

# Empfehlungen zur Psychotherapie und Beratung mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient\_innen<sup>1</sup>

Gisela Wolf, Matthias Fünfgeld, René Oehler & Susanne Andrae

**Zusammenfassung:** Die Beratung und psychotherapeutische Behandlung lesbischer, schwuler und bisexueller Klient\_innen basierte in Deutschland lange auf pathologisierenden und abwertenden Konzeptionen homo- und bisexueller Lebensweisen. Nach der Entpathologisierung in den diagnostischen Manualen ICD und DSM entwickelte sich eine Diskrepanz zwischen einer zunehmenden Fülle von affirmativen und die Diversität dieser Bevölkerungsgruppe herausarbeitenden Forschungsarbeiten einerseits und der unzureichenden Integration des Fachwissens in die psychotherapeutische und beratende Praxis andererseits. Unterdessen wird die Bedeutung eines Verständnisses der Kontextbedingungen, unter denen lesbische, schwule und bisexuelle Klient\_innen leben, für eine fachgerechte Gestaltung von Beratung und Psychotherapie zunehmend anerkannt.

Mit den hier vorgestellten Empfehlungen des VLSP e.V. für die psychotherapeutische und beratende Arbeit mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient\_innen möchten wir für Fachkolleg\_innen eine transparente und evidenzbasierte Handlungsgrundlage für die psychosoziale Arbeit mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen anbieten. Auch für die Klient\_innen selbst möchten wir durch die Empfehlungen Wissen für die Nutzung psychotherapeutischer und beratender Angebote bereitstellen.

Unser Ziel ist es, damit eine fachlich fundierte, kontextsensible, hilfreiche, Schäden vermeidende Gesundheitsversorgung von Lesben, Schwulen und Bisexuellen zu fördern.

**Schlüsselwörter:** Therapieempfehlungen, Beratung, Psychotherapie, Lesben, Schwule, Bisexuelle, Qualitätssicherung

## Recommendations for Psychotherapy and Counselling with Lesbian, Gay and Bisexual Clients

**Abstract:** Until recently, counselling and psychotherapy with lesbian, gay and bisexual clients in Germany was based upon pathologizing and derogating conceptions of homo- and bisexual lifestyles. Subsequent to the process of depathologization in the diagnostical manuals ICD and DSM, a discrepancy became evident between, on the one hand, the steadily increasing abundance of affirmative research regarding the diversity of this demographic group, and, on the other, the insufficient integration of this expert knowledge into the work of psychotherapy and counselling. In the meantime, the relevance of an appreciation of contextual factors in the life of lesbian, gay and bisexual clients for professional psychosocial work is being increasingly recognized.

By means of the VLSP<sup>2</sup>-recommendations for psychotherapy and counselling with lesbian, gay and bisexual clients, we wish to offer a transparent and evidence-based foundation for professional psychosocial work with this population. We would also like to provide useful knowledge for lesbian, bisexual and gay clients. It is our aim to encourage a context-sensitive, helpful and harm-avoiding health care based on professional knowledge for lesbian, gay and bisexual people.

**Keywords:** Guidelines, psychotherapy, counselling, lesbians, gays, bisexuals, quality assurance

<sup>1</sup> Die Schreibweise „\_innen“ (mit dem so genannten „Gender-Gap“) drückt aus, dass mit der Benennung Menschen jedes Geschlechts angesprochen werden.

<sup>2</sup> Verband von Lesben und Schwulen in der Psychologie, the German Association of Lesbians and Gays in Psychology.

## Einführung in die VLSP-Empfehlungen zur Psychotherapie und Beratung mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient\_innen

Wir möchten als Autor\_innen und Koordinator\_innen der VLSP-Arbeitsgruppe mit den im Folgenden vorgestellten „Empfehlungen des VSLP e. V. zur Psychotherapie und Beratung mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient\_innen“ psychotherapeutisch und beratend tätigen Kolleg\_innen in Deutschland eine transparente und evidenzbasierte Handlungsgrundlage für die Arbeit mit lesbischen, schwulen und bisexuellen (LSB) Menschen anbieten. Unser Ziel ist es, damit eine fachlich fundierte, kontextsensible, hilfreiche, Schäden vermeidende Gesundheitsversorgung von Lesben, Schwulen und Bisexuellen zu fördern. Gerade in Anbetracht der sich rasant wandelnden Kontextbedingungen für homo-, bisexuelle und queere Lebensweisen in Deutschland werden auch diese Empfehlungen sich in Zukunft aufgrund einer weiter zunehmenden Diversifizierung der Lebensweisen weiterentwickeln müssen, wachsen und sich verändern. Wir laden alle Leser\_innen herzlich dazu ein, sich mit den Empfehlungen auseinanderzusetzen, uns Rückmeldungen zu geben und die den Empfehlungen zugrundeliegende Wissensbasis zu erweitern (Rückmeldungen bitte an [kontakt@vlsp.de](mailto:kontakt@vlsp.de)). Eine Beschreibung des insgesamt sechs Jahre andauernden Entwicklungs- und Diskussionsprozesses der vorliegenden Empfehlungen sowie eine Einführung wird im Einleitungstext in diesen Band vorgelegt (Kramer, in diesem Heft). Die Literatur sowie das Glossar zu den Empfehlungen sind aufgrund des großen Umfangs auf der Homepage des VLSP ([www.vlsp.de](http://www.vlsp.de)) veröffentlicht.

Unser Dank gilt den zahlreichen Expert\_innen, die mit ihrem Wissen und ihrer großen Bereitschaft, sich auf den Diskussionsprozess um diese Empfehlungen einzulassen, zu den Empfehlungen in der jetzt vorliegenden Form beigetragen haben.

### Adressant\_innen der Empfehlungen

Die Empfehlungen richten sich primär an Psychotherapeut\_innen und Berater\_innen, die mit LSB-Klient\_innen arbeiten. Da aber auch heute noch lesbische, schwule oder bisexuelle Menschen hinsichtlich ihrer sexuellen Orientierung nur teilweise offen leben oder auch ganz versteckt, wenden wir uns bewusst an alle Psychotherapeut\_innen und Berater\_innen, auch an diejenigen, die zunächst denken, alle ihre Klient\_innen würden heterosexuell leben. Darüber hinaus können unsere Empfeh-

lungen auch der Information von Klient\_innen dienen. Zudem stellen wir sie anderen in der psychosozialen und medizinischen Versorgung Tätigen gerne zur Verfügung und freuen uns, wenn sie von den Nutzer\_innen jeweils für ihre entsprechenden Arbeitsfelder weiter bearbeitet werden.

### Aufbau der Empfehlungen

Die Empfehlungen umfassen zu jedem Themenbereich ein kurzes Statement als Überschrift sowie einen umfangreichen Kommentar, in dem die Evidenz zu jedem Themenbereich zusammengetragen wird und daraus Handlungsmöglichkeiten für die beratende und psychotherapeutische Arbeit abgeleitet werden. Die Empfehlungen werden durch ein Glossar der verwendeten Begriffe und ein Literaturverzeichnis ergänzt (siehe [www.vlsp.de](http://www.vlsp.de)).

Für die Einordnung der Empfehlungen sind uns folgende Punkte wichtig:

### Der Wandel und die Grenzen der Begriffe

Das Themenfeld der sexuellen Orientierungen befindet sich in einem permanenten gesellschaftlichen Entwicklungsprozess. Es bilden sich immer wieder neue Konzepte, mit denen sich Menschen bezüglich ihrer sexuellen Orientierung bezeichnen, sich sozial verorten, politisch Einfluss nehmen und auf gesellschaftliche Situationen reagieren. Nicht-heterosexuelle Personen stehen dabei vor der Herausforderung, ihre Positionen auch in der Auseinandersetzung mit Marginalisierung und Stigmatisierung nicht-heterosexueller Lebensweisen zu finden und zu bezeichnen. Diese Auseinandersetzung findet eng verknüpft mit der jeweiligen Positionierung der Person hinsichtlich ihrer weiteren sozialen Zugehörigkeiten statt. Alle Begriffe in diesem Themenfeld (wie „lesbisch“, „schwul“, „bisexuell“, „heterosexuell“, „Coming-out“) erfassen diese Vielfalt von Entwicklungsprozessen und Erfahrungshorizonten nur sehr unzureichend.

Wir haben uns bei der Formulierung der vorliegenden Empfehlungen trotzdem dafür entschieden, diese Begriffe als Arbeitsgrundlage zu benutzen. Wir möchten die Nutzer\_innen dieser Empfehlungen gerne dazu aufrufen, in ihrer therapeutischen und beratenden Arbeit zu bedenken, dass sexuelle Orientierungen sehr vielfältig sind und auch sehr vielfältig und individuell bezeichnet werden können. Hierbei ist der Selbstbezeichnung der Klient\_innen der entscheidende Stellenwert zuzumessen. Die Aufgabe von Therapeut\_innen und Berater\_innen sehen wir darin, die persönlichen Bedeutungshorizonte von Klient\_innen zu erfassen, ihre Möglich-

**Tabelle 1:** Übersicht über den Aufbau der Empfehlungen

<p>A) <i>Wissen und Haltungen gegenüber Homosexualität und Bisexualität</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aspekte der sexuellen Orientierung</li> <li>2. Heterosexualität ist gleichermaßen gesund wie Homo- und Bisexualität</li> <li>3. Wertschätzende Haltung gegenüber allen Klient_innen</li> <li>4. Auswirkungen von Stigmatisierung, Diskriminierung und Gewalt</li> <li>5. Therapeutischer Umgang mit Coming-out-Prozessen bei lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient_innen</li> <li>6. Therapeutischer Umgang mit Unsicherheiten der Klient_innen bezüglich ihrer sexuellen Orientierung (6.1) sowie mit Therapieaufträgen zur Änderung der sexuellen Orientierung (6.2)</li> <li>7. Wissen über lesbische, schwule und bisexuelle Lebensweisen</li> <li>8. Die Situation von bisexuellen Menschen</li> </ol>
<p>B) <i>Beziehungen und Familienentwürfe</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Partnerschaftliche Beziehungen</li> <li>10. Die Bedeutung von selbst gewählten sozialen Netzen, Freund_innenschaften und sogenannten, „Wahlfamilien“ im Leben von Lesben, Schwulen und Bisexuellen</li> <li>11. Lesben, Schwule und Bisexuelle als Eltern</li> <li>12. Sexuelle Orientierung und der Kontakt zu Herkunftsfamilien</li> </ol>
<p>C) <i>Aspekte der Vielfalt</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>13. Unterschiedliche Lebenssituationen und Erfahrungen von Lesben, Schwulen und bisexuellen Frauen und Männern vor dem Hintergrund von Sexismus und Gendernormierung in der Gesellschaft</li> <li>14. Generations- und Altersunterschiede: Lesbische, schwule und bisexuelle Orientierung im Jugendalter</li> <li>15. Generations- und Altersunterschiede: Lesbische, schwule und bisexuelle Orientierung im höheren Lebensalter</li> <li>16. Lesbische, schwule und bisexuelle People of Color</li> <li>17. Lesben, Schwule und Bisexuelle mit chronischen Erkrankungen und Behinderungserfahrungen</li> <li>18. Spiritualität/Religionszugehörigkeit</li> <li>19. Sexuell übertragbare Infektionen, HIV und AIDS</li> <li>20. Strukturen in lesbischen, schwulen und bisexuellen Communities</li> </ol>
<p>D) <i>Aspekte in Wirtschaft &amp; Arbeitsleben</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>21. Lesben, Schwule und Bisexuelle und sozioökonomischer Status</li> <li>22. Lesbische, schwule und bisexuelle Orientierung am Arbeitsplatz</li> </ol>
<p>E) <i>Profession und sexuelle Orientierung</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>23. Aus- und Weiterbildung</li> <li>24. Forschungsfeld Bi- und Homosexualität</li> </ol>

keitsräume zu erweitern und mit den Klient\_innen Worte zu finden, die sie in ihren Auseinandersetzungen unterstützen und ihrer Selbstwahrnehmung entsprechen. Dies bedeutet für Berater\_innen und Therapeut\_innen auch, eine Haltung der Offenheit gegenüber Veränderungen der Selbstbezeichnungen einzunehmen.

**Intersektionalität**

Lesben, Schwule und Bisexuelle weisen weitere relevante Zugehörigkeiten auf, die ihre Erfahrungen in der Gesellschaft und in den Communities prägen.

Das 1991 von Kimberlé Crenshaw (1991)<sup>3</sup> entwickelte Konzept der Intersektionalität analysiert, wie eine Person auf der Basis einer Verschränkung ihrer unterschiedlichen Identitätsaspekte (z. B. hinsichtlich Geschlecht, Migrationsstatus, sozioökonomischem Hintergrund, Gesundheits- und Behinderungserfahrungen, sexueller Orientierung und weitere) unterschiedliche Erfahrungen von Privile-

<sup>3</sup> Das Literaturverzeichnis zu den Empfehlungen ist auf der Homepage des VLSP e. V. ([www.vlsp.de](http://www.vlsp.de)) hinterlegt.

gierung und Benachteiligung in einer bestimmten Gesellschaftsstruktur macht. Wir haben versucht, solche intersektionalen Aspekte in den Empfehlungen aufzugreifen. Wichtig für die psychotherapeutische und beratende Arbeit ist, die jeweils individuellen Erfahrungshintergründe und Zugehörigkeiten eines Menschen sorgfältig zu beachten. Dabei sollte auch berücksichtigt werden, ob für den Klienten bzw. die Klientin bestimmte Zugehörigkeiten im Vordergrund stehen und was dies für seine/ihre Erfahrungen bedeutet. So kann beispielsweise für die Erfahrungen einer Person auf dem Arbeitsmarkt ihr sozioökonomischer Status prägender sein als ihre sexuelle Orientierung. Und es lassen sich vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Zugehörigkeiten auch erhebliche Intragruppenunterschiede bei Lesben, Schwulen und Bisexuellen konstatieren.

### Kulturgebundenheit der Empfehlungen

Die zur Evidenzbasierung dieser Empfehlungen herangezogenen Studien stammen nahezu ausschließlich aus Westeuropa und den USA. Die an der Entwicklung der Empfehlungen beteiligten Expert\_innen kommen überwiegend aus Deutschland und der Schweiz. Damit sind die Empfehlungen kulturgebunden. Sie sind Ausdruck eines wissenschaftlichen und rechtlichen Umbruchs in Deutschland, Europa und den USA in Bezug auf den Umgang mit LSB sowie auch eines kulturspezifischen Verständnisses lesbischer, schwuler und bisexueller Lebensweisen.

Insgesamt ist der Forschungsstand zum Thema sexuelle Orientierung noch sehr unzureichend. So gibt es wahrscheinlich weitere für die therapeutische und beratende Arbeit mit LSB-Klient\_innen wichtige Aspekte, die aufgrund mangelhafter Wissensgrundlage bislang keinen Eingang in diese Empfehlungen gefunden haben.

### Heterosexualität

Wir gehen davon aus, dass die sexuelle Orientierung für die meisten Menschen eine essenzielle Bedeutung für ihre Identitätskonstruktion hat. Dies gilt auch für heterosexuelle Menschen. Die Empfehlungen fokussieren jedoch spezifisch auf Aspekte, die durch die Marginalisierung homo- und bisexueller Menschen zustande kommen und deshalb in der Arbeit mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient\_innen eine besondere Relevanz haben (können).

### Trans\*

Homosexualität wurde und wird gelegentlich mit Trans\*Identität in Verbindung gebracht. Aktuell gibt es auch zahlreiche Bündnisse, Diskurszusam-

menhänge und Auseinandersetzungen zwischen LSB- und Trans\*Communities. Trans\* ist jedoch eine geschlechtliche Identität und keine sexuelle Orientierung. Trans\*Lebensweisen verlangen eine differenzielle und sorgfältige Betrachtung, die wir im Rahmen der vorliegenden Empfehlungen nicht leisten können. Wir verweisen daher auf die Leitlinien der World Professional Association of Transgender Health (2011) sowie auf die sich gerade in der Entwicklung befindenden deutschsprachigen S3-Leitlinien zur Gender-Dysphorie.

## Empfehlungen des VLSP zur Arbeit mit Klient\_innen lesbischer, schwuler und bisexueller Orientierung in Psychotherapie und Beratung

### A) Wissen und Haltungen gegenüber Homosexualität und Bisexualität<sup>4</sup>

#### Empfehlung 1

##### *Aspekte der sexuellen Orientierung*

Die sexuelle Orientierung ist ein mehrdimensionales Merkmal. Sie drückt sich in zahlreichen Lebensbereichen eines Menschen aus und lässt sich nicht auf eine Dimension reduzieren. Psychotherapeut\_innen berücksichtigen die Mehrdimensionalität sexueller Orientierungen in ihrer therapeutischen Arbeit mit allen Klient\_innen.

#### Kommentar zu Empfehlung 1

„Homo“, „Bi-“ und „Heterosexualität“ sind soziokulturell geprägte Konstrukte (Clarke, Ellis, Peel & Riggs, 2010). Grundlage ist die Konstruktion von geschlechtlicher Identität in den binären Kategorien „Männer“ und „Frauen“. Es wird postuliert, dass es zwei (und nur zwei) *Geschlechter* gibt, die über erotisches Begehren, Anatomie (und Reproduktion) sowie soziale Rollen wechselseitig aufeinander bezogen sind. Hierbei gilt das Zusammenspiel eines bestimmten anatomischen Geschlechtskörpers, einer bestimmten sozialen Rolle und eines bestimmten erotischen Begehrens bei einem Menschen als „heterosexuell“ und damit als „normal“, während ein

<sup>4</sup> Kursivierte Begriffe werden im Glossar erläutert. Das Glossar ist ebenfalls auf der Homepage des VLSP e. V. ([www.vlsp.de](http://www.vlsp.de)) hinterlegt.

anderes Zusammenspiel als „nicht normal“, „abweichend“ betrachtet wird (und somit besonders zu behandeln, z. B. zu bekämpfen, zu heilen, zu tolerieren und bezüglich seiner Ursachen spezifisch zu beforschen gilt). Über diese Konstruktion wird das heterosexuelle Arrangement als normal und natürlich dargestellt. Andere Identitäten, Perspektiven auf die eigene Geschlechtlichkeit und Formen des erotischen Begehrens werden hingegen als Abweichung von der Norm konstruiert (Butler, 1990). Diese aktuell noch vielfach in medizinischer, psychologischer und soziologischer Forschung und Praxis verwendeten Konzeptualisierungen gehen historisch von medizinisch geprägten Überlegungen aus, die im 19. Jahrhundert in Europa entwickelt wurden (Rauchfleisch, Frossard, Waser, Wiesendanger & Roth, 2002). Der historische Blick zeigt dabei, dass diese diskursive Herstellung von Abweichung und Nicht-Normalität im Zusammenhang mit politischen Machtverhältnissen und Anerkennungskämpfen zu sehen ist: Wurde z. B. Frauen im 18. und 19. Jahrhundert weitgehend ein eigenes sexuelles Begehren abgesprochen, so änderte sich dies im Diskurs im zeitgeschichtlichen Zusammenhang mit der ersten Frauenrechtsbewegung Ende des 19. Jahrhunderts. In dieser Zeit, in der die Begriffe von „Heterosexualität“ und „Homosexualität“ entstanden, sahen sich feministische Frauen, die sich von der traditionellen Rolle der Ehefrau abkehrten und für die Rechte von Frauen kämpften, plötzlich Diffamierungen als „unweiblich“, „krankhaft“, „frigide“ oder als „krankhafte Lesbierin“ ausgesetzt, wodurch ihre politische Position und ihre Forderungen deutlich geschwächt wurden (Horsley, 2010).

Als für die sexuelle Orientierung relevante Dimensionen menschlichen Erlebens und Handelns werden angesehen: (1) die sexuellen Fantasien, (2) sexuelle Handlungen, (3) sexuelle Selbst-, (4) und Fremdefinition, (5) emotionale und sexuelle Zuwendung in Bezug auf Partner\_innen (6) und in Bezug auf weitere Personen, sowie auch (7) politische, kulturelle und spirituelle (Selbst-)Konzepte einer Person (Broido, 1999; Dworkin, 2001; Sell, 2007). Dabei wird davon ausgegangen, dass nicht alle Aspekte der sexuellen Orientierung bei allen Menschen gleichsinnig sind. Manche Menschen erleben ihre sexuelle Orientierung als stabil, andere nehmen sie als sich über die Lebensspanne hinweg verändernd/fluide wahr, wieder andere lehnen feste identitäre Zuschreibungen ab, manche bezeichnen sich auch als „queer“ und kommunizieren damit, dass sie nicht-heteronormativ leben (Clarke, Ellis, Peel & Riggs, 2010; Gibson & Hansen, 2012; Institute of Medicine, 2011). Auch das

Ausmaß der Selbstakzeptanz der eigenen sexuellen Orientierung kann unterschiedlich ausgeprägt sein. Für manche Menschen ist ihre sexuelle Orientierung persönlich sehr wichtig, für andere stehen andere Merkmale ihrer Person mehr im Vordergrund.

Abschließende Erklärungen für die Entwicklung bestimmter sexueller Orientierungen und deren Veränderungen im Lebenslauf eines Menschen können derzeit nicht wissenschaftlich fundiert gegeben werden. Eindimensionale Erklärungsversuche für die Entstehung von bestimmten sexuellen Orientierungen (Genetik, Hirnanatomie, pränatale Hormoneinflüsse, elterliches Verhalten) sind nicht valide (Byne, 2007; Ise & Steffens, 2000; Mahler, 2010; Rauchfleisch, 1996). Vielen wissenschaftlichen Versuchen, die „Ursache“ von sexuellen Orientierungen mittels psychologischer oder medizinischer Forschung zu erfassen, liegt eine heterozentristische Voreingenommenheit (Bias) zugrunde. So wird in Forschungen zur „Ursache“ sexueller Orientierungen regelmäßig reduktionistisch nach „Ursachen“ von homosexuellen Entwicklungsprozessen gesucht, mit dem impliziten und/oder expliziten Ziel, homo- und bisexuelle Entwicklungsprozesse als Abweichung von einer zur Norm erklärten Heterosexualität zu konstruieren (Clarke et al., 2010).

Psychotherapeut\_innen und Berater\_innen verstehen jegliche sexuelle Orientierung als vielschichtig, multikausal bedingt und durch viele individuelle und gesellschaftliche Faktoren und Einflüsse geformt. Sie berücksichtigen die Mehrdimensionalität sexueller Orientierungen in ihrer therapeutischen Arbeit mit allen Klient\_innen.

### Empfehlung 2

*Heterosexualität ist gleichermaßen gesund wie Homo- und Bisexualität*

Lesbische, schwule, bisexuelle und heterosexuelle Orientierungen stellen gleichermaßen gesunde Varianten menschlicher Sexualität und Beziehungsfähigkeit dar. Psychotherapeut\_innen wissen, dass lesbische, schwule und bisexuelle Orientierungen kein Anzeichen einer psychischen Störung und auch kein Defizit in der Persönlichkeitsentwicklung darstellen.

### Kommentar zu Empfehlung 2

Homo- und Bisexualität sind genauso mit psychischer Gesundheit und dem Leben fürsorglicher

Beziehungen vereinbar wie Heterosexualität (Institute of Medicine, 2011). Homosexualität wird in den aktuellen Diagnosesystemen ICD-10 (DIMDI, 2008) und DSM V (APA, 2013) nicht mehr als „Krankheit“ bzw. „psychische Störung“ klassifiziert. Aus dem US-amerikanischen Diagnosemanual DSM wurde Homosexualität als Störungskategorie am 15.12.1973 entfernt (Ise & Steffens 2000). Am 17.05.1990 wurde Homosexualität im ICD (ICD-10) entpathologisiert (ILGA 2006). Grundlegend für die Streichung von Homosexualität als Störungskategorie waren die Ergebnisse von Forschungsarbeiten, ethische Entscheidungen, Diskussionen in Fachgremien und mit Aktivist\_innen sowie gesellschaftspolitische Entwicklungen, die zu einer Erweiterung der Vorstellungen partnerschaftlichen Zusammenlebens geführt haben.

### Empfehlung 3

#### *Wertschätzende Haltung gegenüber allen Klient\_innen*

Psychotherapeut\_innen sehen homo-, bi- und heterosexuelle Lebensentwürfe im vollen Sinne als gleichwertig an und begegnen allen Klient\_innen wertschätzend, respektvoll und professionell.

### Kommentar zu Empfehlung 3

Psychotherapeut\_innen gestalten die therapeutische und beratende Beziehung zum Wohl der Klient\_innen (Benefizienz), wenden Schaden von den Klient\_innen ab („nihil nocere“), respektieren die Würde und Autonomie ihrer Klient\_innen und bieten ihre Gesundheitsleistungen nach dem Prinzip der Gerechtigkeit an (Beauchamp & Childress, 2008). Sie orientieren die therapeutische Praxis und Beziehungsgestaltung am Stand der psychologischen Wissenschaft (Fisher & O'Donoghue, 2006; Grawe, Donati & Bernauer, 1995; Lambert & Barley, 2002; Norcross, 2002; Stucki & Grawe, 2007). Psychotherapeut\_innen achten sorgfältig auf die Bedeutung und Wirkung ihrer Worte und aller weiteren Interventionen. Sie sind sich der Grenzen ihres eigenen Wissens und ihrer eigenen Erfahrungen bewusst und bereit, wenn sie therapeutische Fehler gemacht haben, den dadurch entstandenen Schaden abzuwenden, zu lindern sowie sich zu entschuldigen.

Psychotherapeut\_innen nehmen ihre Standpunkte, Normen und Werte sowie ihre gesellschaftlichen Po-

sitionierungen sorgfältig wahr und beachten die Auswirkungen von gesellschaftlicher Privilegierung und Marginalisierung in ihren Therapien (Riggs & das Nair, 2012).

Psychotherapeut\_innen beachten die Bedeutungen von vielfältigen Zugehörigkeiten und Identitäten bei Klient\_innen. Dabei betrachten sie homo-, bi- und heterosexuelle Lebensentwürfe als gleichwertig. Psychotherapeut\_innen ist die Diversität lesbischer, schwuler und bisexueller Lebensentwürfe bewusst. Sie gehen dementsprechend nicht davon aus, dass lesbische, schwule und bisexuelle Personen einer einheitlichen Gruppe mit sehr ähnlichen Erfahrungen angehören. Psychotherapeut\_innen beachten sorgfältig gesellschaftliche, historische und Kohorteneffekte auf die Entwicklungen und Lebensgestaltung ihrer lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient\_innen.

Eine wertschätzende und kulturkompetente Haltung gegenüber den Klient\_innen stellt die Basis professionellen Handelns dar (Finke, 2003). Die Öffnung des Raumes für die Klient\_innen, ihre sexuelle Orientierung selbstbestimmt zu definieren und sich mit ihren diversen Identitäten und Zugehörigkeiten zeigen zu können, verbessert die Versorgungsqualität für alle Klient\_innen (das Nair & Thomas, 2012; Frossard; 2000; Wolf, 2004). Psychotherapeut\_innen begegnen lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient\_innen affirmativ, d. h. sie respektieren und unterstützen sie in ihrer sexuellen Orientierung und Lebensweise. Dabei achten Psychotherapeut\_innen auch darauf, wie sich ihre Haltung in ihrer Gesprächsführung und auch in der Wahl der in der Therapie und Beratung verwendeten Materialien (z. B. Anamnesebögen) ausdrückt. So lange Psychotherapeut\_innen die sexuelle Orientierung ihrer Klient\_innen nicht bekannt ist, beziehen sie in ihrer Ansprache und in den verwendeten Materialien die Möglichkeit mit ein, dass Klient\_innen auch nicht-heterosexuell leben können. Der Verzicht auf eine heterosexuelle Vorannahme kann sich an dieser Stelle beispielsweise dadurch ausdrücken, dass Klient\_innen bei der Frage nach Partnerschaften gefragt werden: „Haben Sie einen Partner oder eine Partnerin?“ (Frossard, 2000; Wolf, 2004).

### Empfehlung 4

#### *Auswirkungen von Stigmatisierung, Diskriminierung und Gewalt*

Psychotherapeut\_innen verstehen, wie sich Stigmatisierungen, Diskriminierungen und

Gewalt in ihren verschiedenen Erscheinungsformen auf das Leben von lesbisch, schwul und bisexuell empfindenden Menschen als verinnerlichte *Homonegativität* auswirken können.

#### Kommentar zu Empfehlung 4

Lesbische, schwule und bisexuelle Personen weisen eine hohe Wahrscheinlichkeit auf, in erheblichem Ausmaß von Diskriminierungen und Gewalt in zahlreichen Kontexten (familiäres Umfeld, Öffentlichkeit, Bildungsinstitutionen, Arbeit, Gesundheitsversorgung) betroffen zu sein (Balsam, Beauchaine & Rothblum, 2005; Institute of Medicine, 2011). Dies ist durch eine Vielzahl von Studien auch für Deutschland belegt (Biechele, Reisbeck & Keupp, 2000; Hanafi El Siofi & Wolf, 2012; Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung & Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen, 2013; Stein-Hilbers et al., 1999). Neben potenziell sichtbarer interpersoneller Gewalt und Diskriminierung ist hierbei auch die auf gesellschaftlicher Ebene liegende weniger sichtbare *strukturelle Gewalt* (z. B. durch rechtliche Ungleichstellung) zu berücksichtigen. Den Diskriminierungen und der Gewalt gegen Lesben, Schwule und Bisexuelle liegen gesellschaftsstrukturell verankerte Ausgrenzungen in Form von Heterosexismus, Homosexuellenfeindlichkeit und Sexismus zugrunde. Je nach ihrer Zugehörigkeit zu weiteren gesellschaftlich marginalisierten Gruppen sind Lesben, Schwule, Bisexuelle auch von Rassismus, Sexismus, Behindertenfeindlichkeit, Antisemitismus, körperbezogenen Anfeindung (*Bodyismus*) und *Klassismus* betroffen (Fukuyama & Ferguson, 1999; Institute of Medicine, 2011; Literaturübersicht: Hanafi El Siofi & Wolf, 2012; Ramirez-Valles, 2007). Die Belastungen durch Marginalisierung können die Vulnerabilität von Lesben, Schwulen und Bisexuellen für Selbstabwertungsprozesse und internalisierte Homonegativität sowie für psychische und physische Erkrankungen und gesundheitliches Risikoverhalten erhöhen (Berg, Ross, Weatherburn & Schmidt, 2013; Dennert, 2006; Institute of Medicine, 2011; King, 2008). So tragen Lesben und Schwule laut verschiedenen Studien ein relativ zu heterosexuellen Vergleichsgruppen erhöhtes Risiko für affektive Erkrankungen und Suizidgefährdung sowie Substanzgebrauch (Institute of Medicine, 2011; Dennert, 2006; Sandfort et al., 2001).

Mit dem *Minority-stress-Modell* (Brooks, 1981; Langer, 2009; Meyer, 1995) werden „distale“ (von außen kommende) Auswirkungen von Diskriminierungserfahrungen und „proximale“ (innerhalb der Person stattfindende) Abwertungsprozesse konzeptualisiert, die zu einer Marginalisierung von Individuen und Communities führen.

Psychotherapeut\_innen können in Beratung und Therapie psychische und körperliche Erkrankungen sowie riskantes gesundheitsbezogenes Verhalten bei ihren Klient\_innen im Zusammenhang mit deren gesellschaftlicher Positionierung erkennen. Sie bemühen sich um eine sorgfältige Erfassung der Auswirkungen von Diskriminierungen und Gewalt auf die körperliche und psychische Gesundheit (Jowett & Peel, 2012). Sie können mit ihren Klient\_innen respektvoll über deren individuelle Interpretationen ihrer Probleme sprechen. Sie können mögliche Zusammenhänge zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen sowie Diskriminierungserfahrungen erkennen und diese auch ansprechen (Jowett & Peel, 2012). *Hetero-* und *Homozentrismus* sind nicht mit dem emanzipatorischen Anspruch einer psychotherapeutischen Behandlung zu vereinbaren und können Klient\_innen die Akzeptanz und Integration ihrer individuellen sexuellen Orientierung erschweren. Psychotherapeut\_innen verfügen über Wissen und Selbsterfahrung bezüglich internalisierter Homonegativität, deren Entstehungsbedingungen und Auswirkungen. So sind mögliche Folgen internalisierter Homonegativität innere Konflikte, Selbstabwertungen und Abwertungen anderer Lesben, Schwuler und Bisexueller, Entsolidarisierung mit offen lebenden Lesben, Schwulen und Bisexuellen, psychische und physische Stressreaktionen, Schweigen, Tabuisierungsprozesse und Angst.

Psychotherapeut\_innen kennen auch die spezifischen Inhalte von gesellschaftlich verbreiteten homonegativen Argumentationsfiguren (die u. a. eine Zuschreibung von Unnatürlichkeit, Gesellschaftsferne, Verführung, Krankhaftigkeit, Unmoral an homo- und bisexuelle Personen umfassen; Çetin, 2012). Psychotherapeut\_innen wissen, dass diese Argumentationsfiguren nicht auf fundierten Kenntnissen, sondern auf Vorurteilen beruhen. Psychotherapeut\_innen können Klient\_innen über die Funktion und die Entstehungszusammenhänge homonegativer Argumentationsfiguren sowie deren gesellschaftliche und individuelle Folgen aufklären. Mit Hilfe der Interventionen ihrer jeweiligen Therapieverfahren, insbesondere Psychoedukation, kognitiven Ansätzen sowie emotionsfokussierter und traumatherapeutischer Arbeit an negativen Introjekten,

aber auch systemischen, tiefenpsychologischen, gestalttherapeutischen u. a. Verfahren unterstützen Psychotherapeut\_innen ihre Klient\_innen bei der Überwindung internalisierter Homonegativität. Psychotherapeut\_innen geben fachlich korrekte Informationen über sexuelle Orientierungen und Rückhalt beim Aufbau eines affirmativen sozialen Netzwerkes. Mit Respekt und Validierung stärken Psychotherapeut\_innen lesbische, schwule und bisexuelle Klient\_innen in ihren Selbstwert und darin, mit sich selbst und anderen achtsam umzugehen (Clarke, Ellis, Peel & Riggs, 2010; Herek, Chopp & Strohl, 2007; Jowett & Peel, 2012; Martell, Safren & Prince, 2004; Rauchfleisch, Frossard, Waser, Wiesendanger & Roth, 2002).

### Empfehlung 5

#### *Therapeutischer Umgang mit Coming-out-Prozessen bei lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient\_innen*

Psychotherapeut\_innen sind mit den Dynamiken von Entwicklungsprozessen der sexuellen Orientierung vertraut. Psychotherapeut\_innen und Berater\_innen verfügen über Wissen bezüglich der therapeutischen Aufgaben bei der Begleitung von Klient\_innen in Entwicklungsprozessen der sexuellen Orientierung. Sie beachten die Interaktionen zwischen Entwicklungsprozessen der sexuellen Orientierung und weiteren Aspekten der Identitätsentwicklung und der Entwicklung von sozialen Zugehörigkeiten sowie die Einflüsse von Ressourcen und Belastungen von Klient\_innen auf deren Entwicklungsprozesse. Psychotherapeut\_innen können lesbische, schwule und bisexuelle Klient\_innen bei ihren Entscheidungen im *Coming-out-Prozess* unterstützen.

### Kommentar zu Empfehlung 5

Die Entwicklung einer sexuellen Orientierung kann einen lebenslangen Prozess darstellen, der sowohl von den Ressourcen und Belastungen einer Person geprägt ist als auch von den Entwicklungen anderer Aspekte der Persönlichkeit und sozialen Zugehörigkeit. Für die Beschreibung der Entwicklungsprozesse sexueller Orientierungen hat sich der Begriff „Coming-out-Prozess“ etabliert. „Coming-out“ bezeichnet den oftmals diskontinuierlichen Prozess der

Selbstwahrnehmung und Kommunikation der sexuellen Orientierung einer Person. Eine Gesellschaftsstruktur, in der homo- und bisexuelle Lebensweisen nicht als selbstverständliche Bereicherung menschlicher Vielfalt betrachtet werden, sondern von Sanktionen bedroht sind, macht es notwendig, dass lesbische, schwule und bisexuelle Personen immer wieder je nach Kontext Entscheidungen hinsichtlich des Offen- und Verstecktlebens bezüglich ihrer sexuellen Orientierung treffen und auf der Basis ihrer Entscheidungen handeln (Davies, 1996a; Eliason & Schope, 2007; Reynolds & Hanjorgiris, 1999; Troiden, 1988; Wolf, 2004). Der Coming-out-Prozess einer Person interagiert mit den Entwicklungsprozessen weiterer Aspekte der Identität und sozialen Zugehörigkeit (z. B. mit Entwicklungsprozessen in der Auseinandersetzung um die Herkunft, eine Behinderung, den sozioökonomischen Status etc.; Butler, 2012). Coming-out-Prozesse lesbischer und schwuler (Cass, 1979, 1996; Lewis, 1984; Gissrau, 1993; Falco, 1993; Rauchfleisch, 1994) bzw. bisexueller (Weinberg, Williams & Pryor, 1994) Personen können die innere Wahrnehmung und Einordnung der eigenen sexuellen Orientierung („inneres Coming-out“), die Erarbeitung einer oft identitär verstandenen Selbstbezeichnung und die Mitteilung der entsprechenden sexuellen Orientierung an andere Personen („äußeres Coming-out“) umfassen. Neuere interaktionelle Modelle erfassen auch die gemeinsame Entwicklung unterschiedlicher Identitätsaspekte (Butler, 2012). Der Begriff des „Coming-out-Prozesses“ hat unterdessen auch Kritik erfahren, weil er oftmals in dem normativen Sinne verstanden wird, Ziel des Coming-outs sei eine offen gelebte lesbische, schwule oder bisexuelle Identität. Tatsächlich sind Entwicklungsprozesse sexueller Orientierungen fluide und stark kontextgebunden. Die Vielfalt der sexuellen Orientierungen, die Personen dabei leben, lässt sich durch die einfache Kategorisierung in Homo-, Hetero- und Bisexualität nur sehr unzureichend erfassen. Manche Personen betrachten ihre sexuelle Orientierung nicht als identitätsstiftend und manche wählen für ihre sexuelle Orientierung auch andere Bezeichnungen, wie beispielsweise „queer“ oder auch (überwiegend im Kontext indigener Kulturen Nordamerikas) „two-spirited“ (Clarke et al., 2010).

Psychotherapeut\_innen bemühen sich, die individuelle und soziale Bedeutung der Entwicklungsprozesse sexueller Orientierungen bei ihren Klient\_innen zu verstehen und unterstützen Klient\_innen in ihren Entwicklungsprozessen. In der professionellen Begleitung von Entwicklungsprozessen



zessen sexueller Orientierungen ist es wichtig, zum einen die inneren und äußeren Ressourcen der Klient\_innen zu erkennen und zu stärken, zum anderen auch die Möglichkeiten weiterer sozialer Unterstützung zu besprechen. Dazu muss auf die unterschiedlichen Lebenslagen der Klient\_innen differenziert eingegangen werden. Je nach der Lebenssituation, dem Bedarf, den Ressourcen und Belastungen von Klient\_innen beinhaltet eine therapeutische Begleitung im Entwicklungsprozess der sexuellen Orientierung bzw. im Coming-out-Prozess folgende Aufgaben (Eliason & Schope, 2007; Falco, 1993; Wolf 2004):

- ▶ Unterstützung bei der Wahrnehmung und Verbalisierung von sexuellen Gefühlen, Fantasien und Bedürfnissen
- ▶ Psychoedukation über lesbische, schwule und bisexuelle Communities, über die gesellschaftliche Situation von lesbischen, schwulen und bisexuellen Personen und über mögliche Reaktionen anderer auf ein Coming-out
- ▶ Aufarbeitung von Schamgefühlen, Ambivalenzen und Entfremdungsprozessen
- ▶ Abwägung von Vor- und Nachteilen des (partiellen) Offen- versus Verstecktlebens
- ▶ Erarbeitung von sozialen Kompetenzen zur Aufnahme von Kontakten zu unterstützenden sozialen Netzwerken und Beziehungen
- ▶ Psychoedukation hinsichtlich gesundheitsunterstützenden Handelns im Coming-out-Prozess, z. B. Safer-Sex-Edukation
- ▶ Unterstützung bei der Erarbeitung von Bewältigungsstrategien im Umgang mit negativen Reaktionen anderer auf ein Offenleben, gegebenenfalls auch Weiterverweisung an institutionelle Unterstützungssysteme (z. B. im Falle von drohender Gewalt durch Angehörige der Herkunftsfamilie; Falco, 1993; Wolf, 2004).

### Empfehlung 6

*Therapeutischer Umgang mit Unsicherheiten der Klient\_innen bezüglich ihrer sexuellen Orientierung (6.1) sowie mit Therapieaufträgen zur Änderung der sexuellen Orientierung (6.2)*

(6.1) In Psychotherapie und Beratung bieten Psychotherapeut\_innen ihren Klient\_innen einen Rahmen, in dem diese sich ergebnisoffen mit ihren eigenen sexuellen Wahrnehmungen und Erfahrungen in einem Selbst-

findungsprozesses auseinandersetzen können.

(6.2) Psychotherapeut\_innen wissen, dass Therapieansätze nicht lege artis sind, die darauf abzielen, die sexuelle Orientierung in eine von den Klient\_innen, den Therapeut\_innen oder Angehörigen der Klient\_innen bestimmte Richtung zu verändern.

### Kommentar zu Empfehlung 6.1

Lesbische, schwule und bisexuelle Klient\_innen im Selbstfindungsprozess bezüglich ihrer sexuellen Orientierung erleben oft auch Unsicherheiten und Ambivalenzen, die sich auch in Fragen bezüglich der eigenen Selbstbezeichnung (z. B. „Bin ich lesbisch oder bin ich bi?“) äußern können. Die sexuelle Orientierung kann sich verändern und ist bei vielen Menschen fluide (Gibson & Hansen, 2012). Auch können sich die sozialen Kontexte von Personen so ändern, dass sie den Ausdruck neuer Aspekte ihrer sexuellen Orientierung ermöglichen oder verhindern können (Beckstead, 2012). Veränderungen von Aspekten der sexuellen Orientierung können bei Klient\_innen Verwirrung und einen energieaufwendigen Neuorientierungsprozess auslösen. Bei manchen Menschen kann sich im Laufe des Lebens mit einer Veränderung ihrer Bedürfnisse an eine Beziehung auch die Partner\_innenwahl ändern. So gehen viele später lesbisch lebende Frauen vor dem Hintergrund der aktuellen Gesellschaftsstruktur zunächst Beziehungen zu Männern ein und leben nach dem lesbischen Coming-out dann Beziehungen zu Frauen. Personen mit einer bisexuellen Orientierung definieren sich gelegentlich im Bedürfnis nach Zugehörigkeit als heterosexuell oder lesbisch/schwul und gehen erst später in ein bisexuelles Coming-out. Manche Menschen bleiben auch bei einem gleich- oder gegengeschlechtlichen Partner, obwohl dies nicht ihrer wahrgenommenen sexuellen Orientierung entspricht, weil der Partner/die Partnerin andere wichtige Bedürfnisse (z. B. ökonomische, emotionale) absichern kann oder weil aus der Beziehung Kinder hervorgegangen sind.

Klient\_innen sollten in der Psychotherapie in ihrer Auseinandersetzung mit ihren Gefühlen bestärkt und ermutigt werden. Psychotherapeut\_innen begleiten den Selbstfindungsprozess ihrer Klient\_innen ergebnisoffen und mit einer akzeptierenden Haltung gegenüber Ambivalenzen (Broido, 1999; Frossard, 2000; Wolf, 2004). Sie machen hierbei

eigene heteronorme oder homonorme Wertvorstellungen nicht zum Maßstab für die Klient\_innen. Psychotherapeut\_innen wissen um die Gefahr von unterstellenden Haltungen und steuern ihr bewusst entgegen. Unterstellende Haltungen können z. B. sein: „Sie bilden sich das nur ein, Sie sind nicht schwul bzw. lesbisch“, „Hätten Sie keine sexuellen Gewalterfahrungen gemacht, dann könnten Sie jetzt auch Sex mit Männern haben“, „Eigentlich sind Sie doch schwul bzw. lesbisch und müssten dazu stehen!“.

#### *Kommentar zu Empfehlung 6.2*

Manche Klient\_innen sowie deren Angehörige fragen Psychotherapeut\_innen nach therapeutischen Möglichkeiten der Veränderung sexueller Orientierungen (sogenannten „Konversionsbehandlungen“). Oft ist der Wunsch von Klient\_innen nach Veränderung der sexuellen Orientierung mit der Angst verbunden, als homosexueller oder bisexueller Mensch nicht den Erwartungen Dritter (Familie, Freund\_innen, weitere soziale Bezugsgruppe) zu entsprechen und dadurch deren Akzeptanz und Zuwendung zu verlieren oder gegen verinnerlichte Normen zu verstoßen. Insbesondere christlich-religiöse Menschen mit hoher internalisierter Homonegativität fragen Konversionsbehandlungen nach (Tozer & Hayes, 2004). Entsprechende Studien zu anderen Religionsgemeinschaften liegen aktuell noch nicht vor. Konversionsbehandlungen verstoßen gegen die zentralen medizinethischen Prinzipien des Nichtschadens und der Benevolenz (Beauchamp & Childress, 1989) und verfolgen keine legitimen Therapieziele. Entsprechend werden sie von den einschlägigen Fachverbänden (APA, 1998; Berufsverband deutscher Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, 2009; World Medical Association, 2013) abgelehnt (Wolf, 2012). Wissenschaftliche Untersuchungen von Konversionsbehandlungen haben keine gesundheitsförderlichen Effekte dieser Behandlungen valide nachweisen können. Hingegen sind als Behandlungsfolgen bei den Betroffenen solcher Konversionsversuche Ängste, depressive Symptome und Suizidalität bis hin zu vollendetem Suizid aufgetreten (Wagner & Rossel, 2006; Wolf, 2012). Klient\_innen, denen es trotz einer Konversionsbehandlung nicht gelingt, ihre sexuelle Identität zu ändern, laufen zudem Gefahr, dass ihr Selbsteffizienzerleben stark beeinträchtigt wird und dass sie von sozialen Bezugspersonen abgewertet werden.

Wenn Klient\_innen Unzufriedenheit mit ihrer sexuellen Orientierung berichten und/oder einen entsprechenden Änderungsbedarf formulieren, er-

fassen Psychotherapeut\_innen sorgfältig, in welchem psychologischen und sozialen Kontext diese Unzufriedenheit auftritt, ob und welcher innere und äußere Druck besteht, die sexuelle Orientierung zu verändern, mit welchen Erfahrungen und Zuschreibungen Klient\_innen Homo- oder Bisexualität assoziieren, über welche sozialen Unterstützungssysteme sie verfügen und wie dort die Diskurse um Homo- und Bisexualität gestaltet werden. Psychotherapeut\_innen können hier einen Raum zur Reflexion und zum Ressourcenaufbau sowie realitätsangemessene Informationen über sexuelle Orientierungen anbieten (Gay and Lesbian Medical Association and LGBT Health Experts, 2001). Psychotherapeut\_innen können Klient\_innen über die Risiken von Konversionsbehandlungen aufklären. Psychotherapeut\_innen bieten Unterstützung an, wenn Klient\_innen sich damit auseinandersetzen, wie sie ihre sexuelle Orientierung in ihre z. B. sehr religiös geprägten Wertsysteme integrieren können oder wenn Klient\_innen sich in homonegativen sozialen Gruppen unter Druck gesetzt sehen (Beckstead, 2012).

#### *Empfehlung 7*

##### *Wissen über lesbische, schwule und bisexuelle Lebenswelten*

Grundvoraussetzung für die therapeutische Arbeit mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient\_innen ist die differenzierte Kenntnis ihrer gesellschaftlichen Positionierung unter Berücksichtigung diverser *intersektional* verschränkter soziokultureller Zugehörigkeiten sowie der daraus resultierenden gesundheitsrelevanten Ressourcen und Risiken. Psychotherapeut\_innen beachten in der Behandlung sorgfältig die Auswirkungen von gesellschaftlichen Positionierungen. Auch sollten Psychotherapeut\_innen über die Fähigkeit der Selbstreflexion in Bezug auf ihre Haltung und ihr Wissen zu lesbischen, schwulen und bisexuellen Lebensweisen verfügen.

#### *Kommentar zu Empfehlung 7*

Wichtige Wissensinhalte in der Arbeit mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient\_innen umfassen unter anderem eine differenzierte Kenntnis der gesellschaftspolitischen Situation (Morrow & Hawhurst, 1998) sowie der Stigmatisierungs-, Diskri-

minierungs- und Gewalterfahrungen von lesbischen, schwulen und bisexuellen Personen (Council of Europe, 2011; DeBord & Perez, 1999; Wiesendanger, 2002), der gesundheitlichen Situation, Ressourcen und Gefährdungen von lesbischen, schwulen und bisexuellen Personen (Übersicht vgl. Dennert, 2006; King et al., 2008; Institute of Medicine, 2011), der regionalen und überregionalen Vernetzungsmöglichkeiten (Frossard, 2000), der Dynamiken, Werte und der Vielfalt innerhalb der Communities und Beziehungen (Frossard, 2000) sowie ein Wissen über Geschlechterrollen und Identitätsentwicklungen (Broido, 1999). Psychotherapeut\_innen kennen die Unterschiede zwischen biologischem Geschlecht („sex“), *Geschlechtsidentität*, *geschlechtsrollenkonformen und -nonkonformen Verhalten* und sexueller Orientierung. Sie sind sich der Vielfalt geschlechtlicher Ausdrucksformen und sexueller Orientierungen bewusst. Sie sind in der Lage, bei Bedarf diesbezüglich Klient\_innen in ihren Selbstklärungsprozessen differenziert zu unterstützen (vgl. Empfehlung 5). Psychotherapeut\_innen sind auch über queere und *pansexuelle* Lebensformen informiert und kennen die Unterschiede zwischen *Travestie*, *Transvestitismus* und *Transidentität*. Schließlich sollte bei den Psychotherapeut\_innen Kompetenz vorhanden sein, mit den Klient\_innen offen, affirmativ und ermutigend über sexuelles Erleben und Verhalten zu sprechen und dabei auch schambesetzte Aspekte thematisieren zu können.

Psychotherapeut\_innen setzen sich in ihrer Selbsterfahrung mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Lebensweisen und eigenen homoerotischen sowie homo-, bi- und transnegativen Erfahrungen und Anteilen auseinander. Sie sind in der Lage, ihren Wissensstand in Bezug auf lesbische, schwule und bisexuelle Lebensweisen zu reflektieren und zu kommunizieren (Wiesendanger, 2001; Wolf, 2004). Psychotherapeut\_innen beachten in diesem Zusammenhang auch, dass und wie sich fehlendes Wissen über lesbische, schwule und bisexuelle Themen auf die Behandlung von lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient\_innen auswirken kann. Wenn dies fachlich erforderlich ist, holen sie sich Unterstützung in Fortbildung, Supervision und Intervention oder überweisen an entsprechend qualifizierte Kolleg\_innen.

### Empfehlung 8

#### *Die Situation von bisexuellen Menschen*

Psychotherapeut\_innen wissen um Diversität und Spezifika bisexueller Lebenswei-

sen und treten bisexuellen Klient\_innen mit Respekt für deren Lebensweise gegenüber.

#### *Kommentar zu Empfehlung 8*

Auch bisexuelle Menschen stellen keine homogene Gruppe dar. Bisexuelle Frauen und Männer können die Bedeutung ihrer Bisexualität jeweils sehr unterschiedlich definieren und sehr unterschiedlich leben (Clarke, Ellis, Peel & Riggs, 2010; Goos, 2008). So kann die Selbstbezeichnung „bisexuell“ das aktuelle Begehren und Beziehungsleben beschreiben, aber auch Erfahrungen, die es in der Biografie gegeben hat, oder auch mögliches Verhalten und Begehren.

Bisexuelle Identitätsentwicklungsprozesse, Sexualitäten (Clarke et al., 2010; Fox, 1991; Münder, 2004; Shuster, 1987) und Communities (Münder, 2004; Tucker, Higleyman & Kaplan, 1995) weisen Spezifika auf (Gibson & Hansen, 2012). So erfordert die Entwicklung einer bisexuellen Orientierung die Auseinandersetzung mit sexuellen und affektiven Bindungen zu Menschen unterschiedlichen Geschlechts und eine Abgrenzung von einer im Hinblick auf das Geschlecht des Partners/der Partnerin monosexuellen Ausrichtung (Goos, 2008). Konzepte aus dem schwul-lesbischen Kontext können hier nicht einfach übertragen und angepasst werden. In Deutschland gibt es vergleichsweise weniger Emanzipationsgruppen von und für Bisexuelle als für Lesben und Schwule. Bisexuelle Menschen können von Marginalisierung und spezifischen bisexuellenfeindlichen Stigmatisierungsprozessen betroffen sein (Institute of Medicine, 2011). Bisexuellen werden mit einer monosexuellen Norm konfrontiert und vor diesem Hintergrund oftmals sowohl von heterosexueller als auch homosexueller Seite mit stigmatisierenden Zuschreibungen versehen (Kaestle & Holz Ivory, 2012). So wird ihnen z. B. möglicherweise pauschal „Untreue“ zugeschrieben und davon ausgegangen, dass sie von einer aktuellen hetero- oder homosexuellen Beziehung nicht voll erfüllt sein könnten. Das Wissen um die Bisexualität des Partners oder der Partnerin kann bei den nicht bisexuellen Partner\_innen u. U. besondere Formen von Verlustängsten mit sich bringen. Zum Teil scheinen bisexuelle Personen auch auf spezifische Stigmatisierungsprozesse in manchen lesbisch-schwulen Zusammenhängen zu treffen (Kertzner, Meyer, Frost & Stirratt, 2009; Mohr & Rochlen, 1999). So haben z. B. bisexuelle Männer in Teilen der Schwu-

lenszene der 1980er Jahre in der BRD erfahren, dass ihnen vorgeworfen wurde, das Privileg zu haben, sich in heterosexuelle Beziehungen flüchten zu können, wo sie weniger ausgegrenzt würden als offene schwule Männer.

Psychotherapeut\_innen können bisexuelle Klient\_innen in ihrer Auseinandersetzung mit gesellschaftlich existierenden dualistischen Denkmodellen sowie mit Bildern, Vorurteilen und Klischees über Bisexuelle unterstützen. Psychotherapeut\_innen stärken bisexuelle Menschen im Prozess der Entwicklung ihrer sexuellen Orientierung und Lebensweise und erarbeiten mit ihnen Umgangsmöglichkeiten mit Stigmatisierung und Ausgrenzung.

## B) Beziehungen und Familientwürfe

### Empfehlung 9

#### Partnerschaftliche Beziehungen

Psychotherapeut\_innen respektieren die Bedeutung von lesbischen, schwulen und bisexuellen Partner\_innenbeziehungen für das Leben ihrer Klient\_innen. Psychotherapeut\_innen machen sich kundig in Bezug auf Beziehungsformen von lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient\_innen und beachten die Auswirkungen der gesellschaftlichen Positionierung lesbischer, schwuler und bisexueller Personen sowie von Diskriminierungserfahrungen auf die partnerschaftlichen Beziehungen von lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient\_innen.

#### Kommentar zu Empfehlung 9

Psychotherapeut\_innen messen homo- und bisexuellen partnerschaftlichen Beziehungen den gleichen Wert und den gleichen Respekt wie heterosexuellen Partnerbeziehungen bei. Psychotherapeut\_innen beachten die Auswirkungen von Diskriminierungen auf die partnerschaftlichen Beziehungen von lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient\_innen.

In vielen gesellschaftlichen Kontexten (Arbeitsplatz, Ausbildung, Herkunftsfamilie, Gesundheitssystem) erfahren lesbische, schwule und bisexuelle Personen nach wie vor Situationen mangelnder Anerkennung ihrer partnerschaftlichen Beziehungen (Clarke et al., 2010). Beispielsweise stellt das Zeigen einer gleichgeschlechtlichen Beziehung (durch Umarmungen, sich an den Händen halten oder über den Partner/die Partnerin sprechen) ein Risiko für homo-

negativ motivierte Angriffe dar (ILGA, 2000; Stein-Hilbers et al., 1999; Wolf, 2004). Trotz und vor dem Hintergrund des Sonderrechts für eingetragene Lebenspartnerschaften in Deutschland im Jahr 2001 erfahren auch entsprechend eingetragene gleichgeschlechtliche Paare rechtliche Diskriminierungen gegenüber verheirateten gegengeschlechtlichen Paaren, z. B. im Adoptions- und Steuerrecht (aktueller Stand: www.lsvd.de; Puttkamer, 2001). In manchen Arbeitsfeldern (z. B. kirchlichen Institutionen) stellt das Leben einer homosexuellen Beziehung in Deutschland noch einen Kündigungsgrund dar (aktueller Stand: www.lsvd.de). Das Bedürfnis, sich vor Stigmatisierung und Diskriminierung zu schützen, kann dazu führen, dass manche lesbische, schwule und bisexuelle Personen ihre sexuelle Orientierung verschweigen und verbergen (Buba & Weiß, 2003; Wolf, 2004).

Das Stigmanagement (Umgang mit erlebter Stigmatisierung) kann sich auch belastend auf die Partnerbeziehung von lesbischen, schwulen und bisexuellen Personen auswirken, z. B. durch Abzug von Energien von anderen Beziehungsthemen oder durch Konflikte, wenn ein/-e Partner\_in offen leben möchte, um auch Anerkennung für die Beziehung zu erfahren, der/die andere jedoch versteckt, um den Arbeitsplatz oder Beziehungen zur Herkunftsfamilie zu erhalten (Ossana, 1999; Rothblum, 2010; Wolf, 2004).

Verantwortliche partnerschaftliche Beziehungen können in verschiedenen Formen gelebt werden. Dies gilt gleichermaßen für heterosexuelle wie für nicht-heterosexuelle Lebensweisen. Psychotherapeut\_innen sind in der Lage, sowohl heteronorme Vorgaben (nach denen Beziehungen notwendig und permanent sein sollen und aus zwei gegengeschlechtlichen Personen bestehen müssen) als auch homonorme Vorgaben (z. B. in manchen Szenen offene Beziehungen zu führen oder der Druck, bestimmten szenespezifischen Schönheitsidealen zu entsprechen – z. B. möglichst jung auszusehen) kritisch zu reflektieren. Psychotherapeut\_innen begegnen auch *polyamorösen* Beziehungen und Single-Lebensformen mit Respekt (Clarke et al., 2010). Psychotherapeut\_innen wissen, dass Beziehungsformen einem raschen gesellschaftlichen Wandel unterliegen (z. B. Aufkommen von Beziehungsformen im Cyberspace) und bilden sich entsprechend fort (Clarke et al., 2010; Rothblum, 2010). Psychotherapeut\_innen können Klient\_innen bei der Entwicklung eines für diese individuell stimmigen Beziehungsverständnisses begleiten.

**Umgang mit häuslicher Gewalt:** Auch in lesbischen, schwulen und bisexuellen Beziehungen kann es zu häuslicher Gewalt kommen. So ist davon auszugehen, dass häusliche Gewalt in schwulen

Beziehungen etwa gleich häufig auftritt wie in heterosexuellen Beziehungen, in lesbischen Beziehungen etwas seltener (FRAU, 2014, S. 48). Die Datenlage zu diesem Themenbereich ist jedoch noch unzureichend. Spezifisch für lesbische, schwule und bisexuelle Beziehungen, in denen es zu häuslicher Gewalt kommt, sind die Belastungen und Ausgrenzungen durch eine heterozentristisch geprägte Gesellschaftsstruktur. Diese befördert Stress, problematische Coping-Strategien (Schweigen, Substanzgebrauch, Angst) und die Entwicklung von internalisierter Homonegativität, die wiederum zu Belastungen in der Partnerschaft und zu Abwertungen der eigenen Person sowie des Partners bzw. der Partnerin führen können. Stress, dysfunktionale Coping-Strategien und Tabuisierungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit für Gewalt und verringern gleichzeitig die Chance auf konstruktive Konfliktlösung und adäquate soziale Unterstützung für gewaltbetroffene Menschen (Hirigoyen, 2005). Psychotherapeut\_innen beachten bei Gewalt in der Partner\_innenschaft sorgfältig die Gefährdungssituation für jede/-n Partner\_in. Psychotherapeut\_innen unterstützen ihre Klient\_innen dabei, Gewalt und Gewaltdynamiken zu erkennen und sich davor zu schützen. Psychotherapeut\_innen ziehen im Bedarfsfalle Institutionen des psychosozialen Versorgungsnetzes bei häuslicher Gewalt hinzu bzw. verweisen die Partner\_innen in entsprechende und für lesbische, schwule und bisexuelle geeignete Hilfsstrukturen weiter (Ohms, 1993, 2002; Ohms & Müller, 2001; Renzetti & Miley, 1996; Ohms, 2008).

*Empfehlung 10*

*Die Bedeutung von selbst gewählten sozialen Netzen, Freund\_innenschaften und sogenannten „Wahlfamilien“ im Leben von Lesben, Schwulen und Bisexuellen*

Psychotherapeut\_innen erkennen die besondere Bedeutung von Freund\_innenschaften und selbstgewählten sozialen Netzen im Leben von Lesben, Schwulen und Bisexuellen an und beachten, welche Potenziale als wichtige Ressourcen in den sozialen Netzen von lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient\_innen liegen.

*Kommentar zu Empfehlung 10*

Für viele Lesben, Schwule und Bisexuelle stellen Freund\_innenschaften und sogenannte „Wahlfami-

lien“ (selbstgewählte soziale Netzwerke aus Freund\_innen und Familienangehörigen, die untereinander emotional verbunden sind und einander positiv und reziprok unterstützend gegenüberstehen) wichtige soziale Ressourcen dar (Weston, 1991). Auch ein schwieriges Verhältnis oder gar der Kontaktabbruch zur Ursprungsfamilie können dazu führen, dass sich Lesben, Schwule und Bisexuelle eine Wahlfamilie suchen. Selbstgewählte Bezugspersonen bilden für Lesben, Schwule und Bisexuelle einen wichtigen Rückhalt im Coming-out. Auch Erfahrungen mit Diskriminierungen und Gewalt werden überwiegend in Freundschaftsnetzwerken aufgefangen (Clarke et al., 2010; Galupo & St John, 2001; Hillier & Rosenthal, 2001; Ohms, 2000; Sandfort et al., 2001; Stein-Hilbers et al., 1999).

Psychotherapeut\_innen beachten die Bedeutung dieser Bezugspersonen für lesbische, schwule und bisexuelle Klient\_innen. So fragen Psychotherapeut\_innen ihre Klient\_innen nach deren privatem Netzwerk, den Beziehungsqualitäten zu ihren Bezugspersonen sowie danach, welche Menschen sie in welchen Situationen unterstützen. Die Antworten auf diese Fragen können wichtige Informationen über die Ressourcen der Klient\_innen, auf ihre die familiären Verhältnisse sowie mögliche negative Erfahrungen im herkunftsfamiliären Umfeld beinhalten.

*Empfehlung 11*

*Lesben, Schwule und Bisexuelle als Eltern*

Psychotherapeut\_innen bemühen sich, die Erfahrungen und Herausforderungen zu verstehen, mit denen lesbische, schwule oder bisexuell lebende Eltern und deren Kinder konfrontiert sind.

*Kommentar zu Empfehlung 11*

Viele Lesben, Schwule und Bisexuelle sind Eltern eines oder mehrerer Kinder (nach Schätzungen aus US-amerikanischen Daten circa ein Drittel aller lesbischen Frauen, 10 bis 20% der schwulen Männer; vgl. Clarke et al., 2010). In Deutschland leben im Haushalt jedes 13. gleichgeschlechtlichen Paars Kinder (Rupp, 2009). Familien mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Eltern werden „Regenbogenfamilien“ genannt. Bei Kindern in Regenbogenfamilien handelt es sich zu einem großen Teil um Kinder, die bei der biologischen Mutter und deren Partnerin

oder seltener bei dem biologischen Vater und dessen Partner aufgewachsen sind.

Lesbische, schwule und bisexuelle Elternschaft fordert eine Reihe von normativen Familienvorstellungen heraus (Clarke et al., 2010). Die aktuelle psychologische Forschung spricht für das gemeinsame Adoptionsrecht beider Eltern in homosexuellen Beziehungen sowie für die Aufnahme von Pflegekindern durch gleichgeschlechtliche Paare und für einen offenen Zugang zu reproduktionsmedizinischen Behandlungen wie Insemination und In-vitro-Fertilisation für lesbische Frauen (Amato & Jacob, 2010). Kinder, die in Regenbogenfamilien aufwachsen, unterscheiden sich hinsichtlich ihrer psychischen und physischen Gesundheit nicht von Kindern, die in heterosexuellen Familien leben (Clarke et al., 2010; Rupp, 2009; Van Dam, 2010). Diese Kinder verfügen jedoch über spezifische Ressourcen (z. B. einen größeren Handlungsspielraum im Umgang mit Gendernonkonformität). Sie können auch mit spezifischen Belastungen konfrontiert sein, z. B. wenn sie in der Schule über ihre familiäre Situation Auskunft geben sollen. Dabei kann es zu Hänseleien und Stigmatisierungen kommen (Clarke et al., 2010; Matthews & Lease, 2000; Patterson, 2006, 2007, 2009; Rupp, 2009; Van Dam, 2010; Van Gelderen, Gartrell, Bos & Hermanns, 2009; Van Gelderen, Gartrell, Bos, Van Rooij & Hermanns, 2012; Van Gelderen, Gartrell, Bos, Van Rooij & Hermanns, 2013).

Psychotherapeut\_innen reflektieren überlieferte Einstellungen zu Familien und sind in der Lage, diese hinsichtlich *Heterosexismus* und Heteronormativität zu prüfen. Sie respektieren Regenbogenfamilien als gleichwertige Familienform. Psychotherapeut\_innen machen sich kundig hinsichtlich der Vielfalt, der Ressourcen und Belastungen von lesbischen, schwulen und bisexuellen Familien und unterstützen Eltern und Kinder im Umgang mit spezifischen Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen (Rauchfleisch, 2002). Psychotherapeut\_innen wissen um die Besonderheiten und spezifischen Herausforderungen bezüglich der Umsetzung von Kinderwünschen bei lesbischen, schwulen und bisexuellen Personen und innerhalb von Regenbogenfamilien (vgl. Grenn & Thorn, in diesem Heft). So können sich hier Schwierigkeiten dadurch ergeben, dass in Deutschland das Sorgerecht für Kinder nur auf eine oder zwei, jedoch nicht auf drei Personen (z. B. biologische Mutter, Co-Mutter und biologischer Vater) übertragen werden kann. Insbesondere für schwule Männer ist in Deutschland die Umsetzung des Kinderwunsches aufgrund des Ver-

bots der Leihmutterschaft schwierig. Auch können die Großeltern Probleme haben, eine Regenbogenfamilie zu akzeptieren.

So empfiehlt es sich beispielsweise, die Kinder zu befähigen, über ihre Familie zu sprechen, sie auf mögliche neugierige oder ablehnende Reaktionen von Gleichaltrigen vorzubereiten und sie diesbezüglich zu stärken (Van Dam, 2010; Van Gelderen et al., 2012). Psychotherapeut\_innen sind gegenüber dem Kinderwunsch von schwulen, lesbischen und bisexuellen Paaren gleichermaßen offen wie gegenüber dem Kinderwunsch von vergleichbar verantwortlichen und fürsorglichen heterosexuellen Paaren.

### Empfehlung 12

#### *Sexuelle Orientierung und der Kontakt zu Herkunftsfamilien*

Psychotherapeut\_innen beachten, in welcher Weise sich die lesbische, schwule oder bisexuelle Orientierung ihrer Klient\_innen auf den Kontakt zur Herkunftsfamilie auswirkt sowie wie sich wiederum der Umgang der Herkunftsfamilie mit der lesbischen, schwulen oder bisexuellen sexuellen Orientierung der Klient\_innen auf deren Selbstschemata auswirkt.

### Kommentar zu Empfehlung 12

Manche Herkunftsfamilien können für lesbische, schwule und bisexuelle Personen eine Quelle von Ressourcen darstellen. Manche Herkunftsfamilien verursachen jedoch auch erhebliche Belastungen durch Diskriminierungen und Gewalt (Beckstead, 2012). So kommt es bei schwulen, lesbischen und bisexuellen Menschen immer wieder zu Ablehnung durch die Herkunftsfamilie, wenn die sexuelle Orientierung von Familienangehörigen nicht akzeptiert wird (Clarke et al., 2010; Institute of Medicine, 2011; Kertzner, 2007; Wolf, 2004). Selbst in Herkunftsfamilien, welche die lesbische, schwule und bisexuelle Orientierung eines/einer Angehörigen dulden, kann es dazu kommen, dass darüber nicht gesprochen werden darf oder dass Partner\_innen der Tochter oder des Sohnes im Elternhaus nicht erwünscht sind.

Die Nicht-Akzeptanz durch die Eltern wird von Lesben, Schwulen und Bisexuellen oft als massive Kränkung erlebt, weil damit familiäre Zuwendung an die sexuelle Orientierung geknüpft wird. So kann

es für eine lesbische, schwule und bisexuelle Person sehr kränkend sein, wenn Eltern die sexuelle Orientierung der Tochter oder des Sohnes „wegen der Leute“ im Herkunftsort oder anderen äußeren Faktoren verheimlichen wollen und mit diesen Argumenten der Tochter oder dem Sohn verbieten, ein/-en Partner\_in nach Hause mitzubringen. Oft verbergen sich hinter solchen Argumenten aber nicht nur fehlender Mut, die eigenen Kinder in solchen Konflikten zu unterstützen, sondern tief sitzende eigene Ängste der Eltern vor dem Thema Homo- oder Bisexualität. Es gibt Fälle, in denen auch die Kinder von Lesben, Schwulen und Bisexuellen von der Herkunftsfamilie nicht anerkannt werden. Es sind weiter Fälle dokumentiert, in denen Eltern mit einem späten Coming-out Belastungen durch Kontakteinschränkungen oder Kontaktabbrüche seitens ihrer erwachsenen Söhne und Töchter hinnehmen mussten (vgl. z. B. Plötz, 2006). Solches Verhalten der Herkunftsfamilie kann bei Lesben, Schwulen, Bisexuellen und auch bei deren Kindern die Entwicklung eines positiven Selbstkonzepts erschweren, zu negativen Selbstschemata und zu daraus resultierenden erheblichen innerpsychischen Spannungen führen. Erneute Besuche bei den Eltern können dann solche selbstabwertenden Schemata u. U. noch verstärken (Martell, Safren & Prince, 2004). Diese Erfahrungen mit Abwertungen sollten in der Therapie bearbeitet werden, so dass die resultierende verinnerlichte Homonegativität der Klient\_innen von diesen überwunden werden kann. Ob der Kontakt zur Herkunftsfamilie gesucht wird, sollte den Klient\_innen überlassen werden. Wenn es möglich erscheint und gewünscht wird, können die Klient\_innen darin unterstützt werden, eine aktive Auseinandersetzung mit ihren Eltern bzw. Kindern zu führen (Clarke, Ellis, Peel & Riggs, 2010; Rauchfleisch, 2002).

### Empfehlung 13

*Unterschiedliche Lebenssituationen und Erfahrungen von Lesben, Schwulen und bisexuellen Frauen und Männern vor dem Hintergrund von Sexismus und Gendernormierung in der Gesellschaft*

Psychotherapeut\_innen beachten in ihren Therapien die Positionierungen ihrer Klient\_innen hinsichtlich Geschlecht und Gender sowie die Auswirkungen von sexistischen und gendernormierenden Diskriminierungen auf das Leben ihrer Klient\_innen.

### Kommentar zu Empfehlung 13

Grundlegend für Diskriminierungen aufgrund von Geschlecht und Gender ist die binäre Unterteilung in „Frauen“ und „Männer“. Dabei werden biologische Geschlechtsunterschiede als Legitimation dafür herangezogen, „Frauen“ und „Männer“ als streng abgrenzbare soziale Identitäten zu konstruieren (Butler, 1990). Die geschlechterbezogenen Zuschreibungen erteilen biologischen Männern und mit ihnen assoziierten Personen einen privilegierten Status (Amnesty International, 2001; Khaxas, 1997; Newman, 1995, S. 429; Schröttle, 2001; Wolf, 2004) und begrenzen umgekehrt die Entfaltungsmöglichkeiten von Frauen, Trans\* und Inter\*Personen. Sexismus und die Abwertung gendernonkonformer Lebensweisen fußen auf gesellschaftlich tradierten Vorurteilen. Sie verfestigen und legitimieren die bestehende ungleiche Macht- und Ressourcenverteilungen in der Gesellschaft (Hagemann-White, 1992; Leidinger, 2011). Gesellschaftliche Konsequenzen von Sexismus und Abwertung geschlechternonkonformer Lebensweisen sind u. a. eine hohe Prävalenz von verbaler, körperlicher und sexualisierter Gewalt gegen Frauen sowie gegen Trans\* Menschen in Familien, in der Öffentlichkeit, im Gesundheitssystem, am Arbeitsplatz und in weiteren Bereichen. Gegen gendernonkonforme Menschen wird sozialer Druck ausgeübt, sich eindeutig einer der beiden binären Kategorien („männlich“ oder „weiblich“) zuzuordnen. Dies führt insbesondere zu großen Belastungen für junge gendernonkonforme Menschen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2004; Council of Europe, 2011; D’Augelli, Grossman & Starks, 2006; Balsam & Lehavot, 2010; Dennert & Wolf, 2009; Franzen & Sauer, 2010; Quinn & ILGA-Europe, 2006; Plöderl & Fartacek, 2009). Dabei ist zu berücksichtigen, dass Diskriminierungen aufgrund des Geschlechts oder der Geschlechtspräsentation auch innerhalb lesbischer, schwuler und bisexueller Communities wirksam sind. So kommt es beispielsweise zum Ausschluss lesbischer Trans\* Frauen aus Lesbenräumen oder schwuler Trans\* Männer aus der Schwulenszene, wenn die geschlechtliche Selbstdefinition der Trans\* Personen nicht respektiert wird. Auch kann es vor dem Hintergrund bestimmter Szenenormen bezüglich der Genderpräsentation zu Abwertungen von Lesben und Schwulen kommen, die sich sehr gendernorm präsentieren und deren Habitus sie nicht sofort sichtbar als lesbisch oder schwul ausweist (*Community*-Begriffe für diese Personen sind beispielsweise „lipstick lesbians“ oder „straight acting“ Schwule).

Psychotherapeut\_innen reflektieren gesellschaftliche respektive ihre persönlichen Vorstellungen von Geschlecht und Geschlechtspräsentation sowie ihre Erfahrungen mit Sexismus und ihrer Geschlechtspräsentation (Wolf & Dew, 2012). Ihnen ist bewusst, dass Vorstellungen von „Männlichkeit“ auch auf Schwule und bisexuelle Männer als Männer wirken und dass gesellschaftliche Diskurse um Femininität auch das Leben von lesbischen und bisexuellen Frauen als Frauen beeinflussen. Psychotherapeut\_innen wissen auch, dass sich vom Äußeren einer Klientin oder eines Klienten die Geschlechtsidentität der Person nicht ohne Nachfrage ableiten lässt (Ellis, 2012). Psychotherapeut\_innen sehen sich in der Lage, Erfahrungen ihrer Klient\_innen mit Sexismus und Gendernormierungspraktiken anzusprechen und anzuerkennen. Sie wissen, dass insbesondere Erfahrungen mit Gewalt und Diskriminierungen im persönlichen Gespräch für Klient\_innen schwer anzusprechen und oft schambesetzt sind. Psychotherapeut\_innen gehen mit den Folgen der Ausgrenzungserfahrungen ihrer Klient\_innen wertschätzend und unterstützend um. Sie durchschauen den normierenden Druck, der von Sexismus und genderbezogenen gesellschaftlichen Vorstellungen ausgeht. Sie unterstützen ihre Klient\_innen in ihrer Eigenständigkeit in Bezug auf ihre Geschlechtsidentität und deren persönlichen Ausdruck (Quinn & ILGA-Europe, 2006).

Psychotherapeut\_innen verfügen über Kenntnisse bezüglich Diagnostik und Therapie der Folgen von Diskriminierungen und Gewalt. Therapeut\_innen sind in der Lage, Traumatisierungen durch sexistische und/oder gendernormierende Gewalt zu erkennen und entsprechend zu behandeln.

Psychotherapeut\_innen informieren im Rahmen von Netzwerkarbeit ihre Klient\_innen über Materialien und professionelle und andere soziale Angebote zur Stärkung gegen Sexismus- und Gendernormierungserfahrungen (schriftliche Materialien, Internetquellen, Selbstverteidigungsgruppen, solidarische/Empowermentprojekte, spezialisierte Beratungsstellen – die entsprechenden Informationen lassen sich beispielsweise bei den Kommunen, bei lesbischen, schwulen, Trans\*- und Sexualberatungsstellen erfragen).

#### Empfehlung 14

*Generations- und Altersunterschiede: Lesbische, schwule und bisexuelle Orientierung im Jugendalter*

Psychotherapeut\_innen verstehen die besonderen Probleme, Herausforderungen

und Risiken, mit denen lesbische, schwule und bisexuelle Jugendliche in ihrer Entwicklung konfrontiert sind.

#### Kommentar zu Empfehlung 14

Sexuelle Erfahrungen, soziale Normen, Konformitätsdruck und die Suche nach der eigenen Identität im Jugendalter: Die Wahrnehmung gleichgeschlechtlicher Attraktion beginnt oft in der Jugendzeit. Viele Jugendlichen machen in ihrer Pubertät Erfahrungen mit gleichaltrigen gleichgeschlechtlichen Partner\_innen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2000).

Nur ein Teil der Jugendlichen mit gleichgeschlechtlichen sexuellen Erfahrungen definiert sich als „lesbisch“ bzw. „schwul“ oder „bisexuell“ (Hershberger & D’Augelli, 2000; Lorde-Rollins, 2010; Savin-Williams & Cohen, 2007; Senatsverwaltung, 1999). Manche Jugendliche nehmen ihre sexuelle Orientierung auch als fluide wahr, zunehmend definieren sich einige auch als „queer“ und einige erleben sich als gendernonkonform (Clarke et al., 2010; Cook-Daniels & Muson, 2008; Hershberger & D’Augelli, 2000; Institute of Medicine, 2011). Die Anzahl derjenigen, die gleichgeschlechtliche Attraktion verspüren, dies aber aus Angst nicht kommunizieren, ist wahrscheinlich noch erheblich größer als die Anzahl offen lebender lesbischer, schwuler und bisexueller Jugendlicher (Savin-Williams, 2001).

Zusätzlich zu den Herausforderungen der Pubertätsentwicklungen müssen sich lesbische, schwule und bisexuelle Jugendliche mit Stigmatisierungs- und Entscheidungsprozessen im Coming-out auseinandersetzen, weshalb ihnen die Pubertät in der Regel mehr abverlangt als heterosexuellen Jugendlichen (Institute of Medicine, 2011). Die zusätzliche Entwicklungsaufgabe besteht für lesbische, schwule und bisexuelle Jugendlichen darin, vor dem Hintergrund oft sehr eingeschränkter Informationsangebote Zukunftserwartungen für einen Lebenslauf aufzubauen, der lesbische, schwule und bisexuelle Lebensweisen mit einschließt (Boxer & Cohler, 1989; Institute of Medicine, 2011). Manche homosexuellen und bisexuellen Jugendlichen haben (zunächst) das Gefühl, keiner Gruppe anzugehören, bzw. erleben sich nirgendwo als „stimmig“. Sie merken, dass sie mit ihren Gefühlen den sozialen Normen der heterosexuellen Welt nicht entsprechen und daher teilweise abgelehnt werden. Andererseits können sich viele homo- und bisexuelle Jugendliche



auch nicht mit dem identifizieren, was sie über Homo- und Bisexualität gehört haben – insbesondere wenn das Gehörte rudimentär und klischeehaft ist.

Auseinandersetzung mit Stigmatisierung, Diskriminierung und Gewalt im Jugendalter:

Fast alle jungen Lesben, Schwule und Bisexuelle erleben Beschimpfungen, viele auch körperliche und sexualisierte Gewalt (Balsam & Lehavot, 2010; Institute of Medicine, 2011; Thurlow, 2001). Erfahrungen mit Stigmatisierung, Diskriminierung und Gewalt sind bei lesbischen, schwulen und bisexuellen Jugendlichen spezifisch assoziiert mit gesteigertem Substanzgebrauch, seelischen Problemen, Obdachlosigkeit und sexuellem Risikoverhalten (D’Augelli, 1996; Institute of Medicine, 2011). Auch können Ausgrenzungserfahrungen die Zukunftserwartungen und zukunftsbezogenen Handlungen der betroffenen Jugendlichen beeinträchtigen (D’Augelli, 1996; ILGA, 2000; Institute of Medicine, 2011). Orte der Gewalt scheinen insbesondere Herkunftsfamilien und Schulen zu sein (Clarke et al., 2010; Davies, 1996; ILGA, 2000; Institute of Medicine, 2011; Little, 2001; Morrison & L’Heureux, 2001; Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, 2001; Stevens & Morgan, 2001). Studien weisen darauf hin, dass lesbische Jugendliche und gendernonkonforme Kinder und Jugendliche besonders häufig von innerfamiliärer Gewalt betroffen sind (Stevens & Morgan, 2001). Zudem ist die Suizidalität bei gendernonkonformen Kindern und Jugendlichen wahrscheinlich besonders hoch, insbesondere wenn sie von Schikanen betroffen sind. Es gibt Hinweise darauf, dass dieses erhöhte Suizidrisiko auch über einen langen biographischen Zeitraum erhalten bleibt (Plöderl & Fartacek, 2009).

Da in Deutschland in Schulen und der Jugendöffentlichkeit häufig schwulenfeindliche Titulierungen unter Jugendlichen als Schimpfwort verwendet werden („schwule Sau“, „schwule Mathearbeit ...“, „Schwuchtel“), werden hier homo- und bisexuelle sowie gendernonkonforme Jugendliche in der Pubertät stark damit konfrontiert, dass sie etwas an sich haben, was in ihrem Umfeld massiv abgewertet wird (Biechele, 2001). Aus Erfahrungen von Stigmatisierung und Gewalt können sich Schemata entwickeln, nicht in Ordnung bzw. minderwertig zu sein, die wiederum die verinnerlichte Homonegativität bedingen. Solche Selbstüberzeugungen können selbst dann auftreten, wenn die Mehrheit der Personen aus dem Umfeld der/des Jugendlichen zu ihr/ihm steht und die Anfeindungen nur von wenigen, aber als zentral erlebten Personen kommen (ehemals bester Freund, Vater, Lehrer ...).

Die relativ hohe Anzahl der Suizidversuche und Suizide unter homosexuellen Jugendlichen zeigt, wie sehr das Selbstwertgefühl unter den Stigmatisierungen leiden kann (Institute of Medicine, 2011; Plöderl, 2005).

**Coming-out und die Entwicklung eines authentischen, positiven Selbstbilds im Jugendalter:** Gerade die Zeit zu Beginn des Coming-out-Prozesses gilt als eine sehr schwierige und damit potenziell krisenhafte Zeit. Dabei hängt die Krisenanfälligkeit der Kinder/Jugendlichen eng mit der Reaktion des sozialen Umfeldes zusammen (Clarke et al., 2010; Institute of Medicine, 2011).

Die Möglichkeiten und Grenzen eines äußeren Coming-outs werden in der Psychotherapie sensibel mit jugendlichen lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient\_innen besprochen. Gemeinsam werden die Vor- und Nachteile eines Coming-outs erarbeitet. Letztlich überlassen Psychotherapeut\_innen die Entscheidung über ein Coming-out und gegebenenfalls über dessen Zeitpunkt den jugendlichen Klient\_innen. Ein Coming-out muss zudem nicht zwingend in allen Lebensbereichen erfolgen. Es kann durchaus angemessen sein, dass Klient\_innen sich im Freundes- und Familienkreis outen, in der Schule oder im Ausbildungskontext hingegen (vorerst noch) nicht (Wolf, 2004). Psychotherapeut\_innen beachten, dass das Outing an der Schule oder am Arbeitsplatz in letzter Konsequenz auch zum Schulabbruch oder zum Verlassen des Arbeitsplatzes führen kann. Daher reflektieren sie mit ihren Klient\_innen im Vorfeld die Vorteile und Risiken eines Outings. Sie überlassen die endgültige Entscheidung den Klient\_innen und verhalten sich bei der Reflexion der Vor- und Nachteile inhaltsneutral.

Homo- und bisexuelle Jugendliche können entwicklungsentsprechende Erfahrungen während der Pubertät oftmals nicht unbeschwert erleben. Hierzu zählen z. B. die erste Liebe und die ersten sexuellen Erfahrungen sowie der Austausch darüber mit Freund\_innen. Auch alltägliche Dinge wie Hand in Hand über die Straße zu gehen oder sich in der Öffentlichkeit zu küssen, sind oft schwierig. Nicht selten herrscht im Umfeld der Jugendlichen der Druck, bei den „Geschichten“ von Freund\_innen mitzuhalten, was das Selbstwertgefühl zusätzlich negativ beeinflussen kann. Manche homo- und bisexuellen Jugendlichen können daher solche Erfahrungen erst im Rahmen eines äußeren Coming-outs nachholen (Biechele, 2001). In ihrer Entwicklung werden homo- und bisexuelle Jugendliche auch stark mit Geschlechtsrollenstereotypen konfrontiert. So können geschlechterrollenbezogene Sätze in Herkunftsfamilie, Peer-

group oder Schule wie beispielsweise „Ein richtiger Mann ist nicht schwul!“ das Selbstbild männlicher homosexueller Jugendlicher erschüttern.

Homosexuelle Jugendliche, die sich in bestimmte homosexuelle Community-Zusammenhänge begeben, können dort mit normativen Vorstellungen konfrontiert werden (z. B. in Bezug auf die Ausgestaltung von Partnerschaften), die ihren bisherigen Vorstellungen widersprechen können, beispielsweise was die Vorstellungen von sexueller Ausschließlichkeit angeht. Dies kann weitere Belastungen für die Jugendlichen mit sich bringen. Homosexuelle Jugendliche können sich hier einem Konformitätsdruck von zwei Seiten ausgesetzt sehen: einerseits der Mainstream-Gesellschaft mit ihren Sozialisationsinstanzen, andererseits auch in der Community. Homo- und bisexuelle Jugendliche stehen vor diesem Hintergrund vor großen Herausforderungen, ein individuelles Selbstbild und Auftreten entwickeln zu müssen, das authentisch zu ihnen passt, ohne einfach gängigen Stereotypen und Vorurteilen seitens der heterosexuellen wie auch der homosexuellen Umwelt nachzugeben.

In der Psychotherapie werden die Jugendlichen bestärkt, ihre eigene Identität zu entwickeln und zu behaupten. Psychotherapeut\_innen ist dabei bewusst, dass es von verschiedenen Seiten her normativen Druck in Bezug auf die Genderpräsentation geben kann. Sie unterstützen ihre Klient\_innen darin, einen für sie authentischen und stimmigen Selbstaussdruck zu finden.

Manche Jugendliche können z. B. auf der Basis eines stark negativen Selbstbildes zu ungeschützten Sexualpraktiken neigen. Dies kann beispielsweise dann geschehen, wenn ein/-e Jugendliche sich selbst für wenig wertvoll und somit ihr/sein Leben nicht für schützenswert hält oder wenn sie/er z. B. spürt, dass sie/er durch die Bereitschaft zu ungeschütztem Sex Anerkennung und Zuspruch erhält. Die Sehnsucht nach Akzeptanz und Nähe kann dann u. U. dazu führen, dem Schutz vor HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen weniger Gewicht beizumessen.

In der Psychotherapie stellen die Bereitstellung von realistischen Informationen über lesbische, schwule und bisexuelle Lebensweisen für Jugendliche und deren Angehörige, die Erarbeitung von Umgangsformen mit Stigmatisierung und Gewalt, Krisenintervention und Suizidprävention (vgl. Dyck & Egale Canada Human Rights Trust, 2012) sowie Psychoedukation über sexuell übertragbare Infektionen und Stärkung der gesundheitsbezogenen Handlungskompetenz wichtige Bestandteile der

Arbeit mit jungen Lesben, Schwulen und Bisexuellen dar. Der Hinweis auf Freizeitangebote (Jugendzentren, Coming-out-Gruppen) kann insbesondere isolierten lesbischen, schwulen und bisexuellen Jugendlichen den Kontakt zu Jugendlichen mit gleicher sexueller Orientierung erleichtern.

Manchmal haben Eltern schwuler Jugendlicher Angst, ihr Sohn werde als Homosexueller nahezu zwangsläufig HIV und AIDS bekommen. Diese Sorgen basieren auf dem pauschalisierten Wissen der Eltern über eine relativ hohe Neuankommlingsrate unter Schwulen und blenden die Möglichkeiten von Safer Sex oft aus. Im Rahmen der Psychotherapie können mit dem Jugendlichen Möglichkeiten erarbeitet werden, wie er den Eltern hier Vorurteile und Ängste nehmen kann. Unter Umständen macht es Sinn, zu diesem Thema ein Familiengespräch im therapeutischen oder beratenden Setting anzubieten.

**(Soziale) Medien:** Auch die Medien haben einen großen Anteil daran, wie Jugendliche auf Homo- und Bisexuelle blicken und homo- und bisexuelle Jugendliche sich selbst sehen. Diesbezüglich hat sich in den letzten 30 Jahren zwar einiges zum Positiven gewendet, doch leider wird Homosexualität hierbei in Deutschland noch viel zu oft in Klischees und abwertend dargestellt.

Im Zeitalter der „Social Communities“ werden in der Psychotherapie bei Bedarf entsprechend auch die Vor- und Nachteile virtueller sozialer Netzwerke besprochen (Clarke et al., 2010). Sie bieten in der Regel schnelle Kontaktmöglichkeiten, bergen aber auch Gefahren (z. B. Anonymität, Diskriminierung und Diskreditierung durch andere anonyme Nutzer\_innen). Hierüber können homo- und bisexuelle Jugendliche aufgeklärt werden.

### Empfehlung 15

*Generations- und Altersunterschiede: Lesbische, schwule und bisexuelle Orientierungen im höheren Lebensalter*

Psychotherapeut\_innen verstehen die besonderen Probleme, Herausforderungen und Risiken, mit denen ältere lesbische, schwule und bisexuelle Menschen in ihrer Entwicklung konfrontiert sind.

### Kommentar zu Empfehlung 15

Ältere Lesben und Schwule in Deutschland stehen im Vergleich zu Lesben, Schwulen und Bisexuellen

im mittleren Erwachsenenalter zum Teil noch vor größeren Schwierigkeiten, öffentlich zu ihrer sexuellen Orientierung zu stehen. Dies lässt sich u. a. darauf zurückführen, dass sie in einer Zeit aufgewachsen sind, als männliche Homosexualität noch unter Strafe stand und es aufgrund sehr starken heteronormativen gesellschaftlichen Drucks auch sehr schwer war, offen lesbisch, schwul oder bisexuell zu leben (Plötz, 2006; Schwulverband Deutschland & Schwules Netzwerk NRW, 1996). Eine Kindheit und Jugend unter solchen rechtlichen und politischen Abwertungen hat oft zur Entwertung der eigenen Homosexualität und zu entsprechenden Problemen beim Aufbau von Partnerschaften und des sozialen Unterstützungssystems geführt. Eventuell sind manche Lesben und Schwule, insbesondere wenn sie lange versteckt leben mussten, im höheren Lebensalter auch verstärkt von Einsamkeit betroffen. So werden ältere Lesben und Schwule z. B. seltener als heterosexuelle ältere Personen von ihren Kindern gepflegt (Institute of Medicine, 2011). Zudem gibt es in Deutschland erst wenige psychosoziale Angebote speziell für ältere Lesben und Schwule.

Psychotherapeut\_innen beachten Zeit, Ort und Kontextbedingungen, unter denen ältere lesbische, schwule und bisexuelle Klient\_innen aufgewachsen sind, sorgfältig und unter Berücksichtigung der jeweils individuellen Lebenssituation (das Nair & Fairbank, 2012; Gibson & Hansen, 2012). Dabei begegnen sie den jeweiligen individuellen Entscheidungen ihrer Klient\_innen bezogen auf eine eher versteckte oder eine eher offene Lebensweise wertschätzend und anerkennend (Knochel & Quam, 2010). Das gilt besonders auch gegenüber älteren schwulen und lesbischen Klient\_innen, die alleine leben oder ihre Partner\_in durch Krankheit oder Tod verloren haben und eventuell Sorge tragen, durch eine Selbstöffnung noch bestehende soziale Kontakte zu gefährden.

In der Zusammenarbeit mit älteren lesbischen, schwulen und bisexuellen Personen in Bezug auf deren Auseinandersetzungen mit Community-Strukturen wird in der Psychotherapie nach Bedarf auch der oft unreflektierte Jugend- und Körperkult, der insbesondere in Teilen der schwulen, aber auch in Teilen der lesbischen Szene eine subkulturelle Norm darstellt, kritisch hinterfragt (Langer, 2009; Waser, 2002). In der Arbeit mit älteren Schwulen, Lesben und Bisexuellen stellen sich weiter Fragen nach einer adäquaten Gesundheitsversorgung bei lang andauernder körperlicher Erkrankung im Alter, nach dem Umgang mit Tod und Trauer in den sozialen Netzwerken, nach Wohn- und Lebensformen im

Alter sowie nach Beziehungen und erotisch-sexuellem Erleben im Alter (Barón & Cramer, 1999; Clarke et al., 2010; Ehrenberg, 1996; Frossard, 2002; Institute of Medicine, 2011; Knochel & Qualm, 2010; Plötz, 2006).

#### *Empfehlung 16*

##### *Lesbische, schwule und bisexuelle People of Color*

Psychotherapeut\_innen bemühen sich, die Herausforderungen zu verstehen, vor denen lesbische, schwule und bisexuelle *People of Color* stehen.

#### *Kommentar zu Empfehlung 16*

Die Bezeichnung „People of Color“ ist eine affirmative Selbstbezeichnung von Menschen, die von rassistischen Zuschreibungen betroffen sind. Lesbische, schwule und bisexuelle Menschen mit eigenen Migrationserfahrungen, Lesben, Schwule und Bisexuelle, die mit Migration aufgrund entsprechender Erfahrungen ihrer Angehörigen in Verbindung gebracht werden, politisch Verfolgte aus dem Ausland, ausländische Flüchtlinge, Asylbewerber\_innen, nationale Minderheiten wie z. B. Sinti und Roma, schwarze Deutsche sowie jüdische und muslimische lesbische, schwule und bisexuelle „People of Color“ (PoC) stellen eine sehr heterogene Gruppe dar. Sie können in Deutschland von verschiedenen Formen des Rassismus betroffen sein. So können sie Diskriminierungen ausgesetzt sein aufgrund ihnen zugeschriebener Merkmale (wie z. B. ihres Erscheinungsbildes, ihrer imaginierten religiösen und kulturellen Zugehörigkeit) in der Öffentlichkeit, bei der Wohnungssuche oder am Arbeitsplatz (vgl. z. B. Mannitz, 2006; Toprak, 2010). Neben dem allgemeinen Rassismus sind muslimische Personen in Deutschland und Europa zusätzlich von dem zunehmenden antimuslimischen Rassismus betroffen (Foroutan & Schäfer, 2009; Toprak, 2010). Gegen Jüd\_innen richten sich antisemitische Diskriminierungen. Hinzu kommt bei einigen Lesben, Schwulen und Bisexuellen of Color noch eine rassistisch begründete sozioökonomische Marginalisierung. Lesbische, schwule und bisexuelle Personen of Color sind so oft von mehrdimensionalen Diskriminierungen betroffen, wenn sie von der Mehrheitsbevölkerung z. B. als „nicht genug integriert“, „nicht ausreichend Deutsch sprechend“ und „nicht genug

etabliert“ identifiziert oder zusammengefasst werden. Hier vermischen sich dann rassistische, heteronormative und klassistische Ausschlussmechanismen.

Auch innerhalb lesbischer, schwuler und bisexueller Communities lassen sich rassistische/antimuslimische und antisemitische Einstellungen und Verhaltensweisen konstatieren (z. B. in Form einer pauschalen Zuschreibung besonders starker Homonegativität bei Muslimen; vgl. das Nair & Thomas, 2012). Rassismus in lesbischen, schwulen und bisexuellen Communities erhöht für Lesben, Schwule und Bisexuelle mit Migrationserfahrungen das Risiko einer sozialen Isolation und bedingt eine zusätzliche Einschränkung von Möglichkeiten der sekundären und tertiären Gewaltprävention (Çalışkan & Hamzhei, 1999; Castro Varela & Gutierrez Rodríguez, 2000; Hanafi et Siofi & Wolf, 2011; İpekçioglu, 2001; Landeshauptstadt München, 2007; Saadat, 2001). Auf der anderen Seite wirken jedoch auch Mechanismen der Exotisierung, Fetischisierung und Verobjektivierung von PoC, insbesondere in der schwulen Community.

In der Auseinandersetzung mit Rassismus erwerben Lesben, Schwule und Bisexuelle of Color spezifische Coping-Prozesse, die protektiv für ihre seelische Gesundheit wirken können (z. B. spezifische Formen der sozialen Unterstützung, verstärktes Gefühl von Sinnhaftigkeit und weitere; vgl. Kertzner et al., 2009). Communities von People of Color und andere soziale Netzwerke können wichtige Widerstandsressourcen gegen gesellschaftlichen und institutionalisierten Alltagsrassismus anbieten. Jedoch können in manchen sozialen Communitys, die eine Person gegen Erfahrungen mit Rassismus stärken, verschiedene homonegative Einstellungen und Praktiken auftreten. So werden Lesben, Schwule und Bisexuelle of Color wie in der Mehrheitsgesellschaft auch in manchen Communities von Personen of Color mit heteronormen Diskriminierungen konfrontiert, z. B. wenn Homosexualität als schuldhafter Verstoß gegen Sitten, Moral oder Glauben konstruiert wird. Dies kann Lesben, Schwule und Bisexuelle of Color einem starken heteronormen Konformitätsdruck aussetzen. Die Erfahrungen von Mehrfachdiskriminierungen in verschiedenen sozialen Kontexten und Bezugssystemen können den Aufbau einer von der betreffenden Person selbst positiv gewerteten Identität mit einer Integration unterschiedlicher Identitätsaspekte sowie von Gefühlen und Erfahrungen der Zugehörigkeit und des Selbstwertes erschweren (Steffens, Bergert & Heinecke, 2010). Psychotherapeut\_innen erfassen die Schwierigkeiten, die für Lesben, Schwule und Bisexuelle of Color durch intersektional verschränk-

te Ausgrenzungsstrukturen entstehen können, sowie die Ressourcen, die Lesben, Schwule und Bisexuelle of Color in ihren Lebenssituationen entwickelt haben. Psychotherapeut\_innen machen sich hinsichtlich der Vernetzungs- und Unterstützungsangebote für Lesben, Schwule und Bisexuelle of Color kundig. Psychotherapeut\_innen erarbeiten mit ihren Klient\_innen Möglichkeiten der sozialen Unterstützung ihrer Identität als People of Color (Mbombi, 2010) und ihrer lesbischen, schwulen und bisexuellen Lebensweise. Psychotherapeut\_innen stärken die Ressourcen ihrer Patient\_innen für die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention von Diskriminierungen und Gewalt.

### Empfehlung 17

*Lesben, Schwule und Bisexuelle mit chronischen Erkrankungen und Behinderungserfahrungen*  
Psychotherapeut\_innen anerkennen die besonderen Herausforderungen, mit denen lesbische, schwule und bisexuelle Menschen mit körperlichen, geistigen, seelischen und Sinnes-Beeinträchtigungen und chronischen Erkrankungen konfrontiert sind.

### Kommentar zu Empfehlung 17

Lesben, Schwule und Bisexuelle mit körperlichen, geistigen, seelischen und Sinnes-Beeinträchtigungen und chronischen Erkrankungen leben in sehr vielfältigen Lebenslagen (z. B. hinsichtlich ihrer Wohnform, ihrer sozialen Beziehungen und Vernetzungsstrukturen, hinsichtlich ihrer unterschiedlichen Bedarfe an gesundheitsbezogenen Versorgungsleistungen, hinsichtlich ihres Berufs, ihrer Ausbildung und ihrer Tätigkeiten, hinsichtlich ihrer Herkunft sowie der ihnen zur Verfügung stehenden finanziellen Möglichkeiten; Jowett & Peel, 2012). Sie entwickeln in ihren Auseinandersetzungen mit ihren Lebenskontexten, ihrer eigenen Person, mit Kontakten zu Menschen mit und ohne Behinderungserfahrungen, mit gesellschaftlichen Zuschreibungen, Barrieren und Unterstützungen sowie dem biografischen Verlauf ihrer Beeinträchtigung bzw. chronischen Erkrankung vielfältige Coping-Strategien, Resilienzen und Vulnerabilitäten. In Verknüpfung mit gesellschaftsstrukturell verankerten Zuschreibungen und Ausgrenzungen gegen Menschen mit Beeinträchtigungen („ableism“), die immer vor dem Hintergrund der deutschen Geschichte gelesen wer-

den müssen, erleben Menschen mit Behinderungserfahrungen und chronischen Erkrankungen, Stigmatisierungen und oft je nach Lebenskontext spezifische Einschränkung ihrer gesellschaftlichen Chancen (Jowett & Peel, 2012; Rommelspacher, 1999) sowie auch ihrer sexuellen Ausdrucksmöglichkeiten und Identitäten (z. B. durch die Abwertung der Körper von behinderten Menschen oder durch das Bestreiten eines sexuellen Begehrens geistig behinderter Menschen etc.; Butler, 2012).

Neben Benachteiligungen bei der Berufsausbildung und Arbeitsplatzsuche mit den entsprechenden Konsequenzen der sozioökonomischen Benachteiligung insbesondere von Frauen mit Behinderungen (Eiermann, Häußler & Helfferich, 1999) und Ausgrenzungen und Angriffen in der Öffentlichkeit (Maschos, 2011; Rommelspacher, 1999) erleben Lesben, Schwule und Bisexuelle mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen Versuche in Institutionen der Behindertenhilfe und in Assistenzsituationen, sie am Leben ihrer sexuellen Orientierung zu hindern.

Lesben, Schwule und Bisexuelle mit Beeinträchtigungen und chronischen Erkrankungen, die häufig Gesundheitsversorgung und Pflege benötigen, sind besonders auf eine respektvolle Haltung von Gesundheitsversorger\_innen oder pflegenden Angehörigen angewiesen. Wenn eine solche Haltung nicht vorhanden ist, kann bei den auf die Versorgung angewiesenen Personen ein starker sozialer Druck bestehen, ihre sexuelle Orientierung verstecken zu müssen, um ein Gesundheitsversorgungsangebot ohne zusätzliche Diskriminierung in Anspruch nehmen zu können. Dies kann von den betreffenden Lesben, Schwulen und Bisexuellen mit Beeinträchtigungen ein sehr belastendes Identitätenmanagement erfordern, was zu einer Kompartimentalisierung von Identitäten führen kann (Wadle & O'Toole, 2010). Lesbische, schwule und bisexuelle Personen mit einer geistigen Behinderung können besonders gefährdet sein, homonegative Konstruktionen aus ihrer sozialen Umwelt in ihr Selbstkonzept zu übernehmen, wenn ihnen in homonegativ geprägten Kontexten alternative Informationen nicht zugänglich gemacht werden und sie aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen und Begrenzungen ihrer Autonomie besondere Schwierigkeiten haben, ihren Wissenserwerb selbst zu steuern (Bennett & Coyle, 2007; Hanafi el Siofi & Wolf, 2011).

Stigmatisierungen und Ausgrenzungen gegenüber Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungserfahrungen gibt es auch in lesbischen, schwulen und bisexuellen Communities (Jowett & Peel, 2012). Bauliche und kommunikative Barrieren sowie behindertenfeindliche Diskriminierungen

erschweren Lesben, Schwulen und Bisexuellen mit Beeinträchtigungen und chronischen Erkrankungen auch die Nutzung von Szeneorten und -strukturen (vgl. auch Clarke et al., 2010). Szenetypische Dresscodes und Schönheitsideale verhindern manchmal, dass Lesben, Schwule und Bisexuelle mit Beeinträchtigungen als zugehörig anerkannt werden, wenn sie diese Normen nicht erfüllen (Jowett & Peel, 2012; Puschke, 2000; Rattay & Jugendnetzwerk Lambda, 2007; Hanafi El Siofi & Wolf, 2012).

Grundlegend für die Erweiterung der Möglichkeitsräume von Lesben, Schwulen und Bisexuellen mit Beeinträchtigungen sind gesellschaftliche Wandlungsprozesse in Richtung gleichberechtigter Teilhabe, die Überwindung behindertenfeindlicher Ausgrenzungen sowie die damit verbundene Auseinandersetzungen nicht-behinderter Menschen mit eigenen Haltungen, Ängsten, Vorbehalten, Aggressionen und Privilegien gegenüber Lesben, Schwulen und Bisexuellen mit Beeinträchtigungen.

Psychotherapeut\_innen haben sich mit der gesellschaftlichen Situation von Menschen mit Beeinträchtigungen auseinandergesetzt und ihre Haltungen gegenüber eigener (möglicher oder tatsächlicher) Beeinträchtigung und chronischer Erkrankung reflektiert. Sie begegnen Menschen mit Beeinträchtigungen mit Respekt und einer Offenheit für deren Lebenserfahrungen, Lebensentwürfe und Lebenssituationen, den individuellen und gesellschaftlichen Bedeutungen ihrer Behinderung und Erkrankung und ihren individuellen Verarbeitungsprozessen. Psychotherapeut\_innen erfassen die Schwierigkeiten, die für lesbische, schwule und bisexuelle-Klient\_innen mit Behinderungserfahrungen und chronischen Erkrankungen durch intersektional verschränkte Ausgrenzungsstrukturen in der Gesellschaft entstehen können. Sie machen sich kundig hinsichtlich der Vernetzungs- und Unterstützungsangebote für Lesben, Schwule und Bisexuelle mit Behinderungserfahrungen und chronischen Erkrankungen (z. B. aus der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung und lesbischen, schwulen, bisexuellen und queeren Kontexten). Psychotherapeut\_innen achten darauf, dass ihre therapeutischen Angebote möglichst barrierefrei sind (Butler, 2012; Köbsel, 1996). Psychotherapeut\_innen erarbeiten je nach Bedarf mit behinderten lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient\_innen den Zielen und Werten ihrer Klient\_innen entsprechende Coping-Strategien und Möglichkeiten zur sozialen Unterstützung ihrer Identität, Lebensweisen und Zukunftspläne, sowie bedarfsentsprechend Möglichkeiten der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention von Diskriminierungen und Gewalt.

*Empfehlung 18**Spiritualität/Religionszugehörigkeit*

Psychotherapeut\_innen werden ermutigt, religiöse und spirituelle Einflüsse im Leben von lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen zu beachten sowie deren Wertehaltungen zu erfassen und anzuerkennen.

*Kommentar zu Empfehlung 18*

Religiöse und spirituelle Bindungen können stützend, sinn- und haltgebend sein. Im religionsübergreifenden Wertesystem der Menschenrechte entsprechend den Yogyakarta-Prinzipien (Hirschfeld-Eddy-Stiftung, 2008) werden folglich die sexuelle Orientierung wie auch die Religion als schützenswerte Merkmale anerkannt. Die Zugehörigkeit zu bestimmten religiösen Gemeinschaften kann jedoch bei Lesben, Schwulen und Bisexuellen auch zu massiven inneren Konflikten führen, da Homosexualität auch heute noch in vielen Glaubensgemeinschaften verurteilt wird (Davidson, 1999; Lynch, 1996). So sind evangelikal-christliche Lesben und Schwule besonders gefährdet, in einer inneren und äußeren Drucksituation Konversionsbehandlungen nachzufragen (Tozer & Hayes, 2004; Wolf, 2004). Aber auch in anderen religiösen Gemeinschaften kann entsprechender Druck ausgeübt werden.

Psychotherapeut\_innen respektieren die Religiosität, Spiritualität und die Wertesysteme jeder Klientin und jedes Klienten als Ausdruck von Würde und Selbstbestimmung. Psychotherapeut\_innen unterstützen Klient\_innen bei Bedarf in der Entwicklung eines Wertesystems, das sowohl deren Bedürfnissen nach einer Integration in eine religiöse/spirituelle Gemeinschaft entgegenkommt als auch eine innere Annahme ihrer sexuellen Orientierung ermöglicht. Psychotherapeut\_innen machen sich hinsichtlich religiöser Gemeinschaften, die lesbische, schwule und bisexuelle Lebensweisen akzeptieren und Lesben, Schwulen und Bisexuellen wertschätzend gegenüberstehen, kundig und geben diese Informationen bei Bedarf an ihre Klient\_innen weiter.

*Empfehlung 19**Sexuell übertragbare Infektionen, HIV und AIDS*

Psychotherapeut\_innen können sexuell übertragbare Erkrankungen thematisieren, ohne

die davon Betroffenen zu stigmatisieren. Psychotherapeut\_innen kennen die besondere Bedeutung der Thematik HIV und AIDS für das Leben, die Identitätsentwicklung und die Selbstbilder von Lesben, Schwulen und Bisexuellen. Sie berücksichtigen dabei die spezifischen Auswirkungen einer Infektion mit HIV auf die Betroffenen, ihre Angehörigen und Partner\_innen sowie ihre sozialen Netzwerke.

*Kommentar zu Empfehlung 19*

Sexuell übertragbare Infektionen (STIs = sexually transmitted infections) wie HIV, Syphilis, Hepatitis, Herpes, Chlamydien, HPV und weitere können über bestimmte sexuelle Praktiken an den Partner bzw. die Partnerin weitergegeben werden. Die sexuellen Übertragungswege von STIs laufen über ungeschützten Anal-, Genital- oder Oralverkehr und die Berührung von Pilzinfektionen, Bläschen (Herpes) oder Geschwüren (Syphilis). Manche der Infektionen mit STIs verlaufen zunächst symptomarm, sodass sie für die Betroffenen selbst nicht feststellbar sind. Ängste, Scham und mangelnde Informationen können eine Kommunikationsbarriere in Gesprächen mit Partner\_innen, Freund\_innen und Gesundheitsversorger\_innen über ein Infektionsrisiko, eine vorhandene Erkrankung, über Safer Sex und sexuelle Gesundheit darstellen (Deutsche AIDS-Hilfe a, Deutsche AIDS-Hilfe b).

HIV/AIDS: Die Übertragung von HIV kann durch den Austausch von Körperflüssigkeiten wie Blut, Sperma oder Vaginalflüssigkeiten bzw. über den Gebrauch von Spritzen mit infiziertem Blut oder bei der Übertragung infizierter Blutprodukte erfolgen. Von einer HIV-Infektion und AIDS sind in westlichen Staaten insbesondere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), betroffen (Institute of Medicine, 2011). Drogenkonsumierende Menschen und Menschen aus Ländern, in denen eine relativ hohe Prävalenz von HIV-Infektionen festzustellen ist, tragen auch in Deutschland ein erhöhtes Risiko für eine HIV-Infektion oder AIDS. Bisexuelle Frauen tragen wahrscheinlich ein höheres Risiko für eine sexuelle Übertragung von HIV als heterosexuelle und lesbische Frauen (Institute of Medicine, 2011).

Insbesondere in Europa und in Nordamerika wird HIV/AIDS im gesellschaftlichen Diskurs stark mit schwulen Männern in Verbindung gebracht. Dies hat Auswirkungen auf die individuellen Aus-

einandersetzungen von Lesben, Schwulen und Bisexuellen mit der Thematik. Viele schwule Männer und andere MSM kennen Ängste, sich mit HIV infizieren zu können. Bei Männern und Frauen, die gut in die lesbische, schwule und bisexuelle Community integriert sind, ist oft Wissen über Infektionswege und Risiken bezüglich HIV und anderen STIs vorhanden. Allerdings bestehen häufig Unsicherheiten in der Risikobewertung ganz konkreter sexueller Situationen. Zudem ergeben sich aus dem insbesondere in schwulen Communities bestehenden Wissen auch so genannte Risiko-Management-Strategien (wie beispielsweise *Serosorting*, *Seroguessing*, *Strategic positioning*, Gefühl des Vertrauens etc.), aus denen sich wiederum spezifische Übertragungsrisiken ergeben können (Bochow et al., 2004; Langer, 2009). Bedürfnisse nach Nähe, nach einem besonders begehrten Partner und auch Substanzgebrauch können eine prinzipiell vorhandene Schutzmotivation einschränken (Bochow, 2010). Bei MSM, die über wenig Community-Kontakte verfügen, herrscht gelegentlich noch ein erheblicher Mangel grundlegender Informationen über STIs.

Neuere Arbeiten (z. B. Langer, 2009) stellen die erhöhte Vulnerabilität schwuler und bisexueller Männer für HIV und andere STIs in einen *syndemischen* Zusammenhang mit schädlichem Substanzgebrauch, weiteren psychischen Störungen und kritischen Lebensereignissen/Krisen als auslösende Bedingungen für sexuelles Risikoverhalten. Erfahrungen, die sich negativ auf eine selbstbewusste Identitätsentwicklung auswirken können, Diskriminierungen, Viktimisierungserfahrungen wie auch internalisierte Homonegativität erhöhen dabei die Vulnerabilität. Resilienz dagegen entwickelt sich durch Akzeptanz, soziale Einbindung und Unterstützung sowie durch eine positiv besetzte sexuelle Identität. Die Förderung der Identitätsentwicklung durch Abbau von internalisierter Homonegativität, Stärkung des Selbstwertes und Integration der Sexualität in die Gesamtidentität sollte demnach auch im Hinblick auf einen gesundheitsunterstützenden Umgang mit HIV/AIDS und STIs ein Therapieziel sein (Berg, Ross, Weatherburn & Schmidt, 2013; Langer, 2009).

Die Diagnose „HIV-positiv“ stellt in der Regel ein kritisches Lebensereignis dar, unter Umständen mit traumatisierendem Potenzial. Viele HIV-positive schwule Männer beschreiben den Umgang mit ihrer Infektion wie ein wiederholtes Coming-out mit einer Phase des eigenen Auseinandersetzens mit der Frage, was HIV-positiv-Sein nun für einen selbst, das eigene Leben und für zwischenmenschliche Kontakte, Beziehungen bedeutet, und der Frage, wem man sich

wann und wozu mitteilen möchte oder gar muss. Der Status „HIV-positiv“ muss in den allermeisten Fällen nicht nur in die eigene Biografie, sondern auch in die sexuelle Identität integriert werden. Je nach Infektionsbedingungen, Vorerfahrungen, Bedeutungsgebungen, sozialer Unterstützung und in Abhängigkeit der Verfügbarkeit von Coping-Strategien fällt dies mehr oder weniger schwer (Bochow, 2010).

Die Bedeutung von HIV und AIDS für schwule Paare bzw. die Beziehungsdynamik kann je nach Konstellation sehr unterschiedlich sein (Symalla & Walther, 1997). Die AIDS-Erkrankung eines Menschen stellt für sein soziales Umfeld eine große Herausforderung dar, der in verschiedenen Communities mit dem Aufbau von Unterstützungsstrukturen begegnet wurde. Manche Communities sind sehr stark durch den Tod vieler Freund\_innen und Angehöriger an AIDS betroffen, was bei denjenigen, die viele Freund\_innen dadurch verloren haben, zu einer starken kumulativen Belastung führen kann (Institut of Medicine, 2011).

Psychotherapeut\_innen unterstützen ihre Klient\_innen in ihrer Selbstachtung und auch der Wertschätzung ihres Körpers (ILGA, 2011). Psychotherapeut\_innen bringen die Themen HIV/AIDS und STIs entsprechend der Relevanz des Themas für ihre Klient\_innen in die Beratung und Therapie ein. Psychotherapeut\_innen stellen betroffenen Menschen im Rahmen der Behandlung einen Raum zur Verfügung, in dem diese nicht wegen einer STI stigmatisiert werden, sondern ihnen mit Wertschätzung begegnet wird. Psychotherapeut\_innen kennen auch die historischen und soziokulturellen Einflüsse von HIV und AIDS auf das Leben von lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen und stärken das Selbstbewusstsein ihrer Klient\_innen zu einem verantwortlichen Umgang mit den Risiken von sexuell übertragbaren Krankheiten sowie im Umgang mit einer Infektion. Psychotherapeut\_innen sind die Übertragungswege und Risiken von STIs bekannt und sie können Klient\_innen bedarfsentsprechend an medizinische Versorger\_innen und AIDS-Hilfen sowie andere geeignete Stellen zur Beratung, Vorsorgeuntersuchung, Testung und Behandlung verweisen.

### Empfehlung 20

*Strukturen in lesbischen, schwulen und bisexuellen Communities*

Psychotherapeut\_innen machen sich mit angemessenem Aufwand mit wesentlichen

Unterstützungs-Strukturen für lesbische, schwule und bisexuelle Menschen in den Communities und im Internet, in der Gesundheits- und psychosozialen Versorgung, im Bildungssystem, auf kommunaler, Landes- und Bundesebene vertraut.

#### *Kommentar zu Empfehlung 20*

Für eine fachgerechte Vernetzung und Weiterweisung machen sich Psychotherapeut\_innen hinsichtlich der entsprechenden Hilfestrukturen im Gesundheitsbereich kundig (Jowett & Peel, 2012). Beratungsangebote (z. B. von schwulen und lesbischen Beratungsstellen, allgemeine Sozialberatungsstellen, Hilfsangebote in existenziellen Notlagen) können die sekundären Folgen von Diskriminierungen lindern oder eine Unterstützung im Coming-out-Prozess anbieten. Der Hinweis auf Bildungs-/Selbsthilfe- und Freizeitangebote, berufliche und politische Organisationen kann lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient\_innen den Kontakt zu anderen Lesben, Schwulen und Bisexuellen sowie weiteren Unterstützungspersonen erleichtern. Virtuelle Social Communities bieten ebenfalls Kontaktmöglichkeiten. Diesbezüglich sind jedoch Psychotherapeut\_innen auch in der Lage, mögliche Risiken in Form von Fehlinformationen, Mobbing, Diskriminierung und Diskreditierung im Netz sowie einer selbstschädigenden, sehr zeitintensiven Nutzung des Netzes mit den Folgen der Vernachlässigung körperlicher oder sozialer Bedürfnisse anzusprechen (Clarke et al., 2010).

#### **D) Aspekte in Wirtschaft & Arbeitsleben**

##### *Empfehlung 21*

*Lesben, Schwule und Bisexuelle und sozioökonomischer Status*

Psychotherapeut\_innen kennen den Einfluss des sozioökonomischen Status auf Entwicklungsprozesse und das psychische und körperliche Wohlbefinden von lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen. Psychotherapeut\_innen ziehen die Bedingungen und Auswirkungen der Klassenzugehörigkeit und des sozioökonomischen Status bei der Behandlung von Klient\_innen in Betracht.

##### *Kommentar zu Empfehlung 21*

Der sozioökonomische Status eines Menschen setzt sich aus den Kriterien Beruf/Arbeit, Bildung und Einkommen zusammen und prägt auch den Zugang eines Menschen zu Gesundheitsversorgungsangeboten (Möller-Leimkühler, 2008; Wörz et al., 2006). Die geschilderten Statuskriterien hängen zwar miteinander zusammen, kovariieren aber nicht notwendigerweise in dem Sinne, dass z. B. ein hoher Bildungsabschluss zwangsläufig auch zu einem Beruf mit hohem Einkommen führen würde (Möller-Leimkühler, 2008). So sind bei manchen Lesben, Schwulen und Bisexuellen spezifische Brüche zwischen Bildungsabschluss und Verdienstmöglichkeiten zu konstatieren. Gesellschaftliche Homonegativität beeinträchtigt die Möglichkeiten von Lesben, Schwulen und Bisexuellen in Bezug auf Bildung und im Arbeitsleben. Bei jungen Lesben, Schwulen und Bisexuellen können schulische Ausgrenzungen die Bildungswege deutlich beeinträchtigen. Damit erfahren auch ihre beruflichen Aussichten sowie ihre Möglichkeiten, informationelle Ressourcen zu nutzen, eine Einschränkung. Geoutete junge Lesben und Schwule brechen überproportional häufig die Schule ab (Jordan, Vaughan & Woodworth, 1997; Lee, 2000). Die Risiken lesbischer, schwuler und bisexueller Sozialisation gewinnen wahrscheinlich bei Jugendlichen und Erwachsenen, die aus benachteiligten Schichten stammen, zusätzlich an Gewicht (Wieland, 1999, S. 55f.; Wolf, 2004). Lesben, Schwule und Bisexuelle, denen es gelingt, einen hohen Bildungsabschluss zu erreichen, verdienen oft trotzdem relativ wenig und werden durch strukturell verankerte Ausschussprozesse am Erreichen einer hohen beruflichen Stellung gehindert (Bradford & White, 2000; Kertzner & Sved, 1996; Franzen & Sauer, 2010; Institute of Medicine, 2010; Hanafi El Siofi & Wolf, 2012). Auf der anderen Seite scheint eine höhere Schichtzugehörigkeit erwachsenen Lesben, Schwulen und Bisexuellen das Offenleben zu erleichtern (Knoll, Edinger & Reisbeck, 1997). Zudem können ein hoher Verdienst und eventuell auch eine Zugehörigkeit zu einer hohen sozialen Schicht manche Diskriminierungen mildern oder ganz abwenden (Clarke et al., 2010; Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung & Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen, 2013). Auch in lesbischen, schwulen und bisexuellen Communities finden soziale Stratifizierungsprozesse statt und Lesben, Schwule und Bisexuelle mit niedrigerem sozioökonomischen Status oder aus unterprivilegierten Klassen können auch dort Ausgrenzungen erleben (z. B. durch bestimmte Kleidungspolitiken oder hohe Eintrittspreise zu Community-Orten; vgl. das Nair & Hansen, 2012).



Psychotherapeut\_innen machen sich hinsichtlich der spezifischen Einflüsse sozioökonomischer Bedingungen auf lesbische, schwule und bisexuelle Klient\_innen kundig. Psychotherapeut\_innen sind sich ihrer eigenen Positionierung in Bezug auf Klassenzugehörigkeit und sozioökonomischen Status bewusst. Sie reflektieren sorgfältig Zuschreibungen, die sie an Angehörigen bestimmter Klassen und Menschen mit einem bestimmten sozioökonomischen Status vornehmen. Sie achten darauf, dass ihre Arbeit durch eine differenzierte und sorgfältige Erfassung der Situation ihrer Klient\_innen und nicht durch Stereotype geprägt ist (das Nair & Hansen, 2012). Sie gestalten ihr Gesundheitsversorgungsangebot kultursensibel so, dass es von Klient\_innen aller sozialen Schichten angenommen werden kann.

Psychotherapeut\_innen verzichten auf paternalistische Haltungen. Sie stärken und achten ihre Klient\_innen in ihren Werten und ihrer Selbstbestimmung. Psychotherapeut\_innen beachten, in welcher Form sie gegenüber Klient\_innen ihren eigenen sozioökonomischen Status kommunizieren (z. B. durch Kleidung/Praxiseinrichtung). Psychotherapeut\_innen reflektieren, ob durch ihre Repräsentationsformen eventuell Versorgungsbarrieren entstehen könnten und wie diese Barrieren abgebaut werden können (das Nair & Hansen, 2012). Psychotherapeut\_innen erfassen die Auseinandersetzungen von Klient\_innen mit ihrem sozioökonomischen Status und ihrer Klassenzugehörigkeit und die Bedeutung dieser Erfahrungshintergründe für das Leben ihrer Klient\_innen. Psychotherapeut\_innen gehen auf Belastungen durch finanziell prekäre Verhältnisse ihrer Klient\_innen ein und unterstützen diese bei der Kontaktaufnahme zu entsprechenden Hilffsystemen. Psychotherapeut\_innen ist dabei bewusst, dass Menschen mit geringen finanziellen Möglichkeiten besonders vulnerabel gegenüber Diskriminierungserfahrungen sind. Sie beachten, dass es bei der Inanspruchnahme von staatlich gewährten Transferleistungen durch lesbische, schwule und bisexuelle Klient\_innen zu Diskriminierungen kommen kann und stärken in diesem Falle die Schutzmöglichkeiten ihrer Klient\_innen.

### Empfehlung 22

#### *Lesbische, schwule und bisexuelle Orientierung am Arbeitsplatz*

Psychotherapeut\_innen bemühen sich darum, die besonderen Herausforderungen zu berücksichtigen, denen lesbische, schwule

und bisexuelle Menschen in Erziehung, Ausbildung und am Arbeitsplatz ausgesetzt sind.

### *Kommentar zu Empfehlung 22*

Ein offenes Bekenntnis zu einer lesbischen, schwulen oder bisexuellen Orientierung oder zu einem/einer gleichgeschlechtlichen Partner\_in kann auch in Ausbildung und am Arbeitsplatz bei der betreffenden Person Ängste vor einem möglichen beruflichen Statusverlust auslösen bzw. zu einem entsprechenden Statusverlust führen (Knoll, Edinger & Reisbeck, 1997). Formal ist eine Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung am Arbeitsplatz in Deutschland zwar seit 2006 durch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) verboten, doch gilt das spezifische Diskriminierungsverbot z. B. nicht für kirchliche Einrichtungen.

In manchen Fällen sind Diskriminierungen subtil und schwer nachweisbar oder für die Betroffenen z. B. im Falle von Mobbing schwer in Bezug auf die Hintergründe zu erfassen. Lesbische, bisexuelle und schwule Menschen, die ihre sexuelle Orientierung für sich selbst noch nicht gut akzeptiert haben bzw. bereits jahrelang versteckt gelebt haben oder noch leben und entsprechend wenig soziale Unterstützung in ihrem Umfeld haben, weisen eine besondere Vulnerabilität in diskriminierenden Berufssituationen auf.

Am Arbeitsplatz kommt es zu vielfältigen Kontakten. Unter Arbeitskolleg\_innen ist es oft üblich, über die gegenseitigen familiären und freundschaftlichen Verhältnisse zu sprechen und entsprechend informiert zu sein. So wissen die meisten Menschen darüber Bescheid, ob ihr Kollege oder ihre Kollegin verheiratet ist oder einen Freund bzw. eine Freundin hat. Bereits solche scheinbar banalen Informationen sagen etwas über die sexuelle Orientierung der Betroffenen aus. Personen, die noch im Coming-out-Prozess sind oder nur teilweise geoutet leben, zeigen sich diesbezüglich bei privaten Informationen oft sehr reserviert, was dazu führt, dass sie für ihre Kolleg\_innen sehr blass und wenig greifbar wirken. So können sie etwa den Anschein erwecken, sie seien sozial gehemmt, während sie tatsächlich versuchen, sich durch Verschweigen ihrer sexuellen Orientierung vor Schikanen zu schützen. Unter der allgemeinen Vermutung, es handle sich um eine sehr schüchterne Person, können allerdings deren berufliche Aufstiegschancen leiden.

Psychotherapeut\_innen berücksichtigen die Auswirkungen von Homonegativität auf die Ausbildungs-

und Arbeitssituation von lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient\_innen hinsichtlich ihres ausbildungsbezogenen und beruflichen Selbstkonzeptes, sowie bezüglich Erwartungen und Erfahrungen mit Diskriminierungen (Croteau, Anderson, Distefano & Kampa-Kokesch, 1999). Sie unterstützen Klient\_innen bei der Klärung problematischer Ausbildungs- und Berufssituationen sowie bei der Kontaktaufnahme zu Beratungsstellen (z. B. Antidiskriminierungsstelle, Betriebsrat).

## E) Profession und sexuelle Orientierung

### Empfehlung 23

#### *Aus- und Weiterbildung*

Psychotherapeut\_innen sind angehalten, ihr Wissen und Verständnis über Homosexualität und Bisexualität durch kontinuierliche Fort- und Weiterbildung zu vertiefen. Die Thematisierung sexueller Orientierungen einschließlich entsprechender Selbsterfahrung sollen als verbindliche Inhalte in die Curricula psychotherapeutischer Ausbildungsinstitute aufgenommen werden. Für bereits tätige Psychotherapeut\_innen sollen Weiterbildungen zum Umgang mit der sexuellen Orientierung in Beratung und Psychotherapie erarbeitet und breit angeboten werden.

### Kommentar zu Empfehlung 23

Aktuell ist der Ausbildungsstand von niedergelassenen Psychotherapeut\_innen zum Thema der sexuellen Orientierungen sehr uneinheitlich und in vielen Fällen noch nicht ausreichend. Ausbildungsdefizite im Studium und der beruflichen Weiterbildung zur Psychotherapeut\_in (Brown, 1999; Heinrich & Biechele, 1997; Reisbeck, Bittner, Edinger & Knoll, 1996) führen zu Einschränkungen der Versorgungsqualität (vgl. hierzu z. B. Ise & Steffens, 2000; Steffens & Eschmann, 2001; Wolf, 2004).

Die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeut\_innen in diesem Bereich sollte deshalb sowohl fachlich fundiertes Wissen in Bezug auf die Diversität lesbischer, schwuler und bisexueller Lebensweisen, die spezifischen gesundheitlichen Risiken und gesundheitsförderlichen Ressourcen von LSB umfassen als auch eine Auseinandersetzung der Professionellen in Bezug auf Intersektionalität, sexuelle Orientierung und Homo- und Binegativität

beinhalten (Bieschke et al., 1999; Committee on Adolescence, 1993; Frossard, 2000; Gruskin, 1999; Hammelstein, 2010; Heinrich & Reipen, 2001; Phillips, 1999; Wolf, 2004).

Die professionelle Auseinandersetzung mit Homonegativität und sexueller Orientierung in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung umfasst dabei u. a. (Hammelstein, 2010)

- das Erkennen von Indizes für die Internalisierte Homonegativität, – das Erkennen eigener Anteile von Heterosexismus und Homonegativität, damit diese den therapeutischen Prozess nicht blockieren, – die Kenntnis homo- und bisexueller Lebenswelten, um mögliche soziale Unterstützungsangebote empfehlen zu können, – eine Kenntnis über spezifisch homosexuelle Entwicklungsphasen (z. B. beim Coming-out). (Hammelstein, 2010, S. 2)

sowie den Erwerb von Fachwissen zu allen in dieser Leitlinie genannten Themenbereichen.

Da sich das Wissen über sexuelle Orientierungen vor dem Hintergrund eines raschen gesellschaftlichen Wandels in diesem Bereich schnell weiterentwickelt, wird Psychotherapeut\_innen entsprechend der professionellen Ethikrichtlinien (Deutsche Gesellschaft für Psychologie & Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V., Stand: 16.04.2005) eine laufende Aktualisierung des entsprechenden Fachwissens durch Weiterbildungen empfohlen.

### Empfehlung 24

#### *Forschungsfeld Bi- und Homosexualität*

Psychotherapeut\_innen wissen, dass im Bereich der sexuellen Orientierungen nach wie vor ein großer Forschungsbedarf besteht und sind sich der Begrenzungen der aktuell zu diesem Thema vorhandenen Forschungsbefunde bewusst.

### Kommentar zu Empfehlung 24

Wissenschaft ist immer auch durch die gesellschaftspolitische Situation geprägt. Gleichzeitig befinden sich die gesellschaftspolitischen Bedingungen in einem Wandlungsprozess. Die rechtliche, politische und gesellschaftliche Positionierung von Lesben, Schwulen und Bisexuellen in Deutschland hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich bewegt und verändert.

Bis in die jüngste Vergangenheit wurden Menschen wegen ihrer gleichgeschlechtlichen sexuellen Orientierung vielfach als „krank“, „pervers“ und als gesellschaftliche Bedrohung konstruiert. Es wurden daraus Werturteile abgeleitet, die auch Einfluss auf Forschungsförderung und Forschungsdurchführung hatten und in manchen Fällen auch noch haben. Forschung in diesem Bereich hat oft gesellschaftliche Vorurteile verfestigt und sich an Ausgrenzung von lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen beteiligt (Kennedy & Hellen, 2010; Sheets & Mohr, 2009).

Im nationalsozialistisch dominierten Deutschland wurden lesbische, schwule, bisexuelle und Trans\*-Strukturen zerschlagen, was auch die frühe Homosexualitätsforschung z. B. des Institutes für Sexualforschung in Berlin betraf. Das NS-Regime bedeutete für viele Homosexuelle den Tod in Konzentrationslagern, durch Zwangsarbeit und durch medizinische Menschenversuche. Erst 1973 wurde Homosexualität im DSM-II und erst 1989 in der ICD-10 der WHO entpathologisiert. Der in Deutschland männliche Homosexuelle diskriminierende Paragraf § 175 wurde erst am 11. Juni 1994 gestrichen. Entpathologisierung und Entkriminalisierung waren wichtige Schritte für eine Verbesserung der gesamtgesellschaftlichen Situation von Lesben, Schwulen und Bisexuellen. Aktuell verfügen Lesben, Schwule und Bisexuelle über die Möglichkeit, eine gleichgeschlechtliche Beziehung zu einer Partner\_in mittels des Lebenspartnerschaftsgesetzes spezifisch abzusichern, das Antidiskriminierungsgesetz bietet eine rechtliche Handhabe bei manchen Diskriminierungen (z. B. bei offen artikulierten Diskriminierungen in einer Bewerbungssituation). In der Bevölkerung lassen sich jedoch auch in aktuellen Untersuchungen noch weitverbreitete Vorurteile gegen Lesben, Schwule und Bisexuelle konstatieren, die oftmals mit Vorbehalten gegenüber weiteren Bevölkerungsgruppen verknüpft sind (Übersicht in Hanafi el Siofi & Wolf, 2012).

Aktuell ist die Studienlage in Deutschland zu den Lebenssituationen und gesundheitlichen Entwicklungen von Lesben, Schwulen und Bisexuellen aufgrund von Einschränkungen der Forschungsförderung und mangelnde Integration des Themas in die Ausbildung von Forschenden noch sehr bruchstückhaft. Da durch den weitgehend fehlenden Einbezug des Merkmals der sexuellen Orientierung in große bevölkerungsbezogene Studien die Grundgesamtheit von Lesben, Schwulen und Bisexuellen nicht bekannt ist, sind vorliegende Studiendaten hinsichtlich ihrer Repräsentativität nicht interpre-

tierbar. Insbesondere fehlen Daten zur Diversität von Lesben, Schwulen und Bisexuellen, zu den intersektional verschränkten Wechselwirkungen von sexueller Orientierung, Gender, sozioökonomischen Status, Ethnizität und weiteren Merkmalen. Bei den lesbischen, schwulen und bisexuellen Personen, die durch Studienanfragen als Proband\_innen erreicht werden, sind Menschen mit einem relativ hohen Bildungsabschluss und Weiße regelmäßig überrepräsentiert (das Nair & Thomas, 2012; Hanafi El Siofi & Wolf, 2012; Steffens, Bergert & Heinecke, 2010). Untersuchungen zu kontextuellen Einflüssen, Langzeitstudien, bevölkerungsrepräsentative Studien zu Lesben, Schwulen und Bisexuellen sowie Studien, die die Einflüsse gesellschaftspolitischer Veränderungen auf die Lebensweisen von Lesben, Schwulen und Bisexuellen dokumentieren, stellen wichtige Forschungsdesiderate dar, um letztendlich auf einer validen Basis auch die Gesundheitsversorgung und Psychotherapie für Lesben, Schwule und Bisexuelle qualitätsgesichert planen und evaluieren zu können (vgl. Dyck & Egale Canada Human Rights Trust, 2012).

Psychotherapeut\_innen sind sich dieser Einschränkungen des aktuellen Forschungsstandes bewusst und erweitern ihr Wissen zu Lesben, Schwulen und Bisexuellen kontinuierlich anhand aktueller Untersuchungen, die entsprechend der allgemeinen und spezifischen Forschungsethik durchgeführt worden sind. Die spezifische affirmative Forschungsethik umfasst u. a. im Sinne des „nihil nocere“ eine besondere Beachtung gesellschaftlicher Strukturen und Vorurteile im Forschungsprozess sowie im Interesse der Transparenz der Forschung einen Einbezug der Community und die Rückgabe der Forschungsbefunde in die Community, damit sie dort diskutiert und rezipiert werden können (Herek, Kimmel, Amaro & Melton, 1991; Wolf, 2004). Entsprechend der Deklaration von Helsinki ist medizinische Forschung an lesbischen, schwulen und bisexuellen Proband\_innen als benachteiligte Bevölkerungsgruppe nur gerechtfertigt, wenn das Forschungsvorhaben auf die gesundheitlichen Bedürfnisse und Prioritäten von Lesben, Schwulen und Bisexuellen reagiert und die lesbische, schwule und bisexuelle Community aus den Forschungsergebnissen wahrscheinlich auch Nutzen ziehen kann (Weltärztebund, 2008).

## Literatur und Glossar

Das Literaturverzeichnis und ein Glossar zu diesem Beitrag stehen auf der Webseite des VLSP ([www.vlsp.de](http://www.vlsp.de)) zum Download zur Verfügung.

## Zu den Autor\_innen

*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.

*Matthias Fünfeld*, Dr. phil. Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis in Freiburg/Breisgau mit den Schwerpunkten Verhaltenstherapie und Schematherapie (ISST), Supervisor, Dozent.

*René Oehler*, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis in Stuttgart, in der er unter anderem Psychotherapien und vielfältige Beratungen für Schwule, Bisexuelle und Lesben anbietet. Er führt zudem an Aus- und Weiterbildungsinstituten das Seminar „Bisexuelle, lesbische und schwule Lebenswelten: Herausforderungen für die Psychotherapie“ durch.

*Susanne Andrae* arbeitet als Diplom-Psychologin in Bielefeld und ist in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin.

## Korrespondenzadressen

Dr. phil. Dipl.-Psych. Gisela Wolf  
Psychotherapeutische Praxis  
Sieglindestr. 6  
12159 Berlin  
*E-Mail:* gisela.wolf.fr@googlemail.com

Dr. phil. Dipl.-Psych. Matthias Fünfeld  
Praxis für Psychotherapie, Verhaltenstherapie –  
Schematherapie  
Lessingstr. 9  
79100 Freiburg  
*E-Mail:* info@frbg.de

Dipl.-Psych. René Oehler  
psyvivendi – Praxis für Psychologische  
Psychotherapie  
Breitscheidstr. 44  
70176 Stuttgart  
*E-Mail:* kontakt@psyvivendi.de



Die 1971 in München gegründete Vereinigung umfasst über 30 kognitiv- und verhaltenstherapeutische Mitgliedsorganisationen aus über 20 europäischen Ländern. Zielsetzung der EABCT ist die Förderung kognitiver und verhaltenstherapeutischer Therapieansätze in Europa.

Die EABCT richtet jährlich stattfindende europäische Kongresse für kognitive und behaviorale Therapien aus. DGVT-Mitglieder erhalten die Möglichkeit, zu vergünstigten Gebühren daran teilzunehmen.

### 45<sup>th</sup> Annual Congress of EABCT

Jerusalem, Israel

31. August - 3. September 2015

### 46<sup>th</sup> Annual Congress of EABCT

Stockholm, Sweden

31. August - 3. September 2016

Teilnahmebescheinigungen mit Angaben zum Thema, ReferentIn und Unterrichtseinheiten können bei der zuständigen Landespsychotherapeutenkammer/Ärztammer eingereicht werden!

### Weitere Informationen:

[www.eabct.com](http://www.eabct.com)