

DIE IDENTITÄTSFRAGE AM BEISPIEL TRANS*IDENT EMPFINDENDER PERSONEN

Master-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im Universitätslehrgang Psychotherapie – Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie

eingereicht von

Mag. Dr. Kuan-Jen Stephan Su

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit

an der Donau-Universität Krems

Betreuerin: MMag.^a Petra Klampfl, MSc

Wien, 30. Dezember 2020

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Kuan-Jen Stephan Su, erkläre hiermit an Eides statt,

1. dass ich meine Master-Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master-Thesis oder wesentliche Teile daraus bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Master-Thesis mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master-Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

ABSTRACT (DEUTSCH)

Mittels qualitativer Experteninterviews sucht die vorliegende Master-Thesis Antworten auf die Frage, wie Psychotherapeut*innen in der Begleitung von Menschen mit Geschlechter*identitätsfragen vorgehen. Daraus werden anschließend mögliche Implikationen für die Identitätsarbeit im Allgemeinen und bezogen auf Trans*identität im Rahmen der Psychotherapie aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie erarbeitet.

Zunächst wird ein theoretischer Überblick zu Identität und *Selbst* gegeben. Danach folgt eine Darstellung der psychotherapeutischen Arbeit mit Trans*personen vor dem Hintergrund der aktuellen wissenschaftlichen Fachveröffentlichungen. Den Hauptteil dieser Arbeit bildet eine empirische Untersuchung, in der neun Therapeut*innen ihre therapeutische Arbeit mit Trans*personen exemplarisch darlegen. Den Ergebnissen aus den problemzentrierten Interviews werden im Diskussionsteil Theorien und fachbezogene Literatur gegenübergestellt.

Stichworte (Autorenschlagwörter):

Trans*identität, Trans*gender, Identität, *Selbst*, Integrative Gestalttherapie

ABSTRACT (ENGLISCH)

By means of qualitative expert interviews, the present master's thesis seeks answers to the question of how psychotherapists proceed when accompanying people with gender* identity issues. From this, possible implications for identity work in general and in relation to trans* identity are worked out. The conclusions are drawn in the context of psychotherapy, assuming the perspective of integrative gestalt therapy.

First, a theoretical overview of identity and *self* is given. This is followed by a description of the psychotherapeutic work with trans* people against the background of current scientific specialist publications. The main part of this work is an empirical study in which nine therapists present their therapeutic work with trans* people. In the discussion part, the results from the problem-centered interviews are compared with theories and subject-related literature.

Keywords:

trans* identity, trans* gender, identity, *self*, integrative gestalt therapy

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	1
FRAGESTELLUNG	2
AUFBAU DER ARBEIT	3
THEORIE	4
IDENTITÄT – EIN DRSCHUNDEL AUS VERSCHIEDENEN KONZEPTEN?	4
RELATIONAL VERSUS PERSONAL	5
PROZESS- UND ENTWICKLUNGSVERSTÄNDNIS.....	6
FUNKTIONEN DES <i>SELBST</i> IM KONTAKTPROZESS.....	6
STRUKTURBEZOGENE BETRACHTUNG	9
DIALOGISCHE BETRACHTUNG.....	13
TRANS*IDENTITÄT	16
DIAGNOSTISCHE ENTWICKLUNG UND EINORDNUNG.....	18
BEHANDLUNGSSITUATION IN ÖSTERREICH	20
6-PHASEN-MODELL NACH GÜLDENRING	21
GESTALT THERAPIE UND TRANS*IDENTITÄT	23
EMPIRIE – EINE QUALITATIVE UNTERSUCHUNG	29
FRAGESTELLUNG	29
METHODIK UND VORGEHEN	29
AD SAMPLING.....	31
ERHEBUNGSMETHODE UND ABLAUFDARSTELLUNG	32
DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS.....	33

AUFBEREITUNG DER DATEN.....	34
DATENAUSWERTUNG	35
ERGEBNISDARSTELLUNG	37
ZUM VERSTÄNDNIS DES BEGRIFFS „IDENTITÄT“	38
SPEZIFISCHES IN DER PSYCHOTHERAPIE MIT TRANS*IDENTITÄTSTHEMATIK	40
TRANS*IDENTITÄT IST EXISTENZIELL FÜR DIE BETROFFENEN	41
DIFFERENZIALDIAGNOSTISCHES VERSTÄNDNIS UND MÖGLICHE KOMORBIDITÄTEN	42
„POINT OF NO RETURN“	42
SCHWIERIGES SETTING: „ZWANGSKONTEXT“	43
TRAUMAFOLGENTHERAPEUTISCHE UND ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHE VERSTÄNDNISPERSPEKTIVE..	45
DAS „NICHT GESEHENE“ DRITTE GESCHLECHT „NON-BINARY“	45
EFFEKT DER SUIZID-PRÄVENTION	46
GESELLSCHAFT UND ROLLENERWARTUNGEN	47
BINARITÄT ALS GESELLSCHAFTSERWARTUNG	47
VERUNSICHERUNG UND DIE SUCHE NACH ZUGEHÖRIGKEIT	49
ES GEHT UM DIE LEBBARKEIT IM UMFELD.....	50
TRANS*PHOBIE UND PATHOLOGISIERUNG.....	51
DIGITALE WELT ALS GESCHÜTZTER BEREICH	52
THERAPEUTISCHE HALTUNG UND VERSTÄNDNIS	52
VERTRAUEN UND SICHERHEIT ERMÖGLICHEN.....	53
ENTPATHOLOGISIERUNG ANSTATT KRANKHEITSVERSTÄNDNIS	54
EIN VERBINDLICHES EHRLICHES GEGENÜBER FÜR DIE BEGEGNUNG SEIN.....	56

PROZESSVERSTÄNDNIS.....	58
TRANSITION ALS EIN MÖGLICHER LÖSUNGSWEG.....	59
PERSÖNLICHE AUSEINANDERSETZUNG MIT DEM THEMA.....	61
HILFREICHES AUS DER GESTALT THERAPIE.....	63
THERAPEUTISCHES VORGEHEN – PRAXIOLOGIE	66
FRAGEN – DAS VERSTEHEN-WOLLEN.....	66
VERSTÄNDNIS FÜR DAS EIGENE GEWORDEN-SEIN – SICHT AUF DIE VERGANGENHEIT.....	68
LEBBARKEIT, LEBENSENTWÜRFE – VORSTELLUNG ÜBER DIE ZUKUNFT.....	70
SCHÄRFUNG DER SELBSTWAHRNEHMUNG UND FÖRDERUNG DER SELBSTREFLEXION.....	72
DEN PROZESS BEGLEITEN.....	73
PSYCHOEDUKATION UND BEISPIEL-INPUTS.....	74
DER* DIE THERAPEUT*IN ALS „MESSINSTRUMENT“.....	75
ANTEILEARBEIT UND SZENISCHES ARBEITEN.....	76
SOZIALES UMFELD MITEINBEZIEHEN UND NUTZEN.....	77
 DISKUSSION	 79
IDENTITÄT UND TRANS*IDENTITÄT	80
SETTING UND RAHMENBEDINGUNGEN.....	81
AUSWIRKUNGEN UND ARBEITSMODELLE.....	82
GESELLSCHAFT UND TRANS*IDENTITÄT – FELDTHEORETISCHER BEZUG	85
THERAPEUTISCHE HALTUNG	87
THERAPEUTISCHE HALTUNG ALS AUSGANGSPUNKT.....	87

THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG SCHAFFT VERTRAUEN UND SICHERHEIT	87
PRAXIOLOGIE UND INTERVENTIONEN	90
DIE ROLLE DES*DER THERAPEUT*IN ALS GEGENÜBER.....	90
GEMEINSAMES EXPLORIEREN IM KONTEXT-KONTINUUM DES SELBST	90
THERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN	92
SCHLUSS	93
CONCLUSIO	93
EINE GESELLSCHAFTSKRITISCHE ERMUTIGUNG	94
LIMITATIONEN UND AUSBLICK	95
LITERATURVERZEICHNIS	97
TABELLENVERZEICHNIS	104
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	105
ANHANG	106
ANHANG 1. EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG INTERVIEW	106
ANHANG 2. INTERVIEWLEITFADEN	107

EINLEITUNG

Das subjektive Verständnis der eigenen Identität, also die individuelle vorläufige Antwort Einzelner auf die berühmte Frage „Wer bin ich?“, stößt bei mir schon lange auf große Faszination. Sowohl auf der theoretischen Ebene als auch in meinem persönlichen Selbsterfahrungsprozess während meiner gesamten Therapieausbildung bis hin zu meiner derzeitigen Tätigkeit als Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision finde ich diese Fragestellung immer wieder in unterschiedlichsten Kontexten vor. Aktuell begleite ich in meiner Praxis auch Menschen, die sich mit ihrem biologisch angelegten Geschlecht nicht identifizieren können und daher eine Geschlechtsanpassung in Erwägung ziehen. Im Rahmen meiner Master-Thesis möchte ich die psychotherapeutische Praxis mit Trans*gender-Personen aus der Sicht der Integrativen Gestalttherapie näher betrachten.

Zum Thema Trans*gender, Trans*sexualität, bzw. Trans*identität in der Psychotherapie sind jüngst einige Publikationen veröffentlicht worden (Günther, Teren & Wolf, 2019; Preuss, 2019; Rauchfleisch, 2019). Zugleich scheint es bisweilen nur vereinzelte Veröffentlichungen spezifisch aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie zu geben (Fritz, 2013; Kolmannskog, 2014; Wagner, 2018). Dabei bietet, wie ich meine, gerade die Integrative Gestalttherapie eine Vielzahl spannender Betrachtungsperspektiven auf dieses Thema. Dazu gehören: der ganzheitliche Ansatz unter Einbeziehung des Leibes, das feldtheoretische Eingebettet-Sein jedes Individuums, das dem dialogischen Prinzip folgende In-Kontakt-Treten, oder die organismische Selbstregulation als ständiger Anpassungsprozess im Hier und Jetzt. Dies wären meines Erachtens geeignete Grundkonzeptionen der Integrativen Gestalttherapie für die Weiterentwicklung der therapeutischen Herangehensweise in der Begleitung von Menschen mit einer Trans*identitätsthematik.

Der Fokus dieser Arbeit soll aber nicht ausschließlich darauf gerichtet sein, die Trans*identitätsthematik mehr in das Feld der Integrativen Gestalttherapie „hereinzubringen“ – vielmehr soll mit dieser Master-Thesis auch die Idee verfolgt werden, die Erkenntnisse aus der praktischen Beschäftigung mit dem Thema Trans*identität in die therapeutische Arbeit mit der zentralen Identitätsfrage

„rückzubinden“: Was können wir aus der Identitätsarbeit mit trans*ident empfindenden Menschen für unser alltägliches psychotherapeutisches Tun lernen?

FRAGESTELLUNG

Mein Forschungsinteresse gilt wie eingangs geschildert zunächst generell der umfassenden Identitätsfrage in der Psychotherapie. In Rahmen dieser Master-Thesis möchte ich daher den Fokus zunächst auf das subjektive Identitätsempfinden, beziehungsweise dessen Entwicklung, von trans*ident empfindenden Personen im Zuge eines therapeutischen Prozesses legen. Es geht mir um den psychotherapeutisch begleiteten „Suchprozess nach der subjektiven (Geschlechter*)Identität“ dieser speziellen Zielgruppe.

In der psychotherapeutischen Arbeit mit trans*ident empfindenden Personen kann die Auseinandersetzung mit der Geschlechter*zugehörigkeit für die Betroffenen zur Entscheidung für oder gegen geschlechtsanpassende Maßnahmen (Hormontherapie und/oder chirurgische Eingriffe) führen. Es sind nachhaltig körperverändernde oder invasive Schritte, die kaum bis nicht rückgängig zu machen sind. Dieser Umstand fordert von den Betroffenen eine Entscheidung mit hinreichender Entschlossenheit und Klarheit ein. Oft nimmt dieser Entscheidungsweg eine existenzielle Dimension an.

Die vorliegende Arbeit versucht im ersten Teil in das spezielle Feld der psychotherapeutischen Begleitung von trans*ident empfindenden Personen einzutauchen, um darin herauszufinden, wie Psychotherapeut*innen dabei konkret vorgehen. Es soll bewusst unmittelbar von der praxiologischen Ebene ausgegangen werden.

Im zweiten Teil wird versucht, die Erkenntnisse aus diesem speziellen Feld hinsichtlich ihrer Bedeutung für die psychotherapeutische Arbeit von Therapeut*innen mit Menschen ungeachtet ihres Geschlechter*identitäts-Empfindens zu interpretieren.

Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen für diese Arbeit:

- 1. Wie gehen Psychotherapeut*innen in der Begleitung von Menschen mit Geschlechter*identitätsfragen vor?**
- 2. Welche Implikationen lassen sich daraus für die Identitätsarbeit grundsätzlich und bezogen auf Trans*identität im Rahmen der Psychotherapie aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie ableiten?**

AUFBAU DER ARBEIT

Im nun folgenden Kapitel wird eine Auswahl an Identitäts- und Selbst-Theorien vorgestellt, die in späterer Folge relevant für die Diskussion der Forschungsergebnisse sein werden. Nach einer allgemeinen Einführung werden ausgewählte Themenbereiche aus dem speziellen Feld der Trans*gender-Psychotherapie eingehender dargelegt. Im Zuge der Literaturrecherche wurden drei Fachpublikationen zur Psychotherapie mit trans*ident empfindenden Personen mit Gestalttherapie-Bezug gefunden: Diese werden am Ende dieses Abschnitts in zusammengefasster Form vorgelegt.

Den Schwerpunkt dieser Arbeit bildet eine empirische Untersuchung in Form einer qualitativen Studie. Die Wahl der Forschungsmethode (problemzentrierte Interviews) sowie eine genaue Beschreibung der Versuchsdurchführung und das Procedere der anschließenden Datenauswertung werden dem Kapitel „ERGEBNISDARSTELLUNG“ (S. 37) vorangestellt.

Im Diskussionsteil werden Ergebnisse aus der Empirie mit Theorie zusammengeführt und erörtert. Hierin fließen bereits die Perspektiven und Ansichten des Autors mit ein.

Abschließend wird versucht, eine Conclusio aus der Arbeit zu ziehen. Zusätzlich wird „eine gesellschaftskritische Ermutigung“ formuliert. Limitationen und Ausblick für mögliche weiterführende Forschungsrichtungen bilden den Schlusspunkt dieser Arbeit.

THEORIE

In diesem Theorie-Teil der Arbeit wird zunächst der Begriff Identität aus der Perspektive der Integrativen Gestalttherapie beleuchtet. Anschließend wird ein Überblick zur Trans*identität im psychotherapeutischen Kontext dargelegt.

IDENTITÄT – EIN DSCHUNDEL AUS VERSCHIEDENEN KONZEPTEN?

Abhängig davon, von welcher Perspektive aus die Begrifflichkeit Identität betrachtet werden soll, sind die Ansätze der jeweiligen Wissenschaftsdisziplinen erwartungsgemäß äußerst heterogen (Petzold, 2012). Die Identität eines Menschen meint in der Außenbetrachtung zunächst „die einzigartige Kombination von persönlichen unverwechselbaren Daten eines Individuums“ (Seiffge-Krenke, 2012, S. 6). Psychologisch kann darunter „die einzigartige Persönlichkeitsstruktur einer Person, die aus den Beziehungen zu wichtigen anderen im Laufe des Lebens entstanden ist“ (ebd., S. 6) verstanden werden. Aus der subjektiven Perspektive des Individuums betrachtet wird Identität als „das Empfinden von Kohärenz und Kontinuität im Kontext der sozialen Bezogenheit“ (Ermann, 2011, zitiert nach Seiffge-Krenke, 2012, S. 8) erlebt. Neben der Geschlechtsidentität und der ethischen Identität werden das Selbsterleben in zeitlicher Kontinuität und die Wahrnehmung des *Selbst* im Raum über die Zeit und in unterschiedlichen sozialen Bezügen von Seiffge-Krenke benannt (2012). Identität nimmt dabei also Bezug auf das *Selbst* und ist nicht dasselbe (Bohleber, 1992, zitiert nach Seiffge-Krenke 2012). Das *Selbst*, worauf nun die Identität Bezug nimmt, bezeichnet lediglich eine Erfahrung und keine Entität; es sei für die Psychotherapie „wesentlich sich darüber klar zu sein, dass das *Selbst* nicht existiert“ (Nausner, 2020, S. 14).

Jüngst beschreibt Kronberger (2020, S. 64) die Beschäftigung mit den „Selbst- und Identitätskonzeptionen innerhalb der Tradition der Integrativen Gestalttherapie“ als eine Konfrontation „mit einem Dschungel aus verwirrenden, uneinheitlich gebrauchten Begriffen“. Die Autorin ordnet und skizziert dabei drei Hauptströmungen, wie *Selbst* und Identität konzeptionell unterschiedlich gedacht werden (Kronberger, 2020):

- Prozessual
- Strukturbezogen
- Transpersonal

Für die vorliegende Arbeit mit Empirie-Schwerpunkt wird bewusst nur ein Überblick auf ausgewählte Theorien gegeben, die dem Autor für die hier formulierte Forschungsfrage als relevant erscheinen. Zunächst werden die Begrifflichkeiten *relational* und *personal* gegenübergestellt. Das darauf folgende Kapitel versucht anhand einiger Entwicklungsmodelle verschiedener Autoren, den Prozesscharakter der Identitätsentwicklung aufzuzeigen. Im Anschluss folgt die Darstellung der gestalttherapeutischen Theorie des *Selbst* als Prozess und seiner zugehörigen Funktionen mit einem kleinen Exkurs über die Bewusstheit (*awareness*). Strukturbezogene und dialogische Betrachtungen des *Selbst* werden am Ende des Abschnitts vorgestellt.

RELATIONAL VERSUS PERSONAL

Ausgehend vom Verständnis der Kontaktprozesse formulierten die Begründer der Gestalttherapie das *Selbst* als Prozess (Perls, Hefferline & Goodman, 1951/2013). „Die psychologische Existenz entsteht also jeweils in den Wechselbeziehungen im Organismus-Umweltfeld“ (Gremmler-Fuhr, 1999b, S. 384). Aus der subjektiven Perspektive bedeutet das, „daß [sic] wir uns in Kontaktprozessen durch Abgrenzung vom Umweltfeld immer wieder erlebensmäßig selbst erschaffen“ (ebd., S. 384). Staemmler (2017) erkennt darüber hinaus die vielfältigen Zusammenhänge und Verhältnisse unseres *Selbst* in Bezogenheit auf die anderen und führt den Begriff „Interrelationalität“ ein – „Menschen können nur in Beziehungen zu anderen ihr jeweiliges Selbst entwickeln“ (E-Book-Position 244). Nach Yontef „ist das Wesen des Selbst relational“ (1999, S. 7) und er spricht dabei von einer „Entwicklung in Richtung auf eine relationale Gestalttherapie“ (ebd., S. 7). Die Definition des „nicht-dinghaften, im Prozeß [sic] immer wieder in Erscheinung tretenden, flüchtigen und offensichtlich doch konsistenten Selbst“ (Gremmler-Fuhr, 1999b, S. 385) erscheint nicht fassbar und

steht entgegen unserem Erleben, dass wir „ein Empfinden von uns selbst, das kontinuierlich und in sich konsistent ist“ (ebd., S. 385) haben und bereitet auf der theoretischen Ebene immer wieder kontroversielle Auseinandersetzungen (Höll, 2017). So erscheinen einerseits das konsistente Selbstempfinden, also das personale *Selbst*, und das Selbsterleben unmittelbar in und während Kontaktprozessen, also das relationale *Selbst*, im scheinbaren Widerspruch zueinander.

PROZESS- UND ENTWICKLUNGSVERSTÄNDNIS

Die Identitätsentwicklung ist ein lebenslanger Prozess (Petzold, 2003). Im entwicklungspsychologischen Verständnis hatte beispielsweise Erikson (1966/1973) in seinem Acht-Stufen-Modell versucht die spezifischen Dynamiken der identitätsbezogenen Lernschritte als voneinander unterscheidbare Wachstumskrisen im Sinne von Auseinandersetzung des Individuums zwischen eigenen Bedürfnissen und Wünschen mit den sich ständig verändernden Anforderungen des Umfeldes zu charakterisieren. Robert Kegan (1986/2011) berücksichtigte in späterer Folge den fortwährenden Fortschritt und das Wachstum des Individuums in seinem Entwicklungsmodell, und sieht darin im Gegensatz zu Erikson eher eine dynamischere, weniger statische Identitätsentwicklung vor. Als eine Art Weiterentwicklung gedacht, um als Entwicklungsmodell auf die immer dynamischer erscheinende Passungsarbeit in der Konstitution der subjektiv empfundenen Identität zu antworten, könnte die Definition des deutschen Soziologen Heiner Keupp verstanden werden: Er führt den Begriff der *Patchwork-Identität* ein, womit die prozessuale Identitätsarbeit und laufende Identitätskonstruktion zur Aufrechterhaltung von Kohärenz und Selbstanerkennung verdeutlicht werden soll (Keupp et al., 2009).

FUNKTIONEN DES SELBST IM KONTAKTPROZESS

Dabei bietet die Gestalttherapie mit Ihrer „Gründungsschrift“ bereits einen Modellansatz für ein Konzept für die Identitätsbildung als permanenten Anpassungsprozess. Die Funktion der schöpferischen Anpassung wird unmittelbar als

Selbst verstanden. „Das Selbst *ist* [Hervorhebung v. Verf.] das System der schöpferischen Anpassung“ (Perls et al., 1951/2013, S. 49) des Individuums im Organismus-Umweltfeld. „Die Feldorientierung bezieht sich nicht nur auf das Organismus-Umweltfeld im Sinne der Austauschprozesse mit der Außenwelt, sondern auch auf die Innenwelt des Organismus, auf intrapsychische bzw. intra-organismische Kontaktprozesse zur Erhaltung der Ich-Identität der Person“ (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017, E-Book-Position 1271). Für die Realisierung des *Selbst* in verschiedenen Phasen des Kontaktprozesses werden drei Funktionen definiert, die Es-, die Ich- und die Persönlichkeitsfunktion (Perls et al., 1951/2913). Diese sind nicht als Instanzen gedacht, sondern dezidiert als Funktionen, (Gremmler-Fuhr, 1999b), oder, wenn man so möchte, als eine Beschreibung der Prozess-Abläufe (Abbildung 1).

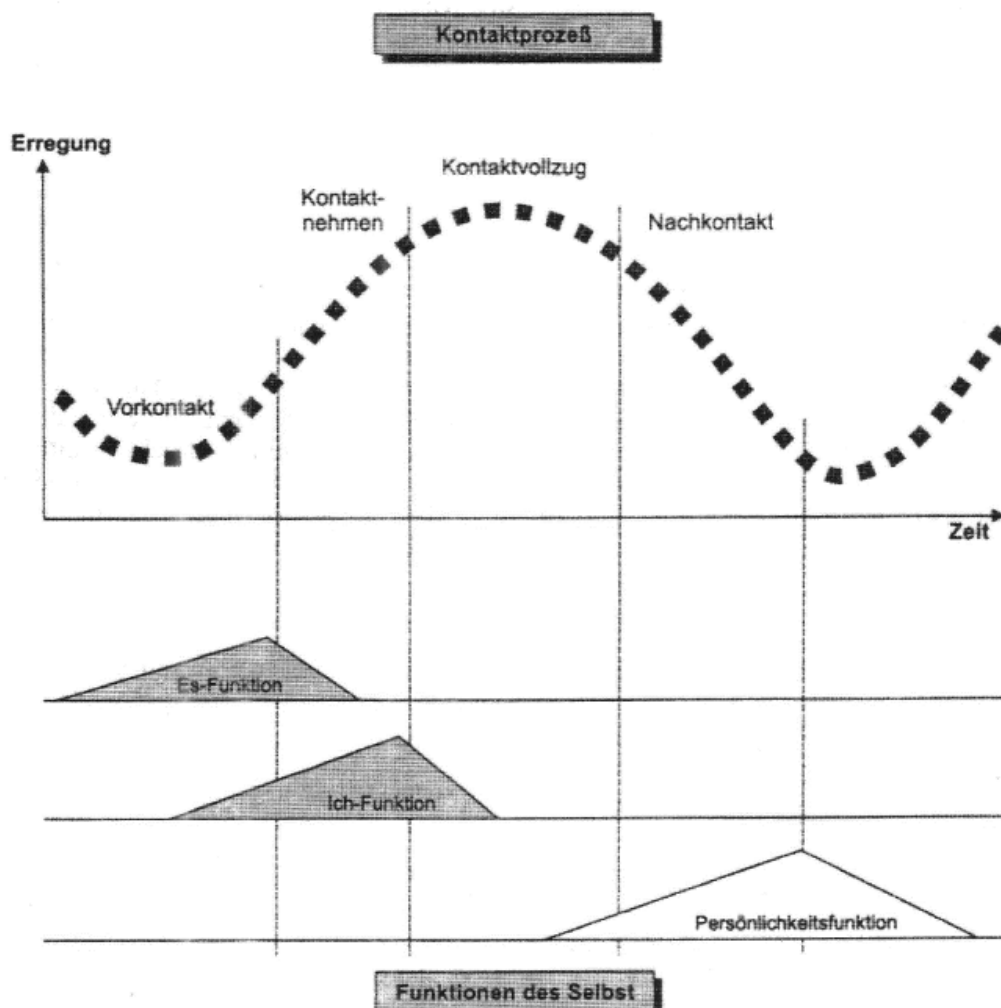


Abbildung 1. Kontaktprozess und Funktionen des *Selbst* (Gremmler-Fuhr, 2001, S. 388)

Die *Es-Funktion* zeigt in unkonkreter Form ein Bedürfnis für einen Kontakt auf und steht zeitlich am Anfang eines Kontaktzyklus'. Die *Ich-Funktion* beschreibt die Eigenschaft des *Selbst*, auszuwählen oder zurückzuweisen; sie ist unmittelbar an der Grenzbildung für den Kontaktvollzug beteiligt und ist daher bewusst und aktiv. Die *Persönlichkeitsfunktion* schließlich ist „das System der Haltungen, die man in zwischenpersönlichen Beziehungen einnimmt; es sind die Annahmen darüber, wer man ist; diese bilden eine Grundlage für mögliche Erklärungen des eigenen Verhaltens, wenn man danach gefragt würde“ (Perls et al., 1951/2013, S. 223-224). Dazu Gremmler-Fuhr: „Die Persönlichkeitsfunktion ist also in erster Linie ein verbales Abbild des Selbst, sie antwortet auf die Frage: ‚Wer bist Du?‘ einschließlich dessen, was man gelernt hat und was man kann“ (1999b, S. 338). Sie umfasst „die Fähigkeit Erfahrungen zu integrieren, aus Erfahrungen zu lernen ... und zu sagen: Dies bin ich nun“ (Schneider, 1999, S. 992). Dazu Nausner: „Die *Persönlichkeitsfunktion des Selbst* ... könnte als überdauernde Identitätsaspekte verstanden werden, die das Selbst mit Hilfe seiner Ich-Funktion in seiner Auseinandersetzung mit der Umwelt bildet – auch das könnte als Wachstum des Organismus verstanden werden“ (2018b, S. 126).

Um diese Funktionen wieder in Bezug zu relationalem und personalem *Selbst* zu bringen, könnte es so ausgelegt werden, dass in den jeweiligen Kontaktprozessen wo Austausch und Wachstum passieren, das relationale *Selbst* sich dabei in Relation zum Umweltfeld in situ konstituiert. Und währenddessen wird fortlaufend ein gewisses Maß an Konsistenz und Kontinuität als einheitliche Struktur erkennbar, was vom Individuum als Identitätserleben, also auch als personales *Selbst*, aufgefasst werden kann.

Exkurs: Bewusstheit

An dieser Stelle erscheint es wichtig, das theoretische Verständnis der Integrativen Gestalttherapie des Begriffs *awareness* bzw. Bewusstheit hier zu ergänzen. Diese „Wachheit für die unmittelbaren Erfahrungen im Organismus-Umweltfeld“, wie Gremmler-Fuhr (1999b, S. 380) formuliert, ermöglicht dem Individuum im Zuge des Kontaktprozesses Veränderungen und Wachstum zu realisieren, was wiederum die Voraussetzung für das Identitätsempfinden darstellt.

„Höll (2017) schlägt [in ihrer theoretischen Auseinandersetzung] vor, den Begriff des Selbst durch ‚subjektives Bewusstsein‘ zu ersetzen“ (Nausner, 2018b, S. 124). „Die Bewusstheit ist in ihrer besten Form ein stets vorhandenes Mittel, über sich selbst auf dem laufenden [sic] zu bleiben“ (Polster & Polster, 1983, S. 197).

Gremmler-Fuhr (1999b) differenziert zwei unterschiedliche Modi, analog zu den Erkenntnissen fernöstlicher Bewusstseinsforschung des Begriffs Bewusstheit, in *Achtsamkeit* und *Gewahrsein*. Zusätzlich wird noch der mittlere Modus definiert. Alle Bewusstseinsmodi werden zusammen als *Gestaltbewusstsein* bezeichnet.

Achtsamkeit ist eine gerichtete Aufmerksamkeit auf das unmittelbar Wahrzunehmende; auf Empfindungen, Gefühle, Vorstellungen und Gedanken. Sie ist im Verständnis der Figur-Hintergrund-Dynamik der Gestaltpsychologie auf das Vordergründige, auf die Figurbildung ausgerichtet.

Gewahrsein hingegen ist als Gegensatz das gesamte Feld wahrnehmend und nicht auf Einzelheiten gerichtet. Es ist deswegen mehr durch relative Unschärfe gekennzeichnet und erfasst dabei Strukturen, Muster und Zusammenhänge – also mehr im Bereich des Hintergrundes im Figur-Hintergrund-Geschehen.

Mittlerer Modus kennzeichnet Perls nach Philosophie Salomo Friedländers den prä-differenten Zustand, bevor es zu einer Differenzierung kommt, wo zugleich auch Widersprüche und Ambivalenzen nebeneinander existieren können. Es ist sozusagen der Wahrnehmungszustand *vor* oder *zwischen* der Achtsamkeit und dem *Gewahrsein*. Perls beschreibt diesen Zustand als eine Eigenheit des Selbst, sie ist gekennzeichnet durch kreative Spontaneität und dem Schöpferischen (Perls et al., 1951/2013).

STRUKTURBEZOGENE BETRACHTUNG

Um Phänomene des Überdauerns im Theoriemodell einerseits besser darstellbar machen zu können (Kronberger, 2020) und zugleich eine Anschlussmöglichkeit zu modernen psychodynamischen Konzeptionen wie OPD-Strukturdiagnostik (Arbeitskreis OPD, 2014) zu ermöglichen und andererseits auch um Ergebnisse aus

der Säuglings- und Bindungsforschung berücksichtigen zu können, „orientiert sich die Integrative Gestalttherapie am persönlichkeits-theoretischen Modell Petzolds (Selbst-Ich-Identität)“ (Nausner, 2018b, S. 127). Votsmeier-Röhr und Wulf (2017) bescheinigen ebenfalls die prinzipielle Kompatibilität der Gestalttherapie zur OPD-Struktur-Konzeption.

Die Persönlichkeitstheorie der Integrativen Therapie von Petzold bezieht sich auf die anthropologischen Grundannahmen über Leiblichkeit, Korrespondenz [sic] und den szenischen Charakter von Erleben und Verstehen (Bühnenmodell) (Rahm, Otte, Bosse & Hollenbach, 1993). Bei Petzold findet sich das Leib-Selbst, Ich und Identität, um die Entwicklung der Persönlichkeit und die entwickelte Persönlichkeit zu beschreiben. Diese Dimensionen sind in einer Dialektik von Prozess und Struktur zu denken. (Kronberger, 2020, S. 76)

Für Yontef baut die Gestalttherapie „auf der feldtheoretischen Vorstellung auf, daß [sic] Struktur und Funktion untrennbar verbunden sind und daß [sic] menschliche Strukturen Prozeßcharakter [sic] haben“ (1999, S. 185) – zugleich gebe es keinen Zweifel, dass „stabile Strukturen existieren, aber „sie werden theoretisch als Prozesse gefaßt [sic]“ (ebd.).

Klampfl (2020) fasst in einer Graphik für einen Fachvortrag (Darstellung in Kooperation mit Hochgerner) das Selbst-Ich-Identitätsmodell Petzolds (2003) unter Berücksichtigung der Entwicklungspsychologie Daniel Sterns (2007) mit Verweis auf die OPD-2-Strukturdimensionen wie folgt zusammen (Abbildung 2):

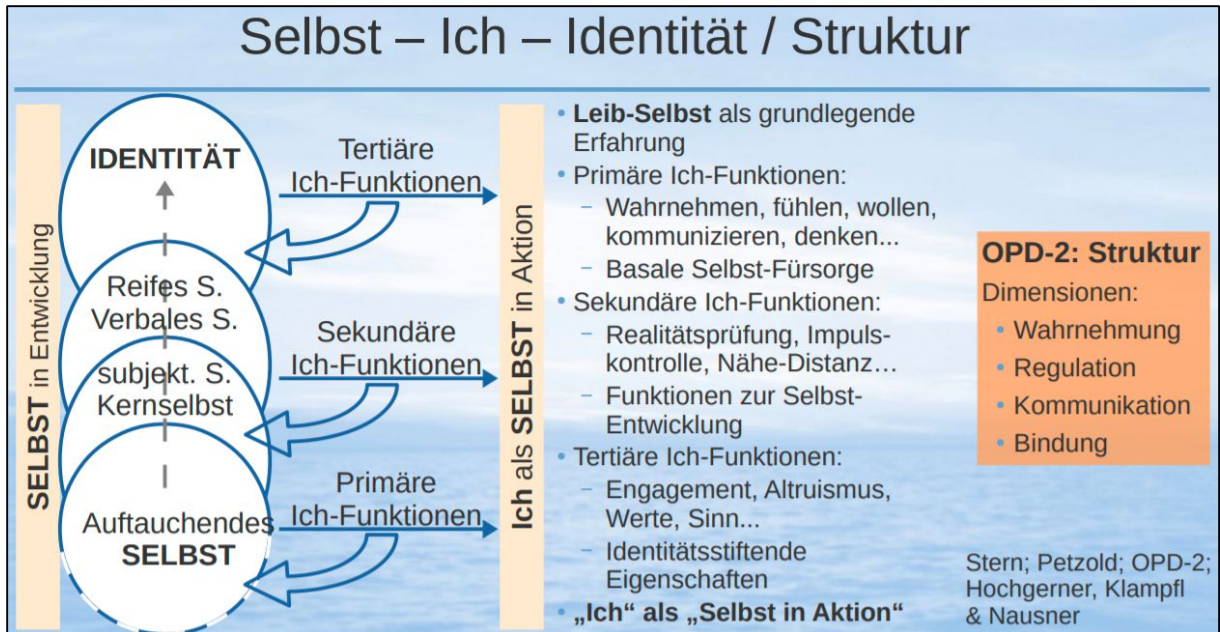


Abbildung 2. Selbst-Ich-Identität, dargestellt von Klampfl (2020, S. 18)

Aus Erkenntnissen der Säuglingsbeobachtungsforschung unterteilt Stern (2007) die Selbst-Entwicklung in fünf aufeinander aufbauende Phasen (vgl. Abbildung 2, links). In den jeweiligen Abschnitten sind die Ausbildung und Entwicklung der Ich-Funktionen zentral (Petzold, 2003). Abbildung 2 gibt die strukturbezogene Betrachtung der Selbst-Entwicklung wieder und ermöglicht dabei die Anschlussfähigkeit zur psychodynamischen OPD-2-Struktur-Konzeption (die OPD-2-Strukturdimensionen wurden zur besseren Verständlichkeit im Vortrag in der Graphik von Klampfl leicht umformuliert und zusammengefasst). Die Ausbildung des Identitätsempfindens („identitätsstiftende Eigenschaften“) wird den tertiären Ich-Funktionen zugeordnet.

Identität ist das Bild und das Gefühl, das ich von ‚mir selbst‘ habe. Es entsteht dadurch, daß [sic] ich *mich* sehe, fühle, bewerte, vergleiche, Entwürfe von mir mache, Rollen übernehme usw., und dadurch, daß [sic] ich *von anderen* gesehen werde, daß [sic] sie auf mich gefühlsmäßig reagieren, mich bewerten, vergleichen, Entwürfe von mir machen und mir Rollen zuschreiben. Identität ist also immer doppelt-gesichtig: *Ich sehe mich und werde gesehen*. (Rahm et al., 1993, S. 148)

Im Modell der Persönlichkeitstheorie Petzolds wird das Entwicklungsgeschehen zugleich als Sozialisationsprozess in komplexen Lebenslagen aufgefasst (Abbildung 3). In der koreflexiven und koemotiven Korrespondenz mit Anderen entsteht Identität (Petzold, 2003). Der Kontext und die konkrete Lebenslage werden als „Fünf Säulen der Identität“ beschrieben. Die fünf Bereiche fungieren als tragende Stützen für die Identität: Leiblichkeit, soziales Netz/Sozialwelt, Arbeit/Leistung/Freizeit, materielle Sicherheit und der Bereich der Werte. In diesen fünf voneinander abhängigen Lebensbereichen entwickeln Menschen ihre Identität (Petzold, 1975; Petzold & Orth, 1994, zitiert nach Petzold 2003).

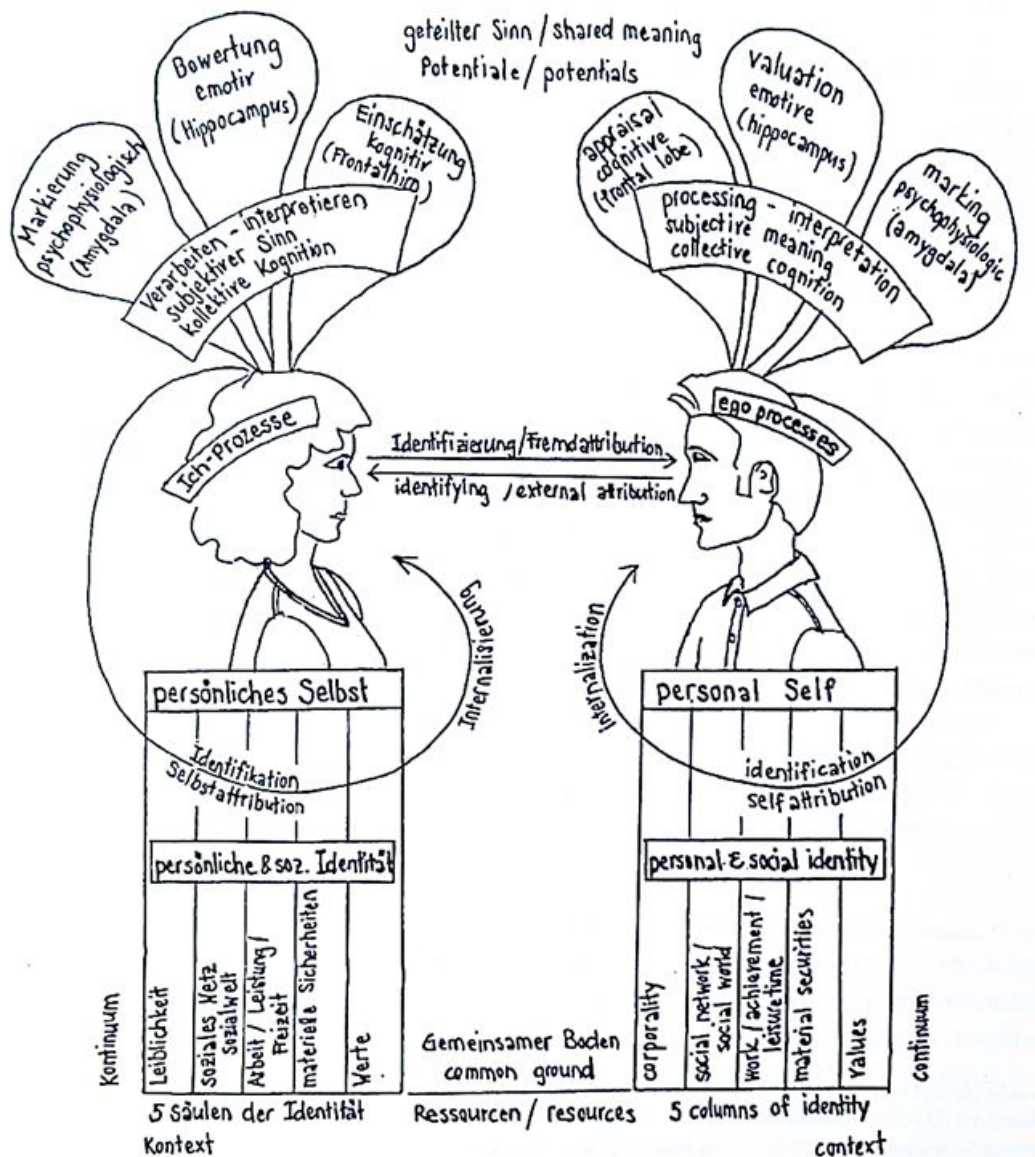


Abbildung 3. Das Subjekt als personales System: Selbst-Ich-Identität (Petzold, 1998, S. 371, zitiert nach Petzold, 2003, S. 73)

DIALOGISCHE BETRACHTUNG

Albrecht Boeckh konstatiert in humanistischen Psychotherapie-Schulen das Verständnis, dass der Mensch nach „Entfaltung des wahren Selbst“ strebe, was wiederum als „eine Metapher für ein Gefühl von Stimmigkeit, im Einklang mit sich selbst zu sein“ (2019, S. 7) ausgelegt werden kann. Die Entwicklung des *Selbst* gehe also über den unmittelbaren Selbsterhalt (Selbstfunktionen als Kontaktprozess: Es-, Ich- und Persönlichkeitsfunktionen) hinaus, hin zur „Selbstwerdung in der Begegnung“. Damit folgt er der philosophischen Ausrichtung der Gestalttherapie im Sinne von Martin Bubers dialogischem Prinzip des „Ich und Du“. Staemmler betrachtet das *Selbst* ebenfalls dialogisch und findet in seinen Ausführungen neben dem Charakter der Prozesshaftigkeit des *Selbst* („Nicht-Dinglichkeit“) vor allem, wie „das Selbst und die Anderen auf vielfältige Weise miteinander verflochten“ (2015, S. 363) sind.

Als Ergänzung zu den Selbstfunktionen der Gestalttherapie, so Boeckh, sei eine *soziale und umweltbezogene Funktion des Selbst* zu erweitern (2019, 2020). Er rückt damit die Beziehungsgestaltungen des Individuums zu anderen Menschen und zu sich selbst in den Mittelpunkt seiner Betrachtung: Sie „bilden in ihrer biographischen Entwicklung den Kern des ‚Selbst‘, seiner dialogischen Struktur, seiner Funktionen und Prozesse“ (Boeckh, 2019, S. 17). Als Visualisierung werden die vier Funktionen des *Selbst* im Kontaktprozess von Boeckh (2020) wie folgt dargestellt (Abbildung 4):

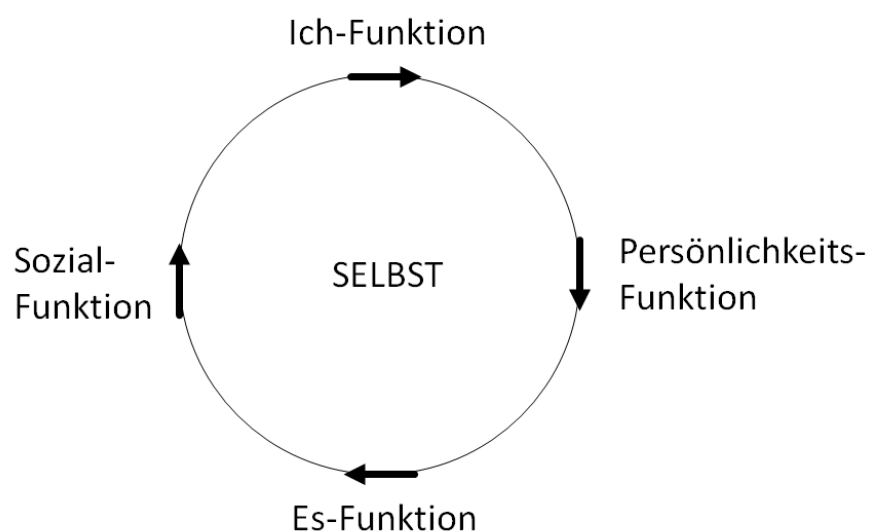


Abbildung 4. Funktionen des *Selbst* im Kontaktprozess (Boeckh, 2020, S. 119)

Die von ihm postulierte dialogische Struktur des *Selbst* stellt den Zusammenhang von „lebensgeschichtlichen Kommunikationserfahrungen mit der Entwicklung des ‚Selbst‘, als Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl, Kontakt- und Abgrenzungsfähigkeit und seine möglichen Störungen“ (Boeckh, 2019, S. 18) in Folge dar. Die dialogische Struktur beschreibt somit das intersubjektive *Selbst* und unterscheidet dabei konzeptionell zwischen „Ich“ und „Selbst“, in Anlehnung an die Definition von *I* und *me* bei James bzw. Mead (1909 und 1969, zitiert nach Boeckh, 2019). Das *Ich* ist a priori auf Objekte gerichtet agierend und erlebend zugleich; und das *Selbst* entsteht durch die Verinnerlichung der dialogischen Beziehungen intersubjektiv. (Boeckh, 2019; Kronberger, 2020). „Das Ich richtet sich an den anderen/das andere, das *Selbst* umfasst das Ich und den anderen/das andere. Im *Selbst* ist die Gesamtheit der Erfahrung aufgehoben. Ich und anderer, Ich und Welt, so wie sie jeweils erlebt werden, sind Teile des *Selbst*“ (Boeckh, 2019, S. 39). Diese doppelte Identifikationsmöglichkeit stellt keine Redundanz dar, vielmehr stellt sie die Grundlage des Selbstbewusstseins dar, also die „Fähigkeit, sich selbst aus der Perspektive des anderen wahrzunehmen und mit sich selbst in Dialog zu treten“ (ebd.).

Zusammengefasst und ergänzend berücksichtigt Boeckhs Verständniszugang die a priori Intersubjektivität des *Selbst*:

- Soziale Dimension des *Selbst* („Spiegel-Selbst“): „Das Ich existiert ... nur in Bezug auf die anderen. ... Das Selbstgefühl hängt demnach davon ab, wie wir glauben, dass uns die anderen sehen“ (Cooley, 1902, zitiert nach Boeckh, 2019).
- Die Erweiterung der sozialen Dimension des *Selbst* durch Mead: „Durch die Übernahme der Rolle des anderen, dadurch dass sich ein Mensch mit den Augen des anderen sehen lernt, dessen Haltung sich selbst gegenüber einnimmt, entsteht Selbst-Identität, Selbstbewusstsein“ (Mead, 1969, zitiert nach Boeckh, 2019).
- Bubers Konzept der „Ich-Du-Beziehung“ (1979, zitiert nach Boeckh, 2019).
- Fuchs' Konzept, bei dem das *Selbst* als ein „Beziehungsorgan“ zu begreifen sei. (2008, zitiert nach Boeckh, 2019).

- Erkenntnisse aus der modernen Neuropsychologie über die Funktion der Spiegelneuronen (Rizzolatti & Sinigaglia, 2008, zitiert nach Boeckh, 2019).

In Abbildung 5 werden die laufenden Austauschprozesse (Kommunikation) als Schema dargestellt. Die verinnerlichten Dialoge aus der Vergangenheit als Erfahrung werden in der Begegnung nach außen projiziert (Phänomen der Übertragung) und zugleich werden laufend äußerlich erlebte Dialoge verinnerlicht (Assimilation, Introjektion):

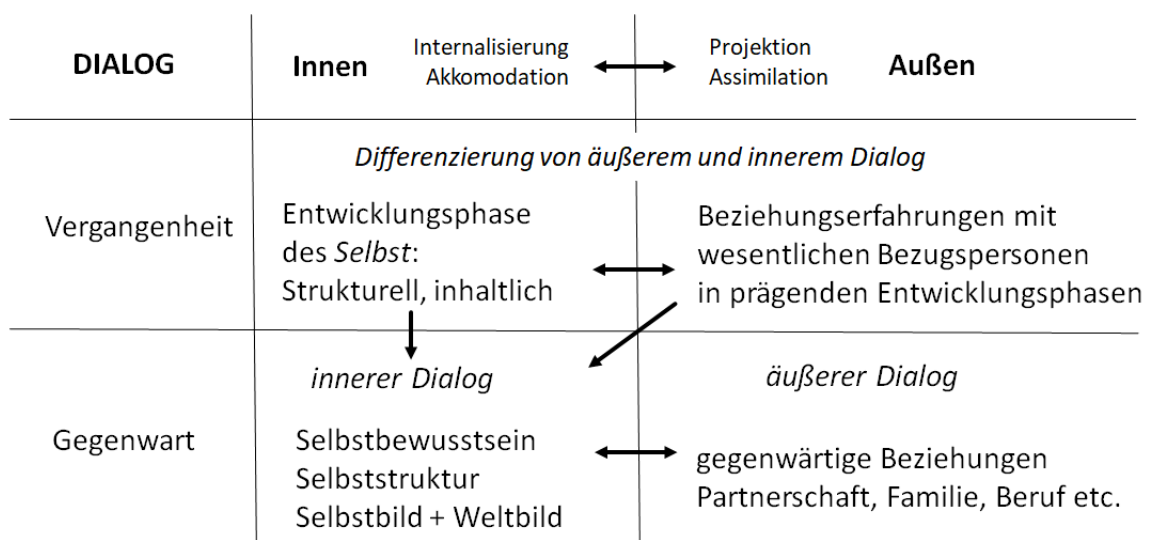


Abbildung 5. Die dialogische Struktur des *Selbst* (Boeckh, 2020, S. 118)

Spezifisch zur Bildung der Identität, so Boeckh, sei dies eine der fünf Dimensionen des *Selbst*: „Das *Selbst* [sei] als der Teil des Seelischen, mit dem ich mich identifiziere – die *Selbstrepräsentanzen* – der ‚Ordner auf der Festplatte‘ mit dem Titel: *Ich-selbst*. Dieses *Selbst* stellt die Grundlage der Identität einer Person dar“ (2019, S. 24).

Darüber hinaus bemerkt Boeckh zur Identitätsarbeit folgendes:

Das *Selbst* [umfasst auch] ...das Feld als soziale Dimension und die Summe der vorherigen dialogischen Erfahrung als biografische Dimension. ... [Es] ist ... im therapeutischen Arbeiten geboten, Methoden der Sozialanalyse und der Biographie-Arbeit einzusetzen. Das widerspricht in keiner Weise

einem lebendigen Kontakt im Hier und Jetzt, sondern gibt ihm Hintergrund und Tiefe. (2019, S. 40)

TRANS*IDENTITÄT

Im diesem theoretischen Abschnitt wird versucht, das „Feld“ der Therapeut*innen zu skizzieren, die mit Klient*innen mit Trans*identitätsthematiken zusammenarbeiten. In der therapeutischen Begleitung von trans*identen Personen gibt es eine große Bandbreite (Rauchfleisch, 2019). Abhängig davon, in welchem Transitionsstadium sich die Betroffenen gerade befinden, werden jeweils spezifische Therapie-Themen und Bedürfnisse vordergründig. Absicht des Autors hierfür ist nicht, alle Bereiche abzudecken – dem Forschungsinteresse folgend liegt der Fokus auf jenen Bereichen, die für die Auseinandersetzung mit den Geschlechter*zugehörigkeitsfragen der Betroffenen relevant erscheinen. Eine zusätzlich spezielle Konstellation stellt der Bereich von Kindern und Jugendlichen mit Trans*identitätsthemen dar (Bastian, 2019; Preuss, 2019) – daher wird hier bewusst verzichtet, darauf Bezug zu nehmen.

Das Phänomen der Trans*identität beschreibt Kunert als konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz:

Bei Transsexualität besteht eine Diskrepanz zwischen dem an sich selbst wahrgenommenen Körperbild und dem im Gehirn verankerten und angeborenen Körperschema. Genau genommen handelt es sich um eine systemische Inkonsistenz von Körperschema und Körperbild. Aufgrund dieser biologischen Besonderheit kann das Körperbild nicht erfolgreich in ein kongruentes Selbstmodell eingebettet werden, so wie es im Normalfall geschieht. Die daraus entstehende Inkongruenz muss folglich als konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz bezeichnet werden, weil sie unabhängig von sozialen oder psychischen Konflikten kommunikationsunabhängig entsteht und besteht. (2016, S. 617)

Diese Inkongruenz erfordert in allen Lebensbereichen permanent Anpassungsleistungen und kann beeinträchtigend auf die Identitätsentwicklung wirken

(ebd.). Güldenring (2009) unterteilt ideal-modellhaft die Entwicklungsprozesse von trans*ident empfindenden Menschen in sechs Phasen und ordnet den jeweiligen Etappen zudem spezifische innerpsychische Konfliktthemen zu (siehe Unterkapitel). Dabei bleibt, meines Erachtens, in allen sechs Phasen die Frage der Identität wesentlich und bildet im Grunde genommen den Ausgangspunkt der Auseinandersetzung. Das Themenfeld der Trans*identität unterscheidet deutlich von anderen Identittsentwicklungsprozessen, dass für Trans*menschen mit binärer Geschlechtszuordnungskonzeption irgendwann die Entscheidung für oder gegen einen physiologisch-körperlichen Veränderungsprozess (Hormontherapie, chirurgischer Eingriff) ansteht. Dieser „point of no return“ fordert zwangsläufig eine hohe Gewissheit und Sicherheit hinsichtlich der zu treffenden Entscheidung ein. Die Aufgabe der Psychotherapie lautet in diesen Belangen also: bestmögliche Begleitung dieser Menschen bei der Überprüfung der inneren Stimmigkeit betreffend ihre (Geschlechter*)Identität und bei der Einschätzung der Konstanz ihres Identittsgeschlechts (Rauchfleisch, 2019).

In der Literatur wird umfassend über die schwierigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und die daraus resultierende Diskriminierung und Gewalt gegen trans*ident empfindende Personen berichtet (Wolf & Meyer, 2017; Günther et al., 2019) – nicht zuletzt kann es in der Psychotherapie auch um mögliche verinnerlichte Trans*phobien der Betroffenen gehen. Rauchfleisch (2019) erklärt die Ursache für diese Ablehnung mit der Angst der überwiegenden Mehrheit der Gesellschaft, weil die Gewissheit der Cis-Menschen über die binäre Geschlechtskonzeption erschüttert werden würde – daher sei es nicht verwunderlich, so Rauchfleisch, dass „Trans*menschen mit nichtbinren Identitäten besonders vehemente Ablehnung erfahren“ (2019, S. 67). Diese Sicht teilt auch Günther et al.: Somit stelle „eine trans*respektvolle Haltung ... das unverzichtbare Grundgerüst jeder Gesundheitsdienstleistung gegenüber trans* Personen [sic] dar“ (2019, S. 192). Rauchfleisch (2019) plädiert darüber hinaus gar für das Einnehmen einer trans*affirmativen Haltung abseits jeglicher Pathologisierung (Silbermayr, 2018). Bemerkenswertes Detail dazu: Ausgerechnet Gestalttherapie findet als Gesamtvertreterin für den Humanistischen Psychotherapie-Cluster in punkto affirmativer Zugänge zur Psychotherapie bei Wolf & Mayer (2017) explizit Erwähnung.

Der Ausgangspunkt für die Arbeit mit Trans*personen beginne im Vorfeld bereits bei den Psychotherapeut*innen selbst. Es bedürfe dazu persönlicher Auseinandersetzung seitens der Therapeut*innen mit Geschlechter*thematiken, um daraus die oben benannte, für Trans*personen unterstützende Haltung entwickeln zu können (Wolf & Meyer, 2017; Günther et al., 2019). Mehrfach findet sich in der Literatur die Schilderung eines Gefühls der Verwirrung und Verunsicherung als Gegenübertragungsphänomen auf Seiten der Therapeut*innen (Güldenring, 2009; Günther, 2015; Günther et al., 2019), was wiederum auf den Bedarf an weiterführender Selbsterfahrung und Reflexion der eigenen Wertesysteme und Haltung auf der Therapeut*innen-Seite hindeuten könnte. Nicht zuletzt und wesentlich gehe es hier um die gelungene Gestaltung der therapeutischen Beziehung (Günther, 2015).

In den folgenden Unterkapiteln werden zunächst die diagnostischen Einordnungssysteme und deren Entwicklung beschrieben. Die aktuelle Versorgungssituation und Behandlungsrichtlinie in Österreich für trans*idente Personen, wenn sie sich für einen Transitionsweg entscheiden, wird darauffolgend dargelegt. Das Schema des 6-Phasen-Modells von Güldenring (2019) schließt als Kapitel danach an und bietet dazu einen Überblick über mögliche Entwicklungsthemen für Trans*personen in verschiedenen Stadien ihrer Transition. Als Abschluss dieses Abschnitts wird ein Überblick der vom Autor gefundenen Veröffentlichungen zum Thema Trans*identität mit Gestalttherapie-Bezug vorgestellt.

DIAGNOSTISCHE ENTWICKLUNG UND EINORDNUNG

Im aktuell gültigen Diagnosemanual der Weltgesundheitsorganisation ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2014) wird „F64.0 Transsexualismus“ unter „F64 Störungen der Geschlechtsidentität“ angeführt, eingeordnet in der Gruppe der „F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“. Als Diagnosekriterium wird u.a. eine andauernde trans*sexuelle Identität von mindestens zwei Jahren definiert. Zusätzlich ist eine Abgrenzung vorzunehmen, dass der vorliegende Trans*sexualismus „nicht Symptom

einer anderen psychischen Erkrankung, wie z.B. einer Schizophrenie“ (Dilling & Freyberger, 2014, S. 259) ist.

Anhand der Entwicklung der diagnostischen Kriterien ist eine Entwicklung hin zur Entpathologisierung des Phänomens der Trans*identität nachvollziehbar. Für den ab 2022 in Kraft tretenden ICD-11 fällt „Transsexualismus“ als Begriff – es wird dafür „Geschlechtsinkongruenz“ als Definition angewendet und die Einordnung erfolgt unter der Gruppe der „Conditions of sexual health“ (Rauchfleisch, 2019).

Durch Formulierung der Bezeichnung ‚Gender Incongruence‘ (Geschlechtsinkongruenz) im neu geschaffenen Kapitel ‚Conditions related to sexual health‘ (Probleme/Zustände im Bereich der sexuellen Gesundheit) ist ein wesentlicher Schritt in Richtung Entpathologisierung getan. Dies ist insofern von großer Bedeutung, als die bisherige Diagnose ‚Transsexualismus‘ in die Rubrik der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen fällt und dadurch maßgeblich zur Stigmatisierung und zur gesellschaftlichen Marginalisierung von Trans*menschen beigetragen hat. Außerdem rekuriert die Diagnose Geschlechtsinkongruenz nicht auf ein Zweigeschlechter*modell und stellt auch insofern einen Fortschritt gegenüber der früheren Diagnose ‚Transsexualismus‘ dar. (Rauchfleisch, 2019, S. 14-15)

Ähnliches ist bei der Entwicklung des US-amerikanischen Diagnosesystems DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) zu beobachten. „Transsexualismus“ wurde 1980 erstmalig ins DSM-III unter „Psychosexuelle Störungen“ aufgenommen; 1994 wurde im DSM-IV die Bezeichnung „Störungen der Geschlechtsidentität“ unter „Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen“ eingeordnet. Erst 2013, mit DSM-5, fällt der Störungsbegriff und die Diagnose „Genderdysphorie“ kommt zur Anwendung. „Damit wird signalisiert, dass nicht die Identität krankhaft ist, sondern bei einer gegengeschlechtlichen Identifikation ein Unbehagen (‚Dysphorie‘) wegen der Diskrepanz zwischen dem biologischen Geschlecht und der der Biologie nicht entsprechenden Identität besteht“ (Garcia et al., 2014, zitiert nach Rauchfleisch, 2019, S. 16).

BEHANDLUNGSSITUATION IN ÖSTERREICH

Die aktuell für Österreich gültige Behandlungsempfehlung für Erwachsene „für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus“ des Gesundheitsministeriums stammt aus dem Jahr 2017 (Sozialministerium, 2017a). Es handelt sich um eine neue Überarbeitung einer Vorversion, die von einer vom Gesundheitsministerium einberufenen, multiprofessionellen und interdisziplinären Expert*innengruppe erarbeitet wurde. Sie berücksichtigt dabei die Änderungen der Diagnose-Kriterien der aktuell gültigen DSM-5 und ICD-10. Sie richtet sich an alle am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen, definiert aber für die gesetzlichen Krankenversicherungen keine Leistungspflichten.

Vor einer etwaigen Hormonbehandlung oder einem operativen Eingriff ist ein vorgegebener „diagnostischer Prozess“ zu durchlaufen. Als Aufgabe für den diagnostischen Prozess ist neben der Diagnoseerstellung eine Beschreibung der psychosozialen, gesundheitlichen Situation vorzusehen. Wesentlich ist auch darin festzuhalten, ob eine etwaige bestehende Trans*identität mit „sehr großer Wahrscheinlichkeit“ als dauerhaft einzustufen wäre. Es werden Stellungnahmen von drei Berufsgruppen parallel benötigt. Die Ergebnisse der psychiatrischen, klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Diagnostik sind dann von einer fallführenden Vertretungsperson in eine Stellungnahme zusammenzuführen. Die Fallführung kann dabei von den Klient*innen bestimmt werden und soll eine von den bereits eingebundenen Fachkräften sein. Erst mit diesem Konsensbeschluss wird eine Hormonbehandlung oder ein operativer Eingriff zugänglich. Vor den jeweiligen medizinischen Schritten wiederum ist erneut ein Konsensbeschluss von zwei Berufsgruppen (psychiatrische Untersuchung mit einer psychotherapeutischen oder klinisch-psychologischen Stellungnahme) einzuholen.

Als Ziel der Behandlung wird in der Handlungsempfehlung „eine Verbesserung der psychischen und sozialen Situation (z.B. Selbstfürsorge, Arbeitsfähigkeit, Entwicklung tragfähiger Lebens- und Beziehungsperspektiven, realistische sexologische Erwartungshaltung etc.), sowie die Stärkung der Identität der Patientin/des Patienten“ (Sozialministerium, 2017a, S. 4) angeführt. An dieser Stelle erscheint es wichtig zu erwähnen, dass die Bedingung für einen medizinischen

Behandlungszugang bis 2014 noch mit einer Psychotherapie im Ausmaß von mindestens 50 Sitzungen oder für mindestens ein Jahr lang verknüpft war, unabhängig von der konkreten Situation der jeweiligen Betroffenen („Zwangskontext“?). Dennoch, da psychotherapeutische diagnostische Stellungnahmen in der aktuell gültigen Behandlungsempfehlung nach wie vor verpflichtend vorgesehen sind, kann die Psychotherapie nicht als „ganz freiwillig“ betrachtet werden (TransX, 2020, zitiert nach Franz, 2020).

Eine schematische Darstellung der oben geschilderten Abläufe ist folgend in Abbildung 6 dargestellt.

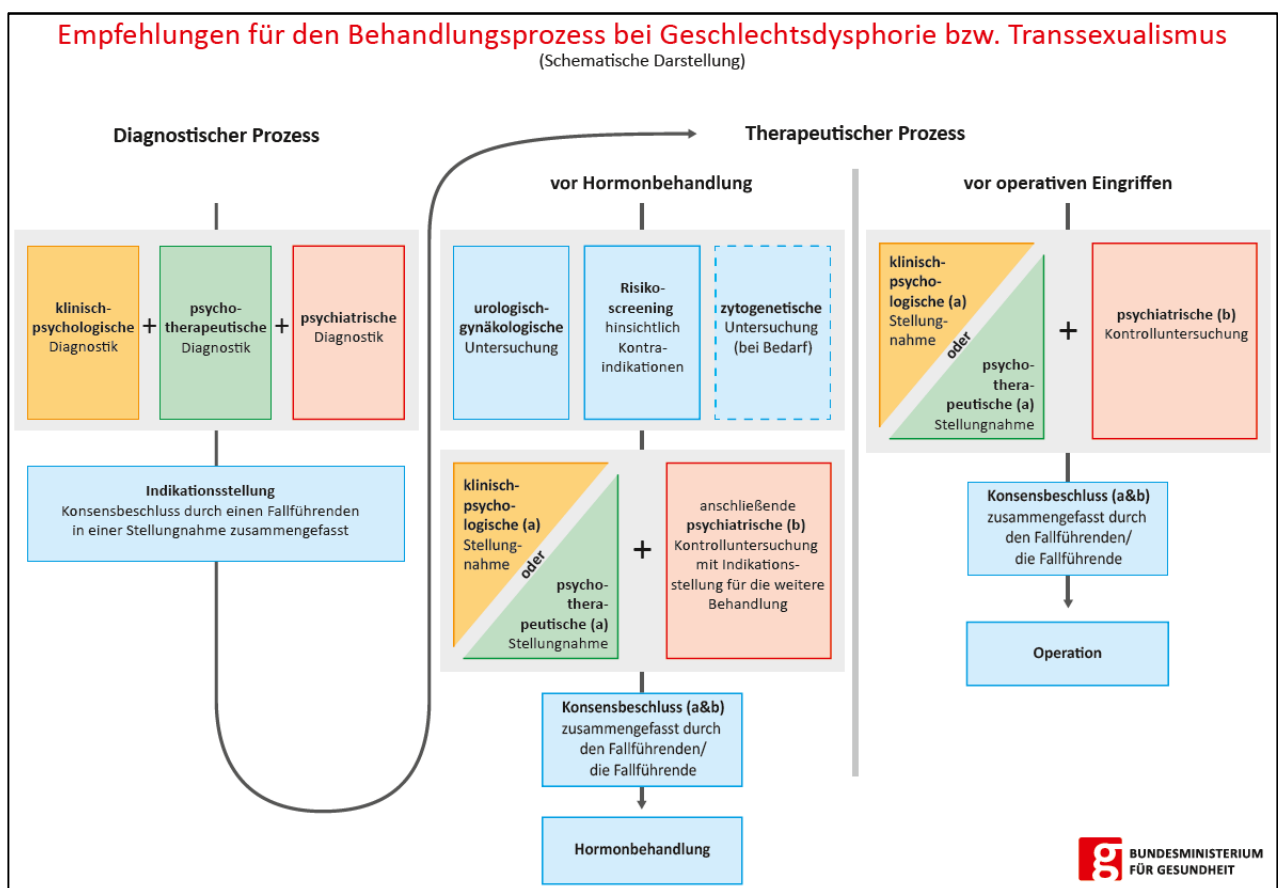


Abbildung 6. Schema Behandlungsempfehlung in Österreich (Sozialministerium, 2017b)

6-PHASEN-MODELL NACH GÜLDENRING

Im Bemühen, zentrale Themen und Entwicklungsphasen einer trans*ident empfindenden Person auf ihrem psychosexuellen Lebensweg verstehbarer zu

machen, um dadurch auch eine adäquatere psychotherapeutische Versorgung zu begünstigen, entwickelte Annette Güldenring (2009) ein Sechs-Phasen-Modell, in welchem psychodynamisch die jeweiligen Konfliktphasen beschrieben werden. Das Modell findet großen Anklang und wurde in der spezifischen Fachliteratur vielfach rezipiert (u.a. Rauchfleisch, 2019). Tabellarisch werden diese Phasen unten aufgelistet. Die jeweiligen Themen wurden in prägnanten Sätzen von der Autorin selbst formuliert und sind in Tabelle 1 (hier bewusst wort-wörtlich) angeführt. Damit werden die zentralen Konflikte klarer voneinander differenzierbar und erscheinen zudem besser nachvollziehbar.

Tabelle 1.

*Sechs Phasen eines trans*sexuellen Entwicklungsweges (Güldenring, 2009)*

Phase	Fokus	Konfliktthema	Lösungsversuch	Auswirkungen	
1	Innere Wahrnehmung des transsexuellen Erlebens	Indem ich ein Mädchen bin, obwohl ich ein Junge bin, bin ich anders.	Indem ich so bin wie ich bin, indem ich anders bin, gehöre ich nicht auf diese Welt, bin ich irgendwo allein.	So tue ich alles, um einsam zu sein. Nur in meiner Einsamkeit und meinen Fantasien kann ich Mädchen sein, obwohl ich ein Junge bin.	Gefahr der Isolierung und Vereinsamung, authentisches Erleben nur in einem narzisstischen Zirkel.
2	Innere Auseinandersetzung mit der Möglichkeit des Öffnens nach außen	Indem ich schweige, dass ich ein Mädchen bin, obwohl ich ein Junge bin, teile ich mich dem Leben nicht mit.	Wenn ich sagen würde, wie ich bin, gehe ich unter. Um nicht unterzugehen, muss ich anders werden als ich bin.	Ich tue alles, um mich zu schützen. Ich darf nicht wie ein Mädchen wirken, weil ich ein Junge bin.	Rückzug der Persönlichkeit aus Sozietät, Grundlagen für Depression / Angst / Sucht / Suizidalität etc.
3	Offenbarung des transsexuellen Erlebens nach außen	Indem ich allen zeige, dass ich ein Mädchen bin, obwohl ich ein Junge bin, möchte ich endlich überall dazugehören.	Indem ich so bin, wie ich bin, verwirre ich die ganze Welt. So bin ich eine Rebellin.	Wenn ich den Blick für die Reaktionen anderer verliere, bleibt mir erspart, zu sehen, wie ich verwirre.	Ausuferung von interpersonellen Konflikten und Missverständnissen, Trennungen, Verluste, Isolation.
4	Juristischer, medizinischer und psychologischer Prozess	Indem ich erkläre, wer und was ich bin, bekomme ich, was ich brauche.	Ich muss schnell zeigen, wie ich bin, damit ich sofort bekomme, was mir hilft. Dann wird alles gut.	Ich stürze mich blindlings in die Hände meiner Retter.	Euphorie, Planlosigkeit und Hetze, leichte Kränkbarkeit, Gefahr des kopflosen Handelns, Überforderungssituationen.
5	Körperliche Angleichung – Hormone und Operation	Wenn ich werde, wie ich fühle, wird alles gut, dann bin ich der glücklichste Mensch der Welt.	Indem ich Schmerzen und Eingriffe in meinen Körper aushalte, komme ich ans Ziel.	Indem ich mir sicher bin, dass es hilft, ist es eine Notwendigkeit.	Körperliche Ausnahmezustände, Schmerz- und Krankheitsphasen, gesundheitliche Irritationen durch medizinische Eingriffe.
6	Heilungsphase, Realitätsklärung, Integration und Stabilisierung	Ich möchte so gerne vergessen, dass mein Leben transsexuell ist.	Indem ich da bin, wo ich hin wollte, befinde ich mich in einer neuen Fremdheit.	In dieser Fremde kann und will ich in mir finden, was ich immer schon gesucht habe.	Verarbeitung des langen transsexuellen Weges mit neuen Entwicklungsmöglichkeiten, Auseinandersetzung mit dem Neuen, Integration in eine stabile gesellschaftliche Position.

GESTALT THERAPIE UND TRANS*IDENTITÄT

Wie im Einleitungskapitel bereits angemerkt, scheint es nur wenige Publikationen zum Thema Trans*identität aus gestalttherapeutischer Sicht zu geben. In diesem Abschnitt werden drei Publikationen mit Gestalttherapie-Bezug vorgestellt.

Vera Fritz: „Infrage gestellt“ (2013)

Vera Fritz veröffentlichte 2013 in der Fachzeitschrift „Gestalttherapie“ einen Artikel mit dem Titel „Infrage gestellt“. Unter diesem Leittitel führt die Autorin Bereiche an, womit Menschen mit einer Trans*identitätsthematik sich selbst „infrage gestellt“ fühlen:

- Kongruenzempfinden zwischen körperlichem und psychischem Geschlecht der Trans*personen wird a priori als „infrage gestellt“ erlebt. Die „völlige Loslösung des Geschlechtsidentitätsempfindens von den körperlichen Gegebenheiten“ (ebd., S. 139) stellt die scheinbaren Grundsicherheiten geschlechtlicher Zuordnung infrage – die soziokulturelle Konstruktion von Zweigeschlechtigkeit ist „infrage gestellt“.
- Die eigene Lebensgeschichte, die Lebensentwürfe und Lebensplanungen trans*ident empfindender Personen werden vom Umfeld „infrage gestellt“. Copingstrategien müssen dafür entwickelt werden, um ein wenig „Anklang des Gefühls von Identitätskongruenz“ (ebd., S. 137) zu bekommen. Der innere existenzielle Dauerkampf zwischen Selbstaufgabe und Selbstrealisation wird konflikthaft erlebt und kann in Folge einen krankheitswertigen Verlauf nehmen.
- Entscheiden sich Betroffene für eine Transition (äußerliche Anpassung), müssen Familienverhältnisse (Partnerschaft – eigene sexuelle Orientierung, Kinder – Elternverhältnisse) und deren Zukunftsperspektiven neu gedacht, definiert und benannt werden. Es ist unklar, wie weit die Partner*innen den Geschlechtsanpassungsprozess mittragen können. Häufig ist die Trans*person

mit dem Thema der Selbstaufgabe im Spannungsfeld zur Konstanz-Erhaltung der Familie-/Paar-Situation konfrontiert.

Ebenso werden Therapeut*innen mit Infragestellungen konfrontiert. Von der eigenen Vorstellung von Geschlecht und Zweigeschlechtigkeit angefangen bis hin zu der persönlichen Einschätzung, das Geschlecht eindeutig bestimmen zu können, um beispielsweise dem Gegenüber eine deutliche Anrede bieten zu wollen. Als Therapeut*in ist man unmittelbar mit Verwirrung und Unsicherheitsgefühl konfrontiert. Dabei sei die Bewusstheit darüber für die Autorin wesentlich:

Als Therapeut_in [sic] kann ich die Divergenz von äußerem Erscheinungsbild und innerem Geschlechtsempfinden erleben sowie die Verwirrung und Verunsicherung spüren. Nur das Aushalten der eigenen Unsicherheit, das Dableiben führt in die therapeutische Beziehung und damit in den Beginn des Lösungsprozesses. Denn häufig bin ich als Therapeut_in [sic] ... der erste Spiegel und kann damit zum Prüfstein werden, ob eine Person das Gefühl hat, ‚in der Welt zu sein‘ oder ‚aus der Welt zu fallen‘, nämlich der sich zweigeschlechtlich präsentierenden Welt. (ebd., S. 141)

Dieser Erkenntnis folgend stellt Fritz das dialogische Prinzip neben die phänomenologische Herangehensweise und ihre sozialkritischen Wurzeln in den Mittelpunkt ihrer Betrachtung als Gestalttherapeutin. Sie konstatiert eine ausgeprägte Subjekt-Objektbeziehungstendenz aufgrund der Expert*innen-Rolle (Begutachtungspraxis, Diagnosestellung, Gutachtenerstellung,...), wo die Trans*menschen zum Objekt degradiert würden. Dies stehe der Etablierung des „inneren und äußeren Raum[es] zur freien Erkundung von geschlechtlicher Identität und Selbsterleben“ (ebd., S. 143) entgegen. Eine Ich-Du-Begegnungsebene nach Bubers „Der Mensch wird am Du zum Ich“ (Buber 2012, S. 32, zitiert nach Fritz 2013) ermöglicht ein Vergewissern und stärkt zugleich das eigene Selbst. Trotz des strukturell asymmetrischen therapeutischen Beziehungssettings soll eine Ich-Du-Begegnung möglich gemacht werden – dies sei die „grundsätzliche Herausforderung jeder gestalttherapeutischen Arbeit“ (Fritz, 2013, S. 144). Als Bedingung für die „Öffnung“ des „Raumes“ „für ein tatsächliches Ich-Du in Bezug auf die Ebene geschlechtlicher Identität“ (ebd., S. 144) bedarf es der „Eröffnung eines

Unsicherheitsraumes ... auf Seiten des_der Therapeut_in [sic]“ (ebd., S. 144) im Sinne Staemmlers „Kultivierter Unsicherheit“ (Staemmler, 1999, zitiert nach Fritz 2013) als gestalttherapeutische Haltung.

Eine „weitere Quelle für die Kultivierung der therapeutischen Unsicherheit“ (ebd., S. 145) erkennt die Autorin in der Feldtheorie Kurt Lewins (1963, zitiert nach Fritz 2013). Jegliches Verhalten eines Menschen sei abhängig vom gesamten Feld, das auch die Therapeut*innen mit einschließt. Somit fließen Erfahrungen, Wahrnehmungen, Bewertungen und Haltungen der Therapeut*innen in die geschlechtliche Identitätsfrage in den therapeutischen Prozess der Klient*innen mit ein. Daher ist eine persönliche Auseinandersetzung der Therapeut*innen mit Fragen der (eigenen) geschlechtlichen Identität relevant, wodurch wiederum auch Unsicherheit entstehen kann.

Abschließend benennt die Autorin noch explizit die Wichtigkeit des Aspekts der „Umfassung“ aus Bubers dialogischem Prinzip, um „der Gefahr der Verobjektivierung von Menschen vorzubeugen“ (Fritz, 2013, S. 146). Sie zitiert dazu Hyncer:

Die Fähigkeit zur Umfassung verlangt von einem Menschen nicht nur ein deutliches Gespür der eigenen Mitte, sondern auch die existenzielle und psychologische Flexibilität, die andere Seite des Dialoges zu erfassen, sowie darüber hinaus auch die Fähigkeit, eine Pendelbewegung zwischen beiden Seiten aufzunehmen und aufrecht zu erhalten. Jeder, der sich darin versucht hat, kennt die Angst von dem Verlust des eigenen Selbst. Und doch ist es genau das, was wir verlieren müssen, nämlich unser rigides Selbstgefühl, wenn wir die andere Seite erfassen und eine dialogische Beziehung aufnehmen wollen. (Hyncer 1999, S. 68, zitiert nach Fritz, 2013)

*Vikram Kolmannskog: Fallstudie einer Trans*gender-Therapie-Gruppe (2014)*

Ein Artikel über eine Fallstudie zu einer Gruppentherapie mit Trans*personen ist in der norwegischen „Gestalt Review“ aus dem Jahre 2014 zu finden. Darin geht Kolmannskog der Frage nach, wie Gestalttherapeut*innen mit

Geschlechter*identitätsthematiken generell und mit Trans*gender-Personen im Speziellen arbeiten könnten. Zugleich interessiert den Autor, was trans*idente Teilnehmer*innen einer Gestalttherapie-Gruppe als wichtige Erfahrung bezeichnen. In seiner Veröffentlichung berichtet Kolmannskog auch, dass in jüngerer Zeit lediglich wenige Einzelfallstudien mit Gestalt-Bezug zu finden sind (Benett, 2010; Hawley 2011; Fallon, 2012, zitiert nach Kolmannskog, 2014).

Für die Fallstudie fanden sich sechs Trans*personen für sechs jeweils zweistündige, vom Autor selbst geleitete Gruppensitzungen zusammen. Diese Untersuchung wurde anhand von Tonband-Aufzeichnungen, eigenen Notizen der Leitung und von Teilnehmer*innen ausgefüllten Fragebögen durchgeführt.

Folgende drei Gestalt-Theorie-Konzeptionen erscheinen dem Autor für die Psychotherapie mit Trans*personen wichtig:

- *Phänomenologischer Zugang*: Darunter versteht Kolmannskog sowohl die „nach außen“ beobachtbaren Phänomene als auch die „nach innen“ wahrnehmbaren Beobachtungen (eigene Körperempfindungen, Gefühle), Überlegungen und Interpretationen daraus. Beispielsweise gilt es im Dialog mit Trans*personen dabei auch deren Gender-Erfahrungen mit Respekt zu begegnen – die Geschlechter*identität kann darin als Phänomen verstanden werden.
- *Konzept von Polaritäten*: Die Bewusstheit darüber, dass Gegensätze komplementär und zusammenhängend anstatt dichotom sind, ermöglicht Entwicklung und Wachstum. Dazu ein Zitat von Zinker: „If I do not allow myself to be in touch with my femininity, then my masculinity will be exaggerated, even perverse – I will be a hard, tough guy“ (1977, S. 202, zitiert nach Kolmannskog, 2014).
- *Verständnis von Kontakt und Kontaktunterbrechungen*: Anstatt von Kontaktstörungen zu sprechen, plädiert das Norwegische Gestalt-Institut für die Unterscheidung zwischen verschiedenen Kontakt-Modi im Sinne Wheelers (1991, zitiert nach Kolmannskog, 2014), wo wir immer mit jemandem oder mit

etwas in Kontakt sind. Ob dabei ein Kontaktmodus als „gesund“ oder „ungesund“ zu bewerten sei, hänge von der konkreten Situation ab.

Die drei genannten Theorie-Aspekte sind in seiner Fallstudie konkreten Therapie-Sequenzen gegenübergestellt und diskutiert worden. Dabei sieht der Autor seine Annahme bestätigt, dass die durch diese drei Theoriedruckpunkte gestützte Haltung der Gestalttherapeut*innen von den Betroffenen als eine trans*positive und nicht-pathologisierende erlebt werden kann.

Christian Wagner: Gestalttherapie mit queeren geflüchteten Jugendlichen und jungen Erwachsenen (2018)

Christian Wagner beschreibt in seiner Publikation „Gestalttherapie mit queeren geflüchteten Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ seine Erfahrungen als Therapeut und reflektiert dabei, „wie kompatibel *Gestalt* [Hervorhebung v. Verf.] als Lebenshaltung mit einer queeren Haltung ist“ (2018, S. 219). Er betont darin, dass die Identität ein Prozess und keine Wesenheit sei. Er lade in der Auseinandersetzung seine Klient*innen in einen Raum „jenseits der zweigeschlechtlichen Norm zu denken“ (ebd., S. 224). Nach einem ausführlichen Diskurs zu seiner praktischen Arbeit mit vielen Fallbeispielen stellt er die Frage, „wie kompatibel die Gestalttherapie mit ihrem theoretischen Hintergrund und mit ihren Werkzeugen zu seiner queeren Haltung“ (ebd., S. 232) sei. Dazu fand er folgende Antworten:

- Ein gestalttherapeutischer Zugang ermöglicht den Therapeut*innen, Vorannahmen und Hypothesen jederzeit an der Realität des Gegenübers zu überprüfen und bei Bedarf loszulassen. Das phänomenologische Vorgehen trägt dazu bei, dem „Gegenüber möglichst frei von einengenden Vorannahmen zu begegnen und sich von ihm immer wieder korrigieren zu lassen“ (ebd., S. 232).
- Das Arbeiten im Hier-und-Jetzt unterstützt

den Fokus auf den Moment zu richten und scheinbare oder tatsächliche Widersprüche in der Selbstbeschreibung der Klient*innen wahrzunehmen, gegebenenfalls auch anzusprechen, ohne sie zu bewerten. So wird eine Arbeit an der sich von Moment zu Moment wandelnden Identität und der Stimmigkeit des Selbsterlebens möglich. (ebd., S. 233)

Abschließend merkt der Autor an, Gestalt als eine Lebenshaltung selbst zu erfahren, die es ihm ermögliche, auch „lange als selbstverständlich Erachtetes zu hinterfragen“ und sich auf „die Lücke, die dessen Auflösung erst einmal hinterlässt“ (ebd., S. 234) einzulassen – genau aus dieser Leere könne sich schließlich sinnvoll etwas Neues bilden.

EMPIRIE – EINE QUALITATIVE UNTERSUCHUNG

FRAGESTELLUNG

In der vorliegenden Arbeit wurden eingangs zwei Forschungsfragen formuliert:

- 1. Wie gehen Psychotherapeut*innen in der Begleitung von Menschen mit Geschlechter*identitätsfragen vor?**
- 2. Welche Implikationen lassen sich daraus für die Identitätsarbeit grundsätzlich und bezogen auf Trans*identität im Rahmen der Psychotherapie aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie ableiten?**

Der praktische Teil dieser Arbeit fokussiert sich ausschließlich auf die Beantwortung der ersten Forschungsfrage. Die Auseinandersetzung mit der zweiten Frage erfolgt anschließend im Diskussionsteil.

METHODIK UND VORGEHEN

Die Arbeit sieht eine Untersuchung zur psychotherapeutischen Herangehensweise in der Begleitung von Menschen bei der Suche nach ihrer Geschlechter*Identität aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie vor. Die formulierte Fragestellung erfordert einen unmittelbaren Feldzugang zu Psychotherapeut*innen, die mit Geschlechter*identitätsfragen arbeiten. Aufgrund ihres theorie- bzw. hypothesengenerierenden Charakters ist ein qualitatives Erhebungsvorgehen angezeigt (Schigl, 2014, S. 24).

Als Erhebungsmethode wurden qualitative Interviews (Gahleitner, Schmitt & Gerlich, 2014) mit Psychotherapeut*innen gewählt. Andere qualitative Methoden – wie zum Beispiel die Beobachtung von Therapiesitzungen – erscheint aufgrund der Verschwiegenheitspflicht seitens Therapeut*innen kaum umsetzbar. Zudem soll bewusst auch die Feldperspektive der Therapeut*innen zugänglich gemacht werden,

worin die subjektiven Erfahrungen und Einschätzungen der Interviewpartner*innen als wesentliches Outcome der Untersuchung eingestuft werden. Es soll insbesondere Einblick in die Möglichkeiten gewonnen werden, Menschen mit Trans*genderthematik auch auf der praktisch-methodischen Ebene bei ihrer Suche nach der inneren Stimmigkeit ihrer Identität und der Konstanz ihres Identitätsgeschlechts zu unterstützen.

Die Form des *problemzentrierten Interviews* eignet sich dabei methodisch für diese formulierte Fragestellung: „Die Gegenstandsorientierung ermöglicht, die Erhebung entlang der spezifischen Forschungsfrage zu gestalten“ (Gahleitner et al. 2014, S. 45). Die „Erkenntnis, dass der komplexe und prozessuale Kontextcharakter der sozialwissenschaftlichen Forschungsgegenstände kaum durch normierte Datenermittlung zu erfassen ist“ (Witzel, 1985, S.227), gilt auch unmittelbar für das hier vorliegende Forschungsvorhaben. „Den Interviewten soll damit ein breiter Spielraum subjektiver Äußerungen und Deutungen eingeräumt werden“ (Gahleitner et al. 2014, S. 46). Dabei fungiert der Interview-Leitfaden als „Orientierungsrahmen bzw. Gedächtnisstütze für den Interviewer und dient der Unterstützung und Ausdifferenzierung von Erzählsequenzen des Interviewten“ (Witzel, 1985, S. 236). Die folgende Tabelle fasst das geplante Vorgehen zusammen und bietet einen Überblick.

Tabelle 2.

Übersicht methodisches Vorgehen

Erhebungsmethode	Problemzentriertes Interview nach Witzel (1985) anhand eines dazu entwickelten Interviewleitfadens.
Teilnehmer*innen	9 Psychotherapeut*innen mit beruflicher Erfahrung zum Thema Trans*identität.
Aufbereitung der Daten	Tonbandaufnahmen werden wörtlich transkribiert.
Datenauswertung	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) und Kuckartz (2016)

AD SAMPLING

Im Zuge der Internetrecherchen entstand die Einschätzung, dass es im deutschsprachigen Raum nur eine geringe Anzahl an Psychotherapeut*innen gibt, die sich speziell mit der Trans*genderthematik befassen. Daher wurde davon ausgegangen, dass Personen mit unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulhintergründen für diese Studie anzufragen seien. Deswegen sind auch die Fragestellung und korrespondierend der Interviewleitfaden dahingehend konzipiert, dass auch bewusst vordergründig und explizit nach der methodisch-praktischen Vorgehensweise der jeweiligen Interviewpartner*innen gefragt wurde.

Folgende Kriterien wurden bei der Auswahl der Interviewpartner*innen angesetzt:

- Aktiv als Psychotherapeut*in tätig.
- Mit Bezug zum Humanistischen Schulen-Cluster, oder mit Systemischem Schulen-Hintergrund. Gestalttherapeut*innen werden dabei bevorzugt.
- Praktische Erfahrung mit dem Thema Trans*identität; einschlägige aktuelle Tätigkeit (mindestens 3 Fälle aktuell in therapeutischer Betreuung).

Rund die Hälfte der Interviewpartner*innen konnte der Verfasser aus seinem erweiterten persönlich-fachlichem Umfeld gewinnen. Die übrigen Interviewten wurden im Zuge von Internet-Recherchen (Homepages der jeweiligen Psychotherapeut*innen mit Nennung dieser Spezialisierung, oder als Autor*innen von Fachpublikationen in diesem Bereich) ausfindig gemacht und offiziell angefragt. So kamen schließlich neun Zusagen für Interviews aus vier österreichischen und zwei deutschen Bundesländern zustande.

Die Untersuchung ist nicht als Einzelfallstudie gedacht, vielmehr sind die jeweiligen Aussagen für die Forschungsfrage relevant. Daher wird hier eine Charakterisierung der Teilnehmer*innen als Samplingbeschreibung in Tabellenform dargestellt:

Tabelle 3.

*Charakterisierung der Interview-Teilnehmer*innen*

9 Teilnehmer*innen	5 weibliche und 4 männliche Therapeut*innen, 2 davon mit persönlichem Trans*Identitätsbezug
Alter	39 bis 60 Jahre
Therapeutische Schulrichtung(en) <i>(Bem.: 2 Personen haben jeweils 2 Ausbildungen abgeschlossen.)</i>	<u>7x Humanistisch:</u> 4x Gestalttherapie-Ausbildung 1x Personenzentrierte Ausbildung 2x Psychodrama-Ausbildung <u>3x Systemisch</u> <u>1x Tiefenpsychologisch</u> (als Zweitausbildung)
Arbeitsort <i>(Bem.: 2 Personen arbeiten an mehreren Standorten)</i>	<u>Österreich:</u> 5x Wien, 1x Graz, 3x ländlichere Regionen in NÖ, OÖ und ST. <u>Deutschland:</u> 1x Berlin, 1x München
Aktive therapeutische Tätigkeit seit	1989 bis 2013, d.h. seit mindestens 7 Jahren bis zu seit mehr als 30 Jahren.
Wie lange mit trans*identer Zielgruppe arbeitend	Seit 7 bis zu mehr als 20 Jahren.
Sehen Trans*identität als Schwerpunkt in ihrer Praxistätigkeit	5x ja 4x nein

ERHEBUNGSMETHODE UND ABLAUFDARSTELLUNG

Im Sinne der Prozessorientierung und der Unvoreingenommenheit (Witzel, 1985) wurde zunächst ein Interview-Leitfaden als Erstentwurf konzipiert. Im Zuge der Interviews wurde dieser laufend adaptiert und weiterentwickelt. Dabei kamen Adaptionen und Erweiterungen hinzu, was die Beantwortung der Fragestellung zusätzlich unterstützen sollte. Der Ablauf ist in Abbildung 7. schematisch visualisiert.

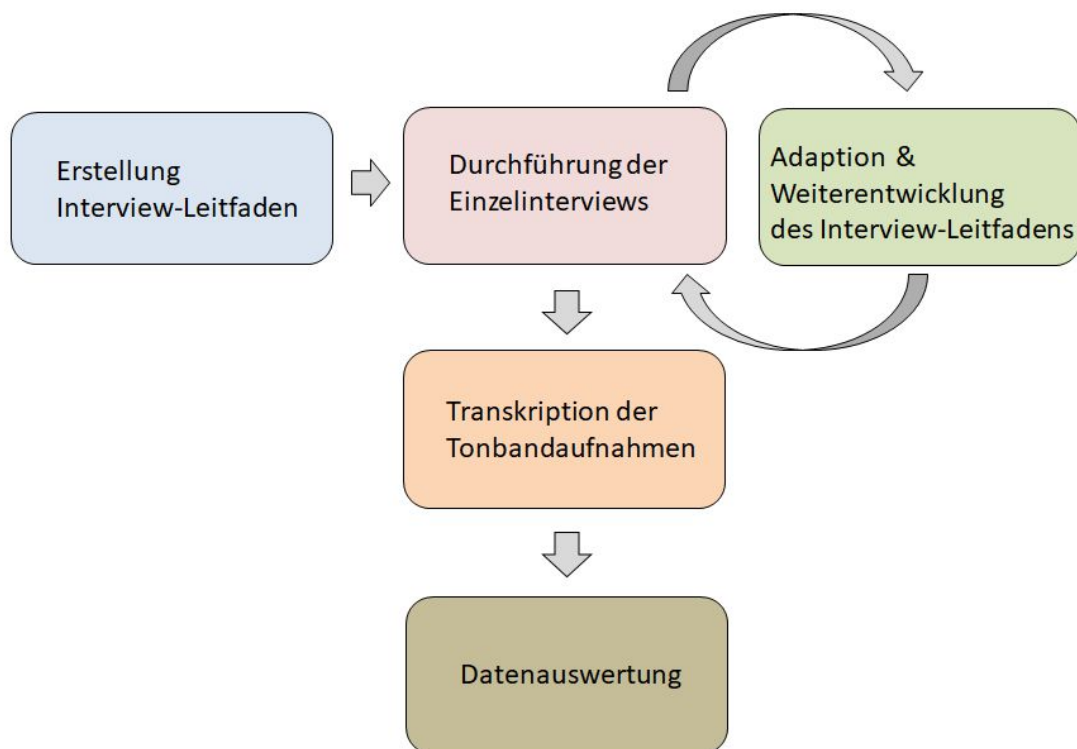


Abbildung 7. Ablauf der qualitativen Untersuchung als Schema

Die Letztfassung des Interview-Leitfadens für den Erhebungsprozess nach den oben beschriebenen, iterativen Adaptionrunden findet sich im Anhang (Anhang 2, S. 107).

DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS

Vorab wurde von allen Interviewpartner*innen die Zustimmung für die anonymisierte Nutzung des Interviews für die vorliegende Arbeit entweder schriftlich oder explizit am Anfang der Tonbandaufzeichnung mündlich eingeholt. Dafür wurde eigens eine Zustimmungserklärung (Anhang 1, S. 106) angefertigt und den Teilnehmer*innen vorgelegt.

Um den Erzählfluss möglichst wenig zu stören, wurde der konkrete Ablauf der jeweiligen Interviews nicht streng nach dem Interview-Leitfaden gestaltet. Um den

erzählenden Charakter zu begünstigen, wurden die Fragen zur Charakterisierung der Interviewten (u.a. demographische Daten) bewusst erst am Ende des Gesprächs angesetzt.

Alle Interviews fanden im Zeitraum von 11. bis 29. Mai 2020 statt. Bedingt durch die einschränkende Covid-19-Situation war die Bereitschaft der Teilnehmer*innen gegeben, das Gespräch auch via Video-Übertragung zu führen – so konnten auch Interviews mit Therapeut*innen aus Berlin und München realisiert werden (4x vor Ort „face to face“, 4x als Videokonferenz und 1x telefonisch). Alle Erhebungen wurden mittels eines digitalen Diktiergeräts als Mp3-Datei aufgezeichnet. Die durchschnittliche Aufnahmezeit aller neun Interviews betrug rund eine Stunde, die Bandbreite lag zwischen 41 und 85 Minuten.

Unmittelbar nach jedem Interview wurde ein Gedächtnisprotokoll handschriftlich angefertigt. Darin wurde der subjektive Eindruck des Interviewers über den Interviewvorgang und dabei entstandene Ideen für ein späteres Aufgreifen dokumentiert. Darüber hinaus wurden auch Verbesserungs- und Adaptionsideen hinsichtlich der Interviewführung, der Formulierung der Fragen und des Interview-Leitfadens notiert.

AUFBEREITUNG DER DATEN

Die mp3-Aufnahmen wurden zunächst über das automatische Spracherkennungsprogramm „f4x“ (www.audiotranskription.de) maschinell transkribiert. Da die Transkriptionsqualität technisch sehr unzureichend war, wurde danach das ganze Material nochmals eigenhändig mit Hilfe des „f4transkript“-Programms (gleicher Anbieter) nachkorrigiert und vervollständigt.

Folgende Transkriptionsregeln wurden angewandt:

Die Transkriptionen erfolgten wort-wörtlich, die Redepausen wurden mit „...“ (ohne Abstand davor) kenntlich gemacht. Lachen oder auffallend lange Pausen

wurden zwischen eckigen Klammern kommentiert. Die Absätze wurden vom Computerprogramm automatisch durchnummeriert.

So konnte aus neun Interviews eine Datenmenge von rund 64.000 Wörtern auf 134 Seiten erhoben werden.

DATENAUSWERTUNG

Die Auswertung des vorliegenden Datenmaterials folgte angelehnt an die „inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse“ nach Kuckartz (2016, S. 97 ff.). „Grundgedanke ist hier, dass aus dem Material ... Inhalte nach einer ... festgelegten Regel extrahiert werden“ (Mayring, 2010, S. 114). Das Vorgehen ist systematisch zu organisieren und hat zum Ziel, das Datenmaterial regelgeleitet in Categoriesysteme inhaltlich zu strukturieren (ebd., S. 12-13). Die Kategorienbildung erfolgte im Prinzip aus einer Kombination aus induktiver und deduktiver Herangehensweise, wie in Abbildung 8. als Schema dargestellt.

Konkret wurde für die vorliegende Arbeit folgendermaßen vorgegangen:

Zunächst wurde im Zuge des ersten Material-Durchlaufs parallel-laufend die Kategorienbildung und Codierung des gesamten Materials durchgeführt. Danach wurden in einem zweiten Durchlauf die Kategorien sowohl betreffend der Haupt- als auch Untergruppen überarbeitet und ausdifferenziert. Hierbei wurde das gesamte Material unter Berücksichtigung des aus dem ersten Durchgang gewonnenen Detailüberblicks grundlegend neu codiert und auf Übereinstimmung überprüft. Bei der Aufbereitung für die Ergebnisdarstellung wurden nochmals punktuelle Feinjustierungen der Zuordnungen vorgenommen. Das so erhaltene Categoriesystem ist somit, wie oben erläutert, ein Produkt aus induktiver und deduktiver Herangehensweise (Mayring, 2010).

Die praktische Umsetzung erfolgte mit Hilfe des Analyse-Programms „f4analyse“ (gleicher Anbieter wie „f4x“).

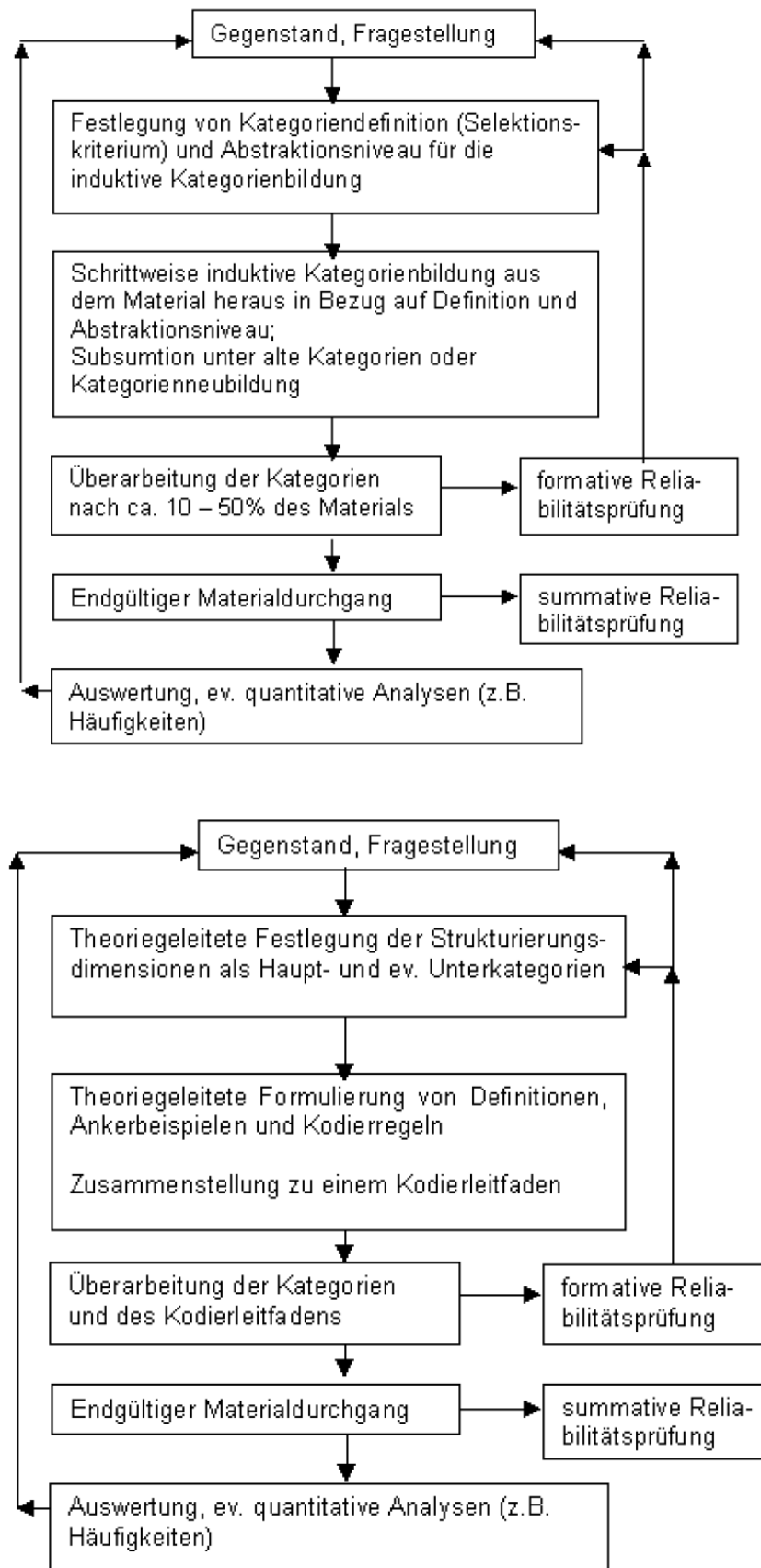


Abbildung 8. Prozessmodell induktiver und deduktiver Kategorienbildung (Mayring, 2000, S. 4-5)

ERGEBNISDARSTELLUNG

Es wurden fünf Oberkategorien gebildet, von welchen vier wiederum bis zu neun Unterkategorien aufweisen. Die folgende grafische Aufbereitung (Abbildung 9) bietet vorab einen Überblick und zeigt die Struktur dieses Kapitels auf:



Abbildung 9. Schema der Ergebnisdarstellung

Bemerkungen zur Ergebnisdarstellung:

Die Ergebnisse wurden teilweise vom Autor in eigener Formulierung inhaltlich zusammengefasst, teilweise entsprechend der Aussagen paraphrasiert oder als Direktzitat kenntlich gemacht. Die Zitate sollen einen direkteren unverfälschteren Eindruck des Datenmaterials vermitteln. Vorgenommene Kürzungen werden nach den Manuskriptrichtlinien der Donau Universität Krems kenntlich gemacht (u.a. Auslassungen durch drei (bei Auslassung von mehr als einem ganzen Satz vier) Auslassungspunkte getrennt durch Leerzeichen gekennzeichnet). (Vgl. Transkriptionsregel für diese Arbeit: drei Punkte ohne Leerzeichen = Redepause). Die

Interviewpartner*innen sind als IP1 bis IP9 durchnummeriert, und es werden als Referenzierung die entsprechenden Absatznummern mitangegeben.

ZUM VERSTÄNDNIS DES BEGRIFFS „IDENTITÄT“

In dieser Oberkategorie werden Inhalte zum generellen Verständnis und zur Begriffsdefinition des Wortes Identität teilweise im Kontext mit der Trans*identitätsthematik zusammengefasst. Da es dazu nur vereinzelt Aussagen gab, wurde hier bewusst auf Unterkategorien verzichtet. Die Führung als Oberkategorie schien dem Autor hinsichtlich der Gesamtauswertung dennoch sinnvoll.

Das Thema Identität in einer Psychotherapie wird von allen Interviewpartner*innen als äußerst wichtig und zentral bewertet:

Ich glaube, dass das Thema Identität gerade bei denen [(Menschen mit Trans*identitätsthematik)] ein ganz wichtiges ist. Also ich erlebe es auch in der Therapie so, dass gerade das quasi die Grundproblematik ist, wo sie sozusagen nicht wissen: ‚Wer bin ich? Was bin ich? Wie ordne ich mich ein? Welche Rolle habe ich? Was ist alles unstimmig?‘ Also das ist, eigentlich ist es immer bei allen [Klient*innen, die ich betreue]. (IP6, Absatz 2)

Eine mögliche Definition der Identität sei das Zusammenfassen unterschiedlichster Rollen einer Person im Leben: „Das macht mich aus: es ist nicht nur der Beruf, und es ist nicht nur wie man privat ist. Und es ist nicht nur, wie man mit den Freunden ist. Alles zusammen, das bin ich dann“ (IP7, Absatz 7).

IP3 subsumiert wesentliche Elemente einer Identität: die Identität der Herkunft, also der kulturellen Identität; zudem auch die weltanschauliche beziehungsweise religiöse Identität. Dazu kommt das Identitätsverständnis der jeweiligen Gesellschaft und, wesentlich zur Frage der Identität, auch die Frage der sexuellen Orientierung (IP3, Absatz 2).

Benannt wurde mehrfach von den Interviewten, dass es für das Identitätserleben auch sehr um das Gefühl der Zugehörigkeit zur Gesellschaft, bzw. des „Sich-nicht-mehr-erklären-müssens“ in der Gesellschaft gehe:

Ich habe immer wieder Klienten, die das schon für sich gut leben, ja? Wo sie diesen Sprung schon geschafft haben, das nicht mehr so erklären zu müssen, unbedingt, ja? aber... die schon so angekommen sind, auch wenn vielleicht körperlich noch gar nicht so viel jetzt gemacht worden ist; vielleicht nur Hormonbehandlung.... aber die in ihrer Identität schon angekommen sind, eigentlich würde ich sagen ja.... oder mit ihrem Weg. (IP7, Absatz 11)

Darin ist der Aspekt des Gesehen-Werdens von außen enthalten: „Ja, Identität ist schon wichtig für sehr sehr viele, weil es ja doch ein gewisses, in jener Hinsicht dann auch gesehen werden möchten von unserer Gesellschaft, wie sie gerne leben wollen, wie sie sich fühlen“ (IP2, Absatz 2).

Als Eigenschaftsbeschreibung der Identität wurde ausgeführt, dass sie „nicht etwas Monolithisch-starres [ist], sondern etwas, das sich im Laufe der Lebensgeschichte verändert, [bzw.] entwickelt. ... Identität entsteht und entwickelt sich aufgrund der Lebensgeschichte, aufgrund von äußeren Faktoren“ (IP1, Absatz 3). So berichtet IP5: „Also ich bin eigentlich seit langem mit der Idee glücklich, dass in der Identität nichts Feststehendes sein muss, sondern dass Identität tatsächlich was Passageres sein kann, was sich verändert, und über die Zeit sowieso“ (IP5, Absatz 73).

Wesentliche Fragen, die zur Identität einer Person gehören, so beschreibt IP3 abschließend, seien auch Fragen, die zur Auseinandersetzung mit den Lebensperspektiven führen, im Sinne von wie jemand in diese Welt einschreiten möchte, wie es um den Wunsch der Mitgestaltung bestellt ist, oder auch welche Lebensform beispielsweise (Single, Partnerschaft oder in einer Gemeinschaft?) vorstellbar wäre, usw. (IP3, Absatz 2).

SPEZIFISCHES IN DER PSYCHOTHERAPIE MIT TRANS*IDENTITÄTSTHEMATIK

Auf die Frage nach spezifischen Aspekten einer Psychotherapie mit trans*ident empfindenden Personen erfolgt bei der Mehrheit der Interviewten zunächst der Hinweis, dass die Fälle höchst individuell und unterschiedlich seien:

...dass man eben trans*idente Menschen nicht über einen Kamm schert. Dass man nicht versucht, die Therapiemethode zu finden oder den Zugang, sondern, das genauso betrachtet, wie man es sonst auch betrachtet. Man würde ja auch sonst nichts sagen, wie therapiere ich sonst einen Menschen? Das kann ich nicht sagen, das weiß ich nicht! Also kommen unterschiedliche Menschen zu mir, die haben unterschiedliche Probleme... und bei trans*identen Menschen ist es nicht anders. ... Also den Trans*identen gibt es nicht. (IP1, Absatz 70)

Eine weitere Verständnisperspektive ist, dass die Herangehensweise konkret keine andere sei: Wie in jeder anderen Psychotherapie, geht es da auch um Unterstützung und Begleitung von Menschen bei der Suche nach ihrer Identität: „Wer bin ich wirklich? Wer bin ich im tiefsten Kern? Und wie möchte ich leben? Wie will sich das ausdrücken?“ (IP9, Absatz 4) Wobei die Geschlechtsidentität hierfür immer zentral sei, und bloß eben für viele Personen überhaupt kein Thema darstelle.

Grundsätzlich kommt ja jeder Mensch in Psychotherapie, weil er in einer Krise sich befindet, an gewissen Stellen nicht zu wissen, wer er eigentlich ist, was er eigentlich will, was er fühlt, was er wirklich fühlt oder so... ja? Also ist es vom Auftrag her genau dasselbe. Es betrifft halt einen sehr, sehr existenziellen Bereich. Aber das betrifft die anderen letztendlich auch. Also die Herangehensweise, wurde mir irgendwie im Laufe der Zeit dann klar, ist eigentlich immer die gleiche: Ich unterstütze jemand da drin in einer Fragestellung, etwas in sich herauszufinden, was ich gar nicht weiß! Er auch nicht; also das typische psychotherapeutische Konstrukt. (IP9, Absatz 4)

Dennoch konnten durch die Inhaltsanalyse des Interviewmaterials spezifische Aspekte in Gruppen gefasst und dadurch sichtbar gemacht werden. Die jeweiligen

Überschriften der nun folgenden Unterkapitel sollen zudem verdeutlichen, um welchen Aspekt es sich jeweils handelt.

TRANS*IDENTITÄT IST EXISTENZIELL FÜR DIE BETROFFENEN

Der Umstand, dass bei trans*identen Personen das im Außen Offensichtliche nicht mit dem Empfundene zusammenpasst, bedingt ein, wie IP8 beschreibt, „extrem relevantes und großes Thema“:

Einerseits ist ja der Körper sage ich mal unsere Behausung. Und in dem Fall ist diese Behausung nicht das Haus was ich möchte und was zu mir passt. Ähm... und da sozusagen, und gleichzeitig mit – das muss man auch noch dazurechnen – ähm... der Druck von außen und diese Zweigeschlechtlichkeit im außen. (IP8, Absatz 2)

Und weil es so existenziell ist – die Unkenntnis darüber „wer man geschlechtlich ist“ – gibt es, nach Aussage von IP9, „keine Möglichkeit wirklich zu leben“, und es sei dabei eigentlich „immer eine Show, die belastet, die Leid hervor bringt und die überall konflikthaft ist“ (IP9, Absatz 6).

Das ist vielleicht ein Vegetieren oder irgendwie zu überstehen. ... einfach nicht zu wissen: ‚Bin ich Mann, bin ich Frau, bin ich beides? Bin ich nichts? irgendwo dazwischen? Wer bin ich?‘ Wenn man das nicht weiß, kann man eigentlich nicht mit sich und mit anderen agieren. (IP9, Absatz 6)

Andere Thematiken könnten vielleicht irgendwie kompensiert, versteckt oder verdrängt werden. In der Geschlechter*thematik hingegen sei es besonders schwierig, da sie alles und jede Interaktion betreffe. „Jedes Gefühl muss ja irgendwie eingeordnet werden und betrifft immer auch die Geschlechtsidentität. Also unglaublich weitfassend. Deshalb ist es schwer... Aber die Herangehensweise ist gleich. Aber es ist halt unglaublich äh... existenziell“ (IP9, Absatz 6).

IP9 bemerkt zudem, dass dieser Umstand „nicht aufschiebbar“ sei, und dadurch die Entwicklung „zusammenbricht“. „Es ist nicht eine stagnierende Entwicklung,

sondern es ist eigentlich... Nee... Es ist Entwicklung nicht möglich! Es ist irgendwie überleben möglich. Ähnlich wie in einem Traumafolgenzustand, aber es ist Entwicklung nicht möglich!“ (Absatz 9)

DIFFERENZIALDIAGNOSTISCHES VERSTÄNDNIS UND MÖGLICHE KOMORBIDITÄTEN

Der Identitätskonflikt kann als Folge verschiedene Symptomatiken bedingen wie Angst, Unsicherheit oder Dissoziation bedingen. Wenn die Geschlechtsdysphorie bereits in der frühkindlichen Phase erlebt wird, hat das Auswirkung auf die Persönlichkeitsstruktur und kann bis zu Persönlichkeitsstörungen führen, erläutert IP6:

Sie haben schon von ihrer frühen, sobald sie sozusagen denken und fühlen können, haben sie schon gemerkt, dass irgendwas nicht passt mit dem, wie sie sind und wer sie sind. Und die können das ja in dem Alter, wo sie das spüren, wenn sie erst zwei Jahre sind, drei Jahre alt sind, können die das ja nicht fassen und verbalisieren. Und erst später kommen dann die Probleme dazu. (IP6, Absatz 4)

Darüber hinaus bemerkt IP9 dazu, dass nach seiner Erfahrung gerade die Strukturbeeinträchtigungen von Jugendlichen, die primär durch die Geschlechtsinkongruenz entstanden sind, durch eine Behandlung rasche Besserung zeigen. Er ergänzt dazu sogar, dass diese Strukturbeeinträchtigungen durch die Psychotherapie meist gut beherrschbar seien (IP9, Absatz 14).

„POINT OF NO RETURN“

Die Entscheidungsfrage, ob körperverändernde Maßnahmen gesetzt werden sollen, ist in der Begleitung von Menschen mit Trans*identitätsthematik häufig eine sehr zentrale. Eine begonnene körperliche Anpassung, beispielsweise durch eine Hormontherapie, ist nach einer bestimmten Zeit nicht mehr rückgängig zu machen.

„Also wenn biologisch Frau: irgendwann ist der Stimmbruch, und das bleibt; oder ein Brustwachstum“ (IP8, Absatz 16).

Die therapeutische Rolle dabei ist nicht als die von Ärzt*innen zu verstehen, dennoch sind spezifische medizinische Kenntnisse in der Begleitung der Menschen zum oder in einem Transitionsprozess hilfreich, wenn nicht gar zwingend notwendig:

So ein bissl' eine Idee zu haben, wie Hormone wirken, um ihnen die Sorge auch zu nehmen. ... zu sagen: ‚Ich glaube, es ist ein Fenster von sechs bis acht Monaten, und ab dann kann man sagen... jetzt gibt es einfach etwas, spätestens ab dem Stimmbruch bleiben gewisse Dinge,... bis dahin haben Sie noch Zeit!‘ [lacht] Sozusagen diese Entscheidung immer wieder zu überdenken und zu schauen wie fühlt sich das an, und passt das. (IP8, Absatz 16)

Die Tatsache, dass es da einen „point of no return“ gibt, wird für IP8 als eine zusätzliche Verantwortung der Therapeut*innen verstanden. „Weil sozusagen, wenn ich aus der Depression rauskomme und den Weg nach links gehe, kann ich trotzdem irgendwann noch ‚nach rechts‘ gehen. Bei einer körperlichen Veränderung kann ich das nicht“ (IP8, Absatz 19).

SCHWIERIGES SETTING: „ZWANGSKONTEXT“

Eine schnellstmögliche „Hormonfreigabe“ wird oft als Therapieauftrag an die Therapeut*innen herangetragen und bildet dabei oft den Anlasspunkt der Betroffenen, eine Therapie zu beginnen. Diese Erwartungshaltung wirkt drängend und bringt dabei oft viel Druck in den therapeutischen Prozess. „Angst haben, Dinge falsch zu machen,... zu operieren an Menschen, die nicht wirklich trans*ident sind, ... was ist schon wirklich trans*ident? Es ist relativ viel Druck in der ganzen Sache drinnen. Der Druck lastet natürlich auch auf den Psychotherapeuten“ (IP4, Absatz 93).

IP1 handhabt dies wie eine „wechselseitige Auflage“:

einerseits quasi sag‘ ich: ‚Ich kann das nicht so schnell geben.‘ Also meine Auflage ein Stück ist sozusagen, ich möchte den Prozess ein bisschen beurteilen können. Und auf der anderen Seite sozusagen ist aber viel Druck und so ein bisschen so... entsteht ein bisschen so eine... das Wort unfreiwillig wär‘ zu weit gegriffen, aber nicht mehr so diese Situation: ‚ich möcht‘ mich mit mir auseinandersetzen‘, sondern ‚ich muss mich jetzt mit mir auseinandersetzen, dass ich die Freigabe krieg‘. (IP1, Absatz 11)

Oft kommen die Betroffenen bereits bestens informiert (Internet, Gruppen, Foren) und haben sich im Vorfeld schon jahrelang damit auseinandergesetzt. Gerade für diese Gruppe von Menschen erscheint eine Therapie wie eine unerwünschte Auflage. „Das ist sozusagen, ein aus meiner Erfahrung ein schwieriges Szenario, wenn jemand für sich das schon sehr konkret weiß, oder der eine sehr große Sehnsucht hat nach geschlechtsanpassenden Maßnahmen, und sozusagen eigentlich nur noch diese Freigabe möchte“ (IP1, Absatz 9). Eine weitere Herangehensmöglichkeit sei, dies offen anzusprechen und besprechbar zu machen: „Geht es nur um die Freigabe? Wie weit, wieviel Spielraum haben wir da noch ein bisschen in die Tiefe zu gehen?“ (IP1, Absatz 13)

Dieser Umstand wird als problematisch erlebt und als mögliche Störung in einem psychotherapeutischen Prozess wahrgenommen, was die Beziehung belastet:

Ich sage es bewusst sehr überspitzt vom Gesundheitssystem ein Stückchen missbraucht in unserer Funktion als Psychotherapeuten, indem was uns abverlangt wird, Gutachten, Stellungnahme zu schreiben. ... Das klingt jetzt vielleicht ein bisschen komisch, weil natürlich freuen sich dann die Klienten, wenn sie von uns die Bestätigungen kriegen. Aber auch das ist für mich immer so ein bisschen eine gemischte Geschichte. (IP4, Absatz 93)

„Man macht’s, weil sie stehen in den Behandlungsempfehlungen... es sind Kompromisse, tatsächlich ist das natürlich eine sehr kritische Sache, dass es Psychotherapeuten machen, finde ich“ (IP4, Absatz 24). „Man hat eine Prüfinstanz in sich, und selbst wenn man dann den netten Prüfer spielt, oder den wohlwollenden Prüfer der denen eh gibt, damit sie zu ihrem Glück kommen“ (IP4, Absatz 95).

TRAUMAFOLGENTHERAPEUTISCHE UND ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHE VERSTÄNDNISPERSPEKTIVE

IP1 erkennt in der Arbeit mit Personen mit Trans*identitätsthematiken, dass sie gehäuft traumatisierende Bindungserfahrungen gemacht haben in Form von vielen Mikro-Traumata, wie beispielsweise durch wenig unterstützendes, liebloses Umfeld. „Also, wo ein großer Hunger da war nach Angenommensein und validiert werden und gespiegelt werden... all diese Punkte sind bei doch einer erheblichen Anzahl Menschen zu kurz gekommen... die ich da kennengelernt habe“ (IP1, Absatz 59).

Die Tatsache, sich im falschen Körper geboren zu fühlen, erschwert dabei die Möglichkeit ausreichend Halt zu bekommen, sich gespiegelt zu fühlen, sodass sie sagen: „Mir sind da so schreckliche Dinge passiert, oder ich fühle mich da so wenig aufgehoben in meiner Ursprungsfamilie. Und ich habe mich immer schon so anders gefühlt. ... nie in der Rolle gefühlt, die mir zugeteilt wurde“ (IP1, Absatz 62).

IP6 nennt dazu die besondere Wichtigkeit der Bezugspersonen für die Betroffenen in Zeiten des Aufwachsens:

Also dort, wo das negiert wird; dort, wo das auch versucht wird, wegzuretuschieben oder auch vermeiden... also einfach so, wo die Eltern oder das Umfeld einfach so tun als wäre das gar nicht da, das Symptom – was das Kind zeigt, sozusagen – ähm, desto schlimmer wird es halt, von der Struktur her, von der Persönlichkeitsstruktur. Und da ist für mich die Erklärung, dass, wenn sozusagen frühkindliche Störungen manifestieren, sich dann, wenn eben der Mensch in dieser frühkindliche Phase schon dort vom Umfeld und von der Umwelt und vom Familiensetting keine Unterstützung kriegt. (IP6, Absatz 6)

DAS „NICHT GESEHENE“ DRITTE GESCHLECHT „NON-BINARY“

Es gibt eine weitere „nicht unerhebliche Gruppe, die sich generell mit dem quasi mit der Geschlechtsidentität männlich, weiblich und diesem Binärsystem schwer tut; die sich irgendwie auch ein Stück als drittes Geschlecht ... zuordnet“ (IP1, Absatz 17).

„Es ist eine Gruppe, die sehr oft übersehen wird, oder sehr oft beklagt, nicht gesehen zu werden“ (IP1, Absatz 70).

Dazu verweist IP3 auf die Erklärung des Sexualwissenschaftlers Magnus Hirschfeld, wo Geschlechtsidentität als Kontinuum zwischen den Polen Mann-Sein und Frau-Sein zu verstehen sei. Begrifflichkeiten wie non-binary-gender, gender-fluid, bi-gender oder a-gender usw.... entstehen laufend und werden vermehrt verwendet. „Also da entwickelt sich eine Vielfalt, mit der sehr wenig Fachleute noch umgehen können, weil viele, also der psychotherapeutischen Fachleute sehr gefangen sind noch in dieser streng zweigeschlechtlichen Sichtweise und auch vielfach im Heteronormierten“ (IP3, Absatz 43).

Aktuell etablierte gesellschaftliche Konzepte von Geschlechtsidentitäten sehen eine klare Binarität von männlich oder weiblich vor. Dies erschaffe den Bedarf für diese non-binary-empfindende Menschengruppe, sich mit sich und den gesellschaftlich etablierten Geschlechter*rollenbildern auseinanderzusetzen. Darüber hinaus bleibe es für diese Menschen schwierig, sich in ihrer Identität in dieser Gesellschaft zu behaupten, so IP1.

Sicher nicht leicht für Menschen, die weder eindeutig männlich noch weiblich gelesen werden in der Gesellschaft. Also, es gibt doch einen Großteil der Menschen, die so seinen Wunsch nach Eindeutigkeit haben. Und die das irgendwie so für sich klären wollen. Ist das jetzt ein Mann, oder ist das jetzt eine Frau? Die mit diesem Konzept des sich nicht Zuordnens sich noch sehr schwer tun und da teilweise sicher auch sehr grenzüberschreitend sind und da wenig Akzeptanz ist. (IP1, Absatz 48)

EFFEKT DER SUIZID-PRÄVENTION

IP9 schildert mit großer Begeisterung und Überzeugung, wie wichtig die psychotherapeutische Behandlung für die trans*ident empfindenden Personen sei, da mit relativ geringen Mitteln Menschen in großer Not dauerhaft geholfen werden könne:

Denen, die keine Chance haben zu leben, ... ohne fachliche Hilfe, Begleitung, Unterstützung auf dem Transitionsweg: quasi unmöglich, das wirklich irgendwie hinzukriegen. ... Ich bin überzeugt, dass in den vergangenen Jahrzehnten viele Suizide im Jugendalter auf diese Thematik zurückgehen. ... Ich bin überzeugt, dass diese Arbeit enorm hilft Suizide zu vermeiden. Und diese Jugendlichen, die ich sehe, die haben... ich weiß nicht, wie die anders leben könnten; die könnten nicht. Und dass die ständig über Suizid nachdenken, ist logisch. Und sie können mit ein, zwei Stunden jemand wirklich eine Perspektive anbieten, die wirklich tragfähig ist und wo die selber eine innere Struktur aufbauen können, für ihr Leben, das sie ja selber gehen müssten. (IP9, Absatz 61)

GESELLSCHAFT UND ROLLENERWARTUNGEN

Gerade für Trans*identitätsthematiken wird aus den Interviews deutlich, wie immanent die gesellschaftlichen Konzeptionen auf das Identitätsgefühl einwirken. Die Datenauswertung unterteilt diesbezügliche Aussagen in fünf Bereiche. Die jeweiligen Überschriften der folgenden Unterkapitel versuchen hierbei, die Kernthemen zu benennen.

BINARITÄT ALS GESELLSCHAFTSERWARTUNG

Gesellschaftlich werden überwiegend klassische Rollenbilder von entweder klar männlich oder weiblich vermittelt. Diese Geschlechtsstereotypen werden dabei teilweise bewusst und aber auch unbewusst mittransportiert. „Wir leben noch nicht in einer Welt der Diversity und der Vielfalt. ... wir [leben] ja heute schon noch immer in einer sehr heteronormiert geprägten Welt, zu der auch deutlich, die strenge Binarität der Geschlechter* gehört“ (IP3, Absatz 14). „Wir spüren das, dass es so ein Mandat gibt, ordne dich ein!“ (IP4, Absatz 55)

Die Zweigeschlechtlichkeit werde, so IP4, als „die letzte Bastion der Sicherheit“ erlebt, die mit der Trans*identitätsfrage auch noch infrage gestellt und aufgelöst werde:

Alle Grenzen öffnen sich, die Globalisierung ... die ganze Einteilung der Menschheit in Kategorien ist hier in den letzten Jahren ... da löst sich so vieles auf. Viele, viele Dinge, die so fix erschienen sind, ... haben sich relativiert und das einzige, was noch lange Zeit wirklich in Stein gemeißelt war, war das Geschlecht: Die Einteilung in Männer und Frauen. (IP4, Absatz 72)

Diese Einteilung werde als „eine so extreme, starke, und fundamentale Kategorie in dieser Welt“ (IP8, Absatz 6) verstanden und von uns allen – auch von trans*identen Personen – verinnerlicht; quasi „mit der Muttermilch ... aufgesaugt ... an gesellschaftlichen Vorstellungen, wie Gesellschaft funktioniert, wie ein Mensch funktioniert, ... Und da ein Identitätsgefühl im Sinne von Sicherheit, Sicherheitsgefühl zu erarbeiten ist eine extreme Herausforderung!“ (IP8, Absatz 6)

Diese Verinnerlichung könnte dazu führen, dass Menschen das Gefühl entwickeln, im falschen Körper zu sein, so wie IP8 anhand eines Beispiels zu schildern versucht:

Die Tochter eines großen Bauernhofes: Es war ganz klar, dass das nur der Sohn übernehmen kann. Und dann gab es keinen Sohn. So... wenn jetzt in einer Psyche... natürlich ganz viel, das jetzt ganz, ganz verkürzt natürlich gesagt: ‚Okay, da muss ich ein Mann werden!‘ Und die wollte diesen Bauernhof unbedingt übernehmen; es war ihr eine absolute Sehnsucht das zu tun, wie eine Berufung, kann man so sagen. Und sozusagen ihr Ausweg war, anstatt sozusagen mit dem Vater Tacheles zu reden, ja, oder sich einen eigenen Hof zu checken, weiß nicht, ja? ... war die Idee: ‚Ich müsste zum Mann werden, weil dann kriege ich den Hof!‘ (IP8, Absatz 18)

VERUNSICHERUNG UND DIE SUCHE NACH ZUGEHÖRIGKEIT

Da, wie im vorherigen Abschnitt dargestellt, kaum gesellschaftlich etablierte Rollen verfügbar scheinen, erzeugt der Druck sich einordnen zu wollen für die Trans*personen viel Unsicherheit und Unklarheiten. „Weil, wo würdest du eine Trans*frau hintun‘? Also für divers passt es ihnen auch nicht ganz. Also, das ist ganz... und deswegen wird alles kompliziert“ (IP6, Absatz 18).

Ein Gefühl der Zugehörigkeit zu entwickeln ist gerade für diese Menschengruppe besonders erschwert:

Ja, und sie kommen immer wieder darauf, dass ihnen keine Gruppe passt. Weil dann heißt, zum Beispiel, eine andere Trans*frau... dann glaubst du, das ist auch in deiner Gruppe. Aber die ist zum Beispiel auch... die ist aber heterosexuell. Also, und dann aber, gibt's eine, die ist Trans*frau, die ist aber homosexuell... Dann gibt's da eine Trans*frau, die ist asexuell... Jetzt passt du da wieder nicht hinein. Also, es ist so, da gibt es keinen,... weil es eben so komplex ist. (IP6, Absatz 88)

Eine mögliche Reaktion auf diese überwiegend cis-normative Gesellschaft sei, dass diese Personen ihre Trans*identität als ein Thema „wie so ein Schild vor sich her tragen“ (IP5, Absatz 9). Tatsächlich erfahren diese Menschen vermehrt auch Diskriminierung und Ausgrenzung.

Solange das sozusagen nicht unterstützend begleitet werden kann, weil sie eben vorher nur die Erfahrungen gemacht haben von Diskriminierung, von Ausgrenzung, ist auch der Weg verstellt zur Bearbeitung von den eigentlichen Themen. Und wenn da die Identität anerkannt wird, akzeptiert wird, dann schafft das erst die Grundlage für die eigentliche psychotherapeutische Arbeit. (IP5, Absatz 9)

Hinzu kommt, dass die Vielfalt manchen auch überfordern kann – gerade für die Identitätssuche, wo eben die Vielfalt abseits binärer Identitäten auch von der Gesellschaft nicht gewünscht erscheint. „Das muss man sich ja erkämpfen hier. Das

kann man ja nirgendwo. Äh, also, es wird ja nirgendwo unterstützt, außerhalb von sehr engen... oder von kleinen Kreisen“ (IP5, Absatz 66).

ES GEHT UM DIE LEBBARKEIT IM UMFELD

Themen, die trans*ident empfindende Personen in einer Psychotherapie einbringen, haben oft mit Schwierigkeiten in Ihrem Umfeld zu tun. Nicht selten nennen Betroffene zunächst scheinbar banale, alltägliche Situationen:

Ich brauche quasi eine Therapie, weil ich in meinem Leben, in der Familie Probleme gehabt habe, in der Schule Probleme gehabt habe, nicht weiß wer ich bin, was ich bin, und dieser Identitätskonflikt sich sozusagen ganz massiv auf die Psyche ausgewirkt hat, und viele Probleme mit sich brachte. (IP6, Absatz 4)

Die überwiegend binäre Zuordnung der Gesellschaft verunmöglicht das Aufbauen eines Stabilisierungsgefühls, „so ein: ‚ich bin hier, ich bin in der Welt, ich bin hier verankert‘, was ja auch stark über den Körper geht. Und das wird erschüttert, beziehungsweise ist massiv schwierig aufzubauen“ (IP8, Absatz 4).

Die Schwierigkeiten äußern sich bei den Klient*innen bereits in alltäglichen Situationen. Als Beispiel werden u.a. Schulen genannt, und zwar nicht nur im Turn- oder Schwimmunterricht:

Meine Klienten haben mir gesagt es ist schon allein die Einteilung im Werkunterricht... ja? Oder ein Klient hat dann noch einmal erzählt sie sind da irgendwie aus einem anderen Grund geteilt worden; und dann ist es einfach ganz klar: Mädels und Burschen werden geteilt. Und... er war dann automatisch bei den Mädels. Und wenn man sich so, so klar nicht zugehörig fühlt, dann ist es nicht egal. (IP7, Absatz 99)

TRANS*PHOBIE UND PATHOLOGISIERUNG

Die Auseinandersetzung mit Trans*phobie wird als äußerst wichtig in der psychotherapeutischen Arbeit beschrieben.

Auch wenn sich vieles in dieser Gesellschaft geändert hat zum Positiven für trans*idente Menschen – es gibt sowas wie Trans*phobie! Sie müssen damit rechnen, dass sie manche Leute, vielleicht auch in ihrer nahen sozialen Umgebung... ähm... irritieren, dass sie Ablehnung erfahren. Und gerade, wenn das von der eigenen Familie kommt, ist das oft ein sehr schmerzhaftes Erleben. (IP4, Absatz 35)

Dazu sind insbesondere Ängste, von außen pathologisiert zu werden, ein großes Thema: „Dieser Rechtfertigungsdruck, den viele Menschen dann noch erleben... Ah quasi, dass sie eben nicht krank sind, dass sie als trans*idente Menschen normal sind, das ist durchaus noch gegeben“ (IP4, Absatz 63).

Aus diesem Umstand heraus gilt es, auch die mögliche verinnerlichte Trans*phobie der Klient*innen zu bearbeiten:

... also auch Trans*personen Trans*phobie verinnerlicht haben, und dann, ohne dass es erst mal bewusst ist, sich selbst abwerten; also bei Bewerbungen glauben, dass sie eigentlich nicht geeignet sind, weil sie trans* sind, oder natürlich auch, weil sie vielleicht noch nicht so ganz vor dem stehen können, wie sie sind, wie sie sich empfinden. (IP5, Absatz 7)

Die Berücksichtigung der Trans*phobie, sei es von außen oder aus innen heraus, ist für IP5 von besonderer Bedeutung: Wo andere Klient*innen direkt ihre Therapiethemen benennen könnten, könne es für Trans*klient*innen zunächst so sein, dass ihre eigentlichen Themen anfänglich verstellt und für eine therapeutische Auseinandersetzung gar nicht zugänglich seien.

Und erst wenn sozusagen im therapeutischen Rahmen, die Erfahrung gemacht wird: ‚Hier kann ich so sein, wie ich bin. Hier muss ich mich nicht rechtfertigen, wappnen. Hier muss ich nicht ständig mit Angriffen auf mich

rechnen.' Dann entsteht quasi der Raum, um sich dem, worum es eigentlich geht, zuzuwenden. (IP5, Absatz 10)

DIGITALE WELT ALS GESCHÜTZTER BEREICH

Viele Betroffenen kommen heute über das Internet bestens informiert in die Therapie. Dieses Übermaß an Informationen sei oftmals nicht hilfreich und auch nicht immer richtig. Daher wird es von den Therapeut*innen auch als Therapieaufgabe verstanden, diese Informationen zu bearbeiten, und mit den Klient*innen in einen Bedeutungskontext zu bringen.

Die informieren sich im Internet... die informieren sich in Blogs, und in Chats und bei Ärzten; viele sind gut informiert. Aber dann geht's auch darum diese Informationen zu verarbeiten, Revue passieren zu lassen, nochmals zu reflektieren in der Therapie. (IP4, Absatz 37)

Auffallend sei, dass viele der trans*ident Empfindenden, ob Jugendliche oder auch Erwachsene, virtuell sehr gut vernetzt sind, Beziehungen mit Menschen aus der ganzen Welt pflegen und teilweise sogar auch virtuell Partnerschaft leben. In der physischen Realität leben sie dabei aber meist eher zurückgezogen. Viele soziale Unsicherheiten und Ängste würden da entwickelt: „Im Internet können sie zwar reden, aber in der physischen Realität, oft nicht geoutet worden, mit niemandem noch geredet haben, oft nicht einmal mit den Eltern... “ (IP3, Absatz 62).

THERAPEUTISCHE HALTUNG UND VERSTÄNDNIS

Die psychotherapeutische Haltung und das Verständnis prägen und leiten das Handeln und konkrete Vorgehen der Therapeut*innen. Diesbezügliche Aussagen wurden in folgende sieben Unterkategorien gegliedert.

VERTRAUEN UND SICHERHEIT ERMÖGLICHEN

Die Schaffung eines möglichst sicheren, vertrauensvollen Rahmens sei generell, und speziell auch hier das Wesentlichste für das Setting.

Ich glaube eines der wichtigsten, grundsätzlich in der Psychotherapie, aber ich finde hier noch einmal, noch einmal mehr, ist einen vertrauensvollen, sicheren Rahmen zu schaffen. Wie auch immer uns das gelingt als Therapeutinnen und Therapeuten. Und dazu gehört auch, also das finde ich, sind so Bausteine in Bezug auf Identitätsfragen, immer wieder etwas einfließen zu lassen, wo das Gegenüber merken könnte: ‚Okay, da kann ich was sagen, was noch außerhalb der geschichtlichen Norm ist.‘ (IP8, Absatz 18)

Die Vertrauensbildung beginne für IP8 bereits mit den scheinbar unmittelbar organisatorischen Belangen, wo beispielsweise Trans*identität als Begriff enttabuisiert direkt benannt werden kann:

So wie ich depressive Verstimmung benenne, benenne ich das Wort Trans*identität, ja? Immer im Abgleich natürlich, was für die Person passt. Also es gibt manche, da ist es noch zu früh. Die wollen das noch nicht für sich. ... aber das zum Thema zu machen: ‚Wie soll ich's denn? Wie hätten Sie's denn gern? Ja? Wie soll ich Sie denn, wenn wir smsen? Oder wenn wir e-mailen, wegen Terminvereinbarung oder sonst irgendetwas? Wie soll ich Sie denn ansprechen? Was ist Ihr Wunschname?‘ Auch das einmal zu fragen: ‚Wie würden Sie denn gerne heißen?‘ Also so vertrauensbildende Maßnahmen, wo ein, hoffentlich, kann ich jetzt nur natürlich hoffen, ein Gefühl auf der anderen Seite entsteht von: ‚Das ist sicher, oder da kann vertrauen und da gib's kein HuHuHu... ‘ Ja? (IP8, Absatz 18).

Auch klare Rahmenbedingungen und Settings wirken auf die Betroffenen entlastend und erhöhen dabei wesentlich das Sicherheitsgefühl. IP9 vereinbart mit seinen Klient*innen beispielsweise dazu einen Zeitraum von einem Jahr, in welchem Raum und Zeit gegeben ist, abseits einer konkreten Entscheidungsfestlegung für oder gegen körperverändernde Maßnahmen gemeinsam therapeutisch zu arbeiten. „Die

verstehen, ... es ist so einfach, aber es ist stimmig. Ich erlebe es wirklich stimmig und habe ja viel Erfahrung jetzt damit. Es ist ja jetzt kein großes Konzept, aber es wirkt“ (IP9, Absatz 22).

Die Unsicherheit der Betroffenen kann gerade am Anfang immens groß sein, wie IP5 anhand einer Fallvignette schildert:

Ja, dann also mir fallen Leute ein, ... die sehr verunsichert noch sind oder sehr unsicher, so, weil sie einfach selbst noch so wenig wissen über sich, also auch sozusagen ein Prozess des Sich-über-sich-selbst-klar-werdens noch; wer am Anfang steht, und es einfach keinen Rahmen bisher für das gab, wo das möglich war, sondern eben nur diese Erfahrungen von: ‚Du musst dich ändern, hier stimmt was nicht!‘ ... wie so ein kleiner zitternder Vogel, also wirklich so ganz verängstigt. Wo ich das Gefühl habe das Wesentliche ist gar keine große Intervention, sondern erstmal nur mal da zu sein und frei zu geben und nicht was zu wollen. Ich glaube, das ist viel wichtiger, als Interventionen, also als erstes, um diesen Raum erst mal zu haben. (IP5, Absatz 27)

ENTPATHOLOGISIERUNG ANSTATT KRANKHEITSVERSTÄNDNIS

Anstatt die Trans*identität als krankheitswertig zu begreifen und dies „therapieren“ zu wollen, sei das Verständnis für die Umstände hilfreich, „die dazu geführt haben, dass jemand sich so fühlt, oder gewisse Schritte für sich möchte“ (IP1, Absatz 62). Auch das Nicht-bewerten- oder Nicht-einordnen-müssen sei eine mögliche Positionierung für die Therapeut*innen:

Ich glaube, da haben wir Humanisten einen großen Vorteil, weil wir uns sozusagen mit den Phänomenen, die uns begegnen, beschäftigen, weil wir nicht gleich das alles einordnen müssen. Ob das jetzt krankhaft oder eine Störung ist, oder nicht; wir betrachten es einfach so, dass wir sagen: ... ‚Was braucht denn dieser Mensch, um wachsen und sich weiterentwickeln zu

können? Was bräuchte er speziell von mir als Psychotherapeut?' (IP4, Absatz 63)

Für IP2 sei es eine einnehmbare Verständnisperspektive, sich auf den Auftrag zu besinnen – beispielsweise, diese Person in ihrem Prozess zu begleiten, und dabei keinen Krankheitswert im Sinn zu haben, „sondern weil ich da einen Wunsch habe nach einem Lebenssinn. Und hier nicht den Wunsch habe irgendwo etwas ‚wegtherapiert‘ zu bekommen, um eine Verbesserung zu erlangen“ (IP2, Absatz 4).

Mit der Sicht des Nicht-Krankheitswertigen gehe es im Wesentlichen um das Respektieren der individuellen persönlichen Gender*identität, so IP5:

Was mir wirklich wichtig ist an der Stelle ist, die Leute zu respektieren mit dem, was sie an Identität mitbringen, also das... nicht zu hinterfragen. Und da würde ich jetzt ganz gestalttheoretisch argumentieren: Weil das schafft erst den Raum, wo dann unter Umständen doch irgendwann eine Veränderung möglich wird. (IP5, Absatz 22)

Im Verständnis von IP6 gehe es auch darum, ausgehend von der Therapeut*innen-Seite, eine Akzeptanz zu etablieren und zu entwickeln. IP6 schildert dazu, welchen Einfluss es haben kann, dieses Akzeptanzgefühl trotz Widerstands und erlebter Nichtakzeptanz der Betroffenen immer präsent zu haben:

Auf vielen Ebenen... wirkt sich das aus... Also, es ist eine Stimmung. Es ist ein Gefühl, auch oft das, dass ich das dazu sage. Also es gilt ganz viel Akzeptanz in allen Facetten zu zeigen. ... das heißt nicht alles quasi durchgehen zu lassen, sondern schon immer dranbleiben. Es ist ja viel Widerstand, auch da. Es ist schon immer entlang, entlang dessen zu bleiben. Weil die selber akzeptieren ja ganz Vieles nicht. Also Trans*menschen haben, wenn man jetzt sagt, jetzt umdreht, haben sie ja eine Nichtakzeptanz von dem Geschlecht mit dem sie geboren sind. Da ist ja eine volle Abwehr da. Aber es hilft nichts. ‚Du bist so geboren, deine Chromosomen sind so. Was wirst du machen?‘ Also das ist schon auch entlang dieses Widerstands zu gehen. (IP6, Absatz 84)

EIN VERBINDLICHES EHRLICHES GEGENÜBER FÜR DIE BEGEGNUNG SEIN

Bei der Abklärung zu Beginn des Therapieprozesses kann es wichtig sein, mögliche schwerwiegend erscheinende Gründe anzusprechen, die eine angestrebte Transition unmittelbar ausschließen könnten. Eine Formulierung dazu könnte lauten: „Ich würde Sie gern begleiten, aber ich glaube, da gibt es wirklich einfach aus meiner Sicht ein Thema, das Sie sich vorher anschauen müssen, oder dass das ein Stück ausschließt, oder dass Sie einfach bitte psychiatrisch nochmal abklären“ (IP1, Absatz 68).

Denn auch die Therapeut*innen entscheiden für sich bewusst für oder gegen eine therapeutische Zusammenarbeit – wenn eine Entscheidung dafür getroffen würde, so erfolge die Begleitung dieser Person ergebnisoffen und verbindlich, „egal, wie sich die Personen dann entscheidet, oder auch, ... [wenn] ich spüre, die hat sich schon entschieden“ (IP1, Absatz 68).

Dann geht es um „sich einlassen auf diese Begegnung und diese Beziehung und schauen was nehme ich denn jetzt mal wahr? Und was braucht es da, damit Entwicklung stattfindet“ (IP4, Absatz 63).

Diese Begegnung erfolgt nach IP5s Beschreibung auf Augenhöhe. Dabei wird versucht, das Gegenüber mit all seinen Fragen und seinen jetzigen Grenzen ernst zu nehmen – im Wissen, dass künftig nicht alles so bleiben muss, „quasi von Mensch zu Mensch“:

Es ist gut, wenn ich viel gelernt habe, mit Fortbildungen und Büchern... Aber da sitzen Menschen und... das Wissen kann mir bestenfalls helfen, aber das Wesentliche ist der Mensch, der vor mir sitzt; und zwar dieser einzigartige Mensch und da wirklich zu gucken: ‚Worum? Worum geht es dem? Was braucht dieser Mensch?‘ (IP5, Absatz 102)

Um dabei ein ehrliches Gegenüber zu sein, sollten vorab gut abgewogene, persönliche Einschätzungen und Meinungen mit den Klient*innen geteilt werden: „Da habe ich dann wirklich so, ja, auch erklärt, warum ich glaube, das es nicht gut ist, und

was man da gesehen hatte, dass sie ... jetzt drei Wochen nicht in diese Gruppen gehen soll“ (IP6, Absatz 86).

Die Verbindlichkeit äußert sich auch in der Übernahme von Verantwortung – sowohl für die therapeutische Tätigkeit als auch für die Diagnosestellung:

Im Falle für eine Diagnose Verantwortung zu übernehmen, dass es Folgen hat. Und da scheuen sich noch so viele Therapeuten davor, die dann jemand jetzt hastig begleiten, aber wenn es um die Hormonbehandlung geht, schicken sie es mir zur Indikation. ... Und für das, was an Prozess ist, dass man Verantwortung übernehmen muss. Und da scheuen wir uns sehr! ...dass diese Menschen genau das brauchen. Die brauchen ein Gegenüber, der für sich und für seine Fachlichkeit und für seine Professionalität Verantwortung übernimmt, in der Diagnosestellung. (IP9, Absatz 61)

Es gehe darum, einem Menschen einen vertrauensvollen, ehrlichen Raum zu bieten, wo er Zugang zu seinem „wahren Wesen“ finde – durch alles hindurch – zu dem, wer er „wirklich“ sei. Dies gelinge nur mit persönlichem Engagement des*der Therapeut*in:

Das kann ich, diesen Raum, diese Begegnung anbieten, dass jemand die Möglichkeit hat, an der Stelle zu reifen und gehalten wird durch mein Gegenüber, damit ich mich mehr traue, mich selber fühlen zu können – das ist Identitätsfindung! Das ist ja auch eine Anforderung an einen selber, wie stabil bin ich, dass ich ein solches Gegenüber sein kann – ein ehrliches, flexibles Gegenüber der das hält. ...diesen Raum anbietet und dieses Angebot auch verwirklichen kann... das ist! (IP9, Absatz 65)

Die Betroffenen erfahren Halt, wenn sie sich auf den Fortbestand der therapeutischen Beziehung verlassen können – gerade auch in Momenten, wo sich die Therapeut*innen nicht dazu imstande zu fühlen meinen:

Wenn man sagt, ich blicke das jetzt nicht. Ich kann das jetzt nicht... mehr... so. Also dass man ein verlässliches... das ist nicht immer stabil, aber verlässlich im Sinne von überprüfbar: „Das ist wirklich ernst gemeint, was der

sagt! Der ist wirklich da, der hält mich wirklich! Und wenn er mich gerade nicht halten kann, dann sagt er das auch.' Dieses... das Verlässliche im Sinne von... überprüfbar. (IP9, Absatz 69)

PROZESSVERSTÄNDNIS

Analog zum Verständnis, dass die Identität kein „monolithischer fester Felsen und Block ist, ... den man einmal errungen hat und nie wieder verlässt, wenn es gut geht“ (IP3, Absatz 56), verlangt auch die Begleitung trans*ident empfindender Menschen eine ständige Anpassung und Weiterentwicklung. Man begibt sich in einem zieloffenen Prozess der Begleitung gemeinsam auf die Suche, wie IP5 beschreibt.

Ein adäquates Mitgehen sei wichtig und abhängig davon, wieviel die Person zulasse und in welcher Tiefe sie sich damit auseinandersetzen wolle. Dadurch entwickeln sich die Prozesse immer sehr individuell.

Ich hab' da nie einen konkreten Fahrplan. Nur einfach die Dinge, wo ich weiß, ok, die sind essentiell damit jemand in unserer Gesellschaft wirklich leben kann, und irgendwo kommt schon ein Thema dann hervor von einer betroffenen Person im Laufe eines Settings, ähm... wo ich dann genau merke, ok, jetzt ist der Punkt gekommen, wo man das anbringen kann. (IP2, Absatz 10)

Ein weiteres Indiz für die Prozesshaftigkeit sieht IP5 darin, dass manche Klient*innen zunächst nicht mit dem benannten Wunsch nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen in die Therapie kommen. Vielmehr geben sie geradezu nebenbei bekannt, dass sie auch trans* sind. „Und manchmal sagen sie sehr explizit dazu, das ist aber nicht das Thema, für das sie hierher kommen. Und trotzdem spielt es dann immer wieder eine Rolle“ (IP5, Absatz 27).

Die prozessuale Vorgehensweise bedeutet auch für IP5, keine unmittelbaren Ziele zu verfolgen, sondern sich vielmehr als Begleiter eines offenen Prozesses zu verstehen:

Also so, ich hab da einfach keine Agenda, sondern ich gehe da offen ran, und betrachte mich eher so als Begleitung auf der Suche. Und den ganzen Prozess betrachte ich als einen offenen Prozess. Und das versuche ich auch immer wieder zu vermitteln. Und die Erfahrung ist, dass das für Leute auch wirklich hilfreich ist, wenn sie einen Raum eröffnet bekommen. (IP5, Absatz 21)

Und für IP8 sei die scheinbare Widersprüchlichkeit, dass es einmal so und ein anderes Mal so sei, ein Merkmal des Prozesses. Dafür brauche es einen langen Atem seitens der*des Therapeut*in*en:

Und da dabei zu sein, das immer wieder ernst zu nehmen, also einmal... ernst zu nehmen, wenn sie sagen: ‚Am liebsten würde ich morgen die Operation machen!‘ – das nehme ich genauso ernst, wie wenn sie zwei Wochen später kommen und sagen: ‚Bin ich wahnsinnig... nie werde ich das tun!‘ – auch das ernst zu nehmen. Und da braucht es dafür einen langen Atem. (IP8, Absatz 55)

TRANSITION ALS EIN MÖGLICHER LÖSUNGSWEG

Einige Interviewten sehen den Wunsch nach einer Transition auch als Lösungsweg:

Und es gibt welche, die sicher aus einem Trauma-Aspekt heraus, sozusagen, eine neue Identität entwickeln, ja? Oder versuchen so eine kreative Lösung zu finden mit den Erfahrenen, meist Bindungstraumatisierungen, sozusagen, irgendwie... ähm, Stabilität zu finden, oder so ein Stück... eine, wie soll ich sagen, unverletzte Identität zu bewahren, oder zu erschaffen... (IP1, Absatz 5)

IP4 nennt dazu ein Fallbeispiel eines Trans*mannes, der in Folge des Traumas unter seiner sehr ausgeprägten PTSB leide. Nach IP4s Auslegung könne die Transition für die Aufarbeitung des erlittenen Traumas geradezu als

überlebensnotwendige Ressource verstanden werden, da er sonst nicht viel besitze, was ihn in seinem Selbstwert und in seinem Selbstvertrauen irgendwie stärke:

Der Transitionsprozess ist eins der wenigen Dinge in seinem Leben, die man jetzt als Ressource nutzen kann für die Aufarbeitung dieser Traumatisierung, die er als kleines Kind erlebt hat. ... Und das ist insofern finde ich auch für die Psychotherapie ein interessanter Fall; insgesamt auch für die Diskussion der Trans*identität und der Identitätsfindungsfrage. (IP4, Absatz 4)

Dazu zitiert IP3, frei nach Sophinette Becker: „Es ist trotzdem wichtig, bei aller Offenheit für das Thema Trans*gender, immer auch hinzuschauen, mit der therapeutischen Brille: wofür könnte es denn auch ein Lösungsweg sein?“ (IP3, Absatz 33) Als Beispiel ergänzt er dazu: In Ländern wie Iran, wo Homosexualität unter Todesstrafe stehe, gehen diese Menschen den Weg der Transition, um wieder in der heteronormierten Normalität zu sein und nicht verfolgt zu werden.

Insofern, das hat natürlich die Realität in der psychotherapeutischen Praxis ausreichend Einzug gefunden, sodass jetzt immer mehr auch Psychotherapeuten glücklicherweise mit einem Konzept arbeiten, nämlich durchaus auch sehen können, dass dieser Transitionsprozess eigentlich sowas ist wie eine psychische kreative Leistung, so im Sinne der Bewältigung auch – zum Beispiel von Traumata. (IP4, Absatz 5)

Zusätzlich würdigt IP4 jene Menschen, die sich für einen Transitionsprozess entscheiden, da dieser Weg großer psychischer Leistungen bedürfe:

Erstens Mal, man traut sich wahrzunehmen, in einer Form, wo man weiß, man schwimmt gegen den Strom. Man sagt ich habe zwar den weiblichen Körper, bin aber ein Mann. Ich weiß, das wird meine Mama, meine Eltern vor Herausforderungen stellen. Ich muss einen Coming-out-Prozess machen. Ich stehe dazu. Dann diese ganze, sozusagen auch auf der sozialen Bühne dieses... Entwicklung dieser männlichen Rolle. Das sind ja enorme Leistungen, die mit ganz viel Übernahme von Selbstverantwortung für sich und sein Leben einhergehen. (IP4, Absatz 74)

Zugleich scheine auch etwas Skepsis gegenüber der Einschätzung jener Betroffenen angebracht, welche die Transition als den einzig relevanten Fokus im Leben betrachten – als ob damit all ihre Probleme gelöst werden könnten:

Wenn die Geschlechtsidentität [Denkpause].. so der einzig bestimmende Lebensinhalt ist. ... Ähm... bei manchen Klienten habe ich so das Gefühl, äh... die dann glauben, wenn sie dann den Weg ihrer Transition [englische Aussprache], wie wir sagen, oder Transition gegangen sind, dann ist alles [betont] anders. Dann schaut die Welt ganz [betont] ganz anders aus! Und dann werden sie den [betont] Beruf bekommen, den sie sich wünschen... Und dann werden sie... ja, und es wird alles [betont] anders sein. Und die psychischen Probleme werden weg sein, und... ja? Und da bin ich oft vorsichtig, ja? (IP3, Absatz 49)

PERSÖNLICHE AUSEINANDERSETZUNG MIT DEM THEMA

Ein häufiges Phänomen in der Arbeit mit Trans*gender-Personen sei das Gefühl der Irritation oder Verwirrung. „Was ist wirklich Mann sein? Was ist, was ist wirklich Frau sein?“ (IP3, Absatz 56) Es sei dabei notwendig, abseits manifestierter Traditionen zu denken. „Was sind meine Vorstellungen von Weiblichkeit, von Männlichkeit? Was ist für mich ein ‚richtiger‘ Mann, eine ‚richtige‘ Frau? Wie wirken mir die Klient*innen auf mich? Was bewegen die bei mir? Was gehört mir? Was gehört denen?“ (IP4, Absatz 24)

Fast alle Interviewten hoben explizit hervor, dass sich die behandelnden Therapeut*innen auch persönlich mit dem Thema Geschlecht auseinandersetzen sollten. Dabei gehe es nicht nur um das Hinterfragen der Sicht auf die Zweigeschlechtigkeit, die Heteronormativität, sondern auch um die individuelle Vorstellung von Männlichkeit und Weiblichkeit sowie um das Verständnis von Sexualität. Es gehe dabei vor allem um die Auseinandersetzung mit der eigenen geschlechtlichen Identität:

Ich finde einen ganz wesentlichen Punkt die eigene Auseinandersetzung mit der geschlechtlichen Identität. Also was es mit meiner geschlechtlichen Identität ... die muss reflektiert sein! So wenn ich die nicht reflektiere als Therapeutin, dann laufe ich am laufenden Band in irgendwelche Fallen, dass ich unhinterfragte Aufträge höre, eigene Vorstellungen habe, wie Geschlecht zu sein hat, wie Menschen zu sein haben, und... vielleicht auch Ängste, also gerade geschlechtsangleichende Operationen. ... bis hin zu Kastrationsängsten und wirklich sehr existenzielle. Ich finde, das muss man in dem Prozess von Eigentherapie Supervision, reflektiert haben, um da Leute gut unterstützen zu können. (IP5, Absatz 98-99)

Um im therapeutischen Prozess wirklich auch als Gegenüber, leiblich als Mensch zur Verfügung stehen zu können, bedürfe es einer klaren stabilen und somit stimmigen Identität. Dazu IP6 weiter: „Und ich finde, Identitätsthemen hat jeder Mensch, unabhängig ob er trans* ist oder nicht. Und das bewusst am Schirm zu haben ist glaube ich schon sehr wichtig, auch als Therapeut“ (IP6, Absatz 80).

Das heißt, hier so eine Offenheit zu entwickeln, dass das nicht für jeden selbstverständlich ist, dass das biologische Geschlecht mit dem empfundenen Geschlecht übereinstimmt... das ist irgendwie eigentlich – ich sage nur so – das einzige für das man sich auch als Psychotherapeut öffnen muss. (IP4, Absatz 26)

IP4 beschreibt zudem, dass sich auf Therapeut*innen-Seite nicht selten ein Einordnungsdruck auftrue. Gerade in der Begegnung mit Menschen, die sich geschlechtlich „(noch) nicht entscheiden können – oder nicht entscheiden werden“ sei dies eine besondere Herausforderung.

Und ich sag mal so, ich verstehe mich da als jemand, der versucht, dem allen sehr offen gegenüber zu sein und nicht Druck zu machen in irgendeiner Richtung. Aber ich merke nur, dass der Druck da sehr wohl da ist, den wahrscheinlich auch die Klienten spüren, wo's noch ein bissl' schwerer ist, glaube ich, so einen Freiraum zu schaffen, da auf der Suche zu bleiben. (IP4, Absatz 53)

Diesen Druck versteht IP6 sowohl auf Klient*innen-Seite als auch auf Therapeut*innen-Seite als innerliche Diskrepanz, die abseits der Trans*identitätsthematik kaum entstehe.

Und da mitgehen zu können und selber mit einer Diskrepanz, die immer im Raum steht, selber damit umzugehen, das ist vielleicht schon etwas, was man von den Therapeuten, die lange mit Trans*menschen arbeiten, vielleicht lernen kann. Das auszuhalten, ... das auch gut halten. (IP6, Absatz 74)

IP8 sieht es als wichtige Botschaft an, dass nicht alle Therapeut*innen mit trans*identen Personen arbeiten müssen: „Und es muss dann auch nicht jeder und jedes sich mit den eigenen verinnerlichten gesellschaftlichen Normen auseinandersetzen. Das passt für manchen nicht, und das ist auch in Ordnung“ (IP8, Absatz 97).

Es wurde auch mehrfach der Wunsch geäußert, dass diese Themen in Ausbildungskolloquien stärker aufgegriffen werden mögen.

HILFREICHES AUS DER GESTALT THERAPIE

Interviewpartner*innen mit Bezug zur Gestalttherapie äußerten, welche Aspekte sie aus der Gestalttherapie als besonders hilfreich für die Arbeit mit trans*identen Personen erkennen. Hier erfolgt die Zusammenschau der Aussagen der Therapeut*innen in thematischen Blöcken gegliedert:

- **Menschenbild und Haltung**

- *Keine Deutung, keine Wertung, keine Unterscheidung zwischen gesund und krank. Möglichst wenig Vorannahmen haben:*

okay, wenn sie cis, queer, trans*... keine Ahnung,... wie, was weiß ich, asexuell, egal... Alles, was ist, ist ok! ...so grundsätzlich. Und die sind so überrascht damit, dass sie endlich einen Menschen vor sich haben, der das wirklich auch spürbar,

da muss ich nichts mal sagen, spürbar nicht bewertet. (IP6, Absatz 51)

- *Neugierde*: „Ich bin interessiert, ich möchte wissen, wie Sie denken. Also nicht: Ich möchte analysieren, wie dieses tut, ... Und ich möchte das verstehen. Oder ich möchte vor allem, dass sie das versteht oder er das versteht“ (IP6, Absatz 44).
- *Offenheit* darüber, wie die Person ihre Identität definiert.
- *Beziehung auf Augenhöhe*:

Also zentraler Satz finde ich halt dieses Anerkennen, was ist – oder von Arnold Beisser dieser schöne Satz: ‚Was ist, darf sein, und was sein kann darf sich verändern.‘ Also wirklich alles Wesentliche das was ist anzuerkennen und nicht..., also sowohl für meinem Blick aus therapeutischer Sicht anerkennen, welche Person sitzt da vor mir. Und möglichst wenig Vorannahmen zu haben. (IP5, Absatz 87)

- *Bereitschaft, sich immer wieder neu auf Begegnung einzulassen.*
- **„Konzept des Selbst und wie Identität ... formuliert wird“** (IP1, Absatz 53).
- **Kreative Anpassung und organismische Selbstregulation**
 - „Jeder Mensch hat seine *kreativen Anpassungsprozesse* um mit Erlebtem umzugehen oder auch sich zu verorten. Und ich da sozusagen nicht unterscheide zwischen gesund und krank“ (IP1, Absatz 51).
 - *Figur-Hintergrund-Verständnis*: „Diese Haltung, dass das, was in den Vordergrund kommt, im Vordergrund sein darf, mit dem Wissen, dass da viel im Hintergrund ist“ (IP6, Absatz 44).

- **Feldtheoretisches Verständnis**

- „ In welchem *Kontext* ist diese Person groß geworden?“ (IP1, Absatz 51)

- **Dialogizität – Beziehungsorientierung**

- *Resonanz, liebende Haltung eines Elternteils, Zuversicht vermitteln.*

Die brauchen einen menschlichen Resonanzkörper, weil das haben sie in ihrem Leben ganz oft nicht gehabt. Die haben sich als Mensch nicht wohlfühlt und haben keine Widerhall-Möglichkeit gehabt, ein Gegenüber. Und ich bin dein Gegenüber. Und ich bleibe, und was ganz wichtig ist, das habe ich aber gelernt: Auch, was ganz bei mir, in meiner Rolle als Therapeutin ankommt, dass ich mir meiner Identität ganz sicher bin. (IP6, Absatz 45)

- *Beziehungsangebot*

Das ist die Art des Verständnisses von Kontakt, dass im Kontakt, dass wir das... ich werde er am du zu ich. ... durch die Begegnung mit jemand, und dass ich das alleine nicht hinbekomme. ... Wir treffen uns, und wenn sich beide Personen einlassen, auf das Geschehen, auf diese Begegnung, wird ein Verständnis entstehen über irgendetwas, das wo der Fokus darauf gerichtet ist, wo beide den Fokus darauf gerichtet haben, eben auf den Patient, Patientin, was weder der Patient alleine noch der Therapeut alleine entdeckt hätten, sondern miteinander! (IP9, Absatz 57)

- **Support im Verständnis von Lore Perls**

„Wo können Leute sich schon selbst unterstützen, das zu benennen, wertzuschätzen, wo das Leuten auch vielleicht nicht

bewusst ist. Und nur so viel Unterstützung zu geben, wie es nötig ist und wo es ihm selber noch nicht möglich ist“ (IP5, Absatz 92).

THERAPEUTISCHES VORGEHEN – PRAXIOLOGIE

Nach dem praktischen therapeutischen Vorgehen gefragt, bemerken zunächst fast alle Interviewten, dass dieses immer sehr unterschiedlich und individuell sei: „Ja, es ist eine interessante Frage, ja. Das Interessante ist, ich arbeite mit niemandem gleich“ (IP6, Absatz 57). Die Einladung, im Rahmen des Interviews über Fallbeispiele und -Vignetten zu sprechen, ermöglichte auch Einblicke in das praktische Tun der Therapeut*innen.

Die folgenden neun Unterkapitel stellen einen Gliederungsversuch für die Beschreibungen der Interviewten dar, wie sie in Therapiesitzungen konkret vorgehen.

FRAGEN – DAS VERSTEHEN-WOLLEN

Durch eine interessierte Haltung des*der Therapeut*in werden die Betroffenen in Form von Fragen eingeladen, ihre Sichtweise und Verständnis genauer zu erklären. Dabei entwickelt sich sukzessive auch das Gefühl, sich der*m Therapeut*in anvertrauen zu können. Zugleich werden dadurch Wünsche und Bedürfnisse der jeweiligen Momente leichter zugänglich, wie AP1 schildert:

Also ich denke, das ist so einer der wichtigsten Punkte: Die Person nachvollziehen zu können, verstehen zu können. Ja? Ein bissl' ein... Gesamtbild kriegen und da den Fokus bilden können: ‚Was hat Sie denn damals bewegt, das zu tun?‘ Oder: ‚Wie denken Sie denn, dass diese Erfahrung sich ausgewirkt hat auf Ihr Leben?‘ Oder: ‚Wie bewerten Sie denn die?‘ So... also einfach mal ein Gesamtbild... Also ist es eigentlich so ein gemeinsames Verständnis entwickeln, ja? Indem ich nachfrage und sag': ‚Wie ist denn das für Sie? Was hat sich da für Sie verändert?‘ Kommt die Person vielleicht mal darauf: ‚Okay, das ist passiert, das hat vielleicht mich auch

verändert.' Ja? Also wir versuchen es, um gemeinsam zu verstehen, wie was diese Person was verortet hat, ja? Welche Bedeutung was hat für diese Person, ja? ...was da passiert ist! (IP1, Absatz 31)

Diese Auseinandersetzung soll die gemeinsame Entwicklung eines individuellen persönlichen Verstehens ermöglichen. „Ein Verstehen betreffend des Erlebens des eigenen Geschlechts, eigener Vorstellung, wie Mann/Frau gelebt werden könnte, mögliche Geschlechtsrollen-Stereotypie, was das wiederum für den eigenen Lebensentwurf und -gestaltung bedeuten könnte usw...“ (IP3, Absatz 26). Auch Fragen über das Berufsleben, Elternhaus, Familienkultur oder Streitkultur (IP7, Absatz 56) sind mögliche Explorationsbereiche zu diesem Thema.

Dabei sei darauf zu achten – je mehr man am Anfang stehe, desto eher – „erstmal wirklich zuzuhören und wenig zu kommentieren, und wenn, erst einmal nachzufragen“ (IP5, Absatz 56). Der*Die Therapeut*in sollte sich bewusst sein, dass manche Klient*innen bei ihnen zum ersten Mal in ihrem Leben über dieses Thema sprechen. Dadurch werde der*die Therapeut*in auch für etwaige, damit verbundene Ängste sensibilisiert.

Das Fragen gehe zudem auch über das persönliche individuelle Verstehen hinaus und hin zum Thema, was diese Person darüber hinaus denn sonst noch ausmache:

„Was macht Sie denn noch aus? Was ist denn Ihre Identität?‘ Im Sinne von: ‚Wessen sind Sie sich gewiss?‘ ... [als Bespielaussage einer Klientin:] ‚Stimmt, meine Werte bleiben mir ja! Ich werde weiterhin mit den Menschen respektvoll, wertschätzend ... umgehen.‘ Also sozusagen dieses unsichere Terrain von Identität auf Körperlichkeit... wenn es zu reduziert wird, auszumachen und zu sagen: ‚Es macht Sie ja mehr aus, als das, was die anderen Leute sehen!‘ (IP8, Absatz 84)

VERSTÄNDNIS FÜR DAS EIGENE GEWORDEN-SEIN – SICHT AUF DIE VERGANGENHEIT

Die Beschäftigung mit der eigenen Vergangenheit gleicht einer Abklärung und Entwicklung des Verständnisses über das eigene Geworden-Sein. Fragen wie: „Wann hast du das erste Mal darüber nachgedacht? Gab es das schon in der Kindheit? Woran würde die Person eigentlich das festmachen, dass sie trans*ident ist? ... Wie definiert die Person selbst für sich Trans*identität?“ (IP1, Absatz 25) gehen in diese Richtung.

Dabei können Erwartungen an die Person und aufgenommene Rollenerwartungen bewusst werden. Eine Art Aufarbeitung der Frage „Was ist da passiert?“ (IP1, Absatz 40) könne daraus resultieren.

Durch die Beschäftigung mit der eigenen Vergangenheit könne deutlich werden, wie sicher der Wunsch nach einer Transition für die betreffende Person sei. Hierzu ein Fallbeispiel:

Aus der Exploration ist irgendwie hervorgegangen, dass die Person eben seit der Zeit im Teenageralter sich mit dieser Frage beschäftigt, inzwischen 40 und 50 ist, und jetzt irgendwie zu diesem Entschluss gekommen ist, aufgrund des Erlebten nicht mehr diesen Wunsch zurückzuhalten, oder nicht mehr auf quasi die Forderungen des Umfelds einzugehen, ein angepasstes Leben zu führen... dann ist diese Entscheidung, also... dann ist dieser Prozess der Abklärung relativ kurz. (IP1, Absatz 46)

Ein Großteil der Erwachsenen trage das Thema oft schon Jahre bis Jahrzehnte mit sich. Dadurch sei oft auch schon eine gewisse Sicherheit und Stabilität in der persönlichen individuellen Geschlechtsidentität entwickelt worden (IP3, Absatz 21).

Auch Explorationen in Richtung des Umfeldes, in dem die betroffene Person herangewachsen ist, können sehr wertvoll sein. „Wie haben Sie denn bisher Geschlecht erlebt? ... Familie, ... Bezugspersonen ... wie ist das im Kindergarten ..., Schule gelebt worden? Welche Erfahrungen haben Sie auch mit ihrem Geschlecht gemacht? Erfahrungen von Benachteiligungen ... Bevorzugungen?“ (IP3, Absatz 43)

Als konkrete Intervention nennt IP6 die biographische Arbeit mit der Lebensstraße (auch als Lebenspanorama, oder Lebensflussmodell bekannt) für zwei bis drei Sitzungen. Dadurch können oft nicht bewusste, gute Bewältigungsstrategien im bisherigen Leben sichtbar gemacht werden (IP6, Absatz 8).

Bei den Trans*klienten würde ich sagen ist es ein bisschen noch mehr, dass man das, was sich durchzieht durch den gesamten Faden ist ja da sozusagen: ‚Ich fühle mich nicht stimmig mit mir. Und, was ist da alles passiert in den einzelnen Stationen?‘ Das hat... ich weiß nicht warum – ich kann es gar nicht erklären – aber es hat irgendwie ein anderes Gewicht. Ich kann das aber auch nicht sagen wieso... (IP6, Absatz 37)

Dabei ist die Anerkennung und Wertschätzung des*der Therapeut*in darüber, wie die*der Klient*in schwierige Situationen gut gemeistert habe, ein wichtiger Beitrag. Diese erhöht wiederum die Bewusstheit der Betroffenen, sich über ihre erworbenen Fähigkeiten regulieren und besser schützen zu können.

Und ich habe auch das Gefühl, dass sie durch diese Arbeit, dass ich ihnen das biete, auch merken, dass ich das so wertschätze, was die alles geleistet haben. Und dann kommen die wirklich auch ins Gefühl. Das sind ja oft auch sehr... die haben sich schon so gut gelernt, zu regulieren und zu schauen und... eine Mauer ein bisschen aufzubauen. Und da merken sie, sind sie dann selbst berührt. Sehr von dem, was sie da sehen... (IP6, Absatz 39)

Weiterführend könnte es darum gehen, den Klient*innen die Bewältigungs- und Handlungsstrategien bewusst werden zu lassen (IP6, Absatz 94) und diese dann auch als Ressource verfügbar zu machen.

Ich glaube, wenn man ressourcengestärkt ist, dann ist es jemand, der seine eigene Identität und auch Selbsterfahrung gemacht hat, und da gut gestärkt ist. Und das hat was für mich damit zu tun: ‚Wie sehr stehe ich dazu? Wie sehr kann ich... was ist meine Identität?‘ Das herauszufinden, zuerst einmal. Und die Ressource oder die Resilienz, wie auch immer, was man da jetzt hernehmen möchte... ähm... Faktoren, die befähigen, mich dann, dass ich sage: ‚Das ist meine Identität und die kann ich auch leben, oder die will ich

leben! Und die kann ich auch jemanden anderen gegenüber erklären, und, die muss ich nicht verteidigen, sondern die ist so!' (IP7, Absatz 9)

LEBBARKEIT, LEBENSENTWÜRFE – VORSTELLUNG ÜBER DIE ZUKUNFT

Eine möglichst realistische Vorstellung von Zukunftsszenarien unterstütze dabei auch den Suchprozess. Fragen dazu wirken oft sehr konkret und detailliert:

- Was ist dann anders nach der Transition? Was wird besser?
- Welche Schritte sind/wären denn zuerst zu planen? Was ist am wichtigsten?
- „Gibt es Überlegungen, wie das Leben danach ausschauen könnte? Was, wie, welches Leben? Was verändert sich dann im Leben dieser Person?“ (IP1, Absatz 27)
- „Wie ist es mit der Familie? Wie ist das Coming-out gegenüber der Familie? Ist es sehr schwierig? Hat die Person Sorge?“ (IP1, Absatz 27)

Es gehe auch um Entwicklung von Strategien und Vorbereitung auf mögliche zukünftige Schwierigkeiten:

- „Wie kann ich das meinen Eltern sagen? Wie kann ich das meinem Chef sagen?“ (IP1, Absatz 42)
- „Was können für Probleme auftauchen? Welche Situationen kommen da eventuell auf die Person zu? Wie kann die Person damit umgehen? Wie kann sie sich schützen?“ (IP1, Absatz 42)

Dahinter steht die Idee, eigene individuelle Geschlechts*rollen und persönliche Konzeptionen zu entwickeln, um daraus auch eine Lebensperspektive ableiten zu können (IP3, Absatz 49).

Manchmal entstehen auch Strategien, die auf den Verbleib im aktuellen Zustand abzielen:

„Ich möchte mich weder dem einen noch dem anderen zuordnen. Und ich möchte es auch nicht abklären, ob ich dann in die eine oder in die andere Richtung ... tendiere. ... Ich brauche Strategien, und ich brauche auch Wissen drum, wie ich das für mich umsetzen kann. Also ich möchte die eine oder andere quasi Maßnahme ergreifen, aber keine Operationen.“ (IP1, Absatz 48)

Auch ein gedankliches Szenario, dass sich die Transition im Nachhinein als Fehlentscheidung herausstellen könnte, ermögliche einen neuen Diskurs: „Und dass man da auch überlegt: ‚Okay, wie geht man dann da auch damit um? ... Um Gottes willen, das war das Falsche; hätte ich bloß nicht die Transition gemacht, wäre mir das nie passiert!‘“ (IP2, Absatz 51).

Eine passende Intervention sei, die Wunschbilder oder Zukunftsszenarien szenisch aufzubauen und erfahrungsorientiert zu durchleben. „Diese Projektion nach vorne; was davon ist realistisch, und nicht? äh... ‚Was denkst Du? Was würd‘ das für dich bedeuten, wenn das nicht so wird, wie du dir das vorstellst?‘“ (IP4, Absatz 34). Ein konkretes Thema wäre beispielsweise abzuklären, ob eine Vaterschaft in Zukunft relevant sein könnte und vor dem körperlichen Eingriff Vorkehrungen zu treffen wären.

IP7 beschreibt als Vignette, einen Klienten vier oder fünf Jahre nach der Transition zu interviewen: „Und das hat es so [Betonung] gut geklappt, ... er so viel gesprochen hat, und ein positives [Betonung] Bild gehabt hat. Er war dann total überrascht, was da gekommen ist“ (IP7, Absatz 71). „Und, dass der Klient, ohne jegliches Zutun von mir, dass sich so vorstellen kann. Ich glaube dieser optimistische Blick in die Zukunft irrsinnig stärken kann“ (IP7, Absatz 80).

Der gedankliche Sprung in die gewünschte, stimmige Zukunft kann sehr bestärkend für die Betroffenen wirken:

... bei ganz vielen auch, die sagen... Also, die können sich wieder ihr Leben vorstellen. ... dass die wieder einen Lebensplan machen können. Weil bei ganz vielen ist so, dass sie sagen: ‚Wie es jetzt ist, ich sehe nichts, ich sehe... ich tue zwar meine Tage abarbeiten, aber im Grunde, was habe ich von diesem Leben?... das nicht meines ist!‘ (IP8, Absatz 59)

SCHÄRFUNG DER SELBSTWAHRNEHMUNG UND FÖRDERUNG DER SELBSTREFLEXION

Die Förderung der Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion sei auch für diese Klient*innengruppe bedeutend. In der Herangehensweise kann es abhängig vom Gegenüber manchmal konfrontativer oder stabilisierend unterstützend erfolgen: „Bist du damit schon mal rausgegangen? Was glaubst du denn, wie die Kassiererin im Supermarkt schaut, wenn du so dahin gehst? Glaubst du, die wird dich als Frau erkennen?“ (IP5, Absatz 81)

Dazu beschreibt IP5 eine angeleitete Imaginations-Sequenz:

- „So wie du angezogen bist, wie du draußen warst, wie wurdest du wahrgenommen? Wie haben die Leute dich angeschaut? Hast du das Gefühl, die sehen dich als Frau? Oder kamst du dir komisch vor?“ (IP5, Absatz 83)
- „Und wenn du dir vorstellst, etwas anderes anzuziehen, was fällt dir ein? Was glaubst du, wie die Leute dann reagieren würden? Aber auch wie würdest du dich fühlen? Oder auch mal, warum nicht auszuprobieren... ?“ (IP5, Absatz 83)
- Auch sei es möglich, zwischen den beiden Sequenzen eine Übung zur Erdung und Stabilisierung zu machen, um dann erneut in die Wahrnehmung zu gehen: „Und wie ist das jetzt anders? – Also ein bisschen wie praktisches Ausprobieren“ (IP5, Absatz 83).

Letztlich, so IP4, könne nur die betroffene Person selbst beantworten, ob eine Trans*identität vorliege oder nicht. Und die Aufgabe der*s Therapeut*in sei, die Selbstwahrnehmung der Betroffenen zu schärfen und zu differenzieren. „Achtsam auch mit sich selber umzugehen, dass sie letztendlich die Frage für sich selber beantworten kann“ (IP4, Absatz 24).

DEN PROZESS BEGLEITEN

Veränderung braucht Zeit und kann als Prozess verstanden werden: „Also dass es sicherlich Schritt für Schritt benötigt, wie auch den ganzen Prozess. Es ist ganz ganz wichtig, dass der Prozess nicht von heute auf morgen passiert, sondern ein individuelles Tempo ist“ (IP2, Absatz 18).

Dazu ergänzt IP2: „Es ist eine Entwicklung ‚hin zu‘. Ein Prozess, wie er eben ähnlich wie in der Pubertät auch stattfindet. Und, es ist dann schon, wenn man für sich das Gefühl hat, ‚das passt jetzt für mich‘, dann ist es schon noch ein Ankommen“ (IP2, Absatz 20).

Als Beispiel nennt IP3 die Begleitung der Betroffenen im Prozess der Real-life-experience, wo in ihren relevanten Umfeldern konkrete Erfahrungen im Wunschgeschlecht gemacht werden können. „Und dass sie für sich tragfähige Lebensperspektiven im Wunschgeschlecht entwickeln können“ (IP3, Absatz 21).

IP4 plädiert für eine Unterteilung zwischen Psychotherapie, wo Selbstreflexion mehr im Vordergrund stehe, und Begleitung bei einem Transitionsprozess als zwei gleichzeitig parallel laufende Prozesse:

Und was aber bei trans*identen Menschen natürlich immer ein ganz ganz großes Thema ist, wenn es um ihre Identität geht, da geht's ja auch darum – das ist ja nicht nur ein innerer Prozess – sondern ganz wichtig ist, den meisten auch, wie sie von außen, von der sozialen Umgebung geschlechtlich wahrgenommen werden. (IP4, Absatz 27)

Zugleich eröffnet die Prozessbegleitung die Möglichkeit, zwischendurch immer wieder inne zu halten und erneut die Richtungsfrage zu stellen: „‚Will ich so weitermachen? Das ist ja möglich, vielleicht?‘ Oder: ‚Was gibt es denn noch für andere Möglichkeiten... die gerade besser passen?‘ Und es eröffnet Raum um überhaupt erstmal zu realisieren, dass noch etwas anderes überhaupt geht“ (IP5, Absatz 61).

Für IP9 hat die Alltagserprobung eine wesentliche Bedeutung, sodass er mit den Betroffenen dafür ein Jahr Zeit als Rahmenvereinbarung trifft. In diesem Zeitraum wird

einerseits die Stabilität in verschiedensten Alltagssituationen betrachtet, und andererseits erfolgt dabei auch eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Trans*identität:

Ein Mensch, der instabil ist, weiß nicht, wer er ist. Das ist... geht nicht! ...
 ‚Daran wirst du deine Identität tiefer entdecken. Und je tiefer du weißt, wer du bist, desto stabiler wirst du. Und du wirst zeigen müssen, nicht nur in deinem Kopf, in dem angestrebten Geschlecht zu leben, sondern im realen Leben.‘
 (IP9, Absatz 18)

PSYCHOEDUKATION UND BEISPIEL-INPUTS

Um mehr Vorstellungsperspektiven anzuregen, könnten Therapeut*innen anonymisierte Fälle und Beispiele einbringen. Dadurch würden die Betroffenen auch erfahren, dass sie mit dem Thema nicht alleine sind.

‚Du hast also diesen Wunsch, ähm... da fällt‘ – meinetwegen kann man eine Geschichte erzählen – ‚da fällt mir jemand ein... und später hatte es sich aber dann anders entwickelt.‘ Oder, je nach Situation erzähle ich auch mal von mir selber, auch von eigenen Prozessen und Suchbewegungen. Also das kommt dann auf die Situation an ob ich das möchte, auch. (IP5, Absatz 58)

Ebenfalls können Erklärungsmodelle und theoretische Inputs als hilfreich erlebt werden:

...so ein Stück Dynamiken zu erklären. ‚Also, was macht Gesellschaft? Wie ist Gesellschaft aufgestellt? Und warum ist es denn so schwer? Und warum ist es auch so nachvollziehbar schwer, ja? oder schwierig?‘ ...für diese Identität für sich zu fassen und dabei zu bleiben – das ist sehr, sehr entlastend für viele. (IP8, Absatz 53)

DER* DIE THERAPEUT* IN ALS „MESSINSTRUMENT“

Aussagen wie: „Mir ist sehr wichtig, dass ich das Gefühl habe... ok, ich habe da jemand vor mir sitzen, die authentisch ist, oder der authentisch ist, und nicht eine Maske oder irgendwie eine Rolle!“ (IP2, Absatz 41) verdeutlichen dabei die Funktion des* der Therapeut*in als „Messinstrument“:

Das ist sozusagen ein Kongruenzgeschehen, das ist ein höchstsubjektives Erleben, das von außen nur sehr schwer, oder nur indirekt eigentlich objektivierbar ist. Das heißt: ‚Wie kann ich als Psychotherapeut beurteilen?‘ Ich kann’s letztendlich über die Wahrnehmung von Übertragungsphänomenen beurteilen: ‚Wie authentisch wirkt denn eine Person in der Auseinandersetzung mit seiner und ihrer Geschlechtsidentität? Wie stimmig kommt’s mir vor?‘ (IP4, Absatz 24)

Dieses Geschehen ist letztlich nicht, beziehungsweise kaum objektivierbar, und nur über das Geschehen in der Begleitung als Wahrnehmung zu beschreiben:

‚Was nehme ich von Klienten wahr? Wie kann ich ihn...‘ zum Beispiel: ‚Sehe ich; kann ich in einem Trans*mann den Mann sehen? Was ist meine innere Haltung zu dieser Person?‘ Auch: ‚Sehe ich einen Mann, sehe ich eine Frau? Sehe ich mehr dazwischen?‘ ja? genau... also das sind halt so die Kriterien, wie man sich dem annähert, oder wie man das quasi... ja... unterstützen kann... (IP4, Absatz 27)

IP5 beschreibt diese Wahrnehmung als das eigene Resonanz-Geschehen, das es ernst zu nehmen gelte. Daraus könnte sich beispielsweise ein Unwohlsein entwickeln. Es wird plädiert, dies im therapeutischen Prozess nicht direkt auszusprechen: „Ich glaube das wäre nicht hilfreich; aber es wahrzunehmen. Also sozusagen die eigene Reflexion erstmal zu betreiben und zu merken: Moment, da ist jemand aber sehr festgelegt in der Beschreibung, wie er oder sie werden möchte“ (IP5, Absatz 53).

Natürlich gibt es auch Situationen, wo die Wahrnehmung der Therapeut*innen angeboten werden kann:

Also kann schon auch sein, dass jemand was als stimmig formuliert, und ich habe hier ja Zweifel. Aber letztlich muss ich dann halt mit dem Zweifel leben. [lacht] Wenn es dieser Person damit gut geht... Wer bin ich zu sagen: ‚Das überzeugt mich nicht!‘ [lacht] – das fände ich komisch. Also ich kann so etwas natürlich wahrnehmen und denken... und... ähm... vielleicht gibt es auch... Das kommt dabei dann auf die Situation an. ...auch ein Moment, wo es hilfreich sein kann, das zu formulieren. Aber dann, wenn ich das Gefühl habe, es gibt bei der Person selber auch einen Zweifel, dann kann ich sozusagen meinen anbieten. Aber ich würde nicht sozusagen meinen dagegen setzen. (IP5, Absatz 71)

Das Unstimmigkeitsgefühl könne auch extreme Ausmaße annehmen. In Supervisionen könne dieses Phänomen verständlicher aufgearbeitet werden, wie IP7 berichtet:

Ja, also mir ist schon vorher recht klar geworden. Dann bin ich in die Supervision gegangen. ... Und das ist für mich ganz schwer, weil ich sonst einfach mit den Klienten jemand bin, der da mitgeht und das nicht infrage stellt. es bringt mich wirklich aus der Bahn, wenn ich das Gefühl habe, das, was da an Wunsch oder Ziel genannt wird, eigentlich nicht das Ziel ist. ... wirklich die Ausnahmen, und sonst ist es,... ja... dann passt das. Dann brauche ich gar nicht viel nachdenken, sondern sehe mich in der Rolle: Okay, ich gebe, was ich kann an Fachwissen, an therapeutischer Beziehung, dass man, dass sich das gut unterstützt, wo die Klientin hin möchte, ja. (IP7, Absatz 37)

ANTEILEARBEIT UND SZENISCHES ARBEITEN

Eine methodische Möglichkeit, sich einem konkreten Thema anzunähern, wäre beispielsweise, eine szenische Arbeit anzubieten. IP4 nennt dazu eine Fallvignette, wo man eine Trans*frau einlade, das Hormon Östrogen zu spielen, um aus der Rolle heraus Neues zu erarbeiten (IP4, Absatz 40).

Als Ergänzung zur Einzelarbeit könne eine Aufstellungsarbeit weitere Perspektiven ermöglichen, wie IP5 anhand eines Beispiels zur Frage „Mastektomie ja oder nein“ schildert:

Was ich in dem Fall aufstellen würde – auf jeden Fall die Brust. Und dann würde ich gucken, vielleicht so etwas wie zwei Körper aufzustellen. Also eine Stellvertretung für den Geburtskörper sozusagen, oder auch vielleicht für die zugewiesenen Geschlechtskörper, der ja was Fremdbestimmtes hat. Und dann auf jeden Fall den eigenen Körper, den selbst empfundenen, so wie er stimmig wäre, und da auch in Dialog zu kommen. (IP5, Absatz 36)

Ein weiteres Beispiel für das Arbeiten mit Anteilen:

Ok, welche Anteile sind denn hier? Während die einen, die sagen: ‚Sofort Operation machen!‘ Der andere Teil der sagt: ‚Ich habe Angst!‘ Der dritte Teil, der sagt: ‚Aber was sagen die Leute dazu?‘ Der vierte Teil, der was auch immer tut... Also sozusagen dieses sichtbar machen. Und natürlich auch der Teil, der sagt: ‚Ich bin Frau, wenn ich biologisch Mann bin.‘ Das ist zum Beispiel etwas um die Vielfalt, die einfach in den Personen ist, greifbarer zu machen. (IP8, Absatz 48)

Weitere Möglichkeiten der Telearbeit sind der Einsatz des Familienbretts und zeichnerische Darstellungen.

SOZIALES UMFELD MITEINBEZIEHEN UND NUTZEN

Das Umfeld der Betroffenen soll im therapeutischen Prozess Mitbetrachtung finden. Bei Minderjährigen sei dies aufgrund der bei den Erziehungsberechtigten liegenden Obsorge ohnedies gegeben. Sie müssten den gewünschten Transitionsweg letztlich in Form einer Zustimmung auch mittragen. Diese Zusammenarbeit sei dabei auch als ein soziales Geschehen zu verstehen.

Also, dass auch die in diesem Prozess in irgendeiner Form mitwirken und auch am Ende zu der Entscheidung, die der Jugendliche dann trifft: ‚Ja,

ich bin trans*! Ja, ich bin stabil genug. Ja, ich will jetzt Hormone nehmen, mein Leben lang, die tiefgreifende Veränderung in meinem Leben macht. Ich übernehme die Verantwortung.' Diese Fragestellung muss der Therapeut, der Papa, die Mama, die Geschwister, der Partner auch sich äußern dürfen. (IP9, Absatz 19)

Die Einbeziehung des Umfelds könne nicht nur bei Minderjährigen auch als Ressource nutzbar gemacht werden. Aus der systemischen Perspektive betrachtet könnten Fragestellungen dazu lauten: „Wen möchte ich überhaupt in den engeren Kreis holen? ... Wie möchte er das gerne leben und ihn dazu zu stärken und zu schauen, was sind seine Menschen, die auch rundherum sind?“ (IP7, Absatz 68)

Zugleich biete das Sprechen über Personen und Umfeld auch eine weitere Möglichkeit, Fakten und Hinweise zur Stimmigkeit des bevorstehenden Transitionsprozesses zu generieren:

Wie läuft es wirklich in der Schule? Wenn die Partner mitbringen? Die Familie sehe ich ja, auch die Geschwister; wie geht es denen? ... die vergisst man immer. ... Wie sehen die das? Die sind ja ihrer Schwester, ihrem Bruder sehr nahe. Die können Vieles sehen; das ist ganz interessant, für mich auch ganz wichtig. Ich sehe ja jemand einmal die Woche oder alle zwei Wochen 50 Minuten. Was sagen die... von klein auf kennen? Wie geht's denen damit? Wie sehen die denn die Entwicklung? Dass auch die Entscheidung Gemeinsamkeiten gefällt wird, beziehungsweise der Jugendliche fällt sie, und wir gucken, kann jeder in seiner Rolle mitgehen. (IP9, Absatz 49)

Neben der Einbeziehung des Elternhauses und des gesamten sozialen Umfelds ist für IP3 der kulturelle Hintergrund wesentlich: „Wir leben heute einfach in einer multikulturellen Gesellschaft; ... Geschlechtsidentität hat sehr viel auch zu tun mit kulturellem Hintergrund. ... mit religiösen Hintergründen und Sichtweisen. All dem können wir und dürfen wir uns in der Psychotherapie nicht mehr verschließen“ (IP3, Absatz 17).

DISKUSSION

Die Forschungsfrage *“Wie gehen Psychotherapeut*innen in der Begleitung von Menschen mit Geschlechter*identitätsfragen vor?”* erscheint im ersten Moment vielleicht „zu breit“, mit „zu wenig Fokus“ gefasst – doch die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass gerade diese offene Frageform von den Interviewten als Einladung verstanden werden konnte, „freier von ihrer Welt“ zu erzählen. Ausgehend von der Tatsache, dass nur wenige Therapeut*innen mit Trans*identitätsthematiken arbeiten, wurden Interviewpartner*innen verschiedener Schulrichtungen befragt, was sich in späterer Folge als große Bereicherung herausstellte. Die Bandbreite der Stellungnahmen einzelner Interviewpartner*innen wirkt vielfältig und zeugt wohl unmittelbar von ihrer reichlichen Erfahrung der antwortenden Personen aus der täglichen Praxis. Zahlreiche Fall-Vignetten veranschaulichen die methodischen Herangehensweisen der befragten Psychotherapeut*innen.

In den folgenden Unterkapiteln werden die Interview-Ergebnisse mit dem Theorieteil zusammengeführt und zur Diskussion gebracht. Die Gliederung orientiert sich dabei grob an den Kategorien-Gruppen der Auswertung im Ergebnisdarstellungsteil (Abbildung 9, S. 37). Die Forschungsfrage zum therapeutischen Vorgehen mit trans*ident empfindenden Personen wird in den Unterkapiteln in ihrem jeweiligen Kontext mitbetrachtet. Dadurch sollen differenzierte Antworten auf die gestellten Fragen aus unterschiedlichen Perspektiven erarbeitet werden. Die Unterkapitel lauten wie folgt:

- IDENTITÄT UND TRANS*IDENTITÄT
- GESELLSCHAFT UND TRANS*IDENTITÄT – FELDTHEORETISCHER BEZUG
- THERAPEUTISCHE HALTUNG
- PRAXIOLOGIE UND INTERVENTIONEN

Der Versuch einer Rückbindung der Erkenntnisse aus der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit Trans*identitätsthematiken an die psychotherapeutische Arbeit bei

anderen therapeutischen Fragestellungen eröffnet neue interessante Betrachtungsperspektiven. Dieser Idee folgt auch die zweite Forschungsfrage: *„Welche Implikationen lassen sich daraus für die Identitätsarbeit grundsätzlich und bezogen auf Trans*identität im Rahmen der Psychotherapie aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie ableiten?“* Relevantes für ein gelingendes therapeutisches Vorgehen aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie soll in den folgenden Diskussionen ebenfalls Berücksichtigung finden.

IDENTITÄT UND TRANS*IDENTITÄT

Gerade die Frage der Identität wurde von allen Interviewten als zentral und von höchster Bedeutung für Menschen mit Trans*identitätsthematik bewertet, denn sie verweist auf die ureigensten Fragen von Menschen, wie sie sich selbst verstehen und einordnen (Wer bin ich?, Was bin ich? usw.). Ein Kohärenzgefühl im Kontext der sozialen Bezogenheit (Ermann, 2011, zitiert nach Seiffge-Krenke, 2012, S. 8) als unmittelbare Voraussetzung für die Konstitution des subjektiven Identitätsempfindens ist aufgrund der „Diskrepanz zwischen dem an sich selbst wahrgenommenen Körperbild und dem im Gehirn verankerten und angeborenen Körperschema“ (Kunert, 2016, S. 617) deutlich erschwert. Obwohl neben der Geschlechter*identität weitere Bereiche der Identitätsbildung zu entwickeln sind, wie Herkunft, Kultur, Religion, usw., „drängt sich“ das Bedürfnis nach Einordnung der eigenen Geschlechter*zugehörigkeit, im Sinne der Figur-Hintergrund-Bildung, immer wieder in den Fokus der Betroffenen. Darin wird die zwingende Feldorientierung des Individuums auf das Organismus-Umweltfeld evident (vgl. Folgeabschnitt).

Die Eigenschaft der Prozesshaftigkeit – also, dass sich Identität fortwährend weiterentwickelt – geht deutlich aus den Interviewergebnissen hervor und kann als Bestätigung der Theorien aus der Praxis gewertet werden. Das Verständnis des *Selbst* als Prozess in permanent durchlaufenden Kontaktprozessen (Es-, Ich- und Persönlichkeitsfunktionen; erweitert durch Boeckhs Sozial-Funktion) in Kombination mit strukturbezogenen Betrachtungsweisen (relational, personal, mit Entwicklungsperspektiven) erweist sich dafür als taugliches Erklärungsmodell.

Grundsätzlich soll eine Psychotherapie mit Trans*personen (von der Haltung her) nicht anders sein als „sonst“ (weiterführend siehe Kapitel „THERAPEUTISCHE HALTUNG“ in späterem Abschnitt S. 87), so der durchgängige Grundtenor der Interviewpartner*innen. Dennoch wurde von den Interviewten Spezifisches in diesem Bereich beschrieben. Die genannten Aspekte werden in die beiden Untergruppen „SETTING UND RAHMENBEDINGUNGEN“ und „AUSWIRKUNGEN UND ARBEITSMODELLE“ unterteilt und dort erörtert.

SETTING UND RAHMENBEDINGUNGEN

Die Entwicklung des Blickes auf das Phänomen Trans*identität geht sukzessive in Richtung einer Entpathologisierung (vgl. Kapitel „DIAGNOSTISCHE ENTWICKLUNG UND EINORDNUNG“, S. 18). Die Diagnose „Homosexualität“ beispielsweise wurde mit Inkrafttreten der ICD-10 im Jahre 1992 einfach ersatzlos gestrichen (Wolf & Mayer, 2017). Im Falle der Trans*identität ist dies aufgrund der jetzigen Regelungen der österreichischen Gesundheitsversorgung nur bedingt sinnvoll – insbesondere dann, wenn Betroffene auf eine Kostenübernahme ihrer körperlichen Transitionsbehandlung angewiesen sind. Therapeut*innen kommen dabei unweigerlich in die unfreie Rolle der Diagnostizierenden und der Freigabe-zu-Erteilenden (vgl. Kapitel „BEHANDLUNGSSITUATION IN ÖSTERREICH“ S. 20). Mögliche einnehmbare Positionen dazu wurden durch die Interviewpartner*innen geschildert. Dieser Umstand „wirkt“ implizit und explizit in das therapeutische Setting hinein und muss dabei gesondert Berücksichtigung finden. Staemmler versteht dies als Wechselspiel zwischen den Polen Ich-Du- und Ich-Es-Haltung im Sinne Bubers, wobei die Ich-Es-Haltung für die Therapeut*innen als „Augenblicke der notwendigen Unterstützung für den Klienten“ (1993, S. 33) ausgelegt werden könnte. „Gestalttherapeuten mit einem dialogischen Beziehungsverständnis müssen sich nicht zwischen professioneller Rolle und ‚Mensch-Sein‘ entscheiden, sondern können sich um eine professionelle Identität bemühen, die beides integriert“ (Gremmler-Fuhr, 1999a, S. 413). Dennoch bleibt diese aktuelle Regelung für den therapeutischen Prozess immer wieder eine Erschwernis, was sich wiederholt in den Aussagen der Interviewpartner*innen widerspiegelt.

Dass nicht alle Veränderungsschritte reversibel sind, ist eine weitere Besonderheit in der Begleitung von Menschen, die vor einer Entscheidung über eventuelle körperverändernde Maßnahmen stehen. Die zugespitzte Bezeichnung „POINT OF NO RETURN“ (Kapitel: Seite 42) soll diesen Sachverhalt verdeutlichen. Einerseits mag dies mehr Verantwortungsbewusstsein bei den Therapeut*innen einmahnen, zugleich wird dadurch nachvollziehbar, wieso den Therapeut*innen gerade in diesem Bereich eine zusätzliche aufklärende und beratende Rolle zukommt. Fachwissen über medizinische Behandlungsmöglichkeiten und Verläufe für eine Transition wäre dafür nötig. Ebenso erscheinen Kenntnisse über die Behandlungsrichtlinien zwingend erforderlich. Unweigerlich taucht dabei die berechnete Frage auf, ob dieses Setting denn noch als Psychotherapie gesehen werden kann; Udo Rauchfleischs (2019) Antwort darauf aus einer entpathologisierten Sicht: eher von Begleitung oder gänzlich gar von „Coaching“ zu sprechen.

Eine ähnliche Debatte gibt es auch generell in der Psychotherapie, und zwar in der Diskussion über das Verständnis der Krankheit an sich bzw. über die Krankheitslehre: „die Angst, schnell wieder in kategorisierende Diagnostiken zu verfallen“ (Nausner, 2018b, S. 129). Vielleicht liefert die Situation der Psychotherapie von Trans*menschen diesbezüglich weitere wertvolle Inputs und Überlegungskontexte.

AUSWIRKUNGEN UND ARBEITSMODELLE

Trans*ident empfindende Personen erleben ihre konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz (Kunert, 2019) meist durchgehend. Die Realitätsprüfung als sekundäre Ich-Funktion muss dabei wiederholt scheitern, sowohl in der Selbstattribution (Petzold, 2003) als auch durch als „falsch“ erlebte Spiegelungen vom Außen (Fremdattribution). Die Unkenntnis „wer man geschlechtlich ist“ (IP9, Absatz 6) bringt die Betroffenen an die existenziellen Grenzen und „verunmöglicht“ eine Weiterentwicklung, da „nicht aufschiebbar“ (IP9, Absatz 9). Jedes In-Kontakt-treten, wo sich das *Selbst* als Prozess in den jeweiligen Momenten aufs Neue realisiert (Prozessuales *Selbst*-Modell), wird dabei „irritiert“. Die Persönlichkeitsfunktion des

Selbst, bzw. die Sozial-Funktion (Boeckh, 2020), mit überdauerndem Identitätsaspekt kann dadurch nur deutlich erschwert Wachstum generieren.

Diese permanente „Störung“ der lebensgeschichtlichen Kommunikationserfahrungen beeinträchtigt die Entwicklung des *Selbst* (strukturelle Betrachtung) und hat oft negative Auswirkungen auf Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl zur Folge. Die lang andauernde, bzw. sich chronisch wiederholende Belastung könnte dabei diagnostisch als Entwicklungsstrauma aufgefasst werden. Die Aussage von IP6, dass ein lange andauernder „Identitätskonflikt“ als Folge Symptomatik wie Angst, Unsicherheit oder Dissoziation hervorrufen kann, bestärkt als Indiz diese Betrachtungsweise. IP1 berichtet hierzu passend von gehäuften traumatisierenden Bindungserfahrungen und vielen Mikro-Traumata ihrer Trans*klient*innen. Auch wird eine Auswirkung auf die Persönlichkeitsstruktur (Persönlichkeitsstörungen) vermutet (IP6), was diese Theorie-Annahme zusätzlich stützt. Bemerkenswert dazu ist die Ergänzung von IP9, dass durch eine Psychotherapie „die primär von der Geschlechtsinkongruenz entstandenen Strukturbeeinträchtigungen“ bei Jugendlichen (Absatz 14) sehr rasch behoben werden könnten. Diese Sicht wird durch die Erörterungen weiterer Interviewpartner*innen, wo sie die „Transition als einen möglichen Lösungsweg“ (Titel des Kapitels in der ERGEBNISDARSTELLUNG, S. 59) betrachten, mehrfach eingenommen.

Die benannten Auslegungsversuche könnten als ein Bestreben seitens der Behandelten aufgefasst werden, das Phänomen der Trans*identität besser verstehen zu wollen (im Sinne eines ätiologischen Erfassungsbedürfnisses). Zugleich zeigt dies auch deutlich das Erfordernis auf, den strukturell-diagnostischen Blick während der therapeutischen Tätigkeit prozessual noch bewusster mitlaufen zu lassen. Eine systematische OPD-Diagnostik (insbesondere ist hier die Strukturachse IV gemeint) unterstützt dabei, mögliche Defizite (unabhängig von der Geschlechter*identitätsthematik) in den strukturellen Fähigkeiten (Ich-Funktionen, vgl. dazu Abbildung 2, S. 11) systematischer zu erfassen. Diese spezifisch diagnostizierten Bereiche können im Therapieprozess dadurch im Sinne des*der Klient*in gezielt Mitberücksichtigung finden. Nicht zuletzt erscheint ein solches Vorgehen den Ideen der Behandlungsrichtlinien des Gesundheitsministeriums zu entsprechen und steht

dabei nicht a priori in unmittelbarem Widerspruch zu einer entpathologisierten Herangehensweise in der Therapie.

Auffallend ist, eventuell (teil)bedingt durch die Fragestellung und Art der Interviewführung durch den Autor, dass es in den Interviews wenige bis kaum Aussagen zu differenzialdiagnostischen Betrachtungen und Komorbiditäten gegeben hat. Eine mögliche Erklärung dafür führt der Autor auf seine persönliche Beobachtung und Einschätzung zurück: Die aktuelle Fachliteratur für das therapeutische Vorgehen fordert (verständlicherweise teilweise) mit einer Vehemenz ein, dem Phänomen der Trans*identität (ausschließlich) in einer pathologiefreien Zone zu begegnen. Unter diese „Verunsicherung“ mischt sich das beschriebene Gegenübertragungsgefühl – ebenfalls „Verunsicherung“, sodass die Therapeut*innen bewusst oder unbewusst im Zweifelsfall eher bereits eine geradezu „pathologie-phobe“ Position (bestenfalls abseits jeglichen Diagnostizierens) einnehmen. Eine „bloß“ wohlwollende neutrale Position könnte wohl unzureichend sein, denn drohend nahe schließe bereits die pathologisierende an – es herrsche die unmittelbare „Gefahr“, dass der diagnostische Blick zwangsläufig doch ein pathologisierendes Verständnis (bzw. Haltung) mitbedingen „müsste“.

Das Gefühl mancher Betroffenen, sich nicht ausschließlich männlich oder weiblich definieren zu können („non-binary“, Kapitel: S. 45), findet in der überwiegend geschlechtlich binär ausgelegten Gesellschaft nur schwer Berücksichtigung. Es müssten dafür oft erst Begrifflichkeiten und Beschreibungen differenziert erarbeitet werden (Beispiele dazu: gender-fluid, bi-gender, usw. (IP3, Absatz 43)). Gerade diese Menschengruppe leidet darunter, „nicht gesehen“, bzw. nicht verstanden zu werden. Das Modell der Polaritäten in Anlehnung an Friedländers Philosophie der Schöpferischen Indifferenz (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017), sowie die phänomenologische Herangehensweise, so Kolmannskog (2014) in seiner Trans*identitäts-Fallstudie (Kapitel: S. 25), können dabei unterstützen, dieses einengende Kategorisierungsbedürfnis auf Therapeut*innenseite zu entschärfen.

Die oben bisher beschriebenen Auswirkungen – (mit)verursacht durch das Inkongruenzempfinden – können „Trans*personen in einen chronisch vulnerablen Belastungszustand versetzen“ (Günther et al., 2019, S. 247). Verschärft durch eine

subjektiv empfundene Ausweglosigkeit kann es temporär zu einer krisenhaften Einengung und einer höheren Suizidgefährdung kommen. IP9 zeigt sich überzeugt, dass gerade hier eine gelingende psychotherapeutische Begleitung „enorm hilft Suizide zu vermeiden“ (Absatz 61); darüber hinaus bewirke dies eine längerfristige suizidpräventive Wirkung.

GESELLSCHAFT UND TRANS*IDENTITÄT – FELDTHEORETISCHER BEZUG

Für Ermann (2011, zitiert nach Seiffge-Krenke, 2012) sind Kohärenzempfinden und Kontinuitätserleben entscheidende Faktoren für unser subjektives Identitätsgefühl. Beide seien im Kontext der sozialen Bezogenheit eingebettet. Gestalttherapie setzt ebenso diese Feldorientierung voraus, unabhängig von der theoretischen Betrachtungsperspektive des *Selbst*. „Das *Selbst* als Prozess“ ist unmittelbar der Austausch-/Anpassungsvorgang des Individuums im Organismus-Umweltfeld an sich – in den strukturbezogenen Betrachtungen wird der Kontext immanent immer mitgedacht (z.B. das Fünf-Säulen-Modell Petzolds (2003) als Kontext).

In der psychotherapeutischen Begleitung von Menschen mit Trans*identitätsthematiken wird der Bezug des Individuums zu seinem Umfeld – zur Gesellschaft – unmittelbar bemerkbar. Es handelt sich um einen ständigen Dialog zwischen „Innen“ und „Außen“ nach der dialogischen Sicht Boeckhs (vgl. dazu Abbildung 5, S. 15), oft mit „einer sehr heteronormiert geprägten Welt, ... [wo] die strenge Binarität der Geschlechter“ (IP3, Absatz 14) dazugehört. Die Einteilung in männlich oder weiblich wird als „extreme, starke und fundamentale Kategorie in dieser Welt“ (IP8, Absatz 6) erlebt. Die Etablierung eines Kohärenzempfindes erscheint unter solchen Umständen für trans*ident empfindende Personen mehr als deutlich erschwert. IP8 nennt als Fallbeispiel dazu den gesellschaftlich scheinbar nicht akzeptierbaren Wunsch einer Bauerntochter, den Hof übernehmen zu wollen, da „eigentlich“ nur männliche Personen gesellschaftlich akzeptierbar wären (Absatz 18).

Die Dialoge (Akkomodation – Assimilation) (Boeckh, 2020) finden fortlaufend statt. Diese Austauschprozesse können als soziales Geschehen von den Betroffenen in vielen Fällen auch als sehr schmerzhaft und entmutigend erlebt werden,

insbesondere dann, wenn sie beispielsweise mit Trans*phobie von ihnen sehr nahe stehenden Personen zu tun haben (IP4, Absatz 35). Aus den Interviews geht hervor, dass die Bearbeitung von Trans*phobien als eine der wichtigen Aufgaben im therapeutischen Prozess bewertet wird, insbesondere sei hier das Aufspüren möglicher verinnerlichter Trans*negativität der Betroffenen entscheidend. Fachliteratur bestätigt diese Einschätzung ebenso und sieht darin einen Hinwendungsprozess zu einem positiven Selbstwertgefühl (Silbermayr, 2018; Rauchfleisch, 2019).

Weitere in den Interviews aufgezählte Therapiethemen, die eine unmittelbare gesellschaftsbezogene Betrachtung erfordern, sind das Bedürfnis nach Zugehörigkeit und die Lebbarkeit im sozialen Umfeld für die Klient*innen. Oft beginnen diesbezügliche Schwierigkeiten für die Betroffenen bereits in alltäglichen Situationen – das *Selbst* als Kontaktprozess zwischen Organismus-Umweltfeld erfährt im Austausch unzureichend Bestätigungen und Bejahungen für die Aufrechterhaltung eines Kohärenzempfindens. Laut Beobachtungen der Interviewten ist es eine spannend wahrzunehmende Entwicklung, dass die Menschen mit Trans*identitätsthematiken sich an speziellen Gruppen und Communities im Internet beteiligen und sich oft sehr intensiv darin aufhalten. In diesem künstlich herstellbaren Umfeld der digitalen Welt fühlen sich die Teilnehmer*innen meist besser verstanden und akzeptiert. Der Kontaktmodus ist dabei de facto individuell „beeinflussbarer“ (mit/ohne Ton, Bild, Video,...); die Möglichkeit zur individuellen Mitgestaltung des „Umfeldes“ erscheint da leichter gegeben.

Insgesamt wird in der Psychotherapie mit Menschen mit Trans*identitätsthematiken der „Einflussfaktor Feld“ kaum irgendwo sonst in dieser Deutlichkeit wahrnehmbar. Dieses Phänomen kann den Therapierenden mehr Kenntnis verleihen, sensibler und bewusster auf die Feldeinwirkungen eingehen zu wollen, die „legitimen Annahmen“ und „gesellschaftlichen Gepflogenheiten und Normen“ nicht als selbstverständlich vorauszusetzen. Dadurch können sie vielleicht individueller und letztlich auch freier von etwaigen Annahmen die Rolle des therapeutischen Gegenübers einnehmen.

THERAPEUTISCHE HALTUNG

THERAPEUTISCHE HALTUNG ALS AUSGANGSPUNKT

Die Konfrontation der Interviewten mit der Frage nach Spezifischem in der Psychotherapie mit Trans*identitätsthematiken fordert diese geradezu heraus, ihre Haltung und ihr grundlegendes Verständnis, was ihre Herangehensweise in Folge leitet, darzulegen („nicht über einen Kamm scheren“, „keine Therapiemodelle“, „nicht anders als sonst, immer individuell“, „Menschen kommen ja in Psychotherapie, weil sie in eine Krise sind“,.... (IP1, Absatz 70)). Die Ergebnisse aus der Datenanalyse werden hier Therapiehaltungen aus der Integrativen Gestalttherapie gegenübergestellt und diskutiert.

THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG SCHAFFT VERTRAUEN UND SICHERHEIT

Einen vertrauensvollen Rahmen zu schaffen, in dem die Klient*innen Sicherheit entwickeln können, wird von den Interviewten mehrfach als besonders wichtig betont. Ausgehend von Bubers Begegnungsphilosophie ist die dialogische Haltung ein grundlegender Bestandteil der Integrativen Gestalttherapie. Yontef (1983, zitiert nach Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017) bezeichnet „Gestalttherapie als dialogische Methode“ und nennt Präsenz, Umfassung, Bestätigung und Engagement für das Dialogische als Merkmale einer dialogischen Haltung („Das Dialogische Dreieck“ Votsmeier-Röhr, 2007, zitiert nach Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017). Die Umfassung beschreiben Votsmeier-Röhr & Wulf wie folgt:

Sich in den anderen hineinversetzen, wie er die Welt erlebt, also das Geschehen in der Therapie so gut es geht von der Seite des Gegenübers wie von sich selbst aus zu erleben, dort und hier zur selben Zeit sein zu können, die phänomenologische Realität des Anderen nachzuempfinden und gleichzeitig die eigene Zentriertheit zu bewahren. Im Unterschied zur reinen Empathie ist der Fokus nicht das Gegenüber, sondern die gemeinsame Teilhabe an der Situation. (2017, E-Book-Position 3291)

Die Klient*innen können in diesem „umfassenden“ Verstehen-Wollen der Therapeut*innen leichter Vertrauen und Sicherheit entwickeln. Fritz (2013, vgl. Kapitel: S. 23) und Wagner (2018, vgl. Kapitel: S. 27) teilen in ihren Artikeln über Trans*identität ebenfalls diese Einschätzung. Staemmler (1993, 2015, 2017) findet in seinen Werken weitere differenziertere Betrachtungen ausgehend von der dialogischen Haltung. Das *Selbst* der Klient*innen „erfährt“ in den Kontaktprozessen Identifizierung (Petzold, 2003, Abbildung 3, S. 12) durch die*den Therapeut*in: „Ich fühle mich gesehen und verstanden“ – die Sozial-Funktion (Boeckh, 2019, 2020, Abbildung 4, S. 13) erweitert in diesem Dialog die soziale Dimension des *Selbst* und integriert dabei eine weitere dialogische Erfahrung, wodurch wiederum Wachstum möglich wird.

Ein weiterer wichtiger Aspekt resultierend aus einer dialogischen therapeutischen Haltung ist, was IP9 als „EIN VERBINDLICHES EHRLICHES GEGENÜBER FÜR DIE BEGEGNUNG SEIN“ (Kapitel: S. 56) umschreibt. Es ist die Konsequenz daraus, als Therapeut*in ein Beziehungsgegenüber auf Augenhöhe zu bleiben und nicht auszuweichen oder aus dem Kontakt zu treten. Fritz (2013) beschreibt dies in Anlehnung an Staemmlers „Kultivierte Unsicherheit“ (1999, zitiert nach Fritz 2013) als ein Aushalten der eigenen Unsicherheit als Therapeut*in. Dazu Staemmler: „Ich weiß aus eigener Erfahrung, wieviel innere Stabilität es erfordert, sich immer wieder dem Unbekannten zu stellen. Nur das sichere Gespür für die eigene Identität macht es möglich, sich ständig auf die Unbestimmbarkeit des nächsten Augenblicks einzulassen“ (1993, S. 207). Das Dabeibleiben führe erst in eine therapeutische Beziehung, wodurch sich die Klient*innen gesehen, verstanden und in der Welt gewollt fühlen können. Ergänzend dazu die strukturbezogene Sicht:

Die Erfahrung der Daseinsgewissheit ist Voraussetzung für die Entwicklung der Selbstgewissheit. Daseinsgewissheit heißt einen fühlbaren Platz in dieser Welt zu haben und grundlegende Ich-Funktionen zur Verfügung zu haben. Das sind: sich wahrnehmen können, fühlen, denken und sich regulieren können. Selbstgewissheit entwickelt sich durch die Resonanz Erfahrung mit den anderen Personen. Durch sie bilden sich emotionale, soziale und kognitive intrapsychische Repräsentanzen. Sie helfen in Treue zu sich selbst in der Welt zu sein. Im Erkannt werden, zutiefst innen

im eigenen Wesen, im angelegten Potential, das zur Entfaltung kommen will, entsteht Selbstgewissheit. Menschen mit einer gut entwickelten Selbstgewissheit ist es möglich ein autonomes Leben in guter Abstimmung mit anderen zu führen. (Hochgerner & Schwarzmann, 2018, S. 349-350)

Ein häufiges Phänomen, das immer wieder Unsicherheit auf Therapeut*innenseite hervorrufen kann, ist das oft als stark beschriebene Gegenübertragungsgefühl der Irritation oder Verwirrung (Güldenring, 2009; Günther et al., 2019; Rauchfleisch, 2019). Ebenfalls vielfach in den Interviews ausgeführt, sei deshalb für die Therapeut*innen eine persönliche Auseinandersetzung und Selbsterfahrung mit Geschlechter*thematiken eine so zwingend notwendige Voraussetzung für die Begleitung von trans*ident empfindenden Personen. Sowohl die Klient*innen als auch die Therapeut*innen sind untrennbar im Feld, in der Verankerung der Gesellschaft und deren Normen eingebettet; unser *Selbst* muss darin immer aufs Neue Stellung beziehen und Positionen finden.

Die persönliche Auseinandersetzung unterstützt dabei wohl auch die Entwicklung des eigenen entpathologisierten Blicks auf das Phänomen Trans*identität. Die Fachliteratur für die psychotherapeutische Behandlung/Begleitung vermittelt den Eindruck, dass auch nur eine Tendenz des Hinterfragen-Wollens des subjektiven Geschlechter*identitätsempfindens der Klient*innen bereits eine kontraindizierte Haltung sein könnte (vgl. dazu auch Abschnitt „AUSWIRKUNGEN UND ARBEITSMODELLE“, S. 82). Wie bereits im Theorieteil beschrieben, gehe die diagnostische Herangehensweise gesamtheitlich ebenfalls eindeutig in Richtung der Entpathologisierung. Da eine unbedachte diesbezügliche Festlegung über so hohe Tragweite und Konsequenz verfügt, ergibt sich hieraus eine umso zwingendere Notwendigkeit und Verantwortung für Therapeut*innen, eine neutrale, wertschätzende Grundhaltung einzunehmen. Abseits jeglicher Vorstellung einer Krankheitswertigkeit kann die „neutrale“ phänomenologische Herangehensweise (Fritz, 2013; Kolomanskog, 2014) dabei hilfreich sein, eine wertungsfreie Begegnung mit Trans*personen zu begünstigen.

PRAXIOLOGIE UND INTERVENTIONEN

Wie im vorangehenden Abschnitt beschrieben, bildet die therapeutische Haltung stets den Hintergrund des praktischen Vorgehens (Figur) der Therapeut*innen. Die in den Interviews genannten, möglichen Herangehensweisen werden hier diskutiert und in Kontext zur Theorie gesetzt.

DIE ROLLE DES*DER THERAPEUT*IN ALS GEGENÜBER

Unmittelbare Konsequenzen aus der dialogischen Haltung sind das Interesse an und die Neugierde für das Gegenüber. Durch differenziertes Fragen und Verstehenwollen der Therapeut*innen gelingt es dabei, in einen Dialog im Verständnis Boeckhs (2019, 2020) zu treten, wo Austauschprozesse als Erweiterungen der sozialen Dimension des Selbst in Gang gesetzt werden.

Zusätzlich können die Therapeut*innen den Klient*innen ihre eigene Resonanz und Wahrnehmung zur Verfügung stellen. Dabei fungiert der*die Therapeut*in als Mitgestalter*in der gemeinsamen therapeutischen Beziehung; auch der Aspekt „DER* DIE THERAPEUT*IN ALS „MESSINSTRUMENT“ (S. 75) wurde in den Interviews ausgeführt. Weiters gibt es die Möglichkeit, in passenden Situationen psychoedukative Elemente oder Beispiele von anderen Fällen im Sinne der Klient*innen ins therapeutische Gespräch einzubringen.

Über all dem ist das Bewahren der Bewusstheit darüber, dass der*die Therapeut*in bloß die Rolle eines*einer Begleiter*in bei einem offenen, selbst regulierenden Prozess einnimmt, von großer Wichtigkeit.

GEMEINSAMES EXPLORIEREN IM KONTEXT-KONTINUUM DES SELBST

In der Rolle des*der Begleiter*in können Therapeut*innen den Klient*innen in ihrem laufenden Prozess der Identitätsentwicklung hilfreiche Anregungen bieten. Als Identitätsarbeit in der Therapie erkennt Boeckh die Sinnhaftigkeit, „Methoden der

Sozialanalyse und der Biographie-Arbeit einzusetzen“ (2019, S. 40). Die diesbezüglichen Ergebnisse aus den Interviews sind in Abbildung 10 schematisch zusammengefasst. (Der Begriff „Kontext-Kontinuum“ wurde aus Rahm et al. (1993) entlehnt).

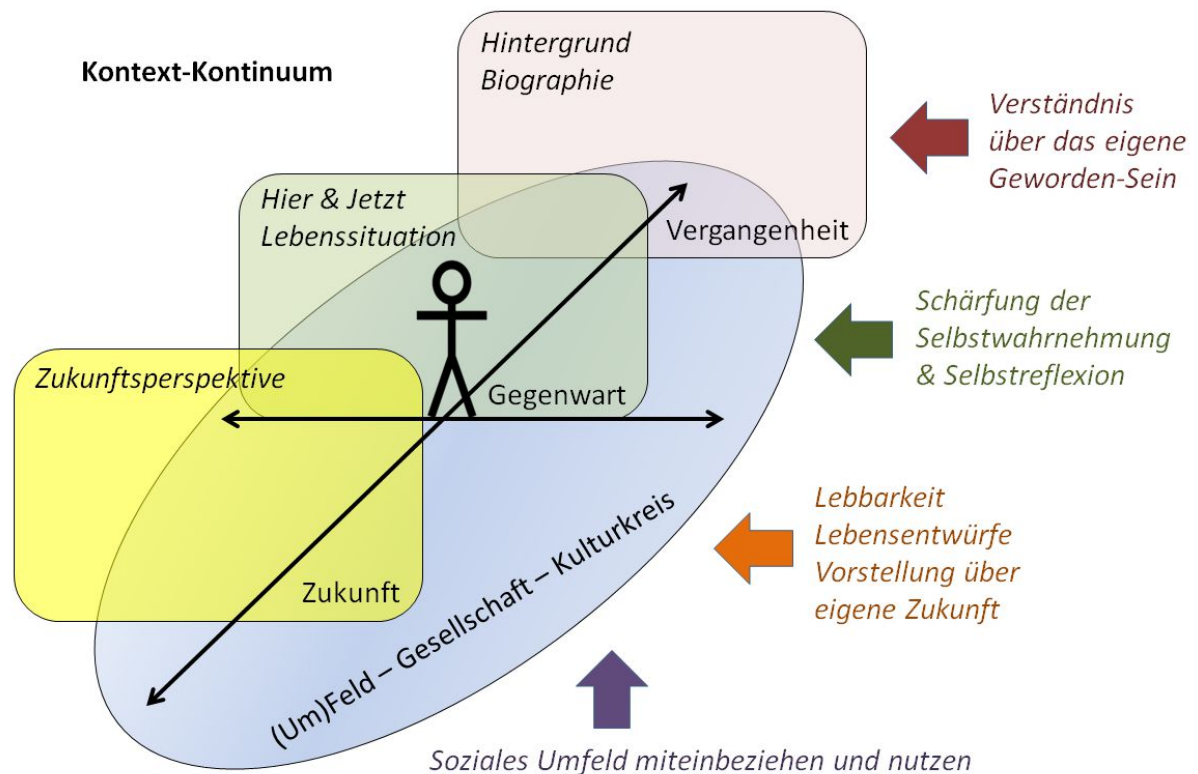


Abbildung 10. Bereiche für die Identitätsarbeit im Kontext-Kontinuum.

Wie bereits mehrfach in dieser Arbeit erwähnt, geht es in der Identitätsarbeit um (Weiter)Entwicklung und Wachstum des persönlich wahrnehmbaren Empfindens von Kohärenz und Kontinuität im Kontext der sozialen Bezogenheit. Aus der Erfahrung in der Arbeit mit Trans*personen berichteten die Interviewten über folgende vier Bereiche (Abbildung 10 als grafische Darstellung):

- *Arbeiten an der Vergangenheit* – Hier geht es darum, ein Verständnis für das eigene Geworden-Sein zu entwickeln und gegebenenfalls richtigzustellen.

- *Arbeiten im Hier und Jetzt* – Schärfung der Selbstwahrnehmung und der Selbstreflexion. Die Bewusstheit über sich selbst (Achtsamkeit – Gewahrsein – mittlerer Modus (Gremmler-Fuhr (1999b))).
- *Zukunftsperspektive entwickeln* – Lebbarkeit für sich in der Zukunft erarbeiten/erkennen, Lebensentwürfe machen können.
- *Soziales Umfeld mitbetrachten* – Erweiterung der eigenen Betrachtungsperspektiven, Erkennen und Bewusstwerdung des eigenen *Selbst* in verschiedenen Beziehungskontexten.

THERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN

Es lassen sich, wie erwartet, keine facheinschlägigen Interventionsformen für die therapeutische Praxis mit der trans*ident empfindenden Personengruppe finden (Die Real-life-experience (S. 73) wurde vom Autor bewusst nicht als „Intervention“ eingestuft). Die therapeutische Haltung ist die eigentliche Leiterin im Hintergrund für das konkrete Vorgehen der Therapeut*innen.

Hier werden in den Interviews konkret genannte Interventionen als Zusammenstellung aufgelistet. Nähere Ausführungen sind den jeweiligen Seiten in der Ergebnisdarstellung zu entnehmen.

- Anteilearbeit (S. 76-77)
- Aufstellungsarbeit (S. 77)
- Imagination – sich in ein gewünschtes Zukunftsszenario hineinversetzen. (S. 71-72)
- Lebenspanorama bzw. Lebensflussmodell (S. 69)
- Szenisches Arbeiten (S. 71, 76-77)

SCHLUSS

CONCLUSIO

Durch die problemzentrierten Interviews mit neun Therapeut*innen mit Erfahrung in der Begleitung von trans*ident empfindenden Personen konnte ein differenzierter Einblick in ihr individuelles therapeutisches Vorgehen gewonnen werden. Dabei zeigt sich, dass es hier zentral um die umfassende Frage der Identität unter „verschärften“ Rahmenbedingungen geht. Die Geschlechter*inkongruenz wird von den Betroffenen auf verschiedenen Ebenen erlebt (Leib, falsch gespiegelt werden vom Außen) und führt oft zu einem existenziellen Leiden.

Bei der Begleitung dieser Menschen auf ihrem selbst entschiedenen Transitionsweg (hormonelle und/oder chirurgische Eingriffe) sind spezifische Fachkenntnisse (Behandlungsrichtlinien, grundlegende Kenntnis über medizinische Behandlungstechniken) erforderlich. Ergänzend dazu ist eine Strukturdiagnostik unabhängig der Geschlechter*thematik von Vorteil und erscheint sowohl in den Interviewergebnissen als auch in der Fachliteratur für die psychotherapeutische Arbeit mit Trans*personen etwas unterrepräsentiert. Die prinzipielle Herangehensweise in der Therapie unterscheidet sich im Grunde genommen kaum von einer therapeutischen Arbeit, bei der das Geschlechter*identitätsempfinden der Klient*innen nicht im Fokus steht. Die in dieser Arbeit vorgestellten Theoriekonzeptionen über das *Selbst* und die daraus folgende Konstitution des subjektiven Identitätsempfindens konnten als einsetzbare Erklärungsmodelle für die Interpretationen der Ergebnisse aus den Interviews herangezogen werden. Durch das Phänomen der Trans*identität wird hier der Einfluss des Feldes (der Gesellschaft) besonders deutlich – Therapeut*innen werden u.a. mit ungewöhnlich starken Gegenübertragungsgefühlen konfrontiert.

Als wesentlich und handlungsleitend erweist sich die therapeutische Haltung der Therapierenden. Hingegen konnten aus den Interviews keine „facheinschlägigen“ Interventionen oder spezifischen Herangehensweisen abgeleitet werden. Die dialogische Haltung der Integrativen Gestalttherapie nach Buber erweist sich hierfür in Übereinstimmung mit den Interviewaussagen als besonders tauglich und passend

anwendbar. Im Zuge der Diskussion wird zusätzlich die Absicht der Theorieentwicklung des *Selbst* in Richtung eines dialogischen *Selbst* mit Strukturbezug als unmittelbar nutzbare Orientierungshilfe für die therapeutische Praxis deutlich. Ebenso wird die wohl bewusst angestrebte Nähe dieser *Selbst*-Theorie-Weiterentwicklung zum dialogisch interpersonellen Beziehungsverständnis dabei verständlicher nachvollziehbar.

Die abschließende Interpretation des Autors lautet wie folgt:

Das Phänomen der Trans*identität in der Psychotherapie mahnt durch seinen teilweise ungewöhnlichen und extrem existenziellen Kontext von uns Therapeut*innen ein, immer wieder aufs Neue bewusster und klarer das eigene Tun und Wirken aus der Position des relationalen Gegenübers unserer Klient*innen, mit denen wir untrennbar in ein gemeinsames Feld eingebettet sind, zu reflektieren.

EINE GESELLSCHAFTSKRITISCHE ERMUTIGUNG

Die in dieser Arbeit eingenommene Perspektive stellt ein Novum dar: Anstatt von der überwiegend heteronormativen Gesellschaft mit binärem Geschlechter*zuordnungskonzept mehr Akzeptanz und Inklusion für die LGBTQI* empfindende Personengruppe einzufordern, stellt diese Master-Thesis eine Frage: Was könnten wir und unsere heutige Gesellschaft von Trans*identität lernen?

Psychotherapie beschäftigt sich mit dem subjektiven Empfinden und Leidensdruck des Individuums. Menschen mit Trans*identitätsthematiken verkörpern ihr Geworden-Sein sowohl nach innen als auch nach außen. Die Normen und Erwartungen der von ihnen erlebten Gesellschaft tragen dazu bei. Im Rahmen der Psychotherapie werden sowohl persönliche Werte als auch Konventionen als teilweise Verinnerlichung mitverhandelt, da dies unsere Identität unmittelbar und immer aufs Neue maßgeblich mitbestimmt. Judith Butler (1991/2020) definiert dieses ständige Wieder-Konstruieren der (Geschlechter*)Identität als Gender-Performativität. Vor diesem Hintergrund kann diese Arbeit einen weiteren Beitrag zur Bewusstseinsentwicklung in unserem gesellschaftlichen Diskurs liefern.

LIMITATIONEN UND AUSBLICK

Die vorliegende Arbeit versucht eine Annäherung – aus der Perspektive der Integrativen Gestalttherapie – an die psychotherapeutische Arbeit mit trans*ident empfindenden Personen. Jedoch konnten naturgemäß nicht alle Facetten ausreichend berücksichtigt werden.

Allen voran findet der Leibaspekt (Nausner, 2018a, 2020) wenn, dann nur sehr am Rande Erwähnung in dieser Arbeit, obwohl sich gerade die Trans*identität unmittelbar aus dem Nicht-Identifizieren-Können mit dem eigenen Körper der Betroffenen konstituiert. Eine unzureichende Mitbetrachtung dieser Aspekte könnte als Kritik an dieser Arbeit formuliert werden – jedenfalls erscheint es dem Autor als Versäumnis ausständig, den Blick auf das Feld diesbezüglich zu schärfen.

Des Weiteren ortet der Autor einen immer deutlicheren Bedarf an strukturbezogener Diagnostik, was auch eine intensivere wissenschaftliche Beschäftigung mit diesem Thema erfordert. Die grundlegende Frage in der Psychotherapie mit Trans*personen ist die der generellen Identitätsfrage – daher erscheint dem Autor ein Struktur-Verständnis des *Selbst* als Theoriehintergrund für die Therapierenden entscheidend wichtig. Weitere diesbezügliche, wissenschaftliche Untersuchungen („Trans*identität und strukturbezogenes Vorgehen“) könnten die psychotherapeutische Versorgung von Trans*menschen insgesamt um eine klinischere Betrachtungsweise erweitern und festigen und dadurch die therapeutische Herangehensweise auf ein höheres, solideres Fundament heben.

Eine genaue Sprache und das Definieren von spezifischen Begrifflichkeiten sind ebenso deutliche Phänomene in jedem Diskurs über Trans*identität. Aus diesem Grund erscheint dem Autor eine weitere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema spezifisch aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie indiziert.

Darüber hinaus wäre eine Erforschung der genderspezifischen Aspekte in der Psychotherapie mit trans*ident empfindenden Personen von großer Bedeutung (trans*ident Mann zu Frau oder Frau zu Mann, gender-fluid more masculin oder feminin, Therapeut*innen-Effekte betreffend die Geschlechter*identität von Therapeut*innen als Gegenüber, Unterschied in den Setting-Varianten

Mann/Frau/non-binary sowohl auf Klient*innen- als auch auf Therapeut*innen-Seite, usw...).

Nicht zuletzt ist in jüngster Zeit eine deutliche Zunahme von Trans*identitätsthematiken bei Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen, weshalb auch eine vermehrte wissenschaftliche Beschäftigung mit diesem Bereich angezeigt wäre.

LITERATURVERZEICHNIS

- Arbeitskreis OPD (2014). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung* (3. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Bastian, M. (2019). »Geschlechtsdysphorie/Geschlechtsinkongruenz« in der psychotherapeutischen Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In M. Schwarz & A. M. Fink (Hrsg.), *Konzepte, Erfahrungen und Perspektiven der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Facetten eines Heilberufs* (S. 261-275). Gießen: Psychosozial.
- Boeckh, A. (2019). *Die dialogische Struktur des Selbst. Perspektiven einer relationalen und emotionsorientierten Gestalttherapie*. Gießen: Psychosozial.
- Boeckh, A. (2020). Die soziale Funktion des Selbst. Gestalttherapeutische Perspektiven der Theorie-Entwicklung und der empirischen Forschung. *Gestalttherapie*, 34, 114-125.
- Butler, J. (1991/2020). *Das Unbehagen der Geschlechter* (21. Aufl.). Frankfurt: Suhrkamp.
- Dilling H. & Freyberger H. J. (Hrsg.) (2014). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (7. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Erikson, E. H. (1966/1973). *Identität und Lebenszyklus* (2. Aufl.). Frankfurt: Suhrkamp.
- Franz, N. (2020). *Gefängnis oder Spielwiese. Transidentität in der Gestalttherapie*. Schriftliche Arbeit, Donau-Universität Krems, Krems.

- Fritz, V. (2013). Infrage gestellt. Dekonstruktive Aspekte psychosozialer Beratung und Therapie von Menschen mit einer Trans*identitätsthematik. *Gestalttherapie*, 27, 135-147.
- Gahleitner, S. B., Schmitt, R. & Gerlich, K. (Hrsg.). (2014). *Qualitative und quantitative Forschungsmethoden für EinsteigerInnen aus den Arbeitsfeldern Beratung, Psychotherapie und Supervision*. Coburg: ZKS.
- Gremmler-Fuhr, M. (1999a). Dialogische Beziehung in der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Streckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (2. Aufl., S. 393-416). Göttingen: Hogrefe.
- Gremmler-Fuhr, M. (1999b). Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Streckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (2. Aufl., S. 345-392). Göttingen: Hogrefe.
- Güldenring, A. (2009). Phasenspezifische Konfliktthemen eines transsexuellen Entwicklungsweges. *Psychotherapie im Dialog*, 10, 25-31.
- Günther, M. (2015). Psychotherapeutische und beratende Arbeit mit Trans*Menschen. Erfahrung, Haltung, Hoffnung. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 47, 113-124.
- Günther, M., Teren, K. & Wolf, G. (2019). *Psychotherapeutische Arbeit mit trans*Personen. Handbuch für die Gesundheitsversorgung*. München: Ernst Reinhardt.

- Hochgerner, M. & Schwarzmann, M. (2018). Psychosomatik in der Integrativen Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (2. Aufl., S. 342-366). Wien: Facultas.
- Höll, K. (2017). Die Gestalt des »Selbst« in der Gestalttherapie. Ein Vorschlag zur Neuordnung der Theorie insgesamt. *Gestalttherapie*, 31, 46-67.
- Kegan, R. (1986/2011). *Die Entwicklungsstufen des Selbst. Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben* (6. Aufl.). München: Kindt.
- Keupp, H., Ahbe, T., Gmür, W., Höfer, R., Mitzscherlich, B., Kraus, W. & Sraus, F. (1999). *Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne* (3. Aufl.). Reinbek: Rowohlt.
- Klampfl, P. (2020). *Zwischen Selbstliebe und Selbsthass*. Vortragsunterlage in Rahmen der Gestalttage 2020 Wien. Verfügbar unter: www.gestalttherapie.at/downloads/GT_2020_Vortrag_Selbstliebe_Klampfl.pdf
- Kolmannskog, V. (2014). Gestalt Approaches to Gender Identity Issues: A Case Study of a Transgender Therapy Group in Oslo. *Gestalt Review*, 18, 244-260.
- Kronberger, M. (2020). Selbst- und Identitätskonzepte in der Integrativen Gestalttherapie mit Öffnung auf eine transpersonale Sicht. In H. Neumayr & P. Klampfl (Hrsg.), *Wertebezüge und Haltungen in der Integrativen Gestalttherapie. Band 3 der Reihe Gestalt aktuell* (S. 64-104). Wien: Facultas.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.

- Kunert, C. (2016). Geschlechtsidentität und Bewusstsein. In G. Schreiber (Hrsg.), *Transsexualität in Theologie und Neurowissenschaften* (S. 597-634). Berlin: de Gruyter.
- Kunert, C. (2019). „Wir bestehen alle nur aus buntscheckigen Fetzen“ (Motaigne). Grundsätzliche Überlegungen zu Psychotherapie bei konstitutioneller Geschlechtsinkongruenz. *Psychotherapie Forum*, 23, 59-66, doi.org/10.1007/s00729-019-0119-9
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung* 1, Art. 20, nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Nausner, L. (2018a). Anthropologische Grundlagen der Integrativen Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (2. Aufl., S. 44-60). Wien: Facultas.
- Nausner, L. (2018b). Begriffe und Konzepte der Gestalttherapie – Grundlagen und Entwicklungen. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (2. Aufl., S. 109-131). Wien: Facultas.
- Nausner, L. (2020). „Hat“ der Mensch ein Selbst? In H. Neumayr & P. Klampfl (Hrsg.), *Wertebezüge und Haltungen in der Integrativen Gestalttherapie. Band 3 der Reihe Gestalt aktuell* (S. 13-15). Wien: Facultas.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F. & Goodman, P. (1951/2013). *Gestalttherapie. Grundlagen der Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung* (8. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Petzold, H. (2003). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien & Methoden für eine schulübergreifenden Psychotherapie* (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (2012). „Transversale Identität und Identitätsarbeit“ Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. In H. Petzold (Hrsg.), *Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven* (S. 399-596). Wiesbaden: Springer VS.
- Polster, E. & Polster, M. (1983). *Gestalttherapie. Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie*. Frankfurt: Fischer.
- Preuss, W. F. (2019). *Geschlechtsdysphorie, Transidentität und Transsexualität im Kindes- und Jugendalter* (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Rahm D., Otte, H., Bosse, S. & Ruhe-Hollenbach, H. (1993). *Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis* (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Rauchfleisch, U. (2019). *Transsexualismus – Genderdysphorie – Geschlechtsinkongruenz – Transidentität. Der schwierige Weg der Entpathologisierung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Schigl, B. (2014). Entwicklung der Fragestellung für empirische wissenschaftliche Arbeiten. In S. B. Gahleitner, R. Schmitt & K. Gerlich (Hrsg.), *Qualitative und quantitative Forschungsmethoden für EinsteigerInnen aus den Arbeitsfeldern Beratung, Psychotherapie und Supervision* (S. 19-25). Coburg: ZKS.

- Schneider, B. (1999). Der Gestaltansatz in der Arbeit mit älteren Menschen. In R. Fuhr, M. Streckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (2. Aufl., S. 985-1001). Göttingen: Hogrefe.
- Seiffge-Krenke, I. (2012). *Therapieziel Identität. Veränderte Beziehungen, Krankheitsbilder und Therapie* (E-Book). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Silbermayr, E. (2018). Transidentität – Aspekte für die psychodramatische Arbeit im Einzelsetting. In S. Kern & S. Hintermeier (Hrsg.), *Psychodrama-Psychotherapie im Einzelsetting. Theorie und Praxis des Monodramas*. (S. 482-492). Wien: Facultas.
- Sozialministerium (2017a). *Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM bzw. ICD-Fassung*. Verfügbar unter: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:5f11808e-71d3-434d-bc2c-566910ad1167/empfehlungen_transsexualismus2017.pdf
- Sozialministerium (2017b). *Schematische Darstellung zur Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus*. Verfügbar unter: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:f59fb474-4c35-4924-85a1-9249a7f40aa0/grafik_transsexualismus.pdf
- Staemmler, F.-M. (1993). *Therapeutische Beziehung und Diagnose. Gestalttherapeutische Antworten*. München: Pfeiffer.
- Staemmler, F.-M. (2015). *Das dialogische Selbst. Postmodernes Menschenbild und psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Schattauer.

- Staemmler, F.-M. (2017). *Relationalität in der Gestalttherapie: Kontakt und Verbundenheit* (E-Book). Gevelsberg: Andreas Kohlhage.
- Stern, D. (2007). *Die Lebenserfahrung des Säuglings* (9. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Votsmeier-Röhr, A. & Wulf, R. (2017). *Gestalttherapie* (E-Book). München: Ernst Reinhardt.
- Wagner, C. (2018). Gestalttherapie mit queeren geflüchteten Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In K. Stahlmann (Hrsg.), *Begegnungen mit Geflüchteten – Möglichkeiten der Gestalttherapie* (S. 219-234). Gevelsberg: Andreas Kohlhage.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundlagen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227-255). Weinheim: Beltz.
- Wolf, G. & Meyer E. (2017). Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität – (k)ein Thema in der Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 16, 130-139.
- Yontef, G. M. (1999). *Awareness, Dialog, Prozess: Wege zu einer relationalen Gestalttherapie*. Bergisch Gladbach: Andreas Kohlhage.

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1. Sechs Phasen eines trans*sexuellen Entwicklungsweges	22
Tabelle 2. Übersicht methodisches Vorgehen	30
Tabelle 3. Charakterisierung der Interview-Teilnehmer*innen	32

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<i>Abbildung 1.</i> Kontaktprozess und Funktionen des <i>Selbst</i> (Gremmler-Fuhr, 2001, S. 388).....	7
<i>Abbildung 2.</i> Selbst-Ich-Identität, dargestellt von Klampfl (2020, S. 18).....	11
<i>Abbildung 3.</i> Das Subjekt als personales System: Selbst-Ich-Identität (Petzold, 1998, S. 371, zitiert nach Petzold, 2003, S. 73).....	12
<i>Abbildung 4.</i> Funktionen des <i>Selbst</i> im Kontaktprozess (Boeckh, 2020, S. 119)	13
<i>Abbildung 5.</i> Die dialogische Struktur des <i>Selbst</i> (Boeckh, 2020, S. 118).....	15
<i>Abbildung 6.</i> Schema Behandlungsempfehlung in Österreich (Sozialministerium, 2017b).....	21
<i>Abbildung 7.</i> Ablauf der qualitativen Untersuchung als Schema	33
<i>Abbildung 8.</i> Prozessmodell induktiver und deduktiver Kategorienbildung (Mayring, 2000).....	36
<i>Abbildung 9.</i> Schema der Ergebnisdarstellung	37
<i>Abbildung 10.</i> Bereiche für die Identitätsarbeit im Kontext-Kontinuum	91

ANHANG

ANHANG 1. EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG INTERVIEW

(Vorlage dafür wurde zur Verfügung gestellt durch Nicole Fitzthum)

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Forschungsthema: Erfahrungen aus Ihrer Psychotherapie-Praxis (anonymisiert)

Interviewer: Kuan-Jen Su
Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision

Interviewdatum: _____

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend vom Interviewer in Schriftform (Transkription) gebracht.

Die transkribierten Daten werden anonymisiert. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen können, verändert oder aus dem Text entfernt.

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, das Interview abzubrechen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des Interviews zurückzuziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

**Ich bin damit einverstanden, an einem Interview zu dem oben angeführten
Forschungsthema teilzunehmen.**

ja nein

Vorname, Nachname in Druckschrift

Ort, Datum, Unterschrift

ANHANG 2. INTERVIEWLEITFADEN

Die nun folgend aufgelisteten Fragen bilden das Gerüst des Interview-Leitfadens für den Erhebungsprozess. Es handelt sich hier um die Letztfassung nach den beschriebenen iterativen Adaptionstrunden.

- Wie zentral ist Ihrer Meinung nach bei trans*ident empfindenden Personen die Auseinandersetzung mit der Identitätsfrage an sich?
- Was ist das Spezifische in der Identitätsfrage gerade für diese Personengruppe?
- Wie gehen Sie bei der Fragestellung der Geschlechter*zugehörigkeit konkret vor? Bitte um Fallbeispiele, Beschreibung konkret angewendete Interventionen...
- Was könnte der Beitrag der Gestalttherapie (bzw. der jeweiligen humanistischen Schulrichtung) für die Psychotherapie mit trans*ident empfindenden Menschen sein?
- Was können Therapeut*innen von Kolleg*innen, die mit Trans*identitätsthematiken arbeiten lernen?
- Haben Sie durch Ihre Arbeit mit der Trans*identität ein persönliches Anliegen entwickelt? (... an Kollegenschaft, an die Gesellschaft...)