann wiederum der Bedarf nach einer fachlichen Sensibilisierung für die Belange dieser Klientinnen durch entsprechende Fortbildung negiert wird.

Empfehlungen für die affirmative Suchtberatung und Suchttherapie mit lesbischen und bisexuellen Frauen

Die spezifischen Empfehlungen für eine affirmative professionelle Suchtberatung und Suchttherapie für lesbische und bisexuelle Frauen übernehmen die in den VLSP-Empfehlungen für die Psychotherapie und Beratung von LSB-Personen (Wolf, Fünfgeld, Oehler, Andrae, in diesem Heft) beschriebenen Grundhaltungen. Eine Stärkung von Selbsteffizienz, Erfahrungen von Resonanz und Zugehörigkeit, Aufbau und Würdigung der Ressourcen einer Person sind grundlegende Elemente der Behandlung von Sucht und Substanzgebrauch (Wolf & Dew, 2012). Lesbische, schwule und bisexuelle Klient_innen, denen in Bezug auf ihre soziosexuelle Orientierung in ihrer Suchtbehandlung affirmativ begegnet wurde (vgl. Kramer, in diesem Heft), beschreiben das Behandlungsangebot rückblickend als erfolgreicher (Matthews & Selvidge, 2005). Die Gestaltung eines affirmativen Beratungs- und Behandlungsangebots erfordert sowohl strukturelle und prozessurale Maßnahmen auf den Ebenen der Konzeptgestaltung, Aus- und Weiterbildung von Berater_innen und Therapeut_innen und der Konzeptdurchführung. Durch Qualitätskontrollen unter Nutzung der Rückmeldung der Klient_innen können bestehende Angebote auf ihre Kultursensibilität und ihren Nutzen für lesbische und bisexuelle Klient_innen geprüft sowie im Rahmen einer Prozessevaluation auch entsprechend weiterentwickelt werden. Eine kontinuierliche Prüfung der Qualität und Passung von professionellen Gesundheitsangeboten für lesbische und bisexuelle Klient_innen ist auch deshalb empfehlenswert, weil sich durch soziokulturelle Wandlungsprozesse auch die Bedürfnisse dieser Klientel an Beratung und Therapie verändern. So ändern sich in den Communities sowohl die Konsummuster als auch die Zuschreibungen an und die Politiken zum Umgang mit psychotropen Substanzen. Auch differenzieren sich die Selbstbeschreibungen soziosexueller Orientierungen und -Identitäten im gesellschaftlichen Wandel aktuell weiter aus. Der Anteil an (insbesondere jungen) Menschen, die ihre soziosexuelle Orientie-

rung als „queer“ beschreiben, nimmt immer mehr zu. Beratung und Psychotherapie queerer Menschen braucht ebenfalls eine kompetente Ansprache und Berücksichtigung ihrer Selbstdefinitionen und Lebensweisen (Steinbrück, 2012).

Coming-out-Prozesse und das offene Leben von lesbischen, bisexuellen und queeren Frauen sollten in medizinischen, beratenden und psychotherapeutischen Kontexten unterstützt werden. Dies bedeutet auch, auf der strukturellen Ebene von therapeutischen und beratenden Institutionen Maßnahmen durchzuführen, damit lesbische, bisexuelle und queere Frauen sichtbar und angesprochen werden. Zudem sollte versorgenseitig kommuniziert werden, dass ein Coming-out auch auf eine respektvolle Resonanz stoßen wird und dass die Fachkräfte innerhalb der Institution Diskriminierungen erkennen und entsprechend eingreifen können. Die Ermöglichung von Coming-out-Prozessen scheint insbesondere für die Zufriedenheit von Klient_innen mit der Behandlung wichtig zu sein (Senreich, 2010). Mit einem äußeren Coming-out können sich lesbische, bisexuelle und queere Frauen zudem Ressourcen erschließen, die bei der Überwindung einer Suchtproblematik unterstützend wirken können (wie z. B. das Erlernen von Wertschätzung der eigenen Person durch die Erfahrung persönlicher Integrität im äußeren Coming-out, Unterstützung beim Verlassen einer homonegativ geprägten Situation, Kontakte zu lesbischen/bisexuellen/queeren Freundinnen, bestätigende Erfahrungen und Entwicklung eines positiven Körperbildes im Rahmen einer Liebesbeziehung etc., vgl. Wolf, 2004).

Angebote der Suchtbehandlung beinhalten zuvorderst eine Unterbrechung der Sucheigendynamik und die Abwendung von schweren Gesundheitsgefährdungen. Die Suchtdynamik kann nur durch eine Reduktion des Substanzgebrauchs bis hin zu einer nicht gesundheitsgefährdenden Konsummenge bzw. Abstinenz aufgehalten werden. Wie erfolgversprechend die Therapiezielrichtungen kontrolliertes Trinken versus Abstinenz für Menschen in substanzpermissiven Sozialstrukturen, als die lesbische und queere Communities gewertet werden können, sind, muss empirisch noch untersucht werden. Für stark abhängige Menschen sprechen sich die Forschungsbefunde eher für ein Abstinenzziel aus (Kominars & Kominars, 1996).

Zur langfristigen Stabilisierung und zum nachhaltigen Ausstieg aus einer Substanzabhängigkeit ist weiterhin die therapeutische Arbeit an der Funktionalität des Substanzgebrauchs für die entsprechende Person wichtig. Dabei sollte zum einen die

Funktionalität in der Entstehungsgeschichte des schädlichen Substanzgebrauchs thematisiert werden, um z. B. das Selbstverständnis und die Selbstanahme zu verbessern, sowie auch die aktuelle Funktionalität herausgearbeitet werden, um alternative Möglichkeiten der Gefühlsregulation, der Kommunikation und der sozialen Einbindung zu entwickeln.

Eine Suchterkrankung kann eine mögliche Umgangsweise mit Belastungsfolgen sein. Durch eine Intersektion von unterschiedlichen Ausgrenzungserfahrungen (z. B. aufgrund von Armut, weiblichem Körpergeschlecht und/oder Gender und nicht heteronormativer soziosexueller Orientierung) können sich Belastungen verschärfen (Drabble & Eliason, 2012). Angesichts der hohen Prävalenz von Traumatisierungen bei suchtbetroffenen Frauen sollten Institutionen der Suchthilfe traumasensibel arbeiten (Drabble & Eliason, 2012). Eine adäquate Thematisierung der Verschränkung unterschiedlicher Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen, deren Auswirkungen auf das Selbstkonzept und Kommunikationsfähigkeiten sowie die konsekutive Verschärfung der Belastungen in Form von „minority-stress“ (Meyer, 1995) kann es Klient_innen ermöglichen, die Bedingungen und Folgen von Diskriminierung und Gewalt zu verstehen. Ein solches Verständnis kann dann eine Basis für die Entwicklung von selbstwertstabilisierenden Umgangsformen mit Erinnerungen an Diskriminierung und Gewalt bilden.

In einer Therapie sollten die Suchterfahrungen entsprechend sorgfältig in ihrer Entstehungsgeschichte analysiert werden. Wegen der wahrscheinlichen Einflüsse von Selbstabwertungsprozessen auf Entstehung und Aufrechterhaltung schädlichen Substanzgebrauchs sollte hierbei auch das Ausmaß internalisierter Homonegativität erfasst werden (Weber, 2008). Dabei ist sorgfältig darauf zu achten, dass die soziosexuelle Orientierung nicht als „Ursache“ der Suchterkrankung konstruiert wird, sondern die Kontextbedingungen eines belastenden Coming-out-Prozesses erkannt werden können. Sucht-Symptomatiken erfüllen in bestimmten Situationen einen Sinn für die betreffenden Klientinnen, können vor Belastungen schützen und ermöglichen oftmals eine Distanzierung von Stress-Situationen, für die im Moment keine besseren Überlebensstrategien zur Verfügung stehen. In der Beratung und der Therapie ist darauf hinzuwirken, dass eine lesbische oder bisexuelle Klientin einerseits den Sinn ihres Substanzmissbrauchs erkennen und als biografische Möglichkeit bei einem Mangel an Alternativen auch annehmen kann, andererseits müssen für die Gegenwart alternative Handlungsmöglichkeiten zu schä-

digendem Konsum aufgebaut und Umgangsmöglichkeiten mit Rückfallgefahr und Rückfall gefunden werden (Körkel & Schindler, 2003).

Die Berücksichtigung der Motive für Substanzgebrauch ist wichtig für eine an die Bedürfnisse der Klient_innen angepasste Therapieplanung (Ebersole, Noble & Madson, 2012).

Je nach Lebenssituation und je nachdem, welche Themen für eine Klientin gerade im Vordergrund stehen, können sich die Funktionen, die Substanzgebrauch annehmen kann, verändern. Forschungsarbeiten zum Thema der von Lesben und bisexuellen Frauen benannten Gründe für ihren Substanzgebrauch legen nahe, dass die Motive teilweise denen anderer Konsument_innen ähneln. So geben Frauen, die soziosexuellen Minoritäten angehören, als Gründe für Alkoholgebrauch an, damit Angst mindern zu wollen, soziale Kontakte zu erleichtern, Gefühle von Spaß und Freude zu steigern oder auch durch Druck von Peers zum Konsum gebracht worden zu sein (Cogger, Conover & Israel, 2012). Als weiteres Konsummotiv kommt bei bestehender Sucht auch das Bedürfnis, Entzugsfolgen oder Craving zu dämpfen, hinzu. Darüber hinaus gibt es bei lesbischen und bisexuellen Frauen Spezifika hinsichtlich der Konsumkontexte, in denen dann die Konsummotive zum Tragen kommen. So kann der Druck, zu konsumieren, von anderen Lesben und bisexuellen Frauen ausgehen oder die konsumauslösende Angst kann Ausdruck von internalisiertem Heterosexismus oder der Befürchtung von bzw. Erinnerung an heterosexistische Übergriffe sein (Cogger et al., 2012). Wenn eine lesbische Frau beispielsweise Alkohol konsumiert, um ihre Hemmungen vor Kontakten zu anderen Lesben abzubauen, müssen mit ihr alternative Wege erarbeitet werden, mit anderen Lesben Beziehungen und Freund_innenschaften aufzubauen. Eventuell hat starkes Konsumverhalten auch eine Funktion beim Abbau von Hemmungen gegenüber lesbischer oder bisexueller Sexualität eingenommen oder beim Umgang mit internalisierter Homonegativität (Gunderson, 2008).

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

für Angehörige von suchtbetroffenen Menschen). Auch Umgangsmöglichkeiten zur Risikoreduktion bei noch bestehendem Substanzgebrauch („harm reduction“) können communitysensibel ausgearbeitet werden. So können gesundheitliche Risiken durch Substanzgebrauch z. B. dadurch gemildert werden, dass nur an sicheren Orten konsumiert wird, die dann jeweils auch in einer Community geschaffen werden müssen, und dass Freund_innen oder Besucher_innen eines Szeneevents lernen, zu intervenieren, wenn eine Frau unter Substanzeinfluss eine andere verbal oder körperlich angreift oder betrunken Auto fahren möchte (Cogger et al., 2012).

Befindet sich eine lesbische oder bisexuelle Frau in einem sozialen Netz, das ihre Abstinenzentscheidung nicht unterstützen kann, oder stellen die einzigen vor Ort vorhandenen Community-Treffpunkte eventuell Orte starken Konsums dar, so kann es sinnvoll sein, die Klientin zu befähigen, für sich alternative soziale Orte zu schaffen, an denen sowohl ihre soziosexuelle Identität validiert als auch Möglichkeiten für eine respektvolle Kommunikation über Sucht und zur Unterstützung von Abstinenzentscheidungen geschaffen werden können (z. B. lesbisch-schwule-bisexuelle Selbsthilfegruppen, vgl. Drabble & Eliason, 2012; Greenwood & Gruskin, 2007).

Anstehende Veränderungsprozesse in der Gesellschaft und in FrauenLesben-Communities

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

gebote im Gesundheitssystem aufgebaut werden, um den Klient_innen Behandlungen zu ermöglichen, die nicht durch erneute Schweigegebote und Ausgrenzungserfahrungen belastet werden.

In den FrauenLesbenCommunities könnte ein kontinuierlicher Bewegungsdiskurs um Substanzgebrauch aufgenommen werden. Hierbei können Annahmen und Praktiken kritisch geprüft werden, mit denen Substanzgebrauch in den Communities verbunden wird. So kann beispielsweise in Frage gestellt werden, ob die assoziativen Verknüpfungen von Substanzgebrauch mit Spaß und Lust, mit Feiern und Party, mit Politveranstaltungen, mit Stolz, Autonomie und Selbstbewusstsein tragend sind, wem sie nützen, wer damit ausgeschlossen wird, wie sie zustande gekommen sind, was passiert, wenn sie angezweifelt werden, und wie nach Alternativen gesucht wird. An diesen Fragen wird sich Raum für spannungsvolle Debatten auftun, die Werte berühren, Mythen und bisherige Selbstverständlichkeiten wandeln können. Das einander wertschätzende Sprechen über Substanzgebrauch und Abstinenz, das Bewusstmachen von kulturspezifischen Bedingungen und Folgen von Substanzgebrauch, das Etablieren von Umgangsformen zur Risikoreduktion sowie das Schaffen konsumfreier Räume sind wichtige Schritte, um in den Communities einen achtsameren und rücksichtsvollen Umgang mit Substanzgebrauch möglich zu machen.

Selbsthilfegruppe für lesbische und bisexuelle Frauen mit Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit in Berlin

Ab Januar 2015 startet bei der Frauensuchtberatungsstelle FAM in Berlin eine Selbsthilfegruppe für lesbische Frauen mit Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Interessentinnen können gern Kontakt aufnehmen:

FAM

FrauSuchtZukunft
Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e. V.
Merseburger Str. 3
10823 Berlin
Tel.: 030/782 89 89
Fax: 030/787 12 985
E-Mail: fam@frausuchtzukunft.de
Internet: www.frausuchtzukunft.de

Literatur

Adams, J., McCreanor, T. & Braun, V. (2007). Alcohol and gay men: Consumption, promotion and po-

licy responses. In V. Clarke & E. Peel (Eds.), *Out in psychology. Lesbian, gay, bisexual, trans and queer perspectives* (pp. 369–390). Chichester: Wiley.

American Psychological Association (APA) (2011). *Practice guidelines for lgb clients*. Verfügbar unter: www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx (Zugriff am 08.03.2011).

Anderson, S. (2009). *Substance use disorders in lesbian, gay, bisexual & transgender clients. Assessment & treatment*. New York: Columbia University Press.

Annandale, E. (2009). Missing connections: Medical sociology and feminism. *Femina Politica*, 28 (1), 24–34.

Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (1994). *Principles of biomedical ethics*. New York/Oxford: Oxford University Press.

Bradford, J. & White, J. C. (2000). Lesbian health research. In M. B. Goldman & M. Hatch (Eds.), *Women & health* (pp. 64–78). San Diego/San Francisco/New York/Boston/London/Sydney/Tokyo: Academic Press.

Bundesärztekammer (Hrsg.). (2007). *Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden für die ärztliche Praxis*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag. Verfügbar unter: www.bundesaeztekammer.de/downloads/LeitfadenMedAbhaengigkeit.pdf (Zugriff am 22.07.2011).

Cabaj, R. P. (1992). Substance abuse among gays and lesbians. In J. H. Lowinson, P. Ruiz & R. B. Millman (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (pp. 852–860). Baltimore: Williams & Wilkins.

Cogger, A., Conover, K. J. & Israel, T. (2012). Factors influencing alcohol use among sexual minority women in a non-urban community: A mixed methods study. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 6, 293–309.

Dennert, G. (2005). *Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland*. Pfaffenweiler: Centaurus.

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

Dennert, G. (2007). Lesben und Alkohol. In G. Dennert, C. Leidinger & F. Rauchut (Hrsg.), *In Bewegung bleiben. 100 Jahre Politik, Kultur und Geschichte von Lesben* (S. 400–401). Berlin: Querverlag: Berlin.

Dennert, G. & Wolf, G. (2009). Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen. Zugangsbarrieren im Versor-

- gungssystem als gesundheitspolitische Herausforderung. *Femina Politica*, 28 (1), 48–59.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2007). *Grenzwerte für Alkohol neu festgelegt*. Verfügbar unter: www.suchtmittel.de/info/alkoholsucht/002070.php (Zugriff am 22.07.2011).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (1994). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision)*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (2008). *ICD-10-GM Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision – German Modification. Version 2008 – Stand 5. Oktober 2007*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Drabble, L. & Eliason, M. J. (2012). Substance use disorder treatment for sexual minority women. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 6, 274–292.
- Drabble, L., Eliason, M. J. & Reyes, M. (2010). „Meet me at the bar?“ Patterns of alcohol and drug abuse among lesbians. In S. L. Dibble & P. A. Robertson (Eds.), *Lesbian health 101. A clinician's guide* (pp. 141–164). California: UCSF Nursing Press.
- Drabble, L. & Trocki, K. (2005). Alcohol consumption, alcohol-related problems, and other substance use among lesbian and bisexual women. In E. Ettorre (Ed.), *Making lesbians visible in the substance use field* (pp. 19–30). Binghampton: Harrington Park Press: Binghampton.
- Ebersole, R. C., Noble, J. J. & Madson, M. B. (2012). Drinking motives, negative consequences, and protective behavioral strategies in lesbian, gay, bisexual, and transgender college students. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 6, 337–335.
- Eliason, M. J. & Drabble, L. (2010). „Got a light?“ Smoking and lesbians. In S. L. Dibble & P. Robertson (Eds.), *Lesbian health 101. A clinician's guide* (pp. 125–140). California, CA: UCSF Nursing Press.
- Feineis, B. (1998). Soziale Netzwerkarbeit mit Drogenabhängigen. In B. Röhrle, G. Sommer & F. Nestmann (Hrsg.), *Netzwerkintervention* (S. 119–138). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Frossard, J. (2000). *Lesbische Frauen in der Psychotherapie*. Dissertation an der Philosophisch-Historischen Fakultät der Universität Basel.
- Greenwood, G. L. & Gruskin, E. P. (2007). LGBT tobacco and alcohol disparities. In I. H. Meyer & M. E. Northridge (Eds.), *The health of sexual minorities* (pp. 566–583). New York: Springer.
- Gunderson, C. L. (2008). Sucht – eine Fahrt im Definitionskarussell. In S. B. Gahleitner & C. L. Gunderson (Hrsg.), *Frauen Trauma Sucht. Neue Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen* (S. 101–111). Kröning: Asanger Verlag.
- Hall, J. M. (1994). The experiences of lesbians in Alcoholics Anonymous. *Western Journal of Nursing Research*, 16, 556–576.
- Hatzenbuehler, M. L., Wieringa, N. & Keyes, K. M. (2011). Community-level determinants of tobacco use disparities in lesbian, gay, and bisexual youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165 (6), 527–532.
- Hermle, L. (2006). Selbstschädigendes Verhalten bei Abhängigkeitserkrankungen. In T. von Uexküll (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Handelns* (S. 643–653). München/Jena: Urban & Fischer.
- Hershberger, S. L. & D'Augelli, A. R. (1999). Issues in counseling lesbian, gay, and bisexual adolescents. In R. M. Perez, K. A. DeBord & K. Bieschke (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients* (pp. 225–247). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hughes, T. L. (2003). Lesbians' drinking patterns: Beyond the data. *Substance Use & Misuse*, 38 (11–13), 1739–1758.
- Institute of Medicine (IOM) (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Jowett, A. & Peel, E. (2012). Physical health. In R. das Nair & C. Butler (Eds.), *Intersectionality, sexuality and psychological therapies. Working with lesbian, gay and bisexual diversity* (pp. 163–184). Chichester: BPS Blackwell.
- Kauth, M., Hartwig, M. J. & Kalichman, S. A. (1999/2000). Health behavior relevant to psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. In R. M. Perez, K. A. DeBord & K. L. Bieschke (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients* (pp. 435–456). Washington, DC: American Psychological Association.
- King, M., McKeon, E. & Warner, J. (2003). *Mental health and social wellbeing of gay men, lesbians and bisexuals in England and Wales: A summary of findings*. London: MIND.
- King, M., McKeown, E., Warner, J., Ramsay, A., Johnson, K., Cort, C., Wright, L., Blizzard, R. & Davidson, O. (2003). Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales: Controlled, cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry*, 183, 552–558.

- Kolip, P. (1999). Riskierte Körper: Geschlechtsspezifische somatische Kulturen im Jugendalter. In B. Dausien, M. Herrmann, M. Oechsle, C. Schmerl & M. Stein-Hilbers (Hrsg.), *Erkenntnisprojekt Geschlecht* (S. 291–303). Opladen: Leske + Budrich.
- Kominars, K. & Kominars, S. (1996). *Accepting ourselves and others. A journey into recovery from addictive & compulsive behaviors for gays, lesbians & bisexuals*. Minnesota: Hazelden.
- Körkel, J. & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Berlin/Heidelberg: Springer.
- Kowszun, G. & Malley, M. (1996). Alcohol and substance misuse. In D. Davies & C. Neal (Eds.), *Pink therapy. A guide for counsellors and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients* (pp. 170–187). Buckingham/Philadelphia: Open University Press.
- Kramer, J. (2015). Entwicklung der VLSP-Empfehlungen zur Psychotherapie und Beratung mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient_innen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 47.
- MacBride-Steward, S. (2007). Que(e)rying the meaning of lesbian health: Individual(izing) and community discourses. In V. Clarke & E. Peel (Eds.), *Out in psychology. Lesbian, gay, bisexual, trans and queer perspectives* (pp. 427–443). Chichester: Wiley.
- Marshall, M. P., Friedman, M. S., Stall, R., King, K. M., Miles, J., Gold, M. A., Bukstein, O. G. & Morse, J. Q. (2008). Sexual orientation and adolescent substance use: A meta-analysis and methodological review. *Addiction*, 103, 546–556.
- Matthews, C. R., Lorah, P. & Fenton, J. (2005). Toward a grounded theory of lesbians' recovery from addiction. In E. Ettorre (Ed.), *Making lesbians visible in the substance use field* (pp. 57–68). Binghampton: Harrington Park Press.
- Matthews, C. R. & Selvidge, M. M. D. (2005). Lesbian, gay, and bisexual clients' experiences in treatment for addiction. In E. Ettorre (Ed.), *Making lesbians visible in the substance use field* (pp. 79–90). Binghampton: Harrington Park Press.
- Meyer, I. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health Sciences and Social Behavior*, 36 (March), 38–56.
- O'Hanlan, K. A. & Isler, C. M. (2007). Health care of lesbians and bisexual women. In I. H. Meyer & M. E. Northridge (Eds.), *The health of sexual minorities* (pp. 506–522). New York: Springer.
- Parks, C. A. & Hughes, T. L. (2005). Alcohol use and alcohol-related problems in self-identified lesbians: An historical cohort analysis. In E. Ettorre (Ed.), *Making lesbians visible in the substance use field* (pp. 31–44). Binghampton: Harrington Park Press.
- Pennebaker, J. W. (1993). Overcoming inhibition: Rethinking the roles of personality, cognition, and social behavior. In H. C. Traue & J. W. Pennebaker (Eds.), *Emotion, inhibition and disease* (pp. 100–115). Washington: Kirkland.
- Pennebaker, J. W. (2000). Telling stories: The health benefits of narrative. *Literature & Medicine*, 19 (1), 3–18.
- Russel, M., Testa, M. & Wilsnack, S. (2000). Alcohol use and abuse. In M. B. Goldman & M. C. Hatch (Eds.), *Women & health* (pp. 589–598). San Diego/San Francisco/New York/Boston/London/Sydney/Tokyo: Academic Press.
- Sandfort, T. G. M., Graaf, R. de, Bijl, R. V. & Schnabel, P. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 58 (1), 85–91.
- Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen (1999). *Sie liebt sie. Er liebt ihn. Eine Studie zur psychosozialen Situation junger Lesben, Schwuler und Bisexueller in Berlin*. Berlin: Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen.
- Senreich, E. (2010). The effects of honesty and openness about sexual orientation on gay and bisexual clients in substance abuse programs. *Journal of Homosexuality*, 57 (3), 364–383.
- Soyka, M. (2008). Störungen durch Alkohol. In H. J. Möller, G. Laux & H. P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie, Band 2* (S. 143–186). Berlin: Springer.
- Steinbrück, A. (2012). *Psychotherapieerfahrungen von Queers und Transgendern*. Diplomarbeit an der Humboldt-Universität zu Berlin. Mathematisch naturwissenschaftliche Fakultät II, Institut für Psychologie.
- Vogt, I. (1993). *Gewaltsame Erfahrungen. „Gewalt gegen Frauen“ als Thema in der Suchtkrankenhilfe*. Grünwald: Kleine Verlag.
- Weber, G. N. (2008). Using to numb the pain: Substance use and abuse among lesbian, gay, and bisexual individuals. *Journal of Mental Health Counseling*, 30 (1), 31–48.
- Winkler, G. & Degele, N. (2009). *Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheit*. Bielefeld: transcript.
- Wissenschaftliches Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (Hrsg.) (2003). *Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Band 1*. Hamm: DHS.
- Wolf, E. C. M. & Dew, B. J. (2012). Understanding risk factors contributing to substance use among MTF

transgender persons. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 6, 237–256.

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

Wolf, G. (2010). Gesundheitsversorgung: Barrieren für homosexuelle Patienten. *Deutsches Ärzteblatt*, 107 (44), A-2166/B-1876/C-1851.

Wolf, G., Fünfgeld, M., Oehler, R. & Andrae, S. (2015). Empfehlungen zur Psychotherapie und Beratung mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient_innen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 47. Verfügbar unter: www.vlsp.de.

Zur Autorin

Gisela Wolf, Dr. phil., Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin in eigener Praxis in Berlin. Dozentin zu den Themen psychische Gesundheit und gesellschaftliche Marginalisierung, sexuelle Orientierung und Genderidentitäten, Versorgungsforscherin.

Korrespondenzadresse

Dr. Gisela Wolf
Fischerhüttenstr. 56b
14163 Berlin
E-Mail: gisela.wolf.fr@googlemail.com

INTERAKTIVE FORTBILDUNG

Klicken Sie sich rein:

www.dgvt-fortbildung.de



Alle Artikel sind von der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg akkreditiert und damit bundesweit anerkennungsfähig!

dgvtFW

DGVT Fort- und Weiterbildung

Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e.V.

www.dgvt-fortbildung.de