



H A M B U R G

Zentrum für Psychosoziale Medizin

Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin
und Forensische Psychiatrie

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf | Martinistraße 52 | 20246 Hamburg
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie

Jörg Litwuschuh-Barthel
Geschäftsführender Vorstand
Bundesstiftung Magnus Hirschfeld (BMH)
Mohrenstr. 34
D-10117 Berlin

Prof. Dr. med. Peer Briken
Direktor

Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut für Sexualforschung und
Forensische Psychiatrie
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Sekretariat:
Beatric Portugall

Gebäude W38, R. 119 a
Telefon: +49 (0) 40 7410-52225
Fax: +49 (0) 40 7410-56406
b.portugall@uke.de
www.uke.de

Hamburg, 10.07.2019

Gutachten im Auftrag der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld (BMH) zur Fragestellung von so genannten Konversionsbehandlungen bei homosexueller Orientierung



Zusammenfassung

Das vorliegende Gutachten wurde im Auftrag der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld (BMH) zu folgenden Fragestellungen angefertigt: (1) Sind so genannte Konversionsbehandlungen bei homosexueller Orientierung evidenzbasiert? (2) Welche Hinweise auf schädliche Auswirkungen gibt es?

Im Gutachten wird für die unterschiedlichen untersuchten Interventionsformen der international etablierte Begriff der „Sexual Orientation Change Efforts“ (SOCE) verwendet. Dieser Begriff beschreibt alle Bemühungen, die sexuelle Orientierung eines Menschen oder Teilaspekte davon durch gezielte Interventionen zu beeinflussen. Das Gutachten stützt sich vor allem auf die Analyse und Bewertung der wissenschaftlich relevanten Literatur.

Zahlreiche Studien zeigen, dass die sexuelle Orientierung bei vielen Menschen im Lebensverlauf relativ stabil ist. Längsschnittstudien belegen zwar, dass manche Menschen im sexuellen Selbsterleben eine gewisse Flexibilität (auch: „Fluidität“) aufweisen, jedoch ist diese selten und meist eher moderat. Zudem basiert solche Fluidität nicht auf bewussten Entscheidungen. Empirisch, sexualwissenschaftlich, soziologisch, psychologisch und medizinisch gibt es keine Hinweise darauf, dass Homosexualität eine Störung oder gar Krankheit ist. Daher haben sich alle relevanten medizinischen und psychologischen Fachgesellschaften seit Langem deutlich gegen eine Pathologisierung von Homosexualität ausgesprochen. Aus medizinisch-psychotherapeutischer Sicht existiert damit keinerlei Indikation für SOCE.

Die Wirksamkeit unterschiedlicher Formen von SOCE wurde in einer Reihe wissenschaftlicher Studien untersucht. Gegen diese Studien existieren zahlreiche methodische Einwände. Die wenigen experimentellen und quasi-experimentellen Studien stammen aus den 1970er Jahren und untersuchen Interventionen, die aus heutiger Sicht als unethisch gelten müssen (sog. Aversionstherapien). Jüngere, nicht-experimentelle Studien untersuchen zwar Interventionen, die heute noch durchgeführt werden, beschreiben und kontrollieren diese jedoch nicht hinreichend. Neben zahlreichen methodischen Einschränkungen eignen sich die nicht-experimentellen Studien jedoch v.a. nicht dazu, Kausalaussagen zu treffen.

Insgesamt lässt keine der uns bekannten Studien den Schluss zu, dass die sexuelle Orientierung durch SOCE dauerhaft verändert werden kann. Verändert werden können bestenfalls Einzeldimensionen der sexuellen Orientierung, wie etwa gleichgeschlechtliche Verhaltensweisen oder die Berichte über sexuelle Anziehung oder Selbst-Identifikation in der Öffentlichkeit.

Die erwähnten methodischen Probleme der vorliegenden Studien gelten auch hinsichtlich der Frage, ob SOCE unerwünschte schädliche (Neben-)Wirkungen hat. Obwohl auch hier keine Kausalaussagen möglich sind, gibt es *auf individueller Ebene* zumindest deutliche Hinweise

auf negative Wirkungen (so z.B. Depressivität, Angst, Suizidalität, sexuelle und Beziehungsprobleme). Aber auch *auf gesellschaftlicher Ebene* unterstützen SOCE implizit und explizit die Diskriminierung von nicht-heterosexuell orientierten Menschen und können damit negative Folgen haben. In der Literatur sind die negativen Folgen durch die Stigmatisierung wegen einer nicht-heterosexuellen Orientierung seit einigen Jahren im Rahmen eines Konzepts des „Minority Stress“ theoretisch untermauert.

Angesichts der fehlenden Indikation, des fehlenden Nachweises einer Wirkung auf das Zielkriterium sowie des breit gefächerten Spektrums individueller und gesellschaftlicher negativer Wirkungen fehlt für die Durchführung von SOCE aus medizinisch-psychotherapeutischer und sexualwissenschaftlicher Sicht die Evidenz.

Wenn es zu einer psychischen Belastung durch eine nicht-heterosexuelle Orientierung kommt, so kann diese Belastung Ausgangspunkt von sachgerecht durchgeführter Beratung oder Therapie sein, die nicht zum Ziel haben darf, die sexuelle Orientierung zu verändern. Empfohlen wird, zu versuchen, die Symptombelastung (z.B. Depressivität) zu verringern, was z.B. im Rahmen einer professionellen Beratung, Psychotherapie oder Selbsthilfegruppe erfolgen kann. Dies muss keineswegs im Widerspruch zur Ausübung religiöser oder spiritueller Praxis stehen. Die sich durch gesellschaftliche Haltungen zu nicht-heterosexuellen Orientierungen ergebenden individuellen Stressoren (s.o.) sollten durch Maßnahmen auf mehreren Ebenen möglichst weitgehend reduziert werden. Dazu bedarf es intensiver Bemühungen u.a. im Bereich von medizinischer, psychologischer, psychotherapeutischer und pädagogischer Aus- und Weiterbildung. Notwendig ist zudem eine breite gesellschaftliche Aufklärung, die auch Familien mit einschließt, sowie Unterstützung künftiger Forschung in diesem Feld.

1. Fragestellung

Im Auftrag der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld (BMH), vertreten durch den Vorstand Jörg Litwuschuh, vom 22.3.2019 (mündlich) wurde ein Kurz-Gutachten zur Frage der Evidenzbasierung und etwaigen Schädigungen von bzw. durch sog. Konversionstherapien gegen Homosexualität (Arbeitstitel und Gutachtenfrage) erstellt.

Dezidiert sollten die beiden folgenden Fragestellungen beantwortet werden:

- (1) Sind so genannte Konversionsbehandlungen bei homosexueller Orientierung evidenzbasiert?
- (2) Welche Hinweise auf schädliche Auswirkungen gibt es?

Das Gutachten stützt sich auf die Analyse der relevanten Literatur (keine systematische Literaturübersicht), insbesondere unter Einbeziehung des „Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation“ aus dem Jahr 2009, der eine systematische Literaturübersicht bis zum damaligen Zeitpunkt enthält (APA, 2009). Zusätzlich wurden die seitdem publizierten wissenschaftlichen Studien in das Gutachten einbezogen, die über übliche Datenbanken wie Medline zugänglich sind. Nicht-wissenschaftliche Literatur (z.B. so genannte „graue“ Literatur) aus dem internationalen oder nationalen Raum wurde nicht ausgewertet, da diese nicht durch ein wissenschaftliches Peer-Review-Verfahren oder durch andere Instanzen einer wissenschaftlichen Qualitätskontrolle unterworfen ist.

Das Gutachten wird nach bestem Wissen und Gewissen erstattet. Es stellt eine vorläufige Arbeitsgrundlage für einen laufenden Diskussionsprozess dar, die in einem begrenzten zeitlichen Rahmen und in einem begrenzten Umfang mit den sich daraus ergebenden Einschränkungen erstellt wurde.

1.1 Anmerkung zur Definition

In der o.g. Fragestellung wird der Begriff der „Konversionstherapien“ verwendet. Dieser Begriff hat im Feld Tradition und ist als geläufig anzusehen. Dennoch ist er aus zwei Gründen problematisch: *Erstens* kann von einer *Therapie* streng genommen schon deshalb keine Rede sein, weil Homosexualität keine Störung oder Krankheit ist und damit auch keine Indikation für eine Therapie vorliegt (vgl. Abschnitt 2). Zudem kommen Interventionen zur Anwendung, die klassischerweise nicht dem Therapiebegriff zugeordnet werden, wie z.B. religiöse Methoden oder selbstorganisierte Maßnahmen. Im Rahmen der vom Bundesminister für Gesundheit

eingesetzten Kommission wurde deshalb der Arbeitsbegriff der „Konversionsmaßnahmen“ oder „Konversionsinterventionen“ verwendet. *Zweitens* unterstellt der Begriff einer *Konversion* ein eindimensionales und binäres Konzept sexueller Orientierung, welches dem aktuellen Forschungsstand nicht gerecht wird (vgl. Abschnitt 3). Aus diesen Gründen haben wir uns dafür entschieden, in diesem Gutachten für die höchst unterschiedlichen untersuchten Interventionsformen den in jüngerer Zeit international zunehmend etablierten Begriff der „Sexual Orientation Change Efforts“ (kurz: SOCE) zu verwenden. Dieser Begriff beschreibt alle Bemühungen, die sexuelle Orientierung eines Menschen, oder Teilaspekte davon, durch gezielte Interventionen zu beeinflussen – sei dies mit Einwilligung, gegen den Willen oder ohne Wissen der Betroffenen. Darunter fallen Formen der Psychotherapie, insbesondere so genannte Aversionstherapien, psychoanalytische Verfahren, aber auch religiös motivierte Ansätze der Beratung und Intervention einschließlich Gruppeninterventionen sowie schließlich selbstorganisierte Maßnahmen.

2. Kurze historische Einführung

Der Beginn der Medikalisierung von Homosexualität lässt sich auf das 19. Jahrhundert datieren. In dieser Zeit wurde das Verhältnis von Kriminalisierung und Pathologisierung in Bezug auf Sexualität neu geordnet; die Medizin bemächtigte sich damit auch der Homosexualität. Der in dieser Zeit einflussreiche deutsche Psychiater Richard von Krafft-Ebing (1840–1902), Vertreter der auf Bénédict Augustin Morel (1809–1873) zurückgehenden Degenerationslehre, sah Homosexualität einerseits als angeboren und krankhaft an, zog daraus allerdings andererseits die Konsequenz, dass Homosexuelle für ihre Handlungen nicht verantwortlich seien und daher nicht bestraft werden sollten. So erfolgte eine Verortung der Homosexualität in der Medizin und zwar in ihrer Subdisziplin Psychiatrie. Krafft-Ebing erschloss damit ein neues Forschungsfeld für die Psychiatrie. Zugleich kann er als einer der Pioniere der jungen Sexualwissenschaft gelten, die sich um die Jahrhundertwende entwickelte und in der Folge die Diskurse um die Pathologisierung und Entpathologisierung der Homosexualität maßgeblich mit beeinflusste. Ein weiterer ärztlicher Vertreter dieser Disziplin war Magnus Hirschfeld (1868–1935). Dieser hatte 1897 das Wissenschaftlich-humanitäre Komitee (WhK) gegründet, das unter anderem das Ziel verfolgte, den §175 aus dem Strafgesetzbuch zu streichen und damit Homosexualität zu entkriminalisieren. Hirschfelds Lehre der „sexuellen Zwischenstufen“ lässt sich als eine frühe Theorie der „non-Binarität“ lesen: Er ging von individuellen Mischungen männlicher und weiblicher Anteile bei jedem Menschen aus – und zwar sowohl hinsichtlich der Geschlechtlichkeit als auch hinsichtlich der sexuellen Präferenz. Der Strafrechtsausschuss des

Reichstags beschloss im Jahr 1929, dass die sog. „einfache Homosexualität“, die unter Erwachsenen in gegenseitigem Einvernehmen gelebt wird, nicht strafbar sein sollte. Wegen der politischen Veränderungen im Zuge des aufkommenden Nationalsozialismus wurde diese Reform allerdings nicht umgesetzt. Bekanntermaßen blieb der §175 noch lange Zeit bestehen. Im Zentrum der Tätigkeit von Hans Giese (1920–1970), dem wichtigsten Sexualwissenschaftler der Nachkriegszeit in Deutschland, stand die Neuorganisation der Sexualwissenschaft nach der Zerschlagung durch die Nationalsozialisten. Giese grenzte homosexuelles Verhalten als nicht-krankhafte Verfehlung gegenüber krankheitswertigen Perversionen ab. Für letztere schlug er Leitsymptome vor, insbesondere die so genannte sexuelle Süchtigkeit. Bei Homosexualität komme diese selten vor.

Neben der Sexualwissenschaft beeinflusste auch die eng mit Medizin und Psychiatrie verbundene Psychoanalyse die Pathologisierung der Homosexualität. Sigmund Freud (1856–1939), Vater der Psychoanalyse, beschrieb Bisexualität als eine bei allen Menschen grundlegende und biologisch bedingte Anlage. Freud (1922/1973) konzipierte Homosexualität als eine Form unreifer Entwicklung: „Mutterbindung – Narzißmus – Kastrationsangst, diese übrigens in keiner Weise spezifischen Momente hatten wir bisher in der psychischen Ätiologie der Homosexualität aufgefunden, und zu ihnen gesellten sich noch der Einfluß der Verführung, welche eine frühzeitige Fixierung der Libido verschuldet, sowie der des organischen Faktors, der die passive Rolle im Liebesleben begünstigt.“ Für Freud war Homosexualität allerdings keine Perversion, sondern „eine nie zu überwindende Möglichkeit, auch im Leben der Heterosexuellen“ (Simonelli, 2013).

Eine z.T. deutlich stärker pathologisierende Position nahm die folgende Generation der Psychoanalyse ein. So siedelte auf Freuds ausdrücklichen Wunsch dessen Schüler Sandor Rado nach Amerika über und wurde später Direktor der einflussreichen Psychiatrie der Columbia University New York (bis 1955). Nach Freuds Tod definierte Rado Homosexualität als phobische Vermeidung von Heterosexualität, die durch unzureichende frühe Erziehung verursacht werde. Während Psychoanalytiker und Psychiater sich der Homosexualität praktisch nur im klinischen Kontext und über ausgewählte Patientengruppen näherten, verfolgte die Sexualwissenschaft des amerikanischen Biologen Alfred F. Kinsey (1894–1956) einen anderen empirischen Ansatz und kam damit auch zu anderen Ergebnissen. Kinsey führte den ersten großen Sex-Survey in der Allgemeinbevölkerung durch. Dieser stützte die Auffassung, dass Homosexualität eine eher häufig vorkommende, normale Variante der Sexualität ist. Anders als heute stand die amerikanische Psychiatrie dieser Zeit allerdings ganz unter dem Einfluss der Psycho-

analyse. 1952 schloss an der Columbia University auch Charles Socarides seine psychoanalytische Weiterbildung ab. Von 1978 bis 1996 war er am Albert Einstein College of Medicine als Professor für Psychiatrie tätig. Socarides' (1971) abwertende Äußerungen zur Homosexualität („Die Homosexualität beruht auf der Furcht vor der Mutter und auf dem aggressiven Angriff gegen den Vater“; „Der Homosexuelle ist krank, und alles was dazu beiträgt, diese Tatsache zu verschleiern, vermindert die Chance einer Behandlung“) trugen nachhaltig zur Pathologisierung bei.

Die Klassifizierung der Homosexualität als Krankheit, die sich auch in der „International Classification of Diseases“ (ICD) der Weltgesundheitsorganisation und im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der American Psychiatric Association wiederfand, spaltete nicht nur Sexualwissenschaft und Psychoanalyse, sondern auch die psychiatrische Gemeinschaft. Socarides sprach sich 1973 für die Beibehaltung der Kategorie Homosexualität im DSM aus und geriet damit in Widerspruch zu Robert L. Spitzer, der sich für eine Streichung ausgesprochen hatte. Nach Überprüfung und Genehmigung durch andere Ausschüsse und Beratungsgremien wurde im Dezember 1973 Homosexualität aus dem DSM entfernt. Mit dieser Entscheidung normalisierte sich die Einstellung zur Homosexualität in den Vereinigten Staaten und anderen Ländern. Allerdings dauerte es bis 1990, bis auch die WHO die Homosexualität aus der ICD strich. Die so genannte „Ich-dystone sexuelle Orientierung“ überlebte in beiden Klassifikationssystemen noch länger, in der ICD bis heute. Erst für die zukünftige ICD-11 ist die vollständige Streichung fest geplant (Cochran et al. 2014; Reed et al., 2016).

Bei manchem einflussreichen Psychoanalytiker dauerte das Umdenken noch länger: Im Jahre 1992 gründete Socarides gemeinsam mit anderen die National Association for Research and Therapy of Homosexuality (NARTH). NARTH-Mitglieder sahen Homosexualität weiterhin als psychische Störung an (s. Drescher 2015) und argumentierten, dass diejenigen, die dies wünschten, auch „behandelt“ werden sollten. Die im Hintergrund stehenden Theorien über die Ursachen der Homosexualität und ihre „Behandlung“ stammten nun neben der Psychoanalyse auch aus dem Bereich der Religion (Glaubensheilung).

Stark verkürzt können wir eine Ära psychoanalytischer Behandlung vor dem Beginn von Entpathologisierungsbemühungen beschreiben. Mitte der 1960er Jahre bis Mitte der 1970er Jahre trat dann neben der Psychoanalyse die „Aversionstherapie“ zweier Arbeitsgruppen mit Experimentalstudien ins Feld, zog sich aber mit der Entpathologisierung wieder zurück. Die Psychoanalyse hingegen blieb in weiten Teilen in ihrer Wahrnehmung der Homosexualität zumindest implizit bei der Pathologisierung und bei entsprechenden Behandlungsangeboten, zudem verhinderte sie auch homosexuelle Weiterbildungskandidatinnen und -kandidaten. Durch NARTH

kam es zu einer Vermischung säkular-psychoanalytischer und religiöser Ansätze, Homosexualität zu behandeln. Zusätzlich entwickelten sich weltweit sog. Ex-Gay-Gruppierungen, die bis heute in unterschiedlicher Form tätig sind (Jones et al., 2018, S. 14ff.).

3. Sexuelle Orientierung

Im Folgenden sollen einige allgemeine und verkürzte Ausführungen zu Definitionen, Häufigkeit und Ätiologie von Homosexualität dargestellt werden. Anders als alltagssprachlich vertraut, handelt es sich bei Homosexualität nicht um eine eindimensionale und distinkte Eigenschaft von Menschen, sondern um ein multidimensionales Konstrukt. Wenn von „der“ Homosexualität gesprochen wird, sollte daher geklärt werden, wovon genau die Rede ist. So entwickelten Klein et al. (1985) in Abgrenzung zur eindimensionalen, siebenstufigen Kinsey-Skala das sog. „Sexual Orientation Grid“ und unterschieden dabei sieben Dimensionen von sexueller Orientierung: Sexuelle Anziehung, Sexualverhalten, sexuelle Fantasien, emotionale Vorlieben, soziale Vorlieben, Lebensstil sowie Selbst-Identifikation. In der empirischen Sexualforschung ist es mittlerweile üblich, zumindest vier Dimensionen der sexuellen Orientierung zu unterscheiden und voneinander unabhängig zu erfassen. So sollte unterschieden werden zwischen dem sexuellen Identitätserleben („ich bin homosexuell“), der sexuellen Attraktion („ich fühle mich von Personen des gleichen Geschlechts sexuell angezogen“), dem Verhalten („ich habe gleichgeschlechtlichen Sex“) und schließlich der körperlich messbaren Erregbarkeit durch gleich- oder gegengeschlechtliche sexuelle Reize.

Erhoben oder gemessen werden können die ersten drei genannten Dimensionen sexueller Orientierung durch Selbstauskünfte (in Studien häufig), Verhaltensbeobachtung (selten) oder Fremdbeurteilung (selten). Physiologische und neuropsychologische Messungen (Penisplethysmographie, vaginale Fotoplethysmographie, visuelle Reaktionszeit, Eye-tracking, funktionelles MRT, Impliziter Assoziationstest) erlauben die Messung körperlicher, biologischer oder physiologischer Erregungsmerkmale. Bereits an dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Auswahl der jeweils gemessenen Dimension und des Messverfahrens einen wichtigen Einfluss auf die Einschätzung der Effekte von SOCE hat (vgl. Abschnitt 4).

Der überwiegende Anteil von Menschen beschreibt sich als ausschließlich heterosexuell (etwas mehr als 90% der Männer und 85% der Frauen), ein eher geringer Anteil erlebt sich als ausschließlich homosexuell (eher unterhalb von 2% bei Männern und Frauen), einige erleben sich als überwiegend hetero-, überwiegend homosexuell oder bisexuell (Bailey et al., 2016). Aus vielen Jahren Forschung und einer Vielzahl von Studien wissen wir heute, dass die sexuelle Orientierung der meisten Menschen im Lebensverlauf relativ stabil ist. Verlaufsuntersuchungen

zeigen zwar eine gewisse Flexibilität, die auch als *Fluidität* bezeichnet wird, aber diese Fluidität ist relativ selten und meist moderat. Am ehesten kommt es zu einem Übergang in eine benachbarte Kategorie sexueller Selbstidentifikation, z.B. von überwiegend zu ausschließlich hetero- oder homosexuell. Dies kommt eher im frühen Erwachsenenalter vor und ist bei Frauen (17,8%) häufiger als bei Männern (6,2%; Savin-Williams et al., 2012). Es ist wichtig zu betonen, dass diese Veränderungen im sexuellen Identitätserleben nicht notwendigerweise mit Veränderungen in den anderen Dimensionen sexueller Orientierung einhergehen. Noch wichtiger aber ist, dass das Vorkommen von Veränderungen im Lebensverlauf weder gleichzusetzen ist mit einer bewussten Entscheidung, noch mit einer gezielten Veränderbarkeit durch Interventionen wie SOCE.

Eine Perspektive, die sexuelle Orientierungen auf einem Kontinuum ansiedelt, deutet hinsichtlich der *Ätiologie* multikausal auf genetische und epigenetische, hormonelle und Umweltfaktoren hin, die je nach Individuum in einer spezifischen Art und Weise interagieren und so die beobachtete Varianz der sexuellen Orientierung erklären können (Savin-Williams, 2016). Dabei dürfte etwa ein Drittel der Varianz der sexuellen Orientierung bei homosexuellen Männern und ca. 20% bei homosexuellen Frauen auf genetische Unterschiede zurückzuführen sein. Basierend auf den Ergebnissen von Zwillingsstudien (Langström et al., 2010) könnte man die Frage „Ist die sexuelle Orientierung genetisch bedingt?“ daher vage mit „wahrscheinlich etwas...“ beantworten. Insgesamt spricht die jüngere Ätiologieforschung eher für die Bedeutung konstitutioneller Faktoren (und weniger sozialer und psychologischer Faktoren) hinsichtlich der Entstehung sexueller Orientierung, aber auch letztere spielen eine Rolle (Übersicht z.B. bei Bailey et al. 2016). Weitere Ätiologiehypothesen, die diskutiert werden, betreffen u.a. die möglichen Auswirkungen von bestimmten Hormonen im Mutterleib (z.B. Androgene wie Testosteron, Dihydrotestosteron) oder den sog. Fraternal Birth Order Effect, wonach sich bei Männern mit älteren Brüdern durch sog. HY-Antigene die Wahrscheinlichkeit einer homosexuellen Orientierung erhöht (Bailey et al. 2016).

4. Evidenz für die mögliche Wirksamkeit von SOCE

Für die Durchführung von SOCE gibt es keine medizinisch-psychotherapeutische Indikation – dies sollte vor dem Hintergrund der historischen Einführung (Abschnitt 2) und der dort skizzierten Entpathologisierung der Homosexualität deutlich geworden sein. Daher ist die Frage nach der Wirksamkeit eigentlich unnötig und forschungsethisch problematisch. Besteht keine

Indikation, so besteht letztlich kein Anlass, sich mit medizinisch-psychotherapeutischen Interventionen auseinanderzusetzen.¹

Für die Beantwortung der Fragestellungen im Rahmen des Gutachtauftrags soll die Evidenzlage zu den Effekten von sog. Konversionstherapien dennoch bearbeitet werden. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass die überfällige Entpathologisierung der Homosexualität gerade in jüngerer Zeit Wirkungsforschung mit einem notwendig hohen wissenschaftlichen Niveau nur eingeschränkt ermöglicht hat. Aus diesem Grund sollen zunächst einige methodische Vorbemerkungen zu den Limitationen der vorgestellten Ergebnisse gemacht werden (Abschnitt 4.1), bevor die Ergebnisse experimenteller, quasi-experimenteller und nicht-experimenteller Studien vorgestellt werden (Abschnitte 4.2 bis 4.4).

4.1 Methodische Vorbemerkungen

Bereits im o.g. Bericht der APA-Task-Force (2009) werden zahlreiche methodische Schwächen und Limitationen existierender Forschung zur Wirksamkeit und Schädlichkeit von SOCE herausgearbeitet, welche die Aussagekraft eines Großteils der Studien erheblich einschränken. Im Folgenden sollen die wesentlichen Probleme, die aus unserer Sicht auch für die seither entstandenen Studien Gültigkeit behalten, dargestellt werden.

Studiendesigns

In der klinischen Wirkungsforschung sind randomisiert kontrollierte Studien in der Regel als Goldstandard für den Beleg von Wirksamkeit und Sicherheit anerkannt. In Zusammenhang mit SOCE existieren international nur sechs Studien, die diesen Standard – mehr oder weniger – erfüllen. Diese Studien sind vergleichsweise alt. Die jüngsten stammen aus dem Jahr 1975, und nur zwei vergleichen die Interventions- mit einer nichtbehandelten Kontrollgruppe (vgl. Abschnitt 4.2). Für die wissenschaftliche Beantwortung der Frage nach der Wirksamkeit von SOCE mag das hinderlich sein, es lässt sich jedoch gut erklären. Denn mit der Streichung der Homosexualität aus den Diagnoseregistern DSM und ICD ließe sich eine randomisierte Zuweisung von Patienten zu einer Interventionsgruppe und damit die experimentelle Durchführung von SOCE an einer Zufallsauswahl homosexueller Proband_innen zu Forschungszwecken auch

¹ Die Frage, wie mit Fällen umzugehen ist, in denen sich Menschen explizit SOCE wünschen, etwa aufgrund ihrer tiefen religiösen Überzeugungen, und sich freiwillig in Behandlung begeben, ist Anlass für umfassende ethische und rechtliche Debatten, die ggf. auch mit einem Abwägen konfligierender Werte und Rechte einher gehen. Diese sind für ein mögliches Verbot von SOCE von größter Bedeutung, jedoch nicht Bestandteil des vorliegenden Gutachtens.

bei informierter Einwilligung heute ethisch kaum begründen. Dasselbe gilt für quasi-experimentelle Studien, die sich dadurch auszeichnen, dass sie die Interventionsgruppe mit einer nicht-äquivalenten Kontrollgruppe vergleichen. Hier existieren drei ältere Arbeiten, die jüngste aus dem Jahr 1981 (vgl. Abschnitt 4.3).

Neben experimentellen und quasi-experimentellen Studien wurden in jüngerer Zeit zahlreiche nicht-experimentelle Studien durchgeführt (vgl. Abschnitt 4.4). Nicht-experimentelle Studien stellen nicht nur die größte Gruppe der wissenschaftlichen Arbeiten zur Wirksamkeit von SOCE dar, sondern sind auch in ihren Designs ausgesprochen heterogen. Zu diesen Arbeiten zählen neben qualitativen Befragungen u.a. zahlreiche (v.a. auch psychoanalytische) Einzelfallstudien, Studien mit Prä-Post-Designs sowie – dies sind die Untersuchungen mit den größten Fallzahlen – retrospektive Pretests. Bei retrospektiven Pretests werden Proband_innen gebeten, sich nach Abschluss der Intervention an Ihre Situation vor der Intervention zu erinnern. Auf diese Weise wird ein Prä-Post-Vergleich nachträglich simuliert. Aufgrund von Erinnerungsfehlern können Teilnehmende dabei ihren Zustand vor der Intervention über- oder unterschätzen, was zu verzerrten Wirkungsmessungen führen kann. Erinnerungsfehler vergrößern sich außerdem mit der Verlängerung des Zeitraums zwischen Interventionsbeginn und -ende. Es kann zur (bewussten oder unbewussten) Überschätzung von Wirkungen z.B. aufgrund sozial erwünschten Antwortverhaltens kommen. Die Erinnerung kann außerdem ein Produkt der Intervention selbst sein. Diese Methode ist daher – ebenso wie die anderen nicht-experimentellen Methoden – letztlich nicht geeignet, um *Kausalaussagen* zu treffen, d.h. zu beantworten, ob für eine etwaige Veränderung die Intervention ursächlich verantwortlich ist. Neben diesen grundsätzlichen Designschwächen gibt es eine Reihe weiterer Probleme mit der internen Validität vieler Studien, so zum Beispiel die Stichprobenmortalität: gerade in älteren Studien fallen oft jene Proband_innen, die die Intervention – z.B. aufgrund von Wirkungslosigkeit – vorzeitig abbrechen, aus der Berechnung heraus, was zu einer Überschätzung der Wirksamkeit führen kann.

Überprüfte Interventionen

Nicht zuletzt angesichts ihres Alters gilt sowohl für die experimentellen als auch für die quasi-experimentellen Arbeiten, dass sie die Wirkung sehr spezifischer Formen von SOCE untersuchen, nämlich vor allem von „Aversionstherapien“. Diese konditionierungstheoretisch begründeten Interventionen, bei denen beispielsweise Elektroschocks oder das Brechmittel Apomorphin verabreicht wurden, sind aus heutiger Sicht als unmenschlich, außerordentlich problematisch und ethisch nicht vertretbar anzusehen. Gleichzeitig sind diese Studien nicht geeignet, Aussagen über die heute durchgeführten Interventionen zu treffen. Obwohl unseres Wissens

weder national noch international verlässliche Zahlen dazu vorliegen, *welche* Formen von SOCE *gegenwärtig genau wie häufig* angewandt werden, ist davon auszugehen, dass eine starke Pluralisierung der Interventionen stattgefunden hat. Dies schlägt sich auch in vielen der jüngeren Studien nieder, in denen die zur Anwendung kommenden Interventionen oft nicht hinreichend beschrieben werden, teilweise selbst innerhalb einer Studie deutlich variieren. Auch hierdurch werden Aussagen darüber erschwert, welche konkrete Intervention in welcher Weise wirkt. Aus zwei Beispielen sei hier im Original zitiert:

“When we refer to ‘the change process’, we are referring broadly to general involvement in an Exodus-affiliated ministry group, which typically incorporates worship, prayer, education, and discussion. Some groups have structured curricula like that of Comiskey (1989) or the less-structured outline offered by Bergner (1995), whereas others are more unstructured. Most groups are guided by some sort of generalized hypothesis that homosexual orientation is the result of emotional woundedness combined with spiritual confusion that together can be resolved through prayer for healing combined with generalized growth in religious maturity as understood in the Christian tradition and with in-depth experience with nonsexualized, healthy relationships that foster interpersonal and spiritual maturity.” (Jones and Yarhouse, 2011, S. 408)

„The intervention methods used in the various Exodus groups to abet sexual orientation change were not standardized or otherwise controlled in any way, and our ability to establish rigorous standards for timing of assessments was limited.” (Jones and Yarhouse, 2011, S. 410)

“The type of professional help was requested, if known. Choices offered were cognitive/behavioral, Rogerian, psychoanalytical, gestalt, humanist, and existentialist.” (Santero et al., 2018, S. 5)

Definition und Messung sexueller Orientierung

Wie oben dargestellt, ist die sexuelle Orientierung ein multidimensionales Konstrukt (vgl. Abschnitt 3), zu unterscheiden sind u.a. die gleichgeschlechtliche sexuelle Attraktion, gleichgeschlechtliches sexuelles Verhalten, die homosexuelle Identität und physiologische Reaktionen auf gleichgeschlechtliche Reize. Diese Dimensionen *können* in eins fallen, müssen es jedoch nicht. Manche Menschen mit gleichgeschlechtlicher sexueller Attraktion leben und identifizieren sich nicht homosexuell; andere identifizieren sich als vorwiegend heterosexuell, machen jedoch regelmäßig gleichgeschlechtliche Erfahrungen usf. Vor diesem Hintergrund kommt der

Frage, was gemessen wird, wenn die Veränderung „der“ sexuellen Orientierung gemessen werden soll, eine entscheidende Bedeutung zu. Viele Studien messen nur einzelne der genannten Dimensionen, um sie dann zu verallgemeinern. So messen frühe experimentelle Studien zwar bei einem Teil der Proband_innen eine Reduktion physiologischer Reaktionen auf gleichgeschlechtliche Reize unter Laborbedingungen, dies kann jedoch nicht mit einer dauerhaften Veränderung der sexuellen Orientierung gleichgesetzt werden. Viele der jüngeren, nicht experimentellen Studien messen v.a. (kurzfristige) Veränderungen des sexuellen Verhaltens und auch der sexuellen Selbstidentifikation. Viele erheben ihre Daten über Selbstauskünfte ihrer Proband_innen, die besonders anfällig für Verzerrungen durch Effekte sozialer Erwünschtheit sind. Zudem arbeiten viele der Studien mit nicht-validierten psychometrischen Skalen. Problematisch ist aus heutiger Sicht auch eine Selbsteinschätzung der Befragten auf der eindimensionalen siebenstufigen Kinsey-Skala, weil hierbei die Dimensionen Verhalten, Attraktion und Identität vermischt und von Befragten unterschiedlich interpretiert werden können.

Ohne die zahlreichen Probleme mit den verwendeten sehr heterogenen Ergebnisparametern an dieser Stelle für alle Studien umfassend darstellen zu können, sei zusammenfassend gesagt, dass viele Studien nur Einzeldimensionen sexueller Orientierung untersuchen, und die bei manchen Proband_innen gemessenen Veränderungen dann als Veränderung „der“ sexuellen Orientierung überinterpretieren.

Stichprobenqualität und Verallgemeinerbarkeit

Ein zentrales Problem sowohl für die Reliabilität als auch die Validität der Ergebnisse vieler Studien zu SOCE ist die nicht-repräsentative Zusammensetzung der Stichproben. Untersucht wurden mehrheitlich weiße, veränderungsmotivierte Männer. Die Veränderungsmotivation basierte in frühen Studien v.a. auf der Kriminalisierung homosexuellen Verhaltens (manche Studien schlossen auch Menschen ein, die gegen ihren Willen behandelt wurden), in jüngeren Studien vor allem auf religiösen Überzeugungen. In nicht wenigen der jüngeren Studien erfolgte die Rekrutierung der Befragten über die Anbieter von SOCE, was eine zusätzliche Verzerrung der Ergebnisse impliziert. Auf diese Weise lassen sich nicht nur keine Aussagen zur Veränderung homosexueller Orientierung allgemein treffen, die Untersuchungen basieren auch auf Stichproben von Menschen, die ein Gelingen der SOCE mit großen persönlichen Hoffnungen verbinden, und die sich oft in einem Umfeld bewegen, innerhalb dessen Homosexualität mit einem gravierenden Stigma belegt ist. Neben diesen Schwierigkeiten wird in vielen Studien weder die initiale Veränderungsmotivation der Befragten noch das initiale Ausmaß ihres sexuellen Interesses am anderen Geschlecht erfasst und kontrolliert.

Zusammenfassung

Insgesamt lässt sich sagen, dass Studien zur Wirksamkeit von SOCE zahlreiche methodische Schwächen aufweisen, die teilweise im Forschungsgegenstand selbst, teilweise in Designentscheidungen begründet sind. Die Studien sind nur sehr begrenzt geeignet um Kausalaussagen zu treffen, u.a. wegen des Mangels an randomisiert kontrollierten Experimentalstudien und wegen des z.T. unangemessenen Umgangs mit Stichprobenmortalität; sie arbeiten oft mit einem unzureichenden und vereinfachten Konstrukt von Homosexualität und unzureichenden Ergebnisparametern und verallgemeinern einzelne Veränderungen unzulässig zu einer Veränderung „der“ sexuellen Orientierung; sie untersuchen heute nicht mehr durchführbare, oder nicht hinreichend beschriebene und/oder unzureichend manualisierte und heterogene Interventionen; und sie rekrutieren Stichproben, die eine Verallgemeinerung der Ergebnisse nicht zulassen und eine Verzerrungen wahrscheinlich machen. Diese Schwächen und Limitationen führen dazu, dass die existierende Forschungsliteratur nur begrenzt geeignet ist, belastbare Ergebnisse über die Wirksamkeit von SOCE abzuleiten. Dies sollte bei der Bewertung des im folgenden vorgestellten Forschungsstandes berücksichtigt werden. Angesichts einer fehlenden Indikation für SOCE und der deutlichen Hinweise auf Risiken durch entsprechende Interventionen (vgl. Abschnitt 5) halten wir gleichzeitig weitere Wirkungsforschung zu SOCE trotz der methodischen Schwächen existierender Arbeiten für nicht notwendig und ethisch nicht vertretbar.

4.2 Experimentelle Studien

In Übereinstimmung mit der „Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation“ der American Psychological Association (2009) berücksichtigen wir sechs experimentelle Untersuchungen, die allesamt in ihrer Ausrichtung einem verhaltenstherapeutisch und lerntheoretisch begründeten Paradigma zuzuordnen sind. Wichtig erscheint in diesem Kontext, dass diese experimentellen Studien nur homosexuelle *Männer* untersuchten². Vier Studien aus der Arbeitsgruppe um McConaghy vergleichen mittels Penisplethysmographie³ sowie Selbstberichten verschiedene Interventionen hinsichtlich ihrer Wirkung auf abhängige Variablen⁴

² Die Frage, warum offensichtlich weibliche Homosexualität in experimentellen Untersuchungen keine Berücksichtigung fand, lässt sich in diesem Gutachten nicht beantworten, stellt aber sicherlich eine sexualwissenschaftlich relevante Fragestellung dar.

³ Die Penis-Plethysmographie ist eine Form der Messung des Blutflusses zum Penis, die typischerweise als physiologische Messung der sexuellen Erregung verwendet wird. Die am häufigsten berichteten Methoden beinhalten die Messung des Penisumfangs mit einem Dehnungsmessstreifen oder des Penisvolumens mit einem luftdichten Zylinder.

⁴ Als abhängige Variable wird hier die Zielgröße, d.h. die Änderung dessen, was als Homosexualität bezeichnet wird, bezeichnet. Dies soll mit Hilfe von Selbstbericht und Penis-Plethysmographie gemessen werden.

(McConaghy, 1969; 1976; Mc Conaghy et al., 1972; McConaghy & Barr, 1973). Zwei Untersuchungen von Tanner (1974, 1975) vergleichen – wiederum mittels Penisplethysmographie sowie Selbstbericht – die Wirkung einer experimentellen Bedingung (das heißt: Aversive Elektroschock-Therapie) mit einer Kontrollgruppe ohne Behandlung. Die Beschreibung der genannten Studien erfolgt hier in dem Bewusstsein, dass die getesteten Interventionen heute allein aus ethischen Gründen nicht mehr durchgeführt werden dürften (s.o.), um zu verdeutlichen, was sich hier hinter dem irreführenden Begriff „Therapie“ verbirgt und welche methodischen Probleme die Studien aufweisen.

Die Arbeiten von McConaghy vergleichen Konditionierungsinterventionen mit dem Ziel der Reduktion homosexuellen Verhaltens gegeneinander. Als Versuchsteilnehmer rekrutierten die Autoren Patienten, die über homosexuelle Gefühle berichteten und angaben, darunter zu leiden. In der ersten Studie (1969) verglich McConaghy in einem randomisierten Zwei-Gruppen-Between-Subjects-Design⁵ an vierzig Probanden die Wirksamkeit einer aversiven Elektroschock-Therapie mit jener einer aversiven Apomorphin-Behandlung. In beiden aversiven Interventionen wurden die aversiven Stimuli gemäß eines genau definierten Studiendesigns mit homosexuell zuzuordnenden Stimuli (Darbietung von Leinwandprojektionen halbnackter und nackter Männer oder Wörter und Sätze) gekoppelt, sodass in beiden Fällen der lerntheoretisch begründete Konditionierungsprozess erfolgen sollte. Im Vergleich unterschieden sich beide Verfahren nicht hinsichtlich der effektiven Veränderung in Richtung heterosexueller Reagibilität im Selbstbericht und in der penisplethysmographischen Messung. Allerdings wurde eine Abnahme des Ansprechens auf sexuelle Stimuli insgesamt gemessen. In der zweiten Studie (1972) verglichen McConaghy und Kollegen in einem randomisierten Zwei-Gruppen-Between-Subjects-Design an weiteren vierzig Probanden die Wirksamkeit einer antizipatorischen Vermeidungs-Elektroschock-Therapie mit jener einer aversiven Apomorphin-Behandlung. In der antizipatorischen Vermeidungs-Elektroschock-Therapie wurden die Probanden aufgefordert, Darbietungen von halbnackten und nackten Männern so lange auf der Projektionsfläche zu belassen, wie sie diese Darbietung attraktiv finden und dann einen Schalter zu betätigen. Das antizipatorische Vermeidungsverhalten wurde dadurch erreicht, dass die Probanden, wenn sie die Darbietung nach acht Sekunden nicht gewechselt hatten, einen zunehmend stärkeren Elektroschock (von 20 bis 150 Volt) erhielten. Bei beiden aversiven Interventionen (Elektroschock sowie Übelkeit auslösende subkutane Apomorphingabe) wurden die aversiven Stimuli gemäß eines genau definierten Studiendesigns mit homosexuell zuzuordnenden Stimuli (Darbietung

⁵ Ein randomisiertes Between-Subjects-Design bezeichnet ein experimentelles Setting, in dem eine unabhängige Variable variiert wird (das bedeutet in unserem Falle, dass die zufällig den beiden Gruppen zugewiesenen Teilnehmer in der einen Gruppe alle einer aversiven Elektroschock-Therapie und in der anderen Gruppe alle einer aversiven Apomorphin-Behandlung unterzogen werden) und dann die beiden Gruppen miteinander verglichen werden (das bedeutet in unserem Falle hinsichtlich ihrer Effektivität in der Reduktion homosexuellen Verhaltens).

von Leinwandprojektionen halbnackter und nackter Männer oder Wörter und Sätze) gekoppelt, sodass in beiden Fällen der lerntheoretisch begründete Konditionierungsprozess erfolgen sollte. Auch hier zeigte sich eine Abnahme des Ansprechens auf sexuelle Stimuli insgesamt, d.h. auch auf weibliche Stimuli. Im Vergleich unterschieden sich beide Verfahren nicht. In der dritten Studie (1973) verglichen McConaghy und Barr in einem randomisierten Drei-Gruppen-Between-Subjects-Design an weiteren sechszwanzig Probanden die Wirksamkeit einer klassischen Elektroschock-Konditionierung mit der einer antizipatorischen Vermeidungs-Elektroschock-Therapie sowie mit der einer sogenannten rückwärts-konditionierenden Elektroschock-Therapie. In der klassischen Elektroschock-Konditionierungs-Bedingung wurden den Probanden Bilder halbnackter und nackter Männer gezeigt und unmittelbar vor und nach der Entfernung mit Elektrostößen gekoppelt. In der antizipatorischen Vermeidungs-Elektroschock-Therapie-Bedingung folgte die Prozedur der oben beschriebenen, in der Rückwärtskonditionierungs-Bedingung wurde zuerst ein Elektroschock verabreicht, dem dann Bilder halbnackter und nackter Männer folgten. Die Hälfte der Männer berichtete, dass sich gleichgeschlechtliche sexuelle Erregung vermindert habe. Im Vergleich unterschieden sich die drei Verfahren nicht. In der vierten hier vorgestellten Studie (1976) verglich McConaghy in einem randomisierten Zwei-Gruppen-Between-Subjects-Design an weiteren einunddreißig Probanden die Wirksamkeit einer aversiven Elektroschock-Therapie mit jener einer positiven Konditionierung. In der positiven Konditionierungs-Bedingung wurden Bilder halbnackter und nackter Frauen dargeboten, denen dann (als „positive Verstärkung“ / „Belohnung“) für eine sehr kurze Zeit Bilder halbnackter und nackter Männer oder Darstellungen heterosexueller Paare folgten. Im Vergleich unterschieden sich beide Verfahren nicht hinsichtlich der effektiven Veränderung in Richtung heterosexueller Reagibilität in der penisplethysmographischen Messung. Im Selbstbericht zeigte sich ein Trend, dass Teilnehmer der aversiven Elektroschock-Therapie eher eine Reduktion ihrer homosexuellen Gefühle berichteten.

Bei den Arbeiten von Tanner (1974; 1975) handelt es sich um zwei Studien, in denen jeweils eine Interventionsgruppe mit einer No-Treatment-Kontrollgruppe verglichen wurde. In der ersten Arbeit (1974) wurden acht Probanden einer aversiven Elektroschock-Therapie unterzogen und mit acht Probanden auf einer Warteliste verglichen. In der zweiten Arbeit (1975) wurden zehn Probanden, die bereits an einer aversiven Elektroschock-Therapie teilgenommen hatten, entweder einer sogenannten „Booster“-Bedingung zugeführt, das heißt, dass sie fünf weitere aversive Elektroschock-Therapie-Einheiten über ein Jahr verteilt erhielten, oder sie wurden einer No-Treatment-Kontrollbedingung zugeführt. Hinsichtlich der penis-plethysmographisch erhobenen physiologischen Reaktion bei der Darbietung von Bildern von Männern sowie bei

selbstberichteten homosexuellen Erregungen ließ sich eine Reduktion für Probanden der aversiven Elektroschock-Therapie feststellen. Weiterhin gaben die acht Probanden an, mehr sexuelle Interaktionen mit Frauen gehabt zu haben. Auch erwies sich die „Booster“-Bedingung als überlegen.

Hinsichtlich der Gesamtbewertung der experimentellen Studien kann zunächst festgestellt werden, dass es für therapeutische oder medizinische Erfolge oft ausreicht, dass Menschen überhaupt eine Intervention erhalten. Dieser sog. „Placebo“-Effekt erklärt, warum ein Design, bei dem eine Intervention gegen eine passive No-Treatment-Kontrollgruppe getestet wird (und nicht gegen eine *aktive* Kontrollgruppe), eigentlich keine fundierten Aussagen über Wirksamkeit und unerwünschte Wirkungen treffen kann. Allein der Umstand, dass die von der Arbeitsgruppe um McConaghy mit dem Fokus auf der Behandlung der nicht erwünschten Homosexualität untersucht wurde, könnte alternativ erklären, warum diese Studien im Prä-Post-Vergleich eine Veränderung gezeigt haben. Deswegen, wegen ihrer geringen Probandenzahl und wegen der gemessenen Outcome-Kriterien können diese Studien nicht als Indikator für eine Veränderung der homosexuellen Orientierung verwendet werden. Die mittels Penisplethysmographie sowie Selbstbericht erhobenen Änderungen wurden allerdings in der Gesamtbewertung auch von McConaghy selbst nicht als Indikatoren für Änderungen der homosexuellen Orientierung interpretiert (“The aversive therapies investigated in the four studies reported would appear not to have altered the patients’ sexual orientation.” Mc Conaghy, 1976, S. 563).

Tanner wiederum verwendete für seine Studien extrem kleine Stichproben. Physiologisch messbare Ansprechbarkeit durch gleichgeschlechtliche Stimuli wurde reduziert, jedoch nicht die durch andersgeschlechtliche Stimuli gesteigert. Dennoch berichteten manche Probanden von einer erhöhten Frequenz sexueller Interaktionen mit Personen des anderen Geschlechts. Trotz Einführung einer passiven No-Treatment-Kontrollgruppe gilt hinsichtlich des Placebo-Effekts dasselbe Argument wie weiter oben ausgeführt. Insgesamt sprechen die Ergebnisse der experimentellen Studien dafür, dass physiologisch messbare Erregbarkeit durch gleichgeschlechtliche Stimuli sowie die durch Probanden selbst berichtete sexuelle Ansprechbarkeit durch die genannten unethischen Methoden einer Aversionstherapie (Elektroschock oder Übelkeitsinduktionen) zumindest kurzfristig verändert werden können. Dies gilt jedoch nur für einen Teil der Probanden und ist nicht als Veränderung der sexuellen Orientierung zu interpretieren, schon gar nicht als dauerhafte. Die Grundlage für die gefundenen Veränderungen stellen zudem sehr kleine, selektive Stichproben dar, die von nur zwei Arbeitsgruppen untersucht wurden.

4.3 Quasiexperimentelle Studien

In Übereinstimmung mit der „Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation“ der American Psychological Association (2009) berücksichtigen wir drei quasi-experimentelle Untersuchungen, die in ihrer Ausrichtung ebenfalls einem verhaltenstherapeutisch bzw. lerntheoretisch begründeten Paradigma zuzuordnen sind. In diesen quasi-experimentellen Studien wurden Probanden, die sich freiwillig zu einer SOCE entschlossen, jeweils mit einer nicht vergleichbaren, nicht zufällig zugewiesenen Kontrollgruppe verglichen. Bei Birk et al. (1971) zeigt sich, dass sich nach Teilnahme an einer aversiven Elektroschock-Therapie die Selbstberichte der Patienten dahingehend veränderten, dass weniger homosexuelle und mehr heterosexuelle Aktivität als in der aktiven Kontrollgruppe berichtet wurde. Bei James (1978) zeigte sich eine systematische Desensibilisierung (Visualisierung unter Hypnose von insbesondere heterosexuellen Situationen mit dem Ziel der Angsthabituation) effektiver in der berichteten Reduktion von homosexuellen Fantasien, Interessen und Verhaltensweisen als eine antizipatorische Vermeidungs-Elektroschock-Therapie. Demgegenüber beobachteten McConaghy und Kollegen (1981), dass sich die systematische Desensibilisierung in ihrer Effektivität nicht von der antizipatorischen Vermeidungs-Elektroschock-Therapie unterscheidet. Adams und Sturgis (1977) werteten in ihrer systematischen Übersicht für den damaligen Zeitraum bei 50% der 124 in quasi-experimentellen Studien eingeschlossene Probanden eine berichtete veränderte sexuelle Ansprechbarkeit durch gleichgeschlechtliche Stimuli. Angesichts der nicht vergleichbaren Kontrollgruppen lassen sich allerdings die berichteten Veränderungen nicht kausal auf die Interventionen zurückführen.

4.4 Nicht-experimentelle Studien

Wie oben geschildert, handelt es sich bei den nicht-experimentellen Studien um Einzelfallberichte, Prä-Post-Vergleiche ohne Kontrollgruppe sowie retrospektive Pre-Tests, die dann mit einem Post-Interventionswert verglichen werden. Letztere sind gerade dann besonders problematisch, wenn sie Proband_innen untersuchen, die aus einer Behandlung noch nicht ausgeschieden sind. Die der Intervention treu Gebliebenen schätzen am Ende der Behandlung ein, wie stark sie die Ausprägung ihrer homosexuellen Orientierung vor der Behandlung erinnern und wie stark nach der Intervention. Hier ist offensichtlich eine starke Verzerrungstendenz (heuristische Fehler: Goldstein & Gigerenzer, 2009; Tversky & Kahneman, 1974; vgl. auch Abschnitt 4.1) möglich.

In die Gruppe der nicht-experimentellen Studien fällt eine große Anzahl von Studien, die unter Labels wie „conversion therapy“ (zum Beispiel: Schroeder & Shidlo, 2001; Shidlo & Schroeder, 2002; Nicolosi & Byrd, 2000; Spitzer, 2003) oder „reorientation therapy“ (zum Beispiel: Flentje et al., 2013; Maccio, 2011) eine Vielzahl von Einzel- und Gruppeninterventionen fassen, denen einzig das Ziel der Veränderung der homosexuellen in eine heterosexuelle Richtung gemein scheint. Weiterhin finden sich explizit religiös begründete Ansätze (zum Beispiel: Dehlin et al., 2014) und teilweise religiös eingebettete personenzentrierte Ansätze (zum Beispiel: Borowich, 2008 oder: Beckstead & Morrow, 2004). Die Mehrzahl der genannten Studien beobachtet keine Effekte der untersuchten Interventionsmaßnahmen auf die nachhaltige und mittel- bis langfristige Veränderung einer homosexuellen Orientierung in Richtung einer heterosexuellen Orientierung. Ausnahmen hierbei stellen Nicolosi & Byrd (2000), die Studie von Spitzer (2003) sowie Santero, Whitehead & Ballesteros (2018) dar.

Nicolosi & Byrd (2000) untersuchten in einer querschnittlichen Studie 882 mit ihrer Homosexualität unzufriedene Proband_innen, von denen 726 eine „Konversionstherapie“ bei Therapeut_innen oder kirchlichen Berater_innen besuchten. Die Autoren berichten, dass 35% *keine* erinnerte Änderung in ihrer sexuellen Orientierung beschreiben. In einer ähnlichen Untersuchung beschreibt Spitzer (2003; siehe dazu auch weiter unten), dass bei seinen 200 querschnittlich untersuchten homosexuellen Proband_innen die erinnerte Veränderung nach einer „Reparativen Therapie“ bei Psycholog_innen, kirchlichen Berater_innen oder Psychiater_innen signifikant sei. Beide Studien (Nicolosi & Byrd, 2000; Spitzer, 2003) zeigen, dass diese Form der querschnittlichen Datenerhebung, bei der Proband_innen retrospektiv gebeten werden, ihr erinnertes homosexuelles Verhalten zu beschreiben, nicht den notwendigen wissenschaftlichen Kriterien standhalten kann. Die hohe Anzahl konfundierender Variablen (um nur zwei zu nennen: Verzerrung, Placebo-Effekt) lässt kaum eine Aussage zur Evidenz, schon gar nicht zur kausalen Evidenz der hier in beiden Studien nicht operationalisierten Interventionen zu. Aus den beiden Studien können wir weder schließen, wie Verhalten, Identität und sexuelle Attraktion der Proband_innen vor dem Besuch einer Konversions- oder Reparativen Therapie wirklich waren, noch lässt sich replizierbar identifizieren, was im Rahmen dieser sogenannten Therapie von wem wie durchgeführt wurde, noch lässt sich irgendetwas über die Abbrecher_inne, geschweige denn die Kausalität feststellen. Insbesondere die Spitzer-Studie löste eine breite Kontroverse aus, die den Autor – leider erst viele Jahre später – dazu brachte, sich bei der LGBTI Community zu entschuldigen und die zentrale methodische Schwäche dieses Studientyps einzuräumen: „[T]he simple fact is that there was no way to determine if the participants' accounts of change were valid. I believe, I owe the gay community an apology for my study making unproven claims of the efficacy of reparative therapy. I also apologize to any gay person

who wasted time and energy undergoing some form of reparative therapy because they believed that I had proven that reparative therapy works with some ‚highly motivated‘ individuals“ (Spitzer, 2012). Die genannte Methodenkritik, einschließlich der Bedeutung sozialer Erwünschtheit und des Placebo-Effekts, gilt auch für neuere nicht-experimentelle Studien, die zu dem Ergebnis kommen, dass ein Teil insbesondere der religiös engagierten und überzeugten Homosexuellen davon berichten, dass SOCE ihre sexuelle Orientierung verändert habe (Santero, Whitehead, & Ballesteros, 2018), was sich auch in longitudinalen Studien zeigen lasse (Jones & Yarhouse, 2007, 2011).

Hinsichtlich der Gesamtbewertung der nicht-experimentellen Studien lässt sich festhalten, dass diese in keinem Fall dem Goldstandard randomisiert-kontrollierter Studien folgen und methodisch eine Vielzahl an Mängeln aufweisen. So sind beispielsweise das retrospektive Erfragen der früheren eigenen homosexuellen Orientierung, das Nicht-Einbeziehen einer (bestenfalls) randomisiert zugewiesenen aktiven und passiven Kontrollgruppe, das nicht exakte Dokumentieren der durchgeführten SOCE-Interventionen, die Selektivität der hoch motivierten Stichprobenauswahl einige schwerwiegende methodische Mängel dieser Form von Studien.

5. Hinweise auf schädliche Wirkungen von SOCE

Bemühungen, die darauf abzielen, die sexuelle Orientierung eines Menschen gezielt zu beeinflussen, sind *nicht indiziert*, weil Homosexualität keine Störung oder gar Krankheit ist; und sie sind *nicht aussichtsreich*, wie die Auseinandersetzung mit der Evidenz für die mögliche Wirksamkeit von SOCE im letzten Abschnitt belegt. Im Folgenden soll die Frage beantwortet werden, welche Hinweise es auf schädliche (Neben-)Wirkungen gibt. Zu unterscheiden sind dabei *individuelle schädliche Wirkungen*, die als Folge der Intervention bei deren Adressatinnen und Adressaten auftreten können (5.1); und *gesellschaftliche schädliche Wirkungen*, die durch Angebot, Durchführung und Vermittlung von sowie Werbung für SOCE durch Pathologisierung, Diskriminierung und Stigmatisierung bei Angehörigen sexueller und geschlechtlicher Minoritäten hervorgerufen werden können (5.2).

5.1 Individuelle schädliche Wirkungen

Zu jeder Therapieevaluation gehört neben der Untersuchung der Wirksamkeit auch die Betrachtung von schädlichen Nebenwirkungen. Leider ist dies bei fast allen experimentellen und quasi-experimentellen Studien unterblieben. In lediglich einer einzigen der frühen Experimentalstudien (McConaghy & Barr, 1973) wurde auch über schädliche Effekte berichtet: Von den 46

Probanden verlor einer im Therapieverlauf jedes sexuelle Interesse, zwei litten an schweren und vier an leichten Depressionen. Die Nebenwirkungsrate lag damit bei immerhin 15%. Wie bereits berichtet, sind gerade die älteren Studien von hohen Dropout-Raten gekennzeichnet. Auch diese können als Hinweise auf negativ erlebte Wirkungen gelesen werden.

Der Großteil der expliziten Berichte über negative Effekte stammt jedoch aus den nicht-experimentellen Studien. Daher gelten dieselben methodischen Einschränkungen wie in Zusammenhang mit der Untersuchung der Wirksamkeit: Die nicht-experimentellen Studien sind nicht geeignet, um Kausalaussagen zu treffen – also zu belegen, dass aufgetretene Nebenwirkungen *ursächlich* durch die Intervention hervorgerufen wurden. Gleichwohl dokumentieren diese Studien, dass sich zahlreiche Proband_innen durch die an ihnen vorgenommenen Interventionsversuche geschädigt fühlen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über eine Auswahl der berichteten negativen Effekte. Insbesondere Angst, Depression, Suizidalität sowie internalisierte Homophobie und Selbsthass wurden vielfach genannt. Aber auch von Problemen in der Partnerschaft und in der Familie, von Alkohol- und Substanzmissbrauch, von Enttäuschung und Hoffnungslosigkeit etc. war die Rede.

Tabelle 1: Auswahl möglicher negative Effekte von SOCE

Negative Effekte	Studien
Angst	Bancroft 1969; Quinn et al. 1970; Thorpe et al. 1964; Dehlin et al. 2015; Flentje et al 2013; Weiss et al 2010
Depression	Bancroft 1969; Quinn et al. 1970; Thorpe et al. 1964; Beckstead & Morrow 2004; Shidlo & Schroeder 2002; Dehlin et al. 2015; Flentje et al 2013; Weiss et al 2010
Suizidalität	Bancroft 1969; Beckstead & Morrow 2004; Shidlo & Schroeder 2002; Flentje et al 2013; Weiss et al 2010
Beziehungsprobleme	Bancroft 1969; Shidlo & Schroeder 2002; Borowich 2008; Weiss et al 2010
Alkoholmissbrauch, Substanzmissbrauch	Herman & Prewett 1974; Beckstead & Morrow 2004; Shidlo & Schroeder 2002
Enttäuschung und Hoffnungslosigkeit	Beckstead & Morrow 2004; Fjelstrom et al. 2013
Selbsthass, internal. Homophobie	Beckstead & Morrow 2004; Shidlo & Schroeder 2002, Smith et al.2004; Dehlin et al. 2015; Weiss et al 2010

Neben diesen direkten negativen Folgen werden in der Literatur auch indirekte negative Folgen genannt, die aus den erfolglosen Interventionen für Adressat_innen mittelbar entstehen. Zu nennen sind hier insbesondere der finanzielle, der zeitliche und der emotionale Aufwand, den Adressat_innen angesichts falscher Therapieversprechen initial zu leisten bereit sind.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Datenlage zu negativen Folgen von SOCE ähnlich problematisch ist, wie zur Wirksamkeit: die Daten lassen kaum Kausalaussagen zu. Die zahlreichen Berichte über negative Erfahrungen mit SOCE in nicht-experimentellen Studien lassen jedoch den Schluss zu, dass durch die Durchführung von SOCE (wie bei anderen Interventionen auch) das Risiko unerwünschter Wirkungen besteht, welches nicht zuletzt Ängste, Depressionen und Suizidalität mit einschließt.

5.2 Gesellschaftliche Wirkungen

Neben den genannten individuellen Wirkungen auf die Adressat_innen ist davon auszugehen, dass SOCE durch Stigmatisierungsprozesse (vgl. zusammenfassend z.B. APA, 2009, S. 16ff.) auch über das unmittelbare Interventionsgeschehen hinaus Angehörige sexueller Minderheiten schädigen kann (Mahler & Mundle, 2015; Weiss et al., 2010), somit die Existenz von SOCE gesellschaftliche Wirkungen entfalten kann. Als theoretischen Rahmen zur Erklärung solcher Prozesse entwickelte Meyer (2003) das mittlerweile breit rezipierte Modell des „Minority Stress“. Meyer beschreibt spezifische Stressoren für sexuelle Minderheiten als „unique“, „chronic“ und „socially based“ (S. 4) – das heißt, sie betreffen ausschließlich die genannten Minderheiten, sind vergleichsweise stabil und gesellschaftlich bedingt. Kerngedanke der Theorie des Minority Stresses ist, dass die z.T. erheblichen Unterschiede in der psychischen Gesundheit von hetero- und homosexuellen Menschen nicht in der Homosexualität selbst begründet liegen, sondern als direkte Folge von Stigmatisierungsprozessen anzusehen sind. Hatzenbuehler et al. (2016, S. 3) unterscheiden bei diesen Stigmatisierungsprozessen individuelle, interpersonelle und strukturelle Faktoren. In Zusammenhang mit SOCE sind Folgen individueller und interpersoneller Stigmatisierungsprozesse bereits unter 5.1 beschrieben worden. Strukturelle Stigmatisierungsprozesse sind übergeordnete kulturelle und institutionelle Normen und Werte, welche die Möglichkeiten, Ressourcen und das Wohlbefinden sexueller Minderheiten beeinträchtigen (ebd., S. 4). Das prinzipielle Angebot von SOCE und damit die Suggestion einer gezielten Veränderungsmöglichkeit der sexuellen Orientierung kann als ein derartiger struktureller Stigmatisierungsprozess interpretiert werden, der zu schädlichen Mechanismen bei Betroffenen führen kann (Mahler & Mundle, 2015; Weiss et al., 2010) – selbst dann, wenn die SOCE als „ergeb-

nisoffen“ deklariert werden. Als stigma-induzierende Mechanismen, die auf die psychische Gesundheit wirken, werden u.a. permanente Wachsamkeit der Betroffenen, eine grüblerische Selbstbefassung, Einsamkeit und physiologische Stressreaktionen beschrieben („Vigilance“, „Rumination“, „Loneliness“, Physiologic Mechanisms Related to Stress Response“; Hatzenbuehler, 2016, S. 6). Wie sehr institutionelle Normen und Werte vermittelt Minority Stress das Wohlbefinden nicht-heterosexueller Menschen beeinträchtigen kann, zeigen Arbeiten, die für nicht-heterosexuelle Mitglieder spezifischer Glaubensgemeinschaften höhere Werte internalisierter Homophobie und auch höhere Werte von Depression zeigen (s. u.a. Barnes & Meyer, 2012; Crowell et al., 2015). Dass das Angebot von SOCE insbesondere innerhalb von Religionsgemeinschaften zu einem derartigen Minority Stress beitragen kann, ist als zumindest wahrscheinlich einzuschätzen, insinuiert solche Angebote doch die Notwendigkeit der Veränderung der eigenen sexuellen Orientierung, das heißt: die Inkompatibilität der eigenen Identität mit der normativen Vorstellung der Religionsgemeinschaft über sexuelle Orientierung.

6. Gesamtbeurteilung und Beantwortung der Fragestellungen

Über verschiedene Kulturen hinweg ist die überwiegende Mehrheit der Menschen gegengeschlechtlich sexuell aktiv, eine Minderheit ausschließlich oder nicht ausschließlich gleichgeschlechtlich. Zahlreiche Studien zeigen, dass die sexuelle Orientierung bei vielen Menschen im Lebensverlauf relativ stabil ist. Längsschnittstudien belegen zwar, dass manche Menschen im sexuellen Selbsterleben eine gewisse Flexibilität (auch: „Fluidität“) aufweisen, jedoch ist diese selten und meist eher moderat, und sie ist nicht Ergebnis bewusster Entscheidungen. Die sexuelle Orientierung ist als ein Konzept mit unterschiedlichen Dimensionen zu verstehen. Zu unterscheiden sind insbesondere die gleichgeschlechtliche sexuelle Attraktion, gleichgeschlechtliches Verhalten, eine homosexuelle Identität sowie gleichgeschlechtliche physiologische Erregbarkeit. Diese Dimensionen können in eins fallen, müssen es jedoch nicht.

Die Ätiologie sexueller Orientierung wird heute überwiegend als multi-kausal angesehen, wobei konstitutionelle Faktoren in den Erklärungen überwiegen (z.B. Genetik, Gen-Umwelt Interaktion). Empirisch, sexualwissenschaftlich, soziologisch, psychologisch und medizinisch gibt es keine Hinweise darauf, dass Homosexualität eine Störung oder gar Krankheit ist. Daher haben sich alle relevanten Fachgesellschaften seit Langem deutlich gegen eine Pathologisierung ausgesprochen. Aus medizinisch-psychotherapeutischer Sicht fehlt damit jegliche Indikation für eine Intervention.

Das Vorgehen bei den in diesem Gutachten analysierten „Sexual Orientation Change Efforts“ (SOCE) zeigt, auf welche Irrwege sich Medizin und Psychotherapie, aber auch Laien begeben

können, wenn sie primär normativ, rechtlich, politisch oder religiös begründete Ziele verfolgen. Nach der Ära unmenschlicher Zwangskastrationen wurden ab den 1960er Jahren u.a. Interventionen durchgeführt, die schon allein aufgrund ihrer konkreten Praktiken ebenfalls als unmenschlich anzusehen sind, nämlich solche, die aversive, den Körper und die Psyche verletzende Maßnahmen verwendeten. Auch die Anwendung der Penisplethysmografie als Messmethode stellte einen nicht unerheblichen Eingriff in die körperliche und seelische Integrität einer Untersuchungsperson dar. Auch die auf den ersten Blick diskreteren, feindseligen Mutmaßungen bestimmter psychoanalytischer Theorien und die damit verbundenen Interventionen und Haltungen gegenüber nicht-heterosexuellen Menschen entbehren der notwendigen Wissenschaftlichkeit und haben sich gleichzeitig in hohem Maße diskriminierend ausgewirkt. Religiöse Einstellungen und Haltungen des Glaubens können mit wissenschaftlichen Methoden weder bestätigt noch widerlegt werden. Wohl aber lässt sich zeigen, wenn sie mit der Diskriminierung sexueller Minderheiten einhergehen oder wenn ihre religiös begründeten Versprechungen sich nicht halten lassen.

Die Wirksamkeit unterschiedlicher Formen von SOCE wurde in einer Reihe wissenschaftlicher Studien untersucht. Gegen diese Studien existieren zahlreiche methodische Einwände. Die wenigen experimentellen und quasi-experimentellen Studien stammen aus den 1960/70er Jahren und untersuchen Interventionen, die aus heutiger Sicht als unethisch gelten müssen (sog. Aversionstherapien, s.o.). Jüngere, nicht-experimentelle Studien untersuchen zwar Interventionen, die heute noch durchgeführt werden, beschreiben und kontrollieren diese jedoch nicht hinreichend. Vor allem in Studien, die in den letzten 20 Jahren publiziert wurden, bestehen deutliche Bedenken u.a. hinsichtlich starker Selektionsverzerrungen und der Abhängigkeit von Daten aus Selbstberichten. Neben zahlreichen methodischen Einschränkungen eignen sich die nicht-experimentellen Studien jedoch v.a. nicht dazu, Kausalaussagen zu treffen.

Einen wichtigen, historisch bedeutsamen Paradigmenwechsel leitete in dieser Hinsicht die Studie von Robert L. Spitzer ein. Spitzer, der sich einst dafür ausgesprochen hatte, die Homosexualität aus dem DSM zu streichen, der aber später mit seiner Studie zur Auffassung gelangt war, homosexuelle Orientierung lasse sich therapeutisch verändern, räumte schließlich ein, dass die methodischen Schwächen seiner Studie diesen Schluss gar nicht zulassen und entschuldigte sich bei denjenigen, denen er fälschlicherweise Hoffnungen gemacht hatte. Spitzer gestand damit einen medizinisch-psychotherapeutischen Irrtum ein.

Insgesamt lässt keine der uns bekannten Studien den Schluss zu, dass die sexuelle Orientierung durch SOCE dauerhaft verändert werden kann. Verändert werden können bestenfalls Einzeldimensionen der sexuellen Orientierung, wie etwa gleichgeschlechtliche Verhaltensweisen oder

die Berichte über sexuelle Anziehung oder Selbst-Identifikation in der Öffentlichkeit (Beantwortung von Fragestellung 1).

Gleichzeitig gibt es deutliche Hinweise darauf, dass SOCE mit dem Risiko negativer Wirkungen bezogen auf das Individuum (so z.B. Depressivität, Angst, Suizidalität, sexuelle und Beziehungsprobleme) einhergeht. Zudem unterstützen Konversionstherapien implizit und explizit aber auch die Diskriminierung von nicht-heterosexuell orientierten Menschen und haben damit eine auch gesellschaftlich eine schädliche Wirkung (Beantwortung von Fragestellung 2).

Inzwischen werden die gesundheitsökonomischen Kosten von Diskriminierung bzw. der wirtschaftliche Nutzen von Antidiskriminierung berechnet. Eine Studie der Weltbank berechnet die Kosten von Diskriminierung auf der Grundlage der sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität in Indien auf jährlich bis zu 30 Milliarden Dollar (Patel, 2014). Eine weitere Studie in 39 Ländern schätzt die Kosten durch Vorurteile und Diskriminierung auf bis zu 3% des Bruttoinlandsprodukts eines Landes (Badgett, Nezhad, Waaldijk, & van der Meulen, 2014). Kostenschätzungen, die sich auf die Auswirkungen von Konversionstherapien direkt beziehen gibt es nach unserem Wissen nicht.

Angesichts der fehlenden Indikation, des fehlenden Nachweises einer Wirkung auf das Zielkriterium sowie des breit gefächerten Spektrums individueller und gesellschaftlicher negativer Wirkungen fehlt für die Durchführung von SOCE aus medizinisch-psychotherapeutischer und sexualwissenschaftlicher Sicht die Evidenz.

7. Empfehlungen aus sexualwissenschaftlicher psychiatrischer und psychotherapeutischer Sicht

Wir haben bis hierhin die folgenden Feststellungen getroffen, die wir als Ausgangspunkt unserer Empfehlungen wie folgt zusammenfassen:

- Nichtheterosexuelle Orientierungen wie Homosexualität sind normale Varianten menschlicher sexueller Orientierungen und keine psychischen Störungen.
- Es fehlt daher die Indikation für eine medizinisch-psychotherapeutische Behandlung oder Interventionen wie SOCE.
- Für die bekannten Interventionen gibt es keine wissenschaftlich fundierten Wirksamkeitsnachweise im Sinne der Änderung der sexuellen Orientierung aber Hinweise auf individuelle und gesellschaftliche negative Folgen.
- Wenn es zu einer psychischen Belastung durch nicht-heterosexuelle Orientierung kommt, so kann diese Belastung Ausgangspunkt einer Beratung oder Therapie sein, die jedoch nicht zum Ziel haben darf, die sexuelle Orientierung zu verändern. Vielmehr sollte versucht

werden, die Symptombelastung (z.B. durch Depression) zu verringern. Dies kann z.B. im Rahmen einer professionellen Beratung, Psychotherapie oder auch in Selbsthilfegruppen erfolgen.

- Professionelle Beratung, Psychotherapie oder Selbsthilfegruppe müssen keineswegs im Widerspruch zur Ausübung religiöser oder spiritueller Praxis stehen. Es sollte dann darum gehen, mögliches konflikthafte Erleben, das sich durch religiöse oder spirituelle Praxis bei nicht-heterosexueller Orientierung ergibt, zu verringern ohne auf eine Änderung der sexuellen Orientierung hinzuwirken.
- Die sich durch gesellschaftliche Haltungen zu nicht-heterosexuellen Orientierungen ergebenden individuellen Stressoren (so genannter Minority Stress) sollten durch Maßnahmen auf mehreren Ebenen möglichst weitgehend reduziert werden. Dies kann affirmative psychotherapeutische Ansätze mit einschließen, für deren Wirksamkeit inzwischen auch eine kontrollierte Studie vorliegt (Pachankis et al. 2015), sowie gesellschaftlich-politische und pädagogische Prozesse (z.B. im Rahmen des Schulunterrichts).
- Dazu werden intensive Bemühungen im Bereich von medizinischer, psychologischer, psychotherapeutischer und pädagogischer Aus- und Weiterbildung notwendig.
- Empfohlen werden zudem Maßnahmen gesellschaftlicher Aufklärung darüber, dass es sich bei nicht-heterosexuellen Orientierungen um normale Varianten menschlicher Sexualität und nicht um Pathologien handelt. Vermittelt werden sollten zudem die negativen Auswirkungen von Diskriminierung und Stigmatisierung. Diese Maßnahmen sollten gezielt auch Familien mit ansprechen.
- Zukünftige Forschung sollte aus ethischen Gründen von weiterer Erforschung von SOCE Abstand nehmen und sich der Erforschung von Minority Stress sowie von affirmativen therapeutischen Angeboten widmen.

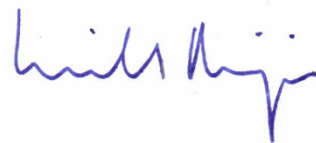
Hamburg, den 10.07.2019



Prof. Dr. med. P. Briken
Direktor



Prof. Dr. phil. A. Dekker
Stellv. Institutsdirektor



Dr. rer. nat. K. M. Reiningger
Ambulanzleiter IfP

8. Literaturverzeichnis

- Adams, H. E., & Sturgis, E. T. (1977). Status of behavioral reorientation techniques in the modification of homosexuality: A review. *Psychological Bulletin*, *84*, 1171–1188. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.84.6.1171>
- APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation [APA]. (2009). *Report of the task force on appropriate therapeutic responses to sexual orientation*. Washington, DC: American Psychological Association. Retrieved from: <http://www.apa.org/pi/lgbc/publications/>
- Badgett, M. V. L., Nezhad, S., Waaldijk, C., & Meulen, R. Y. (2014). The relationship between LGBT inclusion and economic development: An analysis of emerging economies. Los Angeles, CA: The Williams Institute, UCLA School of Law. Retrieved from: <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/lgbt-inclusion-and-development-november-2014.pdf>
- Bailey, J. M., Vasey, P. L., Diamond, L. M., Breedlove, S. M., Vilain, E., & Epprecht, M. (2016). Sexual orientation, controversy, and science. *Psychological Science in the Public Interest*, *17*, 45–101. <https://doi.org/10.1177/1529100616637616>
- Bancroft, J. (1969). Aversion therapy of homosexuality: A pilot study of 10 cases. *British Journal of Psychiatry*, *115*, 1417–1431. <https://doi.org/10.1192/bjp.115.529.1417>
- Barnes, D. M., & Meyer, I. H. (2012). Religious affiliation, internalized homophobia, and mental health in lesbians, gay men, and bisexuals. *American Journal of Orthopsychiatry*, *82*, 505–515. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01185.x>
- Beckstead, A. L., & Morrow, S. L. (2004). Mormon clients' experiences of conversion therapy: The need for a new treatment approach. *The Counseling Psychologist*, *32*, 651–690. <https://doi.org/10.1177/0011000004267555>
- Bergner, M. (1995). *Setting love in order: Hope and healing for the homosexual*, Grand Rapids, MI: Baker Books.
- Birk, L., Huddleston, W., Miller, E., & Cohler, B. (1971). Avoidance conditioning for homosexuality. *Archives of General Psychiatry*, *25*, 314–323. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1971.01750160026005>
- Borowich, A. (2008). Failed reparative therapy of orthodox Jewish homosexuals. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *12*, 167–177. <https://doi.org/10.1080/19359700802111072>

- Cochran, S. D., Drescher, J., Kismödi, E., Giami, A., García-Moreno, C., Atalla, E., ... & Reed, G. M. (2014). Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). *Bulletin of the World Health Organization*, *92*, 672–679. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.135541>
- Comiskey, A. (1989). *Pursuing sexual wholeness: How God heals the homosexual*, Lake Mary, FL: Charisma House.
- Crowell, K. A., Galliher, R. V., Dehlin, J., & Bradshaw, W. S. (2015). Specific aspects of minority stress associated with depression among LDS affiliated non-heterosexual adults. *Journal of Homosexuality*, *62*, 242–267. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.969611>
- Dehlin, J. P., Galliher, R. V., Bradshaw, W. S., Hyde, D. C., & Crowell, K. A. (2015). Sexual orientation change efforts among current or former LDS church members. *Journal of Counseling Psychology*, *62*, 95–105. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000011>
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing homosexuality. *Behavioral Sciences*, *5*, 565–575. <https://doi.org/10.3390/bs5040565>
- Fjelstrom, J. (2013). Sexual orientation change efforts and the search for authenticity. *Journal of Homosexuality*, *60*, 801–827. <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.774830>
- Flentje, A., Heck, N. C., & Cochran, B. N. (2013). Sexual reorientation therapy interventions: perspectives of ex-ex-gay individuals. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *17*, 256–277. <https://doi.org/10.1080/19359705.2013.773268>
- Freud, S. (1973). Studienausgabe (Band VII: Zwang Paranoia und Perversion). Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Goldstein, D. G. & Gigerenzer, G. (2009). Fast and frugal forecasting. *International Journal of Forecasting*, *25*, 760–772. <https://doi.org/10.1016/j.ijforecast.2009.05.010>
- Hatzenbuehler, M. L., & Pachankis, J. E. (2016). Stigma and minority stress as social determinants of health among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: research evidence and clinical implications. *Pediatric Clinics*, *63*, 985–997. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.003>
- Herman, S. H., & Prewett, M. (1974). An experimental analysis of feedback to increase sexual arousal in a case of homo- and heterosexual impotence: A preliminary report.

- Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 5, 271–274.
[https://doi.org/10.1016/0005-7916\(74\)90077-9](https://doi.org/10.1016/0005-7916(74)90077-9)
- James, S. (1978). Treatment of homosexuality: II. Superiority of desensitization/arousal as compared with anticipatory avoidance conditioning: Results of a controlled trial. *Behavior Therapy*, 9, 28–36. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(78\)80051-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(78)80051-3)
- Jones, T. W., Brown, A., Carnie, L., Fletcher, G., & Leonard, W. (2018). Preventing harm, promoting justice. Responding to LGBT conversion therapy in Australia. Melbourne: GLHV@ARCSHS and the Human Rights Law Centre. Retrieved from:
<https://www.hrlc.org.au/s/LGBT-conversion-therapy-in-Australia-v2.pdf>
- Jones, S. L., & Yarhouse, M. A. 2007. *Ex-gays? A longitudinal study of religiously mediated change in sexual orientation*, Downers Grove, IL: InterVarsity Press.
- Jones, S. L., & Yarhouse, M. A. (2011). A longitudinal study of attempted religiously mediated sexual orientation change. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37, 404–427.
<https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.607052>
- Klein, F., Sepekoff, B., & Wolf, T. J. (1985). Sexual orientation: A multi-variable dynamic process. *Journal of Homosexuality*, 11, 35–49. https://doi.org/10.1300/J082v11n01_04
- Långström, N., Rahman, Q., Carlström, E., & Lichtenstein, P. (2010). Genetic and environmental effects on same-sex sexual behavior: A population study of twins in Sweden. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 75–80. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9386-1>
- Maccio, E. (2011). Self-reported sexual orientation and identity before and after sexual reorientation therapy. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 15, 242–259.
<https://doi.org/10.1080/19359705.2010.544186>
- Mahler, L., & Mundle, G. (2015). A need for orientation: The WMA statement on natural variations of human sexuality. *International Review of Psychiatry*, 27, 460–462.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1086321>
- McConaghy, N. (1969). Subjective and penile plethysmograph responses following aversion-relief and Apomorphine aversion therapy for homosexual impulses. *British Journal of Psychiatry*, 115, 723–730. <https://doi.org/10.1192/bjp.115.523.723>
- McConaghy, N. (1976). Is a homosexual orientation irreversible? *British Journal of Psychiatry*, 129, 556–563. <https://doi.org/10.1192/bjp.129.6.556>

- McConaghy, N., Armstrong, M. S., & Blaszczynski, A. (1981). Controlled comparison of aversive therapy and covert sensitization in compulsive homosexuality. *Behaviour Research & Therapy*, *19*, 425–434. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(81\)90132-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(81)90132-7)
- McConaghy, N., & Barr, R. F. (1973). Classical, avoidance, and backward conditioning treatment of homosexuality. *British Journal of Psychiatry*, *122*, 151–162. <https://doi.org/10.1192/bjp.122.2.151>
- McConaghy, N., Proctor, D., & Barr, R. (1972). Subjective and penile plethysmography responses to aversion therapy for homosexuality: A partial replication. *Archives of Sexual Behavior*, *2*, 65–79. <https://doi.org/10.1007/BF01542019>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, *129*(5), 674. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Nicolosi, J., Byrd, A. D., & Potts, R. W. (2000). Retrospective self-reports of changes in homosexual orientation: A consumer survey of conversion therapy clients. *Psychological Reports*, *86*, 1071–1088. <https://doi.org/10.2466/pr0.2000.86.3c.1071>
- Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Rendina HJ, Safren SA, Parsons JT. LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *J Consult Clin Psychol*. 2015, *83*(5):875-89. doi: 10.1037/ccp0000037.
- Patel A (2014) Homophobia may cost India's economy billions of dollars. The Wall Street Journal. Retrieved from <http://blogs.wsj.com/indiarealtime/2014/06/10/howhomophobia-hurts-indias-economy>
- Quinn, J. T., Harbison, J. J. M., & McAllister, H. (1970). An attempt to shape human penile responses. *Behaviour Research & Therapy*, *8*, 213–216. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(70\)90095-1](https://doi.org/10.1016/0005-7967(70)90095-1)
- Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B., Cohen-Kettenis, P. T, Arango-de-Montis, I, Parish, S. J., Cottler, S., Briken, P., & Saxena, S. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*, *15*, 205–221. <https://doi.org/10.1002/wps.20354>

- Santero, P. L., Whitehead, N. E., & Ballesteros, D. (2018). Effects of therapy on religious men who have unwanted same-sex attraction. *The Linacre Quarterly*, 0024363918788559. <https://doi.org/10.1177/0024363918788559>
- Savin-Williams, R. C., Joyner, K., & Rieger, G. (2012). Prevalence and stability of self-reported sexual orientation identity during young adulthood. *Archives of sexual behavior*, 41, 103–110. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9913-y>
- Schroeder, M., & Shidlo, A. (2001). Ethical issues in sexual orientation conversion therapies: An empirical study of consumers. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 5, 131–166. https://doi.org/10.1300/J236v05n03_09
- Shidlo, A., & Schroeder, M. (2002). Changing sexual orientation: A consumer's report. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 249–259. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.3.249>
- Simonelli T. (2013) Wissenschaftliche Homophobie. *Forum für Politik, Gesellschaft und Kultur*, 327, 33–36. Retrieved from: https://www.forum.lu/wp-content/uploads/2015/11/7592_327_Simonelli.pdf
- Smith, G., Bartlett, A. & King, M. (2004). Treatments of homosexuality in Britain since 1950—an oral history: The experience of patients. *British Medical Journal*, 328, 427–429. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.427.37984.442419.EE>
- Socarides, C. W. (1971). *Der offen Homosexuelle*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Spitzer, R. L. (2003). Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? Two hundred participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 403–417. <https://doi.org/10.1023/A:1025647527010>
- Spitzer, R. L. (2012). Spitzer reassesses his 2003 study of reparative therapy of homosexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 757–757. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9966-y>
- Tanner, B. A. (1974). A comparison of automated aversive conditioning and a waiting list control in the modification of homosexual behavior in males. *Behavior Therapy*, 5, 29–32. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(74\)80083-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(74)80083-3)
- Tanner, B. A. (1975). Avoidance training with and without booster sessions to modify homosexual behavior in males. *Behavior Therapy*, 6, 649–653. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(75\)80187-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(75)80187-0)

Thorpe, J. G., Schmidt, E., Brown, P. T., & Castell, D. (1964). Aversion-relief therapy: A new method for general application. *Behaviour Research & Therapy*, *2*, 71–82.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(64\)90058-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(64)90058-0)

Tversky, A. & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, *185*, 1124–1131. . <https://doi.org/10.1126/science.185.4157.1124>

Weiss, E. M., Morehouse, J., Yeager, T., & Berry, T. (2010). A qualitative study of ex-gay and ex-ex-gay experiences. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *14*, 291–319.
<https://doi.org/10.1080/19359705.2010.506412>