

Das Partnerschaftsverhältnis zwischen zwei Angehörigen desselben Geschlechts – verursacht durch die Triebrichtung, die wir Homosexualität nennen – ist ein Thema, das auch heute noch weithin tabu ist. Doch scheint sich auch hier ein Wandel abzuzeichnen – jedenfalls bei den Gruppen, die sich für eine gerechtere gesellschaftliche Beurteilung und Behandlung des homosexuellen Menschen verantwortlich fühlen. Dabei ist offensichtlich ein gewisser Synchronismus im Spiel. So wurde in den vergangenen Jahren nicht nur in Deutschland viel gegen die Gesetze geschrieben, die den privaten sexuellen Kontakt zwischen erwachsenen Homosexuellen unter Strafe stellen; in anderen europäischen Ländern herrscht die gleiche Tendenz.

Übrigens ist nicht nur die Öffentlichkeit der Homosexualität und dem homosexuellen Menschen gegenüber gefühlsmäßig ablehnend eingestellt; die gleichen Reaktionen kann man, wenn auch nicht so stark, bei denjenigen feststellen, die mit Homosexuellen aus beruflichen Gründen in Berührung kommen: Fürsorger, Helfer der Entlassungsbetreuung, Ärzte und Seelsorger. Teilweise geht das auf das Konto einer bestimmten Erziehung. In der Hauptsache jedoch dürfte diese negative Reaktion mit einer Abwehr zusammenhängen, die auf einer tiefergehenden emotionalen Grundlage fußt.¹ Aber auch in diese Kreise kommt Bewegung. In den letzten Jahren sind einige gute Übersichtsdarstellungen des Problems erschienen.² In England wurde vor einiger Zeit eine erste Poliklinik für Homosexuelle eingerichtet. Seit 1958 besteht in Holland das sogenannte Pastoralbüro, das die *Katholische Stiftung für religiös-seelische Volksgesundheit*, Amsterdam, ins Leben rief, um diese Thematik eingehender zu untersuchen, mit dem Ziel, weitere Büros der gleichen Art zu errichten, um durch gemeinsame Forschung zu weiteren Erkenntnissen zu gelangen und Richtlinien für die Seelsorge geben zu können. 1959 wurde auch von protestantischer Seite ein Büro eröffnet, welches von der Hendrik-Pierson-Vereinigung unterhalten wird.

Der Prozentsatz der Homosexuellen wird in der Literatur auf minimal 2 Prozent, maximal 6 Prozent der Bevölkerung geschätzt. Nehmen wir nur einmal durchschnitt-

* Die folgenden Beiträge sind entnommen aus: *Homosexualität* (hrsg. von A. OVERING/T. KEMPE/J. VERMEULEN/H. RUYGERS), Hilversum 1964. Die Kürzungen wurden von der Redaktion vorgenommen.

¹ C. VAN EMDE BOAS, *De sociogenese van de vitale afkeer tegen de homosexualiteit*, Amsterdam 1951.

² D. J. WEST, *Homosexuality*, London 1955; H. KLIMMER, *Die Homosexualität als biologisch-soziologische Zeitfrage*, Hbg. 1965; H. GIESE, *Der homosexuelle Mann in der Welt*, Stuttgart 1964; C. BERG (Hrsg.), *Homosexuality*, London 1958; D. W. CORY, *Homosexuality. A cross cultural approach*, New York 1956; A. C. KINSEY, *Das sexuelle Verhalten des Mannes*, Berlin 1964; ders., *Das sexuelle Verhalten der Frau*, Berlin 1963.

lich 3 Prozent an, dann leben in Amsterdam (800 000 Einwohner) etwa 24 000 Homosexuelle, in den Niederlanden (10 Millionen Einwohner) insgesamt 300 000. Etwa 30 Prozent der Niederländer sind katholisch; demnach leben in den Niederlanden 100 000 katholische Homosexuelle. In einer Pfarrei von 4 000 Seelen muß der Pfarrer mit 120 homosexuellen Pfarrkindern rechnen, aber ich glaube kaum, daß sich jeder Pfarrer dieser Tatsache bewußt ist. Die Frage wird noch brennender, wenn wir einmal an unseren Freundes- und Bekanntenkreis denken. Mir ist nicht bekannt, ob die Soziologie sich jemals mit der Frage beschäftigt hat, wie groß durchschnittlich die Zahl der Menschen ist, die wir näher kennenlernen und mit denen wir Umgang haben; aber ich glaube, man kann ruhig behaupten, daß jeder von uns Menschen kennt, von denen er nicht im geringsten vermutet, daß sie homosexuell sind. Fragen wir nach den Behandlungsmöglichkeiten der Homosexualität, dann stoßen wir zunächst auf die praktische Unmöglichkeit einer individuellen Therapie von 3 Prozent der Bevölkerung, ganz abgesehen davon, ob der Wunsch nach Behandlung beim einzelnen vorhanden ist oder nicht. Genausowenig wie bei der ›Volkskrankheit‹ Neurose denken wir hier an eine Art geistlicher, religiös-seelischer Gesundheitsfürsorge als eine Möglichkeit der Einflußnahme. Es besteht jedoch von vornherein ein auffallender Unterschied zur Neurose, wenn man die soziologischen Gesichtspunkte der Homosexualität untersucht; denn die Gruppe der homosexuellen Menschen stellt eine soziologisch gekennzeichnete Minderheit dar mit allen Folgen, sowohl für die Gruppe als Ganzes als auch für jedes einzelne Individuum gesondert. Einigen Forschern zufolge kann man bei ihnen die gleichen sekundären Folgen feststellen wie bei anderen Minderheiten, z. B. den Negern oder Juden. Ein beträchtlicher Teil der individuellen Problematik wäre behoben, wenn es der kirchlichen Gesundheitsfürsorge gelingen könnte, die Tabuierung, die bis jetzt noch so stark auf der Homosexualität lastet, zu verringern oder abzubauen. Gleichzeitig betreten wir damit das Terrain der Prävention, denn nicht nur die sekundären Reaktionen würden auf diese Weise vermieden werden, auch die Voraussetzungen, daß es nicht zu einer homosexuellen Entwicklung kommt, würden hierdurch günstig beeinflußt werden. In der Erziehung strebt man noch zu sehr danach, durch Furcht und Angst Ordnung in das sexuelle Triebleben zu bringen, und als Folge davon errichtet man gegenüber der Sexualität ganz allgemein eine Abwehrhaltung. Das Resultat solcher Bemühungen kann u. U. Homosexualität sein. Neben der Aufmerksamkeit, die die religiös-seelische (kirchliche) Gesundheitsfürsorge der Erziehung schenken sollte, hätte diese sich auch für die Aufklärung derjenigen zu interessieren, die außerdem noch für die Erziehung

verantwortlich sind, für Hilfe und Führung des Mitmenschen, wobei ich an Ärzte, Lehrer, Jugendleiter, Fürsorger, Mitarbeiter der Gefangenen- und Entlassenenfürsorge und an Vertreter der Justiz denke.

Das Problem der Unmöglichkeit einer individuellen Behandlung aller Homosexuellen ist praktisch nicht vorhanden, weil ja nur ein kleiner Prozentsatz überhaupt behandelt werden möchte, nämlich nur die Gruppe derjenigen, die auf irgendeine Weise entweder mit sich selbst oder innerhalb ihrer partnerschaftlichen Beziehungen oder mit der Gesellschaft in Konflikt stehen, und von dieser Gruppe auch wiederum nur ein Teil. Man kann diese Gruppe in drei Kategorien unterteilen: in diejenigen, die den Wunsch äußern, heterosexuell zu werden; in diejenigen, die homosexuell bleiben wollen oder bei denen eine Umkehrung in der Objektwahl unmöglich ist, die aber gerne sähen, wenn sich ihre persönliche und gesellschaftliche Anpassung verbessern ließe; und in diejenigen, die wegen ihrer ständigen Konflikte mit der gesellschaftlichen Ordnung Beistand für die Regulierung ihrer Sexualität benötigen (vor allem die Pädophilen). Bei der Behandlung sollte man nicht nur den Wünschen, sondern auch den individuellen Möglichkeiten des betreffenden Patienten Rechnung tragen. Selbstverständlich sollte der Wahl der Therapieart eine ausführliche diagnostische Exploration vorausgehen.

Die älteste Therapie ist die Strafe, die jedoch nur wirken kann, wenn Furcht erweckt wurde. Außer einer gelegentlichen besseren Selbstkontrolle ist ihr Erfolg – wie jeder weiß – gleich Null. Was die hormonale Behandlung betrifft: Beim Mann läßt sich die Libido mittels weiblicher Hormone dämpfen – eine Änderung der Objektwahl erreicht man damit nicht. Man kann Lynoral nehmen, Stilboestrol oder Ovestin, neuerdings auch Orgasteron, das in bezug auf die sekundären Geschlechtsmerkmale weniger Nebenwirkungen aufweisen soll. Man kann diese Mittel Pädophilen und Ephebophilen verordnen, die mitunter infolge drohender gerichtlicher Maßnahmen in sexuelle Schwierigkeiten geraten können. Das ist dann eine Art hormoneller Kastration. Bei solchen Homosexuellen, die ausschließlich mit Jugendlichen Kontakt suchen, wird man eine Kastration als *ultimum refugium* in Erwägung ziehen, bei der eine ›Probeentmannung‹ mittels Hormonbehandlung wohl vorab indiziert erscheint.

Die Verabfolgung von Dehydro-Iso-Androsteron erweckte anfänglich einige Hoffnung, als aus England bekannt wurde, das Mittel habe bei Homosexuellen vereinzelt eine Umstimmung der Triebrichtung bzw. Änderung der Objektwahl bewirkt. Hellinga, der es zusammen mit mehreren Nervenärzten verabfolgte, hatte damit keinen Erfolg. Niehans, der Vertreter der Zellular-Therapie, versuchte, durch Injektion großer Mengen Testeszellen eine Um-

stimmung herbeizuführen. Es soll ihm in einer gewissen Zahl von Fällen gelungen sein.

Die Ehe, grundsätzlich keineswegs als therapeutische Einrichtung geschaffen, ist dies auch sicher nicht für Homosexuelle, was leider allzu oft übersehen wird, nicht nur von den Eltern der Homosexuellen, sondern auch von Seelsorgern. Bei stark bisexuell Veranlagten ist sie oft der Anlaß zu den größten Konflikten, da nur wenige imstande zu sein scheinen, ihre homosexuellen Neigungen vollständig zu unterdrücken. Außerdem übt ein unbefriedigender heterosexueller Kontakt einen verstärkten Triebimpuls in homosexueller Richtung aus, wo sich der Betreffende von einem entsprechend veranlagten Partner erst eine wirkliche Befriedigung erhofft.

Schließlich die *Psychotherapie*, da wiederum besonders die *Psychoanalyse*: Schon Freud schrieb über sie, daß seiner Erfahrung nach die Behandlung der Homosexualität immer schwierig bleiben dürfte.

In der Regel kann der Homosexuelle sein Lustobjekt nicht preisgeben, und es gelingt nicht, ihn davon zu überzeugen, daß er das, was er jetzt losläßt, bei einem anderen, heterosexuell erwählten Objekt wiederfinden wird. Meistens dürften, nach Freud, die Motive, die mit der Angst vor sozialen oder gesetzlichen Schwierigkeiten zusammenhängen, nicht übermäßig stark sein. Er glaubt, man könne nur dann einigen Erfolg erwarten, wenn die Fixierung an die homosexuelle Objektwahl noch nicht stark ist oder wenn noch ausreichende Reste von Möglichkeiten für eine heterosexuelle Wahl vorhanden sind.

Oft wird man zweckmäßigerweise zuerst einmal eine Versuchsanalyse beginnen mit der doppelten Zielsetzung: Erkundung zur Erstorientierung und Möglichkeiten einer Therapie. Manchmal wird der Rat nötig sein, gleichzeitig heterosexuelle soziale Kontakte zu suchen und aktiv zu werden. Die ›gefährliche‹ Situation darf nicht gemieden werden, genausowenig wie bei der Behandlung der Phobie. Rubinstein erblickte in der Pädophilie, deren Behandlung gerade in sozialer Hinsicht so wichtig ist, die größten Schwierigkeiten. Mitunter läßt sich durch Therapie bei dieser Gruppe von Homosexuellen ein größerer Grad von Reife erzielen, wobei dann zugleich das Alter des erwählten Objektes ansteigt.

Neben individueller Therapie versucht man auch Gruppentherapie. Einige Autoren meinen, man solle diese am besten mit Gruppen durchführen, die ausschließlich aus Homosexuellen bestehen, weil man sonst bei den übrigen zuviel Abwehrgefühle hervorruft. Man wird bei einer solchen Gruppentherapie erleben, daß die Rationalisierung, die bei einigen besteht: Homosexualität sei eine erstrebenswerte Lebensweise, von den Mitgliedern der Gruppe gegenseitig zerstört wird, woraufhin Angst entsteht und der Wunsch, sich zu ändern.

Wenn im Hinblick auf eine Änderung der Objektwahl von einer Behandlung kein Erfolg zu erhoffen ist, können wir noch oft durch Rat und Unterstützung viel erreichen, indem wir den Homosexuellen über eine schwierige Zeit hinwegbringen und in ihm auf diese Weise eine bessere gesellschaftliche Anpassung fördern. Eine große Rolle kann dabei die Beseitigung krankhafter Schuldgefühle spielen. Ein Rat im Hinblick auf eine richtige Berufswahl, Wechsel am Arbeitsplatz, ein Rat, wie man seine Freizeit sinnvoll verbringt, können günstigen Einfluß ausüben. Mitunter kann Verbindungsaufnahme mit der Ehefrau, mit dem Freund oder mit den Eltern dringend angezeigt sein. Wir kommen damit bereits auf das Gebiet, das nicht nur dem Arzt, sondern sehr oft noch anderen Instanzen, vor allem der Arbeitsvermittlung, der Gefangenen- und Entlassenenfürsorge im allgemeinen als Arbeitsbereich vorbehalten sein sollte.

Auch für den Seelsorger öffnet sich hier ein besonderes Arbeitsfeld.³ Den Ratsuchenden innerlich wirklich als Mensch anerkennen, ihm nicht in erster Linie moralisierend gegenüberzutreten, ein Auge für das zu haben, was hinter seinem Dasein steht – das alles sind gute Voraussetzungen, mit ihm in Kontakt zu kommen, damit eine Möglichkeit geschaffen werden kann, daß er (oder sie) sich als vollwertiges Glied unserer Kirche fühlt, ganz gleich, was er ist oder wie er veranlagt ist – und nicht aus dem Gefühl heraus: ›trotz‹ seiner Homosexualität!

Eine der bekanntesten belletristischen Abhandlungen, in der Homosexualität vorkommt, ist die Novelle ›*Der Tod in Venedig*‹ von Thomas Mann. In ihr verliebt sich der alternde Schriftsteller Gustav von Aschenbach in den wie ein junger Gott aussehenden polnischen Knaben Tadzio. Über Homosexualität (Pädophilie) meditierend, schreibt er dann: »Es ist kein Segen bei ihr als der der Schönheit, und das ist ein Todesseggen. Ihr fehlt der Segen der Natur und des Lebens, das möge ihr Stolz sein, ein allerschwermütigster Stolz, aber sie ist gerichtet damit, verworfen, gezeichnet mit dem Zeichen der Hoffnungslosigkeit und des Widersinns.«

Diese Worte spiegeln etwas von der Wehmut wider, von der das Dasein des homosexuellen Menschen so voll sein kann.

³ T. BOVET (Hrsg.), *Sinnerfülltes Anders-Sein. Seelsorgerliche Gespräche mit Homophilen*, Tübingen 1959.