

Können Reorientierungs- therapien erfolgreich und gewinnbringend sein?

**Antwort auf die Einwände der Amerikanischen Psychologengemeinschaft APA gegen
Therapien zur Veränderung einer homosexuellen Orientierung**

Eine Stellungnahme von NARTH

Der vorliegende Text ist die gekürzte Version einer insgesamt 300 Seiten umfassenden Stellungnahme der Organisation NARTH (National Association for Research and Therapy of Homosexuality), verfasst vom wissenschaftlichen Beirat von NARTH unter der Leitung ihres Präsidenten A. Dean Byrd, Ph.D., MBA, MPH.¹ NARTH antwortet damit auf die Einwände der Amerikanischen Psychologengemeinschaft gegen Reorientierungstherapien. Auch die gekürzte Version wurde von NARTH herausgegeben und ist im Internet abrufbar.²

Für die Übertragung ins Deutsche wurden gegenüber der amerikanischen Kurzversion geringfügige Ergänzungen vorgenommen und an wenigen Stellen das amerikanische Original freier übertragen, um dem deutschsprachigen Nicht-Fachleser das Lesen des Textes zu erleichtern.

Die im Amerikanischen weitgehend synonym gebrauchten Begriffe Veränderungstherapie und Reorientierungstherapie wurden auch im Deutschen so wiedergegeben. Die reparativen Therapien sind Teil der Reorientierungstherapien.

Für die Ergänzungen und die Übertragung ins Deutsche ist das DJIG verantwortlich.

Einleitung

1973 gab die Amerikanische Psychiatervereinigung (American Psychiatric Association) jahrelangem Druck von Seiten homosexuell und lesbisch lebender Aktivisten nach und strich Homosexualität aus der Diagnoseliste psychischer Störungen.

Zwei Jahre später, 1975, folgte die Amerikanische Psychologengemeinschaft APA (American Psychological Association), auf deren Einwände hier geantwortet wird.

Auch in den folgenden Jahren und ungeachtet erheblicher Proteste beugte sich die Amerikanische Psychologengemeinschaft immer wieder dem Druck, den das „Komitee für schwule, lesbische, bi- und transsexuelle Angelegenheiten“ (Committee on Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender concerns) auf die APA-Führung ausübte. Immer wieder erstellte die APA Richtlinien, die wenig mit den Ergebnissen legitimer wissenschaftlicher Forschung zu tun hatten,

aber eine politische Agenda unterstützten. Beispielsweise wurde auf der Jahrestagung der APA 2004 in Honolulu eine Resolution verabschiedet, die die homosexuelle Eheschließung befürwortet. Zur Begründung hieß es, es sei „unfair und diskriminierend, gleichgeschlechtlichen Paaren die Zivilehe und die damit zusammenhängenden Vergünstigungen, Rechte und Privilegien zu verwehren.“ Die Resolution beruhte auf der Empfehlung der APA-„Arbeitsgruppe für homosexuelle Familien und Beziehungen“. Ihre Mitglieder sind homosexuell oder lesbisch lebende Aktivisten oder Personen, die auf Grund ihrer bekannten Unterstützung der politischen Ziele der LSBT-Bewegung in die Arbeitsgruppe berufen wurden. (LSBT: lesbisch, schwul, bisexuell, transsexuell bzw. transgender)

1997 verabschiedete die APA ihre gegenwärtige Richtlinie.³ Darin wird die Therapie von Homo-

Der vorliegende Text ist die gekürzte Version einer 300 Seiten umfassenden Stellungnahme von NARTH. Auch die gekürzte Version wurde von NARTH herausgegeben.

sexualität als einer psychischen Krankheit abgelehnt; allerdings werden Reparaturtherapien (im weiteren Sinn) nicht ausdrücklich verurteilt.

Im April 2007 reagierte die APA erneut auf lautstarke Forderungen homosexuell lebender Mitglieder und gründete einen Ausschuss für den „angemessenen Umgang mit sexueller Orientierung“. Der Ausschuss sollte die Richtlinien von 1997 prüfen und aktualisieren. Wie jedoch zu erwarten, nominierte die APA für den Ausschuss keinen der zahlreichen Therapeuten, die qualifizierte, praktisch-therapeutische Erfahrungen mit Veränderungsprozessen bei ich-dystoner Homosexualität haben. Stattdessen berief sie Therapeuten und Wissenschaftler, deren pro-homosexuelle Haltung bekannt ist und die in den vergangenen Jahren ihre ablehnende Haltung gegenüber Veränderungstherapien bereits lautstark deutlich gemacht hatten.

[Im Englischen wird an dieser Stelle bei den Veränderungstherapien der Begriff der „gender-affirmativen“ Therapien eingeführt. Dieser Begriff umfasst alle Therapien, die das Ziel haben, über eine Stärkung des Mann- oder Frauseins bzw. der männlichen oder weiblichen Geschlechtsidentität eine Veränderung der homosexuellen Orientierung hin zu einer heterosexuellen Orientierung zu erreichen. Die Reparaturtherapien sind Teil der gender-affirmativen Therapien. Das Gegenstück dazu sind die „gay-affirmativen“ Therapien, deren Ziel es ist, die homosexuelle Neigung zu stärken und die Festigung einer homosexuellen oder lesbischen Identität zu erreichen. Anm. d. Ü.]

Für den Widerstand der APA gegen Veränderungstherapien werden drei Gründe genannt, zu denen der wissenschaftliche Beirat der „National Association for Research and Therapy of Homosexuality“ (NARTH) im folgenden Stellung nimmt.

Drei Einwände der APA gegen Veränderungstherapien:

1. Es gibt keine schlüssigen oder überzeugenden Beweise dafür, dass therapeutische Versuche zur Veränderung homosexueller Neigungen erfolgreich sind.

2. Versuche, die sexuelle Orientierung zu verändern, haben sich als schädlich erwiesen. Sie können zu größerem Selbsthass, Depressionen und anderen selbstzerstörerischen Verhaltensweisen führen.

3. Im Leben homosexuell lebender Menschen finden sich nicht häufiger Pathologien⁴ als im Leben heterosexuell lebender Menschen.

Der wissenschaftliche Beirat sowie der Vorstand von NARTH halten diesen Einwänden folgende Fakten und Daten entgegen:

Antwort auf den ersten Einwand

„Es gibt keine schlüssigen oder überzeugenden Beweise dafür, dass therapeutische Versuche zur Veränderung homosexueller Neigungen erfolgreich sind.“

Seit dem Ende des 18. Jahrhunderts sind Resultate von Bemühungen, die homosexuelle Orientierung zu verändern, ausführlich in der wissenschaftlichen Literatur dokumentiert. Unterschiedliche theoretische und praktische Ansätze haben dabei zu unterschiedlichen Erfolgen geführt. Auch wenn es keine randomisierten Studien gibt, belegen die Dokumentationen doch eindeutig die Möglichkeit der Veränderung einer homosexuellen Orientierung.

Die Erfolge der therapeutischen Bemühungen wurden dabei in der Regel als Veränderung des sexuellen Begehrens definiert – eine Verlagerung von der homosexuellen Anziehung in Richtung hin zur heterosexuellen Anziehung, sei es durch Selbsteinschätzung der Betroffenen oder mithilfe verschiedener Testverfahren.⁵

Ganz abgesehen davon haben Studien mittlerweile gezeigt, dass auch ohne therapeutische Intervention die sexuelle Orientierung keine festgefügte, eindimensionale oder unveränderliche Größe ist.⁶ Dazu schreibt auch die Psychologin *Margaret Schneider*, die als prominentes Mitglied der APA verantwortlich in verschiedenen APA-Ausschüssen war und ist – beispielsweise war sie einige Zeit Vorsitzende für das APA-„Komitee für lesbische, schwule und bisexuelle Angelegenheiten“ – sinngemäß:

Seit dem Ende des 18. Jahrhunderts sind Resultate von Bemühungen, die homosexuelle Orientierung zu verändern, ausführlich in der wissenschaftlichen Literatur dokumentiert.

Studien haben mittlerweile gezeigt, dass auch ohne therapeutische Intervention die sexuelle Orientierung keine festgefügte, eindimensionale oder unveränderliche Größe ist.

In der Forschung sind seit vielen Jahrzehnten Fälle der Veränderung einer homosexuellen Orientierung hin zur Heterosexualität dokumentiert. Dabei sind unterschiedliche theoretische Konzepte zur Anwendung gekommen.

Die sexuelle Orientierung hat mit dem Geschlecht zu tun, von dem sich ein Mensch erotisch-sexuell angezogen fühlt. Die meisten Menschen geben bei der Frage nach der sexuellen Orientierung nur *ein* Geschlecht an, zu dem sie sich hingezogen fühlen (meist das andere Geschlecht, seltener das eigene). Doch kennen viele, die sich als heterosexuell bezeichnen, auch eine gewisse Anziehung zum eigenen Geschlecht oder haben einmal entsprechende Erfahrungen gemacht. Ebenso kennen viele, die sich als homosexuell bezeichnen, auch eine gewisse Anziehung zum anderen Geschlecht oder haben einmal solche Erfahrungen gemacht. In Wirklichkeit ist also die sexuelle Orientierung keine dichotome, zweigeteilte Variable, sondern eine stufenlos verlaufende. Zudem gibt es Menschen, die eine mehr oder weniger gleichstarke Anziehung zu beiden Geschlechtern angeben. Obwohl also die sexuelle Anziehung auf einem Kontinuum liegt, ordnen sich – zumindest in den westlichen Kulturen – die meisten Menschen einer von drei Orientierungen zu: homosexuell, bisexuell oder heterosexuell. Dabei muss die erklärte sexuelle Orientierung allerdings keineswegs zwangsläufig mit dem tatsächlichen sexuellen Verhalten, der eigenen tatsächlichen Wahrnehmung oder den tatsächlichen eigenen Fantasien übereinstimmen.⁷

Was nun die Veränderungsmöglichkeiten der sexuellen Orientierung durch therapeutische Interventionen betrifft, so sind in der Forschung seit vielen Jahrzehnten Fälle der Veränderung einer homosexuellen Orientierung hin zur Heterosexualität dokumentiert. Dabei sind unterschiedliche theoretische Konzepte zur Anwendung gekommen.

Hypnose und Psychoanalyse

Noch vor Sigmund Freud und seiner Entwicklung der Psychoanalyse schrieb der französische Arzt *Jean-Martin Charcot* (1882), dass durch die Anwendung einer Hypnosetherapie „homosexuelle Patienten heterosexuell wurden“.⁸ Auch der deutsche Mediziner und Psychotherapeut *Albert von Schrenck-Notzing* (1892) berichtet von einem Fall, bei dem es durch Hypnosebe-

handlung zu einer Verlagerung des sexuellen Antriebs und Begehrens von homosexuell zu heterosexuell kam.⁹

Der Psychoanalytiker *Irving Bieber* (1962) fand in seiner Studie mit homosexuell empfindenden Männern, dass 27 Prozent derjenigen, die ihre Therapie bis zu Ende durchführten, nach der Therapie ausschließlich heterosexuell waren.¹⁰ Allerdings wurde seine Studie wegen methodischer Mängel von vielen kritisiert.

1994 führte der Arzt und Psychoanalytiker *Houston MacIntosh* eine Befragung unter 285 anonym gebliebenen amerikanischen Psychoanalytikern zum Thema Homosexualität und Veränderung durch. Die Analytiker hatten 1.215 homosexuell empfindende Klienten (etwa zwei Drittel Männer, ein Drittel Frauen) therapiert. Die Befragung kam zu folgendem Ergebnis: Bei 23 Prozent der behandelten, ehemals homosexuell empfindenden Klienten änderte sich die sexuelle Orientierung von homosexuell zu heterosexuell. Unabhängig davon war die Therapie für 84 Prozent der Betroffenen signifikant gewinnbringend.¹¹

Andere Therapien

Verschiedene Verhaltenstherapeuten berichten, dass ein Drittel oder mehr ihrer Klienten eine Abnahme der Homosexualität erreichten.¹² Die dabei in der Vergangenheit zum Teil auch angewandte Aversionstherapie gilt allerdings seit langem als obsolet.

1998 hat der Psychologe und Psychotherapeut *Warren Throckmorton* in einer Meta-Analyse die Therapieerfolge verschiedener Therapien zusammengetragen. Er fand dabei, dass viele Verhaltenstherapeuten sich für eine Vielzahl unterschiedlicher verhaltenstherapeutischer Interventionen zur Verlagerung des sexuellen Begehrens hin zur Heterosexualität aussprachen.¹³

Der frühere Präsident der Amerikanischen Psychologengemeinschaft *Nicholas Cummings* war zwanzig Jahre lang Leiter der psychotherapeutischen Abteilung der „Kaiser-Permanente-Klinik“ (Kaiser-Permanente-Health Maintenance Organization). Er behandelte in dieser Zeit mehr

als 2.000 Patienten mit homosexuellen Empfindungen; seine Mitarbeiter behandelten weitere 16.000. Er und seine Kollegen hatten dabei nicht das Ziel, eine Veränderung der homosexuellen Orientierung zu erreichen – es sei denn, der Klient wünschte sich dies ausdrücklich. 67 Prozent aller Klienten hatten ein gutes Therapieergebnis [beispielsweise sexuell verantwortliches Verhalten, Verringerung der Promiskuität, Anm. d. Hg.]. 20 Prozent derjenigen mit gutem Therapieergebnis erreichten eine heterosexuelle Orientierung.¹⁴

Auch Sexualtherapeuten berichten von Veränderungen in der sexuellen Orientierung. Das „Kinsey Institute for Sex Research“ berichtet über 80 zuvor homosexuelle Männer, die durch die Therapie eine zufriedenstellende Anpassung an ein heterosexuelles Leben gefunden hatten.¹⁵

Die Sexualtherapeuten *William H. Masters* und *Virginia E. Johnson* (1979), die 90 homosexuelle Männer behandelten, berichten über eine Misserfolgsquote von 28,4 Prozent bei einer Nachfolgeuntersuchung sechs Jahre nach Therapieende.¹⁶ Die Forscher entschieden sich zur Nennung ihrer Misserfolgsquote, um vage Erfolgskonzepte zu vermeiden. Obwohl der Misserfolgsquote keine Erfolgsquote entgegengesetzt wurde, lassen sich die Ergebnisse doch in etwa mit anderen Arbeiten vergleichen, in denen es ebenfalls um die Veränderung der sexuellen Orientierung geht.¹⁷

Meta-Analysen von Studien

Ebenso haben Meta-Analysen von Studien gezeigt, dass Klienten einen Wechsel hin zur Heterosexualität vollziehen können. Diesen Wechsel vollzogen in der Meta-Analyse von

- *Clippinger* (1974): 33 Prozent der Probanden¹⁸
- *James* (1978): 35 Prozent der Probanden¹⁹
- *Jones* und *Yarhouse* (2000): 33 Prozent der Probanden.²⁰

Die Forscher *A. Dean Byrd* und *Joseph Nicolosi* (2002) untersuchten 14 Studien zur Frage der Wirksamkeit von Veränderungstherapien. [Die

Wirksamkeit wurde in der Mehrzahl der Studien mithilfe plethysmographischer Messverfahren untersucht. Anm. d. Hg.] Ihre Analyse ergab: Die Therapien zur Veränderung der Homosexualität waren signifikant wirksam – sei es im Vergleich mit Probanden, die in einer Kontrollgruppe waren, sei es im Vergleich vor und nach der Therapie.²¹

Klientenbefragungen



Auch Befragungen von Klienten darüber, wie sie die Veränderung ihrer Homosexualität erlebt haben, belegen, dass es zumindest bei einigen tatsächlich zu Veränderungen gekommen ist.

Die Psychotherapeuten *Nicolosi*, *Byrd* und *Potts* (2000), unterstützt durch NARTH, führten eine retrospektive Befragung mit 882 ehemaligen Homosexuellen durch, die mit ihrer Homosexualität unzufrieden waren (davon waren 78 Prozent Männer, 22 Prozent Frauen). Für die Befragung wurde ein 70 Punkte umfassender Fragebogen verwandt. Nach der Therapie bzw. Inanspruchnahme entsprechender Selbsthilfeangebote hatten 20 bis 30 Prozent der Befragten nach eigenen Angaben eine Veränderung ihrer homosexuellen Orientierung hin zu einer „ausschließlichen oder nahezu ausschließlichen heterosexuellen Orientierung“ erreicht. Von den 318 Probanden, die sich als „vor der Therapie ausschließlich homosexuell“ einstufen, gaben 56 (= 17,6 Prozent) an, dass sie zum Zeitpunkt der Befragung ausschließlich heterosexuell waren.²²

Ariel Shidlo, Psychotherapeut am „Columbia Zentrum für schwule, lesbische und bisexuelle psychische Gesundheit“ (Columbia Center for Gay, Lesbian and Bisexual Mental Health) in New York interviewte zusammen mit dem Psychotherapeuten *Michael Schroeder* 182 Männer und 20 Frauen, die Veränderungstherapien in Anspruch genommen hatten (2002).²³

Die Forscher wollten herausfinden, inwieweit Klienten diese Therapien als schädlich wahrgenommen hatten. Ursprünglich warben die Forscher potenzielle Probanden für ihre Studie mit dem Aufruf: „Helfen Sie uns, die Schäd-

Nach der Therapie hatten 20 bis 30 Prozent der 882 Befragten nach eigenen Angaben eine Veränderung ihrer homosexuellen Orientierung hin zu einer „ausschließlichen oder nahezu ausschließlichen heterosexuellen Orientierung“ erreicht.

„Es gibt also Belege dafür, dass es bei einigen homosexuellen Männern und lesbischen Frauen nach einer Form der reparativen Therapie tatsächlich zu einer Änderung der sexuellen Orientierung kommt.“

Eine Zusammenstellung der drei wichtigsten, neueren Klientenbefragungen ergibt eine durchschnittliche Gesamterfolgsrate von 31 Prozent.

lichkeit homophober Therapien zu dokumentieren!“ Dieser Aufruf wurde über pro-homosexuelle Publikationen und Websites verbreitet. Als einige Personen jedoch unerwartet berichteten, die Veränderungstherapien seien für sie hilfreich und gewinnbringend gewesen, wurden Probanden „sowohl mit selbsterklärten Therapieerfolgen als auch mit selbsterklärtem Scheitern“²⁴ in die Studie aufgenommen.

Neben der Frage, ob Probanden ihre Veränderungstherapien als „hilfreich“ oder „schädlich“ erlebt hatten, wurde die Frage gestellt, ob die jeweilige Therapie erfolgreich oder erfolglos war in Bezug auf eine Veränderung der sexuellen Neigung.

13 Prozent (26 Personen) der Probanden stufte ihre Therapie als erfolgreich ein und 87 Prozent (176 Personen) als erfolglos.

Im Einzelnen sah der Erfolg bei den 26 Personen so aus:

12 Personen rangen noch insofern mit der Homosexualität als sie immer noch von „Ausrutschen“ berichteten. 6 Personen hatten ihre Homosexualität unter Kontrolle. 8 Personen (= 4 Prozent der Gesamtgruppe) hatten einen Übergang zur Heterosexualität geschafft, d.h. sie gaben auf der Kinsey-Skala (1-7) einen Wert von 3 oder weniger an, bezeichneten sich als heterosexuell, hatten heterosexuelles Verhalten, lebten in einer heterosexuellen Beziehung und hatten nach eigenen Angaben kein homosexuelles Verhalten mehr.²⁵

Robert Spitzer (2003) von der Columbia Universität New York interviewte 200 Probanden (143 Männer und 57 Frauen), die an Veränderungsprozessen bezüglich ihrer homosexuellen Neigung teilgenommen hatten. Spitzer führte die Telefoninterviews u.a. mit 114 geschlossenen Fragen²⁶ zur sexuellen Orientierung durch. Vor der Therapie hatten 46 Prozent der Männer und 42 Prozent der Frauen ein ausschließlich homosexuelles Begehren gehabt. Nach der Therapie gaben 17 Prozent der Männer und 54 Prozent der Frauen ein ausschließlich heterosexuelles Begehren an. Auf Grund dieser Ergebnisse schreibt Spitzer: „Es gibt also Belege dafür, dass es bei einigen homosexuellen Männern und lesbischen Frauen nach einer Form der reparativen Therapie tatsächlich zu einer Änderung der sexuellen Orientierung kommt.“²⁷

Elan Karten befragte in seiner Dissertation (2006) 177 homosexuell empfindende Männer, die sich einer therapeutischen Intervention zur Veränderung ihrer homosexuellen Orientierung unterzogen hatten. In seiner retrospektiven Untersuchung benutzte Karten eine 7-Punkte umfassende Skala, auf der die Männer sich selbst einschätzten. Punkt 1 stand für „ausschließlich homosexuell“, Punkt 7 für „ausschließlich heterosexuell“. Für den Beginn ihrer Therapie, so ermittelte Karten, stufte sich die Männer im Mittel bei 2,57 Punkten ein (2 = nahezu ausschließlich homosexuell, 3 = mehr homosexuell als heterosexuell). Zum Zeitpunkt der Befragung, also nach der Therapie, lag der Wert in der Selbsteinschätzung im Mittel bei 4,81 (4 = gleichermaßen homosexuell und heterosexuell, 5 = mehr heterosexuell als homosexuell). Die Veränderung war statistisch signifikant.²⁸

Eine Zusammenstellung der drei wichtigsten, neueren Klientenbefragungen (Nicolosi et al. 2000, Shidlo und Schroeder 2002, Spitzer 2003) ergibt eine durchschnittliche Gesamterfolgsrate von 31 Prozent. Dabei gab es sehr große Diskrepanzen zwischen den Erfolgsquoten in den Untersuchungen von Nicolosi et al. und Spitzer einerseits sowie Shidlo und Schroeder andererseits. Das ist mit ziemlicher Sicherheit auf die Art der Probandensuche zurückzuführen. Nicolosi et al. sowie Spitzer rekrutierten ihre Probanden über Organisationen wie NARTH, die mit höherer Wahrscheinlichkeit positive Antworten geben würden. Shidlo und Schroeder dagegen arbeiteten mit Probanden, die über homosexuelle Websites und Organisationen geworben wurden und mit größerer Wahrscheinlichkeit eine negative Einstellung zu Reparaturtherapien hatten. Dennoch ergibt sich, wenn man alle drei Studien zusammen nimmt, eine durchschnittliche Erfolgsquote von 31 Prozent. Diese Erfolgsrate ist ähnlich derjenigen, die in früheren Meta-Analysen gefunden wurde.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen: In der wissenschaftlichen Forschung sind Veränderungen der sexuellen Orientierung – von homosexuell zu heterosexuell – dokumentiert.

Sie treten als Folge verschiedener therapeutischer Interventionen auf. Sie widerlegen die Behauptung, dass Veränderung nicht möglich sei bzw. es keine überzeugenden Belege dafür gebe. Auch ohne randomisierte Studien sind die Erfolge von Therapien, die das Ziel haben, die homosexuelle Orientierung zu verändern, umfangreich und vielfältig.

Antwort auf den zweiten Einwand

„Versuche, die sexuelle Orientierung zu verändern, haben sich als schädlich erwiesen. Sie können zu größerem Selbsthass, Depressionen und anderen selbstzerstörerischen Verhaltensweisen führen.“

Generell ist festzuhalten: Ein Schaden, der unweigerlich aus einer Reparaturtherapie folgen würde, ist nicht belegt. Wie oben dargelegt, haben sich therapeutische Bemühungen, die sexuelle Orientierung zu verändern, für eine Reihe von Klienten als hilfreich und gewinnbringend erwiesen. Auch wenn Klienten enttäuscht waren, weil sich ihre homosexuellen Gedanken, Empfindungen, Fantasien oder Verhaltensweisen nicht in dem erhofften Ausmaß änderten, waren die meisten doch mit dem Grad an Veränderung, den sie erreicht hatten, zufrieden. Unzufriedenheit eines Klienten mit dem Ergebnis seiner Therapie ist ein mögliches und bedauerenswertes Ergebnis einer jeden Therapie, doch ist solche Unzufriedenheit nicht an sich „schädlich“. In einer verantwortungsvoll durchgeführten Therapie kann sie verringert werden, indem der Klient frühzeitig und sorgfältig über mögliche Therapieverläufe aufgeklärt wird.

Der Forscher Douglas C. Haldeman

Forscher, die sich ausdrücklich gegen Reparaturtherapien wenden und warnen, dass diese möglicherweise Schaden verursachen können, geben doch zu, dass das keineswegs immer so ist. Bekannt durch seine kritische Haltung gegenüber Veränderungstherapien wurde der Psychotherapeut und Homosexuellenaktivist *Douglas C. Haldeman*. Er ist einer der Direktoren im Vorstand der Amerikanischen

Psychologenvereinigung.²⁹ Nach eigenen Angaben hat er Klienten nach Veränderungstherapien geholfen. Er schreibt dazu (2001): „Offenbar sind Veränderungstherapien nicht für alle Personen schädlich. Es gibt durchaus Berichte von Einzelnen, für die eine gescheiterte Veränderungstherapie einen unerwarteten, indirekten Vorteil mit sich brachte: Sie konnten beispielsweise dadurch die Leugnung, die ihre sexuelle Orientierung umgab, aufgeben.“³⁰ Nach Auflistung der Risiken, denen die Klienten reparativer Therapien nach Auffassung von Haldeman ausgesetzt sind, schränkt Haldeman seine Risikoeinschätzung ein: „Hiermit soll nicht gesagt werden, dass alle Veränderungstherapien schädlich seien oder dass therapeutische Berufsorganisationen versuchen sollten, sie zu verbieten.“³¹

Die Studie von Shidlo und Schroeder

Eine weitere häufig zitierte Untersuchung, wenn es um möglichen oder tatsächlichen Schaden für „Klienten von Veränderungstherapien“ geht, ist die bereits erwähnte Studie von *Shidlo* und *Schroeder*. Gerade sie aber zeigt, dass Klienten diese Therapien keineswegs immer als schädlich einstufen.³²

Ursprünglich war die Studie angelegt, um den von „homophoben Therapien“ verursachten Schaden zu dokumentieren und um, so hieß es im Text zur Anwerbung von Probanden, „die Öffentlichkeit über die oftmals schädlichen Auswirkungen solcher Therapien zu informieren“. Doch unerwartete Berichte über hilfreiche Veränderungen führten dazu, dass Probanden „mit selbsterklärten Therapieerfolgen wie auch mit selbsterklärtem Scheitern“ in die Studie aufgenommen wurden.³³

Die Forscher halten ausdrücklich fest (der Satz ist in der Originalstudie durch kursive Schreibweise hervorgehoben): „Die in diesem Artikel enthaltenen Daten liefern keine Informationen zu Inzidenz oder Prävalenz³⁴ von Misserfolgen oder Erfolgen, Schäden oder Gewinnbringung von Konversionstherapien oder über Verstöße gegen ethische Richtlinien bei Konversionstherapien.“³⁵

Unzufriedenheit eines Klienten mit dem Ergebnis seiner Therapie ist ein mögliches und bedauerenswertes Ergebnis einer jeden Therapie, doch ist solche Unzufriedenheit nicht an sich „schädlich“.

Die APA solle, so Spitzer, nicht länger von Veränderungstherapien abraten und gleichzeitig gay-affirmative Therapien zur Festigung einer homosexuellen Identität unterstützen, obwohl es für gay-affirmative Therapien keine „hieb- und stichfesten wissenschaftlichen Belege für ihre Wirksamkeit“ gibt.

Unabhängig davon, ob eine therapeutische Intervention erfolgreich oder erfolglos in Bezug auf das Therapieziel (Veränderung der homosexuellen Neigung) war, fragten die Autoren nach einem selbstempfundenen Gewinn oder Schaden, den die Probanden aus ihrer Sicht durch die Veränderungstherapien erlebt hatten:

Von den 199 therapeutischen Interventionen wurden von den Probanden 31 Interventionen als erfolgreich eingestuft. Davon wurden 22 als „ausschließlich hilfreich“ und 9 Interventionen als „hilfreich und schädlich“ beschrieben. [Hilfreich etwa: größeres Selbstwertgefühl, über die Probleme offen reden können, größere Einsicht in die Probleme. Schädlich etwa: Depressionen, geringeres Selbstwertgefühl. Anm. d. Hg.]

Die anderen 168 therapeutischen Interventionen wurden als erfolglos angesehen. Zur Frage, ob hilfreich oder schädlich, wurden folgende Antworten gegeben:

9 Interventionen wurden als „ausschließlich hilfreich“, 72 als „sowohl hilfreich als auch schädlich“, 85 als „ausschließlich schädlich“ und 2 als „weder schädlich noch hilfreich“ angegeben.

Das bedeutet: Eine größere Zahl der Klienten sah ihre Erfahrungen mit Veränderungstherapien keineswegs als nur „schädlich“ an.³⁶

Sind Reorientierungstherapien schädlich?

Sind Reorientierungstherapien nun also schädlich? Für die Probanden seiner Untersuchung, so hält Spitzer fest, gab es keine Belege für einen Schaden. „Im Gegenteil,“ so Spitzer, „nach ihren Angaben war sie [die Therapie] auch über die eigentliche Änderung der sexuellen Orientierung hinaus in vielerlei Hinsicht hilfreich.“³⁷ Weil Spitzer in seiner Studie als Resultat der Veränderungstherapien erhebliche Vorteile und keine Schädigung belegen konnte, forderte er die APA auf, ihre Doppelmoral aufzugeben. Die APA solle, so Spitzer, nicht länger einerseits von Veränderungstherapien abraten und gleichzeitig gay-affirmative Therapien zur Festigung und Stärkung einer homosexuellen Identität intensiv unterstützen, obwohl es für gay-affirmative Therapien keine „hieb- und stichfesten wissenschaftlichen Belege für ihre Wirksamkeit“ gibt.³⁸

In seiner Schlussfolgerung bemerkt Spitzer: „Die therapeutischen Berufsorganisationen sollten aufhören, sich in Richtung Verbot von Therapien, die eine Veränderung der sexuellen Orientierung zum Ziel haben, zu bewegen. Viele Klienten, die sorgfältig über mögliche Enttäuschungen bei ausbleibendem Therapieerfolg aufgeklärt wurden, können sich auf rationaler Basis entscheiden, ihr heterosexuelles Potential zu entwickeln und an der Minimierung ihrer unerwünschten homosexuellen Empfindungen zu arbeiten.“³⁹

Entscheiden sich für Reorientierungstherapien nur Klienten, die sich durch Schuldgefühle dazu gedrängt fühlen – Gefühle also, die üblicherweise als Ausdruck von „Homophobie“ angesehen werden? Im Gegenteil, so befindet Spitzer: „die Fähigkeit, eine solche Wahl zu treffen, sollte als fundamentaler Bestandteil der Autonomie und Selbstbestimmung eines Klienten angesehen werden.“⁴⁰

Kritiker wie etwa Haldeman behaupten, eines der Ergebnisse reparativer Therapien sei die Entwicklung einer negativen Einstellung gegenüber Homosexualität.⁴¹ Es wird dabei nicht klar, ob diese vage Kritik sich auf einzelne Klienten, auf die Öffentlichkeit im Allgemeinen, auf Berufsverbände oder auf alle zugleich bezieht. Dieser Vorwurf einer durch die Therapie entwickelten stärkeren „Homophobie“ – Klienten würden aufgrund dieser Therapien eine negativere Einstellung gegenüber der Homosexualität und/oder sich selbst bekommen – wäre nur dann eine zulässige Kritik, wenn wirklich nachgewiesen wäre, dass solche Einstellungen durch Reparaturtherapien verursacht und sie ein unvermeidlicher Nebeneffekt solcher Therapien sind.

Die beständige Verfügbarkeit von Reorientierungstherapien über die vergangenen Jahrzehnte bis heute hat aber nur einen zu vernachlässigenden Einfluss gehabt, was die negative Bewertung von Homosexualität in der homosexuellen Community oder in der Gesellschaft insgesamt angeht. Vielmehr hat in den vergangenen Jahrzehnten der Trend zugenommen, wonach homosexuell lebende Menschen und die Gesellschaft der Auffassung

sind, Homosexualität sei angeboren, homosexuell lebenden Menschen sei keine Schuld zu geben und ungerechtfertigte Diskriminierung müsse unterbunden werden.⁴²

Die Behauptung, „vermehrter Selbsthass, Depressionen und andere selbstzerstörerische“ Erfahrungen seien eine schädigende Folge von „Bemühungen zur Änderung der sexuellen Orientierung“, muss im Kontext eines jeden therapeutischen Prozesses beleuchtet werden. Beispielsweise führt eine kurzfristige, dynamische Psychotherapie häufig dazu, dass ein Klient sich seiner Depressionen, Ängste und anderer unverarbeiteter Gefühle aus seiner jüngeren oder fernerer Vergangenheit bewusster wird. Auch wenn Klienten versuchen, enthaltsam zu leben, sei es sexuell enthaltsam oder in anderer Weise enthaltsam (etwa bei Substanzenmissbrauch, Alkohol), kann es sein, dass sie ihre depressiven Gefühle stärker fühlen.

Eine Zunahme unangenehmer Gefühle ist noch kein Anzeichen für einen „Schaden“. Sie ist vielmehr eine Gelegenheit, sich mit den tieferliegenden Gefühlen auseinanderzusetzen, die zuvor durch stimmungsveränderndes Verhalten (sexuelle Befriedigung), durch Substanzgebrauch (Alkohol, Drogen) oder durch andere Ablenkungen (Pornographie) betäubt wurden.

Klienten, die eine Therapie abbrechen, bevor die zu Grunde liegenden emotionalen Probleme oder zwanghaften Verhaltensmuster wirksam aufgelöst werden konnten, werden sich hinterher zweifellos schlechter fühlen als zu Beginn der Therapie. Ebenso ist es realistisch, bei homosexuell lebenden Menschen eine hohe Rückfallquote anzunehmen, wenn sie zwanghaftes (suchthafte) Sexualverhalten und/oder zusätzlich andere psychische Probleme haben oder an Beziehungsproblemen leiden. Das ist eine vergleichbare Situation wie bei Menschen, die eine Behandlung wegen Substanzenmissbrauchs oder anderer Gewohnheiten suchen.

Haldeman schrieb: „Natürlich müssen alle potenziellen (und tatsächlichen) Resultate einer Veränderungstherapie (die schädigenden

ebenso wie die hilfreichen) weiterführend dokumentiert und bewertet werden.“⁴³ Dem stimmen wir zu. Daraus kann ein besseres Verständnis dafür erwachsen, wann und wie der Prozess reparativer Therapien am hilfreichsten ist und wann nicht.

Zukünftig durchzuführende Studien müssen auch berücksichtigen, dass nicht alle „Reparativtherapeuten“ auf dieselbe Weise vorgehen. Tatsächlich wenden sie zahlreiche oder sogar die meisten der üblichen therapeutischen Ansätze an, solche also, die auch bei Klienten mit anderen gängigen Problemen angewandt werden. Zu diesen Problemen zählen u.a. Depressionen, Angstzustände, ungesunde Scham, ungelöste Traumata aus der Herkunftsfamilie, sexueller und emotionaler Missbrauch, Beziehungsprobleme, mangelnde Selbstbehauptung, zwanghafte oder suchthafte Gewohnheiten.

Jede glaubwürdige Kritik bezüglich Schaden oder Gewinnbringung von Reorientierungstherapien bzw. reparativen Therapien muss die jeweils angewandten Methoden, Ziele und theoretischen Grundlagen benennen. Sie muss auch angeben, ob diese generell und inhärent oder spezifisch und individuell schädlich sein sollen. Bis heute wurde ein eindeutiger Nachweis nicht erbracht. Negative Folgen sind in jedem Behandlungsbereich unvermeidlich. Es ist nicht nachgewiesen, dass die negativen Folgen, die den Reparativtherapien zugeschrieben werden, schwerer wiegen als die Vorteile, die Klienten aus dieser Art Therapien nach ihren eigenen Aussagen gewonnen haben.

Antwort auf den dritten Einwand

„Im Leben homosexuell lebender Menschen finden sich nicht häufiger Pathologien⁴⁴ als im Leben heterosexuell lebender Menschen.“

Die wissenschaftliche Forschung hat gezeigt, dass unter homosexuell lebenden Menschen, mehr unter den Männern, häufiger Pathologien vorkommen als in der Gesamtbevölkerung.

Klienten, die eine Therapie abbrechen, bevor die zu Grunde liegenden emotionalen Probleme oder zwanghaften Verhaltensmuster wirksam aufgelöst werden konnten, werden sich hinterher zweifellos schlechter fühlen als zu Beginn der Therapie.

Reparativtherapeuten wenden die meisten der üblichen therapeutischen Ansätze an, die auch bei Klienten mit anderen gängigen Problemen angewandt werden.

Ein quantitativer Zusammenhang zwischen Pathologie und Homosexualität ist wissenschaftlich gut dokumentiert. Dass dies vorwiegend eine Auswirkung von Diskriminierung sei, ist im Wesentlichen unbelegt.

Dies konnte u.a. für folgende Bereiche belegt werden:

- Eingehen selbstschädigender und potentiell tödlicher Risiken durch ungeschützten Geschlechtsverkehr⁴⁵
- Gewalttätigkeit (in männlichen homosexuellen Partnerschaften)⁴⁶
- antisoziales Verhalten⁴⁷
- Substanzenmissbrauch (beispielsweise Alkoholmissbrauch bei Frauen)⁴⁸
- Selbstmordgefährdung⁴⁹
- promiskues Verhalten⁵⁰
- Paraphilien wie Fisting⁵¹
- Sex gegen Bezahlung⁵²
- Sexsucht⁵³
- Persönlichkeitsstörungen⁵⁴
- Verschiedene Psychopathologien⁵⁵.

Zudem haben Studien gezeigt, dass lesbisch lebende Frauen wesentlich häufiger verschiedene gesundheitliche Probleme haben als heterosexuell lebende Frauen.⁵⁶

Die bis heute umfangreichste nationale Studie (USA) mit etwa 1.925 lesbisch lebenden Frauen ergibt außerdem folgendes:

50 Prozent der Frauen haben Selbstmord erwogen, 18 Prozent einen Selbstmordversuch unternommen;

37 Prozent haben körperliche Misshandlung erlebt; 32 Prozent wurden vergewaltigt oder sind in anderer Weise Opfer sexueller Gewalt geworden, 19 Prozent hatten inzestuöse Beziehungen.

Nahezu ein Drittel der Frauen konsumierte täglich Tabak, ebenfalls etwa 30 Prozent tranken mehr als einmal pro Woche Alkohol.⁵⁷

Zusammenfassung

Insgesamt ist festzustellen: Die Häufigkeit vieler der genannten Leiden oder des genannten Verhaltens ist unter homosexuell lebenden Menschen etwa dreimal so hoch wie in der Gesamtbevölkerung, manchmal noch wesentlich höher. Es ist belegt, dass zahlreiche und unterschiedliche Pathologien bei homosexuell lebenden Menschen häufiger vorkommen als bei heterosexuell Lebenden. Tatsächlich findet man in der Gesellschaft kaum eine andere Gruppe vergleichbarer Größe, in der pathologische, also ungesunde Merkmale so intensiv und so gehäuft auftreten.

Eine Analyse der gesamten wissenschaftlichen Daten zu diesem Thema zeigt, dass es eine sehr große Anzahl wissenschaftlicher Veröffentlichungen gibt, in denen ein quantitativer Zusammenhang zwischen Pathologie und Homosexualität hergestellt wird. Dabei wurden nur die auffälligsten Bereiche untersucht, es gibt viele weitere.

Die gängige Erklärung besagt, dass alleine die gesellschaftliche Diskriminierung dafür verantwortlich sei. Gleichwohl wurde die alternative Möglichkeit, dass es sich um innewohnende Charakteristika handelt, die zur psychischen Struktur der Homosexualität inhärent dazugehören, nicht widerlegt. Verschiedene kulturübergreifende Studien weisen darauf hin, dass die Häufigkeit dieser Pathologien unabhängig von der gesellschaftlichen Tolerierung oder Ablehnung von Homosexualität vorzukommen scheint. Ein quantitativer Zusammenhang zwischen Pathologie und Homosexualität ist wissenschaftlich gut dokumentiert. Dass dies vorwiegend eine Auswirkung von Diskriminierung sei, ist im Wesentlichen unbelegt.



A. Dean Byrd, Ph.D., M.B.A., M.P.H.

Professor für Psychiatrie und „Family and Preventative Medicine“ an der Universität von Utah (USA).
Präsident von NARTH.

Anmerkungen

- 1 Die 300 Seiten Version kann über das Büro von NARTH bezogen werden: NARTH, 16633 Ventura Blvd, Encino, CA 91436-1801, USA; Tel: 818-789-4440.
- 2 <http://narth.com/docs/PhelanReportSummaryFact.pdf>
- 3 Seit Veröffentlichung dieser amerikanischen Stellungnahme ist im Frühjahr 2008 eine neue Richtlinie der APA erschienen, Titel: „For a better understanding of sexual orientation and homosexuality“. Darin wird das Recht des Klienten auf Selbstbestimmung bestätigt.
- 4 Pathologie: Krankheit, Leiden. Der Begriff bezieht sich hier sowohl auf erlebte Leiden homosexuell lebender Menschen (etwa sexueller Missbrauch, gesundheitliche Probleme) als auch auf aktiv gesundheitsschädigendes und selbstschädigendes Verhalten homosexuell lebender Menschen. Anm. d. Hg.
- 5 Kinsey, A. C., Pomeroy, W. P., Martin, C. E., *Sexual behavior in the human male*. W.B. Saunders, Philadelphia 1948. (Das sexuelle Verhalten des Mannes, Fischer, Berlin 1955.)
Klein, F., *The bisexual option*, Arbor House New York 1978.
Sell, R.L., *Defining and Measuring Sexual Orientation: A Review*, Arch. Sex. Behavior, 1997, 26, 6, S. 643-658.
- 6 Weinrich, J. D. & Klein, F., Bi-gay, bi-straight, and bi-bi: Three bisexual subgroups identified using cluster analysis of the Klein Sexual Orientation Grid, *J. of Bisexuality*, 2002, 2, S. 109-139.
- 7 Siehe Schneider, M. S., et al., *Implementing the resolution on appropriate therapeutic responses to sexual orientation: A guide for the perplexed*. Professional Psychology: Research and Practice, 2002, S. 266.
- 8 Horstman, W. R., *Homosexuality and psychopathology: A study of MMPI responses of homosexual and heterosexual male college students*. Unpublished doctoral dissertation, University of Oregon, Eugene, 1972, S. 5.
- 9 Schrenck-Notzing, A. von, *Die Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes*, Enke, Stuttgart 1892.
- 10 Bieber, I., et al., *Homosexuality: A psychoanalytic study*. Basic Books, New York 1962.
- 11 MacIntosh, H., *Attitudes and experiences of psychoanalysis in analyzing homosexual patients*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1994, 42, S.1183-1207.
- 12 Bancroft, J. H., *Deviant Sexual Behavior: Modification and Assessment*, Clarendon, Oxford 1974; Birk L. et al., *Avoidance conditioning for homosexuality*, *Archives of General Psychiatry*, 1971, 25, S. 314-323.
- 13 Throckmorton, W., *Attempts to modify sexual orientation: A review of outcome literature and ethical issues*. *Journal of Mental Health Counseling*, 1998, 20, S. 283-304.
- 14 Cummings, N., *Former APA President Dr. Nicholas Cummings describes his work with SSA clients*. Retrieved April 2, 2007, <http://www.narth.com/docs/cummings.html>
- 15 Pomeroy, W. B., *Dr. Kinsey and the institute for sex research*, Harper and Row, New York 1972.
- 16 Schwartz, M. F., Masters, W. H., *The Masters and Johnson treatment program for dissatisfied homosexual men*. *Am. J. of Psychiatry*, 1984, 141, S. 173-181.
- 17 Diamant, L. (Ed.), *Male and female homosexuality*, Hemisphere Publishing, Washington 1987.
- 18 Clippinger, J. A., *Homosexuality can be cured*. *Corrective and Social Psychiatry and Journal of Behavioral Technology, Methods, and Therapy*, 1974, 20, 2, S. 15-28.
- 19 James, E. C., *Treatment of homosexuality: A reanalysis and synthesis of outcome studies*. Unpublished doctoral dissertation, Brigham Young University, Provo, Utah 1978.
- 20 Jones, S. L., & Yarhouse, M. A., *Homosexuality: The use of scientific research in the church's moral debate*. InterVarsity Press, Downers Grove 2000.
- 21 Byrd, A. D., & Nicolosi, J., *A meta-analytic review of treatment of homosexuality*. *Psychological Reports*, 2002, 90, S. 1139-1152.
- 22 Nicolosi, J., et al., *Retrospective self-reports of changes in homosexual orientation: A consumer survey of conversion therapy clients*. *Psychological Reports*, 2000, 86, S. 1071-1088.
- 23 Shidlo, A. & Schroeder, M., *Changing sexual orientation: A consumer's report*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2002, 33, S. 249-259.
- 24 ebd., S. 259.
- 25 ebd., S. 253.
- 26 Bei einer geschlossenen Frage (im Gegensatz zur offenen Frage) sind die Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Anm. d. Hg.
- 27 Spitzer R. Dr., *Can Some Gay Men and Lesbians Change Their Sexual Orientation?* *Arch. Sex. Behavior*, 2003, 32, 5, S. 403-472, S. 403.
- 28 Karten, E., *Sexual reorientation efforts in dissatisfied same-sex attracted men: What does it really take to change*. Unpublished doctoral dissertation, Fordham University, New York, NY, 2006.
- 29 Siehe www.drdoughaldeman.com/doc/haldeman_vita.pdf. Anm. d. Hg.
- 30 Haldeman, D., *Therapeutic antidotes: Helping gay and bisexual men recover from conversion therapies*. In: A. Shidlo, M. Schroeder, J. Drescher (eds.), *Sexual Conversion Therapy: Ethical, Clinical and Research Perspectives*, Haworth Press, Binghamton 2001, S. 117-130.
- 31 ebd., S. 128.
- 32 Shidlo & Schroeder, a.a.O.
- 33 ebd., S. 259.
- 34 Inzidenz, Prävalenz: Anzahl, Häufigkeit. Anm d. Hg.
- 35 Shidlo & Schroeder, a.a.O., S. 250.
- 36 ebd., S. 257.
- 37 Spitzer, a.a.O, S. 413.
- 38 ebd., S. 413.
- 39 ebd., S. 413.
- 40 ebd., S. 413.

- 41 Haldeman, D. C., *Sexual orientation conversion therapy for gay men and lesbians: A scientific examination*. In: J. Gonsiorek & J. Weinrich (Eds.), *Homosexuality: Research Implications for Public Policy*, Sage, Newbury Park, CA 1991. S. 149-160.
- 42 Bell, A., *Homosexuality, an overview*. In: R. T. Banihouse & U. T. Holmes (Eds.), *Male and female: Christian approaches to sexuality*, Seabury, New York, 1976, S. 131-143.
- Umfrage aus dem Jahr 2000 (Harris Poll) in: Schneider, Y., The gay gene, going, goinggone. 2006, Retrieved March 1, 2007, from <http://ac21doj.org/TheGayGene.html>.*
- Herek, G., *Gender gaps in public opinion about lesbians and gay men*. *Public Opinion Quarterly*, 2002, 66, S. 40-66.
- Kryzan, C., & Walsh, J., *The !OutProud!/Oasis internet survey of queer and questioning youth, 1997*, Retrieved July 31, 2006 at http://www.outproud.org/survey/pdf/qys1997_report_pub.pdf.
- Otis, M. D. et al., *An exploratory study of differences in views of factors affecting sexual orientation for a sample of lesbians and gay men*. *Psychological Reports*, 2004, 94, S. 1173-1179.
- Robinson B.A., *Public opinion polls on homosexuality on: Change, acceptability, cause, and employment, 2006*, Retrieved April 11, 2007, from http://www.religioustolerance.org/hom_poll2.htm.
- 43 Haldeman, 2001, a.a.O., S. 119.
- 44 Siehe Fußnote 1.
- 45 Van Kesteven, N. M., et al., *Sexual risk behavior among HIV-positive men who have sex with men: A literature review*. *Patient Education and Counseling*, 2007, 65, 1, S. 5-20.
- 46 Owen, S. et al., *An exploration of the prevalence of domestic violence in same-sex relationships*. *Psychological Reports*, 2004, 95, S. 129-132.
- 47 Fergusson, D., et al., *Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?* *Arch. Gen. Psychiatry*, 1999, 56, S. 876-880.
- 48 Sandfort, T. G. M., de Graaf, R., et al., *Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2001, 58, S. 85-91.
- 49 De Graaf, R., Sandfort, T. G et al., *Suicidality and sexual orientation: Differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands*. *Arch. Sex. Behavior*, 2006, 35, S. 253-262.
- 50 Laumann, E. O., et al., *The social organization of sexuality*. University of Chicago, Chicago 1994.
- 51 Crosby, R. et al., *A descriptive analysis of HIV risk behavior among men having sex with men attending a large sex resort*. *J. of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2004, 37, 4, S. 1496-1499.
- 52 Schrimshaw, E., et al., *Test-retest reliability of self-reported sexual behavior, sexual orientation and psychosexual milestones among gay, lesbian and bisexual youths: High rates of sexual behavior in the general population: Correlates and predictors*. *Arch. Sex. Behavior*, 2006, 35, S. 225-234.
- 53 Dodge, B. et al., *Serial compulsivity among heterosexual college students*. *J. of Sex Research*, 2004, 41, S. 343-350.
- 54 Zubenko, G. S., et al., *Sexual practices among patients with borderline personality disorder*. *Am. J. of Psychiatry*, 1987, 144, S. 748-752.
- 55 Cochran, S. et al., *Physical health complaints among lesbians, gay men, and bisexual and homosexually experienced heterosexual individuals: Results from the California Quality of Life Survey*. *Am. J. of Public Health*, 2007, 10, S. 2105.
- Sandfort, T. et al. a.a.O.
- 56 Cochran, S. et al., ebd.
- Johnson, S. R. et al., *Gynecologic care for the lesbian*. In: W. R. Dynes and S. Donaldson (Eds.), *Homosexuality and Medicine, health, and science*, Garland, New York 1992, S. 96-103.
- Moran, N., *Lesbian health care need and Canadian Family Physician*, 1996, 42, S. 879-884.
- 57 Bradford, J., et al., *National lesbian health care survey: Implications for mental health care*. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 1994, 62, S. 228-242.