

**VTSM**

# **Beratungsleitfaden**

**Leitfaden zur Beratung bei  
geschlechtlicher Varianz  
(Gender & Sexus)**



# **VTSM**

**Bundesvereinigung**

für

**Menschen mit Transsexualität (NGS)**

**Angehörige dieser Personen**

**Personen die beruflich mit Transsexualität (NGS) zu tun haben.**

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung warum dieser Beratungsleitfaden?</b>	5
<b>2. Geschlecht</b>	7
2.1 Was ist Geschlecht?	7
2.1.1 Was ist das Geschlechtliche Wesen?	8
2.1.2 Was ist das neurobiologische Geschlecht?	8
2.2 Gehirngeschlecht vs. neurobiologisches Geschlecht	8
<b>3. Die Phänomene</b>	9
Allgemein	9
3.1 Neurogenitale Körperdiskrepanz (Sexus)	9
3.2 Uneindeutigkeit der geschlechtlichen Körpermerkmale	9
3.3 Psychosoziale Diskrepanz (Gender/Geschlechtsrolle)	9
3.4 Ausleben der gegengeschlechtlichen Wesenszüge	9
3.5 Zwischen den Geschlechtern	10
3.6 Fetischistische Rollenspiele	10
3.7 Spaß und Rollenspiele	10
3.8 Die neue Jugendbewegung	10
3.9 Unbehagen gegenüber den Geschlechterrollen	10
Fazit	10
<b>4. Ein Blick auf den Bereich Gesundheit/Krankheit</b>	11
4.1 Was ist Krankheit?	11
4.2 Was ist Gesundheit?	11
4.3 Das Modell der Salutogenese	11
4.4 Was ändert sich durch die neue Sichtweise?	12
4.5 Ein Beispiel	13
4.6 Fazit	13
<b>5. Beratung Bedingungen, Möglichkeiten, Grenzen</b>	13
5.1 Die Anforderungen und Erwartungen	13
5.1.1 Grundhaltung der Beratung	13
5.1.2 Die Umgebung, oder wo findet die Beratung statt?	15
5.1.3 Vertrauen und Verschwiegenheit	16
5.1.4 Möglichkeiten und Grenzen	16
5.1.5 Zusammenarbeit (Interdisziplinarität)	16
5.2 Verschiedene Ebenen der Beratung	16
5.2.1 Die ethische Grundhaltung	16
5.3. Bereiche der Beratung	17
5.3.1 Coming In, Bewusstwerdung und Selbstreflexion	17
5.3.2 Komplexe Zusammenhänge - Hindernisse und Hilfreiches	17
5.3.3 Familiäre Situation / Freunde	17
5.3.4 Arbeitsplatz / Schule u.a.	18
5.3.5 Coming out	18
5.3.6 Der Weg und seine individuellen Möglichkeiten und Ziele	18
5.3.7 Das Leben "danach", als Frau/Mann; einfach nur "normal Leben"	18
5.3.8 Ein Leben danach für alle Menschen mit geschlechtlicher Varianz?	19
5.3.9 "Emerging Adulthood", ein wichtiger Aspekt für Beratung	19

5.4 Die leidvollen Komorbiditäten .....	20
5.5 Problembereiche, die oft übersehen werden .....	20
5.5.1 Finanzielle und soziale Situation .....	20
5.5.2 Das Leben "danach" .....	21
5.5.3 Selbstbestimmung und Teilhabe .....	21
5.5.4 Diskriminierung .....	21
5.5.5 Kinder .....	21
5.5.6 Eltern(teile) .....	22
5.5.7 Angehörige und Partner .....	22
5.5.8 Sexualität und sexuelle Orientierung .....	22
5.6 Fazit: .....	22
<b>6. Wichtige Faktoren der Beratungs-Angebote .....</b>	<b>22</b>
6.1 Zugänglichkeit und Kompetenz von Beratung .....	22
6.2 Förderung von Peerberatung .....	22
6.3 Supervision .....	23
6.4 Vernetzung .....	23
6.5 Aus- und Weiterbildung.....	23
6.6 Fazit .....	23
<b>7. Schlusswort und Fazit .....</b>	<b>24</b>
<b>Anhang 1 - Begriffe und ihre Bedeutungen .....</b>	<b>25</b>
8.1 Körpervariationen (Sexus) .....	25
8.1.1 Intersexualität .....	25
8.1.2 Originäre Transsexualität (NGS) .....	25
8.2 Psychosoziale Variationen (Gender) .....	26
8.2.1 Transvestitismus .....	26
8.2.1 Transgender .....	26
8.2.3 Bigender (auch Genderfluid) .....	26
8.2.4 Queergender .....	26
8.2.5 Transe - Tunte .....	27
8.3 Show und Protestbewegung .....	27
8.3.1 Drag Queen - Drag King .....	27
8.3.2 Travestie .....	27
8.4 Gruppenbezeichnungen .....	27
8.4.1 Geschlechtliche Varianz .....	27
8.4.2 Trans* .....	27
8.4.3 Transident .....	27
8.4.4 Fazit .....	28
8.5 Andere Begriffe .....	28
8.5.1 Hormonersatztherapie HET .....	28
8.5.2 Genitalangleichende Operation (GaOP) .....	28
8.5.3 Weitere geschlechtsangleichende Maßnahmen .....	28
8.5.4 Transsexuellengesetz (TSG) .....	28
8.5.5 DSM IV, DSM V, ICD 10, ICD 11 .....	29
8.5.6 LGBT, LSBTTIQ .....	29
8.5.7 Fazit .....	29
<b>Anhang 2 - Literaturverzeichnis .....</b>	<b>30</b>

# 1. Einleitung warum dieser Beratungsleitfaden?

Wieso schreiben nun auch wir, vom VTSM e.V., einen Beratungsleitfaden, wo es doch schon einen „*Trans\*-Beratungsleitfaden*“ gibt?

Der Grund liegt darin, dass das Phänomen **Transsexualität - Neuro-Genitales-Syndrom (NGS)** und die konkreten Bedürfnisse und Bedarfe dieser Menschen von Trans\*-Vertretern leider wenig bis gar nicht berücksichtigt werden. Es ist dabei weniger von einem bösem Willen auszugehen, als vielmehr davon, dass Menschen, die sich als **Trans\*** definieren, diese Phänomenlage einfach nicht verstehen, häufig deshalb, weil sie ihre eigene Betroffenheit zum *Maß aller Dinge* machen. Menschen, die ausschließlich auf der Genderebene ein Problem mit den klassischen „*Geschlechts-Rollen*“ haben, können in der Regel nicht nachvollziehen, dass es auch eine andere Ebene gibt, in der *Geschlecht* oder konkreter das *Geschlechtswissen* konträr zu körperlichen Gegebenheiten steht.

Wer sich an der Theorie orientiert, dass *Geschlecht ein „rein soziales Konstrukt ist“*, kann aufgrund dieser Theorie gar nicht anerkennen, dass es auch etwas Anderes geben kann.

Dabei basiert die Theorie der sozialen Konstruktion von Geschlecht auf dem sogenannten Behaviorismus, nach der jeder Mensch bei der Geburt eine sogenannte „Blackbox“ darstellt, und nur durch sein sozial erwünschtes und belohntes Verhalten aus der Interaktion mit seiner Umwelt Wissen erlangen kann, mithin auch alles Wissen über sich selbst.

Auf diesem Paradigma beruht auch die Theorie von John Money (Sexologe und Psychologe), wonach das Geschlecht ausschließlich etwas ist, was anezogen wird. (LVZ1) Money, dem viel wohlwollendes Verständnis für Pädosexualität nachgesagt wird, führte auch diverse Experimente mit Kindern durch, die seine *These von der sozial konstruierten Geschlechtlichkeit* belegen sollten. Am bekanntesten dürfte der Fall der eineiigen Reimer-Zwillinge sein, von denen einer der beiden als Jungen geborenen Zwillinge nach einer missglückten Beschneidung zu einem Mädchen umoperiert und als Mädchen erzogen werden sollte, was die Eltern auch so gut wie möglich umsetzten. (LVZ 2)

Im Gegensatz zu den Erwartungen Moneys hat sich dieser als Mädchen aufgezogene Mensch aber selbst nie als Mädchen erlebt. Während der Kindheit bekam dieses fremdbestimmte „*Mädchen*“ immer wieder Probleme damit, dass es weder die zugewiesene „**Gender-Rolle**“, noch den eigenen „*Geschlechtskörper*“ als richtig empfand, und das trotz regelmäßiger massiver und drastischer „*Nachhilfe*“ durch Money. Als Erwachsener nahm der nun als David Reimer bekannte junge Mann eine *rechtliche und medizinische „Transition“* vor. Da diese weder die falsch erlebte Kindheit, noch die Mängel in der aktuellen Realität beheben konnte, und zudem Money seinen „*experimentellen Nachweis*“ weltweit weiterhin als „*eindeutig geglückt*“ verkaufen konnte, und von nur wenigen Kritikern abgesehen, auf weithin anerkennenden Zuspruch stieß, nahm sich David Reimer schließlich das Leben, nicht zuletzt aus Frustration über diese Gesamtumstände.

Einer der heftigsten Kritiker von John Moneys Thesen war Prof. Milton Diamond, welcher zunächst in Tierversuchen, später aber auch in der Evaluation durch viele Gespräche mit intersexuellen und transsexuellen Menschen zu dem Schluss kam, dass es „etwas“ gibt, was sich bisher nicht klar lokalisieren oder nachweisen lässt, welches in jedem Menschen schon bei der Geburt als ein *biologisch-determiniertes „Geschlechtswissen“* vorhanden ist. Dieses geschlechtliche Wissen lässt sich nicht an- oder aberziehen, sondern in solchen Fällen lediglich krankmachend zeitlich unterdrücken.

*Worauf zielt nun aber unsere Kritik an dem Begriff „Geschlechtsidentität“?*

Hierzu möchten wir zwei Aspekte anführen; zuerst einmal nehmen wir dazu Bezug auf die Ursprungsebene, aus der dieser Begriff stammt.

Aufbauend auf dem von Money geprägtem Begriff „*gender identity*“ oder auch „*gender roles identity*“ (*Geschlechts-Rollen-Identität*) entstand die „*gender identity disorder*“ (*Geschlechts-Identitäts-Störung*), der Ursprung der entsprechenden Psychopathologisierung.

Bis heute hat sich diese sexologische Sicht der Money-Schule gehalten. Vertreter der Trans\*-Organisationen sehen den Begriff der „*Transsexualität*“ als Ursache für die Psychopathologisierung,

wo hingegen der Begriff der *Geschlechts(rollen)identität* und die damit verbundene *gender identity disorder* (GID) als die eigentliche *Ursache der Psychopathologisierung* anzusehen ist.

Als zweiten Aspekt für die *Vorbehalte gegen den „Identitätsbegriff“* ist zu benennen, dass die *„Identität“* eines Menschen bislang nahezu ausschließlich unter dem *Aspekt der sozialen Identität* betrachtet wird. Die soziale Identität wird wiederum ganz wesentlich von der Interaktion mit dem sozialen Umfeld beeinflusst. Hierfür sprechen auch insbesondere die Forschungsergebnisse zu Traumaerfahrungen (LVZ 3), sowie Studien zu Zwillingen, die in unterschiedlichen sozialen Umwelten aufwuchsen.

Die bislang im wissenschaftlichen Kontext *völlig unbeachtete Seite der personalen (Geschlechts-)Identität* werden wir nun einmal näher beleuchten. Als konkretes Beispiel möchte ich hier *meine ganz persönliche Identitätsentwicklung* skizzieren:

*„Zu der Zeit, als mir mein Umfeld vorgab „als Frau“ leben zu müssen, empfand ich mich in meiner Geschlechtsidentität als „mangelbehaftet“, ich konnte und wollte weder den Anforderungen an die „weibliche Geschlechtsrolle“ entsprechen, noch gelang es mir, eine „weibliche Sexualität“ zu erleben oder mich mit meinen körperlichen Gegebenheiten anzufreunden. Ich empfand mich und meinen Körper (insbesondere meine Geschlechtsmerkmale) immer als „falsch“, und meine damalige Identität war von diesen Mängeln, und dem sich als „falsch erleben“ geprägt. Heute bin ich ein Mann, ein etwas feminin auftretender Mann, aber absolut und ganz Mann. Heute lebe ich in vielen Bereichen wesentlich näher an dem „klassisch weiblichen Rollenbild“, ohne dass es sich für mich „falsch“ anfühlt. Ich kümmere mich um den Haushalt, ich arbeite in der Pflege, und ich kann sogar empathisch auf andere Menschen eingehen, alles Dinge, die ich früher aufgrund der erlebten körperlichen Mängel nicht konnte. Dabei ist der einzige Unterschied darin zu finden, das ich heute meinem Geschlechtswissen entsprechend leben kann, und mich authentisch so entfalten kann, als der, der ich wirklich bin.“*

Es gibt einerseits *Menschen mit einem transsexuellen Hintergrund/einer transsexuellen Vergangenheit*, dem *Neuro-Genitales-Syndrom (NGS)*; andererseits gibt es aber auch *Menschen mit einer Gender-/Geschlechtsidentitäts-Thematik*. Beide Phänomene existieren, und haben somit auch einen Anspruch darauf, in ihrer jeweiligen Phänomenologie respektiert und anerkannt zu werden.

## Danksagung

Für die Unterstützung bei der Erstellung dieses Leitfadens zur Beratung von Menschen mit geschlechtlichen Gender- und Sexus-Varianzen möchte ich mich ganz herzlich bei den Aktiven des VTSM bedanken.

Mein besonderer Dank gilt zudem Dr. Gerhard Schreiber, der sich die Mühe gemacht hat den Leitfaden zu lesen und wertvolle Anregungen beizutragen.

Frank Gommert

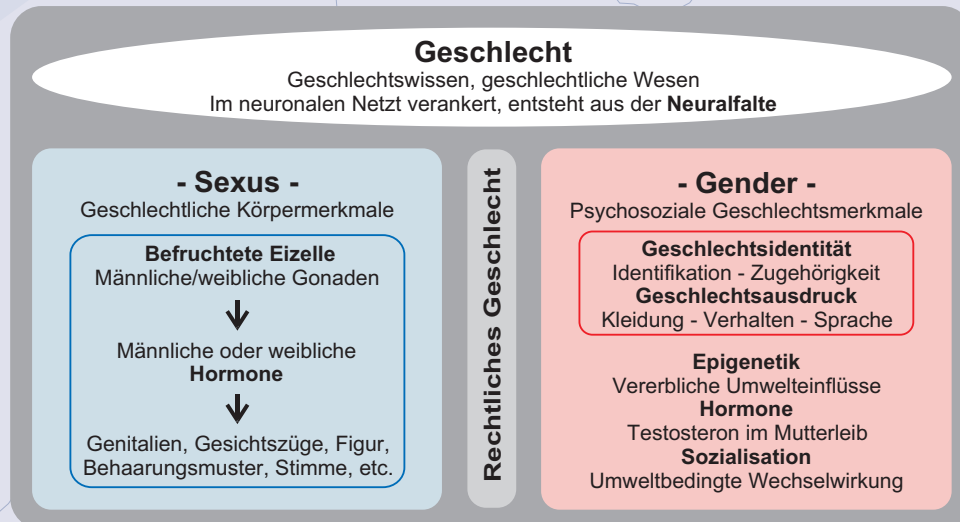
Vorstand Vereinigung-TransSexuelle-Menschen e.V. (VTSM)  
Bereich transsexuelle Gesundheit



## 2. Geschlecht

### 2.1 Was ist Geschlecht?

Vor nicht allzu langer Zeit wurde diese Frage "leicht" und schnell beantwortet. Ein Blick zwischen die Beine, Penis gleich Mann, Scheide gleich Frau. Obwohl dies für die allermeisten Menschen so auch zutreffend ist, hat die Fachwelt hierzu jedoch einen weitaus differenzierteren Blick, und nimmt dabei Bezug auf verschiedene geschlechtsbezogene Faktoren.



Hierzu zählen die geschlechtlichen Körpermerkmale (**Sexus**) mit Gonaden, Genitalien, Chromosomen, Hormone, Gesichtszüge, Statur, Behaarungsmuster. Des Weiteren die geschlechtlichen psychosozialen Merkmale (**Gender**), *welchem Geschlecht fühle ich mich zugehörig*, meine Kleidung, mein Verhalten, meine Sprache. Auch der **rechtliche Geschlechtseintrag** ist einer der geschlechtsbezogenen Faktoren.

Für die meisten geschlechtsbezogenen Sexus- und Gender-Merkmale lässt sich keine eindeutige Geschlechterzuordnung vornehmen. Es gibt keine objektiven Ein-Eindeutigkeiten aller potenziell geschlechtsrelevanten Merkmale für Frauen oder Männer. Zwar gibt es eine gewisse Häufung, aber es gibt auch mehr oder weniger große Überlappungsbereiche.

Wir können bei den geschlechtsbezogenen Merkmalen zwar von einem *Normalmuster* reden, zum Beispiel hat eine Frau in der Regel Eierstöcke und eine Scheide, XX-Chromosomen, Brüste, wenig Körperbehaarung eine höhere Stimme usw., natürlich weiß sie auch, dass sie Frau ist. Bei einem Mann können wir ebenso von einer gewissen *Normalmuster* reden. Aber es gibt auch *Abweichungen*. Manche fallen unter die Begriffe *Intersexualität* und *Transsexualität*, manche haben andere medizinische Bezeichnungen, und manche wurden bislang (noch) nicht öffentlichkeitswirksam begrifflich bezeichnet.

Seit 200 bis 300 Millionen Jahren gibt es bei den Säugern zwei Geschlechter, zeugend und gebärend (**Sexus**). Dieses Prinzip dient der Arterhaltung, und hat nichts mit einer wie auch immer gearteten Sozialisation (**Gender**) zu tun. Beim **Sexus** geht es vorrangig um die Reproduktion von Lebewesen, und den damit untrennbar verbundenen urogenitalen Bereich dieser Lebewesen. Um Geschlecht also wirklich begreifbar zu machen, ist eine Trennung zwischen **Sexus** und **Gender** zwingend notwendig.

Den *körperlichen, psychosozialen* und *rechtlichen, geschlechtsbezogenen Faktoren* übergeordnet, haben wir alle aber auch *ein Wissen um unser Geschlecht* (**geschlechtliches Wesen**). Bei fast allen Menschen sind die geschlechtlichen Aspekte (**Sexus, Gender, Recht und Geschlechtswesen**) einem Geschlecht eindeutig und stimmig zugeordnet.

Es gibt aber auch Ausnahmen, die insbesondere dann zum Problem werden, wenn z.B. im Bereich *Sexus* die *geschlechtlichen Körpermerkmale* nicht mit dem *neurobiologischen Geschlecht* übereinstimmen.

### 2.1.1 Was ist das *Geschlechtliche Wesen*?

Vergleichbar mit unseren übrigen *Wesenszügen* (z.B. hektisch, mitfühlend) und Begabungen (z.B. musisch/künstlerisch, sprachlich, mathematisch), besitzt jeder Mensch *ein konstitutionelles geschlechtliches Wesen*. Diese *Wesenszüge*, die Begabungen, und so auch *das Geschlechtswesen*, sind uns mitgegeben. Sie lassen sich durch die Umwelt fördern oder unterdrücken, aber niemals erzeugen oder eliminieren.

Bei Menschen mit originärer Transsexualität (NGS) besteht ein starkes inneres Streben zur Realisierung von Stimmigkeit zwischen dem neurobiologischen Geschlecht einerseits und den präoperativ noch gegengeschlechtlichen Körpermerkmalen andererseits (Neuro-Genitales-Syndrom (NGS)). Dies zeigt sich vorrangig im Verlangen nach Anpassung der körperlichen Geschlechtsmerkmale, über eine Hormonersatztherapie, sowie einer genitalangleichenden Operation (GaOP).

Bei Menschen mit einem Genderproblem besteht ein starkes inneres Streben nach gesellschaftlicher Zuordnung im Gegengeschlecht, entsprechend der eigenen *geschlechtlichen Identifizierung* (*Geschlechts-Rollen-Identität=gender(roles)identity*).

### 2.1.2 Was ist das *neurobiologische Geschlecht*?

Viele unserer Körperfunktionen regeln sich über das autonome Nervensystem, ohne unser Zutun, so zum Beispiel die Körpertemperatur, der Pulsschlag, und vieles mehr. Andere Funktionen unterliegen über das somatische Nervensystem unserer Kontrolle. Alles zusammen lässt sich als *individuumbezogene neuronale Landschaft* bezeichnen, über die der Körper in Funktion gehalten wird, über welches das als eigenständiges Wesen, sich selbst erkennende *ICH* mit der Umwelt in Beziehung tritt, und letztlich auch der Geschlechtsaspekt *zeugend/gebärend* vom *ICH* wahr genommen wird.

## 2.2 Gehirngeschlecht vs. neurobiologisches Geschlecht

In den letzten Jahren ist oft vom *Gehirngeschlecht* die Rede. Ist das nicht eine zu ungenaue Beschreibung? Sowohl eine Abneigung gegenüber gesellschaftlichen Erwartungen zum *üblichen geschlechtsspezifischen-Rollen-Verhalten*, als auch das Verlangen nach einem *funktional maximal geschlechtsangepassten Körper* wird letztlich vom bewusstem *ICH* wahr genommen.

Wenn wir genauer schauen, gibt es sehr viele *psychosoziale geschlechtliche Merkmale*. Jedes dieser Merkmale kann sich irgendwo auf der der Skala zwischen *männlich* und *weiblich* befinden. Vielfach wird dies dann als *Gehirngeschlecht* bezeichnet und genau aus diesem Grund kommen dann solche Aussagen zustande, das es *tausende verschiedene Geschlechter* gibt.

Andererseits gibt es Menschen, die genau wissen, dass viele ihrer *körperlichen Geschlechtsmerkmale*, insbesondere die *urogenitale Ausprägung*, *neurobiologisch* nicht ihrem *Geschlecht* entsprechen, *Menschen mit originärer Transsexualität (NGS)*. Bei ihnen besteht eine Diskrepanz zwischen der *neuronalen Landschaft* und der *genitalgeschlechtlich ausgeprägten Körperlichkeit*.



## 3. Die Phänomene

### Allgemein

Um im Bereich der geschlechtlichen Vielfalt kompetent beraten zu können, ist es wichtig, die verschiedenen Phänomene, die Unterschiede, Eigenheiten und Bedürfnisse zu kennen. Dabei kann es nicht dem Wohle der hilfeschuchenden Menschen dienen, alle Phänomene unter einem Begriff (*Trans\**, *Transgender* etc.) zu vereinen, und damit die Vielfalt nicht angemessen zu ihrem Recht kommen zu lassen. Daher wollen wir zuerst die Phänomene jenseits jeglicher Begriffe beschreiben. Es soll aber nicht verschwiegen werden, dass Menschen im Zuge der Selbsterkenntnis und Findung durchaus auch zwischen den Phänomenen wechseln können, oder dazwischen schwanken.

### 3.1 Neurogenitale Körperdiskrepanz (Sexus)

*"Das wichtigste Geschlechtsorgan eines Menschen liegt nicht zwischen seinen Beinen, sondern vielmehr zwischen seinen Ohren."* (Milton Diamond)

Eine *neurobiologische Körperdiskrepanz* liegt dann vor, wenn der Ratsuchende zwar um sein Geschlecht "*Mann*" bzw. "*Frau*" weiß, seine *geschlechtliche Körperausprägung* aber nicht seinem *Geschlechtswissen* entspricht. Diesen Menschen reicht es nicht, die Änderung des Vornamens und des rechtlichen Geschlechtseintrages durchzuführen. Neben der *gesellschaftlichen Anerkennung ihres Geschlechts* benötigen sie für ihre innere Stimmigkeit *einen funktional geschlechtsangepassten Körper*.

Problematisch bei der Benennung ist die Tatsache, dass für somatische und/oder rechtliche Maßnahmen eine sogenannte *transsexuelle Prägung* diagnostiziert werden muss, was zur Folge hat, dass die eigentliche Bezeichnung "*Transsexualität*" (LVZ 4) ihre Bedeutung verloren hat. *Neuro-Genitales-Syndrom (NGS)* versteht sich daher als eine begriffliche Ergänzung zu *Transsexualismus*, die möglichst auch für eine heterogene Öffentlichkeit sowie medizinisch-psychologisches Personal und Rechtsvertreter aussagekräftig und verwendungsfähig ist, um die Inkongruenz zwischen dem *neurobiologischen Geschlecht* und den *übrigen körperlichen Gegebenheiten* deutlich zu machen.

### 3.2 Uneindeutigkeit der geschlechtlichen Körpermerkmale

Unter dem Begriff *Intersexualität* werden verschiedene Phänomene, von der unauffälligen Chromosomenabweichung bis hin zur genitalen Uneindeutigkeit, zusammengefasst. Auch heute noch besteht ein großes Risiko der Fehlentscheidung bei Eltern und/oder Ärzten. Um eine Eindeutigkeit der Genitalien zu erreichen, werden diese aus medizinischer Sicht frühestmöglich, in unverantwortlicher Weise und ohne Berücksichtigung des Geschlechtswissens des Kindes, meist in die einfachere weibliche Richtung, operativ korrigiert. Menschen, die von *Intersexualität* betroffen sind, können ansonsten unter den vergleichbaren Problemen leiden, wie dies auch z.B. bei Menschen mit *originärer Transsexualität (NGS)* der Fall ist.

Mehr zu dieser Thematik und dem Phänomen der *Intersexualität* ist auf der Homepage des Vereins: *Intersexuelle Menschen e.V.* zu finden.

### 3.3 Psychosoziale Diskrepanz (Gender/Geschlechts-Rolle)

Eine *psychosoziale Diskrepanz* besteht dann, wenn eine Person das seit Geburt vorhandene Genital das sich mit ihrem *Geschlechtswissen* deckt - beibehalten will, sozial aber (i.d.R. dauerhaft) dem anderem Geschlecht zugeordnet und so auch von anderen wahrgenommen werden möchte. Hormonbehandlungen, und Operationen zur Angleichung können dann mitunter gebraucht werden. Eine *Genitalangleichung* wird von diesen Menschen aber nicht angestrebt; sollte diese aber zur *Perfektionierung eines sozialen Rollenwechsels* angestrebt werden, kann dies in der Zukunft zu großen Problemen (*Körperdiskrepanz; Regretment; Suizid*) führen.

### 3.4 Ausleben der gegengeschlechtlichen Wesenszüge

Für manche Menschen ist es ein innerer Zwang, gelegentlich voll und ganz in der gegengeschlechtliche Rolle zu leben. Sie benötigen *die Rolle "Frau"* genauso wie *die Rolle "Mann"*. Die Phasen, sich temporär im Gegengeschlecht zu empfinden, begrenzen sich zumeist und gelegentlich auf einen Abend, können aber auch mal länger anhalten.

### 3.5 Zwischen den Geschlechtern

Manche Menschen lehnen *Geschlecht* völlig ab oder fühlen sich beiden Geschlechtern zugehörig. Auch hier handelt es sich um ein psychosoziales Phänomen. Manchmal besteht der Wunsch nach operativen Eingriffen, zum Beispiel Bartepilation oder Mastektomie. Für einige besteht das Verlangen, *Merkmale beider Geschlechter* zu realisieren, andere streben eine *Uneindeutigkeit* an.

### 3.6 Fetischistische Rollenspiele

Gelegentlich gibt es das Phänomen, zum Zweck der sexuellen Erregung, durch Verkleiden das Gegengeschlecht darzustellen. Nach der sexuellen Entspannung ist die gegengeschlechtliche Rollenübernahme uninteressant und die Verkleidung wird wieder abgelegt.

### 3.7 Spaß und Rollenspiele

Für manche Menschen ist es ein Spiel mit den Geschlechterrollen. Dieses Phänomen hat nichts mit *Geschlechtsempfinden* zu tun, es geht ausschließlich um das Präsentieren bestimmter Rollen.

### 3.8 Die neue Jugendbewegung

Zur Jugend gehören Jugendbewegungen, vielfach geht es darum, Überkommenes abzulehnen, und neue Wege, jenseits der Vorgaben der Eltern, zu suchen. Heute ist es an privilegierten Orten "*Hip*", *Geschlechtsrollen-Spezifika abzulehnen* - "*Trans and proud*". Durch die Gender-Theorie, dass Geschlecht lediglich ein soziales Konstrukt sei, bekommt diese Bewegung auch unter älteren Menschen enormen Auftrieb.

### 3.9 Unbehagen gegenüber den Geschlechterrollen

Ich kann/will nicht "Mann" sein oder im anderem Fall ich kann/will nicht "Frau" sein. Auch hier geht es um die Geschlechterrollen (Gender-Roles), jedoch hat dieses Phänomen wenig mit *Geschlecht* zu tun, eher geht es um *die nicht vorhandene Fähigkeit bzw. dem fehlenden Willen der geforderten Geschlechternorm zu entsprechen*. Gelegentlich wird dies durch eine *Flucht aus dem Geschlecht bzw. in das andere Geschlecht* begegnet.

### Fazit

Was all diese Phänomene vereint, ist die Tatsache, dass es um *bestimmte Aspekte der Geschlechtlichkeit* geht, *Geschlechtswissen*, *Geschlechtskörper (Sexus)* oder *Geschlechtsrollen-Spezifika (Gender)*. Die einen fordern die *Anerkennung ihres Geschlechts*, die anderen die *Akzeptanz ihres Geschlechtsausdrucks bzw. ihrer Lebensweise*. Es lag also nahe, eine gemeinsame Bezeichnung zu finden. *Transgender*, *transgeschlechtlich* und neuerdings *Trans\** sind solche Versuche. Bisher ist dies immer gescheitert, die Eigenschaften und Bedarfe sind einfach zu unterschiedlich.

- Für manche ist die *duale Geschlechtlichkeit* hinderlich, und eine *dritte Option* wäre wünschenswert; für andere ist dies nicht der Fall, denn sie sind ganz eindeutig "*Mann*" bzw. "*Frau*".
- Für manche ist es tatsächlich eine *Lebensweise*, ein *Lifestyle*, für andere schlicht und ergreifend eine *Frage des eigenen Geschlechts*.
- Ist für manche eine *Genitalangleichung* geradezu unumgänglich, so ist es für andere unvorstellbar hier einzugreifen; für sie würde dies eine "*Verstümmlung*" bedeuten.

Es ließen sich jetzt beliebig viele weitere Beispiele anführen, die zeigen, dass es nicht möglich ist, alle Phänomene zu vermengen, und unter einer Bezeichnung zusammenzuführen. Verhängnisvoller Weise wird im Zuge der Verwendung eines einheitlichen Oberbegriffs, dann auch bei den Eigenschaften und Bedarfen nicht mehr differenziert. Übergriffig- schlussfolgernd kommt es dann zu solch rigorosen und andere Betroffenen absolut negierenden Aussagen, basierend auf der Wahrnehmung und Verallgemeinerung der eigenen Phänomenlage, wie die folgende: "*eine Genitalangleichung macht man (nur), um den sozialen Rollenwechsel zu perfektionieren*". Eine verantwortungslose Aussage auch für den Transgender, der dies ernst nimmt, und tatsächlich diesen für ihn fatalen Weg geht.

## 4. Ein Blick auf den Bereich Gesundheit/Krankheit

### 4.1 Was ist Krankheit?

Es gibt den ärztlichen Befund, der *Krankheit definiert*, ab einer bestimmten Abweichung von X, als "normal" definierten vitalen Funktionen.

Der Gesetzgeber entscheidet im Zweifelsfall, was als *behandelbare Krankheit* durch unsere Versicherungssysteme therapiert werden soll.

Es gibt zudem *das individuelle Erleben*, dass sich *an Beschwerden orientiert*. Der Mensch entscheidet selbst, wann eine Grenze von "Normalität" zur Krankheit überschritten ist.

### 4.2 Was ist Gesundheit?

"Gesundheit beschreibt einen Zustand des umfassenden physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, und nicht nur den des Freiseins von Krankheit und Gebrechen" (Definition der WHO, 1948)

#### Was bedeutet das nun?

*Krankheit* wird immer über *den Bezug zu Gesundheit* definiert, dabei ging es bis vor wenigen Jahren nur um das *Modell der Pathogenese*.

Nach diesem Modell entstehen Krankheiten aufgrund körperlicher oder psychischer Störungen. Solche Störungen können durch Infektionen, Fehlfunktionen von Organen oder äußere Einwirkungen entstehen.

Für verschiedene Erkrankungen gibt es unterschiedliche Risikofaktoren. Erkennbar ist eine Krankheit an der Abweichung von bestimmten Messwerten und äußerlich erkennbaren Symptomen, Der Arzt erstellt daraus eine Diagnose. Dieses Modell führt zum Gedanken, Risikofaktoren einzuschränken, um einer Erkrankung zuvor zu kommen, das heißt zur *Prävention*.

#### Prävention:

Dazu zählen Maßnahmen, die den Ausbruch oder die Verschlimmerung einer Krankheit verhindern sollen. Diese sind aufgrund von Statistiken als *geeignete Präventionsmaßnahmen* deklariert worden.

### 4.3 Das Modell der Salutogenese

Zusammengesetzt aus „*Salus*“ (latein Gesundheit) und „*Genese*“ (latein Entstehung).

Das Salutogenese-Modell (LVZ 5) versucht zu erklären, *was uns gesund hält*, und wie wir uns in einem nie endenden "*Pendelverkehr*" zwischen Gesundheit und Krankheit befinden, einem sogenannten *Kontinuum von Gesundheit und Krankheit*. Hier sollte man aber nicht den gedanklichen Fehler begehen, das Kontinuum als Eindimensionale Möglichkeit zu verstehen. Vielmehr ist von zwei unabhängigen Dimensionen auszugehen, eine für Krankheit und eine weitere für Gesundheit.

So kann man gleichzeitig "*krank*" und "*gesund*" sein, obwohl dies auf den ersten Blick wie ein Widerspruch klingt. Warum dies so ist, wird deutlich, wenn man sich mit den Aspekten der *individuellen Ressourcen* und dem *Kohärenzgefühl* auseinandersetzt.

Dieses Modell führt zu Überlegungen, die Lebenswelt bzw. die gesunden Anteile zu stärken.

- Gesundheitsförderung: Hierzu zählen Maßnahmen, die dazu geeignet sind, die individuellen Gesundheitsressourcen und Potentiale zu stärken.
- Gesundheitsressourcen: hierzu gehören die Umwelt, die Lebensweisen und Interaktionen mit der "Mitwelt", die Gesundheitsversorgung und die Biologie des Menschen.

Erstrebenswert erscheint, wenn ein Mensch um seine gesundheitlichen Beeinträchtigungen weiß, und für sich einen guten Weg findet, damit so umgehen zu können, dass diese Beeinträchtigungen für diesen Menschen gut zu bewältigen sind.

Stressoren und Stressreaktionen hingegen sind hierbei meist eher negative Aspekte, welche diese Bewältigung negativ beeinträchtigen.

Wobei es durchaus auch positiven Stress geben kann, aber die Menge, die Zeitdauer und vor allem das gefühlsmäßige Erleben als positiv oder als negativ, sind dabei wichtige Aspekte, ebenso wie das Ausmaß von Stress-Situationen. Stressoren können zum Beispiel für einen Menschen, der auf einen Rollstuhl angewiesen ist, das Fehlen von Zugangsmöglichkeiten mit dem Rollstuhl sein. Zum Beispiel weil es keine Rampen gibt, die Türen zu eng sind, oder ähnliches.

Das *Kohärenzgefühl* ist der Aspekt, aus dem sich die Möglichkeiten zur Bewältigung und das Vertrauen darauf, diese auch nutzen zu können, ergeben.

Menschen mit einem gut ausgeprägtem Kohärenzgefühl kommen mit Stressoren besser zurecht, als Menschen, die sich in diesen Situationen als machtlos oder gar "*hilflos ausgeliefert*" erleben.

#### **4.4 Was ändert sich durch die neue Sichtweise?**

Der Bereich der "*Vorsorge*" ist nicht mehr auf rein statistische, spezifische Risikofaktoren bestimmter Erkrankungen ausgerichtet, sondern auch die Lebensbedingungen werden mit einbezogen.

Dem *Kohärenzgefühl* und seinen Grundlagen: *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Sinnhaftigkeit* wird ebenso wie den *generalisierten Widerstandsressourcen* und dem Bereich der *Stressoren* und *Stressreaktionen* mehr Beachtung geschenkt.

Hierzu gibt es von der WHO fünf klar definierte Handlungsfelder:

1. *Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik*
2. *Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen*
3. *Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen*
4. *Die Entwicklung persönlicher Kompetenzen unterstützen*
5. *Gesundheitsdienste neu Orientieren (Förderung der Gesundheit, und nicht mehr (ausschließlich) der med. Betreuung)*

*"Gesundheit" und "psychosoziale Erfahrungen" beeinflussen sich demnach gegenseitig, sowohl positiv wie auch negativ; gleichzeitig kann keines von Beiden das jeweils Andere ersetzen.*

Wenn man dies nun in Verbindung mit den geschlechtlichen Phänomenlagen bringt, wird einiges in Bezug auf die unterschiedlichen Bedürfnisse deutlicher:

- *Erlebt ein Mensch die Diskrepanz zwischen Geschlechtswissen und gegengeschlechtlichen Körpermerkmalen, so kann auch eine noch so positive Erlebensweise im rein psychosozialen Bereich an dieser Diskrepanz nichts ändern.*
- *Erlebt hingegen ein Mensch die Diskrepanz zwischen Geschlechtswissen und sozialen "Geschlechtsrollenerwartungen", so hilft diesem Menschen eine körperliche Angleichung ohne soziale Akzeptanz seines "Geschlechtsausdruckes" gar nicht.*

Dennoch können durchaus auch verschiedene Aspekte einen jeweils positiven Einfluss auf das andere haben. So wird sich die Akzeptanz der körperlichen Anpassung und der entsprechenden sozialen Geschlechterrolle zusätzlich positiv auf Menschen mit Körperdiskrepanz auswirken. Ebenso dürften bestimmte körperliche Anpassungen, auch eine positive Wirkung auf Menschen mit psychosozialer Geschlechtsdiskrepanz mit sich bringen, ausgenommen die GaOP, die hier immer fatale Folgen haben wird.

Um es klarer und deutlicher auf den Punkt zu bringen:

Kann ein "*Trans\*Mann*" mittels einer Mastektomie seine ihn als weiblich erscheinenden sichtbaren Brüste entfernen lassen, hilft ihm dies auch, gesellschaftlich "*als Mann*" angesehen zu werden, auch wenn er weiterhin weibliche Genitalien hat und diese behalten will (aber die sieht ja bekleidet niemand).

Erhält eine "*Frau mit transsexueller Vergangenheit*" eine wirksame Epilation, so dass ihr aus der falschen Pubertät entstandener Bartwuchs verschwindet, dann hilft ihr dies auch, sowohl sich selbst stimmiger als Frau erleben zu können, aber auch von Anderen so gesehen und behandelt zu werden.

## 4.5 Ein Beispiel

Erlebt ein *"Mann mit Transsexualität (NGS)"* einen Verlust seines Penoidaufbaus, so erlebt er dies ebenso wie jeder Mann ohne transsexuellem Hintergrund, der seinen Penis verliert; ebenso wird es eine *"Frau mit Transsexualität (NGS)"* beim Verlust der "Vagina" nach der genitalen Angleichung genauso erleben, wie eine Frau ohne transsexuellem Hintergrund eine "Total-OP" erlebt. Andererseits kann es für Menschen mit einem *"Geschlechtsidentitätsthema"* (Rolle) keinen Wunsch nach einer *"genitalen Angleichung"* geben.

Die Wichtigkeit der genitalen Angleichung hat aber immer wesentlich etwas mit dem *"Selbsterleben des eigenen Körpers"* bei originär transsexuellen Menschen (NGS) zu tun, und ist daher unbedingt zu akzeptieren.

## 4.6 Fazit

In der Beratung ist es wichtig zu wissen, dass es unterschiedliche Phänomene im Bereich der geschlechtlichen Varianz gibt, und dass die jeweiligen authentischen Bedürfnisse nicht abgelehnt werden dürfen. Andererseits soll auch niemand zu medizinischen Maßnahmen gedrängt werden, die nicht erforderlich oder gewünscht sind. Unterstützung und Anregung zu Selbstreflexion, Stärkung von Verstehbarkeit und Information über die Möglichkeiten, Aufklärung über die medizinischen und sozialen Probleme und Ressourcen, und somit eine nachvollziehbare Handhabbarkeit, sowie eine anerkennende Gesprächsführung, sind die beste Grundlage für eine gute psychosoziale Beratung im Sinne der Salutogenese.

# 5. Beratung Bedingungen, Möglichkeiten, Grenzen

Dieser Teil ist in Bezug auf die *Ebenen* und *Bereiche* untergliedert in:

- **Psychologische Beratung** (Beratende Personen mit psychologischer Ausbildung)
- **Soziale Beratung** (Beratende Personen mit sozialer Ausbildung, bzw. Ausbildung im Bereich sonstiger professioneller Beratung)
- **Peerberatung** (Die beratende Person hat selbst eine entsprechende geschlechtliche Thematik, und ihren Weg zum angemessenen Umgang damit gefunden)

und den *Grundanforderungen* an alle Ebenen, sowie den Bereichen, in welchen Beratung erforderlich sein kann.

## 5.1 Die Anforderungen und Erwartungen

sowie auch die Umgebung, wird in den unterschiedlichen Ebenen unterschiedlich sein, ebenso die **Erfahrungen** und auch die **Kompetenzen**. Einige **Grundanforderungen** sollten aber für alle Personen gelten, die Beratung anbieten:

- Akzeptanz der ratsuchenden Person, sowie der Wünsche und Ziele dieser Person
- Wertschätzende Haltung, die sich besonders im Umgangston niederschlägt
- Verschwiegenheit über die in der Beratung besprochenen persönlichen Aspekte
- Erkennen der eigenen Grenzen und Möglichkeiten
- Zuverlässigkeit
- Ethische Einstellung und Selbstreflektion der beratenden Person

### 5.1.1 Grundhaltung der Beratung

Im übrigen sollte sich die Grundhaltung der Beratung am Konzept der tragenden Elemente der *Personenzentrierten Gesprächstherapie* sensu Rogers orientieren, die *drei Kernelemente* beinhaltet. Die nachfolgenden skizzierenden Erläuterungen gehen zurück auf Andreas Kreuziger (carl.rogers.de, 03.2000).

## Kongruenz:

*„Diese fordert Echtheit, Unverfälschtheit und Transparenz seitens des Therapeuten.“*

(Rogers, C.: Der neue Mensch 1981; vgl. auch Quitmann, H.: Humanistische Psychologie 1996 und Kriz, J.: Grundkonzepte der Psychotherapie 1989).

Hiermit macht Rogers klar, dass es dem Klienten in einer Beziehung nur möglich ist zu wachsen, wenn ihm der Therapeut so gegenübertritt, wie er wirklich ist. Das heißt, er ist in dieser Beziehung, in diesem Moment selbst auch Mensch, kann also auch über seine Gefühle und Einstellungen offen reden und stellt sich nicht als jemanden dar, der etwa nur aufgrund seiner Profession in der Hierarchie weiter oben angesiedelt ist als der Klient. Der Therapeut muß (und darf) sich also nicht hinter Fassaden, Rollen und Floskeln verstecken, sondern muss sich in die Situation gerade auch emotional einbringen können, eine unmittelbare echte Beziehung von Person zu Person eingehen. Dabei darf er sich selbst als Person nicht verleugnen, darf keine Abwehrhaltungen einnehmen und vor allem muss er sich als Helfer seines Gegenübers verstehen, der aus dieser Beziehung ebenfalls gestärkt und mit neuen Lernerfahrungen hervorgehen kann.

Diese Transparenz ermöglicht das Vertrauen des Klienten, der sich so seinem Gegenüber öffnen kann, um sich so mit dessen Unterstützung und Hilfe zu erforschen.

Inkongruenz hingegen, würde dem Klienten sofort auffallen. Tonfall, Mimik, Gestik, also Signale auf verbaler und nonverbaler Ebene würden dem Klienten sofort auffallen und er würde sich nicht verstanden fühlen und sich demzufolge verschließen.

Dies alles setzt natürlich ein starke Persönlichkeit des Helfenden voraus und auch Rogers weiß, dass dies nicht immer einfach ist. Entscheidend für diese Einstellung nicht Technik ist also allein die menschliche Substanz des Therapeuten. Er muß sich in dieser Beziehung selbst erleben, wahrnehmen und einbringen können.

## Empathie:

Unter Empathie versteht man das einführende Verstehen, das nichtwertende Eingehen, also das echte Verständnis einer Person.

Ist der Therapeut in einer Beziehung kongruent, so ermöglicht dies ihm, sich auf den Gegenüber einzulassen und so die Welt mit dessen Augen zu sehen. Er ist also darum bemüht, *„den Klienten in seinem Erleben (und seinen damit verbundenen Werthaltungen, Motiven, Wünschen und Ängsten) zu verstehen.“*

(Kirr, J.: Grundkonzepte der Psychotherapie 1989; Seite 205)

Was sich hier relativ einfach anhört, ist sowohl in der Praxis, als auch in der wissenschaftlichen Diskussion, der schwierigste und auch heikelste Aspekt und führte schon zu Lebzeiten Rogers zu heftigen Auseinandersetzungen.

So beschreibt Rogers dieses einfühlsame Verstehen als einen Vorgang im Gespräch, wo der Therapeut

*„genau die Gefühle und persönlichen Bedeutungen spürt, die der Klient erlebt, und dass er dieses Verstehen dem Klienten mitteilt. Unter optimalen Umständen ist der Therapeut so sehr in der privaten Welt des anderen drinnen, dass er oder sie nicht nur die Bedeutung klären kann, deren sich der Patient bewusst ist, sondern auch jene knapp unterhalb der Bewußtseinsschwelle.“*

(Rogers, C.: Der neue Mensch 1981; Seite 68)

Da es sich bei diesem Verstehen aber um das Verstehen des Therapeuten handelt, nicht dem des Klienten, kann es so unter Umständen zu gravierenden Missverständnissen kommen. Denn um einen Klienten richtig verstehen zu können, muß man in der Beziehung zu ihm zuallererst einmal davon ausgehen, dass weder er und noch weniger man selber seiner gesamten inneren Welt bewusst ist.

Diese innere Welt, bestehend aus Gefühlen, Empfindungen und mit Wertungen verbundenen Erfahrungen und Wahrnehmungen, müssen nun auf einem langen Weg der Selbstexploration gemeinsam offengelegt werden. Durch ständiges Feed-Back mit eigenen Worten versucht der Therapeut hierbei, selektiv (nicht interpretativ) die gefühls- und erlebnismäßigen Inhalte aus dem Gespräch mit seinem Gegenüber aufzugreifen und ihm dann mitzuteilen, was er von dessen Erlebniswelt glaubt, verstanden zu haben.

So kann er immer weiter in die Welt des Klienten eintauchen, welcher sich immer weiter öffnen wird, weil er sich von seinem Gegenüber verstanden fühlt. Denn er merkt so auch, dass er verstanden werden will.

Es geht also nicht lediglich um ein „spiegeln“, ein „papageien-ähnliches Nachplappern“ der Aussagen des Klienten, wie diese Vorgehensweise oft mißinterpretiert wurde. Vielmehr geht es also darum, sich einführend, nicht interpretativ vom hohen Roß eines etwaigen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Standpunktes herab, dem Gegenüber als (neugieriger, aber nicht fordernder) Mensch zu nähern und sich so in dessen innere Welt hineinzusetzen. Ihn also auch in seiner Welt zu verstehen und zu akzeptieren, wie er sie empfindet.

### **Bedingungslose positive Zuwendung:**

Rogers beschreibt diese Grundhaltung als „*das Akzeptieren, die Anteilnahme oder Wertschätzung*“ (Rogers, C.: Der neue Mensch 1981; Seite 68) des Therapeuten gegenüber den Gefühlen und Äußerungen seines Klienten.

„*Wenn der Therapeut eine positive, akzeptierende Einstellung gegenüber dem erlebt, was der Klient in diesem Augenblick ist, dann wird es mit größerer Wahrscheinlichkeit zu therapeutischer Bewegung oder Veränderung kommen. Der Therapeut ist gewillt, den Patienten sein jeweiliges momentanes Gefühl ausleben zu lassen Verwirrung, Groll, Furcht, Zorn, Mut, Liebe und Stolz.*“ (Rogers, C.: Der neue Mensch 1981; Seite 68)

Dies bedeutet nicht, dass der Therapeut diesen Gefühlen unbedingt zustimmen muss. Es bedeutet aber, dass er seinen Gegenüber ohne Wertung und Vorurteil annimmt, wie er in diesem Moment ist. Erreichen kann man diese positive Wertschätzung nur, indem man den Gegenüber als eigenständigen Menschen respektiert, mitsamt seiner Gefühlswelt und den daraus resultierenden Handlungen. Man versucht demzufolge auch nicht, dem Gegenüber eigene Werte, Meinungen und Empfehlungen aufzuzwingen auch wenn diese auf den ersten Blick gut gemeinte Ratschläge zu sein scheinen.

Wichtig ist nämlich, dass sich der Therapeut immer wieder verdeutlicht, dass er einer Person in seiner ganzen Einzigartigkeit, einem Individuum gegenüber sitzt. Dieses Individuum ist, genau wie der Therapeut selbst, zuallererst ein Mensch. Er setzt sich u. a. zusammen aus eigenen Gefühlen, eigenen Problemen, eigenen angelernten Schablonen und eigenen Verhaltensweisen und -mustern. Kann der Therapeut dies verstehen, erleben und seinem Gegenüber akzeptierend entgegenbringen, so wird auch jener lernen, sich zu verstehen, zu akzeptieren und zu achten. Der Klient lernt in dieser Beziehung genauso wie der Therapeut,

„*zwischen seinem Wert als Mensch und der Bewertung seiner Handlungen zu differenzieren.*“

(Kirr, J.: Grundkonzepte der Psychotherapie 1989; Seite 205) Es steht wohl außer Frage, dass sich diese Grundeinstellung der Achtung menschlichen Lebens und seiner Vielfalt gegenüber nicht erlernen, nicht schematisieren lässt. Denn diese entgegengebrachte emotionale Wärme Liebe ist nur echt und wird als solche empfunden, wenn sie wirklich „von innen“ kommt.

Natürlich entwickelten sich auf der Basis dieser Grundeinstellungen im Laufe der Jahre immer weitere Interpretations- und Modifikationsansätze, die Rogers selber zumeist mißbilligte. Auch setzte teilweise heftige Kritik ob dieser Einstellungen ein, die Rogers dann aber produktiv umzusetzen wusste und die letztendlich, geprägt durch die neuen (theoretischen und praktischen) Lernerfahrungen, dazu beitrugen, dass dieses Therapiekonzept durch seine stetige, lange Entwicklung und Hinterfragung, eines der besterforschten und überprüften Konzepte an sich ist. Denn bereits seit 1949 liegen Forschungsergebnisse vor, die Rogers personenzentrierten Ansatz bestätigen.

So weit die skizzierenden Erläuterungen von Andreas Kreuziger (carl.rogers.de, 03.2000).

### **5.1.2 Die Umgebung, oder wo findet die Beratung statt?**

Dies ist ein Aspekt der von der Ebene der Beratung abhängig ist. **Psychotherapeutische und Soziale Beratung** findet meist in professionellem Rahmen statt, in einer Praxis, einer Beratungsstelle, einem Beratungsbüro oder ähnlichem.

Bei **Peerberatung** kommt es auf die vorhandenen Möglichkeiten an, eher selten steht hier ein auf Beratung ausgerichtetes Büro oder ähnliches zur Verfügung, da hierbei insbesondere auch die finanzielle Thematik eine Rolle spielt. So erfolgen in der Peerberatung oft auch telefonische Kontakte. Idealerweise besteht eine Kooperation mit Beratungsstellen aus dem professionellen Bereich oder mit anderen Dienstleistern aus dem Gesundheitsbereich, um eine räumliche Möglichkeit zu bieten, es kann aber auch auf die von "professionellen Beratern" so gern abgewertete "Wohnzimmerberatung" hinauslaufen, einfach weil keine anderen Möglichkeiten vorhanden sind.

### 5.1.3 Vertrauen und Verschwiegenheit

Diese beiden Punkte gehören sehr eng zusammen, sie sind wie schon unter 5.1.1 aufgeführt Grundbedingungen für eine gelingende Beratung. Einzige Ausnahme ist hierbei das Überschreiten der Grenze von Selbst- oder Fremdgefährdung, die ein Abweichen hiervon rechtfertigen, aber auch dies sollte dann klar und deutlich kommuniziert werden.

### 5.1.4 Möglichkeiten und Grenzen

Diese sind in beruflichen Beratungskonzepten klar vorgegeben durch den Rahmen, in dem sie stattfinden. Für Peerberatung wird es dann teilweise schon schwieriger, diese zu erkennen und sie auch transparent zu machen. Besonders wichtig ist dabei aber auch den folgenden Punkt zu kennen, und zu beachten.

### 5.1.5 Zusammenarbeit (Interdisziplinarität)

Hier geht es oft auch um die Kompetenzen, welche die verschiedenen Beratungsangebote bieten können, aber auch darum, die eigenen Grenzen zu erkennen und auch auf andere Möglichkeiten verweisen zu können. Ideale Bedingungen ergeben sich, wenn sich sowohl die verschiedenen Beratungsanbieter, aber auch andere Anbieter von Hilfemöglichkeiten miteinander vernetzen. Beispiele sind *Rechtsberatung*, die gesetzlich geregelt ist, *Gesundheitsberatung*, zum Beispiel in Bezug auf die Hormontherapie, welche in den Bereich der Fachärztlichen Behandlung gehört, aber auch zum Beispiel das Thema "*Suizidgefahr*", welches psychologische Fachbetreuung erfordert. Ebenso kann es sehr hilfreich sein, wenn über eine Vernetzung auf Ärztelisten (Fachärzte, die bestimmte Behandlungen anbieten, z.B. Hormontherapie, Operationsmethoden, usw.) verwiesen werden kann.

## 5.2 Verschiedene Ebenen der Beratung

### Psychologische Beratung:

Findet überwiegend in einer psychologischen/psychotherapeutischen Praxis oder Einrichtung statt, gelegentlich aber auch in einer Beratungsstelle. Die beratende Person hat eine psychologisch/psychotherapeutische Ausbildung, wird entsprechend für ihre Arbeitsleistung bezahlt und hat meistens Zugang zu Supervision und Weiterbildung.

### Soziale Beratung:

Findet ebenfalls überwiegend in Beratungsstellen statt, wobei die beratende Person eine soziale Ausbildung abgeschlossen hat, die für ihre Arbeit bezahlt wird, und die Zugang hat zu Weiterbildung, oft auch zu Supervision oder Teamreflexion.

### Peerberatung:

Peerberatung ist fast ausschließlich "*Ehrenamtliche Arbeit*". Neben den Rahmenbedingungen gestalten sich hier auch die Ebenen der Kooperationsmöglichkeiten, Supervision, Vernetzung und der Zugang zu Aus- und Weiterbildung völlig anders, als in bezahlter professioneller Beratungstätigkeit.

### 5.2.1 Die ethische Grundhaltung

Im Zusammenhang mit Beratung ist die ethische Grundhaltung ein nicht unerheblicher Aspekt. Wo professionell tätige Beratungsfachkräfte durch Weiterbildung oft eine Selbstreflexion zur eigenen ethischen Grundhaltung erlernen, ist hier ein deutliches Manko in der Peerberatung aber oftmals auch in der professionellen oder teilprofessionellen Ebene ohne derartige Fortbildungen zu erkennen. Nur wenige Menschen schaffen es, ohne derartige Reflexion eine wirklich angemessene ethische Grundhaltung auszubilden, um wirklich akzeptierend und wertschätzend im Umgang mit den Ratsuchenden umzugehen. Hier ist insbesondere im Rahmen psychologischer und Peer-Beratung ein großer Nachholbedarf.

Die ethische Grundhaltung und die *Reflexion der eigenen Einstellung zu Geschlecht* und den **verschiedenen Aspekten des Geschlechts** in Verbindung mit der *Kenntnis um die verschiedenen Phänomene* im Bezug zu geschlechtlicher Varianz, und ohne "Wertungen", allein anhand des ermessensprechenden Bedarfes des Einzelnen und seiner Bedürfnisse, bilden eine gute Grundhaltung für adäquate Beratung.



## 5.3 Bereiche der Beratung

### 5.3.1 Coming In, Bewusstwerdung und Selbstreflexion

Hier ist oft der Beginn bzw. der Grund gegeben, warum Beratung gesucht wird. Oft wissen die betreffenden Menschen noch gar nicht so genau, wo ihr jeweiliges Problem liegt. Es ist vielmehr ein diffuses Gefühl vorhanden, das irgend etwas in Bezug auf die *Geschlechtszuweisung* nicht passt. In diesen Fällen ist es besonders wichtig, den Menschen aufzuzeigen, dass es verschiedene Phänomene gibt, die hierbei unterschiedliche Bedarfe und Bedürfnisse umfassen und natürlich auch als Berater zu berücksichtigen, dass es gerade in dieser Phase oft noch gar nicht so klar und eindeutig zu benennen ist, was eigentlich nicht passt. Dies erfordert in den meisten Fällen einen Prozess der *Selbstreflexion* und meist auch den des vorsichtigen *Ausprobierens*. Manche kommen aber auch schon mit ganz klaren Zielformulierungen in die Beratung. Bei diesen Menschen ist es wichtig, zwar die Selbstreflexion sensibel zu hinterfragen, aber keinesfalls die artikulierten Bedürfnisse in Frage zu stellen.

### 5.3.2 Komplexe Zusammenhänge - Hindernisse und Hilfreiches

Grundlegende Informationen zu möglichen Zielen, Wegen und Möglichkeiten sind an diesem Punkt sehr wichtig. Die aktuellen Rechtsvorgaben zur Beantragung auf Änderung des Vornamens und des *rechtlichen Geschlechtseintrags* sollten bekannt sein, ebenso die *aktuellen Vorgaben für medizinische Maßnahmen*, unabhängig davon ob es nur um "*Bartepilation*", "*Hormon-Ersatz-Therapie*" (HET) oder konkreter um *angleichende Operationen* oder *Hilfsmittel* geht. Hier gibt es zwar gesetzliche Grundlagen, allerdings auch große Unterschiede in der Auslegung, sowohl bei Krankenkassen als auch bei den MDKs.

Hier möchten wir auf das Netzwerk-Transsexuelle-Gesundheit hinweisen, welches sich aktuell im Aufbau befindet, das aber schon grundlegende Informationen bietet, und auch mit einem angegliederten Forum einen Austausch zwischen Beratung und Fachärzten ermöglichen soll.

<http://www.transsexuelle-gesundheit.de>

### 5.3.3 Familiäre Situation und Freunde

Das soziale Umfeld, Familie und Freunde, sind für den Menschen von zentraler Wichtigkeit. So sind im Regelfall insbesondere Eltern, Partner/in, und wenn vorhanden Kinder, wichtigste Bezugspersonen für die meisten Menschen.

Bei Kindern und Jugendlichen mit einer *geschlechtlichen Thematik* bestehen bei vielen Eltern gerade zu Beginn des Gewährwerdens große Unsicherheiten. Sehr häufig steht die Frage im Raum, "*was habe ich in der Erziehung falsch gemacht?!*"

Wichtig ist hierbei darauf hinzuweisen, dass *Geschlecht* und das *Selbsterleben des eigenen Geschlechtes* nicht durch Erziehung beeinflussbar ist. Dies haben alle Erfahrungen mit dem Konzept der "Gender-Identity-Disorder" gezeigt, wobei alle Ansätze der Behandlung mittels "*Umerziehungsversuchen*" (*Konversionstherapie*) gezeigt hat - es funktioniert nicht! Die Suizidrate bei diesen Versuchen war enorm hoch, aber es gab und gibt keinen Fall, der wirklich langfristig "erfolgreich" hiermit "therapiert" werden konnte.

Auch kommt in Bezug auf Kinder und Jugendliche vielfach das Argument "*Das ist nur eine Phase*". Dies kann aufgrund der Entwicklung tatsächlich der Fall sein, insbesondere wenn Kinder bzw. Jugendliche stark vom Elternhaus und dem weiterem Umfeld in Geschlechtsrollen gedrängt werden. Dann wäre hierbei die erste Empfehlung, diese "Rollenzwänge" zu öffnen. Ist die Aussage zum eigenen Geschlecht aber über längere Zeit stabil, sollte das Kind oder der jugendliche Mensch Unterstützung erfahren, um seinem Geschlechtswissen entsprechend leben zu können. Begleitende therapeutische Unterstützung ist immer dann zu empfehlen, wenn es entweder konkrete Probleme gibt oder die Differenz des Geschlechtswissens zum vorhandenen Genitalgeschlecht klar und über längere Zeit besteht.

Ab Beginn der Pubertät kommt erschwerend die körperliche Entwicklung hinzu, bilden sich erst einmal sekundäre Geschlechtsmerkmale aus, wird es immer schwerer, diese wieder los zu werden. Ganz zu schweigen von den seelisch-psychischen Torturen, die mit diesen für das betroffene Individuum völlig in die falsche Richtung laufenden körperlichen Veränderungen verbunden sind. Daher wäre der Einsatz von *Pubertätsblockern* hier eine wirklich große Hilfe. Gegen einen Einsatz über einen Zeitraum von 1-2 Jahren bestehen kaum Bedenken, so dass die Pubertät dann später *geschlechtsrichtig* durchlebt werden kann.

Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen kann im Zusammenhang mit "*Emerging Adulthood*" die geschlechtliche Thematik erstmals hervortreten, hier ist es wichtig die Reflexionsfähigkeit anzuregen, und auch die Zusammenhänge aufzuzeigen, die Irritationen auslösen können.

In Partnerschaften von Erwachsenen gibt es oft die Problematik, dass sich Partner/innen sehr schwer damit abfinden können, wenn der/die Partner/in plötzlich (denn die meisten reden erst spät darüber) nicht mehr dem entsprechen, was dem eigenen Begehren entspricht. Hier ist es wichtig, auch den/die Partner/in mit in die Beratung einzubinden, da sonst das Risiko, dass die Beziehung scheitert, enorm groß ist aber auch zur Thematisierung der durch das Gewahrwerden der Geschlechtsthematik bei Partner/in ausgelösten seelischen Lebenskrise.

Häufig sind bei älteren Ratsuchenden auch eigene Kinder vorhanden. Es kann durchaus notwendig sein, auch diese altersentsprechend in den *Prozess der Selbstfindung* und *Transition* mit einzubeziehen, auch dann, wenn diese bereits einem eigenständigen Haushalt angehören.

#### **5.3.4 Arbeitsplatz, Schule u.a.**

Hierbei ist es immer wichtig zu berücksichtigen, dass es Phasen gibt, die schwieriger mit einem aktiven Weg zur Anpassung der geschlechtlichen Thematik vereinbar sind, und aber auch Phasen, wo bestimmte Veränderungs-Aspekte leichter umsetzbar sind. Kurz vor dem Schulabschluss oder während einer Ausbildung sind insbesondere medizinische Maßnahmen eher ungünstig, während sich zum Beispiel ein freiwilliges soziales Jahr oder ein BFD für diese Zeit besser eignen, auch während eines Studiums gibt es Zeiten, wo es besser passt, z.B. nach erfolgreich absolvierten propädeutischen Lehrveranstaltungen und/oder abgelegter Zwischenprüfung, demgegenüber es vielleicht kurz vor Abschluss wieder eher nicht passt.

#### **5.3.5 Coming out**

Gerade dieses Thema bereitet vielen Menschen große Probleme, es gibt viele Ängste und Befürchtungen, und nicht wenige davon bestehen durchaus zu Recht. Hier ist es wichtig, eine realistische Einschätzung zu finden, und je nach den Bedürfnissen und Ressourcen des einzelnen Ratsuchenden verschiedene Strategien aufzuzeigen und gemeinsam zu entwickeln, was wie funktionieren könnte.

#### **5.3.6 Der Weg und seine individuellen Möglichkeiten und Ziele**

Auch hier ist es wichtig, verschiedene Möglichkeiten aufzeigen zu können, aber letztlich ist immer der individuelle Mensch mit seinen Gegebenheiten und Bedürfnissen das Maß der Dinge, und nur er "entscheidet"/zeichnet verantwortlich. Niemand sollte zu etwas gedrängt werden, was nicht gewünscht wird, oder was letztlich nicht im Interesse des Betroffenen liegen kann.

Vor allem die "*unumkehrbaren Aspekte*" müssen gut überlegt sein, denn eine genitale Angleichungsoperation ist ein sehr endgültiger Schritt, der, wenn überhaupt, nur sehr bedingt korrigiert werden kann. Eine GaOp ist *keine "Perfektionierung des sozialen Rollenwechsels"*, während diese für einen Menschen mit dem klaren einschlägigen Bedürfnis aber auch nicht sinnvoll vermeidbar ist.

#### **5.3.7 Das Leben "*danach*", als Frau/Mann einfach nur "*normal Leben*"**

Für Menschen mit originärer Transsexualität (NGS) ist es ein dringendes Bedürfnis, nach einer körperlichen und rechtlichen Angleichung einfach nur *ein ganz "normales Leben" im „nun im Einklang befindlichen Geschlecht"* führen zu wollen. Die Zeit der Angleichung (*Transitionsphase*) und auch die

Zeit der *Differenzwahrnehmung* wird als "beendet" angesehen. Diese Menschen wollen den erfolgreich überwundenen Belastungsteil ihres Lebens nicht dauerhaft als "Last" und "Schandfleck" mit sich herumtragen. Dazu gehört insbesondere das Infragestellen ihres ganz normalen Mann-/Frauseins durch das diffamierende Trans\*-Klischee, wonach es sich bei ihnen nicht um vollwertige Frauen oder Männer handelt, sondern, dass sie auch noch nach erfolgter GaOP "*lediglich geschlechtsverstümmelte Männer, die sich aber wie Frauen fühlen*", seien, und umgekehrt. Dies ist für ehemals transsexuelle Menschen ebenso deplatziert, wie zum Beispiel auch eine Frau nach einem krankheitsbedingten Verlust von Brust oder Vagina nicht ständig mit dem "*Anzweifeln ihres Frauseins*" oder ein Mann nach einem Penisverlust nicht mit dem "*Anzweifeln seines Mannseins*" beschäftigt werden will, und sich diesbezüglich gegenüber anderen Menschen dafür auch nicht rechtfertigen will. Andere Lebensbereiche, und neue Herausforderungen werden dann oft wichtiger, als dieser erfolgreich abgeschlossene Abschnitt des Lebens. Dies zusammengenommen führt viele ehemals transsexuelle Menschen (NGS) dazu, postoperativ ungestört ein "stealth-Leben" zu führen, sofern sie es denn können, aufgrund ihrer körperlichen Gegebenheiten einerseits und der hierfür häufig veränderungsbedürftigen Lebensumgebung andererseits .

### 5.3.8 Ein "Leben danach" für alle Menschen mit geschlechtlicher Varianz?

Nein, nicht alle Menschen mit geschlechtlicher Varianz wollen ein „*Leben danach*“, weil sie ihre *geschlechtliche Varianz als „nicht abschließbar“* ansehen.

Es gibt Menschen mit geschlechtlicher Varianz, für die die Eingliederung in die duale Sicht der Geschlechter nicht möglich ist. Entweder lehnen sie die duale Geschlechtlichkeit für sich selbst ab oder sie leben mit einer körperlichen Abweichung zur sozialen Rolle. Auch hier kann aber der im weiteren Leben bisweilen der Wunsch entstehen, die Thematik der geschlechtlichen Varianz nicht zu dauerhaft fokussiert leben zu wollen.

Vielen Menschen bedeutet einen andere Lebenskontext zu (er-)leben ebenso viel wie originär transsexuellen Menschen (NGS) die Anerkennung der eigenen geschlechtlichen Varianz. Für letztere gilt, dass soweit diese Anerkennung im direkten Lebens-Umfeld weitestgehend erreicht ist, wenden sie sich anderen Lebensaspekten zu, die dann an neuer Relevanz gewinnen.

Es gibt aber bei den Erstgenannten nicht wenige Menschen, die versuchen, ihr gesamtes weiteres Leben mit seinen verschiedenen Aspekten um die Thematik der Geschlechtsvarianz herum zu strukturieren. Bei diesen Personen besteht dann die große Gefahr, dass sie ihre eigene individuelle Erlebensweise zur Grundlage mit Alleinstellungsmerkmal für alles Andere nehmen.

### 5.3.9 "Emerging Adulthood" als ein wichtiger Aspekt für Beratung

Aber warum sollte dies wichtig sein? Und was ist damit überhaupt gemeint, wen betrifft es?

Nicht zuletzt aufgrund der heutigen, zum Großteil sehr umfangreichen Anforderungen an Kinder und Jugendliche, hat sich die Zeit für die Entwicklungsphase des Überganges von der Kindheit zum selbstverantwortlichen Erwachsenen deutlich verlängert. Schon sehr früh beginnen die Anforderungen an Leistungen und Leistungsfähigkeit in Schule und beruflicher Perspektive mit drastischen Forderungen. Der Konsumzwang, gerade auch in Verbindung mit interaktiven sozialen Netzwerken (Weltweite Vernetzung) kommt mit weiteren Anforderungen hinzu. Unterstützung aus der Familie oder aus einem oft fehlenden realen Freundeskreis stehen immer weniger zur Verfügung.

Diese Aspekte zeigen deutliche Auswirkungen, gerade in Bezug auf die Themenbereiche:

- Was tun, um in den sozialen Netzwerken Beachtung zu finden?
- Wie lassen sich Mängel im Mithalten beim Konsumzwang ausgleichen?
- Was kann getan werden, um den gängigen Schönheitsidealen zu entsprechen oder aus den dazu gehörenden "Geschlechtsrollen" auszubrechen?

Es gibt seit einigen Jahren eine "*Jugendbewegung*" die grundlegend "*Geschlechtszuweisung*" ablehnt. Gründe gibt es hierzu viele. Sowohl aus dem Gesichtspunkt des Hinterfragens der "*Geschlechtsrollen-Klischees*" (*wie hat "Frau/Mann" zu sein, sich nach außen zu zeigen?*), aber auch in Bezug auf die Thematik "*begehren/begehrt werden*", sind diese Aspekte relevant.

Gab es vor ca. 20-40 Jahren noch Einzelpersonen die sich *gegen rollenbezogene Schönheitsideale* auflehnten, so scheint es heute eher so zu sein, dass statt eines Aufbegehrens bei klarer Geschlechtszugehörigkeit, es eher um ein *Ablehnen der Geschlechtszugehörigkeit* selber geht.

Ein Mann der seine Haare lang trägt, sich gar noch gern schminkt oder femininere Kleidung mag, gilt heute gleich als "*Transfrau*". Andersrum funktioniert die Einordnung nicht so schnell, da die Emanzipation den Frauen deutlich mehr Möglichkeiten des Auftretens zugestanden hat.

Auch die *sexuelle Orientierung* spielt in der Entwicklungsphase zum Erwachsenwerden eine andere Rolle. War es vor 20-40 Jahren durchaus normal, dass junge Menschen sich nicht direkt festlegen wollten oder konnten, wird heute gleich nach "*passenden*" Begriffen gesucht. Der Begriff "*bisexuell*" ist bei Jugendlichen völlig verpönt, man ist heute "*pansexuell*" (offen für alle geschlechtlichen Definitionen bei potentiellen Partnerschaften).

In dieser Altersgruppe, ca. 14-26 Jahre, ist dann auch die Problematik des "*über sich selbst bestimmen Wollens*" sehr stark ausgeprägt. Gerade in dieser Altersgruppe ist aber ein rücksichtsvolles Hinführen zu Selbstreflektion, bei deutlich offener Grundhaltung, sehr wichtig.

#### **5.4 Die leidvollen Komorbiditäten**

Der Umgang mit anderen psychischen Belastungen, Belastungsreaktionen und psychischen/psychosomatischen Störungen ist geprägt von der Psychopathologisierung und der Annahme, dass es sich immer um eine "*Störung der Geschlechtsidentität*" handelt.

Originäre Transsexualität (NGS) beruht auf dem Wissen um das eigene Geschlecht, und ist damit deutlich zu unterscheiden von einer Fokussierung auf Geschlechts(Rollen) Identität. Dies abzuklären ist wichtig, bevor man sich mit der Frage der Komorbiditäten von bestehenden psychischen Erkrankungen oder als Störung bezeichneten Symptomatiken beschäftigt, die neben der Diagnose "*Transsexualität*" auftreten können.

Vielfach entwickeln sich aus dem "*Unterdrücken/Verleugnen*" des eigenen klaren Wissens um das eigene Geschlecht entsprechende Reaktionen, die dann jedoch als "psychische Störung" bezeichnet werden. Ebenso können auch unabhängig von der Thematik des Geschlechtswissens andere Erfahrungen zu sogenannten psychischen Störungen führen. Vielfach beruhen psychischen Störungen auf der normalen Reaktionsmöglichkeit auf unnormale Lebensumstände.

Es gibt viele Studien, die sich mit den Folgen von Vernachlässigung, Misshandlungen, Missbrauch unterschiedlicher Art und frühzeitiger Überforderung in der Kindheit beschäftigt haben. Allen gemeinsam ist, dass die Folgen vor allem von dem Erleben und der Umgebung der Betroffenen abhängig sind. Dies gilt insbesondere für einen Großteil der *Persönlichkeitsstörungen*, insbesondere *Post-Traumatische-Belastungs-Störung (PTBS)* und *Borderline*. Aber auch der Bereich der Angst- und Zwangs-Störungen, und die Neigung zu Depressionen sind hier relevant.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass der Einfluss des direkten Umfeldes auf die Auswirkungen und die Überwindung derartiger "Störungen" selten beachtet wird. Hier möchten wir ganz explizit auf die Sicht des Salutogenese-Konzeptes verweisen.

#### **5.5 Problembereiche, die oft Übersehen werden**

##### **5.5.1 Finanzielle und soziale Situation**

Hier ist es wichtig darauf zu schauen, wie es denn finanziell tatsächlich aussieht. Zum Teil ist nämlich mit erheblichen finanzielle Belastungen zu rechnen, die selbst bei vermeintlicher "*Befreiung*" letztlich doch kaum zu bewältigen sind. Dabei ist es egal, ob die betroffene Person auf den ersten Blick erkennbar im Bereich der finanziellen Prekarität lebt, oder ob es hierzu erst durch Subsummierungen verschiedener Aspekte dazu kommt. Auch die soziale Situation, eventuelle finanzielle oder soziale Abhängigkeiten, können sich als massive Umsetzungs-Hemmschwellen erweisen.

### 5.5.2 Das Leben "danach" (LVZ 6)

Insbesondere Menschen mit originärer Transsexualität Neuro-Genitales-Syndrom (NGS) wollen nach Abschluss der Angleichungsmaßnahmen ein "ganz normales Leben" in ihrem Geschlecht als *Frau* bzw. *Mann* führen. Für diese Menschen ist die Transsexualität etwas, das überwunden und abgeschlossen wird. Zwar ist es nicht unbedingt ratsam, die Vergangenheit immer und überall, und um jeden Preis verleugnen zu müssen (auch dies ist etwas, das bisweilen Krank machen kann) aber es gibt so viele andere Aspekte im Leben, die einem Menschen wichtig sein können, dass eben dieser Aspekt des früheren Lebens und der Transition einfach auch seine Bedeutung verliert.

Aktuell ist die Berücksichtigung dieser Lebenswirklichkeit ehemaliger transsexueller Menschen (NGS) durch die politischen Vorgaben und die *mediale Omni-Präsenz der Trans\* und Transgeschlechtlichkeit* gar nicht oder doch nur völlig unangemessen gegeben. Trans\*Sein wird zur lebenslangen Dauerthematik erklärt. Das Geschlecht wird zu einer Identitätsfrage (Geschlechts-Rollen-Identität) auf der ausschließlich sozialen Interaktionsebene umgedeutet. Menschen werden zu Trans\*Menschen gemacht, *Frauen* zu *Trans\*Weiblichkeiten* und *Männer* zu *Trans\*Männlichkeiten*. Viele Menschen mit originärer Transsexualität (NGS) sehen nach Abschluss ihrer Angleichung keine andere Möglichkeit, als einen Neuanfang zu beginnen. Sie sehen nur in einem "Stealth-Leben", jenseits jeglicher Trans\*-Betroffenheit, die Möglichkeit, in ihrem Geschlecht anerkannt zu werden.

### 5.5.3 Selbstbestimmung und Teilhabe

Hier geht es darum, zu hinterfragen:

1. **Selbstbestimmung** - ist diese wirklich gegeben oder wird von Außen (Gutachten, Begleittherapie, Community) vorgegeben, was wichtig sein darf, und was nicht?
2. Aktuell geht es **in politischen und medialen Kontexten** überwiegend um die **"Ablehnung der dualen Geschlechter Frau/Mann"**; aber was bedeutet dies für Menschen, die von sich selbst ganz klar und eindeutig wissen, dass sie *Frau* oder *Mann* sind? Wird die Selbstaussage zum eigenen Wissen um das eigene Geschlecht wirklich anerkannt?
3. Wie sieht die **Teilhabe aus, sowohl gesellschaftlich, wie auch politisch**? Wie stark ist der Einfluss der gesamtgesellschaftlichen Ausgrenzung gegenüber prekären Lebenssituationen, gerade auch in diese Bereich?

### 5.5.4 Diskriminierung

Ist *Diskriminierung* nur ein *Exklusiv-Thema für nicht-binär orientierte Menschen*? Kann nicht auch die falsch angewendete, *"gendergerechte Sprache"* diskriminierend sein? Ist es irrelevant, daß sich die meisten Menschen eindeutig als *Frau* oder *Mann* verstehen, und dies auch in Zukunft so wollen. so wie dies auch für originär transsexuelle Menschen (NGS) gilt? Ist es "nicht diskriminierend, ehemals transsexuellen Menschen postoperativ ihr Geschlecht, wie von ihnen selbst als richtig erkannt, und, als *Frau* oder *Mann* so gewollt dennoch einfach abzusprechen, und sie stattdessen als *Trans\*Frau* oder als *Trans\*Mann* zu bezeichnen, wie wohl sie im Regelfall völlig unauffällig und vollumfänglich als Frauen oder als Männer leben?

Menschen werden durch solche unhinterfragten Sprachregelungen, durch das *"Absprechen ihres Geschlechtes"* diskriminiert.

### 5.5.5 Kinder

Kinder von Elternteilen mit geschlechtlicher Varianz haben oft eigene Probleme. Häufig treten , *Verlustängste* auf. Kinder verlieren ihre Mama, ihren Papa. Auch in Bezug auf die Partnerschaftsprobleme der Eltern, welche sich nach einem "outing" ergeben. Hier sollte immer darauf geachtet werden welche Hilfen Kinder wirklich brauchen, nicht aber was gemeint wird, was sie (gefälligst) brauchen sollten. Gut gemeint ist auch hier oft genug das Gegenteil von Gut!

Aber es gibt auch *Kinder mit geschlechtlicher Varianz*. Hier ist es besonders wichtig, sorgsam und langfristig gesehen, die Bedürfnisse jeweils heraus zu finden, und dementsprechend mögliche Hilfen zu erarbeiten.

Wenn ein Kind Probleme hat, weil es *den "Geschlechts-Rollen-Erwartungen seines direkten Umfeldes nicht entsprechen kann"*, liegt der Bedarf darin, für eine Akzeptanz von offeneren Geschlechts-Rollen-Möglichkeiten zu sorgen.

Erlebt ein Kind seine "Körperlichkeit" im Bezug auf das eigene Geschlecht als falsch, dann wird dies nicht durch Verleugnen dieses Erlebens verschwinden. Dieses Kind benötigt vorrangig vor allen anderen Maßnahmen die Gewissheit, dass es ernst genommen wird.

Manche Kinder sind schon im Alter von 3-4 Jahren in der Lage, ihr *"Wissen um das eigene Geschlecht"* ganz klar zu benennen, andere sind da eher unsicher oder glauben, dass der Grund für ihre Probleme in den Rollenerwartungen liegt. Wichtig ist es jedoch immer, die Kinder in ihrer Selbstaussage ernst zu nehmen, und ihnen die Möglichkeit zur kindgemäßen Selbstreflexion zu schaffen.

Wobei dies bei Kindern eher über das *"praktische Erleben"* abläuft, also über die Möglichkeit, sich zunächst in geschützten Rahmen auszuprobieren, ohne Kritik von Außen.

### **5.5.6 Eltern(teile)**

Für Eltern bzw. Elternteile kann es sehr schwierig sein, eine geschlechtliche Problematik beim eigenen Kind zu akzeptieren, aus völlig unterschiedlichen Gründen. Manche haben ein Verständnisproblem, wobei da Aufklärung auf sachlicher Ebene hilfreich sein kann. Andere haben eher Ängste, besonders wenn es um die Zukunft oder Belastbarkeit des Kindes (auch erwachsener Kinder) geht.

### **5.5.7 Angehörige und Partner**

Hier ist vor allem die Abklärung der Nähe und auch die emotionale und sonstige Abhängigkeit relevant. Entsprechende Abhängigkeiten sollten immer reflektiert werden.

### **5.5.8 Sexualität und sexuelle Orientierung**

Sexualität ist ein Aspekt, der direkt mit dem eigenen Geschlecht zusammenhängt. Wobei es egal ist, ob es dabei um Hetero-, Homo- oder andere sexuelle Ausrichtungen geht. **Im Begehren gibt es immer auch den Bezug zu sich selbst.** Auch dieser Aspekt sollte reflektiert werden, allerdings unbedingt wertneutral, denn es geht dabei nur um die Ratsuchenden und deren persönliche Gegebenheiten zu dieser Thematik.

### **5.6 Fazit:**

Ethik und die grundlegende Einstellung zu den Beratungssuchenden sind die Basis, aber es gibt eine ganze Menge Aspekte die für eine *„gute Beratung“* wichtig sind. Nicht jede beratende Person kann alles Wissen, daher ist Vernetzung und Austausch sehr wichtig.

## **6. Wichtige Faktoren der Beratungs-Angebote**

### **6.1 Zugänglichkeit und Kompetenz von Beratung**

Hierbei ist es wichtig abzuklären, welche Beratungsangebote es gibt. Was können diese Angebote bzw. Beratungsstellen leisten? Wie ist die Kompetenz der beratenden Menschen in Bezug zur jeweiligen Thematik? Welche Form der Beratung wird angeboten?

### **6.2 Förderung von Peerberatung**

Vielfach kommt von Ratsuchenden beim Peer-to-Peer-Gespräch die Aussage: *"Es ist gut, dass du weißt worüber ich rede, ich fühle mich verstanden."* Aber wie und wo kann Peer-Beratung angeboten werden? Oft findet sie im Zusammenhang mit der Leitung einer Selbsthilfegruppe statt, es gibt auch Menschen, die telefonisch oder auch im persönlichen Gespräch diese Form der Beratung anbieten.

Selten sind in Beratungsstellen auch Peer-beratende Menschen aktiv, und wenn, dann meist nur Diejenigen, die auch eine entsprechende Ausbildung haben, ein abgeschlossenes Studium in den Bereichen Psychologie oder im sozialen Bereich. Doch besteht hier noch *echte "Peer-Beratung"*?

***Peer - das steht für "Menschen auf gleicher Ebene", während professionelle Beratung diese "gleiche Ebene" hierarchisch eigentlich ausschließt. Hier besteht ein "ethisches Dilemma", da oft genau diese gleichberechtigte Peer-Ebene von den Ratsuchenden gewünscht wird.***

In diversen Kontexten, politisch aber auch gesundheitspolitisch und in Gesundheits-Diskussionen wurde und wird auf die Wichtigkeit von Peer-Beratung hingewiesen, und stets allseits eine Förderung von Peer-Beratung gefordert.

Es gibt einzelne politische Förderprogramme - jedoch fehlt dabei oft eine Qualitätskontrolle, vielfach wird hier nur der *"Trans\*"* bzw. der Genderbereich von Geschlecht als Bezugs-Basis genommen. Dabei wird besonderer Wert auf die diversen Pronomen und Varianten gelegt, aber die Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit originärer Transsexualität (NGS) werden im Regelfall ignoriert. Hier wäre es wichtig, derartige Förderprogramme auf ihre Tauglichkeit für alle geschlechtlichen Varianzen zu prüfen, und/oder aber als Konsequenz einer zu konstatierenden Einseitigkeit, diese künftig getrennt nach den Bedarfslagen zu strukturieren.

### **6.3 Supervision**

Dies ist ein sehr wichtiger Aspekt, sowohl für Beratende aus dem Peerbereich, aber auch für professionelle Berater. Wo professionell-Tätige ihre ethische Grundhaltung, ihre Beratungsstandards und auch die hierarchisch gegebene größere Distanz reflektieren sollten, geht es für die Peer-Beratenden eher darum, zwar auch die eigene ethische Grundhaltung, aber vor allem auch die eigenen Grenzen zu reflektieren.

Auch die Vernetzung und der Austausch sollten in der Supervision thematisiert werden.

### **6.4 Vernetzung**

Kaum jemand kann über alle aktuellen rechtlichen und medizinrechtlichen Aspekte und die Gepflogenheiten und dem individuellen Vorgehen der jeweils zuständigen Personen informiert sein. Ein verfügbarer Austausch der unterschiedlichen Konsultations-Bereiche kann hier hilfreich sein. Auch besteht bei ausreichender Vernetzung die Möglichkeit, Ratsuchende an andere Beratende zu verweisen, wenn es einfach zwischenmenschlich nicht passt, zwischen dem Ratsuchenden und dem beratenden Menschen.

### **6.5 Aus- und Weiterbildung**

Hier wäre es wichtig, dass Vertreter aller Phänomenlagen jeweils Informationen zusammenstellen über die Belange, die Bedürfnisse und Bedarfe der Menschen mit den verschiedenen Phänomenen. Eine einseitig auf nur eine bestimmte Phänomenlage ausgerichtete Beratung kann auch nur für Menschen mit dieser Phänomenlage angemessene Beratung anbieten. Besonders relevant ist dieser Aspekt aktuell in Bezug auf die einseitige Fokussierung auf die Genderphänomene. In Weiterbildungen wird hierzu bisher nur auf diese Phänomenlage ausgerichtet Information angeboten, zugleich wird dabei aber der Bereich der körperlichen Variationen (Sexus) ausgelassen, ebenso wie die Bedarfe und Bedürfnisse, die damit einhergehen.

### **6.6 Fazit**

Um kompetente und möglichst weitreichend zugängliche Beratungsangebote sicherzustellen, ist es wichtig, die professionelle und die Peer-Beratung miteinander zu vernetzen. Peer-Beratende sollten Aus- und Weiterbildungsangebote verfügbar haben, welche grundsätzlich alle Phänomenlagen (Sexus und Gender) abdecken. Auch Peerberatende sollten Zugang zu Supervision und Teamarbeit mit professionellen Beratungsstellen erhalten. Eine Vernetzungsstruktur mit fachlich und auch mit fachübergreifenden Professionellen ist erforderlich; dies wäre aber auch für die Fachkräfte aus den verschiedenen anderen Konsultations-Bereichen (Beratung, Medizin & Recht) wünschenswert.

## 7. Schlusswort und Fazit

Vorrangig wichtig und relevant sind vor allem die jeweiligen Bedürfnisse und Bedarfe der ratsuchenden Menschen. Die eigene Einstellung und das Verständnis der Beratenden, dafür was "Geschlecht" eigentlich ist, sind sehr wichtige Voraussetzungen für gelingende Beratung. Geschlecht ist ungleich mehr als nur die sozialen Geschlechts-Rollen-Aspekte, auch der Körper ist ein zentraler Teil dessen, was Geschlecht insgesamt ausmacht.

Klare phänomenbeschreibende Begriffe sind wichtig, da sich aufgrund der Unterschiedlichkeiten der Phänomene auch unterschiedliche Bedarfe und Bedürfnisse ergeben. Hierzu haben wir auch die im Anhang aufgeführten Begriffe auch entsprechend ihrer historischen Entwicklung und ihrer Bedeutungen aufgelistet. Es sei nochmals betont, dass es nicht hilfreich ist, alle geschlechtlichen Varianten unter vermeintlichen Sammelbegriffen zusammenfassen zu wollen. Zum Teil schließt schon die Bedeutung mancher sogenannter Sammelbegriffe bestimmte Phänomenlagen aus. So ist zum Beispiel der Begriff *Transgender eine klare Phänomenbeschreibung*, kann also nicht gleichzeitig ein Oberbegriff sein. Zum Teil bergen Begriffe, wie zum Beispiel Trans\*, die *Gefahr, dass ihnen Eigenschaften zugewiesen werden*, zum Beispiel Trans\*Menschen lehnen die duale Geschlechtlichkeit ab.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass Sammelbegriffe eher zur Verwirrung führen, und, dass unter Verwendung dieser Sammelbegriffe nicht mehr im erforderlichen Maße differenziert werden kann.

Es ist wichtig sich über die verschiedenen Aspekte von Geschlecht im Klaren zu sein:

- Geschlechtskörper
- Geschlechtswissen
- Geschlechtsausdruck
- Geschlechtsrolle
- Geschlechts-Rollen-Identität

Manche dieser Aspekte sind in unterschiedlichen Bezügen relevant, so sind **Geschlechtskörper** und **Geschlechtswissen** (neurobiologisches Geschlecht), wenn sie konträr zueinander stehen, sowohl für das Selbsterleben als auch für die Interaktionsmöglichkeiten mit anderen Menschen ein Problem.

**Geschlechtsausdruck** und **Geschlechtsrolle** sind dort ein Problem, wo ein freizügiger Umgang damit gesellschaftlich abgelehnt oder gar sanktioniert wird, bei strengen Rollenvorschriften.

Die **Geschlechtsidentität** wiederum wird heute überwiegend auf die soziale Geschlechts-Rollen-Identifizierung reduziert, sie ist wie bei jeder anderen Identifizierung mit gesellschaftlichen Erwartungshaltungen durchaus änderbar.

Das Wissen um das eigene Geschlecht wiederum benötigt nur die dementsprechende sprachliche Ausdrucksmöglichkeit. Menschen die hier ihr wichtiges Zugangsproblem für weitergehende Hilfe und Schritte haben, benötigen häufig zunächst einmal einen klaren Ausdruck für dieses zuvor nur nicht benennbare Phänomen.

Kurz gesagt: Das Geschlecht eines Menschen ist sehr viel komplexer, als es auf den ersten Blick und bei Übereinstimmung der verschiedenen Aspekte zu sein scheint. Dies wird immer dann besonders deutlich, wenn Diskrepanzen zwischen verschiedenen Ebenen von Geschlecht auftreten.



# Anhang 1

## Begriffe und ihre Bedeutungen

### 8.1 Körpervariationen (Sexus)

#### 8.1.1 Intersexualität (auch *Intergeschlechtlichkeit*; *Zwitter* oder *Hermaphrodit*)

Hierbei handelt es sich um eine angeborene Besonderheit der Geschlechtsdifferenzierung, hinsichtlich der Gonaden, Chromosomen, Hormonproduktion bzw. Rezeptoren sowie Uneindeutigkeiten im Genitalbereich. Bei genitaler Uneindeutigkeit werden diese Menschen in frühester Kindheit ohne ihr Einverständnis vielfach medikamentös und/oder operativ behandelt. Dabei sind sehr oft Gesundheitsstörungen und wegen Nichtbeachtung des wahren Geschlechtswesens ein Leben im falschem Geschlecht die Folge. Mittlerweile ist es möglich, den rechtlichen Geschlechtseintrag bei genitaler Uneindeutigkeit offen zu lassen, was aber letztlich die Operationshäufigkeit nicht nennenswert reduziert hat. Ob der Beschluss des BVerfG (11.2017) dazu führt, diesen offenen Geschlechtseintrag positiv zu besetzen, wird die Zukunft zeigen.

#### 8.1.2 Originäre Transsexualität NGS) (unpassend auch *Transident* oder Transgender genannt)

Zusammengesetzt aus den Begriffen **trans** (**entgegen**) und *sexus* (*Geschlecht im ursprünglich körperlichen Sinn*). Bei der *originären Transsexualität* handelt es sich um ein *Neuro-Genitales-Syndrom (NGS)*. Die genitalen Geschlechtsmerkmale entsprechen nicht dem neurobiologischen Geschlecht. Die exakte Ursache dieser körperlichen Variation ist bis heute unbekannt. Vermutet werden genetische oder hormonelle Einflüsse, die zu einer Abweichung der geschlechtlichen Körpermerkmale von dem im neuronalen Netz verankertem Geschlechtswissen führen. Menschen mit Transsexualität (NGS) benötigen für ihr inneres Gleichgewicht den geschlechtsrichtigen Vornamen, sowie den richtigen rechtlichen Geschlechtseintrag. Sie benötigen die geschlechtsrichtigen Hormone, die ihrem Wesens-Geschlecht zugehörigen Genitalien, sowie auch die weiteren, ihrem Geschlecht entsprechenden körperlichen Merkmale. Ganz wichtig ist auch die benötigte *vollumfängliche Anerkennung ihres Geschlechts als "Mann" oder "Frau"*, was aber nicht mit einer Geschlechts-Rollenidentität verwechselt werden sollte!

Nach den somatischen Angleichungen an ihr Geschlecht betrachten viele die Transsexualität als einen Teil ihrer Vergangenheit, sie sind dann genauso *Frau* bzw. *Mann*, wie alle anderen Frauen und Männer. Bezeichnungen wie *die Transsexuelle*, *Transfrau*, *Transmann* oder *Trans\*Person* empfinden sie als beleidigende Aberkennung ihres Geschlechts.

Bereits 1923 wurde der Begriff seelische Transsexualität von Magnus Hirschfeld eingeführt. Später ging Harry Benjamin davon aus, dass Intersexualität auch im Gehirn vorkommen könne. Ab den 60ern kam auch Milton Diamond (Leiter des Pacific Center for Sex and Society) zu dem Schluss, dass das Geschlechtsbewusstsein pränatal angelegt sein müsse. Die Vielzahl der in der Folge durchgeführten neurobiologischen Studien und deren Ergebnisse, veranlassten Milton Diamond 2006 zum resümierenden Paradigmenwechsel. Unterstützt wurde er dabei von zahlreichen international renommierten Forscherpersönlichkeiten.

In der jüngeren Vergangenheit wurde der Begriff *Transident* auch von einigen transsexuellen Menschen bevorzugt, da dieser Begriff die Assoziation zu einer sexuellen Ausrichtung verhindert. Andere präferieren aus gleichem Grund den Begriff *Transgender*. Jedoch sollte bedacht werden, dass Transsexualität eine körperliche Variation ist, und keine vorrangige Frage der (sozialen) Identität oder der psychosozialen Geschlechter-Rolle.

## 8.2 Psychosoziale Variationen (Gender)

### 8.2.1 Transvestitismus

Zusammengesetzt aus den Begriffen *trans* (*entgegengesetzt*) und *vestire* (*bekleiden*), steht Transvestitismus für *gegengeschlechtliches Kleiden*. Der Begriff wurde von dem Arzt und Sexualforscher Magnus Hirschfeld 1910 geprägt. Die Motivationen sind dabei recht vielseitig. Es kann zum *Ausleben der gegengeschlechtlichen Wesensmerkmale* dienen oder aber auch als *Spiel mit den Geschlechterrollen*. In einigen Fällen wird das gegengeschlechtliche Kleiden auch zur *sexuellen Stimulation* genutzt. Um sich von dieser Variante der sexuellen Stimulation abzugrenzen, wird von einigen auch der Begriff *Crossdresser* verwendet. Crossdressing kann allerdings *auch ohne jeglichen Bezug zum Geschlechtsempfinden* als eine Mode-Variante verstanden werden.

### 8.2.2 Transgender

Zusammengesetzt aus den Begriffen *trans* (*entgegen*) und *gender* (*soziokulturelle Geschlechtsmerkmale*). Dieser Begriff wurde in den 70ern von der US-Amerikanerin Virginia Prince geschaffen. Sie lebte dauerhaft in der *Rolle Frau*, strebte aber keine genitalangleichende Operation an. Sie stand also zwischen Transvestit und Transsexuell. Als Transgender bezeichnet man also Menschen, die *dauerhaft soziokulturell gegengeschlechtlich leben*, die jedoch die seit jeher vorhandenen Genitalien als "*richtig*" empfinden.

Dieser Begriff wird auch gerne von denen als Oberbegriff verwendet, die sich der klassischen Aufteilung der Geschlechter-Rollen entziehen. Von manchen Gruppen wird Transgender als Oberbegriff für all die Menschen verstanden, die von der allgemeinen Geschlechternorm abweichen. Originäre Transsexualität (NGS) unter diesem Begriff mit zu vereinnahmen, ist gänzlich unpassend. Transsexualität ist keine Frage der soziokulturellen Geschlechtszugehörigkeit, sondern eine Körpervariation.

### 8.2.3 Bigender (auch Genderfluid)

Ein Bigender lebt beide Geschlechter, und akzeptiert beide Geschlechter in sich. Mal lebt ein Bigender als *Mann*, mal als *Frau*. Aber niemals gleichzeitig! Er hat Phasen, in denen er das geschlechtsspezifische Verhalten wechselt. Diese Phasen können nur Stunden dauern, oder auch Jahre. Ein Bigender ist *nicht "Zwischen den Geschlechtern"*, er lebt das aktuelle Geschlecht zu 100%. *Wenn er Frau ist, ist er Frau, wenn er Mann ist, dann ist er Mann.*

### 8.2.4 Queergender

Genderqueer wird von Menschen als Selbstbezeichnung gewählt, *die zwischen den Geschlechtern leben*. Sich entweder beiden Geschlechtern zugehörig fühlen oder aber keinem der Geschlechter. Häufig lehnen Queergender die geschlechtlich Aufteilung komplett ab.

Bigender, Genderfluid und Queergender fühlen sich beiden Geschlechtern zugehörig, leben mal in dem einen dann wieder in dem anderem Geschlecht oder lehnen Geschlecht vollkommen ab. Aus diesen Gruppen, aber auch aus der Gruppe der Intersexuellen Menschen kommen *Wünsche nach einem drittem Geschlecht*, nach einer *genderneutralen Toilette*, und die Forderungen nach einem *Gender-Gap*, um sich auch angesprochen zu fühlen.

In der jüngeren Vergangenheit ist zu beobachten, dass gerade im universitären Umfeld eine genderqueere Bewegung entsteht, die geschlechtliche psychosoziale Rollenzuordnungen ablehnt. Begriffe wie "*proud to be Trans*" sind neben anderem Ausdruck dieser Bewegung. Ziel dabei ist es, die überkommenen Rollenzuordnungen für Männer und Frauen zu durchbrechen. Gestützt wird diese Bewegung auch durch das behavioristische Menschenbild der vollständigen Programmierbarkeit menschlichen Verhaltens. Nach dieser Idee kommt der Mensch ohne spezifische Eigenschaften, Wesenszüge und Begabungen zur Welt. Selbst das Geschlecht sei nach dieser Theorie ausschließlich eine Frage der Erziehung, und könne folglich beliebig gewählt werden. Man definiert sich folglich als

Frau, als Mann. Die Tatsache, dass transsexuelle Menschen ein angeborenes neuronales Wissen um ihr Geschlecht haben, passt natürlich nicht zu dieser Theorie, weshalb auch versucht wird, originäre Transsexualität (NGS) zu verleugnen, und diese zur Genderthematik, und somit zu einer Lebensweise, umzudeuten.

### 8.2.5 Transe - Tunte

Obwohl es Menschen gibt, die Transe, Tunte, oder Ähnliches als Eigenbezeichnung für sich wählen, werden diese Bezeichnung von den meisten als Schimpfwort verstanden. Von der Benutzung wird daher dringend abgeraten.

## 8.3 Show und Protestbewegung

### 8.3.1 Drag Queen - Drag King

Hinter diesen Bezeichnungen verbirgt sich *eine Kunstform*. Gelegentlich wird auch eine politische Aussage damit verknüpft. Es ist dann der Versuch, die sozialen Geschlechternormen in Frage zu stellen. Die Geschlechter werden gelegentlich durch pompöse Kostüme und auffälliges Make-up stark überzeichnet.

### 8.3.2 Travestie

Abgeleitet vom französischem *travesti (verkleidet)* geht es hierbei um *eine Bühnenrolle*. Die Darsteller verstehen sich selbst als Männer und verkleiden sich für ihre Bühnendarstellung als Frau. In der Travestiekunst werden weibliche Stars imitiert, oftmals aber auch eigene Figuren kreiert.

## 8.4 Gruppenbezeichnungen

### 8.4.1 Geschlechtliche Varianz

Abgeleitet vom lateinischem *variantia* steht dieser Begriff für die *Verschiedenheit der Geschlechtsmerkmale Gender und Sexus*. Die Begrifflichkeit "Menschen mit geschlechtlicher Varianz" umfassen zugleich alle Formen körpergeschlechtlicher Variationen, als auch alle Formen geschlechtlicher psychosozialer Variationen.

### 8.4.2 Trans\* (auch Trans\*Person, Transgender, Transgeschlechtlich)

In Genderqueeren Kreisen wird versucht, diese Bezeichnung als Sammelbegriff zu etablieren. Bisher stieß jeder dieser Begriffe auf erbitterte Widerstände aus den verschiedenen Phänomengruppen. Somit konnte sich keiner der Begriffe dauerhaft einer breiten Akzeptanz erfreuen.

### 8.4.3 Transident

Ende des 20ten Jahrhunderts wurde dieser Begriff als Ersatz für *Transsexualität* geschaffen, um die Assoziation zu einer sexuellen Ausrichtung zu verhindern. Mittlerweile ist dieser Begriff sehr unscharf geworden, und hat keine eindeutige Aussagekraft, von welchem der genannten Phänomene die Rede ist. Der Begriff lässt vermuten, dass es sich um Menschen handelt, die sich mit einem Geschlecht lediglich identifizieren, die es aber nicht wirklich sind. Zudem ist *Identität etwas Veränderliches*, die Identität eines Menschen ist im ständigem Fluss, *im Gegensatz zum unveränderlichen Geschlecht*.

#### 8.4.4 Fazit

Ganz allgemein ist festzuhalten, dass es problematisch ist, die verschiedenen Phänomene unter einem Begriff (z.B. Trans\*, Transgender, Transgeschlechtlich) zusammen fassen zu wollen. Die Bedürfnisse, Eigenschaften und Bedarfe sind zu unterschiedlich, es kommt permanent zu fehlerhaften Aussagen. In der Öffentlichkeit wird so von Menschen mit transsexueller Vergangenheit (NGS) ein vollkommen falsches Bild gezeichnet. Aussagen wie "lehnen die duale Geschlechtlichkeit ab", "benötigen eine genderneutrale Toilette" oder "benötigen ein Gender-Gap (Ärzt\*in) um sich angesprochen zu fühlen", vermitteln den falschen Eindruck, dass sie keine Frauen bzw. Männer sein wollen, und ein drittes Geschlecht für sich fordern.

### 8.5 Andere Begriffe

#### 8.5.1 Hormonersatztherapie HET

Um die äußere Vermännlichung bzw. Verweiblichung herbei zu führen, werden die entsprechenden Sexualhormone, Östrogen bzw. Testosteron, zugeführt. Diese Hormone sind es, die hauptsächlich für die geschlechtliche Körperlichkeit verantwortlich sind. Die Sexualhormone kommen bei beiden Geschlechtern in unterschiedlichen Anteilen vor. Werden sie in ausreichendem Maße von außen zugeführt, reduziert der Körper die eigene Produktion. Bei Männern führt dies u.a. zum Bartwuchs und Stimmbruch, bei Frauen zum Brustwachstum und zur weicheren Haut.

#### 8.5.2 Genitalangleichende Operation (GaOP) auch Sex Reassignment Surgery (SRS)

Für Menschen mit originärer Transsexualität (NGS) sind für das Erzielen von innerer Stimmigkeit die zum (Wesens-)Geschlecht passenden primären und sekundären Geschlechtsmerkmale zwingend notwendig. Solch eine Angleichung wird nicht als Anpassung an gesellschaftliche Normung oder als Perfektionierung eines sozialen Rollenwechsels angestrebt und verlangt. Es ist vielmehr ein tiefes inneres Bedürfnis der betroffenen Personen, um sich in dem eigenen (Geschlechts-) Körper stimmig zu fühlen. Nur so entspricht der Körper seinem neurobiologischen Abbild.

#### 8.5.3. weitere Geschlechtsangleichende Maßnahmen

Bei Männern mit Transsexualität gehört hierzu die Entfernung der innenliegenden Geschlechtsorgane und der Brüste.

Bei Frauen können hierzu fallweise gehören: Bartepilation, Brustaufbau, Kehlkopfreduktion, Stimmangleichung (OP oder Logopädie), gelegentlich auch Operationen zur Gesichts-Verweiblichung (Facial Feminization Surgery FFS).

#### 8.5.4. Transsexuellengesetz (TSG)

Bereits 1981 trat dieses Gesetz unter dem Titel "*Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen*" in Kraft. Dieses Gesetz ermöglicht es Menschen mit transsexueller Prägung, ihren Vornamen und rechtlichen Geschlechtseintrag ihrem Geschlecht anzupassen. Der neue Vorname und der rechtliche Geschlechtseintrag wird dann in der Geburtsurkunde und allen anderen Papieren eingetragen. Das Ausforschen der alten Daten und ein Preisgeben ist laut § 5 und §10 TSG untersagt. Seit der Einführung des TSG wurde vom Verfassungsgericht mehrfach eingegriffen. So bleibt der Vorname jetzt auch nach einer Heirat gültig, auch ist keine vorherige Scheidung nötig, eine Unfruchtbarkeit und vorherige genitalangleichende OP ist ebenfalls nicht mehr verpflichtend.

### 8.5.5 DSM IV, DSM V, ICD 10, ICD 11

Von der American Psychiatric Association (APA) wurde in den 90ern im DSM-IV Transvestitismus und Transsexualität zu *Gender Identity Disorder (GID)* zusammen gefasst. Im Jahre 2013, mit dem DSM-V wurde die Bezeichnung *Gender Dysphoria* eingeführt. Einen gänzlich anderen Weg beschreitet die WHO in ihrer International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). Im ICD 10 befindet sich Geschlechtsidentität noch im Bereich der psychischen Störungen. In der Neufassung (ICD 11), die voraussichtlich in 2019 erscheinen wird, ist Transsexualität und Transvestitismus voraussichtlich im Bereich der *sexuellen Gesundheit* unter *Gender Incongruence* zu finden.

### 8.5.6 LGBT, LSBTTIQ

Aus den angloamerikanischen Ländern kennen wir die Kurzbezeichnung LGBT (Lesbian, Gay, Bisexual and Transsexual), wobei heute statt Transsexual fälschlich Transgender genannt wird. Bei uns hat sich jedoch die Abkürzung LSBTTIQ ( Lesbisch, Schwul, Bisexuell und Transgender, Transsexuell, Intersexuell, Queergender) durchgesetzt. Gerade von der Genderqueeren Community wird hier jedoch gerne auf die explizite Nennung Transsexuell verzichtet, oder stattdessen Trans\* verwendet. Diese Unsichtbarmachung der Menschen mit originärer Transsexualität (NGS) ist diskriminierend, und sollte vermieden werden. Auch sollte darauf geachtet werden, dass zwischen den sexuellen Orientierungen LSB und den geschlechtlichen Themen TTIQ deutlich unterschieden wird.

### 8.5.7 Fazit

Es ist wichtig, nicht nur den Begriff, sondern auch das Phänomen bzw. die Bedeutung zu beachten. Bei den Phänomengruppen (Gender, Sexus) mit gegensätzlichen Bedarfen und Bedürfnissen ist es wichtig, die Unterschiedlichkeit zu beachten und die Begriffe entsprechend zu verwenden.

## Anhang 2

### Literaturverzeichnis

#### Literaturangaben im Verzeichnis:

- (LVZ 1) Money, John. *Gendermaps: Social Constructionism, Feminism, and Sexosopical History*. New York: Continuum, 1995
- (LVZ 2) Walker, Jesse (May 24, 2004). The Death of David Reimer: A tale of Sex, sience, and abuse. Siehe oben.
- (LVZ 3) Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen, Hrsg. Heidrun Schulz u.a., Schneider Verlag Hohengehren, 73666 Baltmannsweiler 2012
- (LVZ 4) Haupt ,Horst-Jörg "Neurointersexuelle Körperdiskrepanz" in: Transsexualität in Theologie und Neorowissenschaften, Hrsg. Gerhard Schreiber, 2016 Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston
- (LVZ 5) Aaron Antonovsky: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag, Tübingen 1997
- (LVZ 6) Seerose, Sabrina: Das Leben "danach" - Vom Leben nach der "Zweiten Geburt", Kongressheft 2017, VTSM e.V., Melle

#### Grundlegende Literaturhinweise:

- (1) Pacific Center for sex and society, Milton Diamond, Publikationen : <http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/index.html>
- (2) Transsexualität in Theologie und Neurowissenschaften, Hrsg. Gerhard Schreiber, 2016 Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston
- (3) Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen, Hrsg. Heidrun Schulz u.a., Schneider Verlag Hohengehren, 73666 Baltmannsweiler 2012
- (4) ICF der WHO
- (5) Rogers, C.: Der neue Mensch 1981
- (6) Kriz, J.: Grundkonzepte der Psychotherapie 1989
- (7) Bühler Charlotte:"Der menschliche Lebenslauf als psychologisches Problem" (1933)
- (8) Andreas Kreuziger (carl.rogers.de, 03.2000)

**VTSM**

**Bundesvereinigung  
für  
Menschen mit Transsexualität (NGS)  
Angehörige dieser Personen  
Personen die beruflich mit Transsexualität (NGS) zu tun haben.**

Herausgeber und für den Inhalt verantwortlich: Vereinigung-TransSexuelle-Menschen e.V. (2017)  
Der Beratungsleitfaden wurde exklusiv gefördert durch die Techniker Krankenkasse.

Alle Rechte vorbehalten. Die Verwendung der Texte, auch auszugsweise, ist ohne schriftliche Genehmigung der Vereinigung-TransSexuelle-Menschen e.V. nicht zulässig.

A white outline of the map of Germany is centered on the page. The text is placed within this outline.

**VTSM**

SCHON IMMER

**FRAU**

SCHON IMMER

**MANN**

**VEREINIGUNG-TRANSSEXUELLE-MENSCHEN E.V.**

TRANSSEXUELL - GEGENGESCHLECHTLICHE KÖRPERMERKMALE

**INFORMATION - BERATUNG - HILFE**

**POLITIK - ÖFFENTLICHKEIT - BETROFFENE - MEDIEN**