

Originalarbeit (Titelthema)

Udo Rauchfleisch

Beziehungsgestaltung in der Begleitung und Therapie von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transidenten

Eine Analyse mit Hilfe der Konzepte von Übertragung und Gegenübertragung

Zusammenfassung: Voraussetzung für Beratungen und Behandlungen von lesbischen, schwulen, bisexuellen und transidenten Klient_innen ist Unvoreingenommenheit gegenüber ihrer Orientierung und Identität (Distanzierung von Pathologiekonzepten). Im Rahmen negativer Übertragungen können die Therapeut_innen als Repräsentanten der ablehnend erlebten Eltern empfunden werden. Die Übertragungen müssen analysiert werden, damit verinnerlichte homo- und transphobe Anteile der Klient_innen geklärt und die im Verlauf ihrer Entwicklung erlittenen Verletzungen bearbeitet werden können. Gegenübertragungen homo- und transphober Art wirken sich unheilvoll für die Klient_innen aus. An einer Behandlung Interessierte erkundigen sich am besten vor Aufnahme einer Behandlung bei einer der regionalen oder nationalen LGBT-Organisationen nach vorurteilsfreien Therapeut_innen. Gegenübertragungen mit Gefühlen der Befangenheit und Verunsicherung sollten offen angesprochen werden. Eine optimale Gegenübertragung ist die einer sich den Klient_innen offen zuwendenden, sie ohne Vorbehalte akzeptierenden Haltung. In der Behandlung von lesbischen, schwulen, bisexuellen und transidenten Klient_innen mit psychischen Erkrankungen sind die verschiedenen Therapiemethoden anwendbar. Dabei ist aber auf spezifische Interaktionen zwischen der sexuellen Orientierung und der Identität einerseits und der psychischen Erkrankung andererseits zu achten.

Schlüsselwörter: lesbische, schwule, bisexuelle und transidente Klient_innen, Übertragung, Gegenübertragung, Homophobie, Transphobie, Beratung, Therapie

Relationship configuration in support and therapy with lesbians, male homosexuals, bisexuals and trans-gender An analysis with help of the concepts of transference and counter-transference

Summary: The prerequisite for counselling or treating LGBT clients is impartiality with respect to their orientation and identity (distancing from concepts of pathology). Within the framework of negative transference, therapists could be experienced as representatives of the rejecting parents. The transference must be analyzed so that the client's internalized homophobic and trans-phobic parts can be clarified and the wounds suffered during the course of their development, can be worked through. Counter-transference of a homophobic or trans-sexual-phobic form could have detrimental effects on the clients. Those interested in treatment would be advised in advance of a treatment, to inquire at the regional or national LGBT organizations about impartial therapists. Counter-transference with feelings of prejudice and uncertainty should be raised openly. The optimal counter-transference is openness towards clients and an unreserved accepting attitude. In the treatment of LGBT clients with psychological illnesses various therapeutic methods are applicable. Thereby, however, specific interactions between the sexual orientation and the identity on the one hand and the psychological illness on the other side need to be taken into account.

Key words: LGBT clients, transference, counter-transference, homophobia, transsexual phobia, counselling, therapy

L'instaurazione del rapporto nell'accompagnamento e nella terapia di persone lesbiche, gay, bisessuali e transessuali Un'analisi svolta con l'aiuto dei principi del transfert e del controtransfert

Riassunto: La premessa per le consulenze e i trattamenti di clienti LGBT (lesbiche, gay, bisessuali e transessuali) è un atteggiamento di imparzialità nei confronti del loro orientamento e della loro identità (distanziamento da modelli patologici). Nel quadro dei transfert negativi i terapeuti possono essere percepiti come rappresentanti dei genitori vissuti come respingenti. I transfert devono essere analizzati affinché le parti omofobiche e transfobiche interiorizzate dei clienti possano essere chiarite e le ferite subite durante il loro sviluppo possano essere elaborate. I controtransfert di tipo omofobico e transfobico hanno effetti controproducenti per le/i clienti. Per le persone interessate a un trattamento, la cosa migliore prima di iniziare un trattamento è rivolgersi alle organizzazioni LGBT regionali o nazionali per chiedere un elenco di terapeuta/i prive/i di pregiudizi. I controtransfert con sentimenti di imbarazzo o insicurezza vanno discussi apertamente. Un controtransfert ottimale si rivolge alle/ai clienti in modo aperto, con un atteggiamento che le/li accetta senza pregiudizi. Nel trattamento di clienti LGBT con malattie psichiche possono essere adottati i diversi metodi di terapia. Occorre tuttavia prestare attenzione alle interazioni specifiche tra l'orientamento e l'identità sessuale da un lato e la malattia psichica dall'altro.

Parole chiave: clienti LGBT, transfert, controtransfert, omofobia, transfobia, consulenza, terapia

Einleitung

Unabhängig vom Therapiemodell, das die Psychotherapeut_innen verwenden, geht es letztlich immer um Beziehungen. In einigen Therapieschulen, wie in der Psychoanalyse und der Systemischen Therapie, ist die

Beziehungsebene *expressis verbis* konzeptualisiert, in anderen (etwa der Kognitiven Verhaltenstherapie) wird sie weniger thematisiert, ist aber implizit eine wichtige Dimension. Immer arbeiten wir als Therapeut_innen an und mit der Beziehung zu den Klient_innen. Dies gilt für Psychotherapien im engeren Sinne ebenso wie für Beratungsprozesse.

Im Folgenden sollen die Fragen der Beziehung, wie sie sich häufig in Begleitungen und Behandlungen von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transidenten entwickelt, anhand der psychoanalytischen Konzepte der Übertragung und Gegenübertragung diskutiert werden. Zunächst werde ich diese beiden Konzepte kurz darstellen und daran anschliessend einige für diese Klient_innen charakteristische Konstellationen beschreiben.

Konzepte der Übertragung und Gegenübertragung

In seiner Schrift „Bruchstück einer Hysterie-Analyse“ hat Freud (1942, S. 279) die Übertragungen beschrieben als „Neuaufgaben, Nachbildungen von den Regungen und Phantasien, die während des Vordringens der Analyse erweckt und bewusst gemacht werden sollen, mit einer für die Gattung charakteristischen Ersetzung einer früheren Person durch die Person des Arztes“. Im Verlauf seiner Theorienbildung wurde Freud mehr und mehr klar, dass die Übertragung kein Hindernis in der Therapie darstellt, sondern ein therapeutisches Agens ist. Die Patient_innen „übertragen“ die Vorstellungen, Gefühle und Konflikte, die sie im Umgang mit den frühen Bezugspersonen, in der Regel mit den Eltern, erlebt haben, auf die Therapeutin oder den Therapeuten und nehmen die Gegenwart gleichsam durch die Brille der Vergangenheit wahr. Die Konflikte der Kindheit werden durch die Übertragung in der Beziehung zum Therapeuten oder zur Therapeutin aktualisiert und können dann in der Behandlung bearbeitet werden.

In welchem Masse sich Übertragungen entwickeln, hängt zum einen von der Persönlichkeit der Patient_innen und zum anderen vom Setting ab. Je weniger strukturiert das Setting ist, desto stärker entwickeln sich Übertragungen. Hier spannt sich ein Kontinuum zwischen dem klassisch psychoanalytischen Setting (der/die Patient_in liegt auf der Couch, der/die Therapeut_in sitzt hinter der Couch, der/die Patient_in assoziiert frei, die Interaktion zwischen den beiden beschränkt sich auf der Therapeut_innenseite auf wenige klärende, konfrontierende und deutende Interventionen) und der hoch strukturierten Beratungs- und Begleitungssituation mit wesentlich grösserer Aktivität der Therapeut_innen. Auch Therapiemodelle wie die Kognitive Verhaltenstherapie stellen relativ hoch strukturierte Settings dar. In diesen Fällen ist zwar nur mit relativ wenig ausgeprägten Übertragungen zu rechnen. Aber auch im Rahmen derartiger Settings kommt es zu Übertragungen, die zu beachten sind.

Auch im Hinblick auf die Persönlichkeit der Klient_innen bestehen deutliche Unterschiede bezüglich der Entwicklung von Übertragungen. Je schwerer die psychische Störung ist (z. B. bei schweren Persönlichkeitsstörungen), desto schneller kommt es zu Übertragungen. Dabei ist es charakteristisch für diese Patient_innengruppe, dass die Arbeit an den Übertragungen oft schwierig ist, da sie nicht oder nur unzureichend zu einer „therapeutischen Ich-Spaltung“ (Sterba 1934, S. 69) fähig sind. Diese Patient_innen können nicht, wie Menschen mit leichteren Störungen und einem höheren Strukturniveau, den Als-ob-Charakter ihrer Übertragungen sehen, sondern sind im Allgemeinen davon überzeugt, dass ihre Wahrnehmung der Realität entspricht und ihre Gefühle eine angemessene Reaktion auf diese Realität darstellen.

Im Umgang mit Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transidenten finden sich im Hinblick auf das Setting und die Persönlichkeit der Klient_innen sehr unterschiedliche Bedingungen. Wir gehen heute davon aus, dass die sexuellen Orientierungen und die Identität nichts mit psychischer Gesundheit oder Krankheit zu tun haben, sondern in sich – wie bei allen Menschen – das ganze Spektrum von Gesundheit und Krankheit umfassen. Wir werden es deshalb auf der einen Seite mit psychisch völlig gesunden Klient_innen zu tun haben, auf der anderen Seite aber auch mit Personen zusammentreffen, die zum Segment der Menschen mit psychischen Störungen gehören. Dementsprechend wird das Setting unterschiedlich sein. Daraus resultiert aufgrund der verschiedenen Persönlichkeiten und ihrer Bedürfnisse eine unterschiedliche Ausprägung von Übertragungen.

Als Gegenübertragung bezeichnen wir die bewussten und unbewussten emotionalen Reaktionen der Therapeut_innen auf die Patient_innen. Sie enthält spezifische Anteile der jeweiligen Therapeutin, des jeweiligen Therapeuten, und stellt zugleich eine Antwort der Therapeut_innen auf ihre Patient_innen dar. So liefert uns die Gegenübertragung einerseits Informationen über uns selbst, weist uns andererseits aber auch auf die Psychodynamik und die Übertragungsdispositionen der Patient_innen hin.

Es gilt, die Gegenübertragung voll zuzulassen und zu reflektieren. Dadurch können wir die Informationen, die sie uns liefert, nutzen. Ähnlich wie bei den Übertragungen sehen wir uns auch in Bezug auf die Gegenübertragung einem relativ grossen Spektrum unterschiedlicher Reaktionsformen gegenüber. Dabei spielen

ebenfalls das Setting und die Persönlichkeit der Klient_innen eine Rolle. In strukturierten Settings und bei psychisch gesunden Klient_innen kommt es im Allgemeinen zu eher moderaten Gegenübertragungsreaktionen. Bei einem wenig strukturierten Setting hingegen entwickeln sich häufig ausgeprägtere Gegenübertragungen, und bei der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen finden sich – analog den Übertragungen dieser Patient_innen – intensivere und wechselhaftere Gegenübertragungen.

In jedem Fall müssen wir bei Psychotherapien ebenso wie bei Beratungen und Begleitungen mit der Wirksamkeit von Übertragungen und Gegenübertragungen rechnen und können diese Informationen zu einem besseren Verständnis der Klient_innen nutzen. Dies soll im Folgenden am Beispiel der Begleitungen und Behandlungen von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transidenten dargestellt werden.

Vorüberlegungen

Es liegt auf der Hand, dass nicht in allen Begleitungen und Therapien von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transidenten die gleichen Übertragungen entstehen. Zum einen entwickeln sich in allen fachlichen Kontakten mit ihnen je spezifische Übertragungen, die aus der individuellen Entwicklung der einzelnen Menschen herrühren. Zum anderen lassen sich nicht über alle Gruppen hinweg die gleichen „typischen“ Übertragungen identifizieren.

Es kann aus diesem Grunde im Folgenden nur darum gehen, charakteristische Übertragungs- und Gegenübertragungsdiskpositionen herauszuarbeiten, die für alle genannten Gruppen oder für einzelne eine besondere Rolle spielen. Ausserdem ist zu berücksichtigen, dass das Gesamt von Übertragung und Gegenübertragung, speziell aber die Letztere, auch wesentlich von dem Erfahrungshintergrund der Therapeut_innen geprägt wird.

Wie ausgeführt, entwickeln sich Übertragungen auf der Grundlage der bisherigen, vor allem der frühkindlichen Lebenserfahrungen mit ihren je individuellen Konflikten. Ausserdem wird die Übertragung auch von den Zielen bestimmt, die die Klient_innen mit dem Kontakt zu einer Fachperson verfolgen. Damit es zu einem für beide Interaktionspartner befriedigenden Verlauf der professionellen Kontakte kommt, ist es deshalb nötig, dass zu Beginn der Beratung oder Therapie eine gemeinsame Zieldefinition vorgenommen wird. Dies ist gerade bei den in diesem Beitrag behandelten Gruppen unbedingt notwendig, da ein Auseinanderklaffen der angestrebten Ziele oder gar das Verfolgen konträrer Ziele eine destruktive Beziehungsdynamik entstehen lassen können.

Anders als in Beratungen und Therapien anderer Klient_innen sind bei lesbischen, schwulen, bisexuellen oder transidenten Klient_innen zunächst zwei Vorbedingungen zu klären. Zum einen muss von den Therapeut_innen die Haltung reflektiert werden, die sie selbst gegenüber Homo- und Bisexualität sowie gegenüber Transidentität einnehmen. Zum anderen müssen sie sich Rechenschaft darüber ablegen, ob sie die sexuellen Orientierungen und Identitäten als Ausdruck einer wie auch immer gearteten Psychopathologie betrachten oder nicht. Sollten die Professionellen prinzipielle Vorbehalte haben und Pathologiekonzepten folgen, so sollten sie keine Begleitung oder Therapie durchführen. Wir wissen von etlichen Lesben, Schwulen, Bisexuellen und trans*Menschen, dass ihnen durch solche Interventionen schwere Traumatisierungen zugefügt worden sind, die sich auf dem Boden früherer Diskriminierungserfahrungen in unheilvoller Weise für sie ausgewirkt haben.

Voraussetzung für eine konstruktive Beziehung zwischen Professionellen und Klient_innen ist eine prinzipielle Unvoreingenommenheit gegenüber Homo- und Bisexualität und Transidentität. Es sollte in diesem Zusammenhang auch eine Offenheit gegenüber nicht binären und genderqueeren Entwicklungen bestehen (Richards et al., 2016; Geschlechtsneutral, 2016). Ausserdem soll die Fachperson die Homo- und Bisexualität sowie die Transidentität und die nicht binären Identitäten der Klient_innen als Normvarianten betrachten und sich damit von jeglichen Pathologiekonzepten distanzieren (Rauchfleisch 2011, 2016). Nur wenn diese Bedingungen erfüllt sind, kann es zu einer konstruktiven Zusammenarbeit von Professionellen und Klient_innen kommen.

Es sei noch eine kritische Vorbemerkung angebracht. Im Kreis von Aktivist_innen der Lesben-, Schwulen-, Bisexuellen- und Transidenten-Gruppen wird mitunter die Ansicht vertreten, das Wichtigste bei Beratungen und Therapien sei, dass die beratende oder behandelnde Person selbst zu einer der genannten Gruppen gehöre. Selbstverständlich ist es im Allgemeinen eine günstige Voraussetzung, wenn die Berater_innen und Therapeut_innen aus eigener Erfahrung die Situation ihrer Klient_innen kennen. Für eine fachlich qualifizierte Beratung und insbesondere für Therapien reicht dies aber nicht aus. Die Betroffenen sollten unbedingt auch eine fundierte fachliche Weiterbildung durchlaufen haben, in der sie sich mit ihrer eigenen Geschichte und Situation auseinandergesetzt haben.

Gegenüber der Zeit, in der ich studierte und meine psychoanalytische Ausbildung absolvierte, hat sich die therapeutische Szene zwar um etliches – in positiver Richtung – verändert. Wir sollten uns jedoch nicht darüber täuschen, dass es nach wie vor auch in therapeutischen Kreisen Kolleg_innen gibt, die alten Pathologiekonzepten anhängen und damit in Beratungen und Therapien lesbische, schwule, bisexuelle und transidente Ratsuchende massiv schädigen (zur historischen Situation s. auch Mildenerger et al., 2014).

Übertragungsdispositionen von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transidenten

Trotz aller individuellen Unterschiede lassen sich in der Entwicklung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transidenten einige Übereinstimmungen identifizieren, die zu „charakteristischen“ Übertragungen in der Beratung und Therapie dieser Klient_innen führen. Die mehr oder weniger übereinstimmende Situation, der sich diese vier Gruppen gegenübersehen, besteht vor allem darin, dass sie sich im Verlauf ihrer Entwicklung darüber klar werden müssen, dass sie lesbisch, schwul, bisexuell oder transident sind und damit von den Heterosexuellen und den Cis-Menschen abweichen. Aus dieser Situation resultieren spezifische Klippen, die sie in ihrer Entwicklung bewältigen müssen und die ihr weiteres Leben – und so auch die in Beratungen und Therapien sich ausbildenden Übertragungen – prägen. Für trans*Menschen hat Güldenring (2009) ein Modell für „phasenspezifische Konfliktthemen eines transsexuellen Entwicklungsweges“ formuliert.

Lesben, Schwule, Bisexuelle und Transidente werden in eine Welt hineingeboren, die sie anders erwartet als sie sind, indem Eltern im Allgemeinen davon ausgehen, ein heterosexuelles Cis-Kind zu haben. Über Jahre, unter Umständen sogar über Jahrzehnte, hinweg wird ein solches Kind deshalb von den Eltern nicht in seiner wahren Identität wahrgenommen. Dies kann mehr oder weniger schwere Verletzungen hinterlassen.

Aus dieser Situation können Übertragungen resultieren, in denen die Therapeut_innen als Repräsentanten der früheren negativ erlebten, ablehnenden Eltern erlebt werden. Durch diese Konstellation kann die therapeutische Beziehung erheblich belastet werden. Im Rahmen solcher Übertragungsdispositionen können die Klient_innen schon Fragen oder Stellungnahmen, die – von aussen gesehen – keineswegs diskriminierend sind, als Ausdruck von Ablehnung interpretieren. Je stärker ausgeprägt die Übertragungen sind (d. h. in einem weitgehend unstrukturierten Setting mit Klient_innen, die zum Segment von Menschen mit schwereren psychischen Störungen gehören), desto weniger braucht es, um in den Klient_innen den Eindruck entstehen zu lassen, die Therapeutin, der Therapeut, habe trotz gegenteiliger Behauptungen Vorbehalte gegenüber Homo- und Bisexualität sowie gegenüber Transidentität.

Derartige negative Übertragungen müssen sofort als solche identifiziert und bearbeitet werden, da sie sich sonst behindernd auf den weiteren therapeutischen Prozess auswirken. Dies setzt zweierlei voraus: Zum einen müssen die Klient_innen ihr Misstrauen auch tatsächlich äussern, damit die entsprechende Übertragung bearbeitet werden kann, und zum anderen müssen die Therapeut_innen sensibel für solche negativen Übertragungskonstellationen sein und aufgrund der spezifischen Entwicklungsgeschichte ihrer Klient_innen damit rechnen, dass sich Übertragungen dieser Art entwickeln können. Bearbeiten heisst in diesem Fall vor allem, den Zusammenhang zwischen den früheren traumatisierenden Erfahrungen und der jetzigen Situation zu deuten und dadurch den Weg freizumachen für eine Klärung der damaligen Ausgrenzungen und Verletzungen.

Eine andere Übertragungsform, mit der die Therapeut_innen bei Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transidenten rechnen müssen, betrifft umgekehrt eine idealisierende Übertragung. Wir wissen, dass idealisierende Übertragungen im Allgemeinen der Abwehr von aggressiven Impulsen dienen. Bei den hier diskutierten vier Gruppen von Klient_innen bedeutet dies: Sie empfinden aufgrund der früheren Verletzungen nun per Übertragung eigentlich Wut und aggressive Gefühle gegenüber den Therapeut_innen, wehren diese Affekte aber durch die Idealisierung ab.

Der Hintergrund kann Angst vor der eigenen Aggression sein oder auch die Befürchtung, durch die Äusserung dieser Impulse würden sie die therapeutische Beziehung zerstören. Eine solche angsterfüllte Übertragungskonstellation entwickelt sich vor allem, wenn die Klient_innen unter dem Eindruck stehen, die Therapeut_innen seien ihnen wohlgesinnt, und sie deshalb die ihnen wichtige therapeutische Beziehung nicht aufs Spiel setzen wollen.

Im Zusammenhang mit solchen idealisierenden Übertragungen tritt gerade in der Konstellation einer lesbischen Therapeutin oder eines schwulen Therapeuten mit einer lesbischen Patientin oder schwulem Patienten eine weitere ähnliche Übertragung in Form einer „Verbrüderung“ oder „Verschwesterung“ auf. Diese Situationen zeichnen sich durch eine „kumpelhafte“ Beziehungsatmosphäre aus, die von der – bewussten oder unbewussten – Fantasie geprägt ist: „Wir sind einander gleich und wissen beide, worum es geht. In der Therapie ist alles gut.“

Alles Böse liegt draussen.“ Es scheint so zu sein, dass es eine ähnliche Dynamik auch in der Konstellation einer/s transidente/n Therapeut_in mit einer/m transidenter/m Klient_in gibt.

Eine solche Übertragung ist aus drei Gründen gefährlich. Zum einen kann die unterdrückte aggressive Komponente bei den Klient_innen massive Schuldgefühle zur Folge haben, die, wenn sie unerträglich werden, unter Umständen sogar zu einem Abbruch der Behandlung führen. Zum zweiten ist es möglich, dass die aggressiven Impulse trotz der gegen sie eingesetzten Abwehr schliesslich doch, dann aber in massiver Form, hervorbrechen. Und schliesslich verunmöglicht eine solche Übertragungsform das Erleben und damit die Bearbeitung der in der Kindheit am gleichen Elternteil erlebten Enttäuschung (Isay, 1990).

Ausserdem verunmöglicht die massive Abwehr von negativer Übertragung die Bearbeitung verinnerlichter homophober und transphober Anteile. Selbst bei offen lebenden homo- und bisexuellen Klient_innen sowie bei Transidenten, die ihre Transidentität akzeptieren und sich geoutet haben, finden sich nicht selten noch homophobe und transphobe Introjekte (Rauchfleisch, 2011, 2016). Dies ist nicht verwunderlich, da Lesben, Schwule, Bisexuelle und Transidente die von der sie umgebenden Gesellschaft weithin kolportierten negativen Bilder von Homosexualität und Transidentität im Verlauf der Entwicklung verinnerlichen und diese damit Teil ihrer Identität werden.

Wie eingangs erwähnt, kommt es bei psychisch gesunden Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transidenten in nur geringem Masse zu Übertragungen. Die bei ihnen indizierte Begleitung hat denn auch wenig bis gar nichts mit einer Therapie im traditionellen Sinne zu tun, sondern stellt eigentlich ein Coaching dar. In einem solchen hoch strukturierten Setting können sich allenfalls ansatzweise Übertragungen ausbilden, am ehesten in Form von Wünschen nach Anlehnung und Unterstützung, wie die Klient_innen sie in früheren Phasen ihres Lebens ersehnt, aber nicht erlebt haben. Eine fachkundige Begleitung wird diese Wünsche wahrnehmen und ihnen auch, soweit nötig, ein Stück weit entgegenkommen. Das Ziel des Coachings ist aber, eigentlich wie in allen Beratungen und Therapien, die Klient_innen in ihrer Autonomie zu stärken.

Gegenübertragungen

Sind die typischen Übertragungsdiskpositionen von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transidenten einander recht ähnlich, so finden wir in Bezug auf die Gegenübertragung der verschiedenen Therapeut_innen bemerkenswerte Unterschiede. Diese Unterschiede resultieren zum einen aus der prinzipiellen Haltung gegenüber Homosexualität und Transidentität und zum anderen aus persönlichkeitspezifischen Reaktionen der Therapeut_innen auf diese Klient_innen.

Die Gegenübertragungen können sich auf einem Kontinuum zwischen negativer und positiver Gegenübertragung bewegen. Negative Gegenübertragungen sind Ausdruck einer homophoben oder transphoben Haltung gegenüber Lesben, Schwulen und Bisexuellen oder Transidenten. Im Fall einer negativen Einstellung diesen Klient_innen gegenüber ist es wichtig, dass Lesben, Schwule, Bisexuelle und Transidente dies möglichst frühzeitig wahrnehmen, am besten sich noch vor der ersten Konsultation kundig machen, ob sie bei einer bestimmten Therapeutin, einem bestimmten Therapeuten mit einer unvoreingenommenen, sie nicht pathologisierenden Einstellung rechnen können. Informationsquellen sind etwa in Deutschland die verschiedenen lokalen Arbeitsgruppen oder Dachgesellschaften wie der Lesben- und Schwulenverband Deutschland (LSVD), die Deutsche Gesellschaft für Transsexualität und Intersexualität (dgti) und der Bundesverband Trans* (BTV*), in der Schweiz Transgender Network Schweiz (TGNS) sowie Pink Cross und die Lesbenorganisation Schweiz (LOS) und in Österreich TransX und die Homosexuellen Initiative Wien (HOSI).

Wenn es nicht möglich ist, solche Informationen zu erhalten, sollten die Klient_innen offen die Frage ansprechen, welche Haltung die Therapeut_innen gegenüber Homo- und Bisexualität oder Transidentität haben. Wenn ausweichende Antworten seitens der Therapeut_innen kommen, ist Vorsicht geboten. Es kann sein, dass die gefragte Person aus Gründen der „Political Correctness“ nicht offen darüber Auskunft gibt, sondern sich auf Umschreibungen wie „Das kann man nicht generell sagen“ oder „Da gibt es verschiedene Meinungen“ zurückzieht. Wenn eine eindeutig unvoreingenommene, nicht pathologisierende Einstellung besteht, kann das mit einem klaren Ja oder Nein beantwortet werden.

Ebenso klar lassen sich positive Gegenübertragungen identifizieren. Auch in dieser Hinsicht können Informationen der verschiedenen Arbeitsgruppen und Dachgesellschaften eine Klärung bringen oder auch die Antwort der Therapeut_innen auf eine entsprechende Frage der Klient_innen.

Lesben, Schwulen und Bisexuellen gegenüber kann in der Gegenübertragung trotz prinzipieller Unvoreingenommenheit ein Gefühl der Befangenheit auftreten. Dies ist etwa eine Reaktion von

Therapeut_innen, die wenig informiert sind über die Lebenswelten von homo- und bisexuellen Menschen und sich in den Beratungen und Therapien bei verschiedenen Themen der lesbisch-schwulen „Sub“-Kultur unsicher fühlen. Eine solche Gegenübertragungsdisposition hat nicht nur emotionale Gründe, sondern geht zum Teil auch auf eine unzureichende Information über die Entwicklung und das aktuelle Leben von Lesben, Schwulen und Bisexuellen zurück.

Wie Frossard (2000, 2002) in ihrer Interviewstudie an lesbischen Patientinnen und ihren Therapeut_innen gezeigt hat, ist es im Fall von Wissensdefiziten aufseiten der Therapeut_innen wichtig, dass sie diese nicht kaschieren, sondern den Klient_innen offen sagen, dass ihnen bestimmte Begriffe oder Zusammenhänge nicht bekannt sind, und sie sich von den Klient_innen erklären lassen. Befangenheit in der Gegenübertragung resultiert mitunter auch aus einer – falsch verstandenen – Rücksicht auf die Klient_innen. Gerade wenn es um Lebenswelten geht, die den Therapeut_innen fremd sind, kann bei ihnen die Tendenz bestehen, die Klient_innen nicht durch direkte Fragen irritieren zu wollen. Dies ist indes in keiner Weise sinnvoll, da die Klient_innen diese Verunsicherung selbstverständlich spüren und sich nicht wirklich ernst genommen fühlen, wenn über solche Themen in der Therapie einfach hinweggegangen wird.

In den Beratungen und Therapien von Transidenten findet sich neben einer solchen von Befangenheit geprägten Gegenübertragung häufig, vor allem bei noch wenig erfahrenen Fachleuten, eine Gegenübertragung, die sich durch grosse Irritation auszeichnet. Die Ursache ist die Verunsicherung, die Transidente oft in ihrer Umgebung auslösen, indem sie das binäre Geschlechtermodell unserer Gesellschaft sprengen. Dies gilt in besonderem Masse für nicht binäre Klient_innen.

Transidente selbst wissen um derartige Gefühlsreaktionen ihnen gegenüber und erwarten sie im Allgemeinen sogar, wenn es sich nicht um Menschen handelt, die den Umgang mit Transidenten gewohnt sind. Sie werden aus einer solchen Reaktion nicht den Schluss ziehen, die betreffende Fachperson habe ihnen gegenüber prinzipielle Vorbehalte oder hänge einem Pathologiekonzept an. Aus diesem Grund macht es keinen Sinn, dass Therapeut_innen eine solche Gegenübertragungsreaktion mit allen Mitteln zu unterdrücken und zu verheimlichen versuchen. Wichtig für die Zusammenarbeit ist lediglich, dass die Fachperson die Gegenübertragung der Irritation bei sich durcharbeitet und sich davon zunehmend befreit.

Bei allen hier behandelten Gruppen von Klient_innen kann es ferner zu Gegenübertragungen kommen, die von einer ausgesprochenen Affektlosigkeit geprägt sind. Typische Äusserungen von Fachpersonen sind in diesem Zusammenhang etwa „Mir ist die sexuelle Orientierung oder die Identität egal. Sie spielt für mich keine Rolle. Für mich ist nur der Mensch wichtig“. Eine solche Haltung wirkt offen und unvoreingenommen, wird aber der Realität von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transidenten nicht gerecht. In Anbetracht der Tatsache, dass sie in einer von Heteronormativität und binären Geschlechtervorstellungen geprägten Gesellschaft aufwachsen, stellt eine solche Haltung, welche die tatsächlich bestehenden Unterschiede völlig nivelliert, letztlich eine – subtile – Diskriminierung dar (Rauchfleisch, 2011, 2016).

Auf der Seite der positiven Gegenübertragungen können wir eine sich den Klient_innen offen zuwendende, akzeptierende Gegenübertragung finden, die die spezielle Situation, in der sich Lesben, Schwule, Bisexuelle und Transidente befinden, realistisch wahrnimmt und in der Beratung und Therapie berücksichtigt. Dies stellt eine optimale Situation dar.

Wichtig ist es in der beraterischen und therapeutischen Arbeit auch, dass den Klient_innen bewusst wird, dass das Leben mit ihrer Orientierung und Identität in einer von Heterosexismus und binären Vorstellungen geprägten Welt zwar mitunter schwierig ist, letztlich aber zu einer differenzierteren Wahrnehmung führt, als viele heterosexuelle und Cis-Menschen sie haben. Edmund White (1996) hat diese positive Dimension in verschiedenen Essays thematisiert. So weist er beispielsweise in seinem Essay „Der schwule Philosoph“ darauf hin, dass Schwule – ebenso wie Lesben und trans*Menschen – sich durch die Wahrnehmung ihres „Anders“-Seins von Kindheit an mit der Frage auseinandersetzen müssen, inwiefern sie Heterosexuellen und Cis-Menschen ähnlich sind und inwiefern sie sich von ihnen unterscheiden. Dies könne, so White, zu einer Art philosophischer Grundhaltung führen. Es ist nach meiner Erfahrung für Lesben, Schwule und trans*Menschen oft ausgesprochen entlastend, wenn sie sich dieser positiven Dimension ihrer Orientierung und Identität bewusst werden.

Aus einer prinzipiell positiven Haltung kann eine andere, sich im Allgemeinen aber nicht konstruktiv auswirkende Gegenübertragung hervorgehen: Es ist in Übereinstimmung mit der Übertragung der „Verbrüderung“ oder „Verschwesterung“ (s. o.) die Tendenz, in der fachlichen Begleitung eine „kumpelhafte“ Atmosphäre herzustellen. In diesem Fall wird die fachliche Beziehung und der Therapieraum zum Ort des Guten gemacht und alles Böse nach draussen projiziert.

Grund für eine solche Gegenübertragung kann der Wunsch der Therapeut_innen sein, alle aggressiven, konflikthaften Themen aus der Behandlung herauszuhalten. In diesem Fall besteht aufseiten der Therapeut_innen entweder eine prinzipielle Aggressionshemmung oder eine Angst, speziell im Umgang mit homo- und bisexuellen sowie mit transidenten Klient_innen konflikthafte Themen auftauchen zu lassen und zu bearbeiten.

Am Ursprung einer solchen Gegenübertragung kann auch die – letztlich jedoch falsche – Vorstellung liegen, die Klient_innen müssten vor Konflikten, die in der Behandlung aufbrechen könnten, geschützt werden. Tatsächlich ist es hingegen wichtig, dass auch aggressive Gefühle und die Folgen von früheren Traumatisierungen der Klient_innen in der Therapie oder Beratung thematisiert und bearbeitet werden können.

Wie unter „Vorüberlegungen“ erwähnt, kann eine solche Gegenübertragung schliesslich auch durch eine unzureichende oder fehlende Beratungs- und Therapieausbildung bedingt sein.

Übertragungs- und Gegenübertragungsdiskpositionen bei Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transidenten mit psychischen Störungen

Wie eingangs erwähnt, finden wir bei Menschen mit gleichgeschlechtlichen Orientierungen und Transidentität – so wie bei heterosexuellen und Cis-Menschen auch – das ganze Spektrum von psychischer Gesundheit bis Krankheit. Die Identität selbst hat nichts mit Gesundheit oder Krankheit zu tun. Psychische Störungen können reaktiver Art, z. B. Angststörungen, depressive Entwicklungen aufgrund der schwierigen Lebensverhältnisse, oder primärer Art sein, z. B. schwere Depressionen, schizophrene Erkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen. Diese Erkrankungen stehen in keinem ursächlichen Verhältnis mit den sexuellen Orientierungen und der Identität.

Die beschriebenen „typischen“ Übertragungen und Gegenübertragungen sind weitgehend unabhängig vom Vorliegen psychischer Probleme. Insbesondere bei den leichteren reaktiven Störungen werden sich im Allgemeinen keine speziellen Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellationen entwickeln.

Anders kann es im Fall schwererer psychischer Erkrankungen sein. Auch hier ist mit der Wirksamkeit der beschriebenen typischen Übertragungen und Gegenübertragungen zu rechnen. Häufig kommt es dann aber zusätzlich zu einer Verbindung zwischen den Krankheitssymptomen und der Homo- und Bisexualität oder der Transidentität. Die Symptome beispielsweise der Schizophrenie oder der Persönlichkeitsstörung sind zwar bei Heterosexuellen und Cis-Personen die gleichen wie bei Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transidenten. Die sexuellen Orientierungen und die Transidentität prägen jedoch ein Stück weit den Umgang der Klient_innen mit diesen Symptomen.

Paradigmatisch sei dies am Beispiel von homo- und bisexuellen sowie transidenten Klient_innen, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, dargestellt (ausführlich bei Rauchfleisch, 2009).

Ein Merkmal von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist ihre Unsicherheit in Bezug auf ihre Selbstidentität. Charakteristischerweise finden wir bei ihnen eine sehr unsichere Selbstdefinition mit gespaltenen, hoch ambivalenten Selbstbildanteilen. Im Falle eines Menschen mit lesbischer oder schwuler sexueller Orientierung oder mit Transidentität wird die Situation nochmals schwieriger: Oft leben diese Personen ihre gleichgeschlechtlichen Bedürfnisse, die sie nicht in positiver Weise in ihr Selbstbild integrieren können, im Abseits in Form von anonymem Sex und in einer von ihrem Alltagsleben abgespaltenen, von ihnen selbst abgelehnten Weise. Die Probleme im Bereich des Selbstkonzepts sind zwar im Prinzip bei Heterosexuellen und Cis-Menschen die gleichen wie bei den hier geschilderten Klient_innen. Die Problematik verschärft sich aber bei Menschen mit gleichgeschlechtlichen Orientierungen und bei Transidenten, die im Verlauf ihrer Entwicklung einen Prozess der Identitätsfindung und -definition durchlaufen müssen, dem sie von ihrer Persönlichkeitsstruktur als Borderline-Persönlichkeiten indes nicht ohne weiteres gewachsen sind.

Für Lesben, Schwule, Bisexuelle und Transidente ist das Durchlaufen eines Coming-Out-Prozesses charakteristisch. Hier geht es zum einen um das innere gewahr Werden und Akzeptieren der eigenen Orientierung und Identität und zum anderen darum, damit an die Öffentlichkeit zu treten und einen eigenen Lebens- und Beziehungsstil zu finden. Coming-Out-Prozesse erfordern eine besondere Ich-Stärke. Es bedarf einer guten Selbstreflexion und verschiedener intakter Ich-Funktionen wie Realitätskontrolle, antizipierender Funktionen, Einfühlung in andere Menschen, Frustrationstoleranz und einer reifen Abwehrstruktur, damit dieser Prozess möglichst störungsfrei verläuft.

Bestehen wie bei Borderline-Persönlichkeiten gerade in den Ich-Funktionen erhebliche Störungen, so wird das Coming-Out, das schon für psychisch gesunde Lesben, Schwule, Bisexuelle und Transidente etliche Belastungen mit sich bringt, zu einer extrem schwierigen Situation mit der Gefahr psychischer Dekompensationen. In diesem

Zusammenhang können vor allem projektive und Spaltungsprozesse, die bei Menschen mit einer Borderline-Störung eine prominente Rolle spielen, besondere Schwierigkeiten bieten. Die Neigung von Borderline-Persönlichkeiten, generell alles „Böse“, „Verfolgende“ in der Aussenwelt zu sehen, kann bei Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transidenten dazu führen, dass sie alle Misserfolge, Beziehungsprobleme und sozialen Konflikte ihrer sexuellen Orientierung oder ihrer Transidentität zuschreiben und sich permanent als Opfer der „bösen“ Umgebung fühlen und definieren. Wie oben beschrieben, werden dadurch auch die Übertragungen geprägt.

Im Falle gleichgeschlechtlicher Orientierungen wird die generell bei Borderline-Persönlichkeiten bestehende Neigung zu symbiotischen Beziehungen bei den hier geschilderten Klient_innen nochmals verstärkt. Häufig suchen sie, nicht zuletzt wegen ihrer Selbstwertprobleme, in Beziehungen ein Alter-Ego und bilden im Sinne Kohuts (1973) auch in Partnerschaften geradezu eine Zwillingsübertragung aus. Borderline-Persönlichkeiten mit einer gleichgeschlechtlichen Orientierung sind in dieser Hinsicht besonders gefährdet, weil das Erleben, eine Partnerschaft zu einer Person des gleichen Geschlechts einzugehen, die illusionäre Vorstellung von der Gleichheit ins Unermessliche steigern kann. Folge davon sind oft hochgeschraubte, unrealistische Erwartungen an die Partner_innen, die in der Realität zwangsläufig enttäuscht werden müssen und dann unter Umständen zu aggressiven Auseinandersetzungen führen.

Auch Kontaktprobleme und Instabilität der sozialen Beziehungen sind charakteristische Merkmale der Borderline-Störung. Lesben, Schwule, Bisexuelle und Transidente mit dieser Persönlichkeitsstörung können diese sozialen Probleme mitunter länger kaschieren, indem sie von ihnen selbst auf ihre sexuelle Orientierung und die Transidentität und die dadurch bedingte geringere Chance, ihnen entsprechende Partner_innen zu finden, zurückgeführt werden. Oft ist es bei Menschen mit einer Borderline-Störung schwierig, zu eruieren, ob das Eingehen immer wieder verschiedener, nur kurze Zeit dauernder Beziehungen eine Phase des „Experimentierens“ im Rahmen ihres Coming-Out darstellt oder das Symptom der Borderline-spezifischen Beziehungsstörung ist.

Lesben, Schwule, Bisexuelle und Transidente müssen sich im Rahmen ihres Coming-Out mit negativen Bildern, die über sie in der Öffentlichkeit bestehen, auseinandersetzen. Dabei besteht die Gefahr, dass Teile dieser negativen Etikettierungen verinnerlicht und der eigenen Identität zugeschlagen werden. Dieses Phänomen der verinnerlichten Homo- und Transphobie finden wir immer wieder auch bei psychisch gesunden Homo- und Bisexuellen sowie Transidenten. Bei Borderline-Persönlichkeiten besteht indes die Gefahr, dass sich diese verinnerlichten negativen Bilder massiv auf ihr ohnehin schon fragiles Selbstwerterleben auswirken und diese Klient_innen nicht in der Lage sind, sich kritisch mit der verinnerlichten Homo- oder Transphobie auseinanderzusetzen.

Dies ist deshalb eine Schwierigkeit, mit der speziell Homo- und Bisexuelle sowie Transidente mit dieser Persönlichkeitsstörung zu kämpfen haben, weil sich bei ihnen aufgrund negativer Erfahrungen in Kindheit und Jugend unter Umständen Probleme in ihrem Selbstwerterleben entwickelt haben: Schon früh haben sie die für ihr Selbstwertgefühl fatale Erfahrung gemacht, „anders“ als andere (heterosexuelle und Cis-) Menschen zu sein. Ausserdem haben sie vonseiten der Umgebung erlebt, dass Homosexualität und Transidentität als etwas Negatives betrachtet werden. Diese Erfahrungen können auf dem Boden der Borderline-Störung zu besonders ausgeprägten narzisstischen Problemen führen, die sich bei entsprechenden negativen Erlebnissen im Coming-Out-Prozess unter Umständen nochmals verschärfen.

Aus der Darstellung der Symptome, die wir generell bei Menschen mit einer Borderline-Störung finden, und ihres Auftretens bei Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transidenten, resultiert, dass wir unsere Therapiemodelle, seien es psychoanalytisch orientierte, kognitiv-behaviorale oder andere Ansätze, auch bei Menschen mit gleichgeschlechtlichen Orientierungen und Transidentität in gleicher Weise einsetzen können. Sie bedürfen bei diesen Klient_innen keiner Modifikation.

Wir müssen jedoch die spezielle Entwicklungsgeschichte dieser Klient_innen und ihr Leben in einer von Heteronormativität und binären Vorstellungen von den Geschlechtern geprägten Gesellschaft berücksichtigen. Diese Bedingungen führen, wie dargestellt, zu spezifischen Interaktionen zwischen der psychischen Erkrankung und der sexuellen Orientierung oder der Transidentität und den nicht binären Geschlechtsidentitäten. Diese Situation prägt auch die Übertragungen und Gegenübertragungen und ihr ist in der Psychotherapie der hier geschilderten Klient_innen Rechnung zu tragen.

Autor

Udo Rauchfleisch, Prof. emer. an der Universität Basel für Klinische Psychologie. Dr. rer. nat. Dissertation an der Universität Kiel. Dipl.-Psych. Fachpsychologin FSP/SVKP, Psychoanalytiker DPG, DGPT. Seit 1999 Privatpraxis für Psychotherapie und Beratung in Basel. Autor diverser Fachbücher.

Korrespondenz

Prof. Dr. Udo Rauchfleisch
Delsbergerallee 65
4053 Basel

E-Mail: Udo.Rauchfleisch@unibas.ch

Literatur

- Freud, S. (1942). Bruchstück einer Hysterie-Analyse. In: Freud, S., Werke aus den Jahren 1904–1905 (S. 161–286; Gesammelte Werke, Bd. 5). London: Imago Publishing.
- Frossard, J. (2000). Lesbische Frauen in der Psychotherapie. Dissertation, Philosophisch-Historische Fakultät, Universität Basel, Basel.
- Frossard, J. (2002). Grundlagen der Psychotherapie und Beratung bei lesbischen und bisexuellen Frauen. In: Rauchfleisch, U., Frossard, J., Waser, G., Wiesendanger, K., & Roth, W., Gleich und doch anders: Psychotherapie und Beratung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und ihren Angehörigen (S. 73–103). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Geschlechtsneutral (2016). Forderungskatalog von nichtbinären und genderqueeren Menschen. Verfügbar unter: <http://geschlechtsneutral.wordpress.com/2016/07/18/nb-forderungen>.
- Güldenring, A. (2009). Phasenspezifische Konfliktthemen eines transsexuellen Entwicklungsweges. Psychotherapie im Dialog, 10, 25–31.
- Isay, R. A. (1990). Schwul sein: die Entwicklung des Homosexuellen. München: Piper.
- Kohut, H. (1973). Narzissmus: eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Mildenberger, F., Evans, J., Lautmann, R., & Pastötter, J. (Hrsg.) (2014). Was ist Homosexualität? Forschungsgeschichte, gesellschaftliche Entwicklungen und Perspektiven. Hamburg: Männerschwarm-Verlag.
- Rauchfleisch, U. (2009). Interaktionen zwischen Homosexualität und Borderline-Störung. In: Dulz, B., Benecke, C., & Richter-Appelt, H. (Hrsg.), Borderline-Störungen und Sexualität (S. 126–133). Stuttgart: Schattauer.
- Rauchfleisch, U. (2011). Schwule, Lesben, Bisexuelle: Lebensweisen, Vorurteile, Einsichten, 4. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rauchfleisch, U. (2016): Transsexualität – Transidentität: Begutachtung, Begleitung, Therapie, 5. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., Barker, M. J., Nieder, T. O., & T’Sjoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. International Review of Psychiatry, 28, 95–102.
- Sterba, R. (1934). Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, 20, 66–73.
- White, E. (1996). Der schwule Philosoph. In: White, E., Die brennende Bibliothek (S. 33–52). München: Kindler.

Article inédit (thème principal) – Synthèse

Udo Rauchfleisch

Organisation de la relation dans l'accompagnement et la thérapie des lesbiennes, homosexuels, bisexuels et transsexuels

Analyse sur la base des concepts de transfert et de contre-transfert

Le préalable à tout conseil et toute thérapie de patients LGBT est l'impartialité à l'égard de leur orientation et de leur identité (distanciation par rapport aux concepts pathologiques). En faisant un transfert négatif, les thérapeutes peuvent être perçus comme les représentants de parents auteurs de rejet. Les transferts doivent être analysés pour que les actions homophobes ou transphobes intériorisées par les patients soient explicitées et qu'un travail sur les blessures dont ils ont souffert durant leur évolution puisse se faire. Les contre-transferts de nature homophobe ou transphobe sont contreproductifs dans le traitement des patients. Les personnes intéressées par un traitement peuvent idéalement se renseigner au préalable auprès de l'antenne régionale ou nationale d'une association LBGT pour trouver un thérapeute sans préjugé en la matière. Les contre-transferts qui font naître une sensation de partialité ou un sentiment d'insécurité doivent être abordés ouvertement. Le contre-transfert optimal prend la forme d'une posture ouverte envers le patient, dans l'acceptation totale et sans réserve de ce qu'il est. Il est possible d'utiliser les différentes méthodes thérapeutiques pour traiter les patients LGBT présentant une maladie psychique. Mais il faut alors veiller à distinguer les interactions spécifiques entre l'orientation sexuelle et l'identité d'une part et la maladie psychique d'autre part. Indépendamment du modèle thérapeutique utilisé par le/la psychothérapeute, on en revient finalement toujours aux relations. Dans certaines écoles thérapeutiques, la psychanalyse et la thérapie systémique sont conceptualisées explicitement sur le plan des relations, tandis qu'elles revêtent une dimension importante mais implicite dans d'autres écoles (la thérapie comportementale cognitive par exemple). En tant que thérapeutes, nous travaillons toujours sur la relation avec le patient et essayons de l'utiliser pour avancer. Ce principe s'applique aussi bien aux psychothérapies au sens strict qu'aux interventions de conseil. Il s'agit ensuite d'aborder les questions qui touchent à la relation telle qu'elle s'établit dans l'accompagnement et le traitement des lesbiennes, des homosexuels, des bisexuels et des transsexuels, en s'appuyant sur les concepts psychanalytiques du transfert et du contre-transfert. Je commencerai par présenter brièvement ces deux notions puis décrirai certaines constellations caractéristiques de ces patients.

Mots clés: patients LGBT, transfert, contre-transfert, homophobie, transphobie, conseil, thérapie

Auteur

Udo Rauchfleisch, Prof. émérité de psychologie clinique à l'Université de Bâle. Dr. rer. nat. Thèse de doctorat à l'université de Kiel. Psych. diplômé Psychologue spécialisé FSP/SVKP, psychanalyste DPG, DGPT. Cabinet privé de psychothérapie et de conseil depuis 1999 à Bâle. Auteur de divers livres spécialisés.