



PSYCHOTHERAPIE - WISSENSCHAFT SCIENCE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

Jahrgang 6 / Heft 2 / 2016

Themenheft

SEXUELLE VIELFALT - ZUM UMGANG MIT DIVERSEN SEXUELLEN IDENTITÄTEN IN DER PSYCHOTHERAPIE
Theodor Itten (Hrsg.)

EDITORIAL / ÉDITORIAL

ORIGINALARBEIT (TITELTHEMA) / ARTICLE INÉDIT (THÈME PRINCIPAL)

Psychotherapeutische Kompetenzen für die Arbeit mit Menschen mit homo- oder bisexueller Orientierung
Compétences thérapeutiques pour travailler avec des personnes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle

Queering Psychotherapie: Geschlechtervarianz, Geschlechtsidentität und die Ideologie der Zweigeschlechtlichkeit
Théorie queer en psychothérapie : Genre variant, identité de genre et idéologie de la binarité des genres

Der Herr ist nicht Frau in seinem eigenen Hause: psychoanalytische Fragmente zur Thematik der trans*Identität
Le maître n'est pas maîtresse dans sa propre maison : Fragments psychanalytiques au sujet de la trans*identité

Beziehungsgestaltung in der Begleitung und Therapie von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transidenten
Organisation de la relation dans l'accompagnement et la thérapie des lesbiennes, homosexuels, bisexuels et transsexuels

LSBTI und psychische Gesundheit: Fakten und Erklärungsmodelle
Santé psychologique de la communauté LGBT: faits et tentatives d'explications

Intersektionalität in der psychosozialen Beratung zu Gewalt- und/oder Diskriminierungserfahrungen
von Lesben, Schwulen und Trans*

Intersectionnalité dans l'accompagnement psychosocial des expériences de violence et/ou de discrimination faites par les lesbiennes, les gays et les trans*

Bücher zum Themenheft

ORIGINALARBEIT / ARTICLE INÉDIT

Die philosophische Grundlage der Psychotherapie: ein Plädoyer
Plaidoyer en faveur des fondements philosophiques de la psychothérapie

REZENSIONEN

PSYCHOTHERAPIE - WISSENSCHAFT SCIENCE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

SCHWEIZER CHARTA FÜR PSYCHOTHERAPIE | **Ausbildung
Ethik
Forschung**

Wissenschaftsredaktion

Rosmarie Barwinski, Zürich
Theodor Itten, St. Gallen
Margit Koemeda, Zürich
Mario Schlegel, Zürich
Peter Schulthess, Zürich

Psychotherapie-Wissenschaft ist eine Publikation der Schweizer Charta für Psychotherapie. Diese ist eine Abteilung der Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP).

Die Zeitschrift veröffentlicht wissenschaftliche Beiträge aus dem gesamten Fachgebiet der Psychotherapie (schulenübergreifend und schulenspezifisch) sowie aus angrenzenden Disziplinen. Sie erscheint zweimal jährlich.

Herausgeber: Schweizer Charta für Psychotherapie im ASP
Geschäftsstelle ASP
Riedtlistr. 8
CH - 8006 Zürich

Verlag: Schweizer Charta für Psychotherapie

Layout/Gestaltung: Mario Schlegel
Lektorat: Thomas Redl, Wien
Übersetzungen: engl.: Jean Schulthess-Watt
frz.: IBS Fachübersetzungen AG, Claudia Menolfi
ital.: IBS Fachübersetzungen AG, Alessandro Arrigoni

Kontakt: info@psychotherapie-wissenschaft.info
Internet: www.psychotherapie-wissenschaft.info

ISSN Print: 1664-9583
ISSN Electronic: 1664-9591

Hinweise für AutorInnen: Diese befinden sich in der Online - Ausgabe der Zeitschrift.

INHALTSVERZEICHNIS

EDITORIAL / EDITORIAL

- 96 Editorial
98 Éditorial
Theodor Itten

ORIGINALARBEIT (TITELTHEMA) / ARTICLE INÉDIT (THÈME PRINCIPAL) – SYNTHÈSE

- 100 Psychotherapeutische Kompetenzen für die Arbeit mit Menschen mit homo- oder bisexueller Orientierung
108 Compétences thérapeutiques pour travailler avec des personnes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle
Gisela Wolf
- 109 Queering Psychotherapie: Geschlechtervarianz, Geschlechtsidentität und die Ideologie der Zweigeschlechtlichkeit
121 Théorie queer en psychothérapie : Genre variant, identité de genre et idéologie de la binarité des genres
Myshelle Baeriswyl
- 122 Der Herr ist nicht Frau in seinem eigenen Hause: psychoanalytische Fragmente zur Thematik der trans*Identität
129 Le maître n'est pas maîtresse dans sa propre maison : Fragments psychanalytiques au sujet de la trans*identité
Lisa Schmuckli, Patrick Gross
- 130 Beziehungsgestaltung in der Begleitung und Therapie von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transidenten
139 Organisation de la relation dans l'accompagnement et la thérapie des lesbiennes, homosexuels, bisexuels et transsexuels
Udo Rauchfleisch
- 140 LSBTI und psychische Gesundheit: Fakten und Erklärungsmodelle
151 Santé psychologique de la communauté LGBT: faits et tentatives d'explications
Martin Plöderl
- 152 Intersektionalität in der psychosozialen Beratung zu Gewalt- und/oder Diskriminierungserfahrungen von Lesben, Schwulen und Trans*
160 Intersectionnalité dans l'accompagnement psychosocial des expériences de violence et/ou de discrimination faites par les lesbiennes, les gays et les trans*
Constance Ohms
- 161 Bücher zum Themenheft
Theodor Itten

ORIGINALARBEIT / ARTICLE INÉDIT - SYNTHÈSE

- 167 Die philosophische Grundlage der Psychotherapie: ein Plädoyer
174 Plaidoyer en faveur des fondements philosophiques de la psychothérapie
Paolo Raile

REZENSION / REZENSION

- 176 A. von Wyl, V. Tschuschke, A. Cramer, M. Koemeda-Lutz, P. Schulthess (Hrsg.): Was wirkt in der Psychotherapie?
178 Rosmarie Barwinski: Resilienz in der Psychotherapie
Theodor Itten
- 179 Theodor Itten: Größenwahn – Ursachen und Folgen der Selbstüberschätzung
Dörte Fuchs
- 180 Falko von Ameln, Josef Kramer: Psychodrama – Grundlagen
Marina Marić
- 182 Theodor Itten, Ron Roberts: Politik der Erfahrung
Peter Schulthess

Editorial

Theodor Itten

Editorial

Die individuelle Selbstverantwortung will wieder in die Solidarität von Gemeinschaften innerhalb der offenen Gesellschaft hineingewoben werden, in der wir uns befinden und unser je eigenes Leben leben. Unsere Individualität und geschlechtliche Identität sind eng verknüpft mit der Gemeinsamkeit in Gruppen, in denen wir unsere sexuellen Vorlieben ausleben können.

Das Leitthema dieses Heftes war in diesem bald vergehenden Jahr in vielen Medien präsent.

Im Film „The Danish Girl“ wird die Geschichte von Gerda und Einar Wegener, einem Künstlerpaar aus Kopenhagen, erzählt. Einar fühlte sich mehr und mehr als Frau. Ihr Künstlernamen wurde Lili Elbe. Sie kleidete sich fortan weiblich und trug Perücke. Sie war die erste Frau, die eine geschlechtsangleichende Operation wagte; was vor fast hundert Jahren eine grosse medizinische Herausforderung war. Sie starb an deren Folgen.

Die Transfrau und Schauspielerin Jamie Clayton, die in der Netflix-Serie „Sense8“ eine Transfrau spielt, zeigt, wie viele erfolgreiche Transfrauen und Models, wie wichtig heute eine gelingende Diskussion zu diesem Thema ist.

Caitlyn Jenner, die als 27-jähriger Mann 1976 die olympische Goldmedaille im Zehnkampf gewann, wurde im Juni 2015 auf der Titelseite der Zeitschrift „Vanity Fair“ als Frau abgebildet. Zwischen den Geschlechterurfern haben sich immer schon Popmusiker_innen (u. a. David Bowie, Gianna Nannini) bewegt.

Eine bekannte Version aus der alten Welt ist die des ehemaligen Zeus-Priesters Teiresias. Auf einem seiner Spaziergänge traf er auf ein sich begattendes Schlangenpaar. Mit seinem Wanderstab schlug er auf die beiden ein und tötete zufällig das Weibchen. Zur Strafe wurde er auf der Stelle in eine Frau verwandelt. Nun war sie Priesterin der Göttin Hera. Nach sieben Jahren hatte sie eine erneute Begegnung mit einem sich begattenden Schlangenpaar. Wohlwissend was passieren könnte, erschlug Teiresias gezielt die männliche Schlange. Und unvermittelt war sie wieder ein Er. Teiresias machte die Erfahrung, als Mann und als Frau in einem Leben zu sein.

Hera und Zeus liebten, wie wir alle, streitbare Ehegespräche. Das Folgende dreht sich um die strittige Frage, wer beim Liebemachen und Sex mehr Lust empfinde. Zeus war für die Frauen und Hera für die Männer. Wer könnte da ein stimmigeres und auf grösserer Erfahrung beruhendes Urteil sprechen als ihrer beider Priesterin/Priester Teiresias. Er sagte, als Frau habe er viel mehr Lust empfunden als als Mann. Das machte Hera wütend, weil sie/er gegenüber Zeus dieses Frauengeheimnis ausplauderte.

Wie dem heute auch sei, jedenfalls wurde ich, durch das Schwerpunktheft zu Gesundheit und therapeutische Versorgung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, trans*Personen und ihren Familien der Zeitschrift „Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis“, 47. Jg., Heft 1, 2015, inspiriert, für unser PTW - Journal dieses Thema zum Schwerpunkt eines Hefts zu machen.

Schon Ende der 1990er-Jahren hat die Professorin Judith Halberstam von der Universität von San Diego durch ihr Buch „Female Masculinity“ die laufende Genderdebatte mit einer grossen Studie zur kulturellen Identität bereichert. Trans*Personen sind in unserem Beruf aktiv, sind in der Politik, in der Wirtschafts- und Modewelt präsent. Die Sexualität ist politisch und die Geschlechtsidentität ist vielfältig in gelebter Praxis. Die sexuelle Vielfalt erfordert einen Umgang mit diversen sexuellen Identitäten in der Psychotherapie. Dieses Heft beinhaltet verschiedene Beiträge zur Frage des therapeutischen Umgangs mit der sexuellen Vielfalt und der Geschlechteridentität. Die sexuelle und die geschlechtliche Identität der Psychotherapeut_in und der Patient_in oder Klient_in sind a priori in einem Wechselspiel, bewusst und unbewusst miteinander verknüpft – z. B. durch das sozialpsychologisch in der primären Familie geformte Geschlechtervorurteil und die psychosexuelle Identität im Erwachsenwerden, welche in der Übertragung und Gegenübertragung immer eine Rolle spielen. Die affirmative Psychotherapie unterstützt homosexuelle und bisexuelle Klienten und Klientinnen darin, ihre sexuelle Orientierung zu erforschen, zu bejahen, zu festigen und zu integrieren. Welche Art der psychotherapeutischen Behandlung durch Psychotherapeut_innen diverser sexueller Identitäten ist hilfreich für Lesben, Schwule, Bisexuelle und Heterosexuelle mit ihren spezifischen Bedürfnissen? Welche ergänzenden Erfahrungen und Einsichten braucht es für uns Psychotherapeut_innen, welche in den gelernten Therapieansätzen und Lehranalysen oft, wenn auch nicht immer zu wenig Beachtung finden oder fanden? Da sich die Psychotherapie, wie die moderne Psychologie, zunehmend in einen Frauenberuf entwickelt, ist die Frage wichtig, ob eine Gendergruppe allein die Gewährung der sexuellen Vielfalt in diversen Lebenswelten ausreichend unterstützen und ihr mit einer positiven Grundhaltung und mit ausreichendem Wissen begegnen kann.

In den hier veröffentlichten Essays werden die Begriffe Transidentität, Transsexualität und Transgender in der Schreibweise Trans* wiedergegeben.

Die Berliner Psychologin und Psychotherapeutin Dr. Gisela Wolf schreibt über die erfahrungsbedingten und wichtigen psychotherapeutischen Kompetenzen, welche in der Ausbildung gelernt werden müssen, für die Arbeit mit Menschen mit homo- oder bisexueller Orientierung.

Die in Sankt Gallen tätige Psychologin Dr. Myshelle Baeriswyl schreibt einfühlsam und vielschichtig über das Queering der Psychotherapie, über Geschlechtervarianz, Geschlechtsidentität und die Ideologie der Zweigeschlechtlichkeit.

Der Basler Psychoanalytiker Patrick Gross und die in Luzern praktizierende freie Philosophin Dr. Lisa Schmuckli schreiben verspielt im Duett und geben Auszüge aus ihrem Vortrag „Der Herr ist nicht Frau im eigenen Haus: psychoanalytische Fragmente zur Thematik der trans*Identität“.

Der emeritierte Professor der Psychologie Dr. Udo Rauchfleisch aus Basel beschreibt einfühlsam klar die Beziehungsgestaltung in der Begleitung und Therapie von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transidenten – eine Analyse mit Hilfe der Konzepte von Übertragung und Gegenübertragung.

Priv.-Doz. Dr. Martin Plöderl, in Salzburg tätig, beschäftigt sich mit der psychischen Gesundheit von LGBT (engl. Abkürzung für Lesbian, Gay, Bisexual und Transgender). Er präsentiert aus seiner Praxis und Forschung Fakten und wichtige Erklärungsansätze.

Die in Projektmanagement und Wissensvermittlung tätige Frankfurter Soziologin Dr. Constance Ohms, die über Gewalt und Aggression von Frauen promovierte, schreibt über die Intersektionalität in der psychosozialen Beratung zu Gewalt- und/oder Diskriminierungserfahrungen von Lesben, Schwulen und Trans*. Abschließend werden einige weitere themenbezogene Bücher besprochen und Hinweise auf weitere Veröffentlichungen der Autor_innen gegeben.

Allen Expert_innen in diesem Themenfeld, die für uns ASP- und Schweizer Charta für Psychotherapie-Mitglieder geschrieben haben, seien im Namen des ganzen Redaktionsteams für diese grosse „labour of love“ herzlich bedankt.

Ausserhalb des Themas plädiert Paulo Raile in einer Originalarbeit für die Beachtung der philosophischen Grundlagen der Psychotherapie, welche zu oft in Studium, Lehre und Praxis übersehen werden.

Diverse Buchbesprechungen, vor allen anderen jene des PAP-S-Buchs „Was wirkt in der Psychotherapie?“, runden die vorliegende Nummer ab.

Éditorial

Theodor Itten

Éditorial

La tendance est de réintégrer la responsabilité individuelle dans la solidarité entre communautés au sein de la société dans laquelle nous nous trouvons et où chacun mène sa propre vie. Notre individualité et notre identité de genre sont étroitement liées aux caractéristiques communes des groupes dans lesquels nous choisissons d'exprimer nos préférences sexuelles.

Ce fil rouge s'est retrouvé dans de nombreux médias au cours de cette année qui touche à sa fin.

Ainsi, le film «The Danish Girl» raconte l'histoire de Gerda et d'Einar Wegener, un couple d'artistes de Copenhague. Einar s'est senti devenir femme au fil du temps. Il a pris Lili Elbe comme nom d'artiste. Il s'est habillé en femme et a porté des perruques. Il a été la première femme à oser entreprendre une opération pour changer de sexe. Ce qui, il y a presque cent ans, représentait un gros défi médical. Elle est d'ailleurs morte des suites opératoires.

L'actrice et femme trans* Jamie Clayton, qui joue le rôle d'une femme transsexuelle dans la série Netflix «Sense8» illustre les nombreuses femmes et modèles trans* qui réussissent aujourd'hui et nous fait comprendre à quel point aussi il est important de faire fructifier cette discussion.

Caitlyn Jenner, qui remporta une médaille olympique à 27 ans dans l'épreuve masculine de décathlon en 1976, est apparue en femme en couverture du magazine «Vanity Fair» en juin 2015. Certains musiciens pop (par ex. David Bowie, Gianna Nannini) ont toujours évolué en marge des genres bien établis.

La mythologie nous livre à ce sujet une version bien connue avec l'histoire du prêtre de Zeus appelé Tirésias. Un jour qu'il se promenait, il rencontra un couple de serpents en train de s'unir. Avec son bâton de marche, il tua l'un des deux, qui s'avéra être la femelle. Il fut alors puni en étant transformé lui-même en femme. Et devint prêtresse de la déesse Héra. Sept ans plus tard, elle rencontra à nouveau deux serpents en train de s'accoupler. Se souvenant de ce qui s'était produit la première fois, Tirésias tua cette fois le mâle. Et redevint homme. Il expérimenta donc le fait d'être homme et femme au cours de sa vie.

Héra et Zeus, comme tous les couples, se disputaient parfois. Pour savoir, par exemple, qui de l'homme ou de la femme ressentait le plus de plaisir lors de l'acte sexuel. Zeus prétendait qu'il s'agissait de la femme et Héra de l'homme. Qui mieux que leur prêtre/prêtresse pouvait mieux trancher la question en s'appuyant sur sa propre expérience ? Il dit avoir senti bien plus de plaisir en tant que femme qu'en tant qu'homme. Ce qui eut le don de mettre Héra en colère car il/elle avait révélé ce secret de femme à Zeus.

Quoi qu'il en soit aujourd'hui, le thème de la santé et de la prise en charge thérapeutique des lesbiennes, gays, bisexuels et trans* et de leurs familles, abordé dans le magazine «Verhaltenstherapie & Psychoziale Praxis», 47, tome 1, 2015, m'a inspiré pour en faire l'un des thèmes majeurs de notre revue «Science psychothérapeutique».

Dès la fin des années 1990, la professeure de l'université Judith Halberstam de San Diego avait enrichi le débat sur les genres avec son livre «Female Masculinity», qui est une vaste étude sur l'identité culturelle. Les trans* sont présentes dans notre profession, dans la politique, l'économie ou le monde de la mode. La sexualité est politique et l'identité de genre est très variée dans la pratique. Cette diversité sexuelle nécessite de gérer diverses identités sexuelles en psychothérapie. La revue propose plusieurs articles qui traitent de la question de la diversité sexuelle et de l'identité de genres. L'identité sexuelle et de genre du/de la psychothérapeute et du/de la patient(e) ou client(e) entrent en interaction, de façon consciente et inconsciente. Par exemple à travers le préjugé sexuel qui se forme dans la famille d'origine au plan socio-psychologique et l'identité psychosexuelle de l'adulte en devenir, qui jouent nécessairement un rôle dans le transfert et le contre-transfert. La psychothérapie affirmative encourage les client(e)s homosexuels et bisexuels à s'interroger sur leur orientation, à l'affirmer, à la consolider et à l'intégrer. Quel est le type de traitement, mis en place par des psychothérapeutes aux identités sexuelles diverses, qui s'avère utile auprès des lesbiennes, des gays, des bisexuels et des hétérosexuels en tenant compte de leurs besoins spécifiques ? En tant que psychothérapeute, quelles expériences et quelles approches doit-on faire et adopter en complément des thérapies et analyses, auxquelles l'enseignement donne trop peu de place ? La psychothérapie, comme la psychologie moderne, est une profession qui se féminise. Il devient donc important de se demander si un genre unique est en mesure de garantir un soutien suffisant à des groupes aux orientations sexuelles diverses, s'il peut aller à leur rencontre avec une posture de base positive et suffisamment de connaissances.

Dans les essais publiés ici, les notions de transidentité, transsexualité et transgenre se reflètent toutes dans l'abréviation trans*.

Le Dr. Gisela Wolf, psychologue et psychothérapeute berlinoise, décrit les compétences thérapeutiques et l'expérience qu'il faut acquérir durant la formation pour pouvoir travailler avec des personnes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle.

Le Dr. Myshelle Baeriswyl, psychologue travaillant à Saint Gall, écrit avec beaucoup de sensibilité et de nuances sur le queering en psychothérapie, sur la variance des genres, l'identité de genre et l'idéologie de la binarité des genres.

Patrick Gross, psychanalyste à Bâle, et le Dr. Lisa Schmuckli, philosophe exerçant en libéral à Lucerne, écrivent en duo et nous livre des extraits de leur présentation intitulée «Le moi n'est pas maitresse dans sa propre maison : fragments psychanalytiques sur le thème de la trans*identité».

Le Dr. Udo Rauchfleisch, professeur émérite de psychologie à Bâle, décrit avec sensibilité l'organisation de la relation dans l'accompagnement et la thérapie des lesbiennes, gays, bisexuels et transsexuels - il procède à une analyse en partant des concepts de transfert et de contre-transfert.

Le Dr. Martin Plöderl, qui exerce en cabinet privé à Salzbourg, étudie la santé psychique des LGBT (abréviation anglaise pour lesbiennes, gays, bisexuels et transgenre). Il s'appuie sur sa propre pratique et ses travaux de recherche pour présenter des faits et aborder des explications importantes.

Le Dr. Constance Ohms, chef de projet, sociologue et responsable scientifique installée à Francfort, qui travaille sur la violence et l'agression des femmes, écrit sur l'intersectionnalité dans l'accompagnement psychosocial des expériences de violence et/ou de discrimination faites par les lesbiennes, les gays et les trans*. Le numéro se termine par quelques conseils de lecture sur les thèmes abordés et d'autres publications des mêmes auteurs.

Au nom de toute la rédaction, nous remercions chaleureusement tous les experts qui ont rédigé un article sur ces thèmes, pour nous membres de l'ASP et de la Charte suisse pour la psychothérapie, pour cet immense «labour of love».

En marge de cette thématique, Paulo Raile plaide, à l'occasion d'un travail original, en faveur des fondements philosophiques de la psychothérapie, trop souvent délaissés dans les études, l'enseignement et la pratique.

Enfin diverses critiques d'ouvrages, notamment du livre de l'étude PAP-S «Qu'est-ce qui fonctionne en psychothérapie ?», viennent compléter ce numéro.

Originalarbeit (Titelthema)

Gisela Wolf

Psychotherapeutische Kompetenzen für die Arbeit mit Menschen mit homo- oder bisexueller Orientierung

Zusammenfassung: Befunde aus der Versorgungsforschung machen deutlich, dass lesbische, schwule und bisexuelle KlientInnen offenbar relativ häufig Psychotherapie in Anspruch nehmen. In dem Artikel werden die Bedürfnisse und Erfahrungen dieser KlientInnen in psychotherapeutischen Behandlungen skizziert. Darauf aufbauend werden die „Empfehlungen zur Psychotherapie und Beratungsarbeit mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient*innen“, die vom Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen (VLSP*¹ e.V) in der Psychologie für den deutschen Sprachraum entwickelt worden sind, vorgestellt.

Schlüsselwörter: Psychotherapie; psychotherapeutische Versorgung; lesbische, schwule und bisexuelle KlientInnen; Leitlinien; Diskriminierung und Gewalt; Intersektionalität

Psychotherapeutic competencies when working with people with a homosexual or bisexual orientation

Summary: Findings emerging from patient-centered research show clearly that lesbian, homosexual men and bisexual clients apparently make use of psychotherapy relatively frequently. In this article the needs and experiences of these clients in psychotherapy treatment is outlined. It is envisaged that it will form the basis for “Recommendations for psychotherapy and consultative work with lesbian, male homosexual, bisexual, transsexual, intersexual and queer people in psychology”, that the Professional Association VLSP*², a registered association (Association for Lesbian, Male Homosexual Men, Bisexuals, trans*, Inter-sexuals and Queer people in Psychology), will develop for the German speaking area.

Key words: psychotherapy, psychotherapeutic provisions, lesbian, male homosexual and bisexual clients; guidelines; discrimination and violence; intersectionality

Competenze psicoterapeutiche nel lavoro con persone a orientamento omosessuale o bisessuale

Riassunto: La ricerca nel campo dell'assistenza dimostra che le/i clienti lesbiche, gay e bisessuali ricorrono relativamente spesso a trattamenti psicoterapeutici. L'articolo descrive a grandi linee le necessità e le esperienze di queste/i clienti nel rapporto psicoterapeutico. Ne derivano le “raccomandazioni relative alla psicoterapia e al lavoro di consulenza con clienti* lesbiche, gay e bisessuali”, sviluppate dall'associazione professionale VLSP*³, associazione registrata (Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie - Associazione per persone lesbiche, gay, bisessuali, trans*, intersessuali e queer nella psicologia) per le aree linguistiche germanofone.

Parole chiave: psicoterapia; assistenza psicoterapeutica; clienti lesbiche, gay e bisessuali; linee guida; discriminazione e violenza; intersezionalità

Einleitung

Lesbische, schwule und bisexuelle KlientInnen gehören zu den Personengruppen mit einer relativ starken Inanspruchnahme der psychotherapeutischen Versorgung. Statistisch ist damit zu rechnen, dass nahezu jede/r PsychotherapeutIn, der/die bislang mehr als 20 KlientInnen behandelt hat, darunter auch homo- und bisexuelle KlientInnen hatte.

Angesichts der vielseitig dokumentierten negativen Erfahrungen von homo- und bisexuellen KlientInnen im Gesundheitssystem (Wolf, 2010), insbesondere in medizinischen und psychoanalytisch ausgerichteten Behandlungen, erstaunt die intensive Inanspruchnahme von Psychotherapie durch lesbische, schwule und bisexuelle KlientInnen zunächst. FachkollegInnen vertreten vielfach noch die Ansicht, dass das Thema doch gar nicht so relevant sei, unter anderem, weil in ihrer Klientel keine homo- und bisexuelle KlientInnen vorkämen, oder weil sie ja doch „alle gleich“ behandelten. Die Einschätzung, noch keine lesbischen, schwulen und bisexuellen KlientInnen behandelt zu haben, begründet sich jedoch wahrscheinlich weniger in der Realität, sondern vielmehr

¹ Der hochgestellte Stern im Namen des VLSP steht für die Vielfalt sexueller Orientierungen und Identitäten und soll darauf aufmerksam machen, dass der Verein für Personen ganz unterschiedlicher sexueller Orientierungen und Genderidentitäten offen ist und sich einsetzt.

² The superscript asterisk in the VLSP name stands for the multiplicity of sexual orientations and identities and should draw attention to the fact that this Association is open for persons of entirely diverse sexual orientations and gender identities and stands up for them

³ L'asterisco in apice a nome della VLSP rappresenta la molteplicità di orientamenti e identità sessuali richiama l'attenzione sul fatto che l'associazione è aperta e si impegna a favore di persone dai più svariati orientamenti sessuali e identità di genere.

in einer Abwendung der Wahrnehmung von der Existenz und den spezifischen Versorgungsbedürfnissen dieser Klientel. Diese Wahrnehmungsabwendung der PsychotherapeutInnen ist wesentlich Tabuisierungsprozessen, also einem aktiven und immer wieder reifizierten Verschweigen nicht heterosexueller Orientierungen im Verlauf der psychotherapeutischen Professionalisierung, zuzuschreiben.

So wird sexuelle Orientierung in den psychotherapeutischen Ausbildungen kaum thematisiert. In der Regel sind psychotherapeutische Aus- und Weiterbildungen heterozentrisch ausgerichtet. Dies bedeutet, dass sowohl explizit als auch implizit heterosexuelle Lebensweisen als unhinterfragte Norm dargestellt werden. Dies erfolgt durchgängig über alle vermittelten Inhalte hinweg, also auch bei der diagnosespezifisch ausgerichteten Thematisierung von bestimmten psychischen Beeinträchtigungen oder beim Vermitteln spezifischer therapeutischer Methoden. Aufgrund der heterozentristischen Agenda innerhalb der psychotherapeutischen Ausbildungsgänge treffen lesbische, schwule und bisexuelle KlientInnen in der Regel auf TherapeutInnen, die für eine therapeutische Arbeit mit Menschen unterschiedlicher sexueller Orientierung weder hinreichend fachlich qualifiziert worden sind noch über eine entsprechende fachlich reflektierte Selbsterfahrung verfügen (Frossard, 2000; Gruskin, 1999; Heinrich & Reipen, 2001; Wolf, 2003).

In diesem Artikel sollen die psychotherapeutischen Bedarfe lesbischer, schwuler und bisexueller KlientInnen und ein fachkompetentes psychotherapeutisches Eingehen darauf gezeigt werden. Es werden Gründe für das starke psychotherapiebezogene Inanspruchnahmeverhalten lesbischer, schwuler und bisexueller KlientInnen analysiert und diesem die Prozesse der Tabuisierung nicht heterosexueller Lebensweisen in der psychotherapeutischen Professionalisierung kontrastierend gegenübergestellt. Hierbei wird insbesondere auf die Bedeutung der intersektionalen Überschneidung von marginalisierten Zugehörigkeiten und in diesem Zusammenhang auf Gruppen von Lesben, Schwulen und Bisexuellen hingewiesen, deren psychotherapeutische Versorgungssituation trotz vorhandener Indikation wahrscheinlich besonders prekär ist.

Auf der Grundlage der seitens des VLSP* e.V. (Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie) entwickelten Empfehlungen zur psychotherapeutischen und beratenden Arbeit mit lesbischen, schwulen und bisexuellen KlientInnen (Wolf et al., 2015) sollen abschließend Grundqualifikationen für die Arbeit mit lesbischen, schwulen und bisexuellen KlientInnen skizziert werden. Diese umfassen sowohl fachspezifisches Wissen als auch eine fundierte Beziehungsgestaltung zu den KlientInnen und die Selbsterfahrung der Behandelnden in Bezug auf sexuelle Orientierung.

Ziel des Artikels ist die Erarbeitung einer therapeutischen Haltung, die für lesbische, schwule und bisexuelle KlientInnen ein hilfreiches und bedarfsgerechtes psychotherapeutisches Versorgungsangebot gestalten kann.

Sichtbarkeit und Stigmatisierungserfahrungen homo- und bisexueller Personen in der Gesamtgesellschaft

Mit dem zunehmenden Offenleben gerade jüngerer, gut gebildeter und gut in lesbische, schwule, bisexuelle und queere Communitys eingebundener Lesben, Schwuler und Bisexueller nimmt auch die Anzahl derjenigen Personen zu, die in Untersuchungen angeben, homo- und bisexuelle Erfahrungen gemacht zu haben, und die diese auch in ihrem kommunizierten soziosexuellen Selbstkonzept zum Ausdruck bringen. Der in empirischen Studien fassbare Bevölkerungsanteil homo- und bisexueller Personen erweist sich damit als eng mit soziokulturellen Entwicklungen verbunden, insbesondere damit, inwieweit ein soziokulturelles Umfeld das Sprechen über nicht heterosexuelle Orientierungen ermöglicht.

Gegenwärtig lässt sich in Deutschland, der Schweiz, Österreich und den angloamerikanischen Ländern davon ausgehen, dass ungefähr 5 % der erwachsenen Bevölkerung eine lesbische, schwule und/oder bisexuelle Selbstdefinition zur Beschreibung ihrer soziosexuellen Erfahrungen wählen (Cerwenka & Nieder, 2015; Mustanski et al., 2014; Sell et al., 1995; Wolf, 2003; Wolf et al., 2015). Die Anzahl von Personen, die sich als „queer“ bezeichnen, nimmt insbesondere in urbanen Räumen bei jüngeren Menschen stetig zu. Dabei gelingt die Wahl einer solchen Selbstdefinition am ehesten bei Personen, die über Ressourcen verfügen, die diese jeweilige Selbstdefinition unterstützen. Menschen, die in einem Umfeld leben, welches nicht-heterosexuelle Lebensweisen stark sanktioniert oder umfassend tabuisiert, erleben wahrscheinlich ähnlich häufig in ihren Fantasien emotional und sexuell geprägte Zuneigung zu gleichgeschlechtlichen Personen, drücken diese jedoch aus Angst vor sozialer Ausgrenzung und weiterer Diskriminierung und Gewalt nicht aus und bezeichnen sich auch seltener als lesbisch, schwul, bisexuell oder queer.

Sexuelle Orientierungen äußern sich mehrdimensional auf verschiedenen Ebenen der Wahrnehmung und des Ausdrucks einer Person, konkret in den Erlebensbereichen der sexuellen und beziehungsbezogenen Fantasien, Handlungen sowie in der Selbstbeschreibung, und in der Teilhabe an soziosexuellen Communitys (also z. B. der schwulen Community) sowie auch in gesellschaftspolitischen Haltungen (z. B. einer machtkritischen Haltung bei

queeren oder lesbisch-feministischen Personen). Über die Lebensspanne können sich sexuelle Erlebens- und Handlungsweisen und auch die sexuelle Orientierung einer Person verändern.

Eine nicht-heterosexuelle Orientierung stellt in dieser Gesellschaft immer noch ein Merkmal dar, wegen dem Menschen stigmatisiert, diskriminiert und angegriffen werden (European Union Agency for Fundamental Rights, 2013; Hanafi El Siofi & Wolf, 2012). Die Stigmatisierung homosexueller und bisexueller Menschen erweist sich dabei besonders eng verwoben mit sexistischen Ausgrenzungspraktiken. Lesben, Schwule und Bisexuelle werden vielfach nicht ausschließlich dann ausgegrenzt, angegriffen und abgewertet, wenn sie eine gleichgeschlechtliche PartnerInnenwahl sichtbar machen, sondern zusätzlich und oft auch schärfer, wenn sie den gesellschaftlichen Normvorstellungen eines geschlechtsspezifischen Habitus nicht entsprechen. So erlebt die feminine Aspekte zeigende und parodierende schwule Tunte in der Regel mehr und umfassendere Sanktionen als ein schwuler Mann, der über einen männlich gelesenen Habitus verfügt.

Gesellschaftliche Ausgrenzung führt bei den davon betroffenen Personen zu einer erhöhten Gefährdung durch belastungsassoziierte körperliche und psychische Erkrankungen (Mundle et al., 2015). Um diese Gefährdung abzuwenden, benötigen Menschen, die von der Ausgrenzung betroffen sind, spezifische Ressourcen in Form sozialer, informationeller, rechtlicher und ökonomischer Unterstützung, sichere Orte, an denen sie ihre Erfahrungen ohne erneute Stigmatisierung kommunizieren und verarbeiten können, sowie auch eine angemessene Versorgung und Kompensation der erlittenen Verletzungen. Insbesondere Personen, die wegen mehreren Zugehörigkeiten stigmatisiert und ausgegrenzt werden (siehe „Intersektionalität“), befinden sich hierbei in der Situation, dass ihnen durch das Überschneiden von Ausgrenzungspraktiken der Zugang zu Ressourcen in besonderer Weise erschwert bis unmöglich gemacht wird.

Lesbische, schwule und bisexuelle KlientInnen in der psychotherapeutischen Versorgung

Lesbische, schwule und bisexuelle KlientInnen nehmen laut Studienbefunden relativ häufig Psychotherapie in Anspruch und versuchen dort auch, ihre sexuelle Orientierung sowie soziokulturelle Erfahrungen damit anzusprechen (Brown, 1999; Jones & Gabriel, 1999; Roberts & Sorensen, 1995; Wolf, 2003). Dies betrifft insbesondere Lesben, Schwule und Bisexuelle mit einem formell mittleren oder höheren Bildungsabschluss, die Kontakt zu lesbischen, schwulen, bisexuellen und queeren Communities haben und relativ offen leben.

Die starke Inanspruchnahme lässt sich auf der Seite des Bedarfs aber auch auf eine recht hohe Prävalenz an belastungsassoziierten Symptomatiken bei lesbischen, schwulen und bisexuellen KlientInnen zurückführen. So zeigen mehrere Übersichtsarbeiten, dass Lesben, Schwule und Bisexuelle relativ häufig an selbstschädigendem Substanzgebrauch, Angststörungen, Depressionen und Suizidalität leiden (Dennert 2006, Institute of Medicine of the National Academies, 2011; King et al., 2008; Lee, 2000; Leu, 2008; Plöderl, 2006; Plöderl et al., 2009; Wolf, 2015). Zur Erklärung dieser relativ hohen dokumentierten Prävalenz gerade dieser spezifischen psychischen Beeinträchtigungen wurde in den 1990er Jahren das Minority-stress-Modell entwickelt, das die Internalisierung und Selbstwendung von gesellschaftlicher Marginalisierung, Diskriminierung und Gewalt und deren Folgen bei Angehörigen gesellschaftlich stigmatisierter Minoritäten beschreibt (Brooks, 1981; DiPlacido, 1998; Meyer, 1995).

Auf der Seite der Ressourcen, über die ein Mensch verfügen muss, um den Mut und die Fähigkeiten zu entwickeln, sich einer psychotherapeutischen Versorgung anzuvertrauen, sind bei lesbischen, schwulen und bisexuellen KlientInnen die im Coming-out-Prozess erworbenen Fähigkeiten der Selbstöffnung zu benennen. Lesben, Schwule und Bisexuelle entwickeln im inneren und äußeren Coming-out Kompetenzen bei der Wahrnehmung und Einordnung eigener Empfindungen und sie lernen, emotional bedeutsame Erfahrungen auch gegen oftmals erheblichen externen Widerstand zu benennen und als Teil ihrer Identität anzunehmen (Bradford et al., 1994; Wolf, 2003).

Dass Lesben, Schwule und Bisexuelle überhaupt psychotherapeutische Versorgung in Anspruch nehmen, wenn sie unter Belastungen und psychischen Beeinträchtigungen leiden, ist keineswegs selbstverständlich, da die Nutzung von Angeboten des Gesundheitssystems für diese KlientInnen auch heute noch ein risikoreiches Unterfangen darstellen kann.

Durch die Geschichte der Profession zieht sich auf der Basis der Konstruktion, Heterosexualität sei eine Selbstverständlichkeit und auch die moralische Norm, eine Vielzahl von entwertenden Zuschreibungen an lesbische, schwule, bisexuelle, queere und trans*KlientInnen, die von der therapeutischerseits vorgenommenen Kommunikation von Vorurteilen als Fachwissen, einer Selbsterhebung und Herabwürdigung des Gegenüber, einem Zuschreiben von Legitimität für diskriminierende Handlungen über die Psychopathologisierung von sexuellen Orientierungen und Genderidentitäten bis hin zu Konversionsversuchen reichen (Wolf, 2013). In umfangreichen

Forschungsarbeiten zum Thema diskriminierender Erfahrungen lesbischer, schwuler und bisexueller KlientInnen sind vielfach problematische Einstellungen und Handlungen von PsychotherapeutInnen dokumentiert worden (Dennert & Wolf, 2009; Garnets et al., 1991; Stevens, 1994, 1998; Wolf, 2003), darunter waren

- die Darstellung der sexuellen Orientierung nicht heterosexueller KlientInnen als ausschließlich sexuelles Verhalten oder als eine „Phase“ und die Entwertung der partnerschaftlichen Beziehungen der KlientInnen
- das Benutzen eines ausschließlich heterozentristischen Bezugssystems in der Ansprache und der Diagnostik, auch wenn die KlientInnen eindeutig kommuniziert haben, dass sie nicht heterosexuell sind
- die Reproduktion von Vorurteilen und deren Darstellung als psychotherapeutisches „Fachwissen“, z. B., dass Lesben und Schwule schlechte Eltern seien, dass ihre Beziehungen lediglich Ausdruck eines Elternkonfliktes seien oder dass Homosexualität oder Transidentität durch sexuellen Missbrauch entstünden.

Diese unethischen Praktiken sind wahrscheinlich hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass PsychotherapeutInnen aus gesellschaftlichen und in der Profession verbreiteten Heuristiken und Vorannahmen heraus handeln, wenn ihnen ein am Stand der Wissenschaft orientiertes Wissen zu einem Themenbereich fehlt. Dieser Rückgriff auf nicht fachlich reflektierte Vorannahmen ist vor dem Hintergrund der unterdessen durch eine Person nicht mehr zu bewältigenden Menge an psychologischem Fachwissen auch in anderen psychotherapeutischen Themenfeldern ein Grunddilemma der Profession. Jedoch bringt beim psychotherapeutischen Umgang mit sozial stigmatisierten Themen der unreflektierte Rückgriff auf Heuristiken und prävalente Vorannahmen ein besonders hohes Risiko mit sich, dass daraus dann therapeutischerseits ein Verhalten resultiert, das den betreffenden KlientInnen schadet.

In psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildungen wird regelhaft mit wenigen Ausnahmen eine heterosexuelle Lebensweise als selbstverständlich vorausgesetzt. Wenn dann doch einmal Inhalte über lesbische, schwule und bisexuelle Lebensweisen vermittelt werden, weisen diese leider gelegentlich vor dem Hintergrund mangelnder Qualitätskontrolle das strukturelle Problem auf, dass sie den unterdessen recht umfänglichen und vielfältigen Forschungsstand zum Thema vernachlässigen, da dieser wiederum nicht Teil der Weiterbildung der Dozierenden war. Auch fehlt fast durchgängig in den Ausbildungsgängen eine Unterstützung einer fachlich fundierten Selbstreflexion des Umgangs mit Menschen unterschiedlicher soziosexueller Orientierungen (Coyle et al., 2001; Steffens & Eschmann, 2001). Und wenn das Thema dann doch von AusbildungskandidatInnen eingebracht wird, treffen diese auf Hilflosigkeit und Schweigegebote (Braun, 2016; Schon, 2016). Eventuell erfolgt gerade die Vernachlässigung der Selbstreflexion zum Thema mit der Intention seitens der DozentInnen, die Teilnehmenden vor Schamgefühlen zu schützen. Dies führt jedoch in der Folge dazu, dass TherapeutInnen dann in den anschließenden Behandlungen genau die Bereiche nicht ansprechen, zu denen sie und/oder die KlientInnen Scham empfinden.

Auf Seiten lesbischer, schwuler und bisexueller KlientInnen führen die Erfahrung und Erwartung von Ausgrenzung, Diskriminierung und Gewalt oftmals zu einer Vorsicht bei der Nutzung von Angeboten der Gesundheitsversorgung, zur Verzögerung notwendiger Behandlungsmaßnahmen, zu Misstrauen, Angst und einem sehr sorgfältigen Informationsmanagement, das einer authentischen Selbstöffnung in der Therapie entgegensteht und vorhandene Probleme durch Schweigenmüssen weiter verschärfen kann (Bieschke et al., 1999; Steinbrück, 2012; Wolf, 2003).

Intersektionalität

Jede Person weist eine Vielzahl von Identitäten und Zugehörigkeiten auf. Dabei werden von den betreffenden Personen Zugehörigkeiten, die ihnen Privilegien einräumen, oft als „selbstverständlich“ betrachtet und auch im Diskurs nicht mehr als eine von vielen Möglichkeiten dargestellt. Zugehörigkeiten, die im Gegensatz dazu zu einer Stigmatisierung und der Vorenthaltung und dem Entzug von Privilegien führen, werden hingegen wegen des damit verbundenen Leidens und der Konfrontation mit durch die Stigmatisierung aufgerichteten Barrieren von den betreffenden Personen oft viel schärfer gespürt. Stigmatisierte Personen setzen sich dementsprechend auch intensiver mit ihrer gesellschaftlichen Positionierung auseinander als die Personen, die nicht stigmatisiert werden. Gesamtgesellschaftlich hoch relevante und mit zahlreichen Konsequenzen verbundene Zugehörigkeiten werden z. B. nach Geschlecht, sexueller Orientierung, Alter, Habitus und dem Ausmaß, in dem eine Person bestimmten Attraktivitätsnormen entspricht, sozialem Status (Bildung, Zugang zu materiellen Ressourcen, Beruf oder Ausmaß der Anerkennung für die ausgeübte Tätigkeit), Gesundheit, Behinderungserfahrung, ethnisch-kultureller Zugehörigkeit, Hautfarbe, Staatsangehörigkeit, Migrationserfahrung und Religion gebildet (Dören et al., 2009). Eine intersektionale Betrachtungsweise, erstmals 1989 durch Kimberlé Crenshaw am Beispiel der

Verwobenheit von Rassismus und Sexismus aufgezeigt, nimmt eine Person mit ihren unterschiedlichen privilegierten und deprivilegierten Zugehörigkeiten wahr und erfasst dabei die Verwobenheit ihrer gesellschaftlichen Positionierungen und deren Konsequenzen (Clarke et al., 2010; Winker & Degele, 2009).

Eine intersektionale Perspektive in der psychotherapeutischen Arbeit auf lesbische, schwule und bisexuelle Personen bedeutet, dass die PsychotherapeutInnen sowohl ihre eigene Position mit den einhergehenden Privilegien und Unterprivilegierungen wahrnehmen können als auch die ihrer KlientInnen. Darauf aufbauend erfassen die Behandelnden, welche Auswirkungen die jeweiligen Privilegierungs- und Deprivilegierungserfahrungen auf ihren Kontakt mit den KlientInnen haben. Vor dem Hintergrund dieser Analyse können die psychischen Beeinträchtigungen und Ressourcen der KlientInnen erfasst sowie die Kontextbedingungen, unter denen die KlientInnen erkrankt sind, und jene, unter denen sie auch wieder gesund werden können, verstanden werden. Auf dieser Basis kann dann die therapeutische Beziehung zu den KlientInnen gestaltet werden (Das Nair & Butler, 2012; Fredrickson & Roberts, 1997; Northridge et al., 2007).

So kann beispielsweise ein homosexueller Klient, der aus einem streng evangelikalen Umfeld stammt, unter erheblichen Druck seitens seiner religiösen Gemeinde geraten, wenn er sich outet. Der Klient befindet sich in dieser Situation in einem Konflikt, der ihn letztlich zu einer Kompartimentalisierung (Abtrennung) für ihn existenziell wichtiger Identitätsaspekte und durch die damit verbundenen Belastungen und Kommunikationsverbote zu einer erheblichen Gefährdung seiner psychischen Gesundheit führen kann (Cadwell, 2009; Wadle & O'Toole, 2010). Internalisiert der Klient den erfahrenen religiös untermauerten Druck, können daraus Selbsthass und Suizidalität resultieren sowie das Bedürfnis, die homosexuelle Orientierung zu verändern oder zu verstecken, um die religiöse Zugehörigkeit bewahren zu können (Wolf, 2013). Ein liberal aufgewachsener heterosexueller Therapeut befindet sich im Kontakt mit diesem Klienten in einer mehrfach privilegierten Position. Bei ihm gefährdet ein Offenleben seiner sexuellen Orientierung weder seine privaten sozialen Strukturen noch seinen Arbeitsplatz. Aus dieser Position heraus geht es in der Therapie dann unter anderem darum, das Dilemma des Klienten aus dessen Binnensicht zu erfassen, dieses Verständnis zu kommunizieren, korrekt über die Wirkungen und Risiken von Konversionsversuchen informieren zu können, Gefährdungen des Klienten zu erkennen und ihnen entgegenzutreten sowie mit dem Klienten einen Weg zu erarbeiten, auf dem er seine Entscheidungen für das Leben seiner unterschiedlichen Zugehörigkeiten treffen kann. Defensive Aussagen seitens des Therapeuten, er selbst habe mit einer homosexuellen Orientierung seiner KlientInnen „kein Problem“, sind hierbei wenig hilfreich und verhindern die Begegnung mit dem Klienten. Vielmehr kann in dieser Situation therapeutischerseits eine kommunikative Brücke gebaut werden durch eine selektive und sorgsam im Hinblick auf die Konsequenzen für die Ziele des Klienten reflektierte Selbstöffnung des Therapeuten auf seine gesellschaftliche Positionierung hin („Was bedeutet es für Sie, wenn ich als heterosexueller Therapeut, der religiös nicht so sehr gebunden ist, Ihnen in diesem Dilemma beiseite stehen möchte?“) (Dee Watts-Jones, 2010). Dies kann dem Klienten helfen, seine eigene Position sichtbar zu machen und das Fachwissen und die Begleitung des Therapeuten für die Bewältigung der schwierigen Situation nutzbar zu machen.

Entwicklung von Empfehlungen zur psychotherapeutischen und beratenden Arbeit mit lesbischen, schwulen und bisexuellen KlientInnen

Während in den USA die APA (American Psychological Association) als große und einflussreiche Fachgesellschaft bereits im Jahr 2000 evidenzbasierte Leitlinien (guidelines) für die psychotherapeutische Arbeit mit lesbischen, schwulen und bisexuellen KlientInnen entwickelt hat (American Psychological Association, 2011), fehlten solche bisher für den deutschsprachigen Raum. Der Forschungsstand zum Thema ist darüber hinaus in den angloamerikanischen Ländern durch eine bessere strukturelle Ausstattung der dazu Forschenden deutlich fortgeschrittener. So liegt die überwiegende Anzahl der Publikationen zum Thema der psychischen Gesundheit von Lesben, Schwulen und Bisexuellen in englischer Sprache vor. Auf Deutsch gab es zwar einige Grundlagenwerke (maßgeblich: Rauchfleisch et al., 2002), jedoch keine den APA-Guidelines vergleichbare und für die interessierte Öffentlichkeit, KlientInnen und PsychotherapeutInnen über das Netz frei zugängliche Übersichtsarbeit.

Um ein solches Werk als Grundlage für eine transparente und am Stand aktuellen Fachwissens orientierte Therapie- und Beratungsarbeit zur Verfügung zu stellen, begann 2009 eine Arbeitsgruppe (Leitlinien-AG) des VLSP* e.V. mit der Entwicklung der „Empfehlungen für die beratende und therapeutische Arbeit mit lesbischen, schwulen und bisexuellen KlientInnen“. In diese Empfehlungen gingen die Kommentare zahlreicher ausgewiesener ExpertInnen (PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen und Forschende) aus Deutschland, Österreich und der Schweiz mit ein sowie die Ergebnisse mehrerer Online- und Face-to-Face-Diskussionsforen im Rahmen des Verbandes (Kramer, 2015). 2014 wurden die Empfehlungen konsensuell im VLSP* verabschiedet und 2015

publiziert (Wolf et al., 2015). Sie können kostenfrei von der Website des Verbandes abgerufen werden und stehen zur Anwendung und Weiterentwicklung zur Verfügung.

Den „Empfehlungen“ wurde die Strukturierung der „Guidelines“ der APA zugrunde gelegt, die zunächst Grundlagenwissen zum Thema (u. a. über sexuelle Orientierungen, Coming-out, Einfluss von Ausgrenzung und Gewalt) vermitteln, anschließend PsychotherapeutInnen dazu aufrufen, sich ihrer eigenen Einstellungen zum Thema bewusst zu werden und – sofern sie sich aufgrund eigener Vorbehalte nicht zur therapeutischen Arbeit mit diesen KlientInnen in der Lage sehen – KlientInnen an KollegInnen zu überweisen, wenn dies indiziert ist. Damit nehmen die APA-Guidelines sehr klar PsychotherapeutInnen in die Verantwortung auch für einen das Wohl der KlientInnen schützenden Umgang mit eigenen diskriminierenden Haltungen. Weiter gehen die APA-Guidelines auf intersektionale Aspekte ein und beschreiben beispielhaft, wie sich ethnische Herkunft, Alter, Religion und Spiritualität, Behinderungserfahrungen, eine HIV-Infektion oder AIDS sowie die sozio-ökonomische Situation auswirken können auf Ressourcen und Belastungen lesbischer, schwuler und bisexueller KlientInnen. Zum Schluss fordern die APA-Guidelines zu einer Weiterentwicklung des Wissens und zur sorgsamsten Reflexion der vorhandenen Forschung auf.

In den Empfehlungen des VLSP* werden diese Inhalte um Ausführungen zur therapeutischen Haltung und Beziehungsgestaltung ergänzt. Bei den intersektionalen Aspekten wurden die Ausgrenzungen aufgrund des Geschlechts und der Geschlechtspräsentation hinzugefügt. Im Schlussteil wird auf die soziokulturelle Situation in Deutschland, speziell auf die Folgen des NS-Regimes auf lesbische, schwule und bisexuelle Personen und Communitys, hingewiesen. Auch beziehen die Empfehlungen des VLSP* die deutschsprachige Forschungsliteratur umfänglich mit ein.

Schluss

Im Kontext der insgesamt fünf Jahre lang tätigen Leitlinien-AG haben wir innerhalb des VLSP* und mit zahlreichen externen ExpertInnen intensiv diskutiert, welche Themenbereiche in der Arbeit mit homo- und bisexuellen KlientInnen besonders wichtig sind und wo die Schwerpunkte einer entsprechenden Qualifikation von PsychotherapeutInnen für diese Arbeit liegen sollten. Alle Mitarbeitenden der Leitlinien-AG sind selbst lesbisch, schwul, bisexuell und/oder queer. Alle arbeiten psychotherapeutisch, unter anderen mit lesbischen, schwulen, bisexuellen und queeren KlientInnen. Wir alle kennen lesbische, schwule, bisexuelle, queere und trans* Personen, die sich als KlientInnen dem psychotherapeutischen Versorgungssystem anvertraut haben und dabei von FachkollegInnen stigmatisiert, am Coming-out gehindert, wegen ihrer Beziehungen diskriminiert wurden oder denen seitens der Behandelnden nahegelegt wurde, es sei doch besser, heterosexuell zu sein. Einige von uns haben KlientInnen unterstützt, die einer Konversionsbehandlung unterzogen wurden. Wir sind überzeugt, dass es zur Prävention iatrogenen Schädens bei lesbischen, schwulen und bisexuellen KlientInnen wichtig ist, dass alle Institutionen im Gesundheitswesen Maßnahmen ergreifen, um Diskriminierungen und Gewalt gegen KlientInnen zu unterbinden.

Die Empfehlungen des VLSP* sind darüber hinausgehend darauf ausgerichtet, dazu beizutragen, dass lesbische, schwule und bisexuelle KlientInnen in Zukunft nicht nur auf eine diskriminierungsfreie, sondern vielmehr auf eine hilfreiche und fachgerechte Versorgung treffen können. Wir begegnen FachkollegInnen in den Empfehlungen mit der Einstellung, dass fundiertes Wissen den besten Anreiz bietet, die Bereicherungen, die in der Auseinandersetzung mit soziosexuellen Orientierungen in der psychotherapeutischen Arbeit liegen, aufzugreifen. Einen Teil dieses Wissens wollen wir mit den Empfehlungen so gut wie möglich zugänglich machen.

Letztlich grundlegend für die Arbeit in diesem Themenfeld, welches durchzogen ist mit den Auswirkungen heterozentristischer Sozialisation von TherapeutInnen und KlientInnen, ist nach unserer Überzeugung eine ausgedrückte Bereitschaft der Professionellen, sich mit Machtpositionen, inklusive der eigenen, auseinanderzusetzen, Macht nicht zu missbrauchen, Stellung gegen Diskriminierungen zu beziehen, die eigenen Vorannahmen durch die Erfahrungen der KlientInnen verändern zu lassen, bei Irrtümern, Fehlern oder ausgelösten Verletzungen einen Schritt zurückzutreten und sich zu entschuldigen. Forschung, die sich dem Thema sexueller Orientierung respektvoll nähert und auch eine Unterstützung der Gesundheit nicht heterosexueller Menschen intendiert, wird in den kommenden Jahren wahrscheinlich deutlich an Umfang gewinnen. Es ist zu hoffen, dass dies auch für die deutschsprachigen Länder gilt. Insofern handelt es sich um ein Themenfeld, in dem wir mit einer rasanten Wissenserweiterung rechnen müssen und in dem wir KlientInnen immer als Lernende gegenüber-treten.

Autorin

Dr. Gisela Wolf, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeut*in, arbeitet in Berlin psychotherapeutisch in eigener Praxis. Sie ist Teil des Vorstands des VLSP* e.V.

Korrespondenz

Dr. Gisela Wolf
Psychotherapeutische Praxisgemeinschaft
Neue Kantstraße 3
14057 Berlin
Deutschland

E-Mail: gisela.wolf.fr@gmail.com

Literatur

- American Psychological Association (2011). Practice guidelines for LGB clients: guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. Washington, D.C.: American Psychological Association. Verfügbar unter: <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx> (Meldung vom 8.3.2011).
- Bieschke, K. J., McClanahan, M., Tozer, E., Grzegorek, J. L., & Park, J., (1999). Programmatic research on the treatment of lesbian, gay, and bisexual clients: the past, the present, and the course for the future. In: Perez, R. M., DeBord, K. A., & Bieschke, K. J. (Hrsg.), Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients (S. 309–335). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Bradford, J., Ryan, C., & Rothblum, E. (1994). National lesbian health care survey: implications for mental health care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 228–242.
- Braun, J. (2016). „Solche wie Sie wollen wir hier nicht“: Homosexuelle in der psychoanalytischen Ausbildung – Rückblick einer Berliner Analytikerin. *Journal für Psychoanalyse*, 57, 48–65.
- Brooks, V. R. (1981). *Minority stress and lesbian women*. Lexington, Mass.: Lexington Books.
- Brown, L. S. (1999). Foreword. In: Perez, R. M., DeBord, K. A., & Bieschke, K. J. (Hrsg.), Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients (S. xiii). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Cadwell, S. (2009). Shame, gender, and sexuality in gay men’s group therapy. *Group*, 33, 197–212.
- Cerwenka, S., & Nieder, T. O. (2015). Transgender. *Forum Sexuaufklärung und Familienplanung*, 2015(1), 17–21.
- Clarke, V., Ellis, S. J., Peel, E., & Riggs, D. W. (2010). *Lesbian, gay, bisexual, trans and queer psychology: an introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Coyle, A., Milton, M., & Annesley, P. (2001). The silencing of lesbian and gay voices in psycho“therapeutic” texts, training and practice. In: Steffens, M. C., & Biechele, U. (Hrsg.). *Annual review of lesbian, gay, and bisexual issues in European psychology*, 1 (S. 95–124). Trier: Association of Lesbian, Gay and Bisexual Psychologists
- Das Nair, R., & Butler, C. (Hrsg.) (2012). *Intersectionality, sexuality and psychological therapies: working with lesbian, gay and bisexual diversity*. Chichester: British Psychological Society and Blackwell.
- Dee Watts-Jones, T. (2010). Location of self: opening the door to dialogue on intersectionality in the therapy process. *Family Process*, 49, 405–420.
- Dennert, G. (2006). Die psychische Gesundheit von Lesben und Schwulen: eine Übersicht europäischer Studien. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 38, 559–576.
- Dennert, G., & Wolf, G. (2009). Gesundheit lesbischer und sexueller Frauen: Zugangsbarrieren im Versorgungssystem als gesundheitspolitische Herausforderung. *Femina Politica*, 18(1), 48–59.
- DiPlacido, J. (1998). Minority stress among lesbians, gay men, and bisexuals: a consequence of heterosexism, homophobia, and stigmatization. In: Herek, G. M. (Hrsg.), *Stigma and sexual orientation: understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals* (S. 138–159; *Psychological perspectives on lesbian and gay issues*, Bd. 4). Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Dören, M., Heizmann, B., & Vinz, D. (2009). Arbeitslosigkeit und Gesundheit: eine intersektionale Analyse. *Femina Politica*, 18(1), 35–47.
- European Union Agency for Fundamental Rights (Hrsg.) (2013), *EU LGBT survey – European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey: results at a glance*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Verfügbar unter: http://www.fra.europa.eu/sites/default/files/eu-lgbt-survey-results-at-a-glance_en.pdf (Meldung vom 28.11.2015).
- Frossard, J. (2000). *Lesbische Frauen in der Psychotherapie*. Dissertation, Philosophisch-Historische Fakultät, Universität Basel, Basel, Schweiz.
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T.-A. (1997). Objectification theory: toward understanding women’s lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 173–206.
- Garnets, L., Hancock, K. A., Cochran, S. D., Goodchilds, J., & Peplau, L. A. (1991). Issues in psychotherapy with lesbians and gay men: a survey of psychologists. *American Psychologist*, 46, 964–972.
- Gruskin, E. P. (1999). *Treating lesbians and bisexual women: challenges and strategies for health professionals*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Hanafi El Siofi, M., & Wolf, G. (2012). Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen von lesbischen/bisexuellen Frauen und Trans*Menschen in der BRD und Europa: eine Studienübersicht. München: Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie. Verfügbar unter: http://www.vlsp.de/system/files/GewaltDiskriminierung_von-lsb_FT.pdf (Meldung vom 28.11.2015).

- Heinrich, T., & Reipen, M. (2001). Gay men and lesbians: clients of unknown species. In: Steffens, M. C., & Biechele, U. (Hrsg.), *Annual review of lesbian, gay, and bisexual issues in European psychology*, 1 (S. 125–140). Trier: Association of Lesbian, Gay and Bisexual Psychologists.
- Institute of Medicine of the National Academies, Board on the Health of Select Populations, Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, transgender people: building a foundation for better understanding*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Jones, M. A., & Gabriel, M. A. (1999). Utilization of psychotherapy by lesbians, gay men, and bisexuals: findings from a nationwide survey. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 209–219.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, N. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8, 70. DOI 10.1186/1471-244X-8-70
- Kramer, J. (2015). Entwicklung der VLSP-Empfehlungen zur Psychotherapie und Beratung mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient_innen. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 47, 9–19.
- Lee, R. (2000). Health care problems of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. *Western Journal of Medicine*, 172, 403–408.
- Leu, C. (2008). Sexuelle Orientierung und Suizidalität: eine Untersuchung der internationalen und nationalen Forschungsergebnisse der Risiko- und Schutzfaktoren für adoleszente Homo- und Bisexuelle. Bern: Fachgruppe Bildung von Pink Cross, LOS und FELS. Verfügbar unter: http://www.sante-plurielle.ch/fichier/divers/sexuelleorientierung_suizid_2.pdf, 2008. (Meldung vom 28.11. 2015).
- Meyer, I. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health Sciences and Social Behavior*, 36, 38–56.
- Mundle, G., Mahler, L., & Bhugra, D. (2015). Homosexuality and mental health. *International Review of Psychiatry*, 27, 355–356.
- Mustanski, B., Kuper, L., & Greene, G. (2014). Development of sexual orientation and identity. In: Tolman, D. L., & Diamond, L. M. (Hrsg.), *APA handbook of sexuality and psychology*, Bd. 1: person-based approaches (S. 597–628), Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Northridge, M. E., McGrath, B. P., & Krueger, S. Q. (2007). Using community-based participatory research to understand and eliminate social disparities in health for lesbian, gay, bisexual, and transgender population. In: Meyer, I. H., & Northridge, M. E. (Hrsg.), *The health of sexual minorities: public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender population* (S. 455–470). New York: Springer.
- Plöderl, M. (2006). Sexuelle Orientierung, Suizidalität und psychische Gesundheit. Weinheim: Beltz.
- Plöderl, M., Kralovec, K., Fartacek, C., & Fartacek, R. (2009). Homosexualität als Risikofaktor für Depression und Suizidalität beim Mann. *Blickpunkt der Mann Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit*, 7(4), 28–37.
- Rauchfleisch, U., Frossard, J., Waser, G., Wiesendanger, K., & Roth, W. (2002). *Gleich und doch anders: psychotherapie und Beratung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und ihren Angehörigen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Roberts, S. J., & Sorensen, L. (1995). Lesbian health care: a review and recommendations for health care promotion in primary care settings. *Nurse Practitioner*, 20(6), 42–47.
- Schon, L. (2016). Homophobie und Heterophobie: Schwierigkeiten unterschiedlicher psychosexueller Konstellationen des analytischen Paares. *Journal für Psychoanalyse*, 57, 66–81.
- Sell, R. L., Wells, J. A., & Wypij, D. (1995). The prevalence of homosexual behavior and attraction in the United States, the United Kingdom and France: results of national population-based samples. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 235–248.
- Steffens, M. C., & Eschmann, B. (2001). Fighting psychologists' negative attitudes and prejudices towards lesbians, gay men, and bisexuals. In: Steffens, M. C., & Biechele, U. (Hrsg.), *Annual review of lesbian, gay, and bisexual issues in European psychology*, 1 (S. 7–30). Trier: Association of Lesbian, Gay and Bisexual Psychologists.
- Steinbrück, A. (2012). *Psychotherapieerfahrungen von Queers und Transgendern*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Freie Universität Berlin, Berlin.
- Stevens, P. E. (1994). Protective strategies of lesbian clients in health care environments. *Research in Nursing and Health*, 17, 217–229.
- Stevens, P. E. (1998). The experiences of lesbians of color in health care encounters: narrative insights for improving access and quality. In: Ponticelli, C. M. (Hrsg.), *Gateways to improving lesbian health and health care: opening doors* (S. 77–94). New York: Haworth Press.
- Wadle, D. M., & O'Toole, C. J. (2010). "I feel so vulnerable": lesbians and disabilities, In: Dibble, S. L., & Robertson, P. A. (Hrsg.), *Lesbian health 101: a clinician's guide* (S. 347–362). San Francisco: UCSF Nursing Press.
- Winker, G. & Degele, N. (2009). *Intersektionalität: zur Analyse sozialer Ungleichheit*. Bielefeld: Transcript.
- Wolf, G. (2003). *Erfahrungen und gesundheitliche Entwicklungen lesbischer Frauen im Coming-out-Prozess*. Herbolzheim: Centaurus.
- Wolf, G. (2010). Gesundheitsversorgung: Barrieren für homosexuelle Patienten. *Deutsches Ärzteblatt*, 107, A-2166–2167.
- Wolf, G. (2013). *Konversionsbehandlungen*. München: Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie. Verfügbar unter: http://www.vlsp.de/system/files/konversionsbehandlungen_0.pdf (Meldung vom 14.12.2015).
- Wolf, G., Fünfgeld, M., Oehler, R., & Andrae, S. (2015). Empfehlungen zur Psychotherapie und Beratung mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient_innen. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 47, 21–48.
Download: http://www.vlsp.de/system/files/vpp1-15_s2_empfehlungen.pdf (Meldung vom 18.12.2015)

Gisela Wolf

Compétences thérapeutiques pour travailler avec des personnes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle

Les lesbiennes, homosexuels et bisexuels font partie des groupes de patients qui recourent relativement souvent aux soins psychothérapeutiques. Au plan statistique, on estime que tout psychothérapeute ayant déjà traité au moins 20 patients a eu parmi eux des homosexuels et des bisexuels.

Si l'on considère les expériences largement négatives rapportées par les homosexuels et bisexuels en rapport avec le système de santé (Wolf 2010), en particulier eu égard aux traitements médicaux et psychanalytiques, il paraît de prime abord étonnant que les lesbiennes, homosexuels et bisexuels recourent si intensément à la psychothérapie. Les collègues n'accordent souvent pas une si grande importance à ce sujet, au motif, notamment, que leur clientèle n'a jusqu'ici pas compté d'homosexuels ni de bisexuels ou qu'ils les traitent «tous de la même façon». Mais estimer ne jamais avoir traité de patients lesbiennes, homosexuels ni bisexuels n'est pas très réaliste et consiste davantage à refuser de reconnaître l'existence et les besoins spécifiques de prise en charge de cette clientèle. Ce déni des psychothérapeutes relève essentiellement du tabou, d'un refus de réification actif et sans cesse renouvelé des orientations autres qu'hétérosexuelles au cours de la professionnalisation psychothérapeutique.

L'orientation sexuelle n'est ainsi quasiment pas abordée dans les formations en psychothérapie. Les formations et formations postgrade, en psychothérapie, sont généralement hétérocentrées. Ce qui signifie que le mode de vie hétérosexuel est présenté comme une norme, sans remise en question, aussi bien explicitement qu'implicitement. Cela se fait en continu à travers tous les contenus proposés, qu'il s'agisse de la thématique de certains troubles psychiques à visée diagnostique ou des méthodes thérapeutiques spécifiques qui sont transmises. Du fait de la programmation hétérocentrée au sein des cursus de formation en psychothérapie, les lesbiennes, homosexuels et bisexuels rencontrent généralement des thérapeutes qui ne sont pas suffisamment qualifiés pour un travail thérapeutique auprès d'individus ayant une orientation sexuelle différente et qui ne possèdent pas non plus d'expérience sur soi et de distance dans ce domaine (Frossard 2000, Gruskin 1999, Heinrich & Reipen 2001, Wolf 2004).

Cet article a pour but de dépeindre les besoins psychothérapeutiques des lesbiennes, homosexuels et bisexuels, ainsi qu'une approche psychothérapeutique spécifique qui leur convienne. Il analysera les raisons du fort recours aux soins psychothérapeutiques de la part des lesbiennes, homosexuels et bisexuels et ce comportement sera mis en regard du tabou qui pèse sur les modes de vie autres qu'hétérosexuels dans la professionnalisation psychothérapeutique. L'article met l'accent sur l'importance du chevauchement intersectionnel des appartenances marginalisées et, dans ce cadre, sur les groupes de lesbiennes, homosexuels et bisexuels dont la prise en charge psychothérapeutique reste sans doute particulièrement précaire malgré une indication existante. Des qualifications de base pour le travail auprès des lesbiennes, homosexuels et bisexuels doivent être définies d'après les préconisations élaborées par l'association agréée VLSP* (association des personnes lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles, transsexuelles*, intersexuelles et queer en psychologie) concernant le travail et les conseils psychothérapeutiques s'adressant aux patients lesbiennes, homosexuels et bisexuels (Wolf, Fünfgeld, Oehler & Andrae 2015). Elles regroupent aussi bien des connaissances spécifiques qu'un guide pour construire la relation avec le patient et une expérience sur soi du thérapeute en matière d'orientation sexuelle. Le but de cet article est de définir une posture thérapeutique, capable de déboucher sur une offre psychothérapeutique utile et tenant compte des besoins des lesbiennes, homosexuels et bisexuels.

Mots-clés: psychothérapie; prise en charge psychothérapeutique ; patients lesbiennes, homosexuels et bisexuels ; recommandations ; discrimination et violence ; intersectionnalité

Auteure

Dr. Gisela Wolf, Psych. dipl., psychothérapeute et psychologue, exerce en cabinet privé à Berlin. Elle est membre de l'association VLSP*

Originalarbeit (Titelthema)

Myshelle Baeriswyl

Queering Psychotherapie: Geschlechtervarianz, Geschlechtsidentität und die Ideologie der Zweigeschlechtlichkeit

Zusammenfassung: Geschlechtsvariante, gendernonkonforme, genderqueere, trans*- und inter*geschlechtliche Menschen teilen in dieser Gesellschaft die Erfahrung, dass Zuschreibungen, die aufgrund ihres Körpergeschlechts an sie gerichtet werden, nicht ihrem inneren Erleben und ihrer Geschlechtsidentität entsprechen, oder dass ihr Körpergeschlecht sich nicht eindeutig in die genderbinäre Ordnung einfügen lässt. Da Geschlecht in der cis-kulturellen Gesellschaft eine hochrelevante Strukturkategorie mit Common-Sense-Charakter darstellt, erleben sie unterschiedliche Diskriminierungen. Aufgrund dieser Vulnerabilitäten ist bei ihnen mit einer spezifischen Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote zu rechnen oder diese ist – im Falle von körperlich transitionierenden Personen – oft gar vorgeschrieben.

In der Psychotherapie haben gendervariante, gendernonkonforme, genderqueere und transgeschlechtliche Klient_innen aufgrund ihrer gesellschaftlichen Lage spezifische Bedürfnisse. Die psychotherapeutische Begleitung erfordert ein Wissen hinsichtlich rechtlicher, psychosozialer und medizinisch-psychiatrischer Umgangsweisen mit der Thematik, eine hohe Selbstreflexion bezüglich der Bedeutung von Geschlecht und Zweigeschlechtlichkeit sowie deren sprachlicher Repräsentation, eine therapeutische Beziehungsgestaltung auf Augenhöhe, die eigene Unsicherheiten zulässt, scheinbare Selbstverständlichkeiten wie Cis-Geschlechtlichkeit und Heteronormativität in Frage stellt, ja gar die eigene Geschlechtsidentität zur Disposition stellen lässt.

Schlüsselwörter: Zweigeschlechtlichkeit, Heteronormativität, Queer Theorie, Intersexualität, Transsexualität, Geschlechtsentwicklung, Geschlechtsidentität, Geschlechtervarianz, Diskriminierung

Queering Psychotherapy: Gender variance, sexual identity and the ideology of gender dualism

Summary: In this society those with gender variations, gender nonconformists, gender queers, transsexual and inter*-sexual people share the experience that attributions made on the basis of their body gender, do not match with their inner experience and their own gender identity, or that their body gender cannot be clearly fitted in to the binary gender system. As gender in the Cisgender society is a highly relevant structural category with a common-sense character, they experience various forms of discrimination. On the basis of these vulnerabilities, they have a specific claim to psychotherapy services or in the case of persons who are transitioning their bodies, it is often actually prescribed. On the grounds of their societal situation, gender variants, gender nonconformists, gender queer and transsexual clients have specific needs in psychotherapy. Those providing psychotherapeutic support require a knowledge of the legal, psychosocial and medical-psychiatric approaches to the thematic, a high level of self-reflection with respect to the meaning of gender and bisexuality, as well as their linguistic representation, being able to form a therapeutic relationship configuration on an equal basis that allows for one's own uncertainties, a willingness to question seemingly obvious categories such as Cisgender identity and heterosexual normativity, and even being prepared to put one's own gender identity up for discussion.

Key words: Dual gender, hetero-normativity, Queer theory, intersexuality, trans-sexuality, gender development, gender identity, gender variance, discrimination

Psicoterapia per persone queer: Varianza sessuale, identità sessuale e l'ideologia dell'ermafroditismo

Riassunto: In questa società le persone con variazioni sessuali, non conformi al gender, genderqueer, transessuali e intersessuali condividono l'esperienza di attribuzioni loro rivolte sulla base del sesso biologico, le quali non coincidono con l'identità sessuale che vivono internamente, oppure avviene che il loro sesso biologico non si lascia inserire inequivocabilmente nell'ordine binario dei gender. Poiché nella società caratterizzata dal cis-genderismo il sesso rappresenta una categoria strutturale molto rilevante e caratterizzata dal senso comune, queste persone vivono diverse discriminazioni. A causa di questa vulnerabilità va considerato che spesso si avvalgono di offerte psicoterapeutiche specifiche oppure, nel caso di persone che si trovano in fase di transizione corporea, queste sono spesso prescritte.

In psicoterapia le/i clienti con variazioni di genere, non conformi al gender, genderqueer o transessuali, a causa della loro situazione sociale, hanno bisogni specifici. L'accompagnamento psicoterapeutico richiede conoscenze inerenti l'approccio giuridico, psicosociale e medico-psichiatrico con la tematica, un'elevata autoriflessione in merito al significato della sessualità e dell'ermafroditismo e della loro rappresentazione linguistica nonché la creazione di un rapporto terapeutico su un piano di parità che ammetta le proprie incertezze, metta in discussione le apparenti certezze come la cis-sessualità o l'eteronormatività e addirittura la propria identità sessuale.

Parole chiave: ermafroditismo, eteronormatività, teoria queer, intersessualità, transessualità, sviluppo della sessualità, identità sessuale, varianza sessuale, discriminazione

„Die Annahme, es gäbe nur Frauen und Männer, ist so absurd, als würde man auf dem Standpunkt verharren, die Erde wäre eine Scheibe.“

Lucie Veith (2012, S. 95)

Die Ideologie der cis-kulturellen Zweigeschlechtlichkeit

„Brauchen wir ein wahres Geschlecht? Mit einer Beharrlichkeit, die an Starrsinn grenzt“, schrieb Foucault (1998, 7), „haben die Gesellschaften des Abendlandes dies bejaht.“ So gehen die meisten unhinterfragt und von klein an auf „rosa oder hellblau“ trainiert (1975 waren erst 30 % aller Spielzeuge gegendert, heute sind es praktisch alle; Schnerring & Verlan, 2014; V. F. Hasel, Der Tagesspiegel, 21.08.2016, S. S3), von folgenden Geschlechtsaxiomen aus:

1. Es gibt nur zwei Geschlechter.
2. Jede Person hat nur ein Geschlecht.
3. Das Geschlecht ist unveränderbar.
4. Körpergeschlecht und Geschlechtsidentität stimmen überein.
5. Geschlechtswechsel ist nur als temporäres Ritual akzeptabel.
6. Genitalien sind die essenziellen Indizien des Geschlechts.
7. Jede Person muss einem Geschlecht zuzuordnen sein.
8. Die Dichotomie von männlich und weiblich ist natürlich (Schweizer & Richter-Appelt, 2012); Garfinkel, 1967; Kessler & McKenna, 1978).

Diese Axiome, von Lang (2006) als Common-Sense-Modell beschrieben, prägen das Alltagsbewusstsein der meisten Menschen. Mag die Pluralisierung von Lebenslagen und Lebensstilen ein Kennzeichen der Moderne sein, bezüglich sexueller Vielfalt wird sie nach wie vor „durch eine dichotome Geschlechterordnung und heteronormative Geschlechterphantasmen geprägt“ (Koppetsch & Lewandowski, 2015, S. 7) und durch eine hierarchisch verfasste Geschlechterordnung, das Primat der Paarbeziehung und das Regime der Heterosexualität strukturiert. Wobei sich gemäss Butler (1991) das System der Zweigeschlechtlichkeit und das System der Heterosexualität wechselseitig hervorbringen.

Die Einschreibung von Geschlechtsidentitäten geschieht vor allem über den Körper, d. h. über die gesellschaftliche Zurichtung von Körperhaltungen, Aussehen und Körpersprache, die als weiblich oder männlich angesehen werden. Sexualität wirkt dabei insofern als Machtdispositiv, als ihre Einschreibung am Körper ansetzt, sodass Soziales in vermeintlich Naturgegebenes transformiert wird. Der geschlechtlich markierte Körper wird dann nicht als soziale Setzung, sondern als natürlicher Ausdruck der Geschlechterklassifikation verstanden. „Sozialer Sinn wird auf den Körper projiziert“ (Koppetsch & Lewandowski, 2015, S. 7).

Diese enge Verknüpfung von Geschlechtsidentität, Geschlechtskörper und sexuellem Begehren wird von geschlechtsvarianten, gendernonkonformen, genderqueeren und transgeschlechtlichen Personen in Frage gestellt: queering¹ society. Queer kritisiert gemäss Latsch (2013) „Normen, die überall in unserer Gesellschaft fest verankert sind. Normen, die dazu führen, dass Menschen Gruppen zugeordnet werden, denen wiederum pseudo-natürliche Eigenschaften zugeschrieben sind. Das Prinzip der Einteilung und Zuordnung führt nicht selten zu gesellschaftlichem Ausschluss und Vorurteilen. Das wird besonders an den Kategorien Geschlecht und Sexualität deutlich.“ (Siehe auch Huber [2013] und Kollektiv Sternchen & Steine [2012].)

Als naturalisierte Ideologie führt die Zweigeschlechterordnung (Paechter, 2007; Pohlkamp, 2014) als Basis der kulturellen Cis-Geschlechtlichkeit zur Marginalisierung und Diskriminierung all jener Menschen, die sich darin nicht einfügen wollen oder können. (Die Ausdrücke „Zissexualität“ und „Zissexuelle“ hat Sigusch [1991] eingeführt, um auszudrücken, dass es Zissexuelle geben müsse, wenn es Transsexuelle gebe, und dass das als normal unterstellte Zusammenfallen von Körpergeschlecht und Geschlechtsidentität keine Selbstverständlichkeit sei.)

¹ „Queering is an interpretive method used in historical or literary study. It is based on the re-appropriated term ‘queer’, used for LGBT issues, but used as a verb. ‘Queering’ means to reevaluate or reinterpret a work with an eye to sexual orientation and/or to gender, by applying queer theory.“ San Francisco: Wikimedia Foundation. Verfügbar unter: <https://en.wikipedia.org/wiki/Queering>

„Als Substantiv ist queer ein politischer Sammelbegriff für LGBT beziehungsweise für all diejenigen, die sich nicht in das Korsett eindeutiger sexueller Orientierungen und binärer Geschlechtszuordnungen zwängen lassen wollen.“ (Degele, 2008, S. 42).

„Unter Queer Theory verstehe ich einen nicht abgrenzbaren, nicht universalisierbaren oder methodisch determinierten wissenschaftlichen Diskurs, sondern eine Vielzahl an – vor allem inter- und transdisziplinären – Ansätzen, denen gemein ist, dass sie Identität und Identitätspolitik in Zusammenhang mit Sexualität und Geschlecht radikal in Frage stellen. Neben der kritischen Infragestellung der herrschenden Geschlechterordnung werden in queer-theoretischen Ansätzen aber auch u. a. kapitalismuskritische, feministische, postkoloniale, ethische und Ansätze aus den Disability-Studies aufgegriffen.“ (Hutfless, 2014).

„Die Kultur der Zweigeschlechtlichkeit schliesst andere geschlechtliche Positionen entweder aus oder kennzeichnet sie als defizitär“ (Pohlkamp, 2014, S. 10). Kulturelle Cis-Geschlechtlichkeit, Zweigeschlechtlichkeit und damit verbundene Heteronormativität sind somit „kein individuelles Verhalten, sondern eine destruktive und vorwiegend implizit kommunizierte Ideologie, die mit der systematischen Ausradierung, Problematisierung und Pathologisierung von trans* und inter* Personen einhergeht und deutlich zwischen Cis- und trans* bzw. inter* Personen unterscheidet. Sie essentialisiert Geschlecht als biologisch determiniert, von Geburt an feststehend, natürlich und unveränderlich, und sie zwingt dem Individuum dieses essentialisierte Geschlecht von aussen auf“ (Kennedy, 2014, S. 322). (Das Sternchen in „trans*“ und „inter*“ steht als Platzhalter und symbolisiert in der Genderthematik einen Raum für Personen, die sich in einem zweigeschlechtlichen System nicht wiederfinden.)

Dabei meint Diskriminierung längst nicht nur die psychosoziale Ebene, sondern umfasst auch medizinische, ökonomische, politische, mediale und rechtliche Benachteiligungen bis hin zu Zwangsoperationen an intergeschlechtlichen Neugeborenen sowie Gewalt und Mord an trans* Menschen. Gemäss dem Trans Murder Monitoring Project sind im Zeitraum vom 1. Januar 2008 und dem 31. Dezember 2015 weltweit 2016 Morde an Transsexuellen dokumentiert worden, 1500 allein in Zentral- und Südamerika (Transgender Europe, 2016). Dabei dürften es aufgrund der hohen Dunkelziffer weit mehr sein. Denn die geschlechtersensible Gewaltforschung steckt laut Pohlkamp (2014) noch in den Kinderschuhen. So werden viele Morde an trans* Frauen, die amtlich noch als männlich dokumentiert sind, gar nicht als solche erfasst.

Die Problematik der Zweigeschlechtlichkeit zeigen aktuell auch die Debatten um intersex* Athlet_innen an den Olympischen Spielen 2016 in Rio (mit dem Unterstrich wie in „Athlet_innen wird das „gender gap“ markiert, um auch diejenigen Personen in der sprachlichen Darstellung zu berücksichtigen, die nicht in das klassische Mann-Frau-Schema passen): „Sogenannte Geschlechtstests gibt es bereits seit Jahrzehnten und sie werden dafür gebraucht, das Geschlecht zu überprüfen und zu überwachen, wer dazu legitimiert ist, als Frau an einem Wettkampf teilzunehmen. Alle diese Tests, welche sich auf ein einziges Kriterium stützen – zum Beispiel die Chromosomen –, um die Teilnahmeberechtigung einer Frau zu legitimieren, basieren auf der falschen Annahme, dass irgendein beliebiger Geschlechtsindikator genügt, um Personen als weiblich oder männlich zu klassifizieren. Weil aber kein Geschlechtsindikator allein eindeutig ist, sind durch eben solche Tests viele Frauen unfaire Weise von Wettkämpfen ausgeschlossen worden.“ (Boykoff, 2016)

Wie Hida Vilorio, Vorstandsmitglied der Organization Intersex International, in einem Interview sagte, ist das langfristig für intersexuelle Personen ein Teil eines grösseren Kampfes um mehr Anerkennung und Verständnis dafür, wer sie wirklich sind. Das bedeutet, dass wir uns fragen müssen, wie wir unsere Geschlechterkategorien definieren. Solange es nur die Kategorien männlich oder weiblich gibt, zwischen denen man sich entscheiden muss, wird es auch weiterhin problematisch sein. Jedoch ist es auch ein bisschen unrealistisch, eine eigene Kategorie für intersexuelle Athlet_innen zu schaffen, da diese weniger als 2 % der Bevölkerung ausmachen (O'Mara, 2016).

Geschlecht revisited: ethnologisch

Kulturelle Cis-Geschlechtlichkeit, Zweigeschlechtlichkeit und damit verbundene Heteronormativität sind somit das, was Bourdieu (1977, S. 164) als Doxa bezeichnete, als eine „kosmologisch wie politisch institutionalisierte Ordnung, die nicht als eine willkürliche wahrgenommen, d. h. als eine unter anderen möglichen, sondern vielmehr als fraglos und selbstverständlich vorgegebene, als nicht anders funktionierende, also als evidente natürliche Ordnung.“ Dass diese Ordnung keineswegs natürlich oder gar universell ist, zeigt ein Blick auf eine Weltkarte all jener Kulturen, in denen zumindest ein drittes oder gar mehrere Geschlechter existieren: „Auf beinahe jedem Kontinent und in der gesamten Geschichte haben Kulturen mehr als zwei Geschlechter anerkannt, verehrt und integriert. Begriffe wie ‚Transgender‘ und ‚Homosexualität‘ sind neue Konstrukte, die drei Dinge voraussetzen: dass es nur zwei biologische Geschlechter gibt (männlich/weiblich), zwei Sexualitäten (homosexuell/heterosexuell) und nur zwei soziale Geschlechter (Mann/Frau). Doch weltweit haben Hunderte unterschiedlicher Kulturen lang bestehende Traditionen von drei, vier, fünf oder noch mehr Geschlechtern. ... eine einheimische hawaiianische Kultur verehrt und achtet traditionell ‚mahu‘, diejenigen, die sowohl männlichen als auch weiblichen Geist verkörpern. Die meisten westlichen Gesellschaften haben weder eine direkte Entsprechung zu dieser Tradition, noch zu den vielen anderen Gemeinschaften ohne strikte Entweder-oder-Konzepte bezüglich Sex, Sexualität und Gender. Die Vielfalt an Geschlechtsbezeichnungen ist weltweit fast grenzenlos.“ (Independent Lens, 2015)

Was einen Mann oder eine Frau ausmacht, ob zwei oder mehr Geschlechter anerkannt werden, inwieweit Körper, Sexualität und soziale Rollen als konstitutiv für Geschlecht gelten – all dies ist vom jeweiligen kulturellen Kontext abhängig und unterliegt kulturellem Wandel. In vielen Gesellschaften, vor allem ausserhalb

Europas, unterscheiden sich Geschlechterkonstruktionen und auch die Grenzverläufe zwischen den Kategorien Mann und Frau von den uns bekannten Mustern, gibt es temporäre oder auch dauerhafte Alternativen zu geschlechtlicher Eindeutigkeit, die als „drittes Geschlecht“ bekannt wurden (Schröter, 2012).

Die interessante Forschungsfrage ist somit weniger die nach den Ursachen von Geschlechtsvarianten, denn diese hat es immer gegeben, sondern vielmehr die, warum in den abendländischen Gesellschaften das Primat der Zweigeschlechtlichkeit derart verbreitet ist. Das gilt letztlich auch für die soziale Konstruktion von Transsexualität. Denn trans* Menschen transzendieren oft nicht Zweigeschlechtlichkeit, sondern zementieren sie. Sie beleben weniger den sozialen Leerraum zwischen den Geschlechtern, sondern akzentuieren das binäre Geschlechtsmodell. Oder wie Hirschauer (1993, S. 351) schrieb: „Die soziale Konstruktion der Transsexualität bietet in einer Zeit der emanzipatorischen Auflösung der Bedeutung der alten Geschlechtskategorien den Zeitgenossen die Distinktionschance, sich trotz allen Aufbruchs noch als problemlose Bewohner der alten Geschlechtskategorien zu wähnen und von ihnen aus die soziale Welt zu betrachten.“ Die medizinisch-psychiatrische Konstruktion von Transsexualität sowie die Zwangsoperationen an intergeschlechtlichen Neugeborenen als Versuche, die binäre Ordnung aufrechtzuerhalten? Eine kritische Darstellung der Debatte, ob Transgeschlechtlichkeit angeboren oder sozial konstruiert ist, und insbesondere auch der kontroversen Diskurse der trans*Community selbst bietet Amelung (2016).

Geschlecht revisited: biologisch

Aber was ist eigentlich Geschlecht? Etymologisch, also begriffsgeschichtlich, stammt das deutsche Wort „Geschlecht“ vom althochdeutschen „gislahti“ ab, das bedeutete „das, was in dieselbe Richtung schlägt“ (<http://www.duden.de/rechtschreibung/Geschlecht>). Geschlecht war in unserer Kultur somit nicht per se und schon immer eine fixe Kategorie, eine starre Entität, eine polare Dualität, sondern eine Tendenz: was in dieselbe Richtung schlägt. Dabei ist die menschliche Geschlechtsentwicklung gemäss Voß (2010) ein hoch komplexer, nicht determinierter Prozess mit vielen Variationsmöglichkeiten und vor allem bis heute vielen Hypothesen und Wissenslücken.

Eine in Zusammenhang mit Intersexualität häufig verwendete Taxonomie unterscheidet gemäss Schweizer (2012a) zwischen sechs Ebenen des Körpergeschlechts:

- Chromosomal-genetisches Geschlecht: XX, XY, XXY
- Gonadales Geschlecht: Keimdrüsenanlagen wie Hoden und Eierstöcke
- Hormonelles Geschlecht: Produktion der Östrogene, Androgene (Testosteron) und Gestagene (Progesteron) in unterschiedlichem Verhältnis
- Gonadales Geschlecht: Differenzierung innerer Geschlechtsorgane (Vagina, Prostata)
- Genitales Geschlecht: unterschiedliche äussere genitale Ausstattung
- Cerebral-psychisches Geschlecht: „Brain Sex“, Hirngeschlecht, Geschlechtsidentität

Dabei zeigt es sich, dass Varianten in der körperlichen Geschlechtsentwicklung auf allen Ebenen vorkommen können, und keine Ebene die geschlechtliche Entwicklung determiniert. Weder Chromosomen noch Gene, noch Keimdrüsen, noch Hormone bestimmen allein über das Geschlecht – so befindet sich ein Grossteil der die Geschlechtsentwicklung beeinflussenden Gene nicht auf dem Y-Geschlechtschromosom –, vielmehr ist die menschliche Geschlechtsentwicklung ein offener Entwicklungsprozess mit Interaktionen, Kommunikationen sowie Reaktionen auf Umgebungseinflüsse ohne dichotomes Ergebnis (Voß, 2010). Aber nirgends halten sich Präformationslehren und teleologisches Denken hartnäckiger als in den Theorien zur menschlichen Geschlechtsentwicklung.

Uneindeutigkeiten des Körpergeschlechts entstehen, weil sich die „weiblichen“ und „männlichen“ Geschlechtsorgane beim Embryo aus denselben Anlagen entwickeln. Als Intersexualität (Intersex*, Inter*) oder „Disorders of Sex Development“ wird bezeichnet, wenn jemand (bei Geburt) aufgrund der körperlichen Ausstattung nicht eindeutig einem Geschlecht zugeordnet werden kann (Voß, 2012; Tillmanns, 2015; Schweizer & Richter-Appelt, 2012). Die Terminologie ist umstritten, der Begriff „disorder“ (Störung) wirkt pathologisierend und sollte vermieden werden, stattdessen wird von Varianten, Differenzen oder Divergenzen der Geschlechtsentwicklung gesprochen (Schweizer, 2012a). Gemäss neueren Untersuchungen tritt eine Uneindeutigkeit bei etwa jedem tausendsten Neugeborenen auf. Vier Fünftel aller Varianten werden aber erst während des weiteren Lebens entdeckt, am häufigsten in der Pubertät, in der Fortpflanzungsphase, oft aber auch viel später, manchmal erst im hohen Alter (Schweizer, 2012b). Wenn man alle Variationen betrachtet, dann zeigt laut Eric Vilain, Direktor des Center for Gender-Based Biology an der University of California in Los Angeles, jede_r Hundertste eine Form

der Variation (Ainsworth, 2015). Und es werden immer mehr – dies vor allem aufgrund medizinischer Fortschritte.

Aber noch immer werden diese Varianten als Fehlentwicklungen pathologisiert. Vorannahmen über eine dichotome Geschlechtsentwicklung verstellen den Blick auf Variabilität. Weltweit werden Neugeborene in Kinderkliniken „nicht-eingewilligten, medizinisch nicht notwendigen, irreversiblen, kosmetischen Genitaloperationen, Hormonverabreichungen, sterilisierenden und weiteren Eingriffen unterworfen“ (Bauer & Truffer, 2016, S. 137). Zwar haben sich unterdessen 14 internationale Menschenrechtsorganisationen gegen Intersexverstümmelungen (intersex genital mutilation; zu vergleichen mit der Verletzung der Menschenrechte und Form des Kindesmissbrauchs durch weibliche Genitalverstümmelung, <http://www.terre-des-femmes.ch/de/themen/weibliche-genitalverstuemmung>) ausgesprochen, aber noch in keinem Land ausser seit kurzem in Malta sind sie bis anhin verboten – auch in der Schweiz nicht. Ohne anhaltenden Druck von Intersex- und Menschenrechtsorganisationen wird sich daran auch nichts ändern (in der Schweiz ist Zwischengeschlecht.org aktiv; in der deutschen Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften wurde eine Leitlinie für Ärzte und andere beteiligte Fachgruppen als Hilfestellung im Umgang mit Kindern und Heranwachsenden mit Varianten der Geschlechtsentwicklung erstellt und im Juli 2016 veröffentlicht). Als bis anhin einzige Schweizer Institution hat das Kinderspital Zürich seine unrühmliche Geschichte aufgearbeitet (Eder, 2014).

Zu den Menschen mit Intersex*-Varianten als einem Aspekt biologischer Geschlechtervielfalt kommen noch all jene Menschen hinzu, die trans* (transsexuell, transgender) sind, bei denen die Geschlechtsidentität nicht mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt, die also eine Geschlechtsdysphorie (auch als Gender Identity Disorder bezeichnet) aufweisen (können). Dabei zeigen Studien sehr unterschiedliche Häufigkeiten: Gemäss einer Studie aus den Niederlanden fühlt sich 1 von 200 Menschen (0.5 %) nicht nur als das Geschlecht, dem sie_er nach der Geburt zugeordnet wurde. Das wären in der Schweiz rund 40'000 Personen. Andere sprechen von Prävalenzraten, die zwischen 1:11'900 bis 1:45'000 für Mann-zu-Frau-Personen (MzF) und 1:30'400 bis 1:200'000 für Frau-zu-Mann-Personen (FzM) schwanken (Coleman et al., 2012).

Genauere Daten zur Prävalenz und Epidemiologie existieren nicht. Dies liegt zum einen daran, dass die Definition von trans* sehr ungenau ist: Was wird mitgezählt (auch Crossdresser oder nur genital Operierte)? Wie wird gezählt: Klient_innen bei Therapeut_innen, Diagnosestellungen, bei Krankenkassen registrierte Patient_innen, Anzahl genitalangleichender Operationen in Spitälern? Zudem ist mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen. Erst vor kurzem wurden in den USA die Prävalenzraten verdoppelt. Dabei zeigen sich interessanterweise grosse Unterschiede in den einzelnen Bundesstaaten: „Hawaii, Kalifornien, Georgia und New Mexico haben mit 0.8 % den höchsten Prozentsatz von Erwachsenen, die sich als Transgender identifizieren. Die Staaten mit dem tiefsten gemeldeten Anteil von 0.3% sind North Dakota, Iowa, Wyoming, Montana und South Dakota“ (Taylor, 2016). Zählen wir trans* und inter* Personen zusammen, kommen wir auf rund 120'000 geschlechtsvariante Menschen allein in der Schweiz. Das sind weit über doppelt so viele wie die Anzahl Schweizer Bauern. Eine ganze Menge Vielfalt also.

*„In einer Welt, die darauf basiert, dass alles zweigeschlechtlich ist, gibt es natürlich eine grundlegende Einsamkeit, die nur ich überwinden kann. Ich fühle mich sehr viel weniger einsam, seitdem ich das versuche.“
Lann Hornscheidt (im Gespräch mit A. Lebert und K. Zeug,
Zeit Wissen, 2016/4, 14.06.2016)*

„Natur liebt Vielfalt, Gesellschaft hasst sie“ (Milton Diamond)

In den modernen Industriegesellschaften hat die Geschlechtervielfalt weder soziale noch rechtliche Anerkennung: „Es gibt nicht nur keinen sozialen Raum für solche Menschen, es gibt auch keinen Weg anerkannt zu werden denn als hoch stigmatisierte soziale Abweichler. Dennoch finden solch alternativ geschlechtliche Individuen Wege, die Genderbinarität herauszufordern und zu widerstehen, selbst wenn ihre Konformität erzwungen wird“ (Gagné & Tewksbury zit. in Pohlkamp, 2014, S. 11). Und auch B. Röttger-Rössler (1997, S. 101) betont: Zwar kennt „die biologische Variabilität mehr als nur zwei Geschlechter. In der modernen Biologie werden die Geschlechter nicht mehr als klar geschiedene Alternativen gesehen, sondern als zwei Pole begriffen, zwischen denen sich eine Variationsreihe mit fließenden Übergängen entspannt. In unserer heutigen Gesellschaft gibt es jedoch keinen sozialen Raum für Individuen, die zwischen den Geschlechtern stehen.“

Gendernonkonforme gendervariante, genderqueere und transgeschlechtliche Menschen sind vergessen gemachte Geschlechter.²

Wie absurd die Ideologie der Zweigeschlechtlichkeit ist, zeigt Judi Herring in einem 2015 veröffentlichten Vortrag (<https://www.youtube.com/watch?v=TZkcGZrupEo&app=desktop>). „Keine zwei Menschen haben den gleichen Fingerabdruck. Nicht mal eineiige Zwillinge. Doch wir behaupten, dass bei einem unendlich viel komplexeren Entwicklungsprozess wie der Geschlechtsentwicklung am Schluss nur zwei Varianten vorkommen: männlich und weiblich. Und wir pressen alle Menschen, ungeachtet ihres individuellen Genderprints, in diese zwei Boxen.“

Es gibt so viele Geschlechter wie es Menschen auf diesem Planeten gibt. Jeder Mensch hat seinen eigenen individuellen Genderprint. Geschlechtervarianz ist eine Realität – wird aber nicht erkannt (Ainsworth, 2015). Zweigeschlechtlichkeit ist nicht natürlich präformiert, weder Sex noch Gender verweisen auf eine naturale Basis (Butler, 1991 1997, 2011), und Geschlechtsidentität ist ein (lebenslanger) Verortungs- und Selbstdefinitionsprozess, analog anderen Aspekten von Identität. Um es mit dem 22-jährigen Transmann Mateo (zit. in Marcus, 2012, S. 32) zu sagen: „Einst las ich, gekritzelt an einer Toilettenwand, ‚Gender ist ein Universum und wir sind alle Sterne‘. Ich versuche noch immer meine Konstellation zu bestimmen.“ Dass die Vielfalt an Geschlechtsentwürfen weniger utopisch als vielmehr bereits gelebte Realität ist, belegen die Fotobücher von Ott & Besa (2016) und Ohlert (2016).

*„Ich habe nichts gegen Transsexualität, das Problem ist einfach, ihnen sieht man es an!“
Dr. med. Peter Gabriel, ehemaliger leitender Arzt des Sozial-Psychiatrischen Dienstes des Kantons Uri*

Trans* und Psychotherapie: eine unheilige Allianz

Was heisst das nun für die psychotherapeutische Praxis in der Begleitung geschlechtsvarianter, gendernonkonformer, genderqueerer und transgeschlechtlicher Personen? Vorausgeschickt werden muss, dass das Verhältnis von Psychotherapie und insbesondere der Gruppe transgeschlechtlicher Menschen historisch hochgradig belastet ist. Das hängt primär mit der Stellung der Psychotherapie als Erfüllungsgehilfin und Gatekeeper einer pathologisierenden Psychologie, Medizin und Psychiatrie zusammen (zu den psychiatrisch-medizinischen Klassifikationssystemen siehe Demiel [2013] und TransX [o. J.]). Ärzt_innen und Therapeut_innen sind in der trans*Szene zu Gegner_innen geworden – bis heute. Weiter belastet wird das Verhältnis durch die Abhängigkeit transgeschlechtlicher Personen von diesem medizinisch-psychologischen Personal, denn für viele wichtigen Transitionsschritte (Hormone, Epilation, operative Eingriffe usw.) sind medizinische Eingriffe nötig, wofür derzeit in fast allen Staaten von den Gesetzgebern eine psychiatrische Diagnosestellung zwingend vorausgesetzt wird (Richter-Appelt & Nieder, 2014; Ziegler et al., 2015). Dazu kommt noch ein Mangel an Therapeut_innen, die nicht pathologisierend trans*- und queer-friendly sind, über eine geschlechtervielfaltssensible professionelle Ausbildung und Erfahrung sowie die nötige menschliche und fachliche Sensibilität verfügen.

Diese seitens Gesetzgeber, Medizin und Psychiatrie gestiftete unheilige Allianz zwischen Psychotherapie und transgeschlechtlichen Menschen kann historisch spätestens auf die 1979 erstmals verfassten Versorgungsempfehlungen (Standards of Care), herausgegeben von der damals nach ihrem Gründer benannten Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, zurückgeführt werden (in der medizinischen Praxis ist sie um einiges älter; s. dazu etwa T. Hoppers Film „The Danish Girl“, der die Geschichte der bei ihrer Geburt als Einar Wegener registrierten, 1931 verstorbenen Lili Elbe aufnahm). Eine der Hauptsorgen damals war (und ist bis heute), die „echten Transsexuellen“ von denjenigen zu unterscheiden, die derartige medizinischen Behandlungsmassnahmen nicht erhalten durften.

Daran vermochten auch die 1997 von einer deutschen Expert_innengruppe veröffentlichten „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ (Becker et al., 1997) nichts zu ändern. Im Gegenteil: Diese rigiden Standards regelten nach klassisch medizinischen Diagnostik-Indikations-Behandlungssystemen die Wege

² Eine der ersten, wenn nicht gar die erste, die „die andere Seite“ der Zweigeschlechtlichkeit visualisierte, war Nan Goldin. „Ich verbrachte Jahre damit, die beiden Geschlechter zu fotografieren, sie zu erfahren in all ihren Widersprüchlichkeiten, mit all ihren Erkennungszeichen und Definitionen – und mit all den grossen Schwierigkeiten, sich näher zu kommen. Es war befreiend, als ich auf Menschen traf, die die Grenzen des eigenen Geschlechts überschritten hatten. Die meisten Leute kriegen Angst, wenn sie andere nicht kategorisieren können, sei es nach Rasse, Alter oder besonders nach ihrem Geschlecht. Es braucht Nerven und Mut, die Strasse hinunterzugehen, wenn du durch alle Ritzen fällst.“ (Goldin, 1992, Klappentext) Zur Geschichte von Transgendern vgl. Stryker (2008). Für eine der wenigen lesenswerten queeren bzw. transgeschlechtlichen Biografien siehe Bornstein (1995, 2013) und aus dem deutschen Sprachraum Lessenich (2012).

der Therapie und haben formal auch heute noch Gültigkeit, auch in der Schweiz. Selbstredend standen transgeschlechtliche Menschen und ihre Interessenvertreter im Prozess der Entwicklung dieser Standards aussen vor und hatten die Resultate einfach hinzunehmen. Standards, die nicht an den Bedürfnissen transgeschlechtlicher Menschen orientiert waren, sondern laut Hamm und Sauer (2014) allein Macht- und Kontrollbedürfnissen von Psychologie und Medizin dienten. Aber „diese Definitionsmacht der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Disziplinen der Medizin und der Psychologie über trans* Körper muss grundsätzlich in Frage gestellt werden“ (Hamm & Sauer, 2014, S. 10).

Auch an den mittlerweile in der siebenten Version vorliegenden „Standards of Care“ (Coleman et al., 2012) hat sich nichts grundlegend geändert. Zwar wird von einer flexiblen Handhabung gesprochen, „um den verschiedenen gesundheitsbezogenen Versorgungsbedürfnissen transsexueller, transgender und geschlechtsnichtkonformer Menschen gerecht zu werden“ (Coleman et al., 2012, S. 2), aber noch immer gelten die „im Zusammenhang mit den ersten sechs Versionen der [Standards of Care] üblichen, eher linearen Behandlungsrichtlinien – zunächst Diagnostik, Psychotherapie und Alltagserfahrungen, dann die Hormonbehandlung und die Vornamensänderung (kleine Lösung), erst später chirurgische Eingriffe und die Personenstandsänderung (grosse Lösung)“ (Richter-Appelt & Nieder, 2014, S. 16).

Das auf den „Standards of Care“ basierende, am 1. Januar 1981 in Deutschland in Kraft getretene Transsexuellengesetz (Bundesgesetzblatt I 1980/56, S. 1654) wurde zunächst als Fortschritt empfunden, immerhin gab es damit erstmals Rechtssicherheit über die Vornamens- und Personenstandsänderung; es zeigte sich aber, dass auch dieses Gesetz hochgradig diskriminierend, entwürdigend und krankheitsfördernd war. 2011 wurde zumindest der Operationszwang abgeschafft, nicht aber der Nachweis der Unfruchtbarkeit.³

Diese Standards nötigen der ärztlich-psychologischen Seite eine schwer vereinbare Doppelfunktion auf. Einerseits gilt es Indikationen für die Krankenkassen zur Kostenübernahme der notwendigen körperlichen Massnahmen zu erarbeiten, was ohne Pathologisierung der Klientel (bis anhin) nicht möglich ist. Andererseits sollten Therapeut_innen ihre Klientel psychologisch durch Coming-out und Transition begleiten und stützen. „Das Feld der Begutachtungsfunktion mit diesen unterschiedlichsten Inhalten, Rollen, Beziehungsbühnen und Aufträgen ist von ärztlich-psychologischer Sicht kaum noch verantwortungsvoll zu leisten. Das persönliche Schicksal der Patient_innen wird in diesem Geflecht von Bürokratismus zerrieben. Die Leidtragenden dahinter sind letztlich die trans* Menschen“ (Güldenring, 2014, S. 130f).

Transgeschlechtliche Menschen werden so gleichsam gezwungen, ein Höchstmass an psychischem Leidensdruck mit „Krankheitswert“ und komorbider Psychopathologie vorzuweisen (Suizidalität, Depressionen usw.) und dieses durch ärztliche Gutachten fremd beurteilen und bewerten zu lassen (zur Verwandtschaft von psychiatrischem Gespräch und christlicher Beichte im Geständniszwang s. Foucault [1977]). Zudem müssen sie jede einzelne Therapiemassnahme über die Krankenkassen in aufwendigen Anträgen genehmigen lassen und sind deren Willkür ausgesetzt. „In ungünstigen Fällen sind trans* Menschen so jahrelang mit Ärzt_innen/Psycholog_innen und Gutachter_innen beschäftigt – ein aufzehrender Prozess“ (Güldenring, 2014, S. 163). Dazu kommen neben den transitionsinhärenten körperlichen und psychischen Veränderungen noch exogene Belastungen aufgrund des Coming-outs hinzu: bei Transkindern das Verhältnis zu Eltern, Schwierigkeiten in Krippe, Kindergarten oder Schule; bei Erwachsenen drohender Verlust des Arbeits- oder Ausbildungsplatzes, allenfalls Verlust des_der Partner_in, Trennung, Scheidung; finanzielle Schwierigkeiten; Verwerfungen im Freundeskreis und in Verwandtschaft.

Angesichts all dieser Vulnerabilitäten sind erhöhte Komorbiditäten bei transgeschlechtlichen Menschen zu erwarten und auch anzutreffen, sie sind aber in der Regel nicht in der Person selbst zu verorten, sondern als reaktive Belastungsstörungen auf eine restriktive, diskriminierende und belastende Umwelt zurückzuführen, Stichwort Minoritätenstress. Nichtsdestotrotz bedürfen längst nicht alle trans* Menschen psychotherapeutischer Begleitung. Es gibt, schrieb Güldenring (2014, S. 165), „unter ihnen viele psychisch gesunde Persönlichkeiten, die während der Transition zwar vorübergehend eine Krise zu bewältigen haben, aber diesem

³ In der Schweiz sind Rechtslage wie Rechtsprechung äusserst diffus. Gemäss Bundesgerichtsurteil aus dem Jahre 1993 (BGE 119 II 264, E. 6) ist für eine Personenstandsänderung ein „irreversibler Geschlechtswechsel“ Bedingung, hat dies aber nicht genauer erläutert. Bisher haben die Gerichte einen „irreversiblen Geschlechtswechsel“ meistens als operativ erreichte Fortpflanzungsunfähigkeit (Sterilisation) ausgelegt; viele Gerichte verlangen dies auch heute noch. Eine medizinische Angleichung zu erzwingen ist aber rechtlich unhaltbar, verstösst dies doch gegen das „Recht auf körperliche Unversehrtheit“. In der Rechtsprechung führt dies dazu, dass die Urteile von Kanton zu Kanton und von Gericht zu Gericht hochgradig divergieren. Es gibt keine Rechtssicherheit. Der Nachweis der Unfruchtbarkeit via Hormontherapie aber gilt immer noch schweizweit (chemische Sterilisation). Dies entspricht faktisch einem staatlichen Fortpflanzungsverbot für trans* Menschen.

trans*Lebensthema voll und ganz gewachsen sind. Sie beweisen einen souveränen und patienten Umgang trotz der Widerstände und sozialem Druck, denen sie in der Phase der Transition ausgesetzt sind, mit Konfliktstärke und Selbstbehauptung als Zeichen psychischer Gesundheit.“

Menschenrechtlicher Perspektivenwechsel

Die derzeit im Umgang mit gendervarianten, gendernonkonformen, genderqueeren und vor allem transgeschlechtliche Menschen angewandten „Standards of Care“ verstossen massiv gegen die Europäische Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten, welche das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung garantiert. Dazu gehört nach Auslegung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte auch das Recht auf „Geschlechtsumwandlung“. Diese Standards müssen deshalb abgeschafft werden. (Der Begriff der Geschlechtsumwandlung ist irreführend, suggeriert er doch auf der genderbinären Basis, dass man einen Mann in eine Frau und eine Frau in einen Mann umwandeln kann. Diese Vorstellung missachtet den Umstand, dass trans* Menschen nie ihr zugewiesenes Geschlecht waren. Der Begriff wird in weiten Teilen der trans*-Community deshalb abgelehnt und durch den Begriff der Geschlechtsangleichung oder -anpassung ersetzt.)

Nötig ist gemäss Hamm und Sauer (2014) ein grundlegender Perspektiven- und Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung von transgeschlechtlichen, aber auch gendervarianten, gendernonkonformen und genderqueeren Menschen. Weg von einem engen, starren und psychopathologisierenden hin zu einem menschenrechtskonformen und individuell bedürfnisorientierten Modell. Dabei muss das geschlechtliche Selbstbestimmungsrecht die bisher zentrale Rolle der Verlaufsdagnostik im psychotherapeutischen Setting ablösen.

Weltweit beispielhaft ist diesbezüglich das argentinische Geschlechtsidentitätsgesetz aus dem Jahre 2012. In diesem Gesetz ist nicht nur die rechtliche Vornamens- und Personenstandsänderung qua Selbsterklärung unbürokratisch zugänglich gemacht, sondern auch die trans*spezifische Gesundheitsversorgung geregelt. Der Zugang zu Gesundheitsleistungen für transgeschlechtliche Personen, inklusive geschlechtsangleichender Operationen und Hormone, ist durch das Gesetz unabhängig von medizinischen Diagnosen gestaltet und beruht einzig auf Selbstdefinition und dem Prinzip der vorherigen aufgeklärten Einwilligung (informed consent). Alle Kosten werden dabei vom öffentlichen Gesundheitssystem getragen.

Der oft geäusserten Befürchtung, die Übernahme dieses Modells mit Streichung der Diagnose von Störungen der Geschlechtsidentität aus den Klassifikationskatalogen würde bedeuten, dass hierzulande das öffentliche Gesundheitssystem sich weigern würde, die Kosten geschlechtsangleichender Massnahmen zu übernehmen, hielt der ehemalige Menschenrechtskommissar des Europarats Thomas Hammarberg (zit. in Hamm & Sauer, 2014, S. 10) entgegen: „Von einer menschenrechtlichen und Gesundheitsfürsorgeperspektive muss keine psychische Störung diagnostiziert werden, um Zugang zur Behandlung eines Zustands einzuräumen, der medizinische Betreuung erfordert“. Dem Beispiel Argentiniens sind unterdessen weitere Staaten, z. B. Malta, Irland, Dänemark und Norwegen, gefolgt.

Therapeut_in: „Und wann gedenken Sie die geschlechtsangleichende Operation vorzunehmen?“

Klient_in: „Das war bis jetzt nie ein Thema für mich. Und wird es wohl nie sein.“

Therapeut_in: „Wieso bleiben Sie auf halbem Wege stehen?“

Recht auf geschlechtliche Selbstbestimmung

Das Recht auf geschlechtliche Selbstbestimmung (Katzer & Voß, 2016) für tMenschen schliesst explizit das Recht mit ein, ihre Identität frei zu bestimmen und zu leben, sowie das Recht, ihren Körper, Namen und Personenstand ihrer Identität anzupassen. Hinter der Haltung, ein Zugang zu geschlechtsangleichenden Massnahmen nach eigenem Belieben müsse verhindert werden (Richter-Appelt & Nieder, 2014), steckt letztlich die paternalistische Grundhaltung, nicht die Betroffenen selbst seien in der Lage, Entscheidungen über ihren Körper zu treffen, sondern nur „Fachpersonen“.

Bis zur Abschaffung des im deutschen Transsexuellengesetz verankerten Operationszwanges waren geschlechtsangleichende Operationen eine Voraussetzung für die rechtliche Anerkennung im Identitätsgeschlecht. Seit dieser Entkopplung lässt sich ein Rückgang an genitalchirurgischen Massnahmen feststellen, während die Anzahl an Personenstandsänderungen sprunghaft angestiegen ist. Es kann nur spekuliert werden, „wie viele trans*-Menschen sich im Laufe der Jahrzehnte zu geschlechtsangleichenden Massnahmen

entschlossen haben, weil es zur Transition ‚dazu gehörte‘, anstatt danach zu handeln, was ihrem individuellen Bedürfnis entsprochen hätte“ (Hamm & Sauer, 2014, S. 12).

Die Ablehnung des Rechts auf Selbstbestimmung äussert sich bei therapeutisch Tätigen wiederholt auch in der Vorsicht gegenüber „irreversiblen Eingriffen in den biologisch gesunden Organismus“, begründet mit der „körperlichen Unversehrtheit“ (Richter-Appelt & Nieder, 2014). Solche und ähnliche Standpunkte vertretende Therapeut_innen verkennen in ihrem den Konzepten von Geburtsgeschlecht und Binärität verhafteten Denken, dass geschlechtliche Körperlichkeiten, die nicht dem Identitätsgeschlecht entsprechen, von vielen transgeschlechtlichen Personen als organisch nicht gesund wahrgenommen werden.

Die unflexible Standardisierung der Behandlung von transgeschlechtlichen Menschen, einschliesslich ihrer inhärenten binären Erwartung an Geschlecht, verstösst zudem gegen das Recht auf Privatsphäre. Das deutsche Bundesverfassungsgericht hat festgestellt, dass „die Frage, welchem Geschlecht sich ein Mensch zugehörig empfindet, ‚seinen Sexualbereich‘ betrifft, der als Teil der verfassungsrechtlich geschützten Privatsphäre zu betrachten ist“ (Hamm & Sauer, 2014, S. 14). Damit hat das Gericht bereits 1996 erklärt, dass „die Geschlechtszugehörigkeit als eine individuelle Entscheidung zu respektieren“ ist (BVerfG, 15.08.1996 – 2 BvR 1833/95), anstatt sie durch Differentialdiagnostik und standardisierte Einstufung als psychische Erkrankung in Frage oder die Entscheidungsfähigkeit selbst in Abrede zu stellen.

*„... und eines Tages werden nicht mehr Expert_innen ÜBER uns reden,
sondern wir uns selbst erklären
– und eines noch fernerer Tages werden wir nicht mehr erklärungsbedürftig sein,
sondern genauso selbstverständlich wie Cis und Hetis ...“
Myshelle Baeriswyl (zit. in Rauchfleisch, 2014, S. 12)*

Queering Psychotherapie

Mit einer menschenrechts- und bedürfnisorientierten trans*-Gesundheitsversorgung böte sich therapeutisch arbeitenden Fachpersonen die Chance, aus dem Zwangskorsett der Doppelfunktion des Gatekeepers und zugleich des_der therapeutisch Begleitenden herauszukommen und sich auf ihre Kompetenzen, nämlich die therapeutische Begleitung von Menschen, zu konzentrieren. Dass ihnen deshalb die Klientel ausgehen könnte, scheint so schnell nicht der Fall. Dafür ist die gesellschaftliche Situation geschlechtsvarianter, gendernonkonformer, genderqueerer und transgeschlechtlicher Menschen noch immer zu prekär und von vielschichtigen Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen geprägt.

Die Auflösung der Doppelfunktion böte zudem die Chance, dass die Unterstützung freiwillig gesucht wird, ja möglicherweise gar aufgrund der Empfehlungen seitens trans*-Organisationen (in der Schweiz Fachstellen des Transgender Network Switzerland in Zürich, Lausanne und St. Gallen), weil Therapeut_innen auf internen, vorselektionierenden Triagelisten figurieren. Und zu hören bekämen sie dann nicht mehr oft weitgehend stereotypisierte, an den standardisierten Anforderungen orientierte, vorformatierte Transnarrative von Abhängigen, die die diagnosestellende Person unbedingt von ihrer „echten“ Transsexualität überzeugen müssen, um ihre eigene Identität leben zu können, sondern Geschichten, die der realen Vielfalt an gelebten Geschlechtern und Geschlechtsidentitäten entsprechen (polymorph, 2002; Alex, 2013; Polli & Markus, 2013; Bichsel, 2014).

Und wenn gar Transkinder (Keins, 2015; Brill & Pepper, 2011; Elterninitiative Trakine Trans-Kinder-Netzwerk e.V., <http://www.trans-kinder-netz.de/>), denen die kulturelle Cis-Geschlechtlichkeit bis anhin eine adäquate Sprache, ein Vokabular verweigert oder vorenthält (Kennedy, 2014), zu ihrer Sprache finden, sprich: Geschlecht auch jenseits von Männlichkeit oder Weiblichkeit zu denken oder sich gar als eine Bewegung zwischen den Geschlechtern vorzustellen vermögen, zum Beispiel weil sie analog cis-geschlechtlichen Kindern bereits in der Grundschule das entsprechende Vokabular hören, dann könnte auch jener sprachliche Leerraum zwischen den binären Geschlechtern (wieder) mit Begrifflichkeiten gefüllt werden.

Das aber heisst, das therapeutische, fachliche und menschliche Verhältnis von Gatekeepern zu geschlechtsvarianten, gendernonkonformen, genderqueeren und transgeschlechtlichen Menschen muss grundsätzlich thematisiert, sprich: problematisiert werden. Genau hier setzt die Schweizer Fachgruppe Trans* an.⁴ Zusammengesetzt aus – weltweit wohl einmalig – Trans*- und Cis*-Fachpersonen arbeitet sie eng mit dem

⁴ Die Schweizer Fachgruppe Trans*, gegründet 2012, besteht zurzeit aus 60 Personen und ist eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe aus den Bereichen Medizin, Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie; Plastische Chirurgie, Viszeralchirurgie, Endokrinologie, Gynäkologie, Dermatologie; Logopädie und Phoniatrie und Sozialer Arbeit (www.fachgruppe-trans.ch).

Transgender Network Switzerland, insbesondere deren Rechtsabteilung, sowie mit den Beratungsstellen für trans* Menschen am Checkpoint Zürich sowie der Fachstelle für Aids und Sexualfragen in St. Gallen zusammen. Ihre Ziele sind die Sensibilisierung von Fachpersonen für die Anliegen und Bedürfnisse gendervarianter und trans* Menschen; die Förderung der interdisziplinären und interregionalen Zusammenarbeit in den Bereichen Trans* und Geschlechtervarianz; die Reflexion, Weiterentwicklung und Verbesserung der derzeitigen Versorgungssituation; der gegenseitige Austausch von Wissen und Informationen aus verschiedenen Fachgebieten sowie die Erörterung und Weiterentwicklung der bestehenden Behandlungsstandards. Die Fachgruppe Trans* ist zudem vernetzt mit ausländischen Fachpersonen und Organisationen. Zentral sind die themenzentrierten Fortbildungsveranstaltungen für an der Trans*Thematik interessierte Personen oder involvierte Fachkräfte.

In Zukunft müssen aber auch die universitären Ausbildungen von (klinischen) Psycholog_innen und Mediziner_innen, die Curricula der psychotherapeutischen Schulen sowie alle in der Gesundheitsversorgung von trans* Menschen involvierten Fachpersonen in die Pflicht genommen werden. Es muss Grundlagenwissen zu Varianten in der Geschlechtsentwicklung, zu Genderbinarität und Gendervarianz, zur Vielfalt an sexuellen Orientierungen und Geschlechtsidentitäten, zu Klassifikationssystemen, Pathologisierung, Diskriminierung und der gesellschaftlichen Produktion von sexuellen Minderheiten vermittelt werden und es müssen heteronormative, essentialistische und biologische Positionen kritisch reflektiert werden.

Statt stigmatisierender, abwehrender oder abwertender Pathologisierung müssen die medizinischen, psychologischen und psychotherapeutischen Werthaltungen und Herangehensweisen inklusive Beratungs- und Therapiekonzepte überprüft werden. Sprich: Haltungen zu Heteronormativität und Heterosexismus, internalisierter Trans- und Homophobie, Genderbinarität, cis-kultureller Zweigeschlechtlichkeit, der Vielfalt an Geschlechtsidentitäten, individuellen Geschlechtsentwürfen und sexuellen Orientierungen müssen thematisiert, problematisiert und bewusst gemacht werden. Queering Psychotherapie – „Breaking away from binaries and embracing the multiple spirits within ourselves“ (Redmiles, 2016).

Autorin

Myshelle Baeriswyl, Dr. phil., Psychologin und Sexualpädagogin, Geschäftsleiterin der Fachstelle für Aids- und Sexualfragen, Leiterin der Sprechstunde Gendervarianz Ostschweiz, Mitglied der Fachgruppe Trans*.

Korrespondenz

Dr. phil. Myshelle Baeriswyl
Fachstelle für Aids- und Sexualfragen
Tellstrasse 4
9000 St. Gallen

E-Mail: myshelle.baeriswyl@ahsga.ch

Literatur

- Ainsworth, C. (2015) Sex redefined. *Nature*, 518, 288–291.
- Allex, A. (Hrsg.) (2013). *Stop Trans*-Pathologisierung*. Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.
- Amelung, T. (2016). Angeboren oder sozial konstruiert? Transgeschlechtlichkeit zwischen neurowissenschaftlichem Determinismus und queertheoretischem Dekonstruktivismus. In: l'Amour laLove, P. (Hrsg.), *Selbsthass und Emanzipation: das Andere in der heterosexuellen Normalität* (S. 165–181). Berlin: Querverlag.
- Bauer, M., & Truffer, D. (2016). Intersex und Selbstbestimmung. In: Katzer, M., & Voß, H.-J. (Hrsg.), *Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung* (S. 137-159). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Becker, S., Bosinski, H. G. A., Clement, U., Eicher, W., Goerlich, T. M., Hartmann, U., Kockott, G., Langer, D., Preuss, W. F., Schmidt, G., Springer, A., & Wille, R. (1997). Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 10, 147–156.
- Bichsel, M. (2014). *Trans*Visit*. Zürich: Kommode-Verlag.
- Bourdieu, P. (1977). *Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabyllischen Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bornstein, K. (1995). *Gender outlaw: on men, women, and the rest of us*. New York: Vintage.
- Bornstein, K. (2013). *Ein schädlicher Einfluss*. Hamburg: Eden Books.
- Brill, S., & Pepper, R. (2011). *Wenn Kinder anders fühlen – Identität im anderen Geschlecht: ein Ratgeber für Eltern*. München: E. Reinhardt.
- Butler, J. (1991). *Das Unbehagen der Geschlechter*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Butler, J. (1997). *Körper von Gewicht: die diskursiven Grenzen des Geschlechts*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Butler, J. (2011). Die Macht der Geschlechternormen und die Grenzen des Menschlichen. Berlin: Suhrkamp.
- Boykoff, J. (2016). #HandsoffCaster: why the policing of female athletes' testosterone levels needs to stop. Bitch Media. Portland, Ore.: Bitch Media. Verfügbar unter:
<https://bitchmedia.org/article/science-testosterone-female-athletes-olympics-problems-caster-semenya-dutee-chand-feminist>
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., et al. (2012). Standards of Care: Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen. Elgin, Ill.: World Professional Association for Transgender Health.
- Degele, N. (2008). Gender/Queer Studies: eine Einführung. Paderborn: Fink.
- Demiel, D. (2013). Was bedeuten DSM-IV und ICD-10? In: Alex, A. (Hrsg.), Stop Trans*-Pathologisierung (S. 36-43). Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.
- Eder, S. (2014). Historische Evaluation der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung am Kinderspital Zürich. Zürich: Universitätskinderspital.
 Verfügbar unter:
https://www.kispi.uzh.ch/de/patienten-und-angehoerige/fachbereiche/urologie/Documents/Bericht_DSD_Sandra_Eder_Kinderspital_Zuerich.pdf.
- Foucault, M. (1977). Der Wille zum Wissen (Sexualität und Wahrheit, Bd. 1). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1998). Über Hermaphroditismus. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Garfinkel, H. (1967). Studies in ethnomethodology. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Goldin, N. (1992). Die andere Seite: 1972–1992. Zürich: Scalo-Verlag.
- Güldenring, A. (2014). Eine andere Sicht über Trans*. In: Rauchfleisch, U., Transsexualität – Transidentität: Begutachtung, Begleitung, Therapie (S. 130–178). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hamm, J. A., & Sauer, A. T. (2014). Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. Zeitschrift für Sexualforschung, 27, 4–30.
- Hirschauer, S. (1993). Die soziale Konstruktion der Transsexualität: über die Medizin und den Geschlechtswechsel. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Huber, M. (2013). Queering Gay Pride: zwischen Assimilation und Widerstand. Wien: Zaglossus.
- Hutless, E. (2014). Psychoanalyse und Queer Theory: ein Versuch der Annäherung. Wien: q : p Queering Psychoanalysis, Research Group on Bodies and Sexualities. Verfügbar unter:
<https://queeringpsychoanalysis.wordpress.com/2014/08/29/psychoanalyse-und-queer-theory-ein-versuch-der-annaeherung/>
- Independent Lens (2015) A map of gender-diverse cultures. Arlington, Va.: Public Broadcasting Service. Verfügbar unter:
http://www.pbs.org/independentlens/content/two-spirits_map-html/
- Katzer, M., & Voss, H.-J. (Hrsg.) (2016). Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung: praxisorientierte Zugänge. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Keins, P. (2015). Trans*Kinder: eine kleine Fibel. Berlin: Selbstverlag. ISBN 9781508789666.
- Kennedy, N. (2014). Gefangene der Lexika: kulturelle Cis-Geschlechtlichkeit und Trans*-Kinder. In: Schneider, E., & Balthes-Löhr, C. (Hrsg.), Normierte Kinder: Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adoleszenz (S. 319-336). Bielefeld: transcript.
- Kessler, S. J., & McKenna, W. (1978). Gender: an ethnomethodological approach. New York: Wiley.
- Kollektiv Sternchen & Steine (Hrsg.) (2012). Begegnungen auf der Trans*fläche: reflektiert 76 queere Momente des transnormalen Alltags. Münster: Edition Assemblage.
- Lang, C. (2006). Intersexualität: Menschen zwischen den Geschlechtern. Frankfurt am Main: Campus.
- Latsch, M.-C. (Hrsg.) (2013). _ Mind the gap: Einblicke in die Geschichte und Gegenwart queerer (Lebens)Welten. Münster: Unrast.
- Lessenich, J. (2012). Die transzendierte Frau: eine Autobiographie. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Koppetsch, C., & Lewandowski, S. (2015). Einleitung. In: Lewandowski, S. & Koppetsch, C. (Hrsg.), Sexuelle Vielfalt und die Unordnung der Geschlechter: Beiträge zur Soziologie der Sexualität (S. 7-25). Bielefeld: Transcript.
- Marcus, J. (2012). Transfigurations. Aptos, Calif.: 7 Angels Press.
- Ohlert, J. W. (2016). Gender as a spectrum. Berlin: Verlag JWO_Studio.
- O'Mara, K. (2016). Who gets to be a woman in the Olympics? California Magazine. Berkeley, Calif.: Cal Alumni Association. Verfügbar unter:
<http://alumni.berkeley.edu/california-magazine/just-in/2016-08-11/who-gets-be-woman-olympics>
- Ott, B., & Besa, E. (2016). All the people. Bielefeld: Kerber-Verlag.
- Paechter, C. F. (2007). Being boys, being girls: learning masculinities and femininities. Maidenhead: Open University Press.
- Pohlkamp, I. (2014). Genderbashing: Diskriminierung und Gewalt an den Grenzen der Zweigeschlechtlichkeit. Münster: Unrast.
- Polli, T., & Markus, U. (2013). Das Geschlecht der Seele: Transmenschen erzählen. Zürich: Elster-Verlag.
- polymorph (Hrsg.) (2002). (K)ein Geschlecht oder viele? Transgender in politischer Perspektive. Berlin: Querverlag.
- Rauchfleisch, U. (2014). Transsexualität – Transidentität: Begutachtung, Begleitung, Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Redmiles, K. (2016). Life in the between: the beauty and importance of the two-spirit people. Kosmos Online Global Transformation Newsletter, 2016-02-23. Lenox, Mass.: Kosmos Associates. Verfügbar unter: <http://www.kosmosjournal.org/news/life-in-the-between-the-beauty-and-importance-of-the-two-spirit-people/>
- Richter-Appelt, H., & Nieder, Timo. O. (Hrsg.) (2014). Transgender-Gesundheitsversorgung: eine kommentierte Herausgabe der Standards of Care der World Professional Association for Transgender Health. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Röttger-Rössler, B. (1997). Männer, Frauen und andere Geschlechter. Zur Relativierung der Zweigeschlechtlichkeit in aussereuropäischen Kulturen. In: Völger, G. (Hrsg.) (1997). Sie und Er. Frauenmacht und Männerherrschaft im Kulturvergleich (S. 101-108). Band II. Köln: Rautenstrauch-Joest-Museum.
- Schnerring, A., & Verlan, S. (2014). Die Rosa-Hellblau-Falle: für eine Kindheit ohne Rollenklischees. München: Kunstmann.
- Schröter, S. (2012). Grenzverläufe zwischen den Geschlechtern aus ethnologischer Perspektive. Aus Politik und Zeitgeschichte, 62(20-21), 49-54.
- Schweizer, K., & Richter-Appelt, H. (Hrsg.) (2012). Intersexualität kontrovers: Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Schweizer, K. (2012a). Sprache und Begrifflichkeiten: Intersexualität benennen. In: Schweizer, K., & Richter-Appelt, H. (Hrsg.), Intersexualität kontrovers: Grundlagen, Erfahrungen, Positionen (S. 19-39). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Schweizer, K. (2012b). Körperliche Geschlechtsentwicklung und zwischengeschlechtliche Formenvielfalt. In: Schweizer, K., & Richter-Appelt, H. (Hrsg.), Intersexualität kontrovers: Grundlagen, Erfahrungen, Positionen (S. 43-67). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Sigusch, V. (1991). Die Transsexuellen und unser nosomorpher Blick. I. Zur Enttotalisierung des Transsexualismus. II. Zur Entpathologisierung des Transsexualismus. Zeitschrift für Sexualforschung, 4, 225-256, 309-343.
- Stryker, S. (2008). Transgender history. Berkeley, Calif.: Seal Press.
- Taylor, J. (2016). Estimated population of transgender Americans doubles to 1.4 million. LGBT Nation. San Francisco: LGBT Nation. Verfügbar unter: <http://www.lgbtqnation.com/2016/06/estimated-population-transgender-americans-doubles-1-4-million/>
- Tillmanns, M. (2015). Intergeschlechtlichkeit: Impulse für die Beratung (Angewandte Sexualwissenschaft, Bd. 2). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Transgender Europe (2016). 30th March 2016: Trans Day of Visibility press release – over 2,000 trans people killed in the last 8 years. Berlin: Transgender Europe.
Verfügbar unter: <http://tgeu.org/transgender-day-of-visibility-2016-trans-murder-monitoring-update/>
- TransX (o. J.). Klassifikationen. Wien: TransX Verein für TransGender Personen.
Verfügbar unter: <http://www.transx.at/Pub/Klassifikationen.php>
- Veith, L. (2012). Der Verein Intersexuelle Menschen e.V. In: Lenz, I., Sabisch, K., & Wrzesinski, M. (Hrsg.), „Anders und gleich in NRW“ – Gleichstellung und Akzeptanz sexueller und geschlechtlicher Vielfalt (S. 95-96; Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW: Studien, Nr. 15). Essen: Koordinations- und Forschungsstelle, Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW.
- Voß, H.-J. (2010). Making sex revisited: Dekonstruktion des Geschlechts aus biologisch-medizinischer Perspektive. Bielefeld: Transcript.
- Voß, H.-J. (2012). Intersexualität – Intersex: eine Intervention. Münster: Unrast.
- Ziegler, A., Montini, M., & Copur, E. A. (Hrsg.) (2015). LGBT-Recht: Rechte der Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transgender in der Schweiz, 2. Aufl. Basel: Helbling Lichtenhahn.

Relevante Weblinks

- ILGA International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association: www.ilga.org
- TransInterQueer: www.transinterqueer.org
- Transgender Network Switzerland: www.tgns.ch
- Transgender Network Europe: www.tgeu.org
- Verein Eltern von trans* Kindern: <http://www.trans-kinder-netz.de/>
- Aids Hilfe St. Gallen-Appenzell: www.ahsga.ch
- Checkpoint Zürich: <http://www.mycheckpoint.ch/de/zh/trans-im-checkpoint>
- World Professional Association for Transgender Health: <http://www.wpath.org/>
- Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e.V.: www.dgti.org
- Menschenrechtsgruppe Zwischengeschlecht: www.zwischengeschlecht.org
- Organisation Intersex International Europe: www.oii-europe.org
- Schweizer Menschenrechtsportal zu Geschlechtsvarianten: www.humanrights.ch
- TransInterQueer: www.transinterqueer.org
- Schweizer Selbsthilfeorganisation: www.zwischengeschlecht.ch

Théorie queer en psychothérapie : Genre variant, identité de genre et idéologie de la binarité des genres

Dans notre société, le genre relève de catégories très structurées guidées par le bon sens. La binarité des genres et l'hétéronormativité qui en découle alimentent les modèles fondamentaux, constitutifs et très peu remis en question. Mais cette idéologie naturaliste de la binarité des genres conduit à une marginalisation et à une discrimination de tous ceux qui ne peuvent, ou ne veulent, se fondre dans le moule. La vision culturelle cisgenre, avec la binarité des genres et l'hétéronormativité qu'elle induit, n'est donc pas un comportement individuel, mais bien une idéologie dominante communiquée de façon implicite, qui s'accompagne d'une problématisation et d'une pathologisation systématiques des individus transgenres et intergenres, ou encore de genre variant, non conformes ou intermédiaires (queer). Elle impose le genre comme déterminé par la biologie, défini par la naissance, naturel et immuable, et oblige l'individu à faire sien ce genre rendu essentiel par son aspect extérieur.

Pourtant ce qui fait d'un individu un homme ou une femme, le fait que deux genres ou plus soient reconnus, dans quelle mesure le corps, la sexualité et le rôle social sont considérés comme constitutifs pour définir le genre, tout cela dépend du contexte culturel et fluctue selon son évolution. Dans de nombreuses sociétés situées essentiellement en dehors de l'Europe, la constitution du genre et les frontières entre les catégories des «hommes» et des «femmes» sont bien différentes des modèles que nous connaissons. Il n'existe pourtant pas encore dans notre société d'espace social pour ceux qui se situent entre les genres: ils sont marginalisés, discriminés et qualifiés de pathologiques.

Historiquement, la relation entre la psychothérapie et les individus de genre variant est difficile. La psychothérapie est venue compléter la psychologie pathologisante, la médecine et la psychiatrie, dont dépendent notamment fortement les personnes transsexuelles. Nous manquons de thérapeutes qui seraient non pathologisants, bienveillants à l'égard des transsexuels et intersexuels (queer), disposeraient d'une formation professionnelle qui les aurait sensibilisés à la diversité des genres et posséderaient de l'expérience en la matière, tout en faisant preuve d'une sensibilité spécifique indispensable.

Les directives thérapeutiques appliquées aujourd'hui aux individus transsexuels et de genre variant enfreignent largement la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales, qui définit le droit à l'autodétermination sexuelle et le droit au transsexualisme. Ces directives ne tiennent pas compte des besoins des individus transsexuels mais servent les intérêts de pouvoir et de contrôle de la psychologie et de la médecine. Ce pouvoir de définition du corps transsexuel des disciplines liées aux soins de santé doit être remis en question dans ses fondements.

Il est nécessaire de changer en profondeur de perspective et de paradigme dans le système de soins apportés aux personnes transsexuelles et de genre variant. Il faut s'affranchir du modèle rigide, pathologisant et de son étroitesse de vue pour adopter un modèle conforme aux droits de l'homme, qui tienne compte des besoins individuels. Il faut pour cela que le droit à l'autodétermination sexuelle détrône le diagnostic d'évolution qui occupe actuellement un rôle central dans la configuration psychothérapeutique.

Réorienter la prise en charge des personnes transsexuelles en fonction de leurs droits et de leurs besoins offre la possibilité aux spécialistes du suivi thérapeutique de sortir du dualisme forcené qui les place soit en tant que «garde-barrière» soit en tant qu'accompagnant thérapeutique, pour mieux tirer profit de leurs compétences en accompagnement thérapeutique. Mais cela suppose d'aborder le sujet de la relation humaine et professionnelle des thérapeutes avec les individus transsexuels et de genre variant, et d'en faire ressortir les problématiques.

Plutôt que de verser dans une pathologisation stigmatisante, il convient de remettre en cause le système de valeurs psychothérapeutiques et ses approches, y compris les concepts de conseil et de thérapie. Les postures liées à l'hétéronormativité et l'hétérosexisme, à la transphobie et à l'homophobie intériorisées, à la binarité des genres, au cisgenre culturel, à la diversité des identités de genre, aux projets individuels en matière de genre et aux orientations sexuelles doivent toutes être abordées dans les cursus de formation postgrade afin d'amener à une prise de conscience sur ces questions.

Mots clés: binarité des genres, hétéronormativité, théorie queer, intersexualité, transsexualité, évolution des genres, identité de genre, genre variant, discrimination.

Auteure

Dr. phil., psychologue & sexologue, Directrice du centre de consultation sur le SIDA et la sexualité, Directrice de la consultation spécialisée en genre variant en Suisse orientale, Membre du groupe Trans*.

Originalarbeit (Titelthema)

Lisa Schmuckli, Patrick Gross

Der Herr ist nicht Frau in seinem eigenen Hause: psychoanalytische Fragmente zur Thematik der trans*Identität

Zusammenfassung: Die Ausführungen des Artikels basieren auf einem Seminar, das die beiden Autor_innen am Psychoanalytischen Seminar Luzern im Frühjahr 2016 durchgeführt haben. Das Seminar konzentrierte sich einerseits auf eine durchaus kritische Lektüre grundlegender Texte zu Transsexualität und ihrer Diskussion. Insbesondere ging es um die soziokulturelle, normative Herstellung von Geschlechtsidentität, um die radikal subjektive Durchquerung solcher gesellschaftlichen Vorstellungen in der psychosexuellen Entwicklung und um den unbewussten Mechanismus von Verlötung. Andererseits fokussierten sich die Teilnehmer_innen in den Fallarbeiten auf Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene als Cis-Therapeut_innen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Trans-Patient_innen. Dabei wurde über Transition und den damit einhergehenden Bruch diskutiert, über die Angst gesprochen, es könnte herauskommen, und ebenso war der unteilbare Schmerz und die mitteilbare Einsamkeit der Rede wert. Zudem wurde der Voyeurismus als zentrales Übertragungsphänomens benannt.

Schlüsselwörter: psychisches Geschlecht, Verlötung, Transition, sozialer Tod und Bruch, Abwehr der Cis-Therapeut_innen

The ruler is not mistress of his own house: Psychoanalytical fragments with respect to the thematic: trans* Identity

Summary: This submission is based on a seminar given by both authors at the Psychoanalytical Seminar Lucerne PSL early 2016. The seminar concentrated on the one hand on a thoroughly critical presentation of reading matter of fundamental texts relating to trans-sexuality and their discussion. In particular, it was about socio-cultural, normative "construction" of gender identity, about radical subjective crossing of such societal conceptions in psycho-sexual development and the unconscious mechanism of fusion. On the other hand, the participants, as Cis-therapists in their psychotherapeutic work with trans-patients, focused in the case studies on transference and counter transference phenomena. Thereby transition and the accompanying breach were discussed, fear was spoken about, it could emerge, and similarly the inseparable pain and the communicable loneliness were worth mentioning. In addition, voyeurism is enumerated as a central transference phenomenon.

Key words: psychological gender – fusion – transition – social death and breach – cis-therapists' defences

Il padrone non è padrona in casa propria: Frammenti psicoanalitici relativi alla tematica: trans*identità

Riassunto: Queste esposizioni si basano su un seminario psicoanalitico che i due autori hanno tenuto in occasione del Psychoanalytisches Seminar Luzern PSL nella primavera del 2016. Il seminario si è concentrato da un lato sulla lettura senz'altro critica di testi fondamentali dedicati alla transessualità e alla loro discussione. In particolare, sono stati esaminati la "creazione" socioculturale e normativa dell'identità sessuale, l'attraversamento soggettivo radicale di tali concezioni sociali nello sviluppo psicosessuale e il meccanismo inconscio della saldatura. Dall'altro, per quanto riguarda il trattamento dei casi, le/i partecipanti si sono dedicati ai fenomeni di trasmissione e controtrasmissione in quanto cis-terapeuti nel lavoro psicoterapeutico con pazienti trans. In quest'ambito sono stati discussi la transizione e la relativa rottura, la paura di essere scoperti nonché il dolore indivisibile e la solitudine comunicabile. Inoltre è stato nominato il voyeurismo come centrale nel fenomeno di transfert.

Parole chiave: sesso psichico – saldatura – transizione – morte sociale e rottura – difesa dei cis-terapeuti

Diese Ausführungen basieren auf einem Seminar, das die beiden Autor_innen am Psychoanalytischen Seminar Luzern im Frühjahr 2016 durchgeführt haben. Im Seminar konzentrierten wir uns einerseits auf eine durchaus kritische Lektüre grundlegender Texte zu Transsexualität der letzten Jahre und ihre Diskussion. Andererseits fokussierten wir uns in den Fallarbeiten auf Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene bei uns als Cis-Therapeut_innen in unserer psychotherapeutischen Arbeit mit Trans-Patient_innen. Mit diesem Text versuchen wir, einzelne Momente der theoretischen Diskussion festzuhalten und Aspekte der Gegenübertragungen von Cis-Therapeut_innen zu problematisieren.

Annäherung

In seiner 18. Vorlesung notiert Sigmund Freud (1969, S. 284) in der ihm eigenen Präzision: „Die dritte und empfindlichste Kränkung aber soll die menschliche Grössensucht durch die heutige psychologische Forschung erfahren, welche dem Ich nachweisen will, dass es nicht einmal Herr ist im eigenen Hause, sondern auf kärgliche Nachrichten angewiesen bleibt von dem, was unbewusst in seinem Seelenleben vorgeht“. Das Ich, bedrängt vom

Es und begleitet oder kontrolliert vom Über-Ich, stellt sich Freud hier vor als einen Herrn, der sich als autonomer Steuermann seines eigenen Lebens wähnt. Dieser Herr fantasiert sich als Beherrscher seines Unbewussten und als ein von seiner Vernunft geleiteter Mensch. Und wenn sich „der Herr“ sicher ist, eine Frau zu sein?

Verkörperung von Geschlechtsidentität: ein Dilemma

Das „Bulletin“ der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoanalyse veröffentlichte 2014 einen Artikel mit dem grellen Titel: „Der unendliche Stillstand der Psychoanalyse: Bemerkungen zu ‚Die endliche und die unendliche Analyse‘ von Sigmund Freud (1937)“ und widmete sich den Fragen sexueller Orientierungen. Die Fragen, die aufgeworfen wurden, drehten sich um die verpassten Konzeptionen sexueller Entwicklungsmöglichkeiten seitens der Psychoanalyse. Fehlen theoretische Konzepte und Diskussionen, hat dies Auswirkungen auf unsere alltägliche klinische Praxis als Psychoanalytiker_innen – und zwar in der Wiederholung von blinden Flecken: Wiederholen wir bewusst und unbewusst in unserer beruflichen Arbeit die scheinbar offensichtliche, zwingende psychosexuelle Entwicklung des Bubens zum Mann und des Mädchens zur Frau? Perpetuieren wir unbesehen Leid verursachende psychische Norm-Entwicklung? Tragen wir zur Installation der Hetero-Normativität mit unserer Arbeit bei? Zementieren wir unter dem Einfluss der eigenen blinden Flecken die psychosoziale binäre Geschlechterordnung? Gehört zu diesen blinden Flecken auch eine Verschärfung der eigenen Cis-Abwehr?

Für uns ist die Psychoanalyse als Theorie und die psychoanalytisch orientierte Therapie zwingend mit Konflikthaftigkeiten ebenso wie mit Befreiungsgedanken, Enttabuisierungen und mit Selbsterkenntnissen verbunden. Es geht auch darum, Unbewusstes zu symbolisieren und noch nicht Gedachtes zu denken zu versuchen, um zu verhindern, dass aus Ungedachtem automatisch Undenkbares wird (Rohde-Dachser, 1991, S. 38ff). So dass sich uns die Frage stellt: Wie können wir Cis-Psychoanalytiker_innen trans*idente und geschlechtervariante Menschen in ihrer Entwicklung zu sich hin begleiten? Wie können wir Menschen, die keine Norm-Entwicklung vom Bub zum Mann oder vom Mädchen zur Frau durchlaufen, wie können wir offen werden und es auch bleiben für Menschen mit nicht normativen psychosexuellen Entwicklungen?

Wenn wir uns im Folgenden mit dem Phänomen der Transidentität beschäftigen, ist es uns wichtig, die in den 1950er Jahren von Money und seinen Mitarbeitern (Money et al., 1955; Money, 1955) eingeführte Unterscheidung zwischen einem biologischen Geschlecht (sex) und einem psychosozialen Geschlecht (gender) stets im Auge zu behalten. Zur Abgrenzung des genitalen Geschlechts von den erotischen Aktivitäten und den kulturell, historisch bedingten Geschlechtsrollen führte Money den Begriff der Geschlechtsrolle (gender role) ein. Unter der Geschlechtsrolle verstehen wir seit der nachhaltigen Ausdifferenzierung zwischen „sex“ und „gender“ im Sinne von Richter-Appelt (2012, S. 22) „die Gesamtheit der kulturell erwarteten, als angemessen betrachteten und zugeschriebenen Fähigkeiten, Interessen, Einstellungen und Verhaltensweisen des jeweiligen Geschlechts. Sie unterliegen einem Wandel innerhalb der und zwischen den Kulturen.“ Die Unterscheidung von „sex“ und „gender“ erlaubte es folglich, zu untersuchen und aufzuzeigen, wie soziale Konstruktionen – Geschlecht, Körper, Rollen, sexuelles Verhalten, soziale Zugehörigkeiten etc. – entstehen, wie Geschlechterrollen und -verhalten auch Fragen der sozialen Macht aufwerfen und wie diverse Gruppierungen gegen normatives Verhalten (beispielsweise Zwangsheterosexualität) aufbegehren (Honegger & Arni, 2001). Wichtig ist zudem, dass die kategoriale Differenzierung von „sex“ und „gender“ nicht nur als kulturelle, sondern auch als sozioökonomische erfasst wird. Denn wie sonst sollten wir einen geschärften Blick für das erhöhte Armutrisiko, für die überdurchschnittlich hohe Suizidrate der trans*Menschen, für die Ausgrenzungen von Flüchtlingen mit trans*Hintergrund erhalten (Emcke, 2012; RosaRot, 51, 2016)?

Von den erwähnten Dimensionen der Geschlechtlichkeit, die vormals unhinterfragt zusammenfielen, gilt es im Weiteren die folgenden Begriffe abzugrenzen und sie voneinander zu differenzieren, nämlich die sexuelle Identität einer Person (subjektives Erleben als hetero-, homo-, bi- oder asexuell), die sexuelle Präferenz (von wem oder was wird eine Person sexuell erregt) und die sexuelle Orientierung (im Sinne einer Partner_innenwahl).

Das Phänomen der Transidentität umschreibt das subjektive Erleben, im „falschen Körper“ gefangen zu sein und an einer Nichtübereinstimmung zwischen psychischer und somatischer Geschlechtsidentität zu leiden. Das körperliche Geschlecht und das psychisch erlebte Geschlecht klaffen auseinander; die Geschlechtsidentitätsbildung ist konfliktreich(er) und erschwert – was gerade in der Pubertät zu massiven psychischen, familiären und sozialen Problemen führen und die Herausbildung und Festigung einer eigenen Geschlechtsidentität massiv belasten kann.

Transidentitäten rütteln vielfältig an gesellschaftlichen, selbstverständlich geltenden Normen und stellen das unhinterfragte, sogenannte eindeutige Mann- oder Frausein, klar codierte Männer- und Frauenbild ebenso in Frage wie unter dem heteronormativen Primat stehende Zwangsheterosexualität. Und auch die in diesem gesellschaftlichen Umfeld gewachsene körperliche Geschlechts- und erlebte sexuelle Identität der Cis-

Therapeut_innen werden im Kontakt mit trans*Menschen laufend mehr oder weniger offensichtlich oder subtil infrage gestellt.

Die Verkörperung einer Geschlechtsidentität führt dann in ein Dilemma, wenn das somatische und das psychische Geschlecht divergieren. In seiner Autobiografie schreibt der Gynäkologe Niklaus Flütsch (2014, S. 101): „Wir Transmenschen befinden uns in einer Zwickmühle. Wir können versuchen, das seelische Geschlecht dem körperlichen anzugleichen oder das körperliche Geschlecht dem seelischen. Was ist ethisch vertretbar? Müssen wir uns dem Diktat des körperlichen, materiellen Geschlechts beugen, die Seele in ihre Hülle zwingen und diese Nichtübereinstimmung bis ans Lebensende ertragen? Oder dürfen wir den Körper der Seele unterordnen und korrigierend in die Natur eingreifen?“

Wer ist wie? – Über Verlötungen

Haben sich Fragen zu trans*Identitäten nicht auch etwas entspannt angesichts der gesellschaftlichen Aufweichung der scharfen Grenzen dessen, wie Mann- und Frausein gelebt werden kann und interpretiert wird? Viele Menschen kokettieren mit einer gewissen Offenheit hinsichtlich ihrer eigenen Geschlechtsidentität und sexuellen Orientierung, betonen, dass sie nicht mehr genau wüssten, was ein Mann und was eine Frau sei, oder merken an, dass sie nicht mehr willens seien, sich der binären Geschlechterordnung zu unterwerfen. Das (soziale, ökonomische) Spiel zwischen den Geschlechtern und mit den Geschlechterrollen hat sich zu Experimenten mit einer Vielzahl von möglichen Geschlechtsidentitäten verlagert. Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung sind individuelles Erleben und zugleich ein kulturell-gesellschaftliches Ereignis – zentraler Ort des Konfliktes und der Widersprüche. Verschärft werden diese Konflikte angesichts der Subjekthaftigkeit des Sexuellen, der reklamierten Selbstbestimmung gerade der eigenen, gelebten Sexualität und der gesellschaftlichen Normierungen bei gleichzeitig wirksamer, subkultureller Auflösung dieser Normierungen (Sigusch, 2013; Sichtermann, 1987).

Was immer wieder (aktiv oder passiv) übersehen wird: Bereits Freud (1974, S. 235, Anm. 2) war sich sicher, dass sich keine gesicherten Antworten auf die Frage „Wer ist wie?“ finden und geben lassen: „Wir sind gewohnt zu sagen, jeder Mensch zeige sowohl männliche als weibliche Triebregungen, Bedürfnisse, Eigenschaften, aber den Charakter des Männlichen und Weiblichen kann zwar die Anatomie, aber nicht die Psychologie aufzeigen. Für sie verblasst der geschlechtliche Gegensatz zu dem von Aktivität und Passivität, wobei wir allzu unbedenklich die Aktivität mit der Männlichkeit und die Passivität mit der Weiblichkeit zusammenfallen lassen (...). Die Lehre von der Bisexualität liegt noch sehr im Dunkeln, und dass sie noch keine Verknüpfung mit der Trieblehre gefunden hat, müssen wir in der Psychoanalyse als schwere Störung verspüren.“ Freud betont ein Unbehagen, dass in der (westlichen) Kultur selbstverständlich aktiv mit männlich und passiv mit weiblich konnotiert wird. Er konnte jedoch noch nicht sehen, wie sich seine Triebtheorie mit einem Konzept der Bisexualität zusammenfügt. Gsell und Zürcher (2011) erforschen diese Lücke und stellen die Hypothese auf, dass der grundlegende Dualismus der menschlichen Psyche darin besteht, dass jeder Triebwunsch zwei Richtungen kennt, nämlich ein aktives und ein passives Triebziel. Jener Triebwunsch, der ein aktives Triebziel verfolgt, will schliesslich aktiv genital penetrieren; jener Triebwunsch, der ein passives Triebziel verfolgt, will schliesslich passiv genital penetriert werden. Und die Erfüllung des Triebwunsches ist an den Körper (als materiellen Ort) des Triebes gebunden. Das heisst: Das anatomische Geschlecht erschwert oder erleichtert die Erfüllung der aktualisierten Triebwünsche, schafft also Unlust oder Lust und generiert gleichermaßen auch einen unerfüllbaren Organwunsch. Die anatomische Gegebenheit (männlicher oder weiblicher Körper), der Triebwunsch und das Triebziel (aktiv oder passiv) verschmelzen, führen zu Lust oder Unlust und fordern eine subjektive Interpretation. Allerdings ist diese subjektive Interpretation kulturell eingebettet. „Eine der ersten Bedeutungen, die solchermassen psychisch generiert wird, ist die unbewusste Verlötung der Vorstellungsinhalte von *weiblich* und *männlich* mit der passiv-genitalen resp. aktiv-genitalen Triebposition“ (Gsell & Zürcher, 2011, S. 723). Die unbewussten Vorstellungsinhalte manifestieren sich in mehr oder weniger subtilen Vorurteilen hinsichtlich Geschlechterdifferenz und hinsichtlich dessen, was man mit „weiblich“ und „männlich“ kulturell konnotiert. Angesichts dieser (möglichen und konkreten) psychischen Konflikte und Widersprüchlichkeiten wird deutlicher, wie komplex es ist, seine_ihre Triebwünsche und Triebziele zu symbolisieren, seine_ihre sexuelle Identität zu entwickeln, seine_ihre eigene sexuelle Orientierung zu finden und sein_ihr eigenes Frausein oder Mannsein zu verkörpern und zu leben. Und diese unbewussten und auch kulturell verankerten Verlötungen erschweren nicht nur den trans*identen Menschen ihre individuelle Transition, sondern auch den Cis-Therapeut*innen eine möglichst unverstellte Wahrnehmung.

Trans*Menschen öffnen mit ihrer Transition zwangsläufig und häufig keineswegs intendiert einen intermediären Raum zwischen den Geschlechtern. Während der Transition eröffnet sich ein steinigtes und unwirtliches Tal zwischen den Gipfeln von Männlichkeit und Weiblichkeit. Dieses unkartografierte Tal zwischen den Geschlech-

tern ist häufig sowohl für die trans*Menschen selber als auch für ihre Begleiter_innen ein ausserordentliches, und es erstaunt darum auch nicht, dass sich trans*Menschen und mit ihnen häufig auch ihre Cis-Therapeut_innen möglichst schnell von einem zum anderen Gipfel bewegen möchten, nicht zuletzt, um wieder einen Überblick zu erhalten und so für sich Eindeutigkeit herstellen zu können. So erklärt sich Burzig (1982) den starken Sog zur Übernahme des Wunsches nach Geschlechtsangleichung, mit dem sich die Therapeut_innen häufig konfrontiert sehen. Burzig (1982, S. 854) schreibt, dass „wir mehr oder weniger bewusst eine gute Einfühlung dafür haben, wie schlimm es für das eigene Identitätserleben sein muss, keinem der beiden Geschlechter sich wirklich zugehörig zu fühlen, also im Niemandsland oder – genetisch gesehen – im Vorfeld zu hausen. Diese Einfühlung könnte uns motivieren, die Patienten ‚herauszuholen‘ und der Qual durch eine andere ‚Uniform‘ ein Ende zu machen“. In die Bergmetapher übersetzt hiesse dies, dass wir Therapeut_innen sozusagen als Bergführer_innen von trans*Menschen nur einen, nämlich den direkten Weg zwischen den Gipfeln kennen, den wir und die Klient_innen – vor dem Hintergrund der eigenen Angstabwehr – möglichst schnell zurückzulegen haben, nämlich jenen von Mann zu Frau oder von Frau zu Mann. Dieser Pfad wurde nicht zuletzt durch die Medizin und ihr nachfolgend auch durch die Rechtsprechung zunehmend geebnet und zu einem entsprechend der binären Geschlechterordnung leicht begehbaren Wanderweg ausgebaut. Als leichter Wanderweg vom einen zum anderen Gipfel stützt er nicht nur die binäre Geschlechterordnung und die Illusion der Eindeutigkeit eines Geschlechts, sondern befeuert auch die Allmachtfantasien der Cis-Therapeut_innen.

Der von Gsell und Zürcher eingeführte Begriff der „Verlötung“ verdeutlicht noch einen anderen Aspekt. Die Konstellationen aktiv-männlich und passiv-weiblich sind derart stark psychisch verschmolzen und kulturell verankert, eben: verlötet, dass eine Aufweichung nur über das Bewusstmachen gelingen kann. Folglich sind auch die Gleichsetzungen von männlichem Körper mit Mann und weiblichem Körper mit Frau eine psychosoziale, kulturelle Normierung, die als selbstverständliche, unbefragte Verlötung bis ins Unbewusste verankert ist. „Indem der Transsexualismus beweist, dass auch die Geschlechtlichkeit ein kulturell Zusammengesetztes und psychosozial Vermitteltes ist, fallen Körpergeschlecht und psychosoziale Geschlechtsidentität bei den ‚Normalen‘, die bisher die einzig ‚Gesunden‘ waren, nicht mehr fraglos zusammen. Das aber geht ans kulturell Eingemachte“ (Sigusch, 2013, S. 244). Das eigene Verhältnis zum eigenen Körper, zum eigenen Geschlecht, zur Geschlechtsidentität und ebenso zur sexuellen Orientierung wird kulturell vermittelt. Wir sind mit anderen Worten schon immer in Bedeutungszusammenhängen gefangen und der Wirksamkeit der vielfachen Verlötungen ausgesetzt.

Wer ist wie? Im Alltag erblicken wir Männer, Frauen, Kinder, ältere Menschen, wir teilen ein, ordnen, fantasieren Sexualitäten hinzu, schaffen so Sicherheiten, Ein- und Ausgrenzungen. Man sieht spontan, was man eben sehen „will“, das heisst: auf den ersten, spontanen Blick wird das Richtige, Korrekte illusioniert, eine Eindeutigkeit spekulativ hergestellt und solcherart mögliche Irritationen aufgrund dessen, was man wahrgenommen hat, übersehen. (vgl. Schneider, 1994; Welsch, 1990) Erst auf einen zweiten Blick können diese Formen von Illusionen, Täuschungen, auch Vorurteile bewusst werden, um in der Folge umso deutlicher all jene Irritationen zu erfahren, wenn sich diese Geschlechter- und Gesellschaftsordnung nicht auf den ersten Blick erfüllt. Just diesen Irritationen nachzugehen ist für uns eine Möglichkeit, die Verlötungen und die damit einhergehenden Vorurteile bewusst zu machen.

Phoenix aus der Asche: sozialer Tod und neu geschaffene Eindeutigkeiten

Eine knapp 20-jährige trans*Frau schildert ihren ersten Arbeitstag in einem grossen Altersheim, sie freut sich und ist auch nervös, sie wünscht sich eine längere Anstellung, um daheim ausziehen zu können. Am ersten Tag wird sie von einer entfernt bekannten Frau als trans*Frau zwangsgeoutet, sie gerät in Panik, verlässt den Arbeitsplatz und verliert am ersten Tag ihre Anstellung.

Eine trans*Frau macht ihr Coming-out nach der Familienphase. Die Noch-Ehefrau reagiert verletzt und verletzend und fordert sofort, dass sie auszieht und den Kontakt zu den gemeinsamen Kindern abbricht.

Ein trans*Mann reagiert unmittelbar sehr zornig und mit Gesprächsabbruch, wenn es um seine Zeit vor der Transition geht.

Auf zwei Momente möchten wir mit diesen knappen Vignetten die Aufmerksamkeit lenken, nämlich auf die erstrebte Eindeutigkeit nach der Transition und den sozialen Tod, das heisst, auf den Bruch mit der Vergangenheit, der mit der Transition einhergeht und eine oft nur schwer zu ertragende, jedoch mitteilbare Einsamkeit evoziert.

Die kulturelle Dualität von männlich und weiblich verläuft bei einer trans*identen Person quer durch sie hindurch, und die Transition stellt wieder eine Eindeutigkeit her oder stellt erstmals eine Eindeutigkeit her: jetzt ist sie_er endlich ganz Frau oder ganz Mann. Die Eindeutigkeit der Erscheinung und vor allem der Fremdwahrnehmung ist meistens eines der zentralen Kriterien der Transition und eines gelungenen Passing.

Als Cis-Therapeut_innen erleben wir in den Begleitungen und Therapien von trans*identen Menschen ihre Transition häufig als eine Art „sozialen Tod“: Während der Transition findet eine Metamorphose statt, in der die Person mittels Hormontherapien und chirurgischen Eingriffen den Körper an das Geschlecht der Seele angleicht, mittels Mode, Schminke, Sport, Sprach- und Verhaltenstraining die eigene Vorstellung von Frau- oder Mannsein verfeinert und sich sowohl zeitlich als auch optisch von der eigenen Vergangenheit distanziert. Viele Personen, die ihre Transition durchlebt haben, wollen – so eine wiederkehrende Erfahrung unserer therapeutischen Arbeit – ihre eigenen Vorgeschichten nicht oder kaum mehr zu sich gehörig begreifen, wollen „das Alles“ hinter sich lassen. Zugleich ist da diese Furcht, „es“ könnte wiederentdeckt werden. So scheint der oben angesprochene leichte Wanderweg auf seltsame Weise verschüttet. Es gibt offensichtlich keine Brücke, die die beiden Berggipfel „Geschlecht“ und zugleich die eigene Zeitlichkeit von vorher und jetzt verbinden könnte (höchstens eine äusserst minime Vermittlung), sondern einen Abbruch. Auffallend ist, dass dieser Bruch sozial, von aussen erzwungen werden kann und ebenso intrapsychisch vollzogen wird. Dieser intensive Wunsch, die Vergangenheit zurückzulassen, lieber noch: ungeschehen zu machen, impliziert einen Bruch im Selbstverhältnis ebenso wie die Fantasie einer Selbsterfindung: wie Phoenix aus der Asche wird der verloren geglaubte Wunsch nun endlich erfüllbar, das Leben im seelisch gefühlten Geschlecht kann mit der Auferstehung beginnen. Die erlittene Vergangenheit gilt als verbrannte Erde, nicht mehr begehbar, attraktiv ist nur noch die Zukunft mit ihren fantasierten Versprechen. Und just in diesem Moment ist eine grosse Einsamkeit wieder erfahrbar. Denn Einsamkeit wird von den trans*identen Personen vor und nach der Geschlechterangleichung stark erlebt. Den Weg zur eigentlichen Geschlechtsidentität muss die trans*Person letztlich alleine gehen; die Cis-Therapeut_innen bleiben in ihrer eigenen, kontinuierlich vertrauten Geschlechtsidentität zurück. Der Schmerz ist wohl unteilbar, nicht jedoch die Einsamkeit. Sie ist teilbar und wohl auch mitteilbar: Der trans*idente Mensch ebenso wie der_die Cis-Therapeut_in erleben eine differente und zugleich oft schmerzhafteste Einsamkeit. Zwar ist die Transition eine eigene kreative psychosoziale Leistung, sich im ersehnten Geschlecht neu zur Welt zu bringen, begleitet von Fantasien einer konflikt- und leidfreien, glücklichen Zukunft, da nun ja das Geschlecht das Wunschgeschlecht ist. Verdrängt wird zugleich der unauflösbare Konflikt, überhaupt ein Geschlecht zu verkörpern, eine sexuelle Identität zu entwickeln und eine sexuelle Orientierung zu wählen – und damit mit einer Begrenzung der Selbsterfindung konfrontiert zu werden und begrenzt zu bleiben.

Phoenix aus der Asche: diese Assoziation führt uns zur Frage, ob eine Transition zwingend mit diesem Bruch – von der Geschlechtsidentität folglich auch teilweise in der sexuellen Identität, im Biografischen – verbunden ist, ein Bruch, den wir als sozialen Tod kennzeichnen. Wir stellen die Hypothese auf, dass dieser soziale Tod, die damit einhergehende tiefe Einsamkeit kompensiert (oder versuchsweise geheilt) wird, und zwar mit Anpassungsleistungen an normative Vorstellungen von Mann- und Frausein. Diese Anpassungsleistungen können als Herstellung von Zugehörigkeit zu einem der beiden Geschlechter und folglich als Selbstvergewisserung verstanden werden. Ort des Durcharbeitens wird der Körper selbst. Erinnerungen an die vorherige Zeit werden unterdrückt, sie wiederholen sich unbewusst und kehren als kontrafaktische Anpassungsleistungen ebenso wie als Angstabwehr und als Ängste zurück (Freud, 1975). „Es“ könnte entdeckt werden ... Dieses „Es“ umfasst den Geschlechtswandel, das permanent Fragile der Geschlechtsidentität und auch die Möglichkeit, die herkömmliche sexuelle Orientierung zu überschreiten. Diese Ängste sind für Cis-Therapeut_innen wiederum Irritation und Befremdung. Die vordergründig als sicher erlebte Geschlechtsidentität wird von aussen bezweifelt, befragt, gar zur Legitimation herausgefordert. Denn woher wissen denn die Cis-Therapeut_innen um die scheinbar fundamentale Gewissheit ihres eigenen Geschlechts?

Dem Blickregime entziehen: gegen einen kruden Voyeurismus

Ein knapp dreissigjähriger trans*Mann kommt in die Therapiestunde, erzählt von seiner Woche, fügt eine Erinnerung an die Operation zu seiner Mastektomie ein, berichtet von seinem Fitnessprogramm und hebt unerwartet sein T-Shirt hoch und fordert ultimativ: „Sehen Sie hin!“ Die Unmittelbarkeit des Zu-Sehen-Gebens des Körpers, dieser unmittelbar geschaffenen Intimität wiederum evoziert bei mir als Cis-Therapeutin den Wunsch, die Augen zu schliessen, mich zu distanzieren und mich meinen Fantasien hinzugeben, und, ebenso unmittelbar, meine Brüste zu berühren: Sind sie noch da?

Am WPATH-Kongress in Amsterdam gab es keine getrennten Toiletten. Einzig der Hinweis auf den Urinat liess noch die ersehnte Trennung (und Eindeutigkeit) zu. Das Betrachten der Wartenden vor den Toiletten (nicht vor dem Urinat) beflügelte meine Fantasie und mündete in die Frage: Hat er einen (Penis) oder hat er keinen, also: ist das ein trans*Mann oder nicht? Die aufgebaute angstbetonte Spannung reduzierte sich merklich bei der „Rückversicherung“, selber nicht „kastriert“ zu sein.

Der trans*idente Mensch gibt uns Cis-Therapeut_innen hier direkt körperlich, meist jedoch psychosomatisch, etwas zu sehen. In der Aufforderung „Schau hin!“ wird unser Blick gelenkt, wird das Visuelle dominant, werden

zugleich die Fantasien angeregt. Denn im Sehen steckt mehr als ins Auge fällt. Das Auge, das sieht, sieht überschüssig, lässt Fantasien und Verlötnungen gleichermaßen mit sehen. Im Auge steckt mehr, als es sieht: nämlich ein „Es visualisiert“ (Schmuckli, 2006). Das Unbewusste visualisiert in unserem Blick unaufhaltsam mit und gibt so mehr zu sehen, als gezeigt wird. So entsteht ein Überschuss an Wahrnehmungen seitens Cis-Therapeut_innen, während der trans*idente Klient wohl eher die Eindeutigkeit seines nicht mehr weiblichen Körpers und sein erfolgreiches Passing demonstrieren wollte. Oder wollte er auch provozieren, also etwas pro voce, zur Sprache, bringen?

Woher kommt dieses Gefühl bei Cis-Therapeut_innen, in gewissen Momenten sich plötzlich voyeuristisch wahrzunehmen, eventuell es auch zu sein? Voyeurismus im Sinne von etwas heimlich sehen und dabei sexuell stimuliert zu sein oder gar in einer sexualisierten Atmosphäre gefangen genommen zu werden? Wie stellt sich in diesem Kontext subtil die Differenz zwischen Begehren als intensives Interesse am Austausch und Sexualisierung als Angstabwehr her? Wir behaupten, die Zweideutigkeit stellt sich immer dann ein, wenn das „Es visualisiert“ wirksam ist, wenn das, was gezeigt wird, auf den vorbewussten Wunsch trifft, noch etwas mehr sehen zu wollen, oder besser: sehen zu müssen, als der trans*idente Patient zeigt. Der trans*idente Patient zeigt seinen Körper, ob verhüllt oder für einen Augenblick unverhüllt, und die Cis-Therapeutin, der Cis-Therapeut sieht und vor allem fantasiert sich etwas dazu, was für sie_ihn unheimlich und zugleich begehrenswert, angstausslösend und irritierend ist. Sie_er sieht mehr und anderes als gezeigt wird.

Nun erlaubt es just dieser Voyeurismus, das herrschende Blickregime zu erkennen und zu überprüfen und somit die kulturelle Kodierung zu entdecken. Zentrale Momente des Voyeurismus sind einerseits die Fragen „Ist es eine Frau?“, „Ist es ein Mann?“, „Ist es echt?“ und andererseits die eigene sexuelle Rückversicherung, ich bin eine Frau, ein Mann mit sexueller Potenz.

An dieser Stelle drängt sich uns das phallische Thema des realen Penisverlusts, des realen Verlustes der Brüste und des Verlusts von Innenräumen, also einer geschlechtervarianten Kastration, förmlich auf. Die Möglichkeit und die Gefahr einer Kastration lässt sich nun weder von den trans*Menschen noch von den Cis-Therapeut_innen weiterhin ignorieren oder erfolgreich beiseiteschieben. Letztere reagieren darauf nicht selten mit der Tendenz, eigene Ängste im Gewand psychoanalytischer Konzepte (wie z. B. jenes des Gegenübertragungserlebens oder der projektiven Identifikation) am trans*identen Klienten projektiv abzuhandeln.

Die Kastration betrachten wir, mit Reiche übereinstimmend, trotz Psychochirurgie nicht konkretistisch. Entsprechend ist das Objekt der Kastration auch nicht mehr der Penis oder die Brüste, sondern die phallisch-narzisstische Integrität des_der einzelnen ebenso wie die Unantastbarkeit des geschlechterdifferenten Körperbildes. Entsprechend ist die Kastrationsangst für Reiche (2005, S. 139) „in erster Linie ein Konzept (und manchmal auch ein klinisch beobachtbares Phänomen), und aus diesem einfachen Grund gilt sie auch für beide Geschlechter, wenn auch in geschlechtsspezifischer Ausformung“.

Das, was die Kastration thematisiert, lässt sich wieder auffächern als komplexes Spiel von Neugier, Zu-Sehen-Geben, Mehr-Sehen-Wollen ebenso wie Dem-Blick-Entziehen-Wollen und Dazu-Fantasieren, von Angstabwehr und Voyeurismus und wohl auch von Scham und Beschämung. In dem Augenblick, in dem sich der trans*Mensch oder die Cis-Therapeut_innen zeigen, setzt das Spiel des Blickes und der Einschnitte ein. (Luis Bunuel hat in seinem Film „Le chien andalou“, Frankreich 1929, unter anderem auch auf dieses Spiel der Blickregime hingewiesen. Die Geschlechterdifferenz visualisiert Bunuel auch mit der Geste des Beschneidens: Der Mann schneidet mit der Rasierklinge ins Auge der Frau – zerstörte Integrität, Kastration, Schmerzen, ein geteilter, auch ein blinder Blick.)

In dieser offensichtlichen Geste des Coming-Out des trans*Mannes geht es möglicherweise weniger um ein Statement nach aussen als vielmehr um eine Selbstversicherung, um einen Prozess des Bewusstseins nach innen (Binswanger, 2011), um die Spannung zwischen eigener Wahrnehmung als trans*Mann und gesellschaftlichen dominanten Erwartungen (gerade dessen, was man sieht) zu mildern. Und so lässt sich wohl auch der Wunsch der Cis-Therapeutin, des Cis-Therapeuten, die Augen zu schliessen, verstehen als Versuch, wieder radikal – und ganz im Sinne Freuds – zu hören, was sich zeigt.

Autor_innen

Patrick Gross ist Psychoanalytiker und Psychotherapeut in Basel, Mitbegründer und Koordinator der Fachgruppe-Trans*, einer multidisziplinären Arbeitsgruppe für trans*Begleiter_innen in der deutschsprachigen Schweiz. Dozent am Ausbildungszentrum für Psychoanalytische Psychotherapie (AZPP) in Basel.

Lisa Schmuckli ist promovierte Philosophin und Psychoanalytikerin in Luzern. Sie arbeitet als Psychotherapeutin u.a. auch mit trans*Menschen und beschäftigt sich seit langem mit Gender-Themen. Sie ist Mitglied des Psychoanalytischen Seminars Luzern PSL.

Korrespondenz

E-Mail: gross.patrick@gmail.com

E-Mail: l.schmuckli@bluewin.ch

Literatur

- Binswanger, R. (2011). „Die Neurose ist sozusagen das Negativ der Perversion“ – Freuds Formel neu interpretiert. *Psyche*, 65, 673–698.
- Burzig, G. (1982). Der Psychoanalytiker und der transsexuelle Patient: ein Beitrag zur notwendigen Auseinandersetzung mit „psycho“-chirurgischen Eingriffen an den Geschlechtsmerkmalen. *Psyche*, 36, 848–856.
- Emcke, C. (2012). *Wie wir begehren*. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Flütsch, N. (2014). *Geboren als Frau – glücklich als Mann: Logbuch einer Metamorphose*. Glockhausen: Wörterseh.
- Freud, S. (1969). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und Neue Folge (Studienausgabe, Bd. 1)*. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Freud, S. (1974). Das Unbehagen in der Kultur. In: Freud, S., *Fragen der Gesellschaft, Ursprünge der Kultur* (S. 197–270; Studienausgabe, Bd. 9). Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Freud, S. (1975). *Erinnern, wiederholen, durcharbeiten*. In: Freud, S., *Schriften zur Behandlungstechnik* (S. 205–215; Studienausgabe, Erg.-Bd.). Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Gsell, M., & Zürcher, M. (2011). Licht ins Dunkle der Bisexualität: Bisexualität, anatomische Geschlechterdifferenz und die psychoanalytische Bedeutung von ‚männlich‘ und ‚weiblich‘. *Psyche*, 65, 699–729.
- Honegger, C., & Arni, C. (Hrsg.) (2001). *Gender – die Tücken einer Kategorie: Joan W. Scott, Geschichte und Politik; Beiträge zum Symposium anlässlich der Verleihung des Hans-Sigrist-Preises 1999 der Universität Bern an Joan W. Scott*. Zürich: Chronos.
- Money, J. (1955). An examination of some basic sexual concepts: the evidence of human hermaphroditism. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 97, 301–310.
- Money, J., Hampson, J. G., & Hampson, J. L. (1955). Hermaphroditism: recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychologic management. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 97, 284–300.
- Reiche, R. (2005). Das Rätsel der Sexualisierung. In: Quindeau, I., & Sigusch, V. (Hrsg.), *Freud und das Sexuelle: neue psychoanalytische und sexualwissenschaftliche Perspektiven* (S. 135–152). Frankfurt am Main: Campus.
- Richter-Appelt, H. (2012). Geschlechtsidentität und -dysphorie aus psychoanalytischer Sicht. *Politik und Zeitgeschichte*, 62(20–21), 22–28.
- Rohde-Dachser, C. (1991). *Expedition in den dunklen Kontinent: Weiblichkeit im Diskurs der Psychoanalyse*. Berlin: Springer.
- RosaRot: Zeitschrift für feministische Anliegen und Geschlechterfragen, 51, 2016.
- Schneider, Peter (1994): *Insight such as this.... – Die Traumdeutung lesen. Eine Einführung in das Denken der Psychoanalyse*, in: Scheider, Peter u.a. (Hrsg.): *Freund-Deutung*, Tübingen, S. 15-113.
- Sichtermann, B. (1987). *Wer ist wie? Über den Unterschied der Geschlechter*. Berlin: Wagenbach.
- Sigusch, V. (2013). *Sexualitäten: eine kritische Theorie in 99 Fragmenten*. Frankfurt am Main: Campus.
- Schmuckli, L. (2006). *Begehren nach Bildern: Freuds Bildkonzept – Spuren der piktoralen Wende*. Wien: Turia und Kant.
- Stark, T. (2014). Der unendliche Stillstand der Psychoanalyse: Bemerkungen zu ‚Die endliche und die unendliche Analyse‘ von Sigmund Freud (1937). *Bulletin der SGPSa*, 78.
- Stark, T. (2015). Scheitert die Psychoanalyse an der Sexualität? *Zeitschrift für Sexualforschung*, 28, 212–226.
- Welsch, Wolfgang (1990): *Ästhetik und Anästhetik*, in: Ders.: *Ästhetisches Denken*. Stuttgart, S. 9-41.

Le maître n'est pas maîtresse dans sa propre maison : Fragments psychanalytiques au sujet de la trans*identité

Ces présentations s'inspirent d'une conférence assurée par les deux auteurs lors du Séminaire Psychanalytique de Lucerne (PSL) au printemps 2016. Cette conférence a mis l'accent notamment sur une lecture critique de textes fondateurs traitant de la transsexualité, ainsi que sur les débats qu'elle génère.

Ce travail commun a conduit à faire l'autocritique de ses propres 'préjugés' concernant la représentation normative que l'on se fait du développement de l'identité de genre et de l'orientation sexuelle. Nous nous sommes ainsi posé la question : Comment pouvons-nous, en tant que psychanalystes cisgenres, accompagner dans leur développement les individus trans*identitaires et de genre variant ? Comment aborder les individus qui ne suivent pas une évolution normative de garçon en homme ou de jeune fille en femme, comment être et rester ouvert à ceux dont le parcours psychosexuel ne correspond pas à la norme ? Les participant(e)s se sont par ailleurs intéressé(e)s aux études de cas impliquant des phénomènes de transfert et de contre-transfert de la part des thérapeutes cisgenres dans leur travail psychothérapeutique auprès de patients transgenres. Les principaux phénomènes de transfert évoqués prennent la forme d'une douleur indicible, d'une solitude exprimée et de voyeurisme.

Le dilemme entre le genre ressenti au plan somatique et celui ressenti au plan psychique, l'appropriation d'une identité de genre marquant une divergence entre le psychisme et le corps constituent la composante essentielle de ce texte. Voici ce qu'écrit le gynécologue Niklaus Flütsch dans sa biographie : « En tant qu'individus transgenres, nous nous retrouvons confrontés à un dilemme. Nous pouvons essayer de réconcilier le genre psychique avec le genre corporel ou l'inverse. Mais quelle approche est défendable déontologiquement ? Devons-nous nous soumettre au diktat du genre physique et matériel ? Contraindre le psychisme à s'harmoniser à son enveloppe et supporter ainsi cette dichotomie jusqu'à la fin de nos jours ? Ou bien avons-nous le droit d'accorder une prédominance au psychisme sur le corps, donc d'intervenir sur la nature pour la corriger ? ».

Nombreux sont ceux qui revendiquent, avec une certaine coquetterie, être ouverts sur leur propre identité de genre et leur orientation sexuelle. Ils affirment ne plus savoir vraiment ce qu'est un homme ou une femme et indiquent ne plus souhaiter se soumettre à une répartition binaire entre les genres. Le jeu des relations (sociales, économiques) entre les genres et la répartition des rôles ont désormais évolué vers l'expérimentation d'une multitude d'identités de genre possibles. L'identité de genre et l'orientation sexuelle relèvent du ressenti individuel tout en étant une manifestation culturelle et sociale. L'origine majeure du conflit et de la contradiction est et demeure le corps vs le ressenti psychique. Ces conflits sont attisés par la personnalité du sujet sexuel, son autodétermination proclamée à vivre sa propre sexualité et par les normes sociales, parallèlement confrontées à un effacement infra-culturel réel.

Les auteurs présentent des questions et thèmes importants à partir de fragments ayant fait l'objet d'une sélection radicalement subjective parmi les travaux réalisés auprès d'individus transgenres: le champ de l'hétéronormativité et la différenciation entre transsexualité et orientation sexuelle, le mécanisme de soudure et le dilemme insoluble qui consiste à se sentir enfermé dans un genre. Les auteurs discutent aussi avec une distance critique des réactions possibles de défense des thérapeutes cisgenres, de leur voyeurisme et de leurs représentations normatives (plus ou moins conscientes) de l'homme ou de la femme, ainsi que des préjugés qui accompagnent cette pensée binaire.

Mots clés: genre psychique - soudure - transition - rupture et mort sociale - défense des thérapeutes cisgenres

Auteurs

Patrick Gross est psychanalyste et psychothérapeute à Bâle, cofondateur et coordinateur du groupe d'experts Trans*, un groupe de travail pluridisciplinaire pour les accompagnateurs des individus transgenres dans la partie alémanique de la Suisse. Maître de conférences au Centre de formation en psychothérapie psychanalytique (AZPP) de Bâle.

Lisa Schmuckli est docteur en philosophie et psychanalyste à Lucerne. Elle intervient aussi en tant que psychothérapeute auprès d'individus transgenres et s'intéresse depuis longtemps à la thématique des genres. Elle est membre du Séminaire Psychanalytique de Lucerne (PSL).

Originalarbeit (Titelthema)

Udo Rauchfleisch

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

Eine Analyse mit Hilfe der Konzepte von Übertragung und Gegenübertragung

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

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

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

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

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

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

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

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

Einleitung

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

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

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

Konzepte der Übertragung und Gegenübertragung

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

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

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

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

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

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

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

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

Vorüberlegungen

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

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

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

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

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

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

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

Übertragungsdispositionen von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transidenten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gegenübertragungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Autor

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

Korrespondenz

Prof. Dr. Udo Rauchfleisch
Delsbergerallee 65
4053 Basel

E-Mail: Udo.Rauchfleisch@unibas.ch

Literatur

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

Article inédit (thème principal) – Synthèse

Udo Rauchfleisch

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

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

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

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

Auteur

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

Originalarbeit (Titelthema)

Martin Plöderl

LSBTI und psychische Gesundheit: Fakten und Erklärungsmodelle

Zusammenfassung: Lesbische, schwule, bisexuelle, transgender und intersexuelle (LSBTI) Menschen scheinen ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen und Suizidalität zu haben, wie aus vielen internationalen Studien hervorgeht. In diesem Beitrag wird die aktuelle Studienlage dargestellt und auf methodologische Herausforderungen eingegangen. Während für lesbische, schwule und bisexuelle Menschen die Evidenz für das höhere Erkrankungsrisiko robust erscheint, ist die Datenlage zu Transgender und Intersexualität noch eher dürftig, die Ergebnisse sprechen aber auch hier für ein erhöhtes Risiko. Weiters werden in diesem Beitrag neuere wissenschaftlich fundierte Erklärungsmodelle zur psychischen Gesundheit von LSBTI Menschen vorgestellt. Diese haben pathologisierende Ansichten über LSBTI abgelöst und fokussieren auf die Folgen gesellschaftlicher Homo-, Bi-, Trans- und Interphobie. Daraus resultierende verschiedene Formen von Minoritätenstress, welchen LSBTI Menschen oder jene, die als LSBTI wahrgenommen werden, ausgesetzt sind, können das erhöhte Krankheitsrisiko gut erklären. Die Kenntnis des Erkrankungsrisikos von LSBTI Patient*innen und der zugrundeliegenden pathogenetischen Prozesse ist für die psychotherapeutische Praxis relevant.

Schlüsselwörter: psychische Krankheit, Gesundheit, Suizid, Lesben, Schwule, Bisexuelle, Homosexualität, Transgender, Intersexualität

LSBTI and mental health: Facts and explanatory models

Summary: Lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex (LGBTI) individuals seem to be at increased risk for mental disorders and suicidality, as reported in numerous international studies. This paper gives an overview of the current empirical literature and discusses methodological challenges. The evidence for an increase of risk seems to be robust for lesbian, gay, and bisexual individuals; data about transgender and intersex individuals are still rather sparse but hint at an increase of risk, too. Furthermore, this paper discusses current scientific explanatory models about the mental health of LGBTI individuals. These current models overcame old pathologizing views of LGBTI and focus on the impact of society's homo-, bi-, trans-, and interphobia. The resulting different forms of minority stress that LGBTI individuals or those who are perceived as LGBTI are faced with can well explain the increased risk for mental disorders. Being aware of the mental health risk of LGBTI patients and underlying pathogenetic processes is important for psychotherapeutic practice.

Key words: mental disorder, health, suicide, lesbians, gays, bisexuals, homosexuality, transgender, intersex

LGBTI e salute psichica - Fatti e modelli esplicativi

Riassunto: Le persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender e intersessuali (LGBTI) sembrano avere una predisposizione elevata alle malattie psichiche e al suicidio, come emerge da numerosi studi internazionali. Questo contributo presenta la situazione attuale degli studi e approfondisce le relative sfide metodologiche. Mentre per le persone lesbiche, gay e bisessuali, l'evidenza per un rischio accresciuto di malattia pare solida, i dati relativi al transgenderismo e all'intersessualità sono ancora insufficienti, i risultati anche in questo caso indicano però un rischio elevato. In questo contributo vengono inoltre presentati i più recenti modelli esplicativi scientificamente fondati relativi alla salute psichica di persone LGBTI. Questi hanno sostituito le visioni patologizzanti di LGBTI e si concentrano sulle conseguenze dell'omofobia, bifobia, transfobia e interfobia insite nella società. Le diverse forme di stress da minoranza che ne risultano, alle quali le persone LGBTI, o quelle percepite come tali, sono esposte, rappresentano una buona spiegazione della predisposizione elevata alle malattie. La conoscenza del rischio di malattia delle/dei pazienti LGBTI e dei processi patogenetici che ne sono all'origine, sono rilevanti per la prassi psicoterapeutica.

Parole chiave: malattia, salute, psichica, suicidio, lesbica, gay, bisessuale, omosessualità, transgenderismo, intersessualità

Einleitung

Die Kenntnis von Gruppen mit erhöhtem Risiko für psychische Erkrankungen, in diesem Falle die Gruppen lesbischer, schwuler, bisexueller, transgender und intersexueller (LSBTI) Menschen, ist für Psychotherapeut*innen und andere Professionist*innen im Gesundheitswesen von Relevanz. Wie aus diesem Beitrag durch eine Studienübersicht hervorgeht, haben LSBTI Personen ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen und Suizidalität. Das Aufzeigen von Gesundheitsrisiken bei LSBTI Personen birgt eine gewisse Gefahr der unzulässigen neuerlichen Pathologisierung von LSBTI. Darauf wird in diesem Beitrag eingegangen. Dazu werden Gründe für das erhöhte Risiko psychischer Erkrankungen von LSBTI aufgezeigt, die vor allem auf negativen Werthaltungen gegenüber LSBTI Personen (Homo-, Bi-, Trans- und Interphobie) beruhen. Das

Verständnis dieser pathogenen Mechanismen ist ebenfalls für die psychotherapeutische Praxis wichtig. Zunächst soll LSBTI definiert werden.

Begriffsklärung

Sexuelle Minoritäten

Meist werden sexuelle Minoritäten mit lesbischen, schwulen, oder bisexuellen (LSB) Menschen gleichgesetzt. Die sexuelle Orientierung von Menschen kann aber mit zumindest drei Dimensionen charakterisiert werden: sexuelle Identität, sexuelles Verhalten und sexuelles Erleben. Anhand der Identitätsdimension zählt jemand zur Gruppe der sexuellen Minoritäten, wenn sich die Person anders als heterosexuell bezeichnet, z. B. als schwul, lesbisch, homosexuell, bisexuell, vorwiegend heterosexuell, unsicher, queer. Bezüglich der Verhaltensdimension sind es Menschen, die gleichgeschlechtliche oder gleich- und gegengeschlechtliche Kontakte haben. Was die sexuelle Erlebensdimension anbelangt, zählen Menschen, die sich nicht ausschließlich zum anderen Geschlecht hingezogen fühlen, zu den sexuellen Minoritäten. Die Identitäts-, Verhaltens- und Erlebensdimensionen der sexuellen Orientierung korrelieren zwar hoch, aber nicht perfekt (Plöderl et al., 2010). So identifizierten oder verhielten sich in einer Studie nur maximal ein Prozent der Jugendlichen als ausschließlich homosexuell, aber ca. 5 % fühlten sich sexuell zum gleichen Geschlecht hingezogen (Priebe & Svedin, 2013). Eine Studie an erwachsenen Männern zeigte, dass sich die Mehrheit der Männer, die Sex mit Männern hatten, als heterosexuell identifizierten (Pathela et al., 2006). Daraus lässt sich schließen, dass sich die verschiedenen Dimensionen der sexuellen Orientierung zwar überlappen, aber auch verschiedene Untergruppen bilden.

*Trans**

Der Begriff „Trans*“ steht für verschiedene Gruppierungen, etwa für transgender Personen, bei denen die Geschlechtsidentität vom biologischen oder bei der Geburt zugeordneten Geschlecht abweicht. Zu Trans* zählen auch jene, welche von gesellschaftlich stereotypen Geschlechtsrollen abweichen, sich einem dritten Geschlecht zuordnen oder Cross-Dresser sind, d. h. Kleider des anderen Geschlechts tragen, unabhängig von den zugrundeliegenden Beweggründen (Institute of Medicine of the National Academies, 2011; Wikipedia, 2016). Das Sternchen bei Trans* soll auf die Vielfalt dieser Gruppierungen hinweisen (Günther, 2016). Der Begriff „Cisgender“ bezeichnet Personen, bei denen die Geschlechtsidentität mit dem biologischen Geschlecht übereinstimmt. Zu betonen ist, dass Trans* unabhängig von der sexuellen Orientierung zu betrachten ist. Hier ist auch anzumerken, dass die gängigen Definitionen von Homo- oder Bisexualität überhaupt nur im Kontext eines binären Geschlechtersystems anwendbar sind (was bedeutet etwa „sich zum anderen Geschlecht hingezogen fühlen“ im Falle einer trans* oder inter* Person?). Manche trans* Gruppierungen sind im gegenwärtigen Krankheitsverzeichnis ICD-10 noch immer als Psychopathologien klassifiziert (z. B. F64.0 Transsexualismus oder F64.2 Störungen der Geschlechtsidentität im Kindesalter). Dies wird kontrovers diskutiert und für das kommende ICD-11 sind weniger pathologisierende Begriffe geplant (Nieder et al., 2014).

*Inter**

Bei intersex Menschen sind die binären Kategorien „männlich“ und „weiblich“ aufgrund biologischer Variationen unpassend. Das biologische Geschlecht kann anhand der Chromosomen, der Hormone und der inneren oder äußeren Geschlechtsorgane bestimmt werden und Inter* bedeutet, dass bei zumindest einem Geschlechtsmerkmal keine typische männliche oder weibliche Form vorliegt. Um die Vielfalt von Intersex bewusst zu machen, wird häufig das Kürzel Inter* verwendet. In der Medizin werden inter* Formen als Krankheiten unter Störungen der Geschlechtsentwicklung (engl. disorders of sex development, DSD) klassifiziert. Dies wird von fast allen inter* Vertreter*innen wegen der Stigmatisierung und Pathologisierung kritisiert (Lee et al., 2016); die Bezeichnung „Variationen der Geschlechtsentwicklung“ wird als entsprechende Alternative vorgeschlagen (van Lisdonk, 2014).

LSBTI und psychische Gesundheit

Sexuelle Minoritäten

Schon vor über 100 Jahren hatte Magnus Hirschfeld (1914) bei ihm bekannten homosexuellen Männern hohe Raten an Suizidversuchen (25%) und Suiziden (3%) beobachtet. Vor allem in den USA erschienen in der Nachkriegszeit Studien, bei denen LSB im Vergleich zu heterosexuellen Personen häufiger psychische Probleme berichteten (Gonsiorek, 1991). Die meisten dieser Studienteilnehmer*innen wurden über die Schwulen- und Lesbenszene rekrutiert, was zu einer Unter- oder Überschätzung der tatsächlichen gesundheitlichen Problematik

von LSB Menschen führen könnte (Hottes et al., 2016; Kuyper et al., 2016; Plöderl et al., 2013). Seit den 1990er Jahren gab es wichtige methodologische Innovationen, welche die Aussagekraft der Studien erhöhte, wie etwa Langzeitstudien einer ganzen Geburtskohorte (Fergusson et al., 1999, 2005), andere Langzeitstudien (Marshal et al., 2013; Wichstrom & Hegna, 2003), Zwillingsstudien (Frisell et al., 2010; Herrell et al., 1999), Vergleiche von LSB Personen mit ihren heterosexuellen Geschwistern (Balsam et al., 2005), die Verwendung mehrerer Dimensionen sexueller Orientierung (Bostwick et al., 2010; Drabble et al., 2005; Kann et al., 2011; McCabe et al., 2005; Plöderl et al., 2010; Priebe & Svedin, 2013) oder Kombinationen der Dimensionen (Gattis et al., 2012). Besonders aussagekräftig sind repräsentative, populationsbasierte Studien, die groß genug angelegt waren, um ausreichend viele LSB Personen zu enthalten, und die verschiedene Dimensionen der sexuellen Orientierung und valide Methoden zur Erfassung von psychischen Erkrankungen verwendeten. Mehrere Meta-Analysen dieser Studien fanden höhere Raten für die meisten erfassten psychischen Krankheiten und für Suizidalität (Hottes et al., 2016; King et al., 2008; Marshal et al., 2011, 2008; Plöderl et al., 2006). Diese Meta-Analysen weisen jedoch eine Reihe von potentiellen Problemen auf: So wurden LSB Personen in eine Gruppe zusammengefasst, um die statistische Teststärke zu erhöhen, sodass Unterschiede zwischen den Subgruppen nicht festgestellt werden können (Savin-Williams, 2008). Dies ist kritisch, weil bisexuelle Personen in vielen Studien höhere Raten an psychischen Erkrankungen oder Symptomen hatten, verglichen mit schwulen oder lesbischen Personen (Hottes et al., 2016; Marshal et al., 2011, 2008). Weiters ist es problematisch, Studien mit unterschiedlichen Dimensionen der sexuellen Orientierung zusammenzufassen, weil dies mit unterschiedlichen Erkrankungsraten verbunden ist (Bostwick et al., 2010), und schließlich ist bekannt, dass Unterschiede je nach sexueller Orientierung geschlechts- und erkrankungsspezifisch sind (Marshal et al., 2008; Plöderl et al., 2006).

In einem aktuellen systematischen Studienüberblick von 199 populationsbasierten Studien wurden erstmals die Unterschiede je nach Subgruppe der sexuellen Orientierung, Geschlecht, Publikationszeitpunkt, Region und Studienqualität berücksichtigt (Plöderl & Tremblay, 2015). Die deutliche Mehrheit der Studien, auch der neueren, fand unter LSB Personen erhöhte Raten an psychischen Erkrankungen oder Symptomen, verglichen mit heterosexuellen Personen. Die Effektstärken der Unterschiede hinsichtlich der sexuellen Orientierung (LSB gegenüber heterosexuell) wurden dabei anhand der Odds-Ratios für binäre Ergebnisse (Störung vorhanden oder nicht vorhanden) oder bei quantitativen Maßen mit Cohen's d berechnet. Bei Studien zu Depressivität waren die Effekte (d. h. Größe des Unterschiedes zwischen homo- oder bisexuellen Personen und heterosexuellen Personen) bei Männern mittelgroß, bei Frauen klein, und auch bei Jugendlichen klein bis mittelgroß. Bei Angststörungen waren die Effekte zumeist klein bis mittelgroß und bei Männern größer als bei Frauen. Bei Suizidversuchen und Suiziden fanden sich mehrheitlich große Effekte, und zumeist größere Effekte bei Männern als bei Frauen. Etwas anders fielen die Ergebnisse für alkohol- und drogenspezifische Störungen aus. Für schwule und bisexuelle Männer zeigten sich in der Mehrheit der Studien keine erhöhten oder sogar niedrigeren Raten bei alkoholspezifischen Störungen (im Vergleich zu heterosexuellen Männern). Allerdings fanden sich in den qualitativ höheren Studien mit klinischen Diagnosen für Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit wiederum signifikante Effekte bei Männern. Bei Frauen hingegen zeigten sich kleine Effekte für alkohol- und mittelgroße für drogenspezifische Störungen. Alle Subgruppen der sexuellen Minoritäten, d. h. homosexuelle (lesbische oder schwule), bisexuelle, vorwiegend heterosexuelle und unsichere Personen hatten höhere Störungsraten, immer verglichen mit heterosexuellen Personen, aber die Unterschiede variierten in der Größe etwas. Auch für Männer und Frauen, verschiedene Altersgruppen, verschiedene Dimensionen der sexuellen Orientierung, Regionen und Publikationszeitpunkte zeigten sich erhöhte Krankheits- und Symptomraten bei LSB im Vergleich zu heterosexuellen Personen. Weiters wurde repliziert, dass die Unterschiede zwischen LSB und heterosexuellen Personen bei Männern höher waren als bei Frauen, mit Ausnahme von substanzbedingten psychischen Störungen und Symptomen, bei denen Frauen stärkere Unterschiede je nach sexueller Orientierung hatten. Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass nach gegenwärtigem Wissensstand LSB im Vergleich zu heterosexuellen Personen höhere Raten an psychischen Symptomen und Erkrankungen haben.

*Trans**

Im Vergleich zu LSB Personen gibt es weniger Studien über die psychische Gesundheit von trans* Personen und meines Wissens existieren nur drei populationsbasierte Studien dazu (Clark et al., 2014; Effrig et al., 2011; Rath et al., 2013). Eine aktuelle Übersicht von 38 Studien von Personen mit der klinischen Diagnose „gender dysphoria“, was am ehesten der ICD-10-Diagnose Transsexualität entspricht, fand für die meisten Studien erhöhte Raten an psychischen Erkrankungen oder Psychopathologie, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung (Dhejne et al., 2016). Jedoch verwendeten die wenigsten Studien passende Kontrollgruppen und die meisten der 11 Longitudinalstudien berichteten nach medizinischen geschlechtsangleichenden Maßnahmen eine Verbesserung der psychischen Gesundheit, teilweise vergleichbar mit der Allgemeinbevölkerung. Eine weitere Über-

blicksarbeit mit 31 Studien berichtete für trans* Personen klar erhöhte Raten an nicht suizidalen Selbstverletzungen, Suizidversuchen und Suiziden, verglichen mit cisgender Personen oder der Allgemeinbevölkerung (Marshall et al., 2016). Das erhöhte Risiko fand sich auch in Longitudinalstudien. Die umfangreichste Studienübersicht zeigt, dass trans* Personen in der Regel höhere Ausprägungen an Suizidgedanken und Suizidversuchen haben, verglichen mit LSB Personen (Ramsay & Tremblay, 2015). In der aktuellsten systematischen Literaturübersicht, die 116 Studien aus 30 verschiedenen Ländern zusammenfasste, fanden sich bei trans* Personen erhöhte Raten an psychischen Problemen wie Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen oder Substanzmissbrauch (Reisner et al., 2016).

*Inter**

Bislang gibt es nur wenige Studien über die psychische Gesundheit von inter* Personen und die meisten basieren auf kleinen Stichproben aus dem klinischen Kontext oder über inter* Organisationen. Daher ist es kaum möglich, klare Schlussfolgerungen zu ziehen, vor allem nicht für die einzelnen Erscheinungsformen von Inter*. Generell lässt sich sagen, dass die meisten, aber nicht alle Studien erhöhte Raten an psychischen Symptomen oder Störungen bei inter* Personen fanden, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung.

Eine erste Überblicksarbeit von 11 Studien, die bis 2005 publiziert wurden und Teilnehmer*innen mit verschiedensten Formen von Intersexualität einschlossen, fand erhöhte Raten an psychischen Problemen, außer für die inter*Gruppe mit dem adrenogenitalen Syndrom (AGS) (Schützmann et al., 2009). Eine weitere Überblicksarbeit mit 35 Studien über inter* Personen mit typisch weiblichen oder ambigen Genitalien bei den inter* Formen kompletter Androgenresistenz, partieller Androgenresistenz, 5α -Reduktase-2-Mangel oder β -HSD-3-Mangel fand Hinweise für Suizidalität und psychischer Belastung (Wisniewski & Mazur, 2009). Neuere Studien führten zu gemischten Ergebnissen. Teilweise wurden erhöhte Raten an psychischen Symptomen gefunden (Boks et al., 2007; Close et al., 2015; D'Alborton et al., 2015; Fliegner et al., 2014; Herlihy et al., 2011; Schützmann et al., 2009; Schweizer et al., 2016; Thyen et al., 2014; Turriff et al., 2011), teilweise jedoch nicht (Fagerholm et al., 2012; Johannsen et al., 2006; Kleinemeier et al., 2010). Eine Studie berichtete höhere Raten an Suizidgedanken bei inter* Personen mit Gonadektomie im Vergleich zu jenen ohne Gonadektomie (61 gegenüber 23 %) (Schützmann et al., 2009). Wiederholte genitale Operationen korrelierten mit der Unzufriedenheit bezüglich der körperlichen Erscheinung (Schweizer et al., 2016).

Studien spezifisch zum AGS fielen gemischt aus. Manche fanden teilweise höhere Raten an psychischen Problemen (Johannsen et al., 2006; Krysiak et al., 2016; Liang et al., 2008; Mueller et al., 2010), manche jedoch nicht (Morgan et al., 2005; Reisch et al., 2011; Schützmann et al., 2009). Methodisch sind die schwedischen Registerstudien hervorzuheben, bei denen alle Neugeborenen, welche mit verschiedenen Formen des AGS diagnostiziert worden sind, erfasst wurden. Bei jenen, die später in der Frauenrolle lebten, wurde eine etwa zweifach erhöhte Rate für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung sowie eine etwas niedriger Rate an Suiziden oder Suizidversuchen gefunden, verglichen mit einer entsprechenden Kontrollgruppe (Engberg et al., 2015). Unterschiede in den AGS-Subtypen waren eher gering. Für Personen mit AGS, die in der Männerrolle lebten, wurden erhöhte Raten für die meisten psychischen Erkrankungen und für Suizide und Suizidversuche gefunden, aber es gab Unterschiede je nach AGS-Subtyp (Falhammar et al., 2014a). Eine weitere schwedische Registerstudie zeigte, dass der Suizid bei Personen mit dem AGS und bei vergleichbaren Kontrollpersonen gleich häufig Todesursache war (Falhammar et al., 2014b).

Was den Effekt von chirurgischen Eingriffen zur „Anpassung“ der Genitalien auf die psychische Gesundheit angeht, gibt es kaum Daten, und eine Übersicht von Longitudinalstudien ergab nur 13 Studien (Machado et al., 2016). Viele davon sind methodologisch fragwürdig, da sie keine reliablen Maße für psychische Gesundheit verwendeten, nur die Sichtweise der Ärzt*innen berücksichtigten, nur sexuelle Zufriedenheit als Erfolgskriterium heranzogen oder eine heterosexistische Ansicht von Sexualität und Körpern vertraten, wie sie für Machado et al. (2016, S. 2198) darin deutlich wurde: „... when female genitalia are evaluated, it is in the sense of being able to accommodate a regular-sized penis. In those cases, alternative sexual orientations or practices are not accounted for, even when sexual satisfaction is evaluated.“ Machado et al. (2016) wiesen weiters darauf hin, dass es meist keine medizinische Notwendigkeit für einen operativen Eingriff gibt, sondern einen sozialen Druck, der aus starren, binären Geschlechternormen herrührt, und dass es dokumentierte negative Folgen von chirurgischen Eingriffen gibt. Daher ist ein rein biomedizinischer Zugang zu Inter* problematisch. Das wurde in einem aktuellen Konsensuspapier anerkannt, in das auch die Sichtweisen der inter* Vertreter*innen einfließen, und das Ziel einer hohen Lebensqualität in den Vordergrund rückt sowie die Notwendigkeit der Einbindung aller Beteiligter in medizinische Entscheidungen (Lee et al., 2016). Die Unklarheit bezüglich chirurgischer Eingriffe

wurde unterstrichen (Lee et al, 2016, S. 176): „There is still no consensual attitude regarding indications, timing, procedure and evaluation of outcome of DSD surgery.“

Methodologische Herausforderungen

Wie bei allen versteckten Gruppierungen ist die Schätzung der wahren Prävalenz an psychischen Erkrankungen bei LSBTI Menschen immer mit methodologischen Problemen behaftet (Plöderl et al., 2013). So könnten LSBTI Personen die Teilnahme an Studien verweigern oder ihre LSBTI-Zugehörigkeit nicht offenkundig machen, was mit Unter- oder Überschätzung der tatsächlichen Prävalenzen an psychischen Erkrankungen einhergehen kann, auch in „repräsentativen“ populationsbasierten Stichproben. Studien verwendeten verschiedene Dimensionen der sexuellen Orientierung, was sie schwer vergleichbar macht (Plöderl & Tremblay, 2015). Die meisten populationsbasierten Studien unterschieden nicht zwischen dem bei der Geburt zugeordneten Geschlecht und der aktuellen Geschlechtsidentität; Inter* wird auch so gut wie nie erfasst. Es braucht große und dementsprechend teure populationsbasierte repräsentative Studien, um für Analysen ausreichend viele LSBTI Personen zu beinhalten. Dies ist vermutlich ein Grund, warum es kaum solche Studien außerhalb des westlichen Kulturkreises gibt. Daher bleiben Stichproben, die über LSBTI Organisationen oder im Falle von Trans* und Inter* über medizinische Einrichtungen gewonnen wurden, nach wie vor eine wichtige Option in der Forschung, obwohl dies mit möglichen Repräsentativitätsproblemen einhergeht (Hottes et al., 2016; Kuyper et al., 2016). Die Intersektionalität von LSBTI mit anderen Diversitätskategorien (z. B. Religion oder Behinderung) ist ebenfalls sehr wesentlich zum Verständnis der individuellen psychischen Gesundheit und erste Studien hierzu sind erschienen (Lytle et al., 2014; McCann et al., 2016; Meyer, 2010; Rodriguez, 2010). Darauf einzugehen würde aber den Rahmen dieses Beitrages sprengen.

Erklärungsmodelle für das Erkrankungsrisiko

Gegenwärtige wissenschaftliche Modelle zur psychischen Gesundheit von LSBTI Menschen drehen sich in erster Linie um den schädlichen Effekt von Homo-, Trans- und Interphobie (d. h. negative Einstellungen und Handlungen gegenüber LSBTI) und den zugrundeliegenden rigiden Geschlechtsnormen in der Gesellschaft.

Minoritätenstressmodelle

Das meistzitierte Modell zur psychischen Gesundheit von sexuellen Minoritäten ist Meyers (2003) Minoritätenstressmodell. Demnach haben LSB Personen gleiche Stressoren wie heterosexuelle Menschen, aber zusätzlich spezifische Minoritätenstressoren. Dazu gehört distaler Minoritätenstress wie Diskriminierung oder Gewalt und proximaler Minoritätenstress, zum Beispiel Stress, der mit der Geheimhaltung der sexuellen Orientierung verbunden ist, Angst vor negativen Reaktionen oder die eigene bewusste oder unbewusste negative Einstellung zu Homosexualität (internalisierte Homophobie). Diese Stressfaktoren können sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken, aber auch durch die Resilienzfaktoren soziale Unterstützung und gute Stressbewältigungsfähigkeiten gepuffert werden.

Hatzenbuehler (2009) hat die pathogenetischen Effekte von Minoritätenstress genauer in seinem psychologischen Mediationsmodell abgebildet. Demnach kann distaler Minoritätenstress sich nicht nur direkt negativ auf die psychische Gesundheit auswirken, sondern kann auch einen indirekten Effekt haben, und zwar über negative Veränderung von allgemeinen psychologischen Prozessen im Individuum, wie Stressbewältigungsfähigkeiten, Emotionsregulierung, soziale und kognitive Prozesse. Minoritätenstress kann auch gruppenspezifische Prozesse verändern wie die erhöhte Erwartung, abgelehnt zu werden, Geheimhaltung der sexuellen Orientierung oder internalisierte Homophobie.

Das syndemische Modell (Stall et al., 2008) wurde ursprünglich entwickelt, um das erhöhte Risiko einer Komorbidität für verschiedenste gesundheitliche Probleme von städtischen schwulen Männern zu erklären. Es wurde mittlerweile aber auch für trans* Personen angewendet (Operario et al., 2014). Das Modell beinhaltet eine Entwicklungsperspektive: Schon früh, lange vor dem Coming-out, werden Jungs sozial bestraft, wenn sie die männlichen Geschlechterrollen tatsächlich oder angenommenerweise nicht erfüllen. Danach erfolgt der Coming-out-Prozess, die Internalisierung der Homophobie, aber auch die Entwicklung von „prä-schwulen“ sozialen Fertigkeiten. Aufgrund der homophoben sozialen Situation ziehen manche schwulen Männer in die städtische Schwulenszene, was mit Vorteilen (soziale Unterstützung), aber auch Nachteilen (Drogen, Ablehnung in der Szene) verbunden sein kann. Das Zusammenspiel der verschiedenen Risikofaktoren kann zu einem Schneeballeffekt führen, bei dem verschiedene psychische und andere gesundheitliche Probleme sich wechselseitig verstärken.

Aus den genannten Erklärungsmodellen konnten bereits erfolgreiche kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen abgeleitet werden (Pachankis, 2015; Pachankis et al., 2015).

Sozialkonstruktivistische Ansätze

Sozialkonstruktivistische Theorien kritisieren das Minoritätenstressmodell, weil es zu sehr biomedizinisch orientiert ist, d. h., dass psychisches Leiden von LSB Menschen pathologisiert und das Risiko in das Individuum verlegt wird, was der Komplexität von sozialen, ökonomischen und kulturellen Faktoren nicht gerecht wird (McDermott & Roen, 2016). Weiters können die genannten Modelle nicht erklären, warum auch in neueren Studien LSBT Menschen höhere Erkrankungsraten aufweisen, obwohl weitreichende Gleichstellungen in gesetzlicher Hinsicht erfolgten, die Einstellung zu Homosexualität besser wurde und es das Internet als Ressource für junge LSBTI Menschen gibt. Zwei aktuellere sozialkonstruktivistische Ansätze (Cover, 2016; McDermott & Roen, 2016) zeigen, dass LSB Jugendliche als verletzlich, unsicher und mit Minoritätenstress konfrontiert konstruiert werden, die bloß die schwierige Zeit durchstehen müssen, um dann stabile, anerkannte Personen zu werden, die eventuell in einer Stadt wohnen und Partner*innen gleichen Geschlechts heiraten können. Es könnte den Druck auf LSB Jugendliche erhöhen, wenn diese positiven Perspektiven unerreichbar erscheinen. Es wird auch kritisiert, dass die psychischen Probleme von LSBT Jugendlichen allein durch Bullying-Erfahrungen erklärt werden, weil das die Probleme der heteronormativen Kultur im Allgemeinen bagatellisiert, bei der Bullying-Täter nur ein Symptom sind (Cover, 2016). Denn auch heutzutage bedeutet eine LSBTI Identität noch immer einen Normverstoß bezüglich der Geschlechtsrollen und Sexualität. Dies führt bei manchen Jugendlichen zu Scham, psychischem Stress und Suizidalität. Die Pathologie ist demnach in der Gesellschaft und nicht im Individuum zu suchen. Die tatsächliche oder zugeschriebene Abweichung von heteronormativen Geschlechtsrollen und die damit verbundenen psychosozialen Konsequenzen sind meines Erachtens genau die verbindenden Elemente von sexuellen Minoritäten, Trans* und Inter* und rechtfertigen damit auch, diese verschiedenen Gruppierungen in einem Beitrag miteinander zu diskutieren.

Modelle zu Trans und Inter**

Trans* Personen haben ganz eigene Herausforderungen im Leben, aber einige gesundheitsrelevante Faktoren ähneln jenen von LSB Personen. Ein Literaturüberblick fand als Risikofaktoren vor allem Viktimisierungserfahrungen (soziales Stigma, Transphobie, Diskriminierung und Gewalt etc.), Probleme beim Finden adäquater Gesundheitsversorgung, zwischenmenschliche Konflikte und mangelnde soziale Unterstützung; Schutzfaktoren waren soziale Unterstützung und geschlechtsangleichende medizinische Maßnahmen (Dhejne et al., 2016). Das Minoritätenstressmodell und das syndemische Modell sind auch für trans* Menschen zur Erklärung von psychischen Problemen herangezogen worden, aber es gibt noch wenig Forschung zu proximalen Minoritätenstressoren (z. B. internalisierte Transphobie) (Hendricks & Testa, 2012; Reisner et al., 2016). Über diese Modelle hinaus ist es aber notwendig zu beachten, dass Gesundheit auch damit zu tun hat, wie die Machtverteilung anhand der Geschlechtergrenzen erfolgt (Reisner et al., 2016).

Für Inter* sind theoretische Modelle über die psychische Gesundheit noch ausstehend, aber die schon erwähnten Modelle scheinen auch hier nützlich zu sein, weil manche Belastungsfaktoren und pathogenetische Prozesse vergleichbar sind. In zwei qualitativen Studien (Malouf et al., 2010; van Lisdonk, 2014) wurden einerseits gesundheitsrelevante Faktoren ähnlich wie bei LSB Menschen geschildert: Herausforderungen rund um das innere Coming-out, äußeres Coming-out und damit verbundenes Identitätsmanagement, Identitätsbildung bezüglich Geschlechtsrolle und/oder sexuelle Orientierung, Vernetzung mit anderen inter* Personen. Andererseits gab es aber auch inter*-spezifische Faktoren: Stress durch die Diagnosestellung, Akzeptanz der Intersexualität, körperliche Probleme und Krisen, Infertilität, Angst, in Partnerschaftsbeziehungen abgelehnt zu werden, Körperbild, Selbst- oder Fremdwahrnehmung als Mann oder Frau, Funktionieren im Alltag und in der Sexualität, Pharmakotherapie, finden adäquater medizinische Versorgung. Soziale Unterstützung durch die Eltern und in der Kindheit jemand gehabt zu haben, mit dem über Inter* geredet werden konnte, waren wichtige Schutzfaktoren gegen psychische Symptome, Suizidalität und fehlende Zufriedenheit mit dem Körper (Schweizer et al., 2016). Ein weiterer spezifischer potentieller Risikofaktor für inter* Menschen sind frühe unfreiwillige „anpassende“ Genitaloperationen, die mit späteren psychischen oder anderen Problemen verbunden sein können (Lee et al., 2016; Machado et al., 2016; Schützmann et al., 2009). Empirische Studien über den relativen Einfluss dieser inter*-spezifischen Risiko- und Schutzfaktoren auf die psychische Gesundheit fehlen bisher weitgehend (siehe jedoch Schweizer et al., 2016).

Gefahr neuerlicher Pathologisierung von LSBTI

LSBTI Menschen wurden gerade in der Psychiatrie und Psychotherapie lange Zeit zu Unrecht pathologisiert. Zum Beispiel war Homosexualität bis 1992 im Krankheitsregister ICD (International Classification of Diseases) der World Health Organization als psychische Störung gelistet. Psychologische und psychotherapeutische Theorien sahen Homosexualität als Ergebnis von pathologischen oder unreifen Entwicklungsprozessen. Psychische Symptome wurden demnach als logischer Ausdruck der Krankhaftigkeit von Homosexualität erachtet (Drescher, 2015). Diese Ansicht wurde durch eine experimentelle Studie von Hooker (1957) in Frage gestellt: Psychiater konnten verblindete Rohrschach-Test-Interpretationen von schwulen und heterosexuellen Männern nicht unterscheiden. Dies sprach gegen die Auffassung, dass Homosexualität per se pathologisch ist, was wesentlich zur Entpathologisierung beitrug (Gonsiorek, 1991). Die Datenlage für ein erhöhtes Erkrankungsrisiko von LSB Personen erscheint zwar robust und auch für trans* und inter* Personen sprechen viele Studien für ein erhöhtes Risiko. Dennoch hat eine klare Mehrheit von LSBTI Personen keine psychische Erkrankung oder Suizidalität. Am Beispiel der jüngsten Meta-Analyse zu Suizidversuchen bei LSB wird das klar: 11–20 % (je nach Stichprobenart) der LSB Erwachsenen berichteten einen Suizidversuch (bzw. 80–89 % machten keinen Suizidversuch) irgendwann im Leben, im Vergleich zu 4 % der heterosexuellen Erwachsenen (Hottes et al., 2016). Ähnliche Ergebnisse gibt es auch für trans*-Personen, etwa jene, die geschlechtsanpassende medizinische Interventionen vorhatten (Heylens et al., 2014). Hier betrug die Rate an DSM-Achse-I-Störungen bei trans* Frauen 38 % und bei trans* Männern 37 % (d.h., 62–63 % hatten keine Achse-I-Erkrankung), die Rate für DSM-Achse-II-Erkrankungen betrug 15 %, (d. h., 85 % hatten keine Achse-II-Erkrankung)

Das einseitige Aufzeigen gesundheitlicher Probleme von LSB Menschen, ohne den sozialen Kontext zu diskutieren, wird leider, so der Eindruck, zur neuerlichen Pathologisierung benutzt (z. B. Bund katholischer Ärzte, 2014; Conservapedia, 2016). Davon möchte ich mich klar distanzieren, allein schon aus den erwähnten fachlichen Gründen. Außerdem können wissenschaftliche Modelle das erhöhte Risiko für psychische Erkrankungen bei LSBTI Menschen als Folge von gesellschaftlicher Homo-, Trans- und Interphobie empirisch gut erklären.

Schließlich möchte ich auf die Gefahr der Pathologisierung von LSBTI Personen in der psychotherapeutischen Praxis durch sogenannte Scheinkorrelationen hinweisen: Wenn LSBTI Menschen vorwiegend als Patient*innen kennengelernt werden, entsteht der Eindruck, dass alle LSBTI Menschen psychische Probleme haben. Dieser Eindruck würde bei der Kenntnis einer repräsentativen Gruppe von LSBTI Menschen, von denen die meisten keine psychischen Probleme haben, nicht entstehen. Anscheinend waren selbst große Psychoanalytiker*innen nicht vor diesen irrationalen Scheinkorrelationen gefeit und haben so ihre pathologisierenden Theorien zu LSBTI entwickelt. Die Gefahr solcher irrationalen Scheinkorrelationen besteht auch für andere Minderheiten und sollte immer bewusst gemacht werden.

Homo-, Bi-, Trans- und Interphobie als Public-Health-Problem

Nicht nur LSBTI Menschen sind von Homo-, Bi-, Trans- und Interphobie und den zugrundeliegenden starren Geschlechterrollen betroffen, sondern auch Menschen, die für LSBTI gehalten werden, unabhängig davon, ob sie LSBTI sind oder nicht. So hatten in einer Studie heterosexuell identifizierte Jugendliche, welche homophobe Diskriminierung erlebten, ähnlich hohe Suizidversuchsraten wie tatsächlich LSB Jugendliche (Reis & Saewyc, 1999). Homophobes Bullying ist nicht nur eine der häufigsten Formen von Bullying, sondern auch stärker mit Suizidgedanken bei den Opfern verbunden als andere Bullying-Formen (Patrick et al., 2013). Jugendliche, die von stereotypen Geschlechtsrollen abwichen, hatten unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung eine erhöhte Depressivität (Roberts et al., 2013) und von Jugendlichen mit Suizidversuchen waren 75 % (entweder) LSBT und (oder) Opfer von Bullying aufgrund Geschlechtsrollenabweichungen (Ioerger et al., 2015). Die krankmachenden Folgen von Homo-, Bi-, Trans- und Interphobie gehen also weit über die LSBTI Population hinaus und sind ein generelles Public-Health-Problem.

Konklusion

Aus diesem Beitrag geht hervor, dass eine Vielzahl von Studien auf ein erhöhtes Krankheitsrisiko von LSB Personen hinweist. Für trans* und inter* Personen gibt es deutlich weniger Studien, ein erhöhtes Risiko scheint aber auch hier vorzuliegen. Wissenschaftliche Modelle zur Erklärung des Erkrankungsrisikos verdeutlichen den pathogenen Effekt gesellschaftlicher Homo-, Bi-, Trans- und Interphobie. Für Psychotherapeut*innen ist die Kenntnis des erhöhten Erkrankungsrisikos bei LSBTI Menschen relevant, alleine schon deshalb, weil sie daher davon ausgehen müssen, dass in ihren Praxen LSBTI Patient*innen überrepräsentiert sein müssten. Die Abklärung von Suizidalität sollte ohnehin bei allen Patient*innen Thema sein, aufgrund des erhöhten

Suizidrisikos bei LSBTI Patient*innen ist die Dringlichkeit hier noch höher. Die Kenntnis der in diesem Beitrag geschilderten pathogenetischen Prozesse, die bei LSBTI Menschen zu psychischen Störungen und Suizidalität führen können, sind ebenfalls praxisrelevant, zum Beispiel um ein empathisches Verständnis für die Lebensrealitäten zu entwickeln, um entsprechende Interventionen daraus abzuleiten und um gegebenenfalls sich fachlich von alten, unwissenschaftlichen und pathologisierenden Sichtweisen über LSBTI distanzieren zu können.

Autor

Martin Plöderl, Priv.-Doz. Dr., Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut (Logotherapie und Existenzanalytiker) am Universitätsinstitut für Klinische Psychologie und im Bereich Krisenintervention und Suizidprävention der Christian-Doppler-Klinik, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg. Forschungsschwerpunkt Suizidalität bei sexuellen Minoritäten.

Korrespondenz

Priv.-Doz. Dr. Martin Plöderl
Bereich Krisenintervention und Suizidprävention
Christian-Doppler-Klinik
Ignaz-Harrer-Straße 79
5020 Salzburg, Österreich
E-Mail: m.ploederl@salk.at

Literatur

- Balsam, K. F., Beauchaine, T. P., Mickey, R. M., & Rothblum, E. D. (2005). Mental health of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings: effects of gender, sexual orientation, and family. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 471–476.
- Boks, M. P., de Vette, M. H., Sommer, I. E., van Rijn, S., Giltay, J. C., Swaab, H., & Kahn, R. S. (2007). Psychiatric morbidity and X-chromosomal origin in a Klinefelter sample. *Schizophrenia Research*, 93, 399–402.
- Bostwick, W. B., Boyd, C. J., Hughes, T. L., & McCabe, S. E. (2010). Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States. *American Journal of Public Health*, 100, 468–475.
- Bund katholischer Ärzte (2014). *Medizin & Homosexualität: Risiken & Gefahren*. Ärzteinitiative Bund katholischer Ärzte, Unterhaching. Verfügbar unter: <http://www.bkae.org/index.php?id=951&L=de%0A%0AGesundheitliche>, abgerufen am 03.08.2016.
- Clark, T. C., Lucassen, M. F. G., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand Adolescent Health Survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*, 55, 93–99.
- Close, S., Fennoy, I., Smaldone, A., & Reame, N. (2015). Phenotype and adverse quality of life in boys with Klinefelter syndrome. *Journal of Pediatrics*, 167, 650–657.
- Conservapedia (2016). *Homosexuality and mental health*. Verfügbar unter: http://www.conservapedia.com/Homosexuality#Homosexuality_and_Mental_Health, abgerufen am 03.08.2016.
- Cover, R. (2016). *Queer youth suicide, culture and identity: unliveable lives?* Abingdon: Routledge.
- D'Alberton, F., Assante, M. T., Foresti, M., Balsamo, A., Bertelloni, S., Dati, E., Nardi, L., Bacchi, M. L., & Mazzanti, L. (2015). Quality of life and psychological adjustment of women living with 46,XY differences of sex development. *Journal of Sexual Medicine*, 12, 1440–1449.
- Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: a review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28, 44–57.
- Drabble, L., Midanik, L. T., & Trocki, K. (2005). Reports of alcohol consumption and alcohol-related problems among homosexual, bisexual and heterosexual respondents: results from the 2000 National Alcohol Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 111–120.
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: depathologizing homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5, 565–575.
- Effrig, J. C., Bieschke, K. J., & Locke, B. D. (2011). Examining victimization and psychological distress in transgender college students. *Journal of College Counseling*, 14, 143–157.
- Engberg, H., Butwicka, A., Nordenström, A., Hirschberg, A. L., Falhammar, H., Lichtenstein, P., Nordenskjöld, A., Frisén, L., & Landén, M. (2015). Congenital adrenal hyperplasia and risk for psychiatric disorders in girls and women born between 1915 and 2010: a total population study. *Psychoneuroendocrinology*, 60, 195–205.
- Fagerholm, R., Mattila, A. K., Roine, R. P., Sintonen, H., & Taskinen, S. (2012). Mental health and quality of life after feminizing genitoplasty. *Journal of Pediatric Surgery*, 47, 747–751.
- Falhammar, H., Butwicka, A., Landén, M., Lichtenstein, P., Nordenskjöld, A., Nordenström, A., & Frisén, L. (2014a). Increased psychiatric morbidity in men with congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 99, E554–560.

- Falhammar, H., Frisé, L., Norrby, C., Hirschberg, A. L., Almqvist, C., Nordenskjöld, A., & Nordenström, A. (2014b). Increased mortality in patients with congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 99, E2715–2721.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). Sexual orientation and mental health in a birth cohort of young adults. *Psychological Medicine*, 35, 971–981.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Beautrais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 56, 876–880.
- Fliegner, M., Krupp, K., Brunner, F., Rall, K., Brucker, S. Y., Briken, P., & Richter-Appelt, H. (2014). Sexual life and sexual wellness in individuals with complete androgen insensitivity syndrome (CAIS) and Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome (MRKHS). *Journal of Sexual Medicine*, 11, 729–742.
- Frisell, T., Lichtenstein, P., Rahman, Q., & Langström, N. (2010). Psychiatric morbidity associated with same-sex sexual behaviour: influence of minority stress and familial factors. *Psychological Medicine*, 40, 315–324.
- Gattis, M. N., Sacco, P., & Cunningham-Williams, R. M. (2012). Substance use and mental health disorders among heterosexual identified men and women who have same-sex partners or same-sex attraction: results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 1185–1197.
- Gonsiorek, J. C. (1991). The empirical basis for the demis of the illness model of homosexuality. In: Gonsiorek, J. C., & Weinrich, J. D. (Hrsg.), *Homosexuality: research implications for public policy* (S. 115–136). Newbury Park, Calif.: Sage.
- Günther, M. (2016). *Psychosoziale Beratung von inter* und trans* Personen und ihren Angehörigen*. Frankfurt am Main: Pro Familia Bundesverband.
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135, 707–730.
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: an adaptation of the minority stress model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 460–467.
- Herlihy, A. S., McLachlan, R. I., Gillam, L., Cock, M. L., Collins, V., & Halliday, J. L. (2011). The psychosocial impact of Klinefelter syndrome and factors influencing quality of life. *Genetics in Medicine*, 13, 632–642.
- Herrell, R., Goldberg, J., True, W. R., Ramakrishnan, V., Lyons, M., Eisen, S., & Tsuang, M. T. (1999). Sexual orientation and suicidality - A co-twin control study in adult men. *Archives of General Psychiatry*, 56, 867–874.
- Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P., Paap, M. C., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., Cohen-Kettenis, P. T., Haraldsen, I. T., & De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *British Journal of Psychiatry*, 204, 151–156.
- Hirschfeld, M. (1914). *Die Homosexualität des Mannes und des Weibes (Handbuch der gesamten Sexualwissenschaften in Einzeldarstellungen, Bd. 3)*. Berlin: Louis Marcus Verlagsbuchhandlung.
- Hooker, E. (1957). The adjustment of the male overt homosexual. *Journal of Projective Techniques*, 21, 18–31.
- Hottes, T. S., Bogaert, L., Rhodes, A. E., Brennan, D. J., & Gesink, D. (2016). Lifetime prevalence of suicide attempts among sexual minority adults by study sampling strategies: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 106(5), e1–e12. DOI 10.2105/AJPH.2016.303088.
- Institute of Medicine of the National Academies, Board on the Health of Select Populations, Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, transgender people: building a foundation for better understanding*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Ioerger, M., Henry, K. L., Chen, P. Y., Cigularov, K. P., & Tomazic, R. G. (2015). Beyond same-sex attraction: gender-variant-based victimization is associated with suicidal behavior and substance use for other-sex attracted adolescents. *Public Library of Science One*, 10(6), e0129976. DOI 10.1371/journal.pone.0129976.
- Johannsen, T. H., Ripa, C. P., Mortensen, E. L., & Main, K. M. (2006). Quality of life in 70 women with disorders of sex development. *European Journal of Endocrinology*, 155, 877–885.
- Kann, L., Olsen, E. O., McManus, T., Kinchen, S., Chyen, D., Harris, W. A., & Wechsler, H. (2011). Sexual identity, sex of sexual contacts, and health-risk behaviors among students in grades 9–12 – youth risk behavior surveillance, selected sites, United States, 2001–2009. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*, 60(7), 1–133.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8, 70. DOI 10.1186/1471-244X-8-70.
- Kleinemeier, E., Jurgensen, M., Lux, A., Widenka, P. M., Thyen, U., & Disorders of Sex Development Network Working Group (2010). Psychological adjustment and sexual development of adolescents with disorders of sex development. *Journal of Adolescent Health*, 47, 463–471.
- Krysiak, R., Drosdzol-Cop, A., Skrzypulec-Plinta, V., & Okopien, B. (2016). Sexual function and depressive symptoms in young women with nonclassic congenital adrenal hyperplasia. *Journal of Sexual Medicine*, 13, 34–39.
- Kuyper, L., Fernee, H., & Keuzenkamp, S. (2016). A comparative analysis of a community and general sample of lesbian, gay, and bisexual individuals. *Archives of Sexual Behavior*, 45, 683–693.

- Lee, P. A., Nordenström, A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Auchus, R., Baratz, A., Baratz Dalke, K., Liao, L. M., Lin-Su, K., Looijenga, L. H. J. 3rd, Mazur, T., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Mouriquand, P., Quigley, C. A., Sandberg, D. A., Vilain, E., Witchel, S., & Global DSD Update Consortium (2016). Global disorders of sex development update since 2006: perceptions, approach and care. *Hormone Research in Paediatrics*, 85, 158–180.
- Liang, H. Y., Chang, H. L., Chen, C. Y., Chang, P. Y., Lo, F. S., & Lee, L. W. (2008). Psychiatric manifestations in young females with congenital adrenal hyperplasia in Taiwan. *Chang Gung Medical Journal*, 31, 66–73.
- Lytle, M. C., De Luca, S. M., & Blosnich, J. R. (2014). The influence of intersecting identities on self-harm, suicidal behaviors, and depression among lesbian, gay, and bisexual individuals. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44, 384–391.
- Machado, P. S., Costa, A. B., Nardi, H. C., Fontanari, A. M., Araujo, I. R., & Knauth, D. R. (2016). Follow-up of psychological outcomes of interventions in patients diagnosed with disorders of sexual development: a systematic review. *Journal of Health Psychology*, 21, 2195–2206.
- Malouf, M. A., Inman, A. G., Carr, A. G., Franco, J., & Brooks, L. M. (2010). Health-related quality of life, mental health and psychotherapeutic considerations for women diagnosed with a disorder of sexual development: congenital adrenal hyperplasia. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2010, 253465. DOI 10.1155/2010/253465.
- Marshal, M. P., Dermody, S. S., Cheong, J., Burton, C. M., Friedman, M. S., Aranda, F., & Hughes, T. L. (2013). Trajectories of depressive symptoms and suicidality among heterosexual and sexual minority youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 42, 1243–1256.
- Marshal, M. P., Dietz, L. J., Friedman, M. S., Stall, R., Smith, H. A., McGinley, J., Thoma, B. C., Murray, P. J., D'Augeli, A. R., & Brent, D. A. (2011). Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. *Journal of Adolescent Health*, 49, 115–123.
- Marshal, M. P., Friedman, M. S., Stall, R., King, K. M., Miles, J., Gold, M. A., Bukstein, O. G., & Morse, J. Q. (2008). Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. *Addiction*, 103, 546–556.
- Marshall, E., Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G. L., & Arcelus, J. (2016). Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: a systematic review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28, 58–69.
- McCabe, S. E., Hughes, T. L., Bostwick, W., & Boyd, C. J. (2005). Assessment of difference in dimensions of sexual orientation: implications for substance use research in a college-age population. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 620–629.
- McCann, E., Lee, R., & Brown, M. (2016). The experiences and support needs of people with intellectual disabilities who identify as LGBT: a review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 57, 39–53.
- McDermott, E., & Roen, K. (2016). *Queer youth, suicide and self-harm: troubled subjects, troubling norms*. Basingstoke: Palgrave Macmillan UK.
- Meyer, I. H. (2010). Identity, stress, and resilience in lesbians, gay men, and bisexuals of color. *Counseling Psychologist*, 38, 442–454.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674–697.
- Morgan, J. F., Murphy, H., Lacey, J. H., & Conway, G. (2005). Long term psychological outcome for women with congenital adrenal hyperplasia: cross sectional survey. *British Medical Journal*, 330, 340–341.
- Mueller, S. C., Ng, P., Sinaii, N., Leschek, E. W., Green-Golan, L., VanRyzin, C., Ernst, M., & Merke, D. P. (2010). Psychiatric characterization of children with genetic causes of hyperandrogenism. *European Journal of Endocrinology*, 163, 801–810.
- Nieder, T. O., Briken, P., & Richter-Appelt, H. (2014). Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 64, 232–245.
- Operario, D., Yang, M. F., Reisner, S. L., Iwamoto, M., & Nemoto, T. (2014). Stigma and the syndemic of HIV-related health risk behaviors in a diverse sample of transgender women. *Journal of Community Psychology*, 42, 544–557.
- Pachankis, J. E. (2015). A transdiagnostic minority stress treatment approach for gay and bisexual men's syndemic health conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 44, 1843–1860.
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Rendina, H. J., Safren, S. A., & Parsons, J. T. (2015). LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 875–889.
- Pathela, P., Hajat, A., Schillinger, J., Blank, S., Sell, R., & Mostashari, F. (2006). Discordance between sexual behavior and self-reported sexual identity: a population-based survey of New York City men. *Annals of Internal Medicine*, 145, 416–425.
- Patrick, D. L., Bell, J. F., Huang, J. Y., Lazarakis, N. C., & Edwards, T. C. (2013). Bullying and quality of life in youths perceived as gay, lesbian, or bisexual in Washington State, 2010. *American Journal of Public Health*, 103, 1255–1261.
- Plöderl, M., & Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities: a systematic review. *International Review of Psychiatry*, 27, 367–385.
- Plöderl, M., Wagenmakers, E. J., Tremblay, P., Ramsay, R., Kralovec, K., Fartacek, C., & Fartacek, R. (2013). Suicide risk and sexual orientation: a critical review. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 715–727.
- Plöderl, M., Kralovec, K., & Fartacek, R. (2010). The relation between sexual orientation and suicide attempts in Austria. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 1403–1414.

- Plöderl, M., Sauer, J., & Fartacek, R. (2006). Suizidalität und psychische Gesundheit von homo-und bisexuellen Männern und Frauen: eine Metaanalyse internationaler Zufallsstichproben. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 38, 537–558.
- Priebe, G., & Svedin, C. G. (2013). Operationalization of three dimensions of sexual orientation in a national survey of late adolescents. *Journal of Sex Research*, 50, 727–738.
- Ramsay, R., & Tremblay, P. (2015). Gay, lesbian, bisexual & transgender “attempted suicide” incidences/risks: suicidality studies from 1970 to 2015. University of Calgary, Calgary. Verfügbar unter: <http://people.ucalgary.ca/~ramsay/attempted-suicide-gay-lesbian-all-studies.htm#All-Studies>, abgerufen am 13.04.2015.
- Rath, J. M., Villanti, A. C., Rubenstein, R. A., & Vallone, D. M. (2013). Tobacco use by sexual identity among young adults in the United States. *Nicotine and Tobacco Research*, 15, 1822–1831.
- Reis, E., & Saewyc, E. (1999). 83,000 youth: select findings of eight population-based studies as they pertain to anti-gay harassment and the safety and wellbeing of sexual minority students. Seattle, Wash.: Safe Schools Coalition of Washington.
- Reisch, N., Hahner, S., Bleicken, B., Flade, L., Pedrosa Gil, F., Loeffler, M., Ventz, M., Hinz, A., Beuschlein, F., Alloio, B., Reincke, M., & Quinkler, M. (2011). Quality of life is less impaired in adults with congenital adrenal hyperplasia because of 21-hydroxylase deficiency than in patients with primary adrenal insufficiency. *Clinical Endocrinology*, 74, 166–173.
- Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., Max, R., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet*, 388, 412–436.
- Roberts, A. L., Rosario, M., Slopen, N., Calzo, J. P., & Austin, S. B. (2013). Childhood gender nonconformity, bullying victimization, and depressive symptoms across adolescence and early adulthood: an 11-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 143–152.
- Rodriguez, E. M. (2010). At the intersection of church and gay: a review of the psychological research on gay and lesbian Christians. *Journal of Homosexuality*, 57, 5–38.
- Savin-Williams, R. C. (2008). Then and now: recruitment, definition, diversity, and positive attributes of same-sex populations. *Developmental Psychology*, 44, 135–138.
- Schützmann, K., Brinkmann, L., Schacht, M., & Richter-Appelt, H. (2009). Psychological distress, self-harming behavior, and suicidal tendencies in adults with disorders of sex development. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 16–33.
- Schweizer, K., Brunner, F., Gedrose, B., Handford, C., & Richter-Appelt, H. (2016). Coping with diverse sex development: treatment experiences and psychosocial support during childhood and adolescence and adult well-being. *Journal of Pediatric Psychology*. DOI 10.1093/jpepsy/jsw058.
- Stall, R., Friedman, M., & Catania, J. A. (2008). Interacting epidemics and gay men’s health: a theory of syndemic production among urban gay men. In: Wolitski, R. J., Stall, R., & Valdiserri, R. O. (Hrsg.), *Unequal opportunity: health disparities affecting gay and bisexual men in the United States* (S. 251–274). New York: Oxford University Press.
- Thyen, U., Lux, A., Jürgensen, M., Hiort, O., & Köhler, B. (2014). Utilization of health care services and satisfaction with care in adults affected by disorders of sex development (DSD). *Journal of General Internal Medicine*, 29 Suppl 3, S752–759.
- Turriff, A., Levy, H. P., & Biesecker, B. (2011). Prevalence and psychosocial correlates of depressive symptoms among adolescents and adults with Klinefelter syndrome. *Genetics in Medicine*, 13, 966–972.
- van Lisdonk, J. (2014). *Living with intersex/DSD: an exploratory study of the social situation of persons with intersex/DSD*. The Hague: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Wichstrom, L., & Hegna, K. (2003). Sexual orientation and suicide attempt: a longitudinal study of the general Norwegian adolescent population. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 144–151.
- Wikipedia (2016). Transgender. Wikimedia Foundation, San Francisco. Verfügbar unter: <https://en.wikipedia.org/wiki/Transgender>, abgerufen am 09.06. 2016.
- Wisniewski, A. B., & Mazur, T. (2009). 46,XY DSD with female or ambiguous external genitalia at birth due to androgen insensitivity syndrome, 5alpha-reductase-2 deficiency, or 17beta-hydroxysteroid dehydrogenase deficiency: a review of quality of life outcomes. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2009, 567430. DOI 10.1155/2009/567430

Article inédit (thème principal) – Synthèse

Martin Plöderl

Santé psychologique de la communauté LGBT: faits et tentatives d'explications

Les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles, transgenres et intersexuées (LGBTI) présentent un risque de maladies psychologiques et une tendance suicidaire accrue, comme le montrent de nombreuses études internationales. Cet article présente la situation actuelle et aborde les défis méthodologiques. Alors que les données sur le risque pathologique accru semblent fiables pour les personnes lesbiennes, gay et bisexuelles, le volume de données pour les personnes transgenres et intersexuées est encore limité, même si les résultats indiquent également un risque accru. Cet article présente également des nouveaux modèles d'explications scientifiques de la santé psychologique des membres de la communauté LGBTI, qui ont remplacé les approches pathologisantes des LGBTI et se concentrent sur les conséquences de l'homo-, bi-, trans- et interphobie dans la société. Les différentes formes de pressions sur les minorités qui en résultent, auxquelles sont exposés les membres de la communauté LGBTI ou les personnes perçues comme appartenant à la communauté LGBTI, expliquent bien le risque pathologique accru. Connaître le risque pathologique des patientes et des patients LGBTI ainsi que les processus pathogénétiques sous-jacents est pertinent pour la pratique de la psychothérapie.

Mots-clés: psychologique, maladie, santé, suicide, lesbienne, gay, bisexuel, homosexualité, transgenre, intersexuation

Auteur

Martin Plöderl, Dr privat-docent, psychologue clinicien et psychologue de la santé, psychothérapeute (logothérapeute et analyste existentiel). Activité de consultation, de recherche et d'enseignement dans la prévention du suicide, spécialisé dans la recherche sur les tendances suicidaires des minorités sexuelles.

Originalarbeit (Titelthema)

Constance Ohms

Intersektionalität in der psychosozialen Beratung zu Gewalt- und/oder Diskriminierungserfahrungen von Lesben, Schwulen und Trans*

Zusammenfassung: Die besondere Vulnerabilität von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Trans* (LSBT*), die mehreren gesellschaftlich marginalisierten Gruppen angehören, resultiert aus dem Umstand, dass sie wegen verschiedener Aspekte ihres Seins benachteiligt werden oder gar physische, psychische und sexualisierte Gewalt erleben. Auch erweisen sich Community-Räume, die ihnen wegen eines Aspekts ihres Seins Schutz, Würde und Anerkennung bieten, als ausgrenzend oder gar abwertend gegenüber anderen Aspekten ihres Seins: So erleben migrantische LSBT* beispielsweise in den LSBT*-Communitys Diskriminierungen und Gewalt wegen ihrer (ethnischen) Herkunft und in ihrer migrantischen Community Gewalt und Diskriminierungen wegen ihrer sexuellen oder geschlechtlichen Identität. Sie sitzen zwischen zwei Stühlen, was ihre Möglichkeiten, Unterstützung und Hilfe einzuholen, stark einschränkt. Eine von Diskriminierungen und Hassgewalt geprägte Lebenssituation befördert auch die Tabuisierung von häuslicher Gewalt in den Communitys, da befürchtet wird, bei Offenlegung negative Vorurteile zu bestärken. Verinnerlichte gesellschaftliche Homo- oder Transnegativität verstärkt zudem die Sichtweise, Gewalt in der Partner_innenschaft sei hinzunehmen oder sogar „gerechtfertigt“ wegen der nonkonformen Geschlechtsidentität. Die Zugehörigkeit zu einer weiteren marginalisierten Gruppe spielt zudem in der Gewaltdynamik selbst eine zentrale Rolle, so kann über diese zusätzliche Vulnerabilität Kontrolle und Macht über den_die Partner_in ausgeübt werden. Die Vulnerabilität von mehrfach diskriminierten Lesben, Schwulen und Trans* zeigt sich unter anderem in antizipativem Verhalten, das sich auch in einem höheren Misstrauen gegenüber Therapeut_innen ausdrücken kann. Ist das Erleben von häuslicher Gewalt der eigentliche, aber versteckte Grund, eine Beratung oder Therapie in Anspruch zu nehmen, kommen zudem Tabuisierungsmechanismen der Communitys zum Tragen. Infolgedessen kann es sein, dass das Thema erst sehr spät im Therapie- oder Beratungsprozess benannt wird und stark von Tabuisierung und verinnerlichter Homo- oder Transnegativität geprägt ist.

Schlüsselwörter: Vulnerabilität, Geschlechtsidentität, Mehrfachdiskriminierung, häusliche Gewalt, Tabuisierung, Hürden der Zugänglichkeit

Counselling of lesbian, gay and trans* people experiencing violence and or abuse and intersectionality

Summary: The very specific vulnerability of LGBT* people is a result of their discrimination or physical, psychological or sexual abuse because of various aspect of their being. LGBT* communities provides space for shelter, dignity and self-esteem on grounds of sexual orientation and/or gender identity. Nevertheless, they are discriminatory or even abusive toward other aspects of identity: For example, migrant LGBT* experience discrimination and even violence within LGBT* communities because of their ethnicity – and are discriminated or even experience violence within their migrant community because of their sexual or gender identity. Their situation can be described as being caught between two stools; this restricts their possibilities in getting help and support, if needed. If a multi-discriminated LGBT*person is additionally experiencing domestic abuse in her_his relationship s_he will be confronted with tabooization of domestic abuse within their communities: Tabooization is a result of discrimination and therefore of specific vulnerability of LGBT*. The communities are afraid that talking about domestic violence could promote or enhance prejudice and stigmatization because of sexual or gender identity. Furthermore, internalised homo- or transnegativity could promote the attitude that LGBT* deserve domestic violence because of their “deviant” sexual or gender identity. Being discriminated on various reasons of one’s being has an impact on abusive dynamics itself: an additional vulnerability may be exploited and (ab)used for establishing power and control. The very specific vulnerability of multidiscriminated lesbians, gays or trans*people might be expressed in anticipatory behaviour like increased distrust of psychotherapists. If the hidden, but main reason of demanding therapy is the experience of domestic abuse, tabooization mechanisms of LGT* communities may have an impact on the therapeutical process, as well as internalised homo- or transnegativity. Therefore, it could be that the main reason for demanding therapy might be mentioned late in the process and will be deeply influenced by tabooization and internalised homo- or transnegativity.

Key words: Vulnerability, gender identity, multidiscrimination, domestic abuse, tabooization, obstacles for accessibility

Intersezionalità nella consulenza psicosociale relativa alle esperienze di violenza e/o discriminazione di lesbiche, gay e trans*

Riassunto: La particolare vulnerabilità di lesbiche, gay, bisessuali e trans* (LGBT*), i quali appartengono a più gruppi marginalizzati dalla società, risulta dal fatto che a causa di vari aspetti del loro essere vengono ostacolati o addirittura sottoposti a violenza fisica, psichica e sessualizzata. Anche gli spazi comunitari volti a offrire loro protezione, dignità e riconoscimento a causa di uno degli aspetti del loro essere, si sono dimostrati emarginanti e sminuenti nei confronti di altri aspetti del loro essere: così le persone LGBT* migranti nelle comunità LGBT* vivono ad esempio discriminazione e violenza a causa della loro provenienza (etnica), mentre nella loro comunità di migranti sono soggette a violenza e discriminazione a causa della loro identità sessuale. Si trovano "tra l'incudine e il martello", il che limita fortemente la loro

possibilità di chiedere sostegno e aiuto. Una situazione caratterizzata da discriminazioni e violenza domestica favorisce anche la tabuizzazione di questa violenza nelle comunità, poiché si teme che uscendo allo scoperto si possano rafforzare pregiudizi negativi. Omonegatività e transnegatività sociali interiorizzate rafforzano inoltre l'opinione che la violenza subita dalla/dal partner debba essere accettata o sia addirittura "giustificata" a causa dell'identità sessuale non conforme. L'appartenenza a un ulteriore gruppo marginalizzato svolge inoltre un ruolo centrale nella dinamica della violenza stessa poiché attraverso questa ulteriore vulnerabilità è possibile esercitare controllo e potere sulla/sul partner. La vulnerabilità di lesbiche, gay e trans* multidiscriminati si mostra pure attraverso un comportamento anticipatorio che si può esprimere anche con una maggiore sfiducia nei confronti della/del terapeuta. Se la violenza domestica vissuta è il vero motivo nascosto per avvalersi di una consulenza o terapia, è necessario considerare i meccanismi di tabuizzazione della comunità: ne può conseguire che l'argomento venga citato solo molto tardi nel processo terapeutico/di consulenza e sia fortemente caratterizzato dalla tabuizzazione, dall'omonegatività e dalla transnegatività interiorizzate.

Parole chiave: vulnerabilità, identità sessuale, multidiscriminazione, violenza domestica, tabuizzazione, ostacoli all'accessibilità

Der zentrale Normbruch, den Lesben, Schwule oder Trans* vermeintlich begehen, geschieht entlang der Kategorie Geschlechtlichkeit: Zum einen handelt es sich um eine Abweichung von der Hetero-Norm hinsichtlich der sexuellen Identität und zum anderen um eine Abweichung bezüglich der Konsistenz von psychologischem und biologischem Geschlecht, wobei Letzteres auf ein binäres Geschlechtermodell reduziert wird.

Zentrales Element der normativen Werteordnung westeuropäischer Gesellschaften ist die Geschlechtlichkeit eines Menschen: Normativ ist, dass ausgehend von einer binären Geschlechterordnung es nur Mann und Frau gibt, und diese sowohl in ihrer Geschlechtsidentität (psychologischem Geschlecht) als auch in ihrem sozialen Geschlecht (der Geschlechterrolle) den normativen Vorgaben entsprechen, ebenso in ihrer sexuellen Orientierung, die normativ auf das Gegengeschlecht ausgerichtet ist.

Innerhalb dieser normativen Ordnung gibt es allerdings Privilegierungen, die sich alleine auf das männliche Geschlecht beziehen, daher kann die gesellschaftliche Ordnung letztendlich als heterosexistisch beschrieben werden: Es gilt, vor allem die Etabliertenrechte (vgl. Heitmeyer, 2011) einer bestimmten gesellschaftlichen Gruppe zu sichern: männlich, autochthon, weiß, 30–40 Jahre alt, heterosexuell, schlank, nicht behindert.

Mittels Ausschlüssen, (negativen) Wertungen und Zuschreibungen wird Personen, die von dieser Norm abweichen, direkt (unmittelbare Diskriminierung) oder indirekt (mittelbare Diskriminierung) der Zugang und die Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen erschwert oder gar verwehrt. Die Legitimierung oder gar die Ausübung von Gewalt gegen soziale Minderheiten hat einen „normverlängernden“ Charakter und dient letztlich der Wahrung von Etabliertenrechten: Menschen, die Schwule, Lesben, Trans* oder Queers attackieren, ihre Einrichtungen beschmieren, Scheiben einwerfen usw., erachten ihr Handeln als Sanktion eines Normbruchs und daher nicht als Un-Recht. Durch eine staatliche Sanktionsschwäche wird der normverlängernde Charakter der Straftaten ebenfalls aufrechterhalten. Zugleich wird den von Gewalt oder Diskriminierungen betroffenen sozialen Minderheiten signalisiert, dass ihr Status am Rand der Gesellschaft als legitim erachtet wird.

Diese Skizzierung einer sogenannten heterosexistischen Gesellschaft ist für meine Überlegungen bedeutsam, denn eine der zentralen normativen Diskriminanten ist die (binäre) Geschlechtlichkeit. Nun ist es allerdings so, dass sich die Kategorie Geschlecht in den vergangenen Jahren sehr ausdifferenziert hat und die Vielfalt von Geschlechtlichkeit sich nicht länger in eine binäre Ordnung von männlich und weiblich pressen lässt; aus biologischer Sicht ist die Annahme, dass es nur zwei Geschlechter gibt, nicht zu halten (Voß, 2010, 2011). Zudem haben die Kategorien männlich und weiblich selbst sich stark ausdifferenziert, vor allem mit Blick auf das soziale Geschlecht, also der Geschlechtsrolle.

Menschen, deren Geschlechtsidentität mit dem zugeordneten biologischen Geschlecht übereinstimmt, werden mit „cis“ näher beschrieben. Dieses Adjektiv wurde von dem Sexualwissenschaftler Volkmar Sigusch (1992) geprägt und ist das Pendant zu „trans“: Trans* beschreibt Personen, bei denen das psychologische Geschlecht nicht dem zugewiesenen Geschlecht entspricht, welches in der Regel anhand bestimmter biologischer Kriterien bestimmt wird.

Ein weiterer normativer Aspekt der Geschlechtlichkeit ist die sexuelle Orientierung: Normativ gesetzt ist eine auf das Gegengeschlecht ausgerichtete sexuelle Orientierung, die Heterosexualität. Diese setzt allerdings die Annahme voraus, dass es nur zwei Geschlechter gibt und das Gegenüber eine eindeutige Geschlechtlichkeit besitzt und sich mit dieser identifiziert. Das Pendant zur Heterosexualität ist die Homosexualität, ebenfalls mit den genannten Voraussetzungen.

Verlässt man das binäre Ordnungssystem von männlich und weiblich, wird es schwieriger, die sexuelle und emotionale Hinwendung zu einer Person zu beschreiben. Eine Möglichkeit bietet die Beschreibung der sexuellen Orientierung als pansexuell, also jenseits von männlich und weiblich und dafür alleine auf den Menschen bezogen. Aus der sexuellen Orientierung entwickelt sich eine sexuelle Identität, allerdings nur dann, wenn eine bewusste Auseinandersetzung mit dem eigenen sexuellen Begehren stattfindet. Das ist meist dann der Fall, wenn dieses einen vermeintlichen Normbruch zur Folge hat und daher dem Risiko unterliegt, sanktioniert zu werden. Die Auseinandersetzung damit, die Erkenntnis dessen und schließlich die innere Gewissheit darüber, in seinem sozialen, emotionalen, kulturellen und sexuellen Begehren auf einen Menschen des gleichen Geschlechts ausgerichtet zu sein, ist eine zentrale Phase des sogenannten „Coming-out“.

Ogleich sich sprachlich die Formulierung LSBT*IQ etabliert hat, um Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*, Intersexuelle und Queers zu benennen, werden hier letztendlich unsystematisch verschiedene Aspekte von Geschlechtlichkeit subsumiert: Bei Lesben, Schwulen und Bisexuellen steht die sexuelle Orientierung und Identität im Vordergrund, während Trans* für eine vom biologischen Geschlecht abweichende Geschlechtsidentität steht; Intersexuelle sind Personen, die Merkmale mehrerer biologischer Geschlechter aufweisen, und Queers (aber auch einige Transgender) bewegen sich in ihrem Selbstverständnis jenseits einer binären Geschlechterordnung. Transidente Menschen, also Frau-zu-Mann-Transidente oder Mann-zu-Frau-Transidente, verorten sich innerhalb der binären Geschlechterordnung, können in ihrer sexuellen Orientierung allerdings ebenso vielfältig sein wie alle anderen Menschen auch: Sie können heterosexuell, homosexuell, bisexuell usw. sein. Lesben, Schwule, Bisexuelle können also Cis-Personen oder aber Trans*-Personen sein.

Diese Ausdifferenzierungen sind interessant, zeigen sie doch eine Vielfalt unterschiedlicher Facetten von Geschlechtlichkeit auf – die im Gegensatz zu der dann doch recht einfach strukturiert erscheinenden Heteronormativität steht.

Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen von LSBT*

Lesben, Schwule und Trans* brechen mit wenigstens zwei normativen Kategorien: den sexuellen und den geschlechtlichen Identitäten. Die Folgen dieser Normbrüche sind umfangreiche Erfahrungen von Diskriminierungen und/oder Gewalt:

Laut einer Untersuchung der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2012) wurden in Deutschland 47 Prozent der Lesben, ebenfalls 47 Prozent der Schwulen, 45 Prozent der bisexuellen Frauen, 40 Prozent der bisexuellen Männer und 33 Prozent der Transgender in den zwölf Monaten vor der Untersuchung wenigstens einmal physisch oder sexualisiert angegriffen oder anderweitig mit Gewalt bedroht, und zwar wegen ihrer sexuellen Orientierung oder ihrer Geschlechtsidentität. Weitere 39 Prozent der Lesben, 37 Prozent der Schwulen, 46 Prozent der bisexuellen Frauen, 45 Prozent der bisexuellen Männer und 37 Prozent der Transgender berichten, wenigstens zweimal attackiert worden zu sein. Diese Zahlen beziehen sich nur auf Deutschland und zeigen ein unglaubliches Ausmaß an Gewalt oder zumindest der Androhung von Gewalt wegen der sexuellen Orientierung oder der Geschlechtsidentität auf.

Auch hatten zumindest jede dritte Lesbische Frau und 41 Prozent der Transgender das Gefühl, in den sechs Monaten vor der Untersuchung wegen ihrer sexuellen Orientierung oder wegen ihrer Geschlechtsidentität weniger respektvoll oder höflich als andere Menschen behandelt worden zu sein.

Die Möglichkeit, Diskriminierungen oder Gewalt zu erleben, führt dazu, Orte und Situationen zu (ver)meiden, die dieses Potential in sich bergen: Aus Angst vor möglichen gewalttätigen Übergriffen vermeiden 44 Prozent der Lesben und 54 Prozent der Transgender bestimmte Orte oder Örtlichkeiten, laut benannter Studie vermeiden 33 Prozent der Lesben generell oder je nach Einschätzung der Situation, sich an ihrem Arbeitsplatz zu outen. 35 Prozent der Schwulen verhalten sich gleichermaßen und 62 Prozent der Trans* vermeiden es ebenfalls, ihre „abweichende“ Geschlechtsidentität am Arbeitsplatz offenzulegen. Das Verschweigen bedeutsamer Lebens- und Liebeszusammenhänge hat eklatante Folgen auf das Wohlbefinden und die Akzeptanz der (versteckt lebenden) LSBT* Person.

Die Sorge, Diskriminierungen oder Gewalt zu erleben, beeinflusst zudem das äußere Coming-out von Lesben, Schwulen oder trans* Jugendlichen: Nach einer Studie des Deutschen Jugendinstituts (Krell/Oldermeier 2015) haben 82 Prozent der befragten Jugendlichen berichtet, mindestens einmal wegen ihrer sexuellen Orientierung oder ihrer geschlechtlichen Identität ungerechtfertigt benachteiligt oder belästigt worden zu sein. Diesen realen Erfahrungen geht zudem die Sorge voraus, bei einem Coming-out diskriminiert zu werden: 74 Prozent befürchten dann, im Freund_innenkreis abgelehnt zu werden, 69 Prozent der befragten Jugendlichen befürchten, in der Familie Ablehnung zu erfahren, und 66 Prozent rechnen zumindest mit verletzenden Bemerkungen oder Blicken.

Vulnerabilität und Minderheitenstress

Reale oder antizipierte Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen sowie die Verinnerlichung gesellschaftlicher Abwertungen kennzeichnen die besondere Vulnerabilität von Lesben, Schwulen und Trans*; vulnerable Bevölkerungsgruppen sind spezifischen Stressfaktoren ausgesetzt und haben Schwierigkeiten, diese zu bewältigen (Minderheitenstress). Diese Schwierigkeiten entstehen nicht nur aus einem Mangel an persönlichen Ressourcen, sondern auch aus Einschränkungen oder gar der Verwehrung des Zugangs zu gesellschaftlichen Ressourcen, der eine gleichberechtigte Teilhabe an Wohlstand und Glück überhaupt erst ermöglicht.

Bei den Stressoren wird unterschieden zwischen denjenigen, die allgemein alle Menschen betreffen können, und denjenigen, die auf zentrale Aspekte der Identität eines Menschen abzielen, so beispielsweise auf die von der Hetero-Norm abweichende sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität. Diskriminierungen wegen Langzeitarbeitslosigkeit oder wegen Obdachlosigkeit beispielsweise sind distale Stressoren, da sie jeden Menschen in der Gesellschaft treffen (können), während Diskriminierungen wegen der sexuellen oder geschlechtlichen Identität den Kern der eigenen Identität angreifen und somit eng mit dem eigenen Sosein verwoben sind (proximale Stressoren).

Das Erleben von Diskriminierungen und/oder Gewalt wegen der sexuellen oder geschlechtlichen Identität, aber auch ein Verhalten zu ihrer Vermeidung kann zu starken psychischen Belastungen führen. Inzwischen weisen zahlreiche Studien zur Gesundheit von Lesben, Schwulen und Trans* darauf hin, dass ein höheres Niveau von Angststörungen, Depression, Sucht und Suizidalität vorhanden ist als bei cis-heterosexuellen Menschen (Sandfort et. al., 2001, Wolf, 2004; Dennert, 2006).

Den belastenden Faktoren (Stressoren) stehen allerdings auch Faktoren gegenüber, die den Stress abmildern und möglicherweise sogar dazu führen, das Belastungsniveau insgesamt abzusenken. So weist zum Beispiel eine Studie von Olson et al. (2016) darauf hin, dass trans* Kinder, die bereits sozial in ihrem Zielgeschlecht leben und von der Herkunftsfamilie unterstützt und akzeptiert werden, keine höheren Werte von Depression und nur leicht erhöhte Werte von Angst oder Bedrückung im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern aufweisen. Auch zeigen die Kinder, die sozial in ihrem Zielgeschlecht leben, deutlich geringere Raten an verinnerlichter Psychopathologie als trans*Kinder, die in ihrem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht leben (müssen). Die Herkunftsfamilie kann folglich ein sehr bedeutsamer Resilienzfaktor sein – aber eben auch ein zentraler Stressor, wenn das Kind dort Ablehnung, Zwang und Gewalt erlebt.

In die obigen Betrachtungen sind allerdings noch keine Effekte einbezogen, die durch die Zugehörigkeit zu verschiedenen marginalisierten oder diskriminierten Bevölkerungsgruppen entstehen, wie sie bei einem Menschen, der gleich von mehreren normativen Zuschreibungen abweicht, auftreten können. Auch diese Normbrüche unterliegen dem Risiko der Sanktionierung.

Eine in Deutschland von 2000 bis 2010 durchgeführte Langzeitstudie zur gruppenbezogenen Menschenfeindlichkeit zeigt eine hohe Korrelation von Homonegativität und Sexismus, aber auch Rassismus, Antisemitismus, Fremdenfeindlichkeit, Islamfeindlichkeit und der Abwertung asylsuchender, obdachloser oder langzeitarbeitsloser Menschen auf (Heitmeyer, 2011). Auch nachfolgende Studien wie die zur „Fragilen Mitte“ (Zick, Klein 2014) bestätigen diesen Zusammenhang. Heitmeyer (2011) kommt zu dem Schluss, dass es bei der Abwertung von Menschen vor allem darum geht, Ungleichwertigkeit zu markieren, zu stabilisieren und zu legitimieren.

Intersektionale Betrachtung von Diskriminierung und Gewalt: syndemische Effekte

Diese Effekte des Zusammenwirkens mehrerer Diskriminierungsdimensionen lassen sich an mehreren Beispielen veranschaulichen.

Eine niederländische Studie (Geijtenbeek & Plug, 2015) weist nach, dass in Vollzeit erwerbstätige transidente Frauen, also Mann-zu-Frau-Transidente, nachdem sie in ihrem Zielgeschlecht leben, in die Sexismus-Falle tappen und 16 Prozent bis 23 Prozent weniger verdienen, während Transmänner, also Frau-zu-Mann-Transidente, sogar ein leicht höheres Einkommen haben. Auch in dem Jahr nach der Transition verzeichnen die Gehälter der Transmänner einen leichten, wenn auch moderaten Anstieg im Laufe der Zeit, während die Gehälter der Transfrauen stagnieren und auf niedrigem Niveau verbleiben.

Eine andere Studie aus dem deutschen Bundesland Nordrhein-Westfalen (Fuchs, Ghattas et.al. 2015. Quelle: [lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/TSG/Studie_NRW.pdf](https://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/TSG/Studie_NRW.pdf)) zeigt ebenfalls einen engen Zusammenhang zwischen Transition und ökonomischer Situation und sozialem Status auf. So waren zum Zeitpunkt der Erhebung 26 Prozent der Transmänner auf eine staatliche Transferleistung, Arbeitslosengeld II, angewiesen, das mit Sozial-

hilfe gleichzusetzen ist und in einer Langzeitarbeitslosigkeit begründet ist. Auch bezogen 19 Prozent der Transfrauen Arbeitslosengeld II. Dem gegenüber liegt das Sozialhilfeniveau in Nordrhein-Westfalen bei durchschnittlich 11,1 Prozent. Das hohe Ausmaß an Langzeitarbeitslosigkeit weist darauf hin, dass eine Abweichung von der Hetero-Norm schwerwiegende Folgen für die Betroffenen haben kann: Coming-out und Transition können zu Problemen am Arbeitsplatz führen, bis hin zu dessen Verlust. Auch in der Posttransitions-Phase haben es trans*Personen sehr schwer, einen (neuen) Arbeitsplatz zu finden; es drohen Verarmung und sozialer Abstieg. In dieser prekären Lebenssituation sind transidente Menschen mit weiteren Vorurteilen und Stigmatisierung wegen ihrer Armut oder Langzeitarbeitslosigkeit konfrontiert. So waren 2011 immerhin annähernd 53 Prozent der deutschen Bevölkerung davon überzeugt, dass Langzeitarbeitslose nicht wirklich daran interessiert seien, einen Job zu finden (Heitmeyer, 2011). Andere Gründe, die zu einer erschwerten Arbeitsaufnahme beitragen können, werden ausgeblendet oder gar abgewertet. Die Stigmatisierung wegen der Langzeitarbeitslosigkeit ist also ein Stressor, der zusätzlich zu den Diskriminierungen oder Gewalterfahrungen wegen der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität zum Tragen kommt.

Der Anteil von lesbischen, bisexuellen und schwulen Menschen an der Gesamtbevölkerung beträgt zwischen 5 und 10 Prozent und laut der Deutschen Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität wird der Anteil von transidenten Menschen an der Gesamtbevölkerung auf circa 1 Prozent geschätzt, bei den obdachlosen Jugendlichen liegt er jedoch bei ungefähr 25 Prozent (Corliss et al., 2011). Es wird vermutet, dass die Jugendlichen wegen Diskriminierungen oder Gewalterfahrungen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder ihrer Geschlechtsidentität die elterliche Wohnung verlassen (müssen). Leben die Jugendlichen auf der Straße, werden sie erneut stigmatisiert, denn Vorurteile gegen Obdachlose sind in Deutschland weit verbreitet: So waren im Jahr 2011 immerhin 35,4 Prozent der deutschen Bevölkerung der Meinung, dass bettelnde Obdachlose aus den Fußgängerzonen entfernt werden sollten (Heitmeyer, 2011).

Lesben, Schwule und Trans* mit einer Migrationsbiografie erleben innerhalb der LST* Communitys, die ein Ort der Selbstvergewisserung der sexuellen Orientierung und Identität sind, Ausgrenzungen bis hin zu offener Fremdenfeindlichkeit und zugleich Homonegativität in ihrer migrantischen Gemeinschaft, die ein Raum der Selbstvergewisserung hinsichtlich der migrantischen Identität ist (Ohms, 2014). Negative Erfahrungen wegen unterschiedlicher Aspekte des eigenen Seins können dazu führen, die jeweiligen Aspekte situationsbedingt zu verschweigen, was zu einer immensen psychischen Belastung führen kann.

Das Zusammenwirken von in unterschiedlichen Diskriminanten begründeten Stressoren wie beispielsweise das Erleben von Fremdenfeindlichkeit und das Erleben von Diskriminierungen wegen der Geschlechtsidentität oder der sexuellen Orientierung wird als syndemischer Effekt beschrieben (Langer, 2009).

Es kann vermutet werden, dass syndemische Effekte, die sich durch Mehrfachdiskriminierungen ergeben, die Vulnerabilität bestimmter marginalisierter Gruppen wie beispielsweise LSBT* mit Migrationsbiografie oder LSBT* mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen deutlich erhöhen. Durch Mehrfachdiskriminierungen wird der Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen, die unterstützend wirken könnten, wesentlich erschwert, denn die betroffene Person antizipiert nun sowohl fremdenfeindliche oder behindertenfeindliche als auch homo- oder transnegative Haltungen.

Andererseits können Privilegierungen, die sich aus der Zurechnung bestimmter Eigenschaften oder Merkmale ergeben, beispielsweise die Zugehörigkeit zur Mittelschicht, ein hoher Bildungsgrad oder cis-männlich zu sein, die Vulnerabilität abmildern.

Die Fähigkeit, in der Not Unterstützungsangebote wahrzunehmen, ist ein zentraler Resilienzfaktor. Damit er wirksam werden kann, müssen entsprechende Angebote nicht nur vorhanden, sondern möglichst hürdenlos zugänglich sein.

Ein weiterer zentraler Resilienzfaktor für Lesben, Schwule und Trans* ist die LST* Community: Hier erfahren Lesben, Schwule und Trans* Wertschätzung und Unterstützung in ihrem geschlechtlichen Sosein. Die LST* Communitys stellen folglich eine bedeutsame Ressource für die Stabilisierung und/oder Wiedererlangung psychischer Gesundheit dar. Allerdings, wie bereits skizziert, zeigt sich, dass diese Ressource nicht allen Lesben, Schwulen oder Trans* gleichermaßen zugänglich ist: Auch hier finden Ausschlüsse und Diskriminierungen statt, sei es wegen einer Behinderung oder wegen des sozialen Status, der ethnischen Herkunft, des Alters, der Geschlechtsidentität oder wegen eines anderen Merkmals. Auch diese Ausschlüsse verstärken die Vulnerabilität der von Mehrfachdiskriminierung betroffenen LST*.

Auch der finanzielle Spielraum, der einem Menschen zur Verfügung steht, ist eine Quelle, aus der sich die Resilienz speist. Einige strukturelle Benachteiligungen können mittels eigener finanzieller Möglichkeiten

kompensiert werden, womit die Vulnerabilität abgemildert wird. Ein Beispiel: Das deutsche Recht sieht vor, dass transidente Personen zwei Jahre in ihrem Zielgeschlecht leben und zweimal begutachtet werden, bevor sie ihren Personenstand ändern können (vgl. Richter-Appelt et.al. 2014). In diesen zwei Jahren tragen die Krankenkassen aber nicht die Kosten der Utensilien, die es der Person erleichtern würden, als Person im Zielgeschlecht wahrgenommen zu werden: Kleidung, Perücken, Binder, Laser-Epilation usw. Ohne eigene finanzielle Spielräume gleicht diese zweijährige „Probezeit“ eher einem Spießrutenlauf als der Unterstützung der Selbstvergewisserung.

Eine weitere Ressource, aus der sich die Resilienz speist, ist der soziale Nahraum, die Partner_innenschaft. Dort erfahren Lesben, Schwule und Trans* Wertschätzung und Akzeptanz ihres Soseins. Der Freund_innenkreis gilt als erste Anlaufstelle, um diskriminierende oder gar gewalttätige Erfahrungen zu bewältigen (Ohms, 2000). Die Beziehung ist ebenfalls ein Ort der Selbstvergewisserung und wird als Raum wahrgenommen, in dem weder Abwertungen noch andere Formen der Geringschätzung vorkommen. Die Vulnerabilität und der Minoritätenstress führen aber auch dazu, der (Paar)beziehung eine besondere Bedeutung beizumessen, sie gar zu überhöhen.

Häusliche Gewalt in LST* Partner_innenschaften

Verschiedene Studien legen die Vermutung nahe, dass Gewalt in der Partner_innenschaft bei Lesben, Schwulen und Trans* zumindest in gleichem Ausmaß vorkommt wie in heterosexuellen Beziehungen. Nach Henderson (2003-; Quelle: sigmaresearch.org.uk/files/report2003.pdf) haben immerhin 29 Prozent der schwulen Männer und 22 Prozent der lesbischen Frauen Gewalt durch den aktuellen Partner oder die aktuelle Partnerin erfahren. Nach einer Studie des US-amerikanischen National Center for Injury Prevention and Control (2010; Quelle: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/datasources.html>) haben gar 40 Prozent der Frauen, die sich als lesbisch definierten, physische, sexualisierte oder psychische Gewalt durch die aktuelle Partnerin erlebt. Bezieht man den herkunftsfamilialen Kontext ein, so zeigt sich nach einer Studie des US-amerikanischen National Center for Transgender Equality (2011; Quelle: <http://www.avp.org/resources/avp-resources/95>), dass wenigstens 19 Prozent der jungen Transgender Gewalt durch ein Mitglied ihrer Herkunftsfamilie erlebt haben, wobei Transmädchen und -frauen deutlich häufiger Gewalt ausgesetzt sind als Transjungen und -männer (22 gegenüber 15 Prozent). Wir reden also von einem recht hohen Gewaltpotential im sozialen Nahraum, der durch emotionale Nähe und dementsprechend hoher Vulnerabilität geprägt ist.

LST*-spezifische Stressoren, also beispielsweise Diskriminierungserfahrungen, das Antizipieren von Gewalt und Diskriminierung und verinnerlichte Homonegativität, wirken auch im Fall von häuslicher Gewalt und verstärken in besonderem Maß die Vulnerabilität derjenigen Lesben, Schwule und Trans*, die von Gewalt in der Partner_innenschaft oder im sozialen Nahraum betroffen sind.

Eine Offenlegung dieser Erfahrung bedeutet immer ein zweifaches Offenlegen: der sexuellen oder geschlechtlichen Identität und des Erlebens von Gewalt in der Partner_innenschaft. Verinnerlichte Homonegativität kann dazu führen, die eigene (von der Norm abweichende) sexuelle Identität zu verschweigen, was es wiederum erschwert, beispielsweise im Freund_innenkreis Hilfe und Unterstützung einzuholen. Die Offenlegung der sexuellen Identität oder einer Trans*-Vergangenheit kann als Druckmittel eingesetzt werden, den die Partner_in zu kontrollieren und Macht in der Beziehung zu etablieren. Verinnerlichte Homo- oder Transnegativität stellt einen Risikofaktor für die Ausübung von Gewalt dadurch dar, dass die Leibhaftigkeit des der Partner_in eben jenen Aspekt der eigenen Identität widerspiegelt, den man verachtet.

Alleine der Umstand, dass es sich um eine gleichgeschlechtliche oder trans* Beziehung handelt, hindert also viele von Gewalt in der Partner_innenschaft betroffene lesbische Frauen, schwule Männer oder Trans* daran, Unterstützung in Anspruch zu nehmen, rechtliche Schritte einzuleiten oder gar die Polizei einzuschalten. Denn hier müsste die sexuelle Orientierung und vielleicht sogar die Geschlechtsidentität offengelegt werden – zusätzlich zu dem Stigma, von Gewalt in der Partner_innenschaft betroffen zu sein.

Die Analyse von Gewalt in der Partner_innenschaft von Lesben, Schwulen und Trans* unterscheidet sich an verschiedenen Punkten deutlich von derjenigen der häuslichen Gewalt in heterosexuellen Beziehungen.

Nach aktuellem Stand der Forschung ist in heterosexuellen Beziehungen meist der Mann derjenige, der gewalttätig wird. Täter häuslicher Gewalt werden oft als wertkonservativ beschrieben; mit der Ausübung von Gewalt sichern und festigen sie ihre Etabliertenrechte als Cis-Mann. Das vorherrschende Erklärungsmodell der Geschlechtsspezifität von Gewalt lässt sich allerdings nicht auf gleichgeschlechtliche oder trans* Beziehungen übertragen, zumindest nicht, ohne homonegative Vorurteile wie beispielsweise, es sei „immer die männlich

wirkende Lesbe, die schlägt“, zu befördern. Daher richtet sich der Blick auf die Gewaltdynamik an sich – und nicht auf die Geschlechtlichkeit der gewaltausübenden Person.

Risikofaktoren, die allgemein Gewalt in der Partner_innenschaft begünstigen, können nicht eins zu eins auf LSBT* Beziehungen übertragen werden. So wird Sucht, beispielsweise Alkoholismus, als Risikofaktor und Erklärung für die Ausübung von Gewalt herangezogen. Dieses Erklärungsmodell kann jedoch für die Beschreibung von Risikofaktoren, die zur Ausübung von Gewalt in LST* Beziehungen beitragen, nicht ohne weiteres herangezogen werden, denn Sucht ist hier eher ein Indikator für einen hohen Minoritätenstress und gilt als Bewältigungsstrategie für das Erleben von Minoritätenstress.

Verschiedene Studien zeigen zudem, dass der Anteil an bidirektionalen Gewaltdynamiken höher ist als in heterosexuellen Beziehungen (Bartholomew et al., 2008). In bidirektionalen Gewaltdynamiken können beide Partner_innen zu unterschiedlichen Begebenheiten Gewalt verüben, d.h. Opfer werden oder aber Täterin sein (Ohms, 2008).

Hinsichtlich der Ausübung von Gewalt in der heterosexuellen Partnerschaft verändert sich langsam das gesellschaftliche Klima und gewaltausübende Männer müssen inzwischen mit deutlichen Sanktionen rechnen, jedoch innerhalb der LST* Communitys ist die Gewalt in lesbischen, schwulen oder trans* Beziehungen stark tabuisiert. Das zeigt sich vor allem durch einen Mangel an Diskurs zu diesem Thema, es wird einfach verschwiegen. Dies erschwert es denjenigen, die Gewalt erleben, aber auch denjenigen, die Gewalt verüben, gewalttätiges Verhalten zu benennen und entsprechende Hilfe und Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Eine intersektionale Betrachtung weist auf weitere Problemstellungen hin, die sich durch die Zugehörigkeit zu mehreren vulnerablen gesellschaftlichen Gruppen ergeben: Es können in der Partner_innenschaft Abhängigkeiten entstehen, die durch äußere Rahmenbedingungen erst ermöglicht oder noch verstärkt werden.

Der Umstand, gleich mehreren diskriminierten sozialen Gruppen anzugehören, erschwert es den Betroffenen zusätzlich, Hilfe und Unterstützung einzuholen. In den LST* Communitys treffen sie nicht nur auf eine Mauer des Schweigens, was die Gewalt in der Partner_innenschaft angeht, sondern auch auf Diskriminierungen wegen anderer Aspekte ihres Soseins. In Communitys, die der Selbstvergewisserung dieser anderen Aspekte ihres Seins dienen, können homo- und transnegative Vorurteile und Ansichten vorherrschen, die es wiederum verunmöglichen, den Kontext der Erfahrung von Gewalt in der Beziehung zu beschreiben. Weder da noch dort Hilfe und Unterstützung einholen zu können, führt zwangsläufig in die Isolation.

Hinzu kommt, dass etablierte Präventions- und Interventionsmechanismen heteronormativ ausgerichtet sind und daher kaum in der Lage sind, LST*-Opfern von Gewalt in der Partner_innenschaft oder auch den LST*-Täter_innen angemessene Unterstützung zu gewährleisten. Die meisten Frauenberatungsstellen begreifen sich vorrangig als Opferberatungsstellen, während sich die meisten Angebote für Täter an Männer richten. Die Frauenhäuser bieten Frauen Schutz, meist sind damit jedoch heterosexuelle Cis-Frauen gemeint.

Die oft geäußerte Maxime „Uns sind alle Frauen willkommen“ genügt keinesfalls, um eine Zugänglichkeit für lesbische oder trans* Frauen herzustellen. Da bedarf es einfach mehr.

Für die psychotherapeutische oder beratende Arbeit mit Lesben, Schwulen und Trans* ist es daher zwingend notwendig, die besonderen Vulnerabilitäten und ihren Einfluss auf die Lebensweise und Lebensqualität zu berücksichtigen, d.h. eine sogenannte Lebensweisenkompetenz zu entwickeln. Zahlreiche Diskriminierungen und mögliche Gewalterfahrungen führen zu einem erhöhten Misstrauen gegenüber denjenigen, die unterstützend tätig sind. Daher müssen deutliche Signale gesetzt werden, die eine affirmative Haltung gegenüber geschlechtlicher und sexueller Vielfalt vermitteln.

Auch müssen die syndemischen Effekte von Mehrfachdiskriminierungen im Kontext von Vulnerabilität und Resilienz in die therapeutische und beratende Arbeit einbezogen werden.

Geht es zudem um Gewalt- oder Diskriminierungserfahrungen, muss berücksichtigt werden, dass deren Thematisierung auch eine Benennung der sexuellen oder geschlechtlichen Identität mit sich bringt – und jene daher möglicherweise erst später im Beratungsprozess benannt werden. Eine zentrale Möglichkeit, verschiedene Hürden der Beratung abzumildern, besteht darin, ein Peer-to-Peer-Setting zu schaffen, in dem der_die Therapeut_in oder Berater_in leibhaftig die Lebenserfahrungen des_der Klient_in verkörpert.

Autorin

Constance Ohms, Dr., freiberufliche Sozialwissenschaftlerin, Gründerin und Vorstand des Bundesverbands Broken Rainbow e.V., der sich mit Gewaltprävention, -intervention und Antidiskriminierungsarbeit befasst. Thematische Schwerpunkte: Effekte von Mehrfachdiskriminierung auf die Resilienz besonders vulnerabler gesellschaftlicher Gruppen, häusliche Gewalt in gleichgeschlechtlichen und trans*Partner_innenschaften.

Korrespondenz

E-Mail: projektwissen@yahoo.com

Literatur

- Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2013). LGBT-Erhebung in der EU – Erhebung unter Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transgender-Personen in der Europäischen Union: Ergebnisse auf einen Blick. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. Details für einzelne Staaten verfügbar unter: <http://fra.europa.eu/DVS/DVT/lgbt.php>.
- Bartholomew, K., Regan, K. V., White, M. A., & Oram, D. (2008). Patterns of abuse in male same-sex relationships. *Violence and Victims*, 23, 617–636.
- Corliss, H. L., Goodenow, C. S., Nichols, L., & Austin, S. B. (2011). High burden of homelessness among sexual-minority adolescents: findings from a representative Massachusetts high school sample. *American Journal of Public Health*, 101, 1683–1689.
- Dennert, G. (2006). Die psychische Gesundheit von Lesben und Schwulen: eine Übersicht europäischer Studien. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 38, 559–576.
- Fuchs, W./Ghattas, D.C. et. al: Studie zur Lebenssituation von Transsexuellen in Nordrhein-Westfalen.
Download: lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/TSG/Studie_NRW.pdf
- Geijtenbeek, L., & Plug, E. (2015). Is there a penalty for becoming a woman? Is there a premium for becoming a man? Evidence from a sample of transsexual workers. IZA Discussion Paper Nr. 9077. Bonn: Forschungsinstitut für die Zukunft der Arbeit.
- Göth, M., & Kohn, R. (2014). Sexuelle Orientierung in Psychotherapie und Beratung. Berlin: Springer Medizin.
- Heitmeyer, W. (Hrsg.) (2011). Deutsche Zustände, Folge 10. Berlin: Suhrkamp.
- Henderson, L. (2003): Prevalence of domestic violence among lesbians and gay men. Sigma Research.
Download: sigmaresearch.org.uk/files/report2003.pdf
- Krell, Claudia/Oldemeier, Kerstin (2015): Coming-out – und dann ...? Ein DJI Forschungsprojekt zur Lebenssituation lesbischer, schwuler, bisexuelle und trans* Jugendlicher und junger Erwachsener. Quelle: www.dji.de
- Krell, Claudia (2013): Lebenssituationen und Diskriminierungserfahrungen von homosexuellen Jugendlichen in Deutschland. Quelle: www.dji.de
- Langer, P. C. (2009). Beschädigte Identität: Dynamiken des sexuellen Risikoverhaltens schwuler und bisexueller Männer. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- National Center for Injury Prevention and Control (2010): NISVS: An overview of 2010 Findings on Victimization by Sexual Orientation. Quelle: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/datasources.html>
- Ohms, C. (2000). Gewalt gegen Lesben. Berlin: Querverlag.
- Ohms, C. (2008). Das Fremde in mir: Gewaltdynamiken in Liebesbeziehungen zwischen Frauen; soziologische Perspektiven auf ein Tabuthema. Bielefeld: Transcript.
- Ohms, C. (2014). Spagat ins Glück: Lesben und Schwule mit Migrationsbiografie. Berlin: Querverlag.
- Olson, K., Durwood, L., DeMeules, M., & McLaughling, K. A. (2016). Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, 137(3), e20153223. DOI 10.1542/peds.2015-3223.
- Richter-Appelt, H., & Nieder, T. O. (Hrsg.) (2014). Transgender-Gesundheitsversorgung: eine kommentierte Herausgabe der Standards of Care der World Professional Association for Transgender Health. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Sandfort, T. G., de Graaf, R., Bijl, R. V., & Schnabel, P. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: findings from Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Archives of General Psychiatry* 58, 85–91.
- Sigusch, V. (1992). Geschlechtswechsel. Hamburg: Klein.
- Voß, H.-J. (2010). Making sex revisited: Dekonstruktion des Geschlechts aus biologisch-medizinischer Perspektive. Bielefeld: Transcript.
- Voß, H.-J. (2011). Geschlecht: wider die Natürlichkeit. Stuttgart: Schmetterling-Verlag.
- Wolf, G. (2004). Erfahrungen und gesundheitliche Entwicklungen lesbischer Frauen im Coming-out-Prozess. Herbolzheim: Centaurus-Verlag.
- Zick, Andreas/Klein, Anna (2014): Fragile Mitte – Feindselige Zustände. Rechtsextreme Einstellungen in Deutschland. Dietzverlag, Bonn.

Intersectionnalité dans l'accompagnement psychosocial des expériences de violence et/ou de discrimination faites par les lesbiennes, les gays et les trans*

La vulnérabilité particulière des lesbiennes, des bisexuels, des gays et des trans* s'explique par la sanction à laquelle les expose leur supposée transgression des normes.

Les personnes concernées ont conscience de ce phénomène. Le fait d'être victimes de ces discriminations et/ou de ces violences, et de les craindre, génère un stress psychosocial spécifique dû à leur statut de minorité. Mais dans la mesure où ce stress psychique est variable d'une personne LGBT à une autre, il est nécessaire de déterminer quelles sont les ressources individuelles et sociales qui permettent de rester positif ou de renouer avec les aspects positifs de la vie. Il semble que les facteurs capables d'aider à retrouver ce positivisme peuvent tout aussi bien contribuer à accentuer la vulnérabilité des personnes concernées : il s'agit essentiellement de la famille d'origine et de la communauté dont font partie les individus.

Mais l'orientation sexuelle et l'identité sexuelle ne sont pas les seuls facteurs discriminants qui peuvent porter préjudice aux individus ou leur valoir des actes de violence : c'est aussi le cas pour l'origine ethnique, la couleur de peau, un handicap, une appartenance religieuse (ou le fait même de ne pas avoir de religion), l'âge, le statut social, etc. L'appartenance à plusieurs groupes sociaux défavorisés peut multiplier les obstacles, pour les personnes victimes de violence ou de discrimination, dans la recherche d'aide et de soutien. À l'inverse, certains privilèges, par exemple le fait d'appartenir à une couche moyenne ou élevée ou bien de posséder un bon degré d'éducation, facilitent le recours à des aides.

Lorsque la violence émane du conjoint ou de l'entourage proche, la vulnérabilité joue un rôle central : elle complique particulièrement le recours à des aides pour la victime de violence, mais aussi pour son auteur, car il faut alors en passer par deux «coming-out» : indiquer son orientation sexuelle ou son identité sexuelle à son interlocuteur, et préciser les circonstances dans lesquelles s'est exercée la violence de la part du conjoint. L'aspect particulier de la vulnérabilité joue également un rôle central dans la dynamique de la violence : elle est utilisée pour asseoir une domination et un pouvoir. Ainsi le statut résidentiel précaire d'un partenaire peut être «exploité» afin de prendre le contrôle et le pouvoir sur lui.

Dans le cadre d'une aide psychosociale ou d'une psychothérapie, il est par conséquent indispensable d'en permettre l'accès à des personnes appartenant à des groupes particulièrement vulnérables pour qu'ils puissent y avoir recours. Par ailleurs, le conseiller/thérapeute doit avoir conscience que l'appartenance à un groupe vulnérable a un impact fort sur le processus de consultation lui-même : Ceux qui appartiennent à des groupes vulnérables ont déjà fait l'expérience de la discrimination et sont donc à la fois critiques et sensibles à l'égard d'éventuelles discriminations. Il arrive que les expériences essentielles de violence, par exemple dans le couple ou par un membre de la famille d'origine, ne soit évoqué que très tardivement dans la consultation. Les situations spécifiques qui découlent de l'appartenance à plusieurs groupes sociaux discriminés nécessitent une identification des ressources spécifiques de résilience et leur encouragement. Ce qui n'est possible que si le thérapeute/conseiller connaît suffisamment bien le contexte dans lequel vivent les LGBT*IQ.

Mots clés: vulnérabilité, identité sexuelle, discriminations multiples, violence domestique, tabou, obstacle à l'accessibilité

Auteure

Constance Ohms, docteur en sciences sociales, exerce en libéral. Fondatrice et présidente de l'association allemande «Broken Rainbow», qui lutte contre la violence et les discriminations. Axes thématiques : Effets des discriminations multiples sur la capacité de résilience dans les groupes particulièrement vulnérables, violence domestique dans les couples homosexuels et trans*.

Originalarbeit (Titelthema)

Theodor Itten

Bücher zum Themenheft

U. Rauchfleisch: Transsexualität – Transidentität: Begutachtung, Begleitung, Therapie

2014, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 216 S., €27,-

Dieser Klassiker des Psychoanalytikers und emeritierten Professors der Psychologie an der Universität Basel ist in der vierten, völlig überarbeiteten Auflage für all jene greifbar, die sich mit diesem Schwerpunktthema tiefer gehend sachkundig machen wollen. Das handliche Buch kommt in vier Hauptteilen daher: von der Krankheit Transsexualität zur nichtpathologischen Transidentität; die Begutachtung von trans* Menschen; mit welchen Fragen und Problemen sind trans* Menschen konfrontiert? was können trans* Menschen selber tun? Ein autobiographisch angereichertes Essay von Jacqueline Born, selbst Transfrau, mit dem Titel „Free Gender“ gibt einen lebendigen Einblick in die positiven und befreienden Erfahrungen, die als Basis gendertheoretischer Diskussionen über Transidentität dienen können. Rauchfleisch rundet seine quellenreiche Analyse mit zwei professoralen Zusammenfassungen ab, wobei die letzte, auf den Punkt gebracht (10 Punkte), jeder und jedem sozialpolitisch Tätigen schnell schlanke sowie intelligente Argumentationshinweise liefert, um das komplexe, emotionale wie körperliche Thema in seiner gesellschaftlichen Entwicklung klar und deutlich zu machen.

Seit vierzig Jahren beschäftigt sich die Psychiatrische Universitätsklinik in Basel mit transsexuellen Frauen und Männern. Rauchfleisch hat über hundert Transsexuelle über und durch diese Jahre begutachtet und in der Übergangsphase therapeutisch begleitet. Er hat erkannt, wie unterschiedlich die Persönlichkeiten mit ihren verschiedenen Entwicklungen und sozial-kulturellen Kontexten sind. „Die Gemeinsamkeit stellt lediglich die durch nichts zu verändernde Überzeugung dar“, schreibt er im Vorwort, „dem Gegengeschlecht anzugehören und eine hormonelle und operative Angleichung an das Gegengeschlecht anzustreben.“ Die vielen trans* Personen, die er begleitet hat, zeigten keine psychopathologischen Zeichen, sondern lebten in einer grossen psychischen Stabilität. Die ab und zu auftretenden depressiven, mit Angst vermischten Verstimmungen wurden durch die für trans* Menschen immer noch schwierigen Lebenssituationen ausgelöst. Diese Personen sollten, so der Autor, heute ihren je eigenen individuellen Wandlungsweg gehen dürfen, ohne den immer noch lästigen und diskriminierenden „Alltagstest“ (vor einer hormonellen und chirurgischen Intervention muss eine Transperson für ein bis zwei Jahre während täglich 24 Stunden in der angestrebten Geschlechterrolle leben). Er fordert schon lange, dass die Fremdbestimmung durch „Fachleute“ beendet wird. Transpersonen sind für sich und ihr Schicksal selbst zuständig. Sie werden heute vermehrt durch transidente Fachärztinnen und Fachärzte sowie selbsterfahrene transidente Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten begleitet.

Die Psychiaterin Annette Güldenring hat ihre diesbezügliche Erfahrung in einem Gastbeitrag über die andere Sicht, respektive die Sicht vom anderen Ufer aus, vom Mann zur Frau, biographisch und wissenschaftlich redlich dargestellt. Sie schreibt: „Es ist bisher nicht gelungen, eine wissenschaftliche Ursache für Trans* zu finden. Alle Untersuchungen zur Fragestellung atypischer Geschlechtsentwicklungen weisen in keine einheitliche Richtung.“ Trans*, fühlt und denkt sie, ist von Natur aus gegeben. Trans* ist tief in einem Menschen verwurzelt und kommt irgendwann ins Bewusstsein hoch, damit die körperliche Entfaltung in der autonomen Wandlung vollzogen werden kann. Im historischen Überblick beschreibt Rauchfleisch den Übergang von der Einstellung, dass Transsexualität eine Krankheit sei, hin zur nicht pathologisierten Transidentität. Die Situation der trans* Menschen hat sich seit den ersten Operationen im Jahre 1952 um vieles verbessert. Er beschreibt den diagnostischen Ablauf, den Alltagstest (den er keinesfalls als obligatorisch notwendig ansieht), die Hormonbehandlung, die chirurgischen Massnahmen, die notwendige zivilrechtliche Personenstandsänderung und wie trans* Menschen danach psychotherapeutisch nachbetreut werden sollten. Damit kann eine positive Entwicklung durchlaufen und erreicht werden. Was ist wichtig und notwendig bei der Begutachtung von trans* Menschen? Ganz ein der Empirie zugewandter Kollege, beschreibt er berührend seine ersten Begegnungen mit trans* Menschen am Beginn der 1970er-Jahre und seinen Schaffungsweg mit den reichhaltigen Erfahrungsfundi, welche er in dieser sowie weiteren Publikationen zu diesem Themenbereich vor uns ausbreitet. Selbstverständlich versteht der Autor den tiefen Wunsch von trans* Personen, ein möglichst gutes „Passing“ vom biologischen Geschlecht in die neue Lebensrolle machen zu können. Er findet, dass seine Klientinnen und Klienten „ihr biologisches Geschlecht, das ja einen bedeutenden Teil ihrer bisherigen Lebensgeschichte ausmacht, wenigstens so weit akzeptieren, dass sie gewisse Merkmale bestehen lassen (vielleicht sogar besonders schätzen können) und nicht einen erbitterten Kampf dagegen führen müssen.“ Die begleitende Psychotherapie

für diesen wichtigen Transitionsprozess und die Wirkfaktoren, die zu beachten sind, beschreibt er zusammenfassend nach über 45 Jahren Praxis-Tätigkeit. Wie ein stimmiger Coming-out-Prozess geplant und durchgeführt werden kann, wird ebenso beschrieben wie die Klärung der familiären Beziehungen und der unweigerlich passierenden Auseinandersetzung mit der neuen Geschlechterrolle. Die spezielle Situation von trans*Kindern wird im Buch bedacht und in den Problemkreis der Beratungs- und Behandlungsangebote aufgenommen.

Alles in allem ein tolles und überaus reichhaltiges Handbuch für Transidente, deren Angehörige und verschiedene Fachpersonen.

M. Katzer, H.-J. Voß: Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung: praxisorientierte Zugänge

2016, Gießen, Psychosozial-Verlag, 358 S., €36,90

Selbstbestimmung geht Hand in Hand mit Vertrauen ins eigene Selbst. So lässt sich Selbstsicherheit und das eigene lebensnotwendige Selbstwertgefühl gut kultivieren. Das Selbstkonzept, das Konzept des Selbst, ist nicht nur vielfältig in den Variationen operativer Definitionen verschiedenster Psychologie und philosophischen Traktaten, sondern weitaus transgeschlechtlicher als bisweilen normativ angenommen. Dieser logische Dachbegriff für die oder den, welche oder welcher wir sind, und dafür, wer oder was wir uns vorstellen zu sein, die sich kontinuierlich entfalten und werden, sein können und sein wollen, ermöglicht verschiedenste Theorien über die tiermenschliche Geschlechtlichkeit. In der Sozialpsychologie sind die Konzepte von Geschlecht, der sozial-kulturellen Rolle (männlich/weiblich), die inter- und intrapsychischen Identitäten, die eigene(n) gelebte(n) und gewünschte(n) Sexualität(en), die gelebte Selbstorganisation, die eigene Wirklichkeitswahrnehmung usw. immer schon vom jeweiligen Bestimmungsnetz des gesellschaftlichen Kontexts umfassen. Die Frage, was unter diesen Rahmenbedingungen die geltende Norm ist, die zu einer kollektiven Übereinstimmung führt, beschäftigt die Sozialwissenschaften ohne Ende.

Der von ihnen herausgegebene spannende Sammelband möchte laut Katzer und Voß keine weitere Klärung der Begriffe leisten, was ich schade finde, sondern beruht meist auf den Erfahrungen der Selbstbestimmung in den jeweiligen kulturellen Grenzen der vorgefundenen ökonomischen und technischen Bedingungen, in denen der einzelne Mensch lebt. Das Geschlecht, mit dem wir geboren werden, ist traditioneller Weise in der Yin-Yang-Schlaufenbasis (Zweigeschlechtlichkeit f/m) eingewoben. Wer mit der eigenen leiblichen Geschlechtlichkeit sich sexuell nicht im Einklang findet, sollte einen Wechsel zwischen den angebotenen Identitäten machen dürfen. trans*Personen sind jedoch immer beschäftigt, sich auf der zeitlichen Wippe, ob als trans*Frau oder trans*Mann, zurechtzufinden. Was passiert in der Sexualität, wenn bei Trans* ihr Zugang problematischer ist, weil ihre Genitalien nicht „stimmig“ sind? Anja Gruber nimmt uns mit auf einen Antwortweg, der direkt ins Zentrum dieser Vielfalt von transgeschlechtlichen Identitätsentwürfen führt. Sie recherchiert viele Studien zur sexuellen Zufriedenheit, korrelierend mit Selbstbestimmung, Kommunikationswünschen und Befriedigung der Zärtlichkeitsbedürfnisse. Je wohler wir uns in unserer Verkörperung fühlen, desto positiver bewerten wir meist unser Sexualleben. In Studien zu Trans* und sexueller Zufriedenheit sind trans*Männer üblicherweise zufriedener als trans*Frauen. In Partnerschaften sind trans*Männer nach operativer Angleichung mit ihren Partnerinnen glücklich, weil diese ihre weiblichen Emotionen und Verhaltensweisen kennen und wahrnehmen, was als verbindend erlebt wird. Trans*Männer sind allgemein besser sozial integriert, akzeptiert als trans*Frauen, die es laut diversen Studien schwerer haben, obschon sie sich nun in ihrem Körper wohler fühlen. Gruber zitiert und diskutiert verschiedene Studien und hat vor allem, dies ein Grund sie hier hervorzuheben, eine eigene Interviewstudie zu sexueller Zufriedenheit von Trans* während und nach dem Geschlechterwechsel durchgeführt. Vor und nach Hormoneinnahme und/oder operativen Eingriffen.

Was gilt als Erfolg für ein gelungenes „Passing“. Sie schreibt: „Die Aussagen der Interviewten lassen den Schluss zu, dass ein positives Körperbild im Allgemeinen und ein individuell stimmiges Verhältnis von Körperlichkeit und Geschlechtsidentität im Speziellen einen direkten Einfluss auf die sexuelle Zufriedenheit haben.“ Melitta Mitscherlich hat mit ihrer Forschung zum Körperbild und Mutterbindung dies schon in den siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts positiv hervorgehoben. Wie lässt sich die seelische Verteilung im Teilen des Körpers harmonisieren? Die Kongruenz von Körpergeschlecht und Geschlechtsidentität ist bei trans*Personen immer eine gewordene. Die Identität wird von der durch die Geburt erhaltenen Körperbiologie abgehoben, „andererseits sind trans*Personen auf Leiblichkeit angewiesen, um ihre Identität zu leben, denn sie ersehnen ja meist einen anderen Körper,“ schreibt Anja Krober in ihrer Zusammenfassung und weist darauf hin, dass trans*Frauen diesem Paradox stärker ausgesetzt sind als trans*Männer. In der heutigen westlichen Gesellschaft ist das Verlangen nach sexueller, genitaler, gendermässiger Selbstbestimmung wieder die Norm geworden. In den vergangenen 20 Jahren wurden die gesetzlichen Reglementierungen in vielen westlichen

Staaten dank des sozialpolitischen Engagements (bodypolitics) vieler trans*Personen, lesbischer, homosexueller und heterosexueller Menschen an die gelebte moderne Wirklichkeit angepasst. Das sich entwickelnde Empfinden der eigenen Geschlechteridentität sowie das der eigenen sexuellen Orientierung sind kulturell und sozial lebensnotwendig. Manchmal decken sie sich, manchmal sind sie asymmetrisch. Eine Parallele von „anima“ und „animus“ führt gerne in die seelische Spiegelung der gegengeschlechtlichen und sich ergänzenden Persönlichkeitsdynamik. Nur nichts verdrängen. Aber wie denn, ohne berührt zu werden? Sind unsere Geschlechter nur konzeptuelle Artefakte, wie die postmodernen Theoriejonglierer postulieren, sich trotzdem leibhaftig in ihren weiblichen und/oder männlichen Aspekten und Geschlechtervorurteilen in Cafés am Boulevard des Seins unterhalten? Jein ist in dieser „off-modern“ Gegenwart die übliche ausweichende Antwort. Es ist bunt, die Zeiten von Schwarz-Weiss sind passé. Unsere geschlechtlichen Identitäten sind vermischt, ob wir es wahrhaben wollen oder verdrängen. Die weibliche Maskulinität und die maskuline Weiblichkeit sind nur zwei von möglichen Variationen.

Wenn wir PsychologInnen und PsychotherapeutInnen wieder mal ein sozialanthropologisches Buch öffnen, um dort eine Passage über Pubertätsrituale erneut zu lesen, frischen wir unser Gedächtnis auf, dass Menschen in der alten Welt, immer schon Cross-over-Zeremonien gefeiert haben. Buben tragen Mädchenkleider und Mädchen tragen Bubenkleider. Sogar die grossen Geschichten der Menschheit (Mythen) zeugen rund um den Globus von dieser uralten Tradition. Das Leben ist schön, auch ohne Scham. Von den 18 MitschreiberInnen in diesem empfehlenswerten Sammelband in der Buchreihe „Angewandte Sexualwissenschaft“ sind die elf Frauen erfreulicherweise in der Überzahl. Das Buch hat drei Hauptteile: geschlechtliche Selbstbestimmung; sexuelle Selbstbestimmung; reproduktive Selbstbestimmung. In Teil eins sind die Kapiteltitle schon Programm. Der Selbstbestimmung von Trans* zum Durchbruch verhelfen. Die Transidentität, sexuelle Zufriedenheit und die Sexualberatung. Die ärztlichen Erfahrungen und deren Empfehlungen hinsichtlich Transsexualismus und Intersexualität. Diese dann im Bezug zur Individualität und Selbstbestimmung in der Psychoanalyse. Darstellungen, wie diese Themen in der Bildung, Pädagogik und sozialen Arbeit angewendet werden und die Intersexualität und Beratungshilfe gelebt werden, runden diesen fast hundertseitigen Teil mit vielen zitierten empirischen Forschungsergebnissen ab. Wenn es dann um die breit akzeptierte sexuelle Selbstbestimmung geht, wird erst eine diskursive Annäherung an eines der letzten Tabuthemen gewagt, nämlich die Asexualität. Indem das Unsichtbare dieser sexuellen Orientierung sichtbar gemacht wird, entspannt sich dieses romantische Liebesbedürfnis ohne Sex. Die Troubadours haben uns im Mittelalter schon ein Liedchen oder zwei davon gesungen. Viele asexuelle Menschen fühlen sich missverstanden mit ihrer sexuellen Orientierung und der gelebten sexuellen Praxis.

Und was, bitte schön, passiert, wenn wir ins Gefängnis kommen mit unserer gelebten Sexualität, ob Trans*, hetero, lesbisch, homosexuell, asexuell? Drei Kapitel, alle von Männern geschrieben, geben hierzu wichtige und erhellende Antworten, wie Gewalt, Homophobie, Liebesbedürfnis und sexuelle Geborgenheit als Folgen der Tabuisierung von Geschlechtlichkeit und Sexualität in Haftanstalten gelebt werden können. Die Macht als Gefahr für die sexuelle Selbstbestimmung beklemmt hier die Leseerfahrung. Nach neunzig Seiten sind wieder drei Autorinnen am Werk. Zunächst Finale zum Thema der reproduktiven Selbstbestimmung und des Rechts auf Abtreibung. Stimmtig ist das weitere Kapitel zum Thema der Behinderung und der reproduktiven Selbstbestimmung. Wie die moderne, durch die medizinische, pharmazeutische Wissenschaft ermöglichte Vielfalt von menschlicher Reproduktion ausserhalb des üblichen, von der Natur verordneten heteronormativen Zeugungsverfahrens als eine Befreiung vom geschlechtlichen Zeugungsakt von Frau und Mann, Ovum und Spermium, kritisch gesehen und gewürdigt wird, beendet das zu einem wunderbar anmücheligen Umdenken herausfordernde Buch. Eine Zusammenfassung und ein Register wäre kein Luxus für uns LeserInnen gewesen.

Trotzdem, dieses aktuelle Zeitzeugnis im Spannungsfeld von leiblichem Bedürfnis und theoretischem Aufsperrn von Menschenwürde, ohne Denkschablonen, dieser achtzehn engagierten SozialwissenschaftlerInnen ist ohne Wenn und Aber zu empfehlen.

C. Krannich: Geschlecht als Gabe und Aufgabe: Intersexualität aus theologischer Perspektive

2016, Gießen, Psychosozial-Verlag, 79 S., €16,90

In diesem schlanken, dicht und fast dissertationshaft geschriebenen Buch des evangelischen Theologen wird das geschlechtliche Selbsterleben ins Zentrum des Diskurses gelegt. Er fragt keck: Wie lebt sich Intersexualität? Wie arrangieren wir uns in der bipolaren Geschlechterordnung von Frau oder Mann? Es scheint einerseits ganz einfach zu beantworten. Frauen lieben Frauen. Frauen lieben Männer. Männer lieben Männer. Männer lieben Frauen. Sobald die innere, gefühlte Leiblichkeit dazu kommt, gibt es neben der sozial-kulturellen Geschlechterkonstruktion und den biologischen Fakten weitere, ambivalente, ja vitale Kombinationen von sexueller und

geschlechtlicher Identität. Da passiert es, dass eine frauenliebende Frau von Sex mit Männern träumt, genauso wie sie, als sie männerliebend war, von Sex mit Frauen träumte. Wir leben und werden gelebt: Das Unbewusste regiert mit.

Die Relevanz dieser Abhandlung zur binären Geschlechterkonfiguration ist wichtig, da theologisch die menschlichen Wesen, ob in diversen Schöpfungsgeschichten oder religiösen Traktaten, im Bewusstsein der Geschlechtlichkeit primär als Frau oder Mann verkörpert sind. Was für ein Geschlecht die Engel oder andere romantischen Gottheiten haben, ist je nach religiös-politischem Schreibprogramm verschieden. Hindu-Göttinnen und -Götter und all die dazugehörenden Mischwesen sind für jüdisch-christliche und muslimische normativ funktionierende TheologInnen meist nicht nur lästig, sondern Blasphemie. Der als Vikar in der evangelischen Kirche Mitteldeutschlands aktive Autor behauptet, dass das Thema Intersex in kirchlichen Stellungnahmen meist konsequent ausgeblendet wird. Warum? Aus oder gar trotz Schamgefühlen? Für seine Kritik an der jüdisch-christlichen Ordnungskategorie der körperlichen Geschlechtlichkeit – die als göttliche Fügung anerkannt wird – nährt sich seine Argumentation aus Gesprächen mit Intersexen, wie er Menschen benennt, die Zweigeschlechtlichkeit als Relevanz nicht nur in Frage stellen, sondern zusätzlich Wandlungserfahrungen von einem Geschlecht zum anderen schildern können. Eine weitere seiner Thesen ist, dass sich die biologisch-medizinische Forschung zur Geschlechtsdetermination heute als logische Fehlkonzeptionalisierung erweist. Intersex ist laut Krannich eine theologisch-anthropologische Herausforderung, die er in diesem Pamphlet lustvoll gediegen annimmt.

Erst beschäftigt er sich mit der Vieldeutigkeit des biologischen Geschlechts, zwischen Konstruktivismus und Realismus, zwischen Eindeutigkeit und Mehrdeutigkeit. Erstes Fazit: Das biologische Geschlecht ist a priori in sich selbst nicht selbstverständlich männlich oder weiblich. Diese Definitionen (operativ oder/und normativ) sind immer eine im gegebenen kulturell-soziologisch-biologischen Rahmen beliebige Interpretation. Wird hier wieder einmal ein diffiziles Thema mit „anything goes“ abgeschwächt? Ist alles, was denkbar, imaginierbar und lebbar ist, auch machbar? Im Abschnitt zu Intersex behauptet Krannich, dass Gott den Menschen nicht nur als Frau und Mann geschaffen hat. Nur, wer hat Gott geschaffen, frag ich mich kritisch? Vielleicht ist ja ein Intersex-Mensch das vollkommene Wesen, wie William Blake sie in seinem wunderbaren Werk zu Himmel und Hölle gestaltet hat. Da wirkt mir das Traktat doch etwas zu polemisch. Jedoch, mit genauen, theologisch-theoretisch exakten Diskursbeiträgen versucht der Autor nun die Leib-Seele Dichotomie neu zu ordnen. Der menschliche Wunsch nach Eindeutigkeit, als paradiesische Sehnsucht, findet in der Kreuzigung der Geschlechter keine ergiebige Erlösung. Ohne Ostern, also die Wandlung zur Auferstehung, macht das ganze Leben hier auf Erden christlich-theologisch keinen Sinn. „Die medizinisch-technische Sorge um den Menschen nicht typischer Geschlechtlichkeit verdrängt das nicht auszulöschende Unverständene menschlicher Existenz.“ Ach, die Wirklichkeit, die sich in Konzepten, in Definitionen, in wirklichkeitsgestaltende Diskurse eingezwängt fühlt. Das Nichteindeutige im Intersex, im Transsex, im Multiplesex, im Middlesex vermag dieser intelligente, akademisierte theologischen Effort plausibel und teilweise akzeptierbar zu machen. Das Selbsterleben ist nach wie vor die Grundlage jeder theoretischen Verbosität. Daraus entstehen neue und frische Handlungsimpulse, die den Schleier, der die Geschlechtlichkeit und die Sexualität seit Eva und Adam verhüllt, wegziehen. Was für Menschen sehen wir da enthüllt? Nach wie vor Menschen, deren Psyche in einer geschlechtlichen Identität, Frau oder Mann, und einer sexuellen Orientierung ihren Wünschen nachgeht. Wünsche können bekanntlich nicht irren. Dieses Büchlein macht den Weg zu einer angst- und schamfreien Diskussion über die sexuelle und geschlechtliche Vielseitigkeit unserer menschlichen Existenz frei.

Z. Cetin, H.-J. Voss: Schwule Sichtbarkeit – schwule Identität: kritische Perspektiven

2016, Giessen, Psychosozial-Verlag, 146 S., €19,90

Dr. Cetin, Dozent für Sozialarbeit in Berlin, forscht zur Queer-Bewegung in der Türkei und sieht diese als eine wichtige Form des sozialen Widerstandes in der jeweiligen Zivilgesellschaft. Sein Mitautor, Professor für Sexualwissenschaft an der Hochschule Merseburg, ist engagiert in einem Forschungsprojekt zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Traumatisierung. Die Hauptthese der Autoren ist, dass es keine einheitliche schwule Identität gibt. Je nach Klassen- und Rassenzugehörigkeit, Sozialisierung, Homonationalismus und Geschlechtervorurteil wird die sexuelle und geschlechtliche Identität geprägt. Transgenerationale Weitergabe von Gentrifizierungen sind zusätzlich prägend für die homosexuelle Identität. Dieses schmale emanzipatorische Thesen-Buch beschäftigt sich aktuell mit den wachsenden sexuellen Übergriffen in der deutschen Gesellschaft, vor allem auch auf homosexuelle Immigranten und Flüchtlinge.

Um die notwendige theoretische Gewissheit zu erreichen, beschäftigen sich die Autoren damit, in ihrem Schreibprozess klarer und gewissenhafter die Identitäten der sexuellen Präferenzen zu erkennen und dem starren

operationalen Definieren, das die Gender- und Sex-Debatte bestimmt, zu entkommen. Diese Streitschrift kommt in drei Teilen daher. Im ersten werden die Homosexualität und die Anderen besprochen. Um sich in seiner sexuellen Identität in Bezug auf Nationalität, Rasse und westliche Kultur zeigen und anerkennen zu können, braucht es einen Aktions- und Anerkennungsraum. Danach wird die Homosexualität im Kontext von Naturwissenschaft und Pädagogik ausgiebig reflektiert. Diese Elaboration, gespickt mit wissenschaftlich-historischen Bezügen, vielen Zitaten und einer Debatte, welcher nur schwer zu folgen ist, weil ausserordentlich dicht geschrieben, ist der Kern des Buches. Um diese prozessorientierten theoretischen Überlegungen praxisnah zu verankern, beschreibt Cetin im dritten Teil, die homo- und queerpolitischen Dynamiken und Gentrifizierungsprozesse in Berlin. Hier wird die vielfältige homosexuelle Lebensweise als individuelle Bereicherung dargestellt. Wie sich Menschen in der Psychopolitik einer grossen Metropole zurechtzufinden, ist hier wunderbar und eindrücklich beschrieben.

Einige weitere Titel der AutorInnen dieses Heftes:

Constance Ohms

- Spagat ins Glück: Erzählungen von Lesben und Schwulen mit Migrationsbiografie. 2014, Berlin, Querverlag
- Das Fremde in mir: Gewaltdynamiken in Liebesbeziehungen zwischen Frauen: soziologische Perspektiven auf ein Tabuthema. 2008, Bielefeld, transcript
- Gewalt gegen Lesben. 2000, Berlin, Querverlag
- Frauen Kampf Kunst. 1997, Berlin, Orlanda

Martin Plöderl

- Sexuelle Orientierung, Suizidalität und psychische Gesundheit. 2005, Weinheim, Beltz

Udo Rauchfleisch

- Anne wird Tom – Klaus wird Lara: Transidentität / Transsexualität verstehen. 2013, Ostfildern, Patmos-Verlag
- Begleitung und Therapie straffälliger Menschen, 4. Aufl. 2013, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Mein Kind liebt anders: ein Ratgeber für Eltern homosexueller Kinder. 2012, Ostfildern, Patmos-Verlag
- Gleich und doch anders: Psychotherapie und Beratung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und ihren Angehörigen. 2002, Stuttgart, Klett-Cotta
- Menschen in psychosozialer Not: Beratung, Betreuung, Therapie. 2004, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Alternative Familienformen: Eineltern, gleichgeschlechtliche Paare, Hausmänner. 1997, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Lisa Schmuckli

- Passion der Differenz: ein Kaleidoskop von Frauenwelten. 2007, Königstein/Taunus: Helmer

Gisela Wolf

- Erfahrungen und gesundheitliche Entwicklungen lesbischer Frauen im Coming-out-Prozess. 2004, Herbolzheim, Centaurus-Verlag

Weiter zu empfehlen

Das Schwerpunktheft **Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis 47. Jg., Heft 1, 2015** (Tübingen, DGVT) zu Gesundheit und therapeutische Versorgung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, trans*Personen und ihren Familien.

C. Birch, I. Loynes: Wie ich einen Hügel hinabrollte und unten ein ganz anderer war: Geschichte einer Verwandlung

2016, Zürich, Orell Füssli

Diese Biographie beschreibt einen Schlaganfall, welcher den Autor in seiner sexuellen Orientierung veränderte. Er wurde schwul.

Transgender Network Switzerland (TGNS)

Transgender Network Switzerland (TGNS) wurde 2010 von Transmenschen als Verein zur Vertretung ihrer Interessen auf nationaler Ebene gegründet. Heute leistet das TGNS sowohl politische und Öffentlichkeitsarbeit als auch Vernetzungs-, Beratungs- und Unterstützungsarbeit für Transmenschen und ihr Umfeld. Für Gruppen wie Kinder, Jugendliche oder Angehörige werden spezifische Austausch- und Beratungsangebote gemacht.

Transgender Network Switzerland setzt sich dafür ein,

- dass in der Schweiz jede Person selbstbestimmt ihre Geschlechtsidentität ausleben kann und von der Gesellschaft ermutigt wird, dies zu tun;
- dass die Menschenrechte aller Transmenschen in der Schweiz respektiert, geschützt und gewährleistet werden;
- dass sich insbesondere die Gesundheitsversorgung, die soziale Situation und die Teilhabe am Erwerbsleben von Transmenschen in der Schweiz kontinuierlich verbessert.

Kontakt

Allgemeine Beratung: fachstelle-zh@transgender-network.ch

Rechtsberatung: legal@transgender-network.ch

Geschäftsstelle: info@transgender-network.ch

Transgender Network Switzerland

Geschäftsstelle

Monbijoustrasse 73

3007 Bern

Telefon: 031 372 33 44 (dienstags 9:00–12:30 und 13:00–15:30 Uhr)



Transgender Network Switzerland (TGNS) hat eine umfassende Broschüre veröffentlicht, die Transmenschen und allen, die sich mit dem Thema Trans* auseinandersetzen, die wichtigsten Informationen liefert.

Trans: eine Informationsbroschüre von Transmenschen für Transmenschen und alle anderen*

Die Broschüre wurde erarbeitet von Transmenschen, die langjährige Erfahrung mitbringen in der Begleitung von Transmenschen und Menschen in deren Umfeld. Entsprechend praxisrelevant und praxisorientiert sind die Inhalte, die den Leser_innen auch allfällige Ängste vor dem Thema zu nehmen vermögen.

Die Autor_innen liessen verschiedene Lebensrealitäten von Transmenschen einfließen, wodurch sich die breite Vielfalt an Möglichkeiten, wie Transidentität er- und gelebt wird, widerspiegelt.

Thematisiert werden insbesondere:

- das Coming-out
- Trans* in verschiedenen Lebensphasen
- Angehörige von Transmenschen
- medizinische Möglichkeiten
- die rechtliche Situation in der Schweiz

Die sorgfältig gestaltete Broschüre kann gratis bestellt werden und eignet sich insbesondere zum Auflegen in Ärzt_innen- und Psychotherapiepraxen, Jugendtreffpunkten, Spitälern sowie Beratungsstellen.

Originalarbeit

Paolo Raile

Die philosophische Grundlage der Psychotherapie: ein Plädoyer

Bereits 1751 schrieb der Arzt Johann Christian Bolten, dass man die „psychologische Cur“ den Philosophen überlassen müsse – ein Plädoyer für die Erforschung der Grundlage der psychotherapeutischen Schulen.

Zusammenfassung: Der Psychotherapeut sei ein philosophischer Arzt – unter dieser Prämisse haben seit über 250 Jahre Tausende Therapeuten gearbeitet. Jede psychotherapeutische Schule berief sich auf philosophische Erkenntnisse, viele Philosophen waren auch zugleich Psychotherapeuten. Dieser Artikel behandelt die Bedeutung einer systematischen Ausarbeitung der expliziten, jedoch auch der impliziten philosophischen Grundannahmen, von denen die GründerInnen psychotherapeutischer Schulen ausgingen.

Schlüsselwörter: Philosophie, Psychotherapie, Grundannahmen, Henri Bergson

Psychotherapy's philosophical foundation – a plea

As far back as 1751 the physician Johann Christian Bolten, wrote that one must leave the „psychological cure“ to the philosophers – a plea for the investigation into the foundations of the psychotherapy schools

Summary: The psychotherapist is a philosophical physician – over the past 250 years, thousands of therapists have worked on the basis of this premise. Every school of psychotherapy refers to philosophical findings; many philosophers were also simultaneously psychotherapists. This article examines the meaning of a systematic elaboration of both the explicit and implicit basic fundamental philosophical assumptions, which underlie the founders of the psychotherapy schools.

Key words: philosophy, psychotherapy, basic assumptions, Henri Bergson

La base filosofica della psicoterapia - un'arringa

Già nel 1751 il medico Johann Christian Bolten scrisse che la "cura psicologica" va lasciata ai filosofi - un'arringa a favore della ricerca sulle basi delle scuole psicoterapeutiche.

Riassunto: Lo psicoterapeuta è un medico filosofico: con questa premessa da oltre 250 anni operano migliaia di terapeuti. Ogni scuola psicoterapeutica si richiama a conoscenze della filosofia, molti filosofi erano al contempo psicoterapeuti. Questo articolo tratta il significato di un'elaborazione sistematica delle supposizioni fondamentali, esplicite ma anche di quelle implicite, alla base dei fondatori delle scuole psicoterapeutiche.

Parole chiave: filosofia, psicoterapia, supposizioni fondamentali, Henri Bergson

Einleitung

Vor 250 Jahren entwickelte der Wiener Arzt Franz Anton Mesmer die „magnetische Kur“, die nach Ellenberger (2005) oder Hautzinger (2007) ein früher Vorläufer der Hypnosetherapie war, aus der sich die Psychoanalyse und in weiterer Folge viele der heutigen psychotherapeutischen Schulen entwickelten. Zeitgleich verfasste Johann Christian Bolten (1751), ein „Doctor der Arzneiwissenschaft“, ein Werk, das 1751 unter dem Namen „Gedanken von psychologischen Curen“ veröffentlicht wurde. Darin beschrieb er einzelne Beobachtungen psychischer Krankheiten wie Hypochondrie oder Hysterie und deren „Curierung“ durch andere Arzneiwissenschaftler, die sehr geschickt im Umgang mit schwieriger Klientel waren und mittels einfühlsamer Gespräche eine „Heilung der Krankheit“ erwirkten. Bolten versuchte eine Grundlage der „psychologischen Curen“ zu verfassen und diese bei „seelischen Krankheiten“ als Alternative oder gar bevorzugte Heilmethode, im Gegensatz zur Verschreibung von Arzneien, zu etablieren. Als Grundlage sah er die Philosophie, die die „Gesetze der Natur der Seele“ kannte:

„Diese Gesezze [der Natur der Seele] werden uns in der Weltweisheit vorgetragen. Die Philosophen haben sich unbeschreibliche Mühe geben müssen, ehe sie dieselben haben fest sezzten können. Was für Erfahrungen haben sie nicht erst anstellen müssen, ehe sie hierin zu Stande gekommen sind.“ (Bolten, 1751, S. 19)

Dieser Text wurde vor über 250 Jahren geschrieben und veröffentlicht, somit vier Jahrzehnte vor Immanuel Kants „Kritik der reinen Vernunft“, welche die philosophische Welt nachhaltig beeinflusste. Bolten ging damals von einer absoluten Gewissheit der Kenntnis der „Gesetze der Seele“ aus, die ein Philosoph haben müsse. Wenn gleich diese Ansicht von zeitgenössischen Philosophen bezweifelt wird, so steckt im folgenden Postulat dennoch ein Gedanke, der auch von zeitgenössischen Philosophen und Psychotherapeuten immer wieder rezipiert wird:

„Ich gestehe sehr gerne, daß eine psychologische Cur nicht eben eigentlich ein Werck derer Arzneiverständigen sey. Dieselben sollten von Rechtswegen denen Philosophen aufgetragen werden. Denn diesen sind die Gesezze der Natur der Seele bekannt.“ (Bolten, 1751, S. 28f)

Knapp zweihundert Jahre nach Bolten beschrieb Carl Gustav Jung in mehreren Werken den Psychotherapeuten als „philosophischen Arzt“ und postulierte darüber hinaus, dass der Mediziner – ohne philosophische Kenntnisse – ungeeignet wäre, eine Psychotherapie durchzuführen: „I can hardly draw a veil over the fact that we psychotherapists ought really to be philosophers or philosophic doctors or rather that we already are so“ (Jung, 1954, S. 79)

Weitere fünfzig Jahre später verfasste der Wiener Philosoph und Psychotherapeut Poltrum (2008) einen Artikel über die philosophische Therapie, bezeichnete darin die Psychotherapie als „klinische Philosophie“ und führte als historischen Vorläufer gar den griechischen Philosophen Epikur an, der bereits in der Antike dazu ermutigte, stets zu philosophieren, um die seelische Gesundheit zu fördern.

„Wer jung ist, soll nicht zögern, zu philosophieren, und wer alt ist, soll nicht müde werden im Philosophieren. Denn für keinen ist es zu früh und für keinen ist es zu spät, sich um seine seelische Gesundheit zu kümmern.“ (Epikur, 2000., S. 33)

Tatsächlich finden sich auch bei anderen antiken Philosophen, beispielsweise in Platons sokratischen Dialogen, Aussagen, die dem Zitat Epikurs sehr ähnlich sind. Platon beschrieb unter anderem in seinem umfangreichsten Werk „Der Staat“ (2008) die Philosophie als den Weg, um zur Gesundheit der Seele zu gelangen.

Die Überschneidungspunkte zwischen der Philosophie und der Psychotherapie in einer erschöpfenden Abhandlung darzustellen oder gar eine weitere „philosophische Psychotherapie“ zu beschreiben, zu etablieren oder zu vertreten, würde den Rahmen dieses Textes um ein Vielfaches sprengen und ist auch nicht beabsichtigt. Deshalb soll im Folgenden versucht werden, vor allem die Bedeutung einer systematischen Ausarbeitung jener Überschneidungspunkte herauszustreichen und den wissenschaftlichen Gewinn vorzustellen, der durch ein solches Vorhaben entstehen würde.

Beziehungen: psychotherapeutische Schulen und Philosophie

Sigmund Freud schrieb im April 1896, wenige Jahre vor der Veröffentlichung der „Traumdeutung“ als Grundlegung der Psychoanalyse, in einem Brief an Wilhelm Fließ, dass er als Student nach philosophischer Erkenntnis strebte und nun im Begriff ist, sie durch Hinwendung von der Medizin zur Psychologie zu erfüllen (Freud, 1960). In späteren Jahren kritisierte er die Philosophie hingegen unzählige Male, behauptete 1924 sogar, dass er kaum Kenntnisse von wichtigen Philosophen wie Schopenhauer oder Nietzsche gehabt habe und bezeichnete sich selbst als „unbelesen“ (Freud, 1924a, S. 12). Der Grund hierfür wird mehrfach implizit als fehlende Anerkennung des Unbewussten in der Philosophie erwähnt. In seinem Werk „Zur Technik der Psychoanalyse und zur Metapsychologie“ schrieb Freud (1924b, S. 22) beispielsweise: „Unser Unbewußtes ist nicht ganz dasselbe wie das der Philosophen, und überdies wollen die meisten Philosophen vom ‚unbewußten Psychischen‘ nichts wissen.“

Ob das Verhältnis Freuds zur Philosophie besser geworden wäre, wenn er in philosophischen Kreisen akzeptierter gewesen wäre, ist eine interessante spekulative Fragestellung. Unzweifelhaft ist jedoch, dass viele Schüler Freuds ein weitaus besseres Verhältnis zur Philosophie hatten. Alfred Adler war von 1902 bis 1911 ein enger Vertrauter Freuds und Mitbegründer der sogenannten Mittwochsgesellschaft, einer Vereinigung, um den Austausch zu fördern und die psychoanalytische Theorie weiter zu entwickeln. Im Jahr 1911 trat Alfred Adler mit neun weiteren Personen aus der psychoanalytischen Vereinigung aus und gründete später die Individualpsychologie (Schmidbauer, 2012). Adlers erstes großes Hauptwerk, „Über den nervösen Charakter“, das er 1912 veröffentlichte, beinhaltet dutzende philosophische Ideen und Namen. Allen voran bezog er sich, neben dem bekannten Philosophen Friedrich Nietzsche, auf den Kantforscher Hans Vaihinger, der die Philosophie des „Als Ob“ verfasste (Adler, 2008a), und schrieb 1933, dass man in der „Individualpsychologie [...] Metaphysik finden“ würde (Adler, 2008b, S. 160).

Auch Viktor Frankl (2014) war in gewisser Weise ein Schüler Sigmund Freuds, jedoch auch ein Schüler Alfred Adlers. Mit beiden korrespondierte er, veröffentlichte 1924 einen Artikel in der „Zeitschrift für Psychoanalyse“ und 1925 einen Artikel in der „Zeitschrift für Individualpsychologie“. In „Ärztliche Seelsorge“ bezog auch Frankl (2005) sich auf einen Gelehrten der Antike und gab an, dass Hippokrates einst meinte, dass der Arzt, der gleichzeitig Philosoph ist, den Göttern gleichkomme. Darüber hinaus postulierte Frankl, dass die Psychotherapie, insbesondere seine Logotherapie, ein philosophisches Instrumentarium sei, mit dem die neurotischen Weltanschauungen der PatientInnen therapiert werden können.

Erich Fromm leitete sein Werk „Haben oder Sein“ mit der Aussage ein, dass dieses Werk „eine Erweiterung seiner Arbeiten auf dem Gebiet der radikal-humanistischen Psychoanalyse“ sei (Fromm, 1976, S. 5) und begann darin mit einer philosophischen Erörterung des Seins-Begriffs. Auch in „Furcht vor der Freiheit“ beschrieb er die Identität des Individuums als ein „Hauptproblem der modernen Philosophie“ (Fromm, 2000, S. 245) und vertrat die Auffassung, dass die Psychoanalyse ihr Ziel – die Annäherung an die Naturwissenschaft – verfehlt habe.

Ein weiterer indirekter Schüler Sigmund Freuds war Jacques Lacan, der eine „Rückkehr zu Freud“ postulierte, die psychoanalytische Theorie jedoch neu interpretierte, darin eine tiefere Erkenntnis sah und sich bei der Ausarbeitung derselben unter anderem auf „Claude Lévi-Strauss, Platon, Immanuel Kant, Georg Wilhelm Friedrich Hegel und Martin Heidegger“ berief (Zizek, 2013, S. 13). In einer Vorlesung über die Angst, die Lacan am 28. November 1962 hielt, erarbeitete er den Begriff des Begehrens bei Hegel und leitete seine eigene psychoanalytische Definition des Begehrens daraus ab, respektive grenzte diese von Hegels Begriff ab (Lacan, 2013). Auch August Ruhs (2010) beschrieb Jacques Lacans Werk als philosophische Umorientierung von Freuds Schriften und betonte die Bedeutung der philosophischen Grundlage der Psychoanalyse.

In den 1940er Jahren entwickelten sich zwei Strömungen der Daseinsanalyse. Beide Gründer, Medard Boss und Ludwig Binswanger, hatten persönlichen Kontakt zu Sigmund Freud und setzten sich intensiv mit der Psychoanalyse auseinander. Medard Boss arbeitete zudem in einer Arbeitsgemeinschaft mit Carl Gustav Jung und lernte während dieser Zeit die Werke von Martin Heidegger kennen, zu dem er einen intensiven Kontakt aufbaute (Heidegger, 1994), und der Boss „bei der Übertragungsarbeit seiner Philosophie auf die Psychologie“ half (Becker, 1997, S. 26). Auch Ludwig Binswanger konstruierte seine Daseinsanalyse auf der Grundlage von Heideggers Philosophie. Boss und Heidegger warfen Binswanger daraufhin vor, dass dieser Heidegger in mehreren Bereichen gründlich missverstanden habe (Becker, 1997).

Hilarion Petzold gilt als Begründer der Integrativen Therapie und Mitbegründer des Fritz-Perls-Instituts für Gestalttherapie. In einem seiner Werke über die Therapie von Hochaltrigen bezog auch er (Petzold et al., 2011, S. 8 und 9) sich auf die antiken griechischen Philosophen: „Psychotherapie [...] wurde von uns [...] als eine ‚life span developmental therapy‘ begriffen [...] Auch wurde und wird von uns im Sinne einer ‚philosophischen Therapeutik‘ [...] das ‚therapeuein‘ der antiken Seelenführung (Sokrates, Epikur, Cicero, Seneca, Epictet u. a. [...]) betont“.

Im „Handbuch der Integrativen Therapie“ wird die Verbindung der Integrativen Therapie zur Philosophie expliziter dargestellt und der Autor (Leitner, 2010, S. 25) führt zum Beispiel einen französischen Philosophen und sein Werk an: „Eine zentrale Referenzphilosophie, auf die sich die Integrative Therapie grundlegend bezieht, ist das Werk von Maurice Merleau-Ponty (1908–1961).“

Auch in Donald Robertsons Werk über die philosophischen Grundlagen der kognitiven Verhaltenstherapie werden antike Philosophen als Vorfahren der Psychotherapeuten und die Stoa als eine der philosophischen Grundlagen angeführt:

„Modern psychotherapy, especially in the form of cognitive-behavioural therapy (CBT), the most ‘modern’ of our contemporary schools, can also be viewed as part of an ancient therapeutic tradition derived from the informal philosophical circle surrounding Socrates [...] Chrysippus, one of the founders of Stoicism, emphasized the role of philosopher as that of ‘physician of the soul’, someone whom we would now refer to as a psychotherapist.“ (Robertson, 2010, S. XIX)

In der systemischen Therapie wird diese Verbindung systemisch betrachtet und als wechselseitige Beeinflussung von Philosophie und Psychotherapie beschrieben. Schwing und Fryszer (2015) führen unter anderem Humberto Maturana, Heinz von Foerster, Niklas Luhmann oder Paul Watzlawick an, die von der systemischen Theorie beeinflusst wurden und ihrerseits die systemische Theorie – und somit auch die systemische Therapie – beeinflussten: „Hier haben wir es mit einer Vielzahl von gegenseitigen Wechselwirkungen und Beeinflussungen im System selbst sowie zwischen dem System und seiner Umgebung zu tun.“ (Schwing & Fryszer, 2015, S. 17)

Die GründerInnen psychotherapeutischer Schulen bezogen sich unter anderem auf philosophische Aussagen oder Kernpunkte, wählten ihre Grundlagen sorgfältig aus und bereiteten diese entsprechend auf. Jedoch werden die PhilosophInnen, deren Gedanken in die psychotherapeutische Schule einfließen, nicht immer explizit erwähnt, sondern finden sich zuweilen auch implizit in den jeweiligen Texten und erhalten trotz eines relativ großen Einflusses zuweilen nur kleine Randnotizen in den Werken der GründerInnen.

Implizite Philosoph(i)en: am Beispiel Henri Bergson

Henri Bergson war ein französischer Philosoph, der von 1859 bis 1941, also zeitgleich mit Émile Durkheim, lebte, lernte und lehrte, dabei auch diverse Auseinandersetzungen nicht scheute, und in Durkheim seinen größten

Rivalen und „Gegner der Freiheit“ (Delitz, 2013, S. 383) sah, was schließlich zu einer Spaltung der französischen Intellektuellen in „Bergsoniens und Durkheimiens“ führte (Delitz, 2013, S. 371). Während Bergson in der Konfrontation zu Durkheim vor allem in Frankreich große Beachtung erfuhr, wurde er in anderen Teilen der Welt oft missverstanden, beispielsweise in den Vereinigten Staaten als Pragmatist oder in Deutschland als Psychologist und Subjektivist interpretiert (Delitz, 2013).

Seine Philosophie war zur Jahrhundertwende modern und berücksichtigte aktuelle wissenschaftliche Forschungsergebnisse zu jener Zeit. Einer der prägendsten Begriffe ist jener der Dauer, respektive „durée“ im französischen Original. Bergson schrieb in dem Vortrag „Die Wahrnehmung der Veränderung“ (1993), dass der menschliche Geist statische Zustandsbilder aus den stets fortschreitenden Sinneseindrücken extrahiert, weil es sinnvoll und nützlich ist, um in der Welt entsprechend handeln zu können. Problematisch wird diese Art zu denken erst in der Philosophie, da erst hierdurch eine Metaphysik möglich wird, die es im praktischen Leben nicht gibt. Die stetigen Veränderungen seien vor allem im „inneren Leben“ (Bergson, 1993, S. 169) beobachtbar. Die Schwierigkeiten und Widersprüche kommen daher, postulierte Bergson weiter, dass die Psychologie von unveränderlichen psychologischen Zuständen ausgeht, „die durch ihre Aufeinanderfolge die Variation des Ich hervorbringen sollen“, und er meinte, es sei „eine Melodie, die vom Anfang bis zum Ende unserer bewussten Existenz unteilbar weitergeht und weitergehen wird. Und das ist unsere Persönlichkeit.“ (Bergson, 1993, S. 169) Abschließend fasste er den Begriff der Dauer als „diese unteilbare Kontinuität der Veränderung“ zusammen (Bergson, 1993, S. 170).

Henri Bergson galt jedoch vor allem als Lebensphilosoph. Georg Simmel (1914, S. 517) schrieb hierzu: „In allem Dasein und als den Kern jeder Welterscheinung sieht Bergson ein absolutes, treibendes Leben, eine in sich einheitliche Schwungkraft, die Kraft in allen Kräften.“

Diese Schwungkraft oder „Lebensschwung“, im französischen Original von Bergson als „élan vital“ bezeichnet, beeinflusste unter anderen Carl Gustav Jung (Finke, 2004, S. 253). Im „Deutschen Ärzteblatt“ schrieb Goddemeier (2011, S. 311), dass Jung den Begriff der Libido von Freud übernahm, jedoch weiter fasste und als „allgemeine psychische Energie, vergleichbar etwa mit [...] Henri Bergsons ‚élan vital‘“ verstand. Jung selbst erwähnte Bergson jedoch relativ selten in seinen Schriften, beispielsweise in folgender Einschätzung: „From a broader standpoint libido can be understood as vital energy in general, or as Bergson’s élan vital.“ (Jung, 1920, S. 231)

Ebenso wurde Henri Bergson nur wenige Male in Alfred Adlers Werken erwähnt, obgleich er auch auf Adler einen prägenden Einfluss hatte. Im Frühwerk „Über den nervösen Charakter“ wird Bergson zunächst nur namentlich erwähnt: „Auf Bergson’s fundamentale Lehre muss ich hier verweisen, ohne seine bedeutsamen Gesichtspunkte genügend einreihen zu können.“ (Adler, 2008a, S. 82) Gegen Ende des Werkes widmete Adler Bergson eine Fußnote, in der er dessen Hervorhebung des „Gleichen von jeder Bewegung“ (Adler, 2008a, S. 258) würdigte. In dem ebenfalls 1912 verfassten Aufsatz „Das organische Substrat der Psychoneurosen“ wird explizit der „élan vital, der Strom des Lebens“ (Adler, 2007, S. 241) erwähnt und mit dem fiktiven Endziel, das diesen Lebensschwung in eine Richtung lenkt, verbunden.

Sigmund Freud selbst bezog sich auf Henri Bergson nur in seinem Werk „Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten“, in dem er sich von dem „schönen und lebensfrischen Buche von Bergson (Le rire)“ (Freud, 1905, S. 192) herausgefordert zeigte. Freud zitiert hier französische Originalstellen aus dem 1900 erschienenen Werk – beispielsweise „mécanisation de la vie“ oder „substitution quelconque de l’artificiel au naturel“ –, kannte also Bergson bereits vor den ersten Übersetzungen seiner Werke in die deutsche Sprache, die erst über zehn Jahre später erschienen.

Indirekter ist der Einfluss von Henri Bergson auf die Daseinsanalyse von Medard Boss. Wenngleich Bergson offenbar nicht in den daseinsanalytischen Schriften erwähnt wurde, so war der „maßgebliche Einfluss Bergsons auf Heidegger“ (Liebsch, 2004, S. 188) in weiterer Folge auch in der Daseinsanalyse vorhanden (Kuhn, 1973).

Im Grundlagenwerk der Körperpsychotherapie von Geuter (2015) wurde ebenfalls Bergsons Einfluss mehrmals angeschnitten, der sich direkt und indirekt auf mehrere psychotherapeutische Schulen auswirkte, wie bei Carl Rogers, Wilhelm Reich oder Eugene Gendlin:

„Philosophisch kann man einen Bezug zu Bergson erkennen. Bergson siedelte das Erkennen dort an, wo die Spannung des Bewusstseins in Richtung auf eine Tat durch ein Innwerden unterbrochen wird, ein So-Sein-Lassen, das Bergson Intuition nannte [...] Der Gedanke, etwas zu erkennen, indem ich eine körperlich gefühlte Gewissheit erfahre, taucht später im Konzept des felt sense von Gendlin wieder auf. In der Tradition von Carl Rogers stellt Gendlin [...] den Begriff des Experiencing in den Mittelpunkt seiner auf den Körper bezogenen Psychotherapie.“ (Geuter, 2015, S. 51)

In der Logotherapie und Existenzanalyse finden sich diverse implizite Hinweise auf den Einfluss von Henri Bergson, beispielsweise in Form des „*élan vital*“ im „Wörterbuch der Logotherapie und Existenzanalyse“ (Biller & Stiegeler, 2008, S. 775) oder in einer Abschlussarbeit für die fachspezifische Ausbildung in Existenzanalyse von Zauner-Karpischek (2009), deren Thema der Humor und das Lachen in der Logotherapie und Existenzanalyse war.

Am 15. Dezember 1902 schrieb William James (1920, S. 180): „I have been re-reading Bergson's books, and nothing that I have read in years has so excited and stimulated my thought.“ In einem Brief vom 13. Juni 1907 nannte er Bergson gar einen „magician“ und sein Werk „a real wonder in the history of philosophy“ (James, 1920, S. 290). James selbst wird hingegen beispielsweise im „Lehrbuch der Verhaltenstherapie“ als einer der „„Gründerväter“ der modernen Psychologie“ (Pauli et al., 2009, S. 148) genannt. Ein Titel, den er zum Teil auch der Beeinflussung durch Henri Bergson verdankte.

Zusammenfassung und Ausblick auf den Forschungsbereich

In „Lebensphilosophie und Tiefenpsychologie“ schrieb Rattner (2012), dass Tiefenpsychologie und Psychotherapie immer und überall in der Philosophie ihre Grundlagen haben müssen und dass die Gründerväter eigentlich philosophische Ärzte waren. Dieses Postulat deckt sich mit den Aussagen von Bolten, Jung und vielen anderen PsychotherapeutInnen und GründerInnen psychotherapeutischer Schulen. Wenngleich der Begriff des „Arztes“ aktuell nicht auf den Medizinstudierten alleine zutreffen mag, so bezeichnet er eher all jene, die „psychologische Kuren“ durchführen, also praktisch als Psychotherapeuten tätig sind.

Wie bereits Poltrum (2008) und Schwing und Fryszer (2015) meinten, sind die gegenseitigen Beeinflussungen der Philosophie und der Psychotherapie unüberschaubar, jedoch von höchster Bedeutung für das Verständnis der psychotherapeutischen Methode, die ein jeder einzelne Therapeut ausübt, sowie für alle Psychotherapiewissenschaftler, denen die Erforschung der Psychotherapie selbst ein Anliegen ist. Greiner und Jandl (Greiner, 2012; 2013; Greiner & Jandl, 2012; Greiner et al., 2013) sind seit 2008 darum bemüht, im Rahmen ihrer Abteilung für Hermeneutische Therapieschulenforschung an der Sigmund-Freud-PrivatUniversität Wien implizite Grundannahmen psychotherapeutischer Schulen mithilfe des reflexionswissenschaftlichen Verfahrens der „Experimentellen Trans-Kontextualisation“ und jüngst auch anhand „radikalkreativer“ Instrumentarien (Greiner & Jandl, 2015) zutage zu fördern.

Im Zuge der Anwendung einer Reihe von wissenschaftstheoretisch fundierten Reflexionsmethoden, die auf der sogenannten Verfremdungslogik des Konstruktiven Realismus (Wallner, 1992, 2002) aufbauen und innovative „experimentalhermeneutische“ (oder „transfermeneutische“) Psychotherapieforschungsverfahren repräsentieren – beispielsweise der Experimentellen Trans-Kontextualisation im Standardisierten Therapieschulendialog, den Intertherapeutischen Medien-Spielen oder experimentalhermeneutischen Analysetechniken, die über künstlerische Medien funktionieren, wie z. B. dem Psycho-Bild-Prozess oder dem Psycho-Text-Puzzle –, werden grundlegende Inhalte psychotherapeutischer Theorien reflektiert und aufgedeckt. Ein ähnliches Ergebnis soll auch hier angestrebt werden, wenngleich sich der eingeschlagene Weg dorthin von jenem Greiners und Jandls insofern unterscheidet, als es sich hierbei um eine direktere, weniger „bizarrosophische“ Herangehensweise an diese Thematik handelt.

Das konkrete Anliegen ist also die Ausarbeitung der philosophischen Grundlagen psychotherapeutischer Schulen. Die Bedeutung für die Wissenschaft kann nun bereits erahnt werden, sie besteht zum einen in einer Systematisierung, zum anderen im Aufdecken impliziter Grundannahmen, die nicht immer explizit in den Originalschriften der GründerInnen enthalten sind und oftmals auch durch Unkenntnis der historischen Begebenheiten in ihrer Bedeutung unter- oder überschätzt werden. Darüber hinaus in der Möglichkeit, durch die Zusammenfassungen der Grundlagen Gemeinsamkeiten oder Unterschiede zwischen einzelnen Schulen zu erkennen – oder gar eine philosophische Gemeinsamkeit aller Schulen zu finden –, welche auch für künftige Therapieforschungen von höchstem Interesse sein dürften. Ob es derartige Gemeinsamkeiten gibt, kann erst nach der Ausarbeitung festgestellt werden, jedoch ließ sich bereits im Beispiel Henri Bergsons die Beeinflussung vieler psychotherapeutischer Modelle und Schulen durch einen einzelnen Philosophen erkennen.

Autor

Ing. Paolo Raile, BA.pt. MS, ist Sozialarbeiter und Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision und leitet zwei Einrichtungen im psychosozialen Bereich in Wien.

Korrespondenz

Paolo Raile
Hans-Steger-Gasse 8/22
1220 Wien, Österreich
E-Mail: paolo@raile.at

Literatur

- Adler, A. (2007). Das organische Substrat der Psychoneurosen. In: Adler, A., Persönlichkeit und neurotische Entwicklung: frühe Schriften (1904–1912) (S. 237–249); Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 1.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Adler, A. (2008a). Über den nervösen Charakter (1912): Grundzüge einer vergleichenden Individualpsychologie und Psychotherapie (Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 2), 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Adler, A. (2008b). Der Sinn des Lebens. In: Adler, A., Der Sinn des Lebens (1933), Religion und Individualpsychologie (1933) (S. 23–176); (Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 6). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Becker, G. (1997). Philosophische Probleme der Daseinsanalyse von Medard Boss und ihre praktische Anwendung. Marburg: Tectum-Verlag.
- Bergson, H. (1993). Die Wahrnehmung der Veränderung. In: Bergson, H., Denken und schöpferisches Werden: Aufsätze und Vorträge (S. 149–179). Hamburg: Europäische Verlagsanstalt.
- Biller, K. & Stiegeler, M. (2008). Wörterbuch der Logotherapie und Existenzanalyse von Viktor Emil Frankl. Wien: Böhlau.
- Bolten, J. C. (1751). Gedanken von psychologischen Curen. Halle im Magdeburgischen: Carl Hermann Hemmerde.
- Delitz, H. (2013). Bergson und Durkheim, Bergsoniens und Durkheimiens. In: Bogusz, T., & Delitz, H. (Hrsg.), Émile Durkheim: Soziologie – Ethnologie – Philosophie (S. 371–402). Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Ellenberger, H. (2005). Die Entdeckung des Unbewußten: Geschichte und Entwicklung der dynamischen Psychiatrie von den Anfängen bis zu Janet, Freud, Adler und Jung. Zürich: Diogenes.
- Epikur (2000). Brief an Menoikeus. In: Werle, J. M. (Hrsg.), Klassiker der philosophischen Lebenskunst: von der Antike bis zur Gegenwart (S. 9–47). München: Goldmann.
- Finke, J. (2004). Der Wille in der Gesprächspsychotherapie. In: Petzold, H. G. & Sieper, J. (Hrsg.). Der Wille in der Psychotherapie. Band 1: Tiefenpsychologische und humanistische Verfahren (S. 249–269). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Frankl, V. (2005). Ärztliche Seelsorge: Grundlage der Logotherapie und Existenzanalyse; zehn Thesen über die Person, 11. Aufl. Wien: Deuticke.
- Frankl, V. (2014). Was nicht in meinen Büchern steht: Lebenserinnerungen. Weinheim: Beltz.
- Freud, S. (1905). Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten. Wien: Deuticke.
- Freud, S. (1924a). Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Freud, S. (1924b). Zur Technik der Psychoanalyse und zur Metapsychologie. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Freud, S. (1960). Briefe 1873–1939. Frankfurt am Main: S. Fischer.
Abgerufen von: <http://gutenberg.spiegel.de/buch/-6433/13>
- Fromm, E. (1976). Haben oder Sein: die seelischen Grundlagen einer neuen Gesellschaft. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt.
- Fromm, E. (2000). Die Furcht vor der Freiheit. München: Deutscher Taschenbuchverlag.
- Geuter, U. (2015). Körperpsychotherapie: Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis. Berlin: Springer.
- Goddemeier, C. (2011). Carl Gustav Jung: vom kollektiven Unbewussten und den Archetypen. Deutsches Ärzteblatt PP, 10, 310–312.
- Greiner, K. (2012). Standardisierter Therapieschulendialog (TSD): Therapieschulen-interdisziplinäre Grundlagenforschung an der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien/Paris (SFU). Wien: Sigmund-Freud-PrivatUniversitäts-Verlag.
- Greiner, K. (2013). Methodenfahrplan Inter-Therapeutik (ITK): transfermeneutische Psychotherapiewissenschaft an der SFU Wien. Wien: Sigmund-Freud-PrivatUniversitäts-Verlag.
- Greiner, K., & Jandl, M. J. (2012). Das Psycho-Text-Puzzle und andere Beiträge zu Psychotherapiewissenschaft und Philosophie. Wien: Sigmund-Freud-PrivatUniversitäts-Verlag.
- Greiner, K., & Jandl, M. J. (Hrsg.) (2015). Bizarrosophie: radikalkreatives Forschen im Dienste der akademischen Psychotherapie (libri nigri, Bd. 48). Nordhausen: Bautz.
- Greiner, K., Jandl, M. J., & Burda, G. (2013). Der Psycho-Bild-Prozess und andere Beiträge zu Psychotherapiewissenschaft und Philosophie. Wien: Sigmund-Freud-PrivatUniversitäts-Verlag.
- Hautzinger, M. (2007). Entwicklung und Geschichte der Psychotherapie. In: Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M., & Wilke, E. (Hrsg.), Psychotherapie: ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen, 3. Aufl. (S. 10–15). Heidelberg: Springer.
- Heidegger, M. (1994). Zollikoner Seminare: Protokolle – Zwiegespräche – Briefe, 2. Aufl. Frankfurt am Main: Klostermann.
- James, W. (1920). The letters of William James, 2. Bd. Boston: The Atlantic Monthly Press.
- Jung, C. G. (1920). Collected papers on analytical psychology, 2. Aufl. London: Baillière, Tindall and Cox.
- Jung, C. G. (1954). The practice of psychotherapy: essays on the psychology of the transference and other subjects (The collected works of C. G. Jung, Bd. 16). New York: Pantheon Books.

- Kuhn, R. (1973). Daseinsanalyse. In: Müller, C. (Hrsg.), *Lexikon der Psychiatrie: gesammelte Abhandlungen der gebräuchlichsten psychopathologischen Begriffe* (S. 78–91). Berlin: Springer.
- Lacan, J. (2013). *Das Seminar, Buch X: die Angst*. Wien: Turia + Kant.
- Leitner, A. (2010). *Handbuch der Integrativen Therapie*. Wien: Springer.
- Liebsch, B. (2004). Ereignis – Erfahrung – Erzählung: Spuren einer anderen Ereignis-Geschichte: Henri Bergson, Emmanuel Levinas, Paul Ricoeur. In: Rölli, M. (Hrsg.), *Ereignis auf Französisch: von Bergson bis Deleuze* (S. 183–208). Paderborn: Fink.
- Pauli, P., Rau, H., & Birbaumer, (2009). Biologische Grundlagen der Verhaltenstherapie. In: Margraf, J., & Schneider, S. (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen*, 3. Aufl. (S. 147–162). Berlin: Springer.
- Petzold, H., Horn, E., & Müller, L. (2011). Vorwort. In: Petzold, H., Horn, E., & Müller, L. (Hrsg.) (2011), *Hochaltrigkeit: Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit* (S. 7–12). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Platon (2008). *Sämtliche Werke, Band 2: Lysis, Symposium, Phaidon, Kleitophon, Politeia, Phaidros*, 32. Aufl. Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Poltrum, M. (2008). Philosophische Therapie und therapeutische Philosophie: philosophische Reflexion als Medikation der „metaphysischen Obdachlosigkeit“. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 31(1), 23–31.
- Rattner, J. (2012). *Lebensphilosophie und Tiefenpsychologie: Philosophen als Vorläufer und Wegbereiter der Psychoanalyse und ihrer Weiterentwicklungen*. Berlin: Verlag für Tiefenpsychologie.
- Robertson, D. (2010). *The philosophy of cognitive-behavioural therapy (CBT): Stoic philosophy as rational and cognitive psychotherapy*. London: Karnac.
- Ruhs, A. (2010). *Lacan: eine Einführung in die strukturelle Psychoanalyse*. Wien: Löcker.
- Schmidbauer, W. (2012). *Die Geschichte der Psychotherapie: von der Magie zur Wissenschaft*. München: Herbig.
- Schwing, R., & Fryszer, A. (2015). *Systemische Beratung und Familientherapie: kurz, bündig, alltagstauglich*, 4. Aufl.. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Simmel, G. (1914). Henri Bergson. *Die Goldenkammer*, 4, 511–525.
- Wallner, F. (1992). *Acht Vorlesungen über den konstruktiven Realismus*, 3. Aufl. Wien: WUV-Universitäts-Verlag.
- Wallner, F. (2002). *Die Verwandlung der Wissenschaft: Vorlesungen zur Jahrtausendwende (Constructiviana, Bd. 1)*. Hamburg: Kovač.
- Zauner-Karpischek, S. (2009). *Was gibt es denn da zu lachen? Auf den Spuren des Humors in Logotherapie und Existenzanalyse*. Unveröffentlichte Abschlussarbeit, Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse International, Wien.
- Zizek, S. (2013). *Lacan: eine Einführung*, 4. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.

Plaidoyer en faveur des fondements philosophiques de la psychothérapie

En 1751 déjà, le médecin Johann Christian Bolten écrivait qu'il faudrait confier la «cure psychologique» aux philosophes - plaidoyer pour l'étude des fondements des écoles psychothérapeutiques

À l'époque de Platon, la philosophie était déjà considérée comme une façon d'accéder à la santé psychique et Épicure n'a eu de cesse, à travers ses écrits, d'encourager ses contemporains à philosopher, au motif qu'il n'était jamais trop tard pour s'occuper de sa santé psychique. Les liens entre philosophie et psychothérapie ont perduré jusqu'à l'époque moderne. En 1751, le médecin Johann Christian Bolten a postulé que les philosophes, et non plus les médecins, devraient s'occuper des maladies psychiques de l'homme car eux au moins connaissaient les lois de l'âme. Le célèbre psychiatre et psychothérapeute suisse Carl Gustav Jung a lui aussi insisté sur le fait que les psychothérapeutes étaient en réalité des médecins philosophiques et qu'un médecin qui n'aurait aucune connaissance philosophique ne conviendrait pas pour un travail psychothérapeutique. Idées relayées également au 21^e siècle puisque le philosophe et psychothérapeute viennois Martin Poltrum écrit que la psychothérapie est en réalité une philosophie clinique.

On identifie d'innombrables recoupements avec la philosophie si l'on s'intéresse à l'histoire de la psychothérapie au cours du 20^e siècle. Les interactions ne sont toutefois pas toujours positives. C'est en tout cas ce que soulignait Sigmund Freud dans les années 1920 en indiquant qu'il n'avait aucune formation en philosophie et que les philosophes ne voulaient rien savoir de l'inconscient. Trente ans plus tôt, il écrivait à Wilhelm Fließ qu'il cherchait à acquérir une reconnaissance philosophique et qu'il l'obtiendrait en passant de la médecine à la philosophie. Les élèves de Freud ont en revanche entretenu de meilleures relations avec cette discipline. Alfred Adler, à l'instar de Carl Gustav Jung, s'est intéressé à la philosophie. Ses premiers travaux ont été surtout marqués par l'influence de Nietzsche, avant de se référer à partir de 1912 à Hans Vaihinger, qui a étudié Kant et dont l'influence a transparu plus nettement ensuite dans les idées d'Adler. Parmi les autres élèves de Freud et d'Adler, Viktor Frankl a souvent affirmé que sa logothérapie notamment constituait en fait une méthode philosophique. Outre les noms déjà cités, il existe toute une série de psychothérapeutes célèbres qui se sont intéressés de près à la philosophie. C'est le cas d'Erich Fromm, dont l'ouvrage philosophique principal s'intitule «Avoir ou être», qu'il concevait comme un prolongement de la psychanalyse humaniste radicale. Jacques Lacan a fait référence à des philosophes comme Platon, Emmanuel Kant, Georg Wilhelm Friedrich Hegel ou Martin Heidegger dans sa reformulation des enseignements freudiens. Et aussi bien Ludwig Binswanger que Medard Boss ont établi un lien entre la psychanalyse et la philosophie de Martin Heidegger, donnant ainsi naissance à la Daseinsanalyse. Les théories psychodynamiques ne sont pas les seules à revendiquer un lien étroit avec la philosophie. C'est aussi le cas de la thérapie systémique, qui s'appuie sur la tradition philosophique du constructivisme, et de la thérapie du comportement que Donald Robertson décrit comme l'héritière de la Stoa antique.

Mais les idées des philosophes ne sont pas toujours suffisamment considérées et ceux-ci restent relativement méconnus malgré l'influence importante qu'ils exercent. Le philosophe français Henri Bergson en est un bon exemple, lui qui vécut de 1859 à 1941 et que sa rivalité avec Émile Durkheim fit connaître. En plus de sa notion de durée, Bergson est surtout connu comme philosophe vitaliste du fait de l'importance qu'il a accordée à l'élan vital, repris par exemple par Carl Gustav Jung et intégré par Freud dans sa notion de libido, la considérant ainsi comme une énergie (vitale) psychique d'ordre général. Alfred Adler a également mentionné Bergson, se contentant toutefois de faire référence à ses enseignements fondamentaux le plus souvent en notes de bas de page. On estime qu'il doit aussi avoir influencé considérablement le philosophe Martin Heidegger, donc la Daseinsanalyse, mais aussi la psychothérapie centrée sur la personne, la logothérapie ou encore l'analyse existentielle. Bergson a également fait forte impression sur William James, qui le décrit comme un magicien dont la philosophie est un véritable repère dans l'histoire. James a été considéré ensuite comme le père fondateur de la psychologie moderne.

Malgré la grande influence exercée par Henri Bergson sur la psychothérapie, celui-ci reste très méconnu. De nombreux autres courants philosophiques ont contribué aux fondements des écoles psychothérapeutiques au cours de ces 150 dernières années. Le but premier de ce texte est de mettre en lumière l'importance du socle philosophique dans les écoles psychothérapeutiques. La recherche de ses fondements permet aussi de mettre au

jour les hypothèses implicites de base qui ne figurent pas toujours dans les écrits originaux des fondateurs. En compilant les fondements, il est également possible d'identifier les similitudes et les différences entre les diverses écoles, voire une base philosophique commune à toutes, ce qui présente un intérêt majeur pour les futures recherches thérapeutiques.

Mots clés : philosophie, psychothérapie, hypothèses de base, Henri Bergson

Auteur

Ing. Paolo Raile, BA.ph. MS, est travailleur social et psychothérapeute en formation, sous supervision. Il dirige deux établissements à Vienne dans le domaine psychosocial.



www.asanger.de



Ralf Vogt (Hg.)
Täterbindung.
 Gruppentherapie und soziale Neurobiologie. 2016, 272 S., gebunden, € 39.50
 ISBN 978-3-89334-599-1

Seit langem suchen Trauma- und Dissoziationsforscher zu ergründen, warum wir uns manchmal von anderen Menschen angezogen und an sie gebunden fühlen, obwohl sie uns schaden. Wie lässt sich erklären, dass wir zu Menschen zurückkehren, die uns geschlagen oder vergewaltigt haben? Und wie lassen sich solche traumatischen Täterbindungen therapieren?

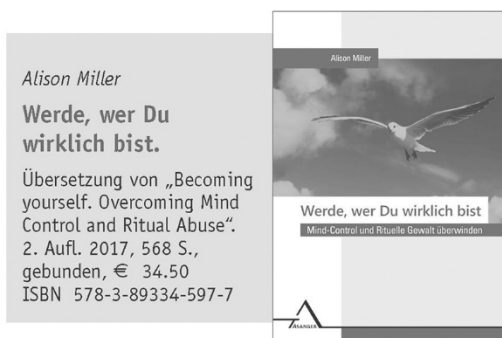
„Genau darum bemüht sich Ralf Vogt als Herausgeber, die verschiedenen Strömungen vorzustellen, um sich scheinbar Ausschließendes in möglichst fruchtbaren Kontakt und Dialog zu bringen.“ (Harald Schickedanz in Trauma)



Helen Lindström,
 Jutta Sniehotta
Abwegig.
 Überleben und Therapie bei ritueller Gewalt. 2016, 192 S., € 24.50
 ISBN 978-3-89334-601-1

Dieses Buch ist aus der gemeinsamen Arbeit von Klientin und Therapeutin entstanden. Die Klientin wurde von ihren Eltern von Geburt an mit in ihre Sekte genommen und darauf trainiert, starke psychische und körperliche Schmerzen auszuhalten.

„Es ist ein zutiefst erschütternder und höchst aufwühlender, anrührender Erfahrungsbericht über ein kaum zu fassendes Thema ...“ (Claudia Mehlmann in socialnet)
„Und so sei es allen empfohlen, die ihre Augen vor der hässlichen Seite menschlicher Abgründe und kollektiver gesellschaftlicher Leugnung nicht verschließen wollen.“ (Dipl.-Psych. Bernd Kuck in Politische Postkarten)



Alison Miller
Werde, wer Du wirklich bist.
 Übersetzung von „Becoming yourself. Overcoming Mind Control and Ritual Abuse“. 2. Aufl. 2017, 568 S., gebunden, € 34.50
 ISBN 978-3-89334-597-7

Ein Selbsthilfebuch für Opfer extremer Gewalt, das eine Fülle von Informationen über die Folgen von Ritueller Gewalt und Mind Control bietet. Es gibt Überlebenden ganz konkrete Anleitungen, wie sie alleine und/oder mit Hilfe eines Therapeuten die an ihnen begangenen Verbrechen überwinden können. Das Buch ist eine Verneigung vor der Überlebensleistung dieser Menschen.

„Miller ist das schier Unmögliche gelungen: respektvoll einen begehren Weg zu einem menschlicheren Leben und zur Verwirklichung des eigenen Wesens aufzuzeigen. Empfehlenswert auch für Therapeuten.“ (Katharina Drexler in Deutsches Ärzteblatt)



Alison Miller
Jenseits des Vorstellbaren.
 Therapie bei Ritueller Gewalt und Mind Control. Übersetzung von „Healing the unimaginable: Treating Ritual Abuse and Mind Control.“ 3. Aufl. 2017, 464 S., gebunden, € 49.-
 ISBN 978-3-89334-579-3

Alison Miller hat ein einzigartiges Handbuch über die Methoden und Folgen ritueller Gewalt und Mind Control verfasst. Sie beschreibt anhand erschütternder Beispiele, wie vor allem Kinder von religiösen Glaubensgemeinschaften und okkulten Sekten, von organisierten Tätergruppen und Geheimdiensten grauenvoll gequält und gefoltert und auf diese Weise gezielt konditioniert und systematisch programmiert werden.

„Alison Miller gebührt der Verdienst, dass sie sachlich über ein fast unvorstellbares Maß gezielter Gewalt gegen Menschen berichtet und ihre alltägliche praktische Arbeit in verständlicher und klarer Sprache beschreibt.“ (Deutsches Ärzteblatt)

Asanger Verlag GmbH • Dr. Gerd Wenninger • Bödldorf 3 • 84178 Kröning
 Tel. 08744-7262 • Fax 08744-967755 • e-mail: verlag@asanger.de

Rezension

Theodor Itten

A. von Wyl, V. Tschuschke, A. Cramer, M. Koemeda-Lutz, P. Schulthess (Hrsg.): Was wirkt in der Psychotherapie?

Ergebnisse der Praxisstudie ambulante Psychotherapie zu 10 unterschiedlichen Verfahren

2016, Gießen, Psychosozial-Verlag. Reihe: Forschung Psychosozial. 173 S. €29,90 (DE)

Endlich ist das Buch zur Praxisstudie ambulanter Psychotherapie Schweiz (PAP-S) da.

Die verschiedenartigen Ergebnisse werden unseren Wissenstand sicherlich bereichern. Ein wichtiger, nun empirisch validierter Aspekt ist, wie das Ausmass der psychischen Eingangsbelastung der Patientin, des Patienten und die Persönlichkeit, Reife und Erfahrung der Therapeutin, des Therapeuten zusammenpassen.

Die Herausgeber(innen) und zwei weitere Autoren präsentieren das Entstehen dieser bis heute einzigartigen naturalistischen Praxisstudie. Erzählt werden der Anfang und der Kern des Forschungsprozesses von 2005 bis 2012. Die danach erfolgte genaue Ausarbeitung der Resultate und ihre vielseitige und versierte lebhaft Diskussions zeigen eindrücklich, wie mit diesem naturalistischen „gold standard design“ die Fragen, wie, warum, wieso und wozu Psychotherapie wirkt, differenziert beantwortet werden können. Die Literatur im Bereich der Psychotherapie-Forschung ist in meinem 40-jährigen Berufsleben, monumental angewachsen. Die Bibliografien, welche jedes Kapitel begleiten, sind diesbezüglich ein Ort des freudigen Entdeckens.

Das Buch ist in zwölf Kapitel aufgeteilt. So eine Psychotherapiestudie durchzuführen, braucht einen langen Atem, schreibt Agnes von Wyl, Professorin im Departement Psychologie an der ZHAW, im Vorwort, in dem sie die Hintergründe, Durchführung und Ergebnisverarbeitung aufzählt.

Wie kam es überhaupt zu der PAP-S Studie? Peter Schulthess, Margit Koemeda-Lutz und Mario Schlegel, alle drei über Jahrzehnte aktiv in der Wissenschaftskommission der Schweizer Charta für Psychotherapie, beschreiben prägnant die Vorgeschichte der Studie. Die traditionell gewachsene und grosse Methoden- und Modalitätenvielfalt in der Schweiz begünstigte eine solche wissenschaftlich notwendige Untersuchung. Berufspolitische Aktivitäten und Diskussionen über die Eigenständigkeit der Psychotherapie als Heilkunst und als eigenständige Wissenschaft werden in den Diskurs einbezogen. Die 14 Jahre seit der Deklaration zur Wissenschaftlichkeit aller in der Charta vereinigten Ausbildungsinstitute waren gleichzeitig geprägt durch Versuche, ein eigenes Psychotherapieberufsgesetz zu bekommen. Was schlussendlich obsiegte, war ein Psychologieberufes Gesetz, welches in sich die Ausübung und das Erlernen der Psychotherapie als einen angewandten Psychologieberuf regelt. Dies ist nicht der Weisheit letzter Schluss. Nur die Debatte ist momentan gelaufen und das PsyG seit April 2013 in Kraft. Wichtig ist, wie die 27 Ausbildungsinstitute, Berufs- und Fachverbände sich der im Gesetz verankerten Herausforderung zur Beforschung der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit unseres Berufes stellen. Lange bevor diese Forderung politisch gestellt wurde, hat die Wissenschaftsdeklaration die unterzeichnenden Methodenvertreter(innen) verpflichtet, den Wirksamkeitsnachweis zu erbringen. Gemeinsam sind wir stärker, spürten die Chartavertreter(innen). Somit wurde dieses Studienprojekt vorgebracht. Spannend liest sich die Geschichte der Projektrealisierung vom März 2007 bis Dezember 2012, vor allem, wenn man als Patient(in) oder Praktiker(in) selber mitgemacht hat. Neben den Patient(inn)en, den Psychotherapeut(inn)en, die direkt befragt wurden, brauchte es Assessment-Zentren. Die Charta initiierte die eigene Schulung von unabhängigen Diagnostiker(inne)n. Wie das geniale Rating-Manual entwickelt wurde, schliesst diesen Buchaufsatz ab.

Als nächstes wird die aktive Zusammenarbeit der Charta mit zwei renommierten Hochschulen in der PAP-S-Studie erzählt. Peter Schulthess und die Professoren Hugo Grünwald (ZHAW) und Volker Tschuschke (Universität zu Köln) erzählen reichhaltig und differenziert im Bezug zu den bis anhin existierenden Forschungsdesigns von der Notwendigkeit naturalistischer Praxisforschung. „Die PAP-S-Studie wird nicht nur die Basis für zahlreiche wissenschaftliche Beiträge – auch noch in Zukunft – sein und damit einen wertvollen Beitrag zum Wissenstand und der Theorieentwicklung in der Psychotherapie leisten“, bemerken sie. Zusätzlich wird dieser grosse Fundus an Einsichten und empirischen Belegen unserer beruflichen Aktivität junge Studierende beflügeln, diesen Beruf mit Freude und wissenschaftlichem Enthusiasmus auszuüben.

Von Wyl elaboriert im dritten Kapitel das Studiendesign. Es waren 86 Therapeut(inn)en aus neun Instituten, die bereit waren, in dieser Studie mitzumachen. Sie konnten 238 Patientinnen und 124 Patienten im Alter zwischen 17 und 72 Jahren dafür gewinnen mitzumachen. Wer forscht, bleibt wissenschaftlich flott und à jour. Die Methoden, welche im Gesamtdesign angewandt wurden, und die Tests und Fragebögen, welche in den Assessment-Zentren zur Anwendung kamen (SKID-Interview, OPD-Diagnostik usw.), werden schematisch dargestellt. Die ersten Resultate werden kritisch gewürdigt. Erfreulich ist, dass die meisten Patient(inn)en, die an der Studie teilnahmen, viel eigene Lebenszeit für diese Forschung hergaben, die zwei- oder mehrstündigen Assessments absolviert haben. Diese Leistung von Betroffenen ist beachtlich und wird gebührend gewürdigt. Peter Müller-Locher, Psychotherapeut und Qualitätsforscher, in dieser Kapazität langjähriger Vorsitzender der Qualitätskommission der Charta, schildert seine persönliche Erfahrung im OPD-Ratingprozess. Der notwendige Aufbau von und das Kultivieren von Rating-Fähigkeiten, das verantwortungsvolle Leiten von Assessments durch Fachkolleg(inn)en

wurden in Charta-internen Aufbaukursen, Weiterbildungen und Fortbildungen mit Zuzug von Spezialisten geleistet. In über 20 Workshops schulten sich die Rater(innen) gemeinsam und prüften ihre Interraterreliabilität auf die qualitative Zuverlässigkeit, welche die PAP-S-Studie benötigte. Der Lernertrag dieser zu Expert(inn)en aufgestiegenen engagierten Mitforschenden wird erfreulicherweise gut gewürdigt.

Wie die psychotherapeutischen Interventionstechniken in einem Rating-Manual zusammengestellt wurden, was es an Geduld, Zusammentragen von Wissen und Bedeutungsdiskussionen brauchte, um so ein Instrument schaffen zu können, schildern Tschuschke, Koemeda-Lutz und Schlegel übersichtlich und objektiv. Ihre These ist, dass konzeptspezifische Interventionen der verschiedenen Methoden überprüft werden und, zusätzlicher Bonus, in Relation zu anderen Faktoren des psychotherapeutischen Prozesses gesetzt werden können. Was die Bedeutung von Konzepttreue in der Psychotherapie für die jeweiligen Schulen in ihrem theoretischen und praktischen Aspekt ist, wird vom renommierten Psychotherapieforscher Tschuschke anhand der vorliegenden Resultate diskutiert. Erste Stichproben haben ergeben, dass von acht verschiedenen Therapiekonzepten bis zu gut 30 % konzepttreu (spezifisch) und bis zu über 73 % nicht spezifisch interviiert wurde. Spannende Erkenntnisse, welche in seine erste Schlussfolgerung einfließen, dass Psychotherapie ein hochkomplexer zwischenmenschlicher Prozess ist, in dem einzelne schulenspezifische Behandlungskonzepte in geringerem Masse angewendet werden, als bisher angenommen werden konnte. Was die Psychotherapiebehandlung erfolgreich macht, ist eine gute Passung. Die Resultate der Prädiktoren und zeitlichen Verlaufsaspekte der therapeutischen Techniken werden behutsam präsentiert und interpretiert. Beim Lesen wird hier wieder mal klar, warum und wieso wir uns im Studium die wissenschaftliche Methodenlehre und die soziale Statistik zu Gemüte führen mussten. Ohne mindestens zweimaliges Lesen werden sich die vielen Erkenntnisse nicht plausibel erkennen lassen. Koemeda-Lutz zeigt, wie die allgemeinen Interventionen viel mehr angewendet wurden als die spezifischen. Diese sind der gemeinsamen Boden unsres Berufes. Sie schreibt: „Es wäre wünschenswert, wenn zukünftige Studien den zeitlichen Beginn von Äusserungen von TherapeutInnen und PatientInnen separat messen und aufzeichnen wurden, um patientenseitige Verarbeitungsprozesse von therapeutischen Interventionen trennen zu können.“ Neues kann und wird aus den Veränderungsprozessen entstehen. Je stärker die Patientin, der Patient leidet, je grösser und komplexer ihr Leiden, desto wichtiger ist die Person der Therapeutin, des Therapeuten. Tschuschke zeigt, wie die Passung und die Kompetenz der Behandler(innen) in der therapeutischen Beziehung gemäss den Resultaten der Schlüssel zur wirksamen psychotherapeutischen Behandlung sind. Die therapeutische Beziehung ist ein Hauptgefäss für die kurativen und emanzipativen Erfolge.

Aurelio Crameri, der als Forschungsmitarbeiter und Dozent für Forschungsmethoden an der ZHAW engagiert mitwirkte, präsentiert und diskutiert die Resultate. Zentral ist seine Aussage, dass die PAP-S-Ergebnisqualität im Stichprobenvergleich mit den evidenzbasierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren zeigt, dass die Effektivität von humanistischen und tiefenpsychologischen Verfahren vergleichbar groß, wenn nicht größer ist. Dieses Resultat ist politisch brisant für die Erhaltung der Methodenvielfalt. Dazu kommen die Erkenntnisse, wie, warum, wieso und wofür Psychotherapeut(inn)en unterschiedlich erfolgreiche Effektivitäten aufweisen.

Tschuschke beschäftigt sich zusätzlich mit dem Einfluss von Geschlechts- und Gender-Aspekten in der Behandlung. Nach seiner Präsentation der bisherigen Studien zur dieser Thematik arbeitet er die Ergebnisse der PAP-S-Studie heraus, mit dem Fazit, dass das Geschlecht nicht direkt die Behandlungsergebnisse beeinflusse. Jedoch im Allgemeinen und grundsätzlich sind die Therapeutinnen ausgeprägter mitfühlend und ihre Interventionen sind unterstützend, jedoch könnten sie etwas konfrontativer arbeiten. Die unbewussten Geschlechterprägungen in der Sozialisation sind erkennbar.

Von Wyl nimmt diesen Faden auf und bespricht die Resultate, welche sie in den Kontext von anderen Studien und dem Prozess Q-Set von Enrico E. Jones einordnet. Es konnten insgesamt 33 signifikante Geschlechterunterschiede im Therapieprozess (Erleben und Verhalten) erkannt werden. Das sind, verglichen mit den Patient(inn)en, doppelt so viele geschlechterrollenspezifische Verhaltensweisen. Die Autorin staunt über diese Resultate, weil Therapeut(inn)en sich meistens während der Ausbildung in einem Bewusstwerdungsprozess mit der eigenen Sozialisation und den transgenerationalen Geschlechtervorurteilen auseinandersetzen.

Die Freude ob der vielen Ergebnissen dieser Studie und der daraus gewonnenen, hier präsentierten Erkenntnisse ist gross. Am Schluss des Buches schwingt Frau oder Mann sich wieder in verschiedene Kapitel hinein und schaut sich die detaillierten Resultate auf der Website www.psychotherapieforschung.ch an.

Dieses Buch – aus der Praxis für die Praxis – ist ein Muss. Es gehört in die goldene Abteilung des Büchergestells.

Rezension

Theodor Itten

Rosmarie Barwinski: Resilienz in der Psychotherapie

Entwicklungsblockaden bei Trauma, Neurosen und frühen Störungen auflösen

2016, Stuttgart, Klett-Cotta. 286 Seiten. €34,95 (DE)

Für die deutsche Gesundheitskasse AOK führte Prof. Uta Herbst von der Universität Potsdam eine grosse Studie zum Thema „Stress und Resilienz im Studium“ durch. Befragt wurden mehr als 18.000 Studierende. Die Resultate wurden im Oktober 2016 präsentiert. Vor allem der Stress, der durch Zeit- und Leistungsdruck sowie Angst vor Überforderung entsteht, macht den jungen Menschen das Leben schwer. 53 Prozent sehen sich auf einem hohen Stresslevel. Insgesamt verfügen Studierende heute über eine geringe Stressresilienz. Ihre Widerstandsfähigkeit im Umgang mit der Belastung ist nicht gut genug kultiviert.

Was und wie die Seelenheilkunst und die Seelenkunde dazu beitragen, dass Resilienz verbessert und gestärkt werden kann, sind die zentralen zeitgemässen Themen des neuen Buches der bekannten Zürcher Psychoanalytikerin Barwinski. In diesem, ihrem sechsten Buch legt die als Privatdozentin an der Universität zu Köln, in Winterthur als Leiterin des Schweizer Instituts für Psychotraumatologie tätige, erfahrene Psychologieforscherin einen über Jahre reichhaltigen Erfahrungsfundus vor.

Dieses an der und für die Praxis orientierte Buch kommt in drei Teilen daher. Erst reflektiert die Autorin die notwendigen Bedingungen der Resilienz. Danach gibt sie uns Tipps, wie diese seelenheilende Fähigkeit der Widerstandskraft durch Erfahrung in der Psychotherapie gefördert werden könnte. Drittens teilt und diskutiert sie ihre Resultate empirischer phänomenologischer Forschung im Praxisfeld der eigenen psychotherapeutischen Arbeit in den verschiedenen Interventionsfeldern. Durch das ganze Buch hält sie gekonnt ihren Blick auf die Ressourcen der selbstheilenden Kraft unserer menschlichen Seele. Die grosse Verwundung (das Trauma) wird oft als schrecklicher, existenzerschütternder Schicksalsschlag erlebt. „In meiner 30-jährigen psychotherapeutischen Arbeit“, schreibt sie, „begegnete ich immer wieder Menschen, die ausweglos erscheinende Situationen mit einem Mut und Zuversicht bewältigten, die mich tief beeindruckten.“ Barwinski schildert, wie sie die emotionalen, kognitiven und handelnden Prozesse versteht. Sie will für die Fragen, was wie, warum und wodurch hilft, aus der seelischen Verwundung wieder herauszufinden, hilfreiche Antworten finden. Resilienz erkennt sie als die Fähigkeit einer Person, sich in widrigen Lebensschwierigkeiten neu zu orientieren, damit sie oder er den Leidensweg im Jammertal beschreiten kann. Ihr Definitionsauftritt ist vielstimmig. Diese Ressourcenvielfalt für uns psychotherapeutisch Tätigen zeigt, was Resilienz in und mit all ihren Faktoren vermag. Wie nehme ich mich selber war? Was ist meine eigene Selbstwirksamkeit? Was sind meine sozialen Kompetenzen? Wie kann ich mich selber regulieren? Was sind meine Fähigkeiten, mich selber zu reflektieren? Auf diese drängenden Fragen gibt Barwinski anhand theoretischer Reflektionen über die neuesten neurologischen Befunde der Bindungstheorie, die Bedeutung von Mitwelt und Gemeinschaftsfaktoren sowie reflektiertes interaktives Handeln und Erleben im psychosozialen Kontext Antworten. Die stimmige Kontinuität der eigenen Identität des Selbst zu den anderen macht deutlich, diese Widerstandskraft und Gesundheit kommt von innen. Die durch die Traumatherapie animierte heilende Eigenaktivität dient schlussendlich der Aufrechterhaltung seelischer Gesundheit. Wie das schrittweise geht, zeigt die Autorin unter Benützung des Rasters von strukturellen Konzepten Piagets. Die Reifestufen, die Abstraktionsfähigkeit, die Entwicklungsblockaden, die Erkenntnisinstrumente und die Veränderungsprozesse sind nur einige davon. Theorie und Praxis werden gut und verständlich sowie anwendbar verwoben. Das Antinomie-Konzepts des Berner Philosophen Thomas Kesselring flicht Barwinski in ihre Umsetzung von Resilienz in der Psychotherapie ein. Um den hier für den Leser oft schwierigen Durchblick durch dieses hoch theoretische Denken zu gewährleisten, kommen bildlich machende, behelfsmässige Fallbeispiele zu Hilfe. Das dialektische Veränderungsmodell ihres leider verstorbenen Kölner Kollegen Gottfried Fischer sieht sie als fördernd im Umgang mit Traumata und für deren Heilung. In einem Fünf-Punkte-Programm für die Praxis – Ausfindigmachen des problematischen Verhaltens; Bestimmung eines Gegenpols zum problematischen Verhalten; Suche nach positiven Komponenten der beiden problematischen Beziehungsmuster; Verknüpfung der zwei positiven Komponenten und Suche nach einer Haltung, wie dies umgesetzt werden kann – fasst Barwinski zusammen. Mit diversen Hinweisen, wie sich diese entwickelnden Fähigkeiten einüben und aufrechterhalten lassen, schliesst sie den Mittelteil ab. Schlussendlich folgt der sorgfältig gestaltete Überblick der Interventionsfelder, die zur Behandlung eines Traumas und seiner Folgeerkrankungen benützt werden können. Wer hier leichte Kost erwartet, sei gewarnt. Es werden volle Konzentration fordernde Abläufe, die nicht ohne Einübung verstanden werden können, beschrieben und mit spannenden Fallbeispielen illustriert. Hier wurde es mir als Leser leicht unbehaglich, da ich anstand wie bei logischen Formeln. Ein erneutes Aha-Erlebnis, dank der Praxisbezüge, gab mir den gewünschten Schubser.

Barwinski fasst ihre dichten Kapitel jeweils gekonnt zusammen. Damit wird dieses Buch auch für Betroffene und ihre Angehörigen nutzbar. Die heilende Selbstbewusstwerdung fühlen. Das tiefe Selbstvertrauen zurückgewinnen. Die lebensnotwendige Selbstsicherheit gut genug pflegen und hegen können. Diese verschiedenen Momente des sich wiedervereinigenden Selbst kraftvoll spüren können, nachdem es durch ein, oder mehrere traumatische Erlebnisse zersplittert wurde. Von der von aussen erzwungenen Passivität als Schutz im Zusammenrollen der Seele, hin zur frischen Aktivität der aufkeimenden Widerstandskraft. Im Hier und Jetzt trotz allem sein eigenes Leben weiterzumachen.

Wie wir Praktiker(innen) uns zusammen mit unseren Patient(inn)en dem Ziel von Resilienz-Selbstwirksamkeit nähern können, ist in Barwinskis klarer Präsentation ihres gut anwendbaren Stufenmodells mit ätiologisch spezifischen Behandlungshinweisen verständlich dargestellt. Ein markantes Buch zur richtigen Zeit.

Rezension

Dörte Fuchs

Theodor Itten: Größenwahn – Ursachen und Folgen der Selbstüberschätzung

2016, Zürich, Orell Füssli. 224 Seiten. CHF 26,90

Nachdem sein Buch über den Jähzorn inzwischen in zweiter Auflage erschienen ist, hat sich der Schweizer Psychotherapeut und Autor Theodor Itten jetzt den Größenwahn vorgenommen – höchste Zeit, denn, obwohl krankhafte Formen der Selbstüberschätzung kein neues Phänomen sind, nimmt die „Inflation des Ichs“ heute doch in einem Ausmaß zu, dass die Grundlagen unserer Demokratie, der soziale Zusammenhalt, ja die Zukunft der Menschheit bedroht erscheinen. Welche Folgen es hat, wenn eine im Kindes- und Jugendalter noch gesunde, weil entwicklungsfördernde Tendenz zur Selbstüberschätzung im späteren Leben nicht nur weiterbesteht, sondern ungehindert wuchert und gesellschaftlich auch noch belohnt wird, zeigt das Buch anhand vieler, oft hoch aktueller Beispiele und einiger Interviews aus allen Bereichen: Politik und Wirtschaft, Religion und Wissenschaft, Sport, soziale Medien, Musik, Kunst und Architektur.

Überall verbreiten sich die „Kompetenz des Scheinens“ und die zerstörerischen Allmachtsfantasien nimmersatter Manager, Hochstapler, Diktatoren und fanatischer Gurus. Den Preis für all den glitzernden Lügenglanz bezahlen dann oft andere. Hinter dieser wahnhaften Selbst- und Fremdtäuschung verbergen sich, wie der Autor ausführt, gefährliche Strategien des Selbstschutzes, die oft in den Wunden der Kindheit und einem in Wirklichkeit mangelhaft entwickelten Selbstwertgefühl wurzeln. Was hilft? Wahrhaftigkeit, Aufrichtigkeit, Selbstannahme, verbunden mit der Einsicht in die eigenen Schwächen und Begrenzungen, echte menschliche Beziehungen – und die Weigerung, den vom Größenwahn Befallenen auch noch Beifall zu zollen. Wir können und sollten genauer hinschauen und den Mut aufbringen, laut und deutlich zu sagen, dass der Kaiser nackt ist.

Auch wenn die Diagnose nicht optimistisch stimmen kann: Ich habe das Buch sehr gern und mit Gewinn gelesen. Theodor Itten schöpft aus einem großen Wissens- und Erfahrungsschatz und geht den Erscheinungsformen, Ursachen und Folgen des Größenwahns mit Verve und Humor und einer erfrischend klaren, bilderreichen Sprache auf den Grund. Psychologische, philosophische und sozialwissenschaftliche Grundlagen werden dort, wo es nötig und sinnvoll ist, behutsam eingeflochten, ohne zum Ballast zu werden. Ebenso erkenntnisreiche wie unterhaltsame Ausflüge ins Reich der Mythen und Märchen (z. B. eine Nacherzählung und Deutung des Märchens vom Fischer und seiner Frau) und das wunderbare Fantasiestück „Abendessen bei Freuds“ bereichern das Buch – und seine Leserinnen und Leser.

Fazit: Sehr empfehlenswert!

Rezension

Marina Marić

Falko von Ameln, Josef Kramer: Psychodrama – Grundlagen

2014, Berlin, Springer. 3., vollst. überarb. Aufl.; XV, 300 S.; 29 Abb., 8 Tabellen. EUR 39,99 (DE)

Die Autoren haben entschieden, die überarbeiteten Inhalte der 2. Auflage des Lehrbuches „Psychodrama“ als zwei separate Bücher zu veröffentlichen, sodass der ehemalige Teil „Psychodrama in der Anwendung“ erweitert nunmehr als eigenständige Sammlung, „Psychodrama – Praxis“, erschienen ist. „Psychodrama – Grundlagen“ umfasst in der neuen Auflage neben einer kurzen Einführung fünf umfangreiche Teile, die das Psychodrama unter expliziter Erklärung seiner Philosophie, Methoden, theoretischen Grundlagen und Anwendungsfelder als eigenständiges Verfahren vorstellen. Dabei achten die Autoren darauf, die Anschaulichkeit und Verständlichkeit des Werkes durch Fallbeispiele und Verknüpfungen zwischen den Kapiteln zu heben. In einem Anhang findet der (die) Leser(in) Informationen zum Psychodrama im Internet und in einem Glossar werden die zentralen Begriffe des Psychodramas erläutert.

In der Einführung werden die Vorteile des Psychodramas gegenüber dem Rollenspiel detailliert erklärt. Im Gegensatz zum Rollenspiel, das eine Simulationsmethode ist, wird beim Psychodrama die subjektive Wirklichkeit der Protagonist(inn)en auf der Bühne dargestellt. Darüber hinaus geben die Autoren eine klare inhaltliche Definition und Klassifikation des Verfahrens, welches von Jacob Levy Moreno in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts entwickelt wurde.

Den ersten Teil des Buches, „Methodische Grundlagen des Psychodramas“, bezeichnen die Autoren als „Gebrauchsanweisung für das psychodramatische Instrumentarium“ (S. 10). Sie beschreiben die Phasen des psychodramatischen Spiels, von der Erwärmung bis zur Integrationsphase, anhand von Fallbeispielen bezüglich protagonistenzentrierter Arbeit im Einzel- und Gruppensetting sowie der Arbeit auf Gruppenebene. Dabei wird die szenische Darstellung des inneren Erlebens als wichtigstes methodisches Prinzip besonders hervorgehoben. Außerdem stellen von Ameln und Kramer die verschiedenen psychodramatischen Instrumente, Arrangements und Handlungstechniken vor, welche vom Leiter und von den Teilnehmer(inne)n je nach Bedarf auch abgewandelt und weiterentwickelt werden dürfen. Zu betonen ist die zentrale Bedeutung des Rollentausches, der Doppeltechnik und der Spiegeltechnik für das psychodramatische Spiel. Diese dienen vor allem der Einfühlung in die Rolle des Gegenübers, dem Perspektivenwechsel, der Gewinnung neuer Einsichten, der Erweiterung der eigenen Kompetenzen, der Konfliktlösung und Stärkung der Persönlichkeit.

Der zweite Teil, „Vorbereitung und Gestaltung psychodramatischer Prozesse“, beschäftigt sich ausführlich mit den Phasen des psychodramatischen Prozesses. Die Kontaktaufnahme mit der Klärung des Vertrages und Vereinbarung der groben Ziele steht am Anfang des Prozesses. Das methodische Werkzeug zur szenischen Darstellung kommt in der Erwärmungs-, Aktions- und Integrationsphase zum Einsatz, wobei die Autoren deren Funktion und Einsatzmöglichkeiten genau erläutern. Die der Prozessanalyse dienende Auswertungs- und Vertiefungsphase kann, muss aber nicht zur kognitiven Verarbeitung des Spiels eingesetzt werden.

Im dritten Teil, „Theoretische Grundlagen des Psychodramas“, werden die Basiskonzepte von Spontaneität, Kreativität, Tele, Begegnung, der Theorie sozialer Netzwerke und der Rollentheorie, nach Moreno sind das die dem Menschen innewohnenden Kräfte, vorgestellt. Morenos philosophischer Auffassung nach soll der Mensch immer im Kontext seiner sozialen Beziehungen betrachtet werden, dabei ist die Aktivierung der Spontaneität und Kreativität des Einzelnen und der Gruppe das Ziel. Neben dem Psychodrama gehören Soziometrie und die Gruppenpsychotherapie zu Morenos triadischem System der soziotherapeutischen Arbeit. Das tragende Prinzip bleibt auf Einzel- und Gruppenebenen immer die szenische Darstellung der subjektiven Wirklichkeit, welche sich auf der Psychodramabühne als „surplus reality“ zeigt und sich durch die Erkenntnisgewinnung ihrer Teilnehmer fortwährend verändert. Die Soziometrie wird von den Autoren als ein System zur „Erforschung und Messung der Strukturen und Funktionen von Gruppen“ (S. 188) beschrieben, welches in den verschiedensten Praxisbereichen eine Anwendung findet. Als die wichtigsten Instrumente der Soziometrie werden der soziometrische Test, das Soziogramm, das soziale Atom und dessen Weiterentwicklung, das soziale Netzwerk-Inventar, vorgestellt.

„Querschnittsthemen in der Arbeit mit dem Psychodrama“, der vierte Teil des Buches, setzt sich über vier Kapitel mit dem professionellen Umgang mit emotionaler Verletzung, Widerstand, gruppenspezifischen Prozessen und interkulturellen Dimensionen in der Therapie und Beratung auseinander. Dabei stehen ressourcenorientiertes Arbeiten, Schutz und Sicherheit für alle Beteiligten und selbstkritische Beobachtung im Vordergrund. Die Autoren erklären den sinnvollen Einsatz einzelner Arrangements und Techniken zur Bewältigung dieser Herausforderungen.

Im fünften und letzten Teil, „Psychodrama-Wirkungsforschung“, diskutieren die Autoren die empirische Wirksamkeit und die theoretische Erklärung der Wirksamkeit des Psychodramas. Sie würdigen die in den letzten Jahrzehnten durchgeführten Studien und stellen gleichzeitig fest, dass die empirische und theoretische Forschung zur Stärkung des Psychodramas als Verfahren intensiviert werden müsste. Zu den wichtigsten Wirkfaktoren zählen die Autoren den Rollentausch, die Katharsis, die Konzepte von Begegnung und Tele sowie „die Erlebnisaktivierung in der psychodramatischen Surplus Reality“ (S. 283).

Das Buch bietet einen guten Überblick über das Verfahren des Psychodramas und grenzt es durch fundierte Belege seiner Methoden und theoretischen Grundlagen von anderen Verfahren deutlich ab. Es ist ein Grundlagenwerk für interessierte Psycholog(inn)en, Psychotherapeut(inn)en und die verschiedenen psychosozialen Berufsgruppen. Das Werk verfügt über

eine klare Struktur und macht dem (der) Leser(in) die Funktion der psychodramatischen Arrangements und Techniken durch detaillierte Fallbeispiele und Abbildungen leicht verständlich. Damit ist es auch für Studierende als Einstieg in das Psychodrama geeignet. Am Ende jedes Kapitels sind die Kernaussagen zusammengefasst. Das Buch führt mit den ersten beiden Teilen über eine theoretische Auseinandersetzung mit den Werkzeugen des Psychodramas in die Praxis ein und darauf aufbauend können die philosophischen und theoretischen Grundlagen des Psychodramas im dritten Teil leichter verstanden werden. Darüber hinaus werden die Möglichkeiten und Grenzen des Psychodramas in Berührung mit wichtigen Querschnittsthemen vertiefend diskutiert. Besonders wichtig ist die kritische Betrachtung von Morenos Erbe, seine Bedeutung für die psychodramatische Praxis und die Erkennung des nötigen Forschungsbedarfs.

Insgesamt ist das vorliegende Werk als gelungen und empfehlenswert zu bezeichnen.

Wissens- und Lesenswertes über Psychotherapie in der Schweiz

**Psychotherapie-Berufsentwicklung
Informationsorgan der Assoziation
Schweizer Psychotherapeutinnen und
Psychotherapeuten ASP**



Die Zeitschrift *à jour* bildet das Bindeglied zwischen unserem Verband ASP und seinen Mitgliedern. Aber auch Nicht-Mitglieder und Personen, die sich allgemein für Psychotherapie interessieren, finden darin lesenswerte Beiträge.

Neben aktuellen Informationen zu den Aktivitäten des Verbandes und seinen Organen liefert sie Wissenswertes über die Entwicklung des Berufes Psychotherapie in der Schweiz auf politischer Ebene.

Nicht fehlen darf ein Fachbeitrag, der jeweils ein spezifisches Thema aus einer Psychotherapierichtung behandelt mit dem Ziel, Kolleginnen und Kollegen mit anderen Methoden, Sichtweisen und Theorien vertraut zu machen. Porträts von ASP-Mitgliedern, Leserbriefe, Veranstaltungstipps und Literaturhinweise in Form von Rezensionen runden das Angebot ab.

à jour ist nicht nur als Zeitschrift erhältlich sondern kann auch kostenlos online gelesen werden, abrufbar unter www.psychotherapie-wissenschaft.info.

Die gedruckte Ausgabe ist zweisprachig in deutsch und französisch und erscheint halbjährlich. Sie kann über unser Sekretariat bezogen oder abonniert werden.

**PSYCHOTHERAPIE-WISSENSCHAFT
ENTWICKLUNG DER PSYCHOTHERAPIE
BEITRÄGE ÜBER PRAXIS UND FORSCHUNG**

Die Zeitschrift *Psychotherapie-Wissenschaft* befasst sich mit der Entwicklung der Psychotherapie und will den interdisziplinären Austausch zu grundlegenden Fragen wie Indikation, Methodik, Effizienz usw. fördern.

Die Publikation behandelt Themen aus allen Bereichen der Psychotherapie. Die eingereichten Arbeiten durchlaufen ein Begutachtungsverfahren durch internationale Gutachter.



Die Zeitschrift ist offen für alle psychotherapeutischen Richtungen, wie Psychoanalyse, Klientenzentrierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Integrative Gestalttherapie, Körperpsychotherapie, Psychodrama, Systemische Familientherapie, Gruppenpsychotherapie usw.

Psychotherapie-Wissenschaft erscheint halbjährlich sowohl als Printausgabe, wie auch als kostenlose online-Ausgabe. Der freie Zugang (open access) entspricht der Grundannahme, dass dies dem wissenschaftlichen und praxisbezogenen Austausch dient.

Die gedruckte Ausgabe kann im Sekretariat bezogen oder abonniert werden. Weitere Angaben finden Sie auf der Website www.psychotherapie-wissenschaft.info.

• A • S • P • Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ASP
Riedtlistrasse 8
CH-8006 Zürich / Schweiz
Telefon +41 (0)44 268 93 00
E-Mail: asp@psychotherapie.ch
www.psychotherapie.ch
www.psychotherapie-wissenschaft.info

Rezension

Peter Schulthess

Theodor Itten, Ron Roberts: Politik der Erfahrung

Kritische Überlegungen zur Entwicklung von Psychologie und Psychotherapie

2016, 336 S., Psychosozial-Verlag, Giessen, €36.90

Dieses Buch liest sich zum einen wie ein Geschichtsbuch der Psychologie und Psychotherapie in den 70er und 80er Jahren und der zeitkritischen Diskurse, die damals geführt wurden und denen sich damals keiner entziehen konnte. Es zeigt zum anderen, wie brandaktuell diese Diskurse noch heute sind und vertieft geführt werden müssen. Zunehmend hat sich die Psychologie, um ihrem Anspruch, eine Naturwissenschaft zu sein, gerecht zu werden, vom Erforschen des psychischen, intersubjektiven Erlebens, eingebettet in eine Gemeinschaft und Kultur, abgewendet zu einer Disziplin, die individualistische, biologistische und pharmakologische Thesen mit objektivierbaren Messmethoden untersucht. Eine solche Psychologie wird seelenlos. Zu Recht wird beklagt, dass heutzutage zumeist keine Philosophie, Erkenntnistheorie und Wissenschaftstheorie mehr vermittelt wird, dafür ganz viel Statistik – obwohl Psychologie per se eine Geistes- und Gesellschaftswissenschaft ist! Diese Entwicklung hat auch die Psychotherapielandschaft geprägt.

Die Autoren hingegen plädieren für eine neue Politik der Erfahrung. Sie erinnern daran, dass Psychotherapie im Wesentlichen ein intersubjektives Beziehungsgeschehen ist, in dem das Erleben im Zentrum steht, und nicht eine möglichst effektive Verhaltenskorrektur, um unerwünschtes in erwünschtes Verhalten zu ändern. Wie die Psychologie und Psychotherapie sich immer wieder willfährig Diktaturen zur Verfügung gestellt haben, um genau letzteres zu tun, beschreiben die Autoren in Verbindung von Theorie, Geschichte und anhand persönlicher Erfahrungen eindrücklich. Ebenso äussern sie massive Kritik an der Mainstream-Psychotherapieforschung, welche zusehends im marktwirtschaftlichen Interesse der Pharmakonzerne steht (DSM 5 lässt grüssen).

Psychotherapie galt in der Vergangenheit auch als Bildungsvorhaben mit emanzipatorischem Ziel. Davon wird heutzutage nur noch selten gesprochen. Der Weg der Befreiung von Abhängigkeiten hin zu autonomem und selbstverantwortlichem Handeln, in der und für die Gemeinschaft, ist ein bildungspolitisches Unterfangen. Es fördert die Fähigkeit, engagiert für seine Interessen einzutreten und allenfalls nein zu sagen und Widerstand gegen die Vereinnahmung durch Wirtschaft, (von ihr gesteuerter) Wissenschaft und falschen Gurus zu leisten, statt sich ihnen anzupassen und unterzuordnen.

Die Autoren beziehen sich in zentralen Aussagen auf die Schriften von R.D. Laing (Phänomenologie der Erfahrung; Politik der Familie; das geteilte Selbst u.a.) und sehen sich in seiner Tradition. Wie Laing rekurrieren sie auch auf Marx, Sartre und die Sozialpsychologie, um die gesellschaftliche Produktion von Leiden und als Krankheiten definierte Erlebenszustände zu beschreiben. Obwohl Laing bedeutende Impulse zu einem Verständnis dessen, was in Gemeinschaften geschieht, gegeben und die Therapie in der Gemeinschaftstherapie entwickelt hat (Tavistock, Soteria), scheint er heute in den Geschichtsbüchern der Psychotherapieentwicklung verloren gegangen“ zu sein. Ist es die Folge einer kulturellen Amnesie, wie die Autoren vermuten? Laing wurde der „Antipsychiatrie“ zugerechnet und dafür einerseits von der Psychiatrie kritisiert, andererseits auch von psychiatriekritischer Seite, allen voran von Tomas Szasz, welcher noch radikaler von der Fabrikation des Wahnsinns sprach. Er kritisierte, dass die Antipsychiatrie durch „Gespräch und Zuhören“ bloss eine neue moderne Medizin verkaufe und damit die Struktur der Psychiatrie perpetuiere. (Vergessen hat er, zu erwähnen, dass er der Kirche der Scientologen angehörte, also in Abhängigkeit von deren Glaubensbekenntnissen sprach - PS).

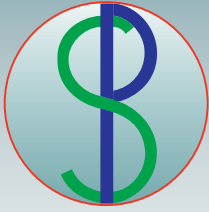
Trotz dem in der Psychiatrie heute üblichen „bio-psycho-sozialen Behandlungsmodell“ sind Fachartikel über die politische Dimension von Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie selten. Obwohl mit dem Phänomen der „Burnout-Krisen“, der Belastungsdepressionen und dem Leiden an den Folgen traumatischer Ereignisse genügend deutlich ist, wie gesellschaftliche Faktoren psychische Leidens- und Krankheitszustände verursachen. Weshalb kommen die Angehörigen unserer Berufszünfte nicht ihrer Aufgabe nach, ihre Erkenntnisse auch in die Politik als kritische Stimme zu gesellschaftlichen Prozessen einfließen zu lassen? Der Vorwurf, man würde lediglich das subjektive Leiden an der Gesellschaft heilen und unerwünschtes in erwünschtes Verhalten verwandeln wollen, bleibt auch heute noch berechtigt.

Itten und Roberts plädieren nicht für die Abschaffung der Psychiatrie, Psychologie oder der Psychotherapie. Vielmehr setzen sie sich für eine Re-Humanisierung derselben ein. Es soll in Psychologie und Psychotherapie und deren Erforschung sowie im universitären Lehrbetrieb wieder um den Menschen und sein Erleben gehen.

Im Vorwort laden die Autoren mit einem Zitat von Paul Tillich ein, sich der „Rebellionsbewegung gegen die Enthumanisierung des Menschen in der industriellen Gesellschaft“ anzuschliessen. Bestürzend, sich 55 Jahre später dazu nochmals einladen lassen zu müssen, und vielsagend für die Entwicklung der *Psy*-Wissenschaften. Heute empfehlen sie wohl, sich der Rebellion gegen die Enthumanisierung der Wissenschaften des Seelischen durch den neoliberalen Kapitalismus anzuschliessen.

Dieses Buch ist ein Weckruf und ein wesentlicher Beitrag zur Reflexion unseres Berufsstandes, seiner Theorie und Praxis wie auch seiner wissenschaftlichen Erforschung, vorgetragen in einer engagierten Sprachgewalt. Zu danken ist den Autoren auch ihre Bereitschaft zur Selbstoffenbarung eigener Erfahrungen im Kampf mit Institutionen.

Ich empfehle es sehr zur Lektüre.



PSYCHOTHERAPIE - WISSENSCHAFT SCIENCE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

REDAKTORIN / REDAKTOR

Für unsere wissenschaftliche Zeitschrift Psychotherapie-Wissenschaft suchen wir eine oder zwei Kolleginnen oder Kollegen. Gegenwärtig geben wir zwei Hefte pro Jahr heraus. Ausser in zwei bis drei koordinierenden Sitzungen pro Jahr arbeiten wir im Home-Office.

Der/die KandidatIn praktiziert selbst Psychotherapie oder ist in einer entsprechenden Ausbildung. Interesse an Forschung, interdisziplinären wissenschaftlichen Fragen, Fragen der Praxis sowie Offenheit für unterschiedliche therapeutische Ansätze sind selbstverständlich. Wir erwarten auch ein Engagement für die Etablierung der Psychotherapie als eigenständige wissenschaftliche Disziplin.

Die Mitarbeit im Redaktionsteam unserer Zeitschrift ermöglicht interessante Kontakte und Perspektiven zu weiteren spannenden Tätigkeitsfeldern in der Entwicklung unseres Berufes.

Die Entschädigung erfolgt nach Zeitaufwand und Ansätzen der ASP. InteressentInnen melden sich bitte beim derzeitigen Hauptredaktor Peter Schulthess: praesidium@psychotherapiecharta.ch

Schulen übergreifende Psychotherapietheorie



Weiter- und Fortbildungsgang in transdisziplinärem Grundwissen für die Psychotherapiepraxis

In ihrem Weiter- und Fortbildungszyklus der Schulen übergreifenden Psychotherapietheorie bietet die ASP Weiter- und Fortbildungsgänge in transdisziplinärem Grundwissen für die Psychotherapiepraxis. Die Kurse bilden einen integrierenden Bestandteil des Konzeptes ASP Integral mit den acht Vertiefungsrichtungen der Partnerinstitutionen. Praktizierende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind willkommen, die Kurse als anrechenbare Fortbildung zu besuchen.

Datum	Inhalt	Dozent oder Dozentin
14.01.2017*	Sein Leben unter den Bedingungen einer Behinderung gestalten - Anregungen für die Kinderpsychotherapie	Prof. Barbara Jeltsch
15.01.2017	Kenntnis von und Auseinandersetzung mit Besonderheiten der Psychotherapie mit älteren Menschen	Dr. med. Christoph Held
11.03.2017	Kenntnisse über andere psychotherapeutische Ansätze und Methoden: Gestalttherapie und integrative Therapie	lic. phil. Peter Schulthess
12.03.2017	Kenntnisse über andere psychotherapeutische Ansätze und Methoden: Systemische Psychotherapie	lic. phil. Martin Rufer
13./14.05.2017	Kritische Auseinandersetzung mit gesellschaftspolitischen und ethischen Fragen im Zusammenhang mit dem Psychotherapieberuf	Dr. Mario Erdheim

*für Kurzentschlossene

Es können auch einzelne Kurse besucht werden. Den Kursteilnehmenden in Fortbildung wird eine Kursbestätigung ausgestellt. Für die Weiterbildung beachten Sie bitte das Anmeldeformular auf der Website www.psychotherapie.ch > ASP Integral.

Gerne erteilen wir Ihnen weitere Auskünfte per Telefon 043 268 93 00 oder auf Anfrage per Email asp@psychotherapie.ch.

