

Die Pathologisierung transsexueller Menschen beenden!

**Ein Statement des Sozialpsychiatrischen Dienstes Kanton Uri (SPD Uri) zum
Vortrag von Frau Helena Nygren-Krug, Health and Human Rights Advisor, World
Health Organisation (WHO) – im Rahmen der Vorstellung des Berichts
"DISKRIMINIERUNG AUS GRÜNDEN DER SEXUELLEN ORIENTIERUNG UND
DER GESCHLECHTSIDENTITÄT IN EUROPA", Strassburg, 23. Juni 2011**

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

Inhaltsverzeichnis

1	Anlass	3
2	Argumente gegen die Pathologisierung von transsexuellen Menschen	5
2.1	Die gegenwärtige psychiatrische Diagnostik der Transsexualität ist nicht evidenzbasiert	5
2.2	Psychiatriegeschichte: Die Tradition des Scheiterns von psychiatrischen Transsexualitätskonzepten	7
2.3	Psychiatrische Therapie und/oder Psychotherapie können die Charakteristika von Transsexualität nicht „abschwächen“ oder gar „zum Verschwinden bringen“	14
2.4	Neurowissenschaften: Auf dem Weg zu einem neuen Paradigma von Transsexualität als neurobiologischer Variation der geschlechtlichen Differenzierung und Entwicklung	16
2.5	Es gibt bei Transsexualität – im Gegensatz zu psychischen Störungen – keine obligatorischen sozialen Funktionseinschränkungen	22
2.6	Im Gegensatz zu psychischen Störungen sind bei Transsexualität primär keine klinisch neuropsychologischen Störungen ausweisbar	24
2.7	Es gab und gibt zahlreiche Kulturen und Gesellschaften, in denen transsexuelle und transgender Menschen ihnen gemässe, stabile Lebensweisen und Kulturen entwickeln konnten bzw. können. Diese Kulturen waren/sind Ausdruck gesellschaftlicher Normalität und gesunder Alltagskultur, nicht Ausdruck einer krankhaften Gestörtheit	24
3	Empfehlungen und Möglichkeiten	26

1 Anlass

Der Kommissar für Menschenrechte des Europarats kritisiert seit mehreren Jahren, dass transsexuelle Menschen in den offiziellen medizinischen Klassifikationen als psychisch gestört aufgefasst werden. Seine Kritik richtet sich auch gegen die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD), die regelmäßig durch die WHO überarbeitet und veröffentlicht wird. Der Kommissar, Thomas Hammarberg, notierte dazu in seinem Themen Paper:

"The first aspect in discussing health care for transgender persons is the existence of international and national medical classifications defining transsexuality as a mental disorder? Such classifications may become an obstacle to the full enjoyment of human rights by transgender people, especially when they are applied in a way to restrict the legal capacity or choice for medical treatment ... Alternative classifications should be explored in close consultation with transgender persons and their organisations. From a human rights and health care perspective no mental disorder needs to be diagnosed in order to give access to treatment ..."¹

(„Der erste Aspekt, unter dem die Gesundheitsversorgung von transgender Menschen diskutiert werden muss, ist das Bestehen von internationalen und nationalen medizinischen Klassifizierungssystemen, in denen Transsexualität als psychische Störung definiert ist ... Solche Klassifizierungen können dem vollen Genuss der Menschenrechte von transgender Menschen im Wege stehen, insbesondere wenn sie so angewandt werden, dass die Rechtsfähigkeit oder die Wahl der medizinischen Behandlung eingeschränkt wird ... Alternative Klassifikationen sollten in enger Abstimmung mit Transgender-Personen und ihren Organisationen gesucht werden. Aus Sicht der Menschenrechte und Gesundheitsversorgung muss keine psychische Störung diagnostiziert werden, damit der Zugang zu einer Behandlung ermöglicht wird ...“)²

Diese Kritik wurde von der WHO aufgenommen. Frau Nygren-Krug kündigte in ihrem Vortrag in Strassburg am 23. Juni 2011 an, dass sich die WHO in Richtung der vom Europäischen Menschenrechtskommissar skizzierten Linie bewegen werde. Speziell führte sie aus:

"A third function of WHO is to establish and revise, as necessary, international nomenclatures of diseases. The above-mentioned ICD is the vehicle

¹Council of Europe, Commissioner for Human Rights, Thomas Hammarberg, in his Issue Paper 'Human Rights and Gender Identity' <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1476365>

²Sehr freie Übersetzung d.d.A.

for this ... 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 transsexuality 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'. To conclude, an important ingredient of success in making positive change is leadership and nowhere is this more evident than in the field of human rights. Let me end by applauding the Member States of the Council of Europe for putting the issue of discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity on the agenda of the Council of Europe."³

(„Eine dritte Aufgabe der WHO besteht darin, internationale Nomenklaturen von Krankheiten zu etablieren und zu revidieren. Das oben erwähnte ICD stellt ein Vehikel dazu dar ... Es ist geplant die 11. Version des ICD auf der Weltgesundheitsversammlung (höchstes Entscheidungsorgan der WHO) im Mai 2015 vorzulegen. Obwohl Homosexualität nicht länger einbezogen ist, gibt es noch andere uns beunruhigende Probleme, zum Beispiel solche wie Transsexualität als psychische Störung. Wie können wir sicherstellen, dass wir die Gesundheitsversorgungsbedürfnisse der transgender Bevölkerung ansprechen ohne dass sie dabei stigmatisiert wird? Ich hoffe, das transgender Menschen und die transgender Bewegung uns dabei helfen diese Herausforderung anzugehen, indem das grundlegende Menschenrechtsprinzip der Partizipation 'nichts für uns ohne uns' zur Geltung kommt. Ein wesentliches Element des Erfolgs bei der Gestaltung von positiven Veränderungen ist echtes 'Leadership' und nirgendwo wird dies deutlicher als auf dem Gebiet der Menschenrechte.

Lassen Sie mich am Ende den Mitgliedsstaaten des Europarats dafür applaudieren, dass sie das Problem der Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung und geschlechtlichen Identität auf die Agenda des Europarats gesetzt haben.“)⁴

Ziel unseres Papers ist, Organisationen, die sich für die Interessen und Rechte transsexueller Menschen einsetzen, bei ihrer künftigen Zusammenarbeit mit der WHO zu unterstützen. Auf den folgenden Seiten werden wichtige medizinische Argumente zusammengetragen, um klar definierte Standpunkte gegen die Pathologisierung von Transsexualität zu unterstützen: Um exzellente medizinische Betreuung transsexueller Menschen zu gewährleisten, bedarf es keiner Pathologisierung.

³http://www.who.int/hhr/news/strasbourg_sexual_orientation.pdf

⁴freie Übersetzung d.d.A.

2 Argumente gegen die Pathologisierung von transsexuellen Menschen

2.1 Die gegenwärtige psychiatrische Diagnostik der Transsexualität ist nicht evidenzbasiert

Heutzutage ist es in der Medizin wichtig zu beweisen, dass eine angewendete medizinische Methode, d.h. eine diagnostische oder therapeutische Massnahme, die jeweils bestmögliche darstellt (State of the Art). Dies muss man durch Ergebnisse von Studien und Forschungen belegen. In früheren Zeiten hätte es gereicht, wenn ein Arzt seine Handlung mit dem Bauchgefühl oder seiner individuellen Erfahrung begründet hätte. Es ist heute auch nicht mehr ausreichend, wenn im Rahmen einer Konferenz sich mehrere Experten treffen, um ein Konsensus-Paper zu diskutieren und dann zu veröffentlichen. In einer solchen Situation könnten die Ergebnisse durch Gruppendenken verzerrt werden.

Ärzte sollten immer versuchen, ihre Handlungen durch die Ergebnisse qualitativ guter Studien zu rechtfertigen. Erst dann kann das „State of the Art“-Prädikat verliehen werden. In der Terminologie der Medizin: Wenn eine Handlungsweise durch Studien gut zu rechtfertigen ist, dann beurteilen wir das Vorgehen als *evidenzbasiert*. Seit dem Ende der 1980er Jahre haben die medizinischen Wissenschaften eine eigene Disziplin entwickelt, die sich mit den Prinzipien der Evidenzbasierung und ihrer Praxis beschäftigt. Die Bezeichnung dieser speziellen Disziplin lautet *Evidenzbasierte Medizin* (EbM). Die EbM unterscheidet zwischen verschiedenen Klassen der Qualität von Evidenz. Dabei gilt die folgende Regel: je besser die Studien (im Hintergrund), desto besser kann das medizinische Vorgehen gerechtfertigt werden. Die beste Rechtfertigung einer Handlung liegt vor, wenn sie sich auf eine Reihe von grossen, sehr guten Studien (Klasse I Evidenz) stützen kann.

Die EbM definiert drei Qualitätsklassen von Studien und Forschungsergebnissen:

- *Klasse I: Exzellente Evidenz* (Klasse Ia: Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien; Klasse Ib: Mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie)
- *Klasse II: Gute Evidenz* (Klasse IIa: Mindestens einer gut angelegten kontrollierten Studie ohne Randomisation; Klasse IIb: mindestens einer anderen Art von gut angelegter, quasi experimenteller Studie)
- *Klasse III: Explizite Evidenz* (Gut angelegte, nichtexperimentelle, deskriptive Studien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallkontrollstudien).

Ein weiterer Grundsatz der EbM besagt, dass „Standards“ (für Diagnostik und/oder Therapie) nur definiert werden dürfen, wenn die relevanten Studien die Evidenzklasse I oder nahezu sehr gut Klasse II aufweisen. Konkret:

<i>Empfehlung</i>	<i>Definierte Kriterien</i>
Praxisstandards	Vorhandene Klasse I Studien mit entsprechender Fallzahl oder vorhandene Studien mit nahezu sehr guter Klasse II Evidenz
Praxisempfehlungen	Bei vorliegenden Klasse I Studien mit methodischen Mängeln oder guter Klasse II Evidenz mit entsprechender Fallzahl
Praxismöglichkeiten	es liegen einige Klasse II und III Studien vor.

Falls überhaupt keine Evidenz ausweisbar ist, sind allenfalls Aufzählungen von Behandlungsmöglichkeiten möglich.

Die gängigen psychiatrischen Diagnosen bezüglich Transsexualität sind wissenschaftlich sehr schlecht abgesichert. Cohen-Kettenis schreibt beispielsweise über die Diagnose GID (=Geschlechts-Identitätsstörung):

"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."⁵

(„Leider sind in der klinischen Forschungsliteratur über Jugendliche und Erwachsene solche Interrater-Reliabilitäts-Studien nicht durchgeführt worden. Ausserdem sind keine strukturierten Interviews für das Assessment bezüglich der DSM-IV-TR GID und GIDNOS Diagnosen entwickelt worden; es wurden keine Vergleiche zwischen klinischen Diagnosen und Diagnosen, die auf strukturierten Interviews aufbauen, gemacht. Dies bedeutet, dass es auch einen Mangel an formalen Validitätstudien Studien in diesem Bereich gibt.“)⁶

Eine evidenzbasierte Diagnostik der Gender Identity Disorder, Gender Dysphoria oder des „Transsexualismus“ ist angesichts des Fehlens entsprechender Studien nicht möglich. Es gibt in der wissenschaftlichen Literatur keine Diskussionen über ein angemessenes Konzept von Evidenzbasierter Medizin. Beispielsweise erfordert die Erforschung von Transsexualität Studien mit kleinen Stichproben und kleinen Fallzahlen bzw. Einzelfallstudien. Grosse prospektive randomisierte Studien können in diesem Bereich nicht leicht verwirklicht werden.

Diese Mängel an Evidenzbasierung stehen in Kontrast zur angeblichen fundamentalen Bedeutung der Assessmentergebnisse für die folgenden Behandlungsschritte. Cohen-Kettenis:

"Important in the decision to maintain a distinct diagnosis is the question, whether or not the diagnosis can be made reliably, that is, whether different

⁵http://www.cpath.ca/wp-content/uploads/2009/08/COHEN-KETTENIS.DSM_.pdf

⁶freie Übersetzung d.d.A.

clinicians assessing the same persons will come to the same diagnoses. As noted earlier, this is especially important for the diagnosis of GID, because one of the most drastic medical treatments, sex reassignment surgery, may ensue from this diagnosis."⁷

(„Wichtig für die Entscheidung eine exakte Diagnose zu erhalten ist die Frage, ob die Diagnose sicher gemacht werden kann, das heisst, ob verschiedene Ärzte bei der Beurteilung derselben Personen zu den gleichen Diagnosen kommen. Wie bereits erwähnt, ist dies besonders wichtig für die Diagnose der GID, weil eine der drastischsten medizinischen Behandlungen, nämlich die geschlechtsangleichende Operation aufgrund dieser Diagnose erfolgt.“)⁸

Die Psychiatrisierung transsexueller Menschen erfolgt also nicht, weil medizinische Studien und Forschungsergebnisse dies nahelegen. Es sind wahrscheinlich andere, nicht medizinische Gründe anzuführen. Einen interessanten Hinweis gibt die deutsche Sexologin Becker:

„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.“⁹

Vorbehalte, Bedenken, Hürden, Kontrolle sind wichtige Stichworte, die den Umgang der Gesellschaft mit transsexuellen Menschen charakterisieren. Der psychiatrische Transsexualitäts-Diskurs könnte im Dienste dieser Funktionen stehen. Und diesbezüglich kann man auf eine längere Tradition zurückblicken.

2.2 Psychiatriegeschichte: Die Tradition des Scheiterns von psychiatrischen Transsexualitätskonzepten

Das 19. Jahrhundert war durch umfassende gesellschaftliche Veränderungen gekennzeichnet. Industrielle Revolution und beginnende Herrschaft des industriellen Kapitalismus bewirkten einen tiefgreifenden Kulturschock. Kirchen und religiöse Institutionen beklagten einen tiefgreifenden Verfall der Sitten und der Moral. Auch die Medizin beteiligte sich an diesen durch Pessimismus geprägten Diskussionen:

⁷http://www.cpath.ca/wpcontent/uploads/2009/08/COHEN-KETTENIS.DSM_.pdf

⁸freie Übersetzung d.d.A.

⁹Becker, S.: Transsexualität Geschlechtsidentitätsstörung. In: Kockott, G.; E.-M., Fahrner (Hrsg.): Sexualstörungen. Thieme Verlag 2004

"By 1890 there was a growing fear of degeneration sweeping across Europe creating disorders that led to poverty, crime, alcoholism, moral perversion and political violence. Degeneration raised the possibility that Europe may be creating a class of degenerate people who may attack the social norms, this led to support for a strong state which polices degenerates out of existence with the assistance of scientific identification."¹⁰

(„Bis 1890 wurde Europa von einer wachsenden Angst vor Entartung überschwemmt, die Störungen/Erkrankungen mit sich brachte, welche dann letztlich zu Armut, Kriminalität, Alkoholismus, moralischer Perversion und politischer Gewalt führen würden. Degeneration (Entartung) meint die Möglichkeit, dass Europa eine Klasse entarteter Menschen hervorbringen könnte, die sich über die sozialen Normen hinwegsetzen würde; dies bedürfe eines starken Staates, der die Degenerierten zur Gänze mit Hilfe wissenschaftlicher Identifizierung überwachen sollte.“)¹¹

Insbesondere die Französische Schule der Psychiatrie, hier vor allem Benedict Morel, vertrat die Auffassung, durch die Entartung würde Generation für Generation die geistige Schwächung zunehmen:

- erste Generation: nervöses Temperament und Ausschweifungen
- zweite Generation: Schlaganfälle, Epilepsie, Hysterie, und Alkoholismus sowie in der
- dritten Generation: Selbstmord, Psychosen und Geistesschwäche und endlich in der
- vierten Generation: angeborene Blödsinnszustände und Missbildungen.

Die deutsche Psychiatrie wurde durch die Theorien Morels beeinflusst. Anfang der 1890er Jahre entwickelte Koch den Begriff der Psychopathie („Psychopathische Minderwertigkeiten“) als Oberbegriff für „Persönlichkeitsstörungen“. Er postulierte eine angeborene psychopathische Entartung auf der Basis einer organpathologisch veränderten Gehirnkstitution.

Das Interesse am psychiatrischen Entartungsdiskurs ist keineswegs rein akademischer Natur oder nur von bloss medizinhistorischem Interesse. Die Degenerationstheorie war der geistige Wegbereiter der Verbrechen der Nazi-Psychiatrie: die grausamen Konsequenzen des Entartungskonzepts waren die T4-Aktion, also die Euthanasiemorde zur „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Und Friedemann Pfäfflin hat unlängst darauf hingewiesen, dass auch die Sterilisationsvorschrift des deutschen Transsexuellengesetzes von 1980 als medizinhistorischer Spätausläufer der Entartungstheorie anzusehen ist:

„Neben der geschlechtsangleichenden Operation forderte das Transsexuellengesetz als Voraussetzung für eine Personenstandsänderung die dauernde

¹⁰<http://en.wikipedia.org/wiki/Degeneration>

¹¹freie Übersetzung d.d.A.

Fortpflanzungsunfähigkeit des Antragstellers, ohne diese Forderung näher zu begründen. Dabei stand einerseits wohl der nachvollziehbare Gedanke Pate, für Kinder könnte es verwirrend sein, wenn sie als Eltern zwei Mütter oder zwei Väter hätten. Doch spielte im Hintergrund vermutlich noch die alte Degenerationslehre der Psychiatrie eine entscheidende Rolle, die solche Menschen von der Fortpflanzung ausschließen wollte.“¹²

Doch zurück zu den ersten von der Degenerationstheorie abgeleiteten psychiatrischen Transsexualitätskonzepten gegen Ende des 19. Jahrhunderts. Damals sah der deutsche Psychiater von Krafft-Ebing Neurosen als Übergangszustand zu der Entartung; sexuelle „Normabweichungen“ betrachtete er als Entartungsphänomene („Perversionen“, „sexuelle Psychopathen“). Homo- und Transsexualität wurden von ihm noch nicht unterschieden. Beides sei Ausdruck von Entartung:

„Hier kann die Ursache nur in einer Anomalie centraler Bedingungen, in einer abnormen psychosexuellen Veranlagung gegeben sein. Diese Veranlagung ist hinsichtlich ihrer anatomischen und functionellen Begründung vorläufig eine ganz dunkle. Da in fast allen bezüglichlichen Fällen der Träger der perversen Sexualempfindung eine neuropathische Belastung nach mehrfacher Hinsicht aufweist und diese mit erblich degenerativen Bedingungen sich in Beziehung setzen lässt, darf jene Anomalie der psychosexuellen Empfindungsweise als functionelles Degenerationszeichen klinisch angesprochen werden. Diese perverse Sexualität tritt mit sich entwickelndem Geschlechtsleben spontan, ohne äussere Anlässe zu Tage, als individuelle Erscheinungsform einer abnormen Artung der Vita sexualis und imponirt dann als eine angeborene Erscheinung oder sie entwickelt sich erst im Verlauf einer Anfangs normale Bahnen eingeschlagen habenden Sexualität auf Grund ganz bestimmter schädlicher Einflüsse und erscheint damit als eine gewordene erworbene ... Innerhalb der sogen. conträren Sexualempfindung zeigen sich Gradstufen der Erscheinung, ziemlich parallel gehend dem Grad der Belastung des Individuums, insofern in milderen Fällen bloß psychischer Hermaphroditismus, in schwereren allerdings nur homosexuelle Empfindungsweise und Triebrichtung, aber auf die Vita sexualis beschränkt, in noch schwereren überdies die ganze seelische Persönlichkeit und selbst die körperliche Empfindungsweise im Sinne der sexuellen Perversion umgewandelt, in ganz schweren sogar der körperliche Habitus entsprechend umgestaltet erscheint.“¹³

Krafft-Ebing unterschied mehrere „Verlaufsformen“:

- „II. Stufe: Eviratio und Defeminatio. Tritt bei derart entwickelter conträrer Sexualempfindung keine Rückbildung ein, so kann es zu tiefer greifenden und dauern-

¹²F. Pfäfflin: Plädoyer für die Abschaffung des Transsexuellengesetzes. In: Recht und Psychiatrie 2011, 29. Jahrgang, 2. Vierteljahr, 62

¹³R. von Krafft-Ebing: Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung – eine klinisch-forensische Studie 9. Auflage Stuttgart 1894, 194-195

den Umänderungen der psychischen Persönlichkeit kommen. Der hier sich vollziehende Process lässt sich kurz als Eviratio (Defeminatio beim Weibe) bezeichnen. Der Kranke erfährt eine tiefgehende Wandlung seines Charakters, speciell seiner Gefühle und Neigungen im Sinne einer weiblich fehlenden Persönlichkeit. Von nun an fühlt er sich auch als Weib bei sexuellen Akten, hat nur mehr Sinn für passive Geschlechtsbethätigung und geräth nach Umständen auf die Stufe der Courtisane. In diesem Zustand tieferer und dauernder psychosexueller Veränderung gleicht der Betreffende vollkommen dem (angeborenen) Urning höheren Grades. Die Möglichkeit einer Wiederherstellung der alten geistigen und sexuellen Persönlichkeit erscheint hier ausgeschlossen.“¹⁴

- „III. Uebergangsstufe zur Metamorphosis sexualis paranoica. Eine weitere Entwicklungsstufe stellen Fälle dar, wo auch das körperliche Empfinden im Sinne einer Transmutatio sexus sich umgestaltet.“¹⁵
- „IV. Stufe: Metamorphosis sexualis paranoica. Eine letzte mögliche Stufe in dem Krankheitsprocess stellt der Wahn der Geschlechtsverwandlung dar. Er wird erreicht auf der Grundlage einer zur Neurasthenia universalis gewordenen sexuellen Neurasthenie im Sinne einer seelischen Erkrankung, der Paranoia.“¹⁶

Bereits zu diesem Zeitpunkt – Erstauflage des Buchs 1886¹⁷ – finden sich alle wichtigen Begriffe bezüglich Transsexualität, die in den nächsten 100 Jahren seitens der Psychiatrie diskutiert wurden: Perversion, Abnormität, Psychopathie (Persönlichkeitsstörung) und Wahn.

1962 resümierte der deutsche Sexologe Hans Giese über Transsexualität (er bezeichnete das Phänomen noch als „Transvestitismus“):

„Beim Transvestitismus geht es ... um eine Angleichung des Verhaltens an das Geschlecht, das nicht zur Verfügung steht. Anders als der Narzißt, der das vorhandene Inventar seines Körpers mit Lustgewinn erlebt, be spiegelt sich der Transvestit erst bejahend nach vollzogener Umgestaltung und ‚Geschlechtsumwandlung‘. Die Ausgangs- und kritische Prüfsituation vor dem Spiegel ist die gleiche, wenn gleich mit sozusagen umgekehrten Vorzeichen, so dass man das Verhalten des Transvestiten mit Kronfeld als von ‚exquisit narzißtischer Art‘ bezeichnen kann. Beide wollen sich in der Hauptsache darstellen. Die überwertige Idee, sich selbst körperlich und ‚leiblich‘ dem Idol anzugleichen, wird sehr oft bis in die letztmöglichen Konsequenzen hinein durchgeföhnt, ebenso von Frauen wie von Männern: Übernahme der andersgeschlechtlichen Kleidung, des Namens, der Ausweispapiere, des Genitalapparats (Kastration, Penisamputation, Scheidenplastik, Mammaamputation, Penisplastik), der sozialen Rolle ... Vom Spiegel geht der Bann aus, der

¹⁴R. von Krafft-Ebing: Psychopathia sexualis a.a.O. 204

¹⁵R. von Krafft-Ebing: Psychopathia sexualis a.a.O. 209

¹⁶R. von Krafft-Ebing: Psychopathia sexualis a.a.O. 224

¹⁷zit. 9. Auflage von 1894

den perversen Zirkel in Gang bringt und hält: den leiblichen Verfall an die körperlich sinnliche Qualität des Sehens ... die Progression und Süchtigkeit, den weiteren Symptomausbau ... Offenbar handelt es sich [beim Transvestitismus] ... um eine psychogene Störung im Bereich der Wir-Bildung, die zumeist in die Kindheit zurückzuverfolgen ist.“¹⁸

Giese unterschied ein Spektrum sexueller Störungen, das von leichten Fällen (Fehlhaltungen) bis zu schweren Perversionen reichte. Die schweren Perversionen waren gekennzeichnet durch:

- progredienten Verlauf
- sexuelle Süchtigkeit
- Verfall der Sinnlichkeit
- ständiger Ausbau der perversen Phantasie und
- ständiger Ausbau des Raffinements perverser Praktiken.

Auch Giese knüpfte an die „klassische“ psychiatrische Sicht von Transsexualität an: Sie wird als Perversion eingestuft, es gebe Deformationen der Persönlichkeit (Vergleich mit dem Narzissten), er geht von einer Norm aus, zudem handele es sich um eine psychische Krankheit und es gebe wahnähnliche Aspekte (überwertige Idee).

Gieses Bedeutung ist umstritten. Obwohl er (wie auch sein Mentor Hans Bürger-Prinz) Mitglied der NSDAP und geistig durch den Nationalsozialismus beeinflusst war, wurde er zu einem wichtigen Mentor der zweiten (deutschen) Sexologengeneration. Insbesondere sein Schüler, der Psychiater und Sexologe Volkmar Sigusch knüpfte direkt an die Perversionstheorie Gieses an. Sigusch wiederum prägte maßgeblich die internationalen Transsexualitätsdiskussionen der 1980er und 1990er Jahre. Sigusch schrieb 1980 (Der Text liest wie eine Hommage an die klassische psychiatrische Sexualtheorie):

„Das, was Gebattel (1931) und Giese (1962) phänomenologisch-psychiatrisch als süchtig-perverse Entwicklung, als besondere Verlaufs- und Manifestationsform klassischer Perversionen mit Krankheitswert beschrieben haben, liegt nach unserem Dafürhalten *grosso modo* auch bei der entfalteten Transsexualität vor. Man erinnere sich an die Leitsymptome ... an die Progredienz ohne Ende, das Suchtartige, das Drang- und Zwanghafte, das der typischen transsexuellen Entwicklung innewohnt, an die besessene Einnigung, das Ausgeliefertsein und den unstillbaren ‚Verfall‘ an den Wunsch nach Geschlechtswechsel, und man hat die süchtig-perverse Entwicklung der psychiatrischen Sexualforschung vor Augen. Bürger-Prinz, Albrecht und Giese (1953/1966) sowie Burchard (1961) haben das keineswegs übersehen ...

Wir neigen ... dazu, die echten Transsexuellen ... strukturell den *Borderline*-Pathologien zuzuordnen“¹⁹

¹⁸H. Giese: Psychopathologie der Sexualität Stuttgart 1973, 43ff

¹⁹V. Sigusch: Die Untersuchung und Behandlung transsexueller Patienten. In: V. Sigusch (Ed.): Die Therapie sexueller Störungen. Stuttgart 1980, 304

Noch Mitte der 1990er Jahre beschrieb Sigusch *den* typischen transsexuellen Menschen (einen gesehen, alle gesehen!):

„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.“²⁰

Derselbe Autor veröffentlichte im folgenden Jahr eine Arbeit, in der er das Scheitern der bisherigen Versuche transsexuelle Menschen zu pathologisieren konstatierte. Er meldete auch moralische Bedenken an und zeigte an historischen Beispielen die verhängnisvolle Rolle der Psychiatrie:

„Im Laufe der Jahrzehnte ist der Transsexualismus beinahe allen bereitstehenden nosologischen Entitäten mehr oder weniger bündig zugeordnet worden: Psychosen, Neurosen, Borderline-Strukturen, Fetischismus, Masochismus, negative Perversion, Homosexualität, homosexuelle Panikreaktion (sog. Kempfsche Krankheit) ... Fahren wir damit fort, den Transsexualismus in erster Hinsicht oder ganz und gar ätiopathogenetisch zu betrachten, werden wir Expertengeneration um Expertengeneration die jeweils in Kurs gesetzten psycho- und somatologischen Theorien an ihn anlegen und immer wieder vergeblich versuchen, das Rätsel der ‚Metamorphosis sexualis paranoica‘ zu lösen, von der vor einhundertjahren v. Krafft-Ebing (1894, S. 224) gesprochen hat ... Eine Frage wäre beispielsweise, worin das Gemeinsame, nicht der Unterschied besteht, wenn Psychiater am Beginn des Jahrhunderts (und weit darüber hinaus) ganz sicher sind, bei Revolutionären eine bestimmte ‚Psychopathie‘ und bei Frauen, die sich Verhaltensweisen von Männern herausnahmen, einen ‚moralischen Schwachsinn‘ diagnostizieren zu können; oder wenn Psychoanalytiker wie Socarides (...) die Homosexualität schon in der Adoleszenz aufspüren, ‚bekämpfen‘ und generell ‚verhüten‘ wollen, weil es bei Menschen mit dieser Neigung ‚keine wirkliche Wahrnehmung des Partners oder seiner Gefühle‘, vielmehr lediglich ‚einen anatomischen Haut- und Schleimhautkontakt‘ gebe; oder wenn wir selbst auf dem Boden der jetzt oder immer noch herrschenden Ideologien und Krankheitslehren am Ende des

²⁰Sigusch, V.: Leitsymptome transsexueller Entwicklungen. Wandel und Revision. In: Deutsches Ärzteblatt (1994), Nr. 91, 1455–58

Jahrhunderts zu dem Schluß kommen, daß bei Transsexuellen eine ‚Borderline-Pathologie‘ vorliege.²¹

Diese klassische Psychiatrie der Transsexualität hat ausgedient. Nicht zuletzt deshalb, weil Menschenrechtsbewegungen, Vereinte Nationen und andere politische Institutionen massive Kritik an der Psychiatrisierung transsexueller Menschen äussern.

Nach dem Scheitern der klassischen Psychiatrie am Gegenstand der Transsexualität wurde Mitte der 1990er Jahre seitens der APA im Rahmen der 4. Revision des DSM der Versuch unternommen mit der *Geschlechtsidentitätsstörung* (Gender Identity Disorder) eine psychiatrische Diagnose zu kreieren, die unverfänglicher schien. Es war ein Schnellschuss: Bei der Erarbeitung der GID-Diagnose ist man vom üblichen Vorgehen abgewichen: psychiatrische Diagnosen werden in der Regel in einer Jahrzehnte lang andauernden fachlichen Diskussion durch viele Fallstudien und Diskussionen in Fachzeitschriften und auf Kongressen allmählich fundiert und entwickelt. Bereits bei der folgenden DSM-Revision scheint auch die GID-Diagnose – mangels Evidenzbasierung, s.o. – ausgedient zu haben, wie die Diskussionen um Gender Dysphoria belegen.

Seitens der WPATH wurde inzwischen die 7. Version der Standards of Care vorgelegt. 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 depsychopathologization 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"²²

(„WPATH veröffentlichte im Mai 2010 ein Statement, das die Depathologisierung der Geschlechtsnonkonformität weltweit einfordert. Demzufolge sind transsexuelle, transgender und nicht geschlechtskonforme Menschen nicht schon an sich gestört. Eher ist das Leid bei Gender Dysphoria das Wichtige, das zu diagnostizieren ist und für das verschiedene Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.“)²³

Trotz blumiger respektvoll erscheinender Formulierungen: es bleibt die Tatsache, dass eine psychische Störung diagnostiziert wird. Die implizite Behauptung, die medizinische Behandlung erfordere eine psychiatrische Diagnose, kann – wie wir noch sehen werden – nicht aufrecht erhalten werden. *Die Medizin kann gefordert sein, auch wenn aktuell keine Störung oder Krankheit vorliegt.*

²¹Sigusch, Volkmar: Transsexueller Wunsch und zissexuelle Abwehr. *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse* 49, 811-837, 1995

²²WPATH: Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 2011. <http://www.wpath.org/documents/>

²³sehr freie Übersetzung d.d.A.

2.3 Psychiatrische Therapie und/oder Psychotherapie können die Charakteristika von Transsexualität nicht „abschwächen“ oder gar „zum Verschwinden bringen“

Jede wirkliche psychische Störung kann psychiatrisch-psychotherapeutisch mehr oder minder erfolgreich behandelt werden. Als Erfolg gilt dabei, wenn die Intensität der Störung abnimmt oder die Störung gar verschwindet, wenigstens aber einige Symptome in ihrer Intensität oder der Häufigkeit ihres Auftretens abnehmen. Das gilt selbst für eine psychische Störung wie die Demenz: hier geht es darum den Abbau zu verlangsamen.

Bereits in den 1960er Jahren konstatierte man die Erfolglosigkeit psychiatrischer Therapien des „Transsexualismus“. Burchard stellte 1961 fest, dass die übliche psychiatrische Therapie in jeder Form versagt habe.²⁴ Was darunter genauer zu verstehen war, beschrieb Sigusch 15 Jahre später: „Die Zeiten, in denen Transsexuelle in psychiatrische Anstalten gesteckt, mit Insulin geschockt, mit elektrischem Strom traktiert, zur Zwangspsychotherapie interniert oder gar am Gehirn operiert worden sind, gehören der Vergangenheit an.“²⁵

Ebenso unbestritten ist, dass eine „Umstimmung“ erwachsener transsexueller Menschen durch Psychotherapie, sei sie psychoanalytischer oder verhaltenstherapeutischer Provenienz, ein unmögliches Unterfangen darstellt.

Alle Bemühungen von psychoanalytischer Seite, eine brauchbare Störungstheorie zu entwickeln, um die Wurzeln der „unkorrigierbaren Überzeugung“ von transsexuellen Menschen zu identifizieren, sind gescheitert. Dazu Rauchfleisch:

„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 Mannzu-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.“²⁶

²⁴J.M. Burchard: Struktur und Soziologie des Transvestitismus und Transsexualismus. Beiträge zur Sexualforschung, Heft 21. Stuttgart 1961, 60

²⁵Sigusch, Volkmar: Transsexueller Wunsch und zissexuelle Abwehr. Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse 49, 811-837, 1995

²⁶Rauchfleisch, U.: Transsexualität Transidentität. 2006, 19f.

Trotz dieser deutlichen Misserfolge eine Psychogenese der Transsexualität auszuweisen, sind in der Vergangenheit hartnäckig Versuche unternommen worden, insbesondere transsexuelle Kinder in Richtung des bei Geburt zugewiesenen Geschlechts „umzupolen“. Man hat dies euphemistisch als „reparative Therapie“ bezeichnet. Insbesondere der Kanadische Sexologe Kenneth Zucker erlangte mit diesen Versuchen (zumindest bei den Menschenrechtsorganisationen transsexueller Menschen) traurige Berühmtheit.²⁷ Abgesehen vom Aspekt der Menschenrechtsverletzung geben eine Reihe von Studien (beginnend in den 1960er Jahren) Hinweise, dass derartige Interventionen als durchwegs erfolglos einzustufen sind.²⁸ Bezüglich der theoretischen Fundierung und Wirksamkeit dieser „Therapien“ besteht keinerlei Evidenz.²⁹ Dies ist keineswegs verwunderlich, denn aus neurobiologischer Sicht konnte nachgewiesen werden, dass 70% des „Cross-Dresser-Verhaltens“ von Kindern auf genetische Faktoren zurückzuführen sind (s.u.).³⁰ Zudem basieren diese „Therapie“-Konzepte auf Theorien, die familiäre Dynamiken als psychogenetische Teilursache der kindlichen Transsexualität postulieren. Derartige Ursachen anzunehmen ist jedoch reichlich spekulativ (siehe oben). Auch als neuropsychologischer Sicht kann diesen „Trainingsversuchen“ keinesfalls Therapiecharakter zukommen: Zwar wird eher selten direkt mit aversiven Stimuli und Sanktionen gearbeitet, aber es wird „weggenommen“ und „verhindert“ (z.B. Spielsachen, Cross-Dressing), unerwünschtes Verhalten wird ignoriert. Dopaminerges, belohnendes, nachhaltig wirksames Selbstlernen und Erkunden in offenen, befriedigenden kommunikativen Beziehungen, wie es die Neurowissenschaft für erfolgreiches Lernen als unabdingbar einschätzt, kann sich in solchen reparativen Settings wohl kaum entfalten. Es sind also

- gravierende Mängel der zugrundeliegenden theoretischen Fundierung
- das Fehlen von evidenzbasierten Fall- und Verlaufsuntersuchungen bei trans*-varianten Kindern und
- mangelhafte Wirksamkeitsnachweise zu konstatieren.

²⁷Hierzu Lynn Conway auf einer Webseite, die sich mit dieser ethischen Seite dieser Thematik befasst: <http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/TS/News/News.html>

²⁸Beispiele:

Greenson, R. R.: On homosexuality and gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis*, 1964, 45, 217-219.

Gelder, M. G.; Marks, I. M.: Aversion treatment in transvestism and transsexualism. In R. Green; J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 383-413). Baltimore 1969.

Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: Transsexualism: A review of 100 cases. *Archives of General Psychiatry*, 13(2), 172-181.

Cohen-Kettenis, P. T.; Kuiper, A. J.: Transseksualiteit en psychotherapie. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 1984, 10, 153-166.

²⁹was auch von den Anwendern der Therapie „etwas schamhaft“ eingestanden wird: „Weil grössere Verlaufsstudien, insbesondere zu den Entstehungsbedingungen fehlen, erscheint es unumgänglich, die Ansprüche an die Evidenz unterschiedlicher ätiologischer Konzepte etwas zu reduzieren“ In: A. Korte; D. Goecker; H. Krude; U. Lehmkuhl; A. Grütters-Kieslich; K.M. Beier: *Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter*. *Deutsches Ärzteblatt* J.105, 2008, Heft 48, 834.

³⁰C. E. M. van Beijsterveldt; James J. Hudziak; Dorret I. Boomsma: Genetic and Environmental Influences on Cross-Gender Behavior and Relation to Behavior Problems: A Study of Dutch Twins at Ages 7 and 10 Years. *Arch Sex Behav* (2006) 35: 647–658

Nicht nur Menschenrechtsorganisationen, sondern auch die Mehrheit der Fachwelt lehnt derartige Trainingsversuche ab („something disturbingly close to reparative therapy for homosexuals“³¹), sodass sogar die WPATH in ihren jüngsten SoC7 nicht umhin konnte festzustellen, dass reparative Therapien bei Kindern nicht länger als ethisch vertretbar angesehen werden können.³²

Trotzdem haben Aussenseiter wie Zucker in verschiedenen Ländern Adepten finden können; in Deutschland beispielsweise propagieren ein Sexologe namens Beier und seine Mitstreiter eifrig reparative Therapien bei trans*-varianten Kindern und versuchen dies salonfähig zu machen: „Vorrangiges therapeutisches Prinzip im Umgang mit geschlechtsidentitätsgestörten Kindern ist die Stärkung des Zugehörigkeitsgefühls zum Geburts-geschlecht“³³. Immerhin wurde dies in einer der meist gelesenen deutschen Medizinischen Zeitschriften, dem Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

Die „unerschütterliche Gewissheit“ ist ein grundsätzlich zu akzeptierendes Signum transsexueller Menschen, welches früher als Wahn und Störung denunziert wurde.

Fazit: Man kann nur jene Phänomene in der Logik der Psychiatrie erfolgreich behandeln, die auch psychiatrischen Störungscharakter aufweisen. Nicht jedes individuelle Phänomen, das eventuell mit Leiden verbunden ist, ist wegen dieses Leidenscharakters der Psychiatrie zu überantworten.

2.4 Neurowissenschaften: Auf dem Weg zu einem neuen Paradigma von Transsexualität als neurobiologischer Variation der geschlechtlichen Differenzierung und Entwicklung

Ohne das Lebenswerk Milton Diamonds wäre die Ausarbeitung des neuen neurobiologischen Paradigmas von Transsexualität nur schwer möglich gewesen. Sein berühmter Satz „Nature loves variety. Unfortunately, society hates it“ war dabei das Leitmotiv. Seit 1965 arbeitet er in seinen Veröffentlichungen allmählich heraus, dass Transsexualität eine Form hirngeschlechtlicher Intersexualität zu sein scheint.³⁴

³¹s. Pickstone-Taylor, Simon D. (2003). Children with gender nonconformity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 266.

³²„Treatment aimed at trying to change a person’s gender identity and expression to become more congruent with sex assigned at birth has been attempted in the past without success ... particularly in the long term ... Such treatment is no longer considered ethical.“ (SoC7 S. 16)

³³In: A. Korte; D. Goecker; H. Krude; U. Lehmkuhl; A. Grüters-Kieslich; K.M. Beier: Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt* J.105, 2008, Heft 48, 840

³⁴Folgende Arbeiten sind hier wichtig zu erwähnen:
1965 A Critical Evaluation of the Ontogeny of Human Sexual Behavior;
1974 Transsexualism,
1977 Human Sexual Development: Biological Foundations for Social Development;
1993 Some Genetic Considerations in the Development of Sexual Orientation;
1995 Biological Aspects of Sexual Orientation and Identity;
1997 Self-Testing: A Check on Sexual Identity and Other Levels of Sexuality;
1997 Sexual identity and sexual orientation in children with traumatized or ambiguous genitalia;
1997 Sex Reassignment at Birth: A Long Term Review and Clinical Implications;

Ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg zum neuen Paradigma war der GIRES-Review in 2006, bei dessen Zustandekommen Milton Diamond eine massgebliche Rolle spielte. Die Autorenliste dieses Artikels liest sich wie ein „Who’s who“ der internationalen Forscherpersönlichkeiten, die sich mit Transsexualität befassen. In diesem Review fassten sie den aktuellen Stand der Erkenntnisse (2006) über die Rolle des Gehirns bei der Entwicklung der Transsexualität wie folgt zusammen:

"In sum, gender identity, whether consistent or inconsistent with other sex characteristics, may be understood to be "much less a matter of choice and much more a matter of biology" (Coolidge et al., 2000). The scientific evidence supports the paradigm that transsexualism is strongly associated with the neurodevelopment of the brain (Zhou et al., 1995; Kruijver et al., 2000). It is clear that the condition cannot necessarily be overcome by "consistent psychological socialisation as male or female from very early childhood" and it is not responsive to psychological or psychiatric treatments alone (Green, 1999). It is understood that during the fetal period the brain is potentially subject to the organising properties of sex hormones (Kruijver et al., 2000; 2001; 2002; 2003). In the case of transsexualism, these effects appear to be atypical, resulting in sex-reversal in the structure of the BSTc, and possibly other, as yet unidentified, loci (Kruijver, 2004). The etiological pathways leading to this inconsistent development almost certainly vary from individual to individual, so no single route is likely to be identified. Different genetic, hormonal and environmental factors, acting separately or in combination with each other, are likely to be involved in influencing the development of the psychological identification as male or female. Psychosocial factors and cultural mores are likely to impact on outcomes (Connolly, 2003)."³⁵

(„Zusammengefasst: Bei der Geschlechtsidentität, ob nun konsistent oder inkonsistent mit anderen Geschlechtsmerkmalen, geht es viel weniger um eine Frage der (freien) Wahl als viel mehr um eine Frage der Biologie (Coolidge et al., 2000). Die wissenschaftlichen Fakten untermauern das Paradigma,

2000 Sex and Gender: Same or Different?;

2002 Sex and Gender are Different: Sexual Identity and Gender Identity are Different;

2002 A Conversation with Dr. Milton Diamond;

2003 What’s in a name? Some terms used in the Discussion of Sex and Gender;

2004 Sex, Gender, and Identity over the Years: A changing perspective;

2005 Transsexuality, Intersexuality and Ethics;

2006 The Right to be Wrong: Sex and Gender Decisions;

2006 Atypical Gender Development: a review,

2006 Biased-Interaction Theory of Psychosexual Development: "How Does One Know if One is Male or Female?";

2006 Variations of Sex Development Instead of Disorders of Sex Development;

2010 Intersexuality;

2011 Developmental, Sexual and Reproductive Neuroendocrinology: Historical, Clinical and Ethical Considerations

³⁵GIRES: Diamond, M. et al. Atypical Gender Development: a Review International Journal of Transgenderism 9(1): 29-44, 2006

dass Transsexualität eng mit der Entwicklung des Nervensystems des Gehirns (Zhou et al, 1995.; Kruijver et al, 2000) verknüpft ist. Es ist eindeutig, dass das Leiden nicht unbedingt durch „konsequente psychologische Sozialisation in Richtung männlich oder weiblich bereits in frühester Kindheit“ überwunden werden kann, und es spricht auch nicht auf psychologische oder psychiatrische Behandlungen alleine an (Green, 1999). Man hat auch inzwischen verstanden, dass während der fetalen Periode das Gehirn einen Angriffspunkt für die potenziell organisierenden Effekte seitens der Sexualhormone darstellt (Kruijver et al, 2000.; 2001; 2002; 2003). Im Fall von Transsexualität, erscheinen diese Effekte als atypisch, sie haben eine Geschlechts-Umkehr in der Struktur des BSTc und möglicherweise anderen, bisher nicht identifizierten, Loci zur Folge (Kruijver, 2004). Über welche Mechanismen und Wege diese ursächlichen Faktoren die Inkonsistenzentwicklung bewirken, dies wird mit ziemlicher Sicherheit von Individuum zu Individuum variieren, so dass wahrscheinlich kein einheitlicher, einzig gültiger ursächlicher Mechanismus oder Weg identifiziert werden kann. Verschiedenste genetische, hormonelle und umweltbedingte Faktoren, wirken einzeln oder in Kombination miteinander und sind wahrscheinlich bei der Beeinflussung der Entwicklung der psychologischen Identifikation in Richtung männlich oder weiblich beteiligt. Psychosoziale Faktoren und kulturelle Gewohnheiten werden wahrscheinlich auf die Ergebnisse (... dieser Mechanismen; Erg.d.A.) einwirken (Connolly, 2003)“³⁶

Ein wichtiger Kerngedanke lautet: es sind sehr unterschiedliche, sehr individuelle Ursache-Wirkungspfade zu postulieren, ähnlich wie bei intersexuellen Variationen ist auch Transsexualität ein vielschichtiges und vielfältiges Phänomen. Die Forschungsergebnisse der letzten Jahre haben dies bestätigt. Insbesondere die Genetik machte bedeutende Entdeckungen. Lauren Hare und Kollegen fassten die Ergebnisse ihrer Genetik-Studie wie folgt zusammen:

"In conclusion, our findings indicate a significant association between male-to-female transsexualism and the long polymorphism for the AR repeat. This finding links the androgen receptor and further implicates genes in the steroidogenesis pathway as playing a role in male-to-female transsexualism. We speculate that reduced androgen and androgen signalling might contribute to the female gender identity of male-to-female transsexuals. Further studies including replication in other populations, larger patient collections, and analysis of other polymorphisms, both for the genes studied here and other sex steroidogenesis genes, should be undertaken."³⁷

(„Zusammengefasst: unsere Ergebnisse zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Mann-zu-Frau-Transsexualität und dem Längen-Polymor-

³⁶Sehr freie Übersetzung d.d.A.

³⁷Lauren Hare, Pascal Bernard, Francisco J. Sánchez, Paul N. Baird, Eric Vilain, Trudy Kennedy and Vincent R. Harley: Androgen Receptor Repeat Length Polymorphism Associated with Male-to-Female Transsexualism. BIOL PSYCHIATRY 2009; 65: 93–96

phismus bezüglich Androgen-Rezeptor-Repeat. Dieser Befund weist darauf hin, dass der Androgenrezeptor und weitere beteiligte Gene bei der Entstehung der Mann-zu-Frau-Transsexualität via Steroidgenese eine Rolle spielen. Wir vermuten, dass reduziertes Androgen und Schwächung der Androgen-Signalübertragung zur weiblichen Geschlechtsidentität von Mann-zu-Frau-Transsexuellen beitragen kann. Es sollten weitere Studien also Replikationsstudien bei anderen Populationen, Studien mit grösseren Patienten-Kollektiven und Analysen weiterer Polymorphismen, sowohl bezüglich der beiden hier in dieser Studie untersuchten Gene als auch bezüglich anderer Geschlechts-Steroidgenese-Gene durchgeführt werden.“³⁸

Eine weitere wichtige Studie der letzten Jahre war die Arbeit von van Beijsterveldt und Kollegen. Bei dieser gross angelegten Zwillingsstudie (7 und 10 jährige Zwillinge) zeigte sich ein überraschendes Ergebnis:

"Genetic structural equation modeling showed that 70% of the variance in the liability of cross-gender behavior could be explained by genetic factors, at both ages and for both sexes."³⁹

(„Genetische Strukturgleichungsmodelle ergaben, dass 70% der Varianz in der Anfälligkeit für Cross-Gender-Verhalten durch genetische Faktoren erklärt werden könnte, bei beiden Alters- und Geschlechtergruppen.“)⁴⁰

Durch die wachsende Bedeutung der Genetik ist es angemessen, auch deren Begrifflichkeiten und Denkmodelle verstärkt einzubeziehen. Dabei zeigen die Diskussionen über Polymorphismen und Konkordanz, dass bei Transsexualität genetische *Varianten* eine grosse Rolle spielen. Genetik, insbesondere die Molekulargenetik, denkt eher in Varianten, Krankheiten und Störungen sind hingegen kein genuiner Gegenstand der Genetik. Genetiker beziehen nämlich ihre Varianten auf eventuell von der Medizin gelieferte Krankheitsmodelle; oder in der Sprache der Genetik: sie untersuchen, welche Varianten mit medizinischen Krankheiten *gekoppelt* sind. Da nun Transsexualität derzeit auf kein evidenzbasiertes Krankheitsmodell bezogen werden kann, sie aber offensichtlich mit genetischen Variationen in Zusammenhang steht, ist es sinnvoll, es zunächst (in Ermangelung von irgendwelchen brauchbaren Krankheitsmodellen) beim Verständnis von Transsexualität als Variation zu belassen.

Milton Diamond hat – die Diskussionen über das Hirngeschlecht von Transsexualität resümierend – festgestellt, dass es sich bei Transsexualität um eine Form von „Brain Sex“-Intersexualität handeln muss. Zugleich spricht er von „Trans-Variationen“:

"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

³⁸Sehr freie Übersetzung d.d.A.

³⁹C. E. M. van Beijsterveldt; James J. Hudziak; Dorret I. Boomsma: Genetic and Environmental Influences on Cross-Gender Behavior and Relation to Behavior Problems: A Study of Dutch Twins at Ages 7 and 10 Years. Arch Sex Behav (2006) 35: 647–658

⁴⁰Sehr freie Übersetzung d.d.A.

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.

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.⁴¹

(„Viele Leute machen einen klaren – und das manchmal sehr lautstark – Unterschied zwischen Intersexualität und Transsexualität. Der meiste Widerstand gegen die Verknüpfung dieser beiden Konzepte oder Kategorien kommt von jenen intersexuellen Menschen, die glauben, ihre eigene Situation würde durch diese Verknüpfung in den Augen der Öffentlichkeit irgendwie verschlechtert. Das ist bedauerlich. Beide geschlechtlichen Minderheiten werden in der Gesellschaft stigmatisiert und ich denke, sie sollten nicht nur eher Verbündete in ihrem Kampf gegen Diskriminierung sein, sondern ich denke aktuell auch, sie haben Dinge gemeinsam. Ich behaupte, dass Transsexualität eine Form der Intersexualität ist. Ich komme zu diesem Schluss aufgrund meiner eigenen klinischen Erfahrungen, meiner eigenen experimentellen Forschung und dem Wissen über die Forschungsergebnisse von anderen. Ich akzep-

⁴¹Diamond, M.: Intersexuality. 2010. <http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2010to2014/2010-intersexuality.html>

tiere, dass meine Gedanken zu diesem Thema unter den Kollegen und Wissenschaftlern eine Minderheitsmeinung darstellen. Ich glaube, dass Transsexuelle bezüglich ihrer Gehirne intersexuell sind, so wie auch andere dies entweder deutlich bzw. mehr oder minder offensichtlich bezüglich ihrer Gonaden, Genitalien, ihrem hormonellen Eigenschaften, Rezeptor-, enzymatischen oder chromosomalen Veranlagungen sind. Und es ist diese Gehirn-Intersexualität, die einen Menschen dazu bringt, seine oder ihre geschlechtliche Identität zu behaupten.

So wie man auf der Kinsey Skala von 0 bis 6 variieren und diesbezüglich im Laufe des Lebens schwanken kann, so kann man auch von 0 bis 6 auf der Benjamin-Skala (Benjamin 1966) schwanken, indem man verschiedene Abstufungen von Trans-Identität vorführt. Dies kann von gelegentlichen Cross-Dressing bis hin zu einer Vollzeit-Transsexualität reichen, indem sich der persönliche Wunsch äussert Vollzeit in einem Modus zu leben, der sich von der Art, wie er oder sie geboren wurde und aufwuchs, unterscheidet. Und diese geschlechtliche Identität kann während verschiedener Lebensabschnitte und auch als Reaktion auf eine Vielzahl von Lebenserfahrungen von leicht bis intensiv schwanken. Diese spiegeln Unterschiede, aber keine Störungen der Identität. Während einige Personen ernsthaft durch diese Konflikte von Identität und der gesellschaftlichen Auffassung von Anstand beeinträchtigt sind und unter Umständen Hilfe zur Lösung benötigen und wünschen, haben andere es geschafft, sich mit ihrer inhärenten Neigung und den negativen sozialen Anforderungen, denen sie begegnen, abzufinden und daher sehen sie keine Notwendigkeit für Beratung oder Therapie. Während einige ernsthaft psychisch gestört sein mögen und Beratung oder medizinische Hilfe benötigen oder wünschen, sehe ich Menschen mit Trans-Variationen – nur aufgrund der Manifestation einer Trans-Verfassung – nicht als psychisch krank an. Und sicherlich gibt es Beispiele genug, wo offensichtlich intersexuelle Menschen in dem einem Geschlecht erzogen wurden und dann im späteren Leben beschlossen haben, in das andere zu wechseln.“⁴²

Angesichts des momentanen Standes wissenschaftlicher Erkenntnisse ist es sinnvoll, von transsexuellen und transgender Variationen der geschlechtlichen Differenzierung und Entwicklung zu sprechen. Auch bezüglich Intersexualität lehnt Diamond das Konstrukt einer Disorder of Sexual Development (DSD) ab und belässt es auch hier beim Variationsbegriff (=Variation of Sexual Development; VSD).

So gesehen wäre Transsexualität als eine besondere „TVSD“ zu diskutieren. Oder als eine Brain Sex Variation of Sexual Differentiation and Development (BSVSD).

Variation bedeutet keineswegs, dass diese per se „harmlos“ sind und Leiden ausschliessen. Solche Geschlechtsvariationen können mit schlimmen und immer schlimmer werdenden Leiden verbunden sein. Sie sind immer mit sehr hohen gesundheitlichen Risiken assoziiert. Leiden und Risiken werden durch transphobe gesellschaftliche Strukturen und Handlungsweisen gesteigert.

⁴²Freie Übersetzung d.d.A.

Diese Sichtweise von Geschlechtsvariationen hat bedeutsame Konsequenzen. Da es *den* transsexuellen Menschen nicht gibt, sondern sehr individuelle Varianten von Verläufen, ist auch ein individueller Ansatz der Betreuung notwendig, der sich an den persönlichen Bedürfnissen orientiert. Da Transsexualität mit ausserordentlichem Leiden verbunden sein kann, sind niederschwellige Betreuungsangebote die einzige menschenrechtskonforme Lösung. Die derzeitige Praxis transsexuelle Menschen in ein Stufenschema zu zwingen, kann die Konsequenz zusätzlicher Qualen und Leiden bedeuten. Das von der WPATH seit Jahrzehnten propagierte Stufenmodell bedeutet, rasch einsetzende dem Leiden gerecht werdende Interventionen eventuell vorzuenthalten und transsexuelle Menschen in quälende Warteschleifen zu schicken. Abgesehen davon, dass das WPATH-Stufenschema in keiner Weise evidenzbasiert ist.⁴³ Angesichts des Fehlens evidenzbasierter Erkenntnisse würde es der WPATH besser anstehen, anstatt „Standards“ zu verkünden bescheiden zu bleiben und lediglich Möglichkeiten der Betreuung transsexueller Menschen aufzuzählen. Das letztere Vorgehen wäre das einzig wissenschaftlich-seriöse.

Die von vielen nationalen Administrationen aufgerichteten Hürden z.B. bei der Personenstandsänderung oder der Revision von Geburtsurkunden haben ähnliche Konsequenzen.

Die Medizin und auch die staatlichen Exekutiven haben adäquate Instrumente und Methoden entwickelt, um das Leiden transsexueller Menschen zu mildern, zu verkürzen und schliesslich zu beenden. Es gibt genügend Massnahmen, um die Gesundheit transsexueller Menschen adäquat fördern zu können. Woran es fehlt, ist der Wille Barrieren abzubauen und alle vom Klienten gewünschten Massnahmen gesamthaft gut aufeinander abzustimmen, wobei die Partizipation des Klienten der entscheidende Punkt ist. Wir haben einzelne gute Instrumente, aber es gibt kein stimmiges „Konzert“.

Dies bedeutet Betreuung durch ein ganzheitliches klientenzentriertes medizinisches Casemanagement, erfordert aber auch, dass die einzelnen transsexuelle Menschen nicht mehr mit administrativen Schwierigkeiten konfrontiert werden. Es geht um die persönlichen Bedürfnisse. Transsexualität ist keine Krankheit, aber eine Variation, die viele medizinische Risiken mit sich bringt. Diese Risiken erfordern niederschwellige medizinische Betreuung und administrative Unterstützung, wenn sie gewünscht wird.

2.5 Es gibt bei Transsexualität – im Gegensatz zu psychischen Störungen – keine obligatorischen sozialen Funktionseinschränkungen

Bei nahezu allen psychischen Störungen sind soziale Funktionseinschränkungen pathognomisch, d.h. die tiefgreifende soziale Funktionseinschränkung ist eine Kerncharakteristik des psychischen Gestörtseins. Ein Beispiel: Jeder Mensch kann Ängste haben. Wenn aber eine Person wegen der Ängste nicht mehr ausser Haus gehen kann und seine

⁴³Monstrey, 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, 206–14

alltäglichen Handlungen dadurch fundamental eingeschränkt sind, dann kann man von einer *Angststörung*, also einer psychischen Störung, sprechen. Jede Art von psychischer Störung – Angst, Zwang, Demenz, Depression, Manie, Schizophrenie, Posttraumatische Belastungsstörung, Autismusspektrumsstörung, ADHS usw. – weist eine für das Syndrom typische, spezifische soziale Funktionseinschränkung auf.

Die folgenden Feststellungen sind nicht evidenzbasiert, aber die uns vorliegenden Kasuistiken erlauben eindeutige Schlüsse: Die Mehrheit transsexueller Menschen weist keine sozialen Funktionseinschränkungen auf. Aufgrund der vorliegenden Studien⁴⁴ sind zwei Drittel der transsexuellen Menschen als psychisch „störungsfrei“ einzustufen. Die Erkenntnis der psychischen Ungestörtheit transsexueller Menschen ist dabei keineswegs neu; Schorsch notierte 1974(!):

„Von den extrem seltenen Fällen abgesehen, bei denen die Transsexualität Symptom einer Geistes- oder Gehirnkrankheit ist, findet sich eine Transsexualität bei meist psychisch nicht gestörten, im Durchschnitt gut intelligenten Persönlichkeiten ... Wenn sich jedoch im Laufe der Entwicklung besonders bei männlichen Transsexuellen in zunehmendem Maße psychische Beeinträchtigungen finden, dann sind sie meist Folge des starken sozialen Drucks und der dadurch bedingten Konflikte, denen eine Minorität ausgesetzt ist.“⁴⁵

Rauchfleisch hebt hervor, dass angesichts schwieriger Verhältnisse transsexuelle Menschen über Stärke, psychische Gesundheit und hohe soziale Belastbarkeit verfügen sollten, also eine gute soziale Funktionsfähigkeit, um den hindernisreichen Weg der Transition bestehen zu können:

„Immer wieder bin ich mit transsexuellen Frauen und Männern zusammengetroffen, die ... keinerlei psychopathologische Zeichen erkennen liessen und – im Gegenteil – eine grosse psychische Stabilität aufwiesen. Allfällige auftretende Depressionen, Angstentwicklungen und andere Störungen erwiesen sich häufig als Folgen der schwierigen Lebensumstände, in denen sich transsexuelle Menschen auch heute noch oft befinden. Etliche von ihnen verfügen aber über eine grosse Belastungsfähigkeit, die es ihnen ermöglichte, ihre zum Teil schwierigen Lebensumstände ... mit Bravour zu meistern, eine Leistung, der ich meine ungeteilte Hochachtung zolle.“⁴⁶

Fazit: Wo es keine psychische Störung gibt, findet sich auch keine soziale Funktionseinschränkung. Auch insofern gilt: Transsexualität ist gesund.

⁴⁴eine gute Übersicht gibt z.B. Peper, C.: Klientel der Sprechstunde für transsexuelle Patienten an einer Universitäts-Poliklinik für Psychiatrie: Eine deskriptive Studie. 2003, 65ff

⁴⁵E. Schorsch: Phänomenologie der Transsexualität. Therapie: Geschlechtsumwandlung ohne Alternative. *Sexualmed* 1974, 3: 195

⁴⁶U. Rauchfleisch: Transsexualität – Transidentität, Göttingen 2006 7f.

2.6 Im Gegensatz zu psychischen Störungen sind bei Transsexualität primär keine klinisch neuropsychologischen Störungen ausweisbar

Die neuropsychiatrische Forschung hat in den letzten 15 Jahren belegen können, dass die meisten länger andauernden psychischen Störungen mit klinisch-neuropsychologischen Störungen assoziiert sind oder die neuropsychologischen Defizite direkter Bestandteil der psychiatrischen Symptomatik sind. Insbesondere testpsychologische Untersuchungen zeigten: Solche Störungen wie Demenzen, Korsakoff-Syndrome, chronische Depressionen, Schizophrenien, posttraumatischen Belastungsstörungen, Borderline-Störungen, Zwänge, Autismusspektrumsstörungen oder ADHS sind mit testpsychologisch objektivierbaren Störungen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses und der Exekutivfunktionen verknüpft⁴⁷. Gestörte neuropsychologische Funktionen lassen sich zudem mit den Methoden des Electrical Neuroimaging (High-Density-EEG, EEG-Brain-Mapping) immer besser nachweisen.

Das kognitive Leistungsspektrum transsexueller Individuen wurde in den letzten Jahren ebenfalls genau (vor allem testpsychologisch) untersucht. Man fokussierte vor allem die Geschlechtsspezifität neuropsychologischer Funktionen. Man untersuchte beispielsweise, ob die kognitiven Funktionen transsexueller Frauen denen nicht-transsexueller Frauen ähneln. Die Ergebnisse dieser Studien zeigten widersprüchliche Ergebnisse. Ein wichtiges Ergebnis zeigte sich jedoch durchgängig: bei keiner dieser Studien gab es Hinweise für Störungen neuropsychologischer Funktionen bei transsexuellen Menschen.

2.7 Es gab und gibt zahlreiche Kulturen und Gesellschaften, in denen transsexuelle und transgender Menschen ihnen gemässe, stabile Lebensweisen und Kulturen entwickeln konnten bzw. können. Diese Kulturen waren/sind Ausdruck gesellschaftlicher Normalität und gesunder Alltagskultur, nicht Ausdruck einer krankhaften Gestörtheit

Ethnologie und Kulturwissenschaften liefern zahlreiche Beispiele historisch tradierter gesellschaftlicher Sozialstrukturen, die es intersexuellen, transsexuellen oder transgender Menschen erlauben eine ihnen gemässe Lebensweisen zu gestalten, für sie relevante gesellschaftlich und kulturell präformierte bzw. ritualisierte Lebensweisen zu adaptieren oder sich in entsprechenden kulturellen Gemeinschaften anzupassen. Bekanntes Beispiel sind die Hijras (Schätzungen bis zu 5 Millionen Hijras in Indien) mit gesellschaftlich übergreifenden, lokalen, regionalen und gesamtindischen Organisationsstrukturen: „Die matrilinearen Ketten stellen für Hijras also ein stabiles soziales Netz dar, das die Alters- und

⁴⁷eine gute Übersicht findet sich in: S. Lautenbacher; S. Gauggel: Neuropsychologie psychischer Störungen. Berlin Heidelberg 2004

Krankenversorgung sicherstellt.“⁴⁸ Hier handelt es sich um eine Jahrtausende alte kulturelle Tradition eines gesellschaftlichen „dritten Geschlechts“. Es sind weitere vielfältige Formen des dritten Geschlechts wie Berdache und Kathoy (geschätzte 300.000 Kathoy in Thailand) beschrieben worden. Bemerkenswert ist, dass trotz der traditionellen Verankerung der Lebensweisen in der Gesellschaft sowohl Hijra als auch Kathoy sich mit Menschenrechtsverletzungen auseinandersetzen müssen.^{49 50}

Aus psychiatrischer Sicht ist es nicht glaubhaft, dass derartige breit verankerte kulturelle Traditionen und Lebensweisen Ausdruck von psychischer Gestörtheit sein sollen. Eher ist davon auszugehen, dass hier auf der Basis auch von Varianten der Geschlechtsidentität alternative Lebenswürfe verwirklicht werden, für die es in diesen Gesellschaften besondere kulturelle Felder und Räume gibt.

⁴⁸dazu mehr E. Fels: Das Geschlecht jenseits der Dualität. Eine komprimierte Darstellung der dritten Geschlechtsposition Indiens. Erschienen in: Traude Pillai-Vetschera (Hrsg.); Zwischen gestern und übermorgen – Südasiatische Frauen im Spannungsfeld zwischen Gesellschaft, Politik und Spiritualität. Frankfurt am Main, 2002, 236-256

⁴⁹dazu weiteres und tiefer gehendes Material über die grosse Bandbreite der Lebensmöglichkeiten der TG/TS aus den asiatischen Ländern finden sich in den Seiten Transgender Asia, die von Prof. Sam Winter gepflegt wird, der an der Universität Hong Kong lehrt: <http://web.hku.hk/~sjwinter/TransgenderASIA/>

⁵⁰über die Situation der Hijras siehe auch <http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/TS/DE/TSDE-II.html#anchor172830>

3 Empfehlungen und Möglichkeiten

Nach wie vor bestehen beim Thema Transsexualität erhebliche Defizite bezüglich Evidenzbasierung. Dies betrifft die „Dignostik“ *und* die „Therapie“. Die Psychiatrie ist bei diesem Thema lediglich relevant, wenn

- transsexuelle Menschen sekundär reaktiv – etwa induziert durch Diskriminierungen – psychische Probleme bekommen oder
- sie – völlig unabhängig von Transsexualität – psychisch erkranken (so wie jeder andere, nichttranssexuelle Mensch auch unter einer psychische Störung leiden kann).

Es verdichten sich die Hinweise, dass Transsexualität als neurobiologische „condition“ anzusehen ist. Aber auch diesbezüglich bedarf es weiterer Arbeiten, um die Komplexität neurophysiologischer, neurochemischer und neurogenetischer Mechanismen und deren neuroanatomische Strukturiertheit noch besser zu erfassen. Milton Diamond beispielsweise sieht hier die bedeutsamsten Erkenntnismöglichkeiten für die Zukunft:

"As we started this discussion, I said that people like to find anatomical differences between male and female brains they're easier to see and understand than thinking differences. The biggest differences may not be in big structures, like an interstitial nucleus, or a BSTc. It may be in the dendrites, or the connections the nerves make. It may be in brain biochemistry. I'm reminded of a joke. A guy sees his friend looking under a lamppost and the conversation goes something like this:

'What are you doing?'

'I'm looking for the watch I lost.'

'Where'd you lose it?'

'I lost it down the street.'

'Well, why are you looking here?'

'There's better light here.'

That's what happens when we look for big things 'where the light is better.' But the crucial answers we are looking for may require techniques not yet available or understand. We may have to look at some different hormones combinations, we may have to look at some biochemical reactions, some genetic thing that we don't know yet. We're just beginning to peel back the layers of the onion, as it were. And each time we come to a mole on the onion we say 'Hey, look at this mole.' Well, it may just be a mole; we still have to get down to the core of the onion and understand the contribution

of all its layers. I do believe there are differences yet to be discovered in the hypothalamus and in the stria terminalis, and in basal ganglia, in the amygdala in the forebrain and the cortex. Unfortunately we don't yet know how to measure them. When we first came up with xrays or holograms, people began to use those as images and analogies for how the brain works; now people make analogies between the brain and the computer. We might even have to find new ways to conceptualize these complicated workings of the brain. We're still learning? we know a lot about the brain, but we're also ignorant of many things about it."⁵¹

(„Als wir diese Diskussion begannen, sagte ich, dass man gerne anatomische Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Gehirnen finden wolle, denn es sei leichter diese zu sehen und zu verstehen als über das bloße Nachdenken Unterschiede finden zu wollen. Die grössten Unterschiede finden sich ja möglicherweise nicht in grossen Strukturen, wie dem interstitiellen Nucleus oder dem BSTc. Sie könnten sich in den Dendriten oder den Nervenverbindungen manifestieren. Oder in der Biochemie des Gehirns. Ich erinnere mich an einen Witz. Ein Mann beobachtet seinen Freund, wie dieser unter einer Laterne etwas sucht, das Gespräch verläuft ungefähr so:

- Was machst du da?
- Ich suche die Uhr, die ich verloren habe.
- Wo hast du sie verloren?
- Ich verlor sie die Strasse weiter unten.
- Nun, warum suchst du hier?
- Es gibt hier besseres Licht.

Das passiert, wenn wir nach grossen Dingen suchen, weil dort eben besseres Licht zur Verfügung steht. Aber um diesbezüglich entscheidende Antworten finden zu können, stehen uns die dazu erforderlichen Forschungsmethoden noch nicht zur Verfügung oder wir verstehen es noch nicht sie entsprechend einzusetzen. Vielleicht müssen wir nach irgendwelchen unterschiedlichen hormonellen Kombinationen Ausschau halten, oder irgendwelchen biochemischen Reaktionen, es gibt auch genetische Zusammenhänge, die wir noch nicht wissen. Wir beginnen gerade, die einzelnen Schichten der Zwiebel zu schälen, so zu sagen. Und jedes Mal, wenn wir einen Flecken auf der Zwiebel finden, sagen wir ‚He, schauen Sie auf diesen Flecken.‘ Was immer das auch für ein Fleck sein mag: wir müssen uns eher an den Kern der Zwiebel heranmachen und den Beitrag aller ihrer Schichten verstehen. Ich glaube, es gibt noch Besonderheiten im Hypothalamus, in der Stria terminalis, in den Basalganglien, in der Amygdala, im Vorderhirn und dem Kortex zu entdecken. Leider haben wir hier ein Messproblem. Als wir das erste Mal mit Röntgenstrahlen oder Hologrammen daher kamen, begannen die Leute sich auf dieser Basis

⁵¹A Conversation with Dr. Milton Diamond; Interviewer/Author: Dean Kotula Published: The Pal-
lus Palace: Female to Male Transsexuals, Dean Kotula. [http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/
articles/2000to2004/2002-conversation.html](http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2000to2004/2002-conversation.html)

ein Bild davon zu machen, wie das Gehirn funktioniert. Jetzt stellen Leute Analogien zwischen dem Gehirn und dem Computer her. Wir sollten neue Wege finden, um diese komplizierte Arbeitsweise des Gehirns grundlegend zu begreifen. Wir lernen noch ... wir wissen eine Menge über das Gehirn, aber wir sind auch unwissend über viele seiner Aspekte.“⁵²

Das war 2002. Inzwischen ist die Wissenschaft beim Thema Transsexualität weiter in Bewegung gekommen, aber wichtige Arbeitsvorhaben stehen noch an. Unser Wissen und unsere Praxis sind im Aufbruch begriffen. Daher wäre es sinnvoll, sehr bescheiden fortzusetzen.

Gehen wir zunächst davon aus, dass Transsexualität nur eine neurobiologische „condition“, also transsexuelle-transgender Variation der geschlechtlichen Differenzierung und Entwicklung darstellt, als hirngeschlechtliche Form der Intersexualität. Für eine psychiatrische Klassifikation besteht keine Evidenz. Daher sollte Transsexualität auch aus dem ICD Kapitel F herausgenommen werden. Es gibt mehrere Möglichkeiten neu zuzuordnen: z.B. in Kapitel Q oder als Sonderfall in Kapitel U. Die entsprechenden Texte zur Beschreibung des Phänomens sollten möglichst weit gefasst werden, auf „harte Definitionen“ sollte erst einmal verzichtet werden. Dabei ist klar, dass Transsexualität eine „condition“ mit einem ausserordentlich hohem Gesundheitsrisiko darstellt und mit ausserordentlichem Leiden verbunden sein kann. Daher ist medizinische Betreuung und Begleitung notwendig, die sich an den Bedürfnissen der transsexuellen Menschen orientiert und nach dem Prinzip des medizinischen Casemanagements vorgeht. Wie bei anderen Hochrisikogruppen auch (Frühgeburten, Schwangere usw.) ist medizinische Betreuung „a priori“ notwendig, um Gesundheitsproblemen vorzubeugen. Dies ist keine *Therapie*.

Die Richtung künftiger Arbeitsvorhaben hat Diamond treffend skizziert.⁵³ Er fordert die Einführung von langfristig aufgebauten Fallsammlungen (Fallregistern, wie sie bei vielen tabuisierten „conditions“ z.B. bei Intersexualität bereits eingerichtet wurden). Diese unterliegen strengem Datenschutz und werden unter Einbezug von Menschenrechts- und Datenschutzorganisationen verwaltet. Der Zweck besteht darin, dass allmählich gesellschaftliches Wissen über die Bedürfnisse, Nöte und Erfahrungen transsexueller Menschen kumuliert. Denn, wie Milton Diamond zu recht feststellt: die Betreuung transsexueller Menschen orientiert sich immer noch an erlebten Anekdoten einzelner Behandler. Im Zusammenhang damit sollte die Transsexualitätsdiskussion endlich Anschluss an die Tradition der Evidenzbasierten Medizin erlangen. Das bedeutet verstärkte Antizipation

- eines Konzepts von Evidenzbasierung, das den Besonderheiten der Transsexualität gerecht wird
- von entsprechend ausgerichteten Reviews

⁵²Sehr freie Übersetzung d.d.A.

⁵³Author: Milton Diamond: Developmental, Sexual and Reproductive Neuroendocrinology: Historical, Clinical and Ethical Considerations; Published in: Frontiers in Neuroendocrinology, Volume 32, Issue 2, April 2011, 255-263,. <http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2010to2014/2011-ethical-considerations.html>

- von Studien mit kleinen Stichproben und kleinen Fallzahlen bzw.
- von exzellenten Einzelfallstudien.

Grosse prospektive randomisierte Studien werden in diesem Bereich eher die Ausnahme bleiben. Für den Bereich Betreuung ist zunächst festzuhalten: für jegliche Formen von „Standards“ ist es derzeit noch viel zu früh. Der Evidenzgrad aktuellen Wissens reicht allenfalls aus, um *Möglichkeiten* von Betreuung, Begleitung und Behandlung zu beschreiben. Das Stufenplan Modell der WPATH ist nicht evidenzbasiert und nicht menschenrechtskonform. Erforderlich sind flexible Methoden der Betreuung und Begleitung, die der Individualität des Verlaufs gerecht werden (also Casemanagement, s.o.). Gefragt sind flexible und *niederschwellige* Angebote, denn die „condition“ kann mit enormen Leiden assoziiert sein.

In diesem Zusammenhang verweisen wir auf die von uns veröffentlichten Guidelines Transsexualität⁵⁴ („Altdorfer Empfehlungen“), die speziell für Schweizer Verhältnisse eine hürdenfreie, auf medizinisches Casemanagement gestützte Begleitung, Betreuung und Therapie transsexueller Menschen konzipieren. Es wurde streng darauf geachtet, dass die Altdorfer Empfehlungen menschenrechtskonform sind. Aktivisten der deutschschweizer Menschenrechtsorganisation ATME e.V., die sich für Rechte transsexueller Menschen einsetzen, haben vor der Veröffentlichung das Dokument bezüglich Menschenrechtskonformität überprüft und Änderungen vorgeschlagen, die umgesetzt wurden. Zentrales Prinzip der Altdorfer Empfehlungen bezüglich medizinischer Betreuung ist die strikte, flexible Orientierung primär an den persönlichen Bedürfnissen der transsexuellen KlientInnen. Die Altdorfer Empfehlungen negieren die traditionellen Stufenschemata (à la WPATH) und gehen von der primären Ungestörtheit (Transsexualität als „neurobiologische Variation“) und Gesundheit von Transsexualität aus.

Erforderlich ist, dass die nichtmedizinischen Massnahmen, z.B. administrative, ebenso niederschwellig erfolgen.

Es wäre begrüssenswert, wenn die WHO Herangehensweisen und Vorgehensweisen unterstützen würde, die den medizinischen Transsexualitätsdiskurs in Richtung

- Etablierung eines echten Gesundheitsparadigmas (siehe Deklaration von Alma Ata und Ottawa-Charta), also Orientierung an Primary Health Care und Gesundheitsförderung
- Anerkennung gesellschaftlicher Ursachen von Krankheit und Behinderung, d.h. krankmachender Bedingungen wie der Transphobie und Diskriminierung

⁵⁴SPD Uri, H.-J. Haupt: Transsexualität – Grundlegende neurowissenschaftlich-medizinische, menschenrechtskonforme Positionsbestimmungen und daraus abzuleitende Empfehlungen für die Begleitung, Betreuung und Therapie transsexueller Menschen („Altdorfer Empfehlungen“, Finale Version 1.0. 2011)

<http://www.scribd.com/doc/76232225/Transsexualitaet-Altdorfer-Empfehlungen-Finale-Version-1-0-18102011>;

http://www.spduri.ch/fileadmin/dateien/downloads/Transsexualitaet_Altdorfer_Empfehlungen_Finale_Version_1-0_18102011.pdf;

<http://www.spduri.ch/SPD-Publishing.53.0.html>

- Menschenrechtskonformität im Umgang mit transsexuellen Menschen und
- der modernen Präventions- und Risikofaktorenmedizin vorantreiben.

Die WHO könnte – gemeinsam mit den Betroffenen-Movements und progressiven Wissenschaftlern/Betreuern – zu einem wichtigen *advocate* werden, um Regierungen und Gesundheitsverwaltungen in diesem Sinne zu beeinflussen.