Unsortierte Materialsammlung zum Thema "Transsexualität".

Oktober 2006
Kim Anja Schicklang

Vorwort

Transsexualität ist eine körperliche Störung. Der Satz "im falschen Körper geboren" zu sein, ist wahr.

Ziel ist die gesellschaftliche Anerkennung von Transsexualität als körperliche Störung und der Abbau von Diskriminierung und Ausgrenzung. Das Angebot stützt sich dabei auf Untersuchungen aus den Bereichen Humangenetik und Neurowissenschaft und bezieht dabei eindeutig Stellung: Auslöser für sowohl medizinische als auch gesellschaftliche Diskriminierung ist die falsche Sichtweise, die aus transsexuellen Menschen Personen machen will, die "psychisch gestört" sind, was nach dem offiziellen Katalog der zu behandelnden Krankheiten der WHO immer noch Stand der Dinge ist. Damit werden auch im Jahr 2006 Menschen, die behaupten, daß sie "im falschen Körper" geboren worden sind (bezogen auf den Geschlechts Körper) immer noch zu Lügnern und Nicht-Existenten Wesen erklärt. Diese Sichtweise als falsch zu entlarven, Diskriminierungen aufzuzeigen und Klischees zu bekämpfen soll genauso Ziel dieser Seite sein, wie die Erfüllung folgender Aussage:

Jeder Mensch hat ein Recht zu existieren.

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland

Artikel 1
[Menschenwürde; Grundrechts Bindung der staatlichen Gewalt]
(1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

(2) Das Deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.

(3) Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht.

Artikel 2
[Allgemeine Handlungsfreiheit; Freiheit der Person; Recht auf Leben]
(1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.

(2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

Artikel 3
[Gleichheit vor dem Gesetz; Gleich Berechtigung von Männern und Frauen; Diskriminierungsverbote]
(1) Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.

(2) Männer und Frauen sind gleichberechtigt. Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleich Berechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin.

(3) Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.

Transsexualität ist eine Geschlechtskörperstörung, eine Abweichung des Geschlechts Körpers vom angeborenen Geschlecht (und damit wie jede andere körperliche Störung anzusehen).

Kapitel 1 - Was heißt "Geschlecht"?

Das Wort "Geschlecht" (von "Schlag", wie in "Menschenschlag"), bedeutet ursprünglich nicht mehr als "Art", d.h. es besagt nur, daß es zwei Arten, also Geschlechter, von Menschen gibt - weibliche und männliche. Das lateinische "Sexus" (von secare: schneiden, trennen) hat dieselbe Bedeutung. Es verweist auf die Trennung der Menschheit in zwei Arten oder Gruppen - eine weibliche und eine männliche. Jeder Mensch gehört also entweder der einen oder der anderen Gruppe an, d.h. er ist entweder weiblichen oder männlichen Geschlechts.

Bei genauerem Hinsehen ist die Sache aber nicht so einfach, denn manchmal kann es sehr schwierig sein festzustellen, ob ein Mensch weiblich oder männlich ist.

Wie stellt man im Einzelfall fest, ob ein Mensch weiblich oder männlich ist?

Für eine genaue Geschlechts Bestimmung muß man grundsätzlich sieben Faktoren unterscheiden. Bei jedem dieser Faktoren kann es neben dem Regelfall auch Sonderfälle geben:

1. Das chromosomale Geschlecht
2. Das gonadale Geschlecht
3. Das hormonale Geschlecht
4. Die inneren Geschlechtsorgane
5. Die äußeren Geschlechtsorgane
6. Das anerzogene Geschlecht
7. Die geschlechtliche Selbst Identifizierung

1. Das chromosomale Geschlecht

Regelfall:

Die Zellen des weiblichen Körpers enthalten u.a. zwei X-Chromosomen (XX).
Die Zellen des männlichen Körpers enthalten u.a. ein X und ein Y Chromosom (XY).

Sonderfälle:

In seltenen Fällen gibt es problematische Unregelmäßigkeiten, also etwa Kombinationen wie XXY, XYY oder XXX. Die damit geborenen Menschen haben verschiedene körperliche Entwicklungsprobleme oder sind unfruchtbar.

2. Das gonadale Geschlecht

Regelfall:

Der weibliche Körper hat Eierstöcke (weibliche Gonaden d.h. Geschlechts Drüsen).
Der männliche Körper hat Hoden (männliche Gonaden).

Sonderfälle:

In seltenen Fällen finden sich Eierstock- und Hodengewebe im gleichen Körper.

3. Das hormonale Geschlecht

Regelfall:

Die in den Gonaden produzierten 'weiblichen' und 'männlichen' Hormone spielen eine wichtige Rolle bei der typisch weiblichen bzw. männlichen Entwicklung des Körpers, und zwar besonders vor der Geburt und in der Pubertät, aber auch im späteren Leben.

Sonderfälle:

Ein Zuviel oder Zuwenig der 'männlichen' und 'weiblichen' Sexual Hormone kann einen entscheidenden Einfluß auf die 'männliche' oder 'weibliche' körperliche Funktion haben und zu untypischen Erscheinungsbildern führen.

4. Die inneren Geschlechtsorgane

Regelfall:

Der weibliche Körper hat Eileiter, eine Gebärmutter (lat. Uterus), und eine Scheide (lat. Vagina) usw.
Der männliche Körper hat Samenleiter, Samenbläschen und eine Prostata usw.

Sonderfälle:

In seltenen Fällen sind diese Organe unterentwickelt oder fehlen ganz.

5. Die äußeren Geschlechtsorgane

Regelfall:

Der weibliche Körper hat eine Klitoris, große (äußere) Geschlechtslippen und kleine (innere) Geschlechtslippen usw.
Der männliche Körper hat einen Penis und einen Hodensack.

Sonderfälle:

In seltenen Fällen sind diese Organe untypisch entwickelt, unterentwickelt oder fehlen ganz.

6. Das anerzogene Geschlecht

Regelfall:

Ein Kind mit weiblichem Körper wird gewöhnlich als Mädchen erzogen.
Ein Kind mit männlichem Körper wird gewöhnlich als Junge erzogen.

Sonderfälle:

Es ist möglich und geschieht in sehr seltenen Fällen, daß Kinder, die körperlich eindeutig weiblich bzw. männlich sind, trotzdem in der Rolle des anderen Geschlechts erzogen werden.

7. Die geschlechtliche Selbst Identifizierung

Regelfall:

Ein Kind mit weiblichem Körper, das als Mädchen erzogen wird, identifiziert sich gewöhnlich auch selbst als weiblich.
Ein Kind mit männlichem Körper, das als Junge erzogen wird, identifiziert sich gewöhnlich auch selbst als männlich.

Sonderfälle:

Es gibt Fälle, in denen körperlich weibliche und als Mädchen erzogene Kinder sich selbst dennoch als männlich, also als Jungen, identifizieren, und umgekehrt gibt es dies auch bei Jungen, die sich als weiblich, also als Mädchen, fühlen.

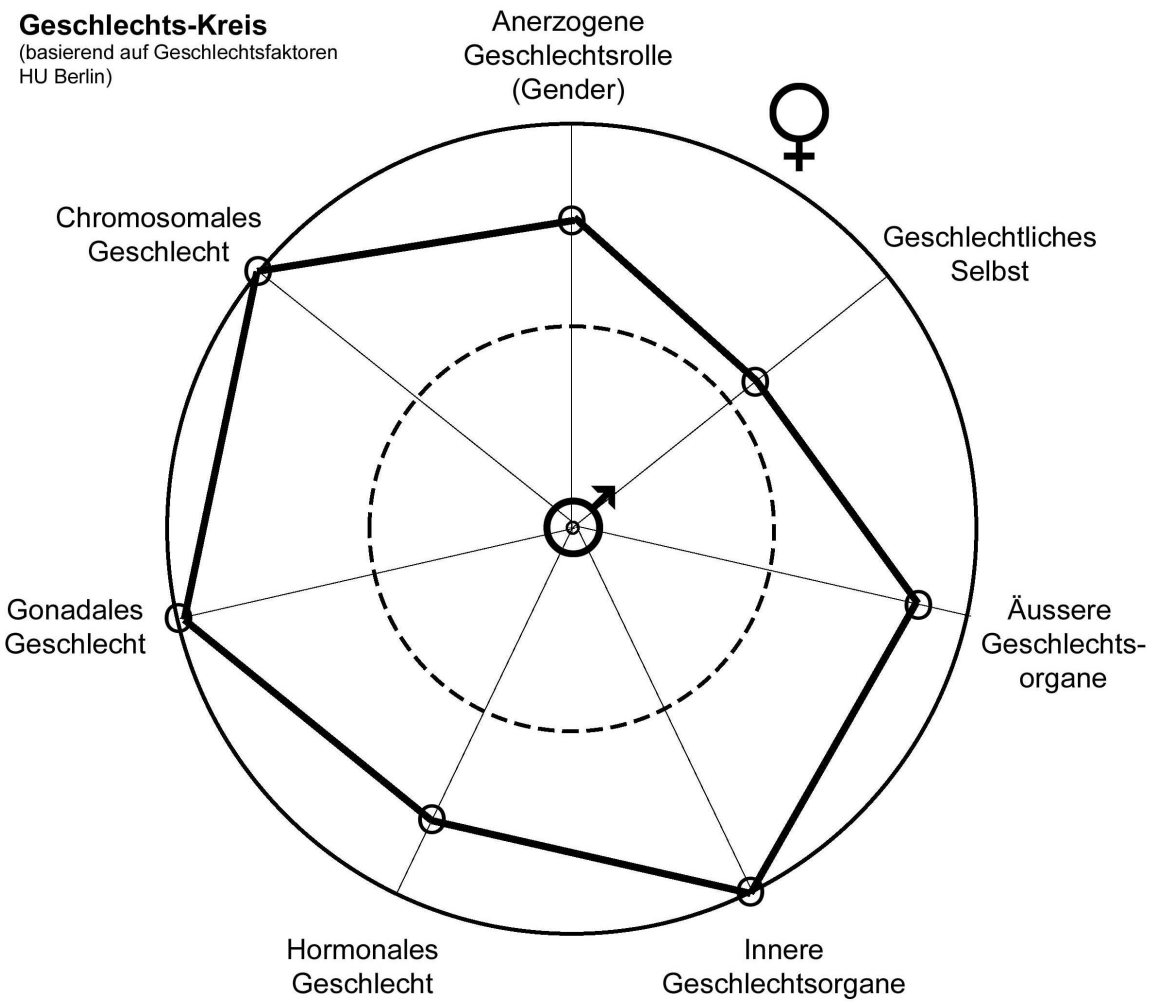
Die 7 Faktoren der Geschlechtsbestimung mit ihren Regelfällen und möglichen Ausnahmen sind von einander unabhängig. Daher sind für Einzelfälle viele Kombinationen möglich. Beim Menschen ist das Geschlecht also ein komplexes Gebilde mit biologischen, psychologischen und sozialen Komponenten. Bei alledem kann man aber zunächst zwei Grundaspekte unterscheiden:

- das körperliche Geschlecht und
- die Geschlechtsrolle.

Dazu kommt noch ein dritter Aspekt:

- die sexuelle Orientierung.

Aus: Archiv der Sexualwissenschaft, Humboldt-Universität zu Berlin
http://www2.hu-berlin.de/


Geschlechts-Kreis
(basierend auf Geschlechtsfaktoren
HU Berlin)
Anerzogene
Geschlechtsrolle
(Gender)
Geschlechtliches
Selbst
Äussere
Geschlechts-
organe
Innere
Geschlechtsorgane
Hormonales
Geschlecht
Gonadales
Geschlecht
Chromosomales
Geschlecht

Kapitel 2 - Was ist Geschlechtsidentität?

Auszüge aus: http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/TS/DE/TSDE.html

Die Hypothese, daß soziale Einflüsse die Geschlechtsidentität bestimmen, wurde widerlegt:

Nachdem bekannt geworden war, daß John Money viele Jahre lang Beweise zurückgehalten hatte, die belegten, daß seine Theorien falsch waren, wendete sich die medizinische Fachwelt schnell von ihm ab. Der Tropfen, der das Faß zum Überlaufen brachte war der Fall von "John/Joan", nachzulesen im Buch As Nature Made Him: The Boy Who Was Raised as a Girl von John Colapinto.

Vor Jahrzehnten hatte John Money Eltern geraten, ihren Sohn, dessen Penis bei einer Beschneidung geschädigt worden war, einer Genitaloperation zur Schaffung weiblicher Genitale zu unterziehen. Die zugrundeliegende Theorie war, "sie" würde dann wie ein normales Mädchen aufwachsen und nicht als ein "verstümmelter Junge". Das war ein bemerkenswerter Fall für Forscher, denn das Kind hatte einen eineiigen Zwilling, der als Vergleich dienen konnte. Als erster Schritt wurde das Kind kastriert und der Rest des Penis entfernt. Es wurde dann als Mädchen aufgezogen. Das Kind hatte jedoch immer eine männliche Geschlechtsidentität und erklärte, daß es ein Junge sei und wehrte sich gegen Bemühungen, ihm mädchenhafte Verhaltensweisen aufzuzwingen. Zum Zeitpunkt der Pubertät, immer noch im Unklaren hinsichtlich der durchgeführten Genitaloperation, verweigerte "das Mädchen" die weitere Verweiblichung mit Östrogen und weitere Operationen. Schließlich unterzog "sie" sich einer Geschlechtsangleichung zum Mann, genauso, wie es ein FzM Transident tun würde. Das Aufziehen eines Jungen als Mädchen mit weiblichen Genitalien veränderte in diesem Fall nicht das angeborene Gefühl seines wahren Geschlechtes.

[Anmerkung der Übersetzerin: David Reimer, der Mann, der als Junge geboren und als Mädchen erzogen wurde, starb am 4. Mai 2004. Er war 38 Jahre alt. Seine Familie gab bekannt, daß er Selbstmord beging. Seine Mutter, Janet Reimer, sagte, daß ihr Sohn noch leben würde, wenn an ihm nicht dieses verheerende Experiment durchgeführt worden wäre. Vivian Silver, M.D., Ph.D.]

Viele Jahrzehnte behauptete John Money, daß der John/Joan- Fall ein Erfolg gewesen wäre, indem er Fakten erfand. Niemals "erlaubte" Money Jemandem, an "Joan" heran zu kommen, um mehr Details über ihr Leben zu erfahren. Er gab an, das geschehe zum Schutz des Privatlebens. Der Fall wurde so berühmt, daß er der Eckpfeiler für Moneys gesamte Theorie wurde.

Dann kam die erschütternde Nachricht, daß John Money genau gewußt hatte, daß die Geschlechtsänderung des Kindes nicht erfolgreich war. Schlimmer noch, Money hatte Beweise, die seine Theorie widerlegten, Jahrzehnte lang zurückgehalten - Jahrzehnte, in denen Tausende von Kindern genital verstümmelt worden waren. Es war Professor Milton Diamond, der Wissenschaftler, der als Absolvent bereits Jahrzehnte früher gegen Moneys Theorie auftrat, der den Betrug entdeckte.

Professor Diamond war immer mißtrauisch, was Moneys Studienergebnisse betraf. Jahrelang hatte er versucht, mit zahlreichen Studien und Veröffentlichungen andere dazu zu bringen, wenigstens in Betracht zu ziehen, daß die Geschlechtsidentität angeboren ist. Die Dominanz

Moneys auf diesem Gebiet verhinderte jedoch, daß er sich durchsetzen konnte.

In den frühen 90ger Jahren gelang es Diamond endlich, das Kind "Joan", das nun eigentlich eine erwachsene Frau sein müßte, zu finden. Das Kind, dessen Geschichte den Grundstein von Moneys Ansichten war. Diamond wollte nur eine Bestätigung darüber, wie es dem Kind ergangen war. Stattdessen fand er den unglaublichen Fakt heraus, daß "sie" sich nie als Mädchen gefühlt hatte und nun ein verheirateter Mann war!

Ignorieren des geschlechtlichen Selbst

Bild eines Jungen, der mittels Genital-Operation nach der Geburt zum "Mädchen" gemacht wurde.

Er nahm sich das Leben.

Diamond und sein Kollege Sigmundson arbeiteten daraufhin unermüdlich daran, zu dokumentieren, was in diesem Fall passiert war und wollten die Ergebnisse veröffentlichen. Der Artikel war aber so kontrovers, daß viele Zeitschriften seine Annahme ablehnten. So groß war der Einfluß von Money und die Ehrfurcht vor seiner nun etablierten Lehrmeinung hinsichtlich der Geschlechtsidentität. Die Herausgeber der Zeitschriften konnten einfach nicht glauben, was sie da sahen.

Der Artikel: "Sex Reassignment at Birth: Long Term Review and Clinical Implications" von Milton Diamond und H. Keith Sigmundson wurde 1997 endlich in "Archives of Pediatric and Adolescent Medicine" abgedruckt. Es gab stürmische Reaktionen in den Medien und der Fachwelt. John Money war öffentlich überführt worden, Beweise gefälscht zu haben und auch Gegenbeweise zurückgehalten zu haben und das in einem Fall, der der Eckpfeiler seiner gesamten Theorie über Geschlechtsidentität war. Zwei Jahre später veröffentlichte John Calapinto detailliert die gesamte Geschichte, um sie einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Die Geschichte von John/Joan erhielt öffentliche Aufmerksamkeit durch einen Artikel von John Colapinto in The Rolling Stone (11. Dezember 1997) mit dem Titel "Die wahre Geschichte von John/Joan". Hier ist ein Auszug aus der letzten Seite des Artikels:

" - - - Seine Geschichte hat die Anschauungen, die auf John Moneys Theorien aus den 50ger Jahren basieren, bis in die Grundmauern erschüttert. Ein zentraler Fehler in der Theorie, der die meiste Zeit des zwanzigsten Jahrhunderts herum geisterte, wurde aufgedeckt. Es war Sigmund Freud, der als erster behauptete, daß eine gesunde psychologische Entwicklung des Kindes als Junge oder Mädchen zum großen Teil vom Vorhandensein oder Nicht- Vorhandensein des Penis abhängt - diese Behauptung war zentral in Moneys Theorie zur sexuellen Entwicklung und der hauptsächliche Grund, daß John Thiessen zum Mädchen gemacht wurde. Heute wird diese Behauptung auch von der neurobiologischen Forschung in Frage gestellt. Das führt Wissenschaftler zu der Schlußfolgerung, daß (wie Dr. Reiner ausführt) "das wichtigste Geschlechtsorgan nicht die Genitalien sind, sondern das Gehirn ..."

John Money, Ph.D.

Theoretiker, der behauptete, daß die Geschlechtsidentität sozial entsteht.

Er verbreitete seine Ansichten durch persönliche Dominanz auf diesem Gebiet und Fälschung von Daten, sowie Zurückhaltung von Daten, die gegen seine Ansichten sprachen.

Milton Diamond, Ph.D.

Professor für Anatomie und reproduktive Biologie, der Moneys Theorie widerlegte.

Seine Arbeiten weisen darauf hin, daß die Geschlechtsidentität bei der Geburt biologisch vorgegeben ist.

Professor Diamond hat für seine Arbeiten viel Anerkennung erhalten. Als Leiter des Pacific Center for Sex and Society an der Universität von Hawaii hat er viel über Geschlechtsidentität und Operationen bei Intersexuellen geschrieben. Seine Veröffentlichungen sind sehr zu empfehlen (z.B. Sex and Gender are Different: Sexual Identity and Gender Identity are Different und An Emerging Ethical and Medical Dilemma: Should Physicians Perform Sex Assignment on Infants with Ambiguous Genitalia?).

Die Widerlegung von John Moneys Theorien hat schließlich zu einem Paradigmenwechsel geführt, nicht nur in der Wissenschaft, sondern auch bei den Medizinern, obwohl der Fortschritt bei letzteren wegen des immer noch bei den Älteren vorhandenen Einflusses von Moneys Ansichten langsamer vonstatten geht. Es kommt auch zu rechtlichen Auseinandersetzungen wegen "Genitalkorrekturen", die noch von "traditionellen Chirurgen" durchgeführt werden. Besonders in einem kürzlich erschienenen Artikel im Yale Law Review kommt das entstehende Verständnis von medizinisch- rechtlichen Fragen auf diesem Gebiet zum Ausdruck.

Die Hypothese, daß vor der Geburt entstandene Strukturen des Gehirns und des ZNS das Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit bestimmen:

Nun, wenn es nicht die Gene sind, die die Geschlechtsidentität bestimmen (Die Existenz der Mädchen mit testikulärer Feminisierung widerlegt das.) und auch nicht Genitalien und Erziehung (Die Jungen mit Blasenekstrophie sprechen dagegen.), was zum Teufel bestimmt dann die Geschlechtsidentität eines Menschen?

Es gibt zunehmend wissenschaftliche Hinweise darauf, daß bestimmte Hirnstrukturen im Hypothalamus (die BSTc Region) die geschlechtsspezifischen Gefühle und die angeborene Geschlechtsidentität bestimmen. Diese Strukturen werden vor der Geburt während der frühen Schwangerschaft fest in den unteren Hirnzentren des Zentralnervensystems (ZNS) während eines Hormon-modulierten Prägungsprozesses vernetzt.

Es scheint so zu sein, daß, wenn diese Hirnstrukturen durch Hormone im Fetus maskulinisiert (vermännlicht) werden, das Kind eine männliche Wahrnehmung und eine männliche Geschlechtsidentität haben wird, unabhängig davon, ob die Gene oder die Genitalien männlich sind. Wenn diese Strukturen nicht maskulinisiert werden wird das Kind unabhängig von den Genen und den Genitalien eine weibliche Wahrnehmung und eine weibliche Geschlechtsidentität haben. Wie auch bei den nicht eindeutigen Genitalien von Intersexuellen gibt es zweifellos auch in den Hirnstrukturen viele unterschiedliche

Ausprägungen der abweichenden Geschlechtsidentität. Während manche eine vollständig abweichende Geschlechtsidentität haben, ist bei anderen die Abweichung nur partiell.

Neuere Forschung deutet darauf hin, daß sich das Gehirn bei männlichen und weiblichen Embryos sogar noch früher differenziert, möglicherweise, bevor die embryonalen Sexual Hormone überhaupt eine Rolle spielen. Die hierfür zugrunde liegenden Mechanismen sind noch nicht bekannt. Die Geschlechtsidentität wäre somit ein komplexes Ergebnis der frühen Hirndifferenzierung und des späteren Einflusses embryonaler Hormone. Mehr hierzu könnt ihr in folgender Publikation lesen:

"Brain development: The most important sexual organ", Nature magazine, 29. Januar 2004 (Nature 427, 390 - 392)

So kann erklärt werden, warum es möglich ist, daß manche Kinder eine Geschlechtsidentität haben, die nicht ihrem genetisch vorliegenden Geschlecht entspricht. Bei den Kindern mit testikulärer Feminisierung sind wahrscheinlich auch die Hirnstrukturen resistent gegenüber den maskulinisierenden Effekten des fetalen Testosterons (wie auch ihre Genitalien). Deshalb entwickeln sie Hirnstrukturen mit einer weiblichen Geschlechtsidentität, obwohl sie ein Y- Chromosom haben.

Auf diese Weise kann auch erklärt werden, warum manche Kinder eine Geschlechtsidentität haben, die nicht den Genitalien und der Erziehung entspricht. Bei Jungen mit Blasenekstrophie wurden die Hirnstrukturen vermutlich maskulinisiert durch fetales Testosteron, was zur Ausprägung einer männlichen Geschlechtsidentität führte, obwohl sie als Kleinkinder chirurgisch "zu Mädchen gemacht" wurden und auch als solche aufgezogen wurden.

Diese Beobachtungen hinsichtlich der Blasenekstrophie sind von enormer Bedeutung für die medizinische Forschung. Sie sind für die Sexualmedizin so wichtig wie Galileos Beobachtungen der Monde des Jupiters für die Astronomie.

Es sind unbestreitbare Beobachtungen, die auf einem Wissenschaftsgebiet, in dem es sehr viel Mißinformation und Tabus gab, zum Paradigmenwechsel führen. Bei Galileo änderte sich das Weltbild von einem Universum mit der Erde im Zentrum zu einem Universum mit der Sonne im Zentrum. In der Sexualmedizin besteht die Veränderung in der Widerlegung der Theorie von Genitalien und Erziehung als bestimmend für die Geschlechtsidentität und der Akzeptanz der Theorie der vorgeburtlichen neurobiologischen Entwicklung der Geschlechtsidentität im Zentralnervensystem.

Dieser Paradigmenwechsel ist von weitreichender Bedeutung, insbesondere für Menschen, die an Transidentität leiden. Die Geschlechtsidentität ist kein psychologisches, sondern ein neurologisches Phänomen.

Lest aufmerksam die Schlußfolgerungen von William Reiner, M.D. einem Kinderarzt und Wissenschaftler am Johns Hopkins Hospital, bezüglich seiner Arbeit mit intersexuellen Kindern (Reiner ist an der Follow-up- Studie zur Blasenekstrophie beteiligt, welche diese Schlußfolgerungen bestätigt.):

"Es sind letztendlich die Kinder selbst, die herausfinden können und müssen, wer und was sie sind. Es ist unsere Aufgabe als Ärzte und Wissenschaftler, ihnen zuzuhören und zu lernen. Klinische Entscheidungen dürfen weder von anatomischen Gegebenheiten noch vom 'Funktionieren' der Sexualorgane abhängig gemacht werden, weil

hierfür nicht Moral oder soziale Konsequenz im Vordergrund stehen sondern das wahrscheinlichste psychosexuelle Entwicklungsmuster des Kindes. Anders gesagt, kritisch für die psychosexuelle Entwicklung und Anpassung sind nicht die äußeren Genitalien, sondern es ist das Gehirn."

William Reiner, M.D., To Be Male or Female--That is the Question, 151 Arch Pediatr. Adolesc. Med. 225 (1997)].

Es ist erstaunlich, daß Psychiater in der Vergangenheit all das nicht wußten und so lange annahmen, daß die Geschlechtsidentität bei der Geburt neutral sei und erst später durch soziale Interaktionen entsteht. Leute mit abweichender Geschlechtsidentität haben schon lange berichtet, daß ihr Problem nicht in Gedanken besteht, sondern in geschlechtsspezifischen Wahrnehmungen und Körpergefühlen des anderen Geschlechts. Schon als Kleinkind gibt es geschlechtsspezifische Gefühle. Sie beeinflussen die Bewegungsabläufe des Körpers, wie man reagiert, wenn man berührt wird, wie aggressiv oder anschmiegsam man ist und wie man mit anderen kleinen Kindern umgeht. Dann nach der Pubertät hat man Gefühle, wie man sexuell erregt wird (männlich: Drang, einzudringen oder weiblich: die Vorstellung, in sich eindringen zu lassen).

Über diese vom ZNS erzeugten sexuellen Gefühle denkt man nicht nach, man empfindet sie einfach. Die Wahrnehmungsmuster sind in den Hirnstrukturen geprägt und können nicht mit psychiatrischen Methoden verändert werden, wie man auch das Gefühl von Hitze nicht in das Gefühl von Kälte umwandeln kann und umgekehrt.

Welche Einflüsse im Uterus auch immer eine Rolle spielen, die geschlechtsspezifischen Gefühle und die Geschlechtsidentität der Menschen befinden sich im Mittelpunkt ihrer Existenz. Die Geschlechtsidentität ist von Geburt an unumkehrbar festgelegt und kann nicht medizinisch oder psychologisch verändert werden. Wir wissen auch, daß es nur eine Möglichkeit gibt die Geschlechtsidentität eines Menschen herauszufinden. Man muß ihn danach fragen. Geschlechtsidentität ist eine Wahrnehmung. Jeder kann nur selbst sicher wissen, wie diese Wahrnehmung ist. Niemand anders kann das bestimmen.

Auszüge aus: http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/TS/DE/TSDE.html

Kapitel 3 - Das Transsexuellengesetz

Das Transsexuellengesetz, welches 1980 in Deutschland eingeführt wurde basiert auf der Annahme, daß es sich bei Transsexualität um ein psychisches Phänomen handelt (f64.0 nach ICD10, WHO). Dies ist falsch - damit ist das Gesetz eigentlich Unsinn, doch soll es hier der Vollständigkeit halber auftauchen (Stand ist hier 2004, mittlerweile gab es bereits eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes, daß das Gesetz so nicht anwendbar ist)::

Das Transsexuellengesetz

Aus: Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1980, Teil I, fortlaufende Seiten 1654 - 1658

Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen

(Transsexuellengesetz - TSG)

Vom 10. September 1980

Geändert durch Art. 49 Rentenreformgesetz 1992 vom18.12.1989 (BGBl. I S. 2261), § 8 Betreungsgesetz vom 12.9.1990 (BGBl I S. 2002), Art. 14 § 2 Kindschaftsrechtsreformgesetz vom 16.12.1997 (BGBl. I S. 2942) und Art. 13 Gesetz zur Neuordnung des Eheschließungsrechts (Eheschließungsgesetz - EheschlRG) vom 8.5.1998 (BGBl. I S. 833)

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Erster Abschnitt. Änderung der Vornamen

§ 1 Voraussetzungen. (1) Die Vornamen einer Person, die sich auf Grund ihrer transsexuellen Prägung nicht mehr dem in ihrem Geburtseintrag angegebenen, sondern dem anderen Geschlecht als zugehörig empfindet und seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben, sind auf ihren Antrag vom Gericht zu ändern, wenn

1. sie Deutscher im Sinne des Grundgesetzes ist oder wenn sie als staatenloser oder heimatloser Ausländer ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder als Asylberechtigter oder ausländischer Flüchtling ihren Wohnsitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat, und

2. mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, daß sich ihr Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nicht mehr ändern wird, und

3. sie mindestens fünfundzwanzig Jahre Alt ist.

(2) In dem Antrag sind die Vornamen anzugeben, die der Antragsteller künftig führen will.

Anmerkung:: § 1 Abs. 1 Nr. 3 des TSG ist mit Art. 3 Abs. 1 des Grundgesetzes unvereinbar und nichtig. - Beschl. d. BVerfG v. 26.1.1993 - BvL 38/92 u.a. - (BGBl. I S. 326)

§ 2 Zuständigkeit. (1) Für die Entscheidung über Anträge nach § 1 sind ausschließlich die Amtsgerichte zuständig, die ihren Sitz am Ort eines Landgerichts haben. Ihr Bezirk umfaßt insoweit den Bezirk des Landgerichts. Haben am Orte des Landgerichts mehrere Amtsgerichte ihren Sitz, so bestimmt die Landesregierung durch Rechtsverordnung1) das zuständige Amtsgericht, soweit nicht das zuständige Amtsgericht am Sitz des Landgerichts schon allgemein durch Landesrecht bestimmt ist. Die Landesregierung kann auch bestimmen, daß ein Amtsgericht für die Bezirke mehrerer Landgerichte zuständig ist. Sie kann die Ermächtigungen nach Satz 3 und 4 durch Rechtsverordnung auf die Landesjustizverwaltung2) übertragen.

(2) Örtlich zuständig ist das Gericht, in dessen Bezirk der Antragsteller seinen Wohnsitz oder, falls ein solcher im Geltungsbereich dieses Gesetzes fehlt, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat; maßgebend ist der Zeitpunkt, in dem der Antrag eingereicht wird. Ist der Antragsteller Deutscher und hat er im Geltungsbereich dieses Gesetzes weder Wohnsitz noch gewöhnlichen Aufenthalt, so ist das Amtsgericht Schöneberg in Berlin zuständig; es kann die Sache aus wichtigen Gründen an ein anderes Gericht abgeben; die Abgabeverfügung ist für dieses Gericht bindend.

Anmerkungen: 1) solche Rechtsverordnungen gibt es in Baden-Würtemberg, Bayern, Bremen, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz. 2) betrifft Berlin und Nordrhein-Westfalen

§ 3 Verfahrensfähigkeit, Beteiligte. (1) Für eine geschäftsunfähige Person wird das Verfahren durch den gesetzlichen Vertreter geführt. Der gesetzliche Vertreter bedarf für einen Antrag nach § 1 der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts.

(2) Beteiligte des Verfahrens sind nur

1. der Antragsteller

2. der Vertreter des öffentlichen Interesses.

3. der Vertreter des öffentlichen Interesses in Verfahren nach diesem Gesetz wird von

der Landesregierung durch Rechtsverordnung1) bestimmt.

Anmerkung: 1) Eine solche Verordnung existiert in allen Bundesländern.

§ 4 Gerichtliches Verfahren. (1) Auf das gerichtliche Verfahren sind die Vorschriften des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit anzuwenden, soweit in diesem Gesetz nichts anderes bestimmt ist.

(2) Das Gericht hört den Antragsteller persönlich an.

(3) Das Gericht darf einem Antrag nach nur § 1 stattgeben, nachdem es die Gutachten von zwei Sachverständigen eingeholt hat, die auf Grund ihrer Ausbildung und ihrer beruflichen Erfahrung mit den besonderen Problemen des Transsexualismus ausreichend vertraut sind. Die Sachverständigen müssen unabhängig voneinander tätig werden; in ihren Gutachten haben sie auch dazu Stellung zu nehmen, ob sich nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft das Zugehörigkeitsempfinden des Antragstellers mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr ändern wird.

(4) Gegen die Entscheidung, durch die einem Antrag nach § 1 stattgegeben wird, steht den Beteiligten die sofortige Beschwerde zu. Die Entscheidung wird erst mit Rechtskraft wirksam.

§ 5 Offenbarungsverbot. (1) Ist die Entscheidung, durch welche die Vornamen des Antragstellers geändert werden, rechtskräftig, so dürfen die zur Zeit der Entscheidung geführten Vornamen ohne Zustimmung des Antragstellers nicht offenbart oder ausgeforscht werden, es sei denn, daß besondere Gründe des öffentlichen Interesses dies erfordern oder ein rechtliches Interesse glaubhaft gemacht wird.

(2) Der frühere Ehegatte, die Eltern, die Großeltern und die Abkömmlinge des Antragstellers sind nur dann verpflichtet, die neuen Vornamen anzugeben, wenn dies für die Führung öffentlicher Bücher und Register erforderlich ist. Dies gilt nicht für Kinder, die der Antragsteller nach der Rechtskraft der Entscheidung nach § 1 angenommen hat.

(3) In dem Geburtseintrag eines leiblichen Kindes des Antragstellers oder eines Kindes, das der Antragsteller vor der Rechtskraft der Entscheidung nach § 1 angenommen hat, sind bei dem Antragsteller die Vornamen anzugeben, die vor der Rechtskraft der Entscheidung nach § 1 maßgebend waren.

§ 6 Aufhebung auf Antrag. (1) Die Entscheidung, durch welche die Vornamen des Antragstellers geändert worden sind, ist auf seinen Antrag vom Gericht aufzuheben, wenn er sich wieder dem in seinem Geburtseintrag angegebenen Geschlecht als zugehörig empfindet.

(2) Die §§ 2 bis 4 gelten entsprechend. In der Entscheidung ist auch anzugeben, daß der Antragsteller künftig wieder die Vornamen führt, die er zur Zeit der Entscheidung, durch welche seine Vornamen geändert worden sind, geführt hat. Das Gericht kann auf Antrag des Antragstellers diese Vornamen ändern, wenn dies aus schwerwiegenden Gründen zum Wohl des Antragstellers erforderlich ist.

§ 7 Unwirksamkeit. (1) Die Entscheidung, durch welche die Vornamen des Antragstellers geändert worden sind, wird unwirksam, wenn

1. nach Ablauf von dreihundert Tagen nach der Rechtskraft der Entscheidung ein Kind des Antragstellers geboren wird, mit dem Tag der Geburt des Kindes, oder
2. bei einem nach Ablauf von dreihundert Tage nach der Rechtskraft der Entscheidung geborenen Kind die Abstammung von dem Antragsteller anerkannt oder gerichtlich festgestellt wird, mit dem Tag, an dem die Anerkennung wirksam oder die Feststellung rechtskräftig wird, oder
3. der Antragsteller eine Ehe schließt, mit der Abgabe der Erklärung nach § 1310 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

(2) der Antragsteller führt künftig wieder die Vornamen, die er zur Zeit der Entscheidung, durch die seine Vornamen geändert worden sind, geführt hat. Diese Vornamen sind

1. im Fall des Absatzes 1 Nr. 1 und 2 in das Geburtenbuch.
2. im Fall des Absatzes 1 Nr. 3 in das im Anschluß an die Eheschließung anzulegende Familienbuch einzutragen.

(3) In Fällen des Absatzes 1 Nr.1 kann das Gericht die Vornamen das Antragstellers auf dessen Antrag wieder in die Vornamen ändern, die er bis zum Unwirksamwerden der Entscheidung geführt hat, wenn festgestellt ist, daß das Kind nicht von dem Antragsteller abstammt, oder aus sonstigen schwerwiegenden Gründen anzunehmen ist, daß der Antragsteller sich weiter dem nicht seinem Geburtseintrag

entsprechenden Geschlecht als zugehörig empfindet. Die §§ 2, 3, 4 Abs.1, 2 und 4 sowie § 5 Abs. 1 gelten entsprechend.

Zweiter Abschnitt. Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit

§ 8 Voraussetzungen. (1) Auf Antrag einer Person, die sich auf Grund ihrer transsexuellen Prägung nicht mehr dem in ihrem Geburtseintrag angegebenen, sondern dem anderen Geschlecht als zugehörig empfindet und die seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben, ist vom Gericht festzustellen, daß sie als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, wenn sie

1. die Voraussetzungen des § 1 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 erfüllt
2. nicht verheiratet ist,
3. dauernd fortpflanzungsunfähig ist und
4. sich einem ihre äußeren Geschlechtsmerkmale verändernden operativen Eingriff unterzogen hat, durch den eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts erreicht worden ist.

(2) In dem Antrag sind die Vornamen anzugeben, die der Antragsteller künftig führen will; dies ist nicht erforderlich, wenn seine Vornamen bereits auf Grund von § 1 geändert worden sind.

Anmerkung: §8 Abs. 1 Nr. 1 des TSG v.10.9.1980 (BGBl. I S. 1654) ist mit Art. 3 Abs. 1 des Grundgesetzes (Nr. 1) insoweit unvereinbar und daher nichtig, als auch bei Erfüllung der übrigen gesetzlichen Voraussetzungen die gerichtliche Feststellung über die Änderung der ursprünglichen Geschlechtzugehörigkeit vor Vollendung des 25. Lebensjahres ausgeschlossen ist. - Beschl. d. BVerfG v. 16.3.1982 - 1 BvR 938/81 - (BGBl. I S. 619)

§ 9 Gerichtliches Verfahren. (1) Kann dem Antrag nur deshalb nicht stattgegeben werden, weil der Antragsteller sich einem seine äußeren Geschlechtsmerkmale verändernden operativen Eingriff noch nicht unterzogen hat, noch nicht dauernd fortpflanzungsunfähig ist oder noch verheiratet ist, so stellt das Gericht dies vorab fest. Gegen die Entscheidung steht den Beteiligten die sofortige Beschwerde zu.

(2) Ist die Entscheidung nach Absatz 1 Satz 1 unanfechtbar und sind die dort genannten Hindernisgründe inzwischen entfallen, so trifft das Gericht die Endentscheidung nach § 8. Dabei ist es an seine Feststellungen in der Entscheidung nach Absatz 1 Satz 1 gebunden.

(3) Die §§ 2 bis 4 und 6 gelten entsprechend; die Gutachten sind auch darauf zu erstrecken, ob die Voraussetzungen nach § 8 Abs. 1 Nr.3 und 4 vorliegen. In der Entscheidung auf Grund von § 8 und in der Endentscheidung nach Absatz 2 sind auch die Vornamen des Antragstellers zu ändern, es sei denn daß diese bereits auf Grund von § 1 geändert worden sind.

§ 10 Wirkungen der Entscheidung. (1) Von der Rechtskraft der Entscheidung an, daß der Antragsteller als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, richten sich seine vorn Geschlecht abhängigen Rechte und Pflichten nach dem neuen Geschlecht, soweit durch Gesetz nichts anderes bestimmt ist.

(2) § 5 gilt sinngemäß.

§ 11 EItern-Kind-Verhältnis. Die Entscheidung, daß der Antragsteller als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, läßt das Rechtsverhältnis zwischen dem Antragsteller und seinen Eltern sowie

zwischen dem Antragsteller und seinen Kindern unberührt, bei angenommenen Kindern jedoch nur, soweit diese vor Rechtskraft der Entscheidung als Kind angenommenen worden sind. Gleiches gilt im Verhältnis zu den Abkömmlingen dieser Kinder.

§ 12 Renten und vergleichbare wiederkehrende Leistungen. (1) Die Entscheidung, daß der Antragsteller als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, läßt seine bei Rechtskraft der Entscheidung bestehenden Ansprüche auf Renten und vergleichbare wiederkehrende Leistungen unberührt. Bei einer sich unmittelbar anschließenden Leistung aus dem selben Rechtsverhältnis ist, soweit es hierbei auf das Geschlecht ankommt, weiter von den Bewertungen auszugehen, die den Leistungen bei Rechtskraft der Entscheidung zugrunde gelegen haben.

(2) Ansprüche auf Leistung aus der Versicherung oder Versorgung eines früheren Ehegatten werden durch die Entscheidung, daß der Antragsteller als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, nicht begründet.

Dritter Abschnitt. Änderung von Gesetzen

§ 13 Änderung des Rechtspflegergesetzes. In § 14 des Rechtspflegergesetzes vom 5. November 1969 (BGBl. I S. 2065), zuletzt geändert durch § 174 Abs.4 des Bundesberggesetzes vorn 13. August 1980 (BGBl. I S. 1310), wird nach der Nummer 20 eingefügt:

"20 a. die Genehmigung nach § 3 Abs. 1 Satz 3 sowie nach § 6 Abs.2 Satz 1, § 7 Abs. 3 Satz 2 und § 9 Abs.3 Satz 1, jeweils in Verbindung mit § 3 Abs.1 Satz 3, des Gesetzes über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen vom 10. September 1980 (BGBl. I S. 1654);".

§ 14 Änderung der Kostenordnung.

In die Kostenordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, GIiederungsnummer 361 - 1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel II § 32 Sozialgesetzbuch (SGB) - Verwaltungsverfahren - vom 18. August 1980(BGBl. I S. 1469), wird nach § 128 eingefügt:

,,§ 128a Änderung der Vornamen und Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen

(1) In Verfahren nach dem Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen vom 10. September 1980 (BGBl. I S. 1654) wird erhoben

1. das Doppelte der vollen Gebühr

   1. für die Änderung der Vornamen nach § 1 des Gesetzes,
   2. für die Aufhebung der Entscheidung, durch welche die Vornamen geändert worden sind, nach § 8 des Gesetzes,
   3. für die Feststellung, daß der Antragsteller als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, nach § 8 oder § 9 Abs. 2 des Gesetzes; eine nach Nummer 2 entstandene Gebühr wird angerechnet,
   4. für die Aufhebung der Feststellung, daß der Antragsteller als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, nach § 9 Abs. 3 in Verbindung mit § 6 des Gesetzes;

2. das Eineinhalbfache der vollen Gebühr für die Feststellung nach § 9 Abs. 1 des Gesetzes.

(2) Der Geschäftswert bestimmt sich nach § 30 Abs. 2."

§ 15 Änderung des Personenstandsgesetzes. Das Personenstandsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 211 - 1 , veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 11 des Gesetzes vom 2. Juli 1976 (BGBl. I S. 1749), wird wie folgt geändert:

1. In § 30 Abs. 1 Satz 1 werden nach den Worten ,,der Personenstand" ein Komma und die Worte ,,die Angabe des Geschlechts" eingefügt.
2. An § 61 wird folgender Absatz 4 angefügt: ,,(4) Sind bei einer Person auf Grund des Gesetzes über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen vom 10. September 1980 (BGBl. I S. 1654) die Vornamen geändert oder ist festgestellt worden, daß diese Person als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, so darf nur Behörden und der betroffenen Person selbst Einsicht in den Geburtseintrag gestattet oder eine Personenstandsurkunde aus dem Geburtenbuch erteilt werden. Ist die betroffene Person in einem Familienbuch eingetragen, so gilt hinsichtlich des sie betreffenden Eintrags für die Einsichtnahme in das Familienbuch und für die Erteilung einer Personenstandsurkunde aus diesem Familienbuch Satz 1 entsprechend. Diese Beschränkungen entfallen mit dem Tod dieser Person; § 5 Abs. 1 und § 10 Abs. 2 in Verbindung mit § 5 Abs. 1 des Gesetzes über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen bleiben unberührt."
3. In § 62 Abs. 1 Nr.1 werden nach den Worten ,,des Kindes" die Worte ,,und sein Geschlecht" eingefügt.
4. § 65a wird wie folgt geändert:

1. Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.
2. Folgender Absatz 2 wird angefügt: ,,(2) Wird im Fall des § 61 Abs. 4 für die betroffene Person ein Familienbuch geführt, so kann auf Antrag des früheren Ehegatten, der Eltern, der Großeltern oder eines Abkömmlings ein Auszug aus dem Familienbuch erteilt werden, in den Angaben über die Änderung der Vornamen nicht aufgenommen werden."

Vierter Abschnitt. Übergangs- und Schlußvorschriften

§ 16 Übergangsvorschrift. (1) Ist vor Inkrafttreten dieses Gesetzes auf Grund des § 47 des Personenstandsgesetzes wirksam angeordnet, daß die Geschlechtsangabe im Geburtseintrag einer Person zu ändern ist, weil diese Person nunmehr als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, so gelten auch für diese Person die §§ 10 bis 12 dieses Gesetzes sowie § 61 Abs. 4 1) und § 65 a Abs.2 des Personenstandsgesetzes in der Fassung des § 15 Nr. 2 und 4 dieses Gesetzes.

(2) Ist die Person im Zeitpunkt der gerichtlichen Anordnung verheiratet gewesen und ist ihre Ehe nicht inzwischen für nichtig erklärt, aufgehoben oder geschieden worden. so gilt die Ehe mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes als aufgelöst. Die Folgen der Auflösung bestimmen sich nach den Vorschriften über die Scheidung.

(3) Hat eine Person vor Inkrafttreten dieses Gesetzes bei dem nach § 50 des Personenstandsgesetzes zuständigen Gericht beantragt anzuordnen, daß die Geschlechtsangabe in ihrem Geburtseintrag zu ändern ist, weil diese Person nunmehr als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, und ist eine wirksame Anordnung bei Inkrafttreten des Gesetzes noch nicht ergangen, so hat das damit

befaßte Gericht die Sache an das nach § 9 Abs. 3 in Verbindung mit § 2 dieses Gesetzes zuständige Gericht abzugeben; für das weitere Verfahren gelten die Vorschriften dieses Gesetzes.

Anmerkung: 1) Nunmehr § 61 Abs. 3

§ 17 Berlin-Klausel. (gegenstandslos)

§ 18 Inkrafttreten. § 2 Abs. 1 Satz 3 bis 5, § 3 Abs. 3 und § 9 Abs. 3 Satz 1, soweit er auf § 2 Abs. 1 Satz 3 bis 5 und § 3 Abs. 3 verweist, treten am Tage nach der Verkündung in Kraft. Im übrigen tritt das Gesetz am 1. Januar 1981 in Kraft.

Kommentar:

Geschrieben von Kim am 2006-06-05

Hier eine Pressemitteilung des Bundesverfassungsgerichts - auch hier wird noch von der falschen Sichtweise nach F64.0 ausgegangen.

Bundesverfassungsgericht - Pressestelle -

Pressemitteilung Nr. 127/2005 vom 20. Dezember 2005

Zum Beschluß vom 6. Dezember 2005 – 1 BvL 3/03 –

Regelung im Transsexuellengesetz über Verlust des geänderten Vornamens bei Eheschließung ist verfassungswidrig

Solange einem homosexuell orientierten Transsexuellen ohne Geschlechtsumwandlung eine rechtlich gesicherte Partnerschaft nicht ohne Verlust des geänderten, seinem Geschlecht entsprechenden Vornamens eröffnet ist, ist der durch § 7 Abs. 1 Nr. 3 Transsexuellengesetz (TSG) bewirkte Verlust des Vornamens bei Eheschließung nicht mit dem Grundgesetz vereinbar und die Norm bis zu einer gesetzlichen Neuregelung nicht anwendbar. Dies entschied der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts.

Rechtlicher Hintergrund und Sachverhalt:

Transsexualität beschreibt den Zustand eines Menschen, der ein körperliches Geschlecht besitzt, das nicht seinem seelisch-psychischen Zustand entspricht. Er wird z.B. als Junge geboren, fühlt sich aber als Frau. Das Transsexuellengesetz wurde im Jahr 1981 erlassen, um der besonderen Situation transsexueller Menschen Rechnung zu tragen. Danach haben Transsexuelle zwei Möglichkeiten: Sie können, nachdem zwei gerichtlich bestellte Gutachter die Transsexualität bestätigt haben, ihren bisherigen Vornamen in einen Vornamen des anderen Geschlechts ändern lassen. Eine Geschlechtsumwandlung ist hierfür nicht erforderlich. Trotz der Vornamensänderung wird der Transsexuelle aber immer noch als seinem biologischen Geschlecht zugehörig betrachtet („kleine Lösung“). Um rechtlich als dem anderen Geschlecht angehörig angesehen zu werden, muß sich der Betroffene unter anderem einem geschlechtsverändernden operativen Eingriff unterzogen haben. Erst dann kann die rechtliche Zuordnung zum anderen Geschlecht erfolgen („große Lösung“).

Wissenschaftliche Studien belegen, daß Transsexuelle auch homosexuell veranlagt sein können. Einem homosexuellen Transsexuellen ohne Geschlechtsumwandlung steht, da sich durch die bloße Vornamensänderung sein Personenstand nicht ändert, zur rechtlichen Absicherung seiner Beziehung keine andere Möglichkeit als die Ehe offen. Dadurch verliert er jedoch gem. § 7 Absatz 1 Nr. 3 TSG seinen geänderten Vornamen, da der Gesetzgeber davon ausging, der Transsexuelle würde sich in einem solchen Fall wieder seinem ursprünglichem Geschlecht zugehörig fühlen. Die Eingehung einer Lebenspartnerschaft ist ihm verschlossen, da sie den Vertragsschluss zweier gleichgeschlechtlicher Personen voraussetzt.

Der Antragsteller gehört dem männlichen Geschlecht an. Sein Vorname wurde nach dem Transsexuellengesetz in einen weiblichen Vornamen geändert. Eine geschlechtsumwandelnde Operation ließ er nicht durchführen. Nachdem er im April 2002 die Frau geheiratet hatte, zu der er – aus seiner Sicht – eine gleichgeschlechtliche Beziehung führt, vermerkte der Standesbeamte im Geburtenbuch, daß der Antragsteller gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3 TSG nunmehr wieder seinen männlichen Vornamen führe. Die Klage des Antragstellers auf Berichtigung des Geburtenbuchs wurde vom Amtsgericht zurückgewiesen. Auf seine sofortige Beschwerde hin setzte das Landgericht das Verfahren aus und legte dem Bundesverfassungsgericht die Frage zur Entscheidung vor, ob § 7 Abs. 1 Nr. 3 TSG mit dem Grundgesetz vereinbar ist.

Der Entscheidung liegen im Wesentlichen folgende Erwägungen zu Grunde: § 7 Abs. 1 Nr. 3 TSG entzieht dem Namensträger im Falle einer Eheschließung den erworbenen Vornamen und erlegt ihm auf, wieder seinen früheren Vornamen zu führen, der im Widerspruch zur empfundenen Geschlechtlichkeit steht. Diese Regelung verletzt das Recht des Transsexuellen auf Wahrung seiner Intimsphäre und auf Wahrung seiner eigenen, im Vornamen sich ausdrückenden Geschlechtsidentität.

Die Entziehung des Vornamens durch § 7 Abs.1 Nr. 3 TSG verfolgt das legitime Gemeinwohlziel, den Eindruck zu vermeiden, daß auch gleichgeschlechtliche Partner eine Ehe eingehen können. Der hiermit verbundene Eingriff in die Rechte des Transsexuellen ist im Zusammenwirken der Regelungen des Transsexuellengesetzes mit dem Personenstandrecht und den eherechtlichen Regelungen sowie denen des Lebenspartnerschaftsgesetzes den Betroffenen jedoch nicht zumutbar. Die dem Transsexuellengesetz zugrunde liegenden Annahmen über die Transsexualität haben sich inzwischen in wesentlichen Punkten als wissenschaftlich nicht mehr haltbar erwiesen. Bei der Regelung zur „großen Lösung“ und zur „kleinen Lösung“ ging der Gesetzgeber davon aus, daß die „kleine Lösung“ für einen Transsexuellen nur ein Durchgangsstadium zur „großen Lösung“ sei. Dem lag die Annahme zu Grunde, ein Transsexueller strebe mit allen Mitteln danach, seine Geschlechtsmerkmale zu verändern. Vor seiner operativen Geschlechtsumwandlung befinde sich der Betroffene daher in einer noch nicht manifesten Phase seiner Transsexualität. Davon ist nach dem heutigen Stand der Wissenschaft nicht mehr auszugehen. Die Fachwelt erachtet es mittlerweile auch bei einer weitgehend sicheren Diagnose „Transsexualität“ nicht mehr als richtig, daraus stets die Indikation für geschlechtsumwandelnde Maßnahmen abzuleiten. Vielmehr müsse individuell im Rahmen einer Verlaufsdiagnostik bei jedem einzelnen Betroffenen festgestellt werden, ob eine Geschlechtsumwandlung indiziert sei.

Die vom Gesetzgeber aus dem inzwischen überholten wissenschaftlichen Erkenntnisstand gezogenen rechtlichen Konsequenzen hinsichtlich des Personenstandes von Transsexuellen und ihrer Möglichkeit, eine

rechtlich abgesicherte Partnerschaft einzugehen, sind auf der Basis der gewonnenen neuen Erkenntnisse daher nicht mehr gerechtfertigt. Denn sie zwingen in ihrem Zusammenspiel einen homosexuell orientierten Transsexuellen in unzumutbarer Weise dazu, bei Eingehen einer rechtlich abgesicherten Partnerschaft auf einen Vornamen zu verzichten, der seine empfundene Geschlechtszugehörigkeit zum Ausdruck bringt. Solange das Recht einem Transsexuellen ohne Geschlechtsumwandlung mit homosexueller Orientierung nicht die Möglichkeit eröffnet, ohne Verlust seines Vornamens, der seiner empfundenen Geschlechtszugehörigkeit entspricht, eine rechtlich gesicherte Partnerschaft einzugehen, ist der durch § 7 Abs. 1 Nr. 3 TSG bewirkte Verlust des Vornamens bei Eheschließung damit verfassungswidrig und die Norm bis zu einer gesetzlichen Neuregelung nicht anwendbar.

Dem Gesetzgeber stehen für die insoweit gebotene Neuregelung mehrere Möglichkeiten zur Verfügung. Er kann § 7 Abs. 1 Nr. 3 TSG ersatzlos streichen. Er könnte aber auch das Personenstandsrecht dahingehend ändern, daß ein nach gerichtlicher Prüfung anerkannter Transsexueller ohne Geschlechtsumwandlung rechtlich dem von ihm empfundenen Geschlecht zugeordnet wird, so daß er bei gleichgeschlechtlicher Orientierung eine Lebenspartnerschaft eingehen kann. Schließlich bliebe die Möglichkeit, homosexuell orientierten Transsexuellen durch entsprechende Ergänzung des Lebenspartnerschaftsgesetzes das Eingehen einer Lebenspartnerschaft zu eröffnen.

Kapitel 4 - Die sogenannten "Standards Of Care"

Die sogenannten "Standards" of Care regeln den Umgang mit Transsexuellen in diagnostischer und medizinischer Hinsicht, sind zu 99 Prozent sinnvoll, doch wird in ihnen immer noch die unsinnige Annahme vertreten, daß es sich bei Transsexualität um eine psychische Störung handelt. Es sprechen mittlerweile viel mehr Anzeichen dafür, daß es sich dagegen um eine körperliche Störung handelt, so daß man beim Lesen der SOC tatsächlich sehr vorsichtig vorgehen muß. Bereits im Einleitungstext wird nämlich schon der erste Fehler gemacht und von "im gewünschten Geschlecht" gesprochen - dies ist eine zynische Ansicht und geht an der Realität vorbei. Das Geschlecht ist angeboren, erwünscht ist eine medizinische Behandlung auf einer sinnvollen Grundlage. Dazu gehört, die Existenz des Menschen zu realisieren, den man behandelt - was in diesen Standards of Care nicht gegeben ist.

Damit sind die SOC Teil der Diskriminierung transsexueller Menschen.

Trotzdem ist das Lesen der SOC sinnvoll, um sich ein eigenes Bild von der Lage zu machen...

Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft

Inhalte

1) Einleitung
2) Standards der Diagnostik und Differentialdiagnostik
3) Standards der Psychotherapie / psychotherapeutischen Begleitung
4) Standards der Indikationsstellung zur somatischen Behandlung
5) Standards der somatischen Behandlung
6) Standards der Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz
7) Referenzen

1.) Einleitung

Transsexualität ist durch die dauerhafte innere Gewißheit, sich dem anderen Geschlecht zugehörig zu fühlen, gekennzeichnet. Dazu gehören die Ablehnung der körperlichen Merkmale des angeborenen Geschlechts und der mit dem biologischen Geschlecht verbundenen Rollenerwartungen sowie der Wunsch, durch hormonelle und chirurgische Maßnahmen soweit als möglich die körperliche Erscheinungsform des Identitätsgeschlechts anzunehmen und sozial und juristisch anerkannt im gewünschten Geschlecht zu leben. Nach den heute gültigen diagnostischen Klassifikationsschemata wird die Transsexualität als eine besondere Form der Geschlechtsidentitätsstörungen angesehen.

Ursachen und Verlaufsbedingungen von Störungen der Geschlechtsidentität sind noch weitgehend ungeklärt und Gegenstand verschiedenartiger theoretischer Ansätze. Ein persistierendes transsexuelles Begehren ist das Resultat sequentieller, in verschiedenen Abschnitten der psychosexuellen Entwicklung gelegener, eventuell kumulativ wirksam werdender Einflußfaktoren. Dementsprechend können unterschiedliche Entwicklungswege zur Ausprägung des transsexuellen Wunsches führen.

Wegen der weitreichenden und irreversiblen Folgen hormoneller und/oder chirurgischer Transformationsmaßnahmen besteht im Interesse der Patienten die Notwendigkeit einer sorgfältigen Diagnostik und Differentialdiagnostik. Die Heftigkeit des Geschlechtsumwandlungswunsches und die Selbstdiagnose allein können nicht als zuverlässige Indikatoren für das Vorliegen einer Transsexualität gewertet werden. Eine zuverlässige Beurteilung ist nur im Rahmen eines längerfristigen diagnostisch-therapeutischen Prozesses möglich. Wesentlicher Teil dieses Prozesses ist der sogenannte Alltagstest, in dem der Patient kontinuierlich und in allen sozialen Bereichen im gewünschten Geschlecht lebt, um die notwendigen Erfahrungen zu machen. Behandlungskonzepte müssen der individuellen Entwicklung des jeweiligen Patienten gerecht werden, wobei die scheinbare Alternative "körperliche Behandlungsmaßnahmen" versus "psychotherapeutische Behandlung" zugunsten eines integrativen Ansatzes überwunden werden sollte.

Der Patient wird darüber informiert, daß er die Modalitäten der Kostenübernahme (Psychotherapie, organmedizinische Behandlungen, Gutachten) klären muß.
Die folgenden Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen sind Mindestanforderungen. Abweichungen von diesen Standards sind in der Patientenakte schriftlich zu begründen.
2.) Standards der Diagnostik und Differentialdiagnostik

2.A) Standards der Diagnostik
2.B) Standards der Differentialdiagnostik

Bei der Interpretation der Angaben des Patienten ist zu beachten, daß das Anstreben einer "Geschlechtsumwandlung" eine Lösungsschablone für verschiedenartige Probleme der Identität und/oder Geschlechtsidentität sein kann. Ergibt der diagnostische Prozeß, daß die Diagnose Transsexualität im Sinne der Standards nicht vorliegt, sind die "Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen" nicht anwendbar.

2.A) Standards der Diagnostik

Für die Diagnose der Transsexualität müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

· eine tiefgreifende und dauerhafte gegengeschlechtliche Identifikation
· ein anhaltendes Unbehagen hinsichtlich der biologischen Geschlechtszugehörigkeit bzw. ein Gefühl der Inadäquatheit in der entsprechenden Geschlechtsrolle
· ein klinisch relevanter Leidensdruck und/oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen.

Diese Kriterien entsprechen weitestgehend jenen, die in den international gebräuchlichen Klassifikationssystemen der Krankheiten (DSM-IV, ICD-10) genannt werden. Im Unterschied zu diesen Klassifikationssystemen wird jedoch ein intersexuelles Syndrom nicht zwingend als Ausschlußkriterium betrachtet. Allerdings sollte in derartigen Fällen geprüft werden, ob anstelle des Transsexuellengesetzes (TSG) die Regelung des § 47 Personenstandsgesetz ("Irrtümliche Geschlechtsfeststellung zum Zeitpunkt der Geburt") anzuwenden ist.
Die genannten Kriterien verlangen folgende diagnostische Maßnahmen:

· eine Erhebung der biographischen Anamnese mit den Schwerpunkten

Geschlechtsidentitätsentwicklung, psychosexuelle Entwicklung (einschließlich der sexuellen Orientierung), gegenwärtige Lebenssituation
· eine körperliche Untersuchung mit Erhebung des gynäkologischen bzw. andrologischen/urologischen sowie endokrinologischen Befundes
· eine klinisch-psychiatrische/psychologische Diagnostik, da viele Patienten mit Störungen der Geschlechtsidentität erhebliche psychopathologische Auffälligkeiten aufweisen. Diese können der Geschlechtsidentitätsstörung vorausgegangen oder reaktiv sein oder gleichzeitig bestehen.

Die klinisch-psychiatrische/psychologische Diagnostik soll breit angelegt sein. Untersucht und beurteilt werden sollen:

· das Strukturniveau der Persönlichkeit und deren Defizite
· das psychosoziale Funktionsniveau
· neurotische Dispositionen bzw. Konflikte
· Abhängigkeiten / Süchte
· suizidale Tendenzen und selbstbeschädigendes Verhalten
· Paraphilien/Perversionen
· psychotische Erkrankungen
· hirnorganische Störungen
· Minderbegabungen.

2.B) Standards der Differentialdiagnostik

Im Bereich der Geschlechtsidentitätsstörungen besteht eine ausgeprägte Vielfalt an Verlaufsformen, Persönlichkeitsstrukturen, assoziierten psychosozialen Merkmalen und sexuellen Partnerpräferenzen, die eine präzise Differentialdiagnostik erforderlich machen.
Folgende Differentialdiagnosen sind zu beachten:

· Unbehagen, Schwierigkeiten oder Nicht-Konformität mit den gängigen Geschlechtsrollenerwartungen, ohne daß es dabei zu einer überdauernden und profunden Störung der geschlechtlichen Identität gekommen ist
· partielle oder passagere Störungen der Geschlechtsidentität, etwa bei Adoleszenzkrisen
· Transvestitismus und fetischistischer Transvestitismus, bei denen es in krisenhaften Verfassungen zu einem Geschlechtsumwandlungswunsch kommen kann
· Schwierigkeiten mit der geschlechtlichen Identität, die aus der Ablehnung einer homosexuellen Orientierung resultieren
· eine psychotische Verkennung der geschlechtlichen Identität
· schwere Persönlichkeitsstörungen mit Auswirkung auf die Geschlechtsidentität

3.) Deutsche Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen

Standards der Psychotherapie / psychotherapeutischen Begleitung

· Qualifikation des Therapeuten
· Frequenz und Dauer der Psychotherapie
· Psychotherapie und Indikation / Begutachtung

Die psychotherapeutische Begleitung hat in Verbindung mit dem Alltagstest zentrale Bedeutung in der Behandlung transsexueller Patienten und muß in jedem Fall vor der Einleitung somatischer Therapiemaßnahmen stehen.

Die Psychotherapie ist neutral gegenüber dem transsexuellen Wunsch. Sie hat weder das Ziel, dieses Bedürfnis zu forcieren noch es aufzulösen (auch wenn es zu einer Auflösung des transsexuellen Wunsches kommen kann). Darüber hinaus soll sie dazu dienen, die Diagnose Transsexualität zu sichern. Zusammen mit dem Alltagstest soll die Psychotherapie dem Betroffenen dazu verhelfen, die adäquate individuelle Lösung für sein spezifisches Identitätsproblem zu finden. Sie soll eine Bearbeitung relevanter psychischer Probleme des Patienten ermöglichen.

Bezüglich des transsexuellen Wunsches müssen vor der Einleitung organmedizinischer Maßnahmen zumindest folgende Kriterien gegeben sein:

· die innere Stimmigkeit und Konstanz des Identitätsgeschlechts und seiner individuellen Ausgestaltung
· die Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle
· die realistische Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen somatischer Behandlungen

Qualifikation des Therapeuten

Der Therapeut muß psychodiagnostische, psychopathologische und psychotherapeutische Kompetenzen durch eine entsprechende Ausbildung erworben haben und mit den Problemen der Transsexualität auf dem aktuellen Kenntnisstand vertraut sein.

Frequenz und Dauer der Psychotherapie

Frequenz und Dauer der Psychotherapie sollen Patient und Therapeut gemeinsam bestimmen. Der Therapeut muß dabei die Möglichkeit haben, den Patienten so gut kennenzulernen, daß er das Vorliegen der drei genannten Kriterien beurteilen kann. Ist eine Indikation zur Transformationsoperation gegeben, so soll die Psychotherapie bis zur Operation fortgesetzt werden. Nach einer Operation wird dem Patienten eine psychotherapeutische Weiterbetreuung empfohlen.

Psychotherapie und Indikation / Begutachtung

Der Psychotherapeut kann sich sowohl an der Indikationsstellung zur Hormonbehandlung und zur Transformationsoperation als auch an der Begutachtung im Rahmen des TSG beteiligen. Er kann dies aber auch aus therapieimmanenten Gründen ablehnen. Dies soll zu Beginn der Behandlung mit dem Patienten geklärt werden. In dem Fall, in dem der Psychotherapeut die Indikationsstellung und/oder Begutachtung nicht übernimmt, müssen diese durch einen anderen Arzt/Psychologen entsprechend den Standards erfolgen. Der Begriff "Therapeut" bezieht sich im folgenden auf beide Möglichkeiten der Indikationsstellung.

4.) Standards der Indikationsstellung zur somatischen Behandlung

4.A) Indikation zur Hormonbehandlung
4.B) Indikation zur Transformationsoperation

4.A) Indikation zur Hormonbehandlung

Vor der Indikation zur hormonellen Behandlung müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

· Der Therapeut kennt den Patienten in der Regel mindestens seit einem Jahr
· Der Therapeut hat die diagnostischen Kriterien überprüft
· Der Therapeut ist zu dem klinisch begründeten Urteil gekommen, daß bei dem Patienten die drei genannten Kriterien der Psychotherapie (die innere Stimmigkeit und Konstanz des Identitätsgeschlechts und seiner individuellen Ausgestaltung, die Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle und die realistische Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen somatischer Behandlungen) gegeben sind
· Der Patient hat das Leben in der gewünschten Geschlechtsrolle mindestens ein Jahr lang kontinuierlich erprobt (sogenannter Alltagstest).

Sind die Voraussetzungen erfüllt, erfolgt die Indikation in Form einer schriftlichen Stellungnahme.

4.B) Indikation zur Transformationsoperation

Vor der Indikationsstellung müssen neben der Überprüfung der Diagnose und des Vorliegens der unter 3. (Standards der Psychotherapie/psychotherapeutischen Begleitung) genannten Kriterien folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

· Der Therapeut kennt den Patienten in der Regel mindestens seit eineinhalb Jahren
· Der Patient hat das Leben in der gewünschten Geschlechtsrolle mindestens seit eineinhalb Jahren kontinuierlich erprobt (sogenannter Alltagstest)
· Der Patient wird seit mindestens einem halben Jahr hormonell behandelt.

Erfolgt die Indikationsstellung zur Transformationsoperation nicht durch den Psychotherapeuten, so überzeugt sich der in diesen Fällen hinzugezogene Therapeut/Gutachter, daß die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind und die Psychotherapie stattgefunden hat.

Die Indikationsstellung zu einer Transformationsoperation muß in Form einer gutachterlichen Stellungnahme durch einen qualifizierten Therapeuten erfolgen.
Diese muß folgende Punkte beinhalten:

· Der Therapeut soll nachvollziehbar darstellen, daß im Behandlungsverlauf die Diagnose Transsexualität bestätigt wurde, d. h. daß es im Erleben zu einem stabilen Identitätsgefühl im anderen Geschlecht und im Verhalten zu einer dauerhaften Übernahme der anderen Geschlechtsrolle gekommen ist
· Der Patient soll in Erscheinungsbild, Verhalten, Erleben und Persönlichkeit charakterisiert werden
· Die biographische Anamnese soll mit Schwerpunkt auf dem individuellen Gesamtverlauf der transsexuellen Entwicklung und den ihn beeinflussenden Faktoren in den wesentlichen Aspekten dargestellt werden (ggfs. unter Einbeziehung fremdanamnestischer Informationen)
· Der Verlauf im Behandlungszeitraum (mit Angabe von Behandlungsdauer und -frequenz) soll unter Bezugnahme auf die Erkenntnisse aus dem sogenannten Alltagstest dargestellt werden. Insbesondere soll angegeben werden, wann mit dem Alltagstest begonnen wurde, ob und wann eine Vornamensänderung nach dem Transsexuellengesetz beantragt oder schon erfolgt ist und zu welchen Veränderungen es in folgenden Bereichen gekommen ist: Befinden und psychisches Gleichgewicht, Sicherheit in der Geschlechtsrolle, Sexualität, Beziehungen zu

Partnern, Familie und Freunden, Arbeitsfähigkeit und Akzeptanz am Arbeitsplatz
· Die körperlichen Gegebenheiten für das Leben in der anderen Geschlechtsrolle sollen geschildert werden. Angegeben werden soll, wie sich die Hormonbehandlung körperlich und psychisch ausgewirkt hat, wie der Patient die körperlichen Veränderungen bewertet und ggfs. wie der Patient mit möglichen negativen Reaktionen der Umwelt auf sein Äußeres oder sein Verhalten umzugehen vermag
· Es soll beschrieben werden, ob sich der Patient realistisch mit der Operation und möglichen unerwünschten Folgen auseinandergesetzt hat, welche spezifischen Erwartungen an das Operationsergebnis für den Patienten im Vordergrund stehen (z. B. Aussehen, Funktion, Sexualität) und ob der Wunsch nach weiteren operativen Eingriffen besteht
· Es soll erklärt werden, warum der Patient ohne Operation auf Dauer unter einem größeren Leidensdruck stehen würde
· Es soll eine Prognose gestellt werden, wie sich die Transformationsoperation auf die soziale Integration, Beziehungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit und Selbständigkeit wahrscheinlich auswirken wird.

5.) Standards der somatischen Behandlung

Hormonbehandlung und Transformationsoperation vor dem vollendeten 18. Lebensjahr sind nur in Ausnahmefällen indiziert und bedürfen einer besonderen Begründung.

5.A) Standards der Hormonbehandlung
5.B) Standards der Transformationsoperation

Voraussetzungen der Operation
Empfehlungen für die Frau-zu-Mann-Transformationsoperationen
Empfehlungen für die Mann-zu-Frau-Transformationsoperation

5.A) Standards der Hormonbehandlung

Die Indikation zur hormonellen Behandlung, wie unter 4.1 (Indikation zur Hormonbehandlung) beschrieben, ist unabdingbare Voraussetzung. Die Auswirkungen dieser Behandlung sind zum Teil irreversibel (Stimmbruch, Behaarung, Hodenatrophie). Eine zu früh begonnene Hormonbehandlung kann die Diagnostik erschweren und eine ungünstige vorzeitige Festlegung bedeuten.
Die Einleitung der Hormonbehandlung und die Bestimmung der Frequenz der Kontrollen soll durch einen endokrinologisch erfahrenen Arzt erfolgen. Zu Beginn der Behandlung soll eine körperliche Untersuchung mit Befunddokumentation (unter anderem zur Kontrolle des Therapieeffekts) vorgenommen werden. Zur Beurteilung des aktuellen Thromboembolie-Risikos sollen familiäre und eigene thromboembolische Ereignisse in der Vorgeschichte des Patienten erfaßt werden. Des weiteren soll eine Leberanamnese erhoben und die aktuelle Leberfunktion beurteilt werden.

Die psychische Verträglichkeit der hormonellen Behandlung und ihrer Auswirkungen soll geprüft werden, ebenso die dauerhafte körperliche Verträglichkeit.

Der Patient muß über die Folgen der hormonellen Substitution aufgeklärt werden. Er muß ferner darüber informiert werden, daß die hormonelle Behandlung lebenslang erfolgen soll, da sonst Schäden infolge eines hormonellen Defizits auftreten können.

Eine Einverständniserklärung wird empfohlen.

5.B) Standards der Transformationsoperation

Voraussetzungen der Operation

· Der Operateur muß sich davon überzeugen, daß die gutachterliche Stellungnahme zur Indikation den Standards (siehe 4.2 Indikation zur Transformationsoperation) entspricht
· Der Operateur soll durch die körperliche Untersuchung die technische Durchführbarkeit des Eingriffs im speziellen Fall feststellen. Genitale Fehlbildungen sind kein Ausschlußkriterium, sie sollen in das operative Konzept integriert werden. Die Operabilität muß unter allgemeinmedizinischen Kriterien gegeben sein
· Vor der Operation soll in allen Fällen eine für Mann-zu-Frau- und Frau-zu-Mann-Transsexuelle unterschiedliche Einverständniserklärung vorliegen, in der die Art der Behandlung sowie die Folgen und die möglichen Komplikationen ausführlich erklärt werden. Notwendig ist auch eine mündliche Aufklärung, die sich auf die Operation selbst und ihre Irreversibilität, die Folgen der Gonadektomie und die Notwendigkeit der dauerhaften hormonellen Substitution bezieht.

Empfehlungen für die Frau-zu-Mann-Transformationsoperationen

Die Ziele der Operationen bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen sind unterschiedlich:

· Brustplastik: Bei kleinen Brüsten subkutane Mastektomie mit Mamillenreduktion, bei großen Brüsten Mastektomie mit freier Retransplantation der verkleinerten Mamille
· Hysterektomie mit Exstirpation der Adnexe, wobei von vaginal auch die Scheide mit entfernt werden kann
· Operationen am äußeren Genitale haben noch nicht zu einem Standardkonzept geführt. Die Techniken der Peniskonstruktion und der Implantation von Surrogat-Hoden sind noch im Erprobungsstadium. Deshalb sind individuelle Lösungen indiziert.

Empfehlungen für die Mann-zu-Frau-Transformationsoperation

Die Ziele der Operation bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen sind die Amputation des Penisschafts und der Hoden und die Bildung von Vulva, Klitoris und Vagina.
Anders als bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen kann für die Transformationsoperation eine Standardmethode empfohlen werden:

· Die Bildung einer Neovagina durch Implantation der invertierten Penishaut. Dabei ist darauf zu achten, daß eine ausreichende Tiefe der Vagina erreicht wird (z. B. durch Durchtrennung der Denonvillierschen Faszie). Die Operierten müssen darüber aufgeklärt werden, daß auch bei gutem Operationserfolg für die Funktionsfähigkeit der Scheide regelmäßiges Bougieren nach der Operation unerläßlich ist
· Die Auskleidung der Neovagina mit Penoskrotallappen sollte nicht durchgeführt werden, da diese Methode zu einer behaarten Vagina führt
· Die Auskleidung der Neovagina mit freitransplantiertem Epidermislappen oder Darmscheiden sollte wegen unbefriedigender Ergebnisse und erhöhtem Risiko nur bei Komplikationen angewendet werden, speziell nach Schrumpfung oder bei fehlender Tiefe
· Führt die hormonelle Behandlung nicht zu einer ausreichenden Gynäkomastie, kann eine Mammaaugmentationsplastik indiziert sein

· Die Veränderung des männlichen Haarbalgverteilungsbildes ist nur durch Entfernung der Haarwurzeln (Epilation) möglich. Diese Methode ist deshalb in vielen Fällen indiziert; die Epilation kann schon während der hormonellen Behandlung begonnen werden.

Andere operative Eingriffe (z. B. Nasenplastiken, Facelifting, Stimmbandverkürzung) werden nach der Transformationsoperation immer wieder angestrebt, gelten jedoch nicht als Standard.

6.) Standards der Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz

Die Gutachten zur Vornamensänderung und zur Personenstandsänderung müssen nach den Bestimmungen des TSG erstellt werden. Der Gutachter muß wissen, daß die Begutachtung zur Vornamensänderung (§ 1) bei weitem konsequenzenreicher ist (Mißbrauch zur Operationserlangung) als die Begutachtung zur Personenstandsänderung (§ 8) nach erfolgter Transformationsoperation.

6.A) Begutachtung nach § 1 Transsexuellengesetz
6.B) Begutachtung nach § 8 Transsexuellengesetz

6.A) Begutachtung nach § 1 Transsexuellengesetz

Das Ziel der Begutachtung ist es, die Entwicklung der Geschichte der Geschlechtsidentität und ihrer Störung (unter Vergegenwärtigung der Besonderheiten von Mann-zu-Frau- und Frau-zu-Mann-Transsexuellen) im psychosozialen Umfeld mit seinen jeweiligen Einflußfaktoren in den aufeinanderfolgenden Lebensphasen nachzuzeichnen. Der Gutachter soll sich, wenn erforderlich, zusätzliche Informationen beschaffen, unter denen Angaben wichtiger Bezugspersonen (Fremdanamnese) und psychologisch-medizinische Befunde besondere Bedeutung haben. Das Gutachten muß sich an den Standards der Diagnostik und Differentialdiagnostik (siehe 2.1. und 2.2) orientieren und diese ausführlich zur Darstellung bringen. Die Beurteilung soll wissenschaftlich begründet sein und eine kritische informationsverarbeitende Diskussion einschließen. Eine Zusammenfassung des Probanden- bzw. des Patientenberichts über subjektives Empfinden oder die Wiedergabe der Selbstinterpretation seines Lebenslaufes allein ist keine gutachterliche Urteilsbildung. Ebenso wichtig wie die Einfühlung in die Subjektivität der transsexuellen Überzeugung ist die kritische Aufmerksamkeit für objektivierbare Aspekte des Verhaltens.

Das Vorliegen der Voraussetzungen zur Vornamensänderung muß aus der Beurteilung schlüssig hervorgehen. Die im TSG genannten Voraussetzungen sind folgendermaßen zu interpretieren:

· Transsexuelle "Prägung" ist nicht verhaltensbiologisch zu verstehen, sondern als schrittweise und mehrfaktorielle Entwicklung der Transsexualität, die rekonstruierend bewertet werden muß
· Der mindestens dreijährige "Zwang" bedeutet die Unmöglichkeit, sich mit dem Geburtsgeschlecht zu versöhnen, und die anhaltende innere Gewißheit (deren Konstanz möglichst aus dem Verlauf des sogenannten Alltagstests zu bewerten ist), dem anderen Geschlecht anzugehören
· Die "hohe" Wahrscheinlichkeit der Unveränderbarkeit des Zugehörigkeitsempfindens zum anderen Geschlecht bezieht sich auf den derzeitigen medizinischen Wissensstand und ist zu prognostizieren aus den diagnostischen, anamnestischen und lebenssituativen Belegen für eine irreversible transsexuelle Entwicklung.

Wenn die Begutachtung zu dem Ergebnis führt, daß die Voraussetzungen nicht erfüllt sind, soll dies benannt und ggfs. eine Nachbegutachtung vorgeschlagen werden.
Die gutachterliche Empfehlung, dem Antrag auf Vornamensänderung gemäß § 1 TSG zu entsprechen, ist keine Indikation für eine somatische Behandlung. Dies soll in der Beurteilung klar und deutlich zum Ausdruck gebracht werden. Allerdings eröffnet § 4 TSG die Möglichkeit, im Rahmen prognostischer Erwägungen zur Indikation bzw. Kontraindikation somatischer Behandlungen Stellung zu nehmen.

6.B) Begutachtung nach § 8 Transsexuellengesetz

Bei der Begutachtung zur Personenstandsänderung im Sinne des § 8 TSG ist zu klären, ob die Kriterien nach § 1 vorliegen (siehe 6.1 Begutachtung nach § 1 TSG), eine dauerhafte Unfruchtbarkeit gegeben und "eine deutliche Annäherung an das körperliche Erscheinungsbild des anderen Geschlechts" erzielt worden ist. Die Erfüllung der letztgenannten Voraussetzung richtet sich nach dem Stand des medizinischen Wissens (siehe 5.2 Standards der Transformationsoperation) und der Rechtsprechung.

7.) Referenzen

Für die redaktionelle Unterstützung bei der Erarbeitung dieser Standards danken die Autoren Bärbel Kischlat-Schwalm.

Anschrift der Autoren:

Dipl.-Psych. Sophinette Becker, Klinikum der J. W. Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Sexualwissenschaft, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main

Priv.-Doz. Dr. med. Hartmut A. G. Bosinski, Klinikum der Christian-Albrechts-Universität Kiel, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel

Priv.-Doz. Dr. phil. Ulrich Clement, Institut für systemische Forschung, Kußmaulstr. 10, 69120 Heidelberg

Prof. Dr. med. Wolf Eicher, Diakonissenkrankenhaus, Frauenklinik, Speyerer Str. 91 - 93, 68163 Mannheim

Dr. med. Thomas M. Goerlich, Universität Leipzig, Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Liebigstr. 20, 04080 Leipzig

Prof. Dr. rer. biol. hum. Uwe Hartmann, Medizinische Hochschule Hannover, Arbeitsbereich Klinische Psychologie, Abt. Klinische Psychiatrie und Psychotherapie, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

Prof. Dr. med. Götz Kockott, Klinikum rechts der Isar, Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität, Ismaninger Str. 22, 81675 München

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Dieter Langer, Medizinische Hochschule Hannover, Zentrum für Psychologische Medizin, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

Dr. med. Wilhelm F. Preuss, Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf, Abteilung für Sexualforschung, Martinistr. 52, 20246 Hamburg

Prof. Dr. phil. Gunter Schmidt, Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf, Abteilung für Sexualforschung, Martinistr. 52, 20246 Hamburg

Prof. Dr. med. Alfred Springer, Ludwig-Boltzmann-Institut, Salztorgasse 6/5/8, A - 1010 Wien

Prof. Dr. med. Dr. jur. Reinhard Wille, Klinikum der Christian-Albrechts-Universität Kiel, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel

Mit "der Patient" ("der Therapeut", "der Gutachter") ist hier und im folgenden stets auch "die Patientin" ("die Therapeutin", "die Gutachterin") gemeint. Der Einfachheit halber wird jedoch durchgehend das männliche Personalpronomen verwendet.

Kommentar

Geschrieben von Kim am 2006-06-17

Die sogenannten "Deutsche Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen" wurden von der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung in Hamburg-Eppendorf erstellt. Im Einleitungstext der Ausgabe von 1998 heisst es:

"Transsexualität ist durch die dauerhafte innere Gewißheit, sich dem anderen Geschlecht zugehörig zu fühlen, gekennzeichnet. Dazu gehören die Ablehnung der körperlichen Merkmale des angeborenen Geschlechts und der mit dem biologischen Geschlecht verbundenen Rollenerwartungen sowie der Wunsch, durch hormonelle und chirurgische Maßnahmen soweit als möglich die körperliche Erscheinungsform des Identitätsgeschlechts anzunehmen und sozial und juristisch anerkannt im gewünschten Geschlecht zu leben."

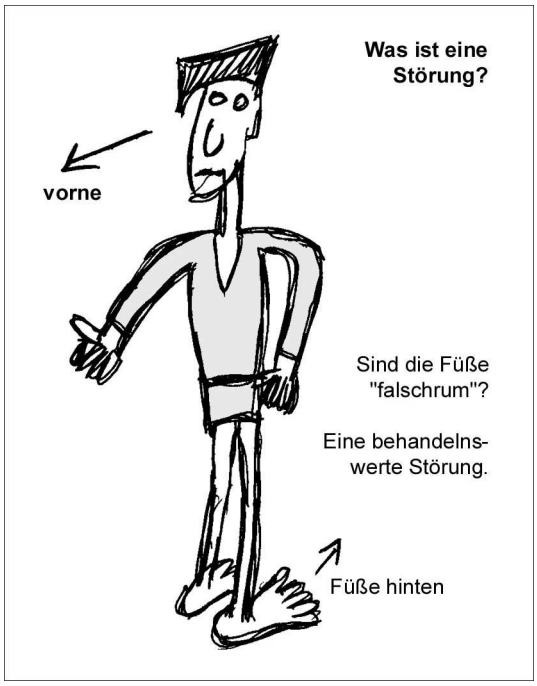
Diese Einleitung kann in ihrem Wahrheitsgehalt, bezieht man die Erkenntnisse aus dem Bereich anderer Wissenschaften ein (Humangenetik und Neurowissenschaften), mit großen Fragezeichen versehen werden, funktioniert diese Sichtweise nämlich nur, wenn man das Körpergeschlecht als einzig geschlechtsbestimmende Größe betrachtet. Daß allerdings der "Geschlechts-"Körper (bestehend aus Genitalien und XX bzw XY-Chromosomensatz) alleine für die Geschlechts Bestimmung heranzuziehen ist, ist, bedenkt man, daß es beispielsweise XX-Männer gibt, genauso wie XY-Frauen existieren, äußerst fragwürdig. Trotzdem geht die Gesellschaft für Sexualforschung weiterhin von einem körperlichen Grundgeschlecht aus und hält daher an der Einordnung von Transsexualität als psychische Störung fest. Im folgenden mal ein Grundriß über die gesellschaftliche Bedeutung der DGFS:

"Durch die von ihr vorgelegten Forschungsberichte, Gutachten und öffentlichen Stellungnahmen hat die Gesellschaft in den vergangenen Jahrzehnten immer wieder Entscheidungen des Gesetzgebers und der höchsten Gerichte maßgeblich beeinflußt. Das gilt insbesondere für die Reformen des Sexualstrafrechts und deren rechtliche Auslegung sowie für das so genannte Transsexuellengesetz. "

"Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter... sind neben ihrer psychotherapeutischen Arbeit als Gutachter für Behörden und Gerichte tätig, vor allem bei Fragen im Zusammenhang mit Sexualstraftaten und der Anwendung des Transsexuellengesetzes."

Hier mal so, wie es nach aktuellem Wissenschaftsstand richtig wäre:

"Transsexualität ist durch die dauerhafte innere Gewißheit über das eigene Geschlecht gekennzeichnet. Dazu gehören die Ablehnung der Merkmale des Geschlechts Körpers, der dem angeborenen Geschlecht entgegensteht und Probleme mit den, auf Grund einer falsch zugeordneten Geschlechtsrolle, verbundenen Erwartungen sowie der Wunsch, durch hormonelle und chirurgische Maßnahmen soweit als möglich die körperliche Erscheinungsform des biologischen Geschlechts anzunehmen und sozial und juristisch anerkannt zu leben."



Kapitel 5 - Kunstfehler und Transsexualität

Die umstrittene Sichtweise, daß es sich bei Transsexualität um eine psychische Störung handelt, obwohl mittlerweile einiges dagegen spricht (vergleiche Untersuchungen aus den Bereichen Neurowissenschaft und Humangenetik - u.a. Prof Eric Vilain USA, Ingrid Reisert - Universität Ulm) muß sich der Frage stellen, ob damit nicht ein ärztlicher Kunstfehler auf den anderen folgt. Hier ein Text zum Thema Kunstfehler in der Psychotherapie:

Quelle: Internet Publikation für Allgemeine und Integrative Psychotherapie

Behandlungsfehler begleiten unseren psychotherapeutischen Alltag und sind unvermeidlich. Aber es kommt natürlich darauf an: welche, wie bedeutsam sind sie, wie können sie konstruktiv-positiv verwertet werden und wie geht man mit dem Fehlerproblem im allgemeinen und im besonderen um, wie korrigiert man sie und wie lernt man aus ihnen? Diskussion, Problematik und Ahndung der heilkundlichen Kunstfehler sind fast so alt wie die Heilkunde selbst. Bereits das babylonische Recht - rund 1700 Jahre vor Christus - sah im Codex Hammurabi drastische Strafen vor (ausführlich zur Geschichte der [ärztlichen] Kunstfehler: Mallach et al. 1993, S. 2 ff). So ist die Kunst-/ Fehler-Diskussion in der medizinischen Heilkunde hoch entwickelt. Juristisch ist dort klar:

"Übersieht der Arzt veröffentlichte neue Behandlungsmethoden und hält er an Überholtem fest, so handelt er pflichtwidrig (BGH NJW 1978 587, OLG Bamberg VerR 1977 436)" (a. a. O., S. 10).

Ersetzt man in dem Text das Wort "Arzt" durch "PsychotherapeutIn", wird klar, daß sich eine solche Auffassung nicht mit "Therapieschulen" verträgt. Eine wissenschaftliche Psychotherapie kann es sich daher nicht mehr leisten, dieses Thema als Nebenschauplatz am Rande zu behandeln. Tatsächlich ist es mit der Idee einer allgemeinen und wissenschaftlichen Psychotherapie unvereinbar, die Definition der Kunst-/ Fehler den Psychotherapieschulen zu überlassen, da die strenge Beschränkung auf eine "Schule" schon als grundsätzlicher allgemeiner Kunstfehler bewertet werden kann, es sei denn, eine SchulentherapeutIn nimmt eine relativ enge Indikationsbeschränkung an.

Potentielle Kunst-/ Fehler aus der Sicht der Allgemeinen und Integrativen Psychologischen Psychotherapie

(1) Potentielle Kunst-/ Fehler zu Beginn einer Behandlung

1.1 Wenn keine Aufklärung über Dauer, Erfolgsaussichten und Risiken erfolgt.

1.2 Wenn eine PatientIn angenommen wird, ohne sich dem Fall ausreichend gewachsen zu fühlen.

1.3 Wenn eine PatientIn angenommen wird, und bezüglich der Problematik keinerlei Erfahrungen vorliegen, ohne dies in den probatorischen Sitzungen anzusprechen und abzuklären.

(2) Potentielle Kunst-/ Fehler mangelhafter Diagnostik, Therapieplanung und therapiebegleitender Evaluation

2.1 Wenn der Realitätsrahmen des Einzelfalles nicht angemessen berücksichtigt wird (Zeit, Geld, Randbedingungen).

2.2 Wenn angebotene Symptome und SymptomträgerInnen nicht kritisch hinterfragt oder permanent kritisch überfragt werden (Relativität der Bedeutung von Symptom und SymptomträgerInnen).

2.3 Wenn versäumt wird, ein evaluierbares Behandlungskonzept zu entwickeln (hypothesengeleitetes Vorgehen), wie die Störungen beeinflußt werden sollen.

2.4 Fehlende therapiebegleitende Evaluation, damit rechtzeitig erkannt werden kann, wie die Erfolgs- und Mißerfolgsaussichten sind.

2.5 Wenn Entwicklung, Bereitschaft, Fähigkeit und Einsicht der PatientInnen nicht angemessen berücksichtigt werden (Überforderung, Widerstand, Abneigung).

2.6 Wenn nicht wenigstens stichprobenhaft (z. B. 10 : 1) Katamnesen zur Evaluierung von Behandlungserfolgen durchgeführt werden.

Bemerkung: nicht immer kann planmäßig vorgegangen werden. Nicht selten besteht der Hauptteil einer Psychotherapie aus dem Heilmittel Klären, dann ist sozusagen das Klären zu planen, um den Kunst-/ Fehler "unendlicher" Klärungstherapien zu vermeiden.

(3) Potentielle Kunst-/ Fehler mangelnder Abklärung oder Kooperation

3.1 Wenn mit anderen beteiligten TherapeutInnen (z. B. ÄrztInnen, SozialpädagogInnen, PädagogInnen, HeilpraktikerInnen, SeelsorgerInnen, PflegerInnen) nicht angemessen zusammengearbeitet wird, wenn erforderlich.

3.2 Besonders mangelnde medizinische Abklärung im Bereich Psychosomatik und Psychopathologie.

(4) Potentielle Kunst-/ Fehler gegen die therapeutische Beziehung

4.1 Mangelnder Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung.

4.2 Wenn Kritik, negative Rückmeldungen oder verstärktes negatives Befinden von PatientInnen nicht zu verstärkter Reflexion und Supervision führen und nicht erwogen wird, ob eine Veränderung der Therapierahmenmethode oder ein TherapeutInnenwechsel der PatientIn besser dient.

4.3 Unnötig starke Bindung aufbauen (abhängig machen), dadurch unnötige Ablösungsschwierigkeiten und Therapieverlängerung.

(5) Potentielle Kunst-/ Fehler mangelnder Reflexion, Supervision und Fortbildung

5.1 Wenn besonders in problematischen und unklaren Therapiesituationen keine entsprechende Reflexion, Auto-Supervision oder Supervision erfolgt.

5.2 Wenn keine ständige, auch schulenübergreifende Fortbildung erfolgt.

(6) Potentielle Kunst-/ Fehler gegen Ergebnisse allgemeiner Psychotherapieforschung

6.1 Wenn nicht alle therapierelevanten Dimensionen (Beziehung, Klärung, Ressourcenaktivierung, Bewältigung) angemessen berücksichtigt werden.

6.2 Wenn dem individuellen und spezifischen Einzelfall nicht angemessen Rechnung getragen wird.

6.3 Wenn das soziale Umfeld und die konkrete Lebenssituation der einzelnen PatientIn nicht angemessen einbezogen und berücksichtigt wird.

6.4 Wenn bewährte Standardmethoden ("kriterienvalide Heilmittel") nicht zur Lösung der ihnen zugeordneten Störungen angewendet werden (z. B. Stellen bzw. Konfrontieren in der Behandlung der Phobien).

(7) Potentielle Kunst-/ Fehler gegen das Persönlichkeitsrecht (Abstinenzgebot)

7.1 Wenn Behandlungsziele gegen den Willen von PatientInnen verfolgt werden. PatientIn hat ein Grundrecht auf persönliche Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung.

7.2 Wenn zu sehr in die Persönlichkeit der PatientIn eingedrungen wird, ohne daß dies nach den Therapiezielen erforderlich wäre.

7.3 Wenn das Abwehrsystem der PatientIn mit Brachialmethoden zum Wanken gebracht wird.

7.4 Besondere Merkmale, Fähigkeiten oder Dienste einer PatientIn für sich auszunutzen, etwa der narzißtische Mißbrauch und ganz extrem der sexuelle Mißbrauch von PatientInnen.

(8) Potentielle Kunst-/ Fehler gegen Effizienz und Wirtschaftlichkeit

8.1 Wenn nicht versucht wird, so kurz bzw. schnell und so schonend im Sinne der Lebenswerte der PatientIn wie sicher (bewährte Methoden) und ökonomisch wie möglich zu behandeln.

8.2 Wenn Therapiemethoden angewendet werden, von denen bekannt ist, daß sie für ein gegebenes Problem nicht so gut geeignet sind wie andere.

8.3 Wenn Therapiemethoden oder Techniken nicht angewendet werden, obwohl allgemein bekannt ist, daß sie für ein umschriebenes Problem sehr wirkungsvoll sind.

Hierbei muß aber berücksichtigt werden, daß nicht jede PsychotherapeutIn alles können kann und daß jede TherapeutIn im Einklang mit ihrer Persönlichkeit, Erfahrung und Kompetenz handeln muß.

aus:

Internet Publikation für Allgemeine und Integrative Psychotherapie
IP-GIPT DAS=06.01.1998 Internet-Erstausgabe, letzte Änderung 19.11.4
Sekretariat: Dipl.-Psych. Irmgard Rathsmann-Sponsel und Dr. phil.Rudolf Sponsel *
Postfach 3147 D-91019 Erlangen

Kapitel 6 - Selbstbewußtsein

Wenn das Selbst ein Geschlecht hat, dann heisst Selbstbewußtsein, sich seines eigenen, angeborenen Geschlechts im Klaren zu sein. Für die Psychotherapie hiesse das: Eine sinnvolle Begleitung transsexueller Menschen kann nur dann erfolgen, wenn der behandelnde Psychotherapeut dem Patienten nicht ausgerechnet dann eine psychische Störung anlastet, wenn der Patient sein eigentliches Selbst gefunden hat. Würde der Therapeut dies tun, würde er Selbst und eigenen Schatten verwechseln, dann würde er dem Patienten großen Schaden zufügen. Was sich ganz logisch anhört, ist bei Transsexualität im Jahr 2006 immer noch Alltag: Menschen werden gebrochen, man streitet ihnen ihr Wissen über ihr "Selbst" ab, und sorgt indirekt für eine gesellschaftliche Diskriminierung, indem dieses falsche Bild der psychischen Störung weitergetragen wird (F64.0).

Aus http://www.cgjung.org/analytisch.htm stammt der folgende Text:

Das Selbst ist das Zentrum der ganzen Persönlichkeit und somit die zentrale Steuerungsinstanz, die mit dem Augenblick der Befruchtung der Eizelle wirksam wird und alle Entwicklungsprozesse strukturiert. Die Entwicklungsmöglichkeiten, die im Selbst als Potenz angelegt sind, hängen in ihrer Realisierung von Umwelt und Gesellschaftsverhältnissen ab, besonders aber von der Beschaffenheit des ICH-Bewußtseins. Von seiner Fähigkeit, sich dem Selbst gegenüber zu öffnen, hängt der Verlauf dessen Entwicklung ab. Das Ich ist der bewußte Vertreter des Selbst, sein Auge, mit dessen Hilfe das Selbst sich selbst erkennen kann. Das Selbst kann sich identifizieren mit Tieren, Kristallen und den Sternen. Es ist der Gott in uns.

Die Konsequenz muß also heißen: Ein guter Therapeut stärkt das Selbst!

Kapitel 7 - Das Gehirn bestimmt das Geschlecht

Aus: http://www.nature.com/, übersetzt von Kim Schicklang 11/05

Das Gehirn - Das wichtigste Sexual-Organ

Es gibt neue Anzeichen dafür, daß das menschliche Gehirn sich viel früher in eine männliche und weibliche Richtung entwickelt, als bisher angenommen --- nämlich schon bevor Sexual Hormone zum tragen kommen. Carina Dennis betrachtet die Sache im folgenden näher.

Susan wurde gleich nach ihrer Geburt von ihrer Mutter getrennt. Ihrer Mutter war es für einige Tage nicht erlaubt sie zu baden oder sie auszuziehen. Als Begründung gaben die Ärzte nur an, daß etwas bei der Geburt falsch gelaufen sei. Susan hatte das "intersexuelle Syndrom", ihre Genitalien wiesen keine klaren Merkmale auf, ob sie denn nun ein Junge oder ein Mädchen sei.

Obwohl Susan genetisch männlich ist, schlugen die Ärzte vor, daß sie sich einer Operation unterziehen sollte um aus ihr ein Mädchen zu machen - die Operation sei einfach und durch eine Hormonbehandlung würde sie sich schließlich normal hinsichtlich ihres eigentlichen Geschlechts entwickeln. Uns so kam es dann. Susan ist nun über 20, heiratete und ist eine glückliche Frau.

Für eine kleine Gruppe von Kindern (nämlich in einem von 4000 Fällen) die mit "unklaren" Geschlechtsorganen geboren wurden, sind die Dinge nicht ganz so einfach. Tony wurde ebenfalls als genetisch männlich geboren und hatte eine ähnliche Operation. Aber er fühlte sich nie glücklich als Junge. Nach einigen unglücklichen Jahren begann er mit einer Testosteron-Behandlung und lebt nun als Mann.
Die behandelnden Ärzte von Susan und Tony nahmen an, daß das Gehirn sich in einem ungeschlechtlichen Zustand befindet, bis es dem Einfluß von Hormonen ausgesetzt wird. Biologen beginnen jetzt aber langsam zu verstehen, daß Hormone nicht als die einzige bestimmende Größe im Zusammenhang mit der vorbestimmten Geschlechtsidentität des Gehirns gesehen werden können. Vielmehr ist es wahrscheinlich, daß männliche und weibliche Gehirne bereits schon vor dem größeren Einfluß von Geschlechtshormonen beginnen dürften sich in männlich und weiblich zu trennen. "Es gibt zwar viele Anzeichen dafür, daß Hormone für die Geschlechtsidentität menschlicher Gehirne verantwortlich sind, aber das ist bei weitem nicht alles", sagt Eric Vilain, Genetiker der University of California in Kalifornien (UCLA).

Die neuen Erkenntnisse über genetische und andere Faktoren im Zusammenhang mit der Geschlechtsentwicklung von Gehirnen könnten weitreichender sein, als das schlichte Abschreiben aus wissenschaftlichen Büchern. Sie könnten Einblicke in solche Phänomene wie Transsexualität erlauben, und vielleicht zu medizinischen Tests führen, die es erlauben würden festzustellen, ob ein neugeborenes Kind, das vom intersexuellen Syndrom betroffen ist, sich später in seinen Gedanken, seinen Gefühlen und seinem Verhalten später als Mann oder Frau versteht.

Der Glaubenssatz, daß ausschließlich Hormone als Hauptfaktoren bei der Geschlechtsidentifikationsfindung des menschlichen Hirns zu nennen sind, stammt unter anderem von Versuchen an kastrierten männlichen Hasen, die schon vor längerer Zeit gemacht wurden. Es schien damals so, als ob sich diese Hasen zu Weibchen entwickeln würden. Neugeborene Meerschweinchen, die unter den Einfluß von

Testosteron gesetzt wurden, schienen wie Männchen auszusehen und so zu handeln. Diese Versuche führten zu dem Schluß anzunehmen, daß das "Grundgeschlecht" bei Säugetieren weiblich ist, und daß sich die männliche Hirnstruktur und ein männliches Verhalten aus der Zufuhr von Testosteron resultiert.

Es ist nicht allzu lange her, als Genetiker einen "Hauptschalter" entdeckt haben, der quasi der Auslöser für die Testosteronentwicklung bei Säugetieren sein sollte: ein Gen mit dem Namen Sry, daß sich auf dem männlichen Y-Chromosom befindet. Ist dieser Testosteron-Motor einmal am laufen, solle dies automatisch die Entwicklung in Richtung männlicher Eigenschaften beeinflussen. Und so folgerten sie daraus, daß die Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Gehirnen ausschließlich vom Einfluß der Geschlechtshormone abhängt. "Auf breiter Flur wird das Thema von Hormongläubigern besetzt", sagt dazu Vilain..

Die Erkenntnis, daß die Sache doch ein wenig komplizierter sein könnte zeigen Untersuchungen von Vögeln. Ihre Geschlechtshormone unterscheiden sich von denen der Säugetiere dahingehend, daß das Federvieh eher ein männliches als ein weibliches "Hauptgeschlecht" besitzt. Aber wieder wurde angenommen, daß der Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Gehirnstrukturen aus der Art der zugeführten Geschlechtshormone resultiert.

Der überzeugende Beweis dafür, daß dies wieder mal nicht die ganze Geschichte sein sollte, kommt von einem seltenen in der Natur vorkommenden Zebrafinken, der auf der rechten Seite genetisch männlich ist, mit leuchtendem Federkleid und Hoden, und auf der linken Seite genetisch weiblich ist, mit einfachen Federn und einem Eierstock. Vorausgesetzt, daß die Geschlechtsentwicklung des Gehirns von Hormonen abhängig ist, würde man nun erwarten, daß beide Seiten des Vogelgehirns gleich sind, da ja beide Hälften den selben Mix aus männlichen und weiblichen Hormonen durch den Blutkreislauf zugeführt bekommen haben. Der Neurobiologe Arthur Arnold (UCLA) hat bei Untersuchungen des Gehirns allerdings feststellen müssen, daß die Neuronalstruktur, die für den männlichen Vogelgesang zuständig ist, auf der einen Seite größer war, als auf der anderen.

Ein weiteres Experiment führte Manfred Gahr, ein Neurologe der Freien Universität in Amsterdam durch: Er züchtete seine eigenen geschlechtsverwirrten Vögel. Er nahm Embryos der japanischen Wachtel und vertauschte durch einen chirurgischen Eingriff die Vorderhirne, welche für das spätere Geschlechtsverhalten verantwortlich sind, bevor sich die Geschlechtsorgane entwickeln. Falls die herkömmliche Ansicht also richtig sein sollte, daß die Geschlechtshormone, die durch die Geschlechtsorgane entwickelt werden, direkten Einfluß auf die geschlechtsspezifische Entwicklung der Gehirne üben, dann dürfte es keinen Unterschied im Ergebnis machen, daß sich da nun genetisch "falschgepolte" Vorderhirne in den Vögeln befanden.

Für die Weibchen, die nun ein männliches Vorderhirn hatten war das der Fall: Sie verhielten sich wie und sahen aus wie normale weibliche Wachteln! Aber die männlichen Vögel, die nun weibliche Vorderhirne hatten waren weder für männliche noch für weibliche Vögel von Interesse, das transplantierte weibliche Vorderhirn ließ keine typisch männlichen Verhaltensweisen aufkommen. Selbst die Hoden entwickelten sich nicht normal, so daß man darauf schließen kann, daß selbst in einer männlichen Wachtel ein genetisch männliches Hirn vorhanden sein muß, damit sich die männlichen Geschlechtsorgane komplett entwickeln.

Es ist nun schwer solche Experimente bei Säugetieren durchzuführen,

da die embryonale Entwicklung dort ja in der Gebärmutter stattfindet. Vilain aber hat DNA-Abschnitte benutzt um die Genaktivität in Gehirnen von männlichen und weiblichen Mäusen, die sich in einem Frühstadium ihrer Entwicklung befanden, zu untersuchen. Von den 12.000 aktiven Genen im Mäusehirn, zeigten 51 davon verschiedene Werte, je nach dem ob es sich um ein männliches Gehirn handelt oder ein weibliches, und das sogar bevor die Geschlechtsorgane sich bilden. Das läßt vermuten, daß bei Säugetieren männliche und weibliche Gehirne unterschiedliche Wege in der Entwicklung gehen, selbst bevor irgendein Hormon überhaupt wirken kann.

Ob die Gene, die Vilain beobachtet hatte, eine wichtige biologische Funktion für das Gehirn haben, blieb bisher allerdings noch offen. Um das herauszufinden, züchtet er nun Mäuse mit Gendefekten, bei denen diese Gene untätig sind, um herauszufinden was für einen Effekt das auf die Entwicklung der Gehirne und das geschlechtliche Verhalten hat.Zunächst will sich Vilain auf die Gene im Y-Chromosom konzentrieren und sagt "dies sind die offensichtlichen Kandidaten".

Andere Forschungen betrachten das Sry-Gen näher, um zu ermitteln ob es einen direkten Einfluß auf die Entwicklung eines Gehirns hat, in Verbindung mit seiner Rolle in den Hoden. Das Gen zeigt sich bei männlichen Säugetieren, aber wieder ist es auch hier unklar, was das bedeutet. "Genmuster lassen zwar Rückschlüsse darauf zu, wo Gene aktiv sind, aber wir brauchen noch mehr Studien um das zu überprüfen", gibt Amanda Swain, Entwicklungsbiologin der Chester Beatty Laboratories des Institute of Cancer Research in London zu bedenken. Sie plant nun, gezüchtete Mäuse, in denen Sry ausschließlich in den Hoden vorkommt mit normalen Tieren zu vergleichen, bei denen das Gen sowohl im Gehirn als auch in den Geschlechtsorganen vorkommt, um damit eventuelle Unterschiede im Verhalten und in der Gehirnstruktur zu betrachten.

Weitere Forschungen beschäftigten sich mit Mäusen, bei denen das Vorhandensein von Sry manipuliert wurde. Man wollte herausfinden, ob die Inaktivität eine Entwicklung zu Weibchen veranlaßt und wiederum genetische Weibchen denen Sry eingepflanzt wurde, eine Entwicklung Richtung Männchen veranlaßt.

Solche Mäuse benutze Arnold bei Untersuchungen zusammen mit Ingrid Reisert von der Universität Ulm (Deutschland) um einem Phänomen auf die Schliche zu kommen, das Reisert bereits vor über einem Jahrzehnt entdeckt hatte, nämlich die Tatsache, daß einige Zellen, die aus dem Mittelhirn von männlichen und weiblichen Nagetier-Embyronen entnommen wurden, sich zu unterschiedlichen Zellkulturen entwickeln. Sie fand heraus, daß diese Unterschiede nicht einfach nur ein Ergebnis des Sry-Gens sind, dem ja bisher die Aufgabe zugesprochen wurde, quasi "Initialzünder" für die Produktion von Testosteron in den Hoden zu sein, und kommt zu dem Schluß, daß andere Gene in den Geschlechtschromosomen genauso beteiligt sind.

Die Tiere, die von Reisert und Arnold verwendet wurden, wurden im Labor von Paul Burgoyne gezüchtet, ein Entwicklungsbiologe am englischen Medical Research Council's National Institute for Medical Research in London. Dieser hat eine ganze Reihe verschiedenster Mäuse gezüchtet, mit den ungewöhnlichsten Zusammensetzungen von Geschlechtschromosomen. "Du sagst es, wir können es machen", sagt Burgoyne, der ähnliche Ziele hat, nämlich Versuchs-Mäuse zu benutzen, um die genetischen Einflüsse herauszufiltern, die im Zusammenhang mit der Entwicklung von männlichen und weiblichen Gehirnen verantwortlich sind.

Eine Frage des Geschlechts: Vincent Harley (top) und Eric Vilain

hoffen herauszufinden, ob es eine genetische Grundlage für Transsexualität gibt. Studien zu den nicht-hormonellen Einflüssen auf die Geschlechts-Entwicklung bei Säugetieren sind noch sehr jung. Aber Vilain versucht trotzdem dieses neue Wissen auf die Transsexualität anzuwenden, dort wo Individuen physisch und genetisch ein Geschlecht besitzen, aber darauf bestehen, dem anderen zugerechnet zu werden. Berichte über die Verhältnisse in Familien haben zu Untersuchungen geführt, die der Frage nachgehen, in wie weit genetische Faktoren eine Rolle spielen können. "Einige der Gene, die zwischen Männern und Frauen im Gehirn unterschiedlich sind, könnten bei Transsexuellen vertauscht sein".vermutet Vilain.

Er arbeitet nun zusammen mit Vincent Harley, einem Molekular-Biologen des Prince Henry's Institute of Medical Research am Monash Medical Centre in Melbourne, der die größte Klinik für Transsexuelle in Australien betreibt. Sie forschen nun zusammen nach Abweichungen in den bestimmten Gensequenzen, um zu erfahren ob diese Abweichungen bei Transsexuellen häufiger auftreten, als bei Nicht-Transsexuellen. Erste Untersuchungen beschäftigen sich nun mit drei Genen, die auf den Geschlechtschromosomen zu finden sind, von denen man bisher weiß, daß sie zuständig dafür sind, die Eiweis-Ketten zu entschlüsseln, die für die Aktivität von anderen Genen zuständig sind.

Die Genforschung im Zusammenhang mit Geschlechtsidentität ist unausweichlich sehr großen Kontroversen ausgesetzt, bedenkt man das dunkle Kapitel der eugenischen Geschichte, als so etwas wie Transsexualität als "Seuche" angesehen wurde. Aber Harley ist auch angenehm überrascht, wieviel positive Reaktionen er aus der Transsexuellen-Bewegung erhalten hat, seit dem die Studie begonnen hat. "Ich bekam Emails, bei denen mir Menschen ihre Hilfe angeboten haben", sagt er "Da gibt es dieses Stigma, daß Transsexualität eine Wahl des Lebensstils ist. Es könnte sehr befreiend für sie sein, falls wir zeigen können, daß es für Transsexualität eine genetische oder biologische Grundlage gibt." Es ist in der Tat so, daß Harley bereits von Transsexuellen-Vereinigungen in Melbourne eingeladen wurde, um Vorträge über seine Forschungen zu halten.

Vilain hofft außerdem, daß diese Untersuchungen zu Tests führen könnte, die im Zusammenhang des intersexuellen Syndroms herausfindbar machen könnte, ob nun ein Neugeborenes mit diesem Syndrom später sich mehr als Mann oder als Frau sehen wird. "Geschlecht ist nicht einfach nur das X und Y Chromosom", sagt er. Viele unterschiedliche Gene sind dafür verantwortlich und falls Gen-Abweichungen dafür zuständig sind, ob sich ein Mensch männlich oder weiblich fühlt, dann kann es irgendwann sogar möglich sein durch eine Blutabnahme bei einem Menschen mit Intersexuellem Syndrom herauszufinden welche DNA-Abschnitte er den nun hat.

"Wenn es ein medizinisches Werkzeug geben würde um das Wunschgeschlecht eines Menschen anhand der DNA-Struktur herauszulesen, wäre das sehr hilfreich für intersexuelle Kinder", sagt Vilain.
Neugeborene mit uneindeutigen Geschlechtsmerkmalen werden normalerweise in ihren ersten Lebensmonaten operiert. "Die Mehrheit unserer Patienten sind später mit dem zugeschriebenen Geschlecht zufrieden", meint Garry Warne, ein Kinder-Endrikonologe des Royal Children's Hospital in Melbourne, Australia. "In weniger als 8 Prozent aller Fälle ist die Entwicklung unzufriedenstellend."

Aber wenn einmal die falsche Entscheidung getroffen wurde, so wie im Fall von Tony, sind die Konsequenzen verheerend. So weit sich Tony auch zurück erinnert fühlte er sich wie ein Junge. Als er über 30 Jahre alt war und seinen Fall im australischen Fernsehen einer

Öffentlichkeit präsentierte, war es für ihn endlich möglich Ärzte zu finden, die ihn mit Testosteron behandeln. Nicht überraschend, daß Tony über die drastische Operation, die aus ihm eine Frau machen wollte, zutiefst ärgert.

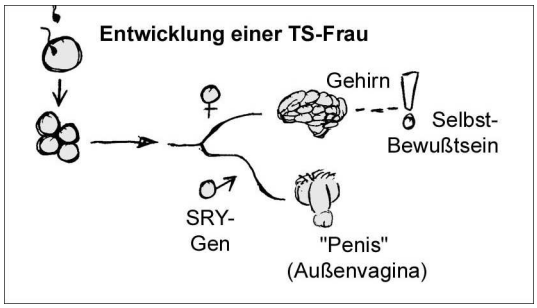
Solch besorgniserregende Erfahrungen treffen ins Herz der ungelösten Diskussion, wann eine Operation bei intersexuellen Personen erfolgen sollte. Tony glaubt, daß es am Besten wäre, solange zu warten, bis der Betroffene selbst entscheiden kann. Aber viele medizinischen Experten behaupten heute noch, daß eine frühzeitige Festlegung psychischen Schaden abwenden kann, den ein Kind möglicherweise abbekommen würde, das mit unklaren Geschlechtsorganen aufwachst. Warne, zum Beispiel, hat intersexuelle Menschen in Vietnam und Indien angetroffen, für die eine Operation nicht zu haben war. Die Mehrheit wünschte sich, daß sie als Kind bereits operiert worden wären.

Der wachsenden Erkenntnis Rechnung zu tragen, daß nicht nur Hormone dafür verantwortlich zu machen sind, ob sich ein menschliches Gehirn männlich oder weiblich entwickelt, schlägt Vilain vor, daß jede Operation solange aufgeschoben werden sollte, bis ein Kind dazu in der Lage ist die Einwilligung dazu zu geben und bereits begonnen hat, geschlechtstypisches Verhalten zu zeigen. Aber er hofft, daß irgendwann der Tag kommen wird, an dem es möglich sein wird Gentests durchzuführen, die es schon früher ermöglichen, sicherere Entscheidungen in der Geschlechtsfrage zu treffen.

Tony dagegen hat gemischte Gefühle über die Anwendung von Geninformationen im Zusammenhang mit der Behandlung von intersexuellen Menschen. "Es könnte einerseits die Chancen der falschen Entscheidung mindern, das wäre fantastisch, aber die Information sollte nicht dazu benutzt werden jemanden in ein Geschlecht zu zwingen".

CARINA DENNIS
Carina Dennis (Nature's Australasian correspondent)

1. Koopman, P., Gubbay, J., Vivian, N., Goodfellow, P. & Lovell-Badge, R. Nature 351, 117• 121 (1991).
2. Agate, R. J. et al. Proc. Natl Acad. Sci. USA 100, 873• 4878 (2003).
3. Gahr, M. Proc. Natl Acad. Sci. USA 100, 7959• 7964 (2003).
4. Dewing, P., Shi, T., Horvath, S. & Vilain, E. Mol. Brain Res. 118, 82• 90 (2003).
5. Lahr, G. et al. Mol. Brain Res. 33, 179• 182 (1995).
6. Mayer, A., Lahr, G., Swaab, D. F., Pilgrim, C. & Reisert, I. Neurogenetics 1, 281• 288 (1998).
7. Mayer, A., Mosler, G., Just, W., Pilgrim, C. & Reisert, I. Neurogenetics 3, 25• 30 (2000).
8. De Vries, G. J. et al. J. Neurosci. 22, 9005• 9014 (2002).
9. Beyer, C., Pilgrim, C. & Reisert, I. J. Neurosci. 11, 1325• 1333 (1991).10. Carruth, L. L., Reisert, I. & Arnold, A. P. Nature Neurosci. 5, 933• 934 (2002).11. Green, R. Arch. Sex. Behav. 29, 499• 507 (2000).



Kommentar

Geschrieben von Kim am 2006-06-29

Man glaubt es kaum, aber irgendwie ist es schon putzig, wie vorsichtig der folgende Artikel (Sommer 2006) formuliert ist...

MRT zur Diagnose bei Transsexualität geprüft Funktionelle MRT deckt im Gehirn Aktivierungsmuster des jeweils anderen Geschlechts bei erotischen Stimuli auf

BERLIN (gvg). Das Gehirn transsexueller Menschen, die anatomisch männlich sind, sich aber als Frauen fühlen, reagiert nicht typisch männlich auf visuelle erotische Stimuli. In einer Studie mit funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT) zeigt sich eher ein weibliches Aktivierungsmuster.

Diese Beobachtung haben Radiologen der Uni Essen gemacht, die in einer Studie 36 Probanden während einer fMRT des Gehirns Filmsequenzen mit erotischem Inhalt vorspielten. Die Studie erfolgte in Zusammenarbeit mit der Klinik für Psychosomatik und sollte klären, ob die fMRT bei Transsexuellen als Diagnosehilfe in Frage kommt, etwa bei der Entscheidung über eine Umwandlungs-Op.

Untersucht wurden je zwölf heterosexuelle Männer und Frauen sowie zwölf Mann-zu-Frau-Transsexuelle, also anatomische Männer, die sich als Frauen fühlen. Wie Dr. Elke Gizewski beim Röntgenkongreß in Berlin betonte, sei bereits aus Voruntersuchungen anderer Gruppen bekannt, daß sich bei Männern und Frauen in der fMRT Unterschiede zeigen, wenn erotische Stimuli präsentiert werden.

So würden bei Männern das limbische System und dort vor allem Regionen im Hypothalamus, in den Mandelkernen und im Inselkortex wesentlich stärker aktiviert. "Diese Vorbefunde konnten wir beim Vergleich der heterosexuellen Männer und Frauen unserer Kohorte bestätigen", sagte Gizewski.

Bei den transsexuellen Männern gab es diese spezifisch männliche Aktivierung des limbischen Systems nicht. Die mit der fMRT erzeugten Bilder entsprachen vielmehr exakt denen der weiblichen Probanden.

Die Radiologen können also das, was die transsexuellen Männer angeben - daß sie sich nämlich "wie im falschen Körper" fühlen - anhand der Aktivierung des Gehirns auf erotische Stimuli bestätigen. Es gibt offenbar ein biologisches Korrelat des subjektiven Befunds.

Copyright © 1997-2006 by Ärzte Zeitung

Wann wird denn endlich mal jemand darauf kommen, daß man nur 1 und 1 zusammenzählen braucht um Transsexualität zu erklären? Die geschlechtliche Entwicklung des Hirns weicht bei TS vom Körper ab - oder besser: andersherum! Der Körper weicht von dem ab, was einen Menschen zum Menschen macht. Transsexualität ist eine körperliche Störung - und zwar bezogen auf die vermeintlichen Geschlechtsorgane wie Penis oder Vagina.

Kapitel 8 - Geschichtlicher Vergleich

Obwohl Homosexualität und Transsexualität zwei völlig verschiedene Dinge sind, so gleicht sich doch die diskriminierende Sichtweise aus einer angeborenen Tatsache eine psychische Störung konstruieren zu wollen. Im Unterschied zur Akzeptanz von Homosexualität hinkt das Thema Transsexualität gesellschaftlich 40 Jahre hinterher. Im folgenden ein interessanter Artikel Jack Drescher, von der Website: http://www.community-muenchen.de/drescher.htm

Zur Geschichte von Homosexualität und Psychiatrie

Von Jack Drescher

Viel ist über die sogenannten Ursachen von Homosexualität spekuliert worden. Historisch finden sich drei Typen von Theorien in der juristischen, wissenschaftlichen und medizinischen Literatur zu den Ursachen von Homosexualität:

Theorien normaler Variationen definieren die gleichgeschlechtliche sexuelle Anziehung als eine natürlich vorkommende Form der Sexualität, vom selben Rang wie die Heterosexualität. Zum Vergleich ist eine häufige Normvariante bei Menschen zum Beispiel die Linkshändigkeit.

Eine zweite Art von Erklärungsmodellen, Theorien der Pathologie, definierten die erwachsene Homosexualität als Krankheit oder abnormen Zustand, abweichend von einem natürlichen vorgegebenen, heterosexuellen Entwicklungspfad. Die Vermutungen über krankmachende Einflüsse beinhalteten unter anderem: vorgeburtliche hormonelle Über- oder Unterversorgung, ein Übermaß an mütterlicher Zuwendung, ungenügende väterliche Zuwendung, Verführung durch eine ältere Person, ein dekadenter Lebensstil oder spirituelle Verwirrung.

Schließlich betrachteten Theorien der Unreife Homosexualität als potentiell normale Phase - obgleich eine vorübergehende - , die auf dem Weg zur reifen erwachsenen Heterosexualität überwunden wird.

Im Jahr 1973 bestätigte die American Psychiatric Association (APA) das Paradigma der Normvariation und entfernte Homosexualität aus ihrer Auflistung psychischer Störungen. Dem Beispiel der APA folgend, übernahmen die wichtigsten Verbände und Standesorganisationen des Gesundheitswesens in den USA und anderen Ländern das Paradigma von Homosexualität als normaler Variation des sexuellen Verhaltens. Im Jahr 1993 wurde Homosexualität schließlich auch aus der International Classification of Diseases (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entfernt.

Frühe moderne Theorien

Die moderne Geschichte der Homosexualität beginnt für viele Historiker im 19. Jahrhundert. Im Jahr 1864 veröffentlichte Karl Ulrichs, ein deutscher Anwalt, die Abhandlung "Rätsel der mann-männlichen Liebe". Er vertrat die These, daß Homosexualität für manche Männer normal sei. Mit weiblichen Anteilen und weiblichem Wesen versehen, bildeten diese Männer ein "drittes Geschlecht". Da der Begriff "Homosexualität" noch nicht erfunden war, bezeichnete Ulrichs diese Männer als "Urninge".

Eine gegensätzliche Hypothese wurde durch Krafft-Ebbing vertreten. In seiner Psychopathia Sexualis (1886), einem medizinischen Kompendium unkonventioneller sexueller Verhaltensweisen, bezeichnete Krafft-Ebbing Homosexualität als "degenerative" psychiatrische Abweichung. Wie viele Menschen heute, glaubte er, daß einzelne Menschen mit einer biologischen Prädisposition für Homosexualität geboren werden. Im Gegensatz zu jenen, die heute glauben, daß Homosexualität angeboren sei, sah Krafft-Ebing Homosexualität jedoch nicht als normalen Wesenszug, sondern als angeborene Krankheit.

Theorien der Unreife: Sigmund Freud

Eine dritte Position in jenen frühen modernen Debatten zu den Ursachen der Homosexualität vertrat Sigmund Freud in den "Drei Abhandlungen über die Sexualtheorie" (1905).

Freud widersprach Krafft-Ebings pathologisierender Beschreibung der Homosexualität. Freud widersprach auch den Thesen eines "dritten Geschlechts". Er beanspruchte für die Psychoanalyse, sie stehe "im Gegensatz zu jedem Versuch, Homosexuelle vom Rest der Menschheit als eine Gruppe mit spezifischen Charakterzügen zu unterscheiden".

Freud verstand Homosexualität statt dessen als normales Entwicklungsstadium eines jeden Menschen. In seiner Krankheitslehre war homosexuelles Verlangen bei Erwachsenen ein Hinweis für einen Stillstand der psychosexuellen Entwicklung.

In seinem "Brief an eine amerikanische Mutter" schrieb Freud:

"Ich folgere aus Ihrem Brief, daß Ihr Sohn homosexuell ist. Ich bin höchst beeindruckt von der Tatsache, daß Sie diesen Begriff in Ihren Informationen über ihn nicht selbst erwähnen. Darf ich Sie fragen, warum Sie ihn vermeiden? Homosexualität ist sicher kein Vorteil, aber sie ist nichts, dessen man sich schämen müßte, kein Fehler, keine Entartung; sie kann nicht als Erkrankung eingeordnet werden; wir nehmen an, sie ist eine Variation der sexuellen Funktion, erzeugt durch einen gewissen Stillstand der sexuellen Entwicklung. Viele hoch respektable Persönlichkeiten vergangener Zeiten und der Gegenwart waren homosexuell, darunter einige der größten Männer (Plato, Michelangelo, Leonardo da Vinci, etc.)...." (Freud 1935).

Theorien der Pathologie: die amerikanischen Neo-Freudianer

Die Psychoanalytiker in der Mitte des 20. Jahrhunderts begründeten ihre klinischen Praxis auf den Arbeiten von Sandor Rado (1940). Rado behauptete, daß Freuds Theorie der angeborenen Bisexualität ein Irrtum sei, daß es eine normale Homosexualität nicht gäbe und daß Heterosexualität die biologische Norm sei.

Rado hielt die Homosexualität für psychopathologisch - eine phobische Meidung der Heterosexualität, verursacht durch unzulängliches Elternverhalten in der frühen Kindheit. Seine Theorie hatte viele Anhänger. Ausgehend von Radios Perspektive hielten Bieber und andere (1962) die Homosexualität für "eine pathologische biosoziale, psychosexuelle Anpassung als Folge von umfassenden Ängsten in Bezug auf die Äußerung heterosexueller Impulse". Socarides (1968) nannte die Homosexualität "eine Auflösung der Trennung von der Mutter, indem man vor allen Frauen flüchtet". Ovesey (1969) behauptete, die Homosexualität sei "eine abweichende Form der sexuellen Anpassung, zu der der Patient durch das Eindringen von Angst in die normale sexuelle Funktion gezwungen wird".

Diese psychoanalytischen Theorien hatten einen bedeutenden Einfluß

auf das psychiatrische Denken in der Mitte des 20. Jahrhunderts und waren Teil der wissenschaftlichen Begründung mit der die Diagnose der "Homosexualität" in die zweite Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II, American Psychiatric Association 1968) aufgenommen wurde.

Theorien der normalen Variationen: die APA-Entscheidung von 1973

In den frühen 70iger Jahren des 20. Jahrhunderts begann die American Psychiatric Association (APA) einen Entwicklungsprozeß, an dessen Ende das Vertrauen des DSM-II auf die meta-psychologischen Formulierungen der Psychoanalyse aufgegeben wurde. Statt dessen näherte sich die APA einer diagnostischen Krankheitslehre, der medizinische und "beweisgestützte" Modelle zu Grunde lagen. Das neue Handbuch "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3. Auflage" (DSM-III) wurde schließlich im Jahr 1980 veröffentlicht. Zuvor führte aber eine Reihe von Ereignissen zu der Entscheidung der APA im Jahr 1973, das bestehende DSM-II zu erneuern und Homosexualität per se von der Liste psychischer Störungen zu streichen.

Der Auslöser für diesen Wandel kam von Aktivisten der Schwulenbewegung, deren Proteste das Jahrestreffen der APA 1970 sprengten. Diese Proteste brachten das wissenschaftliche Komitee der APA, das gerade mit der Neuformulierung des DSM-III begann, dazu zu erwägen, ob Homosexualität in dem diagnostischen Handbuch verbleiben sollte. Ein Unterkomitee, das sich mit dieser Streitfrage beschäftigte, arbeitete sich durch die wissenschaftliche Literatur aus nicht-psychoanalytischen Quellen, ein Gesamtwerk, das die Sicht von Homosexualität als normale Variante menschlicher Entwicklung unterstützte. Eine bemerkenswerte wissenschaftliche Untersuchung war Alfred Kinseys Bericht (1948, 1953), dass Homosexualität unter Nicht-Patienten in der Bevölkerung stärker verbreitet war, als allgemein angenommen. Ford und Beachs volkskundliche Studie (1951) bestätigte Kinseys Feststellung, dass Homosexualität kein seltenes Phänomen sei. Evelyn Hooker (1957) wies auf der Grundlage von Projektionstests nach, dass entgegen psychoanalytischer Theorie, eine Gruppe männlicher homosexueller Nicht-Patienten nicht mehr psychopathologische Störungen aufwies, als eine heterosexuelle Vergleichsgruppe.

Diese und andere Studien führten das wissenschaftliche Komitee der APA zu der Entscheidung, dass die wissenschaftliche Tatsachenlage die Sicht von Homosexualität als normaler Variante menschlicher Sexualität unterstützten. Das Komitee empfahl Homosexualität sofort aus dem DSM-II zu entfernen. Bevor es dazu kam, erhoben vor allem psychoanalytische Praktiker in einer Petition Einspruch gegen diesen Beschluss. Die Unterzeichner forderten, dass die wissenschaftliche Entscheidung der gesamten APA-Mitgliedschaft zur Abstimmung vorgelegt werden sollte. Trotz des Protestes der Psychoanalytiker stimmten die Mitglieder der APA für die Entscheidung des wissenschaftlichen Komitees und Homosexualität wurde aus dem diagnostischen Handbuch entfernt.

Die politische Dimension der klinischen Debatte

Es ist bemerkenswert, dass die Entscheidung der American Psychiatric Association im Jahr 1973 den politischen, staatlichen, religiösen und pädagogischen Institutionen und Medien die Möglichkeit nahm, sich weiterhin auf medizinische oder wissenschaftliche Begründungen für die Diskriminierung Homosexueller zu berufen. Ohne diesen Vorwand, entwickelte sich, insbesondere im letzten Jahrzehnt, eine beispiellose soziale Akzeptanz offen lebender Schwuler und Lesben.

Der Autor Dr. Jack Drescher ist Herausgeber des Journal Of Gay And Lesbian Psychotherapy. Er ist Vorsitzender der American Psychiatric Association im New York County District.

Dieser stark gekürzte Text von Jack Drescher findet sich vollständig in der amerikanischen Originalausgabe des Buches "Mental Health Issues in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Communities" (Hrsg. Billy E. Jones, Majorie J. Hill, Washington DC, 2002).

Quelle: http://www.community-muenchen.de/drescher.htm

Kapitel 9 - Das F-Vorurteil

Rein auf Vermutungen basierend wird Transsexualität nach Einordnung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als psychische Störung angesehen und ist daher auch im F-Katalog (psychische Störungen) der zu behandelnden Krankheiten aufgeführt (wie bis Anfang der 70er-Jahre Homosexualität). Diese Sichtweise steht nicht im Einklang mit der Aussage "Ich bin im falschen Körper geboren" (bezogen auf die Geschlechtsorgane) von Betroffenen. Dabei ist es Tatsache, dass nur die Wahrnehmung einer tatsächlich vorhandenen körperlichen Störung im Zusammenhang mit Transsexualität, eine richtige Grundlage für den medizinischen und gesellschaftlichen Umgang mit Menschen, die von dieser Geschlechtskörperstörung betroffen sind, bieten kann. Die antiquierte Einordnung unter F64.0 ist realitätsfremd und fördert Vorurteile (Ist die Annahme einer psychischen Störung ja bereits selbst schon ein Vorurteil).

Damit der diskriminierende Wert der Einordnung deutlich wird, hier ein Ausschnitt aus der Website des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information:

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), eine nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), wurde 1969 gegründet. Zu unseren Aufgaben gehört es, der fachlich interessierten Öffentlichkeit Informationen aus dem gesamten Gebiet der Medizin zugänglich zu machen.

http://www.dimdi.de/static/de/dimdi/dd/index.htm

Auf den Seiten des Institutes findet sich dann folgendes:

```
ICD-10 - Internationale Klassifikation der Krankheiten - 10. Revision

Die "Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und
verwandter Gesundheitsprobleme" (ICD-10) wurde von der
Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt und im Auftrag des
Bundesministeriums für Gesundheit vom DIMDI ins Deutsche übertragen
und herausgegeben. Die Abkürzung ICD steht für "International
Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems",
die Ziffer 10 bezeichnet die 10. Revision der Klassifikation. Die
ICD-10 ist Teil der Familie der internationalen gesundheitsrelevanten
Klassifikationen.

Kapitel V

Psychische und Verhaltensstörungen
(F00-F99)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer
Störungen
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope
Substanzen
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F30-F39 Affektive Störungen
```

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79 Intelligenzminderung
F80-F89 Entwicklungsstörungen
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
(F60-F69)

Dieser Abschnitt enthält eine Reihe von klinisch wichtigen, meist länger anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern. Sie sind Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen. Einige dieser Zustandsbilder und Verhaltensmuster entstehen als Folge konstitutioneller Faktoren und sozialer Erfahrungen schon früh im Verlauf der individuellen Entwicklung, während andere erst später im Leben erworben werden. Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60.-), die kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen (F61) und die Persönlichkeitsänderungen (F62.-) sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen. Häufig gehen sie mit einem unterschiedlichen Ausmaß persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher.

F64 Störungen der Geschlechtsidentität

F64.0 Transsexualismus

Der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes 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 soweit wie möglich anzugleichen.

Kommentar, geschrieben von Kim am 2006-06-17

Den Fehler, dass der Körper "über" das geschlechtliche Wissen des Menschen gestellt wird, wurde bis Ende der 60er/Anfang der 70er des letzten Jahrhunderts auch im Zusammenhang mit Homosexualität begangen. Bis zu diesem Zeitpunkt wurde verscuht, die geschlechtliche Orientierung des Menschen, die Präferenz hinsichtlich des Sexualpartners auch auf die Geschlechtsorgane zu reduzieren, frei nach dem Motto "Du hast einen Penis, also darfst Du auch nur eine Frau lieben". In den letzten 30-35 Jahren hat sich gottseidank bereits herumgesprochen, dass Homosexualität keine psychische Störung ist (was sie bis Anfang der 70er, ähnlich wie heute noch Transsexualität, gewesen ist).

Im Zusammenhang mit Transsexualität ist es nun Zeit, dass ähnliche Sichtweisenfehler (F64.0) nun endgültig zu den Akten gelegt werden.

Kapitel 10 - Zweiter Vergleich zwischen Homosexualität und Transsexualität

Hier ein Artikel aus der Webiste http://www.paradisi.de/ :

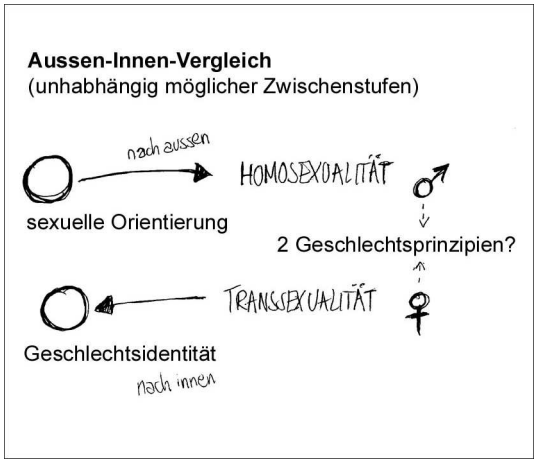
Die psychiatrische Pathologisierung der Homosexualität begann Mitte des 19. Jahrhunderts. Sie wurde als Symptom einer inneren Verkehrung des Geschlechtsempfindens ("konträre Sexualempfindung", "Inversion") aufgefasst. 1869 publizierte der Berliner Nervenarzt Carl Westphal den ersten wissenschaftlichen Aufsatz zu diesem Thema, in welchem er auch den Terminus "conträre Sexualempfindung" einführte.

Homosexualität wurde 1974 von der American Psychiatric Association (APA) auf Grund eines Beschlusses aus dem Jahr zuvor aus ihrem Krankheitenkatalog (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, kurz: DSM, damalige Auflage DSM-II) gestrichen. Zuvor galt Homosexualität als psychische Erkrankung. Allerdings existierte von da an im DSM-II die "sexuelle Orientierungsstörung", später im DSM-III "ich-dystone Homosexualität" genannt, mit der ein Zustand anhaltenden Leidens an der eigenen Homosexualität diagnostiziert werden konnte. Seit 1980 (ab DSM-III-R) besteht auch diese Diagnose nicht mehr.

Aus der von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen International Classification of Diseases (ICD) wurde die Homosexualität erst 1992 mit der Publikation der ICD-10 entfernt. In der ICD-8 wurde jedoch Homosexualität bereits als umstrittenes Krankheitsbild dargestellt.

Trotz der offiziellen Entpathologisierung der Homosexualität und der Entwicklung spezieller Psychotherapieansätze für Schwule und Lesben (Gay Affirmative Psychotherapy) gibt es weiterhin eine Minderheit an Medizinern bzw. Psychotherapeuten, die Homosexualität als Störung auffassen (z.B. Charles Socarides, Joseph Nicolosi), insbesondere aus dem Umfeld konservativer protestantisch-fundamentalistischer Gruppierungen in den USA (Ex-Gay-Bewegung).

Quelle: http://www.paradisi.de/



Es ist kein Fehler einen Fehler einmal zu begehen, aber es ist unärztlich, den eigenen Fehler nicht einzugestehen oder erkennen zu wollen, um daraus für später die notwendigen Konsequenzen zu ziehen.

Georg Ernst Stahl (1660 - 1734), deutscher Arzt und Chemiker.

Kapitel 11 - Der Sichtweisentest

Liest man etwas über Transsexualität fällt auf, dass die medizinische Sichtweise bisher von einer psychischen Störung ausgeht, die meisten Betroffenen das aber ganz anders sehen. Zwar gibt es im Jahr 2006 immerhin "tolerante" Menschen, die bereit sind Transsexualität als "Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören" zu sehen, doch wird Menschen, die von einer Geschlechtskörperstörung betroffen sind, damit kein Gefallen getan, streiten diese "toleranten Menschen" damit ja immer noch ab, dass es sich nicht nur um einen "Wunsch" handelt, sondern um das Wissen seiner eigentlichen Geschlechtszugehörigkeit.

Wünschen kann man sich vieles im Leben, doch eine Existenz ist unwandelbar. Wer als Frau auf die Welt gekommen ist, will auch als Frau anerkannt leben. Wer als Mann geboren wurde, will als Mann erkannt werden.

Transsexuelle Menschen handeln ja bereits vor ihrem "Outing" bereits geschlechtstypisch, lediglich "die Geschlechts-Organe" weichen dabei vom angeborenen Geschlecht ab. Das Geschlecht an sich ist unwandelbar - allein die Vorstellung, dass eine Wandlung möglich wäre, müsste schon aus Sicht der Psychotherapie ziemlich seltsam anmuten. Es wäre dann ja anzunehmen, es gäbe mehr als einen "Kern", mehr als ein einziges "Selbst" des Menschen. Geht man allerdings davon aus, dass der Mensch ein einziges Selbst besitzt, dann bliebe bei der Annahme, es würde sich bei Transsexualität um eine psychische Störung handeln, nur übrig zu behaupten, dass transsexuelle Menschen nach ihrem "Outing" ihr Selbst verleugnen (Womit transsexuelle Menschen automatisch zu Lügnern gemacht werden). Die andere Möglichkeit ist das einzig logische: transsexuelle Menschen haben vor(!) ihrem Outing ihr Selbst verleugnet. Daraus folgt, zählt man 1 und 1 konsequent zusammen: Transsexualität ist eine körperliche Störung, der Satz "Ich bin im falschen Körper geboren" ist wahr.

Hier mal beide Sichtweisen im Direktvergleich

NEIN) psychische Störung (F64.0)

a) Die Aussage "Ich bin im falschen Körper geboren" wird als Störung angesehen, der Inhalt ignoriert.
b) Transsexualität wäre als Fluchtversuch vor dem Selbst zu werten (Selbstverleugnung).
c) Die psychische Störung wurde bis heute nicht gefunden.
d) Reduzierung des Geschlechts auf den Körper, wenn der "Geist" abweicht, dann ist dieser gestört.
e) Verhinderung sinnvoller Grundlagenforschung durch "Ausklammerung" des Patienten.
f) Verbreitung eines diskriminierenden Bildes über Transsexuelle in der Gesellschaft.
g) Das Beschreiben von Transsexuellen als Menschen, die den "Wunsch" haben, ihr Geschlecht "zu wandeln".
h) Auslösen und Hervorrufen von sekundären psychischen Folgeerscheinungen (wie z.B. Depressionen).
g) Betroffene werden menschenunwürdigen Behandlungen ausgesetzt, man handelt "über ihren Kopf hinweg".

JA) körperliche Störung

a) Die Aussage "Ich bin im falschen Körper geboren" wird ernstgenommen und als wahr angesehen.
b) Transsexualität ist das Wissen um seiner Selbst (Selbstbewusstsein).
c) Die körperliche Störung wird seit Jahrzehnten "körperlich" behandelt.
d) Wissen um die neuro-biologischen Faktoren für die Geschlechtsidentität.
e) Schaffen einer sinnvollen Grundlage für Forschung und Wissenschaft durch Ernstnehmen des Patienten.
f) Öffnung der Sichtweise über Geschlechtsdefinitionen in der Gesellschaft. Abbau von sekundären Diskriminierungen.
g) Das Erkennen von Transsexuellen in ihren angeborenen Identitätsgeschlecht.
h) Hilfestellung und Stärkung der Psyche, sinnvolle Begleitung während der medizinischen Behandlung.
i) Betroffene werden in die Behandlung miteinbezogen, die medizinischen Schritte als notwendig erkannt.

Die Realität ist häufig ziemlich praxisnah, womit klar wird, welche Sichtweise die einzig konsequent anwendbare, medizinisch sinnvolle und moralisch vernünftige ist.

Kommentar

Geschrieben von Kim am 2006-06-29

Hier ein paar Statements von einer Mutter einer transsexuellen Frau:

"Es gibt in dieser Welt sicher einige gute Therapeuten, die sich um ihre transsexuelle Klientel kümmern und ihnen bei ihrem Anliegen helfen. Indem die Harry Benjamin-Behandlungsstandards vor der Operation Psychotherapie vorschreiben, werden transsexuelle Menschen zu Bauern im Schachspiel der Interessenkonflikte degradiert" "Das Thema Transsexualität wird von der gemeinen Bevölkerung immer noch mißverstanden, weil ihr Gedankengut aus dem Mittelalter stammt."

"Unglücklicherweise ist es im besten Interesse der Medizinerzunft, den Mythos aufrechtzuerhalten, daß Transsexualität ein geistiges oder seelisches Problem sei."

Quelle: http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/TS/Evelyn/German/

Kapitel 12 - Die Spiegel-Theorie

Was wird passieren, wenn ein Mensch das Selbst (den Kern) eines anderen Menschen ignoriert? Es wird das folgen, was ich einmal den "Spiegeleffekt" nennen will. Der Ignorierende wird den Ignorierten in seiner Komplettheit derart missverstehen, dass einerseits Aussagen des Ignorierten zur gegenteiligen Aussage verkehrt werden und andererseits Aussagen, die der Ignorant dem Ignorierenden entgegenbringt wiederum selbst in sich gespiegelt werden und in gegenteiliger Wirkung auf den Ignoranten zurückfallen. Im Zusammenhang mit von Transsexualität, oder besser einer Geschlechtskörperstörung, ist dieses Phänomen ein sehr interessantes, bietet sich das gespiegelte Geschlechtsbild doch idealerweise gerade für ein "Spiegeln" an. Dies ist immer dann so, wenn Frauen (eben auch transsexuelle) als Männer wahrgenommen werden bzw. Männer (eben auch transsexuelle) als Frauen.

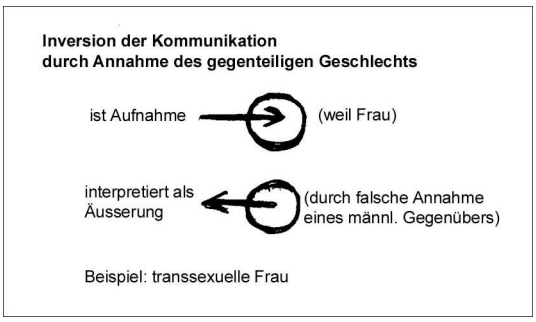
Zur Verdeutlichung hier ein paar Begriffe, in denen das Selbst als Wortbestandteil vorkommt:

Selbstbewusstsein - Selbstverleugnung

Selbstvertrauen - Selbstzweifel

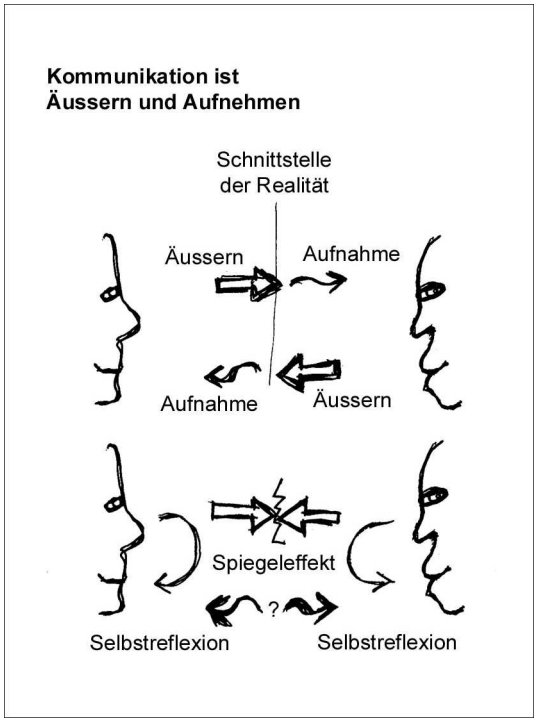
Selbstlosigkeit - Selbstbestimmtheit

Nehmen wir also an, das Selbst eines Menschen wird nun geleugnet und als unwahr wahrgenommen (also demnach als "un" bzw. anti), dann tritt folgender Effekt auf: Die Paare werden vertauscht - Selbstbewusstsein wird als Selbstverleugnung wahrgenommen (und Selbstverleugnung als Selbstbewusstsein), Selbstvertrauen als Selbstzweifel (und Selbstzweifel als Selbstvertrauen) und Selbstlosigkeit als Selbstbestimmtheit (bzw. Selbstbestimmtheit als Selbstlosigkeit). Aus diesen Kernbegriffen der Existenz leiten sich dann weitere Missverständnisse ab, wenn man das Selbst als Anti wahr nimmt. Ist ein Mensch beispielsweise glücklich, dann kann dies auch als ein "im Einklang mit sich selbst sein" gesehen werden, was bei einem leugnen des Selbst eines anderen Menschen dazu führt, dass dieser Mensch als unglücklich wahrgenommen wird, wenn er in Wirklichkeit glücklich ist. Ist dieser Nichtwahrgenommene (oder Antiwahrgenommene) unglücklich, so führt die Täuschung zu einem Fehlbild eines glücklichen Menschen. Dieses Prinzip kann auf den kompletten Menschen angewandt werden, wird er doch von Aussen in seiner Existenz negiert.



Die zweite Folge der Täuschung liegt bei Transsexualität dann nicht nur im gegenteiligen Wahrnehmen des von Transsexualität betroffenen Menschen, sondern resultiert aus der Täuschung an sich - ist sie doch quasi eine Selbsttäuschung des Nichtwahrnehmenden. Das führt zu folgender logischen Aussage:

Ein Mensch, der transsexuellen Menschen das Wissen über ihr Selbst abspricht (wie es heute leider noch vorkommt - siehe die falsche Einordnung zu F64.0 "psychische Störung") hat selbst ein grosses Problem mit dem eigenen Selbst. Darüberhinaus projeziert dieser Ignorierende Mensch seine unbewussten Schattenseiten auf den für ihn vermeintlich "psychisch gestörten" Menschen. Nicht dass Projektionen auf andere Menschen nicht alltäglich sind, so ist es aber so, dass Transsexuelle Menschen sich trotzdem als fast beste Projektions-Kandidaten anbieten, schliesslich kann hier der komplette Mensch als Projektionsfläche genutzt werden, und nicht nur ein Teil, wie dies bei von einer Gesellschaft als existent angesehenen Menschen der Fall ist.



Folgt man nun diesen logischen Zusammenhängen, so wird einem das Ganze Ausmass der Ungeheuerlichkeit bewusst, dem Transsexuelle Menschen bis ins Jahr 2006 ausgesetzt sind. Durch das Abstreiten der Tatsache, dass es sich bei Transsexualität um nichts weiter handelt, als um eine stellenweise körperliche Abweichung vom eigenen Geschlecht, und der fälschlichen Annahme von Transsexualität als psychisches Phänomen werden die betroffenen Menschen ihrer kompletten Existenzrechte beraubt. Sie werden als Menschen zweiter Klasse gehalten, denen man heute zwar tolerant begegnen will, ist aber nicht bereit sie aus ihrem Leiden komplett zu "befreien" - die Funktion als Seelenmülleimer mag man ihnen dann doch nicht nehmen.

Diese psychische Ausnutzung und seelische Ausbeutung von real existierenden Lebewesen, die von nichts weiter als einer körperlichen Störung betroffen sind, ist einer modernen aufgeklärten Gesellschaft unwürdig - ja würde man solche Unterdrückungsmechanismen eher in totalitären Regimen erwarten (in denen Menschen andere Menschen gerne mal als "nicht-existent" deklarieren), als in Deutschland im Jahre 2006.

Für jeden positiven Menschen kann daher das Ziel nur folgendermassen heissen:

Transsexualität ist eine Geschlechtskörperstörung - eine partielle Abweichung der Geschlechtsorgane vom angeborenen eigenen Geschlecht.

Kapitel 13 - Das Korn auf der Waage

Eine zentrale Bedeutung im Verstehen und Erkennen von Transsexualität, hat die Frage, wann denn nun überhaupt Geschlecht entsteht und welches der vielen Geschlechtsdefinitionsmöglichkeiten nun die entscheidende ist. Beschäftigt man sich mit der "Entstehung eines Menschen" und macht nun eine Reise zurück in den Mutterleib, geht noch ein paar Monate weiter zurück, dann kommt man in etwa da an, wo sich, so sagt nun die Humangenetik, ein "männlicher" bzw. "weiblicher" Entwicklungspfad beginnt. Der Körper beginnt sich männlich oder weiblich zu entwickeln, nur - und das ist jetzt eine weitere spannende Frage - läuft der Körper in der Komplettheit seiner Einzelentwicklungen immer zu 100 Prozent einen männlichen oder einen weiblichen Pfad ab? Betrachtet man sich Intersexualität so kann dies klar verneint werden, kommt es doch immer wieder vor, dass Menschen mit beiderlei Geschlechtsorganen auf die "Welt" kommen. Durch chirurgische Korrekturen in der frühen Kindheit wird "von Aussen" entschieden, wie ein intersexuelles Kind denn nun aufwachsen soll - es wird angenommen, dass sich dieser Mensch dann entsprechend seiner Geschlechtsorgane verhalten, empfinden und selbstbetrachten wird. Zahlreiche Beispiele zeigen allerdings, dass das geschlechtliche Selbst-Wissen intersexueller Menschen oftmals gegenteilig zu ihrem von Aussen bestimmten Geschlecht verläuft.

Geht man nun erneut zurück zum Anfang, dann fällt auf, dass da ja noch was ist: Richtig - das Gehirn! Auch dieses entwickelt sich geschlechtlich, was Untersuchungen aus Humangenetik und Neurowissenschaft mittlerweile belegen.

Kann es also sein, dass sich das Gehirn und die Geschlechtsorgane eines Menschen gegengeschlechtlich entwickeln? Wenn man weiss, dass es eine Hundertprozentigkeit in der Natur nicht gibt und die Ausnahme immer die Regel bestätigt, dann folgt daraus:

Es kann sich ein männlicher Körper mit weiblichem Gehirn genauso im Mutterleib entwickeln, wie ein weiblicher Körper mit männlichem Gehirn.

Was nun von essentieller Wichtigkeit ist, ist folgende Frage: Welches Geschlecht hat dann dieser Mensch? Entscheidet nun der Körper (als von Aussen sichtbares Mekmal), oder entscheidet das Gehirn (als Sitz des Selbst/des Kerns/der Seele des Menschen)? Dazu kann vielleicht eine weitere Frage Aufschluss geben: Was macht den Menschen zum lebendigen Menschen? Ist es der Körper, oder sein Gehirn? Der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer hat am 29.6.91 folgendes dazu geäussert: "Der Hirntod ist der Tod des Menschen". Nun müsste im Umkehrschluss ja daraus folgen, dass das Hirn, der Sitz des Bewusstseins einen Menschen nun zum Lebewesen macht. Auf der anderen Seite hätte aber das Gehirn beispielsweise ohne einen funktionierenden Blutkreislauf nun auch ein kleines Problem - so ist der Körper ja auch mitentscheidend dafür, was "im Hirn passiert". Das einzige, was man also nun tun kann, will man nun entscheiden, was nun wichtiger ist, ist, dass man sich auf ein "unentschieden" einigt: Körper und Geist/Gehirn sind beide wichtig, sie stehen in einem Austausch.

Und wenn es doch noch etwas geben sollte? Einen quasi "göttlichen Funken", der die Initialzündung gesetzt hat dafür, dass ein Mensch nun in der Lage ist, mit seinem Gehirn zu Denken, sich Selbst zu erkennen, und z.B. seinen Körper zu betrachten?

Wäre es dann immer noch ein Unentschieden, oder würde die Waage dann in eine Richtung ausschlagen - wenn ja in welche? Intuitiv würde man dann wohl eher Richtung Gehirn tendieren, welches den Sitz des Bewusstseins darstellt - schliesslich ist man als Mensch nun in der Lage seinen Körper zu erkennen, das Gehirn gibt dem Menschen aber noch immer riesige Rätsel auf.

Nimmt man also nun dies an, dann könnte man sagen: Das Selbst ist der Kern des Menschen (C.G. Jung nennt das den "Gott in uns"). Damit wird ein Mensch zum existenten Lebewesen.

So, nochmal die Zeitmaschine Richtung Geschlechtsentwicklung genommen, und eine Frage wiederholt:

Es kann sich ein männlicher Körper mit weiblichem Gehirn genauso im Mutterleib entwickeln, wie ein weiblicher Körper mit männlichem Gehirn. Welches Geschlecht hat dann dieser Mensch?

Kommentar

Geschrieben von Kim am 2006-06-16

Die Frage ist nun, wie erkennt man nun das Geschlecht eines Menschen? Ganz einfach: Mit Bewusstsein. Dazu gehört das Verantwortungsbewusstsein über die Wichtichkeit des Ernstnehmens des Selbst des Betroffenen. Hilfreich ist dabei das Stärken des Selbstbewusstseins des transsexuellen Menschen.

Kapitel 14 - Die Wahrheit kommt ans Licht

Welcher perverse Sadismus mag der Grund dafür sein, Menschen zu etwas zu machen, was sie nicht sind? Welchen Grund mag es geben, Menschen ihr Wissen über ihr eigenes Selbst abzusprechen? Was mag der Sinn sein vorzugeben "im Sinne der Medizin" zu handeln und doch gegen jegliche medizinische Ethik zu verstossen? Was für ein Zweck kann dahinterstecken, wenn man Gesetze auf den Weg bringt, die Menschen zu Lügnern macht?

Und vorallem: Was für ein Recht hat ein Mensch dazu, sich gottgleich über das Leben eines anderen zu stellen, und ihm - durch geschickte Manipulation der Wahrheit - seine Existenz zu rauben?

Liebe "Experten" der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, liebe "Profis" von der Harry Benjamin-Gesellschaft, ihr begeht ein Verbrechen. Es wird Zeit, dass Euch das klar wird:

Transsexualität ist eine partielle Abweichung des Körpers vom eigenen angeborenen Geschlecht.

Hier mal ein diskriminierender Text zum selbstnachlesen:

"DSM-IV: Geschlechtsidentitätsstörung

1. Ein starkes und andauerndes Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht

das heißt

** geäußertes Verlangen, dem anderen Geschlecht anzugehören;*
** häufiges Auftreten als Angehöriger des anderen Geschlechts;*
** der Wunsch, als ein Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben und als solcher behandelt zu werden;*
** die Überzeugung, die typischen Gefühle und Reaktionsweisen des anderen Geschlechts aufzuweisen.*

2. Anhaltendes Unbehagen im Geburtsgeschlecht, oder Gefühl der Person, dass die Geschlechtsrolle des eigenen Geschlechts für sie nicht die richtige ist (z.B. Eingenommensein von Gedanken darüber, die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden, oder der Glaube, im falschen Geschlecht geboren zu sein).

3. Deutliches Leiden oder Beeinträchtigung."

Ein Ignorant, wem nicht klar wird, was das für eine Ungeheuerlichkeit ist. Es geht hier nämlich nicht um Glaube, sondern das Wissen über sein Selbst - dies nennt man i.d.R. in der Psychologie Selbstbewusstsein. Wer aus diesem Wissen einen Glauben macht, der handelt menschenverachtend. So kann man die Sichtweise nach DSM-IV nur als bösen Zynismus deuten.

Richtig ist dagegen folgendes:

Transsexualität ist keine Geschlechtsidentitässtörung, sondern eine körperliche Störung. Dazu gehört...

* geäußertes Verlangen, dem eigenen Geschlecht auch körperlich anzugehören;
* häufiges Auftreten als Angehöriger des eigenen Geschlechts;
* der Wunsch, als ein Angehöriger des eigenen Geschlechts zu leben und als solcher behandelt zu werden;
* das Wissen um seine Gefühle und Reaktionsweisen

Anhaltendes Unbehagen hinsichtlich des abweichenden Geschlechtskörpers, oder Wissen der Person, dass die aufgezwungene Geschlechtsrolle des Gegengeschlechts für sie konsequenterweise nicht die richtige ist. Dazu der Wunsch, die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale, die dem angeborenen Geschlecht gegenüberstehen, loszuwerden auf Grund des Wissens darüber, "im falschen (Geschlechts-)Körper" geboren zu sein.

Kommentar:

Geschrieben von Kim am 2006-08-20

Es ist ein Menschenrechtsverbrechen einen Satz zur Lüge zu erklären (den mit dem "falschen" Körper), den man als Ignorant nicht zu verstehen gewillt ist und deswegen einen Begriff erfindet, der sich "Geschlechtsidentitätsstörung" nennt.

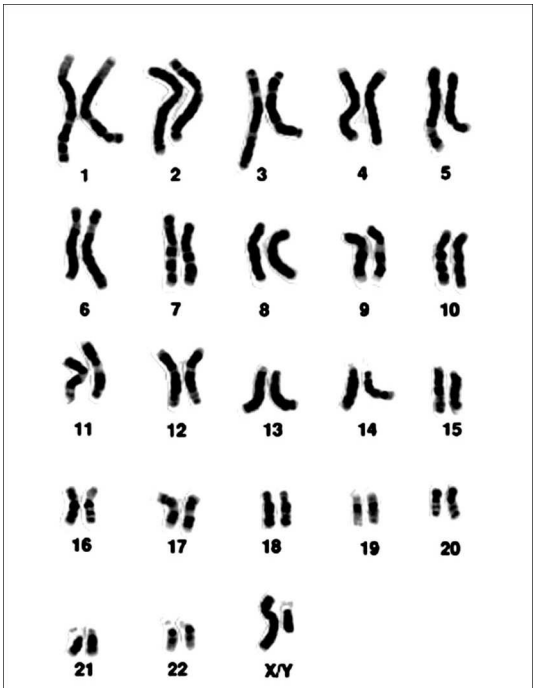
Kapitel 15 - Geschlechtspolitische Weltbilder

Die Frage, welche Sichtweise im Zusammenhang mit einer Geschlechterdefinition die für die Allgemeinheit bestimmende ist, kann nicht losgelöst vom historischen Zusammenhang gesehen werden. Weltbilder, also das, was als offiziell bestimmend angesehen wird, stehen immer auch unter dem Einfluß gesellschaftspolitischer Interessen. Interessant ist dabei der Ausflug in die Genetik des ersten Drittels des letzten Jahrhunderts. Hier ein kurzer Ausschnitt einer Pressemitteilung, des Max-Planck-Institutes für Wissenschaftsgeschichte, die bereits im Januar 2002 veröffentlich wurde:

Rassen, Hormone, Gene und Geschlecht: Forschungen an den Kaiser-Wilhelm-Instituten für Biologie und Biochemie 1933-1945

Am 17. Januar berichtete die Biologin und Wissenschaftshistorikerin Helga Satzinger im WissenschaftsForum Berlin über vererbungsbiologische Forschungen an den Berliner Kaiser-Wilhelm-Instituten für Biologie und Biochemie. Insbesondere ging es darum, wie sich die Vorstellungen von der Ordnung der Gene, Enzyme und Hormone aufgrund personeller Veränderungen in der Direktion der Institute verschoben haben. Letztere waren Folge des nationalsozialistischen Antisemitismus. Die politisch brisanten Fragen von Rassereinheit und -mischung, die Eindeutigkeit geschlechtlicher Identität, die Suche nach chemischen "Wirkstoffen" und eindeutigen Genen spielten in den Forschungen eine entscheidende Rolle.

1936 und 1937 übernahmen Adolf Butenandt (1903-1991) und Alfred Kühn (1885-1968) die Stellen des Biochemikers Carl Neuberg (1877-1956) und des Genetikers Richard Goldschmidt (1878-1958). Beide waren entlassen worden und emigrierten in die USA. In enger Zusammenarbeit versuchten Kühn und Butenandt zu klären, wie die "Erbfaktoren" die Ausbildung erblicher Merkmale bewirkten. Sie leisteten damit einen Beitrag zu der Vorstellung von der Wirkungsweise der Gene, die in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts als "ein-Gen-ein-Enzym-Hypothese" die Genetik dominierte.



"Männlicher" Chromosomensatz
(unabhängig der möglichen Ausnahmen)

Richard Goldschmidt dagegen hatte eine Vorstellung von den Genen entwickelt, wonach diese selbst Enzyme sind und nur im Zusammenhang mit den gesamten erblichen Fak-toren des Organismus eine bestimmte Funktion bekommen. Wird durch entsprechende Kreuzungsverfahren der Kontext geändert, ändert sich auch die Wirksamkeit des Gens. Goldschmidts Forschungsansatz basierte auf der Frage, wie Geschlecht vererbt und in der Individualentwicklung ausgebildet wird. In umfangreichen Versuchsserien wurden Tiere verschiedener geographischer Populationen

der Mottenart Lymantria dispar gekreuzt. Dabei entstanden Individuen uneindeutigen Geschlechts, sogenannte "Intersexe". Goldschmidt schloß, daß die Vererbung des Geschlechts nicht einfach die Frage eines vorhandenen oder fehlenden Geschlechtschromosoms bzw. Gens sei, sondern daß Gene komplizierter sein mußten.

Für die Vertreter der Rassenhygiene und nordischer Überlegenheitsvorstellungen wurden die "Intersexe" zum Beweis dafür, daß Rassenmischungen beim Menschen zur Verwischung einer klaren Geschlechterordnung und damit zu Degeneration führten. Das Goldschmidtsche Genmodell jedoch übernahmen sie nicht. Ihre Vorstellungen von genau definierbaren Rassenmerkmalen, von Höherzüchtung und klarer Geschlechterdifferenz hingen an der Eindeutigkeit der Gene.

Kühn und Butenandt arbeiteten an eigens für die Forschung hergestellten "reinrassigen" Laborstämmen der Mottenart Ephestia kühnelli, und konnten für die Augenpigmentierung eine eindeutige Beziehung zwischen Genen und den Stoffen, die die Augenfarbe bedingen, herstellen. Nach 1945 sorgten beide für die weitere Stabilisierung der genetischen Forschung innerhalb dieses Paradigmas.

Goldschmidt dagegen verlor durch die erzwungene Emigration seine exzellenten Arbeitsbedingungen und prominente Stellung in der Genetik. Auch in den USA nahm er eine wissenschaftliche Außenseiterposition ein. Jedoch finden seine Arbeiten derzeit aufgrund jüngerer experimenteller Befunde neue Beachtung. Für die Wissenschaftsentwicklung im Nationalsozialismus läßt sich sagen, daß der antisemitisch begründete Abbruch einer genetischen Arbeitsrichtung wenn nicht der einzige, so doch ein Grund dafür war, weshalb die Genetik eine Komplexität in ihren Fragestellungen eingebüßt hat, die heute erst mühsam wieder aufgebaut werden muß.

Im Zusammenhang mit Transsexualität muss folgende Frage erlaubt sein: Inwiefern ist es möglich, dass die offiziell verbreitete Sichtweise, dass Geschlecht einzig und allein über das Vorhandensein primärer bzw. sekundärer Geschlechtsorgane zu definieren ist, gerade auch im wisschenschafts-historischen Zusammenhang zu hinterfragen ist? Nimmt man Transsexualität als körperliche Störung, nämlich der Abweichung der Geschlechtsorgane vom eigenen angeborenen Geschlecht (mit dem Gehirn als Sitz des geschlechtlichen Bewusstseins) ernst und begreift die Aussage "Ich bin im falschen Körper geboren" als wahr, dann folgt daraus folgende Überlegung: Wie geprägt ist unsere Wissenschaft von einem politisch-geschichtlichen Weltbild, wenn sie immer noch im Jahr 2006 von Transsexualität als "psychische Störung" spricht?

Hier ein Link zur Arbeit von Helga Satzinger:
http://www.mpiwg-berlin.mpg.de/KWG/Presse170102.htm

Auszüge aus der Arbeit von Helga Satzinger

Erst in den 1980er Jahren ist eine erneute Beachtung der Arbeiten Goldschmidts festzustellen. Insofern ist der nationalsozialistische Angriff gegen Goldschmidts Karriere als Wissenschaftler in der Konsequenz durchaus als Einflußfaktor für die Entwicklung der Genetik und der Evolutionstheorie nach 1945 zu verstehen.

Goldschmidt führte bei seiner Deutung der Geschlechtsdetermination das alte embryologische Konzept von der bisexuellen Potenz der Organismen fort und postulierte geschlechtsdeterminierende Faktoren M

und F für männliche und für weibliche Eigenschaften, die gemeinsam in einem Organismus und in der entsprechenden Balance zur Entwicklung eines männlichen bzw. weiblichen Tieres führten. Diese Faktoren waren in der befruchteten Eizelle vorhanden, wurden nach den Mendelschen Regeln vererbt und konnten in ihrer Stärke variieren. Die unterschiedliche Stärke der Männlichkeit oder Weiblichkeit determinierenden Faktoren hing von der jeweiligen Zugehörigkeit der Tiere zu einer geographischen Population bzw. Rasse ab. Gene sollten demnach Stoffe sein, von deren Menge es abhing, ob und wie sie einen bestimmten Effekt im Organismus zeitigten.
...

Menschen mit uneindeutigem körperlichen Geschlecht, den Hermaphroditen, solle man juristisch kein eindeutiges Geschlecht zuweisen, da sie es nicht hätten. Denn der als eindeutig angenommene Chromosomenzustand sei für den betreffenden Menschen und seine geschlechtliche Identität gerade nicht ausschlaggebend.
...

Mit diesem Konzept der Geschlechtsdetermination war keine klare dichotome Ordnung herzustellen sondern lediglich eine Skala zwischen den Endpunkten "vollständig männlich" und "vollständig weiblich" mit einer beliebigen Zahl von "sexuellen Zwischenstufen". Allein dieses Konzept von Geschlechtlichkeit war provokant.
...

Anders liegt der Fall bei dem Arzt, der sich der Rasse als zu therapierender Einheit verschrieben hatte: Fritz Lenz. In den 1920er und 30er Jahren war er aufstrebender Rassenhygieniker, Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene und des völkisch-nordischen Midgard Bundes sowie Redakteur der Zeitschrift Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie. Lenz wurde mit Erwin Baur und Eugen Fischer als Koautor des Standardbuches "Grundriss der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene", das zwischen 1921 und 1936 vier Auflagen erzielte, zu einem der einflußreichen Vertreter der Vererbungslehre und Rassenhygiene im Nationalsozialismus. 1933 wurde er Leiter der Abteilung für Eugenik am Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropolgie, menschliche Erblehre und Eugenik. Lenz avancierte dabei auch zu einem derjenigen, die aktiv die politische Umsetzung der Rassenhygiene als Zwangssterilisation betrieben.
....
Die Verwischungen an der heterosexuellen Geschlechterfront, verkörpert durch die "sexuellen Zwischenstufen", schienen ihm "Entartung im eigentlichsten Sinne".
....

An der Gegenüberstellung von Richard Goldschmidt und Fritz Lenz wird deutlich, auf welche Weise zur Zeit der Weimarer Republik Rasse, Geschlecht und Gene sich wechselseitig in höchst unterschiedlicher Bedeutung konstituieren konnten. Für Goldschmidt gab es nicht die Unterscheidung von Menschen in eindeutige, reinzuhaltende Rassen und zwei sich gegenseitig ausschließende Geschlechter als Grundlage einer Utopie der männlich-nordischen Vorrangstellung qua Geburt. Er konnte sich eine Geschlechtsidentität vorstellen, wonach "jedes Geschlecht die gesamten Eigenschaften des anderen mitenthält". Gene konnten für ihn daher auch eine gewisse Unschärfe haben. Für Lenz dagegen waren unversöhnliche Differenzen essentiell für die Privilegierung von Menschen seines Schlages und seines Geschlechts. Rassen, Gene und die beiden Geschlechter mußten jeweils eindeutig voneinander zu scheiden sein, anderenfalls brach sein rassen- und geschlechterpolitisch motiviertes, in Biologie gegründetes Hierarchisierungsverfahren für Menschen zusammen.

Kapitel 16 - Nicht Frankensteins Kinder

Wieviel Leid könnte Menschen, die von Transsexualität betroffen sind, erspart bleiben, wenn sie denn wüßten, woher das Leid kommt, daß ihnen auf ihrem medizinischen Weg begegnet. Oftmal gilt ja hier das Motto "Hauptsache ich kommt durch, da spiel ich eben ein Spiel mit" um medizinische Leistungen zu erhalten - doch nicht immer mag dies gelingen, um völlig ohne Probleme durch den Prozess der medizinischen Massnahmen hindurchzukommen, geschweige denn davon, daß es einem Glücksspiel gleicht, indem der/die eine relativ schnell zum Ziel kommt, der/die andere aber unnötigem psychischen Druck ausgesetzt wird. Ist also das "Spiel spielen" der beste Weg, oder ist eine Analyse der bestehenden Verhältnisse dringen nötig, um ein für alle mal zu klären, woher die Verweigerungshaltung und Unverständnisbekundung gegenüber den Transsexuellen kommt, die zu sehr darauf beharren "im falschen Körper geboren" zu sein (was nach aktuellen wissenschaftlichen Stand die Wahrheit ist, da sich auch ein Gehirn geschlechtlich entwickelt)? Dazu hilft ein kleiner Blick in die Historie.

Einer der Köpfe, die in Deutschland mit der Geschichte der Behandlung Transsexueller Menschen immer wieder auftaucht ist der Leiter des Institutes für Sexualwissenschaft an der Universität Frankfurt Volkmar Sigusch. An der Universität Hamburg habilitierte er sich 1972 nach einer psychiatrischen Ausbildung für das damals erstmalig von einer Universität als selbstständig anerkannte Fach 'Sexualwissenschaft'. Seit seiner Berufung auf den neu eingerichteten Frankfurter Lehrstuhl für Sexualwissenschaft im selben Jahr gehört er als Hochschullehrer neben dem Fachbereich Medizin auch dem Fachbereich Gesellschaftswissenschaften an. Im Jahr 1973 gründete er die International Academy for Sex Research u.a. zusammen mit John Money (zu dem später noch mehr gesagt werden muss). Sigusch war mehrfach Erster Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (mit Sitz in Hamburg-Eppendorf und Frankfurt). An vielen Gesetzestexten wie dem Transsexuellengesetz, aber auch den Sichtweisen im ICD-Katalog der WHO ist Sigusch mitverantwortlich, genauso wie an der Sichtweise nach DSM-IV, daß es sich bei transsexuellen Frauen um psychisch gestörte Männer handelt, genauso wie es sich bei transsexuellen Männern um psychisch gestörte Frauen handelt. Dazu vielleicht mal eine Aussage von Sigusch:

"Das Verrückte am Transsexualismus ist, daß die Transsexuellen nicht verrückt sind", schreibt Volkmar Sigusch in "Geschlechtswechsel", und weiter: "Ihre seelische Verfaßtheit ist kein 'Irrtum' der Natur, sondern ein 'Kunstwerk' des Menschen."

Damit erklärt Sigusch - obwohl des Feigenblatt-Zusatzes der Nicht-Verrücktheit - die Verfaßtheit eines Transsexuellen zur Erfindung, das Selbst dieses Menschen zur Lüge und behauptet im gleichen Atemzug, daß es sich nicht um etwas "natürliches" handelt. Richtig ist wohl, daß Transsexualität (die körperliche Abweichung vom eigenen, angeborenen Geschlecht) kein Irrtum ist, aus der Natur stammend ist sie deswegen trotzdem. Sigusch ist damit Hauptbegründer einer menschenverachtenden Lehrmeinung, die in den Jahren nach 1972 immer weiter zum selbsternannten Standard werden sollte und sogar Anfang der 80er zum Transsexuellengesetz führte, das bis heute rechtlicher Unsinn ist, da nach Transsexuellengesetz beispielsweise Frauen erklären müssen, die seinen "Frauen, die Männer werden wollen" um zur Frau zu "werden", die sie sowieso schon immer waren - ein juristischer Unsinn, der sich

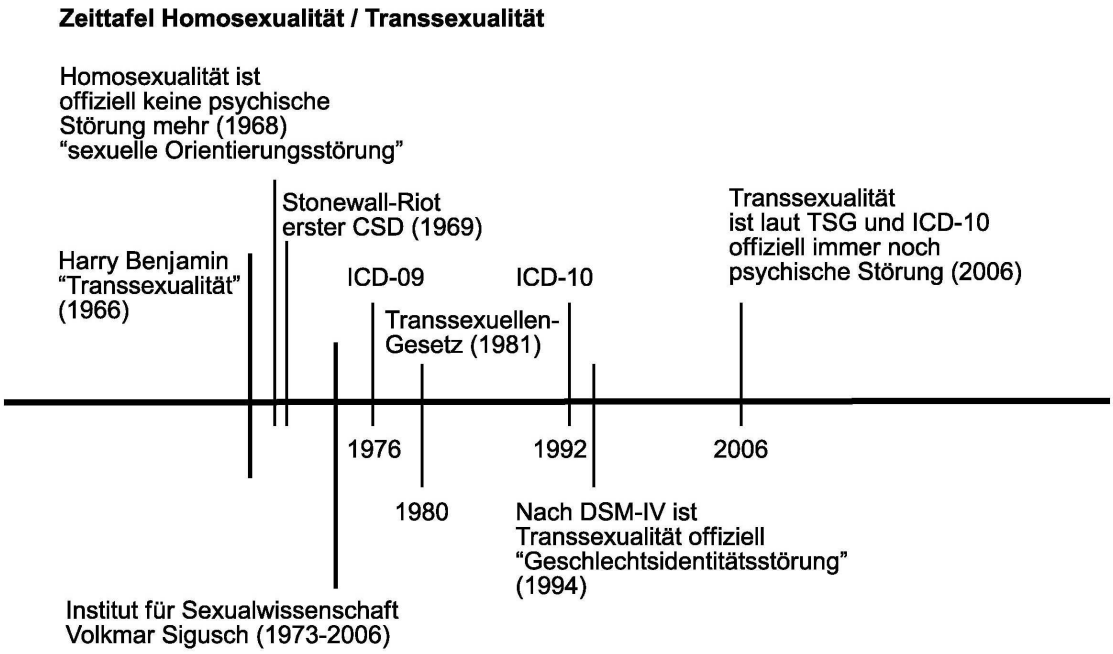
auf der verqueren Logik der Schule Siguschs und damaliger Kollegen aufbaut. Unsinn ist diese Sichtweise schon deswegen, weil es schlichtweg unmöglich ist, daß z.B. eine Frau transsexuell ist, wenn sie in der Lage ist, sich vor Gesetz zum Mann zu machen (außer sie lügt, um die medizinischen Leistungen zu erhalten, die oftmals mit dem Gerichtsgang nach TSG verbunden werden).

Dass die Sichtweise nicht nur juristisch nicht funktioniert, sondern auch durch das reale Leben schon längst widerlegt ist, zeigt dann ausgerechnet der Fall David Reimer, der dann doch wieder, zumindest indirekt, mit der Sichtweise zu tun hat, der auch Volkmar Sigusch (und die meisten seiner Mitstreiter und Schüler) anhängt.

David Reimer war ein Patient von John Money, mit dem Volkmar Sigusch zusammen (so wie oben schon einmal erwähnt) im Jahr 1973 die International Academy for Sex Research gegründet hat. David, war ein Junge, der als Zwilling im Jahr 1965 auf die Welt gekommen war - doch wegen eines Fehlers an seinem Penis (ein Unfall), entschieden die damaligen Ärzte auf Anraten von John Money David Reimer den Penis ganz zu entfernen und als Mädchen grosszuziehen. Doch selbst Hormonbehandlung und psychologische Begleitung konnten nicht verhindern, daß David "wußte" was los war. Obwohl er fortan in seinem angeborenen Geschlecht weiterzuleben versuchte, nahm er sich später das Leben. Money bestreitet bis heute seinen Fehler, der letztendlich nur daher von der fälschlichen Annahme rührt, Geschlecht sei etwas anerzogenes, hätte etwas mit Hormonen, Chromosomen oder dem Vorhandensein eines Penis oder einer Vagina zu tun - einer Sichtweise, die davon ausgeht Geschlecht komme "von außen".

Zurück zu den federführenden Instituten in Sachen Transsexualität und den "Experten". Betrachtet man, wer letztendlich an der Schaffung des Transsexuellengesetzes mitverantwortlich war, wer für die Abläufe in der Behandlung transsexueller Menschen hauptverantwortlich ist, wer für die Formulierungen und Texte mitverantwortlich ist, die in Buchform vorgeben, was den nun Transsexualität "ist", der wird ziemlich oft auf dieselben Leute stoßen, und feststellen, daß sowohl das Institut für Sexualwissenschaft an der Universität Frankfurt und die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung in Hamburg-Eppendorf immer wieder auftauchen. So ist z.B. der ehemalige Sigusch-"Schüler" Friedemann Pfäfflin, der seit den 90ern leitender Oberarzt der Abteilung Psychotherapie und Leiter der Sektion Forensische Psychotherapie der Universität Ulm ist (und auch heute noch im Süddeutschen Raum als einer der Ansprechpartner in Sachen Transsexualität gilt), ganz auf Sigusch-Linie und spricht bei Transsexualität ganz klar, von einer "psychischen Störung". Dass er sich darauf beruft, dies stehe so im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen), nämlich der Ausgabe DSM IV, macht die Sache nicht besser, schließlich hat Pfäfflin an der Formulierung des DSM-IV mitgearbeitet - sowie auch an den Formulierungen des Transsexuellengesetzes, aber auch an den sogenannten "Standards of Care" im Zusammengang mit der Behandlung Transsexueller.

Die "Standards of Care" werden im übrigen der Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association zugeschrieben, einer Firma in den USA, deren Präsident von 1995 bis 1997 ebenfalls Friedemann Pfäfflin war. Und damit sich der Kreis schliesst: Die deutsche Version der "Standards of Care" wurde von einer von der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung einberufenen Expertenkommission unter der Leitung von Sophinette Becker erarbeitet.



Fassen wir also kurz zusammen:

Anfang der 70er verbeitet Volkmar Sigusch zusammen mit befreundeten Mediziniern eine Sichtweise, nämlich die, daß es sich bei Transsexualität um eine "psychische Störung" handelt (Geschlechtsidentitätsstörung nach DSM-IV). Um diese Sichtweise zu manifestieren gründet man in dieser Zeit ein Institut nach dem anderen bzw. erweitert den Einfluß (International Academy for Sex Research, Institut für Sexualwissenschaft in Frankfurt, Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung), ist maßgeblich verantwortlich für den Inhalt des Transsexuellengesetzes (in dem sich deswegen auch dieselbe menschenverachtende Logik befindet), formuliert am DSM mit und errichtet mit dem Namen "Standars of Care" unüberprüft ein Regelwerk, wie denn nun mit Transsexuellen umzugehen sei. Nebenher ist man mitverantwortlich für die Einteilung von Transsexualität in den ICD-Katalog der WHO unter "psychische Krankheiten" (was für die Krankenkassensachlage nicht unwichtig ist, da die Kassen sich nach dem ICD-Katalog richten, welche Krankheit den nun als "Krankheit" abgerechnet werden kann).

Nimmt man nun noch den Fakt dazu, dass alle Abkömmlinge des, nennen wir ihn mal, Sigusch'en Kreises die Hauptanlaufstellen für von Transsexualität betroffene Menschen darstellen (sowohl Pfäfflin, als auch direkte Vertreter der Institute wie z.B. Wolfang Berner von der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung), so muß die Frage erlaubt sein:

Wer kontrolliert diese Strukturen eigentlich, die völlig ohne demokratische Grundsätze wie Gewaltenteiliug auskommen wollen? Bislang leider niemand, da sich die "Experten" bislang recht gut gegen logische Argumente, die nicht in ihr Weltbild passen wollen, zu Wehr setzen konnten. Zur Hilfe kam ihnen dabei, daß sie sich in der Machtposition wähnten, mittels geschickter Formulierungen kritische Stimmen durch pseudowissenschaftliche Formulierungen als nicht-voll-zu-nehmen abqualifizieren zu

können. Dazu zählen dann nichtanerkannte Wortneuschöpfungen wie "Soziale Psychose", genauso wie Sätze, die bereits im DSM-IV zu finden sind (Beispielsweise, "der Glaube, im falschen Geschlecht geboren zu sein").

Der Schutzwall um die Logik zur verteidigen, die Volkmar Sigusch in Deutschland mitbegründet hat, nämlich der, daß es sich bei Transsexualität um eine primär psychische Störung handelt, scheint von den Verfechtern dieser menschenverachtenden und diskriminierenden Ideologie gut gebaut zu sein - doch egal wie gut er aussehen mag: Der Fehler steckt in der Logik an sich. Eine Logik, die jeder Grundlage entbehrt, außer vielleicht dem Wunsch von ein paar Medizinern, die im Zuge der sexuellen Revolution der 70er wohl irgend etwas ähnliches wie Lust dabei verspürt haben müssen, dem Gedanken zu frönen, daß es möglich sein könnte, das Geschlecht eines Menschen durch medizinische Maßnahmen verändern zu können. Dieser Wunsch könnte der eigentliche "Geschlechtswechsel-Wunsch" sein, um den es immer ging - die Macht, einen Menschen zu "erschaffen", Frankenstein gleich, in der Hoffnung, daß das, was man denn da geschaffen hat, dann hinterher auch funktioniert. Völlig übersehen haben diese Herrschaften dabei eines: Den Kern ihrer eigenen Wissenschaft - dem Selbst des Menschen.

In diesem Selbst liegt das Geschlecht des Menschen (Erkentnisse aus den unterschiedlichsten Forschungsbereichen, die genau dies unterstreichen, werden vom Sigusch'en Kreis bis dato abgestritten).

Kommentar

Geschrieben von Kim am 2006-08-11

Hier mal ein paar Beispiele, wie die Theorie der "psychischen Störung" aufrechterhalten werden soll, auch wenn die Logik gegen sie spricht. Es handelt sich um Zitate einer Rezension zum Buch "Transsexualität. Beiträge zur Psychopathologie, Psychodynamik und zum Verlauf." von Friedemann Pfäfflin.

Zu finden ist sie unter: http://buecher.transmann.de/buecher/pfaefflin93.shtml

Als die beiden wichtigsten der traditionellen Erklärungsmodelle nennt Pfäfflin a) psychosoziale Störungen in den ersten Lebensjahren (z.B. eine schwergestörte Mutter-Kind-Interaktion) und b) eine Hervorbringung (oder zumindest deutliche Vermehrung) des Phänomens Transsexualismus durch Ermöglichung und Verbesserung der rechtlichen Möglichkeiten und chirurgischen Behandlungsmethoden. Früher mußten Menschen mit trans-sexuellen Neigungen ihre Wünsche frühzeitig unterdrücken, um das beste aus ihrem Leben zu machen, heute lesen sie in der Zeitung, was alles möglich ist und stellen fest: "Das wäre eine Lösung für meine Probleme!"
...
Das nächste große Thema ist die "transsexuelle Abwehr". Aus diesen Worten kann man verschiedene Bedeutungen lesen. Pfäfflin hat sie bewußt so gewählt und geht auf alle Bedeutungen ein.

Einerseits ist das die Abwehr des TS z.B. gegen eine psychotherapeutische Behandlung oder den Behandler als solchen. Eine Abwehr, die nicht selten aus der Situation entsteht, daß sich der TS zu der Behandlung gezwungen fühlt und versucht, sich dagegen zu wehren.

Andererseits existiert aber auch eine Abwehr des Therapeuten gegen den Transsexuellen. TS sind nun mal schwierige Patienten. Sie stellen nicht nur althergebrachte Psycho-Theorien, sondern auch mit ihrer Infragestellung der Geschlechterdefinition die Geschlechtsidentität des Behandlers in Frage. Außerdem begeben sie sich im allgemeinen nur unfreiwillig und lustlos in Behandlung (s.o.). Diese Tatsachen erschweren es, das für eine Behandlung notwendige vertrauensvolle Arbeitsklima zwischen Therapeut und Patient herzustellen. Pfäfflin erzählt dazu ein ausführliche Beispiel: die langjährige Konfrontation mit einer besonders schwierigen, aggressiven MzF-TS, die er zur Behandlung überwiesen bekam.

Kapitel 17 - Die Entdeckung des geschlechtlichen Selbst

Ein passender Untertitel dieses Artikels wäre "Dort wo Transgender und Transsexualität zusammentreffen", denn nimmt man ernst, daß der Mensch ein Selbstbewußtsein hat, dann passen am Ende selbst die Geschlechts-Sichtweisen zusammen, die bis dato entgegengesetzt und unvereinbar schienen. Zunächst wäre aber nun zu klären, welche Parteien hier den nun um den Kern der Sache ringen - Trangenderisten und "klassische" Transsexuelle. Oder gibt es da auch noch welche dazwischen?

Vertreter des Transgendermovement stellen oft die gesellschaftliche Konstruktion des Geschlechts in den Vordergrund - ja, wird hier Geschlecht als gewachsene Rollenzuordnung gesehen, deren Zuteilung in männlich und weiblich willkürlich getroffen wurde. Transgenderisten kämpfen nun dafür diese Aufteilung zu hinterfragen... muß es nur 2 Geschlechter geben, oder ist das alles nur Erfindung? Gibt es in Wirklichkeit gar kein Unterschied zwischen den Geschlechtern? Sind alte Mann-Frau-Vorstellungen überaltet und sind solche überkommenen Vorstellungen durch ein Geschlechtsbild zu erweitern, das mehr zuläßt? Menschen die sich zwischen den Geschlechtern befinden?

Auf der anderen Seite finden sich dann diejenigen von Transsexualität Betroffenen, die ganz klar in Mann und Frau aufteilen. Mischwesen zwischen den Geschlechtern werden von diesen Vertretern der "klassischen Sichtweise" abgelehnt, ja sehen sie in dem politisch-gesellschaftlichen Kampf der Transgenderisten ein kontraproduktives Engagement, daß zu weiteren Schwierigkeiten bei der Behandlung und Kostenübernahmen hinsichtlich geschlechtsangleichender Massnahmen führen kann.

Selbst hin-und-hergerissen zwischen diesen Sichtweisen bin ich nun zur Überzeugung gekommen, daß beide Sichtweisen stimmen, und doch falsch sind. Würde man nämlich beide Sichtweisen konsequent weiterdenken, dann werden beide irgendwann unlogisch und in-sich-unschlüssig. Nehmen wir zum Beispiel die Transgenderthese, daß Geschlecht nur erfunden ist. Warum gibt es dann überhaupt transsexuelle Menschen? Wäre Geschlecht nur ein gesellschaftlich gewachsenes Konstrukt, so wäre es zwar verständlich, daß es Menschen gibt, die Rollenklischees brechen wollen, aber woher soll denn der ausdrückliche Wunsch kommen, seinen Körper seinem "inneren Geschlecht" angleichen zu lassen (ein Wunsch, der selbst von Experten immer mit dem Wunsch verwechselt wird, sein "Geschlecht wechseln" zu wollen)? Sollte "die Gesellschaft" oder ein wie immer auch anders geartetes Umfeld daran Schuld sein, daß Menschen unter ihren Geschlechtsorganen leiden? Ich kann für mich darauf mit einem klaren "Nein" antworten.

Gehen wir nun auf die andere Seite, und versuchen "klassisch transsexuell" zu denken. Nun gibt es also Mann und Frau, und tja, eben noch die eigene Transsexualität. Wie paßt denn das, wenn es Mann und Frau gibt? Wechselt man nun sein Geschlecht von männlich in Richtung weiblich (oder umgekehrt) mit einer geschlechtsangleichenden Operation? Der Körper als geschlechtsbestimmender Faktor? Wenn das aber so wäre, warum sollte es denn dann den "Wunsch" geben, sein Geschlecht "wandeln" zu wollen? Ach ja richtig - die medizinischen Experten sagen ja, es handelt sich um eine psychische Störung (Geschlechtsidentitätsstörung), eine bei der ein Mensch glaubt, er sei im "falschen Körper" geboren... das hieße zum

Beispiel, daß ein psychisch kranker Mann mittels Geschlechtsumwandlung zur psychisch gesunden Frau wird, die aber antik-biologisch gesehen dann doch keine ist, weil sie ja trotzdem einen männlichen Chromosomensatz besitzt.

Egal wie man es dreht und wendet, egal wie man es sieht, ob Transgender-Sichtweise oder klassisch, irgendwas fehlt am Ende doch immer. Die Ursache bzw. der Grund für das Phänomen. das sich da "Transsexualität" nennt. Das interessante dabei ist, daß es allerdings schon immer transsexuelle Menschen gab. Es wäre doch seltsam, gäbe es keine Ursache bzw. einen Grund für ihre Behauptung im "falschen Körper geboren" worden zu sein. Soweit ist also alles noch "im gründen Bereich" der Vorstellung, oder? Es gibt Menschen die etwas behaupten, aber es wird gerätselt warum sie sowas (Achtung Ironie!) "absonderliches" behaupten, wie im "falschen Körper" geboren worden zu sein. Gut, versuchen wir doch mal, an dieser Stelle des Artikels ein Zitat einzubauen, das (man höre und staune) sogar aus dem Bereich der Psychologie stammt, und zwar aus dem Handbuch der medizinischen Therapie Ausgabe 2005/2006:

"Die Ätiologie der Transsexualität ist bis heute unklar. Über lange Zeit führte das Fehlen von pathologisch fassbaren Parametern bei transsexuellen Patienten zu der Annahme, dass Transsexualität ausschließlich ein psychologisches Phänomen ist, das durch Konditionierung oder soziales Lernen getriggert wird. Die Entdeckung, dass in der pränatalen Entwicklungsphase dieselben Sexualhormone sowohl die Morphologie der Gentitalien als auch die Morphologie und die Funktion des Gehirns beeinflussen, hat zur Hypothese der neuroendokrinen Ätiologie der Transsexualität geführt. Diese Hypothese wurde durch von Zhou und Kollegen publizierte Daten gestützt. Sie entdeckten strukturelle Unterschiede im zentralen Bed-Nukleus der Stria terminalis (BSTc) des Hypothalamus bei Transsexuellen. Diese Hirnregion ist verantwortlich für sexuelles Verhalten und normalerweise bei Männern größer angelegt, als bei Frauen. Bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen wurde ein BSTc, der größenmäßig dem einer Frau entsprach, gefunden."

Eigentlich wäre jetzt der Zeitpunkt gekommen, an dem der Leser mal tief durchatmen sollte, würde er doch vielleicht über etwas entscheidendes hinweghuschen. Gespickt mit der Zusatzinformation, daß das Gehirn der Sitz des menschlichen Bewußtseins ist, das Organ, das den Kern der Existenz ausmacht, den Ort, an dem sich gedanklich das psychologische Selbst des Menschen finden läßt, könnte das Durchatmen noch ein wenig effektiver werden. Kann es sein, das sowohl Transgenderisten als auch Vetrtreter der klassischen Mann-Frau-Geschlechtsbildvorstellung Recht haben (aber eben nur zu 99 Prozent) und nur beiden Sichtweisen die entscheidende Konsequenz gefehlt hat, den nötigen Schritt weiter zu gehen und mutig weiter zu denken? Denn was passiert, wenn weiter gedacht wird? Wenn aus Theoriegebäuden praktisches Verständnis über die Wahrheit der Geschlechter wird?

Das Gehirn bestimmt das Geschlecht des Menschen. Der Satz "Ich bin im falschen Körper geboren" ist wahr. Damit ist der Grund für die Behauptung der Inhalt der Behauptung an sich - der Satz sagt das aus, was er aussagt, er ist so offen und direkt, wie er nur sein kann. Ihn nicht voll zu nehmen, ist die eigentliche Krankheit.

Kapitel 18 - Mut international

Es ist interessant zu sehen, daß in den USA der Kampf um die Anerkennung von Transsexualität als körperliche Abweichung vom Geburtsgeschlecht viel weiter fortgeschritten ist, als in Deutschland. So gibt es beispielsweise unter folgender Webadresse eine Reformbewegung zu finden, die sich mit der Reform der Klassifizierung nach DSM-IV beschäftigt und sich zum Ziel gesetzt hat, die menschenrechtsverletzende und diskriminierende Sichtweise nach DSM-IV ("Geschlechtidentitätsstörung") zu ändern. Die Unterstützer der Bestrebungen sind sowohl Psychologen, Neurobiologen als auch betroffene Transsexuelle. Im folgenden ein paar Statements (in Ausschnitten) von der Originalseite http://www.transgender.org/gidr/advocate.html (und einer verweisenden).

We support the idea that transsexualism should not appear as a disease in DSM-V or ICD-11, since nothing but socio-cultural values and preconceptions could justify it. Considering intersex has never been regarded as a mental disease, and that transsexualism does not differ from intersex as far as Gender Identity is concerned, there are no reasons to treat both conditions differently.

http://www.transgender.org/gidr/advocate.html

As a postmodernist, I believe that gender identity is not a disorder, whether one's identity conforms to social norms or not. I believe that it is an intolerant culture/society that is pathological, not a "variant" individual. It is my view that the treatment/therapy for so-called GID needs to address the problems of adjustment that result from living in a variant-hostile culture/society, not the readjustment of the individual to fit the culture/society. I advocate for the removal of gender identity disorder from the DSM as it is currently written. I don't consider that diagnosis to be therapeutic for clients, but rather a possible cause of harm.

Laura Acevedo - Graduate Student, Chapman University, MFT Trainee - San Diego, CA

Transexuality is not a 'dysphoria' or a 'disorder' - it is a variance of the normal - nature creates all sorts of genders so why insist that only the [straight] 'male' and 'female' options are normal? Stop making life harder for transexuals and other gender-different [or 'gender-original'] people by labeling them with a psychiatric diagnosis!

Graham N. de Bever - Medical student wanting to specialise in Psychiatry - South Africa

I am currently working on an ethics project addressing the inconsistencies in the ethics professed by the APA and the reality of what is listed as a "disorder" in the DSM IV and is stigmatized and submitted to rigid and stereotypic standards in the Harry Benjamin Standards of Care. As I am only one person, and still a graduate

student, I am looking into joining with others working toward reform in order to add momentum to current efforts and hopefully have more of an impact as a member of a larger group of like-minded individuals.

Sarah Burgamy - PsyD student, Univ. of Denver (at present) - B.A. in psychology, Dartmouth College, NH (2000)

Although I once viewed the GID diagnosis as a necessary evil in the process of obtaining important medical interventions, I no longer feel that way. One does not need a diagnosis of nasal dysphoria to undergo rhinoplasty or adipose dysphoria to undergo liposuction. As a neurobiologist, I would still insist transsexualism is a disorder. However, it is not a psychological one. It is a medical disorder in which the brain and body are of opposite sexual differentiation. While the mind may be of the nonbirth gender, there is no reason to believe it is unhealthy.

Sarah Fox, Ph.D. President, Chrysalis Neurobiological Services Columbus, OH

Gender Identity Disorder probably does exist, but most of the hundreds of transsexual people that I've met don't have it. It is time for GID reform so that transsexual and transgendered people can access quality healthcare without being subjected to the stigmatizing diagnosis of a mental disorder that is not their problem.

Jamison Green - Gender Education & Advocacy, Inc., Board Chairman; - FTM International, Inc., past President.

With the increasing knowldege gained from hard research in the hypothalamus and in genetics, and with awareness of my own journey and the journeys of numerous transgendered persons, I believe that transgender is a physical issue missed at birth. As the medical personnel look at the genitals for designating sex identity and ignore the real origin of sex identity which is the brain, a tragic mistake is made at birth. The mistake is exacerbated by wrong gender socialization and cultural expectations for the individual. When the transgendered person develops awareness and understanding of the primary mistake and corrects it, the culture responds in many negative ways. It is the culture that suffers from dysphoria, not the transgendered person.

Lisa M. Hartley, ACSW-DCSW - Clinical Social Worker - P.O. Box 1354, Derry, NH 03038

The mental illness model of gender variance is the greatest hurdle we face in getting full rights. We can be accommodated by helping professionals without this stigma of psychosexual pathology. It’s time that gender-variant people look to the 1973 decision to remove homosexuality from the DSM. It is clear now that this was a pivotal event in the gay rights movement, and until the pathologization of socially unacceptable gender expression ends, we will not have equal rights under the law.

Andrea James - Owner, tsroadmap.com - www.tsroadmap.com

There are a lot of problems with the way psychiatry has viewed transgender folks. In labeling an identity as a mental disorder, as opposed to identifying symptoms in the same way we do for, say, major depression, anxiety disorder or other disorders in the DSM, the consequence of this is pathologizing and really hurting our clients. (Karasic & Kohler, 2000)

Dan Karasic, M.D. - LGBT Advisory Committee of the San Francisco Human Rights Commission - Attending Psychiatrist for AIDS Care, San Francisco General Hospital - Associate Clinical Professor of Psychiatry, University of California, San Francisco

I have suffered throughout life trying to be something I am not, a man. I have tried to be the gender that I appeared to be at birth. I am now in transition and find so many blocks in my way due to the classification GID falls under. All that is needed is a small change of wording to allow us to be medically treated properly, so our insurances will cover part of or all of the transition. It is time to legitimize the medical necessity of sex reassignment surgeries (SRS) and procedures for transsexuals who urgently need them.

Patricia Susan Martin - President e-transmall

I do not mind having a reference to Transsexuality in the DSM, because even though it may not be psychological in origin, other conditions that are psychological may mimic it. I do think it would be better not to use Gender Identity "Disorder" or other term that indicates a dysfunction. When I first looked into transitioning 27 years ago, one shrink told my father and me that I was "very sick." I was intensely offended then and I am offended now at any indication that I or my trans sisters and brothers are sick or mentally ill. I am just trying to be myself, and to have the world accept me as a happy human female.

Sachi Wilson - Assistant Attorney General, State of Washington

Transgendered and transsexual people bear an intense, pervasive social stigma in western culture. Besides the modern western religions, the origins of transphobia lie in the psychopathologization of gender variance by science. The linchpin of this psychopathologization is GID. Therefore... It's time for the American Psychiatric Association to assume full responsibility for the human misery it perpetuates by providing a ready apologia for those who perpetrate acts of hatred against gender variant people. It's time for the caregivers to really start caring. It's time for GID reform NOW !

Jessica Xavier - Gender Education & Advocacy

Kapitel 19 - Zeit selbstbewußt zu sein

Manchmal genügt es, wenn man Texte einfach nur so läßt, wie sie sind. Folgender ist bereits im Jahr 2002 veröffentlicht worden. Er stammt von Miranda Stevens-Miller.

von Miranda Stevens-Miller

Zeit für eine GIS-Reform (GIS="Geschlechts-Identitäts-Störung")

Wann hast Du das letzte mal über eine GIS-Reform nachgedacht? Möglich, daß die Antwort auf die Frage ein heftiges "Huh?" ist. Du hast vielleicht noch nie darüber nachgedacht, oder? Vielleicht weißt Du gar nicht worüber ich spreche, oder was GIS bedeutet. Und warum es überhaupt notwendig ist, es zu reformieren?

GIS steht für Geschlechts-Identitäts-Störung. Es ist die psychiatrische Bezeichnung für die Menschen unter uns, die transgender sind. Geschlechts-Identitäts-Störung trägt die Diagnose-Nummer 302.85.

Um ehrlich zu sein habe ich selbst lange Zeit nicht darüber nachgedacht. Bis vor ein paar Wochen, als Barbara Gittings in der Stadt war und ich ihre Rede beim GLSEN-Treffen im DePaul gehört habe. Dann dämmerte es mir - die Transgenderrechtsbewegung wird niemals irgendetwas ohne eine GIS-Reform erreichen können. Tatsächlich ist dies direkt mit dem Erfolg unserer gemeinsamen Bestrebungen verbunden und entscheidet über Erfolg oder Niederlage.

Barbara Gittings begann schon vor über 50 Jahren als Aktivistin im Zusammenhang mit den Rechten homosexueller Menschen, also noch vor Stonewall (Anm.: der Club, aus dem Ende der 60er eine wichtige Bewegung für die Rechte homosexueller Menschen entstand). Sie war bereits davor aktiv, also noch in den düsteren Jahren der Homorechte, als alle ungewöhnlichen Menschen noch bekämpft wurden. Die McCarthy-Ära war in voller Blüte, und falls Du schwul oder lesbisch warst, wurdest Du als pervers bezeichnet und in einen Sack geworfen mit den "Commie Pinkos" (Anm.: Wer weiß dafür eine Übersetzung?).

Sicher, es gab eine gesellschaftliche Homo- und Lesbenszene. Aber vieles davon fand hinter verschlossenen Türen statt. Menschen konnten sich in Kirchenkellern treffen oder an anderen geheimen Plätzen. Sie verwendeten nur ihre Vornamen oder Pseudonyme. Da gab es nichts, was man "Schwules Selbstbewusstsein" nennen konnte. Dann geschah etwas im Jahr 1973 - ein halbes Dutzend Jahre nach den Vorfällen in Stonewall. Dies hatte wirklich mehr positiven Einfluß auf die Schwulenbewegung als es Stonewall jemals vorher getan hatte.

Im Jahr 1973 wurde Homosexualität aus dem DSM entfernt, dem diagnostischen Leitfaden der American Psychiatric Association, auch als APA bekannt. Schwulsein wurde nicht länger als sexuelle Störung bezeichnet. Plötzlich waren Millionen schwuler Männer und Lesben "geheilt". Ihre Störung wurde ausgelöscht. Sie waren keine Perversen mehr. Sie waren nicht weiter psychisch krank.

Barbara Giddings war eine der Aktivistinnen, die das ermöglichte mittels des neu gegründeten NGLTF (danach nur noch NGTF genannt. Anm.: National Gay Task Force). Es war wie, als ob das Sonnenlicht durchbrach, nach einer langen, dunklen, kalten Winternacht. Es war der Beginn des "Schwulen Selbstbewusstseins"!

Damit dämmerte es mir. Die Transgender-Community ist genau da, wo die Schwulen- und Lesbenbewegeung sich befunden hat, bevor Homosexualität aus dem DSM gestrichen wurde. Schaut euch unsere Bewegung an: Wir treffen uns in gemieteten Hotels und Hallen. Wir stellen uns nur mit unseren Vornamen vor. Schleichen uns aus dem Haus, so daß der Nachbar uns nicht sehen kann. Wechseln unsere Kleidung in schummligen Hotelzimmern, die für eine Stunde gemietet wurden. Wir haben Angst, von der Polizei gestoppt zu werden, die ja dafür sorgen könnte, daß unser Name in der Zeitung auftaucht und wir für den Rest unseres Lebens ruiniert wären. Oh, was eine Schande. Was eine Erniedrigung. Was, wenn der Chef das wüßte?

GIS befindet sich in einem Abschnitt des DSM, der sich "sexuelle Störungen und Geschlechtsidentitätsstörungen" nennt. Direkt neben "Perversion, nicht näher bezeichnet", eine Kategorie, die unter anderem Sodomie (Sex mit Tieren) und Nekrophilie (Geschlechtsverkehr mit Toten) enthält. Man kann keine erfolgreiche Bürgerrechtsbewegung aufbauen, wenn die APA einen in ihrem Buch direkt neben "Tierliebhaber" steckt. Und ich meine keine Tierbesitzer. Wie kann es so etwas wie "Stolz" geben, wenn man ein einen Topf geworfen wird mit jeder menschen-erdenklichen Perversion? Es ist wie in den 50ern. Du bist nur einer der vielen "Commie Pinko"-Perversen.

Du könntest denken, daß es eine großartige Sache wäre, die GIS aus dem DSM entfernt zu bekommen. Aber so unglaublich es scheint, die Bewegung ist hier geteilter Ansicht. Manche meinen, dass, solange wir als Störung aufgeführt werden, auch eine Chance darauf haben, daß unsere Krankenversicherung für unsere geschlechtsangleichenden OPs zahlt. Was eine Chance! Nur wenige von uns sind erfolgreich damit.

Wir sollten das tun, was Barbara Gittings in den frühen 70ern getan hat. Wir sollten auf jedem APA-Treffen anwesend sein und auf jeder Versammlung, um zu zeigen, daß wir ganz normale Menschen sind, mit Lebensgeschichten, Liebesbeziehungen und beruflichen Werdegängen, genau wie sie. Wir sollten darauf bestehen, daß GIS aus dem DSM gestrichen wird.

Wir sollten die Buschtrommel rühren um zu versuchen den selbst er Transgender-Community angehörigen Psychiater zu finden (wir wissen daß Du da draußen bist), der mutig genug ist, sich vor die ach so weisen Männer der APA zu stellen und zu ihnen zu sagen "ICH BIN KEIN TIER! ICH BIN EIN MENSCHLICHES WESEN!". Wir brauchen Dich um Ihnen zu sagen, daß sie uns aus ihrem verdammten Buch streichen sollen.

Bis zu diesem Tage, wird es ein harter Kampf werden, das Selbstbewußtsein zu bekommen und viel Mut erfordern, daß unsere Menschenrechte vor Gesetz anerkannt werden.

Veröffentlicht von Windy City Times, Februar 2002
http://www.genderadvocates.org/Miranda%20Writes/M0202GIDReform.html

Wie erkennt man Diskriminierung?

Im Zusammenhang mit Transsexualität stellt sich wohl die Frage: Wie erkenne ich diejenigen, die Transsexuelle Menschen diskriminieren? Die Antwort ist ganz simpel: Wer auf die Frage "Gibt es Menschen, die im falschen Körper geboren wurden?" nicht in der Lage ist (oder willens ist) mit einem einfachen "ja!" zu antworten. (Vorsicht ist angebracht bei Antworten, die so ähnlich klingen, aber doch das Gegenteil bedeuten können wie z.B. "es gibt Menschen die so fühlen")

Kapitel 19 - Vorschlag für neue Standards

Die bisherigen Standards of Care im Zusammenhang mit der Behandlung transsexueller Menschen, die immer gerne als Standards angeführt werden, sind lediglich Vorschläge, die u.a von ein paar Instituten erstellt wurden, deren Mitarbeiter sich als Experten auf dem Gebiet der Transsexualität sehen (u.a. Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung). Seltsamerweise kommt es aber immer wieder zu Probleme bei der Anwendung, was mich nicht wundert, basieren die SoC ja auf der lediglichen Vermutung, da es sich bei Transsexualität um eine primär psychische Störung handelt (Nachzulesen im DSM-IV, dem Manual der psychischen Erkrankungen). Dieser Vermutung gegenüber steht die Aussage, die im übrigen auf wissenschaftliche Erkentniße gestützt ist (es gibt sogar Anzeichen dafür, daß sogar die Psychologie die unterschiedliche Geschlechtlichkeit zwischen Gehirn und "Geschlechtsorganen" in ihre Sichtweise miteinbezieht), daß es sich bei Transsexualität um eine körperliche Anomalie handelt, zugegebenermaßen einer, die großes sekundäres psychisches Leid hervorruft.

Nun, wie wäre aber nun die medizinische Vorgehensweise, nimmt man Transsexualität als das war, was sie ist - nämlich als eine Geschlechtskörperstörung? Ein Vorschlag wäre der folgende:

Viele von Transsexualität betroffene Menschen hängen deswegen an dem F64.0, der Einklassifizierung der WHO der zu behandelnden Krankheiten, weil der Krankheitswert eben in diesem Punkt wiederzufinden ist, und somit die Möglichkeit auf Kostenübernahme durch die Krankenkassen möglich sein soll. Die Frage ist nur: Zu welchem Preis? Wenn nach F64.0 ein psychisch gesunder Mensch, der lediglich mit einer körperlichen Anomalie geboren wurde, als "geschlechtsidentitätsgestört" bezeichnet wird, dann kommt die medizinische Behandlung einem Brechen des Selbstbewutseins gleich und führt zu unnötigem psychischem Leid. Trotzdem muß die Abweichung der Geschlechtsorgane vom Geburtsgeschlecht, meiner Ansicht nach, dann behandelt werden, wenn durch diese Abweichung sekundäre psychische Probleme entstehen, die nicht anders zu behandeln sind, als mit einer geschlechtsangleichenden Operation.

Wie aber müßte eine sinnvolle medizinische Beleitung transsexueller Menschen gestaltet sein? Wenn man davon ausgeht, daß das Gehirn der Sitz des Bewußtseins und damit auch des "geschlechtlichen Selbst" ist, dann ist die Grundvoraussetzung für eine Behandlung zuallererst einmal die Anerkennung der Äußerung, die transsexuelle Menschen ja bereits "mit in die Behandlung" bringen. Der Satz lautet: "Ich bin im falschen Körper geboren". Will man diesen Satz in seiner Tragweite verstehen, dann mu man den Erkenntnissen aus Psychologie, Neurowissenschaft und Humagenetik Rechnung tragen, die besagen, daß das Gehirn das wichtigste Sexualorgan darstellt (der Körper kann sich geschlechtlich anders entwickeln als das Gehirn); womit klar sein sollte, daß das Geburtsgeschlecht über das Gehirn zu definieren ist und z.B. das Vorhandensein eines Penis oder das Fehlen des solchen, noch nichts über das Geburtsgeschlecht aussagt.

Vorgehensweise:

1. Der Satz "Ich bin im falschen Körper geboren" wird ernstgenommen und als Anfangsverdacht durch den Hausarzt registriert.
2. Der Hausarzt wird geeignete Spezialisten zu Rate ziehen, die diese Anfangsvermutung untermauern können (u.a. Neurobiologen). Die Ergebnisse sollen aber nur diagnosestärkend eingesetzt werden.
3. Zur Begleitung wird ein Psychotherapeut um Hilfe gebeten, der den Patienten begleitet.

oder noch einmal anders formuliert:

a) einem transsexuellen Menschen muss die Möglichkeit gegeben sein, seinen falschen Geburtseintrag rückwirkend korrigieren zu lassen. Dazu ist noch nicht einmal ein Spezielles Gesetz nötig, das ganz normale Personenstandsgesetz ermöglicht es, Fehleintragungen korrigieren zu lassen.

b) ein von Transsexualität "betroffener" Mensch lässt eine, nämlich eine wirklich vorhandene Geschlechtsidentitätsstörung psychologisch begleiten, nämlich die, die ihn lange Zeit glauben liess, zu einem Geschlecht zu gehören, zu dem dieser Mensch niemals gehört hat (ähnlich einer psychologischen Begleitung von Menschen, die homosexuell sind und Schwierigkeiten haben damit klar zu kommen, wenn sie feststellen was "los" ist). Dass hiesse: Eine transsexuelle Frau, die mit Penis geboren wurde in ihrem weiblichen Selbst zu stärken.

c) sollte das Stärken des Selbst nur durch geschlechtsangleichende Operationen möglich sein, dann sollten die beteiligten Psychologen diesen Weg ermöglichen - und ich bin mir sicher, dass es Menschen gibt, die nur durch eine geschlechtsangleichende OP wirklich glücklich werden können.

Kapitel 20 - Zusammenfassung und die Forderung "Stopp F64.0"

Die wichtigste Ursachen für das Leid, dem transsexuelle Menschen ausgesetzt sind, ist, daß auch im Jahr 2006 noch das Körpergeschlecht als das Maß aller Dinge für die Geschlechtsbestimmung vermutet wird, obwohl bereits zahlreiche wissenschaftliche Erkenntnisse seit über 10 Jahren vorliegen, welche darauf hinweisen, daß dem nicht so ist. Das Gehirn entwickelt sich schon im Embryo geschlechtlich. Wenn man weiß, daß der Sitz des menschlichen Bewußtseins das Gehirn ist, dann wird schnell klar: Das Gehirn bestimmt das Geschlecht eines Menschen - Transsexualität ist eine Abweichung des Körpers vom Geburtsgeschlecht.

Trotzdem, und das ist das fatale, werden transsexuelle Menschen in der westlichen Welt immer noch als psychisch krank angesehen, der Satz "Ich bin im falschen Körper geboren" wird zur Lüge erklärt. Die Frage ist: was ist der Grund dafür, daß dem immer noch so ist?

Es ist eine Buchstaben-Zahl-Kombination, die sich F64.0 nennt. F64.0 ist eine Einordnung in den Katalog der zu behandelnden Krankheiten, welche die WHO auf Grund von einer Reihe Psychologen getroffen hat, die sich als "Experten" auf dem Gebiet der Geschlechterforschung wähnen. F steht dabei für psychische Krankheiten, 64.0 für Transsexualität. Genauer definiert wird Transsexualität von eben diesen Psychologen als "Geschlechtsidentitätsstörung", beschrieben als "Glaube, im falschen Körper geboren worden zu sein". Ein Glaube oder ein Gefühl soll es sein, ausgelöst von Ursachen, welche die sogenannten Experten immer noch nicht gefunden haben.

Was die Herren allerdings beobachten konnten: Diese ominöse psychische Störung läßt sich auf herkömmliche Weise nicht heilen, man kann sie nicht therapieren. Das einzige, was sich in der Praxis als richtig herausgestellt hat, ist das, was man früher einmal "Geschlechtsumwandlung" genannt hat. Für diesen Prozeß ist ein langer und schwieriger Weg notwendig, der sich anhand des F64.0 orientiert. Demnach wird davon ausgegangen, man müsse den transsexuellen Patienten eine Zeit lang beobachten um schließlich nach mehreren Monaten zu sagen: Der Mensch läßt sich nicht von seinem Wunsch abbringen, eine geschlechtsumwandelnde Prozedur zu durchlaufen. Nach einem Differential-Gutachten wäre der Weg frei.

Und jetzt kommt das eigentliche Dilemma:

F64.0 funktioniert nicht - F64.0 ist ein Paradoxon.

Wenn ein Mensch "glaubt" im falschen Körper geboren worden zu sein, dann wäre das nach Vorstellung der Experten beispielsweise folgendermaßen: Ein Mann glaubt eine Frau zu sein. Und jetzt kommt das Paradoxon: Wenn ein Mann glaubt eine Frau zu sein, dann kann dieser Mann niemals auf eine Behandlung einwilligen, die ihn während des kompletten Verfahrens zum Mann erklärt. Wenn "er" dies könnte, dann wäre dieser Mann nicht transsexuell, sondern einfach nur ein Mann. Glaubt dieser Mann aber im "falschen Körper geboren worden zu sein", dann glaubt "er", daß er eine Frau ist. Und wenn das bei "ihm" so ist, dann kann er aber nach F64.0 nicht behandelt werden, da eine Behandlung die auf beiden Seiten des Arzt-Patienten-Verhältnisses nicht auf der gleichen Grundlage basiert, automatisch zum Scheitern verurteilt ist.

Die bisherige Beschreibung des F64.0 vollzog die Logik, die sich hinter F64.0 verbirgt (oder besser: es war mein Versuch diese Pseudologik nachzuvollziehen) - eine Logik, die das Geschlecht des Menschen von seinem Körper abhängig macht und meint das Vorhandensein eines Penis oder einer Vagina würde geschlechtsbestimmend sein. Und dies ist falsch. Diese antiquierte Vermutung wurde von den verschiedensten Wissenschaften (wie Humangenetik und Neurobiologie) bereits widerlegt - denn, das Gehirn entwickelt sich schon im Embryo geschlechtlich und jedes Neugeborene hat somit etwas wie ein "geschlechtliches Selbstbewusstsein". Wer daran glauben mag, daß Menschen nicht als roboterartige Körperhüllen auf die Welt kommen und wer das Individuum, das sich in einem jeden neugeborenen Kind zeigt, erkennen kann, wer weiß, daß jedes Baby anders lacht, der wird keinen Zweifel daran haben, daß dies so ist. Dieses geschlechtliche Selbstwissen ist also der wichtigste Faktor der Geschlechtsbestimmung. Ein weibliches Gehirn wird sich weiblich entwickeln und auch durch jeglichen Versuch des "Umpolens" nicht zu einem Männerhirn - ein männliches Hirn bleibt männlich.

So kann es also vorkommen, daß ein Mensch mit einem weiblichen Hirn trotzdem mit einem Penis auf die Welt kommt. Was mag daran so tragisch sein, mag man meinen? Ja, wäre es doch tatsächlich weniger tragisch, wenn dieses weibliche Hirn sich Frau nennen dürfte, denn es funktioniert wie ein jedes Gehirn einer gesunden Frau. Doch, da es gegen die gesellschaftliche Form der Geschlechtsbestimmung verstößt, daß eine Frau sich Frau nennen darf, wenn sie einen Penis hat - eine Sichtweise, die noch unter starkem Einfluß der nationalsozialistischen Rassen- und Geschlechtsideologie steht - darum wird dieser Frau nun verwehrt Frau zu sein. Sie wird männlich erzogen, obwohl sie weiblich denkt und fühlt, man sagt ihr "du mußt groß und stark werden wie die anderen Jungs" und man wird ihr jegliche Weiblichkeit als falsche Verhaltensweise auslegen. Sie wird sich schließlich dem Druck hingeben und selbst versuchen, so zu werden "wie die anderen Männer", doch das, man wird es sich wohl vorstellen können, wird mit einem weiblichen Gehirn nicht funktionieren. Dann irgendwann wird diese Frau sich dies auch eingestehen müssen:

Der "Kern des Menschen" ist nicht veränderbar, die Seele läßt sich nicht umpolen, und die transsexuelle Frau wird sich outen. Ein Mensch der Hilfe braucht.

Nun wird sich diese Frau an einen "Experten" wenden, in der Hoffnung darauf, daß dieser ihr endlich helfen wird. Doch was passiert nun? Genau in diesem Moment des Wissens über das eigene Selbst wird diese von einer Geschlechtskörperstörung betroffene Frau zu einer Behandlung gezwungen, die ihr weibliches Selbstwissen für immer und ewig auslöschen will. Sie wird dazu gezwungen sich zum Mann zu erklären, um eine medizinische Behandlung zu erhalten. Sie wird dazu gezwungen ihre alte Existenz, eine in der sie immer Frau gewesen ist, gegen eine Existenz zu tauschen, die aus ihr einen "Mann" macht, der auf Grund einer psychischen Störung "glaubt" im falschen Körper geboren worden zu sein. Sie wird dazu gezwungen offiziell zu lügen und muß Papiere beantragen, die sie als "Frau mit männlicher Vergangenheit" brandmarkt (wenn auch tatsächlich nicht auf dem Papier, so aber zumindest gesellschaftlich). Sie muß ihre Seele verkaufen.

F64.0 ist darum genauso paradox, wie menschenverachtend.

Die Wissenschaftler, die hinter F64.0 stehen begehen Verbrechen. Führende Insitute,

die F64.0 erst ermöglicht haben, waren die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung in Hamburg-Eppendorf, die International Academy for Sex Research von Volkmar Sigusch und die amerikanische Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Inc. Die Wissenschaftler, die an F64.0 festhalten und immer noch von "Geschlechtsidentitätsstörung" sprechen, mißachten jegliche Logik, die entsteht, wenn man sich einmal überlegt, was die Erkenntnisse aus Humangentik und Neurowissenschaft bedeuten. Wenn ein Gehirn sich geschlechtlich anders entwickelt als der "Körper", dann kann niemals nicht der Körper geschlechtsbestimmend sein, sondern immer das Gehirn. Damit wird eine transsexuelle Frau nicht mittels einer Hormonbehandlung und Genital-OP zur Frau gemacht, nein, sie ist als Frau auf die Welt gekommen.

Darum ist der Kampf um Abschaffung des F64.0 ein Engagement gegen psychische Sklavenhaltung und Kampf um das Recht zu existieren.

Wie aber verändert sich menschliches Bewußtsein? Das wäre zum einen so möglich, daß sich ein betroffener Mensch an die Experten wendet, um sie auf das Malheur aufmerksam zu machen, das sich im Zusammenhang mit der menschenverachtenden Geschlechterlogik und F64.0 ergibt. Doch, und das läßt sich schnell feststellen, gewachsene Machtstrukturen setzen oft über die Jahre Rost an und die beteiligten Menschen sind nur schwer dazu zu bringen, sich einen Fehler einzugestehen. Im Falle der Transsexualität müßten Sie dann ja zugeben, daß viele Suizid-Opfer auf ihr Konto gingen, und das würde wohl dem eigenen Ansehen schaden. Ganz abgesehen davon wird wohl niemand seine Bücher freiwillig in die Mülltonne der Geschichte befördern. Darum ist gerade bei den selbsternannten Sexperten aus dem Bereich der Psychologie die Ignoranz am Größten.

Und wie sieht es mit den Betroffenen aus? Da wird man doch mal fragen dürfen, warum, wenn Transsexualität nicht selten ist, selbst im Jahre 2006 nicht lauter protestiert wird.

Die Antwort ist einfach: Ein Mensch, der medizinische Leistungen erhalten will, der schweigt, und spielt "das Spiel" mit. Daß die große sekundäre psychische Belastung, die zu der körperlichen Störung noch hinzukommt, energiezehrend ist, kann man sich vorstellen - wie soll es denn da möglich sein, noch um seine Rechte zu kämpfen? Gesellschaftliches Engagement, so meinen manche, ließe sich doch auch nach dem Prozeß der medizinischen Angleichung genauso, und vielleicht noch besser, zeigen. Doch weit gefehlt: Denn wenn der medizinische Angleichungsprozeß durchlaufen ist, so ist es genauso einfach ins herkömmliche Raster zu fallen, wie vor dem eigenen Outing. Eine Frau, von der die Experten sagen, sie ist ein Mann, eine Frau, die sich darauf einläßt sich zum Mann zu erklären, der "Frau werden will", die wird nach Durchlaufen der Hormonbehandlung und einer geschlechtsangleichenden Operation nur schwer argumentieren können, daß sie schon "immer Frau gewesen ist". Denn: Wer über Jahre Hormone nimmt, der wird sich wohl psychisch derart verändern können, zu glauben, schon immer "Frau gewesen zu sein". So hat die Frau, die sich auf die menschenverachtende Behandlung einläßt, tatsächlich ihre Seele verkauft. Und ein Mensch ohne Seele, der wird lange schreien können, nur glauben wird man ihm nie.

Stopp F64.0!

STOPP F64.0!
GEGEN DISKRIMINIERUNG TRANSSEXUELLER MENSCHEN

Der kürzeste Beweis der Welt

Glauben heißt nicht wissen, und doch, wenn sich ein Mann fühlt wie eine Frau, was hat dieser Mensch für ein Geschlecht? Kann ein Mann überhaupt fühlen wie eine Frau? Wenn es einen Unterschied zwischen Mann und Frau gibt (außer dem Körper), kann die Antwort nur so lauten: Nein. Damit ist Transsexualität eine körperliche Abweichung vom Geburtsgeschlecht. Kürzer kann ein Beweis nicht sein.