

PSYCHOTHERAPIE UND TRANS*-GESUNDHEIT: DER THERAPEUTISCHE EFFEKT DER ENTPSYCHOPATHOLOGISIERUNG

TIMO O. NIEDER¹ & ANNETTE GÜLDENRING²

¹ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

² Westküstenkliniken Heide/Brunsbüttel, Heide

ZUSAMMENFASSUNG: Menschen, die ihr Geschlecht nicht (vollständig) in Übereinstimmung mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht erleben, werden in traditionell medizinischer Terminologie unter dem Begriff *Transsexualität* subsummiert. Hingegen gilt der Begriff Trans* (sprich: Trans Sternchen) als schriftlicher Ausdruck der Erkenntnis und Anerkennung geschlechtlicher Vielfalt, ist frei von einer Bezugnahme auf Pathologie und impliziert nicht den Wunsch, sich geschlechtsmodifizierend mit Sexualhormonen und/oder chirurgischen Eingriffen behandeln zu lassen. Nach einer Einführung, der kritischen Vorstellung gegenwärtiger Diagnosen und der Skizzierung typischer Herausforderungen und Schwierigkeiten von Trans*-Menschen, argumentieren die Autor_innen¹ für die therapeutische Kraft der Entpsychopathologisierung in der Psychotherapie. Darauf aufbauend werben sie für eine trans*-positive therapeutische Haltung und die Neugestaltung der psychotherapeutischen Beziehung mit Trans*-Menschen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Trans*, Transgender, therapeutische Haltung, Entpsychopathologisierung, Eigenverantwortung

AFFIRMATIVE TRANSGENDER MENTAL HEALTH CARE

ABSTRACT: Individuals who experience their gender not (completely) incongruent with their sex assigned at birth, were most commonly referred to as transsexuals, at least in traditional medical terminology. However, the term trans* recognizes the diversity of sex and gender. Trans* neither refers to pathology nor is directly linked to gender confirming interventions (e.g. hormone treatment, surgeries). The present paper starts introducing current terminology and diagnoses, and continues discussing challenges and issues trans* people might have. Furthermore, the authors

¹ Der Unterstrich (z.B. Ärzt_innen statt Ärzte und Ärztinnen), der sog. Gender Gap (Herrmann, 2003), symbolisiert im Schriftbild einen geschlechtlichen Raum zwischen/jenseits/außerhalb von weiblich und männlich. Er soll ermöglichen, dass sich neben Frauen und Männern auch Menschen angesprochen fühlen, die sich nicht (ausschließlich) als männlich oder weiblich identifizieren.

argue for the therapeutic impact of de-psychopathologisation. Finally, they promote a trans* affirmative attitude and the re-thinking of the therapist-client relationship within trans*-positive mental health care.

KEYWORDS: trans*, transgender, therapeutic attitude, de-psychopathologisation, individual responsibility

1 EINLEITUNG

Geschlecht ist in unserem Alltag allgegenwärtig. Traditionell weit verbreitet ist in unserer Gesellschaft die Vorstellung von ausschließlich zwei Geschlechtern: Mann und Frau. Deren Polarisierung stellt ein binäres System dar, das als rigides Entweder-Oder organisiert ist. Eine dritte Möglichkeit lässt die Binarität nicht zu (*tertium non datur*). Sie fungiert als Klassifizierungsprozess, um Komplexität auf die Opposition von zwei gegensätzlichen Werten zu reduzieren, z.B. Mann vs. Frau, Natur vs. Kultur (vgl. Derrida, 1983). Im Zuge dessen wird das Verhalten einer Person fortlaufend vor dem Hintergrund zweigeschlechtlicher Vorgaben interpretiert. So waren bereits Ende der 1970er Jahre die Ethnolog_innen Suzanne Kessler und Wendy McKenna den alltagsstrukturierenden Normen von Geschlecht auf der Spur. Mit ihrer ethnographischen Untersuchung identifizierten sie unter anderem die folgenden Grundannahmen, die bis heute die Mehrheitsmeinung zum Thema Geschlecht bestimmen (siehe Kessler & McKenna, 1978):

- Es gibt ausschließlich zwei Geschlechter.
- Jeder Mensch muss einem Geschlecht zugeordnet werden.
- Die Zuordnung des Geschlechts ist fixiert und über den Lebenslauf stabil.
- Körper und Empfinden stimmen hinsichtlich des Geschlechts überein.
- Es gibt ein wahres Geschlecht.

Führt man sich allerdings vor Augen, wie das Geschlecht eines Menschen in den meisten Kulturen zugewiesen wird, scheint die tradierte Erwartung an die Kongruenz von Körper (hier: primäre Geschlechtsmerkmale, z.B. die Scheide), Erleben (hier: Geschlechtsidentität, z.B. Ich erlebe mich als Mädchen) und Verhalten (hier: Geschlechtsrollenverhalten, z.B. Ich spiele am liebsten mit Mädchen) nicht nur für Verhaltenstherapeut_innen zumindest voreilig. Wenn es nicht im Verlauf der Schwangerschaft über den Ultraschall erfasst wurde, betrachten die Hebamme oder der Geburtshelfer unmittelbar nach der Geburt den Genitalbereich des Säuglings und bestimmen dementsprechend das Geschlecht: „Es ist ein Junge!“, „Es ist ein Mädchen!“ Die schlichte, aber folgenreiche Fremdzuweisung des Geschlechts führt im weiteren Leben dazu, dass die Mitmenschen geschlechtstypische Erwartungen an das Erleben und Verhalten des Kindes aufbauen: Das Kind soll sich seinem Geschlecht entsprechend fühlen und verhalten. Dabei sind weder die körperlichen Geschlechtsmerkmale (z.B. im Genital- und Brustbereich) in Alltagssituationen durchgehend sichtbar, noch stimmen die Geschlechtsmerkmale mit dem Ausdruck der Geschlechtlichkeit auf der Verhaltensebene und dem Zugehörigkeitserleben auf der psychischen Ebene zwangsläufig überein. Allerdings werden Verhalten und Erleben weder bei der Geschlechtszuweisung angemessen berücksichtigt (was im Säuglingsalter auch nicht möglich ist), noch wird in der Alltags- und Fachsprache ausreichend zwischen Kör-

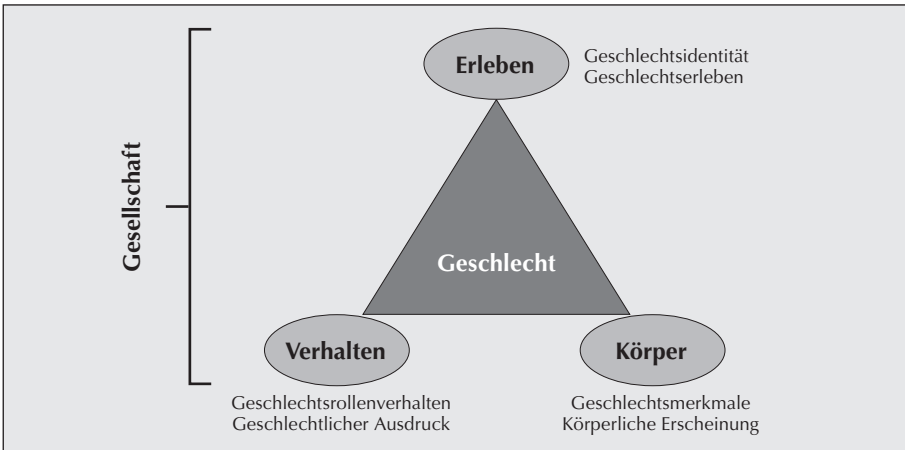


Abbildung 1: Konstituierendes Spannungsfeld von Geschlecht

per, Erleben und Verhalten differenziert, wenn von Geschlecht gesprochen wird. Abbildung 1 soll das Spannungsfeld, das Geschlecht konstituiert, verdeutlichen.

2 WAS IST TRANS*? ODER DIE BEGRENZTHEIT GESCHLECHTLICHER DEFINITIONEN

Menschen, die ihr Geschlecht nicht oder nicht vollständig in Übereinstimmung mit dem ihnen bei Geburt zugewiesenen Geschlecht erleben, werden in traditionell medizinischer Terminologie unter dem Begriff *Transsexualität* subsummiert. Viele als *transsexuell* beschriebene Menschen kritisieren allerdings den direkten begrifflichen Bezug zur Sexualität und nennen sich *transident*, um die Bedeutung ihres *identitären* und *nicht sexuellen* Themas auszudrücken. Hingegen greift der Begriff der *Transgeschlechtlichkeit* wieder den ursprünglich vom englischen *Transsexualism* intendierten Bezug auf das körperliche Geschlecht auf. Allen drei Begriffen liegt jedoch eine vorwiegend binäre Vorstellung über geschlechtliches Sein

zugrunde (s. o.). Der Begriff *Transgender*, ein nicht-medizinischer Begriff aus den frühen 1990er Jahren, verlässt allmählich die binäre Geschlechtskonstruktion und beschreibt eine Vielzahl geschlechtlicher Identitäten und Ausdrucksweisen jenseits der Zweigeschlechternorm, ohne bewusst auf das medizinisch-pathologisierende Vokabular zurückzugreifen. *Trans** würdigt als schriftlicher Ausdruck sowohl die Erkenntnis als auch die Anerkennung geschlechtlicher Vielfalt. *Trans** möchte alle existierenden (Selbst- und Fremd-)Bezeichnungen umfassen, die spezifische geschlechtliche Erfahrungen, Definitionen und Selbstverhältnisse benennen. Das Sternchen in *Trans** fungiert als Platzhalter und soll die verschiedenen, wiederkehrenden Wortendungen im Rahmen von Geschlecht ersetzen (z.B. in *transgender*, *transgeschlechtlich* etc.). So integriert der Asterisk (*) auch Menschen, die „sich geschlechtlich nicht verorten (lassen) möchten“ (Sauer, Guldénring & Tuider, 2015). *Trans** ist als Begriff frei von einer unmittelbaren Bezugnahme auf Pathologie und impliziert nicht den Wunsch, sich geschlechtsmodifizierend mit Sexualhormonen und/oder

chirurgischen Eingriffen behandeln zu lassen. Leidet allerdings eine Person fort-dauernd unter der fehlenden oder beeinträchtigten Übereinstimmung zwischen ihren körperlichen Geschlechtsmerkmalen und der damit häufig verknüpften Fremdwahrnehmung des subjektiven Geschlechterlebens durch Andere, kann von *Geschlechtsdysphorie* (s.u.) gesprochen werden. Die Kenntnis dieser, zum Teil etwas komplizierten und für manche auch umständlichen Terminologie ist in der Beratung und Psychotherapie mit und für Trans*-Menschen von Bedeutung. Dies umso mehr, da es sich bei Trans*-Menschen weder um eine einheitlich nosologische Gruppe von Menschen handelt noch um eine abgrenzbare Krankheitsentität. Vielmehr zeichnen sich Trans*-Menschen durch ihre identitäre Varianz aus. Die folgenden Erzählungen sollen daher illustrieren, wie weit aus heutiger Sicht Trans*-Erleben verstanden werden kann:

„Die einsamste Frau der Welt geht durch unsere Straßen und wird nicht gesehen. Sie sitzt mit anderen Menschen an Tischen und wird nicht angesprochen, sie hat eine Familie und wird von ihr nicht berührt. Sie bleibt unsichtbar und unbemerkt, denn sie darf sich nicht zeigen. Sie wäre gerne hübsch und würde sich gerne schmücken. Sie hätte gerne Ohrringe, lackierte Fingernägel und Lippenstift. Die einsamste Frau der Welt hat den falschen Körper. Sie hat den Körper eines Mannes“ (Böge, 2009; S. 7).

Es handelt sich hier um eine Erzählung einer Frau, die im Körper eines Mannes geboren wurde. Häufig werden Aussagen dieser Arbeit mit der programmatischen Metapher vom Leben „im falschen Körper“ (z.B. Kamprad & Schiffels, 1991) überschrieben. So auch das folgende Zitat:

„Ich wusste schon immer, was ich bin. Ich war kein Mädchen, ich war ein Junge mit Handycap. Ich war nie so das typische Mamakind, eher ein Vaterkind. Und so habe ich mich sehr für's Autoschrauben interessiert. Ich spielte gerne Fußball, kletterte gerne auf Bäume oder schraubte an Fahrrädern und Mofas rum. Alles was typisch Junge ist, war meine Welt“ (<http://ich-bin-nun-mal-so.npage.de/>; zuletzt aufgerufen am 23.04.2015).

Ganz anders allerdings die nächste Aussage, die nach heutigem Verständnis ebenfalls trans* sein kann:

„Das fühlt sich so 'rum und so 'rum nicht richtig an, und es nervt mich, es immer wieder auf die eine oder andere Art sagen zu müssen. Also ich weiß, dass es das Leben für die Leute einfacher macht, aber in 'ner Weise ruft das oft auch dieses alte Gefühl von Scham wieder wach, dieses: Warum passe ich nicht wirklich rein?“ (Schirmer, 2010; S. 385).

Ähnlich mehrdeutig und wechselhaft beschreibt sich Eric:

„Also an manchen Tagen fühlst du dich wie ein biologischer Mann und am nächsten Tag fühlst du dich wie ein Außerirdischer mit einem gemischten Körper, wie mit einer männlichen Brust und einer Frauenmose. [lacht] Und am nächsten Tag hast du vielleicht einen richtigen männlichen Körper, dann trägst du auch einen Umschnall[-Penis]“ (Bauer, 2015; S. 13).

Zuletzt macht die Aktivistin Rikki vor, wie es Trans*-Menschen möglich sein kann, die Definitionsmacht über ihre Genitalien und deren Implikation auf Geschlecht zurückzugewinnen:

„Wenn ich eine Frau bin und einen Penis habe, dann ist das halt der Penis einer Frau“ (Wilchins, 2002; S. 29, freie Übers. TN).

Neben der Terminologie unterliegt auch die Diagnostik einem fortlaufenden Wandel. Solange die gültige(n) Diagnose(n) auf vorwiegend identitäre Aspekte Bezug nehmen (z.B. „das andere Geschlecht“, „die transsexuelle Identität“, siehe ICD-10 F64.0: Transsexualismus), handelt es sich in vielen Fällen um eine Selbstbeschreibung (Güldenring, 2013). Erst Diagnose(n) öffnen über die Kostenregulierung im Gesundheitssystem den Zugang zu therapeutischen Hilfen und damit eine medizinisch-psychologisch begleitete Auseinandersetzung mit dem individuellen Leidensdruck bzw. dessen Linderung oder Prävention. Diagnosen bedienen also Konventionen und Formalien und erfüllen in diesem Kontext ihren Zweck. Der folgende Abschnitt vermittelt daher den aktuellen Stand der Diagnostik im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und differenzierter, einzelfallbezogener Auseinandersetzung mit den zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten.

3

DIAGNOSEN IM SPANNUNGSFELD ZWISCHEN STIGMATISIERUNG UND MEDIZINISCHER VERSORGUNG

Die 10. Version der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10), herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (*World Health Organization*: WHO), befindet sich gegenwärtig in einem umfangreichen Revisionsprozess, der neben dem allgemeinen Anspruch auf globale Anwendbarkeit weitere Ziele verfolgt, die für den Bereich Trans* relevant sind (u.a. Anti-Diskrimi-

nierung und De-Stigmatisierung). Hintergrund ist die wiederholt und zahlreich formulierte Kritik von Betroffenenverbänden (u.a. *Global Action for Trans Equality*: GATE) und Ärzt_innen bzw. Psychotherapeut_innen (Becker, 2004; Richter-Appelt & Nieder, 2014) an den Kriterien der ICD-10-Diagnose Transsexualismus (F64.0). Als diagnostische Voraussetzungen gelten der „seit mindestens zwei Jahren bestehende Wunsch, als Angehörige/r des anderen Geschlechts zu leben und anerkannt“ zu werden, meist „einhergehend mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit“ zum eigenen anatomischen Geschlecht. Zusätzlich besteht „der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung“, um den eigenen Körper entsprechend zu modifizieren. Im Vordergrund der Kritik stehen der eingeschränkte klinische Nutzen, da sich viele Trans*-Menschen mit ihren Erzählungen den diagnostischen Kriterien angepasst haben sowie die unflexibel und exklusiv zweigeschlechtlich formulierten Kriterien („das andere Geschlecht“), die an der Erlebensrealität zumindest einer Gruppe von Trans*-Menschen vorbeigehen (Kuper, Nussbaum & Mustanski, 2012; Nieder, 2014; Nieder & Richter-Appelt, 2011; Scheim & Bauer, 2014). Zudem enthalten die Kriterien eine Verschränkung von Diagnose und Behandlung, indem das Vorliegen der Diagnose die dazugehörige Behandlung (sowohl die Behandlung mit gegengeschlechtlichen Sexualhormonen als auch geschlechts- bzw. brust- und genitalangleichende Operationen) vorgeben will und damit differenzierte Indikationsstellungen, die z.B. ausschließlich eine gegengeschlechtliche Hormonbehandlung ohne chirurgische Eingriffe vorsehen, nicht berücksichtigt. Bis zum Vorliegen der 11. ICD-Version, deren Veröffentlichung für 2018 geplant ist, gilt die ICD-10 für das deutsche Gesundheitssystem als verbindlich (Dilling, Mombour &

Schmidt, 2005). Dennoch soll kurz der gegenwärtige Vorschlag zur diagnostischen Revision des Transsexualismus für die ICD-11 dargestellt werden.

3.1 ICD-11

Die mit der Revision der Diagnose Transsexualismus durch die WHO betraute Arbeitsgruppe hat einen Vorschlag erarbeitet und veröffentlicht (Drescher, Cohen-Kettenis & Winter, 2012), demzufolge die Diagnose *Gender Incongruence* (dt. Geschlechtsinkongruenz) lauten soll. Aufgrund der bis dato ungeklärten Genese soll diese einem separaten Kapitel außerhalb des Bereichs psychischer Störungen zugeordnet werden. Vorgeschlagen ist, dass die Inkongruenz, d.h. die Deckungsungleichheit zwischen Gender (u.a. Geschlechtsidentität, Geschlechtsrolle) und zugewiesenem Geschlecht (i.d.R. bei Geburt anhand der primären Geschlechtsmerkmale) als solche den Störungswert ausmacht und nicht mehr eine Geschlechtsidentitätsstörung wie in der ICD-10. Im Gegensatz zu der für die 5. Ausgabe des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) der *American Psychiatric Association* (APA) revidierten Diagnose (*Gender Dysphoria*, siehe unten) soll es nicht zwingend erforderlich sein, dass Trans*-Menschen unter der beschriebenen Inkongruenz einen Leidensdruck entwickeln. Infolgedessen könnte die zukünftige ICD-11-Diagnose auch bei antizipiertem Leidensdruck bzw. zu dessen Prävention eingesetzt werden, wenn angenommen werden kann, dass die Nicht-Nutzung geschlechtsmodifizierender Behandlungen zur Ausprägung bzw. Verstärkung der geschlechtsdysphorischen Symptomatik führt.

Insgesamt verfolgt der ICD-11-Vorschlag das Ziel, durch die Neuauflage

der Diagnose im Kontext von trans* sowohl Stigmatisierung entgegenzuwirken als auch die Psychopathologisierung von Trans*-Menschen zu überwinden. Mit dem Vorschlag ist die Vorstellung verknüpft, dass die Einführung der revidierten Diagnose dazu beiträgt, ein Versorgungsparadigma für erwachsene Trans*-Menschen zu etablieren, das

- 1) *Best-Practice*-Modelle widerspiegelt und damit auf dem höchstmöglichen methodischen Niveau evidenzbasiert ist,
- (2) sich eng an den Bedürfnissen und Erfahrungen dieser vulnerablen Gruppe orientiert und sich insgesamt der Einhaltung der Menschenrechte verpflichtet sowie
- 3) die Bereitstellung und den Zugang zu Leistungen qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung gewährleistet (Drescher, et al., 2012, S. 575, Übers. TN).

3.2 DSM-5

Die APA veröffentlichte im Mai 2013 die fünfte Version ihres Klassifikationssystems, das im Gegensatz zur ICD ausschließlich psychische und Verhaltensstörungen umfasst. Während die vierte Version des DSM noch von einer gestörten Geschlechtsidentität als diagnostische Grundlage ausging (engl. *Gender Identity Disorder*), die sich sowohl durch ein „starkes und andauerndes Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht“ (Kriterium A) als auch durch ein „andauerndes Unbehagen im Geburtsgeschlecht“ (Kriterium B; DSM-IV-TR 302.85) auszeichnen sollte, zentralisiert die DSM-5-Diagnose mit dem Konzept der Geschlechtsdysphorie (engl.: *Gender Dysphoria*) den Leidensdruck zwischen Gender (Geschlechtsidentität, Geschlechtsrolle, etc.) und zugewiesenem

Geschlecht. In einem gemeinsam ebenfalls im Mai 2013 veröffentlichten *fact sheet* erklärte die APA, es sei „*important to note that gender nonconformity is not in itself a mental disorder. The critical element of gender dysphoria is the presence of clinically significant distress associated with the condition*“. Es werden gleichermaßen sowohl Geschlechtsidentitäten (engl. *experienced gender*; APA, 2013, S. 452) als auch Geschlechtsrollen (engl. *expressed gender*; APA, 2013, S. 452) als unauffällig aufgefasst wie das zugewiesene Geschlecht (engl. *assigned gender*; APA, 2013, S. 452). Auch die Inkongruenz zwischen Geschlechtsidentität bzw. Geschlechtsrolle auf der einen und dem zugewiesenen Geschlecht auf der anderen Seite wird als unabhängig von Psychopathologie aufgefasst. Erst wenn sich auf Basis der Inkongruenz ein klinisch-relevanter Leidensdruck entwickelt (engl. *clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning*; APA, 2013, S. 453), wird im DSM-5 ein Störungswert zugeschrieben. Zudem impliziert der Begriff Dysphoria im Gegensatz zu den Begriffen Störung (Geschlechtsidentitätsstörung; DSM-IV 302.85) und Inkongruenz (Geschlechtsinkongruenz, Vorschlag ICD-11, s.o. sowie ursprünglicher Vorschlag zur DSM-5-Revision; vgl. Meyer-Bahlburg, 2010) nicht unmittelbar, was normativ ungestört bzw. kongruent ist. Darüber hinaus schreiben die diagnostischen Kriterien jenen Geschlechtsidentitäten bzw. Geschlechtsrollen, die nicht eindeutig männlich oder weiblich zuzuordnen sind, zum ersten Mal in der Geschichte der diagnostischen Einordnung von Identitäten im Kontext von trans* nicht ein per se inhärentes Maß an Psychopathologie zu. Non-binäre Identitäten werden erstmals ausdrücklich benannt (engl. *alternative gender different from one's assigned gender*; APA, 2013, S.

452), wiederum ohne ihnen per se ein inhärentes Maß an Psychopathologie zuzuschreiben. Zuletzt wird eine Variation der körperlichen Geschlechtsentwicklung, die auch mit den Begriffen Inter*, Intersexualität oder Intergeschlechtlichkeit beschrieben wird, im Gegensatz zum DSM-IV nicht mehr als Ausschlusskriterium für Geschlechtsdysphorie erfasst. Einerseits handelt es sich bei Inter* und Trans* um zwei sehr unterschiedliche Themen (Richter-Appelt, 2013; Schweizer & Nieder, 2013). Andererseits war für die Streichung der Intersexualität als Ausschlusskriterium wegführend, dass Symptome der Geschlechtsdysphorie unabhängig von der körperlichen Geschlechtsentwicklung auftreten können. Das unterstreicht die Möglichkeit der Inklusion einer Geschlechtsdysphorie, die auch bei Inter*-Menschen und bei non-binären Identitäten auftreten kann. Nicht zuletzt führte die sexualwissenschaftliche Auseinandersetzung über Identitätsbildungen bei Variationen der Geschlechtsentwicklung „psychosexuelle Zwischenräume“ (Quindeau, 2012) zutage, die sich quer zur Binarität von Geschlecht verorten (Handford, Brunner, Schweizer & Richter-Appelt, 2012; Schweizer, 2012).

Unterstützt wird die Orientierung an der Geschlechtsdysphorie (und nicht an der Geschlechtsidentität) auch von der international federführenden Fachgesellschaft *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), die sich weltweit für die Entpsychopathologisierung von Trans*-Menschen einsetzt. Die Standards of Care (SoC) der WPATH in ihrer siebten, 2011 herausgegebenen Version (WPATH, 2011; deutschsprachig siehe Richter-Appelt und Nieder, 2014) verfolgen das Ziel, Trans*-Menschen einen verlässlichen Zugang zu einer multimodalen Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Unabhängig von der Ausprägung der individuellen Geschlechtsidentität

wollen die SoC dazu beitragen, dass Trans*-Menschen im Einklang mit ihrem Geschlechtererleben leben können, einschließlich des Körpers, der Psyche und nach Möglichkeit auch der sozialen Situation.

Wenn jedoch – wie im vorherigen Abschnitt skizziert – die Diagnose nicht mehr die Indikation für Behandlungen zur Veränderung der geschlechtlichen Erscheinung impliziert, wie es für die ursprünglich vorgesehene Interpretation der Diagnose Transsexualismus (ICD-10: F64.0) gedacht ist, stellt sich die Frage, auf welcher Grundlage die Indikationsstellungen für die jeweils notwendigen Maßnahmen basieren. Die entscheidenden Fragen lauten daher: Welche Behandlungen lassen eine signifikante und nachhaltige Reduktion der individuellen Geschlechtsdysphorie erwarten? Sind die möglichen Behandlungen zur Geschlechtsangleichung für die betroffene Person langfristig und dauerhaft stabilisierend?

Für das Feld der therapeutischen Disziplinen lautet die Frage konkreter:

Welche körpercharakteristischen Veränderungen (z.B. Art der Körper- und Gesichtsbehaarung, Aufbau und Gestaltung des Brustprofils) können mit welcher Behandlungsmaßnahme (z.B. Gabe von Sexualhormonen und deren Suppression, chirurgische Veränderungen) die individuelle Geschlechtsdysphorie signifikant bzw. nachhaltig reduzieren oder ihre Entstehung langfristig verhindern?

Aus Trans*-Sicht anders gefragt könnte die Frage lauten:

Was brauche ich, um mein Geschlecht oder meine Geschlechtsidentität selbstbestimmt und diskriminierungsfrei leben zu können?

Oder aus Mediziner_innen- bzw. Psycholog_innen-Sicht: *Was brauche ich, um meine klinische Expertise zwischen Patient_innenwunsch und medizinischer*

Indikation bedarfsgerecht einbringen zu können?

Bedeutsam scheinen uns die Reflexion der tradierten Psychopathologisierung in der therapeutischen Beziehung und die Bereitschaft sowohl der Psychotherapeut_innen als auch der Patient_innen, einander zuzuhören und voneinander zu lernen.

4

DER THERAPEUTISCHE EFFEKT DER ENTPSYCHOPATHOLOGISIERUNG

Das Verkennen trans*-bezogener Bedürfnisse durch Psychotherapeut_innen hat weltweit zu Missmut und Widerstand von Trans*-Menschen geführt und sich schädigend auf die therapeutische Arbeit mit Trans*-Menschen ausgewirkt. Die Ursachen sind vielerorts beschrieben (für einen Überblick siehe u.a. de Silva, 2014; Nieder & Richter-Appelt, 2011). Zudem beschreiben Sauer, Güldenring und Tüder (2015) die psychiatrisch-psychotherapeutischen Disziplinen als „Ordnungs- und Pathologisierungsinstanzen von sog. Devianzen zur Stabilisierung von Normalitäten“. Eine kritische Auseinandersetzung mit der bedarfsgerechten Rolle psychiatrisch-psychotherapeutischer Disziplinen für Trans*-Menschen fordert, sowohl die therapeutische Haltung² als auch die (psycho-)therapeutische Beziehung kritisch zu reflektieren. Entsprechend zeigen sich erste Auswirkungen bereits bei der Überarbeitung diagnostischer Manuale (Drescher, et al., 2012) sowie neuer Perspektiven in den unterschiedlichen therapeutischen Schulen (u.a. Fritz, 2013; Günther, 2015; Nieder, Briken & Güldenring, 2016).

² Unter therapeutischer Haltung lässt sich die Realisierung therapiebezogener kognitiver Strukturen von Therapeut_innen in deren therapierelevanten Reaktionen verstehen (Preß & Gmelch, 2014).

Die Diskussion um die Güte therapeutischer Angebote für Trans*-Menschen bekam neue Impulse, als Trans*-Wissenschaftler_innen und Trans*-Therapeut_innen in den bis zu diesem Zeitpunkt von Nicht-trans*-Menschen dominierten Austausch über Inhalte und Methoden diagnostischer und therapeutischer Prozesse einbezogen wurden und Missstände in der Trans*-Gesundheitsversorgung öffentlich markierten. Anti-Diskriminierung und De-Stigmatisierung gingen parallel einher mit zunehmender Akzeptanz von Wissenschaftler_innen, Mediziner_innen und Psycholog_innen, die über Trans*-Erfahrungen verfügen. Eine bedeutende Wende, denn die Narrative aus Trans*-Innenperspektiven und negativen Behandlungserfahrungen beflügelten bis heute den Diskurs (u.a. Bauer, 2009; Hamm & Sauer, 2014; polymorph, 2002).

Im Jahr 2009 wurde von Wolfgang Senf und Bernhard Strauß ein Themenheft *Sexuelle Identitäten* in der Reihe Psychotherapie im Dialog (PiD) herausgegeben. In diesem Heft wurde die Idee, Trans*-Autor_innen mit eigenen Beiträgen zu integrieren, umgesetzt. Das Heft stellte einen ersten Schritt dar, Barrieren zwischen fachlichen Expert_innen und Expert_innen in eigener Sache (vgl. GÜLDENRING, 2014) zu überwinden und enthält neben anderen Beiträgen eine von der Mitautor_in des hier vorliegenden Artikels verfasste Arbeit zu den „Phasenspezifische[n] Konfliktthemen eines transsexuellen Entwicklungsweges“ (GÜLDENRING, 2009). Dieser Beitrag ist aus einer selbstreflexiven, Trans*-Lebensperspektive geschrieben und fußt auf eigenen psychotherapeutischen Erfahrungen aus Patient_innensicht. Diese stellen insofern eine Besonderheit dar, weil sich die geschilderte tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie zwischen zwei Fachärzt_innen abspielte. Im Folgenden wird die Beziehungsdynamik dieser Be-

handlung umrissen, um zu verdeutlichen, wie wertvoll die Trias aus Partizipation, Selbstbestimmung und eigenverantwortlichem Entscheiden, die im Rahmen der Beziehung entwickelt werden konnte, für den positiven Verlauf war.

Wie in jeder psychotherapeutischen Beziehung stand auch in dieser *Behandlung* zu Beginn deren Gestaltung und Klärung im Zentrum. Vis à vis saßen zwei Expert_innen, beide geschult in psychiatrischer und psychotherapeutischer Wahrnehmungsmethodik, Diagnostik und Therapie auf nahezu gleichem Ausbildungsniveau. Der_die eine autorisiert als Therapeut_in, der_die andere festgeschrieben in der Krankenrolle (Diagnose: ICD-10: F64.0) und in dieser Rolle mit dem Konflikt konfrontiert, die Position des_der Expert_in verlassen und sein_ ihr Wissen in den Fragen um das eigene Selbst aufgeben und an die Kollegin abgeben zu müssen. Dieser Konflikt wurde offen problematisiert und als kritisches Moment für die Behandlung gewertet.

Die Krise wurde gemeistert, indem es im Weiteren gelang, über die Behandlungsformalien, die von außen vordefiniert waren, aber als dysfunktional erkannt wurden, hinwegzusehen und sich einer hierarchisch unbelasteten, emanzipatorisch-wertschätzenden und gegenseitig achtvollen Beziehung hinzuwenden. In dem Moment, in dem von der traditionellen unidirektionalen Psychopathologisierung Abstand genommen werden konnte, löste sich die Patient_innenposition und der therapeutische Raum war entpsychopathologisiert. Das Ziel der Behandlung, zu psychischer Gesundheit zu verhelfen, war erreicht – nicht durch manualisierte Arbeit an Symptomen, sondern durch Auflösung der Patient_innenrolle. In der Folge veränderte sich die Behandlung in eine Form kollegial stützende Begleitung unter Erhalt von Eigenverantwortung und Entscheidungs-

freiheit für weitere geschlechtsmodifizierende Behandlungen.

Zwei Psychiater_innen war es im Gegenüber gelungen, sich aus dem der eigenen Berufsidentität inhärenten Zwang zur (Psycho-)Pathologisierung zu befreien. Diese Erfahrung aus einer besonderen, aber auch schwierigen psychotherapeutischen Beziehung zeigt, dass in der Entpsychopathologisierung für Trans*-Menschen eine therapeutische Kraft liegt, die von ausgesprochen hoher Bedeutung ist. Sie sollte deshalb intensiver beachtet, in ihrer Bedeutung differenzierter verstanden und weiterentwickelt werden. Die atypische Beziehungskonstellation der Behandlung war ein Experiment, das sich aus dem Unbehagen und der Dysfunktion, die einer klassisch psychotherapeutischen Beziehungsform immanent ist, ergab. Erst aus einer kritischen Reflexion des klassisch psychotherapeutischen Settings und dem Mut zur Rebellion gelang es, Formalien und Grundregeln eine Absage zu erteilen und sich gegen psychotherapeutischen Konformismus aufzulehnen, weil es das Interesse und die Gesundheit der Patient_in so forderte (*tertium datur*). Dieses Experiment gelang mit gutem Ergebnis und gibt Anlass, über die Bedeutung der traditionellen Rollen von Therapeut_innen und Patient_innen in der Gesundheitsversorgung für Trans*-Menschen kritisch zu reflektieren. Eine psychotherapeutische Beziehung, innerhalb derer Trans*-Menschen im Lichte der Entpsychopathologisierung kompetente Unterstützung erfahren, kann für viele eine wertvolle Hilfe auf dem eigenen Trans*-Weg sein. Um trans* kompetent unterstützen zu können, werden im Folgenden die phasenspezifischen Konfliktthemen nach Gùldenring (2009) aus heutiger Sicht skizziert.

5

PHASENSPEZIFISCHE KONFLIKTTHEMEN *REVISITED*

Das Verständnis des Phasenmodells setzt voraus, dass es sich zum Trotz aller Lehren der Medizin und Psychologie bei nonkonformem geschlechtlichem Empfinden und Verhalten weder um einen psychisch-krankhaften Zustand noch um eine Verhaltensstörung handelt. Vielmehr sind Trans*-Menschen mit ihren geschlechtlich-individuellen Lebenswünschen in allen Entwicklungsphasen einem sozialen Umfeld ausgesetzt, in dem normierende und regulierende Verhaltenskodizes wirksam sind (z.T. als Stressoren). Wichtige theoretische Grundlage für die Genese reaktiv-psychischer Erkrankungen von Minderheiten ist ein auf sie bezogenes Stress-Modell (das sog. *Minority-Stress-Model*: MSM; Meyer, 2003). Es beruht auf Erkenntnissen aus der sozial-psychologischen Stressforschung, der Stigma-Forschung und auf Kenntnissen über stressinduzierte, endokrinologische Biomechanismen. Das MSM macht verständlich, wie sich „spezifische Stressoren und stigmatisierende Situationen auf Menschen, die zu einer Minderheit gehören, auf unterschiedlichen Ebenen (körperliche und seelische Gesundheit, Verhalten, Sozialstatus etc.) auswirken“ (Garcia-Nuñez et al., 2015; S. 221). Interessant ist die Unterscheidung in einen externen (*distal stress process*) und einen internen (*proximal stress process*) Stressor. Erst diese Unterscheidung ermöglichte das Verständnis der Internalisierung von Diskriminierungserleben nach Stigmatisierungsstress als psychosomatische Reaktion, ohne dass ein psychischer Krankheitszustand vorausgesetzt wird. Aufgrund der Komplexität solcher Entwicklungsprozesse kann für ein Kind, das sich geschlechtsvariant erlebt und/oder verhält, eine spätere Trans*-Entwicklung

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

Tabelle 1: Phasenspezifische Konfliktthemen, modifiziert nach *Güldenring (2009)*

unter Diskriminierungsdruck kaum bzw. nur sehr schwer prognostiziert werden (u.a. Rutzen, Nieder, Schreier & Möller, 2014; Steensma, Biemond, Boer & Cohen-Kettenis, 2011; Steensma, McGuire, Kreukels, Beekman & Cohen-Kettenis, 2013), allerdings erinnern erwachsene Trans*-Menschen anschaulich, wie belastend diskriminierende Einflüsse rückblickend für sie schon in der Kindheit gewesen sind (Riley, Clemson, Sitharthan & Diamond, 2012).

Das Phasenmodell (siehe Tabelle 1) klammert daher Krankheits- und Störungsaspekte aus. Vielmehr fokussiert es auf die zwischenmenschlichen Erfahrungen erwachsener Trans*-Menschen in der Retrospektive, die differieren können zwischen liebevoller Akzeptanz und schroffer Ablehnung. Die Phasen erzählen in Ich-Form, welche Belastungen die einzelnen Stressoren darstellen, welche Möglichkeiten der Bewältigung und Strategien der Anpassung gewählt werden und zu einem Scheitern unterschiedlicher Schwere in einen Endzustand mit hohem reaktiven Krankheitswert führen können. Das Phasenmodell ist in narrativer Form und bewusst in nicht-wissenschaftlicher Sprache gehalten, um psychisches Erleben abzubilden. Es steht die Absicht dahinter, eine kommunikative Brücke zwischen Trans*- und Nicht-trans*-Expert_innen bereit zu stellen, letzteren Fragmente aus den Emotionen von Trans*-Menschen zu dolmetschen, sie selbst emotional zu berühren und damit ein entrationalisiertes Begreifen emotionaler Themen von Trans*-Menschen zu bahnen. Es sollte zudem anstoßen, geschlechtlich nonkonformen Menschen eine eigene, psycho-pathologiefreie Entwicklungsdynamik zuzugestehen, die individuelle Variationen schätzt und fördert. Eine solche Haltung setzt voraus, dass „es in erster Linie die eigenen Überzeugungen sind, die verändert

werden müssen“ (Brill & Pepper, 2011; S. 231) und nicht die der geschlechtsvariant empfindenden Menschen.

Die beiden ersten Phasen beschreiben Entwicklungsabschnitte, die vor einem möglichen Outing liegen. Die in diesen Phasen gesammelten Beobachtungen aus einer Umwelt, die Normen und Regularien in engen Grenzen vorlebt, sind emotional bedeutsam (Ängste, Selbstwertdefizite, Einsamkeit etc.) und führen zu einer Selbstverortung in der Welt mit der Gewissheit, anders zu sein und keinen Platz im Regelwerk der Binarität von Geschlecht zu haben (Invalidierung). Daraus ergeben sich Themen, die vor jedem Outing liegen und in einer Auseinandersetzung mit sich selbst ablaufen. Es wird eine emotional-kognitive Basis gelegt, die bedeutend für die weitere Entwicklung ist („So wie ich fühle, bin ich falsch.“).

Die dritte Phase markiert den Prozess des Outings und die damit verbundenen Belastungen, anders zu sein, als die bisherigen Festlegungen es erlauben.

Die vierte und fünfte Phase umreißen die Herausforderungen an Trans*-Menschen, wenn sie körperverändernde Behandlungen für sich als notwendig erachten. Es ist gleichzeitig der Punkt, an dem in unserem Gesundheitssystem therapeutische Angebote einsetzen. Die Psychotherapeut_innen müssen sich darüber klar werden, in welcher Phase einer Trans*-Entwicklung ihre Rolle einsetzt und welche Inhalte entwicklungs-dynamisch im Vordergrund einer Prozessbegleitung stehen.

Die sechste Phase steht nach Abschluss aller somatischen und ggfs. psychotherapeutischen Behandlungen und spielt sich in vielen Fällen wieder außerhalb (psycho-)therapeutischer Räume ab. Dennoch gibt es auch in dieser Phase krisenhafte Übergänge, in denen Entwicklung gelingen oder scheitern kann,

so dass psychotherapeutische Hilfen gesucht werden.

Eine ausführliche Beschreibung der Entwicklung in den einzelnen Phasen findet sich in der Originalarbeit (Güldenring, 2009). Das Modell kann für Psychotherapeut_innen, die mit und für Trans*-Menschen arbeiten, eine wertvolle Hilfe für die praktische Arbeit sein. Zahlreiche Rückmeldungen lassen den Schluss zu, dass das Modell unterstützt hat, sich in der Komplexität des Themas besser zu orientieren und die Herausforderungen und die Aufgabenschwerpunkte für die Prozessbegleitung und Entwicklungsförderung in der Trans*-Gesundheitsversorgung abzuleiten. Darin liegt der Wert dieses Phasenmodells.

6

ENTWICKLUNGSFÖRDERUNG FÜR DIE TRANS*-GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die Probleme in der Gesundheitsversorgung von Trans*-Menschen lassen sich nach unseren Ausführungen bis in die Grundlagen medizinischer und psychologischer Konzepte aufzeigen. Als zentrale Kritik wird die Verknüpfung von Trans*-Entwicklungen mit (biologischer und/oder psychischer) Pathologie betrachtet. So sind bzw. waren in traditionellen medizinischen Konzepten (ICD und DSM in den unterschiedlichen Auflagen) Transsexualismus bzw. Geschlechtsidentitätsstörungen eine Erkrankung der Psyche. Für die Einstufung als psychische Störung liegt allerdings ebenso wenig eine generalisierbare wissenschaftliche Evidenz vor wie für eine Einstufung als körperliche Erkrankung oder neurobiologische Bedingung (u. a. Drescher, et al., 2012; Nieder, Jordan & Richter-Appelt, 2011). Mittlerweile wird der Krankheitswert nonkonformer Geschlechtlichkeiten weltweit diskutiert (vgl. Vance et al., 2010). Ein

unmittelbarer Zusammenhang zwischen Trans*-Entwicklungen und Psychopathologie wird nicht mehr angenommen (WMA, 2015; WPATH, 2010). Eine Gesundheitsversorgung allerdings, die auf die Psychopathologisierung geschlechtlich nonkonformen Erlebens verzichten will, rüttelt an den traditionellen Grundfesten der Heilkünste, an den klassischen Rollen von Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen sowie an den Bedingungen der Sozialgesetzgebung.

7

SCHLUSSFOLGERUNG

Menschen, die infolge ihrer Trans*-Situation geschlechtsdysphorisch reagieren und somit einen überdauernden Leidensdruck erleben, werden idealerweise von einem multiprofessionellen Team behandelt, in dem verschiedene Fachkräfte interdisziplinär (ggfs. auch virtuell) zusammenarbeiten. Das Ziel therapeutischer Bemühungen liegt darin, über eine individuelle, flexible und nachhaltige Hilfe eine möglichst hohe Lebensqualität im jeweiligen kulturellen und sozialen Umfeld zu fördern, ohne zwingend geschlechtsmodifizierende, somatische Behandlungen anzustreben. Neben einer prozessbegleitenden, entwicklungsfördernden Psychotherapie auf freiwilliger Basis steht die differenzierte Indikation von Behandlungen zur Veränderung der körperlichen Geschlechtsmerkmale als Möglichkeit zur Verfügung. Insbesondere die Kombination endokrinologischer und chirurgischer Maßnahmen gilt für die Behandlung der Geschlechtsdysphorie als evidenzbasiert (Murad et al., 2010; White Hugto & Reisner, 2016).

Indem sich das Verstehen der Medizin und Psychologie um Geschlecht und seine Varianten entwickelt und differenziert, wird Trans*-Menschen zunehmend

Selbstbestimmung in den Entscheidungen für oder gegen die Behandlungen zur Geschlechtsmodifizierung zugesprochen. Dieser Paradigmenwechsel berücksichtigt, dass das Erleben des eigenen Geschlechts ohnehin nicht allein durch ärztliche oder psychologische Expertise erfasst werden kann. Vielmehr stellt die Förderung einer individuellen geschlechtlichen Entwicklung einen Beitrag zur Zunahme psychischer Gesundheit und Lebenszufriedenheit von Trans*-Menschen dar. Förderung bedeutet ärztlich-psychotherapeutische Reflexion, das „Besondere im Menschen zu achten, sein geschlechtliches Ausdrucksbegehren als individuelle Note und existentielles Bedürfnis zu wertschätzen und dem Individuum durch besondere Weitsicht in einer therapeutischen Begleitung zu einem Höchstmaß an Selbstbestimmung unter den Bedingungen einer oft begrenzenden Umwelt zu verhelfen“ (Güldenring, 2013; S. 170). Die Reflexion einer psychotherapeutischen Beziehung, die uns in der alltäglichen Arbeit fordert, heißt mittlerweile auch, das exklusive Prinzip binärer Identitätskategorien zu hinterfragen und Geschlecht sowie Identität individuell und pluralistisch zu denken. Insbesondere vor dem Hintergrund der Vielfalt individueller Identitätsbildungen sind in der psychotherapeutischen Arbeit mit Trans*-Menschen kreative und unkonventionelle Entwicklungswege indiziert. Dabei hat es sich als hilfreich erwiesen, die „selbstverständliche Funktion der Zweigeschlechtlichkeit als Krücke der Identität“ (Hagemann-White, 1988; S. 244) im Rahmen der psychotherapeutischen Beziehung kritisch zu reflektieren.

Entwicklungsförderung berücksichtigt bestenfalls gesellschaftliche Wirkfaktoren und bietet Trans*-Menschen psychotherapeutische Unterstützung bei mutmaßlich irritierten und irritierenden Reaktionen ihrer Umwelt und daraus re-

sultierender psychischer Belastung an. Begleitende psychische Störungen reichen von leichten Anpassungsstörungen bis zu schweren depressiven Störungen und Abhängigkeitssyndromen (u.a. Heylens et al., 2014). Für die therapeutische Haltung gilt dabei: Je eher Vielfalt und Pluralismus im Kontext von Geschlecht und Identität auf psychotherapeutischer Seite reflektiert sind, desto eher können Trans*-Menschen korrigierende und Selbstwert stabilisierende Erfahrungen innerhalb der psychotherapeutischen Beziehung erleben. Allerdings bleibt das medizinisch-psychologische Verständnis von trans* unter der Prämisse eindeutiger, trans* normativer Entwicklungen (von Mann zu Frau, von Frau zu Mann) eng an die Wahrnehmung von Zweigeschlechtlichkeit gebunden. Dabei stellt die erzwungene Vereindeutigung der Geschlechtsidentität eine problematische Beeinträchtigung der personalen Integrität dar (vgl. Quindeau, 2012).

Die psychotherapeutische Arbeit mit Trans*-Menschen gilt für viele Psychotherapeut_innen als eine Herausforderung, die zu „Verwirrungen“ (Güldenring, 2009; S. 26) im Übertragungsprozess führen können. Für die therapeutische Haltung bedeutsam ist die Wertschätzung und kritische Analyse geschlechtsvarianter psychosexueller Entwicklungen und Trans*-Lebensentwürfe. Im Sinne der Entwicklungsförderung steht im Vordergrund, Trans*-Menschen darin zu unterstützen, das individuelle geschlechtliche Erleben zuzulassen, es bei Bedarf in sicheren Kontexten probeweise zu erfahren, um es schließlich bei fortschreitender Trans*-Entwicklung den eigenen Bedürfnissen entsprechend zu leben.

Mit der Ent(psycho)pathologisierung wird allerdings auch ein Prozess eingeleitet, der Trans*-Menschen von ihrer Patient_innenrolle befreien wird. Ein Weg anspruchsvoller Veränderung, der

gleichzeitig unüberschaubare Herausforderung an alle Beteiligten in der Gesundheitsversorgung mit sich bringt, die für Trans*-Menschen durchaus bedrohlich wirken können. Befreiung von der Krankenrolle bedeutet auch, zunehmend mehr eigene Verantwortung für die Gesundheitsversorgung zu übernehmen. Bisher nicht hinterfragte Systeme und Regularien unseres Gesundheitssystems stehen dann auf dem Prüfstand: die klassische Ärzt_in-Patient_in-Beziehung, die Frage der Kostenregulierung, die Bedeutung von Eigenverantwortung, etc. Für Trans*-Menschen ist es von Bedeutung, sich aktiv auf ihre entpsychopathologisierte Zukunft vorzubereiten und eine moderne, aktiv gestaltende Position im Gesundheits- und Gesellschaftssystem zu übernehmen. Wir gehen davon aus, dass Trans*-Menschen bei zentralen Themen wie Entpsychopathologisierung, Partizipation und Selbstbestimmung eine Vorreiter_innenfunktion einnehmen und eine Entwicklung bahnen, die auch Einfluss auf andere Bereiche in Medizin und Psychologie nehmen wird.

DANKSAGUNG

Die Autor_innen danken Jana Eyssel, MSc, für die Durchsicht des Manuskripts.

LITERATUR

- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA.
- Bauer, R. (2009). *Ihre Eltern dachten, dass sie ein Junge wäre. Transsexualität und Transgender in einer zweigeschlechtlichen Welt*. Hamburg: MännerschwarmVerlag.
- Bauer, R. (2015). Trans*-Verkörperungen in queeren BDSM-Praktiken. *Zeitschrift für Sexuallforschung*, 28 (1), 1-21. doi:10.1055/s-0034-1399128
- Becker, S. (2004). Transsexualität – Geschlechtsidentitätsstörung. In G. Kockott & E.-M. Fahrner (Hrsg.), *Sexualstörungen* (S. 153-201). Stuttgart: Thieme.
- Böge, J. (2009). *Ich bin (k)ein Mann – Als Transgender glücklich leben: Ein Ratgeber*. Münster: Agenda-Verlag.
- Brill, S. & Pepper, R. (2011). *Wenn Kinder anders fühlen – Identität im anderen Geschlecht*. München: Ernst Reinhardt.
- de Silva, A. (2014). Grundzüge struktureller und konzeptueller Entwicklungen der Trans*bewegung in der Bundesrepublik Deutschland seit Ende der 1990er Jahre. In B. M. Hirschfeld (Hrsg.), *Forschung im Queerformat: Aktuelle Beiträge der LSBTI*, Queer- und Geschlechterforschung* (S. 151-169). Bielefeld: Transcript.
- Derrida, J. (1983). *Grammatologie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V (F)* (Vol. 5). Bern: Huber.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. & Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24 (6), 568-577. doi:10.3109/09540261.2012.741575
- Fritz, V. (2013). Infrage gestellt. Dekonstruktive Aspekte psychosozialer Beratung und Therapie von Menschen mit einer Trans*identitätsthematik. *Gestalttherapie*, 27 (1), 135-147.
- Garcia Nuñez, D., Burgermeister, N., Sandon, P., Schönbacher, V. & Jenewein, J. (2015). Prospektive und dysfunktionale Internalisierungsprozesse an der Geschlechtergrenze. In W. Driemeyer, B. Gedrose, A. Hoyer & L. Rustige (Hrsg.), *Grenzverschiebungen des Sexuellen. Perspektiven einer jungen Sexualwissenschaft* (S. 217-232). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Güldenring, A.-K. (2009). Phasenspezifische Konfliktthemen eines transsexuellen Ent-

- wicklungsweges. *Psychotherapie im Dialog*, 10 (1), 25-31.
- Güldenring, A.-K. (2013). Zur „Psychodiagnostik von Geschlechtsidentität“ im Rahmen des Transsexuellengesetzes. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 26 (02), 160-174. doi:10.1055/s-0033-1335618
- Güldenring, A.-K. (2014). Eine andere Sicht über Trans*. In U. Rauchfleisch (Hrsg.), *Transsexualität – Transidentität* (S. 130-178). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Günther, M. (2015). Psychotherapeutische und beratende Arbeit mit Trans* Menschen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 47 (1), 113-123.
- Hagemann-White, C. (1988). Wir werden nicht zweigeschlechtlich geboren... In C. Hagemann-White & M. S. Rerrich (Hrsg.), *FrauenMännerBilder. Männer und Männlichkeit in der feministischen Diskussion* (S. 224-235). Bielefeld: AJZ-Verlag.
- Hamm, J. A. & Sauer, A. T. (2014). Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. [Change of Perspectives: Suggestions for a Human Rights and Needs-based Trans*specific Health Care]. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 27 (1), 4-30.
- Handford, C., Brunner, F., Schweizer, K. & Richter-Appelt, H. (2012). Brauchen wir ein drittes Geschlecht? Erwachsene mit Androgeninsensitivität nehmen Stellung. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt (Hrsg.), *Intersexualität kontrovers: Grundlagen, Erfahrungen, Positionen* (S. 429-445). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Herrmann, S. K. (2003). Performing the Gap – Queere Gestalten und geschlechtliche Aneignung. *Arranca!*, 28, 22-26.
- Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P., Paap, M. C. et al. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *Br J Psychiatry*, 204 (2), 151-156. doi:10.1192/bjp.bp.112.121954
- Jacoby, R. (1985). *Die Verdrängung der Psychoanalyse oder der Triumph des Konformismus*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Kamprad, B. & Schiffels, W. (Hrsg.) (1991). *Im Falschen Körper – Alles über Transsexualität*. Zürich: Kreuz-Verlag.
- Kessler, S. J. & McKenna, W. (1978). *Gender. An Ethnomethodological Approach*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kuper, L. E., Nussbaum, R. & Mustanski, B. (2012). Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. *J Sex Res*, 49 (2-3), 244-254. doi:10.1080/00224499.2011.596954
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull*, 129 (5), 674-697.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 39 (2), 461-476.
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J. et al. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clin Endocrinol* (72), 214-231.
- Nieder, T. O. (2014). Von der dauerhaft transponierten Geschlechtsidentität zur Genderqueerness: Eine theoretische und praxisorientierte Annäherung. In K. Schweizer, F. Brunner, S. Cerwenka, T. O. Nieder & P. Briken (Hrsg.), *Sexualität und Geschlecht. Psychosoziale, kultur- und sexualwissenschaftliche Perspektiven* (S. 167-179). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Nieder, T. O., Briken, P. & Güldenring, A. K. (2016). Geschlechtsinkongruenz, -dysphorie und Trans*-Gesundheit: Eine aktuelle Übersicht zur Diagnostik und Behandlung. *InFo Neurologie & Psychiatrie* 18, 37-45.
- Nieder, T. O., Jordan, K. & Richter-Appelt, H. (2011). Zur Neurobiologie transsexu-

- eller Entwicklungen – Eine Diskussion der Befunde zur Sexualdifferenzierung, geschlechtsatypischen Verhaltensweisen und Geschlechtsidentität. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 24 (3), 199-227.
- Nieder, T. O. & Richter-Appelt, H. (2011). Tertium non datur – either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: the situation past and present, and its relevance to the future. *Psychology & Sexuality*, 2 (3), 224-243.
- Nieder, T. O. & Richter-Appelt, H. (2013). Transgender: Transsexualität, Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie. In P. Briken & M. Berner (Hrsg.), *Praxisbuch Sexuelle Störungen* (S. 203-222). Stuttgart: Thieme.
- Pohlen, M. & Bautz-Holzmann, M. (2001). *Eine andere Psychodynamik*. Bern: Huber.
- polymorph (Hrsg.) (2002). *(K)ein Geschlecht oder viele? Transgender in politischer Perspektive*. Berlin: Querverlag.
- Preß, H. & Gmelch, M. (2014). Die „therapeutische Haltung“ – Vorschlag eines Arbeitsbegriffs und einer klientenorientierten Variante. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 358-366.
- Quindeau, I. (2012). Geschlechtsentwicklung und psychosexuelle Zwischenräume aus der Perspektive neuerer psychoanalytischer Theoriebildung. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt (Hrsg.), *Intersexualität kontrovers: Grundlagen, Erfahrungen, Positionen* (S. 119-130). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Richter-Appelt, H. (2013). Intersexualität nicht Transsexualität. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 56 (2), 240-249. doi:10.1007/s00103-012-1601-5
- Richter-Appelt, H. & Nieder, T. O. (2014). *Transgender-Gesundheitsversorgung. Eine kommentierte Herausgabe der Standards of Care der World Professional Association for Transgender Health*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Riley, E. A., Clemson, L., Sitharthan, G. & Diamond, M. (2012). Surviving a Gender Variant Childhood: The Views of Transgender Adults on the Needs of Gender Variant Children and Their Parents. *J Sex Marital Ther*. doi:10.1080/0092623x.2011.628439
- Rutzen, K. M., Nieder, T. O., Schreier, H. & Möller, B. (2014). Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie aus der Sicht internationaler Expertise. *Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63 (6), 449-464.
- Sauer, A., Guldénring, A. & Tuiden, E. (2015). Queering Trans*-Gesundheit: Auf dem Weg zu einer individualisierten, menschenrechtskonformen Gesundheitsversorgung. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit – Männer und Frauen im Vergleich* (S. 420-432). Bern: Huber.
- Scheim, A. I. & Bauer, G. R. (2014). Sex and Gender Diversity Among Transgender Persons in Ontario, Canada: Results From a Respondent-Driven Sampling Survey. *The Journal of Sex Research*, 52 (1), 1-14. doi: 10.1080/00224499.2014.893553
- Schirmer, U. (2010). *Geschlecht anders gestalten. Drag Kinging, geschlechtliche Selbstverhältnisse und Wirklichkeiten*. Bielefeld: transcript.
- Schweizer, K. (2012). Identitätsbildung und Varianten der Geschlechtsidentität. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt (Hrsg.), *Intersexualität kontrovers: Grundlagen, Erfahrungen, Positionen* (S. 459-484). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Schweizer, K. & Nieder, T. O. (2013). Variationen der somatosexuellen und psychosexuellen Entwicklung – Intersexphänomene, Geschlechtsdysphorie und transsexuelle Entwicklungen. In K. Tabbert, A.-V. Stirn, S. Wehrum & R. Stark (Hrsg.), *Körper, Sexualität und Neurobiologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Steensma, T. D., Biemond, R., Boer, F. d. & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after child-

- hood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16 (4), 499-516.
- Steenma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P. C., Beekman, A. J. & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors Associated With Desistence and Persistence of Childhood Gender Dysphoria: A Quantitative Follow-Up Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 52 (6), 582-590.
- Vance, S. R., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L. et al. (2010). Opinions about the DSM Gender Identity Disorder Diagnosis: Results from an international survey administered to organizations concerned with the welfare of transgender people. *International Journal of Transgenderism*, 12 (1), 1-14.
- White Hughto, J. M. & Reisner, S. L. (2016). A Systematic Review of the Effects of Hormone Therapy on Psychological Functioning and Quality of Life in Transgender Individuals. *Transgend Health*, 1, 21-31. doi: 10.1089/trgh.2015.0008
- Wilchins, R. (2002). It's your gender, stupid! In J. Nestle, C. Howell & R. Wilchins (Eds.), *Genderqueer: Voices from beyond the sexual binary* (pp. 23-32). New York: Alyson.
- World Medical Association (WMA) (2015). *WMA Statement on Transgender People*. Retrieved from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/t13/>
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (2010). *Statement urging the de-psychopathologisation of gender variance*. Retrieved on April 27, 2015 from http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/de-psychopathologisation%205-26-10%20on%20letterhead.pdf
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (2011). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*, 7th Version. Minneapolis: WPATH.



DR. TIMO O. NIEDER
UNIVERSITÄTSKLINIKUM
HAMBURG-ÉPPENDORF
INSTITUT FÜR SEXUALFORSCHUNG
UND FORENSISCHE PSYCHIATRIE
MARTINISTRASSE 52
GEBÄUDE WEST 38 (SEITENFLÜGEL)
D-20246 HAMBURG
E-MAIL: t.nieder@uke.de



ANNETTE GÜLDENRING
KLINIK FÜR PSYCHIATRIE/PSYCHOTHERAPIE
UND PSYCHOSOMATIK
ESMARCHSTRASSE 50
D-25746 HEIDE
E-MAIL: agueldenring@wkk-hei.de