

COUPLES HOMOSEXUELS ET FAMILLES HOMOPARENTALES

Défis, ressources et perspectives pour la thérapie systémique
Salvatore D?Amore *et al.*

Médecine & Hygiène | *Thérapie Familiale*

2013/1 - Vol. 34
pages 69 à 84

ISSN 0250-4952

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2013-1-page-69.htm>

Pour citer cet article :

D?Amore Salvatore *et al.*, « Couples homosexuels et familles homoparentales » Défis, ressources et perspectives pour la thérapie systémique,
Thérapie Familiale, 2013/1 Vol. 34, p. 69-84. DOI : 10.3917/TF.131.0069

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Couples homosexuels et familles homoparentales

Défis, ressources et perspectives pour la thérapie systémique*

Salvatore D'Amore PhD Chargé de Cours, psychologue, psychothérapeute, Service de clinique systémique et psychopathologie relationnelle, Université de Liège

Marina Miscioscia Psychologue, psychothérapeute, PhD student, assistante

Thérèse Scali Psychologue, PhD student

Stéphanie Haxhe PhD Maître de conférences, psychothérapeute

Quentin Bullens Psychologue, psychothérapeute, PhD student, assistant

Résumé

Couples homosexuels et familles homoparentales. Défis, ressources et perspectives pour la thérapie systémique. – Les couples et les familles avec partenaires et parents LGBT (lesbiens, gays, bisexuels, transgenres) sont souvent passés sous silence dans l'approche systémique. Ce silence trouve ses racines dans l'hétérocentrisme qui a influencé la définition de couple, de famille et de relations familiales ainsi que de leur « normalité » vs « pathologie ». Qu'on soit chercheur ou clinicien, il est intéressant de prendre en considération l'impact de l'homophobie, de l'hétérosexisme, de l'hétéronormativité dans la vie quotidienne de ces couples, de ces familles et de leurs enfants. En particulier dans la consultation clinique, il semble important d'en évaluer leur degré de stress, d'ambiguïté relationnelle, d'homonégativité intériorisée ainsi que de support social. Nous réfléchissons aussi sur les atouts et les limites des modèles majeurs de thérapie de couple et de famille dans le travail thérapeutique ainsi que sur la nécessité d'envisager des pistes dans la formation du futur thérapeute sur les questions LGBT. Formation qui pourrait être basée sur le modèle de la diversité comme modèle inclusif des différences familiales et relationnelles contemporaines.

Introduction

Les définitions hégémoniques du couple et de la famille ont pendant longtemps évité de prendre en considération la diversité de ceux-ci, en promouvant comme modèle normatif celui de la cellule composée par un couple hétérosexuel, monoculturel, de religion judéo-chrétienne, de statut socio-professionnel moyen, avec

* Les idées présentées sont inspirées par le travail du Pr Robert Jay Green de l'Alliant University, San Francisco, Californie. C'est à lui que nous voulons humblement dédier cet article.

des enfants liés biologiquement à leurs parents et vivant tous ensemble sous le même toit dans une composition intacte dans le temps.

Ce modèle ne traduit pas les multiples transformations que les couples et les familles sont en train d'expérimenter : par rapport à leur composition, leur culture, leur statut socio-économique, religieux ainsi que par rapport à l'orientation sexuelle de ses membres.

D'ailleurs, ce n'est que récemment que le domaine de la thérapie de couple et familiale a commencé à prendre en compte la portée de ces changements, et les minorités sexuelles et de genre n'ont pas encore fait couler beaucoup d'encre.

Comment expliquer cela ?

La thérapie familiale, à l'image de l'opinion publique, a longtemps passé sous silence la question de l'homosexualité, et lorsque elle s'en est occupée, elle a malheureusement reproduit – voire renforcé – certains stéréotypes et préjugés typiques de la pensée commune. Ainsi, comme l'ont documenté Moscovici et Hewstone (1983), les préjugés qu'on retrouve dans les recherches scientifiques ne sont pas si distants de ceux qu'on retrouve dans la connaissance dite naïve ou du sens commun. En effet, à l'instar de la pensée commune, la thérapie familiale a également présenté certaines positions hétérosexistes, hétéronormatives et homophobes qui ont, malheureusement, eu comme effet de pathologiser l'homosexualité et ses déclinaisons relationnelles – qu'elles soient conjugales ou familiales.

Mais quelles sont les questions que ces couples et familles posent à l'attention des thérapeutes ?

Lorsque ces couples et familles consultent, elles peuvent présenter une série de questions liées au stress dû au statut de communauté minoritaire, à l'ambiguïté relationnelle ainsi qu'au faible soutien social ; mais également liées à la gestion du coming-out avec les enfants, aux relations avec les familles d'origine, aux éventuels conflits avec l'ex-époux/se s'il y a eu une précédente union hétérosexuelle, aux craintes du parent non biologique de perdre les droits parentaux en cas de divorce, à la maladie ou la mort du parent biologique, à la gestion de l'accès aux origines chez l'enfant conçu par insémination alternative ou par mère porteuse, etc.

Dans le cadre de cet article, nous nous proposons d'aborder le contexte socio-politique actuel, de décrire la manière dont la thérapie familiale a abordé l'homosexualité, ensuite de détailler les défis des couples, familles, enfants et des thérapeutes dans le contexte de la consultation ainsi que les pistes pour la formation.

Le contexte socio-politique

La reconnaissance des droits civils et parentaux des homosexuels en Europe est encore loin d'être équitable.

À l'heure actuelle, huit pays européens ont légalisé le mariage pour les couples homosexuels : Pays-Bas, Belgique, Espagne, Norvège, Suède, Portugal, Islande et Danemark. À l'exception de la péninsule ibérique, ce sont les pays du nord de l'Europe qui reconnaissent le plus de droits civils aux personnes LGBT¹. Cela est vrai aussi pour les droits d'accès à la parentalité. En ce qui concerne l'adoption, les pays l'ayant légalement autorisée sont la Belgique, le Danemark, l'Espagne,

¹ On entend par LGBT toutes les personnes qui s'auto-identifient comme lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres.

l'Islande, les Pays-Bas, la Norvège, le Portugal, la Suède et le Royaume Uni. Par ailleurs, en ce qui concerne l'adoption du coparent, l'Allemagne, le Royaume Uni, l'Espagne, la Belgique, le Danemark, les Pays-Bas, la Norvège et la Finlande la permettent légalement. Enfin, concernant l'insémination alternative à destination des couples lesbiens, nous retrouvons les Pays-Bas, l'Espagne, la Belgique, le Royaume Uni, l'Irlande, la Suède, la Norvège et la Finlande.

Toutefois, les attitudes sociales dans les pays qui ont légalisé le mariage et l'adoption ne sont pas complètement favorables vis-à-vis des couples et des parents lesbiens et gays, ce qui révèle que la légalisation d'une union n'est pas une condition suffisante pour que les représentations et les mentalités puissent devenir plus inclusives. Selon le rapport Eurobaromètre (2006), 44% des citoyens européens sont d'accord que le mariage homosexuel soit légalement reconnu en Europe, et 32% sont favorables à l'adoption par les couples homosexuels (14 Etats sur 25). En effet, ces attitudes varient selon la géographie : en général, les pays du nord de l'Europe expriment des attitudes plus favorables que les pays du sud et de l'est de l'Europe qui manifestent des attitudes moins favorables.

Différentes études ont mis en évidence des facteurs influençant les attitudes favorables et/ou défavorables vis-à-vis des mariages homosexuels alors que très peu d'études ont été réalisées sur les attitudes vis-à-vis des parents homosexuels (Morse, McLaren, McLachlan, 2007; Pennington, Knight, 2011). Ainsi, concernant le mariage homosexuel, une proportion significative d'hétérosexuels s'y oppose car ils rejettent l'homosexualité en général (McVeigh et Diaz, 2009), et d'autres s'y opposent parce qu'ils pensent que ce type de mariage met en péril l'institution du mariage hétérosexuel en elle-même (Brumbaugh et coll., 2008). Les facteurs qui interviennent dans l'acceptation sont : l'appartenance à une ethnie caucasienne (McVeigh et Diaz, 2009; Lubbers, Jaspers et Ultee, 2009; Lewis, 2003); le plus jeune âge (Brumbaugh et coll., 2008); le genre féminin; la religion non protestante; un lieu de résidence hautement peuplé (Sherkat et coll., 2010); un haut statut socio-économique et d'éducation (Sherkat et coll., 2010); ne pas être marié et cohabiter (Hinrichs et Rosenberg, 2002; Swank et Raiz, 2010); et avoir une idéologie politique libérale (McVeigh et Diaz, 2009; Brown et Henriquez, 2008).

En effet, la question de l'acceptation sociale des couples et des familles ne peut pas être dissociée des aspirations que les jeunes générations d'homosexuels ont par rapport à leur futur de couple et de famille. Ainsi, selon une étude américaine (D'Augelli, Grossman et Rendina, 2006; D'Augelli, Rendina, Sinclair et Grossman, 2007), 92% des jeunes lesbiennes et 82% des jeunes gays aspirent à être dans une relation monogame à long terme dans dix ans. De plus, 78% des jeunes lesbiennes et 61% des jeunes gays déclarent qu'il est très ou extrêmement probable qu'ils se marieraient avec un partenaire de même sexe si cela était légalement possible. Concernant la parentalité, 66% des jeunes lesbiennes et 52% des jeunes gays affirment qu'il est très ou extrêmement probable qu'ils deviendront un jour parents. Par ailleurs, les attitudes semblent être plus positives à l'égard des jeunes lesbiennes – d'autant plus vis-à-vis de celles qui se projettent dans un futur de couple et de famille – qu'à l'égard des jeunes gays. En effet, le lien entre attitudes et aspirations se révèle être très important.

A ce propos, Egan, Edelman, Sherill (2008) ont demandé à des homosexuels quelles étaient leurs priorités légales et politiques; chez les jeunes LGBT âgés de 18-25 ans, il s'agit tout d'abord des droits au mariage ainsi qu'à la parentalité et à l'adoption. En ce qui concerne la population de plus de 65 ans, sa priorité vise les lois contre les crimes de haine, ensuite les discriminations sur le lieu de

travail. Il s'agit aussi de ces cohortes de personnes LGBT qui n'ont pas pu se projeter dans un futur de couple et familial car lorsqu'elles étaient jeunes, la question homosexuelle venait juste d'être évoquée en termes de visibilité et leurs droits de couple et de famille étaient bien loin d'être pensés.

L'homosexualité dans le domaine de la thérapie familiale

Historiquement, les définitions dominantes de la famille et des relations familiales ont exclu les minorités sexuelles et de genre. Cette exclusion trouve ses racines dans l'hétérosexisme et l'hétéronormativité. L'hétérosexisme est la promotion continue par les grandes institutions sociales de la croyance de la supériorité de l'hétérosexualité ainsi que le rejet de toute forme non hétérosexuelle de comportement ou de relation (Anderson et Holliday, 2008). L'hétéronormativité est la croyance dominante, omniprésente et subtile qu'une famille viable est constituée d'une mère hétérosexuelle et d'un père qui élèvent des enfants hétérosexuels ensemble (Gamson, 2000 ; Hudak et Giammattei, 2010). L'hétéronormativité se différencie de l'hétérosexisme en raison de son adoption sans réserve de l'hétérosexualité comme une norme établie, tandis que l'hétérosexisme suppose que l'hétérosexualité soit supérieure, plus naturelle, dominante et l'unique option de vie acceptable et viable (Perlesz et coll., 2006).

Nous ne pouvons pas sous-estimer l'impact que cela a eu dans la vie des personnes, des couples, des parents et dans la pathologisation de leur différence. Or, l'hétéronormativité est un principe organisateur qui a façonné et limité la thérapie de la famille, la recherche et la formation. Elle fut la référence normative et considérée comme saine pour tous les individus, les couples et les familles. Par conséquent, elle a eu un impact profond sur le terrain actuel de la thérapie (Hudak et Giammattei, 2010). En effet, la thérapie familiale et de couple, à l'image de la pensée sociale, a reproduit certains préjugés et stéréotypes vis-à-vis des homosexuels et de leur manière de « faire couple et famille ».

D'ailleurs, la revue de la littérature (Giammattei et Green, 2012) a mis en évidence que le processus de « normalisation » et d'inclusion des minorités sexuelles dans le domaine de la thérapie familiale et de couple est encore un processus en cours.

Les citations suivantes, reprises à partir des plus grands manuels de psychothérapie systémique, illustrent bien la vision pathologique, homophobe et hétérosexiste de certains théoriciens.

« C'est aussi, de manière analogue, le problème de l'homosexuel, qui désire ardemment une relation étroite avec un « vrai mâle », pour finir par découvrir que ce dernier est toujours, et doit toujours être, un autre homosexuel » (Watzlawick, Beavin et Jackson, 1967, p. 201).

« Les faillites des parents de maintenir les frontières parmi les générations et de se conformer aux rôles associés à leur genre amènent à des problèmes incestueux, des confusions à l'identité de genre et à des tendances homosexuelles chez les parents et leurs enfants » (Lidz, 1969, p. 239).

« La majeure partie des formes maniaco-dépressives, de l'alcoolisme, du comportement obsessionnel-compulsif et de l'homosexualité est à voir comme un trouble qui se développe dans plusieurs générations » (Kerr et Bowen, 1988, p. 241).

Les deux premières citations reflètent le point de vue psychanalytique de l'homosexualité dans les années soixante et, bien que dérangeantes, elles sont peu surprenantes étant donné le fait que l'homosexualité était encore considérée à cette époque comme une maladie mentale. La plus inquiétante est probablement la troisième citation, écrite par Michael Kerr et Murray Bowen, un des leaders les plus connus et les plus influents dans le domaine de la thérapie de couple et de famille, fondateur du Centre de la famille à Georgetown et premier président de l'Académie américaine de thérapie familiale (AFTA). Contrairement aux précédentes citations, ce passage a été publié quinze ans après le retrait par l'American Psychiatric Association de l'homosexualité comme maladie mentale (1974), et deux ans après que l'homosexualité égodystonique ait été retirée du DSM (Gonsiorek, 1991).

Ces citations sous-tendent une conception de l'homosexualité comme étant intrinsèquement pathologique, comme un signe de manque de différenciation de soi qui prend plusieurs générations à se développer dans les familles, et qui rend donc les familles responsables de son développement. Toutes ces citations sont imbriquées dans la croyance que la pathologie est inhérente dans les familles qui ne souscrivent pas au modèle patriarcal et à la norme hétérosexuelle des rôles sexuels distincts pour les hommes et les femmes. Étant donné que les auteurs cités ci-dessus ont formé des milliers de thérapeutes et que leurs écrits ont été publiés et lus par beaucoup de professionnels, l'impact de ces idées dans le champ des couples et de la thérapie familiale ne peut pas être sous-estimé. Ainsi, il semblerait que la plupart des maîtres d'école dans le domaine de la thérapie de couple et de famille, bien que n'étant pas ouvertement homophobes, aient une position hétéronormative et préfèrent garder le silence sur ce sujet. À l'inverse, Salvador Minuchin (1981), le fondateur de la thérapie familiale structurelle, ainsi que de nombreux éminents spécialistes féministes de thérapie familiale (McGoldrick et Carter, 1988) se sont abstenus de ces dialogues pathologisants, et à plusieurs reprises ont brièvement évoqué les couples de gays et de lesbiennes dans leur travail.

Parallèlement à la vision pathologisante de certains pionniers, il y a également eu dans la thérapie familiale une tendance dite réparatrice. Historiquement, la thérapie familiale a été considérée comme une méthode viable pour aider à convertir les homosexuels et les travestis, généralement de sexe masculin, à l'hétérosexualité. Dans le début des années 1970, après la suppression de «l'homosexualité» de la liste des troubles psychiatriques (American Psychiatric Association, 1974), quelques études de cas de thérapie avec couples de même sexe ont commencé à apparaître dans les principaux journaux de thérapie familiale (Osman, 1972; Pendergrass, 1975); quelques articles portant sur les parents qui s'occupent d'enfants gays ou lesbiennes et sur les maris qui ont fait leur coming-out dans les mariages hétérosexuels y figuraient également.

Ainsi, le manque d'inclusion de l'orientation sexuelle dans la littérature en thérapie familiale a été quantifié par Clark et Serovich (1997) à travers une analyse du contenu des articles du domaine allant de 1975 à 1995. Ces auteurs ont constaté que seulement 77 articles sur plus de 13 000 (0,006%) présentent des contenus liés à l'orientation sexuelle ou à des questions homosexuelles. Et lorsque les couples de même sexe ont été abordés, ils ont souvent été vus à travers une loupe hétérosexiste qui privilégie la conformité du sexe et les rôles de genre traditionnels. Par exemple, Krestan et Bepko (1980) mettent l'accent sur l'idée que les couples lesbiens seraient fusionnels alors que les couples gays seraient

plutôt désengagés. En sur-généralisant la théorie de la conformité, les auteurs se sont engagés dans une stéréotypisation de genre qui a eu comme effet la pathologisation des relations de même sexe.

Enfin, vers la fin des années 1980, les thérapeutes familiaux féministes ont commencé à inclure de brèves références à des couples lesbiens et leurs familles dans les articles et quelques chapitres de livre. Roth (1985) sera le premier à écrire un article avec une perspective de justice sociale appliquée à l'orientation sexuelle, qui représentera une avancée positive dans le domaine et il invitera les thérapeutes familiaux à s'éloigner des notions traditionnelles de genre dans leur travail avec les couples lesbiens. Et c'est dans le milieu des années 1990 que beaucoup plus d'écrits sur les couples lesbiens et gays et leurs familles ont vu le jour – même si relativement peu ont été publiés dans les principaux journaux de thérapie familiale. En effet, la plupart des informations se trouvaient dans des revues spécifiquement axées sur les questions homosexuelles et qui ne se concentrent pas forcément sur les applications cliniques avec couples de même sexe. Le premier manuel clinique qui fut consacré aux couples et aux parents a été publié en 1996 (Laird et Green, 1988).

Depuis la publication de Clark et Serovich (1997), il y a eu un nombre croissant de travaux cliniques dédiés aux professionnels qui travaillent avec les couples et les familles homoparentales. Ces auteurs ont exhorté les thérapeutes familiaux à développer des contextes cliniques qui puissent reconnaître les expériences uniques des personnes LGBT remettant ainsi en cause le domaine de la thérapie de couple et la famille. Malgré ce mouvement progressiste, la littérature dans le domaine de la thérapie familiale reste située dans le paradigme du privilège hétérosexuel. Dans le cas particulier des bisexuels et des transgenres, bien que des revues et des livres sur la question aient été publiés, les principales revues de thérapie familiale demeurent relativement silencieuses à l'égard de leurs expériences spécifiques. Ainsi, même si les termes bisexuel et transgenre peuvent être inclus dans les titres des articles et des chapitres, souvent, ces questions ne sont pas abordées dans le texte, ou lorsqu'elles le sont il est souvent supposé que ces minorités ont les mêmes expériences que les gays et les lesbiennes. Ainsi, l'expérience des bisexuels et des transgenres semble être encore davantage méconnue dans la thérapie familiale et dans la littérature grand public.

Les défis des couples homosexuels

Tout d'abord, il est important de souligner que le climat sociopolitique a une profonde influence sur la manière dont les couples homosexuels se rencontrent et sur la manière dont ils développent leurs relations. Historiquement, les lieux de rencontre et d'interactions étaient très limités: le plus souvent, elles ont eu lieu dans les bars, surtout pour les hommes, ou sur le lieu de travail ainsi qu'à travers des amis. Avec l'augmentation des activités culturelles et sociales et de la croissante visibilité de la communauté LGBT, en particulier dans les environnements urbains, les différentes possibilités de rencontre des partenaires ont augmenté de manière exponentielle – notamment par Internet et via les réseaux sociaux. En effet, l'utilisation d'internet a été particulièrement appréciée par les personnes qui vivent dans les communautés ou contextes sociaux où l'homophobie peut être très présente et où rentrer en contact avec des partenaires potentiels est vraiment difficile.

Par ailleurs, les couples homosexuels ont des aspirations et des questionnements similaires aux hétérosexuels. En effet, les couples homosexuels présentent de nombreuses similarités avec les couples hétérosexuels dans d'importantes dimensions : sécurité, intimité, partage émotionnel, expressivité, valorisation du couple, gestion du conflit, proximité et partage des tâches (Green, 2008). Toutefois, ils échappent à la division des rôles de genre traditionnel (surtout les couples lesbiens). Ils sont plus égalitaires dans le partage du travail et dans la gestion du pouvoir décisionnel (Gotta et coll., 2011). Ils présentent de plus une meilleure gestion des conflits : ils sont moins agressifs et accusateurs et ils utilisent davantage l'humour alors que dans les couples hétérosexuels nous pouvons retrouver plus de lutte pour le pouvoir et l'invalidation de l'autre (Green, 2008). De plus, d'un point de vue émotionnel, les couples lesbiens se décrivent plus proches que les couples gays qui, à leur tour, se décrivent plus proches que les couples hétérosexuels. A parité de conditions (peu de proximité, flexibilité et satisfaction), ils peuvent se séparer après deux ans (Gottman et coll. 2003). Chez les couples gays, il est possible de retrouver plus de relations non monogames mais aussi plus de négociations et d'accords pour la non-monogamie (Gotta et al, 2011). Cette non-monogamie n'implique pas de trahison à partir du moment où elle est négociée.

Quand ils sont demandeurs de thérapie, ils arrivent avec des questions similaires à celles des couples hétérosexuels : ils peuvent avoir du mal avec la communication, les finances, le sexe, la parentalité, le partage du travail (Green et Mitchell, 2008). Toutefois, il y a des différences majeures, dont certaines sont le résultat de discriminations, d'homo-bi-trans-phobie et d'hétéronormativité. En particulier, les couples et les parents homosexuels font face à trois défis/stresseurs uniques (Green, Mitchell, 2008) :

1. *les expériences personnelles de préjugés et discriminations anti-LGBT*, qui peuvent être associées à : homophobie internalisée, PTSD, troubles anxieux, dépression, suicides, abus de substances, conflits relatifs au « sortir du placard »... ;
2. *l'ambiguïté relationnelle*, liée à l'absence de modèles normatifs et légaux institutionnalisés, elle contribue à des relations ambiguës, des attachements insécures et à des protections légales et financières inadéquates ;
3. *le support social insuffisant*, c'est-à-dire que très peu de personnes acceptent actuellement les LGBT, et cela a comme conséquence une difficulté d'intégration des segments de réseaux sociaux dans une communauté cohésive et stable.

Expériences de discrimination

Les expériences de discrimination concernent non seulement la façon dont la société traite les individus LGBT, mais aussi comment les familles traitent leurs enfants LGBT, et comment les individus LGBT se traitent eux-mêmes, leurs partenaires, et leurs propres enfants. Le degré de cette influence dépend du climat sociopolitique dans lequel ils vivent et de la culture (ethnique, religieuse) auxquels ils appartiennent (Goldberg, 2010).

Les lesbiennes et les gays peuvent être destinataires de discrimination et/ou de préjugés, de manière directe ou indirecte (par l'identification avec d'autres qui ont été victimes de discrimination ou par l'intermédiaire des politiques anti-homosexuelles), et il est peu probable qu'ils échappent à l'intériorisation des

attitudes négatives et de la honte (Green, 2008). L'intériorisation des attitudes anti-LGBT a été appelée « l'homophobie intériorisée » (parfois dénommé « homonégativité intériorisée »). Ainsi, certains peuvent être fiers d'être lesbiennes, gays, bisexuels ou transgenres, mais garder la conviction que l'hétérosexualité reste un privilège, en particulier pour la création de couples et de familles. Par exemple, un couple de même sexe peut être ouvert et fier de la relation mais avoir la croyance qu'avoir des enfants est seulement l'apanage des couples hétérosexuels.

En plus de l'expérience de l'homonégativité, les micro-agressions peuvent être multiples : « les brèves et banales indignités quotidiennes au niveau verbal, comportemental et environnemental qui ont l'effet de communiquer des messages négatifs et hostiles » (Sue, 2010).

Ainsi, le stress de minorité peut avoir des effets délétères physiques et émotionnels. Les études explorant les effets du stress sur les individus LGBT révèlent des taux significativement plus élevés de problèmes de santé mentale – notamment la dépression, les idées suicidaires, la toxicomanie et l'anxiété, ainsi que la participation à des situations sexuelles à risque (Giammattei et Green, 2011). En outre, les probabilités de développer un trouble psychiatrique augmentent significativement chez les personnes ayant déclaré des expériences de discrimination (Levitt et coll., 2009). Des études récentes (Giammattei et Green, 2011) ont montré que les individus LGBT vivant dans les états qui ont adopté un amendement du mariage gay rapportent un stress minoritaire significativement plus important. Ce stress lié à l'exposition à des messages ou des conversations négatifs (notamment dans les médias) se traduit en détresse psychologique (affects négatifs, stress, anxiété et symptômes dépressifs). De plus, Hatzenbuehler et coll. (2010) a constaté que lors des élections de 2004 et 2005 aux Etats-Unis, les troubles psychiatriques ont augmenté de manière significative pour les personnes LGBT dans les Etats où les interdictions de mariage ont été instituées, les augmentations déclarées allaient de 36,3%, pour troubles de l'humeur à un taux alarmant de 248,2% pour les troubles anxieux. Sans la reconnaissance juridique de leurs relations, les couples LGBT et leurs enfants deviennent vulnérables en temps de crise.

L'ambiguïté relationnelle

Au sein du couple de même sexe, des problèmes potentiels peuvent survenir en raison de la nature stigmatisée de la relation et de l'absence d'un « normatif » ou un modèle juridique pour créer des liens de couple ou de famille. Contrairement aux couples hétérosexuels, les couples homosexuels n'ont aucun moyen culturellement défini d'être et de devenir un couple. En conséquence, la façon dont la relation se déroule, les décisions autour de qui fait quoi dans le contexte de la relation, les niveaux de la monogamie ou non-monogamie, les obligations financières envers l'autre, et les intentions futures sont souvent floues et leur création est laissée à la responsabilité du couple. Bien que cela leur permette une certaine flexibilité, cela crée aussi un niveau plus élevé d'ambiguïté – à l'inverse de la plupart des couples hétérosexuels qui peuvent apporter une plus grande clarté juridique et émotionnelle de leur engagement de couple par l'intermédiaire des fiançailles et du mariage (Green et Mitchell, 2008). Cette ambiguïté n'est pas seulement source de confusion pour les couples homosexuels, mais a également un impact important sur le niveau de soutien social provenant de leurs familles, amis et communauté. Par exemple de nombreuses familles ne reconnaissent

pas l'importance d'un partenaire de même sexe de leur enfant et leur statut de couple et cela en dépit de nombreuses années de vie commune.

Le support social limité

Une des problématiques, parmi les plus difficiles, est liée au manque de soutien social. Les couples de minorités sexuelles sont plus susceptibles de trouver une absence de soutien et même la résistance des parents hétérosexuels, de leurs propres familles d'origine, et parfois même de la communauté LGBT. Les transitions du cycle de vie comme les fiançailles, le mariage, la parentalité, l'adolescence des enfants, les nids vides, le vieillissement et les problèmes de santé sont source de stress pour tous les couples, mais peuvent être vécus de manière beaucoup plus stressante par les couples de même sexe, à cause du manque de soutien social. Et souvent, les personnes LGBT ne sont pas complètement soutenues par leurs familles d'origine. Même quand elles sont incluses dans les événements familiaux, leur relation n'a souvent pas la même reconnaissance que celle des membres hétérosexuels de la famille. Toutefois, il arrive que la transition à la parentalité, qui représente un rite de passage dans les relations hétérosexuelles, diminue l'ambiguïté. En outre, contrairement aux couples hétérosexuels, les personnes LGBT sont généralement moins susceptibles d'interconnecter leurs réseaux sociaux et souvent doivent faire plus d'efforts pour créer ces connexions.

Toutefois, les couples qui arrivent à faire face aux questions liées à la discrimination, l'homophobie intériorisée, et à l'ambiguïté relationnelle ont généralement été en mesure de créer un réseau de soutien social qui est souvent appelé « *famille de choix* ». Ce groupe social peut énormément aider tant à faire face aux crises de la vie qu'à en célébrer les moments joyeux (Goldberg, 2010; Green et Mitchell, 2008).

Parentalité et développement des enfants

Les familles homoparentales sont confrontées à des questions centrales : la conception psychologique de l'enfant, l'établissement de la légitimité parentale, le gain, la validation et le support des familles d'origine et de la communauté élargie, les questions de l'entourage quant à la structure familiale... Une des questions qui est la plus fréquemment posée en thérapie concerne le développement des enfants. Les enfants et les adolescents élevés par des parents homosexuels présentent un degré de développement cognitif, émotionnel et social, ainsi qu'un niveau de santé mentale et de relations avec les pairs aussi bons que ceux obtenus par les enfants éduqués en milieu hétérosexuel (Gartrell et Bos, 2010). De plus, lorsqu'on compare les caractéristiques, les comportements, la santé émotionnelle et psychologique, l'orientation de genre, la sexualité, le succès universitaire, les relations sociales et l'estime de soi entre les enfants éduqués par des mères lesbiennes et les enfants d'hétérosexuels, il n'y a aucune différence significative. Ainsi, les adultes homosexuels ont été évalués comme des parents capables et ils réfèrent des niveaux de stress parental similaires à ceux des hétérosexuels².

² Pour une analyse de la littérature sur le développement des enfants au sein des familles homoparentales, voir Green, R.J. 2011.

Quelques études ont exploré la transition à la parentalité chez des parents gays (Bergman, Rubio, Green et Padron, 2009; Mallon, 2004), mais la plus grande partie s'est concentrée sur les mères lesbiennes à cause de leur majorité. En général, dans les études avec des parents homosexuels et leurs enfants, il semble que l'orientation sexuelle parentale ne soit pas corrélée au développement de l'enfant et de la famille. La recherche suggère plutôt que ce sont les processus familiaux comme la qualité de l'attachement, la coparentalité, l'organisation structurelle, la communication ainsi que la gestion des stressors psychosociaux comme l'homophobie, les indicateurs les plus explicatifs du développement de l'enfant au sein de ces familles (D'Amore, 2010). Quant aux alliances familiales et parentales – c'est-à-dire la capacité de la famille à se coordonner en tant que système et des parents de travailler ensemble – dans une recherche exploratoire, il a émergé qu'il n'y aurait pas de différences significatives entre les alliances familiales des familles homoparentales et celles hétéroparentales (D'Amore, Simonelli, Miscioscia, 2013).

Au niveau des enfants, Green (2008) a démontré qu'il n'y a aucune différence entre les enfants de parents homosexuels et ceux de parents hétérosexuels au niveau des relations sociales (la popularité, les amitiés et les expériences d'égalité). Concernant les expériences d'homophobie, de discrimination, d'ambiguïté relationnelle et de bas soutien social, il semblerait que les enfants de parents de même sexe l'expérimentent – tout comme leurs parents (Green et Mitchell, 2008). Ainsi, Lindsay et collègues (2006) rapportent que les enfants partagent la discrimination de l'orientation sexuelle de leurs parents. Les chercheurs du National Lesbian Family Study ont constaté qu'à cinq ans, 18% des enfants de 78 familles avec mères lesbiennes avaient expérimenté une certaine forme de discrimination ou d'homophobie de la part des pairs ou des professeurs et qu'à l'âge de dix ans, le pourcentage concerné atteint les 43% (Gartrell, 2005).

Toutefois, les difficultés des enfants diminuent lorsqu'ils fréquentent des écoles dans des villes à haute densité de population, dans des aires métropolitaines et aussi lorsqu'il y a une présence visible d'autres familles homoparentales. Ainsi, une recherche conduite avec des jeunes adultes, fils de pères gays a rapporté qu'ils avaient peur de ce que leurs pairs pensaient autour d'eux (Bozett, 1987). La moitié des pères gays divorcés a rapporté que leurs enfants avaient déjà été confrontés à des situations de préjugé et de discrimination en relation à l'orientation sexuelle de leur père (Tasker, 2005). De récentes recherches (Gartrell et coll., 2005) indiquent que les expériences de stigmatisation peuvent avoir un effet négatif sur le développement et le bien-être des enfants. En effet, une autre étude portant sur 76 jeunes de 11 à 18 ans dont les mères sont lesbiennes a mis en évidence que les jeunes ayant perçu plus de stigmatisations ont un niveau d'estime de soi plus bas que ceux n'ayant pas ou peu été confrontés à cela (Gershon, Tscann et Jemerin, 1999).

Approches thérapeutiques et formation du thérapeute

A ce jour, il n'existe pas de protocoles validés pour la thérapie familiale et de couple avec les minorités sexuelles. Du point de vue systémique, les modèles qui ont été utilisés dans le travail avec les couples de même sexe et les familles homo-

parentales sont surtout les modèles structurel, féministe, narratif, centré sur les émotions, axé sur les solutions, et les thérapies cognitivo-comportementales (Giammattei et Green, 2011). Certains auteurs recommandent en effet l'intégration de plusieurs de ces modèles de traitement (Coates et Sullivan, 2005; Lev, 2004; Stone Fish et Harvey, 2005).

Par ailleurs, l'exploration de la littérature clinique révèle que les articles abordent principalement les différences entre les couples homosexuels et hétérosexuels. Ces différences concernent : les effets de la discrimination et le stress minoritaire, l'expérience de biculturalisme, les différences relatives à la culture, la monogamie, l'intimité affective et sexuelle, les questions autour de la socialisation du rôle des sexes, l'invalidation du couple et la perte des privilèges hétérosexuels dans des familles d'origine, et le manque de modèles socio-culturels.

Ainsi, quel que soit le modèle utilisé, il est important de répondre aux questions posées par les couples ou les familles en vérifiant l'impact de ses propres prémisses hétérosexistes et hétéronormatives. Dans ce sens, les modèles constructivistes et postmodernes semblent répondre plus efficacement aux problèmes des familles et des couples (Giammattei et Green, 2011). Il est donc important que les cliniciens aient une prise de conscience vis-à-vis de l'hétéronormativité inhérente aux modèles qu'ils utilisent, et qu'ils puissent répondre à ces questions en modifiant les protocoles en conséquence. Ainsi, il existe un mouvement très prometteur dans la thérapie familiale, non seulement pour les clients LGBT, mais pour tous les couples et les familles : le « Queering Model » (Fish et Harvey, 2005). Ce modèle invite à prendre une position différente de celle que la thérapie familiale a connue jusqu'à présent, c'est-à-dire d'entendre la diversité comme une norme plutôt qu'une exception (Hudak et Giammattei, 2010). Il s'agit aussi de prendre en considération l'impact social sur le concept de genre, rôles de genre et d'orientation sexuelle et de les évaluer, pour éventuellement les déconstruire afin de travailler dans le meilleur intérêt des personnes. En outre, le modèle systémique peut aider les clients à voir comment les problèmes sociopolitiques affectent leurs vies, et cela est en effet une composante importante du traitement (Godfrey, et coll., 2006).

On comprend alors que l'importance de la formation des intervenants psychosociaux ne peut être sous-estimée si nous voulons construire une intervention qui soit efficace. En effet, des études ont montré que 70 à 90% des thérapeutes de couple et de famille travaillent avec des clients LGBT (Godfrey, Haddock, Fisher et Lund, 2006). En outre, les codes d'éthique professionnelle dans le secteur de la santé mentale stipulent que les cliniciens ne doivent « pas porter préjudice », et conserver un niveau de compétence adéquat – ici, une compétence pour travailler avec les groupes minoritaires. Malgré cette exigence, de nombreux thérapeutes ne sont pas suffisamment formés et ne se sentent pas outillés pour travailler avec les clients LGBT. Ainsi, une récente étude sur les attitudes et les savoirs professionnels (Green, Murphy, Blumer et Palmanteer, 2009) a démontré que 95% des thérapeutes de couple et de famille travaillant dans le domaine de l'homosexualité ont acquis des connaissances sur les personnes gays et lesbiennes à travers leur expérience clinique; moins de 65% ont déclaré que l'apprentissage s'est fait lors des études supérieures; 46% ont appris grâce à la supervision et 89% ont appris à travers des connaissances personnelles. Les cliniciens femmes ont déclaré se sentir plus à l'aise que les hommes dans le travail avec des personnes lesbiennes ou gays, et tous deux étaient plus à l'aise de travailler avec les lesbiennes.

Il est certain que la formation générale en thérapie familiale n'est pas suffisante pour travailler avec la population LGBT, et peut même être nuisible pour les couples et les familles LGBT en raison de la partialité inhérente du modèle hétéronormatif (Godfrey, et al, 2006; Perosa, Perosa et Queener, 2008). Des études récentes (Bernstein, 2000; Godfrey, et al, 2006; Long et Serovich, 2003) soulignent que pour travailler avec des individus, des couples et des familles homoparentales, une compréhension des réalités de l'homophobie, de l'hétérosexisme et de l'influence de chacun sur la vie des thérapeutes et des clients est nécessaire; par ailleurs, le contact accru avec les personnes LGBT et leurs vies réduit l'homophobie et augmente les attitudes positives à leur égard (Green et Bobele, 1994; Long et Serovich, 2003). Indépendamment de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre, il est important que les cliniciens qui travaillent auprès des minorités sexuelles et de genre s'engagent dans la déconstruction de leurs propres préjugés tout en essayant de comprendre la manière dont l'être humain devient un être sexué et sexuel. Ainsi, un travail sur le soi du thérapeute doit permettre une auto-exploration et une prise de conscience des thèmes liés à la diversité individuelle, familiale et culturelle. Le thérapeute doit tenter d'examiner ses propres croyances, valeurs, niveaux de confort, blocages émotionnels, préjugés sur le sexe, le genre et l'orientation sexuelle; de comprendre l'effet de la discrimination, de l'ambiguïté relationnelle ainsi que du support social; d'accepter de ne pas savoir a priori, de créer un espace de dialogue et de discussion sur les écarts culturels; et enfin de reconnaître la diversité comme valeur. Alors, il sera possible de promouvoir une culture de la différence familiale, d'informer et d'éduquer au respect de la diversité et de soutenir les échanges entre les différentes expériences de vie familiale. Être à l'aise avec la réalité de l'amour entre deux personnes de même sexe, de leur sexualité et de leur éventuelle parentalité est un prérequis pour les thérapeutes. En effet, ceux qui ne sont pas sereins par rapport à cela risquent d'être iatrogènes. Et un risque majeur est celui de minimiser ou de maximaliser les différences avec les autres orientations sexuelles.

Conclusions

Bien que de nombreux progrès aient été réalisés dans la compréhension des couples et des familles LGBT, nous avons encore un long chemin à parcourir. Les chercheurs tout comme les thérapeutes se doivent de prendre conscience de la partialité hétéronormative qui peut affecter leur travail. Il semble donc nécessaire de développer des méthodologies de recherche qui puissent être inclusives vis-à-vis de la diversité des identités, des comportements et des orientations sexuelles. Du point de vue méthodologique, il serait intéressant tant dans la recherche que dans la clinique, de valider les modèles existants. En outre, des études ultérieures sont nécessaires pour valider les modèles thérapeutiques qui prennent en considération les différences dans l'expérience émotionnelle, le stress de la minorité, l'homonégativité intériorisée, l'anxiété, la dépression et l'abus de substances. De plus, la principale priorité actuelle est le manque de compétence culturelle autour des questions LGBT exprimées par les cliniciens dans le domaine, en particulier ceux qui sont encore aux études supérieures. L'absence d'une formation continue sur les questions LGBT dans les programmes de formation ne sert qu'à perpétuer la marginalisation et la discri-

mination de ces clients et peut provoquer un préjudice en soi. Le développement d'un positionnement éthique inspiré de la diversité comme valeur humaine et professionnelle semble donc être un horizon à atteindre pour nous tous.

Correspondance :

Salvatore D'Amore

Service de clinique systémique et psychopathologie relationnelle

Université de Liège

Boulevard du Rectorat 3, Bât. B 33

4000 Liège, Sart-Tilman

Belgique

s.damore@ulg.ac.be

Bibliographie

1. Anderson S., Holliday M., 2008. How heterosexism plagues practitioners in services for lesbians and their families. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 19, 2, 81-100.
2. Bergman K., Rubio R.-J., Green R.-J., Padron E., 2010. Gay men who become fathers via surrogacy: The transition to parenthood. *Journal of GLBT Family Studies*, 6, 111-141.
3. Bernstein A. C., 2000. Straight therapists working with lesbians and gays in family therapy. *Journal of Marital & Family Therapy*, 26, 443-454.
4. Bozett F.W., Ed, 1987. *Gay and lesbian parents*. Praeger Publishers, New York.
5. Brown M., Henriquez E., 2008. Socio-demographic predictors of attitudes towards gays and lesbians. *Individual Differences Research*, 6, 3, 193-202.
6. Brumbaugh S., Sanchez L., Nock S., Wright J., 2008. Attitudes toward gay marriage in states undergoing marriage law transformation. *Journal of Marriage and Family*, 70, 2, 345-359.
7. Clark W. M., Serovich J. M., 1997. Twenty years and still in the dark? Content analysis of articles pertaining to gay, lesbian, and bisexual issues in marriage and family therapy journals. *Journal of Marital & Family Therapy*, 23, 3, 239-253.
8. Coates J., Sullivan R., 2005. Achieving competent family practice with same-sex parents: Some promising directions. *Journal of GLBT Family Studies*, 1, 2, 89.
9. D'Amore S., 2010. *Les nouvelles familles : approches cliniques*. De Boeck, Bruxelles.
10. D'Amore S., Simonelli A., Miscioscia M., 2013. Alliances dans les familles lesboparentales, étude exploratoire in Favez, N., Frascarolo, F., Tissot E. (2013) *Le bébé au sein de la triade : le développement de l'alliance familiale*. De Boeck, Bruxelles.
11. D'Augelli A.R., Grossman A.H., Rendina J., 2006. *Lesbian, gay, and bisexual youth: Marriage and child-rearing aspirations*. Paper presented at the Family Pride Academic Symposium, Univ. Pennsylvania, Philadelphia, PA.
12. D'Augelli A.R., Rendina H.J., Sinclair K.O., Grossman A.H., 2007. Lesbian and gay youth's aspirations for marriage and raising children. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 1, 77-98.
13. Egan P.J., Edelman M.S., Sherrill K., 2008. *Findings from the Hunter College poll of lesbians, gays, and bisexuals: New discoveries about identity, political attitudes and civic engagement*. Retrieved from http://www.hrc.org/documents/Hunter_College_Report.pdf
14. Eurobaromètre, 2006. « L'opinion publique dans l'Union Européenne ». Décembre, n° 66.
15. Gamson J., 2000. Sexualities, queer theory, and qualitative research. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 347-365). Sage, Thousand Oaks, CA.

16. Gartrell N, Bos H., 2010. US National Longitudinal Lesbian Family Study: Psychological Adjustment of 17-Year-Old Adolescents. *Pediatrics*, 10, 1-9.
17. Gershon T.D., Tschann J.M., Jemerin J.M., 1999. Stigmatization, self-esteem, and coping among the adolescent children of lesbian mothers. *Journal of Adolescent Health*, 24, 437-445.
18. Giammattei S., Green R-J., 2012. GLBTQ couple and family therapy: History and future directions. In J.J. Bigner & J.L. Wetchler, (eds). *Handbook of LGBT-affirmative couple and family therapy*, Taylor and Francis, New York.
19. Godfrey K., Haddock S. A., Fisher A., Lund L., 2006. Essential components of curricula for preparing therapists to work effectively with lesbian, gay, and bisexual clients: A Delphi study. *Journal of Marital & Family Therapy*, 32, 4, 491-504.
20. Goldberg A. E., 2010. *Lesbian and gay parents and their children: Research on the family life cycle*. Washington, DC US: American Psychological Association.
21. Gonsiorek J. C., 1991. The empirical basis for the demise of the illness model of homosexuality. In J. C. Gonsiorek & J. D. Weinrich (Eds.), *Homosexuality: Research implications for public policy* (pp. 115-136). Sage, Newbury Park.
22. Gotta G., Green R.-J., Rothblum E., Solomon S., Balsam K., Schwartz P., 2011. Heterosexual, Lesbian, and Gay Male Relationships: A Comparison of Couples in 1975 and 2000. *Family Process*, 50, 3, 353-376.
23. Gottman J. M., Levenson R. W., Swanson C., Swanson K., Tyson R., Yoshimoto D., 2003b. Observing gay, lesbian and heterosexual couples' relationships: Mathematical modeling of conflict interaction. *Journal of Homosexuality*, 45, 1, 65-91.
24. Green M. S., Murphy M. J., Blumer M., Palmanteer D., 2009. Marriage and family therapists' comfort level working with gay and lesbian individuals, couples, and families. *American Journal of Family Therapy*, 37, 2, 159-168.
25. Green R.-J., 2008. Gay and lesbian couples: Successful coping with minority stress. In M. McGoldrick & K.V. Hardy (Eds.), *Re-visioning family therapy: Race, culture, and gender in clinical practice (2nd ed.)*. (pp. 300-310). Guilford Press, New York, NY US.
26. Green R.-J., Mitchell V., 2008. Gay and lesbian couples in therapy: Minority stress, relational ambiguity, and families of choice. In A. S. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy (4th ed.)*, pp. 662-680). Guilford Press, New York, NY US.
27. Green R.J., 2011. Gay and Lesbian Family Life: Risk, Resilience, and Rising Expectations. In Walsh, F. (Ed.), *Normal Family Processes, growing diversity and complexity (4th ed.)* Guilford Publications, New York, pp. 172-196.
28. Green S. K., Bobele M., 1994. Family therapists' response to AIDS: An examination of attitudes, knowledge, and contact. *Journal of Marital and Family Therapy*, 20, 349-367.
29. Hatzenbuehler M. L., McLaughlin K. A., Keyes K. M., Hasin D. S., 2010. The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: A prospective study. *American Journal of Public Health*, 100, 3, 452-459.
30. Hinrichs D., Rosenberg P., 2002. Attitudes toward gay, lesbian and bisexual persons among heterosexual liberal arts college students. *Journal of Homosexuality*, 43, 1, 61-84.
31. Hudak J., Giammattei S.V., 2010. Doing family: Decentering heteronormativity in «marriage» and «family» therapy. *American Family Therapy Academy: Monograph Series, Expanding our social justice practices: Advances in Theory and Training*(Winter), 49-55.
32. Kerr M.E., Bowen M., 1988. *Family evaluation: An approach based on Bowen therapy*. W.W. Norton & Company, New York.
33. Kitzinger C., 1996. Heteropatriarchal language: The case against «homophobia». In L. Mohin (Ed.), *An intimacy of equals: Lesbian feminist ethics* (pp. 34-40). Harrington Park Press, NY.
34. Krestan J.A., Bepko C.S., 1980. The problem of fusion in the lesbian relationship. *Family Process*, 19, 3, 277-289.
35. Laird J., Green R.-J. (Eds.), 1996. *Lesbians and gays in couples and family therapy: A handbook for therapists*. Jossey-Bass, San Francisco.

36. Lev A. I., 2004. *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Haworth Clinical Practice Press, Binghamton, NY US.
37. Levitt H.M., Ovrebø E., Anderson-Cleveland M.B., Leone C., Jeong J.Y., Arm J. R., Horne S.G., 2009. Balancing dangers: GLBT experience in a time of anti-GLBT legislation. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 1, 67-81.
38. Lewis G., 2003. Black-white differences in attitudes toward homosexuality and gay rights. *Public Opinion Quarterly*, 67, 1, 59-78.
39. Lidz T., 1969. The influence of family studies on the treatment of Schizophrenia. *Psychiatry*, 32, 237-251.
40. Lindsay L, Perlesz A, Brown R, McNair R, de Vaus D, Pitts M, 2006. Stigma or Respect: Lesbian-parented families negotiating the school setting. *Sociology*, 40, 1059.
41. Long J.K., Serovich J.M., 2003. Incorporating sexual orientation into MFT training programs: Infusion and inclusion. *Journal of Marital & Family Therapy*, 29, 1, 59-67.
42. Lubbers M., Jaspers E., Ultee W., 2009. Primary and secondary socialization impacts on support for same-sex marriage after legalization in the Netherlands. *Journal of Family Issues*, 30, 12, 1714-1745.
43. Mallon G. P., 2004. *Gay men choosing parenthood*. Columbia University, New York.
44. McGoldrick M., 1988. The joining of families through marriage: The new couple. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *The changing family life cycle: A framework for family therapy (2nd ed.)*. (pp. 209-233). Gardner Press, New York, NY US.
45. McVeigh R., Diaz M., 2009. Voting to ban same-sex marriage: Interests, values, and communities. *American Sociological Review*, 74, 6, 891-915.
46. Minuchin S., Fishman H. C., 1981. *Family therapy techniques*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
47. Morse C., McLaren S., McLachlan A., 2007. The attitudes of Australian heterosexuals toward same-sex parents. *Journal of GLBT Family Studies*, 3, 4, 425-455.
48. Moscovici S., Hewstone M., 1983. *Social representations and social explanations: From the «naïve» to the «amateur» scientist*. In M. Hewstone (Ed.), *Attribution theory: Social and functional extensions* (pp. 98-125). Basil Blackwell, Oxford.
49. Osman S., 1972. My stepfather is a she. *Family Process*, 11, 209-218.
50. Pendergrass V. E., 1975. Marriage counseling with lesbian couples. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 12, 1, 93-96.
51. Pennington J., Knight T., 2011. Through the lens of hetero-normative assumptions: Re-thinking attitudes towards gay parenting. *Cult Health Sex*, 13, 1, 59-72.
52. Perlesz A., Brown R., Lindsay J., McNair R., de Vaus D., Pitts M., 2006. Family in transition: parents, children and grandparents in lesbian families give meaning to «doing family». *Journal of Family Therapy*, 28, 2, 175-199.
53. Perosa L. M., Perosa S. L., Queener J., 2008. Assessing competencies for counseling lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals, couples, and families. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 2, 2, 159-169.
54. Roth S., 1985. Psychotherapy with lesbian couples: Individual issues, female socialization, and the social context. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 3, 273-286.
55. Sherkat D., de Vries K., Creek S., 2010. Race, religion, and opposition to same-sex marriage. *Social Science Quarterly*, 91, 1, 80-98.
56. Stone Fish L., Harvey R. G., 2005. *Nurturing queer youth: Family therapy transformed*. WW Norton & Co, New York, NY US.
57. Sue D. W., 2010. *Microaggressions in everyday life: Race, gender, and sexual orientation*. John Wiley & Sons Inc., Hoboken, NJ US.
58. Swank E., Raiz L., 2010. Attitudes toward gays and lesbians among undergraduate social work students. *Affilia: Journal of Women & Social Work*, 25, 1, 19-29.

59. Tasker F., 2005. Lesbian mothers, gay fathers, and their children: A review. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26, 224-240.
60. Watzlawick P., Helmick Beavin J., Jackson D.D., 1967. *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. W.W. Norton & Company, New York.
61. Wetchler J.L. (Eds.), 2011. *Handbook of LGBT-affirmative couple and family therapy*. Taylor & Francis, New York.

Abstract

LGBT couples and families have been often ignored by family and couple therapy. – This silence is maintained by heterocentrism that influenced the definition of couple, family and family relations as well as their «normality» vs. «pathology». Whether we are a researcher or clinician, it is interesting to consider the impact of homophobia, heterosexism, heteronormativity in the lives of these couples, families and children. Especially in the clinical consultation, it seems important to assess the degree of stress, ambiguity relational homonégativité of internalized and social support. We will consider also the strengths and limitations of the major models of couples therapy and family therapy work as well as the need to consider the tracks in the future therapist training on LGBT issues. Training could be based on the model of diversity as an inclusive model of family differences.

Resumen

Las parejas y las familias con padres LGBT (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales) a menudo son ignorados en el enfoque sistémico. – Este silencio tiene sus raíces en heterocentrismo que influyó en la definición de las relaciones de pareja y de, así como su «normalidad» y «patología». Como investigadores y terapeutas, es interesante de tener en cuenta el impacto de la homofobia, el heterosexismo, la heteronormatividad en la vida de estas parejas, las familias y sus hijos. Especialmente en la consulta clínica, parece importante evaluar el grado de estrés, homonegatividad, ambigüedad relacional y de apoyo social. Es importante también de tener en cuenta también los puntos fuertes y las limitaciones de los modelos más importantes de la terapia de pareja y familiar, así como la necesidad de considerar las pistas en el entrenamiento de los terapeutas futuro sobre los temas LGBT. La formación podría basarse en el modelo de la diversidad como modelo integrador de las diferencias familiares y relacionales contemporáneas.