

Was ist „Reparative Therapie“?

Ein Einblick in die Kontroverse
von Dr. Joseph Nicolosi

Was genau ist eigentlich „Reparative Therapie“, und warum wird sie so kontrovers diskutiert? Gegner dieser Methodik behaupten, dass sie ein Beschämen des Klienten beinhaltet, wodurch er sein wahres Selbst verleugnet und Familienstrukturen zerbrochen werden.

Ich möchte gerne die Gelegenheit ergreifen und erläutern, was Reparative Therapie (RT) wirklich ist.

Ebenso wichtig ist es mir dabei zu erklären, warum sich „sexuell hinterfragende“ Teenager eine Chance erhalten müssen, alle ihre Optionen zu kennen und auszuloten – und nicht nur von Beratern oder Therapeuten ausschließlich dazu ermutigt werden, eine schwule Identität anzunehmen und einen „gay“ Lebensstil zu leben.

Zuerst einmal: Der Klient legt die Ziele fest

Zunächst: Wie alle guten Therapien beinhaltet die Reparative Therapie niemals einen Zwang. Der Klient erschien beim Therapeuten auf der Suche nach Hilfe bei der Reduzierung von etwas in seinem Leben Stressendem und der RT Psychotherapeut ist bereit seine professionelle Erfahrung und Ausbildung dafür einzusetzen, dem Klienten zu helfen, sein selbstgestecktes Ziel zu erreichen. Der Therapeut geht dazu eine auf Zusammenarbeit angelegte Beziehung ein, bereit mit dem Klienten daran zu arbeiten, seine nicht gewollten Anziehungen zu verringern und sein heterosexuelles Potential zu erforschen.

Die Basis von RT, wie bei allen guten Therapien, ist die Schaffung der therapeutischen Allianz. Diese wichtige Allianz ist wie folgt definiert: Der Klient und der Therapeut vereinbaren eine Zusammenarbeit mit klar definierten, **vom Klienten festgelegten**, Zielvorgaben, und diese Ziele und Vorgaben können jederzeit neu definiert werden. Über seine Festlegung hinaus, was er von der Therapie als Ganzes erwartet, wird der Klient ermutigt seine Ziele für jede einzelne Sitzung darzulegen, insbesondere in jede Sitzung seinen „identifizierten Konflikt“ einzubringen. Kurz gesagt, der Klient muss immer die Führung haben.

Diese kollaborative Beziehung kann – natürlich - keinerlei aufgezwungenen Methoden oder Techniken beinhalten, die versuchen, eine Veränderung der sexuellen Ausrichtung zu „erzeugen“ - was sowieso geradezu aussichtslos wäre! -, sondern arbeitet mit vier Grundmethoden einer Intervention. Diese Interventionen werden eine Reduktion, - und manchmal eine völlige Auflösung - von sexuellen oder romantischen Anziehungen gegenüber Personen des eigenen Geschlechts bewirken. Ein Ergebnis kann aber nicht garantiert

werden. Es sollte von Beginn gemeinsames Verständnis sein, dass eine Reduktion der gleichgeschlechtlichen Anziehung und die Entwicklung eines heterosexuellen Potentials entlang des Kontinuums zwischen kompletter Veränderung, teilweiser Veränderung (Kontrolle und Reduzierung der unerwünschten Gefühle) bis hin zu - für einige Klienten - dem Ausbleiben jeglicher Veränderung stattfindet. Einige Klienten entscheiden sich für eine Rückkehr zum „gay lifestyle“. Andere, insbesondere sehr religiöse Klienten, entscheiden sich letztendlich das Weiterbestehen ihrer unerwünschten Gefühle zu akzeptieren und ein Leben ohne sexuelle Kontakte.

Manchmal weiß der Klient selbst nicht, was er will, wie häufig zu beobachten im Fall des von den Eltern zur Therapie geschickten Teenagers. In diesen Fällen, falls der Teenager sich entscheidet zu erscheinen, vereinbaren wir, NICHT an seiner Homosexualität zu arbeiten, und die therapeutische Allianz basiert stattdessen auf anderen Zielen des Klienten, wie zum Beispiel dem Umgang mit ablehnenden Eltern und der Vermeidung eines familiären Bruchs oder dem Umgang mit Ablehnung durch Gleichaltrige.

Der Gay-Affirmative Therapeut unterlässt es Fragen zu stellen

Der RT Therapeut akzeptiert nicht einfach oberflächlich die sexuellen oder romantischen Gefühle und Verhaltensweisen des Klienten, sondern lädt ihn vielmehr auf eine urteilsfreie Untersuchung seiner tieferen Beweggründe ein. Der RT Therapeut fragt immer „Warum“ und lädt den Klienten ein, dasselbe zu tun.

Der „Gay-Affirmative“ Therapeut andererseits geht das klinische Feld bezüglich homosexueller Anziehungen ausschließlich „phänomenologisch“ (d.h. akzeptiert die Anziehungen als gegeben, ohne die Ursachen zu hinterfragen) an. Dies ist eine höchst unprofessionelle Unterlassung.

Der RT Therapeut muss viel tiefer gehen: Er sieht beispielsweise, dass ein Teenager aus einer Vielzahl von Gründen glauben kann, schwul zu sein, die nichts mit seiner sexuellen Grundidentität zu tun haben. Seine sexuellen Gefühle können stattdessen begründet sein in einem Bedürfnis nach Akzeptanz, Anerkennung, nach Zuwendung von Männern, oder sie können seine Einsamkeit, Langeweile oder einfach nur Neugierde widerspiegeln. Er könnte sich auf gleichgeschlechtliche Aktivitäten einlassen als ein Abenteuer, für Geld oder aus Gruppenzwang, aus Feindschaft zu männlichen Gleichaltrigen, oder aus einer generellen Rebellion heraus. Er könnte sich ebenso in einem Reenactment [Anm. d. Übers.: Wiederaufführung/ Neuinszenierung] eines frühen Traumas sexuellen Missbrauchs durch einen anderen Mann wiederfinden (Fields, Malabranche und Feist-Price, 2008).

Ein überdurchschnittlich hoher Prozentsatz von homosexuell orientierten Männern wurde in der Kindheit von einem älteren Mann sexuell missbraucht. Eine Studie fand, dass 46% der homosexuellen verglichen mit nur 7% der heterosexuellen Männer von homosexuellem Missbrauch berichten. Dieselbe Studie fand auch heraus, dass 22% lesbischer Frauen von homosexuellem Missbrauch berichten verglichen mit nur 1% der heterosexuellen Frauen

(Tomeo et al., 2001). In den Fällen, in denen die Person als Kind missbraucht wurde, kann homosexuelles Verhalten als ‚Reenactment‘ im Erwachsenenalter einen Wiederholungszwang darstellen.

Und in der Tat, ein Teenager kann durch die Einflussnahme eines überzeugenden Erwachsenen dazu gebracht werden zu glauben, schwul zu sein – sei es durch einen ‚Gay-Affirmative‘ Therapeuten, einen Mentor, einen Lehrer, oder sogar durch den Missbrauchenden selbst. Solche einflussreichen Erwachsenen können erfolgreich einen unsicheren jungen Menschen zur Überzeugung kommen lassen, dass Homosexualität für ihn einfach unvermeidbar ist.

Homosexuelles Verhalten könnte aber auch eine Art von Entwicklungskrise widerspiegeln, die Unsicherheiten ausgelöst und die Fantasie befeuert, Schutz durch einen stärkeren Mann zu erhalten. Ängste und Unsicherheiten in Bezug auf die Annäherung an das andere Geschlecht (Heterophobia) können ebenso eine Suche nach der empfundenen Sicherheit und Einfachheit beim Finden eines Partners für gleichgeschlechtliches Verhalten auslösen.

Umweltfaktoren wie zum Beispiel ein Gefängnisaufenthalt oder das Leben in einem therapeutischen Heim, wo junge Männer zusammen schlafen und von Frauen isoliert sind, können gleichgeschlechtliches Verhalten und folglich die Selbstbezeichnung als „Gay“ begünstigen. Darüber hinaus kann eine Selbstidentifikation als „Gay“ ein politisches oder ideologisches Statement sein, zu besichtigen im radikal-feministischen Lesbentum der Frauenbewegung (Whisman, 1996). Kurzum, jedes Lehrbuch über Adoleszenz wird bestätigen, dass homosexuelle Gefühle und/oder Verhalten als in der normalen (d.h. „nicht ungewöhnlichen“) Bandbreite der Jugenderfahrungen beobachtet werden können.

Diese und viele andere Beispiele von Homosexualität können in der Adoleszenz in Erscheinung treten, verlieren sich dann aber, während der Teenager weiter in Richtung Erwachsensein fortschreitet. Dies wird untermauert von Studien, die zeigen, dass mit zunehmendem Alter es für diese Teenager immer unwahrscheinlicher wird, sich selbst als schwul zu bezeichnen. Eine Studie mit 34.707 Jugendlichen aus Minnesota ergab, dass 25,9% der 12-jährigen unsicher waren, ob sie hetero- oder homosexuell sind (Remafedi et al., 1992). Im Gegensatz dazu bezeichnen sich letztendlich ungefähr noch 2% bis 3% der Erwachsenen als homosexuell. **Das bedeutet, dass ca. 90% dieser „sexuell unsicheren“ Teenager irrtümlicherweise als homosexuell identifiziert werden könnten, wenn sie als „schwul“ affirmiert werden von einem ‚Gay Affirming‘ Therapeuten, Schulpsychologen oder einer Schwulenvertretung an einer Hochschule.**

Aus all diesen Gründen verdient der Teenager das Recht die Gründe zu untersuchen, warum er denkt, fühlt, handelt oder glaubt, schwul zu sein.

Warum der Name „Reparative Therapie“?

Es gab Versuche den Begriff „Reparative Therapie“ zu stigmatisieren, und diejenigen zu marginalisieren, die Anteil daran haben. Jedoch bietet der „reparative“ Blick auf

Homosexualität eine spezielle Ebene des Verständnisses zwischen Klienten und Therapeuten, welche die Ziele des Klienten voranbringen können.

Viele homosexuelle Menschen empfinden den Begriff „reparativ“ als beleidigend: „Ich brauche nicht in Ordnung gebracht, geheilt oder repariert zu werden“. Darauf lautet unsere Antwort: „Natürlich nicht; Niemand kann eine andere Person ‚in Ordnung bringen‘. Aber falls Du wünschst Deine eigene Veränderung zu unterstützen, hast Du Optionen“.

Im Gegensatz zur homosexuellen Person, die sich von dem Begriff angegriffen fühlt, finden viele Klienten der Reparativen Therapie Trost und Bestärkung in dem Bewusstsein, Ihr homosexuelles Verhalten könnte ein unbewusster Versuch der „Selbstreparatur“ von Gefühlen maskuliner Minderwertigkeit sein und diese Gefühle einen Versuch darstellen, normale, gesunde, männliche emotionale Bedürfnisse zu stillen.

Für diesen Klienten erhöht das Verständnis des „reparativen“ Konzepts die Selbstannahme und das Mitgefühl mit Blick auf sein Verlangen nach diesem ungewollten Verhalten, welches vorher nur Verwirrung, Scham und Selbsthass ausgelöst hat. Der Therapeut, der das reparative Theoriemodell übernimmt, wird ebenso eine erfreuliche gedankliche Brücke zwischen seiner Arbeit und der reichen psychodynamischen Tradition finden, die von prä-Freud bis in die Neuzeit reicht. Diese reichhaltige Literatur verbessert die Arbeit mit dem Klienten, da durch sie dem ratlosen Klienten ein etabliertes therapeutisches Modell präsentieren werden kann.

Dementsprechend also vermittelt der Begriff „reparativ“ einen Einblick in die Natur der Homosexualität, nämlich dass gleichgeschlechtliche Anziehung ein unbewusster Versuch der Selbst-Wiederherstellung [Reparatur] sein kann. Durch diese gemeinsam geteilte Betrachtungsweise arbeiten Klient und Therapeut zusammen, während sie tiefer zu einem besseren Verständnis des Erlebens des Klienten vordringen.

Die vier Prinzipien der Reparativen Therapie

Die vier Prinzipien der Reparativen Therapie sind (1) die Offenlegung seitens des Therapeuten über seine eigenen Ansichten, (2) Ermutigung des Klienten Fragen offen zu stellen, (3) Lösen früherer Traumata und (4) Information über mit Homosexualität zusammenhängende Themen.

(1) Offenlegung vs. Auferlegung

Von Beginn der Therapie an sollte der RT Psychotherapeut seine eigenen Ansichten zur Homosexualität offenlegen, und dies nicht nur als Wissenschaftler in einer Praxis, sondern auch seine ganz eigenen Ansichten aus einer persönlichen, philosophischen oder religiösen Perspektive. (Der Gay-Affirmative Therapeut wird ebenso seine eigenen philosophischen Sichtweisen dem Klienten gegenüber darlegen, aber aus einer sehr anderen, ‚gay-affirmierenden‘ Perspektive, welche Homosexualität als einen Entwicklungspfad sieht, der parallel verläuft und der Heterosexualität ebenbürtig ist.) Der Klient in Reparativer Therapie sollte sich über die Ansichten des

Therapeuten zur Homosexualität als eine Adaption auf Kindheitstraumata - und oft als eine Form reparativen Verhaltens mit gravierenden zukünftigen Konsequenzen - im Klaren sein. Aber dennoch darf der Therapeut seine Sichtweise dem Klienten niemals aufoktroieren, sondern muss ihm Raum geben seine eigene sexuelle Identität zu erkunden und seine eigenen Entscheidungen zu treffen. Der RT Therapeut (wie auch der ‚gay-affirmative‘ Therapeut) darf keinen Druck ausüben oder den Klienten dahingehend manipulieren, seine Ansichten zu glauben oder zu akzeptieren. Im Gegenteil, der Therapeut akzeptiert und wertschätzt den Klienten als Person, völlig unabhängig von seiner sexuellen Orientierung, Selbst-Bezeichnung oder Verhalten.

(2) Ermutigung zu offenen Fragen

Während der Klient die RT mit der Motivation aufnehmen könnte, seine SSA [Anm. d. Übersetzers: „Same Sex Attraction“ = die gleichgeschlechtliche Anziehung – ein feststehender Begriff in der engl. Diskussion] zu reduzieren, schlägt der Therapeut keinerlei Techniken vor, die versuchen die SSA des Klienten zu verändern. Solche Versuche sind zum Scheitern verurteilt. Vielmehr lädt der RT Psychotherapeut den Klienten ein und motiviert ihn nachzuforschen. Er wird aufgefordert, seine eigenen Fragen zu stellen, in seine Gefühle, Wünsche und Sehnsüchte zu schauen, die unter seiner SSA liegen könnten.

Das bringt uns zu einer anderen wichtigen Regel in der Reparativen Therapie: Die therapeutische Allianz muss das gegenseitige Verständnis beinhalten, dass der Klient jederzeit nicht mit dem Therapeuten übereinstimmen darf (Nicolosi, J., 2009).

(3) Lösen früherer Traumata

Die Reparative Therapie betrachtet gleichgeschlechtliche Anziehung in den meisten Fällen als einen Reparaturversuch nach Kindheitstrauma. Diese Traumata können heftig sein, wie sexueller oder emotionaler Missbrauch, oder auch in der Form von negativen Botschaften der Eltern in Bezug auf das Selbst und das Geschlecht im Stillen passieren. Genaues Hinschauen, Identifizieren und Lösen dieser emotionalen Kindheitstraumata führt häufig zu einer Reduzierung der ungewollten gleichgeschlechtlichen Anziehung.

(4) Information

Es liegt in der Verantwortung des Therapeuten keine Informationen zurückzuhalten, die für den Klienten von Nutzen sein können. Was der Klient mit diesem Input macht, liegt bei ihm.

Der RT Therapeut ist zum Thema gleichgeschlechtliche Anziehung besser informiert als die meisten allgemeinen Psychotherapeuten. Seine Pflicht zur Aufklärung umfasst drei Hauptbereiche:

- (a) Ursache: Die Forschung zeigt, dass gleichgeschlechtliche Anziehung verbunden ist mit bestimmten Formen negativer Peer- und Familienerfahrungen (Bieber et al., 1962; Green, 1996). In Verbindung mit einem sensiblen Naturell des Klienten kann das resultierende Trauma schädigenden Effekt auf sowohl die Individualisierung als auch auf die Entwicklung der Geschlechtsidentität haben. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt in der Herausarbeitung und Lösung dieser traumatischen Erfahrungen (Bieber, et al., 1962; Greenson, 1968; Tabin, 1985; Nicolosi, Byrd und Potts 2002).
- (b) Zugrundeliegende Beweggründe: Es besteht eine substantielle Evidenzlage für die Unterstützung der Sichtweise, dass zumindest einige Formen der homosexuellen Orientierung auf Störungen in der Geschlechtsidentifikationsbildung basieren (Coates, 1990; Green, 1993; Horner, 1992; Fast, 1984; Coates und Zucker, 1988; Nicolosi, Byrd und Potts 2002). Die Erfüllung dieser Bedürfnisse kann eine gleichgeschlechtliche Anziehung reduzieren, und manchmal sogar auflösen (Nicolosi, Byrd, und Potts, 2002).
- (c) Konsequenzen für die Gesundheit: Als Bestandteil seiner Entscheidungsfindung verdient es der Klient die langfristigen, mit dem Gay Lifestyle verbundenen, medizinischen und emotionalen Belastungen zu kennen, inklusive der häufig maladaptiven Verhaltensmuster². Das Timing und die Art der Präsentation dieser wichtigen Informationen sollte bestimmt werden von des RT Therapeuten Sensitivität für den Klienten und wann es im besten Interesse des Klienten ist.

All diese therapeutischen Interaktionen stehen im Einklang mit den NARTH Praxisrichtlinien zur Behandlung von ungewollter gleichgeschlechtlicher Anziehung und Verhalten. Diese Richtlinien stellen den Respekt für den Klienten sicher und bieten ethische Leitlinien zur Behandlung und Information.

Fußnoten

1. "All the Facts about Youth and Homosexuality," NARTH, The National Association for Research and Therapy of Homosexuality, (www.narth.com).
2. Journal of Human Sexuality, Vol.1, 2009; auch bei Winn, Robert, The Gay and Lesbian Medical Association, "Ten Things Gay Men Should Discuss with Health Care Providers," 2012, www.glma.org.

Literaturverzeichnis

Bieber, I., Dain, H., Dince, P., Drellich, M., Grand, H., Gundlach, R., Kremer, M., Rifkin, A., Wilbur, C., and Bieber T. (1962). *Homosexuality: A Study of Male Homosexuals*. New York: Basic Books.

Greenson, R. (1968). Disidentifying from mother: its special importance for the boy. In *Explorations in Psychoanalysis*, pp. 305-312. New York: International Universities Press.

Coates, S. (1990) Ontogenesis of boyhood gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis* 18:414-418.

Coates, S. and Zucker, K. (1988). "Gender Identity Disorder in Childhood." In *Clinical Assessment of Children: A Biopsychosocial Approach*, Eds. C.J. Kestenbaum and D.T. Williams. New York: New York University Press.

Fast, Irene (1984). *Gender Identity, A Differentiation Model; Advances in Psychoanalysis Theory, Research, and Practice, vol. 2*. University of Michigan: The Analytic Press.

Fields, S.D., Malebranche, D. and Feist-Price, S. (2008), Childhood sexual abuse in black men who have sex with men: Results from three qualitative studies. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14,385-390.

Green, Richard (1993). *The Sissy Boy Syndrome*. New York: Harper Collins.

Horner, Althea, "The Role of the Female Therapist in the Affirmation of Gender in the Male Patient," *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, vol. 20, n. 4, 1992, pp. 599-610.

Nicolosi, Joseph, (1991). *Reparative Therapy of Male Homosexuality*, Northvale, N.J.: Jason Aronson.

Nicolosi, Joseph, (1993). *Healing Homosexuality: Case Stories of Reparative Therapy*. N.J.: Jason Aronson.

Nicolosi, Joseph (1993). "Treatment of the Non-Gay Homosexual Man," *Journal of Pastoral Counseling*, Vol. XXVIII, p. 76-82.

Nicolosi, Joseph (2009). *Shame and Attachment Loss, The Practical Work of Reparative Therapy*. Downers Grove, Ill.: InterVarsity Press, pp. 23-26.

Nicolosi, J., Byrd, D., Potts, R.W. (June, 2002). "A Meta-Analytic Review of Treatment of Homosexuality," *Psychological Reports*.

Nicolosi, Joseph, and Nicolosi, Linda Ames (2002). *A Parent's Guide to Preventing Homosexuality*, Downers Grove, Ill.: Intervarsity Press.

Remafedi, G., Resnick, M., Blum, R. and Harris, L., "Demography of Sexual Orientation in Adolescents," *Pediatrics*, vol. 89, April 1992., pp.714-21.

Rekers, George, "Homosexuality: Developmental Risks, Parental Values and Controversies," In *Handbook of Child and Adolescent Sexual Problems*, G. Rekers, Ed., N.Y.: Lexington Books, 1995.

Satinover, Jeffrey, B., The "Trojan Couch": How the Mental Health Associations Misrepresent Science." National Association for Research and Therapy of Homosexuality, <http://www.narth.com/docs/TheTrojanCouchSatinover>

Tabin, Johanna (1985) *On the Way to the Self: Ego and Early Oedipal Development*. New York: Columbia University Press.

Tomeo, E. Marie, et al., "Comparative Data of Childhood and Adolescence Molestation in Heterosexual and Homosexual Persons," *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 30, No.5, 2001.

Whisman, V. (1996) *Queer by Choice: Lesbians, Gay Men and the Politics of Identity*. N.Y., N.Y.: Routledge.

Zucker, Kenneth, and Bradley, Susan (1995). *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. New York: Guilford.

Zucker, K. and Green, R., "Psychosexual Disorders in Childhood and Adolescence," *J. of Child Psychiatry*, 33, 107-151, 1996.