

Udo Rauchfleisch

Transsexualität - Transidentität

Begutachtung, Begleitung, Therapie



V&R



Udo Rauchfleisch

Transsexualität – Transidentität

Begutachtung, Begleitung, Therapie

5., unveränderte Auflage

Vandenhoeck & Ruprecht

Für Bruno Schmucki

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-525-46270-6

Weitere Ausgaben und Online-Angebote sind erhältlich unter: www.v-r.de

Umschlagabbildung: Otto Freundlich, Composition (ca. 1930) /
Private Collection / Photo © Christie's Images / Bridgeman Images /

© 2016, 2006, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG,
Theaterstraße 13, 37073 Göttingen / Vandenhoeck & Ruprecht LLC,
Bristol, CT, U.S.A.
www.v-r.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Printed in Germany.

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen
Umschlag: SchwabScantechnik, Göttingen
Druck und Bindung: ☉ Hubert & Co. KG,
Robert-Bosch-Breite 6, 37079 Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Inhalt

Vorworte	7
Von der Krankheit Transsexualität zur nichtpathologischen Transidentität	14
Der Ablauf der Diagnostik und Behandlung	28
Diagnostik	30
Der »Alltagstest«	32
Die Hormonbehandlung	33
Die chirurgischen Maßnahmen zur Angleichung an das andere Geschlecht	34
Personenstandsänderung	35
Nachbetreuung	35
Die Begutachtung von Trans*menschen	37
Eigene Erfahrungen aus Begutachtungen und Behandlungen	41
Meine ersten Begegnungen mit Trans*menschen	41
Diagnostische Überlegungen	47
Die den Transitionsprozess begleitende Psychotherapie ...	56
Zur speziellen Situation von Trans*kindern	89
Mit welchen Fragen und Problemen sind Trans*menschen konfrontiert?	92
Welche Hilfe können die Professionellen Trans*menschen bieten?	99
Angebote der Psychiatrie und der Klinischen Psychologie	104
Angebote der somatischen Fächer	109

Juristische Beratung	118
Weitere Beratungs- und Behandlungsangebote	120
Was können Trans*menschen selbst tun?	122
Eine andere Sicht über Trans*	
von Annette Güldenring	130
Säuglingisch – Über die Dominanz der Genitalien bei der Vornamensbildung	132
Trans* im Wandel der Zeit	138
Trans* im Verhandlungsraum zwischen Recht und Medizin	157
Ungezügelter Gedanken	165
Danke	178
Free Gender. Ein autobiographisch gefärbter Essay von Jacqueline Born	179
Gendertheoretische Aspekte der Transidentität	195
Auf den Punkt gebracht	206
Literatur	208

Vorworte

Vorwort zur 1. Auflage

Das Thema Transsexualität beschäftigt mich seit 35 Jahren. 1971 haben wir in der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Basel, damals unter der Leitung von Prof. Dr. Raymond Battegay, zunächst zögernd begonnen, transsexuelle Frauen und Männer psychiatrisch-psychologisch zu begutachten zwecks Abklärung der Indikation zu hormonellen und chirurgischen Maßnahmen auf dem von diesen Menschen angestrebten Weg einer Angleichung an das Gegengeschlecht. Seit-her habe ich etwa hundert Transsexuelle anlässlich solcher Begutachtungen, später dann auch in der therapeutischen Vorbereitung auf die Operation sowie bei Kriseninterventionen, Abklärungen und nachfolgenden Psychotherapien gesehen. Dabei habe ich festgestellt, dass es »die transsexuelle Persönlichkeit« nicht gibt. Mehr und mehr habe ich gerade in den letzten zehn Jahren die Erfahrung gemacht, dass sich hinter dem Etikett »Transsexualität« eine große Zahl völlig unterschiedlicher Persönlichkeiten mit weitgehend voneinander abweichenden Entwicklungen verbirgt. Die Gemeinsamkeit stellt lediglich die durch nichts zu verändernde Überzeugung dar, dem Gegengeschlecht anzugehören und eine hormonelle und operative Angleichung an das Gegengeschlecht anzustreben.

Während in den 1970er und 1980er Jahren die Diagnose »Transsexualität« fast immer eine andere Diagnose – vor allem die der Borderline-Persönlichkeitsstörung – nach sich gezogen hat, ist mir dieses Vorgehen im Verlauf der Jahre zunehmend fragwürdiger geworden. Immer wieder bin ich nämlich mit transsexuellen Frauen und Männern zusammengetroffen, die außer der Überzeugung, dem Gegengeschlecht anzugehören (dies allein bedeutete früher schon, ihnen eine klinische Krankheitsdiagnose zu geben), keinerlei psychopathologische Zeichen erkennen ließen und – im Gegenteil – eine große psychische Stabilität aufwiesen. Allfällig auftretende Depressionen,

Angstentwicklungen und andere Störungen erwiesen sich häufig als Folgen der schwierigen Lebensumstände, in denen sich transsexuelle Menschen auch heute noch oft befinden. Etliche von ihnen verfügten aber über eine große Belastungsfähigkeit, die es ihnen ermöglichte, ihre zum Teil schwierigen Lebensumstände (z. B. Verheiratete mit Kindern oder schwierige Verhältnisse im beruflichen Bereich) »mit Bravour« zu meistern, eine Leistung, der ich meine ungeteilte Hochachtung zolle.

Selbstverständlich traf ich daneben auch mit transsexuellen Menschen zusammen, die – mitunter sogar schwere – psychische Störungen aufwiesen, die sich nicht als unmittelbare Folge ihrer Transsexualität, etwa als Folge von sozialen Belastungen, interpretieren ließen. Gerade diese Frauen und Männer bestärkten mich aber in der Auffassung, dass der *Transsexualismus das ganze Spektrum von psychischer Gesundheit bis zur (schweren) Krankheit umfasst, ohne dass eine kausale Beziehung zwischen der Transsexualität und der psychischen Gesundheit respektive Krankheit besteht.*

Ich werde in diesem Buch den Weg meiner eigenen Entwicklung nachzeichnen, weil ich denke, dass viele Leserinnen und Leser, aber auch transsexuelle Menschen selbst, sich irgendwo auf diesem Weg befinden. Dabei erscheint es mir wichtig, dass wir uns vom *Pathologiekonzept des Transsexualismus distanzieren* und ihn als *Normvariante* ansehen. Nur so kann es gelingen, echten Zugang zu transsexuellen Frauen und Männern zu finden. Auch sie selbst müssen zur Stärkung ihres Selbstverständnisses und ihres Selbstwertgefühls diesen Schritt tun, wobei ihnen die Änderung der »Experten«-Ansicht eine große Hilfe sein könnte, indem sie von den Fachleuten nicht mehr als »selbstverständlich krank«, sondern als Menschen wie alle anderen auch betrachtet würden, deren psychische Gesundheit oder Krankheit in keinen ursächlichen Zusammenhang mit ihrer Transsexualität gebracht wird. Schließlich eröffnen sich durch das Abrücken vom Pathologiekonzept des Transsexualismus interessante Perspektiven für den Genderdiskurs in der Gesamtgesellschaft.

Dies sind die Gründe, die mich bewogen haben, dieses Buch zu schreiben. Es ist meine Hoffnung, dass meine Ausführungen Fachleute und an dieser Thematik Interessierte und Angehörige ebenso wie Transsexuelle selbst dazu anregen, sich kritisch und unvoreinge-

nommen mit dem Phänomen »Transsexualität« auseinanderzusetzen und die Herausforderung anzunehmen, die für unsere Gesellschaft darin liegt.

Bei einem solchen Projekt hätte ich ein ungutes Gefühl gehabt, wenn nicht auch transsexuelle Menschen selbst zu Wort gekommen wären. Ein Problem dabei ist allerdings, dass die Leserinnen und Leser bei autobiographischen Berichten leicht den Eindruck bekommen könnten, diese seien »typisch« für transsexuelle Menschen. Aufgrund meiner Erfahrung bin ich hingegen der Ansicht, dass es *den* typischen transsexuellen Menschen nicht gibt. Abgesehen von der Tatsache, dass sich Transsexuelle durch das Gefühl auszeichnen, dem Gegengeschlecht anzugehören, weisen sie ein unendlich breites Spektrum an Persönlichkeitsformen und Lebensschicksalen auf. Obschon biographische Berichte das, was ich in diesem Buch schildere, vielleicht veranschaulichen würden, könnten sie ungewollt dazu führen, dass sie fälschlicherweise als charakteristisch für transsexuelle Frauen und Männer schlechthin betrachtet würden. Aus diesem Grund habe ich mich entschlossen, zwar nicht ganz auf einen autobiographischen Beitrag zu verzichten, habe dazu aber bewusst kein »typisches« Beispiel gewählt, sondern eine eher ungewöhnliche Form, mit dem Phänomen Transsexualismus umzugehen, wie Jacqueline Born sie im Beitrag »Free Gender« schildern wird.

Ohne die intensiven Erfahrungen, die ich im Rahmen von Abklärungen, Begutachtungen und insbesondere in zum Teil etliche Jahre dauernden Psychotherapien sammeln konnte, hätte dieses Buch nicht entstehen können. Deshalb gilt mein ganz besonderer Dank meinen Gesprächspartnerinnen und -partnern (bewusst vermeide ich den in diesem Zusammenhang sonst gebräuchlichen »Patienten«-Begriff, um von vornherein die Verbindung Transsexualität – psychische Krankheit zu vermeiden). Sie haben mich durch ihre Schilderungen an ihrem Leben teilnehmen lassen, haben mir Einblicke in ihre Hoffnungen, Ängste und Phantasien gegeben und haben mich – zumindest aus »zweiter Hand« – ihre oft schwierige soziale Situation erspüren lassen. Sie haben mir über meine anfängliche Irritation hinweggeholfen. Denn wen irritierte es nicht, erstmals mit einem Menschen konfrontiert zu sein, der sich nicht nur wie das Gegengeschlecht kleidet, sondern sich auch so empfindet?

Sie waren und sind es schließlich auch, die mich zum Nachdenken gezwungen haben und mich zu einer gegenüber den 1970er Jahren weitgehend veränderten Einstellung geführt haben. Dafür bin ich ihnen dankbar.

Udo Rauchfleisch

Vorwort zur 2. Auflage

Dank der großen Nachfrage war die 1. Auflage dieses Buches recht bald vergriffen. Mich hat dabei besonders gefreut, dass ich positive Rückmeldungen nicht nur von Fachleuten erhalten habe, sondern dass das Buch auch vielen transidenten Menschen und ihren Angehörigen und Freunden hilfreiche Informationen und Anregungen zu vermitteln vermochte.

Die 2. Auflage habe ich aktualisiert und um einige mir wichtig erscheinende Aspekte ergänzt. Besonders freue ich mich, dass nun neben dem Beitrag von Jacqueline Born noch ein zweiter autobiographischer Bericht aufgenommen werden konnte. Annette Güldenring, transidente Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hat ihn verfasst und verbindet darin in eindrucklicher Weise ihren persönlichen Weg mit grundsätzlichen Reflexionen über die Transidentität und wichtige Schritte auf dem Weg der zunehmenden Gewissheit und Akzeptanz der eigenen Identität.

Möge nun auch die 2. Auflage transidenten Menschen selbst und allen, die beruflich oder privat mit ihnen zu tun haben, eine Hilfe dabei sein, das komplexe Phänomen »Transidentität« besser zu verstehen und Transidenten vorurteilsfrei zu begegnen.

Udo Rauchfleisch

Vorwort zur 4. Auflage

»[...] und eines Tages werden nicht mehr Expert_innen ÜBER uns reden, sondern wir uns selbst erklären – und eines noch fernerer Tages werden wir nicht mehr erklärungsbedürftig sein, sondern genau so selbstverständlich wie cis und hetis [...]«
(Dr. Myshelle Baeriswyl)

Ich habe diese persönliche Mitteilung von Myshelle Baeriswyl dem Vorwort zur 4. Auflage vorangestellt, da die Kollegin damit genau den Weg beschreibt, der meine Auseinandersetzung mit dem Thema Transidentität kennzeichnet und der eine Neuauflage notwendig machte. Die 4. Auflage bedurfte einer umfassenden Überarbeitung. Die wesentlichen Teile meiner früheren Darstellung sind bestehen geblieben. Es gab jedoch vor allem zwei Gründe für eine weitgehend überarbeitete Neuauflage.

Der erste ist ein sachlicher Grund: In den vergangenen Jahren hat sich in Bezug auf Transidentität in *rechtlicher* Hinsicht und bezüglich des *Vorgehens beim Transitionsprozess* sehr viel geändert. Es war deshalb notwendig, diese Änderungen in den Text einzuarbeiten.

Der zweite ist ein persönlicher Grund: Ich hatte zwar schon in den früheren Auflagen dieses Buches die Entpathologisierung der Transidentität in den Mittelpunkt meiner Ausführungen gestellt. Aufgrund meiner nun mehr als 40-jährigen Erfahrung in der Begleitung und Begutachtung von Trans*menschen¹ bin ich aber zur Über-

1 Annette GÜldenring und ich werden in diesem Buch die Schreibweise Trans*menschen, Trans*frauen, Trans*männer usw. verwenden, wobei das Sternchen als Platzhalter fungiert und übergreifend alle Formen von Transvestition/Cross-Dressing, Transsexualität, Transidentität, Transgender usw. bezeichnet.

zeugung gelangt, dass die *Entpathologisierung konsequenter verfolgt werden muss*. Daraus haben sich *sprachliche* Konsequenzen ergeben, z. B. nicht mehr von »Frau-zu-Mann-Transsexuellen«, sondern von »Trans*männern« bzw. nicht mehr von »Mann-zu-Frau-Transsexuellen«, sondern von »Trans*frauen« zu sprechen.

Außerdem sind in den letzten Jahren wichtige Änderungen im Umgang mit Trans*menschen diskutiert worden. So halte ich es heute für obsolet, Trans*menschen im traditionellen Sinn zu »begutachten«, sondern betrachte die – leider immer noch für die Operation und die Vornamens- und Personenstandsänderung nötigen – »Gutachten« als *fachliche Bestätigung* dessen, wozu sich die betreffende Person nach reiflicher Überlegung entschieden hat. Unzumutbar erscheint mir heute auch der vielerorts noch obligatorische »Alltagstest«. Überhaupt soll nach meiner heutigen Auffassung die Gestaltung des Transitionsprozesses allein von der Trans*person entschieden werden. Damit würde die extreme Fremdbestimmung, der Trans*menschen ausgesetzt sind, zumindest ein Stück weit abgebaut. Und dies erscheint mir dringend notwendig.

Im Sinne des diesem Vorwort vorangestellten Zitats von Myshelle Baeriswyl sollen nicht wir »Fachleute« der verschiedenen Disziplinen *über* Trans*menschen entscheiden, sondern *sie selbst sind für sich zuständig*. Wir stellen ihnen lediglich unser Fachwissen zur Verfügung, damit sie ihren individuellen Weg der Transition gehen können.

Ich hoffe, durch diese Neuauflage nicht nur zur weiteren Entpathologisierung der Transidentität beizutragen, sondern auch dahingehend Änderungen zu bewirken, dass es Trans*menschen ermöglicht wird, ihren je individuellen Weg zu gehen und dabei selbstverantwortlich entscheiden zu können, ob und zu welcher Zeit sie welchen Schritt machen wollen.

Udo Rauchfleisch

Von der Krankheit Transsexualität zur nichtpathologischen Transidentität

Da es beim Thema Transsexualität/Transidentität viel begriffliche Verwirrung gibt, möchte ich am Anfang dieses Kapitels zunächst die Begriffe klären, die ich im Folgenden verwenden werde.

Im Allgemeinen wird in öffentlichen Diskussionen, aber auch im wissenschaftlichen Bereich von »Transsexualität« gesprochen. Diese Bezeichnung trifft jedoch nicht das Wesen dieser Menschen, da es bei ihnen nicht um die sexuelle Ausrichtung oder die Art, wie sie ihre Sexualität leben, geht, sondern um ihre Identität. Aus diesem Grund wird in neuerer Zeit, auch unter Fachleuten, eher der Begriff »Transidentität« verwendet. Nichttransidente werden auch als »Cis-Personen« bezeichnet (Sigusch 1995).

Bei der Beschreibung »transidenter« Menschen wird in psychologischen und psychiatrischen Berichten häufig von »Frau-zu-Mann«- bzw. »Mann-zu-Frau«-Transidenten gesprochen. Durch »Mann-zu-Frau« soll ausgedrückt werden, dass ein biologischer Mann sich als Frau wahrnimmt und die Angleichung an den weiblichen Körper wünscht. »Frau-zu-Mann« dient der Beschreibung dessen, dass eine biologische Frau sich als Mann empfindet und die Angleichung an den männlichen Körper sucht. Im Grunde widersprechen diese Bezeichnungen aber dem Erleben transidenter Menschen. Aus ihrer Sicht machen sie nämlich *keine Veränderung* von Mann zu Frau oder von Frau zu Mann durch, sondern sind von jeher im Innern Frau bzw. Mann gewesen und möchten nun »nur noch« den Körper an diese Identität anpassen lassen und in der dieser Identität entsprechenden Rolle leben.

Transidente selbst bezeichnen sich häufig als »Trans*menschen« und unterscheiden zwischen »Trans*mann« (biologische Frau, deren Identität männlich ist) und »Trans*frau« (biologischer Mann, dessen Identität weiblich ist). Ich werde im Folgenden bei meiner Darstellung diese Begriffe verwenden, da sie durch die Charakterisierung Trans*mann bzw. Trans*frau die Selbstdefinition und die soziale

Rolle als Frau bzw. als Mann in den Vordergrund stellen und so dem Erleben von Trans*menschen am besten entsprechen.

Als in den Jahren 1952/53 in Dänemark bei Christine Jörgensen (Hamburger, Stürup u. Dahl-Iversen 1953) die erste operative Angleichung eines Mannes an das weibliche Geschlecht erfolgte (Sigusch, 1995, weist allerdings darauf hin, dass plastisch-chirurgische Operationen am Genitale und an den sekundären Geschlechtsmerkmalen von der Medizin spätestens seit 1761 vorgenommen worden seien), begann eine neue Ära in der Geschichte des »Transsexualismus«. Es war auch damals kein neues Phänomen, und Transsexualismus beschränkt sich auch keineswegs auf den mitteleuropäischen und angloamerikanischen Bereich. Wir kennen andere Kulturen, in denen der Wechsel der Geschlechterrolle sogar recht weit verbreitet ist und einen festen Platz im kulturellen und religiösen Leben einnimmt: so die Berdache bei den Zuni in Mexiko, die Fakaleiti, Männer auf Tonga (Ozeanien), die sich in ihrem Auftreten und ihrer Kleidung dem weiblichen Geschlecht angleichen, die Hijra aus Indien, die meist weder eine eindeutig weibliche noch eine eindeutig männliche Geschlechtsidentität haben, und die Katoy in Thailand.

Auch die Indianer Nordamerikas kennen ein »drittes Geschlecht«, die »Two-Spirit People«, das heißt Menschen, die zwei Seelen, nämlich eine weibliche und eine männliche, in sich tragen (Tietz 2013). Die Two-Spirit People haben bei den Indianern eine anerkannte soziale Stellung und werden zum Teil hoch verehrt. Ihr Two-Spirit-Wesen erklären sich die Indianer durch eine Berufung durch höhere Mächte und schreiben diesen Menschen deshalb auch übernatürliche Kräfte zu. Häufig sind sie Medizinmänner oder Häuptlinge. Bei diesen Lebensformen aus anderen Kulturen bleibt aber offen, ob sie dem Phänomen entsprechen, das wir als »Transsexualität« bezeichnen.

Neu aber waren 1952 die Benennung des Empfindens, dem anderen Geschlecht anzugehören, mit dem Begriff »Transsexualismus« (Benjamin 1966) und die operative Angleichung an das Gegengeschlecht (außer Harry Benjamin sind als Pioniere der Behandlung von Trans*menschen John Money und Anke A. Ehrhardt, 1970, vom Johns Hopkins Hospital in Baltimore, und Janice Raymond, 1979, zu nennen). In der Folge sind bis in die Gegenwart in den verschiedens-

ten Ländern tausende solcher Operationen durchgeführt worden, und zwar bei Männern ebenso wie bei Frauen.

Bezüglich der Häufigkeit des »transsexuellen Syndroms« bestehen nur vage Schätzungen, weil längst nicht alle Menschen mit der Überzeugung, dem anderen Geschlecht anzugehören, fachlichen Rat oder gar eine hormonelle und chirurgische Behandlung suchen. Sigusch (1995) schätzte die Zahl von Trans*menschen in Deutschland auf 3.000 bis 6.000 Personen. Hirschauer (1999) vermutete eine ähnliche Häufigkeit, die meines Erachtens jedoch eher unter- als überschätzt ist. Nach den Schätzungen verschiedener anderer Autorinnen und Autoren (American Psychiatric Association 1994; van-Kesteren, Gooren u. Megens 1996; Weitze u. Osburg 1996) liegt die Inzidenzrate bei Trans*frauen bei 1 : 11.900 bis 45.000 und bei Trans*männern bei 1 : 30.000 bis 100.000. Aufgrund ihrer jahrzehntelangen Arbeit in der Amsterdamer Gender Clinic und einer Neuberechnung früher publizierter Zahlen kommen Olyslager und Conway (2008) sogar auf Werte von 1 : 1.000 (bei den Trans*frauen) und 1 : 2.000 (bei den Trans*männern). Diese Angaben der Häufigkeiten zeigen, dass Trans*menschen in unserer Gesellschaft offenbar doch eine relative große Gruppe darstellen.

Dabei ist interessant, dass längst nicht alle Trans*menschen eine chirurgische Angleichung an das andere Geschlecht suchen, sondern lediglich 43 Prozent bzw. 50 Prozent (Green u. Blanchard 2000) und zwischen 77 Prozent und 80 Prozent derer, die Gender-Identity-Zentren aufsuchen, eine hormonelle und chirurgische Behandlung erhalten (van-Kesteren et al. 1996).

Während in der Anfangszeit lediglich einige wenige Zentren bestanden, in denen diese Operationen von einem hochspezialisierten Team durchgeführt wurden (am bekanntesten ist wohl das Johns Hopkins Hospital in Baltimore, das aber heute nicht mehr auf diesem Gebiet tätig ist), gibt es heute in vielen Universitätskliniken – zumeist interdisziplinäre – Teams mit Vertreterinnen und Vertretern von Psychiatrie, Psychologie, Endokrinologie, Urologie, Gynäkologie und plastischer Chirurgie, die sich um die Begutachtung und Behandlung von Trans*menschen kümmern.

Daneben finden wir eine Fülle von Privatkliniken, in denen solche Operationen durchgeführt werden. Diese Kliniken sind von

unterschiedlicher Qualität. Etliche führen qualifizierte Operationen durch (zu allerdings im Allgemeinen sehr hohen Preisen, die die Krankenkassen nur bedingt übernehmen).

Auch die Methoden und die Qualität der chirurgischen Maßnahmen variieren von Klinik zu Klinik und selbstverständlich auch die Honorare. Eine der weltweit bekanntesten Kliniken mit sehr großer Erfahrung ist heute die von Dr. Suporn Watanyusakul in Chonburi/Thailand. Dabei ist interessant, dass die Operationskosten hier wesentlich niedriger sind als in den europäischen Ländern. Aus diesem Grund haben sich einzelne Schweizer Krankenkassen in den letzten Jahren bereit erklärt, die Kosten der Operation in Thailand zu übernehmen.

Angesichts dieser Situation können wir heute sagen, dass sich die Situation von Trans*menschen gegenüber der ersten Operation im Jahr 1952 erheblich verbessert hat. Wir besitzen heute wesentlich umfangreichere Kenntnisse über die psychologische Befindlichkeit und die soziale Situation von Trans*menschen. Die rechtlichen Möglichkeiten (Vornamens- und Personenstandsänderung) und die medizinische Behandlung (hormoneller und chirurgischer Art) sind erheblich verbessert worden. Und gesamtgesellschaftlich ist die Toleranz ihnen gegenüber (weniger aber wohl echte Akzeptanz) gewachsen. Auch wenn in den Massenmedien nach wie vor insbesondere die »schrillen« Varianten dargestellt werden und von tragischen Entwicklungen, die unter Umständen mit einem Suizid enden, berichtet wird, werden nach und nach doch mehr »normale«, »alltägliche« Trans*frauen und Trans*männer sichtbar und bestimmen damit wenigstens ein Stück weit die Wahrnehmung der breiteren Öffentlichkeit.

In einer Hinsicht allerdings hat sich die Situation über die nunmehr 60 Jahre, die seit der ersten Operation vergangen sind, kaum verändert: Dies ist die Tatsache, dass »Transsexualismus« weithin, und zwar vor allem auch von den Fachleuten, noch als eine *Krankheit* betrachtet wird. Deshalb figuriert der »Transsexualismus« in der ICD-10 nach wie vor unter den psychischen Störungen (Störung der Geschlechtsidentität).

Die ICD-10 ordnet den Transsexualismus der Gruppe »Störungen der Geschlechtsidentität« (F64) zu und definiert den Transsexualis-

mus als den »Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit dem Gefühl des Unbehagens oder der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen« (F64.0). Als diagnostische Leitlinie wird gefordert: »Die transsexuelle Identität muss mindestens zwei Jahre durchgehend bestanden haben und darf nicht Symptom einer anderen psychischen Störung, wie z. B. einer Schizophrenie, sein. Ein Zusammenhang mit intersexuellen, genetischen oder geschlechtschromosomalen Anomalien muss ausgeschlossen sein.« Die neue ICD wird vermutlich die unter den »Störungen der Geschlechtsidentität« subsumierte Diagnose »Transsexualität« nicht mehr in dieser Form enthalten.

Das DSM-IV ordnete den Transsexualismus der Kategorie »Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen« zu. Der Begriff des Transsexualismus wurde im DSM-IV aufgegeben zugunsten des Begriffs der »Geschlechtsidentitätsstörung«. Dahinter stand die Überlegung, dass die Diagnose »Transsexualismus«, wie ihn die ICD definiert, zu eng an die Operationsindikation gebunden sei. Der Kern der Diagnose einer Geschlechtsidentitätsstörung war die Verbindung einer gegengeschlechtlichen Identifikation mit einem Unbehagen mit dem eigenen Geschlecht.

Das 2013 veröffentlichte DSM-5 verwendet für Trans*menschen nicht mehr den Begriff der »Geschlechtsidentitätsstörung«, sondern spricht von einer »Genderdysphorie« (Geschlechtsdysphorie). Damit ist ein wichtiger Schritt der Entpathologisierung der Transidentität gemacht, da nicht mehr die Identität selbst als »psychische Störung« deklariert wird (aber auch die Genderdysphorie immer noch im Katalog von psychischen Störungen figuriert). Mit der Diagnose »Genderdysphorie« wird vielmehr das *Leiden an der Geschlechtsinkongruenz* bezeichnet.

Eine Geschlechtsdysphorie wird gemäß DSM-5 diagnostiziert, »wenn (Kriterium A) eine deutliche *Nichtübereinstimmung* zwischen der erlebten und zum Ausdruck gebrachten Geschlechtsidentität und dem zugewiesenen Geschlecht von mindestens 6 Monaten Dauer besteht. Die Nichtübereinstimmung ist durch die folgenden Merk-

male gekennzeichnet: deutliche Nichtübereinstimmung zwischen der erlebten und zum Ausdruck gebrachten Geschlechtsidentität und den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen (oder im Fall von Jugendlichen: den vorweggenommenen Auswirkungen von sekundären Geschlechtsmerkmalen), den starken Wunsch, sich der sekundären Geschlechtsmerkmale zu entledigen (bei Jugendlichen: die Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale zu verhindern), den starken Wunsch, die primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale des anderen Geschlechts zu besitzen, den starken Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören, den starken Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechts behandelt zu werden, und die starke Überzeugung, gemäß den für das erlebte Geschlecht typischen Gefühlen zu empfinden und entsprechende Reaktionen zu zeigen.«

Das *Kriterium B* verweist darauf, dass der Zustand mit einem klinisch relevanten Leiden oder einer Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verknüpft ist oder der Zustand mit einer deutlich erhöhten Wahrscheinlichkeit verbunden ist, ein solches Leiden bzw. eine solche erhöhte Beeinträchtigung hervorzurufen.

Wie die diagnostischen Leitlinien der ICD und des DSM zeigen, stehen im Zentrum dieser »Störung« die nicht korrigierbare, über lange Zeit hin bestehende Überzeugung der betreffenden Menschen, dem anderen Geschlecht anzugehören, und ihr Drängen auf hormonelle und chirurgische Maßnahmen, mit deren Hilfe eine Angleichung an das andere Geschlecht vorgenommen werden soll. Eine spezielle Gruppe, die allerdings nur eine gewisse Ähnlichkeit mit dem »Transsexualismus« aufweist, stellen Männer mit einer »Autogynephilie« (Blanchard 1991; Lawrence 2004) dar. Sie zeichnen sich durch die Neigung aus, durch die Vorstellung oder das Bild von sich selbst als Frau sexuell erregt zu werden.

Die in der ICD und im DSM aufgeführten diagnostischen Kriterien sind als übergreifende Leitlinien und Orientierungshilfe für die Diagnostik durchaus geeignet. Bei ihrer unkritischen Anwendung besteht indes die Gefahr anzunehmen, Trans*menschen stellen einen einheitlichen Persönlichkeitstyp dar und zeigten in ihrer Entwicklung einen einzigen, »typischen« Verlauf.

Wir müssen uns im Gegensatz zu einer solchen Auffassung heute darüber klar sein, dass es bei Trans*menschen völlig unterschiedliche Verläufe und Persönlichkeitsausformungen gibt. Trans*entwicklungen können sehr früh beginnen, was zur Erinnerung der Betroffenen führt, sie seien »schon immer« »transsexuell« gewesen. Andere Trans*menschen werden sich ihrer Situation erst später im Leben, im dritten oder vierten Lebensjahrzehnt, oder sogar noch wesentlich später, bewusst.

Ob sich Trans*menschen bereits in Kindheit und Jugend ihres Trans*seins bewusst werden und dies auch ihrer Umgebung kommunizieren, ist stark von der Einstellung der Umgebung bestimmt. Da vor 40 oder 50 Jahren viele Menschen das Phänomen Transidentität nicht kannten, fiel es Trans*menschen selbst sehr schwer, sich als »Trans*« zu definieren und dies ihrer Umgebung mitzuteilen. Heute hingegen bestehen in der Bevölkerung zumindest vage Vorstellungen davon, was Transidentität ist. Aus diesem Grund eröffnen heute deutlich mehr Kinder und Jugendliche ihren Eltern, dass sie »trans*« sind (vgl. S. 89 ff.).

Bei den früh beginnenden und stabil bleibenden Verlaufsformen wird in Anlehnung an Person und Ovesey (1974a, 1974b) mitunter von einer »primären Transsexualität« gesprochen, häufig mit der (fälschlichen!) Implikation, damit die »echte Transsexualität« zu kennzeichnen. Die erst im späteren Leben sich manifestierende »Transsexualität« wurde von den erwähnten Autoren hingegen als »sekundäre Transsexualität« bezeichnet. Aufgrund meiner Erfahrungen stimme ich indes Reiche (1984) und Senf (1996) voll zu, dass die »sekundäre« Transidentität nicht weniger »echt« ist als die »primäre« und es hier nicht um zwei unterschiedliche Formen der Transidentität geht, sondern lediglich um ein »Früher oder Später in der Organisation dessen, was dann als transsexuelles Phänomen manifest wird« (Reiche 1984, S. 61).

Werden die primäre und die sekundäre Form der Transidentität in diesem Sinne verstanden, so kann eine solche Unterscheidung indes sinnvoll sein in Bezug auf das therapeutische Vorgehen. In seiner Stichprobe von 271 Trans*menschen (81 Prozent Trans*frauen und 19 Prozent Trans*männer) fand Seil (2004) 29 Prozent mit »primärem Transsexualismus« und 71 Prozent mit »sekundärem

Transsexualismus«. Interessant ist, dass unter den Trans*frauen 60 Prozent der Gruppe des »sekundären Transsexualismus« angehören. Ich stimme der Interpretation des Autors zu, der meint, dass dieser hohe Prozentsatz der sekundären Form darauf zurückzuführen ist, dass sich bei männlichen Kindern die transidente Ausrichtung nicht schon von früher Kindheit an ungehindert entwickeln konnte, sondern vom Umfeld vielfach unterdrückt wurde, so dass sich die Transidentität erst im späteren Leben manifestieren konnte. Für die psychotherapeutische Begleitung resultiert daraus, dass die Trans*menschen mit einem frühen Beginn und ich-syntoner Ausrichtung (»primäre« Form) vor allem Unterstützung und Klärung in der Auseinandersetzung mit ihren Familien und im beruflichen Bereich benötigen, während diejenigen mit einem späten Beginn und ich-dystoner Ausrichtung (»sekundäre« Form) zunächst Hilfe bei der Lösung ihres innerseelischen Konflikts brauchen, damit sie ihre Transidentität akzeptieren können und diejenigen unter ihnen, die sich sozial isoliert haben, ein soziales Netz aufbauen können.

Auch hinsichtlich der Ziele, die Trans*menschen verfolgen, und hinsichtlich ihrer letztendlichen Entscheidung, ob sie eine Angleichung an das andere Geschlecht anstreben und durchführen lassen, ob sie sich in einem Zwischenbereich zwischen den Geschlechterrollen dauerhaft einrichten oder ob sie den Wunsch nach hormonellen und/oder operativen Angleichungen an das andere Geschlecht aufgeben, besteht eine große Bandbreite. Ich stimme in dieser Hinsicht Pfäfflin (1996a) zu, dass diese drei unterschiedlichen Wünsche und Verläufe von den Fachleuten (und meiner Ansicht nach auch von den Trans*menschen selbst) nicht wertend gegeneinander ausgespielt werden dürfen und keine der genannten drei Hauptlösungen einen Primat (»echte Transsexualität« zu sein) beanspruchen kann (s. hierzu auch die Ausführungen von Lindemann 1993).

So zeigt denn auch eine Sichtung der internationalen Literatur zum Thema »Transsexualität« (White u. Ettner 2004), dass sich längst nicht der größte Teil von Trans*menschen hormonell und chirurgisch behandeln lässt, sondern zwischen 43 Prozent und 50 Prozent von ihnen eine Lösung ihres Problems *ohne* Operation suchen.

Wenn in den diagnostischen Leitlinien der ICD-10 die Rede ist von der unkorrigierbaren Überzeugung, dem anderen Geschlecht

anzugehören, könnte man eigentlich mit gutem Recht wie Esquirol und Krafft-Ebing (1886), Anhänger der Lacan-Schule (s. Runte 1985), Socarides (1970) und Volkan (2004) von einem »Wahn« sprechen, ist doch auch dieser dadurch gekennzeichnet, dass die betreffende Person an einer durch nichts zu korrigierenden Vorstellung festhält, die nicht der äußeren Realität entspricht. Ist es im Fall des religiösen Wahns beispielsweise die Überzeugung, Gott oder der Teufel oder eine religiöse Person der Vergangenheit zu sein, woran unbeirrt festgehalten wird, so könnte man beim »Transsexualismus« ebenso von einem Wahn sprechen, wenn eine Person, ungeachtet ihres biologischen Geschlechts, behauptet, dem anderen Geschlecht anzugehören, und trotz aller Gegenargumente an dieser Überzeugung festhält. Denn in dieser Hinsicht stimmen die in der internationalen Fachliteratur publizierten Berichte über die Behandlungen von Trans*menschen überein: Von wenigen, eher zweifelhaften Berichten abgesehen, ließen sich durch keine Therapiemethode Trans*menschen von ihrer Überzeugung und von ihrem Wunsch nach einer Angleichung an das andere Geschlecht abbringen.

Rein phänomenologisch gesehen, könnte man in der beschriebenen Argumentation die Transidentität durchaus als wahnhaftige Überzeugung ansehen. Damit hätte man ihr einen eindeutigen Platz in der Psychopathologie zugewiesen und würde sie bei den Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises ansiedeln. Dadurch würde allerdings ihre Bedeutung, Struktur und Funktion in keiner Weise erklärt, sondern der Zugang zum Trans*menschen würde noch weiter versperrt. Betonte doch beispielsweise Jaspers (1973) als Charakteristikum des Wahns, dass der Wahn dem gesunden Menschen »uneinfühlbar« sei. Selbst wenn wir mit Benedetti (1975, 1987) und anderen psychoanalytisch orientierten Schizophrenieforschern den Wahn keineswegs als uneinfühlbar betrachten, sondern ihn als produktiven Versuch der Auseinandersetzung mit Vorstellungen verstehen, die sich vom Unbewussten dem Bewusstsein aufdrängen und als dissoziierte Inhalte in die Außenwelt projiziert werden, ist und bleibt er das Symptom einer schweren psychischen Erkrankung. So versteht Volkan (2004) den »Transsexualismus« denn auch als Ausdruck eines »infantilen psychotischen Selbst«.

Etwas weniger pathologisierend war die Ansicht (wie es das DSM-IV formulierte), wir hätten es bei der Transidentität mit einer – allerdings schwerwiegenden, therapeutisch nicht beeinflussbaren – Störung der Geschlechtsidentität zu tun. Dieser Auffassung gemäß liegt bei der Transidentität eine Störung in der Entwicklung der Kerngeschlechtsidentität vor, dem in den ersten zwei Lebensjahren sich ausbildenden Grundbaustein der Geschlechtsidentität (die beiden anderen »Bausteine« sind die Geschlechtsrolle und die Geschlechtspartnerorientierung).

Unter der *Kerngeschlechtsidentität* verstehen wir mit Mertens (1992) »das primordiale, bewusste und unbewusste Erleben [...], entweder ein Junge oder ein Mädchen bezüglich seines biologischen Geschlechts (im Englischen »sex« im Unterschied zu »gender«) zu sein. Sie entwickelt sich aufgrund des komplexen Zusammenwirkens von biologischen und psychischen Einflüssen ab der Geburt eines Kindes, wenn die Eltern mit ihrer Geschlechtszuweisung zumeist geschlechtsrollenstereotyp auf ihre Kinder als Junge oder Mädchen reagieren, und ist gegen Ende des zweiten Lebensjahres als (relativ) konfliktfreie Gewissheit etabliert« (Mertens, S. 24). Wenn wir die Transidentität als Störung in diesem Bereich verstehen, haben wir sie zwar phänomenologisch mehr oder weniger zutreffend beschrieben. Aber auch bei diesen Überlegungen bleibt völlig offen, wodurch es zu dieser Entwicklung gekommen sein könnte. Und letztlich würden wir die Transidentität bei der Verwendung dieses Konzepts ebenfalls als pathologische Erscheinung charakterisieren. Kritisch müssen wir – aus gendertheoretischer Perspektive – auch die Frage stellen, warum die Kerngeschlechtsidentität dichotom konzipiert ist. Könnte sie nicht viel mehr als zwei Dimensionen umfassen (s. Rauchfleisch u. Baeriswyl 2011)?

Einen noch weiteren Schritt in der Entpathologisierung der Transidentität geht die neue DSM-5, die nicht von »Transsexualität« oder von einer »Störung der Geschlechtsidentität«, sondern von »Gender Dysphoria« spricht. Gemäß dieser Auffassung besteht bei Trans*menschen ein Leidensdruck, der sich aus der Diskrepanz zwischen dem anatomischen Geschlecht und dem Geschlechtsidentitätserleben ergibt und als krankheitswertige Störung betrachtet wird. Nicht die Transidentität selbst ist pathologisch, sondern das Leiden

entsteht durch die *Genderinkongruenz*, die aus dem Auseinanderklaffen von Geschlechtsidentität und biologischem Geschlecht resultiert. Mit dieser Formulierung des DSM-5 ist ein entscheidender Schritt der Entpathologisierung der Transidentität getan, ohne dass zu befürchten wäre, dass die Krankenkassen keine Leistungen mehr erbringen würden, wenn die Transidentität selbst keine »Krankheit« mehr ist. Das aus der Genderdysphorie resultierende Leiden ist eindeutig behandlungsbedürftig und damit Pflichtleistung der Krankenkassen.

Obwohl sich in der Fachliteratur verschiedene psychodynamische Überlegungen dazu finden, auf welche Weise eine Störung der Kerngeschlechtsidentität entstanden sein könnte, sind diese bei einzelnen Trans*menschen gesammelten Beobachtungen äußerst hypothetisch und finden sich durchaus auch in Familien von Nicht-Trans*menschen. Als *psychodynamische Ursachen* sind unter anderem genannt worden: der (oft unbewusste, zum Teil aber direkt ausgelebte) Wunsch der Eltern, ein Kind des anderen Geschlechts zu haben; das eher »weibliche« Aussehen und Verhalten der späteren Trans*frau und das eher »männliche« Aussehen und Verhalten des späteren Trans*mannes; die (unbewusste) Tendenz eines Elternteils, das Kind dem anderen Geschlecht zuzuweisen, um damit den anderen Elternteil zu verletzen; das Fehlen oder die stark negative Besetzung des gleichgeschlechtlichen Elternteils, wodurch das Kind zur Identifikation mit dem gegengeschlechtlichen Elternteil gedrängt werde; der »Transsexualismus« stelle eine Form der verdrängten, als verpönt erlebten, nicht akzeptierten eigenen Homosexualität dar (beispielhaft für diese Ansätze seien Person u. Ovesey 1974a, 1974b; Stoller 1975; Volkan 2004 und Kamermans 1995 genannt). Von *somatischer Seite* sind als Ursachen der Transidentität postuliert worden: eine hormonelle Beeinflussung des Fötus mit gegengeschlechtlichen Hormonen in der intrauterinen Entwicklung; Störungen in nicht genauer identifizierbaren Arealen des Gehirns und eine Zeitlang vor allem das Y-chromosomal kodierte Genprodukt Histokompatibilitätsantigen Y (H-Y-Antigen), ein Zellmembranglykoprotein (Eicher et al. 1979; Engel, Pfäfflin, Klemme u. Ebrecht 1981). In den letzten Jahren hat Diamond (2006, 2010; s. auch Haupt 2011, 2012) aus der Sicht der Neurowissenschaften postuliert, die Transidentität als eine Form hirngeschlechtlicher Intersexualität zu verstehen.

Fasst man die genannten ätiologischen Überlegungen psychologischer und somatischer Art zusammen, so muss man sagen, dass sie das Phänomen »Transsexualismus« nicht schlüssig erklären. Entweder sind sie viel zu unspezifisch, wie die psychodynamischen Hypothesen, oder mehr oder weniger unbewiesen, wie viele somatische Erklärungsversuche. Wieder andere Theorien (wie die Wirksamkeit des H-Y-Antigens) mussten schon bald wieder fallengelassen werden, da sich die anfänglich Euphorie auslösenden Befunde (»wir haben endlich *die* somatische Ursache der Transidentität gefunden«) nicht replizieren ließen und als unzutreffend erwiesen.

Wir stehen heute an einem Punkt, an dem wir sagen müssen, dass die Ursachen der Transidentität nach wie vor im Dunkeln liegen. Es ist die gleiche Situation, in der wir uns angesichts der Frage nach der Entstehung der sexuellen Orientierungen befinden. Auch hier sehen wir uns trotz verschiedener Hypothesen einem großen Fragezeichen gegenüber, wenn wir zu ergründen versuchen, wie heterosexuelle, bisexuelle und homosexuelle Orientierungen entstehen. Auf Zusammenhänge zwischen Transidentität und den verschiedenen sexuellen Orientierungen werde ich im Kapitel »Die den Transitionsprozess begleitende Psychotherapie« noch ausführlicher eingehen.

Die meisten bisherigen Hypothesen über die Entstehung der Transidentität gehen letztlich alle davon aus, dass wir es hier mit einer pathologischen Form der Geschlechtsidentität zu tun hätten. Nur äußerst selten rücken die Autoren vom Pathologiekonzept ab und verstehen die Transidentität als »normale« Variante der Geschlechtsidentität (so Sigusch 1995 sowie Diamond 2006, 2010, mit seinem Konzept einer spezifischen Hirngeschlechtsidentität). Diese Änderung im Verständnis der Transidentität – wir müssen geradezu von einem Paradigmenwechsel sprechen – ist dadurch bedingt, dass wir heute eine weitaus größere Zahl von Trans*frauen und Trans*männern kennen als in früheren Jahren und ihren Lebensweg zum Teil über Jahrzehnte nachverfolgen können. Dadurch haben wir ein wesentlich differenzierteres Bild gewonnen und haben erkannt, dass wir längst nicht bei allen diesen Menschen, sondern nur bei einem kleinen Teil, Zeichen einer wie auch immer gearteten Psychopathologie, in diesem Fall meist reaktive Störungen, feststellen können (einen Überblick über die psychische Gesundheit und die emotionale Befindlichkeit von Trans*menschen