

„Sie sind ihr Gehirn – Transsexualität im Spannungsfeld von Neurowissenschaft und Transphobie“

**Vortrag
gehalten bei der Fachkonferenz Trans*Identitäten**

18.10.2012 in Wien

Veranstalter:
Wiener Antidiskriminierungsstelle
für gleichgeschlechtliche und transgener Lebensweise

Vortragender: Dr. med. univ. Dr. phil. Horst-Jörg Haupt (Altdorf, Schweiz)
Email: info@trans-evidence.com

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Schönen guten Tag ...

... und Grüezi – sollte auch aus meiner Wahlheimat jemand anwesend sein.

Als mich vor Wochen Jo Schedlbauer zu dieser Tagung einlud, war ich zunächst ziemlich verblüfft, dass meine Publikationen auch in Wien mit grossem Interesse gelesen werden. Heisst es doch in den Altdorfer Empfehlungen, den Guidelines für transsexuelle Menschen, im Kapitel *Transphobie*:

„Dazu gehört auch, in Gesundheitseinrichtungen und Kompetenznetzwerken einen strengen Antidiskriminierungs-Kodex zu beschliessen sowie dessen Einhaltung konsequent und kontinuierlich zu monitoren und auch durchzusetzen“¹.

Meine Position lässt sich im Grossen und Ganzen in zwei Punkten zusammenfassen:

1. *menschenrechtskonforme Auffassungen* über Transsexualität, Betreuung und Begleitung. Dies schliesst entschiedenes Engagement gegen *Transphobie* mit ein. *Transphobie* im Sinne der Altdorfer Empfehlungen meint jedoch Transfeindlichkeit als Ideologie – und zwar, Ideologie im Sinne Antonio Gramscis. *Transphobie* spielt sich also nicht nur auf der Ebene des Bewusstseins ab, sondern umfasst auch die Handlungen der Menschen.
2. Orientierung am *medizinischen State of the Art*. Es geht um *medizinische Exzellenz* und nicht nur darum, lediglich das medizinisch Notwendige zu tun. Dabei spielen drei innovative Gebiete der Medizin als geistige Hintergrundfolie eine zentrale Rolle:
 - die Neurowissenschaften und die Hirnforschung
 - die moderne Psychosoziale Medizin und
 - die Gesundheitswissenschaften.

Die ReferentInnen vor mir haben bereits sehr eindrucksvoll informiert: transphobe Schikanen sind alltäglich, kommen in allen Bereichen des Alltags vor, treffen jeden, aber auch wirklich jeden transsexuellen Menschen.

Man sollte annehmen, dass es wenigstens einen Bereich in der Gesellschaft gibt, wo *Transphobie* nicht vorkommt. Diesen Sektor kennen Sie; es sind die Orte, wo einem geholfen wird, wenn man verzweifelt ist, man kann dort Probleme loswerden, kurzum eine Insel der Vernunft und des Verständnisses. Ein Ort der Zuflucht für Menschen, die leiden. Nein, nein, ich meine nicht die Kirche. Manche werden es erraten haben: ich spreche von der Psychiatrie und Psychotherapie. Also jenem Bereich, wo ja die Menschlichkeit zuhause ist. Soweit das Vorurteil.

¹**Transsexualität:** Grundlegende neurowissenschaftlich-medizinische, menschenrechtskonforme Positionsbestimmungen und daraus abzuleitende Empfehlungen für die Begleitung, Betreuung und Therapie transsexueller Menschen (“Altdorfer Empfehlungen“, Finale Version 1.0; S.24)

Tatsächlich trifft das Gegenteil zu: *Psychotherapie und Psychiatrie sind leider eine der wichtigsten Brutstätten der Transphobie*. Einige von Ihnen denken wohl jetzt: eine gewagte These. Extrem überspitzt. TherapeutInnen sind doch die Guten im Lande. Sie werden sehen, dass ich eher untertreibe. Ich beginne meine Argumentation mit dem Thema

Die Produktion abstruser Vorstellungen über transsexuelle Menschen

Die Psychiatrie ist ein wichtiger Produzent von Bildern und Vorstellungen über Transsexualität. Dazu ein kurzer historischer Ausflug.

Wir gehen mal zurück in die Zeit von 1860/70. Es war die Zeit der ersten grossen Krisen des Industriekapitalismus. Aller Optimismus war verfliegen, Weltuntergangsstimmung machte sich breit. Ein wichtiger Motor war die Kirche, die den Niedergang der Sitten und den Verfall der Moral kommen sah. Die Medizin stand der Kirche zur Seite und erfand die Entartung. Damit war gemeint, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen allmählich über die Vererbung immer kränker würden – bis hin zum völligen Verfall. Es war auch eine Zeit extremer Prüderie und Doppelmoral. Es dauerte nicht lange, bis auch die Psychiatrie begann auf dem Gebiet der Geschlechter und der Sexualität nach entarteten Kreaturen zu fahnden. Homosexuelle z.B., wurden als degenerierte Perverse angesehen, die in die Hände von Nervenärzten gehörten. Jeder, der geschlechtliche oder sexuelle Abweichungen zeigte, wurde als Geisteskranker abgestempelt, als Perverser und als Psychopath.

Diese Linie der Psychiatrie setzte sich bis in die 1990er Jahre fort und auch transsexuelle Menschen galten als gestörte Psychopathen. 1994 schrieb der Miterfinder des deutschen Transsexuellengesetzes, nämlich Volkmar Sigusch, über den *typischen Transsexuellen*:

„Im ärztlichen Gespräch wirken Transsexuelle kühl-distanziert und affektlos, starr ... und kompromisslos, egozentrisch, demonstrativ und nötigend, dranghaft besessen und eingeengt, merkwürdig uniform, normiert ... 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.“²

Das klingt doch so richtig krank und gestört.

Man generierte für transsexuelle Menschen viele Krankheits-Etiketten: Transvestiten, Fetischisten, transvestitische Fetischisten, Geschlechtsidentitätsgestörte, Genderdysphoriker usw.

²Sigusch, V.: Leitsymptome transsexueller Entwicklungen. Wandel und Revision. In: Deutsches Ärzteblatt (1994), Nr. 91, S. 1455–58

Das scheint zunächst recht wissenschaftlich. Aber: hinter diesen Etiketten verbergen sich willkürliche, wild zusammengestoppelte „Definitionen“.

Zwar spricht heute niemand mehr von Entartung, aber abstruse Theorien über Transsexualität sind gang und gäbe. Auch heute noch findet man in Wörterbüchern der Psychoanalyse, dass es sich bei Transsexualität um eine Perversion handelt.³

Nur ein Beispiel: viele, wohl die Mehrheit, der sog. PsychotherapeutInnen haben leider nach wie vor reichlich bizarre Vorstellungen von Transsexualität:

1. Biologische Männer erkennt man daran, dass sie seit ihrer Geburt Penisträger sind.
2. Diese biologischen Männer (Erkennungszeichen Penis!) bekommen nun eines Tages seltsame Gefühle und Empfindungen: sie beginnen sich als Frauen zu *fühlen*. Sie *wünschen sich* eine Frau zu sein.
3. Diese Gefühle und Wünsche werden dann irgendwann zur fixen Idee, sich in eine Frau umwandeln zu lassen. Nichts kann sie mehr aufhalten.
4. Schliesslich wird der Penis chirurgisch durch eine Vagina ersetzt, aber natürlich wird das biologische Geschlecht trotz *Geschlechtsumwandlung* immer durchschimmern.

Das ist eine der therapeutischen Klischeevorstellungen von Transsexualität. Sie werden später hören, wie unsinnig solche Klischees angesichts der neueren Hirnforschungsergebnisse doch sind.

Aber fangen wir an, diese psychiatrischen Hirngespinnste wissenschaftlich zu zerlegen: Jeder transsexuelle Mensch muss von seinem Therapeuten die Diagnose Geschlechtsidentitätsstörung oder Transsexualismus verpasst bekommen. Er wird also erst einmal als psychisch krank/gestört deklariert. Diagnosen kennen Sie natürlich auch aus anderen medizinischen Fachgebieten: z.B. Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, Myokardinfarkt usw. Nur: diese Diagnosen stehen auf wissenschaftlich seriösen Füßen, sind, wie man in der Medizin sagt, evidenzbasiert. Was heisst das? Ein Beispiel: Kein Arzt kann einfach aus dem Bauch heraus Asthma diagnostizieren. Asthma ist als Krankheit genau definiert, es gibt zig Studien zur Asthmadiagnostik. Und jeder Arzt muss/kann nur auf diesen Studienergebnissen aufbauend die Asthma-Diagnose stellen. Es gibt also so eine Art TÜV auch in der Medizin. Und diesen TÜV nennt man *evidenzbasierte Medizin*; das ist ein ganz eigenes wissenschaftliches Spezialgebiet in der Medizin. Evidenzmediziner überprüfen Diagnosen und Therapien, schauen sich vorrangig zunächst an, wie gut diese oder jene medizinische Vorgehensweisen durch Studien abgesichert sind. Gibt es genug gute Studien, die belegen, dass eine Diagnose brauchbar ist, dann spricht man von einer evidenzbasierten Diagnose. Oder anders gesagt: belegen Studien eindeutig und sauber, dass ein Medikament XY wirksam ist, dann spricht man von einer evidenzbasierten medikamentösen Therapie. Evidenzbasierung ist also ein wissenschaftlich abgesichertes medizinisches Gütesiegel.

³Roudinesco, E.; Plon, M. u.A. (2004): Wörterbuch der Psychoanalyse. Wien. Stichwort Transsexualität S.1022 ff.

Zurück zur Transsexualität. Alle psychischen Störungs-Diagnosen, die transsexuelle Menschen verpasst bekommen, erfüllen noch nicht einmal die einfachsten Anforderungen von evidenzbasierter Medizin. Bisher kam keine transsexualitätsbezogene Diagnose, sei es Geschlechtsidentitätsstörung, Transsexualismus oder die Genderdysphorie, unbeschadet durch den Medizin-TÜV. Hauptkritik: diese Diagnosen psychischer Störungen sind nicht durch hochwertige Studien abgesichert. Das bedeutet: es gibt keine klaren, abgesicherten Kriterien, nach denen diese Diagnosen gestellt werden. Transsexualitäts-Diagnostik ist demnach ein absolut willkürliches *Geschäft*. Dabei ist es bedrückend, dass aufgrund der Diagnosen Operationen zugesprochen werden oder auch nicht. Von den Diagnosen hängt nämlich viel ab. Nur: es handelt sich um Falschmünzerei. Und nicht um medizinischen State of the Art.

Die Schwierigkeit bei Transsexualität fundierte Diagnosen zustande zu bringen, kommt nicht von ungefähr. Man diagnostiziert in der Regel nämlich *Krankheiten*. Dazu muss eine Krankheit vorliegen. Unter dem Begriff Krankheit versteht man im weitesten Sinne: *Funktionsstörungen* eines Organs, der Psyche oder des gesamten Organismus. Bei transsexuellen Menschen (per se!) sind aber keine Funktionen gestört, weder körperliche noch psychische Funktionen. Der Körper, die Organe und die Psyche von transsexuellen Menschen sind intakt. Die Psyche funktioniert normal, die Geschlechtsorgane sind gebär-/oder zeugungsfähig, funktionieren ebenfalls normal. Da gibt es nicht einen Hauch von Krankheit.

Möglicherweise wird jetzt die Angelegenheit für einige von Ihnen rätselhaft oder verwirrend und Sie werden sich fragen: „Was ist denn jetzt nun eigentlich Transsexualität?“

Um das zu klären, unternehmen wir jetzt einen kleinen Exkurs in die Neurowissenschaft und Hirnforschung.

Bereits in den 1960er und 1970er Jahren arbeitete der amerikanische Biologe Milton Diamond heraus, das die Geschlechtsidentität wohl etwas mit dem Hirn zu tun hat und angeboren ist. Die unbedingte Gewissheit „ich bin ein Mann“ bzw. „ich bin eine Frau“, ist gewissermassen im Gehirn fest verdrahtet und kann durch Erziehung nicht grundlegend verändert werden. Bei Transsexualität liegt – so Diamond – eine Besonderheit vor. Sinngemäss zusammengefasst: während der Schwangerschaft wird aufgrund besonderer biologischer Mechanismen das Gehirn weiblich, während der Rest des Körpers vorwiegend männlich wird bzw. das Gehirn wird während der Schwangerschaft männlich angelegt, bei sonst überwiegend weiblichem Körper. Das Hirn hat ein anderes Geschlecht als der Rest des Körpers. Da im Gehirn die Gewissheit des Geschlechts festgelegt/verankert wird, sagt das Gehirn bei transsexuellen Menschen natürlich nun auch: „Ich bin eine Frau/ein Mann“, nimmt aber an seinem Körper entgegengesetztes wahr. Das bedeutet: *die sonstigen Körpergeschlechtsmerkmale stehen in Dissonanz zum Hirngeschlecht*.

Inzwischen gibt es jede Menge Studien, die diese Theorie untermauern. Man weiss heute, dass Transsexualität zu 70% genetisch bedingt ist. Es zeichnet sich ab, dass es genetische und epigenetische Varianten bei Transsexualität geben muss. Man hat zudem inzwischen herausgefunden, welche Gene auf welchen Chromosomen dabei eine Rolle spielen. Und dass diese genetischen Besonderheiten über hormonelle Wirkungen zu ei-

ner Verweiblichung /Vermännlichung des Gehirns während der Schwangerschaft führen. Transsexualität ist in erster Linie auf genetische Ursachen zurückzuführen.

Natürlich spielen auch *Umweltfaktoren* eine Rolle: sie beeinflussen auch, wie die individuelle Transsexualität inmitten der Gesellschaft erlebt und (auch kulturell) umgesetzt wird/werden kann. Da gibt es durchaus gravierende Unterschiede: ein transsexueller Mensch in Saudi-Arabien wird überwiegend wahrscheinlich andere Erfahrungen machen als einer in Norwegen. In Saudi Arabien sind Geschlechtsangleichungen oder Personenstandsänderungen verboten.

Transsexualität kann in jedem Lebensalter zur Gewissheit werden. Neueste Studien besagen, dass durch die Gene, über die Hormone beim „Baby im Bauch“ auch noch eine andere, besondere Gehirnstruktur induziert wird. Es gibt Hinweise, dass sich entsprechend der Geschlechtsidentität auch ein, im Gehirn *fest verdrahtetes Körperbild und Körperschema* herausbildet. Der kalifornische Hirnforscher Vilayanur Ramachandran belegt nämlich untermauernd in zwei gut gemachten Fallstudien, dass bei transsexuellen Menschen das angeborene Körperschema in der Körperperipherie auf einen ihm fremden Geschlechtskörper stößt. Da ist plötzlich an Stelle eines Penis eine Vagina, obwohl das Gehirn entgegengesetztes verankert/verdrahtet hat. Dadurch kann eine *Körperdissoziation* entstehen; das heisst, der Geschlechtskörper wird als abgespalten erlebt. Solche Körperdissoziationen *können* erhebliches Leid auslösen.

Das eigentliche Problem transsexueller Menschen ist also nicht, dass die Geschlechtsorgane (Penis, Vagina) auf ein gestörtes Gehirn treffen, sondern: ein Gehirn trifft auf ein fremdes körperliches Gegengeschlecht. Das Gehirn ist – nicht nur in geschlechtlichen Dingen – das absolut dominante Organ.

Und für sich gesehen funktionieren sowohl der periphere Geschlechtskörper als auch das Gehirn einwandfrei. Jedoch irgendwann im Leben wird einem transexuellen Menschen bewusst, dass dies „bei mir“ nicht zusammenpasst. Fortan bilden Hirngeschlecht und körperliches Geschlecht kein wirkliches Zusammenspiel mehr.

Jetzt verstehen Sie auch, dass hier keine Krankheit vorliegt, denn Organe und Psyche funktionieren ja. Transsexuelle Menschen stossen also früher oder später auf diese „ihre Tatsache“. Und zwar „nur sie alleine“. Sie stellen fest: „ich bin eine Frau mit einem Penis“ oder „ich bin ein Mann mit einer Vagina“. Daher wünschen sie sich nicht das andere Geschlecht, wie manche TherapeutInnen unterstellen, denn sie haben ja bereits seit Geburt ihr Hirngeschlecht. Und sie fühlen oder empfinden demnach auch nicht, sie würden diesem Gegengeschlecht angehören, sondern sie konstatieren eine Tatsache, nämlich, dass ihr peripherer Geschlechtskörper nicht passt. Es gibt da nichts zu wünschen. Es gibt lediglich Gewissheit.

Derartige Phänomene werden in der Neuropsychologie als *subjektive Symptome* bezeichnet. Es handelt sich nicht um Krankheiten, sondern um „Zeichen“, die eine Besonderheit der Hirnfunktion anzeigen, aber keine Störung der Hirnfunktion. Sie können nur subjektiv wahrgenommen werden. Aber können evtl. zu Störungen führen. Vergleichbar sind subjektive Symptome wie *Tinnitus*, also das unerklärliche Geräusch im Ohr/Kopf. Tinnitus ist zunächst ein quasi neutrales Phänomen, es kann allerdings massive Beschwerden oder Störungen, wie z.B. Depressionen, auslösen. Ein anderes Beispiel sind *Phantomgliedwahrnehmungen*: nach Amputation etwa eines Armes wird der Arm wei-

terhin als real wahrgenommen. Das hängt damit zusammen, dass im Gehirn – im fest verdrahteten Körperschema – der Arm noch repräsentiert ist. Phantomgliedwahrnehmungen können zu Pantomschmerzen führen.

Derartige subjektive Symptome sind dann medizinisch behandlungsbedürftig, wenn sie zu Leiden führen. Im Gegensatz zu Transsexualität werden bei Tinnitus- und Phantomschmerzleiden von den Krankenkassen Leistungen anstandslos übernommen.

Sie können sich vorstellen, dass diese Zerrissenheit zwischen Gehirn und Leib schmerzhaft ist, ganz tief innen trifft und Erschütterungen und Krisen auszulösen vermag. Wenn dann noch Diskriminierung dazu kommt, wird es eng. Und wenn zudem TherapeutInnen und GutachterInnen auch noch behaupten: „Du bist psychisch gestört und krank“, dann wird die Situation unerträglich.

Jetzt wird auch verständlich, warum körperliche Angleichungen durch Hormongaben, Operationen, Epilationen usw. so wichtig sind. Der periphere Geschlechtskörper wird an das angeborene Körperschema/Körperbild des Gehirns angeglichen. Und damit wird der klaffende Spalt geschlossen. Das Ergebnis ist die enorme Befreiung einer riesen Last.

Fazit: *Transsexualität ist keine Krankheit. Transsexualität ist ein subjektives Symptom, über das einzig und allein der transsexuelle Mensch berichten kann. Nur er. Da gibt es nichts zu objektivieren oder zu diagnostizieren. Transsexualität kann zu Leiden führen, das medizinische Massnahmen erfordert. Diese muss man rasch und niederschwellig anbieten, damit das Leiden verkürzt wird.*

Eigentlich.

Selektion

Die Massnahmen werden jedoch *nicht* rasch und niederschwellig angeboten. Im Gegenteil. Der Weg zur körperlichen Angleichung wird vom Staat, den Gerichten und der Medizin bewusst erschwert – das ist keineswegs menschenrechtskonform. Warum werden transsexuellen Menschen derartige Hürden in den Weg gelegt?

Dazu ein Zitat aus einer Arbeit der deutschen Psychoanalytikerin Sophinette Becker aus dem Jahr 1997:

„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“⁴

Hier finden sich die aufschlussreichen Schlüsselworte:

⁴Becker, S.: Transsexualität Geschlechtsidentitätsstörung. In: Kockott, G.; E.-M., Fahrner (Hrsg.): Sexualstörungen. Thieme Verlag 2004

1. Hürden
2. Kontrolle und
3. traditionelle Geschlechterordnung.

Es steht eine der heiligsten Kühe unserer Gesellschaft zur Disposition, nämlich die *traditionelle Geschlechterordnung von Mann und Frau*. Man darf zu dem einen gehören oder zu dem anderen, aber nie zu beidem gleichzeitig. Transsexuelle Menschen widersprechen durch ihre geschlechtliche Uneindeutigkeit, also durch ihre Existenz „zwischen den Geschlechtern“ diesem heiligen Prinzip.

Sie haben es in der Vergangenheit oftmals schwer büßen müssen: es ist nicht so lange her, dass transsexuelle Menschen in psychiatrischen Anstalten verschwanden, mit elektrischem Strom traktiert, zur Zwangspsychotherapie interniert oder gar am Gehirn operiert wurden.

Heutzutage gibt sich die Medizin scheinbar toleranter: was man nicht beseitigen / therapieren kann, muss man zumindest kontrollieren, um Auswüchse und Ausuferer zu verhindern.

Diesem Zweck dienen verschiedene Rituale, denen sich transsexuelle Menschen unterwerfen müssen.

Ein wichtiges Ritual ist die *Selektion*. Es wird streng geprüft, ob eine Person *wahrhaft transsexuell* ist. Es sind etliche Stunden *Zwangspsychotherapien* abzusitzen, bei denen TherapeutInnen die Echtheit der Transsexualität abklopfen.

Damit alle Unechten ausgesondert werden, die nicht an echter Transsexualität erkrankt sind: z.B. Transvestiten, die in einer Krise meinen, sie müssten sich geschlechtlich umwandeln lassen; oder verwirrte Jugendliche in Reifungskrisen, die sich plötzlich einbilden könnten, sie gehörten dem Gegengeschlecht an; oder auch Psychotiker, die vom Wahn besessen meinen, sie seien gegengeschlechtlich. Aufgabe der TherapeutInnen ist es also demnach: „die Spreu vom Weizen zu trennen“. Anmerkung: Zwangspsychotherapien gibt es sonst in der Medizin nur im Zusammenhang mit Straftaten.

Das nächste, mitunter sogar wichtigste Element zur Selektion transsexueller Menschen, sind die unbedingt (also auch bei Selbstzahlern) „vorgeschriebenen“ beizubringenden psychiatrischen Gutachten. Medizinische Begründung: man will angeblich verhindern, dass transsexuelle Menschen irreversible Massnahmen an sich vornehmen lassen, die nicht mehr rückgängig gemacht werden können und die möglicherweise danach bereut werden könnten. Deshalb müsse man sich absichern, ob auch wirkliche, echte Transsexualität vorliegt.

Ein Scheinargument. Bei keiner Operation sonst in der Medizin werden vorher regelhaft psychiatrische Gutachten verlangt. Selbst bei KlientInnen, die mehr als 30 Plastische Operationen „der Schönheit wegen“ absolvieren, kommt niemand auf die Idee, diese jemals zum Psychiater zu schicken. Auch vor anderen durchaus irreversiblen Massnahmen wie z.B. einem Schwangerschaftsabbruch, denkt niemand daran, ein psychiatrisches Gutachten zu verlangen. Überhaupt: zwei oder mehrere psychiatrische Gutachten werden ausser bei transsexuellen Menschen nur in speziellen Fällen gefordert: in der Schweiz beispielsweise, wenn vom Gericht eine lebenslange Sicherheitsverwahrung erwogen wird.

Frage: Was wird da bei transsexuellen Menschen eigentlich begutachtet? Was wird da objektiviert? Welche Wahrheiten genau, will man herausfinden?

Wohl kaum transsexuelle Aspekte, denn diese sind nur persönlich-subjektiv durch den transsexuellen Menschen wahrnehmbar, wie Sie vorhin erfahren haben. Und genau deshalb, werden in der Praxis der Begutachtung Geschichten serviert, die Gutachter hören „wollen“ bzw. müssen. Im Internet finden Sie jede Menge Erzählvorlagen. In diesen Stories finden sich gebündelt „Essenzen von Klischees“, welche transsexuelle Menschen austauschen, um bei GutachterInnen den Eindruck echter, typischer Transsexualität entstehen zu lassen bzw. zu hinterlassen. Und es gibt, wie wir bereits erörtert haben, nichts zu diagnostizieren, da es keine (wirkliche) evidenzbasierte Diagnostik gibt. Es gibt demnach keine medizinische Begründung für (diese) Begutachtungen. Somit sind zwei Funktionen erkennbar bzw. hervorzuheben:

1. Die Funktion der Hürden oder Schikanen, die durch die aufzuwendenden finanziellen Mittel verschärft wird; denn die GutachterInnen lassen sich ihre Pseudobegutachtungen vor allem gut bezahlen.
2. Die Selektionsrituale dienen auch der Zurichtung und Normierung, wie Wiebke Ramm⁵ herausgearbeitet hat. Durch diese Rituale werden dankbare, wenig widerständige Einstellungen und Handlungsweisen gefördert, die sich letztlich auch wieder am binären Modell der Zweigeschlechtlichkeit orientieren. Es gibt als Ergebnis des Normierungs- und Zurichtungsprozesses Transfrauen und Transmänner mit ihren Stammtischen und anderem Zubehör.

Die Neurowissenschaften und die Neurobiologie lehren anderes. Jeder Mensch hat einen unverwechselbaren genetischen Code. Kein Code gleicht dem anderen. Und auch Transsexualität bedeutet Vielfalt an genetischen Codevarianten. *Die* Transsexualität gibt es nicht. Es lassen sich keine typischen transsexuellen Aspekte (heraus)finden, die bei allen transsexuellen Menschen gleich wären/sind. Selbst das Erleben der Körperdissoziation zeigt individuell unendlich viele Qualitäten, Formen und Aspekte. Auch Geschlecht ist kein eindeutiges genormtes oder definierbares Konstrukt. Denn: Es gibt fünferlei Geschlecht

1. Hirngeschlecht
2. Gonadales Geschlecht
3. Genitales Geschlecht
4. Genetisches Geschlecht
5. Hormonales Geschlecht.

⁵Ramm, W.: Transsexualität als Problem interdisziplinärer Produktion authentischer Geschlechtlichkeit. Annäherung an ein subjektwissenschaftliches Beratungskonzept. 2002

Jeder dieser 5 Aspekte kann mehr oder minder in weiblicher *bis* männlicher Form vorkommen. Die Natur kennt also eher Vielfalt. Vielfalt ist die Norm. Es gibt viele Varianten von Geschlechtlichkeit. *Transsexualität ist eine besondere Sammlung von Varianten.*

Insofern ist auch Transsexualität Bestandteil der normalen Vielfalt, ist folglich *Normvariante*.

Daher kann es nicht Aufgabe der Medizin sein, Varianten von Transsexualität als typisch bzw. als untypisch herauszuheben. Geschlecht kennt unendlich viele Zwischenformen, keine von den Zwischenformen ist normal oder typisch. Daher ist es medizinisch angemessener, Transsexualität in ihrer Vielfalt zu begreifen und zu unterstützen. Und auch jeden individuellen, selbstbestimmten Weg von transsexuellen Menschen zuzulassen und fördernd zur Seite zu stehen. Oder mit anderen Worten: medizinisches Casemanagement voranzutreiben.

Repression und Kontrolle

Kernaspekt der transphoben Therapiekonzepte ist die Repression oder wie Wiebke Ramm es in Anlehnung an Foucault formuliert: es geht um den Einsatz von Disziplinartechniken. Das wesentlichste und entwürdigenste Instrument ist der sog. *Alltagstest*. Dieser stellt gewissermassen die heilige Kuh der PsychotherapeutInnen dar. *Alltagstest* bedeutet, dass sich transsexuelle Menschen vor ihrer körperlichen Angleichung (also Operation, Hormoneinnahme, Epilation usw.) mehrere Monate ohne jegliche medizinische oder juristische Massnahme in der Rolle entsprechend ihrem Hirngeschlecht bewegen bzw. leben müssen. Es wird also verlangt, dass z.B. eine transsexuelle Frau (zur Erinnerung: weibliches Gehirn, männlicher peripherer Körper) namens „Max“, von heute auf morgen beginnt, rund um die Uhr mit (oftmals!) Bartschatten und Bassstimme in Frauenkleidung, meist noch wenig routiniert geschminkt, den (Arbeits-)Alltag unbeschadet überlebt.

Meist wird heutzutage eine geschönte Darstellung des Zwecks dieses Rituals gegeben.

„Die Alltagserprobung soll sozial verträglich angelegt sein und nicht als durchzustehender 'Härtetest' verstanden werden. Die Alltagserprobung soll die innere Stimmigkeit des Identitätsgeschlechtes in seiner individuellen Ausgestaltung und die Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle zeigen und zu einem deutlichen Zugewinn an Lebenszufriedenheit führen.“⁶

Die bundesdeutsche Antidiskriminierungsstelle sieht dies realistischer:

„Dies erweist sich für viele transsexuelle Menschen als problematisch und als Anlass von Diskriminierungen, wenn ihr soziales Umfeld das gewählte Geschlecht ohne Veränderung des Körpers nicht wahrnimmt oder nicht akzeptiert.“⁷

Und auch der europäische Menschenrechtskommissar Thomas Hammarberg sieht in den *Alltagstest*vorschriften einen eklatanten Verstoss gegen die Menschenrechte.

⁶Dr. Pichlo, MDK Nordrhein; *Transsexualismus. Diagnose, Behandlung und Begutachtung*

⁷Franzen, J.; Sauer, A.: *Benachteiligung von Trans*Personen, insbesondere im Arbeitsleben*. 2010, S.17

In der amerikanischen Literatur wird noch ein anderes Argument pro Alltagstest angeführt: Es gehe darum zu verhindern, dass transsexuelle Menschen sich irreversiblen Massnahmen unterziehen und dies dann hinterher irgendwann *bereuen* würden. Daher wolle man mit diesem Test mögliche künftig Bereuende herausfiltern.

Also doch Härtetest zur Abschreckung.

Zunächst einmal ist festzustellen, dass es *keine* Studien gibt, welche die Nützlichkeit des Zwangsalltagstests *evidenzbasiert* belegen; wieder einmal ist die Evidenzbasierung gleich Null.

Die Idee zu dieser Art von Spiessrutenlauf hatte *James Lorio*⁸ in den frühen siebziger Jahren. Seitdem gehört der Alltagstest zum fixen Repertoire von Juristen und Medizinern/Psychologen.

Aus neuropsychologischer Sicht ist das Ziel mittels des Zwangsalltagstests einen Zugewinn an Lebenszufriedenheit herbeizuführen, nicht erreichbar. Durch das Spiessrutenlaufen und die Diskriminierungsprozesse erfolgt eher eine Stimulation der Mandelkerne im Gehirn, also der *Angst-Neuronen-Netzwerke*. Dieses Lernen über Angsterfahrungen, also über extremen Stress, ist sehr ineffizient, der Lernprozess wird behindert. Besser sind aus Neurosicht lustvolle Lernanordnungen, die Begeisterung und Stolz ermöglichen. Dann werden die sog. dopaminergen Hirnsysteme aktiviert, die das Lernen optimal unterstützen. Zwangsalltagstests sind daher auch aus neuropsychologischer Sicht scharf abzulehnen. Sinnvoller ist schrittweises Erproben von einzelnen Lebensstiländerungen entsprechend dem Hirngeschlecht, die für transsexuelle Menschen in sich stimmig sind und als euthym erlebt werden.

Zum Thema Selektion durch Zwangspsychotherapien wurde bereits einiges gesagt. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der Repressionscharakter von Zwangstherapien. Als übliche „Begründung“ für die Notwendigkeit von Psychotherapien wird angeführt:

„Zusammen mit dem Alltagstest soll die Psychotherapie dem Betroffenen dazu verhelfen, die adäquate individuelle Lösung für sein spezifisches Identitätsproblem zu finden. Sie soll eine Bearbeitung relevanter psychischer Probleme des Patienten ermöglichen.“⁹

Es handelt sich auch hier um ein *Scheinkonzept*. Zwei Drittel aller transsexuellen Menschen haben keine psychischen Störungen. Das Leiden am falschen Körper ist ja keine

⁸"The origin of the real-life test is shrouded in mystery. According to one researcher, Aaron Devor Ph.D., the real-life test may be traced to a 1974 pamphlet entitled 'Guidelines for Transsexuals'. The pamphlet was originally written, published, and distributed by the Erickson Educational Foundation, an organization founded by Reed Erickson, a wealthy female-to-male transsexual, to facilitate research into transsexuality. The EEF sponsored annual international gender dysphoria conferences, a series that grew into the HBGDA Symposia, and financed the work of many pioneers in transgender research: Erickson himself wrote the foreword of the path breaking *Transsexualism and Sex Reassignment*, published in 1969. It is Devor's position that Erickson's personal doctor, James Lorio, was behind many of the recommendations and much of the medical information disseminated through the EEF, and that the real-life test, then suggested as a six month to two year period trial period, was recommended by Dr. Lorio who independently developed the idea."

<http://www.trans-health.com/2003/real-life-test/>

⁹Becker, S.: Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. 1997. <http://www.bernhard-breuer.de/download/StandardsTS.pdf>

psychische Störung. Psychotherapie ist also bei Transsexualität primär nicht angezeigt. Denn *Psychotherapien* sind psychologische Verfahren, die auf die Behandlung psychischer und psychosomatischer Krankheiten, psychischer Leidenszustände oder Verhaltensstörungen zielen. Das Leiden am falschen Körper kann keinesfalls durch Psychotherapie gemindert oder weg therapiert werden. Transsexuelle Menschen können zur Verminderung ihres Leides die verschiedensten Massnahmen erwägen – wie geschlechtsangleichende Operationen, operative Gesichtsfeminisierung, Hormoneinnahme, Epilation, Logopädie usw. Es geht ausserdem darum, den eigenen Lebensstil und die eigene Lebensweise auf das Hirngeschlecht auszurichten (sog. Adaption) und dazu entsprechende Erfahrungen zu sammeln. Hier sind viele Entscheidungen und Reflexionen über den eigenen angemessenen persönlichen Pfad notwendig. Ein professioneller medizinischer Begleiter/Berater (Casemanager) kann hier unterstützen, wenn der Klient es wünscht.

Für diese medizinische *Casemanagementarbeit* bedarf es dabei nicht unbedingt eines Psychiaters oder eines klinischen Psychologen. Einige transsexuelle Menschen leiden unter psychischen Problemen. Sei es als Reaktion auf Diskriminierung oder auch weil sie – völlig unabhängig von Transsexualität – eine echte psychische Krankheit haben und der Weg der Angleichung/Adaption dann dadurch noch komplizierter wird. Dann kann es sinnvoll sein, psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dennoch, die Entscheidung dazu sollte *ausschliesslich* der Klient treffen.

Eine weitere, wichtige Disziplinartechnik stellen *Verunsicherungsstrategien* seitens der PsychotherapeutInnen, JuristInnen und Krankenversicherer dar. Dazu ein Zitat aus einer deutschen Studie zum Thema Diskriminierung:

„Die weitestgehende Möglichkeit der Entpathologisierung von Transgeschlechtlichkeit in Form der Streichung der entsprechenden Diagnosen wird meist im Zusammenhang mit der Frage des Zugangs zu medizinischer Versorgung diskutiert. Dies ist insbesondere ... [beim Thema] Kostenübernahme der Krankenkassen für geschlechtsangleichende Massnahmen ein zentrales Thema.“¹⁰

Viele transsexuelle Menschen gehen dieser Pseudoargumentation auf den Leim. Sie befürchten, die Krankenkassen würden, ja müssten, bei einer Entpathologisierung von Transsexualität nicht mehr zahlen. Man sollte sich da nicht ins Bockshorn jagen lassen:

1. Thomas Hammarberg: „Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte verlangt von den Staaten eindeutig, dass sie nicht nur für die Möglichkeit von operativen Eingriffen, die zur vollen Geschlechtsangleichung führen, Sorge zu tragen haben, sondern dass die Krankenversicherungssysteme generell medizinisch notwendige Behandlungen abdecken müssen, zu denen auch geschlechtsangleichende Operationen zählen.“¹¹
2. Am Beispiel bleibend zur Erinnerung und weiter gedacht: Sie haben gehört, dass Transsexualität ein subjektives Neuro*-Symptom darstellt. Entsprechend dieser

¹⁰Franzen, J.; Sauer, A.: Benachteiligung von Trans*Personen, insbesondere im Arbeitsleben. 2010, S.19

¹¹TvT: Menschenrechte & Geschlechtsidentität, Themenpapier. 2010.

http://www.transrespect-transphobia.org/uploads/downloads/Publications/Hberg_dt.pdf

Logik müssten die Krankenkassen dann auch bei Tinnitus oder Phantomschmerzen die Leistungen verweigern.

3. Es wird so getan, als würden Krankenkassen nur bei bestehenden Krankheiten für medizinische Leistungen aufkommen. Tatsächlich zahlen Kassen auch für Leistungen, um Risiken im Vorfeld zu minimieren. Beispiel: Frühgeborene werden auf Kassenkosten intensivmedizinisch betreut, da man weiss, es kann bei Frühgeborenen zu medizinischen Problemen kommen. Eine Geburt vor dem Geburtstermin ist keine Krankheit. Ebenso übernehmen die Krankenkassen die Kosten für Schwangerschaftsbetreuung und Geburtshilfe, in der Schweiz sogar die Kosten für Schwangerschaftsunterbrechung. Auch Schwangerschaften bzw. Schwangerschaftsunterbrechungen sind – da sind wir uns sicher alle einig – keine Krankheiten. Transsexualität ist aus medizinischer Sicht ebenfalls risikoreich (Komplikationen wie Suizidintendenzen, komplexe risikoträchtige Operationen, ev. unerwünschte Wirkungen von Hormonen usw.), sodass die Kostenübernahme durch Krankenversicherer eine absolute Notwendigkeit darstellt.

Neben diesen Disziplinarmethoden werden *Kontrolltechniken* eingesetzt, um herauszufinden, ob sich die transsexuellen Menschen an die repressiven Vorschriften wie den Alltagstest auch halten. Zum Repertoire von TherapeutInnen und GutachterInnen gehören mitunter sogar unangekündigte Hausbesuche. Auch die WPATH, eine weltweite, in den USA ansässige Organisation, in der viele PsychotherapeutInnen organisiert sind, legt Wert auf Kontrolle: „In manchen Situationen sollten die betreuenden Fachleute, wenn es notwendig ist, Beweise fordern, dass dieses Kriterium erfüllt wurde.“¹²

Es ist unglaublich, wenn man sich das alles (das bisher gehörte) vor Augen führt!

Neuropsychologisch gesehen, ist Kontrolle das Letzte, was transsexuelle Menschen brauchen. Denn Kontrolle bedeutet Angstmache und chronische Stressbeanspruchung. Wie bereits ausgeführt: Unter solchen Bedingungen kann neuropsychologisch gesehen der Entfaltungsprozess entsprechend dem Hirngeschlecht erheblich behindert werden.

Als Idealprinzip traditioneller Psychotherapie gilt nach wie vor: „Die Psychotherapie ist neutral gegenüber dem transsexuellen Wunsch. Sie hat weder das Ziel, dieses Bedürfnis zu forcieren noch es aufzulösen.“¹³

Abgesehen davon, dass es keinen transsexuellen Wunsch gibt: diese unverbindliche Haltung gegenüber den Klienten ist aus neuropsychologischer Sicht als kontraproduktiv einzuschätzen. Nachhaltiges Lernen findet nur unter positiver Stimulierung statt. Die Dopaminsysteme des Gehirns müssen angefahren werden.

¹²In den SoC Vers. 7 heisst es: "Health professionals should clearly document a patient's experience in the gender role in the medical chart, including the start date of living full time for those who are preparing for genital surgery. In some situations, if needed, health professionals may request verification that this criterion has been fulfilled: They may communicate with individuals who have related to the patient in an identity-congruent gender role, or request documentation of a legal name and/or gender marker change, if applicable." WPATH: Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 2011 siehe: <http://www.wpath.org/documents/Standards>

¹³Becker, S.: Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. 1997. ? <http://www.bernhard-breuer.de/download/StandardsTS.pdf>

***Transpride* und *Transpower*, also selbstbewusster Stolz und ausdauernde Energie, zu entwickeln, sind hilfreich und notwendig, um all die körperlichen Umwälzungen und Alltagsneuorientierungen erfolgreich umzusetzen. Case-managerInnen sollten zu diesen Einstellungen anstiften und zu positiver Stimulation beitragen.**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!