



„Wir bestehen alle nur aus buntscheckigen Fetzen“ (Montaigne). Grundsätzliche Überlegungen zu Psychotherapie bei konstitutioneller Geschlechtsinkongruenz

Cornelia Kunert

Online publiziert: 20. Mai 2019
 © Der/die Autor(en) 2019

Zusammenfassung Die Zuschreibungen der Geschlechtsidentität aufgrund von anatomischen Verhältnissen des Körpers oder anderen biologischen Daten müssen (a) nicht eindeutig sein und (b) nicht mit Selbsterleben übereinstimmen. Das Vorhandensein einer konstitutionellen Geschlechtsinkongruenz wird aufgrund neurologischer Erkenntnisse und sozialer Wirklichkeit nach dem ICD11 nicht mehr als psychische Störung klassifiziert werden. Daher ist auch eine verpflichtende Psychotherapie für diese Personen zur Erlangung von Anpassungsschritten an das Identitätsgeschlecht zu hinterfragen. Vorrang in der Arbeit mit Transgender Personen hat immer die lebensweltliche Erfahrung der betreffenden Person, die Verbesserung der subjektiven Lebensqualität mit Bedacht auf die kongruenzdynamische Entwicklung im Transitionsprozess. Im folgenden Text wird daher die Bedeutung und der Vorrang der Erste-Person-Perspektive und der Selbstverantwortung für die Psychotherapie mit Transgender Personen diskutiert.

Schlüsselwörter Konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz · Erste-Person-Perspektive · Kongruenzdynamik · Dissoziation · Ethik

“We all consist only of gaudy shreds” (Montaigne). Basic considerations on psychotherapy with Transgender

Summary The attributions of gender identity due to anatomical conditions of the body or other biological data can (a) be ambiguous and (b) not coincide with self-experience. The existence of a constitutional gender incongruence will be no longer classified as

a mental disorder after the ICD11 due to neurological findings and social realities. Therefore, a compulsory psychotherapy for these persons to obtain adaptation steps to the identity gender is questionable. Priority in working with transgender persons always has the life experience of the person concerned, the improvement of the subjective quality of life with regard to the development of congruence dynamics during the transition process. In the following text, therefore, the importance and the primacy of the first-person perspective and self-responsibility for psychotherapy with transgender persons are discussed.

Vorbemerkung

Dieser Text stellt keine Handlungsanleitung zur Psychotherapie mit Transgender Personen im Allgemeinen und Personen mit konstitutioneller Geschlechtsinkongruenz (vgl. Kunert 2013) im Besonderen dar, sondern behandelt vor allem ethische Aspekte einer solchen Behandlung. Die Selbsterkenntnis, transsexuell zu sein, wird nicht frei gewählt und die entsprechenden Gefühle, die damit verbunden sind, können nicht einfach abgestellt oder abgelegt werden. Die soziale Geschlechterrolle mag ein Mensch nach Belieben wechseln und sogar den Personenstand ändern, aber die konstitutionelle Geschlechtsidentität wird davon nicht berührt. Sie ist im Selbstmodell enthalten und in der neuronalen Dynamik (unbewusst) verankert. Heute geht man davon aus, dass es sich nicht um eine psychische Krankheit handelt, sondern um eine Variation der Geschlechtsentwicklung mit genetischen und neurologischen Ursachen (vgl. Diamond 1994; Roughgarden 2016; Swaab 2011; Zhou et al. 1997; Kranz 2016; Kranz et al. 2016; Nieder et al. 2011; Diamond 2010, Nieder 2009). Diese Unterscheidung ist von großer Bedeutung, denn nur daraus wird verständlich, dass die Sichtbarmachung

C. Kunert (✉)
 Maria Treu Gasse 6/9, 1080 Wien, Österreich
cornelia@kunert.net

und Realisierung der Geschlechtszugehörigkeit ein existenziell und psychologisch absolut notwendiger Prozess sind, um in Würde und Selbstbewusstsein weiterleben zu können. Die Notwendigkeit zur Inanspruchnahme medizinisch-psychotherapeutischer Dienste, die für Personen mit konstitutioneller Geschlechtsinkongruenz besteht, darf daher nicht zu einem Kontrollanspruch von Seiten der behandelnden PsychotherapeutInnen und MedizinerInnen führen (was oft der Fall ist). Die psychotherapeutische Arbeit mit Transgender Personen ist durch die Vielfalt der Phänomene, die möglicherweise geforderten chirurgischen Maßnahmen, die vielfältigen sozialen Konsequenzen, die psychologischen Begleitumstände und Belastungen, die notwendige Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, die Erstellung von Befunden und Indikationsstellungen u. a. m. ein überaus komplexes und anspruchsvolles Feld, das eingehender Befassung bedarf. Der vorliegende Text kann all die dazu notwendigen Informationen in der gebotenen Kürze nicht liefern, sondern soll vielmehr eine für diese Arbeit hilfreiche therapeutische Grundhaltung fördern. Diese Grundhaltung ist eine phänomenologische, von der Immanuel Levinas sagte, sie fordere „... für die Welt, wie sie vom konkreten Menschen, der sein Leben lebt, wahrgenommen wird, den unverlierbaren Vorrang zurück“ (Levinas 1987, S. 101).

Das plurale Geschlecht

Üblicherweise geschieht die Zuordnung zu einem Geschlecht unmittelbar nach der Geburt und sie erfolgt innerhalb der Kategorien eines streng binären Schemas, männlich oder weiblich, indem auf Daten zugegriffen wird, die biologisch erhebbare sind – meist die Genitalausstattung.¹ Das ist eine vorläufige Zuordnung, die durch die weitere Ausdifferenzierung der Persönlichkeit ihre Gültigkeit verlieren kann. Dann beginnt eine dramatische Geschichte der Suche nach einer Möglichkeit irgendwie in einem Körper zu überleben, der nicht der subjektiven Erfahrung der eigenen Identität entspricht.

Identität ist ein problematischer Begriff und ein umstrittenes Konzept, wenn es auf Personen angewendet wird; schließlich ist die Antwort auf die Frage „Wer bin ich?“ immer eine sehr private Erzählung. Es stimmt, dass Anlage, frühe Erfahrung und neurologische Morphologie uns in vielerlei Hinsicht festlegt und prägt. Es ist jedoch klar, dass wenn wir der Freiheit in der Welt einen Platz einräumen, die Erzählung jeder Geschichte offen bleibt. Sie bleibt nicht über die Zeit

hinweg gleich; sie wird unaufhörlich weitergeschrieben – in die Chronik des Gewesenen eingeschrieben. Jede Entscheidung, die wir treffen und jeder Tag, den wir leben, verändert uns. Wir verstehen uns als Wesen, die gerade indem wir uns verändern und uns stets neu in die Welt entwerfen, wirklich existieren. Damit wird die Bedeutung des Begriffs der Identität als Selbigkeit, wenn er auf Personen angewendet wird, genau genommen ins Gegenteil verkehrt. In Pindars Satz „Werde der Du bist“ kommt diese Paradoxie zum Ausdruck. Eine transtemporale Identität besteht nur insoweit, als sich die Person mit ihrer Vergangenheit identifiziert und sich in ihrer Erinnerung wiedererkennt. Das Konzept der personalen Identität hat die Bedeutung des gleichbleibend stabilen Kerns verloren und an seine Stelle ist ein dynamischer, Prozess getreten, durch den die Herausforderungen, die eine sich schnell verändernde Welt an die Person stellt, bestanden werden kann. Diese Anpassungsleistung an Veränderung wird gesellschaftlich zunehmend erwartet.² Die Situation des modernen Menschen in seinen lebensweltlichen Vollzügen, ist die der Pluralität. Es gibt nicht mehr die *eine* Rolle, die mit Geburt, Beruf, Herkunft oder Stand lebenslang gegeben ist. Ein heutiger Mensch hat viele Rollen, sie variieren und es wird erwartet, dass er oder sie in der Lage ist, sie alle zu erfüllen. Die Identitäten sind variabel und flexibel. Selbst-Sein ist ein Sich-Entwerfen in einen Raum der Möglichkeiten. Es wird als psychisch gesunde Funktionalität verstanden, in der Lage zu sein, mit dem Wechsel der LebenspartnerIn, des Berufs, des Klimas, des Wohnorts, der Währung, der technologischen Devices, der Angebote, der Einkommens- und Arbeitsverhältnisse u. a. gut klar zu kommen.

Auch neurologisch gesehen erscheint das Gehirn als ein System, das in seinen internen Prozessen ständig viele Auflagen vereint und nach einem Konsistenzprinzip auszugleichen versucht (vgl. Grawe 2004, S. 186 ff). Ohne dass wir es bemerken ist unser Bewusstsein, und damit auch unser Selbstbewusstsein, ständig in Bewegung und das Selbstmodell konfiguriert sich in der je veränderten Situation neu; sie wird gewissermaßen immer upgedated. (vgl. Metzinger 2014, 115 ff) Wir sind nicht die, die wir waren und auch Grenzerfahrungen oder tiefenpsychologische Behandlung zeigen uns, dass wir nicht die sind, die wir zu sein glauben. Ich-Sein ist immer ein Auch-Anders-Sein. Der jeweilige bewusste Selbstaspekt ist jener, der die gegebene Aufgabe auf beste Weise bewältigen kann und wird durch andere latente Anteile ergänzt oder abgelöst, sobald es die Situation erfordert. Identitätskonzepte, die nicht an einen dynamischen Pluralismus der Selbstanteile sowie an die Verschiedenheit sozialer Sphären adaptierbar sind,

¹ Zwischenstufen wurden mehrere Jahrzehnte lang zeitnahe zur Geburt an eines der beiden Geschlechter chirurgisch angepasst oder als chromosomale Abberation diagnostiziert. Derartige Praktiken der chirurgischen Festlegung beim Neugeborenen auf Verlangen der Eltern oder Anraten eines Arztes, haben erwiesenermaßen verheerende Folgen und sollten als Verletzung der Menschenrechte gelten.

² Im Zusammenhang der Bewusstseinsforschung spricht man eher von Selbstkonzept bzw. Selbstmodell. Zur genaueren Differenzierung von Identität und Selbstmodell vgl. Kunert (2016a, S. 233 ff).

sollten aufgegeben oder erweitert werden. In der Verwirklichung gelebter Existenz verbinden sich plurale Selbstanteile auf einer intentionalen Spur. Das Motiv unseres Tuns ist vergleichbar mit der Vektorsumme aus den verschiedenen Anteilen unseres Selbst. So wie der Radfahrer durch Bewegung an Stabilität gewinnt, so scheint die interne Pluralität der Selbstanteile erst im Sich-Entwerfen, im Handeln in die Welt, an Konsistenz zu gewinnen und zur Identität zu werden. Dieser Gedanke lässt sich weiter führen und wird zum Bindeglied der Neurologie und Begegnungsphilosophie, indem die Begegnung mit dem/r Anderen zugleich als der Ort der größten Konsistenz des neuronalen Geschehens verstanden werden kann. Der Aufforderungscharakter der jeweiligen Situation ist es, der die pluralen und manchmal divergierenden Anteile zur konsistenten, motivationalen Übereinstimmung bringt. In der kongruent erlebten Sinnhaftigkeit dieser Antwort konfiguriert sich Identität. „Der Mensch wird am Du zum Ich“, schreibt Martin Buber (1984, S. 32) und wir könnten ergänzen: das plurale Ich wird erst zur Ich-Identität in der Welt und innerhalb der individuellen Sinnstruktur.

Zur Erfahrung eines pluralen Selbst gehört es auch, männliche und weibliche Aspekte in sich zu vereinen. Der Narrativ des Geschlechts hat sich in den letzten Jahren sehr gewandelt. Natürlich gibt es nach wie vor Männer und Frauen, aber es sind viele Schattierungen und Zwischenstufen hinzugekommen. Die binären Kategorien des Geschlechts wurden durchlässiger und sind nun mehr wie eine Welle, die sich an einem Doppelspalt bricht, um sich danach in vielfältigen Interferenzen in einem Muster von Wahrscheinlichkeit abzubilden. Es ist ein dialektischer Prozess, in dem die Gesellschaft den Raum gesellschaftlicher Vielfalt mehr und mehr öffnet und sich Menschen in ihm zeigen, die diesen Raum für sich in Anspruch nehmen, indem sie sich der geschlechtlichen Eindeutigkeit verweigern. Gender ist das performative Geschlecht im Resonanzraum einer sozialen Wirklichkeit. Die Konstruktion eines binären Geschlechts kann heute mit dem gleichen Recht angezweifelt, bestritten und hinterfragt werden, wie die Trennung von ‚Rassen‘ und von Tier und Mensch.

Das Anzweifeln einer Wirklichkeit

Eine transsexuelle Frau (zugewiesenes Geschlecht männlich) betritt meine Praxis. Ihr Problem ist, dass sie sich weiblich fühlt, obwohl sie körperlich männlich ist. Deshalb sucht sie Hilfe. Sie fühlt sich weiblich, seit sie denken kann. Sie verspürt diesbezüglich Spannungen, die im Ausmaß Krankheitswert haben, und andauerndes Unbehagen. Ihre Aufmerksamkeit ist ständig mit dieser Inkongruenz beschäftigt. Sie habe wegen desselben Problems bereits vor 15 (!) Jahren eine Psychotherapeutin aufgesucht. Die Psychologin machte einen Test und erklärte dann, ‚er‘ sei nicht transsexuell und bot an, psychologisch an diesem

Problem zu arbeiten. Dieses Problem, sagte sie zu meiner Klientin, sei die Folge verdrängter Konflikte, die früh in die Kindheit zurückreichen würden. Es sei dies höchstwahrscheinlich eine Art posttraumatischer Störung, die dazu führe, dass sie bestimmte Aspekte ihres Mann-Seins nicht akzeptieren könne. Sie sei im Alter von etwa 6 Jahren ‚stecken geblieben‘. Die transsexuelle Klientin war zunächst beruhigt darüber, eben nicht gar transsexuell zu sein, sondern ‚nur‘ neurotisch und therapierbar. Auch warnte die Therapeutin, für den Fall, dass die Klientin bei ihrem Empfinden beharrte, eindringlich vor einem möglichen Suizid auf dem transsexuellen Weg. Sie habe so etwas bereits erlebt.

Die logische Schlussfolgerung der Therapeutin ist intuitiv nachvollziehbar, denn wenn jemand einen Aspekt der eigenen körperlichen Identität nicht akzeptieren kann oder sich damit inkongruent fühlt, so liegt eigentlich nichts näher als anzunehmen, dass es sich dabei um eine Abspaltung, also eine Dissoziation handelt, egal welche weiteren nosologischen Überlegungen man noch anschließen könnte. Und wenn gar ein Operationswunsch besteht, dann müsste der Schweregrad der Dissoziation sogar erheblich sein. Die Psychologin ist, so wie es in der Geschichte der Behandlung der Transsexualität seit jeher selbstverständlich war, davon ausgegangen, dass der Körper ganz gesund und funktionstüchtig, der Geist, die Persönlichkeit, die Seele jedoch gestört seien. Sie ist darin ausgebildet, ein Problem psychodynamisch zu erklären, auf diesem Hintergrund zu deuten und zu behandeln.

15 Jahre später kam diese Person zu mir in die Praxis. An ihrem ursprünglichen Problem hat sich gar nichts geändert, außer dass sehr viel Zeit vergangen ist und eine über 10 Jahre dauernde Therapie erfolglos blieb. Noch immer leidet dieser Mensch an dem Gefühl trotz männlicher Anatomie eigentlich weiblich zu sein und ist aber nun zusätzlich besorgt, weil er diese geheimnisvolle Krankheit, die ja nun auch psychotherapeutisch bestätigt wurde, nicht loswerden kann. Erst im Internet habe sie Informationen erhalten, die ihr geholfen hätten, ihre Situation zu verstehen. Die Klientin, die damals männlich aussah, sagte von sich selbst aber: „Ich weiß, dass ich nicht gestört bin“, und behauptete, damit auf die Welt gekommen zu sein. Nun wolle sie sich dem Problem stellen und, falls nötig auch akzeptieren, eben transsexuell zu sein.

Diese Persistenz ist seit jeher ein Hauptkriterium für das Vorliegen einer konstitutionellen Geschlechtsinkongruenz i.S. der Transsexualität und wird nach neueren Forschungsergebnissen durch eine angeborene Funktions- und Strukturbesonderheit des Gehirns begründet. Die Ergebnisse belegen in zunehmendem Maße die Erkenntnis, dass die unterschiedlichen Ausprägungen von Transsexualität nichts anderes sind, als Varianten der Geschlechtsentwicklung. Demnach ist das Gehirn im Falle der Transsexualität teilweise geschlechtlich anders ausdifferenziert als

die Körperanatomie (vgl. Diamond 1994; Zhou et al. 1997; Ecker 2009; Gooren 2011; Kranz 2016; Kranz et al. 2016; Nieder et al. 2011; Nieder 2009) und als Folge kann das Körperbild nicht dauerhaft in die unbewusste Schicht des Selbstmodells absinken, woraus das persistierende Diskrepanzempfinden entsteht.³

Beschreibung und Verantwortung

Wenn wir problematisieren, dass das Empfinden geschlechtlicher Zugehörigkeit nicht mit der Anatomie des äußeren Körpers übereinstimmen muss, wie es in der Transsexualität gegeben ist, dann ist auch klar, dass ein Reduzieren des Geschlechts auf anatomische Gegebenheiten immer wieder zu derselben unauflösbaren Differenz führt: die Beschaffenheit des Körpers und subjektive Erfahrung des Geschlechts muss sich nicht decken. Es wäre ein naturalistischer Fehlschluss, aufgrund erhobener neurologischer Korrelate der Geschlechtsidentität die Essentialität des Geschlechtsempfindens biologisch zu argumentieren, da die Beschreibung von Gehirnzuständen gar nicht ihre subjektive Erfahrung zum Inhalt hat. Der Körper und seine anatomischen Ausschnitte sind nicht die Signifikanten des Geschlechtsempfindens. Dabei ist es nicht relevant, ob nun das Gehirn als das für die Kausalität maßgebliches ‚Zentralorgan‘ genannt wird oder ein anderes. Die Vielfältigkeit der Identität als lebensweltliche Praxis lässt sich als neuronale Formation oder Aktivitätsmuster genauso wenig abbilden, wie durch das Genitale, Gene oder Chromosomen. Zwar können Neurologen mittels bildgebender Verfahren eine immer genauere Karte der an der jeweiligen Bewusstseinstätigkeit beteiligten neuronalen Assemblies erstellen, die sogenannten Wie-Es-Ist-Tatsachen, die eigentümlichen subjektiven Erfahrungen, die alle bewusste Gehirnzustände begleiten, bleiben dem objektiven Auge der Wissenschaft dennoch verborgen. Das trifft auf alle phänomenalen Erfahrungen zu. Elektrische Potentiale können mich nicht erfahren lassen, was die Liebe des anderen ihm selbst bedeutet und ein Gehirnzustand bei der Wahrnehmung von ‚Rot‘ hat keine Farbe. Daher ist es unsinnig, einem Menschen, der über einen Schmerz berichtet, unter dem er leidet, zu sagen, er hätte keinen Schmerz, und gleichermaßen unsinnig ist es, an eine Transperson autoritär zu appellieren, ihre Erfahrung als Irrtum oder Krankheit zu verstehen. Als intrinsisches, privates Erleben erscheint es mit dem Charakter der Gewissheit. Das Absprechen einer inneren Erfahrung durch die ExpertInnen der Psychologie oder Psychiatrie ist nichts als der Versuch einer Unterwerfung unter ein fremdes Konstrukt der ExpertInnen, denen das Wissen und die Deutungsmacht über die Befindlichkeit und Situietheit des/r Einzelnen zu-

³ Ausführungen zu „inhibited Embodiment“ und die Antwort des Aufmerksamkeitssystems vgl. Kunert (2016b, S. 624 ff).

gesprochen wird. Unser Selbstverständnis als Person wird in diesem Diskurs machmal belächelt und pathologisiert. Natürlich kann die private Erfahrung wissenschaftliche Forschung nicht ersetzen, trotzdem muss Introspektion gerade in der Behandlung der Transsexualität als konstitutioneller Geschlechtsinkongruenz ernst genommen werden, denn sie allein ermöglicht direkte Wahrnehmung innerer Zustände. Allen objektiven Beobachtungen von außen fehlt die Subjektivität, die den phänomenalen Erfahrungsraum für die Inkongruenz von Körper und Geschlecht erst begründet. Als deutliche Hinweise auf neuronale Korrelate für die fälschlich so genannte ‚Gender-Dysphorie‘ gefunden wurden, mussten SexologInnen und PsychiaterInnen ihre Theorien der Transsexualität als schwerer psychischer Störung revidieren (WHO 2019)⁴. Diese neurologischen Daten haben zwar geholfen innerhalb des medizinisch-psychologischen Diskurses die Erzählungen über die Gestört- und Pervertiertheit transsexueller Menschen endgültig in den Raum haltloser Spekulation zu verweisen, aber es stellt sich die Frage, ob diese Erkenntnisse sich gleichermaßen zur Fundierung eines neuen Paradigmas der Geschlechtsidentität eignen. Die neurointersexuelle Ausdifferenzierung bei Transsexualität kann allenfalls ein naturwissenschaftlicher Hinweis darauf sein, dass es biologische Variationen des Geschlechtlichen gibt. Eine deterministische Deutung des Geschlechts als pure Eigenschaft des Gehirns würde der Hermeneutik des körperzentrierten Medizindiskurses weiter folgen, ohne der subjektiven Autorität der Person über ihr eigenes Leben angemessen Rechnung zu tragen. Die Deutungsmacht bliebe weiterhin in den Händen der SpezialistInnen, die spätestens bei genaueren Bildgebungen und Messungen fremddiskursive Urteile fällen würden. Das ethische Problem der Hinderung am selbstverantwortlichen Handeln und der verwehrten erkenntnistheoretischen Autorität über das eigene Leben blieben weiter bestehen. Der Nachweis neurologischer Korrelate eines bestimmten subjektiven Erlebens ist kein Ersatz für Wertschätzung und den Respekt für die lebensweltliche Wirklichkeit einer Person in ihrer subjektiven Erfahrung. Aus dieser Perspektive der ersten Person wird die Welt jeweils ganz originär und subjektiv wahrgenommen und alle Versuche, diese Erfahrung einem anderen zu vermitteln, können nur insoweit erfolgreich sein, als es der anderen Person möglich ist, eine eigene Vorstellung oder Erfahrung damit in assoziativen Zusammenhang zu bringen und diese Entsprechung emphatisch im eigenen Bewusstsein aufzurufen. Die Erfahrung der

⁴ *Gender Incongruence* wird klassifiziert unter der Rubrik *Conditions related to sexual Health* und nicht länger unter *Mental Disorders*. *Description: Gender incongruence is characterized by a marked and persistent incongruence between an individual's experienced gender and the assigned sex. Gender variant behaviour and preferences alone are not a basis for assigning the diagnoses in this group.* vgl.: WHO (2019).

sich mitteilenden Person bleibt in ihrer Privatheit der direkten Wahrnehmung durch den Anderen jedoch verschlossen – man nennt sie deshalb „intrinsisch“. Daher ist es gerade bei Vorliegen einer konstitutionellen Geschlechtsinkongruenz als grober Behandlungsfehler zu werten, der betroffenen Person die subjektiv erfahrene Identität abzusprechen, weil es darauf keinen objektiven Zugriff geben kann. Es sollte nicht geschehen, dass eine im Zusammenhang mit ihrer Geschlechtsinkongruenz durch Gewalterfahrungen traumatisierte Klientin von einer Therapeutin etwa zu hören bekommt, sie sei keine Frau, sondern allenfalls ein ‚Hybrid‘, wie mir von ihr berichtet wurde. Nur wer die Fähigkeit hat, sich auf die phänomenale Erfahrung eines anderen Menschen empathisch einzulassen und ihn in seinem Selbstverständnis tatsächlich annehmen kann, ist hilfreicher Begleiter oder Begleiterin. Dort, wo das geschieht, entwickelt sich eine machtvollere Ressource für das Bestehen des eigenen Lebens. Die Selbstachtung wird wieder stark, wenn eine Person das Recht hat, in ihrer Wirklichkeit zu bleiben und ihre Identität kann sich entfalten, wenn jemand da ist, der sie in Wertschätzung respektiert.

Zuordnung und Repression

Ein junger Transmann (zugewiesenes Geschlecht weiblich) Mitte 20 kommt zum Erstgespräch. Er ist maskulin in Auftreten und Haltung, die Körperformen, das Gesicht und die Stimme sind eher feminin ausgeprägt. Er erzählt mir seine Geschichte, die in vielen Dingen anderen Geschichten transsexueller Menschen ähnelt. Er erzählt, er habe bereits im Kindergarten eine männliche Identität angenommen und wurde von den anderen Kindern bereitwillig mit der männlichen Abwandlung des Vornamens angesprochen. Dies habe er getan, weil er sich eben den Buben zugehörig fühlte und sich sozial auf diese Weise besser in die Gruppe einfügen habe können. Es habe sich einfach gut angefühlt. Dann jedoch, nachdem die PädagogInnen und die Mutter dies eine Zeitlang geduldet hatten, wurde das Kind einem Psychologen und schließlich einem Arzt vorgeführt. Daraufhin wurde eine Östrogen-Kur angeordnet und bis zur Pubertät fortgesetzt. Wer schon mit transsexuellen Menschen gearbeitet hat oder selbst transsexuell ist, der weiß, was das bedeutet. Es ist eine gewaltsame Zuordnung zu einem Geschlecht, dem sich das transsexuelle Kind nicht zugehörig fühlen kann. Mich macht es immer wieder traurig, von derartigem Unrecht zu hören, weil es Gewalt gegen ein Kind ist, das niemandem etwas Böses tut, sondern einfach es selbst sein und sich seiner Natur gemäß entwickeln will. Natürlich hat der junge Mann, der weiblich aussieht durch die jahrelangen Östrogengaben sehr große Brüste entwickelt, unter denen er schrecklich leidet und die er seit längerem stark abbindet, ohne dass

sie deshalb unsichtbar geworden wären.⁵ Die Identifikation mit dem männlichen Geschlecht hat sich nicht verändert, sondern wurde vor den Anderen, auch den Eltern, geheim gehalten und noch leidvoller unterdrückt. So durften die Eltern weiterhin glauben, eine Tochter zu haben. Nun jedoch hat er sich geoutet und möchte ein offenes und befreiteres Leben führen. Deshalb ist er in meine Praxis gekommen. Er will vor allem eine Hormonersatztherapie, eine Personenstandsänderung und eine Brustabnahme; er braucht es und hat auch ein Anrecht darauf.

In den meisten Fällen wird der Selbstdefinition des Geschlechts eine Einschätzung oder Zuordnung von außen gegenübergestellt. Trotz der Unmöglichkeit die Geschlechtererfahrung aus der Perspektive der dritten Person festzustellen, wird die Selbstbekundung des Geschlechts noch immer nicht ohne Weiteres gestattet, sondern daraus eine geschlechtsdysphorische psychische Erkrankung konstruiert. Die Einhaltung der Geschlechternorm wird nach wie vor kontrolliert und ihre Übertretung je nach Gesellschaftsform und sozialem Feld mehr oder weniger hart bestraft.⁶ In der sogenannten westlichen Kultur wurde die körperliche Bestrafung und öffentliche Demütigung weitgehend durch die Kontrolle der zur Überschreitung der Geschlechtergrenzen notwendigen Maßnahmen ersetzt. Eine in unserer Kultur verbreitete Form der Kontrolle über die Geschlechtervarietät stellt die Pathologisierung und psychologische Deutung⁷ dar, als deren Verwalter sich PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen und PsychologInnen mitunter verstehen. Eine derartige Kontrollfunktion ist jedoch mit dem therapeutischen Auftrag nicht vereinbar. Deshalb ist es an der Zeit diese Repression zu beenden und für transsexuelle Menschen die Möglichkeit zu schaffen, ohne Hürden und auf Verlangen zu einer für das kongru-

⁵ Noch immer werden Kinder, die mit uneindeutiger Körperanatomie geboren werden, postnatal unnötigerweise durch chirurgischen Eingriff einem Geschlecht angepasst. Die Medizingeschichte kennt den tragischen Ausgang solcher Methoden.

⁶ Diese Berichte sind häufig im Netz zu lesen. Beispiel Indonesien: Umerziehung und öffentliche Demütigung, vgl. queer.de (2018).

⁷ In einem Lehrbuch aus dem Jahr 2002 über ‚Störungen der Geschlechtsidentität‘ findet sich beispielhaft die psychoanalytische Deutung der geschlechtsangleichenden Operation als einer neurotischen Abwehrstruktur. „In einer komplexen Dynamik wird durch die tatsächliche Kastration die Kastrationsangst abgewehrt (sic!) und der sexuelle Trieb wird geopfert, um den Narzissmus zu schützen“ (Hartmann und Becker 2002, S. 48).

⁸ Gemeint ist eine Hormontherapie mit ärztlicher Begleitung, aber ohne psychiatrische und psychotherapeutische Begutachtungen und vorgeschriebener Psychotherapie. Eine Situation die in Österreich bereits hinsichtlich der Psychotherapie erreicht wurde. Vgl. Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie des Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2017), bzw. Transsexualismus nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM bzw. ICD-Fassung, Stand: 20/06/2017.

ente Embodiment notwendigen ärztlich geleiteten Hormonersatztherapie zu gelangen.⁸

Kongruenz statt Wahrheit

„Das Wahre ist, um es kurz zu sagen, nichts anderes als das, was uns auf dem Wege des Denkens vorwärts bringt, so wie das Richtige das ist, was uns in unserem Benehmen vorwärts bringt ... Denn was der gegenwärtigen Erfahrung entspricht, das wird einer künftigen Erfahrung vielleicht nicht in gleich befriedigender Weise entsprechen. Die Erfahrung läuft zuweilen über und zwingt uns, unsere Formeln richtig zu stellen“ (zit. n. Putnam 1995, S. 18). So charakterisierte der Philosoph und Psychologe William James die Möglichkeit, über Wahrheit im wissenschaftlichen Rahmen zu sprechen. Auch im Rahmen ethischer Überlegung bleibt nichts anderes übrig, als den Schritt in diesen Raum zu tun, da Ethik sich nicht auf die Anwendung von Wissen beschränken kann, um der menschlichen Wirklichkeit gerecht zu werden. In der angewandten Ethik werden die Auffassungen des common sense kritisch hinterfragt, um aus der Binnenströmung der Moral hinauszukommen in das offene Denken über den Menschen. Weisheit und Wissen sind komplementär, so wie etwa Gerechtigkeit und Gnade. Der nur Gerechte ist gnadenlos und der nur Gnädige ist ungerecht. So ist der, der sich nur nach dem Wissen richtet niemals weise und der, der Wissen bloß verachtet, ist ignorant und dumm. Wenn wir ethisch handeln, dann müssen wir weise handeln, mit Gespür und Vernunft, denn wir handeln in eine ungewisse Zukunft hinein. Wir müssen ein Wagnis in Kauf nehmen, weil wir niemals sicher wissen können, was die Konsequenzen unseres Tuns sein werden und ob das, was heute als Richtlinie gilt, morgen noch wahr sein wird. Ethisches Handeln ist immer ein Handeln angesichts eines Risikos.

Ethische Aspekte in der Behandlung von Transpersonen müssen zuallererst die subjektive Situiertheit angemessen berücksichtigen, anstatt einem psychologischen, biologischen oder sozialen Paradigma blind zu folgen. Um aber darüber zu sprechen, wie die Erfahrung einer transsexuellen Frau, eines transsexuellen Mannes oder einer anderen Person beschaffen ist, müsste ich ihren Standpunkt einnehmen – mehr noch, ich müsste körperlich sie selbst sein. Ich müsste aus ihrer Perspektive der Ersten Person die Welt wahrnehmen können. Dies ist ausgeschlossen, wie gezeigt wurde. Nur durch den Bericht können wir aufgrund unserer Fähigkeit zu Empathie und Fantasie und die Assoziation eigener Erfahrungen diese Position probenhalber einnehmen, so *als ob* wir diese Person wären. Verständlich wird uns dabei jedoch immer nur das sein, wofür wir in unserem eigenen Erleben und unserer Erinnerung ein bereits Bekanntes finden können. Alles andere bleibt uns fremd.

Der Wunsch nach einer Genitalanpassung an das jeweilige Geschlecht erscheint zunächst kontraintuitiv, weil die Vorstellung auf das vorhandene Genita-

le zu verzichten in der Phantasie einer Verstümmelung gleichkommt. Ein assoziativer Abgleich mit eigener Erfahrung gelingt nicht spontan. Es fehlt einfach die Erfahrung, diesem ‚anderen‘ Geschlecht tatsächlich anzugehören, dem die Körperanatomie nicht entspricht. In der Lebenswelt des Menschen gibt es einfach nichts Gleichartiges und der Gedanke an den Wunsch, das eigene Genital chirurgisch zu entfernen, um ein anderes entstehen zu lassen,⁹ kann nicht ohne weiteres nachvollzogen werden. Die Vorstellung wie es denn etwa wäre zu wünschen, dem ‚anderen‘ Geschlecht anzugehören, würde allenfalls eine transvestitische Phantasie abrufen, wie es für diese Person wäre, etwa Kleidung des anderen Geschlechts zu tragen. Soweit lässt sich das nachvollziehen, weil beinahe jeder Mensch einen transvestitischen Impuls gehabt haben dürfte. Aber es ist grundsätzlich etwas anders, z. B. als Mann zu spüren, wie es wohl wäre, eine Frau zu sein, oder als Frau eine Frau zu sein. Deshalb kann die kontraintuitive Vorstellung, eine Genital-OP durchführen zu lassen, den Mann als Mann nur erschauern lassen und ebenso auch eine Frau, die sich vorstellt, ihr Genitale oder Brüste zu verlieren. Um sich im Falle der Transsexualität der Erste-Person-Perspektive anzunähern, sollte die Frage daher nicht lauten: Wie wäre es für mich als Frau oder Mann auf mein Genitale zu verzichten? Die relevante Vorstellung, die eine Anknüpfung an die eigene Erfahrung zulässt wäre: wie wäre es für mich als Mann, deutlich weibliche Brüste zu haben?¹⁰ Oder anders herum: Wie wäre es für mich als Frau oder als Mädchen, einen starken männlichen Bartwuchs zu haben? Der Wunsch dies zu korrigieren wäre intuitiv sofort verständlich.

Hier haben auch die Ergebnisse der Biologie, die Transsexualität als biologische Variation ausweisen, ihren eigentlichen Ort. Wir können die Naturwissenschaft nicht anrufen, um ein Menschenrecht zu begründen, das muss innerhalb der Sphäre des Lebensweltlichen und Ethischen gelingen. Die naturwissenschaftlichen Erkenntnisse helfen uns aber, das kontraintuitive Phänomen innerhalb des naturwissenschaftlichen Weltbildes konsistent zu erklären und verständlich zu machen. Die biologische Überlegung setzt auch dem Appell zur Konformität eine klare Grenze, da es als unethisch gelten kann, von einem Wesen etwas zu verlangen, was es aufgrund der Voraussetzungen gar nicht leisten kann. Lässt man ein neurologisches Korrelat der konstitutionellen Geschlechtsinkongruenz als Erklärung zu, dann wird so vieles, was zuvor absurd anmutete, plötzlich schlüssig. Es erklärt sich die lebenslange Persistenz der Geschlechtsinkongruenz genauso wie die Variationsbreite des Phänomens. Es wird verständlich, warum Menschen durch die erfolgte Anpassung an das Ge-

⁹ Sowohl funktional als auch ästhetisch können heute chirurgisch sehr gute Ergebnisse erzielt werden.

¹⁰ Männer mit ausgeprägter Gynäkomastie lassen sehr häufig Brustgewebe operativ entfernen.

schlecht zufriedener und glücklicher werden, obwohl sie vielfältige Einschränkungen und Verluste erleben.

Die bei Transsexualität bestehende Geschlechtsinkongruenz muss als konstitutionell betrachtet werden, weil die äußere Körpergestalt nicht in das Selbstmodell kongruent eingebettet werden kann. Deshalb wird der eigene als inkongruent erlebte Körper immer wieder vom Aufmerksamkeitssystem erfasst und die Geschlechtsinkongruenz persistiert bis eine Angleichung erfolgt.¹¹ Erst das transsexuelle Embodiment im Sinne der Geschlechtsangleichung führt zu einer zunehmenden Konsistenz des psychophysischen Gesamtorganismus. Die dynamische Zunahme an Stimmigkeit bei gleichzeitiger Entlastung wird in der personenzentrierten Theorie ‚Kongruenzdynamik‘ (vgl. Speierer 1994, S. 110 ff) genannt, die mit einer radikalen Selbstannahme in der situativen Befindlichkeit beginnt und zu einer Aktualisierung der Potentiale der Person führt. Obwohl sich die sozialen Lebensbedingungen manchmal verschlechtern – es kommt zu Trennungen, zu Verlusten, zu Schmähungen etc. – fühlen sich die Personen trotzdem besser. Sie werden in der Regel kontaktfreudiger, die Stimmung hellt sich nachhaltig auf, Depressivität lässt nach, soziale Kompetenzen wachsen, Angstbereitschaft nimmt ab. Die Kongruenzdynamik ist nicht nur eine Kraft, die der betreffenden Person helfen kann, alle Entbehrungen und Verluste auf dem Weg der Geschlechtsangleichung zu ertragen, sie ist auch ein Anzeichen dafür, dass die stattfindenden Veränderungen keineswegs als Verstümmelung oder Fragmentierung zu verstehen sind. Wäre die Angleichung eine Dissoziation von Anteilen aus psychodynamisch-neurotischen oder traumatischen Gründen, dann wäre eine zunehmende stabile Kongruenzdynamik als Folge unmöglich.¹² Erst gegen die Evidenz der kongruenzdynamischen Entwicklung verlieren die Deutungsmacht der sogenannten ExpertInnen und die Ängste vor der ungewissen Zukunft an Bedeutung. Sie ist das eigentliche, psychologische Argument gegen die psychopathologisierenden Theorien der Transsexualität. Deshalb muss die Verantwortlichkeit für das eigene Leben auch in psychologischer Hinsicht gegen die Befundungen, Deutungen und Kontrollbefugnisse der sogenannten ExpertInnen behauptet werden. Es gibt keine/n andere/n ExpertIn für die lebensweltliche Erfahrung, als die Person selbst. Ihr und nur ihr steht die erkenntnistheoretische Autorität über das eigene Leben zu.

¹¹ zur „gehinderten Einbettung“ und der Antwort des Aufmerksamkeitssystems vgl. Kunert (2016b, S. 622 ff).

¹² Eine dissoziative Störung ist verursacht durch traumatische Erfahrungen oder einen bedrohlichen Konflikt, stellt einen Abwehrmechanismus dar. Das dominante (Rest-)Selbst wäre einer ständigen, starken Bedrohung durch die drohende Aktualisierung dieser abgespaltenen Anteile ausgesetzt. Die abgespaltenen Aspekte könnten nicht beliebig repräsentiert werden. Klinisch auffällig wäre aber dabei jedenfalls die Starre im Selbsterleben gepaart mit einem hohen Maß an Angstbereitschaft und Abwehr, vgl. Hart et al. (2008 S. 41 ff).

Es gilt für uns alle, dass wir in unseren schwersten Entscheidungen auf uns selbst gestellt sind und dass uns kein anderer diese Verantwortung jemals abnehmen kann. Da transsexuelle Menschen aufgrund der Geschlechtsinkongruenz ihre Zurechnungsfähigkeit nicht verlieren, sind sie genauso vernünftig wie vor ihrem Outing und müssen das Risiko, das die Schritte einer Geschlechtsangleichung mit sich bringt, auf sich nehmen dürfen. Es steht ihnen zu frei, zu handeln, auch wenn dieses Handeln Risiken mit sich bringt.

Für die Behandelnden Personen soll an die Stelle einer Moral, die dem Herrschaftsdiskurs entstammt und der Kontrolle dient, eine Ethik der Kongruenz treten. Das, was sich im Innersten als stimmig und richtig anfühlt, wenn es achtsam und absichtslos im Horizont der phänomenalen Erfahrung erscheint, soll auch als sinnvoll gelten dürfen. Beratung und Information und vor allem akzeptierende soziale Unterstützung sind für ein Gelingen notwendig und wünschenswert. Vor allem aber soll eine Begleitung dieses Prozesses einen Raum eröffnen, in dem das Hinhören in die Tiefe möglich wird. „Auf eins nur kommt es an“, schreibt Martin Buber, „daß ich mein Ohr für die Situation, wie sie sich mir dartut, als für die Erscheinung des Wortes an mich öffne bis auf den Grund, wo das Hören ins Sein verfließt, und vernehme, was zu vernehmen ist, und auf das Vernommene antworte. Wer mir eine Antwort so einsagt, dass es mich am Vernehmen hindert, ist der Hinderer, er sei sonst, wer er sei“ (Buber 1984, S. 245). Genau dieses Hinhören soll ermöglicht werden. Um ethisch zu handeln brauchen wir eine Information, die nicht in einem Lehrbuch oder in Guidelines zu finden ist und die kein Magnetresonanztomograph aufzeichnen kann. Wir brauchen die Information des Gefühls, die nur durch die emphatische Anteilnahme zugänglich wird. Was nötig ist, sind BegleiterInnen und HelferInnen, die auf Kooperation setzen, auf die Kraft der Aktualisierung, auf die Fähigkeit der Selbstverantwortung; die ermutigend wirken ohne Angst vor der Veränderung, die Lebendigkeit immer mit sich bringt. Durch die nicht bewertende Empathie der BegleiterInnen werden die positivsten Möglichkeiten im Klienten und der Klientin realisiert. Das Nicht-Bewerten ist nicht ein Weniger an Wissen, sondern ein Mehr an Bei-Sein. Es leitet an zur Achtsamkeit und zum Vertrauen auf die inneren Erfahrungen und auf die Entfaltung der Kongruenzdynamik oder ihrem Ausbleiben. Diese Beachtung der Kongruenz ist der sicherste Weg zu einer Selbstverwirklichung als Mann oder als Frau oder als nichtbinäre Person; eine andere Sicherheit gibt es nicht. Eine Klientin sagte zu mir im Angesicht der bevorstehenden Operation: „Wenn ich den Weg nicht gehe, dann kann ich nur zuhause bleiben und auf das Sterben warten.“ Aber ich glaube, anstatt zu sterben gilt es, den Weg in ein zukünftiges Leben und in neue soziale Möglichkeiten zu betreten. Wenn alles gut geht, dann wird sie heraustreten aus dem Schatten, in dem sie sich allzu lange versteckt und sich mit Selbstzweifel und Schuldgefühlen gequält hat. Unsere

Aufgabe ist es, zu helfen, diesen Weg zu ebnen und die Grenzerfahrung auszuhalten, in die er bisweilen führt.

Interessenkonflikt C. Kunert gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Literatur

- Buber, M. (1984). *Das Dialogische Prinzip*. Heidelberg: Lambert Schneider.
- Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2017). Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechts-Dysphorie bzw. Transsexualismus. https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung/Psychische_Gesundheit/Transsexualismus_Geschlechtsdysphorie/. Zugegriffen: 18. Febr. 2018.
- Diamond, M. (1994). „Intersexuality,“ in Human Sexuality. An Encyclopedia. In V.L. Bullough & B. Bullough (Hrsg.), *Garland Reference, Library of Social Science* Bd. 685. New York: Garland.
- Diamond, M. (2010). Intersexuality. In J.E.J. Haeberle (Hrsg.), *Archive for sexology*. <http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2005to2009/2005-transsexuality-intersexuality-ethics.html> [05.04.2019].
- Ecker, S.W. (2009). *Brain gender identity*. American Psychiatric Association Annual Meeting, San Francisco, 18.5.2009. <http://aebbrain.blogspot.com/2009/05/brain-gender-identity-presentation-by.html> [05.04.2019]
- Gooren, L.J. (2011). Care of transsexual persons. *The New England Journal of Medicine*, 364(13), 1251–1257.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- v.d. Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2008). *Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung*. Paderborn: Junfermann.
- Hartmann, U., & Becker, H. (2002). *Störungen der Geschlechtsidentität, Ursachen, Verlauf, Therapie*. Wien, New York: Springer.
- Kranz, G. (2016). Neuronale Korrelate der Geschlechtsidentität. *Psychologie in Österreich, Themenheft: Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität*, 36, 214–220.
- Kranz, G., Hahn, A., Kaufmann, U., Kasper, S., Swaab, D., et al. (2016). White matter microstructure in transsexuals and controls investigated by diffusion tensor imaging. *J Neurosci*, 34(46), 15466–15475. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2488-14.2014>.
- Kunert, C. (2013). Werden wollen, wer man wirklich ist. Transsexualität als konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz – ein personenzentrierter Standpunkt. *Zeitschrift. f. Personenzentrierte und Experenzielle Psychotherapie und Beratung*, 17(1), 34–46.
- Kunert, C. (2016a). Lieber richtig angezogen, als falsch nackt. Post-Gender Performance vs. konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz. *Psychologie in Österreich*, 36(4), 228–239.
- Kunert, C. (2016b). Geschlechtsidentität und Bewusstsein. Naturwissenschaftliche Fragen und Philosophische Positionen. In G. Schreiber (Hrsg.), *Transsexualität in Theologie und Neurowissenschaften. Ergebnisse, Kontroversen, Perspektiven* (S. 597–634). Berlin: De Gruyter.
- Levinas, E. (1987). *Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie*. Freiburg: Karl Alber.
- Metzinger, T. (2014). *Der Ego Tunnel. Eine neue Philosophie des Selbst. Von der Hirnforschung zur Bewusstseinsethik*. München: Piper.
- Nieder, T. (2009). Neurobiologische Korrelate bei Geschlechtsidentitätsstörungen. *Psychotherapie im Dialog*, 10(1), 59–61.
- Nieder, T., Jordan, K., & Richter-Appelt, H. (2011). Zur Neurobiologie transsexueller Entwicklungen. Eine Diskussion der Befunde zu Sexualdifferenzierung, zu geschlechtsatypischen Verhaltensweisen und zur Geschlechtsidentität. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 24, 199–227.
- Putnam, H. (1995). *Pragmatismus, Eine offene Frage*. Frankfurt am Main: Campus.
- queer.de (2018). Trans-Personen. http://www.queer.de/detail.php?article_id=30543. Zugegriffen: 31. Jan. 2018.
- Roughgarden, J.E. (2016). The gender binary in nature, cross human cultures and the bible. In G. Schreiber (Hrsg.), *Transsexualität in Theologie und Neurowissenschaften. Ergebnisse, Kontroversen, Perspektiven*. Vortrag, Goethe Universität, Frankfurt/Main, 06.2.2016. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Speierer, W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell. Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung, (DMI)*. Heidelberg: Roland Asanger.
- Swaab, D. (2011). *Wir sind unser Gehirn. Wie wir denken leiden und lieben*. München: Droemer.
- WHO (2019). ICD11. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f411470068>. Zugegriffen: 28. Apr. 2019.
- Zhou, J.-N., Hofman, M. A., Gooren, L. J., & Swaab, D.F. (1997). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, 378, 68–70.

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.