

Werden wollen, wer man wirklich ist

Transsexualität als konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz – ein personenzentrierter Standpunkt

Cornelia Kunert

Wien, Österreich

Die Diagnose Transsexualität F 64.0 rangiert im ICD 10 unter den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Demgemäß wurden aus psychiatrischer Sicht im Laufe der vergangenen Jahrzehnte transsexuellen Menschen auf grob verallgemeinernde Weise und ohne jede Evidenzbasierung psychische Störungen, wie etwa Psychosen oder Borderline Störungen, aber auch oft charakterliche Defizite unterstellt.

Die genetisch-neurologischen Forschungsergebnisse der letzten 10–15 Jahre zeigen jedoch, dass es eine biologisch veranlagte Besonderheit des Gehirns gibt, die für das Identitätsempfinden transsexueller Menschen verantwortlich ist. Aus dieser Sicht erscheint die Transsexualität nicht als eine psychische Störung, sondern vielmehr als eine „genetische Variation der Geschlechtsentwicklung“ – als „eine Variante im Grenzgebiet von Genetik, Biologie und Neurowissenschaft bzw. Neuropsychologie“ (Haupt, 2012, S. 8).

Im November 2011 erschienen unter dem Titel „Transsexualität“ die sog. „Altdorfer Empfehlungen“ von Horst-Jörg Haupt, ein medizinisch-neurologisches Positionspapier, welches eine Fülle neurobiologischer Erkenntnisse zusammenfasst und zur Grundlage eines nicht pathologisierenden Case-Managements bei Transsexualität macht.

Ergänzend dazu kann auch von Seiten der Personzentrierten Psychotherapie und der personzentrierten Persönlichkeitstheorie diese Sicht auf den transsexuellen Prozess als einer gesunden Entwicklung (im Sinne zunehmender Kongruenz) unterstützt werden – was im Folgenden versucht wird.

Schlüsselwörter: Transsexualität, Pathologisierung, konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz, Kongruenzdynamik, Aktualisierungstendenz, Phänomenologie, Hirnforschung.

Wanting to become who you really are. Transsexuality as constitutional incongruence — a person-centered point of view. The diagnosis Transsexuality (Gender-Identity-Disorder) ranks in the ICD 10 among the personality behavioral disorders. Accordingly in the past decades the transsexual people, seen from the psychiatric view — generalising but without any evidencial based facts — were not only supposed to have mental disorders as psychoses or borderline disorder but also weakness of character.

The genetic-neurological research results of the last 10–15 years show, that there is a biological disposition of the brain, which is responsible for the gender identity. From this view transsexuality does not appear as a mental disorder, but as a “Genetic Variation in Sex Development” — as a “variation in the field of genetics, biology and neuroscience and neuropsychology” (Haupt, 2012, S. 8, translation by the author). In November 2011 Horst-Jörg Haupt published a medical-neurological positional paper titled “Transsexuality”, the so called “Altdorfer Empfehlungen”. This paper gives a résumé of a lot of neurological findings which bases a non pathological-orientated Case-Management for Transsexuality. The following tries to support this view on the transsexual process as personal growth (within the meaning of increasing congruence) from person-centered psychotherapy and the person-centered theory of the self.

Keywords: Transsexuality (Gender-Identity-Disorder), pathologization, Constitutional Incongruence of Gender, Congruence, Actualizing tendency, brain research.

Mag^a. Cornelia Kunert, geb. 1957, psychotherapeutische Tätigkeit in freier Praxis seit 1988, Personzentrierte Psychotherapeutin, Existenzanalytikerin, Supervisorin. Weiterbildung in Hypnotherapie n. M. Erickson. Mitglied

im Expert/innenteam für Transidentität des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP). kunert@utanet.at

Da über das sehr komplexe Thema der Transsexualität auch in psychotherapeutisch-psychologischen Fachkreisen wenig als allgemein bekannt vorausgesetzt werden kann, ist die Schwierigkeit, etwas so Spezifisches wie die Frage ihrer Krankheitswertigkeit zu diskutieren, evident. Es gibt bei diesem Thema neurobiologische, medizinische, psychologische, rechtliche und sozialwissenschaftliche Implikationen zuhauf und manchmal erscheint dieses Gebiet wie eine Kampfzone kontroverser Meinungen insbesondere bezüglich der Krankheitswertigkeit und der Indikation für geschlechtsverändernde medizinische Maßnahmen. Die Erkenntnisse der Hirnforschung in den letzten Jahren haben beim Thema Transsexualität zu einem so radikalen Umdenken beigetragen, dass es daher nicht unterbleiben sollte, die Schlussfolgerungen für die psychotherapeutische Arbeit daraus zu ziehen und aus der psychotherapeutischen Theorie und Praxis das zu bestätigen, was bestätigt werden kann.

Dies wird jedoch aus Platzgründen so gerafft geschehen müssen, dass wahrscheinlich viele Fragen aufgeworfen werden, die hier unbeantwortet bleiben müssen.¹

Ein Schlaglicht auf die Transsexualität

Viele transsexuelle Menschen² haben unterschiedlich lange und unterschiedlich stark die unveränderbare Überzeugung „im falschen Körper“ zu sein. Das führt in vielen Fällen dazu, dass früher oder später Schritte unternommen werden, um den Körper und die gelebte soziale Rolle der erlebten Geschlechtsidentität anzugleichen. Meist ist dieser Prozess mühsam und langwierig. Obwohl während dieser Zeit für die Betroffenen denkbar unangenehme soziale Veränderungen geschehen und sie von Verlusterlebnissen begleitet sind, wird dies alles in Kauf genommen, weil dieser Prozess als Befreiung und Harmonisierung erlebt wird. In einer Phase der Hormonsubstitution und dem Beginn des Lebens im Identitätsgeschlecht wird erprobt, ob dieser Anpassungsprozess tatsächlich trotz aller Schwierigkeiten zu einer Verbesserung der Lebensqualität führt. Danach – im Abstand von etwa 2 Jahren – folgen für viele Transsexuelle weitere folgenschwere chirurgische Maßnahmen um die körperliche Identität der erlebten anzugleichen. Obwohl alle diese Maßnahmen der Angleichung unterschiedlich erfolgreich und zudem irreversibel sind, das Leben der betreffenden Personen

Verlusten und Gefahren aussetzt, werden diese Schritte nur von etwa 0,4 Prozent der Transsexuellen im Nachhinein bereut (vgl. Hartmann & Becker, 2002, S. 96). Der transsexuelle Prozess wird idealerweise psychotherapeutisch i. S. eines Case-Managements begleitet und koordiniert. Gleichzeitig wird vor jedem medizinisch irreversiblen Schritt mehrfach befundet, um (prä-)psychotische Erkrankungen, schwere bipolare Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Dysmorphophobie oder eine von außen induzierte soziogene Geschlechtsdysphorie auszuschließen.

Die Prävalenz für Transsexualität liegt grob gerechnet insgesamt bei 1:10–40.000 (vgl. Rauchfleisch, 2006, S. 12).

Seit der Mitte des 20. Jahrhunderts hat man ärztlicherseits begonnen, statt einer mehr oder weniger gewaltsamen „Umstimmung“ Transsexueller durch psychiatrische Behandlung, Psychotherapie und anderer Zwangsmaßnahmen, dem Drängen nach Geschlechtsveränderung Zug um Zug nachzugeben und entsprechende medizinische und rechtliche Prozeduren etabliert, um das, was davor noch als Abartigkeit und sittlicher Verfall gegolten hat, in überschaubarere, einem medizinischen Management zugängliche Bahnen zu lenken.

Vorreiter waren Holland (u. a. Gooren, 2011) und die USA (u. a. Benjamin, 1966). In vielen Ländern, insbesondere der westlichen Welt, gelten heute „Standards of Care“ (WPATH, 2011) für die Durchführung geschlechtsangleichender Maßnahmen. Die personenstandsrechtliche Anerkennung im Identitätsgeschlecht ist in den meisten europäischen Staaten gesetzlich geregelt. Die Behandlung wird teilweise von Krankenkassen übernommen.

Begriffsbestimmungen

Transsexualität bezeichnet nach dem ICD 10 (F64.0) den „Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht so weit wie möglich anzugleichen“ (vgl. Dilling et al., 1999, S. 226).

„Aus neurowissenschaftlicher Sicht ist Transsexualität nicht als psychische Störung anzusehen, sondern als Variation im Grenzgebiet von Genetik, Biologie und Neurowissenschaft bzw. Neuropsychologie mit einer Leiden verursachenden Symptomatik“ (Haupt, 2012, S. 8).

Transidentität wird zunehmend synonym mit Transsexualität gebraucht. Ich verwende den (alten) Begriff Transsexualität, weil die Identität oftmals gar nicht dem Transprozess unterliegt, sondern das körperliche Geschlecht (Sexus) wird transformiert.

Transsexuelle Frauen sind Mann zu Frau Transsexuelle (MzF).

Transsexuelle Männer sind Frau zu Mann Transsexuelle (FzM).

Hormonersatztherapie bezeichnet die meist lebenslange Gabe von Sexualhormonen entsprechend dem zerebralen Geschlecht. Diese Therapie

1 Eine Fülle von Insider-Information zum Thema bietet die Website des Vereins Transx <http://www.transx.at/> und die Website von Lynn Conway <http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/conway.html>

2 Hinweis: Um den Forderungen im Hinblick auf eine geschlechtlich nicht diskriminierende Schreibweise zu genügen und kein Binnen-I zu verwenden, weise ich darauf hin, dass im folgenden Text im allgemeinen Fall die weibliche Schreibweise gewählt wird, aber damit sowohl Frauen als auch Männer gemeint sind.

bewirkt neben einer starken emotionalen Harmonisierung auch eine Veränderung der Körperformen (shaping).

Geschlechtsangleichende Operation (GAOP): Nach mindestens einem Jahr Hormontherapie können durch einen oder mehrere operative Eingriffe die äußeren Geschlechtsmerkmale an das Identitätsgeschlecht angeglichen werden. Die Standards orientieren sich sowohl am ästhetischen als auch funktionalen Ergebnis (Kohabitationsfähigkeit, Orgasmusfähigkeit). Die Operationen bewirken dauerhafte Unfruchtbarkeit.

Transvestitismus und Cross-Dressing nach ICD 10 (F 64.1) bezeichnet ein vorübergehendes Übernehmen der gegengeschlechtlichen Rolle durch Verhalten und Kleidung. Es wird vom **fetischistischen Transvestitismus** (F 65.1) abgegrenzt.

Transgender ist der Überbegriff für Personen, die – aus welchen Gründen auch immer – die Geschlechtergrenzen überschreiten. Manchmal wird die bestehende Geschlechterdichotomie auch aus politisch-sozio-kulturellen Gründen agitatorisch bestritten, indem sich eine Person äußerlich der geschlechtlichen Eindeutigkeit entzieht.

Intersexualität besteht, wenn Menschen genetisch und/oder anatomisch nicht eindeutig einem Geschlecht zugeordnet werden können.

Die „klassische“ Pathologisierung

In seinem 1995 erschienenen Buch „Geschlechtswechsel“ stellt der Sexualforscher Volkmar Sigusch eine Frage, die ihn über Jahre der Arbeit mit transsexuellen Menschen beschäftigt habe: „...ob wir überhaupt berechtigt sind, den Transsexualismus als Krankheit zu betrachten, ob wir nicht wie unsere Vorgänger eine Minderheit pathologisieren, weil uns deren Begehren so unverständlich ist“ (Sigusch, 1995, S. 61).

Seit dem Erscheinen der „Psychopathia Sexualis“ (Krafft-Ebbing, 1894) lastete der pathologisierende und diffamierende Blick der Medizin auf den Transsexuellen und stigmatisierte sie als schwer gestört. Sigusch fasst diese historische Tatsache zusammen, indem er festhält, „... daß der Transsexualismus im Laufe der Jahre beinahe allen bereitstehenden Krankheitseinheiten mehr oder weniger bündig zugeordnet worden ist – Psychosen, Neurosen, Borderline-Strukturen, Fetischismus, Masochismus, Homosexualität ...“ (Sigusch, 1995, S. 117).

Von „Anomalität“ (Mitscherlich, 1950, zit. nach Töpfer, 2012, S. 14), „Degenerationszuständen“, „Schwachsinn, moralisches Irresein“ (Krafft-Ebbing, zit. nach Sigusch, 1995, S. 89), „paranoide sexuelle Metamorphose“ (Krafft-Ebbing, zit. nach Roudinesco & Plon, 2004, S. 1022), einer schweren Perversion, Psychose oder gar vom „lächerlichen Mummenschanz“, wie ein Psychiater es 1950 ausdrückte (Kranz, zit. nach Töpfer, 2012, S. 58), wird heute im psychotherapeutischen Kontext nur mehr selten gesprochen. – (Wenn, dann nur unter vorgehaltener Hand.)

Wohingegen von Borderline-Störung, Perversion, „psychotische Identifikation mit der idealen Frau“ und „perverse Identitätsstörung“ (Roudinesco & Plon, 2004, S. 1023f.) in Bezug auf Transsexualität auch heute noch häufig zu lesen ist.

Von psychoanalytischer Seite wird der „transsexuelle Wunsch“ oft als zwar überlebensnotwendige aber neurotische Abwehrformation oder als narzisstische Projektion gesehen. Die psychoanalytische Deutung versteht in einer kruden Erklärung die Kastrationsangst als abgewehrt durch die tatsächliche Kastration [sic!] und sieht den sexuellen Trieb geopfert, um den Narzissmus zu schützen (vgl. Hartmann & Becker, 2002, S. 48).

Sigusch bezeichnete noch Mitte der 1990er Jahre Transsexuelle symptomatisch als „affektlos, starr, untangierbar und kompromißlos, egozentrisch, demonstrativ und nötigend, dranghaft besessen und eingeengt, merkwürdig uniform, normiert, durchtypisiert ...“ usw. (1995, S. 91). Kurz danach hat er selbst allerdings dankenswerterweise zugegeben, dass er sich in der Formulierung dieser Leitsymptome „recht unkritisch an jene klassische deutsche Psychiatrie angeschlossen“ habe, die „auffällige und kranke Menschen herabsetzte“ (ebd.).

Die Aufzählung waghalsiger Pathologisierungen und psychodynamischer und psychoanalytischer Deutungen der Genese des Phänomens Transsexualität ließe sich noch lange fortsetzen und doch entbehren sie allesamt einer notwendigen Evidenzbasierung um allgemeine Gültigkeit zu beanspruchen. „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 bezüglich Transsexualität bisher keine Diskussionen über ein angemessenes Konzept von evidenzbasierter Medizin“ (Haupt, 2012, S. 9). Allein schon unter diesem Gesichtspunkt erscheint die breitgefächerte und beliebig anmutende Deutungsvielfalt in Richtung Persönlichkeitsstörung und Psychose überaus fragwürdig und überzogen. Vielleicht lässt sich diese Tendenz in der Medizin und Psychotherapie aber auch daraus verstehen, dass das Phänomen Transsexualität mit dem Wunsch nach chirurgischen Eingriffen am gesunden Körper etwas zutiefst Beunruhigendes hat. „Medizin und Rechtsprechung haben durch ihr Entgegenkommen das transsexuelle Verlangen weitgehend unter ihre Kontrolle gebracht, nicht zuletzt im Interesse der Aufrechterhaltung der traditionellen Geschlechterordnung“, schreibt die Psychoanalytikerin Sophinette Becker (2004, zit. nach Haupt, 2011a, S. 4).

Die Medizin und die Psychiatrie hatten dem Drängen der transsexuellen Menschen nachgegeben und sich damit auf etwas eingelassen, was viele ethische, soziale, juristische und technische Fragen aufwirft. Sie mussten auch erkennen, dass die Zahl der Menschen, die geschlechtsverändernde Maßnahmen wünschen, weitaus größer ist, als man dachte. In Österreich finden nach der Aussage eines mir bekannten Chirurgen schätzungsweise 30–40 geschlechtsangleichende chirurgische Eingriffe pro Jahr statt. Ich habe in einer Expertenrunde einen Psychiater sagen hören, er habe Angst, mit der zur Zeit in mehreren Ländern bereits stattfindenden Genehmigung einer

Hormontherapie bei Jugendlichen (mit gesicherter Diagnose Transsexualität) werde die ‚Büchse der Pandora‘ geöffnet. Diese Aussage scheint mir bezeichnend für das Unbehagen derer, die meinen, man dürfe Gott nicht ins Handwerk pfuschen, aber nicht davor zurückschrecken würden, sich einen Herzschrittmacher implantieren zu lassen.

Das Umdenken aus der Erfahrung

Es ist eine heute allgemein anerkannte Tatsache, dass Transsexuelle weder durch drohende Bestrafung noch durch Psychotherapie oder psychiatrische Behandlung von ihrer inneren Gewissheit, einem bestimmten Geschlecht anzugehören, abgebracht werden können. Vielmehr kann das Leiden nur dadurch erfolgreich „therapiert“ werden, dass der Weg ins Identitätsgeschlecht für die Betroffenen sozial, medizinisch und rechtlich geebnet wird.

Von psychiatrisch-psychotherapeutischer Seite wurde diese Haltung erstmals 1950 (!) vom Daseisanalytiker Medard Boss eingenommen, der auf einer psychiatrischen Tagung in Badenweiler über eine transsexuelle Frau berichtet hat, bei der er nach einer 50-stündigen Psychotherapie eine chirurgische Geschlechtsanpassung (nach den damaligen medizinischen Möglichkeiten) empfohlen hat, weil er zu dem Schluss gekommen war, dass es sich aus **phänomenologischer Sicht** um ein „*konstitutionelles Missverhältnis* zwischen körperlicher und seelischer Beschaffenheit handelte“ (Boss, zit. nach Töpfer, 2012, S. 26). Die Operation sah Boss als die einzige Möglichkeit für diese Person, „*seine Art des Selbst-Sein-Könnens*“ (Boss, zit. nach Töpfer, 2012, S. 26) zu verwirklichen und Selbstverstümmelung oder Suizid hintanzuhalten. Diese Vorgangsweise löste teilweise starke Enttäuschung bei den anwesenden Psychiatern aus, und Mitscherlich sah sich veranlasst, an 24 Kollegen (unter anderem C. G. Jung) einen Brief mit der Bitte um Stellungnahme zu dem von Boss vorgestellten Fall zu versenden. Die sehr kontroversen Kommentare und Reaktionen sind als Boss-Mitscherlich-Kontroverse in die Psychiatriegeschichte eingegangen.

In den folgenden Jahrzehnten hat sich sowohl in den USA als auch in Europa langsam aber kontinuierlich eine Behandlung durchgesetzt, die den transsexuellen Personen ein Leben im Identitätsgeschlecht ermöglichen soll. Man kann sagen, dass dies letztlich auf das unaufhörliche Drängen der Menschen selbst zurückzuführen ist, die sich mit innerer Gewissheit dem empfundenen Geschlecht zugehörig fühlten. Nur widerwillig und langsam hat die Medizin und die Psychotherapie diesem Drängen nachgegeben und sich dafür wie zur Rechtfertigung für ihre „Beihilfe“ an diesem skandalösen Unterfangen, der schwersten Pathologisierung bedient, die zu haben waren.

Auch in dem 2002 erschienenen Buch von Hartmann und Becker, das insgesamt in einer sehr pathologisierenden und sogar transphoben Weise das Thema „Geschlechtsidentitätsstörungen“ behandelt (z. B. werden transsexuelle Frauen durchgehend als Männer bezeichnet – auch noch nach einer GAOP), müssen die Autoren dann im Kapitel über die Ursachen eingestehen: „die Ätiologie des Transsexualismus ist nach wie vor ungeklärt“ (Hartmann & Becker, 2002, S. 25). Es scheint, dass sich in diesem Vakuum des Ungeklärtseins die pathologisierenden Deutungen besonders leicht ausbreiten konnten. Die Versuche, das Rätsel der Transsexualität durch psychodynamische Schlussfolgerungen zu lösen, sind allesamt unbestätigte Postulate geblieben (vgl. Sigusch, 1995, S. 66).

Versuche einer korrektiven Therapie, die die Transsexualität zum Verschwinden bringen sollte, hat es in der Vergangenheit gegeben und gibt es vereinzelt noch heute, sie können aber insgesamt als gescheitert betrachtet werden. Es finden sich dazu in der wissenschaftlichen Literatur auch nur wenige Belege und keinerlei Erfolgsstatistik. Das verwundert nicht, wenn man weiß, wie ein transsexueller Mensch reagiert, wenn seine Geschlechtsidentität in Zweifel gezogen wird, nachdem er einmal begonnen hat, sich innerlich dazu zu bekennen. Ein Abbruch eines derartigen „Therapieversuchs“ wäre zweifellos die unmittelbare Folge. Daher ist nach derzeitigem State-of-the-Art der Behandlung eine „Umstimmung“ oder der therapeutische Versuch, die zugewiesene Geschlechtsidentität wieder annehmbar zu machen, weder ein ausgesprochenes noch ein verborgenes Therapieziel.

Seit die behandelnden Psychiaterinnen und Psychotherapeutinnen in den letzten Jahren begonnen haben, ihre theoriegeleitete und unphänomenologische Deutungshoheit über die „Krankheit“ Transsexualität etwas zurückzunehmen und ihre methodenspezifischen Scheuklappen abzulegen, wird der Blick aus der Erfahrung mit den Transsexuellen selbst klarer. Dann zeigt sich nämlich ein ganz anderes – ein nichtpathologisches – Bild:

Aus seiner 30-jährigen Arbeit mit transsexuellen Menschen unter anderem an der psychiatrischen Universitätsklinik Basel resümiert der Psychoanalytiker Rauchfleisch: „Nach meiner heutigen Auffassung können wir Transsexualismus nicht als eine Störung der Geschlechtsidentität betrachten, sondern müssen sie als Normvariante ansehen, die in sich, wie alle sexuellen Orientierungen, das ganze Spektrum von psychischer Gesundheit bis Krankheit enthält“ (2006, S. 22) und „Aufgrund meiner Erfahrung mit transidenten Menschen gehe ich heute davon aus, dass die Transidentität wie die sexuellen Orientierungen ... in keinem Zusammenhang mit wie auch immer gearteten psychischen Störungen steht“ (ebd., S. 48).

Auch Sigusch, ehemaliger Direktor des Instituts für Sexualwissenschaft des Universitätsklinikums Frankfurt, will nun

dazu beitragen, dass es seinen Kollegen leichter fällt, „die un-abstellbaren Mechanismen der Pathologisierung des Transsexualismus und der Transsexuellen zu durchschauen“ (1995, S. 80). Es sei der „nosomorphe Blick“ der psychologischen Medizin, der zu der „Unsitte“ geführt habe, „alles Anstößige und Unverständliche zu psychopathologisieren“ (ebd.).

Rauchfleisch spricht von einem **Paradigmenwechsel**, der dadurch bedingt ist, „...daß wir heute eine weitaus grössere Zahl transsexueller Frauen und Männer kennen als in früheren Jahren. ... Dadurch haben wir ein wesentlich differenzierteres Bild gewonnen und haben erkannt, dass wir längst nicht bei allen diesen Menschen, vielleicht nur bei einem verschwindend kleinen Teil, Zeichen einer wie auch immer gearteten Psychopathologie feststellen können“ (2006, S. 21).

Doch nicht nur die Sexualforscher haben ihre Meinung geändert. Auch in der Öffentlichkeit gelten Transsexuelle nicht mehr als exotische Außenseiterinnen. Man ist meist selbst schon einem transsexuellen Menschen im Alltag begegnet und somit immerhin soweit aufgeklärt, dass man es dabei nicht mit einem „modernen Mutanten“ und „Dinosaurier der Postmoderne“ zu tun hat, wie Runte (1992, S. 4) in ihrer als wissenschaftliche Abhandlung getarnten Spottschrift *Transsexuelle* offen bezeichnet.

Das Thema Transsexualität bzw. Transgender ist in den vergangenen Jahren stärker im Bewusstsein der Informationskonsumentinnen als je zuvor. Sowohl Gerichte, Kommissionen, Ärztinnen, Psychotherapeutinnen als auch Jurymitglieder oder Lehrerinnen sind zunehmend damit konfrontiert. Schicksale erscheinen in Buchform oder als *biopic* im Fernsehen. Transgenderpersonen, die es in allen Berufs- und Bevölkerungsschichten gibt, tragen selbst dazu bei, stärker präsent zu sein. Es werden Kongresse organisiert, Informationsveranstaltungen, Kampagnen und Selbsthilfegruppen abgehalten, unzählige Webseiten betrieben usw. Wenn man will, dann kann man auf youtube gemütlich dabei zusehen, wie sich ein Gesicht im Zeitraffer durch den Einfluss von Steroidhormonen von männlich zu weiblich oder umgekehrt verändert. Man zeigt selbstbewusst das her, was früher niemand wissen durfte, wollte man nicht Beruf, Ansehen, Freunde – kurz alle sozialen Ressourcen – verlieren. Heute wird von vielen Menschen, die sonst nicht mit dem Phänomen Transsexualität bewusst in Berührung gekommen sind, verstanden, dass es sich dabei weder um eine sexuelle Perversion noch um eine provokante Agitation handelt. Vielen ist heute klar, dass ein schicksalhaftes Ringen um eine Lebensmöglichkeit der Grund ist, der transsexuelle Menschen dazu bewegt, zu behaupten dem jeweils anderen Geschlecht anzugehören, als dem bei ihrer Geburt zugewiesenen. Die Transsexuellen selbst sind nicht bizarre Figuren oder werden der Prostitution zugeordnet, sondern leben als gleichwertige Angehörige der Gesellschaft und

üben dieselben Berufe aus wie alle anderen auch, ob als Medizinerin oder Mediziner, Juristin oder Jurist, Arbeiterin oder Arbeiter, Künstlerin oder Künstler, Psychologin oder Psychologe, Angestellte oder Angestellter, Arbeitslose oder Arbeitsloser ... – erkannt oder unerkannt, Frau oder Mann (oder dazwischen).

Der Kommissar für Menschenrechte des Europarats kritisierte 2009 die durch die Klassifikationssysteme bestehende Zuordnung von Transsexuellen als psychisch gestört und sieht darin eine Einschränkung der Menschenrechte (vgl. Hammarberg, 2009).

Auf einem Vortrag in Strassburg vertrat der Health and Human Rights Advisor der WHO, Frau Nygren-Krug, diese Linie und äußerte sich besorgt darüber, dass Transsexualität nach wie vor als psychische Krankheit im Diagnoseschema ICD geführt wird: „Although homosexuality is no longer included, other issues that may concern us remain, such as transsexualität as a mental disorder“ (vgl. Haupt, 2011b, S. 3 f.). Diesen bemerkenswerten Stellungnahmen wird allerdings in der gängigen Behandlungspraxis noch kaum Rechnung getragen und es bleibt abzuwarten wie Transsexualität im ICD 11 (voraussichtlich 2015) verschlüsselt werden wird.

Neue Erkenntnisse der Hirnforschung

Nicht nur die Erfahrungen der Praxis und der phänomenologische Blick haben bei manchen Expertinnen zu einem Umdenken bezüglich der Krankheitswertigkeit der Transsexualität geführt, auch neuere Befunde aus der Hirnforschung belegen nun, dass es sich nicht um eine psychische Störung handelt.

Die zunehmende Bedeutung der Hirnforschung im Zusammenhang mit Psychotherapie und Psychiatrie ist evident. Seit etwas mehr als 10 Jahren wird nun auch das Phänomen Transsexualität naturwissenschaftlich stärker erforscht und es konnten mehrere relevante Befunde dazu erhoben werden, die die psychodynamischen Ätiologien weitgehend ersetzt haben. Hier kann diese Tatsache nur kurz erwähnt werden, so dass eine intensivere Auseinandersetzung damit dem interessierten Leser anhand der Literaturangaben (Zhou et al., 1995; Swaab, 2011; Haupt, 2011a; 2011b; Gooren, 2011; Ecker, 2009; Diamond, 1994; 2002) überlassen bleibt. Es soll auch nicht verschwiegen werden, dass diese Ergebnisse erwartungsgemäß durchaus kontrovers diskutiert werden.

Im Jahre 2009 hielt Sidney Ecker auf der jährlichen Versammlung der American Psychiatric Association ein Referat, in dem er den neurowissenschaftlich-genetischen Forschungsstand zum Thema Transsexualität zusammenfasste. In seiner Schlussfolgerung stellte er fest: „Geschlechtsidentität entsteht

im Gehirn. Bei TransGender Personen wird die normale geschlechtliche Ausdifferenzierung bestimmter hypothalamischer Netzwerke durch die Programmierung des Gehirns in utero verändert, bevor überhaupt der erste Atemzug erfolgt“ (zit. nach Haupt, 2011a, S. 85).

Demnach wäre Transsexualität eine Sache der Biologie und nicht der Psychiatrie und Geschlechtsidentität nur bedingt frei wählbar, sondern hirnanatomisch angelegt.

Der holländische Forscher Dick Swaab, der zusammen mit Louis J. Gooren (vgl. Zhou et al., 1995) das für die Geschlechtsidentität relevante Gehirnareal (Bed Nucleus der Stria Terminalis) identifizieren konnte, schreibt: „Alle Fakten weisen darauf hin, dass Genderprobleme bereits in der Gebärmutter entstehen. Man hat kleine Veränderungen der Gene entdeckt, die an der Wirkung der Hormone auf die Gehirnentwicklung beteiligt sind und auf diese Weise die Wahrscheinlichkeit von Transsexualität erhöhen. Auch ein abnormaler Hormonspiegel des Kindes in der Gebärmutter oder Medikamente, die eine Mutter während der Schwangerschaft einnimmt und die den Abbau von Geschlechtshormonen hemmen, können die Wahrscheinlichkeit von Transsexualität erhöhen. Die Differenzierung unserer Geschlechtsorgane vollzieht sich in der ersten, die sexuelle Differenzierung unseres Gehirns in der zweiten Schwangerschaftshälfte. Da diese beiden Prozesse in unterschiedlichen Phasen ablaufen, wird die Theorie vertreten, dass diese Prozesse bei Transsexualität unterschiedlichen [hormonellen, Anm. d. Verf.] Einflüssen unterliegen. Wäre dem so, würde man bei MzF-Transsexuellen weibliche Strukturen in einem männlichen Gehirn erwarten und bei FzM-Transsexuellen das Umgekehrte“ (Swaab, 2011, S. 104). Bestätigung erhielt diese Theorie durch Obduktionen an einem Sample von 6 Gehirnen verstorbener MzF-Transsexueller, was daraufhin in der Zeitschrift *Nature* publiziert wurde (vgl. Zhou et al., 1995).

In den darauffolgenden Jahren haben weitere Studien diese Ergebnisse bestätigt, so dass Milton Diamond, einer der führenden Neurologen beim Thema Intersexualität und Transsexualität, in seiner Arbeit zu dem Schluss kommt: „I maintain that transsexuality is a form of intersex. ... And it is this brain intersexuality that biases the person to assert his or her gender identity“ (Diamond, 1994, zit. nach Haupt, 2011a, S. 20).

Damit ist gemeint, dass es eine zerebral angelegte Geschlechtsidentität gibt, die durch eine Entwicklungsstörung (pränatal) nicht mit dem „peripheren Geschlechtskörper“ (Haupt, 2012, S. 26) übereinstimmt, auf den sie trifft. Ganz plastisch gesprochen stellt sich irgendwann im Laufe des Lebens die Gewissheit ein: „Ich bin männlich, habe aber eine Vagina“, oder „Ich bin weiblich, habe aber einen Penis“. Es handelt sich folglich um eine **konstitutionelle Inkongruenz** zwischen dem Identitätsgefühl und den primären und sekundären

Geschlechtsmerkmalen. Diese wird von den Transsexuellen sehr oft bereits mit etwa 4 Jahren als Irritation wahrgenommen und dann spätestens in der Pubertät als Problem erlebt.

Ich schlage daher für den ICD 11 aus den oben beschriebenen Gründen den Begriff konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz als geeignet für eine diagnostische Bezeichnung außerhalb der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen (F60–F69) vor. Denkbar wäre stattdessen eine Einordnung als Entwicklungsstörung (F80–89).

Die Konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz aus personenzentrierter Sicht

Zu einer Zeit, als diese hirnanatomischen Fakten noch gar nicht vorlagen, schrieben Pfäfflin und Junge in ihrer großen Sammlung von Abhandlungen und klinischen (Nach-) Untersuchungen zum Thema Transsexualität im Kapitel ‚Ergebnisse und Diskussion‘: „Wer transsexuell war, war es gewissermaßen von seinem Wesen her“ (1992, S. 435). Hier war „vom Wesen her“ sozusagen eine Wiederaufnahme des Ergebnisses, zu dem der Phänomenologe Medard Boss bereits 1950 gekommen war. Nun hat sich aber wie beschrieben die Hirnforschung dieses rätselhaften Phänomens angenommen und versucht, dieses „Wesen“ auf der Landkarte des Gehirns zu verorten und damit die Transsexualität gewissermaßen zu entmythologisieren und dingfest zu machen. Dieses Festmachen an der hirnanatomischen Gegebenheit, am so genannten „Hirngeschlecht“, sollte demnach die Verunsicherung, die das transsexuelle Phänomen seit jeher durch die Infragestellung der dichotomen Geschlechterordnung in der Gesellschaft hervorruft, beruhigen können. Es würde nun weiterhin Frau oder Mann geben, bestimmt vom Zentralorgan Gehirn. Das „Wesen des Menschen“ wird also gewissermaßen in das Gehirn verlegt, um dort dem genetischen Schicksal gänzlich zu unterliegen.

Ein Menschenbild, das aus einer solchen Sicht unter dem Titel „Wir sind unser Gehirn“ (Swaab, 2011) die Person auf das Produkt zerebraler Prozesse reduzieren will, widerspricht aber dem fundamentalen, phänomenologischen Selbstverständnis des Menschen, der sich als selbstverantwortlich i. S. des freien Willens erlebt. Dem personenzentrierten und phänomenologischen Zugang erschließt sich Selbst und Identität immer aus der (Selbst-)Erfahrung innerhalb der Lebenswelt und nicht aus einer neurobiologischen Zuordnung.³

Wenn ich den Menschen anschau und zum phänomenologischen Wesensblick frei werden will, brauche ich die

³ Aus humanistischer Perspektive würde sich hier die Diskussion um Willensfreiheit und materialistischen Determinismus anschließen. Die Frage der Geist-Gehirn-Interaktion ist durch die Erkenntnisse der Hirnforschung zwar gestellt aber durch sie nicht beantwortet.

medizinisch-biologischen Fakten nicht, ja ich darf mich von diesen gar nicht beeinflussen oder in meiner Erkenntnis bestimmen lassen. Schließlich war es bisher auch ein medizinisch-biologisches Faktum, dass der Chromosomensatz eindeutig bestimmt hat, ob ich es mit einer Frau oder einem Mann zu tun habe. Nur die transsexuellen Menschen in ihrer Selbstwahrnehmung und die wenigen phänomenologisch orientierten Expertinnen haben dem widersprochen und nehmen nun lediglich die nachträgliche Bestätigung aus der Naturwissenschaft entgegen. (Eine ähnliche Bestätigung gab es übrigens m. E. im Zusammenhang mit Empathie und der Entdeckung der Spiegelneuronen.)

Die Phänomenologin oder die personenzentrierte Therapeutin vertraut immer darauf, dass ein Mensch, der bereit ist, dem Anderen in seinem Anderssein offen und vorbehaltlos zu begegnen, ohne sich seiner ermächtigen zu müssen, dieses Wesen des Anderen – der Philosoph Emmanuel Levinas nennt es das „Antlitz“ (1987, S. 117.) – auch wahrnehmen kann. Die Deutung der Lebenswirklichkeit des Anderen und erst recht eine diagnostische Festschreibung seines Leidens kann zu einer Ermächtigung oder einem Verfügewollen werden. Gerade weil sich nach Levinas im „Antlitz“ des Anderen sein Widerstand gegen unseren Willen und unserer Macht zeigt, folgert er in diesem Sinne: „Dem Anderen von Angesicht zu Angesicht gegenüberzustehen – das bedeutet, nicht töten zu können“ (ebd., S. 116f.). Um ihn zu töten muss ich ihn demnach zuvor zu einem verfügbaren Objekt gemacht haben.⁴

Wenn es auch in der psychotherapeutischen Begegnung nicht um rohe Gewalt geht, so können wir den Gedanken übernehmen und dazusagen: Dieses „Antlitz“ zu sehen bedeutet, nicht pathologisieren zu können.

Noch 1980 hat Rogers zu Recht vorausschauend behauptet, „... daß das medizinische Modell – mit Einschluß der Diagnose pathologischen Verhaltens, der Spezifizierung von Behandlungsmethoden sowie der Erwünschtheit von Genesung – ein völlig inadäquates Modell für den Umgang mit psychisch notleidenden oder im Verhalten abweichenden Personen ist“ (1980/1998a, S. 188). Nur die vollständige Akzeptanz und das radikale Geltenlassen der inneren Welt einer Klientin ermöglicht die echte Begegnung und die Entfaltung des therapeutischen Prozesses. Für die psychische Gesundheit gilt eine „Unschärferelation“: Kaum will man sie fixieren auf eine Eigenschaft oder ihren Mangel, sieht man die „fließende Gestalt“ der Selbststruktur (Rogers, 1959/1991, S. 59) – die Person im Prozess – nicht mehr. Schließlich ist psychische Gesundheit kein zu erreichendes Ideal, sondern die graduelle und dynamisch sich

entfaltende Übereinstimmung dieser Person mit ihrer eigenen (organismischen) Erfahrung.

Wird eine Person einem auch noch so gut gemeinten oder „existenziellen“, aber letztlich fremddiskursiven, Sein-Sollen unterworfen (das Gesund-Sein-Sollen ist dabei keine Ausnahme), dann wird ihr Wesen sicher verfehlt und ihr „Antlitz“ bleibt verborgen.

Es zeigt sich gerade am Phänomen der Transsexualität, wie leicht die Fixierung auf eine Pathologie oder, wie Sigusch es nennt, der „nosomorphe Blick“ (1995, S. 68), das Verständnis des Wesens einer (transsexuellen) Person, den „Wesensblick“ und damit auch einen therapeutischen Prozess behindern kann. In der phänomenologischen und personenzentrierten Diagnostik regiert immer das feinfühlig empatische Verstehen über die Deutung. Wenn nicht, dann wird die phänomenologische Haltung oder die bedingungslose positive Zuwendung als eine der wesentlichen therapeutischen Haltungen „verdorben“ (Rogers, 1980/1998a, S. 199). Zutritt zum phänomenalen Feld einer Person in der Begegnung erhalte ich nur, wenn ich das vermeintlich überlegene Vorauswissen über ihre Bestimmung und Lebensmöglichkeit zurücklassen kann.

Also muss die Frage, ob Transsexualität eine psychische Krankheit sei oder nicht, aus personenzentrierter Sicht gar nicht erst mit einem Ja oder Nein beantwortet werden.

„Ich bin in vielerlei Hinsicht leichtgläubig“, sagt Rogers, „und akzeptiere meinen Klienten als den, der er zu sein behauptet, ohne untergründig zu argwöhnen, dass er vielleicht anders sein könnte. Ich akzeptiere das, was in meinem Klienten ist, nicht das, was in ihm sein sollte“ (1977/1994b, S. 155). Rogers ist darin ganz phänomenologisch, denn „die Phänomenologie ... fordert für die Welt, wie sie vom konkreten Menschen, der sein Leben lebt, wahrgenommen wird, den unverlierbaren Vorrang zurück“ (Levinas, 1987, S. 101).

Vielen Therapeutinnen fällt es anfangs schwer, den transsexuellen Wunsch empathisch aus dem inneren Bezugsrahmen des Anderen heraus zu verstehen und als berechtigt gelten zu lassen. Manche schrecken verständlicherweise zurück vor den chirurgischen Maßnahmen, die von der Klientin möglicherweise verlangt werden und die nur mit deren innerstem Erleben begründet werden können. Einem transsexuellen Menschen als Therapeutin gegenüberzusitzen, fordert die vertrauensvolle, phänomenologische Haltung in einer Weise heraus, wie dies selten sonst der Fall ist. Nur wer die radikale Offenheit im Sinne einer bedingungslosen positiven Zuwendung aufbringt, dem zeigt sich, dass die Brücke des Vertrauens in die organismische Erfahrung des Anderen trägt und über die Abgründe einer vermeintlichen „Psychochirurgie“ hinweg zu mehr Wachstum führt.

⁴ Man denke dabei an die Pressebilder, auf denen Gefangenen das Gesicht verdeckt wird, bevor ihnen Gewalt angetan wird. Auch auf dem berühmten Gemälde von Rembrandt, das die unmittelbar bevorstehende Opferung Isaaks zeigt, verdeckt Abraham mit einer Hand das Gesicht des Sohnes.

Die erzwungene Selbstentfremdung

Die Wahrnehmung des eigenen Geschlechts konsolidiert sich zwischen dem 3. und 4. Lebensjahr und viele Transsexuelle berichten darüber, bereits in diesem Alter erstmals die Zugehörigkeit zum zugewiesenen Geschlecht bezweifelt oder bedauert zu haben. Oft verlangt das Kind mit Nachdruck, die Kleider des inneren Geschlechts zu tragen und es wählt Spielkameradinnen und Spiele, die diesem entsprechen. Die Antwort der relevanten Bezugspersonen fällt in der Regel ablehnend aus. Eltern stellen sich häufig die bange Frage nach der eigenen Schuld daran und manche reagieren gar mit Drohung oder Bestrafung. Das Kind erlebt seine Äußerung der diesbezüglichen organismischen inneren Befindlichkeit daher fast immer als einen Auslöser für Entsetzen und Abwendung bei den Bezugspersonen. Wenn aber diese bedeutsame Erfahrung der inneren Geschlechtsidentität von den wichtigen Bezugspersonen nicht wertschätzend nachvollzogen wird, wird das Kind Inkongruenz erleben und Schuldgefühle entwickeln: „Etwas stimmt bei mir nicht; ich sollte anders sein und empfinden.“

Da das Kind unter diesen Bedingungen fürchten muss, die Zuwendung und positive Beachtung der relevanten Bezugspersonen zu verlieren, wenn es seine Seins- und Selbsterfahrung zulässt, kann es diese Erfahrung nicht korrekt symbolisieren und ins Selbstkonzept integrieren. Die Gefahr für das Kind, den Schutz der Eltern zu verlieren, und die Angst davor, ist zu groß. Es muss dieses spezifische Selbsterleben seiner Geschlechtsidentität (auch wenn es noch gar nicht klar im Selbstkonzept repräsentiert ist) vor sich selbst und anderen verbergen und es entsteht Inkongruenz. *Es handelt sich dabei um eine konstitutionelle Inkongruenz⁵, weil sich das Kind ja in seiner „unpassenden“ Geschlechtsidentität bereits so vorfindet und Inkongruenz zwischen Geschlechtskörper und Geschlechtsempfinden erlebt, ohne dass ein psychischer oder sozialer Konflikt vorausgegangen sein muss.*

In der personenzentrierten Krankheitslehre kommt der Inkongruenz zwischen (organismischer) Erfahrung und Selbstkonzept besondere Bedeutung zu. Kommt es zu einem Widerspruch zwischen wahrgenommenem Selbst und der tatsächlichen organismischen Erfahrung, entsteht Inkongruenz als ein Zustand ängstlicher Spannung und innerer Zerrissenheit (vgl. Rogers, 1959/1991, S. 29; Biermann-Ratjen, 2006, S. 96ff.). Einerseits wird die Selbstaktualisierungstendenz dazu führen, dass das Kind versucht, sich durch die Abwehr der inneren Erfahrung

zu schützen, andererseits wird das organismische Erleben, zwar unbewusst, aber nicht weniger stark, zur Aktualisierung drängen (vgl. Rogers, 1959/1991, S. 142). Die Selbstaktualisierungstendenz veranlasst das Kind in der Folge äußerlich den Weg einzuschlagen, der von ihm erwartet wird, es bleibt aber innerlich an das verzerrte Erleben einer allseits unerwünschten Geschlechtszugehörigkeit gebunden, da diese wie oben beschrieben nicht frei wählbar, sondern als organismische Aktualisierung zugrunde liegt.

In der Entwicklung des Selbstkonzepts werden nach Biermann-Ratjen (2006) entwicklungspsychologisch 3 Phasen unterschieden, die, je nachdem in welcher Phase das Kongruenz erleben massiv behindert wird, eine Unterscheidung von mehr oder weniger frühen Störungen begründen. Für unsere Überlegungen ist besonders die dritte Phase von Bedeutung, in der das Kind mit etwa 1,5–3 Jahren beginnt, sich „als eine bestimmte Person mit bestimmten Gefühlen und Absichten, aber auch mit bestimmten Möglichkeiten und Grenzen und mit einem bestimmten Geschlecht“ (ebd., S. 110) selbst zu erfahren. Dies ist auch die Zeit, in der die Möglichkeit entsteht, Inhalte des Selbsterlebens, auf die eine ablehnende Reaktion befürchtet wird, vor dem eigenen Bewusstsein und den anderen zu verbergen (vgl. ebd., S. 90). „Personen, die die **dritte Entwicklungsphase** (Hervorh. im Orig.) erreicht haben, erleben bei Erfahrungen, die nicht mit ihrem Selbstkonzept kompatibel sind, vor allem Zweifel, dass sie ‚richtig‘ sind, und zwar bevorzugt Zweifel daran, dass sie ein ‚richtiger‘ Mann oder eine voll funktionsfähige Frau sind, und entsprechende Ängste, in diesen Funktionen nicht zu genügen (und daran Schuld zu haben und/oder sich dadurch schuldig zu machen)“ (ebd., S. 109). Es versteht sich daher von selbst, dass bei Vorhandensein einer **konstitutionellen Inkongruenz der Geschlechtsidentität** gerade diese Phase einen kritischen Zeitraum für die gelingende Persönlichkeitsentwicklung darstellt.

Die Rolle der Eltern ist in dieser Phase der Entwicklung des Selbstkonzeptes nicht zu unterschätzen. „Alle diese subjektiven Selbstempfindungen, zu denen die ersten Inkongruenzerfahrungen gehören, können, wenn das Kind in seinem Bedürfnis nach bedingungsreicher positiver Beachtung auch in ihnen befriedigt wird, in das Selbstkonzept integriert werden. Das Kind wird sich dann, wenn sie später wieder auftauchen, in ihnen verstehen und akzeptieren können“ (Biermann-Ratjen, 2006, S. 108). Wenn es also den Eltern oder den wichtigen Bezugspersonen gelingt, eine personenzentrierte Haltung insofern beizubehalten, dass sich das Kind auch in dieser seiner Besonderheit wertschätzend angenommen, geliebt und empathisch verstanden fühlt, dann wird es auch die Irritation auslösende Erfahrung der konstitutionellen Geschlechtsinkongruenz nach und nach in das Selbstkonzept integrieren können.

5 Vgl. Speierers Begriff der „dispositionellen Inkongruenz“. Die dispositionellen Anteile der Inkongruenz gehören „... zum organismischen psychophysischen Inventar eines Menschen. Die dispositionellen Anteile der Kongruenzfähigkeit ... entstehen kommunikationsunabhängig“ (1994, S. 54f.).

Im Falle einer Ablehnung durch die Eltern, wird diese jedoch als Bewertungsbedingung in das Selbstkonzept aufgenommen, was zur Selbstentfremdung beiträgt. Tatsächlich wird in manchen Fällen bei erwachsenen Söhnen oder Töchtern, die sich als transsexuell erleben, die Beziehung zu den Eltern oder Verwandten schwer beeinträchtigt oder von diesen sogar abrupt abgebrochen.

Sind es zuerst meist die Eltern, die das Selbstempfinden des Kindes im ungünstigsten Fall aus Enttäuschung oder Schuldgefühl perhorreszieren, so ist es danach der Konflikt mit einer tabuisierten, strikt dichotomen Geschlechterordnung, der zu einer dauerhaften Verleugnung oder Verzerrung und damit Abwehr dieser Anteile des „wahren Selbst“ als organismischer Erfahrung beiträgt.

Durch die im Laufe der Entwicklung entstehenden Bewertungsbedingungen werden daraufhin die transsexuellen Empfindungen meist nur selektiv wahrgenommen (später gelegentlich von der Person selbst durch die verzerrte Symbolisierung als Transvestitismus gedeutet) oder vom Gewahrsein gänzlich ausgeschlossen. „Die Inkongruenz muss nicht in voller Schärfe wahrgenommen werden. Es genügt, dass sie unterschwellig wahrgenommen wird – das heißt als bedrohlich für das Selbst ausgemacht wird, ohne jedes Bewußtsein vom Inhalt dieser Bedrohung“ (Rogers, 1957/1998b, S. 171).

Diese Dynamik bildet den Boden für das Leiden an einer Selbstentfremdung, die meist über die kindliche Entwicklung hinaus bestehen bleibt. Das wachsende Misstrauen gegenüber dem eigenen organismischen Erleben kann die Grundlage für spätere häufig auftretende Angsterkrankungen sein. Die Unmöglichkeit, die basale organismische Erfahrung der Geschlechtsidentität im Selbstkonzept zu repräsentieren oder zu symbolisieren, führt zu einer persistierenden „Fehlanpassung“ im Sinne einer „Wahrnehmungsrigidität“ (vgl. Rogers, 1959/1991, S. 53). Die Folge können im späteren Leben Hemmung, Angstbereitschaft, Rückzug und erhöhte Verletzlichkeit sein.

Wie eine neuere Studie zeigt, werden leider oft Kinder, die der Geschlechternorm nicht entsprechen können, zu Opfern von Mobbing oder Missbrauch (vgl. Roberts et al., 2012).

So ist es zu verstehen, dass es im Zusammenhang mit Transsexualität vor dem Prozess einer Geschlechtsanpassung häufig zu erhöhter, unterschiedlich akzentuierter psychischer Symptombelastung kommt, die als Angststörung, Depressivität, Gereiztheit oder Somatisierungsstörung imponieren kann. Besonders eine Angst vor Gefühlen, die mit der inneren Geschlechtsidentität assoziiert sind, und Furcht vor tiefgreifender Selbsterfahrung können sich entwickeln. Unter diesen Umständen werden manchmal Attribute und Verhaltensweisen des zugewiesenen Geschlechts forciert und seltsam übertrieben. Bei einer mir bekannten transsexuellen Frau ist durch den Abwehrprozess ein rigides Selbstideal entstanden, das dazu geführt

hatte, dass sie im „männlichen“ Leben Extremsportler und Legionär gewesen war. Das erklärt sich aus dem Versuch, durch einen zu strenger Disziplin verpflichteten Lebensstil auch die emotionale Kontrolle über die innere Erfahrung zu behalten. Diese Disziplin wird dadurch erleichtert, dass der eigene Körper oft objekthaft wahrgenommen wird verbunden mit einem Gefühl der Distanz oder Ablehnung.

Die leibhafte Begegnung mit der Welt insgesamt und damit auch der sexuelle Entfaltungsprozess ist tendenziell behindert oder stark verzögert, was verständlich wird, wenn das Genitale in seiner Funktion als Austragungsort der sexuellen und liebenden Begegnung nicht frei zugelassen werden kann. Die wahren Gründe für die vielfältigen Lebensprobleme bleiben für die betreffenden Personen selbst oft im Dunkeln. Viele glauben lange, die Irritationen bezüglich des eigenen Geschlechts, die es einst in der Kindheit oder Jugend gab, längst überwunden zu haben.

Die Transsexuelle Krise

„Wenn ein hoher Grad an Inkongruenz vorliegt, kommt es dazu, dass die Aktualisierungstendenz eine konfuse und zweideutige Rolle spielt. Auf der einen Seite wird das Selbstkonzept durch diese Tendenz unterstützt, wenn die Person danach trachtet, das Bild, das sie von sich selbst hat, zu verbessern. Zur selben Zeit strebt der Organismus danach, seinen Bedürfnissen nachzukommen, die möglicherweise sehr unterschiedlich sind von den bewussten Wünschen und dem Selbstkonzept der Person“ (Rogers, 1957/1998b, S. 214).

Die unterschwellige Wahrnehmung dieser Inkongruenz erzeugt eine andauernde Angstbereitschaft, deren eigentliche Ursache der Person unbekannt ist. Im weiteren Verlauf des Lebens sind es sehr oft markante „life events“ wie Krankheit, Verlusterlebnisse, Schwächezustände i. S. eines Burn-Out oder Ähnliches, die zu einem Wiederauftauchen dieser Gefühle an die Schwelle des Gewahrseins führen. Ich glaube, dass auch das Älterwerden einen Faktor darstellt, durch den die Kräfte der Abwehr dieses basalen Identitätsgefühls allmählich nachlassen, was auch erklären kann, warum es bei gar nicht wenigen Transsexuellen erst in der fünften Lebensdekade zu einer Krise kommt.

Diese Krise verläuft für die betreffenden Personen oft nicht ungefährlich. Das Hereinbrechen der so lange abgewehrten organismischen Erfahrungen der inneren Geschlechtsidentität und der Wahrnehmung der ursprünglichen konstitutionellen Inkongruenz als einer nunmehr unabweisbar gewordenen Wirklichkeit, bewirkt eine mehr oder weniger starke psychische Belastung oder Destabilisierung. Das Selbstkonzept, welches die bis dahin zugewiesene und gelebte, aber brüchig gebliebene Geschlechtsidentität geschützt hat, droht zusammenzubrechen.

Es wird zunehmend unmöglich, die bisher gelebte Geschlechterrolle weiter aufrecht zu erhalten, wobei gleichzeitig noch kein Weg gesehen wird, sie zu verlassen und ein Leben im Identitätsgeschlecht zu verwirklichen. Zwangsläufig wird Angst entstehen. Die drohende Desorganisation ist dabei nicht nur innerpsychisch. Die familiären und beruflichen Sicherheiten kommen allesamt schlagartig in Gefahr. Die Person befindet sich zu diesem Zeitpunkt des Prozesses in einem scheinbar unlösbaren Dilemma. Ein Outing der wahren Situation wird dringend gewünscht und gleichzeitig befürchtet. Die Angst vor den sozialen Konsequenzen ist durchaus realistisch und ich habe selbst im Laufe der Jahre mehrere Transsexuelle erlebt, die in dieser Phase tatsächlich wichtige Ressourcen mit einem Schlag verloren haben.

Es ist evident, dass es, wenn Menschen plötzlich ihren beruflichen Halt verlieren und zugleich von geliebten Bezugspersonen verlassen werden, leicht zu Depressionen und suizidalen Gefühlen bzw. Gedanken kommen kann. Deshalb ist, obwohl eine über ein Case-Management hinausgehende Psychotherapie als Zwangsmaßnahme abzulehnen ist, eine psychotherapeutische Begleitung in dieser Zeit besonders ratsam. Nach der Datenlage ist die Häufigkeit eines Suizidversuchs vor und zu Beginn der Behandlung überdurchschnittlich hoch (präoperativ 22 %! vgl. Pfäfflin & Junge, 1992, S. 428), sie sinkt aber im Verlauf und nach der Geschlechtsangleichung auf den altersmäßigen Durchschnittswert ab.

Wenn man bedenkt, wie drängend und dauerhaft das Gefühl transsexueller Menschen ist, „im falschen Körper“ zu sein, dann erscheint es zynisch, dass manche „Expertinnen“ immer noch die Meinung vertreten: „Erst durch die Option der Geschlechtsumwandlungsbehandlung überhaupt sowie ihre zum Teil vorschnelle Verfügbarkeit und durch die geschaffene rechtliche Legitimation Transsexueller kann es, insbesondere wenn auch das soziale Umfeld diese (vermeintliche) Problemlösung unreflektiert fördert, zu einer unangemessenen Etablierung des transsexuellen Empfindens kommen“ (Hartmann & Becker, 2002, S. 205). Hier wird in der Art erschrockener Eltern argumentiert, die ein unmündiges Kind durch Härte zur Vernunft bringen wollen, anstatt es in seinem Sein zu fördern.

Die Personzentrierte Psychotherapie kann aufgrund ihrer humanistisch-phänomenologischen Ausrichtung und der „notwendigen und hinreichenden Bedingungen“ für den Prozess der Persönlichkeitsentwicklung (Rogers, 1957/1998b), den Transsexuellen in besonderer Weise hilfreich sein. Wenn die Therapeutin selbst kongruent in Bezug auf die eigene Geschlechtsidentität ist, wird auch das empathische Verstehen und die bedingungslose positive Zuwendung leichter möglich sein, wodurch der Prozess der Reintegration des basalen Geschlechtsidentitätsempfindens – neben anderen therapeutischen

Entwicklungen – gefördert wird. Wenn es gelingt, nicht zu bewerten und wie oben beschrieben, „nicht vor dem wahren Verstehen zurückzuscheuen“ (Rogers, 1961/1994a, S. 217), dann kann sich in der Klientin positive Selbstbeachtung im Sinne einer Selbstannahme entwickeln.

Wir neigen stets dazu „... jemandes anderen Welt ausschließlich mit unseren Augen zu betrachten und nicht gemäß seiner Sichtweise; wir analysieren und bewerten sie. Wir verstehen sie nicht. Doch wenn jemand versteht, was für ein Gefühl es ist, *Ich* zu sein, ohne mich zu analysieren oder zu richten, in einer solchen Atmosphäre kann ich blühen und wachsen“ (ebd.).

Ein positiver, konstruktiver, realistischer und vertrauenswürdiger Prozess

Es ist eine sehr schöne Erfahrung, mitzuerleben, wie ein Mensch nach einer langen Zeit der Schuldgefühle, der Beängstigung und des inneren Ringens sich seinem tieferen Erleben zu öffnen beginnt, der Prozess des Werdens voranschreitet und er Lebensfreude gewinnt. Dieser Prozess ist für eine gelingende Psychotherapie von Rogers beschrieben worden: „Er (der Klient, Anm. d. Verf.) sieht, wie sich sein Verhalten auf konstruktive Weise ändert, seinem neu erfahrenen Selbst entsprechend. Er beginnt zu realisieren, daß er nicht länger vor dem Angst haben muß, was seine Erfahrung eventuell mit sich bringt“ (1961/1994a, S. 185).

Das Besondere in der Arbeit mit transsexuellen Menschen ist dabei, dass die im Laufe des psychotherapeutischen Prozesses wachsende Kongruenz, was Speierer (1994) als „**Kongruenzdynamik**“⁶ bezeichnet, besonders ab dem Zeitpunkt zunimmt, an dem sich die transsexuelle Person eingesteht, tatsächlich transsexuell zu sein und diese Tatsache als bedeutsamen Teil ihres Lebens anerkennt. Es wird in der Regel als eine Zäsur und große Befreiung erlebt, wenn die Person sich ihrer konstitutionellen Inkongruenz bewusst wird und ihr Vorhandensein korrekt im Gewahrsein symbolisiert. Anstelle der Angst tritt nach und nach ein neuer Lebensmut, was umso mehr erstaunt, als sich die äußeren Bedingungen in dieser Zeit oft drastisch verschlechtern. Ich erinnere mich an einen Endokrinologen, der meinte, die transsexuelle Frau, die ihn aufgesucht habe, sei wohl manisch, und er ließ sich erst nach erfolgter psychiatrischer Differentialdiagnose davon überzeugen, dass die positive

6 Speierer (1994) bezeichnet die störungsunspecifische bzw. krankheitsbildunabhängige Erlebensgestalt bei erfolgreicher klientenzentrierter Arbeit als „allgemeine Kongruenzdynamik“, z. B.: Verhaltenserweiterung, Selbstvertrauen, Zuversicht, Gelassenheit, realistische Selbsteinschätzung, Differenzierung, größere Belastbarkeit, größere Toleranz gegenüber eigenen Fehlern, positiver bewertete Beziehungen, realistische statt perfektionistische Ziele.

Gestimmtheit kein Krankheitszeichen, sondern im Gegenteil eine Freude über den Zuwachs an innerer Lebendigkeit war.

Bemerkenswert ist, dass dies manchmal zu einem Zeitpunkt geschieht, der noch vor dem Outing liegt, wenn die (überraschten oder schockierten) Reaktionen der relevanten Bezugspersonen auf eine so ungewöhnliche Eröffnung meist noch aversiv sind und die „äußere“ Bedrohung durch gravierende Verlusterlebnisse noch besteht. Obwohl die psychotherapeutische Begleitung meist erst begonnen hat, und die psychotherapeutische Beziehung dadurch belastet ist, dass die Klientin zur Aufnahme der Psychotherapie per Verordnung gezwungen wird⁷, ist ab diesem Zeitpunkt der inneren Zustimmung zu der empfundenen Identität eine deutliche Veränderung im gesamten Lebenstonus spürbar.

Diese Tatsache zeigt in besonders eindrucksvoller Weise die Bedeutung der **bedingungslosen positiven Selbstbeachtung** für die Entwicklung eines „organismischen Bewertungsprozesses“ als Grundlage für die Verhaltensregulierung. Er tritt an die Stelle eines Bewertungskomplexes, der im Laufe der inneren und äußeren Auseinandersetzung mit dem eigenen Anderssein und der Umwelt erworben wurde (vgl. Rogers 1959/1991, S. 49f. u. 55f.). Die Erfahrung eines radikalen situativen Sich-Annehmens in der real gegebenen Befindlichkeit hat eine revolutionäre Wirkung, weil die mäandernden Verläufe der Aktualisierungstendenz sich jetzt wieder zu einem kräftigen Fluss vereinigen können. Erst ab diesem Zeitpunkt kann man wieder von einem authentischen Leben sprechen, weil jetzt die Erfahrung wertvollen Selbst-Seins nach und nach an die Stelle eines (von sich selbst und anderen) abgelehnten Andersseins tritt.

Der Vorwurf der bloßen „Zumutung einer Evidenzbehauptung“, den Runte (1992) gegen das transsexuelle Empfinden erhebt, in der zu Unrecht „Fühlen“ zu einer Chiffre für ‚Sein‘ ...“ stilisiert werde, verfehlt sein Ziel, weil wir immer nur durch das Empfinden und das intentionale Fühlen Kontakt aufnehmen können zum eigenen Organismus und zur Welt. Im Gegenteil, es gehört zu den Errungenschaften der Phänomenologie, Stimmung und Gefühl „... nicht als einen Appendix der Vernunft aufzufassen, sondern sie als ein konstitutives Moment des ganzen Menschen zu begreifen“ (Vetter, 1991, S. 4). Die unbedingte positive Selbstbeachtung ist alles andere als eine psychotherapeutisch induzierte Art von Selbstbetrug oder Schönfärberei, sondern stellt innerhalb der allgemeinen Kongruenzdynamik eines gelingenden Entfaltungsprozesses eine Weiche, die zur Wiederbelebung der Kongruenzfähigkeit führt.

Findet der Prozess der Geschlechtsanpassung parallel zu einem therapeutischen Prozess statt, in dem der betreffende Mensch mehr und mehr von dem zulassen kann, was sich ihm aus der Tiefe seines Wesens her zuspricht, dann braucht er selbst und auch wir als Therapeutinnen und „facilitator“ die Konsequenzen seines Wünschens und Tuns nicht zu fürchten. „Vollkommen die eigene Einzigartigkeit als menschliches Wesen zu sein: das ist kein Prozeß, den man als schlecht bezeichnen kann. Um es angemessener auszudrücken: Es ist ein positiver, konstruktiver, realistischer, ein vertrauenswürdiger Prozeß“ (Rogers, 1961/1994a, S. 179).

Die bedingungslose positive Beachtung durch die Therapeutin, die wertschätzend annimmt und anerkennt anstatt wertend zu urteilen oder zu deuten (auch wenn das Äußere des Gegenübers nicht als Frau oder Mann überzeugt), und günstigenfalls der gefahrlose Austausch mit anderen Transsexuellen bilden zusammen eine hilfreiche Ressource, die das Aufkeimen und in der Folge die Entfaltung einer unbedingten positiven Selbstbeachtung erleichtert. Das Wagnis, die eigene innere Erfahrung als Grundlage für alle weiteren Schritte anzunehmen, anstatt ständig nach einem Dürfen, Müssen und Sollen zu schießen, kann nun beginnen. Nun kann die transsexuelle Person oft zum ersten Mal nach langer Zeit offen und frei zu ihrer inneren Wirklichkeit stehen und sich das eigene So-Sein erlauben. Eine transsexuelle Klientin (MzF) in mittleren Jahren, die ein unauffälliges Leben als Mann führte, formulierte es in dieser Phase des Prozesses so: „Mir ist klar geworden, wenn ich auf niemanden Rücksicht nehme, dann möchte ich einfach eine Frau sein. Ich habe es wirklich erstmals klar erlebt. Das war sehr erleichternd. Ich würde es tun und alle Konsequenzen in Kauf nehmen. ... Wenn das Leben mir so etwas zumutet, so zu sein, wieso kann ich es anderen dann nicht auch zumuten!“

„Wenn die Handlung uns plötzlich herausfordert“, schreibt der Philosoph Michel Henry (1992, S. 51), „tauchen wir in das Tiefste unseres Selbst ein, in die abyssale Nacht der absoluten Subjektivität, bis an jenen Ort, wo die Kräfte unseres Leibes ruhen und wo wir sie in Bewegung setzen, indem wir uns mit ihnen verbinden.“ Wir können als Psychotherapeutinnen Begleiter sein in dieser Nacht, aber wir dürfen uns nicht fürchten vor den Gespenstern, die angeblich nur auf den Schlaf der Vernunft warten, um hervorzukommen.

Resümee

Aus dem oben Gesagten stellt sich der Prozess der Geschlechtsangleichung für eine transsexuelle Person insgesamt eindeutig als ein Heilungsprozess i. S. einer gesunden Entwicklung dar, der den Menschen, die einen Geschlechtswechsel anstreben,

7 Nach den Empfehlungen des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom Juni 1997 ist im Behandlungsprozess von Transsexuellen in Österreich eine Psychotherapie von mindestens einem Jahr und mindestens 50 Stunden durchzuführen bevor eine Hormonersatztherapie begonnen werden kann (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 1997).

nicht verwehrt werden darf. Somit ist aus personenzentrierter psychotherapeutischer Perspektive eine menschenrechtskonforme Behandlung Transsexueller nach den „Altdorfer Empfehlungen“ (Haupt, 2011a) zu fordern und sind insbesondere willkürliche Fristsetzungen für notwendige hormonelle Behandlungen sowie eine über ein Case-Management hinausgehende Psychotherapie als Zwangsmaßnahme abzulehnen.

Es mag sein, dass es insbesondere in der abhängigen Zeit des Kindseins oft dazu kommt, dass sich das Individuum mehr nach den anderen richtet und richten muss als nach der eigenen organismischen Erfahrung. Es kann aber genauso sein, dass der (erwachsene) Mensch, wenn er erst einmal in Kontakt gekommen ist mit der lebendigen Dynamik, wenn sie ihn einmal erfasst hat, er so stark wird, dass er nicht mehr zurück will, dass er alle Konsequenzen in Kauf nimmt um seinen eigenen Weg zu gehen und der Spur zum Leben zu folgen.

Eine Klientin von mir wusste, dass, wenn sie mit einer Frauentanzgruppe, mit der sie geprobt hatte, als Frau erstmals eine Bühne betritt, es sein könnte, dass alle über sie lachen, weil ihr männlicher Körper recht groß ist und ihr Äußeres noch gar nicht durch Hormone verändert war. Sie hatte Angst vor dem geplanten Auftritt. Das, was sie sich als kleiner Junge oft abends gewünscht hatte, nämlich dass sie am nächsten Morgen als Mädchen erwachen möge, das ist niemals geschehen. Aber diese Frau hat sich gesagt: „alles wird gut“ und mit dem Gefühl das Richtige zu tun, die Bühne betreten.

Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen, & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 93–116). Heidelberg: Springer
- Becker, S. (2004). Transsexualität. Geschlechtsidentitätsstörung. In Kockott, G. & Fahrner, E.-M. (Hrsg.), *Sexualstörungen*, (S. 153–201). Stuttgart: Thieme.
- Benjamin, H. (1966). *The Transsexual Phenomenon, A Scientific Report on Transsexualism and Sex Conversion in the human Male and Female*. New York: Julian Press. [Online Version] Magnus Hirschfeld Archive for Sexology, Humboldt Universität, Berlin. Verfügbar unter: <http://www2.rz.hu-berlin.de/sexology/ECE6/html/benjamin/> [26. 01. 2013].
- Bundesministerium für Gesundheit (1997). *Empfehlungen für den Behandlungsprozess von Transsexuellen in Österreich*. Verfügbar unter: <http://transx.transgender.at/Dokumente/Empfehlung97.pdf> [26. 01. 2013].
- Diamond, M. (1994). *Intersexuality*. Garland Reference Library of social Science (Vol. 685). New York & London: Garland Publishing Inc. Verfügbar unter: <http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2010to2014/2012-intersex-antranssex.html> [26. 1. 2013].
- Diamond, M. (2002). *Sex and Gender are Different: Sexual Identity and Gender Identity are Different*. Pacific Center of Sex and Society, University of Hawaii. Verfügbar unter: <http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2000to2004/2002-sex-and-gender.html> [26. 1. 2013]
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien*. (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Ecker, S. (2009). Brain Gender Identity. Vortrag auf dem jährlichen Meeting der American Psychiatric Association am 18. 5. 2009. Verfügbar unter: http://cs.anu.edu.au/~Zoe.Brain/BGI_3.3.2.ppt [26. 1. 2013]
- Gooren, L. J., (2011). Care of Transsexual Persons. *New England Journal of Medicine*, March 31, Nr. 13, 1251–1257. Verfügbar unter: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1008161> [26. 1. 2013].
- Hammarberg, T., (2009). *Human Rights and Gender Identity*. Issue Paper. Council of Europe Commissioner for Human Rights. Strasbourg. Verfügbar unter: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1476365> [26. 1. 2013].
- Hartmann, U. & Becker, H. (2002). *Störungen der Geschlechtsidentität. Ursachen, Verlauf, Therapie*. Wien, New York: Springer.
- Haupt, H. J., (2011a). *Transsexualität. Grundlegende neurowissenschaftlich-medizinische, menschenrechtskonforme Positionsbestimmungen und daraus abzuleitende Empfehlungen für die Begleitung, Betreuung und Therapie transsexueller Menschen*. („Altdorfer Empfehlungen“, Finale Version 10). Sozialpsychiatrischer Dienst Kanton Uri. Verfügbar unter: <http://www.spduri.ch/SPD-Publishing.53.o.html> [26. 1. 2013].
- Haupt, H. J., (2011b). *Die Pathologisierung transsexueller Menschen beenden! Ein Statement des Sozialpsychiatrischen Dienstes Kanton Uri (SPD Uri) zum Vortrag von Frau H. 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. Verfügbar unter: <http://www.spduri.ch/SPD-Publishing.53.o.html> [26. 1. 2013].
- Haupt, H. J. (2012). „Sie sind ihr Gehirn – in einem falschen Körper!“ *Exemplarische, fachliche Stellungnahme zum Urteil des Landesgerichts Baden-Württemberg vom 25. Januar 2012 aus neuropsychologisch-neurologisch-psychiatrischer Sicht*. Gersau. Verfügbar unter: http://www.trans-evidence.com/Sie_sind_Ihr_Gehirn [26. 1. 2013].
- Henry, M. (1992). *Radikale Lebensphilosophie. Ausgewählte Studien zur Phänomenologie*. München: Alber.
- Levinas, E. (1987). *Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie*. (2. Auflage). München: Alber.
- Mitscherlich, A., (1950), 66. Wanderversammlung der südwestdeutschen Psychiater und Neurologen, Badenweiler, 2./3. Juni 1950. In F. Töpfer (Hrsg.) (2012). *Verstümmelung oder Selbstverwirklichung. Die Boss-Mitscherlich-Kontroverse. Medizin und Philosophie, Beiträge aus der Forschung, Bd. 10* (S. 3–17). Stuttgart: frommann-holzboog.
- Pfäfflin, F. & Junge, A. (1992). *Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Rauchfleisch, U., (2006). *Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Roberts, A. L., Rosario, M., Corliss, H., Koenen, K., Austin, S. B. (2012). Childhood Gender Nonconformity: A Risk Indicator for Childhood Abuse and Posttraumatic Stress in Youth. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics; originally published online February 20, 2012*; DOI: 10.1542/peds.2011–1804. Verfügbar unter: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2012/02/15/peds.2011–1804> [29. 2. 2013]
- Rogers, C. R. (1998b). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 165–184). Mainz: Grünewald (Orig. erschienen 1957: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Counseling Psychology* 21, 2, 95–10).
- Rogers, C. R. (1991). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG [Orig. erschienen 1959: **A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework**. In S. Koch (Ed.),

- Psychology: A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context (pp. 184–256). New York: Mc Graw Hill.]
- Rogers, C. R. (1994a). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta (Orig. erschienen 1961: On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy. Boston, Houghton: Mifflin).
- Rogers, C. R. (1994b). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer. (dt. Orig. erschienen 1977: München: Kindler; ab 1983: Frankfurt/M.: Fischer).
- Rogers, C. R. (1998a). Klientenzentrierte Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 185–237). Mainz: Grünewald (Orig. erschienen 1980: Client-centered psychotherapy. In H. I. Kaplan, B. J. Sadock & A. M. Freedman (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, Vol. III (pp. 2153–2168). Baltimore: Williams & Wilkins).
- Roudinesco, E. & Plon, M. (2004). *Wörterbuch der Psychoanalyse*. Wien: Springer.
- Runte, A. (1992). Verschriftete Spiegelbilder: Über autobiographische Diskurse Transsexueller 1930 bis 1990. In F. Pfäfflin & A. Junge (Hrsg.), *Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität* (S. 1–43). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Sigusch, V. (1995). *Geschlechtswechsel*. Hamburg: Rotbuch.
- Speierer, G. W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DMI)*. *Handbuch der Gesprächstherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Swaab, D. (2011). *Wir sind unser Gehirn. Wie wir denken, leiden und lieben*. München: Droemer.
- Töpfer, F. (Hrsg.) (2012). *Verstümmelung oder Selbstverwirklichung. Die Boss-Mitscherlich-Kontroverse. Medizin und Philosophie. Beiträge aus der Forschung*, Band 10. Stuttgart: frommann-holzboog.
- TransX, Verein für Transgender Personen (2007). *Stellungnahme zu Verletzungen der Menschenrechte von Trans*Personen*. <http://www.transx.at/Dokumente/TransX4Hammarberg.pdf> [26. 1. 2013].
- Vetter, H. (1991). Die Bedeutung der Phänomenologie für die Psychotherapie. *Vortrag gehalten am 21. 6. 1991 auf der Tagung der österreichischen Gesellschaft für Daseinsanalyse in Wien*. [Manuskript]
- WPATH, World Professional Association for Transgender Health (2011). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Nonconforming People, 7th Version*. http://www.wpath.org/publications_standards.cfm [26. 01. 2013]
- Zhou, J.-N., Hofmann, M., Gooren, L. & Swaab, D. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, 378, 68–70 (2. November 1995).