

# »Mama sagte immer, mir sei da etwas falsch angewachsen gewesen, und das hätte man entfernen müssen«

## Intergeschlechtlichkeit: ein Diskurs zur Entwicklung eines (in)kongruenten Selbst aus personenzentrierter Perspektive

Laura Schwarz

Wien, Österreich

Bei etwa einem von 2.000 Kindern wird in Österreich die Intergeschlechtlichkeit bereits bei der Geburt festgestellt, andere erfahren davon erst später im Leben – oder auch gar nicht. Um diese Säuglinge rechtlich rasch einem eindeutig männlichen oder weiblichen Geschlecht zuordnen zu können, werden geschlechtszuweisende Operationen durchgeführt. Inwiefern hierbei die Gefahr besteht, dass durch die medizinisch vorgefertigten Lebensentwürfe für Inter\*-Personen eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung verhindert und physisches wie psychisches Leid verursacht wird, soll durch das Heranziehen von Entwicklungspsychologie und personenzentrierter Theorie verdeutlicht werden. Abschließend wird in diesem Beitrag dargelegt, worauf personenzentriert arbeitende Therapeut\*innen bei der Zusammenarbeit mit intergeschlechtlichen Personen besonders achten sollten.

*Schlüsselwörter:* Intergeschlechtlichkeit, geschlechtszuweisende/ normalisierende Operationen, Identitäts-/ Persönlichkeitsentwicklung, therapeutische Arbeit

About one in 2,000 children in Austria is diagnosed as intersex at birth, while others learn about it later in life – or not at all. In order to be able to quickly assign these infants legally to a clearly male or female gender, gender-assignment surgeries are performed. The extent to which there is a danger that the medically prefabricated life plans for inter\* persons prevent a healthy development of personality and cause physical and psychological suffering will be clarified by drawing on developmental psychology and person-centered theory. Finally, this article will explain what therapists working in a person-centered way should pay special attention to when working with intersex people.

*Keywords:* Intersexuality, gender-assigning/normalizing operations, identity/personality development, therapeutic work

<https://doi.org/10.24989/person.v28i2.4>

### 1. Intergeschlechtlichkeit – Einleitung

Alex erzählt: »Mit 6 Jahren amputierte man mir meinen Penis und mit 10 meine Hoden. Dass mit mir etwas nicht ganz stimmte, wusste ich eigentlich von klein auf. Es gab mir zu denken, warum man ständig mit mir ins Krankenhaus fuhr und mir dauernd zwischen die Beine schauen wollte. Mama sagte immer, mir sei da etwas falsch angewachsen gewesen, und das hätte man entfernen müssen. [...] Ende meines 15. Lebensjahrs wurde mir auf eigenen Wunsch hin eine Vagina in mehreren Operationen gemacht, da die Ärzte eh immer sagten,

dass ich das mal machen sollte, um überhaupt mal normal Geschlechtsverkehr haben zu können. Außerdem bildete ich mir ein, dass ich danach ganz ›normal‹ sein würde. Als sich diese ersehnte ›Normalität‹ aber nie einstellte, begann ich, mich mit Zigaretten zu verbrennen und mir die Arme zu ritzen. Danach flüchtete ich mich in Alkohol und Drogensucht« (TransInterQueer-Projekt, 2016, S. 12).

In den letzten Jahren erlangte das Thema Intergeschlechtlichkeit zunehmend mehr Aufmerksamkeit. Im Vordergrund steht oft die Frage nach den Folgen medizinischer Behandlungen, insbesondere im Hinblick auf kosmetische Eingriffe, ohne ein Vorliegen medizinischer Indikationen im engeren Sinn, sondern mit dem vermeintlichen Ziel, intergeschlechtlichen Personen eine bessere soziale Eingliederung zu ermöglichen (vgl. ebd., S. 2).

**Laura Schwarz.**, geb. (Reichart) 1985, Dipl.-Kinder-Gesundheitstrainerin, Grundschullehrerin (BEEd.), noch laufend Weiterbildungslehrgang für Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Personenzentrierte Psychotherapeutin, tätig in freier Praxis mit Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern in Wien, Mitglied der VRP

Sobald ein Neugeborenes in unsere Welt tritt, wird immer dieselbe Frage gestellt: Ist es ein Junge oder ein Mädchen? Diese Frage zeigt auf, wie bedeutend das Geschlecht und die Klassifizierung des Geschlechts in unserer Gesellschaft sind und dass die menschlichen Geschlechter binär kategorisiert werden (vgl. ebd.). Werden Menschen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale geboren, werden sie damit konfrontiert, dass Medizin und Gesellschaft ihre Geschlechtsentwicklung als Störung betrachten. Unter Variationen sind in diesem Fall jene Merkmale gemeint, die entweder bei der Geburt oder in späteren Entwicklungsstadien nicht den medizinischen oder gesellschaftlichen Normen der binären Geschlechterteilung männlich/weiblich entsprechen (vgl. AI, 2017, S. 7).

Dies führte überwiegend zu einer Behandlungspraxis, die die intergeschlechtliche Person pathologisiert und ohne deren »persönliche und vollständig aufgeklärte Einwilligung schwerwiegende und irreversible medizinische, medikamentöse und chirurgische geschlechtsverändernde Eingriffe« (TransInterQueer-Projekt, 2016, S. 3) an ihr vornimmt. Verletzungen der körperlichen Unversehrtheit können neben schweren schmerzhaften körperlichen Beeinträchtigungen auch zu psychologischen Traumata führen (ebd.).

## 2. Die (Aus-)Wirkung der gesellschaftlichen Situation auf Eltern und intergeschlechtliche Kinder

In jedem Lebensalter sind intergeschlechtliche Menschen Stigmatisierungen, struktureller und verbaler Diskriminierung, Schikanen, einem Mangel an angemessener medizinischer Versorgung, einem Mangel an benötigten Medikamenten, einem Mangel an Anerkennung und der Unsichtbarkeit ihrer Körper in unserer Gesellschaft ausgesetzt (Ghattas, 2017, S. 11).

### 2.1 Begriffsdefinition

Störungen, Besonderheiten oder Varianten der Geschlechtsentwicklung (VdG; englisch: »differences/disorders of sex development«, DSD) bezeichnen Merkmale von Personen mit angeborenen Diskrepanzen zwischen chromosomalem, gonadalem (hormonalem) und phänotypischem Geschlecht (vgl. Hiort et al., 2019, S. 598). Intergeschlechtliche Geschlechtsmerkmale lassen sich auf unterschiedlichen körperlichen Ebenen charakterisieren und werden zu unterschiedlichen Zeitpunkten bemerkt. Wenn bereits im Mutterleib oder nach der Geburt beim äußeren Genital Unsicherheiten bestehen, ob es sich nun um eine größere Klitoris oder einen kleineren Penis handelt, oder die Zusammensetzung der Hormone und die Struktur der Chromosomen darauf verweisen, dann bietet das System

nur zwei Kategorien, die die geschlechtliche Vielfalt nicht abzubilden vermögen. In ähnlicher Weise kommt es zur Verwirrung, sofern in der Pubertät oder im Erwachsenenalter erwartete körperliche Veränderungen ausbleiben oder unerwartete einsetzen oder sich sekundäre Geschlechtsmerkmale wie Statur, Muskelmasse oder Körperhaarverteilung untypisch ausprägen. Die Gewissheit, als Mädchen oder Junge geboren zu sein, ist also mitunter keine Konstante. Die Vielfältigkeit der Geschlechtsmerkmale ist äußerlich wahrnehmbar oder im Inneren des Körpers verborgen. In letzterem Fall werden sie zufällig oder gezielt bei Untersuchungen oder Operationen entdeckt oder bleiben zeitlebens unbemerkt (vgl. Gruber, 2018, S. 132).

Dieses Spektrum der Geschlechter wird unter dem Sammelbegriff der Intersexualität oder Intergeschlechtlichkeit erfasst (vgl. Petričević, 2015, S. 427). Der Begriff Intersexualität ist ursprünglich ein medizinischer Sammelbegriff. Andere Selbstbezeichnungen intergeschlechtlicher Menschen sind »intersex, inter\*, Herm, Zwitter, intersexuell« (Gregor, 2015, S. 18). Dieses Spektrum von Begriffen soll verdeutlichen, wie heterogen das Feld ist und dass »die Akteure in ihren Bedürfnissen und Zielen ebenso unterschiedlich [sind; Erg. v. Verf.], wie dies für andere soziale Gruppen gilt« (ebd.).

### 2.2 Geschlechtsverändernde Eingriffe und deren Auswirkung

Medizinische Publikationen zeigen genau auf, wie ein männlicher bzw. ein weiblicher Körper auszusehen hat und zu definieren ist (vgl. Heidinger & Türk, 2019, S. 29f.). Mit dem Fokus auf die Verzweigeschlechtlichung des menschlichen Körpers werden z. B. die optische Erscheinung der Genitalien sowie kleinste Details der innerlichen Geschlechtsentwicklung beobachtet. Dazu gehören Keimdrüsen, aber auch die genetische Ebene (vgl. Wiesemann, 2019). Passt eine Person nicht in die gängigen Definitionen von Männlichkeit oder Weiblichkeit, greift die Medizin bislang regelmäßig regulierend ein.

Geschlechtsanpassungen werden bereits im frühen Kindesalter durchgeführt und bedeuten irreversible hormonelle und/oder chirurgische Eingriffe. Ziel ist die Vermeidung schwerwiegender Probleme in der psychosexuellen Entwicklung. Dies bedarf z. B. einer »Funktionalität der Geschlechtsorgane im Sinne einer Befähigung zu (heterosexuellem, penovaginalen [sic]) Geschlechtsverkehr« (Gruber, 2018, S. 137) sowie die »Bewahrung bzw. Herstellung von Fortpflanzungsfähigkeit oder bei in die männliche Richtung verändertem Genitale die Fähigkeit, im Stehen zu urinieren« (ebd.).

Die hormonelle Substitutionstherapie umfasst die Verabreichung der zur jeweiligen Geschlechtszuweisung passenden Sexualhormone. Zusätzlich sollen operative Maßnahmen die

Betroffenen an ein möglichst geschlechtsspezifisches körperliches Erscheinungsbild annähern. Im Falle von als Mädchen deklarierten Kindern werden Klitoride verkleinert, verschoben, in eine geeignete Position genäht, Schamlippen konstruiert und Vaginalskulpturen geschaffen. Bei als Jungen eingestuften Kindern kann der Phallus aufgerichtet und eine am Schaft endende Harnröhre an die Penisspitze bewegt werden, im Falle fehlender Hoden können Prothesen eingesetzt und im Bauch- oder Leistenbereich verbliebene Hoden auf den Hodensack übertragen werden. Darüber hinaus werden Gonaden, Gebärmutter und Vagina entfernt, die als nicht ausreichend angesehen werden oder ein potenzielles degeneratives Risiko aufweisen (vgl. Petričević, 2015, S. 429f.).

Seit sich die Vorstellung zu festigen begann, »Die Operationen nährten die Vorstellung, dass die psychosexuelle Entwicklung und damit die Geschlechtsidentität aus der Einheit des Geschlechts herausgelöst und kontrolliert werden könnten. Eine eindeutige und stabile Identifikation mit dem männlichen bzw. weiblichen Geschlechtsstatus gilt seither als Grundbedingung psychischer Gesundheit und sozialer Integration« (Klöppel, 2013, S. 94). Mediziner\*innen meinten nun, »die Geschlechtsidentität autoritär kontrollieren zu können, indem sie intergeschlechtliche Menschen mit Hilfe von Chirurgie und Hormonen den vorherrschenden Geschlechternormen anpassen« (ebd., S. 95). Die angenommenen Belastungen stützen sich auf heteronormative Geschlechterrollenvorstellungen (Petričević, 2015), denen zufolge körperliche Entwicklung und alternative Formen der Sexualitätspraxis, die im Widerspruch zum Allokationsgeschlecht stehen, zwangsläufig zu psychischen Beeinträchtigungen führen. Die Identifikation mit alternativen Subjektpositionen wird nicht berücksichtigt. Weitere Argumente für eine Geschlechtsveränderung sind mögliche Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Beziehung, soziale Stigmatisierung sowie die Gefahr eines erhöhten Tumorrisikos bei Gonaden (Keimdrüsen), die nicht vollständig entwickelt oder in der Bauchhöhle lokalisiert sind. Sie sind für Ärzt\*innen und Eltern oft Grund genug, intergeschlechtliche Kinder ohne deren persönliche Zusage unumkehrbar an die Normen eines weiblichen oder männlichen Körpers anzupassen (vgl. ebd., S. 427f.).

Dem Verein Intergeschlechtlicher Menschen Österreich (VIMÖ, 2019) zufolge raten Ärzt\*innen aufgrund des Alters und der gestellten Diagnose den Eltern oder betroffenen Jugendlichen eher zu einer Geschlechtsanpassung, als den intergeschlechtlichen Körper chirurgisch und hormonell unangetastet zu lassen (S. 3). »Viele Betroffene berichten von frühen, traumatisierenden Eingriffen und Behandlungen und haben oft Probleme mit dem verordneten Geschlecht, weil dieses als aufgezwungen erlebt wird. [...] Noch immer wenden sich Eltern von intergeschlechtlichen Kindern an Selbsthilfegruppen

und berichten, dass sie vor medizinischen Eingriffen an ihren Kindern nicht umfassend über die Folgen informiert wurden. Noch immer wenden sich intergeschlechtlichen Menschen an Selbsthilfegruppen, die geschlechtsverändernde medizinische Eingriffe an ihren Körpern überlebt haben, zu denen sie selbst nicht zugestimmt haben – oder altersbedingt nicht zustimmen konnten – und die nicht mehr rückgängig gemacht werden können« (ebd., S. 3f.).

Ein gesetzliches Operationsverbot der Geschlechtsangleichung bis zur Einwilligungsfähigkeit und die dazugehörigen medizinischen Themen, die eines engen gesetzlichen Rahmens bedürfen, werden bereits öffentlich diskutiert und eingefordert (vgl. VIMÖ, 2020). Strittig ist seit Langem, ob und wenn ja, in welchem Rahmen der Bereich VdG mit einem Verbot von Operationen an Kindern geregelt werden sollte. Welche möglichen Auswirkungen eine Zwangsoperation bzw. Zwangsbehandlung für die (Persönlichkeits-)Entwicklung intergeschlechtlicher Kinder haben kann, wird nachfolgend erläutert.

### 3. Personzentrierte Persönlichkeitsentwicklung und Intergeschlechtlichkeit

Neben rechtlichen Fragen wirft die Geburt eines intergeschlechtlichen Kindes auch ethische Fragen auf, da es sich dabei meist um komplexe Befunde handelt, die körperliche, seelische und soziale Aspekte betreffen und damit von höchst persönlicher Natur sind. Nicht nur die rein defizit- oder symptomorientierte medizinische Herangehensweise wird diskutiert. Betroffene stellen auch die »Einordnung als Krankheit infrage« (Wiesemann, 2019, S. 588), zudem sollten sich die Entscheidungen »maßgeblich sowohl am Wohl und den Interessen des Kindes als auch des zukünftigen Erwachsenen orientieren« (ebd.). Ermöglicht werden sollte neben einer »eigenen geschlechtlichen Identität [...] der Erhalt der körperlichen und seelischen Gesundheit, der Erhalt der Fertilität, die Bewahrung der sexuellen Empfindungsfähigkeit sowie die Vermeidung von Stigmatisierung und körperlichen und seelischen Verletzungen, auch als Behandlungsfolge« (ebd., S. 587). Hier stellt sich die Frage, ob es intergeschlechtlichen Kindern, die einer frühen geschlechtsanpassenden Operation ausgesetzt werden, noch möglich ist, sich frei und autonom zu entwickeln.

#### 3.1 Bindung und die Entwicklung eines (in)kongruenten Selbst

Der Personzentrierte Ansatz (PZA) steht wegen seiner Perspektive auf den Lebensverlauf und seiner anthropologischen Grundannahmen eng im Zusammenhang mit bindungstheoretischen Erklärungsansätzen. Die Bindungstheorie verdeutlicht,

inwieweit das Selbstkonzept und seine Stabilität ein Spiegelbild der Interaktionserfahrungen sind, die eine Person als Kind gemacht hat. Bowlby (1988/2021) zufolge ist »das Streben nach engen emotionalen Beziehungen als spezifisch menschliches, schon beim Neugeborenen angelegtes, bis ins hohe Alter vorhandenes Grundelement« (S. 98) zu betrachten. Zu den Grundelementen von Bindung zählt er daher »komplementär bzw. analog zum [...] Zuwendungsbedürfnis des Kindes [...] die Fürsorge der Eltern als deren Hauptaufgabe« (ebd., S. 99), denn ihr Verhalten beeinflusst die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes und prägt dessen Bindungsmuster (S. 101).

Es ist davon auszugehen, dass intergeschlechtliche Kinder ungünstigen gesellschaftlichen Bedingungen ausgesetzt sind. Wie sich die Eltern-Kind-Beziehung nach der Geburt eines intersexuellen Kindes entwickelt, hängt Richter-Appelt (2012) zufolge von der unmittelbaren Reaktion der Eltern ab. Sind sie durch das nicht eindeutig zuordenbare Geschlecht des Kindes verunsichert, können sie die Gefühle des Kleinkindes eventuell nicht anerkennen und verstehen, was dazu führen kann, dass auch das Kind nicht lernen kann, die eigenen Gefühle zu benennen oder in anderen wiederzuerkennen. Diese Eltern könnten ihrem Kind in erhöhtem Maße Eigenschaften und Gefühle zuschreiben, die ihm nicht wirklich entsprechen. Auslöser hierfür ist die Verleugnung der Intergeschlechtlichkeit bzw. die Erwartung, das Kind könne doch noch eindeutig einem Geschlecht zugeordnet werden.

Eltern von intergeschlechtlichen Kindern beschreiben Schwierigkeiten beim Verständnis der »inneren Welt« (Rogers, 1980a/2022, S. 24) ihres Kindes. Wird das Kind nicht über seine Intergeschlechtlichkeit und die damit verbundenen Behandlungsmaßnahmen informiert, so lernt es, dass es zwei äußere Realitäten gibt: eine, über die man sprechen kann, und eine, die vor der Außenwelt verborgen bleiben sollte (Richter-Appelt, 2012, S. 364ff.). So wird schon das Kind einer Spaltung ausgesetzt, die es nicht wirklich versteht und die bei ihm Angst und Unsicherheit auslösen kann (ebd.).

An dieser Stelle bekommt die Entwicklung des Selbst eine zentrale Bedeutung. Stumm und Keil (2018) zufolge ist das »Selbst oder Selbstkonzept als ein Subsystem bzw. eine Funktion des menschlichen Organismus« (S. 7), das sich mittels seines »Reflexionsvermögens [...] selbst zum Gegenstand der Betrachtung« (ebd.) machen kann. Damit ist gemeint, dass das Selbst die gemachten Erfahrungen symbolisiert, d.h. im Bewusstsein abbildet und diesen Erfahrungen Bedeutung(en) zuteilt. Die organismischen Erfahrungen werden zu Selbsterfahrungen (vgl. ebd.).

Um ein stabiles Selbst zu entwickeln, ist es für ein Kind notwendig, »vom Beginn seines Lebens an empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt« (Biermann-Ratjen, 2012a, S. 80) zu werden. Gefühle zu erkennen, die eine »Bedrohung

des Selbstkonzepts« (ebd.) darstellen können, sind für Psychotherapie und Psychopathologie von wesentlicher Bedeutung, insbesondere jene, »in denen das Bedürfnis nach empathischer bedingungsfreier positiver Beachtung erlebt wird bzw. die Gefühle, die entstehen, wenn die existentiell notwendige Empathie ausbleibt« (ebd.).

Auch die Säuglingsforschung beobachtet eine Grundtendenz des Säuglings zu wachsen, im physiologischen, kognitiven und psychischen Sinn. Die Entwicklung des Selbstempfindens beim Säugling (vgl. Stern, 1985/2020) scheint ausgerichtet zu sein auf die Entfaltung des eigenen Potenzials und die Differenzierung der eigenen Fähigkeiten (Bartosch, 2015, S. 104). Die personenzentrierte Theorie interessiert sich vor allem für die Zeit von der Symbolisierungsfähigkeit an, denn das in dieser Phase entstehende Selbstkonzept hat eine »begriffliche Struktur« (ebd., S. 113), nimmt förderliche, aber auch bedrohende Erfahrungen wahr und ebnet den Weg für psychische Störungen bzw. Inkongruenzen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass intergeschlechtliche Menschen nur schwer ein »sicheres« Bindungsmuster entwickeln können, da die elterliche »verlässliche Basis« (Bowlby, 1988/2021, S. 9f.) instabil sein könnte aufgrund von Ängsten und Unsicherheiten im Umgang mit den intergeschlechtlichen Kindern. In der Folge haben diese damit weitgehend allein gelassenen und zu wenig aufgeklärten Eltern Schwierigkeiten, ihrem Kind empathisch bedingungsfreie positive Beachtung zu schenken. Dies führt möglicherweise zur Entwicklung eines inkongruenten Selbst.

### 3.2 *Operationsverbot*

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, dass es nicht zu verantworten ist, wenn bei Neugeborenen mit uneindeutigem Geschlecht weiterhin unhinterfragt zur Operation geraten wird. Chirurgische und hormonelle Geschlechtsanpassung dürfen nicht mit einer Selbstverständlichkeit das Mittel der Wahl bleiben, denn immer mehr Studien (vgl. Ghattas, 2019/2021, S. 42) weisen darauf hin, dass viele Probleme erst durch die Behandlungen entstehen. Im Vordergrund aller medizinisch indizierten Maßnahmen müssen die Interessen des Kindes stehen, mit dessen Zukunft, Lebensqualität und Entwicklungspotenzial. Zwar sind die Interessen der Eltern und anderer zu beachten, doch ist die körperliche und psychische Unversehrtheit der Kinder und Jugendlichen, deren Geschlechtsorgane bei der Geburt keine eindeutige Zuordnung zu »männlich« oder »weiblich« erlauben, zu jedem Zeitpunkt einer Behandlung vorzuziehen und zu gewährleisten. Zudem hat auch die Forschung die Integrität der Betroffenen zu respektieren und darf intergeschlechtliche Personen nicht als Schauobjekte der Medizin missbrauchen.

Zwar würde »ein gesetzliches Verbot von nicht medizinisch notwendigen geschlechtsangleichenden Eingriffen an minderjährigen Kindern [...] die heute von Erwachsenen beklagten körperlichen und seelischen Spätfolgen vermutlich vermeiden. Doch die Gefahr der psychischen Beeinträchtigung des Kindes durch ein Aufwachsen in einer bipolaren und unaufgeklärten Gesellschaft sowie mit einer vom Umfeld als andersartig angesehenen geschlechtlichen Entwicklung, ohne einen entsprechend zusätzlichen Rahmen zur Unterstützung der Familien, ist nicht zu vernachlässigen. In einem evidenzschwachen medizinischen Bereich und ohne bindende Leitlinien wäre deshalb die Schaffung von entsprechend hohen Hürden zur rechtlichen Regelung und Rahmgestaltung vor irreversiblen Eingriffen beim Kind ein adäquates Ziel, das sowohl die Freiheit des Einzelnen als auch das Gleichheitsrecht für alle Kinder gewährleisten könnte« (Dahlmann & Janssen-Schmidchen, 2019, S. 593).

Vor diesem Hintergrund erscheint die personenzentrierte Haltung mit ihrer vertrauensschaffenden Basis als eine sinnvolle Herangehensweise an die Arbeit mit intergeschlechtlichen Menschen.

#### 4. Intergeschlechtlichkeit in der personenzentrierten Psychotherapie

Die medizinische Versorgung von intergeschlechtlichen Personen wird in einer Metaanalyse (Birnbauer et al., 2019) als unzureichend beklagt. Grund sind »lange und wenig effiziente Diagnosewege, das Fehlen von strukturierten und qualitätsgesicherten Behandlungsangeboten und Informationen sowie auch der Mangel an evidenzbasierten Behandlungsstrategien. [...] Neben dem Zugang zu hochspezialisierter medizinischer Behandlung besteht ein hoher Bedarf für psychosoziale Versorgungsangebote. Ein besonderer Schwerpunkt muss in der Versorgung Jugendlicher liegen, damit Anpassungsstörungen und problematische Transitionsprozesse ins Erwachsenenalter vermieden werden« (ebd., S. 619).

Eine leidende Person sucht häufig dann Hilfe, wenn sie durch Symptome in ihrer Fähigkeit, sich selbst und die Welt zu erfahren, behindert wird. Biermann-Ratjen (2012b) sieht eine psychische Krankheit als Ausdruck einer Stagnation der Selbstkonzeptentwicklung an (S. 100). So werde z. B. Angst erlebt, wenn die Erfahrung von Inkongruenz bewusst wird (ebd., S. 100–102). Die personenzentrierte Haltung von Therapeut\*innen gewinnt daher bei der Arbeit mit einer leidenden Inter\*-Person eine große Bedeutung.

Die personenzentrierte Psychotherapieforschung stellt die Beziehung zwischen Klient\*innen und Therapeut\*innen in den Vordergrund, nicht Wissen, Technik oder Theorien der Therapeut\*innen zu Persönlichkeitsveränderungen. »Je mehr der

Klient den Therapeuten als real oder echt, als empathisch und ihn bedingungslos akzeptierend wahrnimmt, desto mehr wird sich der Klient von einem statischen, gefühlsarmen, fixierten, unpersönlichen Zustand psychischer Funktionen auf einen Zustand zu bewegen, der durch ein fließendes, veränderliches, akzeptierendes Erleben differenzierter persönlicher Gefühle gekennzeichnet ist« (Rogers, 1961b, zit. n. Rogers, 1977b/2021, S. 150). Ausgehend von der Theorie der Aktualisierungstendenzen kann eine leidende Person zu Problemlösungen gelangen, wenn sie geeignete Beziehungsbedingungen erlebt. Für eine erfolgreiche Psychotherapie, nicht nur für die personenzentrierte Psychotherapie, müssen Rogers (1957a/2004) die folgenden sechs »notwendigen und hinreichenden Bedingungen« (ebd.) gegeben sein:

1. Zwei Personen befinden sich in psychologischem Kontakt.
2. Die erste, die wir Klient nennen werden, befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz, ist verletzbar oder ängstlich.
3. Die zweite Person, die wir Therapeut nennen werden, ist kongruent oder integriert in der Beziehung.
4. Der Therapeut empfindet eine bedingungslos positive Zuwendung dem Klienten gegenüber.
5. Der Therapeut empfindet ein empathisches Verstehen des inneren Bezugsrahmens des Klienten und ist bestrebt, diese Erfahrung dem Klienten gegenüber zum Ausdruck zu bringen.
6. Die Kommunikation des empathischen Verstehens und der bedingungslos positiven Zuwendung des Therapeuten dem Klienten gegenüber wird wenigstens in einem minimalen Ausmaß erreicht« (ebd., S. 168).

Als die »die grundlegendste Einstellung des Therapeuten« (Finke & Stumm, 2012, S. 371, unter Bezug auf Rogers, 1961a/2020, S. 26) und eins der Kernmerkmale der therapeutischen Haltung gilt dabei Kongruenz bzw. Authentizität: Therapeut\*innen benötigen »ein unmittelbares Gespür im Hier und Jetzt für die innere Welt der Klient\*in mit ihrer ganz privaten persönlichen Bedeutung« (Rogers, 1977b/2021, S. 23). Es geht darum, »die private Welt des Klienten so zu spüren, als ob es die eigene wäre, ohne jemals die Qualität des ›als ob‹ zu verlieren« (Rogers, 1957a/2004a, S. 175; vgl. auch Keil & Stölzl, 2001, S. 240f.). Das Ziel der personenzentrierten Therapie besteht »in einem Herstellen von Kongruenz bzw. Konsistenz oder Kohärenz« (Finke & Stumm, 2012, S. 373, unter Bezug auf Finke, 2003/2010), um bei den Klient\*innen einen »Identitätszuwachs« (Finke & Stumm, 2012, S. 373) zu erreichen.

Rogers (1980b/2004b) wies darauf hin, »daß das medizinische Modell – mit Einschluß der Diagnose pathologischen Verhaltens, der Spezifizierung von Behandlungsmethoden sowie der Erwünschtheit von Genesung – ein völlig inadäquates Modell für den Umgang mit psychisch notleidenden oder im Verhalten

abweichenden Personen ist« (S. 188). Nicht die psychische Gesundheit ist dabei das »zu erreichende[ ] Ideal, sondern die graduelle und dynamisch sich entfaltende Übereinstimmung dieser Person mit ihrer eigenen (organismischen) Erfahrung. Wird eine Person einem auch noch so gut gemeinten oder »existenziellen«, aber letztlich fremddiskursiven, Sein-Sollen unterworfen (das Gesund-Sein-Sollen ist dabei keine Ausnahme), dann wird ihr Wesen sicher verfehlt« (vgl. Kunert, 2013, S. 40).

Für erwachsene Inter\*-Personen – die ein erhöhtes Risiko haben, psychisch zu erkranken (Schweizer et al., 2017) – gilt es, in der Psychotherapie insbesondere drei Themenbereiche zu bewältigen: »Umgang mit dem Verschweigen, die Bewältigung des Anders-Seins, die Entwicklung von Selbstakzeptanz« (Heidinger & Türk, 2019, S. 50, unter Bezug auf MacKenzie et al., 2009). »Weitere häufig zu bewältigende Themenbereiche [sind; Erg. v. Verf.] Geschlechtsidentität, Partnerschaft und Sexualität, Scham und der Umgang mit dem »großen Schweigen«, Entscheidungsfindung bezüglich Personenstand, allfällige Operationen und medizinische Behandlungen, Coping, Resilienz und Umgang mit Diskriminierungserfahrungen, Stigmamanagement« (Heidinger & Türk, 2019, S. 50). »Ein niederschwelliger Zugang zu Psychotherapie und klinischer Psychologie sollte daher, [sic] auch im präventiven Sinne gewährleistet werden. Insbesondere treten gehäuft Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung auf, die im Zusammenhang mit als traumatisierend erlebten Operationen im Kindesalter stehen können« (ebd.).

Beratungsstellen für Inter\* und Trans\* wissen um die spezifische Gefährdung des Kindes, wenn geschlechtsverändernde Behandlungen bzw. Eingriffe ohne medizinische Notwendigkeit eingeleitet werden. Die Folgen können gravierend sein und werden gleichgestellt mit weiblicher Genitalverstümmelung und sexualisierter Gewalt. Dazu kommen Erlebnisse von Bloßstellungen, Deprivation und eine oftmals abwertende Sprache im Zusammenhang mit Krankenhausaufenthalten und anderen medizinischen Untersuchungen. Die Wahrscheinlichkeit von Traumatisierungen von Inter\*-Personen ist sehr hoch, umso wichtiger ist ein sicherer Schutzraum, der die Gefahr der Retraumatisierung von ratsuchenden Betroffenen berücksichtigt. Notwendig ist die Bereitstellung geschulter Berater\*innen in biopsychosozialen Einrichtungen (vgl. Günther, 2016, S. 16).

Als Leitbild für die Berufsgruppe der Psychotherapeut\*innen kann hier die Aufgabenstellung für die zentrale Bindungsperson sein, wie sie von Bowlby (1988/2021) beschrieben wurde: Um eine sichere Bindung zu erreichen, muss die Bezugsperson »aufmerksam, sensibel, hilfsbereit« (S. 102) und »selbst bei Misserfolgen« (ebd.) ermutigen. Fachliches Wissen, das Erfahren einer »sicheren« Therapeut\*innen-Klient\*innen-Interaktion

und die bindungssensible und personzentrierte Haltung können Inter\*-Personen einen Raum für persönliches Wachstum eröffnen. »Ich akzeptiere das, was in meinem Klienten *ist*, nicht das, was in ihm sein *sollte*«, so Rogers (1977b/2021, S. 155; Hervorh. i. Orig.).

## 5. Fazit

Es steht außer Frage, dass die Geburt eines intergeschlechtlichen Kindes bei den Eltern zunächst zu einer Verunsicherung führt und die Eltern-Kind-Beziehung dadurch beeinflusst werden kann. Die Einbeziehung der Bindungstheorie macht deutlich, dass die Entwicklung eines sicheren Bindungsmusters erschwert oder gestört werden kann. Ist es für die Eltern u.U. nicht möglich, ihr intergeschlechtliches Kind in seinem Sein anzunehmen und wird dem Kind dadurch die notwendige Zuwendung vorenthalten, können sich existenzielle Ängste entwickeln. Mit zunehmender Fixierung auf nur *eine* Geschlechterrolle und/oder je weniger die Eltern in der Lage sind, Anteile des anderen Geschlechts in der eigenen Identität zu akzeptieren, desto schwieriger wird es für sie sein, sich auf die Gefühlswelt ihres Kindes mit uneindeutigem Geschlecht einzulassen. Dies kann beim Kind zu großer Einsamkeit führen und die Entwicklung psychischer Probleme fördern.

In der Begegnungs- und Beziehungsarbeit mit Inter\*-Personen, die ohne ihre Zustimmung einer operativen und/oder hormonellen Geschlechtsanpassung ausgesetzt wurden, steht insbesondere die Kongruenz der Therapeut\*innen im Vordergrund, denn nur dann kann die Person bedingungslos und empathisch in ihrem inneren Bezugsrahmen verstanden werden. Die Einhaltung von Rogers' (1957a/2004a) sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen ermöglicht eine therapeutische Prozessqualität, die dabei hilft, traumatische Erlebnisse zu verarbeiten und die Entwicklung eines kongruenten Selbst zu unterstützen.

Auch im Fall der therapeutischen Unterstützung einer Inter\*-Person zählt nach dem Personzentrierten Ansatz vorrangig der Mensch und nicht die Krankheitsdiagnose, vorrangiges Therapieziel ist die Veränderung des Selbstkonzepts. Wichtig scheint es, wie bei anderen Beratungsthemen auch, den inneren Bezugsrahmen zu verstehen, um zu wissen, womit Inter\*-Menschen konfrontiert sind, was sie erleben mussten und müssen.

In Bezug auf die derzeit noch oft geübte Praxis geschlechtsangleichender Operationen im frühkindlichen Alter steht fest, dass wir als Gesellschaft diesen Menschen mehr Zeit zugestehen müssen, um ein kongruentes Selbst zu entwickeln, und betroffenen Personen die Möglichkeit geben, selbst zu entscheiden.

## Literatur

- Amnesty International (AI) (2017). *Zum Wohle des Kindes? Für die Rechte von Kindern mit Variationen der Geschlechtsmerkmale in Dänemark und Deutschland [First, do no harm – Ensuring the rights of children with variations of sex characteristics in Denmark and Germany]*. AI. <https://www.amnesty.at/media/1117/amnesty-zum-wohle-des-kindes.pdf> (englisches Original erschienen 2017).
- Bartosch, E. (2015). *Säuglingsforschung und Personenzentrierte Psychotherapie. Zur Entwicklung des Selbst*. AV.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2012a). Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie* (Lehrbuch; 2., überarb. Aufl.; S. 67–86). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-28650-6\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-642-28650-6_4)
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2012b). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie* (Lehrbuch; 2., überarb. Aufl.; S. 87–104). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-28650-6\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-642-28650-6_5)
- Birnbaum, W., Hoppmann, J., Rapp, M. & Thyen, U. (2019). Versorgungsstrukturen und -konzepte für Menschen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 167(7), 617–625. <https://doi.org/10.1007/s00112-019-0713-5>
- Bowlby, J. (2021). *Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie [A secure base. Clinical applications of attachment theory]* (A. Hillig & H. Hanf, Übers.; 5., unveränd. Aufl.). Reinhardt (englisches Original erschienen 1988).
- Dahlmann, C. & Janssen-Schmidchen, G. (2019). Operationsverbot bei Varianten der Geschlechtsentwicklung bis zur Einwilligungsfähigkeit. Diskussion aus dem Blickwinkel von Patientenorganisationen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 167(7), 591–597. <https://doi.org/10.1007/s00112-019-0714-4>
- Finke, J. (2010). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen* (4., unveränd. Aufl.). Thieme (Erstaufl. erschienen 2003). <https://doi.org/10.1055/b-002-11366>
- Finke, J. & Stumm, G. (2012). Identität aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie. In H. G. Petzold (Hrsg.), *Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – Interdisziplinäre Perspektiven* (Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung; S. 361–378). VS. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-93079-4\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-531-93079-4_15)
- Ghatts, D. C. (2017). *Die Menschenrechte intergeschlechtlicher Menschen schützen – Wie können Sie helfen?* (E. Köper, Übers.). OII Europe. [https://oiigermany.org/wp-content/uploads/2017/11/toolkit\\_deutsch.pdf](https://oiigermany.org/wp-content/uploads/2017/11/toolkit_deutsch.pdf)
- Ghatts, D. C. (2021). *Intergeschlechtliche Menschen in Europa schützen: eine Handreichung für Gesetzgeber\_innen und politische Entscheidungsträger\_innen*. Mit digitalem Anhang und Checkliste [Protecting Intersex People in Europe: A toolkit for law and policy makers] (E. Körper, Übers.). ILGA Europe. [https://oiigermany.org/wp-content/uploads/2021/08/OII\\_legaltoolkit\\_D\\_ES\\_WEB.pdf](https://oiigermany.org/wp-content/uploads/2021/08/OII_legaltoolkit_D_ES_WEB.pdf) (englisches Original erschienen 2019).
- Gregor, A. (2015). *Constructing Intersex. Intergeschlechtlichkeit als soziale Kategorie* (Soma Studies, Bd. 2). Transcript. <https://doi.org/10.1515/9783839432648>
- Gruber, A. (2018). Intergeschlechtlichkeit und Gewalt. In S. Arzt, C. Brunauer & B. Schartner (Hrsg.), *Sexualität, Macht und Gewalt. Anstöße für die sexualpädagogische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen* (Research; S. 131–152). Springer VS. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-19602-8\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-658-19602-8_8)
- Günther, M. (2016). *Psychosoziale Beratung von inter\* und trans\* Personen und ihren Angehörigen. Ein Leitfaden* (Pro Familie Hintergrund). Pro Familia. [https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Inter\\_Trans\\_Beratung\\_Leitfaden.pdf](https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Inter_Trans_Beratung_Leitfaden.pdf)
- Heidinger, M. & Türk, S. (2019). *Empfehlung zu Varianten der Geschlechtsentwicklung*. BMSGPK. [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:3e0dc44d-0464-42ed-ad1d-c3562ec8c873/empfehlungen\\_varianten\\_der\\_geschlechtsentwicklung.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:3e0dc44d-0464-42ed-ad1d-c3562ec8c873/empfehlungen_varianten_der_geschlechtsentwicklung.pdf)
- Hiort, O., Marshall, L., Bacía, A., Bouteleux, M. & Wunsch, L. (2019). Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen, Diagnostik und Management. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 167(7), 598–606. <https://doi.org/10.1007/s00112-019-0718-0>
- Keil, W. W. & Stözl, N. (2001). Beziehung, Methodik und Technik in der Klientenzentrierten Therapie. In P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stözl (Hrsg.), *Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (Bibliothek Psychotherapie, Bd. 8; S. 226–271). Facultas.
- Klöppel, U. (2013). Medikalisierung »uneindeutigen« Geschlechts. In E. Barth, B. Böttger, D. C. Ghatts & I. Schneider (Hrsg.), *Inter. Erfahrungen intergeschlechtlicher Menschen in der Welt der zwei Geschlechter* (S. 87–95). NoNo.
- Kunert, C. (2013). Werden wollen, wer man wirklich ist. Transsexualität als konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz – ein personenzentrierter Standpunkt. *Person*, 17(1), 34–46.
- MacKenzie, D., Huntington, A. & Gilmour, J. A. (2009). The experiences of people with an intersex condition: a journey from silence to voice. *Journal of Clinical Nursing*, 18(12), 1775–1783. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02710.x>
- Petričević, M. (2015). Zur Legitimität von Geschlechtsnormierungen bei intersexuellen Minderjährigen. *Juridikum*, 17(4), 427–438. <https://doi.org/10.33196/juridikum201504042701>
- Richter-Appelt, H. (2012). Psychologische und psychotherapeutische Interventionen. In K. Schweizer, R. Binswanger & V. Sigusch (Hrsg.), *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen* (Beiträge zur Sexualforschung, Bd. 96; S. 355–370). Psychosozial-Verlag.
- Rogers, C. R. (1961b). The process equation of psychotherapy. *Psychotherapy*, 15(1), 27–45. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1961.15.1.27>
- Rogers, C. R. (2004a). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (Edition Psychologie und Pädagogik; 4., unveränd. Aufl. d. 2. erw. Aufl. von 1995; S. 165–184). Grunewald (englisches Original erschienen 1957a).
- Rogers, C. R. (2004b). Klientenzentrierte Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (Edition Psychologie und Pädagogik; 4., unveränd. Aufl. d. 2. erw. Aufl. von 1995; S. 185–237). Grunewald (englisches Original erschienen 1980b).
- Rogers, C. R. (2020). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten [On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy]* (J. Giere, Übers.; 22., unveränd. Aufl.). Klett-Cotta (englisches Original erschienen 1961a).
- Rogers, Carl R. (2021). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (Reihe: Geist und Psyche; 25., unveränd. Aufl.). Frankfurt: Fischer (Original erschienen 1977b).
- Rogers, C. R. (2022). *Der neue Mensch [A way of being]* (B. Stein, Übers.; 13., unveränd. Aufl.). Klett-Cotta (englisches Original erschienen 1980a).
- Schweizer, K., Brunner, F., Schützmann, K., Schönbacher, V. & Richter-Appelt, H. (2009). Gender identity and coping in female 46, XY adults with androgen biosynthesis deficiency (intersexuality/DSD). *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 189–201. <https://doi.org/10.1037/a0013575>
- Stern, D. N. (2020). *Die Lebenserfahrung des Säuglings [The interpersonal world of the infant]* (W. Krege & E. Vorspohl, Übers.; 12., unveränd. Aufl.). Klett-Cotta (englisches Original erschienen 1985).
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2018). Theoretische Grundlagen. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie* (2., überarb. Aufl.; S. 3–14). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-54670-3\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-662-54670-3_1)

- TransInterQueer-Projekt »Antidiskriminierungsarbeit & Empowerment für Inter\*« (2016). *Medizinische Eingriffe an Inter\* und deren Folgen: Fakten und Erfahrungen*. TransInterQueer. [https://inter.transinterqueer.org/wp-content/uploads/2021/11/Inter\\_Eingriffe\\_Folgen\\_barrierefrei.pdf](https://inter.transinterqueer.org/wp-content/uploads/2021/11/Inter_Eingriffe_Folgen_barrierefrei.pdf)
- Verein Intergeschlechtlicher Menschen Österreich (VIMÖ) (2019). *Question & Answer. Zur dritten Option beim Geschlechtseintrag*. VIMÖ. [https://vimoe.at/wp-content/uploads/2019/05/Question\\_and\\_Answers\\_Dritte\\_Option\\_Neu.pdf](https://vimoe.at/wp-content/uploads/2019/05/Question_and_Answers_Dritte_Option_Neu.pdf)
- Verein Intergeschlechtlicher Menschen Österreich (VIMÖ) (2020). *Positionspapier*. VIMÖ. [https://vimoe.at/wp-content/uploads/2020/05/2020\\_Positionspapier\\_VIMO%CC%88\\_PIO%CC%88.pdf](https://vimoe.at/wp-content/uploads/2020/05/2020_Positionspapier_VIMO%CC%88_PIO%CC%88.pdf)
- Wiesemann, C. (2019). Ethische Aspekte der Versorgung von Kindern mit »disorders/differences of sex development«. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 167(7), 586–590. <https://doi.org/10.1007/s00112-019-0716-2>