

**AUSWERTUNG
DES FRAGEBOGENS FÜR THERAPEUT/INN/EN ZUM THEMA**

„LESBISCH EMPFINDENDE FRAUEN
IN DER PSYCHOTHERAPIE“

Lisa Schneider

1. DAS PROJEKT: DIE SITUATION LESBISCHER/ LESBISCH EMPFINDENDER FRAUEN IN DER PSYCHOTHERAPIE

Im März 2000 führte die Psychosoziale Frauenberatungsstelle donna klara e.V. eine Umfrage bei allen in Schleswig-Holstein niedergelassenen PsychotherapeutInnen mit einer Kassenzulassung durch.

Diese Umfrage war der erste Teil eines Projektes, in dem wir herausfinden möchten, wie die Situation lesbischer/ lesbisch empfindender Frauen in der (ambulanten) Psychotherapie ist.

1.1 ZUM PRAKTISCHEN UND THEORETISCHEN HINTERGRUND DES PROJEKTS

Ausgangspunkt für dieses Projektes war das vielfach von Klientinnen unserer Beratungsstelle geäußerte Empfinden, dass sie in Psychotherapien aufgrund ihrer sexuellen Orientierung diskriminiert, abgewertet oder mit Unverständnis konfrontiert worden seien.

Schätzungen zufolge leben 10% der Frauen lesbisch und ca. 70% des Klientels von PsychotherapeutInnen sind Frauen. Das heißt also, dass die Zahl lesbischer/ lesbisch empfindender Frauen in Psychotherapien keine kleine Minderheit darstellt. Gleichzeitig gibt es therapierelevante Unterschiede in der Situation von lesbischen/ lesbisch empfindenden und heterosexuell lebenden Frauen, von denen PsychotherapeutInnen zumindest in groben Zügen wissen sollten. Es ist z.B. bekannt,

- dass die Lebensweisen frauenliebender Frauen sich von denen heterosexuell lebender Frauen, lesbischer Paare und Familien von denen heterosexueller Paare und Familien in etlichen Punkten deutlich unterscheiden,
- dass Diskriminierungserfahrungen lesbischer/ lesbisch empfindender Frauen gerade in einem so zentralen und zugleich intimen Lebensbereich wie der sexuellen und Partnerschaftsorientierung sich in bedeutsamer Weise auf ihr Denken, Fühlen und Handeln auswirken,
- dass die speziellen Herausforderungen, die mit der Wahl einer lesbischen Lebensweise verbunden sind, zu spezifischen Fähigkeiten und Stärken der offen lesbisch lebenden Frauen führen, die der Anerkennung, Wertschätzung und ggf. der weiteren Förderung bedürfen.

Das Wissen um die aktuellen Lebens- und Erlebensweisen lesbischer/ lesbisch empfindender Frauen ist nicht etwas, was sich quasi von selbst versteht, sondern stellt einen wichtigen Bestandteil des psychotherapeutischen Fachwissens, ein Qualitätsmerkmal psychotherapeutischen Arbeitens dar, das speziell angeeignet werden muss, besonders wenn es keinen persönlichen Zugang zum Thema gibt. In der Geschichte der Psychotherapie haben sich PraktikerInnen und TheoretikerInnen aber, wenn überhaupt, dann nicht mit den aktuellen Lebens- und Erlebensweisen lesbischer/ lesbisch empfindender Frauen, sondern fast ausschließlich mit der Frage beschäftigt, warum Frauen lesbisch geworden sind. Die Wahl einer lesbischen Orientierung erschien ihnen nicht als Ausdruck einer einfachen Bevorzugung eines Geschlechts in der Partnerwahl, sondern aufgrund einer biologistischen Betrachtungsweise als (pathologische) Abweichung und damit – anders als bei heterosexuell orientierten Frauen - als erklärungsbedürftig, da vermeintlich das biologische Geschlecht oder die Geschlechtsidentität als Frau automatisch, qua Natur, zu einer heterosexuellen Geschlechtspartnerorientierung führt. Als Erklärung werden genetische, pränatale, meistens aber problematische lebensgeschichtliche Ereignisse (z.B. (sexuelle) Gewalterfahrungen, schlechte Kindheitserfahrungen mit

der Mutter oder dem Vater, schlechte Erfahrungen in Liebesbeziehungen zu Männern etc.) als Ursache für eine lesbische Orientierung herangezogen (Defizitansatz). Oder es werden verwirrende Kindheitserfahrungen einseitig als Ursache für eine lesbische Orientierung gesehen, und die Möglichkeit, dass solche Erfahrungen, z.B. Probleme mit Geschlechtsrollenerwartungen, die Folge einer frühen lesbischen Orientierung sein können, wird nicht in Erwägung gezogen.

D.h., die Diskriminierung lesbischer/ lesbisch empfindender Frauen in psychotherapeutischer Theorie und Praxis ist eine doppelte und liegt unserer Meinung nach zum einen in einer Uninformiertheit über bzw. Ignorieren von zentralen Aspekten ihres aktuellen Lebens und einer damit einhergehenden unangemessenen Distanziertheit der TherapeutIn, zum anderen im Kern in einer unzulässigen, biologistischen Koppelung der Geschlechtspartnerorientierung an das biologische Geschlecht bzw. die Geschlechtsidentität und damit in einer vermeintlichen generellen Erklärungsbedürftigkeit der lesbischen Orientierung.

Daraus ergeben sich im psychotherapeutischen Alltag auch heute noch trotz einer zunehmenden Tolerierung gleichgeschlechtlicher Lebensweisen zahlreiche konkrete Formen von offener bis subtiler Diskriminierung. Eine offene Diskriminierung liegt z.B. darin, wenn ein(e) Psychotherapeut(in) die lesbische Lebensweise einer Klientin als „neurotisch“ bezeichnet, obwohl dem heutigem Erkenntnisstand entsprechend Homosexualität aus dem offiziellen Verzeichnis psychischer Störungen entfernt wurde. Häufiger kommen subtilere Formen von Diskriminierungen vor, oft eher aus unkritischer Übernahme veralteter Theorieansätze, Unwissenheit und Unsensibilität der TherapeutInnen als in abwertender Absicht. Für die betroffene Klientin sind solche Diskriminierungen ausgerechnet dann, wenn sie sich einem Menschen in ihren intimsten Gefühlen und Gedanken offenbart oder sich gerade in einer Krisensituation befindet und Hilfe benötigt, sehr verwirrend und schmerzlich. Sie sind besonders schwer zu verkraften und führen oft zum Abbruch einer notwendigen Behandlung. Dies gilt sowohl für lesbische Frauen in Einzeltherapie als auch für lesbische Paare und Familien, die in Ehe- und Familienberatungsstellen immer noch häufig auf traditionelle Familienbilder treffen. Anstatt dass in unterstützender Weise am effektiven Umgang mit gesellschaftlicher Diskriminierung mit der Klientin gearbeitet wird, wird die Diskriminierung in der Therapie selbst wiederholt.

1.2 ZIELE DES PROJEKTS

Mit unserem Projekt verfolgen wir gleichzeitig mehrere Ziele:

1. Wir möchten das Vorkommen und die Verbreitung einzelner Formen von Diskriminierung lesbischer/ lesbisch empfindenden Frauen gegenüber in der Psychotherapie über eine globale Vermutung oder Feststellung hinaus genauer eruieren.

Dabei vermuten wir, dass – im Vergleich mit der Gesamtbevölkerung - PsychotherapeutInnen aufgrund ihrer alltäglichen Konfrontation mit außergewöhnlichen Lebensereignissen und –geschichten eher eine größere Toleranz Lebensweisen jenseits der Dominanzkultur gegenüber aufbringen, wissen aber andererseits um die in der Geschichte der Psychotherapie bis heute vorkommenden eklatanten Diskriminierungen homosexueller Menschen. Um etwas mehr Klarheit in dieser Frage zu bekommen, haben wir in unserer Umfrage nach den fachlichen Meinungen der PsychotherapeutInnen zum Umgang mit lesbischen/ lesbisch empfindenden Frauen gefragt. Da erfahrungsgemäß in Fragen nach Meinungen die Antworten nur zu einem Teil Rückschlüsse auf das reale Verhalten der Befragten zu-

lassen und sich in hohem Maß an der sozialen Erwünschtheit orientieren, dürfen die Meinungsäußerungen nicht als faktisches Verhalten der TherapeutInnen missverstanden werden. Das Ausmaß realer Diskriminierungen liegt in der Regel sehr viel höher, als die geäußerten Meinungen es auf den ersten Blick erwarten lassen. Andere Methoden müssen hinzukommen, um ein realistisches Bild von etwaigen Diskriminierungen zu bekommen, und sind auch im Rahmen unseres Projektes geplant.

Um das Fachwissen über lesbische Lebensweisen und deren Verständnis zu erweitern und damit Diskriminierungen abzubauen, bieten wir im Rahmen unserer „Landesweiten Lesbenarbeit“ u.a. Fortbildungen, Vorträge und schriftliche Informationen für Fachfrauen im psychosozialen Bereich an. Wir sind daher daran interessiert zu erfahren, wie der Informations- und Wissensstand der TherapeutInnen zum Thema ist, wo sie sich informieren und ob es einen konkreten Fortbildungsbedarf gibt.

2. Nicht zuletzt ist es ein wesentliches Ziel unserer Umfragen, allein durch die Konfrontation mit einem Fragebogen zu einer (verstärkten) Auseinandersetzung sowohl der TherapeutInnen als auch der Klientinnen mit dem Thema anzuregen. Wir möchten auf diese Weise Einfluss nehmen einerseits in Richtung auf eine akzeptierende und wertschätzende Haltung von PsychotherapeutInnen gegenüber dem lesbischen Empfinden und Verhalten von Klientinnen und andererseits in Richtung auf die Stärkung von lesbischen/ lesbisch empfindenden Klientinnen in ihrer Selbstbehauptung und Gegenwehr bei Diskriminierungen in der Psychotherapie.

Zu unserem Projekt gehört neben der hier vorliegenden Auswertung der Umfrage bei PsychotherapeutInnen eine entsprechende Umfrage bei lesbischen/ lesbisch empfindenden Frauen zu ihren Psychotherapieerfahrungen, deren Ergebnisse wir voraussichtlich im Laufe des Jahres 2002 vorlegen können.

2. DIE THERAPEUTINNENUMFRAGE

2.1 DIE GENAUE ZIELGRUPPE DER UMFRAGE

Wie haben uns entschieden, die Umfrage auf die niedergelassenen PsychotherapeutInnen mit Kassenzulassung in Schleswig-Holstein zu beschränken. Zum einen hat dies arbeitsökonomische Gründe, da die Anschriften dieser Gruppe im Gegensatz zur Gruppe aller approbierten, der angestellt tätigen oder der TherapeutInnen, die auf der Grundlage des Heilpraktikergesetzes tätig sind, relativ problemlos zugänglich. Zum anderen ist dies die Gruppe, die den größten Teil der psychotherapeutischen Versorgung in Schleswig-Holstein abdeckt, und von daher besonders relevant für unsere Fragestellung ist. Wir gehen davon aus, dass die Ergebnisse unserer Umfrage auf andere Gruppen von psychotherapeutisch Tätigen übertragen werden können.

2.2 DIE UMFRAGEMETHODE

Die Wahl und Entwicklung des Erhebungsinstrumentes stellte das schwierigste Problem bei der Untersuchung dar. Wir haben uns bei der Wahl des Erhebungsinstrumentes für einen - angesichts der Komplexität des Themas sehr kurzen - Fragebogen entschieden, der durch Ankreuzen von vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, aber auch durch freie Antworten ausgefüllt werden konnte. Zum einen wollten wir aussagekräftige Informationen erhalten, zum anderen eine hohe Rücklaufquote erzielen. Ein sehr ausführlicher Fragebogen oder Fragen, die für ihre Beantwortung viel Zeit erfordern, hätten unweigerlich zu einem geringen Rücklauf geführt und wären wahrscheinlich nur von denjenigen TherapeutInnen ausgefüllt worden, die ein beträchtliches Interesse am Thema haben, so dass der Grad der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse noch geringer gewesen wäre. Die Entscheidung für das Zulassen freier Antworten bei den Items hatte darüber hinaus den Hintergrund, dass wir bei den befragten TherapeutInnen einerseits mit einer starken inhaltlichen Festlegung auf bestimmte Antwortmöglichkeiten keine zusätzliche Reaktanz erzeugen wollten und wir andererseits an eventuell interessanten und aufschlussreichen Meinungsäußerungen interessiert waren.

Andere Erhebungsverfahren wie z.B. qualitative Interviews, erschienen uns angesichts unserer knappen zeitlichen und finanziellen Ressourcen und angesichts der noch größeren Schwierigkeiten bzgl. der Verallgemeinerbarkeit als zu aufwendig.

Die von uns gewählte Form des Fragebogens mit vielen freien Antwortmöglichkeiten bereitet bei der Auswertung einige Schwierigkeiten, zumal wir in der Anweisung zum Ausfüllen ausdrücklich darauf hingewiesen haben, dass uns auch unvollständig ausgefüllte Fragebögen willkommen sind. Hintergrund für diesen Hinweis war der Wunsch, die Akzeptanz des Fragebogens zu erhöhen und eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erreichen. Für die Auswertung bedeutet dies, dass die einzelnen Fragen von unterschiedlich vielen TherapeutInnen beantwortet wurden und auch dort Mehrfachnennungen vorkamen, wo sie nicht vorgesehen waren. Wir haben uns entschlossen, auch diese Daten zu akzeptieren. Das führte bei der Darstellung der Ergebnisse dazu, dass die aufaddierten Prozentangaben nicht immer 100% ergeben.

Bei der Auswertung der freien Antworten haben wir aus ökonomischen Gründen auf aufwendige Verfahren der wissenschaftlichen Inhaltsanalyse verzichtet und nur eine grobe Sichtung der Aussagen daraufhin vorgenommen, ob sie interessante, bisher nicht beachtete Aspekte des Themas ansprechen.

2.3 VERSCHICKUNG UND RÜCKLAUF DES FRAGEBOGENS

Im März 2001 haben wir 849 Fragebögen an alle in Schleswig-Holstein niedergelassenen PsychotherapeutInnen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt eine Kassenzulassung hatten, verschickt. Davon waren 434 weiblich und 415 männlich. Von diesen Fragebögen haben wir 289 ausgefüllt zurückerhalten, 189 von weiblichen Therapeutinnen, 94 von männlichen. Das entspricht einer Rücklaufquote von insgesamt 34%, genauer: bei den weiblichen TherapeutInnen von 44%, bei den männlichen von 23%.

Diese Rücklaufquote ist im Vergleich zu ähnlichen Befragungen von PsychotherapeutInnen und angesichts des mit dem Ausfüllen verbundenen Aufwandes sehr hoch, besonders bei den weiblichen Therapeutinnen, und wird von uns als Interesse am Thema und als große Akzeptanz des Fragebogens gewertet. Trotzdem kann diese Befragung nicht als repräsentativ gelten, da davon auszugehen ist, dass es sich – wie immer bei derartigen Umfragen - um eine selektive Stichprobe handelt, das heißt um eine Umfrage bei denjenigen TherapeutInnen, denen das Thema so bedeutsam und/ oder interessant erscheint, dass sie zum Aufbringen des Arbeitsaufwandes bereit waren. Es kann begründet davon ausgegangen werden, dass es sich dabei eher um diejenigen TherapeutInnen handelt, die eine liberale, nicht bewusst abwehrende oder abwertende Haltung dem Thema gegenüber einnehmen.

2.4 AUSWERTUNG DES FRAGEBOGENS

Aufgrund unserer knappen Ressourcen haben wir den Fragebogen nur in den für uns zentralen Aspekten ausgewertet. Differenziertere Auswertungen in Einzelfragen sind darüber hinaus möglich.

2.4.1 Statistische Angaben zu den Therapeutinnen

A1 Geschlecht der TherapeutInnen

weiblich	189 (65%)
männlich	94 (33%)

(283 TherapeutInnen haben diese Frage beantwortet)

A2 Alter der TherapeutInnen

< 30 J.	1 (<1%)
31 – 40 J.	47 (16%)
41 – 50 J.	128 (44%)
51 – 60 J.	96 (33%)
> als 60 J.	12 (4%)

(286 TherapeutInnen haben diese Frage beantwortet)

A3 TherapeutInnenstatus

Psychologische/r Psychotherapeut/in (PPT)	155 (54%)
Ärztliche/r Psychotherapeut/in (ÄPT)	117 (40%)
Kinder-und Jugendlichenpsychotherapeut/in (KJPT)	24 (8%)

(286 TherapeutInnen haben diese Frage beantwortet)

2.4.2 Angaben über die Klientinnen und deren Verhalten in der Therapie

Um statistische Angaben zu den Klientinnen von den TherapeutInnen zu bekommen, stellte sich uns das Problem, was wir mit „lesbisch“ in diesem Fragebogen genau meinen, angesichts der Vielfalt von Formen und Erscheinungsweisen lesbischen Empfindens und Verhaltens und angesichts der Tatsache, dass zunehmend mehr Frauen die sexuelle Orientierung (z.T. mehrfach) wechseln oder gleichzeitig – in unterschiedlicher Gewichtung – lesbisch und heterosexuell empfinden.

Damit die TherapeutInnen den Fragebogen einheitlich ausfüllen, haben wir folgende Anweisung gegeben:

„Es geht hier (in diesem Fragebogen)

- um Klientinnen/Patientinnen, die Ihnen gegenüber über ihr lesbisches Empfinden und Verhalten berichtet haben. Schon aus methodischen Gründen kann es nicht um Frauen gehen, bei denen Sie eine lesbische Orientierung vermuten.
- sowohl um Frauen mit einem manifesten, nach außen sichtbaren lesbischen Sexualverhalten als auch um Frauen, die von einem innerpsychischen lesbischen Erleben (erotische oder sexuelle Empfindungen, Phantasien, Bilder) berichten
- um die ganze Bandbreite des Kontinuums lesbischen Erlebens, also sowohl um ausschließliches oder überwiegendes, als auch um gelegentliches oder einmaliges lesbisches Erleben. D.h. bisexuelle Frauen sind hier mitgemeint.
- sowohl um „ich – syntones“ also mit der sexuellen Selbstdefinition als lesbisch, bisexuell oder heterosexuell in Konsens stehendes lesbisches Empfinden oder Verhalten als auch um „ich – dystones“, also zwar eingeständenes, aber mit der Selbstdefinition in Dissens stehendes lesbisches Empfinden oder Verhalten.

Zusammengefasst bedeutet das, dass es hier um Frauen geht, die in irgendeiner Form von eigenem erotischem/sexuellem Empfinden oder Verhalten anderen Frauen gegenüber berichtet haben.“

Für die Auswertung unserer Umfrage bedeutet dies, dass wir bei den Zahlenangaben zu den „lesbisch empfindenden“ Klientinnen nur Zahlen über diejenigen haben können, die in der Therapie ihre lesbische Orientierung/ ihr lesbisches Empfinden offen legten. All die Frauen, die ihre sexuelle Orientierung oder ihre nicht gelebten Wünsche und Sehnsüchte in Bezug auf sexuelle Kontakte und/oder Beziehungen zu Frauen verschwiegen haben, sind hier nicht mit erfasst.

Bei der Frage nach der Anzahl der (wie oben definierten) lesbischer/ lesbisch empfindender Klientinnen erhielten wir eine Gesamtzahl von 487. Das sind im Durchschnitt 1,7 pro TherapeutIn.

Nach Geschlecht, Alter und TherapeutInnenstatus differenziert, ergaben sich folgende Zahlen:

B1 Anzahl der lesbischen/ lesbisch empfindenden Klientinnen bei

TherapeutInnen insgesamt	487
weiblicher Therapeutin	323 (66%)
männlicher Therapeut	146 (30%)

TherapeutIn im Alter von	Anzahl	Prozent
<30 Jahre	2	<1%
31 – 40 Jahre	103	21%
41 – 50 Jahre	202	41%
51 – 60 Jahre	163	33%
> 60 Jahre	13	3%

TherapeutInnenstatus	Anzahl	Prozent
Psychologischem/ er Psychotherapeuten/ in	284	58%
Ärztlichem/ er Psychotherapeuten/ in	169	38%
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/ in	50	10%

(289 TherapeutInnen haben diese Frage beantwortet)

Bei dieser Verteilung der Klientinnen auf die verschiedenen TherapeutInnengruppen wird im Vergleich mit den statistischen Angaben zu den TherapeutInnen deutlich, dass diese Verteilungen sich in etwa entsprechen. D.h. lesbische/ lesbisch empfindende Frauen suchen nicht gezielt ihre(n) Therapeutin/en nach Geschlecht, Alter oder TherapeutInnenstatus aus. Bei Betrachtung der einzelnen Fragebögen fiel jedoch auf, dass die Zahl der lesbischen/ lesbisch empfindenden Klientinnen bei den einzelnen TherapeutInnen eine große Bandbreite aufwies und zwischen 0 und 8 schwankte. Das deutet darauf hin, dass lesbische/ lesbisch empfindende Frauen gezielt bestimmte einzelne TherapeutInnen aufsuchen.

Im Fragebogen wurden die TherapeutInnen nach dem Anlass der Klientinnen für die Aufnahme einer Psychotherapie gefragt. Es ergaben sich folgende Zahlen:

B2 Anzahl der Klientinnen, die aus folgenden Anlässen eine Psychotherapie aufnehmen

Antwortmöglichkeit	Anzahl	Prozent
a) Psychische Probleme / Symptome (ohne direkten Bezug zur sexuellen Orientierung)	412	85%
b) Diskriminierungserfahrungen aufgrund der sexuellen Orientierung	17	3%
c) Wunsch nach/ Probleme mit dem Coming-out als lesbische Frau	30	6%
d) Probleme mit der lesbischen Lebensweise oder aufgrund des lesbischen Empfindens	38	8%
e) Probleme in der lesbischen Partnerschaft	126	26%

(Aussagen über insgesamt 487 Klientinnen; Mehrfachnennungen waren möglich)

Aus diesen Zahlen geht hervor, dass – wie zu erwarten war - die große Mehrzahl der lesbischen/ lesbisch empfindenden Frauen eine Therapie aufgrund von psychischen Problemen/ Symptomen ohne direkten Bezug zur sexuellen Orientierung aufnimmt. Nur 8 – 17% (aufgrund der Möglichkeit zu Mehrfachnennungen sind keine genaueren Zahlen möglich) der lesbischen/ lesbisch empfindenden Frauen nahmen nach Einschätzung der TherapeutInnen eine Therapie wegen Problemen auf, die im direkten Zusammenhang mit ihrer sexuellen Orientierung/ ihrem lesbischen Empfinden standen.

Bei diesen Zahlen bleiben allerdings die Fragen offen

- ob lesbische/ lesbisch empfindende Frauen heute weniger Probleme haben mit ihrer sexuellen Orientierung
- ob sie solche Probleme in der Therapie verschweigen
- ob sie diese Probleme nicht zu Beginn und daher nicht als Anlass, sondern erst im weiteren Verlauf der Therapie, wenn sie mehr Vertrauen zur/ zum TherapeutIn gefasst haben, ansprechen
- ob die TherapeutInnen die Probleme im Zusammenhang mit der sexuellen Orientierung bagatellisieren und sie nicht als Anlass für die Aufnahme der Therapie wahrnehmen
- ob lesbische/ lesbisch empfindende Frauen professionelle Unterstützung bei solchen Problemen eher in anderen Institutionen (z.B. Beratungsstellen) suchen.

Da wir aus den Beratungen mit lesbischen/ lesbisch empfindenden Klientinnen des öfteren hören, dass sie gezögert haben, ihre sexuelle Orientierung, die ja ein bedeutsames biographisches Datum darstellt, überhaupt oder zumindest zu Beginn der Therapie preiszugeben, haben wir die TherapeutInnen danach gefragt, in welcher Phase der Therapie die Klientinnen ihre sexuelle Orientierung/ ihr lesbisches Empfinden zum erstenmal erwähnt haben.

B3 Anzahl der Klientinnen, die in folgenden Stadien der Therapie von sich aus ihr lesbisches Empfinden und/ oder Verhalten erwähnt haben:

Antwortmöglichkeit	Anzahl	Prozent
a) im Erstkontakt	221	46%
b) während der ersten 10 Sitzungen	175	36%
später	85	18%

(Aussage über insgesamt 481 Klientinnen)

Dies bedeutet, dass über die Hälfte der betreffenden Frauen ihre sexuelle Orientierung/ ihr lesbisches Empfinden nicht im Erstgespräch offenbart, obwohl TherapeutInnen sich in der Regel im Erstgespräch einen ersten groben Überblick über die Lebenssituation, wichtige Bezugspersonen und andere relevante Daten der Klientin verschaffen. Die Tatsache, dass 18% der betreffenden Frauen ihre sexuelle Orientierung/ ihr lesbisches Empfinden noch nach der 10. Sitzung nicht offenbart hatte, deutet darauf hin, dass hier eine große Unsicherheit und ein gewisses Misstrauen besteht, gerade in einer Situation, in der eine große Offenheit bzgl. der intimsten Bereiche der Person gefordert und in der Regel mitentscheidend ist für den Erfolg der Therapie.

Auf die Frage (B4) , bei wie vielen dieser Klientinnen/Patientinnen das lesbische Empfinden oder Verhalten bzw. Aspekte der lesbischen Lebensweise ein bedeutsames Thema in der Therapie war, gaben die Therapeu-

tInnen an, dass dies bei 248, d.h. bei 51% der Klientinnen der Fall gewesen sei. Das heißt, wenn man die Frage B2 mitbetrachtet, dass die lesbische Orientierung in der Regel nicht der Anlass für die Aufnahme einer Therapie ist, wohl aber ein bedeutsames Thema in der Therapie ist. Eine entsprechende fachliche Qualifikation ist daher auf Seiten der TherapeutIn unbedingt erforderlich.

2.4.3 Fachliche Meinungen der TherapeutInnen zur therapeutischen Arbeit mit lesbischen/ lesbisch empfindenden Klientinnen

In diesem Abschnitt des Fragebogens haben wir die TherapeutInnen gebeten anzugeben, welche fachlichen Meinungen zum Thema der lesbischen sexuellen Orientierung und zum Umgang damit in der Psychotherapie sie haben. Wir haben bewusst auf Items, die darüber hinaus auf die persönlichen Einstellungen zum Thema und auf einen etwaigen homophoben Hintergrund der TherapeutInnen abzielen, verzichtet, da wir von einer nur geringen Bereitschaft der TherapeutInnen, solche Fragen zu beantworten, ausgegangen sind.

Die Zahl der Fragen haben wir versucht, so gering wie möglich zu halten und sie so zu formulieren, dass sie genügend Anreiz bieten, sich mit ihnen inhaltlich zu beschäftigen. Wir haben einige Antwortmöglichkeiten vorgegeben, aber auch die Möglichkeit angeboten, eine individuelle Meinung zu äußern. Die von uns vorgegebenen Antwortmöglichkeiten haben wir aus der Fachliteratur herausgefiltert bzw. in Gesprächen mit TherapeutInnen über ihre Einstellungen und Vorgehensweisen und aus Berichten von lesbischen/ lesbisch empfindenden Frauen über ihre Therapieerfahrungen rekonstruiert. Hintergrund für diese Fragen ist das schon oben geschilderte Wissen um das Vorkommen von Diskriminierungen lesbischer/ lesbisch empfindender Frauen auch in der Psychotherapie.

Das erste Item zielte darauf ab, ob die sexuelle Orientierung auf Frauen als eine individuelle, eventuell sogar bewusst getroffene Entscheidung gesehen wird, für die es allenfalls einen individuellen Hintergrund gibt - diese Sichtweise wird von der Mehrzahl der feministisch orientierten Theoretikerinnen und neuerdings auch vereinzelt von psychoanalytisch ausgerichteten Theoretikerinnen vertreten - oder ob hinter der lesbischen Orientierung die o.g. allgemeinen Ursachen gesehen werden.

C1 Für die Entwicklung einer lesbischen Orientierung gibt es

Antwortmöglichkeit	Anzahl der Zustimmungen	Prozent
a) keine verallgemeinerbaren Ursachen	234	86%
b) verallgemeinerbare Ursachen, und zwar	36	13%
...		

(272 TherapeutInnen haben diese Frage beantwortet)

Die Auswertung dieses Items ergibt, dass immerhin noch 13% der TherapeutInnen verallgemeinerbare Ursachen annehmen. Genannt wurden, wie erwartet, z.B. genetische bzw. pränatale, hormonelle Faktoren, (sexuelle) Gewalterfahrungen, Entwicklungsstörungen in der Kindheit, Beziehungsstörungen zu Mutter oder Vater (frühe Enttäuschungen, Entbehrungen), Misslingen der Geschlechtsrollenfindung etc.

Beim zweiten Item geht es darum, wie TherapeutInnen damit umgehen, wenn eine lesbische/ lesbisch empfindende Klientin von ihrer sexuellen Orientierung berichtet. In Beratungen haben uns lesbische/ lesbisch empfindende Frauen immer wieder berichtet, dass sie, obwohl sie mit einem ganz anderen Anliegen in die Therapie gegangen sind, aufgefordert wurden, über die Gründe für ihre sexuelle Orientierung zu berichten. Heterosexuell lebende Frauen werden bezeichnenderweise so gut wie nie danach gefragt, weshalb sie sich für eine heterosexuelle Lebensweise entschieden haben.

C2 Die sexuelle Orientierung sollte bei lesbisch empfindenden Klientinnen in der Therapie

Antwortmöglichkeit	Anzahl der Zustimmungen	Prozent
a) auf ihre Ursachen hin bearbeitet werden	13	5
b) nicht anders thematisiert werden als bei heterosexuellen Frauen	249	90
c) andere Meinung	45	16

(278 TherapeutInnen haben diese Frage beantwortet)

Die Ergebnisse bei diesem Item weisen darauf hin, dass das Bewusstsein über die Diskriminierung, die in der Aufforderung zur Bearbeitung der Ursachen speziell der lesbischen Orientierung liegt, groß ist: nur 5% der TherapeutInnen hält die Bearbeitung vermeintlicher Ursachen grundsätzlich für notwendig. Dies Ergebnis steht in deutlichem Widerspruch zu dem, was uns Klientinnen über ihre Therapieerfahrungen berichten und bedarf weiterer Klärung.

Die freien Antworten („andere Meinung“) sind mehrheitlich Differenzierungen: die sexuelle Orientierung solle auf ihre Ursachen hin bearbeitet werden z.B. wenn das von der Klientin gewünscht werde, wenn die Klientin selbst Probleme mit ihrer sexuellen Orientierung habe, wenn das zur Abklärung der Psychodynamik wichtig sei, wenn die sexuelle Orientierung mit der Störung in Zusammenhang stehe etc. Bei diesen Antworten fragt es sich, weshalb das an dieser Stelle von den TherapeutInnen extra angemerkt wird, so als ob dies nicht auch bei heterosexuell lebenden Frauen in gleicher Weise angebracht wäre. Es liegt die Vermutung nahe, dass hier doch ein, wenn auch geringer Unterschied zwischen lesbischen und heterosexuell lebenden Frauen gemacht werden soll.

In unseren Beratungen haben wir von vielen lesbischen/ lesbisch empfindenden Frauen erfahren, dass sie das Thematisieren ihrer sexuellen Orientierung von Seiten der TherapeutIn, ohne dass sie selbst es initiiert hätten, als grenzverletzend empfunden haben. Sie hatten den Eindruck, ihre sexuelle Orientierung werde als „Makel“, der einer besonderen Berücksichtigung bedürfe, gesehen. Andere lesbische/ lesbisch empfindende Frauen waren froh, wenn die TherapeutIn das tabuisierte Thema in einer akzeptierenden Haltung angesprochen hat, entweder wenn die Klientin aufgrund eigener Schamgefühle ihrem Empfinden gegenüber es selbst nicht ansprechen mochten oder wenn sie realisierten, dass die TherapeutIn um die Schwierigkeiten, als lesbische Frau mit der gesellschaftlichen Diskriminierung zu leben, wussten und sich als kompetente Gesprächspartnerin in dieser Frage erwies.

Von daher haben wir die Meinung danach erfragt, ob und wenn ja, unter welchen Umständen TherapeutInnen das Thema von sich aus ansprechen sollten.

C3 Die sexuelle Orientierung sollte bei lesbisch empfindenden Klientinnen / Patientinnen, die selbst nicht weiter auf dieses Thema eingehen, von Seiten des/der Therapeuten/in

Antwortmöglichkeit	Anzahl der Zustimmungen	Prozent
a) nicht angesprochen werden	31	11%
b) grundsätzlich angesprochen werden	72	25%
c1) angesprochen werden, wenn es darum geht, ein Coming-out in der Therapie zu erleichtern	116	40%
c2) angesprochen werden, wenn es darum geht, mögliche Diskriminierungserfahrungen zu erfragen	129	43%
c3) angesprochen werden unter anderen Bedingungen	56	20%

(277 TherapeutInnen haben diese Frage beantwortet; Mehrfachnennungen waren unter c) möglich)

Die Ergebnisse zeigen, dass immerhin 25% der TherapeutInnen meinen, das Thema der sexuellen Orientierung sollte grundsätzlich von Seiten des Therapeuten angesprochen werden. Auch hier fragt es sich, ob diese TherapeutInnen in gleicher Weise mit der sexuellen Orientierung heterosexueller Klientinnen verfahren. Bei den freien Antworten wird in der Mehrzahl eine hilfreiche Absicht hinter dem Ansprechen (wie bei C3c1) deutlich.

Da erst vor ca. 10 Jahren Homosexualität aus den offiziellen Verzeichnissen psychischer Störungen entfernt wurde, erhofften wir uns aus dem folgendem Item Aufschluss darüber, ob dies von den TherapeutInnen tatsächlich nachvollzogen wurde und wieweit eine bedingungslose Bereitschaft besteht, lesbische/ lesbisch empfindende Frauen in der eigenen Wahl ihrer sexuellen Orientierung zu unterstützen.

C4 Eine lesbisch empfindende Klientin / Patientin sollte in der Therapie

Antwortmöglichkeit	Anzahl der Zustimmungen	Prozent
a) unterstützt werden in Richtung auf die Entwicklung einer heterosexuellen Orientierung	4	1,5%
b) grundsätzlich in der Akzeptanz ihrer sexuellen Orientierung unterstützt werden	234	85%
c) unter besonderen Bedingungen in der Akzeptanz ihrer sexuellen Orientierung unterstützt werden	40	15%

(274 TherapeutInnen haben diese Frage beantwortet)

Immerhin 4 TherapeutInnen, das sind 1,5%, vertreten tatsächlich noch die Ansicht, dass lesbische Frauen grundsätzlich in der Entwicklung einer heterosexuellen Orientierung unterstützt werden sollten. Sie vertreten damit weiterhin die Pathologisierung einer lesbischen Orientierung, die klassische offene Diskriminierung. Und 15% der TherapeutInnen sind nur unter besonderen Bedingungen, nicht aber grundsätzlich, bereit, lesbische/ lesbisch empfindende Frauen in der Akzeptanz der von ihnen gewählten Lebensweise zu un-

terstützen. In den freien Antworten kommt eine Vielfalt von verschiedenen Meinungen zum Ausdruck, so dass hier keine Tendenz in irgendeine Richtung festzustellen ist.

Die Antwortalternativen der 4 Items, die eher auf eine diskriminierende Haltung lesbischen Frauen gegenüber hinweisen (C1b, C2a, C3b (mit Einschränkungen), C4a und C4c), haben wir einer genaueren Betrachtung, differenziert nach Geschlecht, Alter und Therapeutenstatus, unterzogen.

Diese Items noch einmal im Überblick:

- C1b: Für die Entwicklung einer lesbischen Orientierung gibt es verallgemeinerbare Ursachen.
- C2a: Die sexuelle Orientierung sollte bei lesbisch empfindenden Klientinnen in der Therapie auf ihre Ursachen hin bearbeitet werden.
- C3b: Die sexuelle Orientierung sollte bei lesbisch empfindenden Klientinnen / Patientinnen, die selbst nicht weiter auf dieses Thema eingehen, von Seiten des/der Therapeuten/in grundsätzlich angesprochen werden.
- C4a: Eine lesbisch empfindende Klientin / Patientin sollte in der Therapie unterstützt werden in Richtung auf die Entwicklung einer heterosexuellen Orientierung.
- C4c: Eine lesbisch empfindende Klientin / Patientin sollte in der Therapie unter besonderen Bedingungen in der Akzeptanz ihrer sexuellen Orientierung unterstützt werden.

Es zeigte sich, dass die weiblichen TherapeutInnen im Vergleich zum Gesamtanteil von 66% weiblicher Therapeutinnen auffällig häufig die Alternativen C1b (83%), C2a (85%), C4a (75%) und C4c (78%) ankreuzten. Dies kann – zwar aufgrund der geringen Zahlen nur vorsichtig –als Hinweis gedeutet werden, dass die Tendenz zu Diskriminierungen bei weiblichen TherapeutInnen größer ist als bei den männlichen. Es lässt sich vermuten, dass dieses Ergebnis auf die bei weiblichen Therapeutinnen beim Thema der explizit „lesbischen“ (und nicht „homosexuellen“) Orientierung stärker angesprochene Homophobie zurückzuführen ist.

Bei den verschiedenen Altersgruppen war entgegen unseren Erwartungen die geringste Tendenz zur Diskriminierung in der Altersgruppe der 51-60jährigen TherapeutInnen zu finden. Die Prozentzahl der Zustimmung bei dieser Altersgruppe zu den Antwortalternativen C1b (18%), C2a (23%) und C4c (22%) lag deutlich unter dem Anteil dieser Altersgruppe (33%) an der Gesamtzahl der TherapeutInnen. Demgegenüber lag speziell die Altersgruppe der 41-50-Jährigen bei den Items C1b (60%) und C2a (53%) deutlich über ihrem Anteil an der GesamttherapeutInnenzahl (41%). Erklären lässt sich dieser Befund eventuell mit der größeren Berufserfahrung der 51-60-Jährigen. Erfahrungsgemäß entfernen ältere TherapeutInnen sich mit zunehmendem Alter von den in den Ausbildungen angeeigneten Standpunkten zugunsten von Einstellungen aufgrund der eigenen Berufs- und Lebenserfahrungen. Unsere Erwartung, dass jüngere TherapeutInnen wegen der in den letzten Jahrzehnten gesamtgesellschaftlich gewachsenen Toleranz lesbischen Lebensweisen gegenüber weniger zu Diskriminierungen neigen, hat sich also nicht bestätigt und ist noch einmal ein Hinweis darauf, dass die berufliche Ausbildung mit ihren z.T. überholten Theorien ausschlaggebender ist als gesamtgesellschaftliche Meinungsbildungsprozesse. Insgesamt ein deutlicher Hinweis auf die dringliche Notwendigkeit der Integration dieses Themas in die Grundausbildung von TherapeutInnen.

Beim TherapeutInnenstatus ergaben sich keine auffälligen Tendenzen.

Es bleibt allerdings noch einmal festzuhalten: Aufgrund der insgesamt geringen Tendenz der TherapeutInnen, die als Hinweis auf eine diskriminierende Haltung gewerteten Items anzukreuzen, lassen sich aus diesen Ergebnissen keine wissenschaftlich begründeten Schlüsse auf unterschiedliche Diskriminierungstendenzen bei den TherapeutInnengruppen ableiten. Genauere Untersuchungen bleiben aufwendigeren wissenschaftlichen Untersuchungen überlassen.

2.4.4 Fortbildungsbedarf

Um den Fortbildungsbedarf einschätzen zu können, haben wir in unserem Fragebogen zunächst nach dem Umfang der Wissensvermittlung während der Ausbildung gefragt:

D1 War eine lesbische Lebensweise und lesbisches Empfinden und Verhalten von Klientinnen / Patientinnen und der Umgang damit in der Psychotherapie ein Thema in Ihrer (Grund-) Ausbildung zum/zur Psychotherapeuten/in?

Antwortmöglichkeit	Anzahl der Zustimmungen	Prozent
a) ja, ausführlich	15	5%
b) ja, in geringem Umfang	108	38%
c) nein	162	58%

(281 TherapeutInnen haben diese Frage beantwortet)

Aus den Zahlen wird deutlich, dass weit über die Hälfte der TherapeutInnen in ihrer Ausbildung sich, wie zu erwarten war, mit diesem Thema nicht beschäftigt hat. Bei den übrigen ist natürlich die Qualität der Ausbildung zu diesem Thema unklar und bedarf u.E. dringend der genaueren Überprüfung.

Das nächste Item zielte auf einen konkreten Fortbildungsbedarf ab:

D2 Haben Sie Bedarf an Fortbildung zum Themenkreis „Therapeutische Arbeit mit lesbischen Frauen?“

Antwortmöglichkeit	Anzahl der Zustimmungen	Prozent
a) Ja, ich würde gern an einer Fortbildung teilnehmen	40	14%
b) Ich finde das Thema wichtig / interessant, habe aber aktuell meine Prioritäten anders gesetzt	156	56%
c) Nein, ich habe keinen Bedarf	84	30%

(279 TherapeutInnen haben diese Frage beantwortet)

Aus der Beantwortung der Frage D2 wird deutlich, dass ein Interesse am Thema zwar von vielen (56%) bekundet wird, der Wunsch nach Fortbildung zu diesem Thema aber insgesamt gering (14%) ist. Die Gründe für eine andere Prioritätensetzung können natürlich vielfältig sein und bedürfen ebenfalls einer weiteren Klärung.

Des Weiteren haben wir nach den Quellen gefragt, woher die TherapeutInnen im wesentlichen ihre Informationen über lesbische/ lesbisch empfindende Frauen beziehen. Die Antworten können eventuell Aufschluss darüber bringen, welche Strategien für die Verbesserung des Wissensstandes über lesbische/ lesbisch empfindende Frauen und lesbische Lebensweisen vielversprechend sein könnten.

D3 Woher beziehen Sie im wesentlichen Ihre Informationen über lesbische Frauen/ lesbische Lebensweisen?

Antwortmöglichkeit	Anzahl der Zustimmungen	Prozent
a) aus eigener Erfahrung	35	13%
b) aus persönlichen Kontakten mit lesbischen Frauen	191	58%
c) aus den Berichten lesbischer Klientinnen / Patientinnen	180	65%
d) aus Berichten von Kolleg/inn/en über lesbische Klientinnen/Patientinnen (z.B. in der Supervision)	124	45%
e) aus den Medien (Funk, Fernsehen, Zeitschriften, Romane etc.)	117	42%
f) aus Fortbildungsveranstaltungen (Tagungen, Vorträge, Workshops etc.) zum Thema	72	26%
g) aus der Fachliteratur zum Thema	164	59%
h) andere Quellen	0	0%

(277 TherapeutInnen haben diese Frage beantwortet; Mehrfachnennungen waren ausdrücklich möglich)

Für uns wird aus diesen Zahlen u.a. deutlich, dass TherapeutInnen auf fachlicher Ebene zwar auch zu einem nicht geringen Maß durch Fortbildungsveranstaltungen (Tagungen, Vorträge, Workshops etc.) (26%), aber aufgrund der besseren Erreichbarkeit verständlicherweise - in viel größerem Ausmaß durch Fachliteratur (59%) erreichbar sind. Dies möchten wir als Hinweis aufgreifen, dass es in der Antidiskriminierungsarbeit zum Thema sinnvoll sein könnte, Literaturlisten, mit Fachliteratur auf einem aktuellen Erkenntnisstand stärker publik zu machen. Auch hier sind weitere Untersuchungen nötig.

Insgesamt wird aus den Fragen zum Thema „Fortbildungsbedarf“ ersichtlich, dass es gravierende Mängel in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen bzgl. des Themas der lesbischen Orientierung/ Lebensweise gibt. Dass das Thema doch von vielen TherapeutInnen als wichtig und interessant angesehen wird (56%), könnte über unser eigenes Interesse hinaus auch für Ausbildungsinstitutionen als Aufforderung aufgefasst werden, sich in ihren Curricula stärker dieses Themas anzunehmen. Darüber hinaus besteht eine Notwendigkeit, bei den TherapeutInnen noch stärker ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass es im Sinne einer Qualitätssteigerung der eigenen Arbeit sinnvoll und notwendig ist, sich zu diesem Thema fortzubilden, besonders angesichts der sich abzeichnenden Tendenz, dass in Zukunft, bei einer stärkeren gesellschaftlicher Akzeptanz lesbischer Lebensweisen die Zahl der lesbischen/ lesbisch empfindenden Frauen weiter zunehmen wird.

2.5 RESUMÉE

Diese Untersuchung wirft letztendlich mehr Fragen auf, als sie beantwortet. Das ist von uns auch so erwartet worden. Wir haben von Anfang an eine Gegenüberstellung der Ergebnisse dieser TherapeutInnenumfrage mit den Ergebnissen einer entsprechenden Umfrage bei Klientinnen eingeplant. Vorläufig lässt sich zu den o.g. Projektzielen nach Auswertung dieses ersten Fragebogens folgendes sagen:

1. Bzgl. des Vorkommens lesbendiskriminierender Einstellungen bei den PsychotherapeutInnen lässt sich zwar insgesamt eine große Akzeptanz feststellen. Aufgrund der Selbstselektion der Stichprobe und der Tatsache, dass es sich um Meinungsäußerungen mit einer hohen sozialen Erwünschtheit und keinesfalls um konkretes Verhalten handelt, sollten bei dieser Frage die Ergebnisse der Klientinnenumfrage abgewartet werden. Außerdem sollte bei der Bewertung berücksichtigt werden, dass eine unvoreingenommene Offenheit gegenüber unkonventionellen Lebensweisen und eine hochgradige Sensibilität gegenüber eigenen Tendenzen zu Vorurteilen, Diskriminierungen, unbeabsichtigten Abwertungen und Kränkungen KlientInnen gegenüber und deren weitestgehende Vermeidung zum Grundhandwerkszeug einer TherapeutIn gehört und deren Fehlen einen gravierenden Kompetenzmangel darstellt. D.h. angesichts dessen, was berechtigterweise von TherapeutInnen erwartet werden kann, ist die auf den ersten Blick positiv ausfallende Bewertung doch erheblich zu relativieren.

2. Unsere Vermutung über einen Mangel an Fortbildung zum Thema hat sich bestätigt. Erfreulicherweise ergaben sich aber auch Hinweise auf eine große Aufgeschlossenheit dem Thema gegenüber, was sich zusätzlich auch in der hohen Rücklaufquote ausdrückte. Weitere Überlegungen zu effektiven Antidiskriminierungsstrategien im Bildungsbereich stehen für uns an. Von den offiziell zugelassenen Ausbildungsinstitutionen sollten dringend Qualitätsstandards für die Arbeit mit lesbischen Frauen (und anderen diskriminierten Gruppen) entwickelt werden.

3. Durch die Verschickung des Fragebogens an alle in Schleswig-Holstein kassenzugelassenen PsychotherapeutInnen konnte über das Einholen von Daten hinaus erreicht werden, dass mehr als ein Drittel von ihnen sich mit dem Thema beim Ausfüllen beschäftigt hat und alle, zumindest kurzfristig, beim Erhalt des Fragebogens mit dem Thema konfrontiert waren, ein „Nebeneffekt“ der Untersuchung, der nicht unterschätzt werden darf.