

Prof. Dr. Udo Rauchfleisch

Fachpsychologe für Psychotherapie FSP/PPB

Psychoanalytiker DPG/DGPT

Psychotherapie Diagnostik Beratung

Delsbergerallee 65 CH-4053 Basel

Tel. (0041)61 423 18 00 Fax (0041) 61 332 05 05

www.udorauchfleisch.ch E-Mail: Udo.Rauchfleisch@unibas.ch

Zusammenfassung der Hauptgedanken des Vortrags am VLSP*-Fachtreffen
vom 08. 06. 2018 in Bad Urach

Psychotherapie und Beratung von LGBTTIQ*

Udo Rauchfleisch

Das im Thema genannte Spektrum von Menschen ist sehr gross. Es ist deshalb hier nur möglich, einige der die verschiedenen Gruppen übergreifenden Aspekte zu diskutieren.

1. Voraussetzungen für die Therapie und Beratung

- Es muss bei den Fachleuten *Offenheit* im Hinblick auf die verschiedenen Orientierungen und Identitäten bestehen. Jede Fachperson sollte für sich klären, welchen Patient_innen gegenüber sie die nötige Offenheit besitzt.
- Es geht in diesen Therapien und Beratungen um *affirmative* Interventionen, die selbstwertstärkend sind.
- Die Fachleute müssen über eine fundierte therapeutische Ausbildung verfügen.
- Es muss den Fachleuten klar sein, dass LGBTTIQ* nichts mit psychischer Gesundheit oder Krankheit zu tun hat, sondern wie Cisgender und Heterosexualität in sich das ganze Spektrum von Gesundheit bis Krankheit umfasst. Mit welchen Klient_innen oder Patient_innen sie es zu tun haben, hängt vom Arbeitsort der Professionellen ab (Klinik, Praxis, Beratungsstelle etc.).

2. Berücksichtigung der spezifischen Entwicklungs- und Lebensbedingungen von LGBTTIQ*

Wenn es um die Therapien von Menschen der LGBTTIQ*-Community geht, können diese letztlich in der gleichen Weise wie bei Cis- und heterosexuellen Menschen durchgeführt werden. Es ist dabei jedoch notwendig, die spezifischen Lebensbedingungen der Menschen dieser Gruppe zu berücksichtigen, weil es zu engen Wechselwirkungen zwischen den Orientierungen bzw. Identitäten einerseits und den allfällig bestehenden psychischen Störungen andererseits kommt.

Dies setzt voraus, dass die betreffenden Fachpersonen die nötigen Informationen über die spezifischen Entwicklungsbedingungen und das Leben der Patient_innen in unserer von Heteronormativität und Cisnormativität geprägten Gesellschaft besitzen und sich vertieft mit LGBTTIQ* auseinandergesetzt haben. Daneben sind spezifische Super- und Interventionsangebote wichtig.

Hier seien einige der wichtigsten *Besonderheiten* der LGBTTIQ*-Gruppe genannt (vgl. Rauchfleisch 2011, 2016a):

- Die Angehörigen dieser Gruppe *werden in eine Welt hineingeboren, die sie anders erwartet, als sie sind*. Im Allgemeinen erwarten Eltern ihr Kind als cis und heterosexuell. Je nach dem sozialen Umfeld und der Persönlichkeit der Eltern vergeht eine mehr oder weniger lange Zeit, bis die Umgebung wahrnimmt, dass das Kind keine Cis-Identität hat und nicht heterosexuell ist. In dieser Zeit kann es zu Verletzungen des Kindes und des Heranwachsenden kommen, die in der Therapie zu beachten sind.
- Menschen der LGBTTIQ*-Gruppe durchlaufen in der Regel ein *Coming Out*, das je nach Umfeld leichter oder schwieriger sein kann, in jedem Fall aber Ich-Stärke und soziale Kompetenz erfordert.
- LGBTTIQ* wachsen in einer Gesellschaft auf, die viele negative Bilder von ihnen vermittelt. Im Verlauf ihrer Entwicklung ist es notwendig, sich kritisch mit diesen Bildern auseinanderzusetzen. Dazu gehört auch der Abbau *verinnerlichter Homo- und Transnegativität* („Homo-“, resp. „Transphobie“), da

negative Selbstbilder sich destabilisierend auf das Selbstwerterleben auswirken.

Es ist darauf zu achten, dass anstelle negativer Selbstbilder „LGBTTIQ*-Pride“ entsteht.

- In ihrer Entwicklung und im weiteren Leben erfahren LGBTTIQ* vielfältige *Verletzungen* und sehen sich mit gegen sie gerichteter manifester und struktureller *Gewalt* konfrontiert.
- *Gleichgeschlechtliche Partnerschaften* gleichen in wesentlichen Aspekten (z. B. emotionale Beziehung, Intimität, Sexualität etc.) zwar heterosexuellen Partnerschaften. Dennoch gibt es etliche Unterschiede in der Dynamik dieser Beziehungen, da hier zwei Menschen zusammenleben, die in unserer Gesellschaft als Frauen oder Männer sozialisiert worden sind. Wichtig kann bei LGBTTIQ*-Paaren auch die Frage werden, wie weit die beiden Partner_innen in ihrem *Coming Out* sind. Grosse diesbezügliche Unterschiede zwischen ihnen können zu Beziehungsproblemen führen. Auch die *Nähe-Distanz-Regulierung* und die *Rollenverteilung* in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften (eher egalitär) ist anders als in vielen heterosexuellen Beziehungen.
- *Regenbogenfamilien* sind eine eigenständige, der heterosexuellen Familie gleichwertige Familienform und haben eine spezifische Struktur und Dynamik. Diese ist zu beachten, wenn es um familientherapeutische Interventionen und Beratungen geht.
- Eine bisher kaum beachtete und in der Forschung praktisch nicht berücksichtigte Gruppe sind *ältere LGBTTIQ**. Eine von PINK CROSS und LOS (Lesbenorganisation Schweiz) in Auftrag gegebene, vom Interdisziplinären Kompetenzzentrum Alter (IKOA) von der Fachhochschule St. Gallen/Schweiz koordinierte, in Zusammenarbeit mit den Fachhochschulen Luzern und Bern durchgeführte Befragung der Leitungspersonen in Alters- und Pflegeheimen, in Spitex-Diensten und in den Ausbildungsinstitutionen für Pflegefachkräfte zum Kenntnisstand über LGBTTIQ* hat gezeigt, dass in diesen Institutionen LGBTTIQ*-Patient_innen kaum wahrgenommen werden und ein nur sehr geringes Wissen um diese Patient_innengruppe besteht (Gretler et al. 2016; Hess et al. 2016; Métraillier et al. 2016).

3. Was ist hilfreich für die Therapie und Beratung von LGBTTIQ*?

- Beachtung der erwähnten *Besonderheiten der Entwicklung und der Lebensbedingungen* von LGBTTIQ* in unserer von Cis- und Heteronormativität geprägten Gesellschaft.
- Arbeit an den im Verlauf des Lebens *erlittenen Verletzungen* durch diverse Diskriminierungen und Ausgrenzungen im familiären, beruflichen und sozialen Umfeld, durch gesellschaftliche Benachteiligungen (z. B. Nicht-Anerkennung nicht-binärer Identitäten und Zwang für Transgender, sich Begutachtungen unterwerfen zu müssen, wenn sie Vornamen- und Personenstandsänderungen beantragen und Kostengutsprachen für somatische Behandlungen benötigen) sowie durch strukturelle Gewalt (z. B. rechtliche Benachteiligung).
- *Abbau von verinnerlichter Homo- und Transnegativität („Homophobie“ und „Transphobie“)* und Hilfe beim *Aufbau von LGBTTIQ*-Pride*, da auf diese Weise das Selbstwertgefühl der Betroffenen gestärkt werden kann.
- Hinweis auf *LGBTTIQ*-Freizeit- und berufsspezifische Angebote*.
- Vermittlung von *Fachpersonen* der Medizin, Sozialarbeit, Rechtsberatung u. ä., die *Erfahrung mit LGBTTIQ** haben.

4. Interaktionen zwischen LGBTTIQ* und psychischer Krankheit

Je nachdem, an welchem Ort Fachpersonen arbeiten, sind sie eher mit Menschen aus dem psychisch gesunden oder kranken Segment der LGBTTIQ*-Gruppe konfrontiert.

Im Prinzip bedarf die Therapie bei diesen Patient_innen keiner Modifikation. Es können die gleichen therapeutischen Interventionsformen eingesetzt werden wie bei Cisgender und Heterosexuellen. Wie erwähnt, müssen aber die spezifischen Entwicklungs- und Lebensbedingungen von LGBTTIQ* berücksichtigt werden, da diese mitunter mit der psychischen Störung interagieren.

Auftretende psychische Störungen können zum einen *reaktive Störungen* i. S. der Anpassungsstörungen sein, die durch die schwierige Situation, in der LGBTTIQ* oft leben, bedingt sind. Dazu gehören vor allem depressive Verstimmungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch und Suizidalität. Ursache dieser Störungen ist vielfach der Minoritäten- und Verheimlichungsstress, unter dem viele LGBTTIQ* leben. Dies gilt in besonderer Weise für Jugendliche, deren Coming Out nach wie vor schwierig ist, auch wenn gegenüber einigen Gruppen heute grössere Akzeptanz besteht.

Wie bei Menschen mit Cisgender und Heterosexualität finden sich bei LGBTTIQ* auch *primäre psychische Erkrankungen* wie Major Depression, schizophrene Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen.

Die Interaktion zwischen LGBTTIQ* und einer primären psychischen Erkrankung sei am Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung demonstriert. Einige der Symptome, die wir regelhaft bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung finden, bekommen bei solchen Patient_innen eine besondere Bedeutung.

So ist in der Behandlung von LGBTTIQ*-Patient_innen mit einer Borderline-Störung speziell auf die *Stärkung von Ich-Funktionen* zu achten, da der *Coming Out-Prozess* Ich-Stärke und gute soziale Kompetenzen erfordert.

Projektive Verarbeitungen und Spaltungstendenzen treten generell bei Borderline-Patienten auf. Bei LGBTTIQ*-Patient_innen können diese Verarbeitungsmechanismen jedoch besonders gravierende Probleme mit sich bringen, da sie dazu führen, alles „Böse“ draussen zu sehen und sich selbst in keiner Weise für die Lebensprobleme verantwortlich zu sehen. Die therapeutische Herausforderung liegt in diesem Fall darin, dass es auf der einen Seite falsch wäre, solchen Patient_innen zu vermitteln, dass ihre Wahrnehmung und die Interpretation ihrer Probleme allein auf Projektionen und Spaltungen beruhe. Dadurch würde die realen Schwierigkeiten, mit denen LGBTTIQ* in unserer Gesellschaft konfrontiert sind, nicht ausreichend gewürdigt. Auf der anderen Seite

wäre es aber therapeutisch ebenso falsch, (per Identifikation mit den Patient_innen) mit ihnen zusammen nur die tatsächlich bestehenden gesellschaftlichen Probleme zu sehen und darüber die Arbeit an den pathologischen Abwehrformationen (Projektion und Spaltung) zu verpassen.

Ein weiterer Aspekt der Borderline-Pathologie ist das grosse Bedürfnis dieser Patient_innen nach *symbiotischen Beziehungen*. In Beziehungen von Menschen mit gleicher Orientierung oder Identität besteht die Gefahr, dass sich dadurch ihre Vorstellung von der Gleichheit der Partner_innen illusionär verstärkt. Dadurch kann die Bearbeitung der symbiotischen Beziehungswünsche erschwert werden.

Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden vielfach unter *Kontaktproblemen*. Diese können von LGBTTIQ* mitunter mit dem Argument, es sei für sie schwieriger als für Cismenschen und Heterosexuelle, Partner_innen zu finden, länger kaschiert werden. Auch die für Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen typischen *schnell abbrechenden, wechselnden Beziehungen* werden bei LGBTTIQ* von den Therapeut_innen oft erst nach längerer Zeit wahrgenommen, da Therapeut_innen wie Patient_innen davon ausgehen, es sei eine Phase des „Experimentierens“ im Rahmen des Coming Out, und dabei übersehen, dass es um eine schwere Beziehungsstörung im Rahmen der Borderline-Störung geht.

Die ohnehin bei Borderline-Persönlichkeiten bestehenden *Selbstwertprobleme* werden durch *verinnerlichte Homo- und Transnegativität* erheblich verstärkt. Diese negativen verinnerlichteten Bilder müssen deshalb in der Behandlung besonders beachtet und bearbeitet werden.

5. Was kann sich nachteilig auf die Therapie von LGBTTIQ* auswirken?

Die Therapeut_innen sollen sich unbedingt von *ideologischen Einstellungen* frei machen. Nicht sie, sondern ausschliesslich die Patient_innen können entscheiden, welchen Weg sie zu welcher Zeit gehen wollen. Dies gilt etwa für Coming Out-Prozesse, aber auch für Schritte in der Transition. Im Grunde gilt hier die gleiche Maxime wie in allen Behandlungen: die Therapie ist eine *Begleitung auf dem Weg der Selbstfindung*.

Nachteilig auf die Therapie wirkt sich auch eine „*Kumpelhaftigkeit*“ bzw. eine Übertragungs-/Gegenübertragungsdynamik der „*Verbrüderung*“ oder „*Verschwesterung*“ mit den Patient_innen aus. In diesem Fall wird den Patient_innen die Möglichkeit genommen, die aus ihrer Vergangenheit stammenden Enttäuschungen an den sie ablehnenden Eltern oder an anderen nahen Bezugspersonen in der Übertragung wiederzubeleben und dann bearbeiten zu können. Auf diese Dynamik hat insbesondere Isay (1990) hingewiesen.

Hinderlich ist schliesslich auch eine *Befangenheit* der Therapeut_innen, wenn die Patient_innen von szenenspezifischen Handlungen berichten oder Szenenbegriffe verwenden, die den Behandelnden nicht bekannt sind. In diesem Fall sollten die Therapeut_innen sich nicht den Anschein geben, zu wissen, worum es geht, sondern nachfragen.

6. Arbeitsbereiche und Ziele der Beratung und Therapie von LGBTTIQ*

Für die LGBTTIQ*, die zum Segment der *psychisch Kranken* gehören, sind Therapien wie bei allen anderen Patient_innen anzubieten, wobei ihre spezifische Lebenssituation zu berücksichtigen ist.

Bei allen *psychisch gesunden* LGBTTIQ* besteht die „Therapie“ in einem *Coaching*, mit dem Menschen in einer schwierigen Lebenssituation begleitet

werden. Dieses Coaching betrifft die verschiedenen Lebensbereiche der Klient_innen und auch die Vermittlung von Informationen über die Möglichkeiten allfälliger Transitionen, die Empfehlung von gut informierten Fachleute der verschiedenen Disziplinen und Hilfestellungen bei Coming Out-Schritten.

Von besonderer Bedeutung sind auch *Informationen* von Angehörigen, Eltern, Geschwistern, aber auch von Ehegatt_innen und Kindern, über LGBTTIQ*-spezifische Probleme. Auf diese Weise kann es gelingen, beispielsweise Eltern, die unter Schuldgefühlen wegen der LGBTTIQ*-Entwicklung ihrer Kinder leiden, von solchen unsinnigen Selbstvorwürfen zu entlasten, eventuell von Familienmitgliedern ausgehende Vorwürfe gegenüber den LGBTTIQ* aufzulösen und dadurch das familiäre Zusammenleben zu verbessern. Dies hat den Vorteil, dass die Beteiligten ihre Kräfte nicht in sinnlosen Auseinandersetzungen verbrauchen und sich im Streit gegenseitig Verletzungen zufügen, sondern dass sie ihre Kräfte in konstruktiver Weise für ein gemeinsames Coming Out einsetzen können.

Im Rahmen von *Paar- und Familiengesprächen* können sich die Therapeut_innen zudem ein Bild vom Befinden der Familienmitglieder machen und beispielsweise Ehegatt_innen und Kinder an mit dem Thema Trans* vertraute Kolleg_innen weiterweisen.

Nicht selten habe ich in der Begleitung von Trans*personen auch erlebt, dass die Klient_innen darum gebeten haben, eine Sitzung zusammen mit ihren Arbeitgebern zu haben, damit wir gemeinsam das Vorgehen bei wichtigen Transitionsschritten besprechen könnten. Es dürfte selbstverständlich sein, soll aber hier ausdrücklich noch einmal erwähnt werden, dass alle Kontakte mit Drittpersonen *nur in Gegenwart der Klient_innen* stattfinden sollen. Auch Gutachten und Berichte über sie gebe ich meinen Klient_innen immer zum Gegenlesen.

Eine weitere Aufgabe, die wir in der Arbeit mit LGBTTIQ* erfüllen, ist die Erstellung von *Gutachten* für die Vornamen- und Personenstandsänderung sowie

für die Kostengutsprachen der Krankenkassen für somatische Interventionen im Rahmen der Transition. Es ist zu hoffen, dass diese Begutachtungen, die eine extreme *Fremdbestimmung und Bevormundung* von LGBTTIQ* bedeuten, bald nicht mehr gefordert werden.

Wie die Analyse von 670 zwischen 2005 und 2014 in Deutschland erstellten Gutachten zur Vornamen- und Personenstandsänderung (Meyenburg und Renter-Schmidt 2015) zeigt, wurde die Ablehnung nur in 1% empfohlen. Das Fazit dieser Analyse lautet: das TSG sollte in seiner jetzigen Form aufgehoben werden, d. h. es sollte auf eine Begutachtung verzichtet werden. Allerdings empfehlen Meyenburg und Renter-Schmidt eine „Karenzlösung“, bei der nach 6 Monaten der Antrag beim Gericht noch einmal zu bestätigen wäre. Eine solche Karenzfrist würde nach meiner Ansicht aber eine neuerliche unzumutbare Fremdbestimmung darstellen. Deshalb wäre darauf hinzuarbeiten, dass ein *einmaliger Antrag beim Gericht ohne irgendein Gutachten* ausreicht. Dieser Lösung entspricht ein Gesetzentwurf, welcher derzeit in der Schweiz vom Justizdepartement in die Vernehmlassung gegeben worden ist.

Eine spezielle Situation stellt die Begleitung und Behandlung von *LGBTTIQ*-Kindern* dar (vgl. Preuss 2016, Rauchfleisch 2016b). Bei ihnen ist eine enge Zusammenarbeit mit Eltern, Schule, Sportvereinen, Pädiater_innen und anderen im Leben der Kinder wichtigen Personen notwendig. Wenn es um Trans* Kinder geht, ist die Frage einer *Pubertätsblockade* zu klären, da das Durchlaufen der Pubertät für sie eine enorme Belastung darstellt (Preuss 2016). Wichtig ist auch der Hinweis auf Gruppen, die Aktivitäten für LGBTTIQ*-Kinder und Jugendliche anbieten.

7. Fazit

Die professionellen Angebote für LGBTTIQ* umfassen ein grosses Spektrum von therapeutischen Massnahmen im engeren Sinne sowie Coaching in Zeiten des

Coming Out und allfälliger Transitionen, Beratungen und Begleitungen bei beruflichen Fragen und Klärung familiärer Beziehungen. Voraussetzung ist neben einer grundsätzlichen Offenheit der Therapeut_innen die Akzeptanz und Wertschätzung binärer wie nicht-binärer Identitäten und Lebensentwürfe.

Literatur

Gretler Heusser, S., Müller, M. (2016): Schlussbericht Spitex: Sensibilisierungsstudie LGBTI und HIV+/Aids im Alter. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Institut für Soziokulturelle Arbeit. Luzern.

Hess, G. B., Misoch, S. (2016): Sensibilisierung stationärer Alters- und Pflegeeinrichtungen im Umgang mit LGBTI sowie HIV+/Aidskranken Klient*innen. Interdisziplin. Kompetenzzentrum Alter (IKOA), Fachhochschule St. Gallen.

Métraiiller, M., Neuenschwander, C. (2016): LGBTI und HIV+/Aids im Alter: Verankerung der Thematik in der Pflegeausbildung. Berner Fachhochschule, Institut Alter, Bern.

Meyenburg, B., Renter-Schmidt, K. (2015): Begutachtung nach dem Transsexualengesetz. Z. Sexualforsch. 28 (02), 107 – 120.

Isay, R. A. (1990): Schwul sein. Die Entwicklung des Homosexuellen. Piper, München.

Preuss, W. F. (2016): Geschlechtsdysphorie, Transidentität und Transsexualität im Kindes- und Jugendalter. E. Reinhardt, München.

Rauchfleisch, U. (2011): Schwule. Lesben. Bisexuelle. Lebensweisen, Vorurteile, Einsichten. 4. Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Rauchfleisch, U. (2016a): Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie. 5. Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Rauchfleisch, U. (2016b): Anne wird Tom, Klaus wird Lara. Transidentität/Transsexualität verstehen. 2. Aufl. Patmos, Ostfildern.

Anschrift des Autors

Prof. Dr. Udo Rauchfleisch

Delsbergerallee 65

CH-4053 Basel

www.udorauchfleisch.ch

Email: Udo.Rauchfleisch@unibas.ch