

Transsexualität

**Grundlegende neurowissenschaftlich-medizinische, menschenrechtskonforme
Positionsbestimmungen und daraus abzuleitende Empfehlungen für die Begleitung,
Betreuung und Therapie transsexueller Menschen
(„Aldorfer Empfehlungen“, Finale Version 1.0)**

von: Dr. med. univ. Dr. phil. Horst-Jörg Haupt
Institution: Sozialpsychiatrischer Dienst Kanton Uri
Adresse: Seedorferstrasse 6
CH-6460 Altdorf

Geleitwort von Prof. Dr. rer.nat. Dipl.-Psych. Udo Rauchfleisch

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat unlängst ein die Schweizer Behandlungspraxis transsexueller Menschen bestimmendes Bundesgerichtsurteil aufgehoben und dazu aufgefordert, künftig bei der Begleitung, Beratung und Therapie unbedingt die individuellen Umstände und Besonderheiten der jeweils zur Diskussion stehenden Person zu berücksichtigen. Damit ist die einzige in der Schweiz bestehende Richtlinie zur Behandlung transsexueller Menschen hinfällig geworden. Dies war dringend notwendig, da das Schweizer Bundesgerichtsurteil von einem falsch verstandenen Passus der Internationalen Klassifikation der Diagnosen (ICD) ausgegangen war und mit der „mechanisch“ angewendeten „2-Jahres-Regel“ der psychiatrischen Beobachtung den Artikel 8 der Europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten verletzt hatte, da das in Artikel 8 enthaltene Recht auf sexuelle Selbstbestimmung auch das Recht auf „Geschlechtsumwandlung“ beinhaltet.

Man kann diesen Mangel an verbindlichen Richtlinien und gesetzlichen Regelungen beklagen, öffnet er doch willkürlichen Entscheidungen von Institutionen und einzelnen Personen Tür und Tor. Andererseits kann man im Fehlen eines „Transsexuellen-Gesetzes“ aber auch einen grossen Vorteil sehen, wenn man sich vergegenwärtigt, welche enormen Hürden und Probleme beispielsweise das deutsche Transsexuellen-Gesetz in der Vergangenheit geschaffen hat.

Für transsexuelle Menschen selbst und für alle, die im privaten wie im professionellen Kontext mit ihnen zusammentreffen, wird jedoch immer wieder spürbar, dass es an Guidelines mangelt, die als Orientierung dienen können und Verbindlichkeit für die Begleitung, Beratung und Behandlung transsexueller Menschen besitzen. Es ist deshalb höchst verdienstvoll, dass Dr. Horst-Jörg Haupt für den Sozialpsychiatrischen Dienst des Kantons Uri/Altdorf die hier vorgelegten Guidelines, die „Altdorfer Empfehlungen“, formuliert hat. Es sind Guidelines in Form von Empfehlungen, die menschenrechtskonform sind und den medizinischen State of the Art repräsentieren. Sie stellen damit international ein absolutes Novum dar, gehen die anderen international gebräuchlichen Richtlinien doch alle von einem Pathologiekonzept aus und stellen damit gemäss der Kritik des Europäischen Menschenrechtskommissars eine Verletzung der Menschenrechte dar.

Bei der Formulierung der „Altdorfer Empfehlungen“ geht es Dr. Haupt darum, die Erkenntnisse der modernen Psychosozialen Medizin und der Gesundheitswissenschaften sowie der Neurowissenschaften zu nutzen, beim Entfaltungsprozess von transsexuellen Menschen die Risiken zu minimieren und durch die Aktivierung von Ressourcen und Gesundheitspotenzialen den Entfaltungsprozess optimal zu unterstützen.

Die grossen Vorteile derartiger Empfehlungen liegen auf der Hand: Dadurch kann es gelingen, die medizinischen Massnahmen bei der Begleitung, Beratung und Behandlung via Case Management menschenrechtskonform und qualitativ hochwertig zu erbringen.

Die hier vorgelegten Guidelines gehen, im Gegensatz zu den international bekannten Regelungen wie den deutschen Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen und den Standards of Care der „World Professional Association for Transgender Health“, davon aus, dass Transsexualität nichts mit psychischer Krankheit zu tun hat. Diese Entpathologisierung der Transsexualität, die, wie erwähnt, auch vom Europäischen

Menschenrechtskommissar gefordert wird, stellt einen wichtigen Schritt in der Entwicklung menschenrechtskonformer, den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnissen und der empirischen Erfahrung mit transsexuellen Menschen entsprechender Begleitungs- und Behandlungsprogramme dar.

Wie ich in meinem Buch „Transsexualität. Transidentität“ (2009) aufgrund meiner mehr als 40-jährigen Beschäftigung mit transsexuellen Menschen dargelegt habe, ist die Entpathologisierung der Transsexualität dringend notwendig, wird doch erst dadurch ein unvoreingenommener, offener Dialog zwischen transsexuellen Menschen, ihren Angehörigen und den Professionellen möglich.

Es ist zu hoffen, dass die von Dr. Haupt vorgelegten „Altdorfer Empfehlungen“ nicht nur im Kanton Uri und in den anderen Schweizer Kantonen Anwendung finden, sondern auch internationale Beachtung finden und zu dem längst überfälligen Paradigmenwechsel im Verständnis der *Transsexualität als einer gesunden Normvariante der sexuellen Identität* führen.

Binningen, im Oktober 2011

Prof. Dr. Udo Rauchfleisch

Vorwort von Dr. med. Peter Gabriel, Leitender Arzt SPD Uri

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat kürzlich das als einzige Handlungsrichtlinie zum Umgang mit Transsexualität in der Schweiz geltende Bundesgerichtsurteil wegen Verletzung der Grundrechte aufgehoben.

Richtlinien sollten ja im Allgemeinen helfen, den Umgang mit schwierigen Umständen oder Sachverhalten zu regeln. Gleichzeitig werden Abweichungen von der Norm kontrolliert und gelegentlich sogar als nonkonform bewertet. Wenn diese Richtlinien aus einer schwierigen und uneinheitlich definierten Ausgangslage wie im Falle der Transsexualität heraus entstehen, ist daraus fehlerhafter oder diskriminierender Gebrauch leicht möglich.

Artikel 8 der Europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten enthält nämlich nebst dem Recht auf sexuelle Selbstbestimmung auch das Recht auf „Geschlechtsumwandlung“. Welches aber bis anhin durch vielerlei Hürden kontrolliert, stark eingeschränkt und behindert wird. Diese Praxis erweist sich nun eindeutig als nicht menschenrechtskonform. Eine gesetzliche Regelung zur Transsexualität wie beispielsweise das Transsexuellengesetz in Deutschland gibt es (glücklicherweise?) in der Schweiz nicht. Aufgrund neuerer Erkenntnisse u.a. der psychosozialen Medizin, der Gesundheits- und Neurowissenschaften besteht nun die Chance, den Umgang mit der Transsexualität zu überdenken. Dank der nun vorliegenden akribischen Recherche und der fruchtbaren Zusammenarbeit mit Fachleuten und transsexuellen Menschen hat Dr. Horst-Jörg Haupt Empfehlungen erarbeitet, die sehr sorgsam erstellt und vom Bemühen nach Beachtung der Menschenrechte des Individuums beseelt sind.

Nun, womit haben wir uns auseinanderzusetzen? Wir sehen uns mit Fakten konfrontiert, die ein Umdenken geradezu herausfordern. Bisher war sehr häufig die Meinung vorherrschend, sexuelle Identität sei organisch bestimmt v.a. durch die Geschlechtsorgane. Geschlechtschromosomen würden, zumindest meistens zur Entwicklung von vorherbestimmten „Geschlechtsorganen“ führen. Die sexuelle Identität, meinte man, sei also dementsprechend fix und vorgegeben. „Sexuelle Identität wird durch das Gehirn bestimmt“, das ist ein Paradigmenwechsel, der allerdings bei genauer und wertfreierer Betrachtung der Menschheitsgeschichte im Grunde gar nicht so neu wäre. Es ist wohl an der Zeit, die Pathologisierung der Transsexualität abzulösen durch die „Normalisierung der Entwicklung unterschiedlicher sexueller Identitäten“. Wünschenswert und lange überfällig ist eine Entpathologisierung der Transsexualität und die Anerkennung der Transsexualität als eine gesunde Normvariante sexueller Identität. Konsequenterweise erfordert dies eine neue Herangehensweise an den Begleitungsprozess, den eher selteneren (weil medizinisch pathologisierend) Behandlungsprozess, und der Unterstützung transsexueller Menschen bei den komplexen Anpassungen.

Die vorliegenden Altdorfer Empfehlungen, geleitet von der Achtung des normalen Andersseins, sollen hierbei helfen. Denn neue Erkenntnisse belegen, sexuelle Identitäten in ihren unterschiedlichen Normalvarianten gehören unumstösslich zum gesunden Dasein des erwachsenen Menschen.

Altdorf, im Oktober 2011

Dr. med. Peter Gabriel

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
I. Grundlagen	6
2. Die Yogyakarta-Prinzipien	7
3. Neurowissenschaftliches Grundverständnis von Transsexualität	9
4. Deklaration von Alma Ata und Ottawa-Charta	15
5. Transphobie	23
II. Risiken bei Transsexualität	25
6. Schädigung, Risiken und Prävention	26
7. Dimensionen und Risiken bei Entfaltungsprozessen	30
8. Latenz	32
9. Inting	34
10. Outing	41
11. Körperliche Angleichung und Lebensweiseadaption	49
12. Mögliche Synthese von Dimensionen	55
III. Empfehlungen zur Begleitung, Betreuung und Therapie	58
13. Empfehlungen zum Casemanagement	59
14. Somatomedizinische Massnahmen	67
15. Logopädische Betreuung	73
16. Transsexualität und Psychotherapie/Psychiatrie	75

1. Einleitung

In der Schweiz gibt es keine gesetzlichen Regelungen, die bei Vorliegen von Transsexualität die juristisch-medizinischen Voraussetzungen der Vornamens- und Personenstandsänderung bestimmen. Die Ausgestaltung von entsprechenden Regelungen erfolgt durch die kantonale und bundesgerichtliche Rechtsprechung¹. Bezüglich der Betreuung und Behandlung transsexueller Menschen gibt es keine verbindlichen Guidelines². Ein massgebliches, die Schweizer Behandlungspraxis transsexueller Menschen bestimmendes Bundesgerichtsurteil, wurde unlängst aufgrund eines Urteils des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte aufgehoben³. Das Urteil des EMGR ist als Aufforderung zu verstehen, künftig bei der Begleitung, Betreuung und Therapie transsexueller Menschen durch medizinische Dienste unbedingt die Umstände und Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalls ausreichend zu berücksichtigen.

Der EMGR hatte im vorliegenden Fall die von der schweizerischen Rechtsprechung für die obligatorische Kostenübernahme aufgestellte „2-Jahres-Regel“ der psychiatrischen Beobachtung als streng und „mechanisch“ angewendet beurteilt und darin eine Verletzung des Artikels 8 der Europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) gesehen, weil das in Art. 8 EMRK enthaltene Recht auf sexuelle Selbstbestimmung auch das Recht auf „Geschlechtsumwandung“⁴ beinhaltet.

Seitens des Europarats, insbesondere des Europäischen Kommissars für Menschenrechte, Thomas Hammarberg, wurde die in den Ländern des Europarats (also auch in der Schweiz) übliche Praxis bei der Behandlung transsexueller Menschen als in wesentlichen Aspekten menschenrechtsverletzend eingestuft⁵.

Wir erkennen also deutliche Zeichen eines bevorstehenden Umbruchs bezüglich des Vorgehens bei der Begleitung, Betreuung und Behandlung transsexueller Menschen. Die Behandlungssituation und -bedingungen transsexueller Menschen in der Schweiz erscheinen aktuell vielfältig. Eine Reihe von Regelungen, die in der Schweiz praktiziert werden, sind als nicht menschenrechtskonform einzustufen.

Die Orientierung an international bekannten Regelungen (wie z.B. von manchen universitären Kompetenzzentren praktiziert) hilft hier nicht weiter: Auf das 25 Jahre alte deutsche Transsexuellengesetz wie auch auf die deutschen Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen (Becker, 1997) treffen eine Reihe der von Thomas Hammarberg in seinem Issue Paper ausgeführten Kritikpunkte zu; die von 2001 bis 2011 gültigen Standards of Care (SoC Version 6 von 2001, inzwischen ersetzt durch SoC Version 7; s.u.) der „World Professional Association for Transgender Health“ (WPATH) wurden vom Europäischen Menschenrechtskommissar kritisiert, weil diese Transsexualität immer noch als psychische Störung begreifen und damit der Pathologisierung von Transsexualität Vorschub leisten⁶. Selbst neuere Veröffentlichungen wie die unlängst (März 2011) von Louis Gooren im New England Journal of Medicine veröffentlichte

Übersichtsarbeit „Care of Transsexual Persons“ (Gooren, 2011) lehnen sich strikt an die WPATH Guidelines von 2001 (WPATH, 2001) an.

Inzwischen ist reichlich Bewegung in den internationalen Diskussionen bezüglich Menschenrechtskonformität der diagnostischen Sicht von Transsexualität als „psychische Störung“ zu verzeichnen. So hat das Europa-Parlament in einer Resolution vom 28.09.2011 (Bezug nehmend auf eine Reihe von einschlägigen UNO-Resolutionen und -Deklarationen) folgende Stellungnahme abgegeben:

- „verurteilt aufs Schärfste die Tatsache, dass ... Transsexualität von manchen Staaten, auch in der EU, noch immer als psychische Krankheit angesehen (wird; Erg.d.A.) ... und fordert diese Staaten auf, dem ein Ende zu bereiten;“⁷
- „fordert die Kommission die Weltgesundheitsorganisation auf, Störungen der Geschlechtsidentität von der Liste der psychischen und Verhaltensstörungen zu streichen und in den Verhandlungen über die 11. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-11) eine nicht pathologisierende Neueinstufung sicherzustellen;“⁸

Seitens der WPATH wurde zuvor die 7. Version der Standards of Care vorgelegt (WPATH, 2011). In dieser Version wird nach wie vor an der Psychopathologisierung der Transsexualität festgehalten, indem man nunmehr als „Diagnose“ die „Gender Dysphoria“ favorisiert (statt der alten GID). Es scheint, dass man angesichts der zunehmenden Kritik von Menschenrechtsorganisationen durch eine geschickt formulierte „Soft-Psychopathologisierung“ und „psychische Softstörung“ transsexueller Menschen den Kritikern den Wind aus den Segeln nehmen will. Es wird beteuert: „WPATH released a statement in May 2010 urging the de-psychopathologization of gender nonconformity worldwide ... Thus, transsexual, transgender, and gender nonconforming individuals are not inherently disordered. Rather, the distress of gender dysphoria, when present, is the concern that might be diagnosable and for which various treatment options are available“ (WPATH, 2011, 4ff)“. Trotz blumiger „respektvoll“ erscheinender Formulierungen: es bleibt die Tatsache, dass eine psychische Störung diagnostiziert wird. Wie bei den SoC-Vorgängerversionen haben auch hier „ExpertInnen“ (im wesentlichen Mitglieder des SexologInnen-Netzwerks um Kenneth Zucker) vorgegeben, welche „Behandlungen“ für die als psychisch gestört angesehenen transsexuellen Menschen „gut“ sind (statt die Betreuungsangebote primär an deren subjektiven Bedürfnissen zu orientieren). Man versucht weiter transsexuelle Menschen in ein „standardisiertes Regelkorsett“ einspannen zu wollen.

Es scheint, dass auch im künftigen DSM5 ähnlich wie in den WPATH-SoC7 die „Gender Dysphoria“ als psychische Softstörung transsexueller Menschen figurieren wird (es gibt enge personelle Verflechtungen zwischen der DSM5-GID-Vorbereitungsgruppe und der WPATH; s.o. Netzwerk um Kenneth Zucker). Eine Herausnahme der Transsexualität aus dem künftigen DSM5 wäre immerhin möglich gewesen. Cohen-Kettenis schreibt in einer die neue (eigentlich alte) Gender-Dysphoria-Etikettierung via DSM/SoC7 vorbereitenden Arbeiten: „If the diagnosis should not be deleted from the DSM, most of the criticism could be addressed in the DSM-V if the diagnosis would be renamed, the

criteria would be adjusted in wording, and made more stringent. However, this would imply that the diagnosis would still be dichotomous and similar to earlier DSM versions“ (Cohen-Kettenis und Pfäfflin, 2009). Im Klartext: Neues Wording und ein neuer Name. Und eben *bewusst* keine Herausnahme der Transsexualität aus dem DSM5.

Damit sind die WPATH-Standards auch in der Version 7 als nicht menschenrechtskonform einzustufen. Denn die Forderungen der Vereinten Nationen, des Europarats-Kommissars für Menschenrechte und nun auch des Europa-Parlaments besagen eindeutig, dass Transsexualität als Diagnose aus den Störungskatalogen der Psychiatrie zu entfernen ist. Erfreulich: auch seitens der Weltgesundheitsorganisation der UNO (WHO) sind Signale zu verzeichnen, in diese Diskussion im Zuge der Revision des ICD ernsthaft eintreten zu wollen. So formulierte Helena Nygren-Krug, Health and Human Rights Adviser der WHO, unlängst in einem Statement (am 23.6.2011 in Strassburg): „A third function of WHO is to establish and revise, as necessary, international nomenclatures of diseases. The above-mentioned ICD is the vehicle for this. It supports health authorities in determining what type of services should be made available to the population. The 11th version of the ICD is scheduled to be presented to the World Health Assembly (WHO’s Governing Body) in May 2015. Although homosexuality is no longer included, other issues that may concern us remain, such as transsexualism as a mental disorder. How can we ensure that we address the health care needs of transgender populations without further stigmatizing them? I hope that transgender people and the transgender movement can help us in addressing this challenge invoking the key human rights principle of participation - ‘nothing for us without us‘“ (Nyberg-Krug, 2011). Sicher ist noch einiges Engagement notwendig, damit diese Diskussion nicht auch auf eine Soft-Psychopathologisierung hinausläuft.

Es hat jedenfalls den Anschein, dass die jahrzehntelange diskursive Dominanz des weltumspannenden, aber dennoch zahlenmässig kleinen Sexologen-Netzwerks um Kenneth Zucker, Friedemann Pfäfflin und KollegInnen, das die psychische Gestörtheit von Transsexualität zum unumstösslichen Paradigma erhoben hat und eisern verteidigt, sich allmählich dem Ende zuneigt.

Die folgenden Empfehlungen wurden von einem Arbeitskreis des SPD Uri ausgearbeitet, um Guidelines für die Begleitung, Betreuung und Behandlung transsexueller Menschen im Sozialpsychiatrischen Dienst des Kantons Uri zu definieren⁹.

Der Arbeitskreis wurde dabei von Herrn Prof. Dr. phil. Udo Rauchfleisch, Universität Basel, Frau Christina Mareske, Logopädin in Basel, sowie Frau Christina Schieferdecker und Frau Kim Schicklang von der Aktion Menschenrecht und Transsexualität (ATME), einer deutsch-schweizerischen Menschenrechtsorganisation, unterstützt. Ziel war die Erstellung von Empfehlungen, die

- menschenrechtskonform sind
- den medizinischen State of the Art repräsentieren, also
 - sich beim Thema Transsexualität die Erkenntnisse der modernen Psychosozialen Medizin und Gesundheitswissenschaften sowie der Neurowissenschaften zunutze machen;

- die Risikominimierung beim Entfaltungsprozess, insbesondere beim körperlichen Angleichungsprozess und bei der subjektiven Adaption der Lebensweise an das Hirngeschlecht, zum Ziel haben
- die Aktivierung von Ressourcen und Gesundheitspotenziale intendieren, um den Entfaltungsprozess, insbesondere den körperlichen Angleichungs- und den Lebensweiseadaptionsprozess, optimal zu unterstützen und
- damit einen Beitrag leisten, dass die medizinischen Massnahmen bei der Begleitung, Betreuung und Behandlung via Casemanagement mit exzellenter Qualität zweckmässig und wirtschaftlich erbracht werden können.

Ein wichtiges Basisdokument bezüglich der Menschenrechtssituation transsexueller Menschen stellt für uns der Bericht „Transsexual People in Germany, A Human Rights Report“ (ATME, 2008) der Menschenrechtsorganisation ATME dar; die Feststellungen und Forderungen des Berichts waren, bezogen auf die Menschenrechtsthematik, wesentliche Hilfe und Background beim Erstellen dieser Guidelines.

Neben der strikten Gesundheits-, psychosozialen, neurowissenschaftlichen und Menschenrechtsorientierung dieser Empfehlungen ist insbesondere noch hervorzuheben, dass erstmals im internationalen Massstab transsexualitätsbezogene Guidelines in enger Kooperation mit transsexuellen Menschen, die sich für die Menschenrechte engagieren, entwickelt wurden und gemäss dem Forschungsprinzip der Holzkamp-Schule transsexuelle Menschen nicht als sog. zu „Beforschende“ betrachtet werden, sondern allgemein als Mitforschende (Begründungen, warum wir uns auf die Konzepte der Holzkamp-Schule stützen, s. Endnote 9).

Die traditionelle medizinische Wissenschaft vertritt beim Thema Transsexualität einen explizit kontrollwissenschaftlichen Standpunkt. Klaus Holzkamp hat die Intentionen von Kontrollwissenschaft sehr treffend formuliert: „Es geht ja eigentlich immer darum, wie sind Menschen durch Bedingungen kontrollierbar, aber niemals umgekehrt darum, wie können Menschen ihre Lebensbedingungen kontrollieren.“ (Holzkamp, 1983). Eindrucksvoll lässt sich dies anhand eines Zitats von Sophinette Becker illustrieren: „Die Medizin und (nachfolgend) Rechtsprechung und Gesetzgebung haben sich auf den Geltungsanspruch der Transsexuellen eingelassen und sind ihrem Verlangen nach Geschlechtswechsel bzw. Geschlechtsumwandlung (wenn auch mit Vorbehalten, Bedenken und entsprechenden 'Hürden') entgegengekommen. Medizin und Rechtsprechung haben durch ihr Entgegenkommen das transsexuelle Verlangen weitgehend unter ihre Kontrolle gebracht, nicht zuletzt im Interesse der Aufrechterhaltung der traditionellen Geschlechterordnung“ (Becker, 2004).

Diesem „kalten Hauch“ traditioneller medizinischer Kontrollwissenschaft setzen wir in diesen Guidelines ein grundlegend anderes Forschungs- und Unterstützungsverständnis entgegen: Es geht uns um eine Wissenschaft ausgehend vom verallgemeinerten Subjektstandpunkt transsexueller Menschen. Zur Verdeutlichung, was wir damit genau meinen, schliessen wir ein Zitat von Morus Markard an: „Dabei bedeutet Psychologie vom Standpunkt des Subjekts natürlich nicht Psychologie vom Standpunkt des jeweiligen Subjekts. Es geht vielmehr um eine Psychologie vom verallgemeinerten Subjektstandpunkt aus, das heisst um eine Psychologie im Begründungs- statt im Bedingtheitsdiskurs. Dass die

jeweiligen Subjekte nicht beforscht werden, sondern auf der Seite der Forschung stehen, bedeutet natürlich auch nicht, dass die professionell Forschenden sich inhaltlich auf die Seite dieser jeweiligen Mitforschenden schlagen. Das ist formal ja schon dann ausgeschlossen, wenn es sich um mehrere, ggf. in Konflikt befindliche, Mitforschende handelt. Spätestens dann, wenn es um praktische Konsequenzen aus Forschung bzw. Analysen geht, gibt es ja Meinungsverschiedenheiten, auch eben zwischen Forschenden (ein Problem, das sich durch Rückzug der Forschung von praktischen Veränderungen natürlich vermeiden lässt). Der für die Kritische Psychologie konstitutive Gedanke emanzipatorischer Veränderung schliesst Kritik an Verhältnissen und Verhalten ein. Hier sind inhaltliche Kontroversen kaum zu vermeiden, jedenfalls dann nicht mehr, wenn praktische Forschung praktische Änderungen ins Auge fasst.“ (Markard, 2000).

Entsprechend stützen wir uns ganz bewusst auf die autobiografischen Berichte von transsexuellen Menschen. Die darauf basierenden Case Studies haben uns bei der Fundierung der Kategorien unschätzbare Dienste geleistet; wir haben allerdings in diese Guidelines keine Fallvignetten aufgenommen, um den Textumfang in erträglichen Grenzen zu halten (wir werden das auf unserer demnächst online-gehenden „Ratgeber“-Homepage nachholen).

Teil I.

Grundlagen

2. Die Yogyakarta-Prinzipien

2007 wurde durch eine Gruppe renommierter ExpertInnen für Menschenrechte die „Yogyakarta-Prinzipien zur Anwendung der Menschenrechte in Bezug auf die sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität“, formuliert und publiziert, um internationale Standards bezogen auf sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität zu fördern. Der europäische Kommissar für Menschenrechte, Thomas Hammarberg, erachtet die Einhaltung dieser Prinzipien als äusserst wichtig: „Obwohl sie nicht als internationaler Standard angenommen wurden, werden die Prinzipien bereits von VN Organen (VN = Vereinte Nationen, A.d.A.) und einzelstaatlichen Gerichten zitiert, und viele Regierungen haben sie zu einem handlungsleitenden Instrument bei der Definition von betreffenden Sachpolitiken gemacht. Der Kommissar für Menschenrechte hat die Yogyakarta-Prinzipien begrüsst und betrachtet sie als wichtiges Instrument für die Identifizierung der einzelstaatlichen Verpflichtungen, die Menschenrechte aller Personen unabhängig von ihrer Geschlechtsidentität zu achten, zu schützen und einzulösen.“¹⁰

Im Yogyakarta-Prinzip Nr. 17 wird das Recht „auf das höchstmögliche Mass an Gesundheit“ festgeschrieben. Das bedeutet die Verpflichtung der Gesundheitsdienste transsexuellen Menschen gegenüber ohne jede Diskriminierung

- den bestmöglichen Gesundheitsstandard anzubieten (s.a. Artikel 12 des UN-Sozialpakts, dort ist das Recht auf höchstmögliche körperliche und geistige Gesundheit sowie das Recht auf medizinische Versorgung für jeden Menschen formuliert)
- auf Verbesserung des Gesundheitszustandes hinzuarbeiten
- auf deren Bedürfnisse einzugehen
- das Recht durch Einwilligung nach umfassender Aufklärung eigenständig Entscheidungen über medizinische Behandlungen und die gesundheitliche Versorgung zuzubilligen¹¹.

Daraus lassen sich wichtige Prinzipien für die Begleitung, Betreuung und Behandlung transsexueller Menschen ableiten: das Bestreben, medizinisch exzellente Dienstleistungen anzubieten (Prinzip medizinischer Excellence, also nicht Orientierung am Prinzip der Gewährung lediglich eines Minimums an Leistungen), den Fokus auf Gesundheitsförderung zu legen (Health Promotion Prinzip statt dem Bestreben, transsexuellen Menschen bei der Entfaltung Hürden in den Weg zu legen), primäre Orientierung an deren Bedürfnissen (Prinzip der strikten KlientInnen- und PatientInnen-Orientierung statt dem Prinzip der Dominanz von gutachterlichen und Therapeutenvorgaben) sowie das Recht

auf somatopsychische Selbstbestimmung und -verantwortung. Letzteres ist inkompatibel mit gutachterlicher und „therapeutischer“ Fremdbestimmung.

Als sehr tief greifend ist das Prinzip Nr.18 „Recht auf Schutz vor medizinischer Miss-handlung anzusehen“. Es besagt klar und eindeutig:

- Niemand darf aufgrund seiner Transsexualität gezwungen werden, sich irgendeiner Form von medizinischer oder psychologischer Behandlung oder Massnahmen zu unterziehen
- Entgegen anderslautenden Beurteilungen sind die sexuelle Orientierung und die geschlechtliche Identität an und für sich keine Erkrankungen und sollen daher nicht behandelt, geheilt oder unterdrückt werden.

Damit ist unmissverständlich dargelegt, dass Transsexualität keine Störung oder Krankheit darstellt. Transsexualität ist nicht zu behandeln oder wegzuthrapieren. Konzepte, nach denen Transsexualität eine Geschlechtsidentitätsstörung oder Verhaltens- bzw. Geistesstörung darstellt, stehen in diametralem Widerspruch zum Yogyakarta-Prinzip Nr. 18.

Wir empfehlen daher dringend, dass dies bei künftigen gerichtlichen Entscheidungen bedacht wird und Berücksichtigung findet.

Genauso evident ist, dass das Prinzip der Zwangstherapie und -verpflichtungen mit dem Yogyakarta-Prinzip Nr. 18 kollidiert. Die Zwangssterilisation und die Zwangspsychotherapie sowie die obligatorischen, entwürdigenden Zwangs-Alltags-Tests haben bei einer menschenrechtskonformen Begleitung, Betreuung und Behandlung, die sich an den Empfehlungen der Yogyakarta-Prinzipien sowie des europäischen Kommissars für Menschenrechte orientieren, keinen Platz¹².

3. Neurowissenschaftliches Grundverständnis von Transsexualität

Nach Rauchfleisch¹³ ist es wesentlich, sich vom Pathologiekonzept des „Transsexualismus“ zu distanzieren und Transsexualität als Normvariante anzusehen.

In diesem Zusammenhang fordert er ein grundlegend neues Verständnis von Transsexualität und spricht folgerichtig von einem notwendigen Paradigmenwechsel. Entsprechend dem Konzept der Normvariante werden Vermutungen und Hypothesen, die auf eine Pathologisierung von Transsexualität, wie etwa psychodynamische Störungshypothesen, von Rauchfleisch sehr skeptisch rezipiert¹⁴. Diamond, der Transsexualität grundsätzlich als gehirnbasierte Form der Intersexualität einstuft (s.u.), erinnert daran, dass auch Homosexualität einst aus dem wissenschaftlichen Pathologisierungsdiskurs herausgenommen wurde („One need only recall the battle over and ultimate removal of homosexuality from the DSM“ (Diamond und Beh, 2006) und schlägt vor, statt „Störung“ (oder „error“ wie John Money) den Term „Variation der Geschlechtsentwicklung“¹⁵ zu verwenden.

Seitens der Neurowissenschaften werden zunehmend Studienergebnisse und Befunde vorgelegt¹⁶, die belegen bzw. darauf hinweisen, dass Transsexualität als eine biologisch fundierte Variation des Gehirns angesehen werden muss, d.h. als eine (a priori gesunde) *Normvariante*: Es gibt seriöse Hinweise, dass (neuro)genetische¹⁷, (neuro)hormonelle und (neuro)anatomische *angeborene Besonderheiten* des Gehirns die Basis von Transsexualität darstellen. Bestimmte, besondere Hirnstrukturen und -funktionen sind biologische Grundlage einer *angeborenen* Geschlechtsidentität, in diesem Fall (Transsexualität) kontrastierend zu anderen biologischen Geschlechtsaspekten (gonadal, chromosomal etc.) des biologischen Individuums. Insofern ist es folgerichtig, wenn Diamond Transsexualität als besondere, gehirnbasierte Form der Intersexualität ansieht¹⁸. Wobei Diamond in Anlehnung an Benjamin (Benjamin, 1966, 16) das Konzept eines Spektrums angeborener geschlechtlicher Identitätsvariationen mit Transsexualität als besonders hervorzuhebender Entität expliziert¹⁹. Die Ergebnisse der Zwillingsstudien (s. Endnote 17) legen es nahe, von einer genetischen Fundierung dieses Spektrums auszugehen²⁰. Es ist also auch nicht zutreffend, von einer z.B. weiblichen Psyche in einem männlichen Körper zu sprechen: Vielmehr kontrastiert, als (eher) seltene „Laune der Natur“, biologisch basiertes Hirngeschlecht (=angeborene Geschlechtsidentität) mit anderen biologischen Geschlechtsaspekten im selben Körper.

Die uns vorliegenden Kasuistiken weisen phänomenanalytisch²¹ zwei bemerkenswerte Besonderheiten auf: Erstens die eindruckliche Stringenz und (scheinbare) „Zielgerichtetheit“ transsexueller Verläufe und zweitens die Möglichkeit einer unverstellten kindlichen transsexuellen Entwicklung: „Die Transkinder erproben ihre transsexuellen Gefühle indi-

viduell auf verschiedenen Bühnen und Erlebnisfeldern, erleben und gestalten sie durchaus vergnüglich und integriert im Spiel, sozusagen als ich-synton anteilig.“²² Daher ist es für uns evident, dass bei Transsexualität neuronale Automatismen, als quasi neurobiologische Basis dieser Verläufe, postuliert werden müssen. Dabei dürften dynamische Selbstorganisationsprozesse von spezifischen Neuronennetzwerken in Richtung des Hirngeschlechts eine gewisse Rolle spielen²³. Es gibt in der Neurowissenschaft zahlreiche Modelle, die die spontane, spielerische Entwicklung von spezifischen Handlungsfähigkeiten oder rasche Automatisierung von Handlungssequenzen auf der Basis der Aktivierung von biologisch präformierten Neuronennetzwerken zu erfassen versuchen, z.B. im Bereich des „motor learnings“ die Entwicklung von Handlungsmustern ohne explizites Üben²⁴ oder Response Chunking bzw. Verlagerung der Kontrolle auf untergeordnete Ebenen²⁵.

Entsprechend der bereits oben ausgewiesenen erheblichen Bedeutung von Hirnstrukturen und -funktionen sind hirngerechte Lernbedingungen wichtig, um funktionale Lernerfahrungen bei den Entfaltungsprozessen, insbesondere der Adaption der Lebensweise und der körperlichen Angleichung in Richtung des Hirngeschlechts, zu ermöglichen. Spitzer hat im Rahmen seiner Forschungen und Publikationen einige wichtige Prinzipien hirngerechten Lernens hervorgehoben (Spitzer, 2007).

Die Lern- und Erfahrungsprozesse sollten sich, so Spitzer, primär am Prinzip der Aneignung von *praktischem Können* orientieren²⁶. Daraus resultiert das Prinzip der Fokussierung der Lebensweisedaption auf Handlungs-, Praxis- und Übungsaspekte: Beispielsweise sind Begleitungs-, Betreuungs- und Therapiemodalitäten mit explizitem Handlungsbezug (z.B. Selbstmanagementkonzepte) oder auch die Schwerpunktsetzung auf Üben/Probieren im Rahmen der logopädischen Unterstützung essenziell.

In den letzten 15 Jahren hat in den Neurowissenschaften das Konzept der Neuroplastizität an Bedeutung gewonnen. Man versteht unter Neuroplastizität „ganz allgemein neuronale Reorganisationsvorgänge, die in Abhängigkeit von den zu verarbeitenden Signalen sowie den internen Funktionszuständen vonstattengehen. Das Gehirn baut sich in Abhängigkeit vom zu verarbeitenden Input ständig um, d.h. es werden neue neuronale Verbindungen geknüpft, um Eingangssignale besser verarbeiten zu können.“ (Spitzer, 2007, 119) Das Neuroplastizitätskonzept erlaubt die Lebensweisedaption transsexueller Menschen (mehr als in früheren Zeiten) vom Möglichkeitsprinzip her zu begreifen (entsprechende Übungs- und Alltagspraxis und sozialkompetenter Umgang mit transphobischen Situationen vorausgesetzt), zumal die Adaption auf der Basis angeborener spezifischer geschlechtlicher Hirnfunktionen/-strukturen und der sich in Richtung Hirngeschlecht selbstorganisierenden neuronalen Netzwerke stattfindet sowie auch neuere operative körperliche Angleichungsmöglichkeiten (wie z.B. die Gesichtsfeminisierung) den Adaptionprozess erleichtern. Auch insofern ist ein Paradigmenwechsel zu verzeichnen: Statt an der pessimistisch anmutenden Determiniertheit durch die nicht-hirngeschlechtskonformen Körpermerkmale („es wird immer durchschimmern“) geistig-gefühlsmässig festzuhalten, wird bezüglich Lebensweisedaption ein Denken in „subjektiven Möglichkeitsräumen“ (Holzkamp, 1984, 46) wichtig.

Auch die Forschungen des letzten Jahrzehnts zur Neurobiologie der Emotionen haben zu einem Umdenken bezüglich der Rolle von Emotionen bei Lernprozessen geführt. Man weiss heute, dass chronischer Stress (etwa durch anhaltende transphobe Diskrimi-

nierung) zu Schäden des Hippocampus (partiell Sitz des Gedächtnisses) und damit zu ernsthaften Lernbehinderungen führt. Negative innere emotionale Turbulenzen, Angst und Furcht blockieren Lern- und Entwicklungsprozesse. Nachhaltige Lernerfolge können nur in einem emotional positiv ausgerichteten sozialen Klima stattfinden. Jegliche Furcht vor Sanktionen und vor Konfrontationen mit transphobischen Stimuli behindern Lernerfolge im Rahmen der Lebensweisedaption transsexueller Menschen. Daher sind unterstützende Angebote so auszurichten, damit positive Lernfelder aufgebaut werden können.

In den letzten 10 Jahren hat sich die Hirnforschung sukzessive die Bedeutung von Lernresultaten für den Lernerfolg herausgearbeitet. Die Ergebnisse der Neurotransmitter- und Neuromodulatorenforschung, vor allem bezüglich des Dopamins²⁷, zeigen, dass positive Lernresultate die Verhaltens- und Lernoptimierung stimulieren: „Manchmal treten Ereignisse ein, die sich von dem, was das Gehirn vorausberechnet hat, positiv abheben. Wir tun etwas, und das Resultat dieses Tuns ist besser als erwartet. Wenn dies der Fall ist, dann geschieht mehr als der beruhigende Abgleich von Vorausberechnetem und Eingetretenem. Es wird vielmehr im Gehirn ein Signal generiert, das das Folgende besagt: Das Resultat dieser oder jener Sequenz von Eindrücken oder Verhaltensweisen war besser als erwartet. Wenn dieses Signal im Gehirn produziert wird, sorgt es dafür, dass gelernt wird. Nur so kann ein Organismus im Laufe der Zeit sein Verhalten optimieren. Gelernt wird nicht einfach alles, was auf uns einströmt, sondern das, was positive Konsequenzen hat“ (Spitzer, 2007, 177).

Mesolimbisches²⁸ und mesocortikales²⁹ System, beides dopaminerge Systeme, spielen bei Motivations- und Belohnungsprozessen eine zentrale Rolle, nicht hingegen bei Bestrafungsmechanismen. Gelernt wird immer dann, wenn positive Erfahrungen gemacht werden, wobei diese beim Menschen vor allem im Rahmen positiver Sozialkontakte, Kommunikation und Interaktion konstituiert werden. Spitzer: „Der lernende Mensch ist kein Nagetier³⁰, das reflexhaftes Verhalten produziert und umso mehr davon, je mehr Futterkügelchen es für ein bestimmtes Verhalten erhält. Menschliches Lernen vollzieht sich immer schon in der Gemeinschaft, und gemeinschaftliche Aktivitäten bzw. Gemeinschaftliches Handeln ist wahrscheinlich der bedeutsamste Verstärker.“ (Spitzer, 2007, 181). Wobei für die Lernoptimierung nicht der Absolutheitswert der Belohnung von Bedeutung ist, sondern deren Unerwartetheit. Für den Entfaltungsprozess bei transsexuellen Menschen folgt daraus, dass positive Lernfeldbedingungen für den Adaptionserfolg zwar notwendig, aber keinesfalls hinreichend sind: Es kommt z.B. nicht nur darauf an, in einem (möglichst) positiven sozialen Umfeld mit seiner/ihrer eigenen Transsexualität „positiv“ umgehen zu lernen. Transsexuelle Menschen adaptieren ihre Lebensweise erfolgreich an das je eigene Hirngeschlecht, wenn sie in diesem Adaptionsprozess faktisch/real positiv-unerwartete Erfahrungen machen.

Dies korrespondiert mit charakteristischen phänomenologisch-psychologischen Aspekten der uns vorliegenden Kasuistiken. Tief greifende, nachhaltige, positive, subjektive Auswirkungen auf den Adaptionsprozess haben z.B.

- positive unerwartete Reaktionen des sozialen Umfelds, etwa wenn ein/e BetreuerIn/TherapeutIn in der Begegnung mit einem transsexuellen Menschen entge-

gen den bisherigen subjektiven Erfahrungen des Individuums mit TherapeutInnen gesundheitsorientiert-depathologisierend argumentiert oder PartnerInnen, Kinder, Familie oder Freunde nach anfänglicher „Verwirrung“ beginnen echte, aktive und solidarische Unterstützung zu leisten

- die Entdeckung der eigenen weiblichen/männlichen Normalität: Was zunächst als Hürde erschien, erweist sich im Zuge des praktischen alltäglichen Adaptionsprozesses plötzlich nicht mehr als schwierig, sondern als unerwartet-positiv und unspektakulär. Damit eng verbunden sind Entdeckungen
- der eigenen weiblichen/männlichen Individualität, zu der sich Schritt für Schritt (aber in unerwarteten „Sprüngen“) ein positiver subjektiver Bezug aufbaut. Transsexuelle Frauen entdecken z.B. ihre persönliche „Handschrift“ beim Schminken, beginnen eine Leichtigkeit zu erleben, mit der plötzlich ein unspektakuläres, aber ganz persönliches, alltagstaugliches Wohlfühl-Passing realisiert werden kann, vermeintliche körperliche Makel wie grosse Füße, flache Brüste oder Gesichtsfalten werden über „Aha-Erlebnisse“ als zu möglichen weiblichen Normvarianten zugehörig und positiv konnotiert.

Daher ist es wichtig, dass BetreuerInnen/TherapeutInnen die (dopaminbasierten) Neugier- und Explorationstendenzen bez. derartige Handlungs- und Erlebnismöglichkeiten nach Kräften unterstützen.

Derartige Erlebnismöglichkeiten scheinen auch die Neuroplastizität zu fördern. Sie haben Einfluss auf die Kartenstruktur kortikaler Repräsentationen. Durch mehrere Studien konnte belegt werden, dass der Kortex bei entsprechenden Lernreizen bez. einer Sinnesmodalität nur dann plastisch reagiert, wenn das Dopamin-Belohnungssystem aktiviert wurde (Bao und Merzenich, 2001).

Neben den Kerngebieten im Tegmentum sind bei solchen Lern- und Erfahrungsprozessen Aktivierungen des orbitofrontalen Kortex relevant. Es gibt Hinweise (Small u. a., 2001) (O’Doherty u. a., 2001), dass der mediale orbitofrontale Kortex ebenfalls zum Motivations- und Belohnungssystem zu rechnen ist und insbesondere beim Werte(er)leben eine grosse Rolle spielt (quasi „gegenläufig“ reagiert ein Areal, das eher lateral orbitofrontal gelegen ist): Dadurch kann erklärt werden, dass die „sprunghaft“ unerwarteten Erlebnisse im Zuge des Adaptionsprozesses auch zu einer (positiven) Neubzw. Umbewertung bisheriger Erfahrungen führen. Diese Umbewertung kann sich in Richtung einer sehr starken positiven Motivation entwickeln, die sich phänomenologisch-psychologisch in subjektiven Haltungen wie z.B. Begeisterung, TransPride³¹ u.Ä. äussert.

Angesichts der den Gehirnfunktionen und -strukturen inhärenten neuronalen Motivations- und Belohnungssysteme nimmt es auch keineswegs Wunder, dass transsexuelle Menschen zur körperlichen Angleichung und Lebensweiseadaptation per se motiviert sind (s.o. neuronale Automatismen). Wenn sich bei der Begleitung, Betreuung und Behandlung Motivation als „Problem“ stellen sollte, etwa bei der Frage der „Psychotherapiemotivation“, dann spielen extrinsische Faktoren eine wichtige Rolle. Spitzer hierzu: „Die Frage danach, wie man Menschen motiviert, ist daher so sinnvoll wie die Frage: ‚Wie erzeugt man Hunger?‘. Die einzig vernünftige Antwort lautet: ‚Gar nicht, denn

er stellt sich von alleine ein.' Mit unserer Motivation verhält es sich damit ähnlich wie mit unserem System der Regulierung der Nahrungsaufnahme. Geht man den Gründen für die Frage zur Motivationserzeugung nach, so stellt sich heraus, dass es letztlich um Probleme geht, die jemand damit hat, dass ein anderer nicht tun will, was er selbst will, dass es der andere tut. Jemand muss, so scheint es, einen anderen motivieren. Die Frage lautet nicht: 'Wie kann ich jemanden motivieren?' Es stellt sich vielmehr die Frage, warum so viele Menschen so häufig demotiviert sind! Und hier kann man sehr effektiv ansetzen, denn wir führen, meist ohne es zu wissen und zu wollen, sehr oft regelrechte Demotivationskampagnen durch.' (Spitzer, 2007, 192f) Tatsächlich sind es eher unwirtliche Bedingungen der Begleitung, Betreuung und Therapie transsexueller Menschen in einem transphoben (s.u.) gesellschaftlichen Klima (s.u.), die „Demotivation“ induzieren.

Für BetreuerInnen und TherapeutInnen ist es folglich sinnvoll, der selbstevidenten Motivation der sich ihnen anvertrauenden transsexuellen Menschen „freien Lauf“ zu lassen. Transsexualität per se ist vom Thema her für die transsexuellen Menschen selbstmotivierend. BetreuerInnen können diesen „freien Lauf“ uneingeschränkt wirksam unterstützen, wenn sie das Thema aus einer positiven Haltung/Position heraus (auch fachlich) begeistert und in der Betreuung/Therapie dieser Funke überspringt. Die Neurowissenschaften bieten hierzu eine gesunde theoretische und praxistaugliche³² Grundlage. Vor allem die Pathologiefreie und Ressourcen- bzw. Gesundheitsorientierung des neurowissenschaftlichen Transsexualitätsdiskurses erlaubt BetreuerInnen/TherapeutInnen (wenn sie sich am neurowissenschaftlich-genetischen Paradigma orientieren) zunächst einmal eine unbeschwertere Annäherung an das Thema und erleichtert die Identifikation. Zugleich schärft die Gesundheitsfokussierung den Blick für die eigentlichen negativen gesellschaftlichen Faktoren, die transsexuelle Menschen diskriminieren bzw. Menschenrechtsverletzungen aussetzen und erleichtert die Solidarisierung.

Auf die Verstärkeraspekte gemeinschaftlichen Handelns wurde bereits Bezug genommen. Studien zur neurobiologischen Grundlage kooperativen Verhaltens haben gezeigt, dass die schon erwähnten neuronalen Motivations- und Belohnungssysteme bei Kooperationsverhalten aktiviert sind: „Die Aktivierung des Belohnungssystems bei kooperativem Verhalten verstärkt solches Verhalten und führt letztlich zu mehr Altruismus. Es motiviert die Teilnehmer zur Kooperation und vor allem dazu, der Versuchung kurzfristiger Vorteilsnahme zu widerstehen.“ (Spitzer, 2007, 300). Altruismus und kooperative Grundhaltung sind also strukturell und funktionell im Gehirn verankert. Kooperative Zusammenhänge und Kooperationskultur stellen wesentliche Erfolgsfaktoren für Lern- und Erfahrungsprozesse dar, also auch für den Entfaltungsprozess transsexueller Menschen. Bei der Begleitung, Betreuung und Therapie ist der Kooperationscharakter erfolgsentscheidend. Leider lassen die derzeitigen „Behandlungssysteme“ für transsexuelle Menschen die Entfaltung von Kooperationskultur nur eingeschränkt³³ zu.

Kooperationszusammenhänge in Form von Communities wie Selbsthilfegruppen oder auch Patenschaften (t-girl Diana, 2010) bzw. virtuelle Kommunikationskonstellationen, wie elektronische „Trans“-Foren, können bei der Lebensweisedaption ebenfalls eine bedeutsame Rolle spielen. Allerdings sind, aufgrund der für die gesellschaftliche Sphäre charakteristischen Dominanz transphobischer Diskurse und dadurch implizierten spezi-

fischen Repressionsbedingungen, unter transsexuellen Menschen häufig defensiv ausgerichtete Instrumentalverhältnisse³⁴ anzutreffen.

4. Deklaration von Alma Ata und Ottawa-Charta

Die neurowissenschaftliche Orientierung von Lern- und Erfahrungsprozessen

- am Prinzip der Kompetenzentwicklung,
- an der Bedeutung subjektiver Möglichkeitsräume und
- an erlebter / erfahrener intersubjektiv-kooperativ gestalteter Beziehungskultur und Gemeinschaftlichkeit sowie
- positiv ausgerichteter subjektiver Befindlichkeit

verweist auf die Bedeutung von Gesundheit und Gesundheitsförderung. Dies kommt bereits in der WHO-Definition von 1946 deutlich zum Ausdruck, die „sogar nicht minimalistisch“ Gesundheit als einen „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ definiert (WHO, 1946). Hurrelmann akzentuiert in seiner, sich an die WHO anlehenden Definition die subjektiven Möglichkeitsräume: Er sieht Gesundheit als „Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äusseren Lebensbedingungen befindet.“ (Jugendinstitut, 2005).

Die Begleitung, Betreuung und Therapie sollte im Sinn dieser Definitionen darauf orientieren, transsexuelle Menschen darin zu unterstützen ein vollständiges Wohlergehen auf der körperlichen, psychischen und sozialen Ebene entfalten zu können, in einer gesunden Balance zwischen eigenen subjektiven Möglichkeiten/Zielvorstellungen und äusseren Lebensbedingungen. Das Gesundheitsparadigma erweist sich in diesem thematischen Zusammenhang auch deshalb als sehr hilfreich, da in den neueren Diskursen um Gesundheit/Krankheit beides sehr deutlich voneinander unterschieden wird (in Einklang mit neurowissenschaftlichen Konzeptionen). War in den 1990er Jahren noch das Kontinuitätsdenken (= Gesundheit und Krankheit sind auf einer kontinuierlichen Skala angesiedelt, es gibt ein Spektrum der Übergänge von „gesund nach krank“ und umgekehrt) in der Tradition von Antonovsky vorherrschend, so konnten neuere Gesundheitsmodelle ein „Unabhängigkeitsprinzip“ formulieren: Gesundheit und Krankheit werden zunehmend als voneinander unabhängige Faktoren bzw. Dimensionen begriffen.

Hierzu schreibt Lutz, einer der Protagonisten des Unabhängigkeitskonzepts: „Hambrecht ... führt aus, dass alle namhaften Therapieschulen gemeinsam der Überzeugung sind, Gesundheit und Krankheit seien Gegensätze, die auf einem Kontinuum gedacht

werden müssen (1). Alternativ hierzu konzipiert Lutz Gesundheit und Krankheit als zwei voneinander unabhängige Faktoren (2) ... Gesundheit und Krankheit werden als kontinuierlicher Übergang gedacht, ein Mensch wird entsprechend seines gesundheitlichen (seines krankheitlichen?) Gesamtzustandes auf einer Übergangsposition platziert. Mit solchen Kontinuumsmodellen ... soll betont werden, dass Menschen nicht entweder gesund oder krank sind, sondern mehr oder weniger gesund oder krank. Nach dem ... Modell wird ein kranker Mensch zwangsläufig zu einem gesunden Menschen, wenn ihm seine Krankheit genommen wird. Eine solche Vorstellung von Therapie widerspricht sowohl der Praxiserfahrung als auch theoretischen Konzepten. Nach dem Zwei-Faktoren-Modell bedeutet eine Symptomreduktion lediglich, dass ein Patient weniger krank ist. Er muss noch nicht gesund sein. Um zu gesunden, müsste sich dieser Patient gesund erhaltende Verhaltensweisen erst noch aneignen.“ (Lutz und Marg, 1995, 78f).

Insofern sind Vorstellungen, wonach Transsexualität das gesamte Spektrum von Gesundheit und Krankheit umfasse, kritisch zu hinterfragen (Kontinuitätsmodell). Entsprechend der durch die neurowissenschaftlichen Diskurse gestützten Zweifaktorentheorie ist Transsexualität primär eine gesunde Normvariante; unabhängig davon können transsexuelle Menschen auch krank sein (wie nichttranssexuelle Menschen auch; davon scharf zu unterscheiden sind sekundäre, durch diskriminierende Praxen wie Mobbing bedingte Befindlichkeitsverschlechterungen s.u.).

Solche Sichtweisen haben den Vorteil, dass sie zu einem normalisierenden, gesunden Verständnis und einer normalisierenden, gesundheitsförderlichen Praxis im gesellschaftlichen Umgang mit Transsexualität beitragen. Erstaunlich ist die Tatsache, dass entsprechende Gesundheitsstrategien, wie sie in den letzten vierzig Jahren von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt und gefordert wurden, bei der Begleitung, Betreuung und Therapie transsexueller Menschen bisher nur eingeschränkt relevant waren bzw. sind.

Bereits in der Deklaration von Alma Ata 1978 wurde bekräftigt, dass das Erreichen eines bestmöglichen Gesundheitszustands eine gesellschafts- und sektorenübergreifende Aufgabe darstellt, die keineswegs nur den Gesundheitsdiensten überlassen werden darf³⁵. Die gängige Praxis

- z.B. die Verantwortung für die Gesundheit transsexueller Menschen psychiatrischen „ExpertInnen“ zu überantworten und gar von psychiatrischen Gutachtenurteilen abhängig zu machen oder
- beispielsweise Vornamens-/Personenstandsänderungen mit medizinischen Dienstleistungen zu verkoppeln, also zu medizinalisieren oder
- z.B. die Entfaltung der je eigenen Transsexualität als zuvörderst individuelles „Problem“ anzusehen, das auf der individuellen Arzt-Patient-Ebene zu „bewältigen“ ist

führt dazu, dass die Förderung der Gesundheit transsexueller Menschen nicht als genuin gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen und angegangen wird, sondern sich in der Individualisierung, Psychiatrisierung und Medizinalisierung verflüchtigt. Für BetreuerInnen/BehandlerInnen bedeutet dies in zweifacher Hinsicht eine Neuorientierung:

Einmal Entlastung von einer unlösbaren Aufgabe, nämlich für die Gesundheit transsexueller Menschen umfassend „Verantwortung“ übernehmen zu müssen. Zweitens Umorientierung des eigenen Verständnisses: Transsexualität ist nur sekundär eine auf der privat-individuellen Interaktions- und Beziehungsebene zu bearbeitende Thematik; primär ist bewusstseinsmässig der gesamtgesellschaftliche Transsexualitätsdiskurs zu fokussieren und die aktive Teilhabe an diesem Diskurs, die sich dann sekundär auf der je privat-individuellen Interaktions- und Beziehungsebene manifestiert. Oder zugespitzt formuliert: Die (gesellschaftliche) Transphobie ist für jede Betreuungssituation eine unhintergehbare Tatsache und dringt ständig in alle Poren des Betreuungsprozesses. Und nur ein ständiges „Bewusstes-Verhalten-zu“ (Holzkamp, 1985, 237f) von BetreuerIn und KlientIn in kontinuierlicher gemeinsamer bewusster Verständigung hilft die je eigene Handlungsfähigkeit zu erweitern.

Sehr deutlich wird (in der Alma Ata Erklärung) auf die politische, soziale und ökonomische Verantwortung für Ungleichheiten bezüglich des Gesundheitszustandes der Menschen innerhalb von Ländern hingewiesen³⁶. Auch hier zeigt sich ein Desideratum beim Transsexualitätsdiskurs: Der Gesundheitszustand vieler transsexueller Menschen ist aufgrund der gesellschaftlichen Diskriminierungspraxen kritisch, entsprechende Hinweise von Institutionen und Organisationen, die auf die prekäre Menschenrechtssituation und ihre gesundheitlichen Folgen hinweisen, werden von den politisch und juristisch Verantwortlichen ignoriert oder bagatellisiert. Der Erfolg der Betreuungsarbeit hängt von der Klarheit ab, in der sich KlientIn und BetreuerIn über diese Grundgegebenheit verständigen. Die Bagatellisierung des gesundheitsfeindlichen Potenzials von Menschenrechtsverletzungen in den verschiedensten kognitiv-emotionalen Formen (Verkennung des gesellschaftlichen Charakters, Attribuierung als spiessig-kleingeistig-intolerantes Denken, Zurschaustellung einer konsequenzenlosen Betroffenheit usw.) bedingt Einschränkungen des Betreuungsprozesses, die Gesundheitspotenziale werden so schwerlich optimal in Richtung TransPride, Begeisterung, beherzter, mutiger kollektiver Zusammenschlüsse (etwa zu Menschenrechts-AktivistInnengruppen, s.o.) usw. aufgeschlossen. Es bleibt beim dulddenden Arrangement mit schlechten gesellschaftlichen Verhältnissen.

Ein elementares Recht von Individuen besteht lt. Alma-Ata-Deklaration darin, einzeln und in der Gemeinschaft an der Planung und Verwirklichung ihrer Gesundheitsversorgung teilzunehmen³⁷. Auch hier besteht bez. gesellschaftlicher Transsexualitätspraxis erheblicher Nachholbedarf: Angesichts der zementierten starken Machtpositionen von MedizinerInnen bzw. GutachterInnen oder der staatlich verordneten Zwangsmassnahmen sind partizipative individuelle/kollektive Mitgestaltungsmöglichkeiten stark eingeschränkt bzw. nicht vorhanden. Die individuelle Konsequenz von transsexuellen Menschen besteht entweder in einer Strategie sich als Opfer zu gerieren (demutsvolle Passivierung) oder „cleveres“ Selbstmanagement darzustellen, also individualistische Bewältigungsmuster zu realisieren.

Die Arbeit von Gruppen, die sich thematisch auf Transsexualitäts-, Intersexualitäts- und/oder „Transgenderism“-Diskurse beziehen bzw. dies(e) fokussieren (z.B. entsprechende Interessen- und/oder Selbsthilfegruppen), widerspiegelt vielerorts diese Ohnmacht; sei es, dass diese sich darauf konzentrierten Tipps und Tricks zu vermitteln, wie mann/frau das System unterlaufen kann (z.B. Gutachter austricksen) oder versuchen,

mit den Protagonisten von derzeitigen (nicht-menschenrechtskonformen) Lehrmeinungen und -praxen in ein „konstruktives Gespräch“ einzutreten um „Verständnis“, etwa für eine Position „geschlechtlicher Vielfalt“, zu „erheischen“. Anstelle dieser defensiven Herangehensweisen empfehlen wir, dass BetreuerInnen/TherapeutInnen mit Menschenrechtsorganisationen, die sich für die Rechte transsexueller Menschen einsetzen, kooperieren. Es ist essenziell, dass z.B. bei der Versorgungsplanung Menschenrechtsorganisationen, die sich für die Belange transsexueller Menschen engagieren, aktiv einbezogen werden (so ist es selbstverständlich, dass bei der Erstellung dieser Guidelines z.B. erfahrene AktivistInnen der deutsch-schweizerischen Menschenrechtsorganisation ATME mitgewirkt haben). In der Betreuung/Therapie versuchen wir entsprechend unserem Konzept subjektiver Beziehungsgestaltung von KlientInnen klare Aufträge zu erhalten und entsprechende Kontrakte („auf Augenhöhe“) zu schliessen.

Die wichtigste innovative Strategie der Deklaration von Alma Ata war jedoch der Vorschlag, dass sich die Gesundheitsversorgung aller (damals) 134 Mitgliedsstaaten künftig am Prinzip des Primary Health Care (PHC) orientieren sollte. Damit ist eine Form unbedingt notwendiger Gesundheitsbetreuung gemeint (eine Art Basisversorgung), die auf praktischen, wissenschaftlich fundierten und sozial akzeptablen Methoden basiert³⁸. Wesentlich für dieses Konzept ist, dass diese Dienstleistungen dem Einzelnen und seiner Familie im Feld seiner/ihrer lokalen Gemeinschaft (einfach formuliert: „gemeindenah“), im Geiste der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung, aber auf Kosten der Gemeinschaft, erbracht werden sollten. Sie sollten der erste Berührungspunkt des Einzelnen, der Familie und der lokalen Gemeinschaft mit dem nationalen Gesundheitssystem sein, gemäss diesem Prinzip sollte die Versorgung so nahe wie möglich an die Wohnstätten und die Arbeitsplätze der Menschen herangeführt werden, dabei sollte sie den ersten Grundbestandteil eines kontinuierlichen Prozesses der gesundheitlichen Betreuung bilden. Das PHC-Prinzip ist für transsexuelle Menschen noch keineswegs gültig geschweige denn umgesetzt.

Durch den neurowissenschaftlichen Paradigmenwechsel kann Transsexualität als geschlechtliche Normvariante begriffen und damit auch eine Normalisierung bei der Begleitung, Betreuung und Therapie eingeleitet werden. Das bedeutet: Die Betreuung transsexueller Menschen gehört zunächst einmal primär in die Hände der Gesundheitsbasisversorger, also der HausärztInnen und kommunalen Gesundheitszentren. Da es sich primär um keine psychische Störung handelt, sollten PsychiaterInnen auch keine primären Ansprechpartner sein. Die Gesundheitsbasisversorger sollten über geeignete elektronische Plattformen und andere Kommunikationsangebote die Möglichkeit bekommen, um das für das Casemanagement und die Kommunikation/Kooperation mit transsexuellen Menschen und relevanten Fachpersonen (z.B. ChirurgInnen und LogopädInnen) wesentliche Basiswissen zu erwerben³⁹. PsychiaterInnen können u.a. dann hinzugezogen werden, wenn unabhängig von der Transsexualität psychische Probleme bestehen (eventuell ist dann der Casemanagementpfad zu spezifizieren) oder reaktiv im Zuge des Inting⁴⁰ und des Outing, der körperlichen Angleichung oder der Lebensweise-Adaption zu psychischen Problemen kommt.

Das Versorgungsprinzip der „Nähe zur Wohnstätte und zum Arbeitsplatz“ kann den Angleichungs-/Adaptionsprozess erleichtern, der/die PrimärversorgerIn ist mit den per-

sönlichen Lebensverhältnissen des/der Einzelnen, seiner/ihrer Familie und lokalen Gemeinschaft und den Besonderheiten ihrer Lebensweisen in der Regel bestens vertraut. Er/sie gewährleistet die langfristige medizinische Betreuung und Begleitung. Sein/ihr Handwerkszeug sind primär praktisch wirksame medizinische Hilfen („auf der Grundlage praktischer Methoden“), die er teilweise in Kooperation mit einzelnen speziell hinzugezogenen Fachpersonen anwendet: Auf der Basis seines(r)/ihres(r)

- neurowissenschaftlich-genetischen Grundverständnisses
- umfassenden medizinischen Zusammenhangwissens (HausärztInnen sind Generalisten und medizinische Universalisten, das ist ihre Stärke)
- umfassenden Erfahrung in der allgemeinärztlichen Betreuung verschiedenartiger Problemlagen (HausärztInnen sind sehr flexible ProblemlösungsmanagerInnen) und nicht zuletzt
- hausärztlichen Engagements für die Belange ihrer PatientInnen (Advocating)

kann der Prozess der gesundheitlichen Primärbetreuung kontinuierlich-nachhaltig und bedürfnisgerecht gestaltet werden.

In der am 21. November 1986 im kanadischen Ottawa verabschiedeten Charta der Gesundheitsförderung (Ottawa-Charta) wurde „PHC erstmals auf seine Relevanz für Industrienationen untersucht und definiert. Die hierauf überprüften Prinzipien und Elemente von PHC waren in Bezug auf die heutigen Verhältnisse in Industrienationen visionär“ (Diesfeld, 2010). Erstmals wurden gesellschaftlich relevante gesundheitsförderliche Handlungsstrategien beschrieben, nämlich

1. Anwaltschaft für Gesundheit (*advocate*)
2. Befähigen und Ermöglichen (*enable*)
3. Vermitteln und Vernetzen (*mediate*)

und für die Belange der Gesundheitsförderung wesentliche Handlungsfelder definiert:

1. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
2. Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten
3. Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
4. Entwicklung persönlicher Kompetenzen und
5. Neuorientierung der Gesundheitsdienste.

Die *Advocating-Strategie* der Gesundheitsförderung („Interessen vertreten“) zielt darauf ab, durch aktives anwaltschaftliches Eintreten politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren positiv zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen⁴¹. Unter „Advocates“ werden Personen verstanden,

„die öffentlichkeitswirksam werden können und die Interessen des Themas Gesundheit, spezieller Bevölkerungsgruppen oder beides vertreten. Dazu gehören auch öffentliche Aufklärung und Nutzung von Massenmedien als auch das Verständnis für politische Vorgänge und das Erzeugen politischen Drucks zur Durchsetzung dieser Interessen.“ (Penz, 2008, 16).

Dabei soll den Menschen geholfen werden, gesunde Lebenswelten für sich zu schaffen und sich durch Mitsprache in der Gesellschaft dafür auch aktiv einzusetzen.

Angesichts der gesellschaftlichen Diskriminierung transsexueller Menschen und den dadurch bedingten Gesundheitseinschränkungen sollte es für BetreuerInnen/TherapeutInnen naheliegen, das Advocating zu unterstützen und sich gemeinsam mit transsexuellen Menschen für die Schaffung gesellschaftlicher Bedingungen zu engagieren, die transsexuellen Menschen endlich erlauben, ein wahrhaft gesundes Leben zu (er)leben. In der Diktion der Ottawa-Charta: „Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden“⁴².

Die Betreuung/Behandlung transsexueller Menschen kann also keineswegs bei einer rein individuellen Sichtweise von „Therapie“ stehen bleiben. Auffassungen wie z.B. „Darüber hinaus soll sie (die Psychotherapie) dazu dienen, die Diagnose Transsexualität zu sichern. Zusammen mit dem Alltagstest soll die Psychotherapie dem transsexuellen Menschen dazu verhelfen, die adäquate individuelle Lösung für sein spezifisches Identitätsproblem zu finden. Sie soll eine Bearbeitung relevanter psychischer Probleme des Patienten ermöglichen.“ (Becker, 1997, 5) werden von uns ausdrücklich nicht geteilt, diese Sichtweise scheint uns bezüglich der sozialen und politischen Dimension therapeutischer Handlungszusammenhänge zu verkürzt, eine explizite Gesundheitsorientierung psychotherapeutischen Handelns ist bei derartigen Konzepten nicht erkennbar, sie verharren in der Störungs- und Problemzentriertheit.

Unter *Enabling* versteht man in der Gesundheitsförderung „bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr grösstmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen. Dies umfasst sowohl Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen und die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten als auch die Möglichkeit, selbst Entscheidungen in Bezug auf die persönliche Gesundheit treffen zu können. Menschen können ihr Gesundheitspotenzial nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können.“⁴³.

Auch transsexuelle Menschen sollen unter dem Gesichtspunkt einer umfassenden Chancengleichheit in die Lage versetzt werden, grösstmögliche Gesundheit zu erreichen. Dies umfasst sowohl die Förderung individueller Kompetenzen als auch die Schaffung entsprechender gesellschaftlicher Voraussetzungen. Dabei spielt in der neueren Diskussion „nach Ottawa“ der Empowerment-Begriff eine immer wichtigere Rolle. Die WHO sieht als Ziel der Gesundheitsförderung einen selbstbestimmten Umgang mit der eigenen Gesundheit. Die Befähigung dazu, die eigenen Bedürfnisse und Forderungen eigenständig zu äussern und alleine oder gemeinsam mit anderen umzusetzen, ist ein zentraler Ansatz der Gesundheitsförderung. Da die Ressourcen hierfür oftmals (noch) nicht vorhanden sind, kommt dem *Empowerment* (= Ermächtigung/Befähigung) der Zielgruppen im Rahmen gesundheitsfördernder Interventionen eine zentrale Rolle zu.

Nach Lenz/Stark (Lenz und Stark, 2002) bedeutet Empowerment in der Gesundheitsförderung, dass Personen, Gruppen oder Organisationen

- über eine grössere Kompetenz im Umgang mit der eigenen Gesundheit verfügen
- über die Fähigkeit verfügen, eigene Entscheidungen zu treffen
- über einen Zugang zu Informationen und Ressourcen verfügen
- über verschiedene Handlungsalternativen und Wahlmöglichkeiten verfügen
- das Gefühl haben, als Individuum oder Gruppe etwas bewegen zu können kritisch denken
- sich nicht allein fühlen, sondern als Teil einer Gruppe oder eines sozialen Netzwerkes agieren
- Veränderungen im eigenen Leben und im sozialen Umfeld bewirken
- neue Fähigkeiten erlernen, die sie selbst für wichtig halten
- sich ein positives Selbstbild erarbeiten und Stigmatisierungen überwinden.

BetreuerInnen/TherapeutInnen können bei transsexuellen KlientInnen entsprechende Prozesse anstossen und sie zu einer Antizipation in Richtung solcher Denk- und Handlungsmuster ermutigen.

Eine weitere zentrale Strategie der Gesundheitsförderung besteht darin, eine umfassende Vernetzung und Vermittlung der Akteure (*Mediating*) zu erreichen. Dazu heisst es in der Ottawa-Charta: „Der Gesundheitssektor allein ist nicht in der Lage, die Voraussetzungen und guten Perspektiven für die Gesundheit zu garantieren. Gesundheitsförderung verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbst organisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und in den Medien. Menschen in allen Lebensbereichen sind daran zu beteiligen als Einzelne, als Familien und als Gemeinschaften. Die Berufsgruppen und

sozialen Gruppierungen sowie die Mitarbeiter des Gesundheitswesens tragen grosse Verantwortung für eine gesundheitsorientierte Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen in der Gesellschaft.“⁴⁴

Angesichts dieser Strategie sind Einseitigkeiten und Verkürzungen in der bisher üblichen „Behandlung“ transsexueller Menschen erkennbar:

- Dominanz des Gesundheitssektors und sog. psychiatrisch-sexologischer TranssexualitätsexpertInnen
- transsexuelle Menschen und ihre Organisationen werden bei der Formulierung von Guidelines und rechtlichen Regelungen nicht wirklich einbezogen: Die Förderung von vollständiger Gesundheit transsexueller Menschen spielt in den einschlägigen „Fachdiskursen“ und bei politischen/juristischen Entscheidungen keine essenzielle Rolle
- es existieren kaum gesellschaftlich relevante politische Bündnisse, um die Menschenrechtsinteressen (auch vollständige Gesundheit ist ein Menschenrecht!) transsexueller Menschen wirksam durchzusetzen.

Schliesslich geht es doch darum, über die gesellschaftlich ausdifferenzierten Grenzen hinweg zu umfassender und dauerhafter Kooperation aller AkteurInnen zu finden, um tatsächlich das Thema Gesundheit in allen Lebensbereichen transsexueller Menschen verankern und fundieren zu können. Da in diesem Bereich Menschenrechtsverletzungen und Machtausübung eine wichtige gesellschaftliche Rolle spielen, sind Advocating und Empowerment Kernstrategien, durch die das Menschenrecht auf Gesundheit auch hier über kollektive menschenrechtsinteressengeleitete Zusammenschlüsse von transsexuellen Menschen und ihren Unterstützern durchgesetzt werden kann. BetreuerInnen/TherapeutInnen sollten sich hier solidarisch und gegenüber den transphobischen Verstrickungsmöglichkeiten „bewusst verhalten“ (im Sinne Holzkamps).

5. Transphobie

Das bedrückende gesellschaftliche Phänomen der Transphobie, der Transsexuellenfeindlichkeit bzw. der Diskriminierung transsexueller Menschen ist mittlerweile empirisch seriös belegt⁴⁵. Der Begriff Transphobie konnte sich in den letzten Jahren im internationalen wissenschaftlichen Diskurs etablieren⁴⁶ und wird vor allem von Menschenrechtsmovements verwendet. In der Betreuung und Therapie transsexueller Menschen ist sie stets explizit oder latent präsent und stellt eine wesentliche Behinderungsbedingung für die Entwicklung eines gesunden Entfaltungsprozesses dar.

Es scheinen diskursive Zusammenhänge zwischen Transphobie und Heteronormativität⁴⁷ bzw. dem von Derrida/Lacan beschriebenen „Phallozentrismus“ zu bestehen. Beide Denkweisen spielen auch heute noch in der Medizin eine nicht zu unterschätzende Rolle und determinieren die Vorbehalte/Vorurteile von GesundheitsarbeiterInnen gegenüber transsexuellen Menschen. Die Manifestationsformen der Transphobie sind:

- transsexuelle Menschen und Transgender-Personen werden häufig Opfer von *körperlichen Gewalthandlungen*
- *Doppeldiskriminierung*. Dazu notiert Schieferdecker: „Vor allem transsexuelle Frauen leiden häufig auch unter Homophobie. So werden transsexuelle Frauen von Tätern oft erst als Männer bezeichnet, um daraus eine Rechtfertigung für eine Gewalttat oder Pöbelei abzuleiten. Damit werden diese Frauen einerseits ihrer Geschlechtsidentität beraubt, und in Folge Opfer homophober Handlungen. Gerade auf Grund der mangelnden medizinischen Versorgung in den öffentlichen Gesundheitssystemen, sind insbesondere die transsexuellen Frauen verstärkt der direkten Doppeldiskriminierung ausgesetzt, deren körperliches Erscheinungsbild von dem Erscheinungsbild abweicht, das in stereotypen Gesellschaften als 'weiblich' angesehen wird. So sehen sich insbesondere Frauen, die sich keine geschlechtskorrigierenden Massnahmen wie z.B. Korrekturen der durch hohe Testosteronwerte 'männlicher' wirkenden Gesichtszüge leisten können, verstärkt sowohl direkter verbaler transphober als auch homophober Diskriminierung ausgesetzt. Dagegen werden die transsexuellen Frauen, die bereits von Natur aus als Frau wahrgenommen werden, häufiger Opfer von körperlichen Angriffen, da die Täter sich hier nach Entdeckung der genitalen Realität 'betrogen' fühlen und diesen angeblichen Betrug als Angriff auf ihre sexuelle Orientierung sehen⁴⁸“
- *Institutionalisierte Transphobie*: In Gesellschaften und Kulturen mit streng-rigiden binären Mann-Frau-Dualitäts-Diskursen sind institutionalisierte Diskriminierungen von transsexuellen Menschen häufig anzutreffen. Durch juristische Regelungen und medizinische Prozeduren wird systematisch die Geschlechtervielfalt beschränkt⁴⁹.

- Die *indirekte Transphobie* ist besonders in der Alltags- und medialen Kommunikation anzutreffen. Es sind sich tolerant gerierende, aber gleichwohl herabsetzende Redeweisen z.B. von „Frauen, die mal Männer waren“, Redeweisen von „umgebauten“ Männern, von „Männern, die sich als Frauen fühlen“ oder Reden à la „früher als 'sie' noch ein 'er' war“, die viele transsexuelle Menschen seelisch leiden lassen.

Zu den indirekt transphobischen Manifestationsformen sind auch bestimmte medizinische Prozeduren, Praktiken und Denk- und Redeweisen zu zählen. Dazu gehören (ein stattlicher Katalog medizinischer Diskriminierungsformen findet sich in (Hammarberg, 2009)) u.a.

- die Überzeugung Transsexualität sei eine (psychische) Krankheit, Störung oder ein Syndrom, daher seien transsexuelle Menschen wegen der transsexuellen Störung psychiatrisch zu behandeln,
- wobei sich angesichts der evidenten „Unheilbarkeit“ Resignation und Bedauern mischt, die eine strenges diagnostisch-medizinisches Ausleseverfahren zur Identifizierung der „wahren“ Transsexuellen erzwingt
- zu dem System der harten Selektion und Bewährungsproben gehören auch Alltags-tests (ohne Hormonbehandlung und Epilation)
- abschätzige und entwertende Redeweisen von GesundheitsarbeiterInnen über einzelne transsexuelle Menschen (Anrede von transsexuellen Frauen mit „Herr“ und Rede über „sie“ als „er“)
- sexuelle Belästigungen im Rahmen von Handlungsvollzügen, die als „Untersuchungen“ getarnt werden.

Auch BetreuerInnen/TherapeutInnen sollten sich mit den Erscheinungsformen der Transphobie (selbst)kritisch auseinandersetzen und gemeinsam mit MenschenrechtsaktivistInnen aktiv, engagiert und konsequent dagegen angehen. Dazu gehört auch, in Gesundheitseinrichtungen und Kompetenznetzwerken einen strengen Antidiskriminierungskodex zu beschliessen sowie dessen Einhaltung konsequent und kontinuierlich zu monitoren und auch durchzusetzen.

Teil II.

Risiken bei Transsexualität

6. Schädigung, Risiken und Prävention

Bereits Ende der 1970er Jahre konnte Karmaus zeigen, dass die Konzepte herkömmlicher Risikofaktorenmodelle und Risikofaktorenhierarchien bestimmten Verkürzungen unterliegen (Karmaus, 1979)⁵⁰. In der Konsequenz dieser Befunde notiert er:

- Es wird „zwischen Krankheit, handelnden Menschen und umweltbedingten Schädigungsfaktoren“ (Karmaus, 1979, 36) unterschieden. Die Schädigungsfaktoren sind „alle von aussen durch die Gesellschaft auf den einzelnen einwirkenden Einflüsse ... die pathogene Folgen durch die Zunahme von Risikofaktoren oder in der direkten Einwirkung auf die Gesundheit zeitigen können.“ (ebda.)
- Unter einem Risikofaktor, operationalisiert als Risikoindikator, sind „physiologische und psychologische Merkmale von Personen“ (ebda.) zu verstehen, die sich als Folge der Schädigung in der Person festmachen lassen, die Schädigung quasi intrapersonal anzeigen und eine Art Vorbote der Krankheit darstellen.
- Die Kette „Schädigungsfaktor → Risikofaktor → Krankheit“ wird allerdings durch personale, individuelle Bewältigungsprozesse moduliert/modifiziert: „Darunter sind sowohl Handlungen nach aussen als auch Reaktionen im intrapersonalen System zu verstehen. Der Mensch muss dabei nicht nur als Träger von Risiken bzw. als Objekt von Manipulationen gesehen werden, sondern auch im Zusammenhang seines gesellschaftlichen Handelns.“ (ebda.)
- Notwendig ist der Einbezug von gesellschaftlichen Prozessen „Das Schädigungs- und Risikofaktorenmodell ist um eine gesellschaftliche Komponente zu erweitern“ (Karmaus, 1979, 37)
- „Die Vermittlungsprozesse zwischen Schädigungsfaktoren, Risikofaktoren und Krankheit sind zu analysieren. Diese Analyse kann nicht nur von manifesten Daten ausgehen, sondern sollte versuchen, hypothetische latente Variablen präzise zu operationalisieren“ (ebda.).

Die Forschungsergebnisse zu Schädigungs- und Risikofaktoren bei der Entfaltung von Transsexualität sind noch rar, aufgrund der geringen Fallzahlen der Samples ist der Einsatz besonderer Forschungsverfahren, wie z.B. *Fallanalysen* oder *Permutationstests* bzw. besonderer qualitativer Forschungsmethoden (wie z.B der qualitativen Inhaltsanalyse) zu empfehlen.

Insbesondere durch die Public-Health-Forschung wurden empirisch abgesicherte und praktikable Typologien von Gesundheitsrisiken vorgelegt. So unterscheidet beispielsweise Waller (Waller, 2002, 69ff) primär⁵¹:

1. „personale Gesundheitsrisiken“
2. „Verhaltens- und Lebensweisen als Gesundheitsrisiken“
3. „Lebensbedingungen als Gesundheitsrisiken“.

Zu den „personalen Gesundheitsrisiken“ zählt Waller

1. „physische Gesundheitsrisiken“
 - z.B. Risiken durch operative Eingriffe oder
 - Medikamenteneinnahmen
2. „psychische Gesundheitsrisiken“
 - z.B. besondere „Persönlichkeitseigenschaften“ wie Autismus etwa in der Asperger-Variante
 - Beanspruchung durch „kritische Lebensereignisse“
 - etwa durch „Scheidung“
 - „Trennung“ oder
 - „Arbeitsplatzverlust“
 - „chronische Belastungen“
 - etwa durch „andauernde Konflikte mit (Ehe)Partner“, Eltern
 - „emotionale Spannungen mit den Kindern“ oder durch
 - Mobbing, Stalking
 - „schwierige Übergänge“ wie z.B. Lebensweiseadaptionen entsprechend dem Hirngeschlecht.

Als zweite Gruppe von Gesundheitsrisiken unterscheidet Waller „besondere Verhaltens- und Lebensweisen“. Dazu gehören

1. besondere „Risikoverhaltensweisen“
 - wie „Rauchen“
 - „Alkoholmissbrauch“
 - „Fehl- und Überernährung“
2. die transsexualitätsspezifischen Risikokonstellationen: z.B. das Risiko zum Opfer von Gewalthandlungen zu werden, dadurch körperliche Verletzungen oder psychotraumatische Probleme zu erleiden.

Als dritte Gruppe von Gesundheitsrisiken benennt Waller schliesslich die Lebensbedingungen. Hierzu zählt er „soziale“ und „ökologische Risiken“. Bei den „sozialen Risiken“ unterscheidet er:

1. Arbeitsbezogene Gesundheitsrisiken wie z.B. Diskriminierungen, Konflikte, Mobbing
2. „Soziale Benachteiligungen“
 - wie z.B. schwierigere Zugangsvoraussetzungen zu exzellenten Gesundheitsdienstleistungen für materiell schlechter gestellte Menschen
 - Einschränkungen bezüglich der Qualität oder Erreichbarkeit bei den Gesundheitsdienstleistungen für transsexuelle Menschen
 - Verarmungs- und Entwurzelungsrisiko für transsexuelle Menschen und damit verbundene Zunahme an Gesundheitsrisiken
3. „Arbeitslosigkeit“

Diese typologische Einteilung wird von Waller aus „didaktischen Gründen“ (Waller, 2002, 69) vorgenommen: „In der realen Welt kommen die genannten Risiken ... für Gesundheit natürlich nicht getrennt einher, sondern bilden in der Regel ein kompliziertes Risikogeflecht“ (ebda.).

Im Folgenden wollen wir kurz unser grundsätzliches Verständnis von Prävention darlegen. In Public Health, wir stützen uns im Folgenden wiederum auf Waller (Waller, 2002, 179), wird traditionell unterschieden:

- „nach dem Zeitpunkt“
 - Primärprävention (Krankheitsvermeidung)
 - Sekundärprävention (Krankheitsfrüherkennung)
 - Tertiärprävention (Verhütung des Rückfalls, Rehabilitation)
- nach der Zielgrösse
 - personale Prävention (hier liegen die notwendigen Veränderungen in der Person)
 - Verhaltensprävention (Hier steht das Verhalten im Mittelpunkt der Massnahmen)
 - Verhältnisprävention (hier geht es um die Veränderung krankmachender Verhältnisse).“ (Waller, 2002, 179f)⁵² .

Da im Folgenden zu den Besonderheiten der Prävention bei Transsexualität sehr umfassend und detailliert Stellung genommen wird, sei in diesem Zusammenhang nur noch kurz auf die Verhältnisprävention hingewiesen.

Waller definiert Verhältnisprävention wie folgt: „Massnahmen der Verhältnisprävention zielen auf die Kontrolle, Reduzierung oder Beseitigung von Gesundheitsrisiken in den Umwelt- und Lebensbedingungen und werden in der Regel durch staatliche Massnahmen auf der Basis von Gesetzen und Verordnungen durchgeführt. Zu den verhältnisbezogenen Massnahmen rechnen wir auch solche Massnahmen, die eine Verhaltensänderung durch gesetzliche Massnahmen ... erzwingen.“ (Waller, 2002, 190)

Im Zusammenhang mit Transsexualität ist die Verhältnisprävention komplexer, als es dieses Zitat andeutet. Hier haben wir es mit machtvoll durchgesetzten ordnungspolitischen Prinzipien (basierend auf dem Diskurs der geschlechtlichen Binarität) zu tun, die über die entsprechenden juristischen und medizinischen Regelungen etabliert werden. Ginge es den Regelverfassern und -überwachern nur um Prävention, wären Regeln, wie z.B. der Sterilisationszwang, nicht begründbar. Daraus lässt sich ableiten, dass echte Prävention in diesem Fall nicht als Ergebnis staatlicher Obsorge entsteht, sondern eher in grundsätzlichen politischen Auseinandersetzungen zwischen gesellschaftlichen Movements einerseits und staatlichen Agenturen (inklusive deren wissenschaftlichen Unterstützern und Zuträgern) erfochten werden muss. Mithin stellt sich hier für präventionsbewegte MedizinerInnen und PsychologInnen die Notwendigkeit, diese Movements zu unterstützen und in ihnen mitzuarbeiten, um echte Verhältnisprävention auf den Weg zu bringen.

7. Dimensionen und Risiken bei Entfaltungsprozessen

Die gesundheitlichen Risiken von transsexuellen Menschen auf ihrem Lebensweg sind beträchtlich und vielfältig, es sind von Kindesbeinen an viele Hindernisse und Gefährdungen zu überwinden. Die sozialen Schwierigkeiten und Belastungen sind enorm, die körperlichen Risiken bei den somatomedizinischen Interventionen ausgeprägt, in den Kasuistiken finden sich häufig Berichte über Komplikationen. Dies alles schlägt sich in reaktiven seelischen Problemen nieder, z.B. ausgeprägten suizidalen Tendenzen: „Mehrere Studien ... zeigen, dass ein Viertel bis ein Drittel der befragten transgener Menschen einen Selbstmordversuch unternommen hat. Bei einer in Irland ausgeführten Untersuchung kam zutage, dass 26% der transgener Menschen wenigstens einmal versucht haben, sich umzubringen und in einer gross angelegten Studie über die gesundheitliche Situation von LSBT Menschen in Schweden gab die Hälfte der transgener identifizierten Befragten an, zumindest einmal in ihrem Leben darüber nachgedacht zu haben sich das Leben zu nehmen ... 21% haben das tatsächlich versucht.“ (Hammarberg in (TvT, 2010, 19))⁵³

Peper schreibt in ihrer Münsteraner Sprechstunden-Klienten-Studie zum Thema psychiatrische Komorbiditäten: „Die erhöhte Rate transsexueller Patienten mit Alkohol- und Drogenabusus sowie mit Selbstmordversuchen in der Vorgeschichte (beides jeweils fast 30%) ist in der Literatur bekannt ... und Ausdruck tiefster Verzweiflung und Depression über den inneren Zwiespalt.“ (Peper, 2003, 75)

Man hat in der Vergangenheit versucht, bestimmte Phasen eines „transsexuellen Entwicklungsweges“ (Güldenring, 2009) bestimmten (psychodynamischen) Konflikttypen zuzuordnen. Solche Sichtweisen erscheinen uns aus zwei Gründen problematisch:

- Das Modell eines „transsexuellen Entwicklungsweges“ vernachlässigt die Tatsache, dass Transsexualität eine angeborene Funktions- und Strukturbesonderheit des Gehirns darstellt, mit einer biologischen im Gehirn fest verankerten Kerngeschlechtsidentität. Die in den letzten Jahren gewonnenen Erkenntnisse und Befunde zur neurobiologischen Basis und Verankerung des Kernselbst in Form des Self related Processings (SRP) und dessen neuroanatomische Zuordnung zu den kortikalen Midline-Regionen⁵⁴ erlauben Hinweise darauf, dass auch das phänomenale Selbstbewusstsein neurobiologische Grundlagen hat⁵⁵. Auch von psychoanalytischer Seite wird heute nicht mehr bestritten, dass ein Teil des Selbst angeboren ist⁵⁶. Daher ist es aus unserer Sicht eher ratsam von einem *Entfaltungsmodell* auszugehen; Entwicklung könnte dahin gehend missverstanden werden, dass entsprechend dem unserer Meinung veralteten Paradigma von John Money „transsexuelle Entwicklung“

nach der Geburt (auf der Basis eines zunächst noch „unbeschriebenen Blatts“) stattfände. Oder anders formuliert: Auf der essenziellen biologischen Basis entfaltet sich das subjektive Bewusstsein der je eigenen Transsexualität⁵⁷. Und auch dieser Entfaltungsprozess basiert auf neurobiologischen Grundlagen (dazu wird noch einiges gesagt werden).

- Wir sehen in unserem Alltag höchst unterschiedliche, sehr individuelle Verläufe. Aufgrund dieser Individualität erscheint uns auch ein Phasenmodell nicht angemessen. „Phasen“ gelangen zum Abschluss, phasenhaften Verläufen haftet ein Schematismus an, den wir in der „Buntheit“ der Verläufe nicht zu erkennen vermögen. Wir erkennen eher wiederkehrende musterhafte Bedeutungen oder Themen, die subjektiv-phänomenal in den Vorder- oder Hintergrund treten können, aber nie abgeschlossen sind bzw. werden.

Wir bezeichnen diese Muster als *Dimensionen* des sich entfaltenden subjektiven Bewusstseins der eigenen Transsexualität. Die wichtigsten Dimensionen sind:

- Latenz
- Inting
- Outing
- Körperliche Angleichung und Lebensweiseadaption
- Synthese.

Bestimmte Dimensionen weisen gewisse Affinitäten zu besonderen Risikokonstellationen auf. Diese Zusammenhänge wollen wir nun darstellen.

8. Latenz

Latenz meint jene Dimension des Entfaltungsprozesses, die das subjektive (noch) Verborgensein von Aspekten der eigenen Transsexualität charakterisiert: Dem Individuum sind Aspekte der eigenen Transsexualität nicht explizit bewusst (das „Verbergen“ etwa des eigenen Kleidung-Anlegens entsprechend dem geahnten Hirngeschlecht verweist bereits in Richtung der Inting-Dimension).

Dieses Verborgensein kann einen weitgehenden Charakter aufweisen, aber auch einzelne Aspekte der eigenen Transsexualität betreffen. Insofern, da Menschen immer lernen und die Entfaltung der eigenen Transsexualität nie abschliesst (wohl aber „zur Ruhe kommen“ kann, s. Synthese-Dimension), wird die Dimension der Verborgenheit in ihren inhaltlichen und Zusammenhangsbezügen sich verändern, „mutieren“ oder (hegelianisch gesprochen) immer wieder der Aufhebung („dreifach“⁵⁸) unterliegen. Latenz ist ein immerwährendes Moment des (transsexuellen) Lebensweges wie auch das apollinische „Erkenne Dich selbst!“.

Auf der phänomenal subjektiven Ebene (des „mir“, „mein“) kann diese Dimension vielgestaltig zum Ausdruck kommen: In unseren Kasuistiken gibt es Beispiele von

- „beiläufig“ einprägsamen Erlebnissen (z.B. auf das noch latente Hirngeschlecht zu beziehende Wohlfühlerlebnisse) oder
- automatisiert/spontan oder gar nahezu „systematisch“ sich durchsetzenden Handlungstendenzen (z.B. „Mädchenjungs“) bis hin zu
- „kontratranssexuellen“ Handlungsmustern (z.B. kompensatorisch „männlich auftretender Harleyfahrer“).

Solche Beispiele können subjektiv-phänomenal in Erscheinung treten, aber dies ist keinesfalls zwangsläufig. Wir finden auch Verläufe, bei denen es nichts oder sehr wenig in der biographischen Zeit bis zur Bedeutungsdominanz des Intings zu „dechiffrieren“ gibt. Auch deshalb können wir „diagnostischen“ Kriterien, die auf solche „typischen Narrationen“ „aus der Frühzeit“ fokussieren, nichts abgewinnen.

Für uns sind zwei besondere Risikokonstellationen im Zusammenhang mit der Latenzdimension erkennbar:

1. Die Latenz der eigenen Transsexualität und die damit in Zusammenhang stehenden Erlebnisse/Handlungstendenzen können von Kindern ich-synton erlebt, gelebt und ausgelebt werden (entsprechend ihrer neurobiologischen Geschlechtsidentitäts- und Kern-Selbst-Basis), vorausgesetzt, sie wachsen in entwicklungsförderlichen und

-stimulierenden gesunden Verhältnissen auf. Dominieren jedoch bei den Bezugspersonen repressive und leibfeindliche Erziehungsstile, erleben sie sexuellen Missbrauch (häufig vorkommend!⁵⁹), erfahren sie wegen ihres Andersseins Stigmatisierungen, Isolation, Ausgrenzung oder sogar Mobbing, so können seelische Verstörungen, innere emotionale Turbulenzen, Psychosomatosen bzw. depressive Syndrome oder psychotraumatische Syndrome die Folge sein.

2. Bei Erwachsenen kann die verleugnete, latente Transsexualität zu strapaziösen, sich wiederholenden, aber letztlich vergeblichen und unbefriedigenden Kompensationsversuchen führen, die in einen Teufelskreis münden, welcher letztlich zu Erschöpfung, Burnout und Depressionen führen kann.

9. Inting

Diese Dimension charakterisiert jene Aspekte des sich auf der biologischen Struktur- und Funktionsgrundlage einer biologischen Hirngeschlechtsidentität manifestierenden Entfaltungsprozesses, die mit dem subjektiven Gewähr- und Gewisswerden bezüglich der körperbezogenen und psychischen Aspekte der eigenen Transsexualität in Zusammenhang stehen. Angesprochen sind hier primär innere, subjektive Prozesse der Bewusstwerdung des kognitiv-emotionalen-körperbezogenen Zugangs zur eigenen Transsexualität. Hierzu zählt auch das bewusste körperbezogene Probehandeln und -erleben (z.B. Rasuren und Epilationen oder Kleidung-Anlegen entsprechend dem eigenen Hirngeschlecht⁶⁰) als Ausdruck der zunehmenden körperbezogenen inneren Auseinandersetzung mit der eigenen Transsexualität.

Das Inting kann in den verschiedensten biographischen Lebens- und Lebensalterabschnitten zur dominanten Dimension des Entfaltungsprozesses werden. Beim momentanen Stand der genetischen Forschung kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob (wie bei vielen genetischen Variationen die Regel) auch das Manifestationsalter genetisch präformiert und dabei bezüglich des möglichen Manifestationsalters prinzipiell von einer breiten Streuung auszugehen ist. Jedenfalls erscheint uns angesichts dieses hypothetischen Hintergrundes die Kategorisierung in einen primären und sekundären Transsexualismus reichlich spekulativ (Becker, 2004).

Die Dominantwerdung der Inting-Dimension dürfte neurobiologisch auf einer zunehmenden komplexer werdenden neuronalen Vernetzung der midline structures mit Domänen des Gedächtnisses und der Erinnerung, verbalen Domänen, emotionalen beziehungsweise räumlichen Domänen und kognitiven Domänen basieren. Bei diesem Aspekt des Entfaltungsprozesses scheinen (für Gesundheitsrisiken relevante) Subdimensionen, nämlich *deutendes* versus *begreifendes Denken*, *restriktive* versus *verallgemeinerte Emotionalität*, eine gewisse Rolle zu spielen.

Dabei ist zunächst ein kognitiver von einem emotionalen Aspekt zu unterscheiden. Der kognitive bzw. emotionale Aspekt bezieht sich jeweils sowohl auf den psychischen wie auch den körperbezogenen Zugang zur eigenen Transsexualität.

Beim kognitiven Erfassen können zwei Richtungen unterschieden werden: eine „defensive“ des *Deutens* und eine „offensive“ des *Begreifens* der je eigenen Transsexualität (Holzkamp, 1985, 383ff).

Deutendes Denken der eigenen Transsexualität

Individuen entwickeln „defensive“ deutende Denkmuster, wenn sie sich angesichts widriger gesellschaftlicher (transphober) Verhältnisse „einrichten“ und anpassen (dazu später mehr).

Im Folgenden werden typische deutende Muster definiert und anhand von charakteristischen Beispielen erläutert. Zunächst wird das spezifische Deutungsmuster bezeichnet („auf den Begriff gebracht“). Dann wird eine kurze Erklärung (Definition) des Deutungsmusters gegeben und schliesslich anhand einer typischen Musteraussage illustriert (Begriffe und Definitionen zit. n. Holzkamp ebda.; die Beispiele stammen vom Verfasser):

- Faktizität* ⇒ geistige Orientierung am Faktischen: „Ich habe nun mal einen männlichen Körper, er wird immer durchschimmern“
- Naturalismus* ⇒ Gesellschaftliche Interessen, Widersprüche und Machtverhältnisse werden als natürlich-unveränderbar deklariert: „Es gibt nun Mal eine Einteilung in Mann und Frau, da kann man nichts machen, dem muss man sich unterordnen“
- Mystifizierung* ⇒ Neigung zum Hineingeheimnissen: „Transsexualität birgt ein besonderes Geheimnis“
- Individualismus* ⇒ Tendenz z.B. übergreifende gesellschaftlich bedingte Diskriminierung zum lediglich individuellen Problem von Einzelnen herunter zu stilisieren: „Transsexualität ist mein alleiniges Problem, das ich alleine bewältigen muss“
- Interaktionsverkürzung* ⇒ Probleme und Widersprüche, die in gesellschaftlichen vorgeformten Machtverhältnissen begründet sind, werden verkürzt auf die persönliche Interaktionsebene: „Mein Problem ist, dass ich noch nicht wie eine Frau auftreten kann“
- Unmittelbarkeitsdenken* ⇒ Fehlen einer (gesellschaftlichen) Metaebene (Background) beim Denken, alles erscheint unmittelbar aus der momentanen Situation im Hier zu entspringen: „Es entscheidet sich innerhalb von Sekunden, ob mir 'die Frau' geglaubt wird“
- Operationalismus* ⇒ Menschliche Handlungen werden auf Operationen verkürzt: „Das wichtigste bei der Geschlechtsumwandlung ist die genitalverändernde Operation“
- Oberflächenbezug* ⇒ Übergreifende Strukturen oder Hintergründe werden negiert, die Dinge „sind“, wie sie unmittelbar an der Oberfläche wahrgenommen werden: „Ich bin gerettet, wenn mein Passing so gut ist, dass ich spontan als Frau durchgehe“

- Statisches Denken* ⇒ Vergangenheit und Zukunft sind ausrechenbar, logische Ausläufer der Gegenwart. Entwicklungssprünge, revolutionäre Umbrüche, Krisen und Zusammenbrüche kommen nicht vor: „Mit dem Stufenprogramm ist mein Weg der Geschlechtsumwandlung genau vorgezeichnet“
- Standpunkt ausserhalb* ⇒ Der Versuch sich gedanklich ausserhalb der gesellschaftlichen Konflikte und Widersprüche zu stellen: „Ich muss mich ganz normal und unauffällig verhalten, damit niemand mir auf die Schliche kommt“
- Personalisierung* ⇒ Gesellschaftliche Hintergründe/Widersprüche werden ignoriert, die transsexuellen Menschen haben lediglich persönliche Probleme: „Es liegt ausschliesslich an mir, ob ich scheitere; jeder ist seines Glückes Schmied“
- Instrumentalisierung* ⇒ S. Unterkapitel „Outing“: „Wie kann ich nur den Gutachter beeindrucken, damit er mir bzgl. Op keine Steine in den Weg legt?“
- Psychisierung* ⇒ Objektiv bedingte Schwierigkeiten, und ihre psychischen Auswirkungen werden umgebogen zu einer der Psyche 'des Patienten' innewohnenden psychischen Besonderheit: „Meine Angst hat mich schon immer gelähmt“.

Begreifendes Denken der eigenen Transsexualität

Die kognitive Erfassung der eigenen Transsexualität bewegt sich zwischen den Polen des deutenden und des begreifenden Denkens.

Beim Begreifen der eigenen Transsexualität werden die deutenden Denkmuster in sich aufgehoben und quasi „überstiegen“ (Holzkamp, 1985, 395). Dies gelingt, in dem die dahinterstehende gesellschaftliche Praxis und die ihr inhärenten Widersprüche und Konflikte fokussiert werden, die deutende Denkgewohnheit als davon durchdrungen analysiert wird und das Deuten damit begreifend überschritten werden kann.

So kann aus der Überzeugung unabänderlich gestört zu sein eine geistige Haltung erwachsen, wonach die eigene Transsexualität eine gesunde Normvariante darstellt und die Störungsüberzeugung (GID & Co.) einem gesellschaftlichen Diskurs entspringt, hinter dem materielle, politische und ideologische Interessen stehen.

Damit gerät dann auch die gesellschaftlich mit Macht durchgesetzte Norm der ausschliessenden Zweigeschlechtlichkeit in den Fokus und die eigene Verzweiflung dieser Norm nicht zu genügen wird so hinterfragbar. Ebenso löst sich die übernommene Selbststigmatisierung als geschlechtsidentitätsgestört auf, in dem eine von wissenschaftlichen Fakten begründete Sichtweise von Transsexualität als gesunder neurobiologischer Normvariante Platz greift und die transsexuellen Menschen ihre selbststigmatisierenden „Scheuklappen“ (t-girl Diana, 2010) loswerden.

Sie können erfahren, dass die Probleme rund um ihre Transsexualität nicht einzigartig individuell und exklusiv auf sie als Einzelne bezogen sind, sondern dass es sich um Probleme handelt, mit denen sich viele transsexuelle Menschen auseinandersetzen müssen.

Dann ist der Gedanke sich mit anderen transsexuellen Menschen, kritischen Geistern zusammen zu schliessen, um gemeinsam an der/für die Veränderung dieser gesellschaftlichen Missstände zu arbeiten/kämpfen, dadurch gemeinsam zu wachsen und auch dadurch sich individuell selbst zu verwirklichen, nicht mehr weit. Es wird möglich, nüchtern die hinter den Interaktionen der alltäglichen Akteure stehenden Stereotypen, Muster und Interessen zu erkennen (diese kognitive Fähigkeit wird während des Outing und später dann bei der körperlichen Angleichung/Lebensweiseadaption im Kontakt mit BetreuerInnen besonders wichtig, wenn es darum geht, das hinter Beziehungsangeboten des/der BetreuerIn stehende Solidaritätspotenzial einzuschätzen).

Es wird erkennbar, dass auch der eigene Umgang mit der Transsexualität nicht schicksalhaft bestimmt ist, niemand also hilfloses Opfer seines „falschen“ Körpers ist, sondern dass eine Fülle von gesellschaftlich vorgeformten Handlungs- und Veränderungsoptionen besteht. Frau/mann kann auf einen Riesenfundus gesellschaftlichen Wissens und gesellschaftlich kumulierter Erfahrungen zurückgreifen, niemand muss mit seinem Problem alleine zurechtkommen.

In diesem Zusammenhang kann sich auch eine kritische Haltung gegenüber Medieninhalten entwickeln, die dort präsentierten Vorstellungen, Schicksale, Handlungsmodelle und Informationen können auf ihr wirkliches Unterstützungspotenzial hin analysiert werden, im Kontrast zu den von ihnen repräsentierten materiellen, politischen und ideologischen Interessen. Es kann sich die Auffassung verdichten, dass grundsätzlich zwei Möglichkeiten/Richtungen des eigenen Handelns bestehen:

1. entweder sich doch zu unterwerfen bzw. sich in einer Opferhaltung anzupassen und dabei Krisen in Kauf zu nehmen (also die eigene Handlungsfähigkeit auf niedrigem Niveau zu „sichern“) oder die Handlungsfähigkeit „etwas“ zu erweitern durch aktive engagierte Anpassung (z.B. unter Zuhilfenahme geschickter unternehmerähnlicher Attitüden) oder
2. der Zusammenschluss mit anderen transsexuellen Menschen, um kollektive Bedingungsverfügung zu antizipieren, sprich Entwicklung einer kollektiven (politischen) Widerstandskultur gegen Transsexuellenfeindlichkeit/Transphobie, damit Erweiterung der eigenen Handlungsfähigkeit und Förderung der eigenen Gesundheit/Entwicklung trotz (zunächst) widriger Bedingungen.

Somit kann Mut angesammelt werden: Statt sich weiter dem zum „falschen“ Körper passenden Rollenspiel hinzugeben, beginnt die Ermutigung kognitive Früchte zu tragen und Outing wird zum Thema.

Nun zur Unterscheidung der emotionalen Inting-Aspekte von restriktiver und verallgemeinerter Emotionalität.

Restriktive (eingeschränkte) Emotionalität

Das deutende Denken ist das Denken des sich Abfindens, der Anpassung an schlechte Verhältnisse und des Sicheinrichtens in der Abhängigkeit. Es hat den „Vorteil“, dass das Deuten diese Tatsachen unbewusst hält, also bei der „Verdrängung“ hilft. Allerdings spiegeln sich derartige selbstfeindliche Denkweisen in den damit assoziierten Emotionen, die Befindlichkeit des sich Anpassenden ist durch andauerndes „emotionales Unbehagen und Ungenügen“ (Holzkamp, 1985, 403) gekennzeichnet.

Emotionen und Befindlichkeit, da vertreten Neurowissenschaften und Kritische Psychologie korrespondierende Standpunkte, sind nämlich eine Art „schnelles Signalsystem“, das sich in der Evolution entwickelt hat und relativ unabhängig vom eher „langsam arbeitenden“ Verstand, insbesondere in kritischen Situationen, das Überleben sichert. Die emotionalen Signale geben dem Individuum unvermittelt Aufschluss über seine Situation, die Befindlichkeit ist ein untrüglicher Gradmesser, ob ein Individuum sich gerade Gutes tut oder sich selbstfeindlich verhält. Der US amerikanische Neurowissenschaftler Jaak Panksepp hat hierzu eindrucksvolle Arbeiten vorgelegt (Panksepp, 1998), Kritische PsychologInnen wie Ute Osterkamp (Holzkamp-Osterkamp, 1977) kamen bereits in den 1970er Jahren zu ähnlichen Ergebnissen.

Bei der Anpassung und dem Sich-Abhängigmachen stehen also „kognitiv-glättendes“, deutendes Denken und untrügliche emotionale negative Befindlichkeit im Widerspruch zueinander. Damit hätte auch ein Individuum, das sich lieber anpasst bzw. abhängig macht, „eigentlich“ einen Anhaltspunkt, seine Verstricktheit und die Angepasstheit seines Denkens sich zum Bewusstsein zu bringen, denn die Befindlichkeit ist „eigentlich“ ein untrügliches Signal. Dadurch könnte der eigenen emotionalen Befindlichkeit eine „erkenntnisleitende Funktion“ (Holzkamp, 1985, 404) zukommen. Anders herum formuliert: um weiterhin sich anpassen und sich abhängig machen zu können, muss die „malade“ Befindlichkeit von den widrigen Verhältnissen und Umständen „geistig“ abgekoppelt werden, es kommt also zur „Dissoziation von den realen kognizierten Lebensbedingungen“ (ebda.), die Bedeutung der eigenen Befindlichkeit wird verdrängt und „der reale Zusammenhang zwischen emotionalem Ungenügen und den objektiven gesellschaftlichen Verhältnissen“ (ebda.) wird unbewusst gehalten. Es kommt zu einer „Entschärfung der Emotionalität“ (ebda.), das Unbefriedigtsein wird bagatellisiert. Es resultiert „einerseits eine scheinhafte Verinnerlichung der Emotionalität als von den realen Lebensbedingungen isolierter, bloss 'subjektiver' Zustand des je einzelnen Individuums und andererseits eine Entemotionalisierung, d.h. Zurückgenommenheit und Unengagiertheit des Handelns. Die Gefühle erhalten so, indem sie das, was sie über die Lebensbedingungen des Individuums wirklich aussagen, eine Art von scheinhafter essenzieller Dunkelheit und Unklarheit, die in Befestigung der hier vollzogenen Verdrängungsleistung häufig als Qualität besonderer Tiefe des personalen Erlebens subjektiv mystifiziert wird“ (ebda.).

Genau diese Tendenzen sind zumindest zu dem Zeitpunkt, wo das Inting der eigenen Transsexualität als Dimension an Bedeutung gewinnt, in der Regel zu konstatieren. Es wird ev. das innere gefühlte, mitunter quälende Ungenügen und die Unzufriedenheit abgepanzert, keiner soll „es“ merken, die transsexuellen Menschen nehmen sich emotional stark zurück, was von PartnerInnen oft dann als merkwürdige Verhaltensänderung

interpretiert wird und Anlass zu allerlei Spekulationen wie auch Krisen bieten kann („Erkaltung“, „Verdacht“ es sei „jemand Anderes im Spiel“).

Der Zusammenhang zwischen der Transsexuellenfeindlichkeit der Gesellschaft, die es in der Tat nahe legt, „auf der Hut und vorsichtig zu sein“ und der eigenen angstvollen Anpassung an diese bzw. die emotionale Spiegelung dieses Zusammenhangs in der maladen Befindlichkeit, wird zu diesem Zeitpunkt meist noch nicht erkannt.

Auch können Selbstdisziplinierung und -erziehung versucht werden, um die störenden Gefühle loszuwerden bzw. unter Kontrolle zu bringen. Diese Versuche scheitern in der Regel, die negative Befindlichkeit erweist sich als unkontrollierbar. Handlungsimpulse in Richtung eines (wenn auch verdeckten, ev. mit quälenden Doppelrollen) Lebens und Erlebens entsprechend dem eigenen Hirngeschlecht, die Konflikte heraufbeschwören könnten, werden immer wieder verdrängt, müssen immer wieder abgewehrt werden. Diese Verdrängung erweist sich als brüchig und die Impulse als ebenso wenig kontrollierbar wie die negative Befindlichkeit. Es verdichtet sich allmählich eine hintergründige Bedrohung und Bedrohungsfixiertheit, deren reale Ursache verdrängt und unbewusst gehalten wird. Aufgrund der Verdrängung ist auch diese Bedrohungsfixierung nicht auflös- oder kontrollierbar. Allmählich steigern sich daher diese Bedrohungsgefühle in Richtung Angst. Auch diese Angst wird zu verdrängen gesucht. „Daraus versteht sich, dass diese Art der Angst allerlei sekundäre Formen von Scheinbegründungen, fiktiven Anlässen, rationalisierenden Interpretationen etc. beim Subjekt hervorrufen muss, die unter erschwerten Bedingungen die faktische Unerreichbarkeit und Selbstreproduktivität von psychischen 'Störungen', 'neurotischen' Symptomen etc. gewinnen: Solche Symptome erhalten, indem sie sich aus ihrer 'sekundären Funktionalität' der Angstreduzierung bei fortlaufender Verleugnung der Angst und ihrer Ursachen ... speisen, gerade aus ihrer genuinen Vergeblichkeit ihre Unerreichbarkeit und Permanenz“ (Holzkamp, 1985, 406).

So wird nachvollziehbar, warum viele transsexuelle Menschen bereits bei der Auseinandersetzung mit der Inting-Dimension hartnäckige seelische Probleme erleiden. Es ist ein gewaltiger gesellschaftlich determinierter Druck, der auf ihnen lastet und dem sie zunächst mit Verdrängung beizukommen versuchen. Sie geraten dabei in einen Teufelskreis, der letztlich in eine psychische Störung münden kann und oft auch mündet.

Wobei je nach subjektiven Gegebenheiten nahezu alle reaktiven oder „neurotischen“ Syndrome (Ängste, Zwänge, Psychosomatosen, depressive Entwicklungen bis hin zu psychotraumatischen Syndromen und besondere Persönlichkeitsentwicklungen usw.) zum Problem werden können.

Mit der Angstdurchsetztheit als nunmehr wesentlichem Charakteristikum der Befindlichkeit erscheint die Emotionalität „unregierbar“, dabei „widersprüchlich, gebrochen, abgestanden“ (ebda.). Die emotionale Befindlichkeit erscheint als „unstet und schwankend“ (Holzkamp, 1985, 407). Diese inneren Turbulenzen resultieren daraus, dass die eigene Handlungs- und Beziehungsfähigkeit zunehmend unterminiert wird und Passivierungsmuster das Handeln des Individuums zu dominieren beginnen. Damit erscheinen Ereignisse und Situationen immer weniger steuer- und beeinflussbar. Sie beginnen hereinzubrechen, die brüchige, unstete und instabile Befindlichkeit spiegelt dies. Im weiteren kann es dann zu manifesten Handlungsfähigkeitskrisen (z.B. Suizidalität) und psychischen Ausnahmezuständen kommen.

Verallgemeinerte Emotionalität

Deutendes Denken und seine emotionale Kehrseite, die unstete und letztlich dann krisenbehaftete emotionale Innerlichkeit, kann nur überwunden werden, wenn die emotionale Abpanzerung verlassen wird. Dazu kann die Innerlichkeit mit den Mitteln des begreifenden Denkens als Schein erkannt werden, der die angstvolle Anpassung an die Diskriminierungsbedingungen subjektiv verdrängen hilft. Wesentlich ist also ein Heraustreten aus dem emotionalen Kokon, in das sich transsexuelle Menschen eingesponnen haben, also aus sich im wahrsten Sinne des Wortes „herauszugehen“. Es geht darum emotionale Befindlichkeit nicht mehr als Bürde zu deuten, sondern um „Wiedergewinnung der eigenen Emotionalität als Erkenntnisquelle und Erfassung der in den emotionalen Wertungen liegenden subjektiven Handlungsnotwendigkeiten in Richtung auf die gemeinsame Verfügungserweiterung, mithin in der Gerichtetheit auf die Schaffung von Bedingungen menschlicher Lebenserfüllung/Bedürfnisbefriedigung, gleichzeitig Gewinnung von Entschiedenheit, Fülle und Angstfreiheit gegenwärtiger Emotionalität“ (Holzkamp, 1985, 410).

Es geht also um Wiedergewinnung des aktiven, bewussten Umgangs mit eigenen Gefühlen, um Wiedererlangung von Gefühlsqualitäten, von Spontaneität, Frische und Angstfreiheit. Dies kann nur schrittweise erreicht werden. Es kann nicht generell herausgetreten (geoutet) werden (wie es die unmenschlichen Alltagstests „ohne alles“ vorschreiben), das Heraustreten beginnt in der Regel bei den engsten Bezugspersonen. Dies ist auch gleichzeitig das schwierigste Problem des gesamten Entfaltungsprozesses: Orientierung des eigenen Handelns in Richtung gemeinsamer Verfügungserweiterung bedeutet in der Familie dann „Entprivatisierung der emotionalen Verbundenheit zwischen Familienmitgliedern“ (ebda.) oder als Frage formuliert: Wie sind emotionale Beziehungen zwischen Familienmitgliedern beschaffen, „in denen nicht mehr nur jeder ein Stück Zuneigung für sich will, sondern die emotionale Bindung bei voller Aufbewahrung ihrer vitalen Intensität dennoch verallgemeinert ist, indem im Interesse am Wohlergehen und der Entwicklung des Anderen das allgemeine Interesse an der Entwicklung der Menschheit zur Selbstbestimmung durchscheint ...?“ (ebda.). Genau mit diesem sehr wesentlichen Thema, dem schrittweisen Outing unter Allgemeininteressenbezug werden wir uns im nächsten Kapitel befassen.

Schrittweise erreichen bedeutet auch, dass in langsamen Spiralen allmähliches Begreifen mit emotionaler Entlastung einhergeht. Der Durchbruch zur „emotionalen Fülle“ kann jedoch prinzipiell nur über das einsetzende Outing erfolgen. Der Erfolg des Outings hängt aber nicht zuletzt davon ab, in welcher Qualität die eigene Transsexualität bereits begriffen wurde. Hierzu können andere transsexuellen Menschen oder BetreuerInnen wirksame Unterstützung anbieten.

Der Entfaltungsprozess verläuft nie linear. Wir leben in einer transsexuellenfeindlichen Gesellschaft, daher sind deutendes vs. begreifendes Denken bzw. restriktive vs. verallgemeinerte Emotionalität Richtungsbestimmungen: jedes Stück begreifenden Denkens und verallgemeinerter Emotionalität muss den nie total zurückzudrängenden deutenden/restriktiven Aspekten förmlich abgerungen werden, „Rückfälle jeder Art und jedes Ausmasses sind stets in Rechnung zu stellen“ (ebda.).

10. Outing

Es gibt mittlerweile eine Fülle von Befunden aus der Spiegelneuronenforschung, „dass implizites Verstehen und Empathie in zwischenmenschlichen Beziehungen über verkörperte Simulation erfolgen“ (Gallese u. a., 2011, 33). Und auch die Hirnforschung, die die Self-Related-Processings zum Gegenstand hat, konnte zum Thema Intersubjektivität Entscheidendes beisteuern. Die Studien von Tanja Singer und MitarbeiterInnen haben die Zusammenhänge von Beziehungen, Intersubjektivität, Empathie und Selbstbezug in bildgebenden Experimenten untersucht. „Es zeigte sich, dass gerade die kortikalen (und soweit messbar auch die subkortikalen) medialen Regionen im Gehirn dann stärker aktiviert waren, wenn die vorgelegten Fotos Menschen zeigten, die in einem engen persönlichen Verhältnis zum Probanden standen“ (Northoff, 2009, 61). Und auch eine Untersuchung von Northoff konnte zeigen, „dass ein positiver Zusammenhang zwischen Empathie und Selbstbezug besteht. Je stärker der Ich-Bezug bei der Wahrnehmung von Gesichtern anderer Personen war, desto stärker war auch die Fähigkeit ausgebildet, Mitgefühl und Empathie gegenüber diesen anderen zu zeigen. Vermittelt wurde dies eindeutig durch die kortikalen Mittellinienstrukturen. Das Ich ist also sehr sozial. Es verschanzt sich nicht autistisch hinter der Mauer der kortikalen Mittellinienstrukturen. Stattdessen scheinen die Befunde nahezuzeigen, dass diese Regionen dafür prädisponiert sind, auf soziale Stimuli der Umwelt zu reagieren. Sie sind, wenn man es so sagen will, auf soziale Stimuli getunt“ (Northoff, 2009, 61f).

Subjektivität, also phänomenales Erleben in der Ich-Form („mir“, „mein“), das belegen die bisherigen neurowissenschaftlichen Forschungsergebnisse eindeutig, ist untrennbar mit dem Bezogensein auf Andere verknüpft, Subjektivität konstituiert sich wesentlich in der Beziehung.

Hieran anknüpfend ist zunächst einmal davon auszugehen, dass der Entfaltungsprozess zu seiner wirklichen Bestimmung und Fülle erst findet, wenn er in die alltäglich gelebte Intersubjektivität Eingang findet. Solange die Dimension des Inting dominiert, ist Innerlichkeit und kommunikative Abkapselung prägend (sieht man von der Teilhabe an anonymen Kommunikationshandlungen im Internet einmal ab). Das bedeutet: „Der Umstand, dass individuelle Subjektivität sich als zwischenmenschliche Beziehung, eben als 'Subjektbeziehung' darstellen lässt, ergibt sich aus der erwähnten Tatsache, dass die individuelle Subjektivität immer die Überschreitung der blossen Individualität in Richtung auf Teilhabe an gesellschaftlicher Subjektivität ist, mithin interpersonalen Charakter hat.“ (Holzkamp, 1979, 13).

Erst wenn das Verharren in der blossen Individualität überschritten wird, kommt es zur wirklichen Entfaltung. Vom phänomenalen Subjektstandpunkt her formuliert: Erst wenn ich als transsexueller Mensch so richtig dazugehöre, man mich selbstverständlich braucht, so wie ich die anderen ganz selbstverständlich brauche, die anderen mich

verstehen, so wie ich sie verstehe, ich mich in anderen spiegeln darf, genauso wie ich Persönliches gespiegelt bekomme, die anderen mich wertschätzen, so wie es tue, dann darf ich als (transsexueller) Mensch aufblühen. Es geht um dieses sich als Mensch fühlen, Mensch sein dürfen mit menschlichen Bedürfnissen, Zielen, so wie alle anderen, im Konzert mit allen anderen gemeinsam. Dieses sich als Mensch mit anderen gemeinsam erleben, gemeinsame Ziele zu haben, mit anderen zusammen einen Beitrag zum Gesamten zu leisten, etwas für die Menschheit zu tun, macht die Essenz von guten persönlichen (subjektiven, wahrhaft menschlichen) Beziehungen aus. In der Sprache der Psychologie: „Der besondere Charakter der Subjektbeziehungen ist generell dadurch bestimmt, dass hier die gemeinsamen Ziele der Beteiligten prinzipiell mit allgemeinen gesellschaftlichen Zielen zusammenfallen.“ (ebda.).

Um das noch zu präzisieren: wirklich echte und persönliche Beziehungen zueinander zu entwickeln und pflegen, ist eigentlich nur möglich, wenn wir uns persönlich und gemeinsam weiter entwickeln. Dies geschieht aber nicht voraussetzungslos: Dazu bedarf es der gemeinsamen engagierten Teilhabe an Vorhaben, Aktivitäten, Projekten, beispielsweise in Arbeitszusammenhängen, die Allgemeininteressen spiegeln, die wir als Voraussetzung unserer Weiterentwicklung gemeinsam weiter entwickeln und die den gemeinsamen Beitrag materiell versinnbildlichen. Erst dies macht das wirkliche, wechselseitige, reziproke „Gebraucht werden“ aus. Holzkamp: „Die Spezifik der interpersonalen Qualität der Subjektbeziehungen ergibt sich aus der reziproken Verbundenheit der Beteiligten durch die Allgemeinheit des gemeinsamen Ziels: Ich weiss nicht nur von dem jeweils anderen, dass er mit den seinen auch meine Interessen verfolgt, ich weiss (in Verschränkung der Perspektiven) auch vom anderen, dass dieser weiss, dass ich mit den meinen auch seine Interessen verfolge. Dies schliesst ein das reale und im Bewusstsein der Beteiligten gegebene wechselseitige Interesse an der Subjektentwicklung des anderen, da seine erweiterten Fähigkeiten zur Teilhabe an kollektiver, in vergegenständlichender Weltveränderung vollzogener Selbstbestimmung, also gesellschaftlicher Subjektivität, auch jeweils mir notwendig zugutekommen“ (Holzkamp, 1979, 14). Es entsteht wechselseitiges Vertrauen. Vom phänomenalen Subjektstandpunkt aus formuliert: „Daraus entsteht eine für die Subjektbeziehungen charakteristische Basisdimension begründbaren wechselseitigen Vertrauens. Da es selbstevident ist, dass niemand bewusst seine eigenen Interessen verletzt, kann ich sicher sein, dass der andere auch meine Interessen nicht verletzt, da sie ja mit den seinen tendenziell identisch sind. Ebenso weiss ich, dass der andere sich aus dem gleichen Grund meiner sicher ist, da er seine Interessen durch deren prinzipielle Identität mit den meinen zuverlässig bei mir aufgehoben weiss. Auf der Grundlage der reziproken Gewissheit, dass der andere aus seinem ureigensten Interesse heraus sein Bestes für mich geben muss, sind Subjektbeziehungen durch Angstlosigkeit, Freiheit, Offenheit und Eindeutigkeit der wechselseitigen Zuwendung charakterisiert. Widersprüche ... zwischen den Beteiligten kann es hier niemals über die Hauptsache, das Ziel geben, sondern nur über die abgeleitete Frage des besten Weges dorthin, wobei solche Widersprüche durch die wechselseitige Gewissheit, dass auch bei der Suche nach dem richtigen Weg der jeweils andere sein Bestes geben wird und von mir das gleiche weiss, auf der Basis der prinzipiellen Verbundenheit nicht auf 'persönliche', 'empfindliche' Weise, sondern in optimaler Sachgerechtigkeit ausgetragen und aufgehoben werden können.“ (ebda.)

So gesehen könnte es ein leichtes sein, die eigene Transsexualität zu entfalten, in einer Gesellschaft, die von Menschlichkeit, Respekt und Achtung, Vertrauen, Angstlosigkeit, Freiheit, Offenheit, Eindeutigkeit und in ihren Handlungen/Bestrebungen vom gemeinsamen Bezug auf Allgemeininteressen geprägt ist, die gemeinsame Weiterentwicklung ermöglicht und niemanden davon ausschliesst. Tatsächlich wäre ein globales Outing und eine rasche Adaption/Angleichung in einer solchen Gesellschaft wohl kein Problem.

Auf diesem Hintergrund verstehen wir Outing als Beziehungsgestaltung im subjektiven Bewusstsein der eigenen Transsexualität und als bewusste Integration der Transsexualität des(r) PartnerIn/der PartnerInnen in die intersubjektive Beziehungsausrichtung und -entwicklung mit für die Beziehung charakteristischen emotionalen Qualitäten wie Menschlichkeit, Respekt und Achtung, Vertrauen, Angstlosigkeit, Freiheit und Offenheit.

Das Dilemma besteht darin, dass in unserer Gesellschaft interpersonale Verhältnisse vorherrschen, die durch „Privatheit“ gekennzeichnet sind. Holzkamp: „Das Grundmerkmal solcher interpersonaler Verhältnisse liegt darin, dass sie als 'Privatverhältnisse' keine allgemeingesellschaftlichen Ziele (im dargestellten Sinne) kennen, sondern nur individuelle Ziele, dementsprechend auch keine Allgemeininteressen, sondern nur Partialinteressen. Die interpersonalen Beziehungen und Zusammenschlüsse erfolgen hier damit stets unter bloss individuellen Zielen der Beteiligten bzw. unter Partialinteressen als Zusammenfassung gleicher Individualinteressen, die als Partialinteressen notwendig mit anderen Partialinteressen in Widerspruch stehen. Da bei solchen Beziehungen und Zusammenschlüssen die jeweils anderen nur 'Instrument' zur Realisierung der eigenen individuellen Interessen sind, nenne ich derartige interpersonale Verhältnisse 'Instrumentalverhältnisse'“ (Holzkamp, 1979, 15)

Für die Entfaltungsprozesse transsexueller Menschen ist die gesellschaftliche Dominanz von bestimmten transsexuellenfeindlich geprägten individuellen Interessen, Partialinteressen und Instrumentalverhältnissen fatal.

1. So gibt es politische Gruppierungen und staatliche Apparate, die den Entfaltungsprozess aus einem politischen Partialinteresse heraus, nämlich die gesellschaftliche Propagierung und Aufrechterhaltung der Mann-Frau-Binarität, durch Reglementierungen erschweren.
2. Eine einflussreiche Gruppe von MedizinerInnen und PsychologInnen verfolgt ideologische, aber auch materielle Partialinteressen: Sie versuchen das Paradigma der psychischen Gestörtheit von Transsexualität in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen dominant zu halten; das Thema wird wissenschaftsdisziplinär der Sexualwissenschaft (Sexologie) zugeschlagen, was unseres Erachtens gegenstands inadäquat ist. Der sexuelle Funktionsaspekt spielt, sieht man von hartnäckig in Szene gesetzten gesellschaftlichen Stereotypen ab, bei Entfaltungsprozessen transsexueller Menschen eher eine untergeordnete Rolle, ist keinesfalls konstitutiv, um basale Erklärungen und Charakterisierungen für das Phänomen Transsexualität zu liefern (Noch Mitte der 1990er Jahre vertrat beispielsweise Sigusch folgende Positionen: „Im ärztlichen Gespräch wirken Transsexuelle kühl-distanziert und affektlos, starr, untangierbar und kompromisslos, egozentrisch, demonstrativ und nötigend, dranghaft besessen und eingeengt, merkwürdig uniform, normiert, durchtypisiert

... Introspektions- und Übertragungsfähigkeit fehlen weitgehend ... Trotz oft unablässiger Schilderungen des Leidensweges drückt der Patient kaum Affekte aus. Bei oft gesten- und floskelreicher Redseligkeit wirkt der Patient stereotyp, monoton, fassadenhaft ... Die zwischenmenschlichen Beziehungen Transsexueller sind stark gestört, weil ihnen Einfühlungsvermögen und Bindungsfähigkeit weitgehend fehlen ... Alle Transsexuellen weisen eine Tendenz zum psychotischen Zusammenbruch unter Stress, in Krisensituationen auf.“ (Sigusch, 1994). Zwar werden inzwischen weniger apodiktische Formulierungen gewählt, aber an der Vorstellung der psychisch gestörten Transsexuellen wird streng festgehalten: „Die einzige Störung, bei der nach einer einjährigen sexualdiagnostisch-psychotherapeutischen Begleitung körperverändernde Massnahmen indiziert sind, ist die Transsexuelle Störung der Geschlechtsidentität (F 64)!“ (Sexualwissenschaft, 2008))

3. Rechtsgerichtete, konservative und religiöse Gruppierungen bestreiten aus ideologischen Partialinteressen heraus die grundsätzliche Existenz von Transsexualität („Ein seit zwei Jahren geschlechtsoperierter und als Frau verkleideter Kastrat“⁶¹).
4. Medien propagieren aus kommerziellem Partialinteresse heraus ein sensationell zur Erscheinung gebrachtes, sexualisiertes Verständnis von Transsexualität in Form mächtiger, einprägsamer Bilder.
5. Grosse Teile der Bevölkerung vertreten Auffassungen, Transsexualität sei widernatürlich, nicht normal, transsexuelle Menschen seien psychisch krank/gestört und abartig-pervers (Sexualisierung).

Angesichts der massiven und sehr verbreiteten gesellschaftlichen Transsexuellenfeindlichkeit und Diskriminierung sind beim Outing Beziehungsabbrüche oder -rückzüge die Regel. Das bedeutet: Jene Schritte, die die Tür zur emotionalen „Wiederbelebung“ darstellen könnten, sind oft nur eingeschränkt möglich oder versperrt. Oft führt dies zu einer (weiteren) Verschlechterung der psychischen Gesundheit.

Perspektivisch gesehen sind Beziehungsaussichten in der Regel desolat. Aufgrund der antizipierten Beziehungskrisen, -abbrüche und Negativerlebnisse orientieren sich transsexuelle Menschen an instrumentalen Beziehungsmodellen und „planen“ entsprechend in vorsichtiger Voraussicht ihr Outing, um die sich abzeichnende Tristesse einigermaßen subjektiv erträglich zu halten. Meist beginnt das so „geplante“ Outing (eigentlich eher Ausdruck einer Notdurft) bei engen Bezugspersonen, z.B. EhepartnerInnen. Und setzt sich in Stufen (Freundeskreis, Arbeitsverhältnisse) fort, wobei die in Punkt 1 bis 5 genannten Partialinteressen immer wieder ein- und durchbrechen können, permanent für Verunsicherung sorgen und den Entfaltungsprozess labilisieren bzw. ganz zum Stillstand oder Abbruch bringen können. Was als Aufbruch antizipiert wurde, kann im subjektiven Elend verharren und eventuell in den vollendeten Suizid münden.

Beim Outing gegenüber sehr engen Bezugspersonen wirkt sich erschwerend aus, dass (z.B. bei ehelichen Beziehungen von transsexuellen Frauen) die Beziehungen oft sowieso nur auf „privaten“ Individualinteressen basieren. Beim Bemühen um Aufrechterhaltung der Beziehungen stehen beispielsweise Motive wie Versorgtseinwollen, Existenzsicherung,

Sicherung eines guten Lebensstandards oder Anlehnungsbedürfnisse (meist in Rahmen von stereotypen „Rollenerwartungen“) im Vordergrund. Wirkliche „übergreifende“ gemeinsame Ziele und Interessen der PartnerInnen sind eher selten. Da gemeinsame „frei“ gewählte übergreifende Ziele und Interessensidentitäten hier keinen inneren Zusammenhalt konstituieren, werden als Kitt der instrumentalen Beziehung je nach Geartetheit der bloss individuellen Interessen (innerer oder äusserer) Zwang, Druck, Abhängigkeit oder Unterdrückung „gewählt“ (Holzkamp, 1979, 16). Das Ganze wird durch „Sentimentalitäten“ (s.u.) verklärt.

Im Grunde genommen handelt es sich um Beziehungen, die durch Machtverhältnisse geprägt sind. Fallen diese Machtverhältnisse einseitig aus, so kann die mächtigere Seite ihre Interessen auf Kosten der „schwächeren“ Seite durchsetzen. Verfügen beide Seiten über ähnlich gewichtige Druckmittel, so bietet sich eher die Regulierungsform des *Kompromisses* an. „Beim Kompromiss (wenn man ihn für sich betrachtet) gibt jede Instanz durch Modifizierung ihrer Ziele der anderen ein Stück weit nach, wobei die Vorteile der Aufrechterhaltung der Beziehung gegen die mit der Zielmodifikation verbundenen Nachteile abgewogen werden. Real versucht dabei jeder 'Partner' mit dem Druckmittel des angedrohten Abbruchs der Beziehung die eigenen Zielvorstellungen und Interessen dem anderen soweit wie möglich aufzuzwingen, bis schliesslich als Resultante des wirklichen Kräfteverhältnisses, durch welches die 'Partner' in unterschiedlichem Masse auf den Fortbestand der Beziehungen angewiesen sind, der Kompromiss mehr zugunsten der einen oder der anderen Instanz ausfällt, etc. 'Kompromisse' sind eine spezielle Regulierungsweise von instrumentellen Beziehungen, innerhalb von Subjektbeziehungen kann es sie nicht geben: 'Nach innen' sind hier die Beteiligten durch ein identisches allgemeines Ziel miteinander verbunden, sodass die Interessendivergenz, die Kompromisse möglich und nötig machen würde, nicht entstehen kann. 'Nach aussen', in der Auseinandersetzung mit abweichenden Positionen oder gegnerischen Kräften, sind Kompromisse nicht möglich, da es bei allgemeinen Zielen nicht im individuellen Belieben derer, die sie vertreten, liegt, sie nach Massgabe von Kräfteverhältnissen zu modifizieren. Die hier angestrebte kollektive Selbstbestimmung aller Menschen über ihre eigenen Angelegenheiten, also 'Freiheit', die jedem Teilziel eine objektiv bestimmte Richtung gibt, ist kein möglicher Gegenstand von Verhandlungen. An die Stelle des Kompromisses tritt hier die geschilderte Modifizierung des Weges und der Zeitperspektive bei unverändertem Zielinhalt. (Inhaltliche Abstriche im Hinblick auf die Ziele, also 'Kompromisse', sind immer ein Symptom dafür, dass eine Subjektbeziehung in Richtung auf ein Instrumentalverhältnis regredierte.)“ (Holzkamp, 1979, 16f).

Hier deutet sich schon an, dass das Outing in einer Beziehung eher erfolgreich sein kann, wenn sie intersubjektive Züge aufweist. Umgekehrt: Ist die Beziehung instrumental regredierte, wird das Outing in den meisten Fällen zu einer Beendigung der Beziehung führen, es sei denn, die PartnerInnen finden über das Outing und die Beschäftigung mit der transsexuellen Thematik zu übergreifenden Ziel- und Interessenformulierungen, mithin zu einem Wandel der Beziehung in Richtung Intersubjektivität. Beziehungen mit eher „freundschaftlichen“ Charakter mit dem „matten“, beliebigen Kitt blosser „Sympathie“ unterliegen aufgrund ihres ausgeprägten Instrumentalcharakters nach dem Outing einem besonderen Verschleiss.

Der zweite Regulierungsmechanismus in Instrumentalbeziehungen, die *Kompensation*, kommt insbesondere dann zum Tragen, wenn „eine Instanz die andere nicht mit direkten Machtmitteln daran hindern kann, die Beziehung zu verlassen ... Kompensation ist ein nichtökonomisches Tauschverhältnis (das allerdings auch ökonomische Form annehmen kann), bei dem zur Minderung des Risikos, dass einer der 'Partner' die Beziehung verlässt, ein Gleichgewicht der den Partnern durch die jeweils anderen Partner gewährten individuellen Vorteile angestrebt wird: Da ich Dir gegeben habe, musst Du mir (wenn ich nicht ausscheren soll) in gleicher Quantität zurückgeben bzw. da Du mir gegeben hast, will ich Dir (damit Du nicht ausscherst) in gleicher Quantität zurückgeben. Die 'Einheiten', die hier kompensiert werden, können materielle Vergünstigungen, Privilegien, 'Gefälligkeiten' o.ä. sein, aber (dieser Fall ist psychologisch besonders relevant) unter bestimmten gesellschaftlichen Bedingungen auch blosse 'Gefühle': Ich habe Dir Aufmerksamkeit, Zuwendung, Liebe entgegengebracht, dafür erwarte ich den gleichen Grad von Aufmerksamkeit, Zuwendung, Liebe von Dir, bzw. Du hast mir Aufmerksamkeit, Zuwendung, Liebe entgegengebracht, dafür erhältst Du den gleichen Grad von Aufmerksamkeit, Zuwendung; Liebe von mir. Ein Ungleichgewicht der jeweils wechselseitig dem anderen entgegengebrachten Gefühle tangiert die 'Verhandlungsbasis'; auf der solche emotionalen Instrumentalverhältnisse aufgebaut sind und wirkt tendenziell in Richtung der Auflösung der Beziehung (sofern nicht ausseremotionale wechselseitige Vorteile ihre Aufrechterhaltung erheischen). Auch an der Regulierungsweise der Kompensation wird deutlich, dass Instrumentalverhältnisse als solche mindestens implizit Unterdrückungsverhältnisse sind: Ein wahrgenommenes Ungleichgewicht der Vergünstigungen durch die jeweils anderen wird hier als Druckmittel benutzt, um die eigenen, aus der Beziehung gewonnenen Vorteile in Androhung der Beziehungsaufkündigung zu vergrössern, wobei, da eine strenge Quantifizierung der wechselseitigen Vergünstigungen, besonders im emotionalen Bereich, kaum möglich ist, das 'Sich-unter-Druck-gesetzt-Fühlen' durch den anderen eine Art von Grundbefindlichkeit der im Instrumentalverhältnis stehenden Partner ist. Innerhalb von Subjektbeziehungen sind, dies ist eins ihrer wesentlichen Charakteristika, 'Kompensationsverhältnisse' grundsätzlich ausgeschlossen, da das ureigenste Interesse jedes Beteiligten an der Aufrechterhaltung der Beziehung hier ja aus dem Inhalt des allgemeinen Ziels, der Erhöhung der Verfügung über gesellschaftlich individuelle Lebensbedingungen, entspringt, und deswegen niemand eigens bestochen werden muss, damit er die Beziehung nicht aufkündigt.“ (Holzkamp, 1979, 17f)

Kompensationsversuche spielen in instrumental geprägten Beziehungen eine grosse Rolle und das Kompensationsdenken ist für viele, die im Inting und vor dem Outing stehen, eine Art notdürftige Planungsstrategie: Wie kann ich trotz Outing das Risiko des Beziehungscrashs vermindern? Und auch bei Beziehungsaufösungen sind kompensatorische Argumentationsmuster häufig anzutreffen („Ich habe Dir 25 Jahre meine Liebe geschenkt und Du ...“).

Kompensationen spielen keine Rolle, wenn nach dem Outing beide PartnerInnen schliesslich zu Haltungen und Handlungsmustern des gemeinsamen solidarischen sich Einsetzens für die Rechte transsexueller Menschen finden und damit auch ihre gemeinsame Situation und Perspektive neu ausrichten, also auch zu einer gemeinsamen mutigen,

wehrhaften und engagierten Haltung gegenüber transsexuellenfeindlichen Anwürfen im Alltag finden.

Insbesondere, wenn sich transsexuelle Menschen mit der Inting Dimension auseinandersetzen, erodieren die Beziehungen wegen der Angst, Verdecktheit und Vieldeutigkeit, die in vielen Kommunikations- und Interaktionssequenzen zum Ausdruck kommen. Durch die initiale Verheimlichung und Heimlichtuerei wird der instrumentale Charakter der Beziehung verschärft. Bereits hier werden kompensatorische emotionale Qualitäten wie „Schuldgefühle, Enttäuschung, Eifersucht, Empfindlichkeit, Eingeschnapptsein und Verletztsein“ (Holzkamp, 1979, 18) charakteristisch, sie werden „nicht nur 'gehabt', sondern auch 'demonstriert', als Belohnung oder Strafe benutzt“ (ebda.).

Daher ist sentimentales, emotional demonstratives Ausdrucksverhalten für Instrumentalbeziehungen typisch, im Zuge des Outingprozesses sind Gefühlsbäder und -schlachten häufig anzutreffen. Dagegen wird in intersubjektiven Beziehungen mit dem Outing sachlicher miteinander umgegangen, hier ist „die Emotionalität ein Ausdruck des Engagements und der Verbundenheit unter einem allgemeinen Ziel“ (ebda.).

Angesichts der bei Instrumentalbeziehungen häufig anzutreffenden Beziehungsaspekten der Verdecktheit und Vieldeutigkeit (s.o.) ergibt sich die Notwendigkeit, mit detektivischer Präzision das Innenleben des/der PartnerIn aufzudecken: „Da man sich in Instrumentalverhältnissen einerseits grundsätzlich über die Absichten des anderen im klaren sein muss, um seine Rückschlüsse für die Kalkulation von Vorteil und Risiko ziehen zu können, der andere aber zur Verbesserung seiner 'Verhandlungsposition' diese Absichten und Ziele prinzipiell verdecken und nur kalkuliert kundgeben wird, ist das 'Innenleben' des jeweils anderen hier (anders als in der Subjektbeziehung) von zentralem Interesse: Ich möchte in den anderen 'hineinschauen' können, um seine geheimsten Absichten und Ziele zu erfahren, und muss, da dies nicht möglich ist und der andere mir einen solchen Einblick ja gerade verwehrt, mich möglichst differenziert in den anderen 'einzufühlen' versuchen. Die Verselbstständigung der 'Einfühlung' und des 'Verstehens' sind deshalb für Instrumentalverhältnisse charakteristische interpersonale Gefühle“ (Holzkamp, 1979, 18f).

Daher sind verselbstständigte Standpunkte des „Verstehen-Wollens“ bezogen auf den/die PartnerIn Gegenstand der outingbezogenen Planungsstrategien von transsexuellen Menschen, andererseits ist das Zerbrechen dieses „Verstehen-Wollens“ ein sicheres Anzeichen für die Absicht die (Instrumental-)Beziehung zu beenden.

Ähnlich wie bei den restriktiven/verallgemeinerten Emotionsqualitäten gibt es unter den aktuellen gesellschaftlichen Verhältnissen keine rein intersubjektiven oder instrumentalen Beziehungen, somit ist also davon auszugehen, dass „generell beide Momente in verschiedenartiger und gradiger Verbindung die vorfindlichen Sozialbeziehungen charakterisieren dürften“ (Holzkamp, 1979, 19). Daher ist bei jeder Sozialbeziehung der Subjektaspekt vom Instrumentalaspekt zunächst einmal zu unterscheiden und man „könnte sodann solche Beziehungen als 'Subjektbeziehungen' bezeichnen, bei denen der Subjektaspekt innerhalb des widersprüchlichen Verhältnisses zum Instrumentalaspekt der bestimmende ist und entsprechend mit dem Konzept 'Instrumentalverhältnis' verfahren.“ (ebda.). Auf dieser Basis kann eine eventuell notwendige Neuorientierung der Beziehun-

gen erfolgen, sodass der Entfaltungsprozess transsexueller Menschen zu seiner wirklichen Bestimmung und Fülle finden kann.

11. Körperliche Angleichung und Lebensweiseadaption

Zusammengefasst: Bisher wurde eine Bewegungsfigur beim Entfaltungsprozess herausgearbeitet: Latenz bedeutet allenfalls „die Dämmerung“ der eigenen Transsexualität. Beim Inting geht es um kognitiv-emotionalen Zugang, also dem subjektiven Gewahrwerden, der Bewusstwerdung und Vergewisserung der eigenen Transsexualität, „es ist schliesslich meine Transsexualität“. Outing bedeutet, dass die subjektive Gewissheit sich dann in der intersubjektiven Beziehung vollends entfaltet, erst „im Du“ kann „ich“ letztlich meine Transsexualität spiegeln und weiter ausfalten.

Im Rahmen der körperlichen Angleichung wendet sich der Entfaltungsprozess dem „Kern“ zu: Es kommt endlich zur Verkörperung des bewusst gewordenen Hirngeschlechts. Der Entfaltungsprozess „mündet“ quasi in die Verkörperung als tiefster und grundlegendster Stufe, indem sich die eigene Körperlichkeit dem Hirngeschlecht annähert. Die Neurowissenschaften erlauben und unterstützen

- den Prozess der körperlichen, psychischen und beziehungsorientierten Integration, den wir als körperliche Angleichung/Lebensweiseadaption bezeichnen, kategorial zu fundieren
- eine einfachere und effektive Orientierung im Begleitungs-, Betreuungs- und Therapieprozess zu entwickeln und
- die Fundierung eines „erweiterten synoptischen systemisch-biopsychosozialen Theorieverständnisses“ (Gottwald, 2007, 5) vorzunehmen.

Die neurowissenschaftliche Betrachtungsweise verfügt dabei über ein beträchtliches Potenzial, den interdisziplinären und Schulenübergreifenden Diskurs/Dialog zwischen BetreuerInnen/TherapeutInnen und transsexuellen Menschen zu stimulieren und zu seiner Integration beizutragen. Vermittels der Neurowissenschaft könnten die derzeitigen ideologisch-überspitzten Einseitigkeiten, Verengungen und Stereotypen, wie sie etwa manche der sog. psychoanalytisch orientierten Sexologen vertreten, überwunden werden. Beispielsweise könnten Arbeiten und Forschungsergebnisse von Autoren wie Mark Solms („Neuropsychanalyse“) hierzu Material und Anregungen bieten (Der südafrikanische Psychiater Mark Solms ist Neurowissenschaftler und Psychoanalytiker, er hat beispielsweise mit dem Konzept einer biologischen Hirngeschlechtsidentität keinerlei Probleme).

In der modernen Spiegelneuronentheorie mit ihrer verkörperten Simulation wird denn auch immer wieder auf gedankliche Parallelen zu den ursprünglichen neurobiologischen Konzeptionen Freuds hingewiesen: „Die hier vorgestellte Theorie der Spiegelneurone enthält einige wertvolle Anregungen für den Dialog zwischen Psychoanalyse und Neurowis-

senschaften. Deutlich wurde die Bedeutung des handelnden Körpers und der sensomotorischen Systeme für die Wirklichkeitsrepräsentation. Dies passt zu den Annahmen der Psychoanalyse, die seit ihren Anfängen den Körper als entscheidende Quelle für die Erzeugung psychischer Repräsentanzen betrachtet. Freuds ursprüngliche Absicht war es ja, das Verständnis der menschlichen Psyche auf ein neurobiologisches Fundament zu stellen. Nach Freud ... ist das Ich eine mentale Projektion des Körpers, ein 'Körper-Ich'. Resnik ... beschreibt das Unbewusste als einen virtuellen Ort, als Repräsentanz einer archaischen Funktion, die ihre 'Sprache' vor allem in einer existenziellen Körperlichkeit findet. Ihr Ausdruck erfolgt über die expressive Kraft von Gesten, über unsere Körpermasken, wie Resnik dies nennt. Der Prozess der individuellen Personalisierung ist das Ergebnis unserer verkörperten Erfahrung, die ihrerseits die Existenz von Interaktionspartnern voraussetzt. Interpersonelle Beziehungen vollziehen sich in Handlungen, in denen sich die Intentionen des Körpers über manifestes Verhalten darstellen“ (Gallese u. a., 2011, 335).

Die Verkörperung des Hirngeschlechts (i.e. körperliche Angleichung) stellt also einen fundamentalen Entfaltungsschritt dar. Die modernen Neurowissenschaften unterstützen den Gedanken einer somatopsychosozialen Einheit bzw. Ganzheit und weisen die Interdependenzen der ganzheitlich verbundenen Ebenen aus: „Die von den Körperpsychotherapeuten schon immer betonte Körper-Seele-Geist-Einheit ist neurobiologisch immer eindeutiger untermauert. Die traditionelle Trennung zwischen Körper und Geist ist auch naturwissenschaftlich nicht mehr haltbar. Nicht nur die Großhirnrinde, sondern besonders auch die inneren Regelkreise im Stammhirn, Mittelhirn, Zwischenhirn und limbischen System (wahrscheinlich im Zusammenhang mit den Nervenzellen des Darms, dem sogenannten Bauchgehirn, aber auch den Überträgersubstanzen im Gehirn und im Körper, den Neurotransmittern, und den Hormonen im Blut) bestimmen das in der assoziativen Hirnrinde erzeugte Bewusstsein und das Verhalten, die Wahrnehmung, die Kognition und das Erleben. Für Interessierte: In neuerer Zeit hat der Physiker Thomas Görnitz ... erneut quantenphysikalische Wirkungen als unerlässliche Grundlagen für das Bewusstsein postuliert und anschaulich gemacht. Die Trennung zwischen organisch und psychisch bedingten Leiden gehört in jedem Fall der Vergangenheit an.“ (Gottwald, 2006, 3). Im Zuge des hirngeschlechtlichen Verkörperungsprozesses, also der körperlichen Angleichung kann der Leib zunehmend „als Boden und als zuhause erlebt werden, als Gefäß für Selbstzufriedenheit und Einssein“ (Gottwald, 2005, 1). Dies korrespondiert auch mit der Gewissheit transsexueller Menschen, dass die körperliche Angleichung (in welcher Form auch immer) den Entfaltungsprozess komplettiert bzw. erst komplettiert hatte. Und erklärt auch den zentralen Stellenwert der logopädischen Begleitung: Sie kann quasi als Sinnbild eines integrativen körper-, psycho- und soziobezogenen Ansatzes von Betreuung und Therapie gelten: Wirksame logopädische Betreuung/Therapie vereint körpertherapeutische und beziehungsorientierte Herangehensweisen. Sie hat bei der Unterstützung des Entfaltungsprozesses vor allem in seiner körperlichen Angleichungs- bzw. Lebensweiseadaption-Dimension paradigmatischen und Schrittmachercharakter (dazu mehr im Logopädie-Kapitel).

Grundlegender Modus ist die *Achtsamkeit*, ein besonderer Umgang mit körperbezogenen Bewusstseins- und Aufmerksamkeitsprozessen: „Ohne Aufmerksamkeit funktionieren

wir unflexibel. Wir sind fixiert in frühen erlernten Mustern, die im Gehirn repräsentiert sind, die jedoch nicht mehr bewusst sind und der Habituation unterliegen. Aufmerksamkeit führt zu einer Erregung in den mit dem Fokus der Aufmerksamkeit assoziierten Neuronenverbänden in den entsprechenden Hirnarealen. Aufmerksamkeit ist insbesondere mit einer erhöhten Aktivität des für die Ichfunktion wichtigen frontoorbitalen Kortex verbunden. Diese Erregung ist eine grundlegende Voraussetzung für eine verändernde Einflussnahme und Voraussetzung für das Lernen von neuen Mustern, wie Ahissar in Affenexperimenten eindrucksvoll nachwies. Ohne Aufmerksamkeit auf die zu lernenden Stimuli fanden keine Veränderungen der kortikalen Repräsentationen statt. Durch Aufmerksamkeit werden unter anderem hemmende Neuronen in ihrer Aktivität herabgesetzt, was zu einer Aktivitätssteigerung führt. Eine Aktivierung von entsprechenden durch eine Erfahrung aktivierten 'cell assemblies' im Gehirn ist also Voraussetzung für Veränderung.

Aufmerksamkeit, also achtsames gegenwärtiges Erleben, muss somit auf dem Boden der neurobiologischen Befunde als sehr zentrales Veränderungsmoment angesehen werden. Das Erlernen von Achtsamkeit bedeutet schon als solches eine Stärkung der reflexiven Ichfunktion ...

Ein wichtiger zusätzlicher Gesichtspunkt: Eine Konfrontation mit zu vielen gleichzeitigen oder kurz aufeinanderfolgenden Reizen in einem Modul des Gehirns wirkt sich negativ aus. Es entsteht chaotischer Input. Deshalb sollten ... Prozesse vergegenwärtigt und verlangsamt werden, um den Input zu reduzieren und achtsam und präsent untersuchen zu können.“ (Gottwald, 2006, 11f) Achtsamkeit ist eine Art „Schnittstelle“ zwischen Körper und Psyche.

Im Zuge des Ausbaus der persönlichen alltäglichen Achtsamkeitskultur lernen v.a. Klientinnen „über die Bewusstseinsverfassung der inneren Achtsamkeit hinaus, möglichst ohne Anstrengung und wie nebenbei, während sie weiter achtsam sind, von diesem gegenwärtigen Erleben zu sprechen, ohne aus dem Zustand der Achtsamkeit herauszugehen.“ (Gottwald, 2005, 4). Das Sprechen in der inneren Achtsamkeit ist anfänglich schwierig zu bewerkstelligen, da dieser Art von „Selbstgesprächen“ kulturelle Gewohnheiten entgegenstehen und sie mit Stereotypen belegt sind. Gottwald spricht nicht zu Unrecht von einer Art Kunst achtsam zu bleiben und wie nebenbei zu sprechen (ebda.). Vorteile des Sprechens in der inneren Achtsamkeit sind zudem die Übungs- und Entfaltungsmöglichkeiten der eigenen weiblichen Stimme, der Zuwachs an Selbstbewusstsein und dadurch implizierten Stressbewältigungsmöglichkeiten.

Das dritte wichtige Moment im hirngeschlechtsorientierten Verkörperungsprozess ist die *heilsame Experimentierhaltung* (über die neurowissenschaftlichen Grundlagen wurde bereits ausführlich berichtet: Stichwort „Können“ und „Üben“). Experimente in Achtsamkeit haben folgende Vorteile, (Gottwald, 2005, 4):

- Mögliche Reaktionen können sofort angemessen berücksichtigt werden
- Achtsamkeit und experimentelles Vorgehen bewahren vor unnötigen Schäden
- das Achtsamkeitsparadigma schützt vor ineffizientem Aktionismus und damit vor frustrierten Rückschlägen

- das Achtsamkeitsprinzip erlaubt emotionales (Befindlichkeits-)Monitoring beim Experimentieren und trägt damit zur Effizienzsteigerung bei („Achten darauf, was gut tut“): die „somatischen Marker“ (Damasio, 1999, 168ff) wie Gefühle, Emotionen unterstützen diesen Prozess.

Der vierte Aspekt, nämlich *heilsame Beziehungen*, erlaubt das „Feintuning“ der körperlichen Angleichung/Lebensweiseadaptation: „Die neuere Spiegelneuronenforschung ... zeigt, wie unweigerlich und unwillkürlich in jeder Begegnung zwischen Menschen wechselseitig nicht nur die Regionen im Gehirn mitaktiviert werden, die für in der Motorik und Sensorik wichtig sind, sondern auch solche, die unserem Mitgefühl zugrunde liegen.“ (Gottwald, 2005, 6).

Die verkörperte Simulation durch Spiegelneurone unterstützt das Handlungsverständnis, kommunikative Handlungen, motorische Handlungen, Emotions- und Empfindungsverständnis und Sprachproduktion (phonetisch-artikulatorischer Aspekt, motorische Simulation auf Inhaltsebene/semantischer Aspekt, Simulation auf der Ebene der Syntax).

Ein wichtiger (fünfter) Aspekt des Entfaltungsprozesses ist der der *Freisetzung von Ressourcen* und der *Entfaltung von Kompetenzen*. Es geht also nicht um Aufbau oder Entwicklung, eher darum, „das Gute wach zu küssen“. „Neurobiologische Forschungen haben eindrucksvoll nachgewiesen, wie Körperhaltungen, Körpergesten, Bewegungen, Berührungen und Atemmuster allen psychischen Befindlichkeiten, wie beispielsweise der Vigilanz, den Gefühlen, aber auch dem Denken, den Handlungsmöglichkeiten und anderen Parametern zugrunde liegen und sie bestimmen (u.a. Carrol Izard, Ramachandran, Vissing und Hjortso, Paul Ekman) ... Körperhaltungen, Körperbewegungen, Berührungen und die Weise zu atmen beeinflussen nicht nur das eigene Erleben und die eigene Effektivität, sondern auch die Wahrnehmung von anderen Menschen und der Umgebung insgesamt ... Jede dieser motorischen, sensorischen oder affektiven Qualitäten von Körperhaltungen, Körpergesten und von Bewegungen, insbesondere die Atembewegungen, sind Teil neuronaler Muster, die wahrscheinlich in unterschiedlichen Modulen im Gehirn gespeichert sind und wieder aufgerufen werden können.“ (Gottwald, 2005, 13).

Die Erfahrungen beispielsweise bei der Entfaltung der weiblichen Stimme und Sprechweise belegen dies eindrucksvoll. Für die Entfaltungsprozesse solcher Kompetenzen gilt grundsätzlich: „Es gibt unendlich viele Möglichkeiten, über den Körper die Muster oder Teile der Muster des Erlebens und Verhaltens zunächst aufzurufen und dann probeweise zu verändern. Einerseits können ... Experimente dazu dienen, angenehmer im Leib da zu sein oder sich effektiver zu vertreten oder effektiver zu handeln. Die Richtung von Experimenten ergibt sich natürlich vor allem auch aus dem Wissen um funktionalere Muster im Umgang mit sich selbst und der Umgebung und über die Bedingungen für das Zustandekommen von Glück und Zufriedenheit. Man kann verschiedene Elemente der Muster der Körperhaltung, der Art von Bewegungen oder der Atmung schwerpunktmässig beleben und erweitern ... Wahrscheinlich dürfte infolge von solchen Veränderungen der Dopamin-, Endorphin-, Enkephalin- und Serotonin-Spiegel steigen ... Klinisch zeigt sich, dass die Veränderung von Atemmustern einen besonders eindrucksvollen Einfluss auf alle Ebenen des Erlebens und Verhaltens hat. Die von Csikszentmihalyi beschriebenen Flow-Erlebnisse haben mit einer Bewusstseinsverfassung von Präsenz und einem Fluss

beim Atmen, aber auch mit einer aufgerichteten und entspannten Haltung zu tun. Die meisten Menschen behindern diesen Fluss und die Ausbreitung ihres Atems mehr oder weniger stark ... Sie sind kaum im Körper oder überhaupt in der Gegenwart anwesend und zu Hause.“ (Gottwald, 2005, 14f).

Damit ist auch (sechstens) erkennbar geworden, dass Befriedigung, Selbstverwirklichung, Glück und Zufriedenheit zentrale Kriterien des Entfaltungsprozesses in dieser Dimension darstellen. Durch das Hinzutreten des körperlichen Aspekts im Entfaltungsprozess gewinnen diese Kriterien eine spür- und erlebbaren, ja sinnlichen Charakter. Zu den neurowissenschaftlichen Grundlagen Gottwald: „Die sogenannte Genexpression hängt ab von Erfahrungen in der frühen wie der jetzigen sozialen Umgebung. Sie kann durch eine angemessene therapeutische Begleitung beeinflusst werden. Die Neurobiologie erarbeitet mehr und mehr die Bedingungen dafür, wie unsere Gene zur Wirkung gebracht werden, beispielsweise jene, die das Neuronenwachstum unterstützen oder die den Zustand des Immunsystems bestimmen. Andere Gene werden sogar aktiv unterdrückt. Obgleich wir noch nicht differenziert genug über die Bedingungen dieser Genexpression Bescheid wissen, gibt es deutliche Hinweise darauf, dass Patienten in einer positiven sozialen Umgebung positive Erfahrungen mit sich und den Beziehungspersonen machen sollten, um gute Bedingungen für die Expression jener Gene zu schaffen, die Gesundheit, Flexibilität, Wachstum und Lernen ermöglichen. Wahrscheinlich wartet unser Organismus nur darauf, endlich die Bedingungen zu erleben, unter denen das gesamte genetische Potenzial ausgedrückt werden kann. Der Organismus scheint aufzublühen, wenn er wieder voll atmet, spürt und sich wieder angemessen im Gravitationsfeld bewegt und er den anderen Menschen und der Umgebung wieder angemessen begegnen kann. Eine Ahnung davon, wie wir Menschen eigentlich vom Wesen her gemeint sind, ergibt sich also möglicherweise aus der Weisheit unserer Gene. Leiden könnte bedeuten, dass Menschen auf dem Boden ihrer Gene ahnen, dass ihr Zustand vom wesensmässigen Sollwert abweicht. Diese Ahnungen werden in unseren Gefühlen und Affekten und in den von Antonio Damasio angesprochenen somatischen Marker spürbar. Lebendige, heilsame Erfahrungen und die entsprechende Expression von Genen mit ihrem innewohnenden Potenzial dürfte die Voraussetzung für einen entsprechenden sogenannten Flow sein, wie es Csikszentmihalyi ausdrücken würde. Im Flow ist ein Mensch begleitet von Empfindungen von Glück und Zufriedenheit. Angemessene verkörperte Erfahrungen erinnern daran, wie man im Flow sein kann. Sie können ... bewusster gestaltet, intensiv erlebt und oft genug wiederholt werden. Solche Erfahrungen könnten auch eine gute Voraussetzung für die Expression solcher Gene sein, die andernfalls ohne Wirkung blieben.“ (Gottwald, 2005, 10)

Zum Abschluss dieses Kapitels sollte noch der Hinweis erfolgen, welche fatale Auswirkungen chronische Stressbeanspruchung auf diese Prozesse haben kann. Wesentliche neuropsychologische Funktionen wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis und exekutive Funktionen sind blockiert. Dadurch ist auch die Fähigkeit zur Achtsamkeit eingeschränkt. Innere emotionale Turbulenzen verhindern die eigentlich erforderliche Grundruhe als Voraussetzung zur Anwendung von Entschleunigungsstrategien und entspanntem Experimentieren. Individuen, die unter chronischer Stressbeanspruchung leiden, tendieren eher zu brüchigen Instrumentalbeziehungen als „Beziehungsnotanker“. Subjektive Beziehungen hingegen wären wichtige Voraussetzung, um das Spiegelpotenzial mannigfaltig

und befriedigend ausschöpfen zu können. *Zusammengefasst: Chronische Stressbelastung verheisst wenig Glück im Entfaltungsprozess.*

12. Mögliche Synthese von Dimensionen

Unsere (vor allem gemeinsam mit transsexuellen Frauen erarbeiteten) Kasuistiken belegen, dass im Zuge der Entfaltung positiver Emotionen wie TransPride (Inting-Dimension), echten intersubjektiven Sozialbeziehungen (Outing-Dimension) und der subjektiv immer stimmigeren, achtsameren, emotional befriedigenderen, kompetenteren Verkörperung des Hirngeschlechts (Angleichungs-/Adaptionsdimension) ein grundlegender „glücklicher“ qualitativer Umschlag vorbereitet werden kann, der ganzheitlich das „Selbst“ umfasst.

Derartige Qualitätsumschläge werden in der Neurowissenschaft durch das noch junge Forschungsgebiet der Synergetik untersucht. Wir haben bereits dargelegt, dass bei den Entfaltungsprozessen neuronale Selbstorganisationsprozesse eine prägende Rolle spielen.

Die Synergetik untersucht (auf der Basis sehr abstrakter mathematischer Formalismen), wie Strukturen (etwa die sich selbstorganisierenden Neuronenverbände) eine qualitative Änderung vollziehen: „Qualitativ ist eine Änderung dann, wenn eine neue, von der bisherigen Struktur verschiedene räumliche, zeitliche oder funktionale Struktur auftritt, zum Beispiel wenn eine zunächst homogene Flüssigkeit ein bienenwabensartiges Bewegungsmuster annimmt. Ein Beispiel aus der Biologie wäre der Wechsel von einem Bewegungsmuster zu einem anderen bei der Fortbewegung, etwa beim Wechsel der Gangarten eines Pferdes.“ (Haken, 2011, 175).

Bestimmte, meist wenige Parameter, in der Synergetik nennt man sie „Ordner“ (bzw. Ordnungsparameter oder Variablen), bestimmen das dynamische Verhalten von Systemen. „Diese Ordner können miteinander in Wettbewerb treten, wobei nur einer gewinnt. Sie können aber auch miteinander kooperieren, wobei sie sich gegenseitig stabilisieren oder sich auch gegenseitig abwechseln. Sie können auch koexistieren, ohne sich zu beeinflussen.“ (Haken, 2011, 176)

Das zweite Prinzip der Synergetik wird (etwas metaphorisch) als „Versklavung“ bezeichnet: „Die Ordner bestimmen das Verhalten der einzelnen Teile so etwa, wie ein Marionettenspieler das Verhalten seiner Marionetten bestimmt. Dabei steuern sehr wenige Ordner das Verhalten sehr vieler einzelner Teile“ (ebda.)

Bei der „zirkulären Kausalität“ (drittes Prinzip der Synergetik) „wirken die einzelnen Teile aber auf den Ordner zurück, durch ihr kollektives Verhalten ermöglichen sie erst das kollektive Verhalten des oder der Ordner“ (ebda.)

Bei zahlreichen Verläufen zeigt sich ein eigentümliches Phänomen: Stolze, positiv emotional gestimmte, körperlich achtsame transsexuelle Klientinnen mit tragfähigen Sozialbeziehungen erleben (meist im Gefolge der genitalverändernden Operation(en)) eine Art „Metamorphose“: Es zeigen sich phänomenal-subjektiv zunehmend Flow-Erlebnisse, die engen Sozialbeziehungen werden zu echten, tief gehenden tragfähigen Bindungen und der Körperlichkeit wird in einer Art tiefer Dauerentspannung erlebt. Emotionale Befind-

lichkeit, intersubjektive Beziehungen und Körperlichkeit scheinen eine neue Synthese auf höherem Niveau miteinander einzugehen. Daher sprechen wir auch von der *möglichen* Synthese von Dimensionen. Denn, das werden wir weiter unten ausführen, wir beobachten leider auch weniger positive Verläufe.

Entsprechend den Synergetik-Konzepten sind offensichtlich drei Ordner für diesen Qualitätsumschlag massgeblich, eben eine positiv ausgerichtete emotionale Grundbefindlichkeit, eine Fähigkeit tragfähige intersubjektive Beziehungen einzugehen bzw. weiter zu entwickeln und die Entfaltung einer achtsam-entspannten Körperlichkeit. Durch den Qualitätsumschlag scheinen diese Ordner für einzelne Teilsysteme des Gehirns massgeblich zu werden, also zu einer „Versklavung“ der einzelnen Teilsysteme zu führen. Die Ordner untereinander scheinen sich wechselseitig zu stabilisieren.

Charakteristisch sind Flow-Erlebnisse. Über die Funktion von Neuromodulatoren wie Dopamin wurde bereits einiges gesagt. Im Zuge der Dominantwerdung der Synthesedimension treten allerdings Flow-Erlebnisse hinzu. Menning definiert Flow wie folgt: „Es ist ein Zustand der Selbstvergessenheit in einer Tätigkeit, des lustvollen Aufgehens im Augenblick, des Erfülltseins im 'Hier und Jetzt', des Untergetauchtseins im Schaffensrausch. Im Flow ist man, wenn man die unnötigen Gleise im Gehirn abschaltet und nur noch die nötigen fährt. Flow wird subjektiv als ein Zustand zwischen Anspannung und Glück, als Gefühl der vollen Involviertheit, des energetisierten Fokus, des Erfolgs im Laufe einer Aktivität erlebt.“ (Menning, 2011, 256). Flow bedeutet, betrachtet man das Phänomen unter physiologischen Aspekten, eine „Kohärenz zwischen somatischen und psychischen Faktoren, Herzrate, Atmung und Blutdruck werden synchronisiert, das limbische System und der Neokortex versetzen uns in einen angstfreien, intrinsisch motivierten aufmerksam-fokussierten Zustand produktiver Harmonie.“ (ebda.). Körper und Psyche treten in einen seltsamen Einklang. Serotonin, Adrenalin und Dopamin spielen eine entscheidende Rolle. Der Flow-geprägte Emotions-Ordner scheint nicht nur in enger Kohärenz mit der Körperlichkeit zu stehen („Embodiment“), sondern sich auch (nach unseren Erfahrungen bei der Begleitung transsexueller Frauen) positiv auf die mentale Leistungsfähigkeit (Aufmerksamkeit/geistige Präsenz und Flexibilität) auszuwirken. In diesem Zusammenhang sei auch noch auf das Konzept der Affektlogik von Ciompi (Ciompi, 1982) hingewiesen, das die Mächtigkeit affektiver Ordner bezogen auf die Kognitionen im Sinne der Synergetik beleuchtet.

Weiters scheint die Fähigkeit, das Erleben und Erinnern zu/von flowbegleiteten Aktivitäten auch bei der Entfaltung des Sense of Coherence (Antonovsky) und damit der Stressresilienz eine gewisse Rolle zu spielen, was eine Erklärung dafür wäre, dass flowbewegte transsexuelle Menschen bei der Konfrontation mit transphobischen Situationen adäquat, sozial-kompetent und gelassen handeln können (neurowissenschaftliche Grundlagen des SoC-Konzepts siehe (Menning, 2011, 259)). Noch ungeklärt ist die Rolle von Kontrollparametern, die beim emotionalen Qualitätsumschlag eine Rolle spielen. Möglicherweise, dies könnten weitere Forschungsergebnisse zeigen, sind Dosis und Applikationsdauer der Hormone Östradiol bzw. Testosteron bedeutsam („Hormonelle Umstimmung“).

Ein weiteres Charakteristikum im Zuge der Dominantwerdung der Synthesedimension ist die von uns beobachtbare Zunahme an Bindungserfahrungen und Bindungswünschen (bei transsexuellen Frauen). Neurobiologische Grundlage dieses Prozesses könnte die

Zunahme von Oxytocinrezeptoren darstellen. Oxytocin spielt bei der Bindungsfähigkeit und beim Bindungsverhalten eine zentrale Rolle; zudem ist bekannt, dass zumindest Östrogene die Oxytocinrezeptorendichte erhöhen können. Im fMRT findet man, wenn man den ProbandInnen Bilder von PartnerInnen zeigt, Aktivierungen in jenen Gehirnregionen, die für eine hohe Oxytocinrezeptorendichte bekannt sind. Interessanterweise sind unter den aktivierten Regionen immer auch dopaminreiche striatale Regionen. Neben den Regionen im Striatum „waren Aktivierungen in der mittleren Insula feststellbar, welche als interface von sensorischen Reizen zu Gefühlen gilt. Sie ist gewissermaßen das Zentrum unseres körperlichen Empfindens ... Somit ist die Insula stark am so wichtigen sozialen Haut-zu-Haut-Kontakt beteiligt und verfügt über eine hohe Oxytocin-Rezeptorendichte“ (Buchheim, 2011, 342). Man kann auch hier die wechselseitigen Interaktionen zwischen dem Beziehungs-Bindungs-Ordner, dem Emotions-Flow-SoC-Ordner und dem Körperlichkeits-Ordner neurowissenschaftlich plausibel herleiten.

Über welche zerebralen Aktivierungen und funktionellen bzw. neurophysiologischen bzw. neuroendokrinen Mechanismen der von unseren Klientinnen berichtete grundsätzliche („postoperative“) Entlastungs-, Beruhigungs- und Entspannungs-Sprung zustände kommt, muss derzeit noch offen bleiben. Die derzeitige Praxis mittels fMRT Aktivierungsmuster etwa bei „Entspannungskompetenten“ wie z.B. Meditierenden stößt auf gewisse Schwierigkeiten (z.B. wegen der bei fMRT-Untersuchungen üblichen Lautstärke von 70 bis 100dB). PET-Untersuchungen bergen einige Risiken. Hilfreich wären hier sicher künftige neurophysiologische (Echtzeit-)Untersuchungen; wir wissen bereits einiges über neurophysiologische Veränderungen bei Meditierenden (z.B. Gammaband-Aktivitäten, Frequenzbandverschiebungen; (Halsband, 2011)). Mit der ständigen Verbesserung der Verfahren des „Electrical Neuroimaging“ (Michel u. a., 2009) sind sicher auch Ergebnisse zu erwarten, um dem „Entspannungssprung“ bei transsexuellen Frauen neurowissenschaftlich erklären zu können.

Grundsätzlich ist jedoch anzumerken, dass transsexuelle Menschen die dimensional Synthesemöglichkeiten nur eingeschränkt erleben, wenn bei ihnen ein deutendes kognitives Verständnis ihrer Transsexualität, eher eine durch restriktive Emotionalitätsaspekte geprägte Grundbefindlichkeit, eine Orientierung in Richtung Instrumentalbeziehungen und eine genitalfixierte Unachtsamkeit gegenüber ihrem Körper vorherrschen. Die in sich stimmige Entfaltung ist möglich. Sie stellt sich aber keineswegs automatisch ein.

Teil III.

**Empfehlungen zur Begleitung,
Betreuung und Therapie**

13. Empfehlungen zum Casemanagement

Grundverständnis von Casemanagement

Casemanagement wird hier als „zentrales Verfahren“ (Wendt, 2001, 7) verstanden, die „einzelfallbezogene Steuerung“ (ebda.) der medizinischen und paramedizinischen Dienstleistungen im Rahmen der hirngeschlechtsbasierten Lebensweiseadaption und körperlichen Angleichung zu gestalten und zu entwickeln. Dadurch kann das „gesundheitliche und soziale Management“ (Wendt, 2001, 8) der Adaption/Angleichung als „vielseitiger Prozess der Zusammenarbeit“ (ebda.) konzipiert und praktiziert werden.

Das traditionelle Modell einseitiger Fürsorge durch einzelne Behandler (bisher meist Psychiater) wird abgelöst, die transsexuellen KlientInnen erhalten die Chance sich aktiv in ihren Prozess einzubringen und ihren Prozess zu gestalten. Ressourcen können auf dieser Grundlage „überlegt gehandhabt“ (ebda.) und ihre Zusammenführung optimiert werden.

Casemanagement orientiert sich primär an den Bedürfnissen der transsexuellen KlientInnen, achtet aber auch auf den wirtschaftlichen Umgang mit Ressourcen⁶².

Diese beiden Orientierungskriterien sind essenziell bei der gemeinsamen Konzeptualisierung und konkreten Ausarbeitung des ganz persönlichen, individuellen Massnahmen-Weges/Betreuungs- und Behandlungspfades: Die Entscheidungen über einzelne Betreuungs-Massnahmen und Behandlungen fallen auf dem vom Casemanagement präformierten und „gebahnten Weg“ (ebda.). Das Casemanagement-Konzept geht davon aus, dass kein individueller Pfad dem anderen gleicht. Zu klären ist dabei, „was zu tun ist, wie es zu machen ist und wer etwas dazu beitragen kann und soll“ (ebda.) . Es geht also um Wege/Pfade, um die Steuerung „längerer Abläufe“ (Wendt, 2001, 14) mit einer Mehrzahl von Beteiligten in vernetzten Bezügen.

Dabei empfehlen wir Casemanagement als „Methode zur Realisierung von Patientenorientierung und weitgehender Patientenpartizipation im Versorgungsgeschehen“ (Wendt, 2001, 24f) zu begreifen und zu praktizieren. Insofern wird hier einem Orientierungs- und Positionswechsel gegenüber traditionellen professionellen Umgangsweisen mit transsexuellen KlientInnen vorgenommen: Die Klientinnen sind nicht mehr länger zu begutachtende Objekte, sondern nunmehr partizipierende Subjekte.

Das Engagement von CasemanagerInnen

Casemanagement in diesem Sinn versucht ausserdem den traditionellen Professionistenstandpunkt der „neutralen Abstinenz“ zu überwinden. Wie bereits ausgewiesen, bewegen sich transsexuelle Menschen und ihre BegleiterInnen in einem „gesellschaftli-

chen Minenfeld“, das Herausforderungen vielfältiger Art bietet und bisweilen auch den Begleiter-/BetreuerInnen ausserordentliches Engagement abverlangt. Wendt hat im Anschluss an Moxley (Moxley, 1989) sechs Aspekte des Engagements von CasemanagerInnen beschrieben:

1. „Der Casemanager als 'implementer'. Er nimmt die Sache in die Hand und geleitet sachwaltend den Klienten aus seiner Krise oder Not heraus“ (Wendt, 2001, 42). Beim Casemanagement mit transsexuellen KlientInnen sind solche engagierten Handlungen gelegentlich erforderlich z.B. wenn transsexuelle KlientInnen von Mobbing oder Stalking betroffen sind oder durch das persönliche Umfeld Diskriminierungen erfahren.
2. „Der Casemanager als Lehrmeister oder Instrukteur, der etwas vormacht und Fähigkeiten entwickeln hilft“ (ebda.). In der Betreuungsarbeit kommt es zu Situationen, in denen Kompetenzvermittlung notwendig ist, sei es, dass Techniken der Selbstbehauptung (Assertiveness) bei Konfliktlagen oder Instruktionen/praktische Erfahrungen bzgl. einzelner Outing-Schritte vermittelt werden.
3. „Der Casemanager als 'guide' , als beratender Begleiter bei der Erschliessung von Ressourcen und der Nutzung diverser Dienste im Verlaufe der Hilfe“ (ebda.). Charakteristisch für den Adaptions-/Angleichungs-Prozess ist ein grosser informativer Bedarf auf KlientInnenseite. Hier können BeraterInnen als „information-guide“ Unterstützung anbieten, damit die adäquate Informationen gefunden werden können; zumal bisweilen eine Fülle von divergenten Informationen, Mythen und Legenden, v.a. im WWW, aber auch den Printmedien, das Auffinden relevanter Informationen erschwert.
4. „Der Casemanager als 'processor', der eine Art technische Assistenz leistet, er hilft dem Klienten geeignete Hilfen auszuwählen und in der Problemlösung voranzukommen; er bringt auf diese Weise sein Expertenwissen instrumentell zum Einsatz“ (ebda.). Neben der partiellen informativen Intransparenz sind transsexuelle KlientInnen oft vor die Schwierigkeit gestellt, z.B. Angebote verschiedener Dienstleister differenzierend einschätzen zu müssen. Eine wichtige und für die weitere Entwicklung (in Richtung Selbstbewusstsein/TransPride) entscheidende Unterstützung kann darin bestehen gemeinsam Beurteilungskriterien zu entwickeln und diese dann beim Dienstleister zu evaluieren.
5. „Der Casemanager als Spezialist für Informationen über das Sozialleistungssystem“ (ebda.). Gerade transsexuelle KlientInnen sehen sich mit einer bedrückenden Vielfalt von Leistungsverweigerungsritualen seitens der Sozialversicherungen konfrontiert. Es ist nicht ausreichend, wenn medizinische Betreuer-/BegleiterInnen ihre Funktion lediglich darauf beschränken empathische Betroffenheit interaktiv auszudrücken und/oder Dokumente/Atteste auszustellen. Es bedarf einer vorausschauenden Sicht und Planung, um KlientInnen auf mögliche Risiken und entsprechende Risikominimierungsstrategien frühzeitig hinzuweisen. Dazu sind auf medizinischer Seite versicherungsmedizinische Kompetenzen unabdingbare Voraussetzung.

6. „Der Casemanager als Supporter, der den Klienten dazu anhält, sich selbst fähiger zur Situationsbewältigung und Problemlösung zu machen“ (ebda.). Aufgrund der besonderen in sich widersprüchlichen Verfasstheit gesellschaftlicher Bedingungs- und Bedeutungskonstellationen rund um das Thema Transsexualität (diskursive Widersprüche) sind Situationsbewältigungs- und Problemlösungsversuche, die im „bloss Privaten“ und rein Individuellen verbleiben, potenziell brüchig und risikobehaftet (s. Abschnitt „Outing“, dort war bereits auf die Kurzschlüssigkeit instrumentalisierender Kommunikations- und Handlungsmuster hingewiesen worden). KlientInnen, die „trickreiche“ auf bloss individuellen Vorteil und „Durchkommen“ orientierte Strategien verfolgen, laufen Gefahr in ihrem Arrangement mit herrschenden Instanzen partiell auf ihrem Weg zu freien Selbstbestimmtheit „stecken“ zu bleiben und/oder in Abhängigkeiten zu verharren bzw. sich zu verstricken. Aus neurowissenschaftlicher Sicht essenziell für subjektive Lern- und Entwicklungsprozesse sind jedoch gemeinschaftliche Bezüge des Handelns und der Lernerfahrungen. Insofern können bei der Begleitung, Betreuung und Therapie Ermutigung und Befähigung in zwei Richtungen stattfinden: einmal als Ermutigung zum „Selbstmanagement“ („Trans-ICH-AG“) oder zweitens in Richtung individueller Teilhabe an sich erweiternder kollektiver Bedingungsverfügung (z.B. im Sinne eines individuellen Engagements in einem erfolgreichen Movement mit dem Fokus „Menschenrecht und Transsexualität“).

Träger des Casemanagements

Im Rahmen der Betreuung, Begleitung und Therapie von transsexuellen KlientInnen sind unterschiedliche Träger des Casemanagements zu identifizieren.

Primärärztliches Casemanagement (Wendt, 2001, 55) meint die Betreuung transsexueller KlientInnen/PatientInnen durch HausärztInnen mit den Funktionen gate-keeping (Zugang zu anderen Dienstleistungen), Prozess-Koordination und Prozessmonitoring.

Klinisches Casemanagement (ebda.) wird von PsychiaterInnen und klinischen PsychologInnen angeboten, insbesondere wenn zusätzlich zur Transsexualität reaktive seelische Probleme oder/und (unabhängig) seelische Krankheiten vorliegen. Die Anforderungen an den klinischen Fallmanager umfasst eine Kombination von primärärztlichen Casemanagement und psychotherapeutischem Vorgehen, die auf die jeweiligen subjektiven Bedürfnisse der(s) KlientIn abzustimmen sind.

Gestaltungsaufgaben des Casemanagements

Die Gestaltung der Dienstleistungen im Rahmen des Casemanagements orientiert sich an *fünf Prinzipien*:

In unserem Empfehlungszusammenhang gilt das Prinzip der *primären „Nutzerorientierung“* (Wendt, 2001, 62). Bisher wurden Dienstleistungen eher „angebotsorientiert“ (ebda.) erbracht: Es galt die Dominanz des Expertenurteils. Typisch für diese Dienstleistungen vom veralteten Typus ist die „Komm-Struktur“ (Wendt, 2001, 63): KlientInnen

müssen sich (mitunter sehr) aktiv bemühen, einen Dienstleister aufzusuchen, der sie dann (eventuell) „nimmt“. Wir empfehlen, derartige Hürden zu minimieren und das Casemanagement für transsexuelle KlientInnen niederschwellig anzubieten, auch und gerade beim klinischen Casemanagement. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass die wesentlichen Informationen über die Angebote auch informatorisch leicht erreichbar sind (z.B. über das WWW). Weiters entspricht es unserer Lesart des Prinzips der primären Nutzerorientierung, dass wir Ziele und Zwecke der Klientinnen in den Mittelpunkt rücken, in Richtung eines „needs-led approach“ (Wendt, 2001, 64) bzw. „client-driven approach“ (Wendt, 2001, 65).

Das Prinzip „*Handeln nach Vereinbarung*“ (Wendt, 2001, 66) bedeutet, dass die Erbringung der Dienstleistungen auf einem vertragsähnlichen Commitment beruht. Dies folgt der Logik, wonach die transsexuellen KlientInnen Subjekte des Verfahrens sind. „Was getan wird, ist mit ihnen zu vereinbaren“ (ebda.). Damit die KlientInnen ihre Rechte wahr nehmen können und im Begleitungs-/Betreuungsprozess gestalten können, ist Prozesstransparenz eine sine-qua-non-Bedingung, daher sind Information und Beratung Kernaktivitäten von CasemanagerInnen. Der Inhalt der Vereinbarung wird in „Kontrakten festgehalten“ (ebda.) und konkretisiert.

Die Prinzipien der „*prozeduralen Fairness*“ (Wendt, 2001, 69) lassen sich wie folgt zusammenfassen: Berücksichtigung der „besonderen Gegebenheiten“ (Wendt, 2001, 70) von KlientInnen. Basis ist dabei die freie, selbstverantwortliche Entscheidung von KlientInnen: „In jedem Schritt haben KlientInnen das Recht über den Gang der Dinge zu bestimmen“ (ebda.) und auch insofern die uneingeschränkte Verantwortung für ihre Entscheidungen zu übernehmen.

Das Prinzip der *Gesundheitsförderung* bedeutet, dass Casemanagement nicht primär als „technische“ Leistungserbringung anzusehen ist, sondern es hat über die Koordination und das Monitoring am Zustandekommen eines Outcome (d.i. Gesundheitliche Verbesserung) mit zu wirken: Den transsexuellen KlientInnen sollte es im Zuge der koordinierten Erbringung der Netzwerk-Dienstleistungen anders und besser ergehen, ihr Leben sollte an Fülle und Befriedigung zugenommen haben.

Das Prinzip des *Qualitätsmanagements* erfordert, dass Casemanagement und Netzwerkdienstleistungen bezüglich der Anforderungen und Standards einem systematischen „Prozess intersubjektiver Verständigung“ (Wendt, 2001, 75) unterliegen. Es geht hier also nicht um die Generierung von Standards, die der Angstabwehr und Absicherung von „BehandlerInnen“ dienen, sondern um gemeinsame, systematische koordinierte Bemühungen/Aktivitäten der NetzwerkteilnehmerInnen, die Qualität der Dienstleistungen kontinuierlich zu verbessern. Dies betrifft alle drei Qualitätsaspekte der „Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität“ (ebda.). Es ist dabei nochmals hervorzuheben, dass mit Ergebnisqualität in diesem Zusammenhang der schon erwähnte Outcome an Lebensqualität/Gesundheit/Wohlbefinden gemeint ist.

Versorgungsstandards des Casemanagements

Die Vorgehensweise des Casemanagements besteht aus einer Reihe von „Dimensionen“ (Wendt, 2001, 96). Dabei sind regionale Besonderheiten (z.B. Versorgungsauftrag des SPD Uri) zu berücksichtigen.

Access/Intake

Der „Access“ (Wendt, 2001, 102) (Zugang) ist niederschwellig zu gestalten. Die Dienstleistung wird im Rahmen der KVG-Grundversicherung finanziert, krankenversichert zu sein ist Zugangsvoraussetzung. Primär werden Bewohner des Kanton Uri begleitet/betreut/behandelt. Entsprechend der kantonalen Zuständigkeit des SPD Uri müssen die PatientInnen mindestens 18 Jahre alt sein (jüngere PatientInnen werden durch den KJPD betreut). Die psychologische Access-Barriere für transsexuelle Menschen wird durch zwei Strategien vermindert: Information über das SPD-Angebot für transsexuelle Menschen auch mittels elektronische Kommunikationsplattformen und gezielte Informationsvermittlung an primärärztliche bzw. fachärztliche-fachpsychologische Versorger. Beim „Intake“ (Wendt, 2001, 105) (Fallaufnahme) sind mehrere Ziele umzusetzen: die KlientInnen sind „über die Arbeitsweise der Institution zu informieren“ (Wendt, 2001, 106), zudem ist gemeinsam mit dem/der KlientIn „die Problematik zu entwirren“ (ebda.), um danach zu entscheiden, ob der SPD in seinem/ihren Fall ein Betreuungs-/Behandlungsangebot machen kann. Weiters ist eine „Klärung des Anliegens“ (Wendt, 2001, 107) des/der KlientIn notwendig, um „die Ausgangslage und das Problem präziser zu fassen“ (ebda.) und dadurch die notwendigen Dienstleistungsangebote genauer zu umreissen.

Assessment

Beim „Assessment“ (Wendt, 2001, 108) geht es um die ganzheitliche, systematische Erfassung und Beurteilung der inneren und äusseren Situation von KlientInnen. Diese Abklärung ist „kein fest abgegrenzter einmaliger Vorgang“ (Wendt, 2001, 109). „Die Einschätzung kann schrittweise erfolgen, korrigiert und wiederholt werden, in vielen Fällen reicht zunächst eine erste Verständigung über ein aktuell vorliegendes Problem“ (ebda.) aus (insbesondere im Klinischen Casemanagement). Beim Auftreten mehrerer Schwierigkeiten sind „Prioritäten“ (ebda.) zu setzen. Nicht selten treten im Betreuungsverlauf „neue Probleme auf, darunter solche, die durch den Hilfeprozess zutage gefördert werden. Dann ist eine erneute Einschätzung (reassessment) angezeigt“ (ebda.). Zusammengefasst: in der Praxis sind Assessments flexibel zu handhaben. Der Begriff Assessment ist auch deshalb angemessen, da es bei reiner Transsexualität nicht um Diagnostik geht: Hier ist keine Störung oder Krankheit zu diagnostizieren, es sind keine Befunde zu erheben und auch keine Klassifikationen von Krankheitszeichen vorzunehmen. Entsprechend sind bei einem ganzheitlich vorgehenden Assessment jene Fähigkeiten und Stärken, also Gesundheitsaspekte zu fokussieren, die über ein potenziell hohes Risikominderungs- bzw. Risikopräventionspotenzial verfügen. Die kognitiv-emotionale

Fixierung auf Störungsmodelle der Transsexualität führt bei Professionalisten eher dazu, dass das Selbstmanagement-/Selbsthilfepotenzial unterschätzt wird. Dadurch wird das wichtigste Potenzial bei der Risikoprävention unzureichend gefördert bzw. an BetreuerInnen vorbei „doch noch irgendwie“ genutzt. In solch „schiefen“ Betreuungskonstellationen leiden dann die an sich für das Assessment essenziellen Prinzipien Ehrlichkeit und Selbstverantwortung. BetreuerIn und KlientIn beginnen sich gegenseitig „etwas vorzumachen“, eventuell in wohlthuend-freundlicher, netter Atmosphäre⁶³. „Menschen haben Stärken und Schwächen, zu einem realistischen Bild gehören beide“ (ebda.). Auch die kommunikative Gestaltung ist vom intersubjektiven Verständigungs- und Klärungsprinzip bezüglich des jeweiligen Entfaltungsprozesses geprägt. Dies schliesst verhörähnliche diskursive Gutachter-Strategien ebenso aus wie (sog. „klientenzentrierte“) primäre Fokussierung auf die „Innerlichkeit“. Intersubjektive Verständigungsdiskurse bezüglich des jeweiligen Entfaltungsprozesses können Möglichkeiten

- des Grundverständnisses von Transsexualität
- Lebensläufe (Latenz ... Synthese), Biographien und Lebensgeschichten transsexueller Menschen
- gesellschaftlicher Lebenswelten und Lebensbedingungen transsexueller Menschen
- Lebensperspektiven transsexueller Menschen
- der Betreuung, Begleitung und Therapie transsexueller Menschen

in ihrer persönlichen Bedeutung für die/den KlientIn, d.h. in ihrem Bezug zu

- der inneren und äusseren persönlichen Situation bzw. Bedingungen des/der KlientIn
- den persönlichen Bedürfnissen des/der KlientIn
- deren/dessen Handlungen in ihrer subjektiven Bedingtheit/Begründetheit und
- den sich daraus abzeichnenden subjektiven Entfaltungs-Möglichkeitenräumen

thematisieren. Im Diskurs kristallisieren sich allmählich Handlungsmöglichkeiten heraus, die sich im weiteren in Richtung zu vereinbarender nächster Schritte bzw. ersten Umrissen einer Roadmap verdichten.

Zielvereinbarung und Planung der weiteren Begleitung/Betreuung

Wesentlich bei der Zielbestimmung/-vereinbarung und Roadmapentwicklung ist das Komplementaritätsprinzip. Entscheidend beim Assessment war ja die explizite Bezugnahme und grundlegende Fokussierung auf subjektive Lebenspläne, -perspektiven, -bedingungen und -begründungen der KlientInnen. Entsprechend sind die Ziele für den Entfaltungs-, insbesondere den Angleichungs- und Adaptionsprozess, „komplementär zur Lebensplanung“ (Wendt, 2001, 119) der KlientInnen zu bestimmen. Keinesfalls ist es

legitim, aus einem falsch verstandenen „therapeutischen“ Verständnis und Interesse heraus Lebensplanungen und Lebensentwürfe von KlientInnen zu „durchkreuzen“ (ebda.): „Der Effekt von Hilfen bestimmt sich nach ihrer Einpassung in die soziale, psychische und physische Disposition des Menschen, also zuallererst danach, wie er disponiert.“ (ebda.). Die Zielvereinbarung kann nur als intersubjektive Zielverständigung realisiert werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Ziele expliziten, realistischen und konkreten Charakter aufweisen, dies ist der Verständlichkeit und Überprüfbarkeit förderlich (ebda.): „Mit diffusen Zielvorstellungen und allgemeinen Wünschen ... ist es nicht getan. Sind die Ziele so unbestimmt gehalten, dass man sie nicht überprüfen kann, erfüllen sie ihren Zweck im Hilfeprozess, in der weiteren Behandlung und in der Bewältigung von Problemen nicht. Es empfiehlt sich, die Zielbestimmung mit einer Angabe über den Zeitraum zu verbinden, in dem man das Ziel zu erreichen trachtet.“ (ebda.). Das Casemanagement des Angleichungs- und Adaptionsprozesses hat auch hier eine proaktive Funktion. „Zu klären ist, welche Dienstleistungen infrage kommen“ (Wendt, 2001, 120). Am sinnvollsten ist es gemeinsam zu einer Art Rahmenkonzept zu kommen, das den ungefähren Ablauf/die Reihenfolge bzgl. Massnahmen des gesamten Angleichungs- und Adaptionsprozesses projiziert, also einer Roadmap. Schliesslich sind auch seitens der KlientInnen auf dieser Basis Entscheidungen über die durchzuführenden Massnahmen zu treffen. Im Zusammenhang mit der Durchführung(splanung) sind zusätzliche Betreuungsleistungen gefragt: Jetzt geht es um die Prävention und das Management von Risiken. Aus unserer Erfahrung wissen wir, dass die diesbezügliche Unterstützung ein wesentliches Kerngeschäft von CasemanagerInnen darstellt. Dabei geraten besondere Risikomanagementkompetenzen und -strategien wie (Borge, 2002, 45)

- Risikoidentifikation
- Risikoquantifizierung
- Risikoverhinderung
- kompensatorische Schaffung wünschenswerter Risiken
- Risikodiversifizierung
- Risikokonzentration
- Risikoabsicherung
- Risikoerhöhung

kontinuierlich in den Fokus der Betreuungsgespräche. Das Thema der abwägenden Anwendung solcher Risikostrategien verbunden mit der ebenso sorgfältigen Reflexion eigener kognitiver Verzerrungstendenzen⁶⁴, steht im Mittelpunkt vieler Betreuungsgespräche von CasemanagerInnen mit transsexuellen KlientInnen.

Durchführung der Massnahmen

Neben den gemeinsamen, kontinuierlich stattfindenden Risikoanalysen stellt sich bei der Durchführung der Massnahmen auch die Aufgabe des Monitoring. Das schwierigste Problem dabei ist die Tatsache, dass transsexuelle KlientInnen mit Diskriminierungen und Defiziten bei Leistungserbringern rechnen müssen. Dem/der CasemanagerIn obliegt also die Aufgabe „nach dem Rechten zu sehen“ (Wendt, 2001, 124). Dies kann besondere Unterstützungsleistungen erfordern. Durch entsprechende Klärungen und Absprachen des/der CasemanagerIn mit der dienstleistenden Institution kann Konflikten vorgebeugt werden. Das Monitoring der Leistungserbringung kann darin bestehen, dass

1. „der Casemanager von sich aus die Einhaltung einer vereinbarten Leistungserbringung bei Diensten oder von Absprachen ... mit dem Klienten selber anmahnt
2. der Casemanager Beschwerden des Klienten nachgeht oder seine berechtigten Wünsche weiter gibt“ (Wendt, 2001, 125f).

Insofern kann es erforderlich sein, dass der/die CasemanagerIn „anwaltlich“ (Advocating) für KlientInnen eintritt.

Evaluation

Bereits oben war einiges zur Beurteilung des Outcomes gesagt worden. In der Praxis wird meist formativ und qualitativ evaluiert, d.h. der laufende Casemanagement-Prozess wird begleitend bewertet und beurteilt (meist im Rahmen von Gruppengesprächen)⁶⁵. Dabei spielen

- „subjektinterne“ (Wendt, 2001, 128) Bewertungs- und Beurteilungskriterien, also „persönliche Befriedigung (Erg.d.d.A.: des Klienten), psychische Stabilisierung“ (ebda.), Wohlbefinden, subjektive Stimmigkeit der Lebensweise und der körperlichen Angleichungsergebnisse sowie
- „perspektivische“ (Wendt, 2001, 129) Bewertungskriterien („Welche Chancen wurden wahrgenommen oder verpasst, welche neuen Perspektiven eröffnet?“ ebda.) eine zentrale Rolle.

14. Somatomedizinische Massnahmen

Folgt man der Entfaltungslogik und stuft Transsexualität als „von Natur aus“ gesunde Normvariante ein, dann erbringen SomatomedizinerInnen (z.B. EndokrinologInnen, ChirurgInnen usw.) zunächst primär keine therapeutischen Leistungen, sondern leisten präventive Begleitungs- und Betreuungsarbeit bei einer Hochrisikogruppe, beteiligen sich an der medizinischen Versorgung transsexueller Menschen, um ihnen zur risikominimierten Angleichung von Körpermerkmalen an das Hirngeschlecht zu verhelfen (Zur Veranschaulichung ein paar analoge Beispiele von anderen Hochrisikogruppen, die sehr intensiv präventiv betreut werden müssen: GynäkologInnen/Geburtshelfer beraten und betreuen Schwangere; Frühgeburten werden von NeonatologInnen präventiv versorgt und intensivmedizinisch *betreut*).

Früher oder später sind transsexuelle Menschen sekundär mit Leidensdruck konfrontiert, meist im Rahmen des Entfaltungsprozesses, sodass auch den somatomedizinischen Interventionen eine Art Therapie- und Linderungswirkung zukommt.

Jenseits der GID-Logik geht es in erster Linie darum, durch somatomedizinische Massnahmen, wie z.B. Verordnung von Hormonen oder geschlechtsangleichende Operationen, den Entfaltungsprozess transsexueller Menschen, Risiko und Leidensdruck minimierend, zu unterstützen, aber nicht die Transsexualität selbst zu behandeln.

Eines der wesentlichen medizinischen Konzepte um Risiken zu minimieren bzw. therapeutische Entscheidungen zu fundieren, stellt die in den letzten Jahren immer wichtiger gewordene Evidenz-basierte Medizin (EbM) dar: „Unter Evidenz-basierter Medizin (‘evidence based medicine’) oder evidenzbasierter Praxis (‘evidence based practice’) im engeren Sinne versteht man eine Vorgehensweise des medizinischen Handelns, individuelle Patienten auf der Basis der besten zur Verfügung stehenden Daten zu versorgen. Diese Technik umfasst die systematische Suche nach der relevanten Evidenz in der medizinischen Literatur für ein konkretes klinisches Problem, die kritische Beurteilung der Validität der Evidenz nach klinisch epidemiologischen Gesichtspunkten; die Bewertung der Grösse des beobachteten Effekts sowie die Anwendung dieser Evidenz auf den konkreten Patienten mithilfe der klinischen Erfahrung und der Vorstellungen der Patienten.“ (ebm Netzwerk, 2008). Die Umsetzung von EbM erfolgt in einem fünfstufigen Prozess:

- Ableitung einer relevanten, beantwortbaren Frage aus dem klinischen Fall
- Planung und Durchführung einer Recherche der klinischen Literatur
- Kritische Bewertung der recherchierten Literatur (Evidenz) bezüglich Validität/Brauchbarkeit
- Anwendung der ausgewählten und bewerteten Evidenz beim individuellen Fall

- Bewertung der eigenen Leistung. (ebda.)

Oder um Altmeister der Evidenz-basierten Medizin David Sackett zu zitieren: „EBM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung.

Mit individueller klinischer Expertise meinen wir das Können und die Urteilkraft, die Ärzte durch ihre Erfahrung und klinische Praxis erwerben. Ein Zuwachs an Expertise spiegelt sich auf vielerlei Weise wider, besonders aber in treffsichereren Diagnosen und in der mitdenkenden und -fühlenden Identifikation und Berücksichtigung der besonderen Situation, der Rechte und Präferenzen von Patienten bei der klinischen Entscheidungsfindung im Zuge ihrer Behandlung. Mit bester verfügbarer externer Evidenz meinen wir klinisch relevante Forschung, oft medizinische Grundlagenforschung, aber insbesondere patientenorientierte Forschung zur Genauigkeit diagnostischer Verfahren (einschliesslich der körperlichen Untersuchung), zur Aussagekraft prognostischer Faktoren und zur Wirksamkeit und Sicherheit therapeutischer, rehabilitativer und präventiver Massnahmen. Externe klinische Evidenz führt zur Neubewertung bisher akzeptierter diagnostischer Tests und therapeutischer Verfahren und ersetzt sie durch solche, die wirksamer, genauer, effektiver und sicherer sind.

Gute Ärzte nutzen sowohl klinische Expertise als auch die beste verfügbare externe Evidenz, da keiner der beiden Faktoren allein ausreicht: Ohne klinische Erfahrung riskiert die ärztliche Praxis durch den bloßen Rückgriff auf die Evidenz 'tyrannisiert' zu werden, da selbst exzellente Forschungsergebnisse für den individuellen Patienten nicht anwendbar oder unpassend sein können. Andererseits kann ohne das Einbeziehen aktueller externer Evidenz die ärztliche Praxis zum Nachteil des Patienten leicht veraltetem Wissen folgen.“ (Sackett u. a., 1997).

Die Evidenz-basierte Medizin nutzt die Ergebnisse von klinischen Studien. Mit Hilfe von Evidenzklassen wird die wissenschaftliche Aussagefähigkeit klinischer Studien hierarchisiert. Es gibt eine Reihe verschiedener Einteilungen (Agency for Healthcare Research and Quality, National Health Service, US Preventive Services Task Force u.a.). Alle diese Einteilungen sind nach einem ähnlichen Prinzip aufgebaut: Je höher gradig die Evidenzklasse ausfällt, desto besser ist auch die wissenschaftliche Begründbarkeit für eine Therapieempfehlung. Im folgenden ein Beispiel einer Einteilung (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin/ÄZQ, einer Einrichtung deutschen Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung):

- *Level 1*: Es gibt ausreichende Nachweise für die Wirksamkeit aus systematischen Übersichtsarbeiten über zahlreiche randomisiert-kontrollierte Studien.
- *Level 2*: Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus zumindest einer randomisierten, kontrollierten Studie.
- *Level 3*: Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus methodisch gut konzipierten Studien, ohne randomisierte Gruppenzuweisung.

- *Level 4a*: Es gibt Nachweis für die Wirksamkeit aus klinischen Berichten.
- *Level 4b*: Stellt die Meinung respektierter Experten dar, basierend auf klinischen Erfahrungswerten bzw. Berichten von Experten-Komitees.⁶⁶

Eine andere Einteilung wurde kürzlich von Jäncke⁶⁷ vorgestellt. Danach sind folgende Evidenzklassen zu definieren:

- *Level Ia*: Metaanalyse, in der mindestens eine Klasse I-Studie als Wirksamkeitsnachweis angesehen wird
- *Level I*: Randomisierung, prospektiver Gruppenvergleich
- *Level Ib*: Quasi-randomisierter, prospektiver Gruppenvergleich
- *Level II*: Gruppenvergleich ohne Randomisierung
- *Level III*: methodisch saubere Einzelfallanalysen.

Nach Jäncke sind immer auch ethische Überlegungen (und entsprechende Diskussionen in Ethikkommissionen) prospektiv einzubeziehen; aufgrund ethischer Einwände kann es schwierig sein, Forschungsstudien mit hoher Evidenz zu realisieren (z.B. könnte ja einem Teil der PatientInnen eine wirksame Therapie vorenthalten werden, da das Studiendesign eine ProbandInnengruppe erfordert, die nur die traditionelle herkömmliche Therapie erhält, nicht aber die neue „wirksamere“). Ausserdem stuft Jäncke die traditionelle EbM als zu „pharmakotherapieorientiert“ ein (in der pharmakologischen Forschung sind randomisierte Studien üblich und wichtiger Qualitätsausweis). Es wäre seiner Meinung nach wichtig die Einzelfallanalysen bezüglich der Evidenzklassifizierung aufzuwerten, da gerade im Bereich der klinischen Psychologie und Prävention individuelle Fallverläufe von kleinen Populationen zu beurteilen sind. Dazu müssten aber die Methoden der Fallanalysen elaborierter werden. Evidenz, die sich lediglich auf klinische Erfahrung gründen würde (in älteren Einteilungen noch Level 4) werde in den neueren Klassifikationen nicht mehr berücksichtigt, da blosser Erfahrung von „KlinikerInnen“ nicht mehr als evidenzwürdig betrachtet werde. In unserem Zusammenhang ist diese Position bemerkenswert, da z.B. die 12-monatige Life-Experience-Vorschrift in den neuen WPATH-Standards (Version 7) lediglich mit der klinischen Erfahrung begründet wird.

Um die Evidenzbasierung von somatomedizinischen, hirngeschlechtsangleichenden Interventionen ist es, um es vorweg zu sagen, bis auf wenige Ausnahmen mässig bis schlecht bestellt.

Für den Bereich der geschlechtsangleichenden Operationen stellen Monstrey, Vercausse und De Cuyper lapidar fest: „Grosse, prospektive, kontrollierte Studien mit ... geschlechts-dysphorischen Patienten, die im Rahmen eines langfristigen Follow-ups entweder der Chirurgie oder Psychotherapie zufällig zugeteilt worden waren, um den Evidenzgrad Level A zu erhalten, sind nicht verfügbar.“⁶⁸. Nach Durchsicht der vorhandenen Follow-up Studien für den Zeitraum der letzten 15 Jahre und deren kritischer Würdigung kommen sie zu dem Schluss: „Wegen des Mangels an randomisierten Studien

mit einer Kontrollpopulation kann sich die Evidenzklasse bezüglich der positiven Effekte der SRS im Zusammenhang mit Psychotherapie allenfalls auf Level B bewegen.“⁶⁹

Nachdem die Autoren die vorliegenden Studien bezüglich Behandlungsbedingungen, Kompetenzen von Operateuren und spezifischen Operationsverfahren dahin gehend hinterfragt haben, ob und inwiefern sie Evidenz-basierte Empfehlungen zulassen, resümieren sie abschliessend: „In der Mehrheit der Studien wird ausgewiesen, dass eine grosse Zahl transsexueller Personen Erfolge in Bezug auf das subjektive Wohlbefinden und die kosmetische bzw. sexuelle Funktion erlebt. Jedoch kann angesichts der Schwierigkeiten bei der Interpretation bezüglich der Reviewevidenz und aufgrund der tatsächlich belegten Evidenz das Ausmass des Nutzens bzw. Schadens nicht genau abgeschätzt werden. Zusammengefasst: an dieser Stelle können keine spezifischen bedeutsamen oder geringfügigen Evidenz-basierten Empfehlungen für Änderungen in der siebenten Version der WPATH Standards of Care ausgesprochen werden. Insgesamt bedarf es zusätzlicher, qualitativ hochstehender, von Experten reviewter Beiträge zu diesem Thema.“⁷⁰

Für den Bereich der hormonellen Angleichung monieren Trotsenburg, Cohen und Noe 2004 (im Rahmen ihrer Arbeit „Die hormonelle Behandlung transsexueller Personen“ (Trotsenburg u. a., 2004) die fehlende Evidenz: „Diese Empfehlungen wurden an der Transgender-Ambulanz des AKH Wien entwickelt und eingeführt. Die Empfehlungen sind nicht evidenzbasiert, so wie für den gesamten Behandlungsprozess des transsexuellen Kollektivs keine Evidenz vorliegt. Die Forderung nach entsprechenden Studien wird seit mehreren Jahren erhoben.“ (Trotsenburg u. a., 2004, 181).

Gordon, Buth und Spade resümieren ebenfalls die fehlende Evidenzbasierung der hormonellen Angleichung. Beispielsweise notieren sie: „Die Beweise für die Sicherheit und Wirkung der Testosteron-Therapie bei Transgender-Männern sind im Vergleich zu Studien des Testosteron-Ersatzes bei cisgender Männern winzig. Das ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass Transmänner eine viel kleinere Zielgruppe darstellen sowie auf die Tatsache, dass Studien über transgender Patienten unzulänglich unterstützt oder gefördert werden.“⁷¹ (Gorton u. a., 2005, 39). Die AutorInnen sehen zudem weitere Defizite bezüglich medizinischer Vorgehensweisen im Rahmen des Angleichungsprozesses. Sie stufen die HBGDA-Standards of Care (jetzt WPATH-SoC) als nicht evidenzbasiert ein (Gorton u. a., 2005, 13), ebenso den Alltagstest: „Während die Voraussetzung eines dreimonatigen Alltagstests oder Therapie weitestgehend akzeptiert und als ein minimaler Standard of Care eingehalten wird, gibt es hingegen keinerlei medizinische Evidenz, um diese Praxis abzustützen. Tatsächlich weisen die einzigen verfügbaren Forschungsergebnisse darauf hin, dass es keinen Unterschied zwischen Patienten, die sich einem Alltagstest unterziehen und solchen, die es nicht tun, bezüglich Vorteil/Risikominderung in puncto Reue/Bereuen gibt“⁷² (ebda.); die AutorInnen beziehen sich hier auf die Arbeit von Lawrence aus dem Jahr 2001 (Lawrence, 2001).

Auch in einer neueren Veröffentlichung kommt Freund (2009) bezüglich der Evidenzbasierung zu ähnlichen Ergebnissen: „Leider sind keine oder sehr wenige kontrollierte Studien speziell bei dieser Gesundheitsthematik durchgeführt worden, Evidenz-basierte Medizin-Erkenntnisse sind in puncto transspezifischer Versorgung wenig verfügbar. Die meisten verwendeten Richtlinien basieren auf Erfahrungen oder Extrapolationen von anderen Themenstellungen ausgehend.“ (Freund, 2009, 5). Freund verweist auf eine Ar-

beit von Hembree und Kollegen, ebenfalls in 2009 erschienen, in der man versuchte, die Diskussionen und Vorgehensweisen beim Thema Evidenz-basierte hormonelle Angleichung besser zu fundieren (Hembree u. a., 2009). In dieser Arbeit wird auf den gering gradigen Evidenzlevel bezüglich Erkenntnisse/Vorgehensweisen bei der Prävention und Langzeitversorgung von erwachsenen transsexuellen Menschen hingewiesen; eine sehr geringe Evidenz wird für den Bereich der Adoleszentenbetreuung konstatiert.

Auch vonseiten der Neurowissenschaften wurden noch wenig Erkenntnisse erbracht, welche cerebralen Effekte medizinische Interventionen bei transsexuellen Menschen hervor bringen. Damit ist ein grundsätzliches Problem der Neurowissenschaften angesprochen: Man weiss zwar bereits vermittels bildgebender Verfahren, wie funktionelles MRT, PET und EEG-Tomographie, einiges über cerebrale Strukturen und Funktionen bei gesunden Menschen bzw. bei neurologisch Erkrankten, hingegen sind die cerebralen Folgen von therapeutischen Interventionen oder Betreuungsmassnahmen noch weitgehend unbekannt. Dies ist, nach Meinung von massgeblichen Neurowissenschaftlern⁷³, eine prioritäre Aufgabe der Hirnforschung in den nächsten Jahren.

Dies sei kurz anhand der Ergebnisse der Östrogenforschung bei Erwachsenen erläutert. Über die neuroprotektiven Wirkungen des Östradiols liegen relativ abgesicherte, seriöse Erkenntnisse vor. Yang, Liu, Wu und Simpkins (Yang u. a., 2003) konnten zeigen, dass die Verabreichung von Östradiol bei einer Sauerstoffunterversorgung des Gehirns den Hirnschaden beträchtlich verminderte. Als Mechanismen der neuroprotektiven Wirkungen werden die entzündungsreduzierende Wirkung, die Förderung der axonalen Regeneration/Synaptogenese (Stein und Hoffman, 2003) (Zhang u. a., 2004) und die Steigerung der adulten Neurogenese, vor allem Neurogenese im Nucleus dentatus des Hippocampus (Ormerod und Galea, 2003), genannt. Zudem mehrten sich die Studien, die positive Effekte von Östradiol auf die kognitiven und koordinativen Fähigkeiten berichten (Gooren und Toorians, 2003).

Angesichts des Forschungsstandes wäre der nächste Schritt herauszufinden, welche cerebralen Wirkungen die Östrogenapplikation bei transsexuellen Frauen zeitigt. Hier wären sicher auch Einflüsse auf das cerebrale Mapping (funktionell, strukturelle Landkarten des Gehirns) und auf Neuromodulatoren/Endorphine zu untersuchen. Dies wäre mit neuropsychologischen Untersuchungsbefunden zur Emotionalität und kognitiven Leistungsfähigkeit zu korrelieren bzw. mit entsprechenden Untersuchungen zu kombinieren. Dabei wäre ein Einsatz kombinierter Untersuchungsverfahren wie EEG-Tomographie (Frequenz- und ERP-bezogen) und funktionelles MRT möglicherweise sinnvoll.

Weitere neurowissenschaftlich interessante Fragestellungen könnten beispielsweise, auf der Basis vorliegender Erkenntnisse und Daten zum Thema der subjektiven Wahrnehmung des eigenen Gesichts, die Folgen von gesichtsfeminisierenden Operationen auf das fusiforme Gesichtsareal fokussieren. Oder ein weiteres Beispiel: Basierend auf den Erkenntnissen bzgl. der Folgen von Transplantationen für die cortikalen Maps (Giroux u. a., 2001) könnte untersucht werden, welche Maps-Veränderungen nach SRS in den entsprechenden Arealen auftreten.

Aufgrund der geringen Evidenzlevels somatomedizinischer Interventionen und deren wenig wissenschaftlich abgesicherten Voraussetzungen/Grundlagen ist zu konstatieren, dass die somatomedizinischen Interventionen zwar eine essenziell hilfreiche Wir-

kung entfalten, aber insgesamt eher der klinische Pragmatismus der BetreuerInnen als die Evidenzbasierung der Interventionen und ihrer wissenschaftlichen Voraussetzungen/Grundlagen den wesentlichen Background bildet.

Entsprechend diesem Pragmatismus sind auch die somatomedizinischen Massnahmen ebenso wie das Casemanagement *flexibel* einzelfallbezogen und einzelfallspezifisch zu begründen, zu planen und durchzuführen, dabei ist die Heranziehung der subjektiven Einschätzungen der Klientin/des Klienten bezüglich des Standes des Entfaltungsprozesses und der ins Auge gefassten, zusammen mit dem/der CasemanagerIn erarbeiteten, individuellen Roadmap wesentlich.

Aufgrund des momentanen niedrigen Evidenzgrades von Betreuungsmassnahmen/Interventionen und ihrer wissenschaftlichen Voraussetzungen/Grundlagen ist insbesondere die standardmässige Vorgabe und Festlegung

- von *Mindestzeiträumen*, etwa ein vorgeschriebener Mindestzeitraum für die Absolvierung des Alltagstests oder einer Psychotherapie (z.B. müssen KlientInnen seit einer bestimmten Anzahl von Monaten „bekannt“ sein) oder
- eines *Mindestalters*, etwa um somatomedizinische Massnahmen einzuleiten zu „dürfen“

abzulehnen. Es existieren viel zu wenig wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse, um Festlegungen verbindlich und evidenzbasiert treffen zu können. Im Übrigen widersprechen schematische Festlegungen auch dem Grundgedanken einer ganzheitlichen, exzellenten, an Gesundheit und Wohlbefinden orientierten, individuellen Versorgung. Gerade die Betreuung transsexueller Menschen kann nur auf dem Hintergrund dieses Paradigmas erfolgreich sein.

Im Rahmen der Einleitung und Durchführung von somatomedizinischen Massnahmen können seitens der medizinischen Betreuer in Absprache mit dem/der KlientIn konsiliarische Untersuchungen durch andere medizinische Fachrichtungen zur weiteren medizinische Abklärung veranlasst werden. Die obligatorische Forderung nach einer psychiatrischen Untersuchung und Beurteilung als Voraussetzung zur Einleitung somatomedizinischer Interventionen wird von uns angesichts der Tatsache, dass Transsexualität keine psychische Störung, sondern eine Normvariante darstellt, als wissenschaftlich unbegründet und die transsexuellen Menschen stigmatisierend erachtet.

15. Logopädische Betreuung (in Zusammenarbeit mit Frau Christina Mareske, Basel)

Die logopädische Betreuung/Behandlung nimmt bei der Lebensweiseadaptation/körperlichen Angleichung eine zentrale Stellung ein, logopädische Unterstützung kann einen essenziellen Beitrag leisten, um eine subjektiv „insich“ stimmige (!) Adaption/Angleichung zu ermöglichen. Die Risiken einer logopädisch unbegleiteten Stimmfrequenzerhöhung sind beträchtlich: es drohen vor allem funktionelle Stimmstörungen bzw. Stimmbandschäden, da nur wenige transsexuelle Frauen „von Haus aus“ über ausreichende sprech- und stimmtechnische Kompetenzen verfügen. Ziele der logopädischen Unterstützung sind

1. die gesunde, Entfaltung des eigenen tragfähigen weiblichen Stimmklangs, einer lockereren Artikulation und der Sprechsituation angemessenen Kommunikation. Dazu gehören Bewusstwerdung, Erfahrungskumulation und Aneignung eines, dem Hirngeschlecht subjektiv entsprechenden, „stimmigen“, anstrengungslosen Stimmklangs, einer entsprechenden Körperhaltung, Körpersprache und Atemführung bis hin zu subjektiv „stimmiger“ Textgestaltung und Rhetorik.
2. stufenweise und strukturierte Umsetzung des Erlernten/Erfahrenen in der alltäglichen Praxis entsprechend dem Tempo der Klientin.

Wesentliches Erfolgskriterium der logopädischen Unterstützung ist der Grad der Zufriedenheit der Klientin mit dem Stimmklang: Konkret ist dies in der Regel erreicht, wenn sie die Tonlage einsetzen und halten kann. Das heisst z.B., ohne Probleme telefonieren, ohne dass die Stimme zittert oder in die Tiefe (Bruststimmlage) absackt. Das gilt für den Arbeitsalltag und den Privatbereich. Zentrales Erfolgskriterium ist der auf die Reaktionen von KommunikationspartnerInnen bezogene störungs- und irritationsfreie Umgang mit der eigenen weiblichen Stimmlage.

Die logopädische Unterstützung stellt eine Mischung von körperbezogenen und auch mentalen Therapietechniken dar. Im Vordergrund stehen übende und experimentelle Vorgehensweisen, die Einübung von Achtsamkeit und lautem Sprechen in der Achtsamkeit. Essenziell sind direkt interaktive „Spiegelprozesse“, Feedback und Modelllernen⁷⁴.

Unsere Erfahrungen weisen darauf hin, dass die logopädische Unterstützung, bezogen auf den Entfaltungsprozess, eher früh einsetzen sollte, also zeitnah nach der Dominantwerdung der Inting-Dimension und den damit verbundenen Überlegungen in Richtung einer konkreten Roadmap des weiteren Entfaltungsprozesses.

Die Indikation ist einzelfallbezogen zu stellen. Dabei ist die Heranziehung der subjektiven Einschätzungen der Klientin bezüglich des Standes des Entfaltungsprozesses und der ins Auge gefassten, zusammen mit dem/der CasemanagerIn erarbeiteten, individuellen Roadmap massgeblich. Die Stellung Indikation für die logopädische Behandlung ist durch den HNO-Facharzt/die HNO-Fachärztin vorzunehmen, welcher(r) die Begleitung/Behandlung auch verordnet. Wir raten unseren Klientinnen sich einem bez. Transsexualität fachlich versierten und erfahrenen Phoniater vorzustellen. Seitens der/der LogopädIn sind folgende Kompetenzen erforderlich:

- umfassende stimmtherapeutische Erfahrung insbesondere zum Themenkomplex Stimmbildung
- Eigenerfahrung bez. Stimmbildung
- Fachwissen zum Thema Transsexualität
- Erfahrungen im Umgang mit transsexuellen Klientinnen, die den Prozess der Lebensweiseadaptation/körperlichen Angleichung gestalten
- Sensibilität für die Schwierigkeiten von transsexuellen Menschen angesichts der gesellschaftlichen Diskriminierungspraktiken, insbesondere Bewusstheit bez. der unheilvolle Wirkungen von Stereotypen und Klischees.

Die häufigsten Schwierigkeiten bei der logopädischen Arbeit mit transsexuellen Klientinnen sind:

- es wird eine zu hohe (stimmbandschädigende) Stimmfrequenz angesteuert, das Kopfregeister wird überstrapaziert
- Ungeduld beim Erreichen der einzelnen Meilensteine, es werden zu hohe Ziele gesteckt
- es wird zu wenig oder zu viel geübt, es fehlt an der Übungskontinuität
- es wird bei den Übungen zu schematisch vorgegangen, zu wenig experimentiert
- das Selbstbehauptungspotenzial liegt darnieder, daher wird die Stimme zu wenig kraftvoll entfaltet bzw. der Transfer in den Alltag vermieden
- es wird zu wenig Achtsamkeit gegenüber dem eigenen Körper und seinen Zeichen entfaltet (verständlich angesichts der bisherigen leidvollen Körpererfahrungen)
- es wird im Übermass stimmfrequenzorientiert geübt, andere Modi der Körpertherapie (Atmung, Entspannung, nonverbale Kommunikations-Körper-Sprache) werden zu wenig übend fokussiert.

16. Transsexualität und Psychotherapie/Psychiatrie

Transsexualität und Psychiatrie haben nach unserem Verständnis primär nichts miteinander zu tun. Transsexualität ist eine neurobiologische Normvariante oder Normvariation und weist primär keinerlei psychischen Störungscharakter auf. Die britische Regierung formulierte im Jahr 2002 lapidar „What transsexualism is not ... It is not a mental illness.“ (Government, 2002). Ähnliche Erklärungen erfolgten unlängst durch die Gesundheitsministerin der Republik Frankreich. Die dazu kongruenten Auffassungen des europäischen Kommissars für Menschenrechte Thomas Hammarberg und des Europa-Parlaments wurden bereits dargelegt.

Die Einstufung von Transsexualität als psychischer Störung steht auch wissenschaftlich auf äusserst schwachen Füßen. Cohen-Kettenis, eine der ProtagonistInnen des Paradigmas psychischer Gestörtheit von transsexuellen Menschen, notiert dazu: „Unfortunately, in the clinical research literature on adolescents and adults, such inter-rater reliability studies have not been done. Also, no structured interviews assessing DSM-IV-TR GID and GIDNOS diagnoses have been developed, and no comparisons have been made between clinical diagnoses and diagnoses based on structured interviews. This means that there is also a lack of formal validity studies in this area.“ (Cohen-Kettenis und Pfäfflin, 2009). Auch wurden bisher nur sehr wenige methodisch saubere Fallstudien publiziert. Soweit zur Evidenzbasierung der GID-Diagnose. Das gleiche gilt übrigens für ihre Nachfolgerin, die GD-Diagnose („GD“ = „Gender-Dysphoria“).

Damit geraten u. E. zwei Kernstücke bisheriger medizinischer Kontrolle von transsexuellen Menschen ins Wanken: die Zuständigkeit der Psychiatrie für „Feststellung“ der Transsexualität z.B. mittels sog. „Gutachten“ und die grundsätzliche, unabdingbare Notwendigkeit einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen „Behandlung“.

Es gibt nach unserer fachlichen Einschätzung und Erfahrung zwei Fälle, wo eventuell psychiatrische und/oder psychotherapeutische Dienstleistungen durch KlientInnen oder PHC-CasemanagerInnen/somatomedizinischen BetreuerInnen abgerufen werden können:

1. Der individuelle Entfaltungsprozess führt zu Konflikten/Schwierigkeiten mit der sozialen Umwelt, die dann reaktiv Befindlichkeitseinbrüche, seelische Krisen oder auch reaktive psychische Störungen bedingen.
2. Auch transsexuelle Menschen können, wie jeder andere Bürger auch, an einer psychischen Störung leiden.

Als Neuro- und SozialpsychiaterInnen verfolgen wir das an die Synergetik sich anlehrende systemisch-ökologische Modell der zirkulären horizontalen und vertikalen Kausalität

psychischen Krankseins. Damit soll dem Reduktionismus mancher NeurowissenschaftlerInnen vorgebeugt werden („Psychische Krankheiten sind Gehirnerkrankungen“, Griesinger). Thomas Fuchs hat in einer sehr eindrucksvollen Präsentation (Fuchs, 2010) die Eckpunkte einer systemisch-ökologischen Konzeption dargelegt: er beschreibt eine „Ökologie des Gehirns“, d.h. er sieht das Gehirn als „Akteur“ in horizontalen Interaktionsebenen:

- Interaktion von Gehirn und Umwelt (Handlungsfähigkeit)
- Interaktion von Personen (Beziehung)
- Interaktion von Gehirn und Organismus (Körper).

Fuchs geht also von einer „Einbettung des Gehirns in Wechselbeziehungen mit der natürlichen und sozialen Umwelt, als Vermittlungs- und Transformationsorgan für biologische, psychische und soziale Prozesse“ (Fuchs, 2010) aus. Daneben definiert er eine vertikale Interaktionsebene: Organismus ↔ Organe ↔ Zellen ↔ Moleküle.

Psychische Krankheiten sind nun immer „parallel“ sowohl auf den horizontalen als auch auf der vertikalen Ebenen angesiedelt. Beispiel „Leiden an Depression“:

- Horizontal: Wechselwirkungen Gehirn ↔ Umwelt: Versagenserwartung
- Horizontal: Wechselwirkungen Person ↔ Person: Rückzug
- Horizontal: Wechselwirkungen Gehirn ↔ Körper: tief greifende Veränderung des Leiberlebens: Hemmung, Schwere ...
- Vertikal: Wechselwirkung: Moleküle ↔ Zellen: z.B. Neurotransmittermangel ↔ Kommunikationsprobleme zwischen Neuronen.

Entsprechend sind psychische Krankheiten auf all diesen Ebenen behandelbar. Bestehende psychische Krankheiten können den Entfaltungsprozess beeinflussen. Jede psychische Krankheit kann, da ja wie ausgewiesen stets mehrere (horizontale und vertikale) Ebenen eine Rolle spielen, den Entfaltungsprozess in allen Dimensionen einschränken: kognitiv, emotional, beziehungs- und körperbezogen. Grundsätzlich sind dabei mehrere Möglichkeiten denkbar:

1. Die psychische Störung schränkt den Entfaltungsprozess ein bzw. modifiziert ihn.
2. Die psychische Störung erhöht Gesundheitsrisiken.
3. Die psychische Störung wird vom Psychiater nicht erkannt.

Umgekehrt kann die Transsexualität als grundsätzlich gesundes Phänomen die oben beschriebenen Ebenen einer psychischen Krankheit beeinflussen:

1. Die Entfaltung bewirkt, ev. in Konkordanz mit einer Psychotherapie, eine Beruhigung und Stabilisierung (das Hirngeschlecht wäre synergetisch gesehen eine Art versklavender „guter Ordner“). Das ist die von uns bei Weitem am häufigsten beobachtete Variante.

2. Die Entfaltung amalgamiert in gewisser Weise die psychische Störung, bietet also eine Art „Inhalt“, die Störung ungebremster auszuleben.
3. Der Entfaltungsprozess kann Risikosituationen bedingen (z.B. Diskriminierungssituationen beim Outing); das Erleben solcher Niederlagen kann die psychiatrische Symptomatik verstärken bzw. die Befindlichkeit weiter destabilisieren.

Beim Vorliegen der Kombination psychische Störung/Transsexualität ist das Casemanagement durch multimodale (auf die subjektiven Bedürfnisse und Nöte genau abgestimmten) Therapie zu ergänzen, um den Entfaltungsprozess zu erleichtern.

Es ist also auch hier, wie bei jedem Entfaltungsprozess, ein individueller unverwechselbar-einzigartiger Pfad zu beschreiten, der allerdings durch therapeutische Massnahmen quasi ergänzt wird. Dabei sind besondere Hindernisse und „Tücken“ der einzelnen Störungsbilder zu berücksichtigen. Im Folgenden erfolgt eine Aufzählung von möglichen Hindernissen bei bestimmten psychiatrischen Syndromen:

- Autismusspektrumsstörung
 - kommunikative und interaktive Schwierigkeiten (Outing)
 - bei zusätzlichem Vorliegen einer nonverbalen Lernstörung (Kombination mit Asperger ist sehr häufig) bestehen massive Umsetzungsprobleme auf der Handlungsebene, dadurch kann das Umsetzungs Handeln einzelner Roadmap-Schritte sowie das Probehandeln schwierig zu verwirklichen sein (Lebensweiseadaption), KlientInnen kommen nicht „so recht vom Fleck“
 - Unachtsamkeit und Ängste bezogen auf eigenen Körper (körperliche Angleichung)
- Angststörungen
 - Kommunikative und sozial interaktive Beeinträchtigungen (Outing, Lebensweiseadaption)
 - innere emotionale Turbulenzen erschweren kontinuierliche Lern- und Entfaltungsaktivitäten
- Zwangsstörungen
 - Zentrales Lernprinzip (lernen durch überraschend eintretendes Positives) ist eingeschränkt
 - Probehandeln erschwert (Lebensweiseadaption)
- Schizophrenie
 - Instabilität erschwert kontinuierliche Lern- und Entfaltungsaktivitäten
 - Sensitivität gegenüber transphoben Stimuli
 - Achtsamkeitsprobleme durch kognitive Störungen (Angleichung/Adaption)

Zu guter Letzt soll noch unsere Position zum Thema Begutachtung dargelegt werden. Wir erstellen medizinische Abklärungsberichte für Behörden, andere Fachärzte und Hausärzte. Ziel der Abklärungen in Bezug auf transsexuelle KlientInnen sind (immer unter der Prämisse, dass seitens der Auftraggeber eine klare Fragestellung definiert ist):

- Befundung und Beurteilung der psychischen Gesundheit
- Abklärung von psychiatrischen Erkrankungen
- Klassifikation des Entfaltungsprozesses
- Abschätzung und Prognose bez. Risiken, möglicher Hindernisse aber auch der Ressourcen und Kompetenzen im weiteren Entfaltungsprozess
- ev. Empfehlungen zum medizinischen Casemanagement
- ev. Empfehlungen zur psychiatrischen Therapie.

Wenn die Fragestellung es erfordert, nehmen wir auch eine Klassifikation der Transsexualität nach ICD 10 bzw. DSM IV vor, wobei wir direkt im Text auf den neurowissenschaftlichen Erkenntnisstand verweisen, d.h.

- es wird zwar die ICD-/DSM-IV-Nummer verwendet
- aber explizit im Abklärungsbericht darauf hingewiesen: „Nach heutigen neurobiologischen, neuropsychiatrischen wissenschaftlichen Erkenntnissen ist es sehr fraglich, ob es sich bei Transsexualität um eine primär psychische Störung handelt“
- Bei der Abklärung wird der Leidenszustand beurteilt.

Wir erachten es bei Abklärungs-Aufträgen eher als Vorteil, KlientInnen als Casemanager/Behandler länger begleitet und dadurch eine umfassende medizinische Fallkenntnis erlangt zu haben.

Endnoten

¹Siehe dazu auch Bächler und Cottier: „In der Schweiz hat wegen der fehlenden gesetzlichen Regelung die Gerichtspraxis die Anforderungen an eine rechtliche Geschlechtsänderung definiert ... Die Voraussetzungen für die rechtliche Anerkennung eines Geschlechtswechsels sind nach der kantonalen Rechtsprechung und der Literatur kurz zusammengefasst folgende: Erstens muss eine Geschlechtsumwandlungsoperation stattgefunden haben und zweitens muss die Fortpflanzungsfähigkeit im ursprünglichen Geschlecht ausgeschlossen sein. Das Bundesgericht verlangt im Interesse der Rechtssicherheit ebenfalls die Irreversibilität der Geschlechtsumwandlung, wobei als Begründung angeführt wird, dass ansonsten die Grundvoraussetzung der herkömmlichen Ehe, und damit ist die Verschiedengeschlechtlichkeit gemeint, allzu leicht unterlaufen werden könnte.“ (Bächler und Cottier, 2005, 119)

²Die Regelungen bezüglich der Behandlung transsexueller Menschen werden schweizweit sehr unterschiedlich gehandhabt. Dies zeigt sich beispielsweise bei der Handhabung des sog. „Alltagstests“. In universitären Kompetenzzentren wird dieser als obligatorisch angesehen, wobei eine somatische Behandlung (z.B. Hormonbehandlung, Epilation) noch nicht stattgefunden haben sollte bzw. auch nicht gleichzeitig stattfinden darf. Andere Behandler (z.B. manche Psychiater in eigener Praxis) wenden dieses Prinzip grundsätzlich weniger strikt an. In der Deutschschweiz, so zeigen Erfahrungen von transsexuellen Menschen, werden „restriktive“ Regelungen öfter praktiziert als z.B. in der französischen Schweiz.

³Das Bundesgericht hatte in seinem Urteil vom 05. Dezember 2005 erkannt: „Angesichts der Schwere und (praktischen) Irreversibilität des Eingriffs kommt einer möglichst zuverlässigen Diagnosestellung ausserordentlich grosse Bedeutung zu. Deshalb erscheint aus rechtlicher Sicht auch unter Berücksichtigung des aktuellen Standes der Medizin nach wie vor eine erhebliche Zurückhaltung und Vorsicht als angebracht. Durch das Erfordernis einer zweijährigen medizinisch begleiteten Beobachtungsphase wird diesem Aspekt in angemessener Weise Rechnung getragen. Gleichzeitig bietet diese Praxis Gewähr für die notwendige Rechtssicherheit im Spannungsfeld zwischen dem Leidensdruck der transsexuellen Menschen einerseits und dem zwingenden Gebot, ungerechtfertigte derartige Operationen zu vermeiden, andererseits.“ (Luzern, 2005). Gegen dieses Urteil wurde beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte Beschwerde eingelegt: „Dieser stellte eine Verletzung des Anspruchs auf ein faires Verfahren, einschliesslich des Anspruchs auf eine öffentliche Verhandlung gemäss Art. 6 der Europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) sowie des Rechts auf Achtung des Privat- und Familienlebens gemäss Art. 8 EMRK fest. Der EGMR führte unter anderem aus, das in Art. 8 EMRK enthaltene Recht auf sexuelle Selbstbestimmung beinhalte gemäss Rechtsprechung des Gerichtshofs auch das Recht auf Geschlechtsumwandlung. Art. 8 EMRK sowie Art. 6 EMRK würden verletzt, wenn die von der schweizerischen Rechtsprechung für die obligatorische Kostenübernahme aufgestellte 2-Jahres-Regel ungeachtet der konkreten Umstände des Einzelfalls streng und mechanisch angewendet werde, was im vorliegenden Fall geschehen sei. Der Gerichtshof sprach der Beschwerdeführerin eine Entschädigung von 15'000.- Euro als Genugtuung (dommage moral) sowie 8'000.- Euro Kostenersatz zu.“ (Luzern, 2009). Infolge dieser Erkenntnis des EGMR hat das Bundesgericht das Urteil von 2005 aufgehoben: „Am 15. September 2010 hat das Bundesgericht nach Durchführung einer öffentlichen Verhandlung und anschließenden Urteilsberatung das Revisionsgesuch gutgeheissen und das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. Dezember 2005 aufgehoben. Entgegen dem Hauptantrag der Versicherten hat das Gericht nicht eine Pflicht der SWICA zur Übernahme der Geschlechtsumwandlungskosten im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung festgestellt. Es hat, entsprechend dem Eventualantrag der Versicherten, lediglich die Beschwerde der SWICA vom 25. Juli 2005 abgewiesen und das Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau vom 21. Juni 2005 bestätigt. Damit geht die Angelegenheit zur weiteren medizinischen Abklärung im Sinne der dortigen Erwägungen an den Krankenversicherer zurück. Vom Ergebnis der Abklärungen hängt ab, ob Frau Schlumpf die Kosten der Geschlechtsumwandlungsoperation vergütet erhält. Gemäss Mehrheitsauffassung wird das Urteil des Europäischen Gerichtshofs damit vollumfänglich umgesetzt.“ (ebda.)

⁴Interessanterweise wird auch im EMGH-Urteil der Begriff „opération de conversion sexuelle“ (EMGH, 2009), also Geschlechtsumwandlung, verwendet. Seitens des europäischen Kommissars für Menschenrechte wird von einer angeborenen Geschlechtsidentität transsexueller Menschen gesprochen: „The notion of gender identity offers the opportunity to understand that the sex assigned to an infant at birth might not correspond with the innate gender identity the child develops when he or she grows up.“

(Hammarberg, 2009). Neuere genetisch-neurowissenschaftliche Forschungsergebnisse geben Hinweise in Richtung einer angeborenen, biologisch-fundierten Geschlechtsidentität bei transsexuellen Menschen, so dass der Begriff „angeborenes Hirngeschlecht“ inzwischen als wissenschaftlich stringent anzusehen ist. Damit erweist sich der Begriff der Geschlechtsumwandlung in mehrfacher Hinsicht als problematisch: Da von einem bestimmten weiblichen oder männlichen Hirngeschlecht auszugehen ist, geht es darum, andere dem Hirngeschlecht entgegengesetzte Körpermerkmale (dem jeweiligen Hirngeschlecht) anzupassen. Dabei geht es um einige (wenige) Körpermerkmale (vor allem Genitalien und Brüste), die angeglichen werden. Die Mehrzahl der dem Hirngeschlecht entgegengesetzten Körpermerkmale (wie z.B. Chromosomen) bleibt unverändert: Auch insofern macht die Vorstellung einer Geschlechtsumwandlung wenig Sinn.

⁵Wichtige Kritikpunkte sind z.B. (Hammarberg, 2009):

- MedizinerInnen sind aktiv beteiligt an umständlichen Verfahren zu Geschlechtsanerkennung, psychiatrische, psychologische und physische Untersuchungen ziehen „die Prozesse in die Länge“;
- Transsexuelle Menschen müssen vor der Personenstandsänderung ihre Sterilisation nachweisen: Es sei zutiefst beunruhigend, dass transsexuelle Menschen europaweit die einzige Gruppe zu sein scheinen, die sich einer gesetzlich vorgeschriebenen und vom Staat aufgezwungenen Sterilisation unterziehen müssen.
- Transsexuelle Menschen werden von PsychiaterInnen und PsychologInnen grundsätzlich als psychisch gestört diagnostiziert: entsprechend dem Klassifikationssystem DSM-IV als geschlechtsidentitätsgestört oder gemäss ICD-10 als verhaltens- und geistesgestört: Solche Klassifizierungen könnten dem vollen Genuss der Menschenrechte von transsexuellen Menschen im Wege stehen;
- seitens des Menschenrechtskommissars werden häufig auftretende, negative Erfahrungen mit den Gesundheitssystemen, mit nicht informierten, voreingenommenen oder manchmal offen unverschämten medizinischen Fachkräften angeführt;
- Hammarberg erwähnt als Beispiel für Nichtachtung der körperlichen Unversehrtheit Übergriffe von PsychiaterInnen (wie z.B. Genitaluntersuchungen) und er
- beschreibt „diskriminierende medizinische Verfahren“, „inadäquate Behandlungen“.

⁶Hammarberg schreibt dazu: „Many specialised health care professionals point out that the treatment consists primarily of physical modifications to bring the body into harmony with one’s perception of mental (psychological, emotional) gender identity, rather than vice versa. This line is maintained by WPATH, the World Professional Association for Transgender Health. However, WPATH has not yet updated its Standards of Care from 2001 and still includes transsexualism as mental disorder yet changes are currently under discussion.“ (Hammarberg, 2009)

⁷Das vollständige Originalzitat in der Resolution lautet: „13. Roundly condemns the fact that homosexuality, bisexuality and transsexuality are still regarded as mental illnesses by some countries, including within the EU, and calls on states to combat this; calls in particular for the depsychiatrisation of the transsexual, transgender, journey, for free choice of care providers, for changing identity to be simplified, and for costs to be met by social security schemes; (EU-PARLIAMENT, 2011)

⁸Originalzitat der Resolution: „16. Calls on the Commission and the World Health Organization to withdraw gender identity disorders from the list of mental and behavioural disorders, and ensure a nonpathologising reclassification in the negotiations on the 11th version of the International Classification of Diseases (ICD-11)“ (EU-PARLIAMENT, 2011)

⁹Bei der Konzeptualisierung dieser Empfehlungen waren zahlreiche Grundsatzüberlegungen notwendig: Transsexualität erweist sich sowohl neurowissenschaftlich als auch sozialmedizinisch-psychologisch-philosophisch als komplexes Phänomen. Die biologische Grundlage von Transsexualität manifestiert sich in einer komplexen Verschränkung genetischer, hormonaler und neuronaler Mechanismen, Strukturen und Funktionen. Transsexualität ist andererseits in ein äusserst widersprüchliches, Konflikt beladenes gesellschaftliches Feld „getaucht“; Geschlechter-, Macht- und ideologische Verhältnisse determinieren Diskriminierung, Menschenrechtsverletzungen und gesellschaftliche Ausgrenzung transsexueller Menschen. Um Transsexualität gegenstandsadäquat begreifen zu können, war daher zunächst einmal die Bezugnahme auf neurowissenschaftliche Transsexualitätskonzepte notwendig. Um auch die subjektiven Konflikte,

denen sich transsexuelle Menschen ausgeliefert sehen und mit denen sie sich auseinandersetzen müssen, psychologisch (be)greifen zu können, reichen die Konstrukte der Neurowissenschaften (noch) nicht aus. Eine Bezugnahme auf die den Neurowissenschaften „geistig“ recht nahe stehenden psychologischen Theorien der russischen kulturhistorischen Schule erwies sich zunächst auch nicht als weiterführend, da deren psychologische Konzepte (Wygotsky, Rubinstein, Leontjew, vor allem aber der auch von Oliver Sacks hochgeschätzte Alexander Lurija) zwar die Erfassung der gesellschaftlichen Vermitteltheit innerseelischer Konflikte grundsätzlich ermöglichen, aber doch eher auf der Folie des „Allgemein-Menschlichen“. Mit anderen Worten: Spezifische gesellschaftliche Konflikte und Repressionsverhältnisse und deren desaströse Folgen für die Befindlichkeiten konnten weder durch die Neuropsychologie noch verwandte Theorien à la Kulturhistorische Schule psychologisch erfasst werden. Als sinnvolle Lösung dieses Problems erschien ein Rekurs auf die Theorien der Holzkamp-Schule („Kritische Psychologie“). Einerseits sind diese Konzepte neurowissenschaftlich „anschlussfähig“: die Theorien der Holzkamp-Schule entstanden in enger Anlehnung an die kulturhistorische Schule, die Kritischen PsychologInnen berücksichtigen kategorial die biologischen Funktionsaspekte des Psychischen (z.B. mit Begriffen wie „körperliche Situiertheit“) und es gibt viele Berührungspunkte zu den neurodidaktischen Konzeptionen z.B. von Manfred Spitzer. Andererseits verfügt die Holzkamp-Schule über ein subjektwissenschaftliches Begriffsinstrumentarium, das es erlaubt, gesellschaftlichen Widersprüchen und ihren Äusserungsformen wie z.B. der Transphobie bis in die subjektivste Abschattierung nachzugehen, diese analytisch aufzuschliessen und daraus praktische Handlungsempfehlungen abzuleiten. Diese subjektwissenschaftlichen Begriffe (Subjektivität, Intersubjektivität) korrespondieren wiederum mit neueren neurowissenschaftlichen Erkenntnissen bezüglich Self related Processing.

Insgesamt zeigen ja die Diskursentwicklungen von Philosophie, Psychologie und Neurowissenschaft der letzten 20 Jahre konvergente Entwicklungstendenzen: War noch in den 1980er Jahren von NeurowissenschaftlerInnen wie Patricia Churchland ein „Aufgehen“ der Philosophie in der Neurowissenschaft postuliert worden („Neurophilosophy“; „alles Hirnfunktionen“, (Churchland, 1986)), wurde später immerhin konzediert, dass Philosophie und Psychologie „brauchbare“ Konzepte und Konstrukte liefern könnten. Heute sieht man „Konzeptualisierung“ (also die Lieferung von Konzepten durch die Philosophie für die Neurowissenschaften (Northoff, 2009)) und anschließende „Neuralisierung“ (= „Übertragung auf das Gehirn“; ders. S.145) durch die Neurowissenschaften nicht mehr als „Einbahnstrasse“ („sich den Neurowissenschaften gegenüber prostituieren“; ders. S.147), sondern fokussiert die Entwicklung eines Dialogs und Austauschs zwischen sich zunehmend synergistisch ergänzenden Wissenschaftsdisziplinen. In diesem Zusammenhang spricht Northoff vom Projekt einer „kritischen Neurophilosophie“ (ders. S.248ff). Dieses Konzept weist wiederum erstaunliche Parallelen und grundsätzliche inhaltliche Übereinstimmungen zu bzw. mit den Funktionsgrundlage-Konzepten der Holzkamp-Schule („Kritische Psychologie“) auf. Somit basieren diese Empfehlungen einerseits auf den (biopsychologischen, neurowissenschaftlichen) Konzepten der transsexuellen gesunden Normvariante, andererseits werden die transsexualitätsbezogenen gesellschaftlichen Widersprüche und die über mehrere Vermittlungsebenen durch subjektive Konflikte und Dilemmata determinierten transsexuellen Alltags- und (Er)Lebenswelten kritisch-psychologisch-analytisch einbezogen. Die Bezugnahme auf die Konzepte der Holzkamp-Schule hatte noch einen weiteren Vorteil: ihre Nähe zu ambitionierten, kritischen Konzepten der Sozialmedizin. Um die Aspekte der Gesundheitsversorgung transsexueller Menschen analytisch zu erfassen, benötigt man ebenfalls sozialkritisch-analytische Theoriewerkzeuge. Auch und gerade das Gesundheitswesen ist eine gesellschaftliche Struktur, die die Diskriminierung transsexueller Menschen ermöglicht. Der zeitgleich mit der Holzkamp-Schule entstandene sozialmedizinische „Think-Tank“ der Kritischen MedizinerInnen (rund um den Herausgeberkreis der Berliner Jahrbücher für kritische Medizin und der „Argumente für eine soziale Medizin“; Argumente-Verlag Berlin) hat wesentliche theoretische Positionen erarbeitet, die eine kritische Analyse herrschender ungesunder Versorgungsverhältnisse ermöglicht. Auch von diesen Diskursen haben wir bei der Erarbeitung der Empfehlungen profitieren können.

¹⁰Im englischen Original: „In a large scale international effort to promote international standards on sexual orientation and gender identity, a group of distinguished experts in international human rights law published in 2007 the Yogyakarta Principles on the Application of Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity. While not adopted as an international standard, the principles are already cited by UN bodies, national courts, and many governments have made them a guiding tool for defining their policies in the matter. The Commissioner for Human Rights has endorsed the Yo-

gyakarta Principles and considers them as an important tool for identifying the obligations of states to respect, protect and fulfill the human rights of all persons, regardless of their gender identity.“ (Hamm- arberg, 2009) Die deutsche Übersetzung wurde dem Paper „Menschenrechte & Geschlechtsidentität, Themenpapier“ (TvT, 2010) entnommen.

¹¹Im englischen Text heisst es (Originalzitat): „PRINCIPLE 17: THE RIGHT TO THE HIGHEST ATTAINABLE STANDARD OF HEALTH Everyone has the right to the highest attainable standard of physical and mental health, without discrimination on the basis of sexual orientation or gender identity. Sexual and reproductive health is a fundamental aspect of this right. States shall:

Take all necessary legislative, administrative and other measures to ensure enjoyment of the right to the highest attainable standard of health, without discrimination on the basis of sexual orientation or gender identity;

Take all necessary legislative, administrative and other measures to ensure that all persons have access to healthcare facilities, goods and services, including in relation to sexual and reproductive health, and to their own medical records, without discrimination on the basis of sexual orientation or gender identity;

Ensure that healthcare facilities, goods and services are designed to improve the health status of, and respond to the needs of, all persons without discrimination on the basis of, and taking into account, sexual orientation and gender identity, and that medical records in this respect are treated with confidentiality;

Develop and implement programmes to address discrimination, prejudice and other social factors which undermine the health of persons because of their sexual orientation or gender identity;

Ensure that all persons are informed and empowered to make their own decisions regarding medical treatment and care, on the basis of genuinely informed consent, without discrimination on the basis of sexual orientation or gender identity;

Ensure that all sexual and reproductive health, education, prevention, care and treatment programmes and services respect the diversity of sexual orientations and gender identities, and are equally available to all without discrimination;

Facilitate access by those seeking body modifications related to gender reassignment to competent, non discriminatory treatment, care and support;

Ensure that all health service providers treat clients and their partners without discrimination on the basis of sexual orientation or gender identity, including with regard to recognition as next of kin;

Adopt the policies, and programmes of education and training, necessary to enable persons working in the healthcare sector to deliver the highest attainable standard of healthcare to all persons, with full respect for each person's sexual orientation and gender identity“ (YOGYAKARTA, 2006)

¹²Im englischen Text heisst es (Originalzitat): „Principle 18: PROTECTION FROM MEDICAL AB- USES No person may be forced to undergo any form of medical or psychological treatment, procedure, testing, or be confined to a medical facility, based on sexual orientation or gender identity. Notwith- standing any classifications to the contrary, a person's sexual orientation and gender identity are not, in and of themselves, medical conditions and are not to be treated, cured or suppressed. States shall:

Take all necessary legislative, administrative and other measures to ensure full protection against harmful medical practices based on sexual orientation or gender identity, including on the basis of stereo- types, whether derived from culture or otherwise, regarding conduct, physical appearance or perceived gender norms;

Take all necessary legislative, administrative and other measures to ensure that no child's body is irreversibly altered by medical procedures in an attempt to impose a gender identity without the full, free and informed consent of the child in accordance with the age and maturity of the child and guided by the principle that in all actions concerning children, the best interests of the child shall be a primary consideration; Establish child protection mechanisms whereby no child is at risk of, or subjected to, medical abuse;

Ensure protection of persons of diverse sexual orientations and gender identities against unethical or involuntary medical procedures or research, including in relation to vaccines, treatments or microbicides for HIV/AIDS or other diseases;

Review and amend any health funding provisions or programmes, including those of a development- assistance nature, which may promote, facilitate or in any other way render possible such abuses;

Ensure that any medical or psychological treatment or counselling does not, explicitly or implicitly, treat sexual orientation and gender identity as medical conditions to be treated, cured or suppressed.“ (YOGYAKARTA, 2006)

¹³Rauchfleisch merkt zum Thema Pathologisierung an: „Die bisherigen Hypothesen über die Entstehung der Transsexualität gehen letztlich alle davon aus, dass wir es hier mit einer pathologischen Form der Geschlechtsidentität zu tun haben. Nur äusserst selten rücken Autoren vom Pathologiekonzept ab und verstehen den Transsexualismus als 'normale Variante' der Geschlechtsidentität ... Diese Änderung im Verständnis des Transsexualismus, wir müssen geradezu von einem Paradigmenwechsel sprechen, ist dadurch bedingt, dass wir heute eine weitaus grössere Zahl transsexueller Männer und Frauen 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, vielleicht nur bei einem verschwindend kleinen Teil, Zeichen einer irgendwie gearteten Psychopathologie feststellen können.“ (Rauchfleisch, 2006, 14)

¹⁴„Obwohl sich in der Fachliteratur verschiedene psychodynamische Überlegungen dazu finden, auf welche Weise eine solche Störung der Geschlechtsidentität entstanden sein könnte, sind diese bei einzelnen transsexuellen Menschen gesammelten Beobachtungen äusserst hypothetisch und finden sich durchaus auch in Familien Nicht-Transsexueller. Als psychodynamische Ursachen sind unter anderem genannt worden: der (oft unbewusste, zum Teil aber direkt ausagierte) Wunsch der Eltern, ein Kind des anderen Geschlechts zu haben; das eher 'weibliche' Aussehen und Verhalten des späteren Mann-zu-Frau-Transsexuellen und das eher 'männliche' Aussehen und Verhalten der späteren Frau-zu-Mann-Transsexuellen; die (unbewusste) Tendenz eines Elternteils, das Kind dem Gegengeschlecht 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“ (Rauchfleisch, 2006, 19f)

¹⁵Milton Diamond resümiert: „Variations of sex development inextricably involve sexual and gender identity, sexuality, and one's innate sense of self. Thus, the term disorder is far too narrow and too pathological to be accurate. We oppose its adoption in this instance. We suggest that the institution of medicine take a more humble and compassionate approach, recognizing that the institution of medicine does not act from a sphere of perfect knowledge nor hold a monopoly on classifying individuals. What medicine observes are variations in human sex development, it does not know the biological purpose of such variations, and there remains great controversy about how, whether or when to intervene. Terms such as error or disorders reveal an unwelcome arrogance in light of medicine's limited vantage. Medicine can do better. One way is to, instead, use the term Variation in Sex Development (VSD), a term that is without judgment and neither prohibits or ordains medical intervention“. (Diamond und Beh, 2006)

¹⁶Eine ausgezeichnete, sehr gut strukturierte und bündige Zusammenfassung des gegenwärtigen neurowissenschaftlich-genetischen Forschungsstands zum Thema Transsexualität bietet ein Vortrag, den Sidney Ecker, Clinical Professor of Urology, Georgetown University, School of Medicine Washington, DC auf einem Seminar im Rahmen des jährlichen Meetings der American Psychiatric Association am 18. Mai 2009 gehalten hatte und der bei den Peers der neurowissenschaftlichen Transsexualitätsforschung begeisterte Zustimmung hervorrief: Das grösste Kompliment machte Frank Kruijver. Ecker berichtete stolz: „He (Kruijver) thought we have taken his work very far in our understanding of the human brain.“ Im Folgenden wird die Präsentation, auf der der Vortrag (Ecker, 2009) basierte, kurz zusammen gefasst zitiert (jeweils im Anschluss an jede zitierte Folie folgt eine sehr freie und um Verständlichkeit bemühte Übersetzung des Referenten). Es sei nur angemerkt, dass Ecker, wie viele US-amerikanische Wissenschaftler den Überbegriff TransGender verwendet, statt Transsexualität als besondere Entität hervorzuheben (was in den meisten von ihm herangezogenen Studien jedoch der Fall ist). Es sein auch noch betont, dass die zitierten Arbeiten von ihm nur exemplarisch ausgewählt wurden, auf andere wichtige Studien (wie z.B. die Zwillingstudien) geht Ecker nicht ein.

Der Inhalt des Vortrags (Zusammenfassung):

1. „Gender Identity is that sense of who you are in this world with reference to your sexuality (not sexual orientation) and behavior. It does not necessarily correspond to your genitalia and

reproductive organs. Transgenders have the opposite gender of their biological sex. TRANSGENDERISM is universal with many variant expressions of the opposite sex.“

(Übersetzung:) „Geschlechtsidentität konstituiert sich als Sinn dessen, wer Sie in dieser Welt bezüglich Ihres Geschlechts (nicht Ihrer sexuelle Orientierung) und dem entsprechenden Verhalten sind. Sie muss keine Entsprechungen zu Ihren Geschlechts- und Fortpflanzungsorganen aufweisen.“

2. „Certain areas of the human brain have been shown to be sexually dimorphic. That means that these areas are different in volume, structure and numbers of neurons in males, females & MTFs
 - Bed nucleus of Stria Terminalis central (BSTc) (Kruijver, 2000) & (Zhou, 1995)
 - Interstitial nucleus of the anterior hypothalamus (INAH3) (Garcia-Falgueras, 2008)
 - Amygdala & Hippocampus, FTM (Neufang, 2009)
 - Corpus Callosum (Hwang 2004) & (Yokota 2005)“

(Übersetzung:) „Es konnte gezeigt werden, dass bestimmte Gebiete des menschlichen Gehirns sexuell dimorph sind. Das bedeutet, dass diese Gebiete bezüglich des Volumens, der Struktur und der Neuronenzahlen bei Männern, Frauen und MzFs verschieden sind. Interessante Regionen sind:

- Zentraler Bed nucleus der Stria Terminalis (BSTc)(Kruijver u. a., 2000) (Zhou u. a., 2000)
- Interstitieller Nucleus des anterioren Hypothalamus (INAH3)(Garcia-Falgueras und Swaab, 2008)
- Amygdala (Mandelkern) und Hippocampus (Neufang u. a., 2009)
- Corpus callosum (Balken) (Hwang u. a., 2004) (Yokota u. a., 2005)“

3. „Premise:

- Men and Women 'think' and converse differently. 'Men are from Mars, Women are from Venus'. Stereotypical.
- Not all 'Men are From Mars' and not all 'Women are From Venus'. Men and women are more alike than different. Differences in empathy & comforting are only 2-3% (MacGeorge, 2004)
- Transgenders (TGs) are somewhere in between and 'think' as the opposite gender. Scientifically described as: 'GENDER ATYPICAL'“

(Übersetzung:) „Prämisse:

- Männer und Frauen 'denken' und sprechen verschieden. 'Männer sind vom Mars, Frauen sind von der Venus'. Stereotypen.
- Nicht alle 'Männer sind vom Mars', und nicht alle 'Frauen sind von der Venus'. Männer und Frauen sind mehr ähnlich als verschieden. Unterschiede bzgl. Empathie & dem Trösten betragen nur 2-3% (MacGeorge u. a., 2004)
- Transgender (TGs) sind irgendwo dazwischen und 'denken' als das 'entgegengesetzte' Geschlecht. Wissenschaftlich beschrieben als 'GESCHLECHTSATYPISCH'“

4. „Given: Dr. Cohen-Kettenis showed a cognitive pattern in 44 pre-hormonal male-to-females (MTFs) which was closest to female control responses in listening, verbal memory, and spatial ability testing. 34 female- to-males (FTMs) approached male controls in the majority of tests. All transsexuals (TSs) showed a pattern of performance away from their biological sex. (Cohen-Kettenis, 1998)“

(Übersetzung:) „Tatsache: Dr. Cohen-Kettenis und Kollegen konnten ein kognitives Muster (sie testeten das Zuhören, das Verbalgedächtnis und die räumlichen Fähigkeiten) bei 44 prähormonalen MzFs finden, das weitgehend den weiblichen Kontrollantworten entsprach. 34 FzMs zeigten bei der Mehrheit der Tests annähernd ähnliche Bewältigungsmuster wie Männer. Alle Transsexuellen (TSs) zeigten ein Muster der Leistung fernab von ihrem biologischen Geschlecht. (Cohen-Kettenis u. a., 1998)“

5. „Given: Van Goozen showed androgens in FTMs improved mental rotations tasks with decreasing performance on verbal fluency test, whereas anti-androgens and estrogens in MTFs increased verbal fluency. No precise mechanism described (van Goozen, 2002).“

(Übersetzung:) „Tatsache: Van Goozen zeigte, dass Androgene bei FzMs die Leistung bei der Lösung mentaler Rotationsaufgaben verbesserten, gleichzeitig kam es zu einer abnehmenden Leistung beim Wortflüssigkeitstest, wohingegen Antiandrogene und Östrogen bei MzFs die Wortflüssigkeit verbesserten. Es wurde allerdings kein genauer Mechanismus beschrieben. (van Goozen u. a., 2002).“

6. „Given : Berglund of the Karolinska Institute Sweden has shown that untreated MTFs show Sex-Atypical Hypothalamus activation when smelling odorous Sex Steroids (Pheromones) (Berglund, 2008). Using PET Scans superimposed on MRIs in 12 non- homosexual MTFs, when smelling androgen-like (AND) steroids, estrogen-like (EST) steroids, and Other Odors (OO), the hypothalamic areas of the brain that are activated are 'gender atypical' when compared to heterosexual Men (HeM) and Women (HeW) controls. With (AND)rogen steroids, the hypothalamus, amygdala, and insular and cingulate cortexes are activated in MTFs and HeW, but not in HeM (Berglund, 2008).“

(Übersetzung:) „Tatsache: Berglund vom schwedischen Karolinska-Institut konnte zeigen, dass unbehandelte MTFs eine geschlechtsatypische Hypothalamusaktivierung aufweisen, während sie wohlriechende Sexualsteroiden (Pheromone) rochen. Anhand von PET Scan überlagerten MRI-Untersuchungen bei 12 nichthomosexuellen MzFs zeigte sich, während sie androgenähnliche (AND), östrogenähnliche (EST) Steroide und andere Düfte (OO) rochen, eine geschlechtsatypische Aktivierung hypothalamischer Gebiete des Gehirns, atypisch im Vergleich zur Kontrollgruppe mit heterosexuellen Männern (HeM) und Frauen (HeW). Mit androgenen Steroiden wurden Hypothalamus, Amygdala, insulärer und cingulärer Cortex bei MzFs und heterosexuellen Frauen aktiviert, aber nicht bei heterosexuellen Männern (Berglund u. a., 2008).“

7. „CONCLUSION: Accumulating human brain evidence lends credence to what all TransGenders know.

- Transgenders are born to 'think' as male and female, they are neither solely, but both. (Sidney Ecker, M.D.)
- Nature loves variety. Unfortunately, society doesn't. (Milton Diamond, Ph.D.)“

(Übersetzung:) „Schlussfolgerung:

Die (inzwischen erfolgte) Anhäufung von wissenschaftlichen Beweisen das menschliche Gehirn betreffend macht nachvollziehbar, was alle TransGender (sowieso) wissen:

- Transgender sind geboren, um als Mann und Frau 'zu denken', sie sind auch nicht ausschließlich das eine, sondern beides. (Sidney Ecker, M.D.)
- Natur liebt die Vielfalt. Leider tut die Gesellschaft das nicht. (Milton Diamond, Dr.)“

8. „Premise:

Gender Identity originates in the Brain. In TransGenders the normal sex differentiation of certain hypothalamic networks is altered by cerebral programming in utero before ever taking their first breath.

(Übersetzung:) „Schlussfolgerung:

Geschlechtsidentität entsteht im Gehirn. Bei TransGendern wird die normale geschlechtliche Ausdifferenzierung von bestimmten hypothalamischen Netzwerken durch die Programmierung des Gehirns in utero verändert, bevor überhaupt der erste Atemzug erfolgt.“

9. „Given: The major hormones responsible for secondary sexual characteristics originate in the gonads: testosterone (T) in the testes and estradiol (E2) in the ovaries. They are also produced in smaller quantities in other organs (liver, adrenals, brain , placenta). Men and women produce both testosterone and estradiol, expressing different ratios externally.“

(Übersetzung:) „Tatsache: Die für sekundäre Geschlechtsmerkmale verantwortlichen Hormone entstehen in den Gonaden: Testosteron (T) in den Hoden und Estradiol (E2) in den Eierstöcken. Sie werden auch in kleineren Mengen in anderen Organen (Leber, Nebennierendrüsen, Gehirn, Plazenta) produziert. Männer und Frauen erzeugen sowohl Testosteron als auch Estradiol, sie kommen jeweils in unterschiedlichen Mengenverhältnissen vor.“

10. „Sex Hormone Steroid Synthesis:

- Cholesterol to Pregneneolone to
- Progesterone to 17 alpha Hydroxyprogesterone
- Androstenedione to Testosterone
- Testosterone to DihydroTestosterone (DHT) via the enzyme, 5 alpha Reductase or
- Testosterone (T) to
- Estradiol (E2) via the enzyme, Aromatase
- Fetal Testosterone from amniocentesis is associated with sex differentiated play behavior in pre-school boys and girls. (Auyeung, 2009).“

(Übersetzung:) „Steroidsynthese der Sexualhormone:

- Cholesterin zu Pregnenolon zu
- Progesteron zu 17 Alpha Hydroxyprogesteron
- Androstendion zum Testosteron
- Testosteron zu DihydroTestosteron (DHT) über das Enzym 5 Alpha Reductase oder
- Testosteron (T) zu
- zu Estradiol (E2) über das Enzym Aromatase
- Das fetale Testosteron (Fruchtwasseruntersuchung) ist mit geschlechtsspezifischem Spielverhalten bei Jungen und Mädchen im Vorschulalter assoziiert (Auyeung u. a., 2009).“

11. „Given:

- The Anterior Pituitary (in the center of the brain) controls the release of these hormones by secreting Luteinizing Hormone (LH) and Follicle-Stimulating Hormone (FSH).
- The Hypothalamus through Gonadotropin Releasing Hormone (GnRH) regulates anterior pituitary activity from the 8th fetal week in humans.“

(Übersetzung:) „Tatsache:

- Der Hypophysenvorderlappen (im Zentrum des Gehirns) kontrolliert die Ausschüttung dieser Hormone, indem er das Luteinisierende Hormon (LH) und das Follikel stimulierende Hormon (FSH) sezerniert.
- Der Hypothalamus reguliert über das Gonadotropin Releasing Hormon (GnRH) die Aktivität des Hypophysenvorderlappens beim Menschen von der 8. Woche an.“

12. „Polymorphisms in Human Hormone Receptor Genes

- Androgen Receptor (AR) gene Exon 1 CAG (Glutamine) has 9- 32 base pair repeats
 - Caucasian males average 22 bp repeats
 - Shorter length (< 22 bp) associated with T binding & Prostate Cancer
 - Longer length (> 40 bp) associated with Neuro-Muscular atrophy
 - Inverse ratio: The longer the CAG repeats the less Testosterone binding in Humans (Kazemi-Esfarjani, 1995)
- Long CAG repeats show increased odds of being TS > for men carrying a long AR repeat (29 MTFs) (Henningsson, 2005)
- AR CAG Repeat lengths in MTFs (112) to be significantly longer than control males (258) Less T Binding (Hare, 2008)
- ER-beta gene intron 4 CA repeats are longer and more common in MTFs
- CYP 17 gene associated with FTMs (Bentz, 2008)“

(Übersetzung:) „Polymorphismen von hormonalen Rezeptorgenen beim Menschen

- Androgen-Rezeptor (AR) Gen Exon 1: CAG (Glutamine) hat 9-32 Base-Pair-Repeats
 - Kaukasischer Mann-Durchschnitt 22 Bp-Repeats
 - mit einer geringeren Länge (<22 bp) ist assoziiert mit Testosteron-AR-Bindungsstärke und Prostatakrebs
 - eine grössere Länge (> 40 bp) ist mit Spinobulbärer Muskelatrophie vom Typ Kennedy assoziiert

- Umgekehrtes Verhältnis: je länger die CAG Base Pair Repeats, desto schwächer die Bindung des Testosterons an den AR-Rezeptor beim Menschen
 - Lange CAG Base Repeats erhöhen die Chance, transsexuell zu sein (29 MzFs) (Henningsson u. a., 2005)
 - Die AR-CAG-Repeat Länge ist bei MzFs (n=112) erheblich ausgeprägter als bei einer Kontrollgruppe von Männern (n=258). Schwächere Testosteron Bindung an AR-Rezeptor (Hare u. a., 2008)
 - ER-Beta-Gen intron 4 CA-Repeats sind bei MzFs länger und verbreiteter
 - Das CYP 17 Gen ist mit männlicher Transsexualität assoziiert (Bentz u. a., 2008):“
13. „Androgen Insensitivity Syndrome:
- Complete AIS
 - Over 200 AR gene mutations identified
 - Incidence: 1/ 20,000 male births Denmark
 - Inheritance: X-linked recessive
 - Sex Chromosomes: XY
 - Sex Reversal: MTF at birth
 - * External Phenotype: Female 100%
 - * Internal Sex organs: Testes undescended
 - * Increased Testosterone secretion
 - * No uterus, ovaries or tubes
 - Gender Identity: Female 100%
 - Partial AIS
 - Over 600 AR mutations
 - Phenotypes: Ambiguous, male or female
 - Mild AIS
 - Under virilized, fertile or infertile male
 - Phenotype Male
 - TransGender to Transsexual?“
- (Übersetzung:) „Androgen Insensitivitäts-Syndrom:
- Komplettes AIS (CAIS)
 - Mehr als 200 AR Genmutationen identifiziert
 - Inzidenz: 1/20'000 männliche Geburten Dänemark
 - Vererbung: X-chromosomal rezessiv
 - Geschlechtschromosomen: XY
 - Geschlechtsumkehr: MzF von Geburt
 - * Äusserer Phänotyp: 100% weiblich
 - * Innere Geschlechtsorgane: Hodenhochstand
 - * Erhöhte Testosteron Sekretion
 - * Kein Uterus, Ovarien oder Eileiter
 - Geschlechtsidentität: Frau 100%
 - Partielles AIS (PAIS)
 - Mehr als 600 AR Mutationen
 - Phänotypen: unklar, männlich oder weiblich
 - Minimales AIS (MAIS)
 - Weniger vermännlicht, reif oder unreif männlich
 - Phänotyp: männlich
 - Transgender zu transsexuell?“

14. „Gender Dysphoria: Discontent with Born sex Most DSDs are NOT gender dysphoric
- Complete Androgen Insensitivity Sx
 - 46 XY, inactive AR s
 - 100% identify as F
 - Brain distribution of ARs is male, but with unresponsive ARs, identity is female
 - Partial AIS
 - 91% identify as F
 - Mutations of the AR gene (Xq11- 12) in CAIS and pAIS not allowing brain masculinization by Testosterone.“
- (Übersetzung:) „Die meisten Fälle von Intersexualität sind nicht transsexuell
- Komplette Androgen Insensivität Sx
 - 46 XY, inaktive ARs
 - 100% identifizieren sich als F
 - Die AR-Rezeptoren-Verteilung im Gehirn ist männlich, aber mit unempfindliche ARs; die Identität ist weiblich
 - Partielles AIS
 - 91% identifizieren sich als F
 - Mutationen des AR Gens (Xq11-12) in CAIS und PAIS, erlauben keine Vermännlichung des Gehirns durch Testosteron.“
15. „Mechanisms of Human Hormonal Receptors
- Using 55 human 8-12 week embryos
 - They dissected out the pelvis and stained for AR expression
 - Polymerase Chain Rx determined XX or XY
 - They found ARs in male and female embryos at 9-12 weeks 'equally' in the urogenital sinus and genital tubercle, which give rise to the bladder, urethra and phallus. Staining decreased with time.
 - Strong AR expression in the Mesonephric Duct, which gives rise to the Male testes, epididymus and Phallus
 - No AR expression in the Paramesonephric Duct area, which gives rise to the Female internal organs, uterus, ovaries and tubes (Sajjad, 2004).“
- (Übersetzung:) „Mechanismen von Hormonrezeptoren beim Menschen (die Studie von Sajjad 2004)
- In der Studie wurden 55 menschliche, 8 bis 12 Wochen alte Embryos untersucht
 - Man seziierte das Becken und färbte Androgen Rezeptoren
 - Mittels der Polymerase Kettenreaktion (Rx) wurden XX oder XY bestimmt
 - Sie fanden ARs in männlichen und weiblichen Embryos in 9-12 Wochen 'ebenso' im urogenitalen Sinus und dem genitalen Tuberkulum, aus denen sich die Blase, die Harnröhre und den Phallus differenzieren.
 - Ausgeprägte AR Expression im mesonephrischen Gang, aus dem sich der die Hoden, Nebenhoden, und der Phallus differenzieren
 - Keine AR Expression im paramesonephrischen Gang, aus dem sich Gebärmutter, Eierstöcke und Tuben differenzieren. (Sajjad u. a., 2004).“
16. „The Human Embryonic Brain
- Brain Formation is a lifelong process called Neuro-Plasticity.
 - The human brain initially develops in stages. The first stage is a 4 week period from Day 26 to 56, Week 4-8.
 - The hypothalamic-pituitary-gonadal axis is fully functional in the Brain before Testes or Ovaries are formed.

- Human GONADAL differentiation occurs from weeks 8-12 Testes begin T production AFTER THE INITIAL BRAIN IS FORMED.
- Fetal T is secreted in males from weeks 8-24, with peak at 14-16 weeks and rises again from age 1-3 months to decline at 6 months to remain low until puberty. Females do not surge.
- POINT: The hormone receptors in the brain and uro-genital sinus must already be in place to receive testosterone or estradiol for differentiation of the brain and genitalia.
- Hormone receptors have been identified in human brain & human brain cultures which are responsible for sexually dimorphic brain differentiation in the hypothalamus, hippocampus and cortex (Carrer, 2002) (Kruijver, 2003) (Fried, 2004) (Bezdicova, 2007).
- Protein Receptors for the sex hormones in different areas of the brain (limbic and anterior hypothalamic) must be present in sufficient numbers to receive those powerful hormones.
- There are androgen receptors (AR), Estrogen Receptors (ER) and Progesterone receptors (PRs).
- ARs or ERs are predominant at different times in different parts of the brain.
- In Human brains T is converted to DHT by 5 alpha reductase or more often to E2 (estradiol) by aromatase (CYP19) (Lin, 2007).
- CONCLUSION:
 - The ground work in brain gender identity is gene-directed and takes place by forming male and female hormone receptors in the brain before the gonads and hormones can influence them.
 - Some parts of the brain can therefore be defined as masculine or feminine.“

(Übersetzung:) „Das Gehirn des menschlichen Embryos:

- Die Hirnentwicklung ist ein lebenslanger Prozess, der als Neuro-Plastizität bezeichnet wird.
- Das menschliche Gehirn entwickelt sich zunächst etappenweise. Die erste Etappe ist eine 4-wöchige Periode vom Tag 26 bis 56, also Woche 4-8.
- Die Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse ist im Gehirn voll funktionsfähig, bevor Hoden oder Eierstöcke gebildet werden.
- Die menschliche Gonadendifferenzierung erfolgt in den Wochen 8-12. Die Hoden beginnen mit der T Produktion. Nachdem initial das Gehirn gebildet wurde.
- Fetales Testosteron wird bei Männern in den Wochen 8-24 sezerniert, mit einem Peak zwischen der 14. und 16. Woche und einem abermaligen Anstieg im Alter von 1-3 Monaten, um schliesslich im Alter von 6 Monaten abzufallen. Der T-Spiegel verbleibt dann auf niedrigem Niveau bis zur Pubertät. Bei Frauen gibt es keine plötzlichen Anstiege.
- Der entscheidende Punkt: Die Hormonrezeptoren im Gehirn und im urogenitalen Sinus müssen bereits vorhanden sein, damit Testosteron oder Estradiol an den Rezeptoren andocken kann, um die Differenzierung des Gehirns und der Geschlechtsorgane zu ermöglichen.
- Hormonrezeptoren sind im menschlichen Gehirn und menschlichen Gehirnkulturen identifiziert worden; sie sind für die geschlechtliche, dimorphe Gehirndifferenzierung im Hypothalamus, Hippocampus und Kortex verantwortlich (Carrer und Cambiasso, 2002) (Kruijver u. a., 2003) (Fried u. a., 2004) (Bezdicova u. a., 2007).
- Protein-Rezeptoren für die Sexualhormone in verschiedenen Gebieten des Gehirns (Limbisches System und anteriorer Hypothalamus) müssen in ausreichender Anzahl vorhanden sein, um jene leistungsfähigen Hormone aufnehmen zu können.
- Es gibt Androgen-Reptoren (AR), Oestrogen-Rezeptoren (ER) und Progesteron-Rezeptoren (PRs).
- ARs oder ERs überwiegen jeweils zu verschiedenen Zeiten in verschiedenen Teilen des Gehirns.
- Im menschlichen Gehirn wird T zu DHT durch die 5 Alpha Reductase oder öfter noch zu E2 (Estradiol) durch die Aromatase (CYP19) umgewandelt (Lin u. a., 2007).
- Schlussfolgerungen:

- Das Fundament der Gehirngeschlechtsidentität ist Gen-gesteuert und funktioniert, indem diese Gene männliche und weibliche Hormonrezeptoren im Gehirn ausprägen, bevor noch Gonaden und Hormone dies beeinflussen können.
 - Einige Teile des Gehirns können deshalb als männlich oder weiblich definiert werden.“
17. „Premise: Human Brain Gender Identity is independent of Biological Sexual Identity and Behavior.“
(Übersetzung:) „Prämisse: Die Hirn-Geschlechts-Identität ist unabhängig von biologischem Geschlecht und dem Verhalten.“
18. „Congenital Adrenal Hyperplasia
- 21 Hydroxylase Deficiency, 95% cases
 - 46 XX with Male Phenotype & > Fetal Testosterone
 - 95% Identify as Female
 - pre-dominance of ERs > ARs are not affected despite maximal androgen bathing
 - There is the normal female brain ratio of ERs>ARs because the mutation of gene CYP21 (6q21.3) does not affect AR distribution or activity, but allows ARs in external genitalia to receive Adrenal Testosterone. Males undetected til age 3.“
- (Übersetzung:) „Angeborene Nebennierenhyperplasie
- 21 Hydroxylase Mangel, 95% Fälle
 - 46 XX mit männlichem Phänotyp & > fetalem Testosteron
 - 95% identifizieren sich als Frau
 - das Überwiegen der ERs gegenüber den ARs wird trotz der Androgen-Schwemme nicht beeinflusst
 - Es gibt die normale weibliche Gehirnrelation von ERs > ARs, weil die Mutation des Gens CYP21 (6q21.3) die AR Verteilung oder Aktivität nicht betrifft, aber ARs in äusseren Genitalien erlaubt, Nebennierentestosteron aufzunehmen. Männer unentdeckt bis zum Alter von 3 Jahren.“
19. „Other DSDs with Gene mutations
- Mutations of the 5-alpha reductase gene, SRD5A2 (5p15), which codes for the enzyme that converts T to active DiHydroTestosterone
 - SRD5A2 absence
 - 46XY
 - Phenotype-female at birth: Virilize at puberty
 - 100% raised as female
 - 63% Identify as male after puberty
 - low T and absent DHT.“
- (Übersetzung:) „Andere Intersex Variationen mit Genmutationen
- Mutationen des 5-Alpha-Reduktase Gens, SRD5A2 (5p15), welches das Enzym kodiert, das Testosteron in aktives DiHydroTestosteron überführt
 - SRD5A2 Abwesenheit
 - 46XY
 - Phänotypisch weiblich bei Geburt: Virilisierung in der Pubertät
 - 100%ig aufgewachsen als Frau
 - 63% Identifizieren sich nach der Pubertät als Mann
 - niedriges Testosteron und DHT fehlend.“
20. „Gender Behaviors and gender Identity
- Genes have been found for certain behaviors such as depression, bipolar mania, schizophrenia and addiction. We may be predisposed, but require the interaction of our environment to develop these behaviors. Gender behaviors must be differentiated from gender identity (Hines).

- Gender differences are present at birth and the psychology literature is replete with studies. Transgender children as young as 3 years old can tell you they identify with the opposite sex. Most Transgenders know from their earliest memories their desires of the opposite sex. Gender Identity cannot be predicted from anatomy (Reiner, 2005).
- The human brain continues to make neurons and synaptic neuronal connections throughout life. We call that learning, memory, communication, etc. This contributes to our Gender Role Behaviors, making us individuals in the continuum of gender identity. Gender Role Reversal seen today. Gender Identity is Innate and not a choice. We may choose our behavioral expressions of our identity, but not our Gender Identity.
- Conclusion: Brain gender identity is determined very early in fetal development, but gender expression, expressed as behaviors requires hormonal, environmental, social and cultural interactions which evolve with time.“

(Übersetzung:) „Verhalten und Hirngeschlechtsidentität

- Gene sind für bestimmte Handlungsweisen wie Depression, bipolare Störungen, Schizophrenie und Sucht gefunden worden. Kann sein, dass wir prädisponiert sind, aber wir benötigen die Interaktion mit unserer Umwelt, um diese Verhaltensweisen zu entwickeln. Auch geschlechtliche Verhaltensweisen sind von der Geschlechtsidentität zu unterscheiden.
 - Geschlechtsunterschiede sind von Geburt an präsent, die Psychologie-Literatur ist mit entsprechenden Studien gesegnet. 3 Jahre junge Transgender-Kinder können Ihnen sagen, dass sie sich mit dem entgegengesetzten Geschlecht identifizieren. Der grösste Teil der Transgender weiss von frühesten Erinnerungen an Bestrebungen in Richtung des entgegengesetzten Geschlechtes. Geschlechtsidentität kann nicht von der Anatomie vorausgesagt werden (Reiner, 2005).
 - Das menschliche Gehirn erstellt ständig während des gesamten Lebens synaptische neuronale Verbindungen. Wir nennen dies Lernen, Gedächtnis, Kommunikation usw. Das trägt zur Entwicklung unserer Geschlechtsrollen-Handlungsweisen bei, macht uns zu Individuen im Kontinuum der Geschlechtsidentität. Geschlechtsrollen-Umkehrung sieht man heutzutage. Geschlechtsidentität hingegen ist angeboren und nicht eine Frage der Wahl. Wir können Verhaltensäusserungen unserer Identität, aber nicht unserer Geschlechtsidentität wählen.
 - Schlussfolgerung: Die Hirngeschlechtsidentität wird sehr früh während der fetalen Entwicklung festgelegt, aber dem zum Ausdruck bringen des Geschlechts in Form von Verhaltensweisen erfordert das Zusammenspiel hormoneller, kultureller, sozialer und Umweltfaktoren, das sich mit der Zeit entwickelt.“
21. „Premise: Endocrine disruptor chemicals (EDCs) present in our environment affect gender identity:
- Environmental Estrogens and Androgens affect fish and amphibians in nature producing sex reversal. Phthalates, phenols, and dioxins, among others, produce sexual behavior reversal in animals.
 - EDCs have been shown to modulate hormonal receptors. Evidence of estrogen and androgen receptor interference by phenols has been shown in mice.
 - Maternal Estradiol from the Placenta crosses the Blood Brain Barrier as Free Estradiol or Estradiol Sulfate. DES, DiEthylStilbesterol, an Estrogen competitor and endocrine disruptor crosses the Blood Brain Barrier in mice and was widely used from the 40s to the 70s to maintain human pregnancies.
 - Transsexualism has been correlated with DES, Dilantin and Barbituate exposure during pregnancy. TSs have normal genitalia and reproductive capability while having cross-brain gender identity. How is that possible?
 - Small doses of endocrine disruptors may disrupt the brain hormonal axis at a critical time without disrupting the reproductive axis. This has been shown in mice exposed to DES in-utero (Warita, 2006).
 - My HYPOTHESIS: If Hormone receptor proteins are gene directed early in fetal development resulting in variations of Brain hormonal receptors and binding activity as seen

in CAIS or pAIS. Then Cross-gender identity may result from modulation of these brain hormonal receptors by maternal hormones or exogenous endocrine disruptors affecting the distribution ratio and expression of brain hormonal receptors before gonadal hormonal stimulation takes place in fetal development.

- CONCLUSION: One cannot deny the profound effects of T, E2 and other steroids on genital differentiation in-utero or their effects on behavior from birth or the physical and mental cross gender changes caused by exogenous hormones. But identity is determined before and persists in spite of these effects.“

(Übersetzung:) „Prämisse: in der Umwelt anzutreffende Endokrine-Disruptoren-Chemikalien (EDCs) haben Auswirkungen auf die Geschlechtsidentität

- Umweltoestrogene und -androgene bewirken bei natürlich vorkommenden Fischen und Amphibien eine Geschlechtsumkehr. Neben anderen Stoffen bewirken Phthalate, Phenol und Dioxine bei Tieren eine Umkehrung des geschlechtlichen Verhaltens.
- Man konnte zeigen, dass EDCs hormonale Rezeptoren modulieren. Die Evidenz von Oestrogen- und Androgen-Rezeptor-Interferenzen durch Phenol konnte bei Mäusen gezeigt werden.
- Plazentares mütterliches Estradiol passiert die Blut-Hirn-Schranke als freies Estradiol oder Estradiol Sulfat. DES, DiEthylStilbestrol, ein Östrogen-Kompetitor und endokriner Disruptor passiert die Blut-Hirn-Schranke bei Mäusen und wurde von den 40er Jahren bis in die 70er Jahre in breitem Masstab bei schwangeren Frauen eingesetzt, um Fehlgeburten zu verhindern.
- Der Transsexualismus wurde mit DES-, Dilantin- und Barbituat-Exposition während der Schwangerschaft in einen korrelativen Zusammenhang gebracht. TSs haben normale Geschlechtsorgane und Fortpflanzungsfähigkeit, während sie eine gegenläufige Hirngeschlechtsidentität haben. Wie ist das möglich?
- Kleine Dosen von endokrinen Disruptoren können die hormonale Gehirnachse in einer kritischen Zeit stören, ohne dass dies jedoch die Fortpflanzungsachse tangiert. Das konnte bei Mäusen gezeigt werden, die in-utero DES-exponiert waren (Warita u. a., 2006).
- HYPOTHESE: Wenn Hormon-Rezeptor-Proteine während der frühen fötalen Entwicklung Gen-gesteuert sind, die auf Variationen von hormonalen Gehirnrezeptoren und Bindungsaktivität, wie bei CAIS oder pAIS gesehen hinauslaufen, dann kann sich eine gegenläufige Geschlechtsidentität aus der Modulation dieser hormonalen Gehirnrezeptoren durch mütterliche Hormone oder exogene endokrine Disruptoren ergeben. Indem sie das Verteilungsverhältnis und die Expression von hormonalen Gehirnrezeptoren beeinflussen, bevor die gonadale hormonale Stimulation im Rahmen der fetalen Entwicklung stattfindet.
- SCHLUSSFOLGERUNG: Man kann nicht die tief greifenden Effekte des Testosterons, Estradiols und anderer Steroide auf die genitale Differenzierung in-utero oder ihre Effekte auf das Verhalten seit der Geburt oder die physischen bzw. mentalen durch exogene Hormone verursachten gegenläufigen Geschlechtsänderungen bestreiten. Aber die Identität wurde vorher festgelegt und dauert trotz dieser Effekte an.“

¹⁷Um die genetischen Zusammenhänge zu verstehen, ist es sinnvoll, sich mit dem Konzept der polygenen Vererbung auseinanderzusetzen. Die folgenden Ausführungen stützen sich (in gekürzter und um den Begriff der genetischen Variation ergänzten Version) auf eine Arbeit von Gerhard Wolf (Wolf, 2010).

Mit dem Begriff der polygenen Vererbung kann das familiäre Auftreten angeborener Normvarianten, aber auch Fehlbildungen oder häufiger spät manifestierender Erkrankungen gut erklärt werden. Polygene Vererbung (auch oft als multifaktorielle Vererbung bezeichnet) folgt nicht den Mendelschen Vererbungsregeln: Sie beinhaltet das Zusammenwirken mehrerer genetischer („Polygenie“) und nicht-genetischer („Exogenie“) Faktoren bei der Entstehung einer genetischen Variation, Fehlbildung oder Störung. Polygene Vererbung kann definiert werden als die Vererbung und Expression eines Phänotyps, der durch mehrere Gene an verschiedenen Genorten bestimmt ist, wobei jedes Gen einen kleinen additiven Effekt ausübt. In Abhängigkeit von der Anzahl der additiven Gene und Allele kann die Verteilung der Phänotypen bestimmt werden. Hierbei ergibt sich eine diskontinuierliche Verteilung, wenn wenige Loci bzw.

Allele beteiligt sind. Je mehr Gene oder Allele beteiligt sind, um so eher nähert sich die Verteilung einer Normalverteilung an. Bei der Entstehung von Variationen, Fehlbildungen und Krankheiten auf einer polygenen Grundlage muss man zusätzlich einen „Schwellenwert“ annehmen. Mit zunehmender Anzahl von disponierenden Genen steigt die Wahrscheinlichkeit für die Manifestation eines Phänotyps. Wenn eine solche Schwelle überschritten wird, kommt es zur Expression, auf die zusätzlich exogene Faktoren Einfluss nehmen können. Die Summe der genetischen und nicht-genetischen Faktoren bilden eine Entität (die sog. Liability).

Um den Anteil der additiven genetischen Varianz an der gesamten phänotypischen Varianz eines quantitativen Merkmals zu bestimmen, hat man das theoretische Konzept der Heritabilität entwickelt. Diese kann nach verschiedenen Methoden aus der Korrelation von Merkmalsgrößen unter Verwandten und Zwillingen geschätzt werden. Es ergibt sich hierbei eine Heritabilität von 1, wenn ausschließlich Gene für eine Störung verantwortlich sind und eine Heritabilität von 0, wenn ausschließlich exogene Faktoren verantwortlich sind. Soweit die Ausführungen von Gerhard Wolff.

Die bedeutsame Rolle von genetischen Faktoren bei der Kausalgenese von transsexuellen Varianten gilt mittlerweile aufgrund der vorliegenden Zwillingsstudien als ziemlich gut belegt. Coolidge kam in seiner Studie (Coolidge u. a., 2002) zu dem Ergebnis, dass der genetische Varianzanteil 62% betrage. In der Folge zeigten verschiedene Studien (Iervolino u. a., 2005) (Knafo u. a., 2005) zum Teil erheblich differierende Ergebnisse. Klarheit erbrachte letztlich die gross angelegte Studie von Bijsterfeldt, Hudziak und Boomsma (Beijsterveldt u. a., 2006). Die bisherigen z.T. disparaten Forschungsergebnisse führen diese AutorInnen darauf zurück, dass in den Studien unterschiedliche Konstrukte von atypischem Geschlechtsverhalten zugrunde gelegt wurden und auch unterschiedliche Altersstufen in die Stichproben Eingang fanden. Bei dieser sehr elaboriert angelegten Studie konnte belegt werden, dass bei den 7 und 10 jährigen Zwillingen bezüglich der „Liability“ gegengeschlechtlicher Verhaltensweisen über 70% der Varianz (Heritabilität) durch genetische Faktoren erklärt werden kann. Gegen den Einwand, dass der Studie nicht wie üblich das Konzept der Geschlechtsidentitätsstörung zugrunde gelegt wurde (sondern das positive Eltern-Rating von zwei „Gender-Items“ aus dem CBCL-Fragebogen) führten die AutorInnen ins Feld, dass bei einer Zugrundelegung des GID-Konzepts die Rate positiver Antworten auf diese spezifischen CBCL-Items noch wesentlich höher ausgefallen wäre (als Referenz führen sie an: (Cohen-Kettenis u. a., 2003)).

Bemerkenswert ist auch die Rezeption, die diese Zwillingsstudien im deutschsprachigen Raum durch „SexologInnen“, die als ExpertInnen für Transsexualität in den Medien dargestellt werden, erfahren haben. Beispielsweise führen Richter-Appelt und Nieder in ihrem Aufsatz „Neurobiologische Korrelate bei Geschlechtsidentitätsstörungen“ in der Zeitschrift „PID Psychotherapie im Dialog“ in einer Ausgabe aus dem Jahr 2009 (Richter-Appelt und Nieder, 2009) unter dem Stichwort „Genetische Hinweise“ die Studie von Coolidge von 2002 an und meinen anschliessend: „Zwei weitere Studien konnten vergleichbare Ergebnisse liefern“ und zitieren die Studien von Knafo und Iervolino. Abgesehen davon, dass im Text Knafo als „Knafoet“ figuriert (im Literaturverzeichnis wird Ariel Knafo dann mit korrekter Namensgebung ausgewiesen), zeigten gerade die Studien von Iervolino und Knafo unterschiedliche Ergebnisse (s.o.). Anstatt diesen Ergebnisunterschieden der beiden Zwillingsstudien auf den Grund zu gehen (immerhin sind Alessandra Iervolino und Ariel Knafo eng zusammenarbeitende ForscherInnen im Department für Psychologie der Hebräischen Universität Jerusalem und haben beide Studien zusammen durchgeführt), wird flugs zu molekularbiologischen Studien gesprungen, die gegenüber den Zwillingsstudien widersprüchliche Ergebnisse gezeitigt hätten. Die Studie von Bijsterfeldt, Hudziak und Boomsma aus dem Jahr 2006 findet hingegen keinerlei Würdigung bzw. auch nur Erwähnung. Eine solche Rezeption wissenschaftlicher Forschungsarbeiten ist (euphemistisch formuliert) als eher vordergründig anzusehen.

¹⁸Milton Diamond vertritt hier einen expliziten Standpunkt: „Many people make a clear and sometime very vocal distinction between intersexuality and transsexuality. Most opposition to linking these two concepts or categories come from those intersexed individuals who think their own situation in the public eye is somehow diminished by the association. This is regrettable. Both of these sexual minorities are stigmatized in society and I think they not only should rather be allies in their fight against discrimination, but also, actually think they have things in common. I maintain that transsexuality is a form of intersex. I conclude this derived from my own clinical experiences, my own experimental research, and knowledge of the research of others. I accept that my thoughts on this matter are a minority view among colleagues and fellow scientists. I believe that transsexuals are intersexed in their brains as others

are or might be more obviously so in their gonads, genitals, hormonal character, receptor, enzymatic or chromosomal constitution. And it is this brain intersexuality that biases the person to assert his or her gender identity“ (Diamond, 2010)

¹⁹Auch in diesem Zusammenhang wendet sich Diamond gegen das Pathologisierungskonzept: „As one can vary on a Kinsey scale from 0 to 6, and can fluctuate during one’s life so too can one vary from 0 to 6 on the Benjamin scale (Benjamin 1966) demonstrating different degrees of a trans identity. This can be manifested from occasional cross-dressing to a full-time transsexuality where a person desires to live full-time in a mode different from the way he or she was born and raised. And this gender identity can fluctuate from mild to intense during different times in one’s life and in reaction to a variety of life experiences. These reflect differences, not disorders, of identity. While some persons are seriously impaired by these conflicts of identity and societies views of propriety and might need and desire help in resolution, others have managed to come to terms with their inherent biases and the negative social demands they encounter and see no need for counseling or therapy. While some may be seriously psychically disturbed and require or desire counseling or medical assistance, I don’t see persons with trans variations as mentally ill based solely on their manifestation of a trans condition. And certainly there are examples enough where obviously intersexed persons reared in one gender have decided later in life to switch to the other.“(Diamond, 2010)

²⁰So könnte man in Anlehnung an die Ergebnisse der Zwillingstudien postulieren, dass auf dem Hintergrund der Spektrumschwellen-Hypothese („Spektrum Transsexualität-Transgender-Transvestiten-GelegenheitsCrossdresser“) mit zunehmender Anzahl von disponierenden Genen die Wahrscheinlichkeit für die Manifestation des transsexuellen Phänotyps steigt. Wenn eine solche Schwelle überschritten wird, kommt es zur Expression, auf die zusätzlich exogene Faktoren Einfluss nehmen können.

²¹Die Phänomenalanalyse geht methodologisch/methodisch auf Carl Friedrich Graumann und Klaus Holzkamp zurück. Holzkamp notierte: Die Phänomenalanalyse „ist darauf gerichtet, im Ansatz an der unmittelbaren Lebenswelt des Menschen durch bestimmte abstraktive Verfahren der Einklammerung, Reduktion etc. in Absehung von deren je besonderer Inhaltlichkeit zu Aussagen über die unhintergehbare, da mit der spezifischen Weise menschlicher Existenz mitgegebene Grundstruktur dieser Lebenswelt als Mensch-Welt-Zusammenhang zu gelangen ... Als zentrales Strukturmerkmal wird dabei die intentionale Bezogenheit des Subjekts auf etwas, das als davon unabhängig gemeint ist, heraus gestellt: Intentionalität impliziert jeweils mich als Intentionalitätszentrum, von dem aus ich mich zur unabhängig von mir gegebenen Welt ins Verhältnis setze, das heisst in diesem Sinne verhalte. Das 'Verhalten-zu' schliesst ein, dass auch der jeweils andere von mir als sich zu mir 'verhaltend' also als von mir unabhängiges, auf mich bezogenes 'Intentionalitätszentrum' erfahren wird, dass ich ihn also quasi als einen mich Wahrnehmenden wahrnehme. Durch diese reziproke Struktur ist unsere Erfahrung genuin 'sozial', genauer 'intersubjektiv' konstituiert. Dabei ist im 'Verhalten-zu' die 'Intersubjektivität' notwendig auch auf mich selbst rückbeziehbare: ich kann mich auch zu mir selbst als zu einem Subjekt 'verhalten', womit gleichzeitig realisiert ist, dass wie der andere für mich der andere ist, ich selbst auch für den anderen der andere bin. In dieser Rückbezogenheit und Dezentrierung bedeutet Intentionalität also immer auch die Reflexivität unserer intersubjektiven Welt- und Selbstbeziehung“ (Holzkamp, 1984).

Diese methodologische Position ist auch als Plädoyer zu verstehen, neben der neurowissenschaftlich-genetischen Fundierung der Empfehlungen die subjektive Kehrseite transsexuellen Daseins wertzuschätzen und die persönlichen Erfahrungen transsexueller Menschen zu äusserst wertvollen unhintergehbaren, forschungs- und wissenschaftsrelevanten Ausgangspunkten zu machen, also auch als BegleiterIn, BetreuerIn und TherapeutIn hier einen dezidiert intersubjektiven Standpunkt einzunehmen.

²²Weiter heisst es dazu bei Güldenring: „Es scheint so zu sein, dass transsexuelle Kinder ihrem Phänomen offen und wertfrei gegenüberstehen, es ist für sie in dieser Phase in der Regel kein seelisches Problem. Ich wage zu behaupten, dass der transsexuelle Urzustand keine psychische Belastung bedeutet und wahrscheinlich keinen Krankheitswert hat.“ (Güldenring, 2009).

²³Jahrzehntelang hat man in der Hirnforschung darüber gerätselt, „wie ein System, das aus 10¹¹ Einzelementen, den Neuronen, besteht, sich so zu organisieren zu vermag, dass es trotz seiner dezentralen Struktur in der Lage ist, kohärente Interpretationen seiner Umwelt zu liefern, Entscheidungen zu treffen, angepasste Handlungsentwürfe zu erstellen, komplexe motorische Reaktionen zu programmieren und sich dieser Eigenleitung gewahr zu werden und darüber berichten zu können“ (Singer, 2011, 134) . Es besteht mittlerweile Konsens in der Hirnforschung, dass es „keine zentrale übergeordnete Instanz gibt, welcher

die Koordination der zahlreichen, ständig parallel ablaufenden Subprozesse zugeschrieben werden kann“ (ders. S.137). Man diskutiert Erklärungsmodelle unter dem Begriff des Bindungsproblems: „Wie wird die Zusammenarbeit der Milliarden von Zellen in den mit verschiedenen Aufgaben betrauten Arealen der Grosshirnrinde koordiniert, wie kann das Gehirn als Ganzes stabile Aktivitätsmuster ausbilden, wie können sich die verteilten Verarbeitungsprozesse zur Grundlage kohärenter Wahrnehmungen formieren, wie findet es so distributiv organisiertes System zu Entscheidungen, woher weiss es, wann die verteilten Verarbeitungsprozesse ein Ergebnis erzielt haben, wie beurteilt es die Verlässlichkeit des jeweiligen Ergebnisses und wie vermag es fein auf einander abgestimmte Bewegungen zu steuern?“ (ebda.). Des Rätsels Lösung: „Offensichtlich hat die Evolution das Gehirn mit Mechanismen zur Selbstorganisation ausgestattet, die in der Lage sind, auch ohne eine zentrale koordinierende Instanz Subprozesse zu binden und globale Ordnungszustände herzustellen. Der Vergleich mit Superorganismen liegt nahe. Auch Ameisenstaaten kommen ohne Zentralregierung aus. Die Mitglieder des Staates kommunizieren über ein eng gewebtes Netzwerk von Signalsystemen und passen ihr individuelles Verhalten entsprechend der lokal verfügbaren Information an. Auch hier hat die Evolution eine geniale Interaktionsarchitektur entwickelt, die sicherstellt, die sich die Myriaden von lokalen Wechselwirkungen zu global geordneten Systemzuständen fügen“ (ebda.). Es würde in diesem Zusammenhang zu weit führen, die derzeitigen Diskussionen nachzuzeichnen, wie man sich nun die dynamische Koordination Signalfüssen vorstellt; man diskutiert „distributiv organisierte Repräsentationen durch neuronale Assemblies“ (ders. S.138). Die funktionale Verknüpfung der Neuronen eines Assemblies erfolgt, so die Vorstellung, über Aktivitätssynchronisierungen, d.h. durch synchrones „Feuern“ von Neuronen(gruppen). Oder anders formuliert: Es wird postuliert, „dass die präzise Synchronisierung von neuronalen Aktivitäten die Signatur dafür sein könnte, welche Zellen sich temporär zur funktionell kohärenten Ensembles gebunden haben“ (ders. S.139).

²⁴Dazu Pinel/Pauli: „Obwohl zentrale sensomotorische Programme für manche Verhaltensweisen durch das Üben dieser Verhaltensweisen etabliert werden können, entwickeln sich die zentralen sensomotorischen Programme für viele arttypische Verhaltensweisen ohne explizite Übung. Dieser Punkt wurde durch die klassische Studie von Fentress (1973) verdeutlicht. Fentress zeigte, dass adulte Mäuse, die von Geburt an ohne Vordergliedmassen aufgewachsen waren, dennoch die atypischen Schulterbewegungen für das Putzen zeigten und diese Bewegungen waren gut mit den normalen Zungen-, Kopf- und Augenbewegungen koordiniert. Fentress' Studie wies ausserdem die Bedeutung von sensorischem Feedback für den Ablauf der zentralen sensomotorischen Programme nach. Den Mäusen ohne Vordergliedmassen fehlte der normale Zungen-Vorderpfoten-Kontakt während des Gesichtsputzens, daher unterbrachen sie oft eine scheinbare Putzsequenz, um einen Käfiggenossen oder sogar den Boden zu lecken.“ (Pinel und Pauli, 2007, 272)

²⁵Pinel/Pauli: „Nach der Response-Chunking-Hypothese verbindet Übung die zentralen sensomotorischen Programme, die einzelne Reaktionskomponenten kontrollieren, zu Programmen, die Sequenzen (Chunks) von Verhalten kontrollieren. Die Reaktionen für das Tippen eines Worts auf einer Schreibmaschine werden bei einem Anfänger einzeln ausgelöst und gesteuert, bei einer qualifizierten Schreibkraft werden Abfolgen von Buchstaben als eine Einheit aktiviert, was mit einer erheblichen Steigerung von Geschwindigkeit und Kontinuität einhergeht. Ein wichtiges Prinzip des Chunkings besteht darin, dass Chunks selbst wiederum zu Chunks höherer Ordnung kombiniert werden können. Zum Beispiel können die Reaktionen, die beim Tippen der einzelnen Buchstaben und Ziffern der eigenen Adresse benötigt werden, zu längeren Sequenzen zur Erzeugung von einzelnen Wörtern und Zahlen zusammengefasst werden, und dies Chunks können wiederum kombiniert werden, sodass die vollständige Adresse als Einheit getippt werden kann. Verlagerung der Kontrolle auf untergeordnete Ebenen: Während des Erlernens eines zentralen sensomotorischen Programms wird die Kontrolle von höheren Ebenen der sensomotorischen Hierarchie auf untergeordnete Ebenen verlagert ... Diese Verlagerung der Kontrolle auf niedrigere Ebenen des sensomotorischen Systems ... hat zwei Vorteile. Erstens haben so die höheren Ebenen des Systems die Möglichkeit, sich mit mehr abstrakten Aspekten der Ausführung zu beschäftigen. Zum Beispiel können sich ausgebildete Pianisten auf die Interpretation eines Musikstücks konzentrieren, da sie sich nicht bewusst mit dem Drücke der richtigen Taste beschäftigen müssen. Der zweite Vorteil einer Verlagerung der Kontrollebene besteht darin, dass so eine grosse Geschwindigkeit ermöglicht wird, da die verschiedenen Schaltkreise auf den unteren Ebenen der Hierarchie gleichzeitig interagieren können, ohne miteinander zu interferieren. Es ist allein deshalb möglich, 120 Wörter pro Minute zu tippen, weil

die Schaltkreise, die für die Aktivierung eines einzelnen Tastendrucks benötigt werden, aktiv werden können, bevor die vorausgegangene Reaktion abgeschlossen ist.“ (Pinel und Pauli, 2007, 272)

²⁶Der Erwerb von Einzelwissen hat hingegen demgegenüber nur sekundäre Bedeutung, ist aber gleichwohl wichtig um das Selbstmanagement und die Handlungsfähigkeit zu entwickeln (Spitzer, 2007, 77f)

²⁷Spitzer führt dazu näher aus: „Dopaminsysteme sind für Belohnung und Motivation zuständig. Deren Neuronen sitzen in der sogenannten Area A10, deren Fasern direkt zum frontalen Kortex oder zum ventralen Striatum führen, insbesondere zu einem Kerngebiet, das man *Nucleus accumbens* nennt. Die Dopaminfreisetzung direkt im Kortex kann zu einer besseren Klarheit des Denkens führen. Im *Nucleus accumbens* dagegen aktivieren die dopaminergen Fasern wiederum Neuronen, die endogene Opioide produzieren und deren Fasern sich weit über den frontalen Kortex verzweigen“. (Spitzer, 2007, 177ff).

²⁸Spitzer: „Das meso- limbische System führt über die Aktivierung des *Nucleus accumbens* zu einer Ausschüttung von Neuropeptiden im frontalen Kortex, bei denen es sich vor allem um körpereigene Stoffe handelt, die opiatähnliche Wirkung entfalten (man spricht auch von Opioiden) und uns ein positives Gefühl vermitteln.“ (Spitzer, 2007, 178)

²⁹Dazu erläuternd: „Das meso-kortikale System schliesslich hat den gleichen Ausgangspunkt wie das meso- limbische System (die dopaminergen Neuronen befinden sich in der Area A10 im ventralen Tegmentum), die Fasern gehen jedoch direkt zum frontalen Kortex, wo Dopamin ausgeschüttet wird. Die beiden letztgenannten Systeme aus Neuronen und Faserbündeln werden auch als Belohnungssystem bezeichnet und spielen bei Motivationsprozessen eine wichtige Rolle.“ (Spitzer, 2007, 178)

³⁰Spitzer spielt hier auf die behavioristische Lerntheorie an, die ihre Theorien auf die Ergebnisse von Laborversuchen mit Ratten stützte und die die Theorie des „Belohnungslernens“ entwickelte. Dieses operante Konditionieren via Belohnung wird von den Neurowissenschaften als zu vereinfachend eingestuft, insbesondere die humanspezifische Qualitätsaspekte des Lernens werden ausser Acht gelassen.

³¹Dazu Kim Schicklang ausführlich auf ihrer Homepage: (Schicklang, 2010)

³²Neurowissenschaften werden sehr oft in Eins gesetzt mit Hirnforschung. Die Neurowissenschaften sind bezüglich ihrer Fachdisziplinen wesentlich vielfältiger angelegt, als es die (einengende) Vorstellung von „Hirnforschung“ nahelegt. Die Neurowissenschaften, lassen sich in vier unterschiedliche Disziplinen einteilen: Neurobiologie, Neurophysiologie, kognitive Neurowissenschaft und die klinisch-medizinische Fächer. Es gibt also fachliche Unterabteilungen, die sich ausschliesslich klinisch-praktisch mit Diagnostik und Therapie beschäftigen, also Diagnostik betreiben und Behandlungen durchführen. Die klinisch-medizinischen Fächer beschäftigen sich mit Pathogenese, Diagnose und Therapie der Erkrankungen des Gehirns und umfassen die Neurologie, Neuropathologie, Neuroradiologie, und Neurochirurgie sowie die Neuropsychiatrie und Klinische Neuropsychologie. Daneben gibt es noch die Neurodidaktik als Sammelbegriff für verschiedene praxisorientierte Ansätze, didaktische bzw. pädagogische Konzepte unter wesentlicher Berücksichtigung der Erkenntnisse der Neurowissenschaften und insbesondere der neueren Hirnforschung zu entwickeln. Das besondere an den neurowissenschaftlich fundierten Therapie- und Didaktikkonzepten ist ihre beeindruckend konsequente Ressourcen- und Gesundheitsorientierung. Diese ist bezogen auf die gängigen psychotherapeutischen Verfahren (z.B. Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische oder Psychoanalytische Psychotherapie) als bereichernd und paradigmatisch anzusehen.

³³Dazu Ramm: „Die bisherige Analyse der Bedingungen, unter denen Menschen ein Geschlechtswechsel ermöglicht wird, sollte deutlich gemacht haben, dass er Disziplinierungseffekt innerhalb des Behandlungsapparates gerade darauf zurückzuführen ist, dass der Einzelne als Subjekt aus dem Behandlungsprogramm ausgeschlossen wird. Von einer Kooperation oder Partnerschaft kann nicht die Rede sein. So wird den Patienten kein Zeitplan geboten, auf den sie sich einstellen und verlassen können, der Zeitplan wird vielmehr per Richtlinien vorgegeben und so der Verfügung des Einzelnen entzogen. Was als Vertragsbeziehung unter gleichberechtigten Partner erscheint, stellt sich als Unterwerfungsverhältnis dar, da das 'transsexuelle' Individuum unter den gegebenen Bedingungen kaum Alternativen hat, sich auf eine Behandlung einzulassen, um seine Interessen, d.h. einen Geschlechtswechsel, durchsetzen zu können.“ (Ramm, 2002, 86f)

³⁴Zum Begriff der Instrumentalverhältnisse wird in Kap. 2.1.2.3 „Outing“ umfassend Stellung genommen

³⁵Entsprechend heisst es dort im Artikel I der Deklaration: „The Conference strongly reaffirms that health, which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of

disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector.“ (WHO, 1978)

³⁶ Artikel II der Deklaration: „The existing gross inequality in the health status of the people particularly between developed and developing countries as well as within countries is politically, socially and economically unacceptable and is, therefore, of common concern to all countries.“ (WHO, 1978, 1)

³⁷ Artikel IV: „The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care.“ (WHO, 1978, 2)

³⁸ Artikel VI: „Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country’s health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.“ (WHO, 1978, 2)

³⁹ Nach unserer Erfahrung ist das dafür notwendige Basiswissen, wenn es gut aufbereitet wurde, relativ leicht und schnell zu erwerben. Begünstigend ist zudem, dass transsexuelle Menschen meist gut über ihre Möglichkeiten informiert sind. Wir werden die Basics auf einer eigenen Webseite speziell für Gesundheitsbasisversorger aufbereiten und kostenlos anbieten. Ausserdem arbeiten wir sehr intensiv in einer Projektgruppe einer Menschenrechtsorganisation mit, die spezielle Medienangebote für transsexuellen Menschen produziert.

Es ist wichtig für Basisversorger, dem Popanz von Transsexuellen-Spezialistentum nicht auf den Leim zu gehen. Jeder gute Hausarzt ist ja förmlich darauf spezialisiert, die allgemeine ärztliche Betreuung von PatientInnen mit sehr speziellen medizinischen aber auch persönlichen Problemen jedweder Art zu gewährleisten. Dies ist das Gütesiegel und die absolute Stärke der hausärztlichen Betreuung. Dazu zieht er dann bei Bedarf, in Abstimmung mit dem Patienten, bei speziellen Fragestellungen SpezialistInnen hinzu.

Natürlich stossen diese Zeilen nicht auf die uneingeschränkte Zustimmung aller sich als Transsexualitäts-SpezialistInnen verstehenden „Therapie- und Gutachtenanbieter“, das ist uns durchaus bewusst.

⁴⁰ K. Schicklang bezeichnet diesen Prozess der subjektiven Selbstvergewisserung der je eigenen, biologisch fundierten (Hirn-)Geschlechtsidentität sehr treffend als „Inting“ in Abhebung von späteren Outing (Schicklang, 2011).

⁴¹ Im von der WHO veröffentlichten Originaltext: „Advocate: Good health is a major resource for social, economic and personal development and an important dimension of quality of life. Political, economic, social, cultural, environmental, behavioural and biological factors can all favour health or be harmful to it. Health promotion action aims at making these conditions favourable through advocacy for health.“ (WHO, 1986, 1)

⁴² Das Englische Originalzitat: „To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being.“ (WHO, 1986, 1)

⁴³ Im englischen Originaltext: „Health promotion action aims at reducing differences in current health status and ensuring equal opportunities and resources to enable all people to achieve their fullest health potential. This includes a secure foundation in a supportive environment, access to information, life skills and opportunities for making healthy choices. People cannot achieve their fullest health potential unless they are able to take control of those things which determine their health.“ (WHO, 1986, 1f)

⁴⁴ Im englischen Originaltext: „The prerequisites and prospects for health cannot be ensured by the health sector alone. More importantly, health promotion demands coordinated action by all concerned: by governments, by health and other social and economic sectors, by nongovernmental and voluntary

organization, by local authorities, by industry and by the media. People in all walks of life are involved as individuals, families and communities. Professional and social groups and health personnel have a major responsibility to mediate between differing interests in society for the pursuit of health. Health promotion strategies and programmes should be adapted to the local needs and possibilities of individual countries and regions to take into account differing social, cultural and economic systems.“ (WHO, 1986, 2)

⁴⁵Dazu: Auf der neuen Webseite präsentierte Transgender Europe (www.transrespect-transphobia.org) auch eine Aktualisierung der vorläufigen Ergebnisse des Trans Murder Monitoring-Projektes, eines Unterprojektes des TvT-Forschungsprojektes. Diese Aktualisierung zeigt einen enormen Anstieg der Zahl berichteter Morde an Trans-Personen in den letzten zwei Jahren. Wurde 2008 im Durchschnitt noch jeden dritten Tag der Mord an einer Trans-Person berichtet, so wurde 2009 im Durchschnitt jeden zweiten Tag der Mord an einer Trans-Person berichtet. Oder: der Bericht der deutschen Antidiskriminierungsstelle (Franzen und Sauer, 2010). Zahlreiche Belege finden sich auch im schon zitierten Hammarberg-Bericht (Hammarberg, 2009)

⁴⁶Dieses Kapitel basiert inhaltlich auf einem sehr lesenswerten und fundierten ursprünglichen Lexikonbeitrag im deutschen Wikipedia. Die Autorin C. Schieferdecker musste erleben, dass um diesen Betrag eine Löschungsdiskussion inszeniert wurde, die zumindest unter den AutorInnen und BeraterInnen dieses Guideline-Projekts Kopfschütteln hervorgerufen hat. Da wurde allen Ernstes behauptet, Transphobie sei als wissenschaftlicher Begriff nicht etabliert, der Artikel sei nicht relevant. Bei den Inhalten handele es sich um die Meinung der Autorin, die ihre ganz persönliche, überideologisierte Sichtweise durch den Artikel promoten wolle. Auch der Hinweis von uns Guideline-Autoren, diesen Artikel als eine der Grundlagen dieser Guidelines zu betrachten, führte zu interessanten transphoben Reaktionen der wikipedia-AdministratorInnen.

Der (aus Wikipedia eliminierte) Originaltext von C. Schieferdecker kann unter <http://de.pluspedia.org/wiki/Transphobie> nachgelesen werden (dort findet sich auch Link auf die wikipedia-Seiten, die die Löschungsdiskussion dokumentieren).

Zur Diskurs-Entfaltung rund um das Thema Transphobie trugen und tragen internationale Projekte wie „transrespect versus transphobia“ (http://www.transrespect-transphobia.org/en_US/home.htm) bzw. Projekte im Rahmen der Queer-Studies, die im deutschsprachigen Raum noch ein Schattendasein fristen, bei. Im anglo-amerikanischen Raum hingegen konnten sich die Queer Studies im Laufe der 1990er Jahren an vielen Universitäten als eigenständiges Fach etablieren und gehören gegenwärtig zu den produktivsten Forschungsrichtungen mit hunderten von Monografien und Aufsätzen, einer Reihe bedeutender Forschungszentren und der Fachzeitschrift GLQ. A Journal of Gay and Lesbian Studies).

⁴⁷Heteronormativität beschreibt eine Ideologie, die Heterosexualität zur soziale Norm erhebt. Damit einhergehend ist ein meist unhinterfragte, ausschliesslich binäre („zweiteilige/s“) Geschlechtsauffassung und -system, in welchem bestimmte Aspekte des biologische Geschlechts (vor allem bez. Genitalien und Chromosomen) verabsolutiert und dem sich die biologisch präformierte Geschlechtsidentität, die geschlechtsbezogene Lebensweise und die sexuelle Orientierung schematisch unterzuordnen hat. Der Begriff entstand im Rahmen der Queer Studies und der Queer Theory und wurde zunächst nur als Kritik von Heterosexualität als Norm und Homosexualität als Abweichung davon benutzt. Erst in dem Masse, wie sich die Queer Theorie auch mit der Transsexualitäts- und Transphobie-Thematik auseinanderzusetzen begann, wurde der Heteronormativitätsbegriff auch auf letztere Themen bezogen.

⁴⁸zit. nach <http://de.pluspedia.org/wiki/Transphobie>

⁴⁹Dazu Schieferdecker: „So existieren in Deutschland z.B. Regelungen, die vorschreiben, dass sich transsexuelle Menschen zwangssterilisieren und ihre Genitalien 'umwandeln' lassen müssen um gesetzlich als existent anerkannt zu werden (siehe: Transsexuellengesetz). Ebenso wird transsexuellen Frauen ihr rechtlicher Status als Frau solange nicht anerkannt, solange sie nicht bereit sind sich zu Männern mit Identitätsstörung erklären zu lassen (bei transsexuellen Männern umgekehrt).“ (zit. nach <http://de.pluspedia.org/wiki/Transphobie>).

⁵⁰Karmaus zählt dazu:

- Trugschlüsse, die auf blindem Vertrauen in statistische Korrelationen beruhen würden (Karmaus, 1979, 17)
- die Überbewertung von Globalvariablen (Karmaus, 1979, 17)

- Nichterkennen des Problems der Epiphänomenologie von Risikofaktoren: „zeichnet sich dadurch aus, dass ein Phänomen gleichzeitig und gemeinsam mit einem anderen auftritt, welches als auslösend angesehen wird, beide aber durch eine dritte Variable ... bewirkt werden“ (Karmaus, 1979, 18)
- aggregative Fehlschlüsse: „werden Daten, die auf unterschiedlichen Erhebungsebenen zusammengefasst wurden, verglichen, so können sich Fehlschlüsse durch die verschiedenen Ebenen ergeben“ (Karmaus, 1979, 20)
- Keine Differenzierung von notwendigen und hinreichenden Risikofaktoren (Karmaus, 1979, 20)
- Problematik von Grenzwerten (Karmaus, 1979, 22)
- Fehlende Berücksichtigung der zeitlichen Komponente für die Analyse von ursächlichen Zusammenhängen (Karmaus, 1979, 24)

Karmaus problematisiert auch die für Risikofaktorenmodelle essenziellen Hintergrundannahmen wie

- Modelle der multifaktoriellen Genese (Karmaus, 1979, 26)
- das unerschütterliche Vertrauen in die Naturwissenschaft und ihre Methoden sowie in „objektive“, manifeste Daten (Karmaus, 1979, 27ff)
- passives Menschenbild und fehlende Trennung von Vorgängen in der Umwelt und im Menschen (Karmaus, 1979, 31)
- Spezifitätsannahme bzgl. der Effekte von Risikofaktoren (im Unterschied z.B. zu Stressoren mit ihren unspezifischen Effekten) (Karmaus, 1979, 32)

⁵¹Waller führt beispielhaft einige konkrete Gesundheitsrisiken an (wie z.B. Partnerkonflikte), wir haben sie bereits in Richtung unserer Thematik hin ergänzt bzw. jene Wallerschen Beispiele erwähnt, die beim Thema Transsexualität relevant sind (z.B. Scheidungen); die von Waller stammenden Beispiele sind in „Hochkommata“ gesetzt und nicht ausdrücklich zitiert, um den Lesefluss nicht zu stören. Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Transsexualität bei Waller keine Erwähnung findet.

⁵²Aufzählungszeichen d. d. A.

⁵³Im Original Text dazu: „The results of the problems transgender persons encounter in accessing their right to health care are reflected in health statistics. Several studies referenced in the FRA study show that a quarter to one third of transgender people surveyed had attempted suicide. In research carried out in Ireland 26% of transgender persons had attempted suicide at least once⁴³ and half of the transgender respondents in a large-scale study into the health situation for LGBT people in Sweden had at one point or another in their lives considered taking their own life ... 21% had actually tried to do this.“ (Hammarberg, 2009)

⁵⁴Gemeint sind vor allem MOFC = Medialer orbitofrontaler Kortex; VMPFC = ventromedialer präfrontaler Kortex; PACC = Prägenualer anteriorer Cingulärer Kortex; SACC = Supragenualer anteriorer Cingulärer Kortex; PCC = Posteriorer Cingulärer Kortex; MPC = Medial parietaler Kortex (Northoff, 2011, 282)

⁵⁵Dazu Northoff (A.d.A.: Die „Self Related Processings“ (SRP) werden von ihm als „Selbst Bezogene Processings“ (SBP) ins Deutsche übersetzt): „Ich postuliere, dass das SBP der Nukleus beziehungsweise core unseres Selbst ist. Das SBP erlaubt es dem Organismus, eine Beziehung zu bestimmten Ereignissen beziehungsweise Stimuli der Umwelt zu etablieren. Dadurch wird nicht nur eine Relation zwischen Organismus und Umwelt hergestellt, sondern die Stimuli selber verändern ihr Format in der Form, dass sie phänomenal erlebt werden können. Das SBP ist daher möglicherweise die Basis dessen, was als 'mentales oder core Selbst' (Damasio), 'Erfahrungsselbst', 'präreflexives Selbst', oder 'minimales Selbst' bezeichnet wird. Das Selbst kann somit nicht mehr als isolierte Entität mit separaten Inhalten angesehen werden. Anstelle einer solchen inhaltsbezogenen Definition muss das Selbst eher prozessual beziehungsweise im Sinne eines Prozesses, des SBP, definiert werden. Das SBP liegt dem Selbst als notwendige empirische Bedingung zugrunde, wodurch das Selbst selber als das phänomenale Erleben der Organismus-Umwelt-Relation definiert werden kann, phänomenales Erleben, Organismus-Umwelt-Relation und Selbst sind dieser Definition zufolge somit untrennbar miteinander verknüpft. Das SBP stellt somit die Basis für die Manifestation des Selbst in den verschiedenen Domänen dar, da die entsprechenden Inhalte ohne

das SBP gar nicht auf den Organismus bezogen werden könnten. Das SBP ist zum Beispiel mit dem kognitiven Processing verknüpft, wodurch sich das Selbst in der kognitiven Domäne mit den entsprechenden Inhalten manifestieren kann. So wird zum Beispiel das von Damasio postulierte 'erweiterte oder autobiographische Selbst' möglicherweise die Verknüpfung von selbst-bezogenen Stimuli mit der Domäne des Gedächtnisses und der Erinnerung darstellen. Das 'narrative Selbst' oder das 'dialogische Selbst' wird möglicherweise eine Realisierung des SBP in der verbalen Domäne darstellen. Ähnlich werden das 'emotionale Selbst' und das 'räumliche Selbst' entsprechende Verknüpfungen des SBP mit der emotionalen beziehungsweise räumlichen Domäne darstellen. Das SBP muss somit als notwendige Voraussetzung für die Manifestation des Selbst in verschiedenen Domänen angesehen werden. Analog zu Kant muss das SBP daher als transzendental betrachtet werden, beziehungsweise als transzendentales Selbst; der Unterschied zu Kant ist jedoch, dass das SBP empirisch fundiert ist und die Beziehung zur Umwelt herstellt, wohingegen Kants transzendentales Selbst ausschliesslich logisch fundiert ist und die Erkenntnis der Umwelt ermöglicht. Das SBP ist nicht nur ein abstraktes Konzept, sondern kann durch empirische Evidenz untermauert werden. Die Befunde legen dabei nahe, dass die KMS, die kortikalen Midline-Strukturen, hierbei eine zentrale Rolle spielen. Dabei scheinen sie in der Herstellung einer Beziehung zwischen Organismus und Umweltstimulus sowie für die Verknüpfung dieser Beziehung mit einem Gefühl beziehungsweise einer Emotion zentral zu sein. Dieses kann empirisch getestet werden und ist gegenwärtig Gegenstand verschiedener Untersuchungen in der funktionellen Bildgebung.“ (Northoff, 2011, 283f)

⁵⁶Auch die Mainstream-Psychoanalyse hat inzwischen einen intensiven Austausch mit den Neurowissenschaften begonnen, was zur Konstitution von Projekten wie „Neuropsychanalyse“ geführt hat (Kaplan-Solms u. a., 2005) (Solms u. a., 2010). Katrin Schwaar (Universität Zürich, Protokoll Vorlesung „Psychoanalytische Entwicklungspsychologie“, Prof. B. Boothe) schreibt: „Die heutige Forschung zur frühen Kindheit meint, dass ein Teil des Selbst angeboren ist, während andere Aspekte des Selbst sich aus Spiegelerfahrungen mit anderen entwickeln. Als Beleg dafür können die Befunde der Forschungsgruppe um Vittorio Gallese zu den sogenannten Spiegelneuronen dienen. Sie haben festgestellt, dass wenn die Probanden eine Handlung beobachten, dieselben Neuronen und Muskel aktiv werden, die auch aktiviert werden, wenn Handlungen selber ausgeführt werden. Die Vermutung ist nun, dass diese schon bei der Beobachtung einsetzende neuronale und muskuläre Aktivität uns mit einem Gefühl dafür versorgt, wie sich die Ausführung der Handlung anfühlt. Über die Spiegelneuronen sind also die Handlungen und die dafür verbundenen Gefühlen ansteckend. Als ein anschauliches Beispiel dazu führt die Referentin an, dass sicher schon jeder bei sich beobachtet hat, wie er im Laufe des Gespräches die gleiche Haltung wie das Gegenüber einnahm (Gallese führt dies auf die Spiegelneuronen zurück). Das sich innerlich Mitbewegen mit dem anderen scheint die elementarste Form der Identifizierung zu sein. Gemäss der heutigen Forschung bestehen gewisse Anteile des Selbst schon vorgeburtlich. Die Individuation im Weiteren geschieht dann durch Spiegelerfahrungen mit dem gesamten sozialen Netzwerk, das einen umgibt.“ (Schwaar, 2004)

⁵⁷K. Schicklang wendet sich berechtigterweise gegen das besagte Konzept der Gender-Identity (s. „Es gibt keine Gender Identity zit. nach http://www.mut23.de/index.php?option=com_content&task=view&id=330). Sie arbeitet sehr schön heraus, dass es sich bei Gender-Identity um eine Chimäre handelt, um ein Sammelsurium von Stereotypen. Dies deckt sich mit neueren neuropsychologischen Forschungsergebnissen (z.B. Jäncke Universität Zürich), wonach die neuropsychologischen Unterschiede zwischen Männern und Frauen als marginal einzustufen sind. K. Schicklang verwendet anstelle des Gender-Identity-Begriffs den Terminus „Geschlechtsbewusstsein“. Wir gebrauchen die Begriffe ähnlich, nämlich „subjektives Bewusstsein der eigenen Transsexualität“ bzw. „subjektives Bewusstsein der eigenen Hirngeschlechtsidentität“, aber wir verorten diesen Begriff ganz konsequent neurowissenschaftlich. Es gibt ja schon einen regen Gebrauch des Begriffs „Geschlechtsbewusstsein“ in der gender-main-streamenden Kindergartenpädagogik und anderen gendertheoretischen bzw. gendermedizinischen Derivaten.

Dazu eine Kostprobe: „*Geschlechtsbewusstsein*. Für eine normale Entwicklung von Geschlechtsbewusstsein ist eine gesunde psychosoziale Umgebung notwendig. Besonders sensible Prägungsphasen für die Sexualität scheinen die frühe Kindheit sowie die Pubertät zu sein. Neben sozialen Faktoren wie ethische, religiöse und kulturelle Einflüsse sind auch die gesamte lebensgeschichtliche Erfahrung und Situation für das Geschlechtsbewusstsein mitbestimmend. Das charakteristische Zeichen der Geschlechtsidentitätsstörung ist die fehlende Übereinstimmung des biologischen Geschlechts mit der psychischen Geschlechtsidentität einer Person. Die Ursachen und Verlaufsbedingungen der Geschlechtsi-

dentitätsstörungen sind noch weitgehend ungeklärt und Gegenstand verschiedener theoretischer Ansätze. Vorübergehende Geschlechtsidentitätsstörungen können in der Kindheit oder Jugend sowie im Rahmen psychischer Störungen wie Schizophrenie oder Borderline-Störungen vorkommen.“ (zitiert nach <http://www.clinicum.at/dynasite.cfm?dsmid=67634&dspaid=517121>)

⁵⁸Peter Möller erklärt das Hegelsche Aufheben so: „Aufheben: Dieses Wort hat in der Hegelschen Dialektik die dreifache Bedeutung, die es auch in der deutschen Sprache hat:

- Aufheben im Sinne von 'Beseitigen'
- Aufheben im Sinne von 'Bewahren'
- Aufheben im Sinne von 'Hinaufheben' auf eine höhere Stufe bringen.

Beispiel: Bei der Beurteilung eines Menschen, eines Dinges oder eines Ereignisses schlagen wir oft von einem Extrem ins andere, um dann am Ende zu einer 'goldenen Mitte' zu finden, die aber mehr ist, als einfach nur ein Kompromiss zwischen den anfänglichen Extrempositionen. These und Antithese werden 'aufgehoben'. Es entsteht die Synthese. Dies ist der Prozess der Negation der Negation.“ (s. Peter Möllers philoLex: <http://www.philoLex.de/hegel.htm>)

⁵⁹Dazu Peper in ihrer Münsteraner-Klienten-Studie von 2003: „Unterschiede bezüglich der Angaben über Geburtsumstände, Trennungs- und Scheidungsraten der Eltern sowie körperliche Misshandlung in der Kindheit waren im Geschlechtervergleich nicht vorhanden bzw. minimal. Sexuellen Missbrauch jedoch gaben die Frauen mit 16,7% (n=9) deutlich häufiger an, bei den Männern waren dies 6,7% (n=7).“ (Peper, 2003, 41f)

⁶⁰Der Ausdruck Cross-Dressing ist hier ebenso fehl am Platz wie Formulierungen à la „in der Kleidung des Gegengeschlechts“, da bei Vorliegen von Transsexualität diese Probehandlungen ja der „herantastenden“ Erkundung von Lebensweisen, die dem Hirngeschlecht entsprechen, dienen.

⁶¹Zitat von der Webseite www.kreuz.net. „kreuz.net“ bezeichnet sich als „Initiative einer internationalen privaten Gruppe von Katholiken in Europa und Übersee, die hauptberuflich im kirchlichen Dienst tätig sind.“ Das vollständige Zitat lautet: „Österreich. Ein seit zwei Jahren geschlechtsoperierter und als Frau verkleideter Kastrat aus dem Bundesland Steiermark erwirkte kürzlich vor dem Wiener Verfassungsgericht, dass sein Geschlecht im Geburtenbuch auf 'weiblich' umgeschrieben werde. Bislang wurde diese amtliche Änderung dem Vater zweier Kinder wegen einer nach wie vor bestehenden Ehe untersagt. Mit dem Entscheid des Verfassungsgerichtes anerkannte der Staat über Schleichwege und zugleich das erste 'Homo-Konkubinat' Österreichs. Laut Schätzungen könnten 20 bis 50 weitere Fälle folgen.“ (kreuz.net, 2006)

⁶²Ein derartig konzipiertes Casemanagement muss zwangsläufig an Grenzen stoßen, wenn im Zuge der körperlichen Angleichung die Inanspruchnahme bestimmter Dienstleistungskontingente starr vorge-schrieben wird: in manchen Mitgliedsstaaten des Europarats (wie z.B. Österreich) müssen transsexuelle Menschen, die die körperliche Angleichung vornehmen wollen, eine bestimmte Anzahl z.B. psychiatrischer Therapiesitzungen obligatorisch absolvieren. Dadurch entstehen beträchtliche Kosten, während wiederum andere für die Angleichung essenzielle Massnahmen wie z.B die Epilation von den Krankenkassen oft nicht bezahlt werden.

⁶³Ohne in Esoterismen zu verfallen: auch für Assessments kann das taoistische Prinzip „Wahre Worte sind nicht schön. Schöne Worte sind nicht wahr“ durchaus Geltung beanspruchen.

⁶⁴Hierzu haben Amos Tversky und Daniel Kahnemann umfassende Forschungsergebnisse vorgelegt. Einen leicht verständlichen Überblick in (Borge, 2002, 61ff)

⁶⁵Eine gute Einführung in die Evaluationsthematik bietet (Wottawa und Thierau, 2003)

⁶⁶zit. nach http://de.wikipedia.org/wiki/Evidenzbasierte_Medizin

⁶⁷im Rahmen eines Workshops zum Thema „Neuropsychologische Therapie und Rehabilitation“ im Institut für Neuropsychologie der Universität Zürich am 1.10.2011

⁶⁸In dem Originalaufsatz mit dem Titel „Is Gender Reassignment Surgery Evidence Based?“ von 2009 heisst im englischen Originaltext: „Large, prospective, controlled studies with extremely gender-dysphoric patients, who have been randomly assigned to either surgery or psychotherapy and with a long-term follow-up, as necessary to obtain a Level A evidence-based grade, are not available.“ (Monstrey u. a., 2009, 207). Die (freie) Übersetzung erfolgte durch den Referenten.

⁶⁹Text im Originalaufsatz: „Due to the lack of randomized studies with a control population, the level of evidence of the beneficial effect of gender reassignment surgery in relation to psychotherapy can at the most be a Level B.“ (Monstrey u. a., 2009, 209). Die (freie) Übersetzung erfolgte durch den Referenten.

⁷⁰Im Originaltext heisst es: „In the majority of studies a large number of transsexual individuals experience a successful outcome in terms of subjective well-being and cosmetic and sexual function. However, taking into consideration the difficulties in interpretation of reviewevidence, themagnitude of benefit and harm cannot be estimated accurately using the current available evidence. In conclusion, at this point no specific major or minor evidence-based recommendations for changes in the seventh version of the WPATH standards of care can be made. Overall, there is a need for additional, high quality, and peerreviewed articles n this subject.“ (Monstrey u. a., 2009, 213). Die (freie) Übersetzung erfolgte durch den Referenten.

⁷¹Im amerikanischen Original findet sich folgender Text: „First, the evidence for the safety and efficacy of testosterone therapy in transgender men is minuscule when compared to studies of testosterone replacement in cisgender males. This is due to both the fact that transmen are a much smaller target population as well as the fact that studies of transgender patients may be inadequately supported or funded.“ Die (freie) Übersetzung erfolgte durch den Referenten.

⁷²Im amerikanischen Original findet sich folgender Text: „Moreover, while the requirement of a three month RLE or therapy is widely accepted and held as a minimum standard of care, there has never been any medical evidence to support this practice. In fact, the only research available suggests that there may be no differential benefit or reduction in risk of regrets in patients who undergo a RLE versus those who do not.“

Die (freie) Übersetzung erfolgte durch den Referenten. Anmerkung: im amerikanischen Original heisst es: „ ... that there may be no differential benefit or reduction in risk of regrets in patents who undergo a RLE versus those who do not“. Da die Übersetzung von patent, nämlich Patent, keinen Sinn macht, muss es sich hier um einen Druckfehler handeln. Gemeint war sicher „patients“

⁷³So Martin Meyer (Universität Zürich) bei einem Workshop des Instituts für Neuropsychologie der Universität Zürich über bildgebende Verfahren in den Neurowissenschaften am 9.4.2011.

⁷⁴Dies deckt sich mit der logopädischen Erfahrung, dass der stimmliche Entfaltungsprozess nur in seltenen Ausnahmefällen über audiovisuelle Medien (wie z.B dem englischsprachigen DVD-Lernkurs „Find Your female Voice“ von Andrea James) bewerkstelligt werden kann. Zu den Möglichkeiten von Selbstlernkursen meint Christina Mareske: „Selbstlernkurse finde ich als Begleitung nicht schlecht. Und für Leute, die schon eigene stimmliche und musikalische Erfahrungen haben. Also die wissen wovon die Rede ist und die sich und ihre Resonanzräume gut spüren. Leute mit stimmbildnerischer Erfahrung muss man einfach sagen. Und hier die Andrea James: sie war früher Schauspielerin. Also die hat einfach einen ganz anderen Background. SängerInnen oder SchauspielerInnen sind einfach auf Grund ihrer Schulung an einem anderen Punkt. Sie nehmen ihren Körper gut wahr, können gut beschreiben, wo irgendetwas klingt und tönt und atmet. Oder auch, wo sie dieses oder jenes Zipperlein haben, was ihnen schwerfällt. Das ist für einen Laien etwas ganz anderes. Also ich denke für einen Laien mit so einem Programm zu arbeiten ... zum Ausprobieren ja, aber richtig grossen Erfolg erzielen ist das zu wenig. Es bräuchte immer eine stimmbildnerische oder therapeutische Begleitung.“ (Interview am 12.04.2011)

Literaturverzeichnis

- [ATME 2008] ATME: *Transsexual People in Germany A Human Rights Report*. 2008
- [Auyeung u. a. 2009] AUYEUNG, B. ; BARON-COHEN, S. ; ASHWIN, E. ; KNICKMEYER, R. ; TAYLOR, K. ; HACKETT, G. ; HINES, M.: Fetal Testosterone Predicts Sexually Differentiated Childhood Behavior in Girls and in Boys. In: *Psychol Sci* (2009), Nr. 2, S. 144–148
- [Bao und Merzenich 2001] BAO, S. ; MERZENICH, M.M.: Cortical remodelling induced by activity of ventral tegmental dopamine neurons. In: *Nature* (2001), Nr. 412, S. 79–83
- [Büchler und Cottier 2005] BÜCHLER, A. ; COTTIER, M.: Intersexualität, Transsexualität und das Recht. Geschlechtsfreiheit und körperliche Integrität als Eckpfeiler einer neuen Konzeption. In: *Freiburger FrauenStudien* (2005), Nr. 17
- [Becker 1997] BECKER, S.: *Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen*. 1997. – URL <http://www.bernhard-breuer.de/download/StandardsTS.pdf>
- [Becker 2004] BECKER, S.: *Transsexualität Geschlechtsidentitätsstörung*. In: KOCKOTT, G. (Hrsg.) ; E.-M., Fahrner. (Hrsg.): *(Hrsg) : Sexualstörungen*. Thieme Verlag 2004, 2004
- [Beijsterveldt u. a. 2006] BEIJSTERVELDT, C.E.M; v. ; HUDZIAK, J.J. ; BOOMSMA, D.I.: Genetic and Environmental Influences on Cross-Gender Behavior and Relation to Behavior Problems: A Study of Dutch Twins at Ages 7 and 10 Years. In: *Arch Sex Behav* (2006), Nr. 35, S. 647–58
- [Benjamin 1966] BENJAMIN, H.: *The Transsexual Phenomenon*. 1966
- [Bentz u. a. 2008] BENTZ, E. K. ; HEFLER, L. A. ; KAUFMANN, U. ; HUBER, J. C. ; KOLBUS, A. ; TEMPFER, C.B.A.: Polymorphism of the CYP17 gene related to sex steroid metabolism associated with female-to-male but not male-to-female transsexualism. In: *Fertil Steril* (2008), Nr. 90, S. 56–9
- [Berglund u. a. 2008] BERGLUND, H. ; LINDSTROM, P. ; DHEJNE-HELMY, C. ; SAVIC, I.: Male-to-female transsexuals show sex-atypical hypothalamus activation when smelling odorous steroids. In: *Cereb Cortex* (2008), Nr. 18, S. 1900–8

- [Bezdicikova u. a. 2007] BEZDICKOVA, M. ; MOLIKOVA, R. ; BEBAROVA, L. ; KOLAR, Z.: Distribution of nuclear receptors for steroid hormones in the human brain: a preliminary study. In: *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* (2007), Nr. 151, S. 69–71
- [Borge 2002] BORGE, D.: *Wenn sich der Löwe mit dem Lamm zum Schlafen legt*. 2002
- [Buchheim 2011] BUCHHEIM, A.: *Sozioemotionale Bindung*. In: *Neurobiologie des Psychotherapie*, 2011
- [Carrer und Cambiasso 2002] CARRER, H. F. ; CAMBIASSO, M. J.: Sexual differentiation of the brain: genes, estrogen, and neurotrophic factors. In: *Cell Mol Neurobiol* (2002), Nr. 22, S. 479–500
- [Churchland 1986] CHURCHLAND, P.: *Neurophilosophy. Toward a Unified Science of the Mind-Brain*. 1986
- [Ciompi 1982] CIOMPI, L.: *Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung*. 1982
- [Cohen-Kettenis u. a. 2003] COHEN-KETTENIS, P. T. ; OWEN, A. ; KAIJSER, V. ; BRADLEY, S. J. ; ZUCKER, K. J.: Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: Across-national, cross-clinic comparative analysis. In: *Journal of Abnormal Child Psychology* (2003), Nr. 31, S. 41–53
- [Cohen-Kettenis u. a. 1998] COHEN-KETTENIS, P.T. ; GOOZEN, S.H. van ; DOORN, C.D. ; GOOREN, L.J.: Cognitive ability and cerebral lateralisation in transsexuals. In: *Psychoneuroendocrinology* (1998), Nr. 23, S. 631–41
- [Cohen-Kettenis und Pfäfflin 2009] COHEN-KETTENIS, P.T. ; PFÄFFLIN, F.: *The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults*. 2009. – URL http://www.cpath.ca/wp-content/uploads/2009/08/COHEN-KETTENIS.DSM_.pdf
- [Coolidge u. a. 2002] COOLIDGE, F. L. ; THEDE, L. L. ; YOUNG, S. E.: The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. In: *Behavior Genetics* (2002), Nr. 32, S. 251ff
- [Damasio 1999] DAMASIO, A.: *Ich fühle also bin ich*. 1999
- [Diamond 2010] DIAMOND, M.: *Intersexuality*. 2010. – URL <http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2010to2014/2010-intersexuality.html>
- [Diamond und Beh 2006] DIAMOND, M. ; BEH, H.G.: *Variations of Sex Development Instead of Disorders of Sex Development*. 2006. – URL <http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2005to2009/2006-variations.html>

- [t-girl Diana 2010] DIANA t-girl: *Den Wert bestimmen meine LeserInnen*. 2010. – URL <http://diana.tgirl.ch/den-wert-bestimmen-meine-leserinnen>
- [Diesfeld 2010] DIESFELD, H.J.: Primary Health Care im 21. Jahrhundert. Blick auf eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung 30 Jahre nach Alma Ata. In: *Präv Gesundheitsf* (2010), Nr. 5, S. 10–11
- [Ecker 2009] ECKER, S.: *Brain Gender Identity*. 2009. – URL <http://cs.anu.edu.au/~Zoe.Brain/BGI3.3.2.ppt>
- [EMGH 2009] EMGH: *Urteil Schlumpf Nadine gegen Schweiz; Arrêt no. 29002/06, 08 janvier 2009*. 2009. – URL http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?type=show_document&highlight_docid=cedh://20090108_29002_06
- [EU-PARLIAMENT 2011] EU-PARLIAMENT: *MOTION FOR A RESOLUTION*. 2011. – URL <http://www.lgbt-ep.eu>
- [Franzen und Sauer 2010] FRANZEN, J. ; SAUER, A.: *Diskriminierung von Trans*Personen, insbesondere im Arbeitsleben. Kurzdarstellung*. 2010. – URL <http://www.antidiskriminierungsstelle.de/RedaktionBMFSFJ/RedaktionADS/PDF-Anlagen/20100913-zusammenfassung-expertisen,property=pdf,bereich=ads,sprache=de,rwb=true.pdf>
- [Freund 2009] FREUND, J.: *Transgender Healthcare for the Family Practice Doctor 2009 AAFP Annual Scientific Assembly*. 2009. – URL www.aafp.org/online
- [Fried u. a. 2004] FRIED, G. ; ANDERSSON, E. ; CSOREGH, L. ; ENMARK, E. ; GUSTAFSSON, J. A. ; AANESEN, A. ; OSTERLUND, C.: Estrogen receptor beta is expressed in human embryonic brain cells and is regulated by 17beta-estradiol. In: *Eur J Neurosci* (2004), Nr. 20, S. 2345–54
- [Fuchs 2010] FUCHS, T.: *Das Gehirn ein Beziehungsorgan. Eine systemisch-ökologische Sicht von Gehirnung psychischer Krankheit*. 2010. – URL <http://www.praxis-institut.de>
- [Gallese u. a. 2011] GALLESE, V. ; BERTRAM, W. ; BUCCINO, G.: *Spiegelneurone, verkörperte Simulation, Intersubjektivität und Sprache*. In: *Neurobiologie des Psychotherapie*, 2011
- [Garcia-Falgueras und Swaab 2008] GARCIA-FALGUERAS, A. ; SWAAB, D.F.: A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: relationship to gender identity. In: *Brain* (2008), Nr. 131, S. 3132–46
- [Giroux u. a. 2001] GIRAUX, P. ; SIRIGU, A. ; SCHNEIDER, F. ; DUBERNARD, J.-M.: Cortical reorganisation in motor cortex after graft of both hands. In: *Nature Neuroscience* (2001), Nr. 4, S. 691–92
- [Güldenring 2009] GÜLDENRING, A.: Phasenspezifische Konfliktthemen eines transsexuellen Entwicklungsweges. In: *Psychotherapie im Dialog* (2009), Nr. 10, S. 25–31

- [Gooren 2011] GOOREN, L.J.: Care of Transsexual Persons. In: *New England Journal of Medicine* (2011), Nr. 13, S. 1251–1257
- [Gooren und Toorians 2003] GOOREN, L.J. ; TOORIAN, A.W.: Significance of estrogens in male (patho)physiology. In: *Annales d'endocrinologie* (2003), Nr. 64, S. 126–135
- [van Goozen u. a. 2002] GOOZEN, S.H. van ; SLABBEKOORN, D. ; GOOREN, L.J. ; SANDERS, G. ; COHEN-KETTENIS, P.: Organizing and activating effects of sex hormones in homosexual transsexuals. In: *Behav Neurosci* (2002), Nr. 116, S. 982–8
- [Gorton u. a. 2005] GORTON, R. N. ; BUTH, J. ; SPADE, D.: *Medical Therapy and Health Maintenance for TransgenderMen: A Guide For Health Care Providers*. 2005
- [Gottwald 2005] GOTTWALD, C.: *Neurobiologische Aspekte einer bewussteinzentrierten Körperpsychotherapie*. 2005. – URL <http://www.gehirnundkoerper.de/artikel/IV-Gottwald.pdf>
- [Gottwald 2006] GOTTWALD, C.: *Körperpsychotherapeutische Perspektiven zur Neurobiologie*. 2006. – URL <http://www.gottwald-eidos.de/downloads/perspektiven-neurobiologie.pdf>
- [Gottwald 2007] GOTTWALD, C.: Eine körperpsychotherapeutische Sicht auf die Neurobiologie. In: *Psychologische Medizin* (2007), Nr. 4, S. 4–20
- [Government 2002] GOVERNMENT, British: *Government Policy concerning Transsexual People*. 2002. – URL <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.dca.gov.uk/constitution/transsex/policy.htm>
- [Haken 2011] HAKEN, H.: *Synergetik der Gehirnfunktionen*. In: *Neurobiologie des Psychotherapie*, 2011
- [Halsband 2011] HALSBAND, U.: *Hypnose und Meditation*. In: *Neurobiologie des Psychotherapie*, 2011
- [Hammarberg 2009] HAMMARBERG, T.: *Issue Paper: Human Rights and Gender Identity, 29 July 2009*. 2009. – URL <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1476365>
- [Hare u. a. 2008] HARE, L. ; BERNARD, P. ; SANCHEZ, F. J. ; BAIRD, P. N. ; VILAIN, E. ; KENNEDY, T. ; HARLEY, V.R.: Androgen receptor repeat length polymorphism associated with male-to-female transsexualism. In: *Biol Psychiatry* (2008), Nr. 65, S. 93–6
- [Hembree u. a. 2009] HEMBREE, W.C. ; COHEN-KETTENIS, P. ; WAAL, H.A. Delemarre-van de ; GOOREN, L.G. ; MEYER III, W.J. ; SPACK, N.M. ; TANGPRICHA, V. ; MONTORI, V.M.: Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. In: *J Clin Endocrinol Metab* (2009), Nr. 94, S. 3132–54

- [Henningsson u. a. 2005] HENNINGSSON, S. ; WESTBERG, L. ; NILSSON, S. ; LUNDSTROM, B. ; EKSELIUS, L. ; BODLUND, O. ; LINDSTROM, E. ; HELLSTRAND, M. ; ROSMOND, R. ; ERIKSSON, E. ; LANDEN, M.: Sex steroid-related genes and male-to-female transsexualism. In: *Psychoneuroendocrinology* (2005), Nr. 30, S. 657–64
- [Holzkamp 1979] HOLZKAMP, K.: Zur kritischpsychologischen Theorie der Subjektivität II: Das Verhältnis individueller Subjekte zu gesellschaftlichen Subjekten und die frühkindliche Genese der Subjektivität. In: *Forum Kritische Psychologie* (1979), Nr. 5, S. 7–46
- [Holzkamp 1983] HOLZKAMP, K.: *Der Mensch als Subjekt wissenschaftlicher Methodik*. 1983. – URL <http://www.kritische-psychologie.de/texte/kh1983a.html#3.2>
- [Holzkamp 1984] HOLZKAMP, K.: Kritische Psychologie und phänomenologische Psychologie. Der Weg der Kritischen Psychologie zur Subjektwissenschaft. In: *Forum Kritische Psychologie* (1984), Nr. 14, S. 3–55
- [Holzkamp 1985] HOLZKAMP, K.: *Grundlegung der Psychologie*. 1985
- [Holzkamp-Osterkamp 1977] HOLZKAMP-OSTERKAMP, U.: *Grundlagen der psychologischen Motivationsforschung*. 1977
- [Hwang u. a. 2004] HWANG, S.J. ; JI, E.K. ; LEE, E.K. ; KIM, Y.M. ; SHIN, D.Y. ; CHEON, Y.H. ; RHYU, I.J.: Gender differences in the corpus callosum of neonates. In: *Neuroreport* (2004), Nr. 14, S. 1029–32
- [Iervolino u. a. 2005] IERVOLINO, A. C. ; HINES, M. ; GOLOMBOK, S. E. ; RUST, J. ; PLOMIN, R.: Genetic and environmental influences on sex-typed behavior during the preschool years. In: *Child Development* (2005), Nr. 76, S. 826ff
- [Jugendinstitut 2005] JUGENDINSTITUT: *Gender-Datenreport 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland Fassung 2*. 2005. – URL <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/8-Gesundheitsstatus-und-gesundheitsrisiken-von-frauen-und-maennern/8-1-einleitung.html>
- [Kaplan-Solms u. a. 2005] KAPLAN-SOLMS, K. ; SOLMS, M. ; KRANZ, R.: *Neuro-Psychoanalyse: Eine Einführung mit Fallstudien*. 2005
- [Karmaus 1979] KARMAUS, W.: Risikofaktoren und Ätiologieforschung. In: *Argument Sonderband. Jahrbuch für kritische Medizin* (1979), Nr. 37, S. 6–42
- [Knafo u. a. 2005] KNAFO, A. ; IERVOLINO, A. C. ; PLOMIN, R.: Masculine girls and feminine boys: Genetic and environmental contributions to atypical gender development in early childhood. In: *J of Pers and Soc Psych* (2005), Nr. 88, S. 400ff
- [kreuz.net 2006] KREUZ.NET: *kreuzmeldungen ... Homo-Konkubinat auf Schleichwegen*. 2006. – URL <http://www.kreuz.net/article.3482.html>

- [Kruijver u. a. 2003] KRUIJVER, F. P. ; BALESAR, R. ; ESPILA, A. M. ; UNMEHOPA, U. A. ; SWAAB, D. F.: Estrogen-receptor-beta distribution in the human hypothalamus: similarities and differences with ER alpha distribution. In: *J Comp Neurol* (2003), Nr. 466, S. 251–277
- [Kruijver u. a. 2000] KRUIJVER, F.P. ; ZHOU, J.N. ; POOL, C.W. ; HOFMAN, M.A. ; GOOREN, L.J. ; SWAAB, D.F.: Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. In: *J Clin Endocrinol Metab* (2000), Nr. 85, S. 2034–41
- [Lawrence 2001] LAWRENCE, A.: *SRS without a one year RLE: still no regrets. Harry Benjamin Symposium on Gender dysphoria, Galveston 2001*. 2001
- [Lenz und Stark 2002] LENZ, A. ; STARK, W.: *Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation*. 2002
- [Lin u. a. 2007] LIN, L. ; ERCAN, O. ; J., Raza; ; BURREN, C. P. ; CREIGHTON, S. M. ; AUCHUS, R. J. ; DATTANI, M.T. ; ACHERMANN, J. C.: Variable phenotypes associated with aromatase (CYP19) insufficiency in humans. In: *J Clin Endocrinol Metab* (2007), Nr. 92, S. 982–90
- [Lutz und Marg 1995] LUTZ, R. ; MARG, N.: *Wie gesund sind Kranke?* 1995
- [Luzern 2005] LUZERN, Bundesgericht: *Urteil BGE K 110/05 vom 5. Dezember 2005*. 2005. – URL http://jumpcgi.bger.ch/cgi-bin/JumpCGI?id=05.12.2005_K_110/05
- [Luzern 2009] LUZERN, Bundesgericht: *Urteil vom 15. September 2010*. 2009. – URL http://www.bger.ch/mm_9f_9_2009_d.pdf
- [MacGeorge u. a. 2004] MACGEORGE, E.L ; GRAVES, A.R. ; FENG, B. ; GILHAM, S.J. ; BURLESON, B.R.: *The myth of gender cultures: similarities outweigh differences in men's and women's provision of and responses to supportive communication*. S. 143–146. In: *Studies on Women and Gender: Sex Roles*, 2004
- [Markard 2000] MARKARD, M.: *Die Entwicklung der Kritischen Psychologie zur Subjektwissenschaft. Theoretische und methodische Fragen*. 2000. – URL <http://www.critical-psychology.de/wasist.html>
- [Menning 2011] MENNING, H.: *Positive Emotionen*. In: *Neurobiologie des Psychotherapie*, 2011
- [Michel u. a. 2009] MICHEL, C. ; KOENIG, T. ; BRANDEIS, D. ; GIANOTTI, L. ; WACKERMANN, J.: *Electrical Neuroimaging*. 2009
- [Monstrey u. a. 2009] MONSTREY, S. ; VERCRUYSE, H. ; DE CUYPERE, G.: Is Gender Reassignment Surgery Evidence Based? Recommendation for the Seventh Version of the WPATH Standards of Care. In: *International Journal of Transgenderism* (2009), Nr. 11, S. 206–14

- [Moxley 1989] MOXLEY, D.: *The Practice of Case Management*. 1989
- [ebm Netzwerk 2008] NETZWERK ebm: *Ebm Grundlagen Definition*. 2008. – URL <http://www.ebm-netzwerk.de/grundlagen/definitionen>
- [Neufang u. a. 2009] NEUFANG, S. ; SPECHT, K. ; HAUSMANN, M. ; GUNTURKUN, O. ; HERPERTZ-DAHLMANN, O.B. ; FINK, G.R. ; KONRAD, K.: Sex differences and the impact of steroid hormones on the developing human brain. In: *Cereb Cortex* (2009), Nr. 19, S. 464–73
- [Northoff 2009] NORTHOFF, G.: *Die Fahndung nach dem Ich*. 2009
- [Northoff 2011] NORTHOFF, G.: *Neurobiologische Grundlagen des des phänomenalen Selbstbewusstseins*. In: *Neurobiologie des Psychotherapie*, 2011
- [Nyberg-Krug 2011] NYBERG-KRUG, H.: *PRESENTATION BY HELENA NYGREN-KRUG, HEALTH AND HUMAN RIGHTS ADVISER, WORLD HEALTH ORGANIZATION. AT THE LAUNCH OF THE REPORT 'DISCRIMINATION ON GROUNDS OF SEXUAL ORIENTATION & GENDER IDENTITY IN EUROPE', STRASSBOURG, 23 JUNE 2011*. 2011. – URL http://www.coe.int/t/commissioner/Source/LGBT/Launch/HNygren-Krug_WHO.pdf
- [O'Doherty u. a. 2001] O'DOHERTY, J. ; KRINGELBACH, ML. ; ROLLS, ET. ; HORNAK, J. ; ANDREWS, C.: Abstract reward and punishment representations in the orbitofrontal cortex. In: *Nature Neuroscience* (2001), Nr. 4, S. 95–102
- [Ormerod und Galea 2003] ORMEROD, B.K. ; GALEA, L.A.M.: N-methyl-D-aspartate receptor activity and estradiol: Separate regulation of cell proliferation in the dentate gyrus of adult female meadow vole. In: *Journal of Endocrinology* (2003), Nr. 179, S. 153–163
- [Panksepp 1998] PANKSEPP, J.: *Affective Neuroscience*. 1998
- [Penz 2008] PENZ, H.: *Gemeindebezogene Gesundheitsförderung*. 2008
- [Peper 2003] PEPER, C.: *Klientel der Sprechstunde für transsexuelle Patienten an einer Universitäts-Poliklinik für Psychiatrie: Eine deskriptive Studie*. 2003
- [Pinel und Pauli 2007] PINEL, J.P.J. ; PAULI, P.: *Biopsychologie*. 2007
- [Ramm 2002] RAMM, W.: *Transsexualität als Problem interdisziplinärer Produktion authentischer Geschlechtlichkeit. Annäherung an ein subjektwissenschaftliches Beratungskonzept*. 2002
- [Rauchfleisch 2006] RAUCHFLEISCH, U.: *Transsexualität Transidentität*. 2006
- [Reiner 2005] REINER, W. G.: Gender identity and sex-of-rearing in children with disorders of sexual differentiation. In: *J Pediatr Endocrinol Metab* (2005), Nr. 18, S. 549–53

- [Richter-Appelt und Nieder 2009] RICHTER-APPELT, H. ; NIEDER, T.: Neurobiologische Korrelate bei Geschlechtsidentitätsstörungen. In: *PID Psychotherapie im Dialog* (2009), Nr. 10, S. 59–62
- [Sackett u. a. 1997] SACKETT, D. ; ROSENBERG, W.M.C. ; GRAY, J.A.M. ; KEYNES, M. ; HAYNES, R.B. ; RICHARDSON, W.S.: Was ist Evidenz-basierte Medizin und was nicht? In: *Münch. med. Wschr.* (1997), Nr. 139, S. 644–645
- [Sajjad u. a. 2004] SAJJAD, Y. ; QUENBY, S. ; NICKSON, P. ; LEWIS-JONES, D. I. ; VINCE, G.: Immunohistochemical localization of androgen receptors in the urogenital tracts of human embryos. In: *Reproduction* (2004), Nr. 128, S. 331–9
- [Schicklang 2010] SCHICKLANG, K.: *Ticker 29.06.2010*. 2010. – URL http://www.mut23.de/index.php?option=com_content&task=view&id=317&Itemid=30
- [Schicklang 2011] SCHICKLANG, K.: *Das Geschlechts-Verbrechen der Psychoanalytiker*. 2011. – URL http://www.mut23.de/index.php?option=com_content&task=view&id=291&Itemid=16
- [Schwaar 2004] SCHWAAR, K.: *Paper: Protokoll Vorlesung Psychoanalytische Entwicklungspsychologie*. 2004
- [Sexualwissenschaft 2008] SEXUALWISSENSCHAFT, Institut: *Differentialdiagnostik und Therapie: Störungen der sexuellen Entwicklung Störungen der Geschlechtsidentität Störungen der sexuellen Präferenz*. 2008. – URL http://connan.biz/0andro/upload/BBAG_2008_-_Ahlers-Paraphilien_versus_Geschlechtsidentitaetsstoerungen.pdf
- [Sigusch 1994] SIGUSCH, V.: Leitsymptome transsexueller Entwicklungen. Wandel und Revision. In: *Deutsches Ärzteblatt* (1994), Nr. 91, S. 1455–58
- [Singer 2011] SINGER, W.: *Das Gehirn ein komplexes, sich selbst organisierendes System*. In: *Neurobiologie des Psychotherapie*, 2011
- [Small u. a. 2001] SMALL, D.M. ; ZATORRE, R.J. ; DAGHER, A. ; EVANS, AC. ; JONES-GOTMAN, M.: Change in brain activity related to eating chocolate. From pleasure to aversion. In: *Brain* (2001), Nr. 124, S. 1720–1733
- [Solms u. a. 2010] SOLMS, M. ; TURNBULL, O. ; VORSPOHL, E.: *Das Gehirn und die innere Welt: Neurowissenschaft und Psychoanalyse*. 2010
- [Spitzer 2007] SPITZER, M.: *Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens*. 2007
- [Stein und Hoffman 2003] STEIN, D.G. ; HOFFMAN, S.W.: Estrogen and progesterone as neuroprotective agents in the treatments of acute brain injuries. In: *Pediatric Rehabilitation* (2003), Nr. 6, S. 22–23

- [Trotsenburg u. a. 2004] TROTSENBURG, M.A.A. ; COHEN, E.M.R. ; NOE, M.: Die hormonelle Behandlung transsexueller Personen. In: *Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* (2004), Nr. 1, S. 171–83
- [TvT 2010] TvT: *Menschenrechte & Geschlechtsidentität, Themenpapier*. 2010. – URL http://www.boell.de/downloads/demokratie/Transgender_Menschenrechte.pdf
- [Waller 2002] WALLER, H.: *Gesundheitswissenschaft*. 2002
- [Warita u. a. 2006] WARITA, K. ; SUGAWARA, T. ; YUE, Z. P. ; TSUKAHARA, S. ; MUTOH, K. ; HASEGAWA, Y. ; KITAGAWA, H. ; MORI, C. ; HOSHI, N.: Progression of the dose-related effects of estrogenic endocrine disruptors, an important factor in declining fertility, differs between the hypothalamo-pituitary axis and reproductive organs of male mice. In: *J Vet Med Sci* (2006), Nr. 68, S. 1257–67
- [Wendt 2001] WENDT, W.R.: *Casemanagement im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung*. 2001
- [WHO 1946] WHO: *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. 1946. – URL <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.1.de.pdf>
- [WHO 1978] WHO: *Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. 1978. – URL http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
- [WHO 1986] WHO: *Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1*. 1986. – URL <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- [Wolf 2010] WOLF, G.: *Die Bedeutung genetischer Faktoren für seelische Störungen*. 2010. – URL <http://www.prof-wolff.de/index.php?literatur>
- [Wottawa und Thierau 2003] WOTTAWA, H. ; THIERAU, H.: *Lehrbuch Evaluation*. 2003
- [WPATH 2001] WPATH: *The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's standards of care for gender identity disorders, sixth version*. 2001. – URL <http://www.wpath.org/Documents2/socv6.pdf>
- [WPATH 2011] WPATH: *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*. 2011. – URL <http://www.wpath.org/documents/>
- [Yang u. a. 2003] YANG, S.H. ; LIU, R. ; WU, S.S. ; SIMPKINS, W.: The use of estrogens and related compounds in the treatment of damage from cerebral ischemia. In: *Annals of the New York Academy of Science* (2003), Nr. 1007, S. 101–107

- [YOGYAKARTA 2006] YOGYAKARTA: *THE YOGYAKARTA PRINCIPLES*. 2006. – URL http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_en.pdf
- [Yokota u. a. 2005] YOKOTA, Y. ; KAWAMURA, Y. ; KAMEYA, Y.: Callosal shapes at the midsagittal plane: MRI Differences of normal males, normal females and GID. In: *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc* (2005), Nr. 3, S. 3055–8
- [Zhang u. a. 2004] ZHANG, L. ; NAIR, A. ; KRADY, K. ; CORPE, C. ; BONNEAU, R.H. ; SIMPSON, I.A. ; VANNUCCI, S.I.: Estrogen stimulates microglia and brain recovery from hypoxia-ischemia in normoglycemic but not diabetic female mice. In: *Journal of Clinical Investigations* (2004), Nr. 113, S. 85–95
- [Zhou u. a. 2000] ZHOU, J.N. ; HOFMAN, M.A. ; GOOREN, L.J. ; SWAAB, D.F.: A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. In: *Nature* (2000), Nr. 378, S. 68–70