



52 Jahre Erfahrungen mit Transidentität

Ein Erfahrungsbericht

Udo Rauchfleisch

Angenommen: 21. Oktober 2022 / Online publiziert: 7. Dezember 2022
© Der/die Autor(en) 2022

Zusammenfassung Der Autor gibt einen Überblick über seine 52-jährigen Erfahrungen mit transidenten Personen. Vieles hat sich im Sinne der Entpathologisierung in Diagnostik und Begleitung von transidenten Personen verändert. Nach wie vor sind transidente Personen jedoch in unserer cisheteronormativen Gesellschaft Diskriminierungen ausgesetzt und, mit zunehmender Sichtbarkeit, vermehrt Ziel von Hass und Gewalt. Insgesamt bewegt sich der Diskurs zwischen Psychotherapeut:innen und transidenten Personen stärker als früher „auf Augenhöhe“. Dennoch sind transidente Personen nach wie vor in vielfältiger Weise abhängig von Fachleuten, wenn es um die Bewilligung juristischer und körperlicher Transitionsschritte geht. In den letzten Jahren sind zwei Themen besonders aktuell geworden: die vermehrte Zahl von transidenten Kindern und Jugendlichen und das Thema Nonbinarität, obwohl beide bereits in den 1970er- und 1980er-Jahren von erwachsenen transidenten Personen erwähnt worden sind. Die Psychoanalyse hat sich erst seit Beginn des 21. Jahrhunderts, vor allem unter dem Einfluss der Queer Theory, ernsthaft mit der Transidentität auseinandergesetzt und hat sich in Richtung Entpathologisierung entwickelt. Dennoch sind transidente Kolleg:innen unter den psychoanalytischen Ausbildungskandidat:innen nach wie vor deutlich unterrepräsentiert.

✉ Prof. Dr. Udo Rauchfleisch
University of Basel, Delsbergerallee 65, 4053 Basel, Schweiz
E-Mail: udo.rauchfleisch@unibas.ch

52 years of experience with transgender persons

An experience report

Abstract The author gives an overview about his 52 years of experience with transgender people. Much has changed in the sense of the depathologization in the diagnostics and support of transgender people; however, in our cis-heteronormative society they are still discriminated against and the more they are visible the more they become the target of hate and violence. Overall, the discourse between psychotherapists and transgender people has become more a discussion on “eye level”. Nevertheless, with respect to the legal and physical transition steps, transgender people still depend in many aspects on professional persons. During the last 2 years two topics have become particularly relevant: the increasing number of transgender children and adolescents and the topic of being nonbinary, although both topics have been mentioned by transgender adults even in the 1970s and 1980s. Psychoanalysis has only started to seriously deal with transgender persons at the beginning of the twenty-first century and has developed in the direction of depathologization, particularly under the influence of the queer theory. Nevertheless, there are still only a very small number of transgender colleagues among the training candidates in psychoanalysis.

Einleitung

In den 52 Jahren, in denen ich mich mit dem Thema der Geschlechtsidentität beschäftige, hat sich viel verändert. Im vorliegenden Beitrag möchte ich diese Veränderungen skizzieren und den aktuellen Stand der Diskussion zu diesem Thema darstellen.

Zur Diagnostik der Transidentität

Während meines Psychologiestudiums Mitte der 1960er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts tauchte das Thema Geschlechtsidentität überhaupt nicht auf, weder in Veranstaltungen zur Entwicklungspsychologie noch in solchen zur Persönlichkeitspsychologie. Lediglich in einer Psychopathologievorlesung wurde beiläufig erwähnt, es gebe Menschen, die von sich behaupteten, dem „anderen“ Geschlecht anzugehören. Der Dozent beschrieb sie als schwer kranke Persönlichkeiten, nahe dem schizophren Formenkreis.

Personen dieser Art tauchten auch nicht während meiner Tätigkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf. Zumindest wurden kein:e Patient:innen als „transsexuell“ wahrgenommen, obwohl ich vermute, dass sich unter unseren Patient:innen Personen dieser Gruppe befunden haben.

Auch in der psychoanalytischen Ausbildung (1972–1981) wurde das Thema Geschlechtsidentität nicht angesprochen, nicht einmal in Veranstaltungen zur psychosexuellen Entwicklung. Auch Homo- und Bisexualität waren kein explizites Thema.

Nur am Rande wurde in kasuistischen Seminaren und Supervisionen auf die Pathologie dieser Orientierungen hingewiesen.

Erstmals traf ich mit Menschen, die damals als „Transsexuelle“ bezeichnet wurden, 1970 zusammen, als ich meine Tätigkeit in der Psychiatrischen Universitätspoliklinik in Basel begann. Die meisten dieser Patient:innen kamen aus Deutschland und baten um eine Begutachtung, um die Indikation für hormonelle Behandlungen und chirurgische Angleichungen an das „andere“ Geschlecht zu erhalten. Zum Teil wurden diese Behandlungen in Deutschland durchgeführt, zunehmend dann aber auch in Basel.

Unvergessen ist mir die erste transidente Frau, mit der ich 1970 ein Gespräch geführt habe: Sie erschien in einer die Weiblichkeit extrem betonenden Aufmachung, stark geschminkt, in einem hautengen, tief dekolletierten Kleid und flirtete mit mir in einer Art, wie ich es nie vorher erlebt hatte. Meine Reaktion auf diese Person, die gemäß ihrem Ausweis männlich war und sich mir gegenüber betont als Frau präsentierte, war große Irritation. Für mich waren damals die Koordinaten Mann und Frau unumstößlich – und nun war ich mit einer Person konfrontiert, die diese Koordinaten ins Wanken brachte. Erst später wurde mir klar, dass die Aufmachung und das Verhalten dieser Person Ausdruck ihres geradezu verzweifelten Bemühens waren, als Frau wahrgenommen zu werden. Einige Jahre später entdeckte ich ein Foto von ihr auf dem Cover einer deutschen Illustrierten, das sie halb nackt auf einem Sofa liegend zeigte.

Die Diagnose, die wir dieser Person gaben, war die damals gebräuchliche – und von uns nicht angezweifelte –: *Transsexualismus* (10. Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme [ICD-10]: F64.0), der eine schwere Störung der Geschlechtsidentität darstellte. Es mag sein, dass wir in der Anfangszeit unserer Beschäftigung mit dem Phänomen des Transsexualismus vermehrt Personen gesehen haben, die tatsächlich eher zum Segment derer gehörten, die psychische Störungen aufwiesen. Dies waren aber weniger Patient:innen mit Persönlichkeitsstörungen als vielmehr Menschen, die aufgrund ihrer extrem schwierigen Lebenssituation sekundär Ängste, depressive Entwicklungen, psychosomatische Beschwerden und Suizidalität aufwiesen.

Wegen meines mangelnden Wissens um das Phänomen Transsexualismus habe ich mich in das Studium der psychiatrischen und psychotherapeutischen Literatur vertieft. Was ich dort fand, bestätigte das, was die ICD-Diagnose suggerierte: Es gehe um eine schwere Störung der Geschlechtsidentität, die trotz verschiedener Versuche offensichtlich „irreversibel“ sei. Im psychoanalytischen Schrifttum hingegen fand ich nichts zum Thema. Dort ging es allenfalls um die sexuellen Orientierungen der Homo- und vereinzelt der Bisexualität, die ebenfalls als pathologische Entwicklungen charakterisiert wurden (Rauchfleisch 2011, S. 139 ff.).

Der Text zur Beschreibung des Transsexualismus in der ICD-10 zeigt in eindrücklicher Weise, wie stark die kulturellen Vorstellungen auch die psychiatrische Diagnostik prägen. Hieß es doch in der ICD-10, bei diesen Menschen bestehe der Wunsch, als Angehörige des „anderen“ Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden – was wie selbstverständlich von der Binarität der Geschlechter ausging; und es bestehe das Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum „eigenen“ Geschlecht – was aus unserer heutigen Sicht total an der Tatsache vorbeigeht, dass transidente Menschen

als ihr „eigenes Geschlecht“ ihr erlebtes und nicht das ihnen von der Gesellschaft zugewiesene Geschlecht empfinden.

Aus dem Text der ICD-10 ergab sich noch eine weitere – für etliche transidente Personen fatale – Konsequenz: Die Diagnose Transsexualismus war bekanntlich an den Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Angleichung an das „andere“ Geschlecht gebunden. Aufgrund meiner heutigen Kenntnisse und Erfahrungen mit transidenten Personen vermute ich, dass wir in den 1970er- und 1980er-Jahren etliche dieser Patient:innen auf den Weg einer totalen Transition gedrängt haben, obwohl sie vielleicht, wie heute nicht wenige transidente Personen, nur ein paar Schritte auf diesem Weg gehen wollten, zum Beispiel nur Hormone oder nur gewisse leichte körperliche Veränderungen haben wollten. Mit der Vergabe der Diagnose Transsexualismus haben wir damals jedoch die gesamte körperliche Transition als selbstverständlich angenommen und gefordert. Wer diesen Weg nicht zu gehen bereit war – und es gab vereinzelt Personen, die uns wegen Teilschritten in der Transition aufsuchten –, wurde von der interdisziplinären Arbeitsgruppe, die wir 1993 im Universitätsspital Basel mit Vertreter:innen von Endokrinologie, Plastischer Chirurgie, Urologie, Gynäkologie, Psychiatrie/Psychologie und später HNO gebildet haben, abgelehnt.

Wegen der Kritik der Bindung der Diagnose Transsexualismus an die Operationsindikation wurde dieser Begriff in der 4. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) gestrichen und durch die Diagnose *sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörung* ersetzt. Die Pathologisierung von Transidentität war damit jedoch in keiner Weise verringert. Erst im DSM-5 wurde ein Schritt in Richtung Entpathologisierung getan, als hier 2013 die Diagnose *Geschlechtsdysphorie* (302.85) eingeführt wurde, die bis heute Gültigkeit hat. Im Zentrum dieser Diagnose steht die Nichtübereinstimmung zwischen dem erlebten und dem zugewiesenen Geschlecht, was zu Unbehagen und Leiden sowie zu Beeinträchtigungen in privaten und beruflichen Funktionsbereichen führt. Nach wie vor stellt die Geschlechtsdysphorie jedoch eine psychiatrische Diagnose dar. Trotz Kritik an dieser pathologisierenden Diagnose habe ich es als Vorteil empfunden, dass damit auch Personen mit nichtbinären Identitäten beschrieben werden können. Denn es geht nicht mehr wie in der ICD-10-Diagnose um die Zugehörigkeit zum „anderen“ Geschlecht, sondern um das Leiden an der Diskrepanz zwischen dem erlebten und dem zugewiesenen Geschlecht.

Ein konsequenter Schritt zur Entpathologisierung der Transidentität ist mit der Diagnose *Geschlechtsinkongruenz* in der ICD-11, gültig ab Januar 2022, gemacht worden. Die Geschlechtsinkongruenz ist keine psychiatrische Diagnose, sondern wird unter die „conditions related to sexual health“ subsumiert und als ausgeprägte und beständige Nichtübereinstimmung zwischen dem erlebten und dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht beschrieben. Die Einführung dieser Diagnose hat bei einigen Fachleuten und vor allem in der transidenten Community zu der Befürchtung geführt, die Krankenkassen würden in Zukunft möglicherweise ihre Leistungen verweigern, wenn es keine psychiatrische Diagnose mehr gebe. Diese Befürchtung war jedoch nicht zutreffend, zumal das durch die Inkongruenz bedingte Leiden mit der Geschlechtsdysphorie diagnostiziert werden kann und auch andere Leidenszustände

wie der Burn-out in der ICD-11 keine psychiatrische Diagnose mehr sind und doch Kassenleistungen.

Neben den im Umgang mit den Krankenkassen notwendigen Begriffen der Geschlechtsdysphorie und der Geschlechtsinkongruenz verwende ich persönlich am liebsten den Begriff der *Transidentität*. Er ist frei von Pathologisierungen und beschreibt am genauesten das Thema, um das es bei Transidentität geht: die Identität. Nicht überall findet der Begriff jedoch Zustimmung, wenn er als zu ungenau und empirisch nicht überprüfbar angesehen wird. An seiner Stelle wird dann gern der Begriff *Transgeschlechtlichkeit* verwendet. Für mich hat es sich bewährt, beide Begriffe zu verwenden: Wenn es um die psychische Seite von Transidentität geht, spreche ich von Transidentität. Wenn eher die körperliche Seite gemeint ist, erscheint mir der Begriff der Transgeschlechtlichkeit am angemessensten.

Der Begriff der *Gendervarianz* betont die Vielfalt geschlechtlicher Ausprägungen und gilt als Oberbegriff für alle die Menschen, die sich durch das ihnen von der Gesellschaft zugewiesene Geschlecht nicht richtig beschrieben fühlen bzw. eine andere Identität haben. Häufig taucht in der Diskussion auch der Begriff *Transgender* auf. Im Allgemeinen wird er als Oberbegriff für die Menschen verwendet, die sich durch das ihnen zugewiesene Geschlecht nicht richtig beschrieben fühlen und sich damit nicht identifizieren. Mitunter wird „Transgender“ aber auch als Synonym für „Transidentität“ verwendet. Um Missverständnisse zu vermeiden, sollte jeweils mitgeteilt werden, welche Bedeutung gemeint ist.

Ein anderer Begriff ist der der *Nichtbinarität*. Es sind damit Menschen gemeint, die sich nicht der unsere Kultur stark prägenden Vorstellung binärer Geschlechter anschließen können, sondern sich als „zwischen“ den beiden Geschlechtern männlich und weiblich empfinden. Bei manchen von ihnen ist es eine „Genderfluid“-Identität. Eine andere Bezeichnung für nichtbinär ist *genderqueer*. Andere Personen bezeichnen sich als *pangender* und *agender*.

Haben wir es mit den nichtbinären Identitäten mit einem neuen Phänomen zu tun? Wenn ich auf die früheren Jahre zurückblicke, habe ich den Eindruck, dass ich durchaus auch in den 1970er- und 1980er-Jahren nichtbinäre Menschen getroffen habe. Da ihnen damals jedoch das Konzept Nichtbinarität nicht bekannt war, konnten sie sich natürlich nicht so definieren. Sie haben mir vielmehr auf andere Art mitgeteilt, dass sie sich mit dem Binaritätsmodell nicht richtig beschrieben gefühlt haben. Sie haben ihr Empfinden mit dem Hinweis umschrieben, sie wüssten, wie beide, Frauen und Männer, seien. Fälschlicherweise haben wir diese Umschreibung mitunter als Ausdruck der grandiosen Idee, „alles“ sein zu wollen, missverstanden. Ich denke heute, es war vermutlich die einzige Art, die Nichtbinarität zu beschreiben, ohne dieses Konzept zur Verfügung zu haben.

Beim Blick in die Geschichte finden wir in Magnus Hirschfeld (1868–1935) bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts einen Vorläufer des Nichtbinaritätskonzepts, als er seine Theorie der „Zwischenstufen“ entwickelte. Zwischen den beiden Idealtypen, dem „Vollweib“ und dem „Vollmann“, definierte Hirschfeld aufgrund von körperlichen Merkmalen, Charakter und Begehren einer Person 81 Grundtypen (Bruns 2009) und kam zu der astronomisch anmutenden Zahl von (*beachte*) 43.046.721 Zwischenstufen. Auch wenn Hirschfeld letztlich von einem binären System (Voll-

weib vs. Vollmann) ausging, hat er mit seiner Theorie der Zwischenstufen dieses System gesprengt und damit den Weg für die nichtbinären Identitäten frei gemacht.

Die oben beschriebene zunehmende Entpathologisierung war von sich verändernden Vorstellungen über den Umgang mit transidenten Personen begleitet (Rauchfleisch 2016). Die Leitlinie aus dem Jahr 1997 (Becker et al. 1997) erwies sich schon lange als veraltet. Sie ist 2018 durch die S3-Leitlinie (Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung 2018) ersetzt worden. Diese Leitlinie ist zwar nicht bindend – und steht zum Teil sogar im Widerspruch zu den Richtlinien des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK; MDS 2020). Doch liefert sie den mit transidenten Personen arbeitenden Fachleuten wichtige Hinweise. In der Schweiz hat eine Autorengruppe, zu der ich gehöre, 2014 ähnliche Empfehlungen publiziert. Aber auch diese Empfehlungen haben keinen bindenden Charakter (Garcia et al. 2014).

Zur Ätiologie

In den 52 Jahren meiner Beschäftigung mit dem Phänomen Transidentität habe ich die verschiedensten ätiologischen Theorien kommen und gehen sehen (Rauchfleisch 2016). Es sind auf der einen Seite *somatische* Erklärungsansätze wie das *H-Y-Antigen* in der Zellmembran, eine Theorie, die sich nach einiger Zeit als unzutreffend erwies, und in der Gegenwart neurobiologische Konzepte.

Aus familiendynamischer Sicht ist die Hypothese entwickelt worden, Eltern hätten sich ein Kind des „anderen“ Geschlechts gewünscht und hätten das Kind in die Rolle dieses Geschlechts gedrängt. Selbstverständlich ist speziell bei Kindern zu prüfen, ob eine solche Dynamik vorliegt. Mitunter scheint es tatsächlich so zu sein. Im Verlauf meiner Beschäftigung mit transidenten Personen bin ich jedoch zur Überzeugung gekommen, dass oftmals die Mütter als die primär Versorgenden den Wunsch ihres Kindes nach einem Leben in einem anderen als dem zugewiesenen Geschlecht empathisch wahrnehmen und auf diesen Wunsch mit dem Gewähren von geschlechtsnonkonformer Kleidung und Verhalten reagieren und nicht das Kind in die transidente Entwicklung drängen. Zumindest erscheint es mir wichtig, diese Möglichkeit stets in Erwägung zu ziehen.

Eine andere Erklärungshypothese ist die einer abgelehnten Homosexualität. Dieser Annahme widerspricht indes, dass ein Großteil von transidenten Personen nach der Transition in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften lebt. Während ich in den 1970er-, 1980er- und sogar noch in den 1990er-Jahren nie davon gehört habe, dass nach der Transition eine homosexuelle Partnerwahl angestrebt wurde, berichten heute viele transidente Personen offen davon. Die Personen in der Vergangenheit waren sich offensichtlich darüber im Klaren, dass sie bei den Begutachtenden auf Unverständnis gestoßen wären, wenn sie als bevorzugte Beziehungspartner:innen Personen des gleichen Geschlechts angegeben hätten. Wir sind damals im Sinne der heterosexuellen Vorannahme davon ausgegangen, dass nach der Transition eine gegen geschlechtliche Partner:innenwahl stattfinden werde – obwohl, wie ich später von ehemaligen Patient:innen erfahren habe, diese Personen schon damals vermehrt in

gleichgeschlechtlichen Beziehungen gelebt haben, die sie uns aber – wohlweißlich – verschwiegen haben.

Bei der Frage nach der Ätiologie der Transidentität ist zu bedenken, dass Fragen nach dem Warum im Allgemeinen nur dann auftauchen, wenn es um Abweichungen von der Majorität geht. So wird beispielsweise, auch im wissenschaftlichen Bereich, nie die Frage nach der Ätiologie der Cisidentität (das heißt der nichttransidenten Identität) gestellt, und auch im Hinblick auf die Heterosexualität taucht diese Frage nicht auf, während sie bei der Homo- und Bisexualität wie selbstverständlich diskutiert wird. Auch wenn dabei argumentiert wird, es gehe lediglich um Grundlagenforschung, zeigt die Fokussierung auf die von der Mehrheitsgesellschaft abweichenden Identitäten und sexuellen Orientierungen, dass dem nicht so ist. Sonst wären auch die Cisidentität und die Heterosexualität ebenso Thema. Hinter der Frage nach dem Warum liegt vielmehr die Frage nach der Veränderbarkeit. Seit vielen Jahren zielen die von freikirchlichen und fundamentalistischen (zumeist religiös geprägten) Gruppierungen angebotenen sog. *Konversionstherapien* oder *reparativen Therapien* (Nicolosi 1994) darauf ab, die Transidentität sowie die Homo- und Bisexualität zu beseitigen.

Da es sich bei derartigen Versuchen um Menschenrechtsverletzungen handelt, hat der Deutsche Bundestag im Juni 2020 ein Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen beschlossen, mit dem derartige Maßnahmen gegenüber Minderjährigen und nichteinwilligungsfähigen Erwachsenen verboten worden sind. Dieser Entscheidung liegt die Erfahrung zugrunde, dass den Personen, die solchen Konversionsversuchen ausgesetzt werden, schwere psychische Verletzungen zugefügt werden, die Angstentwicklungen, Depressionen, psychosomatischen Störungen bis hin zum Suizid zur Folge haben. Ich selbst habe in den vergangenen Jahren etliche Patient:innen mit derartigen Folgeerscheinungen behandelt, die nicht selten das Ausmaß einer posttraumatischen Belastungsstörung erreicht haben.

Ich habe übrigens im Verlauf der 52 Jahre gelernt, dass wir zwischen der Identität und der sexuellen Orientierung unterscheiden müssen. Es sind zwei Entwicklungsstränge, die zwar miteinander interagieren, die aber nicht identisch sind. Aus dieser Einsicht ergibt sich, dass wir bei Cis- ebenso wie bei transidenten Personen das ganze Spektrum von Hetero-, Bi- und Homosexualität finden.

Häufigkeit von transidenten Personen

Ähnlich wie die Frage nach der Ätiologie taucht im Diskurs um Transidente immer wieder auch die Frage nach ihrer Häufigkeit auf. Die diesbezüglichen Schätzungen haben sich in den vergangenen 52 Jahren erheblich verändert. Während ich in der Anfangszeit meiner Beschäftigung mit diesem Thema von Häufigkeiten wie 2 bis 5 Personen pro 100.000 hörte, erschienen in den 1990er-Jahren Publikationen (van Kesteren et al. 1996; Weitze und Osburg 1996), die Inzidenzraten bei transidenten Frauen von 1:11.900 bis 1:45.000 und bei transidenten Männern von 1:30.000 bis 1:100.000 angaben. Im Jahr 2008 kamen Olyslager und Conway (2008) aufgrund einer Neuberechnung früher publizierter Zahlen auf Werte von 1:1000 bei transidenten Frauen und 1:2000 bei transidenten Männern.

In der Fachliteratur erfuhr ich, dass bei allen diesen Angaben zu berücksichtigen ist, dass längst nicht alle transidenten Personen fachliche Hilfe suchen, sondern vermutlich nur 43–50 % (Green und Blanchard 2000). Im Verlauf der Jahre wurde mir zunehmend bewusst, dass die tatsächliche Zahl wesentlich höher ist, als uns die Schätzungen vermittelten. Dies ist spätestens in dem Moment offensichtlich geworden, als in den letzten Jahren vermehrt auch Kinder und Jugendliche in Erscheinung traten, die in früheren Erhebungen nicht vertreten waren.

Was hat sich in den vergangenen Jahren verändert?

Auch wenn es in der Beziehung zwischen Psychotherapie und Transidentität noch vieles zu klären gibt, habe ich im Verlauf der 52 Jahre *vielen* positive Veränderungen beobachtet. Zum einen verfügen wir heute im Vergleich zu früher über wesentlich mehr Wissen über Transidentität und haben viel mehr Erfahrungen mit den körperlichen Angleichungen (hormonelle Behandlungen und plastisch-chirurgische Interventionen) und dem Leben von transidenten Personen. Ein Aspekt dabei ist die Erkenntnis, dass Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie Selbstdiagnosen sind und nicht von Außenstehenden gestellt werden können.¹ Daher erstelle ich bei transidenten Personen kein Gutachten wie etwa im forensischen oder im versicherungsrechtlichen Bereich, sondern einen Bericht, der die Mitteilungen der transidenten Person wiedergibt. Ich sehe seither keinen Grund mehr, die Rollen zu trennen, und fertige auch über Patient:innen, deren Transition ich begleite, Indikationsberichte an. Ein anderer Aspekt besteht darin, dass heute nicht nur die Fachleute, sondern auch transidente Personen selbst über vermehrtes Wissen im Hinblick auf die verschiedenen Vorgehensweisen der hormonellen und chirurgischen Angleichung verfügen. Vor allem Jugendliche recherchieren genauestens im Internet und sind mitunter besser informiert als die Fachleute, was dann zu Konflikten zwischen beiden führen kann, wenn die Fachleute sich durch die Infragestellung ihres Wissensstandes gekränkt fühlen.

Geändert hat sich im Verlauf der Jahre auch die Sichtbarkeit von transidenten Personen in der Öffentlichkeit. Haben viele von ihnen in den 1970er- und 1980er-Jahren noch weitgehend verdeckt gelebt, so erscheinen Transidente heute vermehrt in Politik, Wirtschaft und in den Medien. Dies hat auf der einen Seite zu mehr Akzeptanz geführt, obwohl transidente Personen nach wie vor im beruflichen und im privaten Bereich sowie in der Öffentlichkeit Diskriminierungen und Benachteiligungen ausgesetzt sind. Durch die größere Sichtbarkeit sind sie auf der anderen Seite aber auch Ziel aggressiver Attacken und manifester Gewalt geworden. Ich verstehe diese Situation aus sozialpsychologischer Perspektive so, dass die größere Sichtbarkeit mit der Einforderung von Rechten (zum Beispiel, was die rechtlichen Bedingungen für

¹ Diese Einsicht hat mich dazu geführt, die bis zur 3. Auflage meines Buches *Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie* vertretene Ansicht, die Rolle der den Transitionsprozess begleitenden Person sei von der die Begutachtung vornehmenden Person zu trennen, in der 4. Auflage (2014) revidiert habe (Rauchfleisch 2014).

die Änderung des Vornamens und des Geschlechtseintrags betrifft) einhergeht und dies bei transidentenfeindlichen Personen zum Anlass für Hassäußerungen wird.

Besondere Anfeindungen erleben transidente Menschen mit intersektioneller Diskriminierung, beispielsweise transidente Personen, die zugleich People of Color sind, oder transidente Personen mit Migrationshintergrund, die in Familien mit sehr rigiden, konservativen Rollenvorstellungen aufwachsen (Rauchfleisch 2021). Ich habe im Herbst 2021 bei einem Besuch von Flüchtlingslagern in Kurdistan, im Nord-Irak, von den dort tätigen Psychotherapeut:innen erfahren, dass sich Personen in den Flüchtlingscamps nicht einmal gegenüber Therapeut:innen als transident – und auch nicht als homosexuell – zu erkennen geben. Die kulturellen und religiösen Normen sind derart stark, dass Transidentität und von der Heterosexualität abweichende sexuelle Orientierungen absolut geheim gehalten werden.

In den 52 Jahren meiner Beschäftigung mit transidenten Personen hat sich schließlich auch unser fachlicher Umgang mit ihnen verändert. Die Vertreter:innen der Psychologie und Psychiatrie sind nicht mehr in dem Ausmaß wie in den früheren Jahren *Gatekeeper*, die über die rechtliche Situation und die körperliche Transition der transidenten Personen entscheiden. Die einzelnen Transitionsschritte werden vielmehr in Form eines *Informed Consent* vereinbart. Nach meiner Beobachtung wird diese Formulierung zwar gern verwendet und beispielsweise auch in der S3-Leitlinie (Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung 2018) und anderen Empfehlungen genannt. In der Realität von Begutachtungen und Begleitungen nehmen viele Fachleute nach meiner Beobachtung jedoch unter Berufung auf das medizinische Umfeld, in dem sie arbeiten, nach wie vor – wenn auch in abgemilderter Form – die Rolle von Gatekeepern ein. Prinzipiell ist es in Behandlungen und Begleitungen von transidenten Personen wichtig, dass die Fachperson eine *transaffirmative Haltung* besitzt (Günther et al. 2021). Das bedeutet, der transidenten Person vorurteilsfrei zu begegnen, ihr Selbstwertgefühl zu stützen und für alle Wege und Entscheidungen dieser Person im Sinne eines kontextsensiblen Verständnisses (Teren 2022) offen zu sein.

Für mich selbst hat sich die Arbeit mit transidenten Personen im Verlauf der Jahre von einer Therapie in eine Begleitung gewandelt, die ich als *Coaching* bezeichnen möchte, das heißt eine Begleitung in einer schwierigen Lebensphase. Dabei spielen die Konzepte der Resilienz, der Ressourcenorientierung und des Empowerments für mich eine zentrale Rolle (Rauchfleisch 2021). Dieses Vorgehen gilt zumindest für psychisch gesunde transidente Personen. Psychisch Kranke bedürfen natürlich einer Therapie, wie wir sie auch mit (nichttransidenten) Cispersonen durchführen würden. Dazu später mehr.

Inhalte der Transitionsbegleitung

Während meine Tätigkeit im transidenten Bereich in den ersten Jahren fast ausschließlich in der Erstellung von Gutachten bestand, ergab sich mit der Zeit, vor allem dadurch, dass mehr und mehr transidente Personen aus der Schweiz und aus den deutschen Grenzgebieten die Psychiatrische Universitätspoliklinik Basel aufsuchten, die Notwendigkeit, ihnen eine fachliche Begleitung anzubieten. Dies war

umso dringlicher, als die Krankenkassen eine mindestens einjährige Psychotherapie forderten, ehe sie bereit waren, Leistungen für hormonelle Behandlungen und chirurgische Interventionen zu erbringen. Anfangs äußerten einige Patient:innen durchaus ihre Skepsis gegenüber einer solchen von den Krankenkassen auferlegten Therapie. Es gelang jedoch im Allgemeinen schnell, sie für eine Mitarbeit zu gewinnen, wenn ihnen klar wurde, dass ich keineswegs das Ziel hatte, ihre Transidentität infrage zu stellen, sondern meine Aufgabe darin sah, mit ihnen die Probleme zu klären, die sich auf ihrem schwierigen Weg der Transition ergaben. Dies führte auch zu meiner Auffassung von einem Coaching.

Dies war eine für mich wichtige psychotherapeutische Erfahrung, die sich auch auf andere Patient:innengruppen übertragen ließ, nämlich dass die Interaktionsdynamik in den Sitzungen nicht nur von den Patient:innen abhängt, sondern wesentlich von der Gegenübertragung und der Haltung von uns Therapeut:innen mitbestimmt wird (Rauchfleisch 2019). Im Verlauf der Jahre habe ich immer wieder erlebt, dass transidente Personen, die ihre Transition selbst zahlten und deshalb nicht gezwungen waren, alle formalen Vorgaben zu erfüllen, sich für ein Gespräch anmeldeten und von Beginn an betonten, nur dieses eine Gespräch führen zu wollen. Nach einigen Wochen erhielt ich dann einen Anruf mit der Bitte um einen weiteren Termin – und schließlich ergab sich daraus eine relativ engmaschige, mitunter jahrelange Begleitung.

Da ich nicht auf Begleitungskonzepte, die in der Fachliteratur publiziert worden wären, zurückgreifen konnte, musste ich mich an den Themen orientieren, die von den transidenten Personen selbst in die Sitzungen gebracht wurden. Schon bald zeigte sich, dass letztlich alle Themen in den Sitzungen ihren Platz haben. Deshalb kann die folgende Übersicht nur einen ungefähren Eindruck davon vermitteln, was im Allgemeinen besprochen wird. Aufgrund meiner vom psychoanalytischen Therapie-setting bestimmten Einstellung werden in den Gesprächen die Themen behandelt, die den Patient:innen am wichtigsten sind. Es gibt kaum Situationen, in denen ich ein Thema von mir aus einführe. Und wenn ich denke, ein bestimmtes Thema sei nie erwähnt worden, könne aber für die Patient:innen von Bedeutung sein, frage ich, ob dieses Thema vielleicht für sie auch relevant ist. Dies kann beispielsweise bei jüngeren transidenten Personen das Thema „Kinder“ sein. Gerade Jugendlichen liegt diese Frage häufig nicht so nahe, obwohl sie sich – falls sie eigene Nachkommen haben wollen – vor Beginn der hormonellen Behandlung entscheiden müssen, ob sie Sperma oder Eizellen einfrieren lassen wollen.

Ein zentrales Thema in den Sitzungen stellt häufig das Problem der Irritation dar, die transidente Personen, insbesondere mit nichtbinären Identitäten, in ihrem Umfeld auslösen, da sie durch ihre Transgeschlechtlichkeit die Binarität infrage stellen. Dabei geht es aber nicht nur um die Irritation anderer Menschen und die Frage, wie transidente Personen darauf reagieren, sondern auch um die Irritation, die sie selbst bei der Wahrnehmung ihrer Transidentität erlebt haben. Denn sie selbst sind ja in einer von der Binarität geprägten Gesellschaft aufgewachsen und haben die Cisnormativität im Verlauf ihrer Sozialisation verinnerlicht. Um Selbstakzeptanz und ein stabiles Selbstwertgefühl zu erreichen, bedarf es deshalb der Auseinandersetzung mit dieser verinnerlichten Cisnormativität und den daran geknüpften negativen Bil-

dern vom Transidentsein. Wir haben es hier mit der verinnerlichten Transnegativität zu tun; deren Bearbeitung ist von großer Bedeutung.

Dieser Prozess der Akzeptanz ihres Andersseins erstreckt sich häufig über lange Zeit, mitunter über viele Jahre. Charakteristisch ist dabei, dass Phasen der Akzeptanz immer wieder abwechseln mit Phasen, in denen die Betroffenen geradezu verzweifelt versuchen, sich geschlechtskonform zu verhalten, bis sie schließlich spüren, dass dieser Kampf gegen sich selbst ihnen schadet und sie ihre Transidentität akzeptieren müssen.

Ein anderes Thema betrifft die Tatsache, dass die Gruppe der transidenten Personen, auch wenn sie zahlenmäßig längst nicht so klein ist, wie früher angenommen, in der Mehrheitsgesellschaft eine Minorität darstellt, woraus häufig ein Minoritätenstress (Meyer 2003) entsteht. Hinzu kommt, dass transidente Personen oft über längere Zeit ihre Identität vor der Umgebung zu verheimlichen versuchen, was zu weiterem Stress, dem Verheimlichungsstress, führt. Die Folge beider Stressarten sind Ängste, depressive Entwicklungen, Selbstwertkrisen und psychosomatische Störungen bis hin zur Suizidalität. Aus diesem Grund sind die Auseinandersetzung mit dem Minoritäten- und dem Verheimlichungsstress sowie die Suche nach Möglichkeiten, sie – beispielsweise durch ein gut geplantes Coming-out – abzubauen, von großer Bedeutung.

Das Aufwachsen in einer cisnormativen, binären Mehrheitsgesellschaft erfordert von den transidenten Personen eine intensive Auseinandersetzung mit den Geschlechterrollen. Insbesondere nichtbinäre Personen müssen sich nicht nur mit den Vorstellungen ihrer Umgebung, sondern auch mit den verinnerlichten cis- und binärnormativen Vorstellungen kritisch auseinandersetzen, um zu einer Akzeptanz ihrer eigenen Identität zu kommen. In diesem Prozess gilt es auch, die verinnerlichte Transnegativität zu bearbeiten.

Da die Transidentität von den normativen Vorstellungen der Mehrheitsgesellschaft abweicht, ist ein wichtiger Schritt im Transitionsprozess das *Coming-out*, das zum einen die Akzeptanz der eigenen Identität und zum anderen das Hinaustreten damit an eine mehr oder wenig breite Öffentlichkeit beinhaltet. Im Unterschied zu homosexuellen Menschen können transidente Personen ihr Coming-out in der Öffentlichkeit im Allgemeinen nicht schrittweise vollziehen, sondern werden in dem Moment, in dem sie nicht mehr entsprechend ihrem zugewiesenen Geschlecht auftreten, als transident erkannt. Ihr Coming-out betrifft deshalb sämtliche Bereiche ihres Lebens, ihre familiären, freundschaftlichen und beruflichen Beziehungen.

Im Rahmen der Begleitung ist es wichtig zu klären, wann welcher Schritt gegenüber welcher Person sinnvoll ist, und eine Vorstellung davon zu entwickeln, wie diese Person möglicherweise reagieren wird. Zudem ist es angezeigt, dass die transidente Person sich für den Fall einer heftigen negativen Reaktion der Umgebung eine Strategie überlegt, wie sie innerlich und äußerlich damit umgehen wird. Es geht hier – psychoanalytisch gesprochen – um die Entwicklung von Empathie und die Arbeit an Ich-Funktionen (Denken, Realitätswahrnehmung und antizipierende Funktionen) sowie um die allfällige Verbesserung der sozialen Kompetenzen.

Von großer Bedeutung für die weitere Transition und Entwicklung der transidenten Person sind die Beziehungen zur Herkunftsfamilie. Aus diesem Grund ist die Klärung dieser Beziehungen ein zentrales Thema der Begleitung. Eltern und

Geschwister haben mitunter das Anderssein ihrer/ihrer Angehörigen schon früher bemerkt und erhalten durch das Coming-out nun die Bestätigung ihrer Vermutung. In anderen Familien kommt die Mitteilung der Tochter/des Sohnes, transident zu sein, jedoch völlig unerwartet und löst unter Umständen schockartige und ablehnende Reaktionen aus.

Es hat sich bewährt, in der Begleitung der transidenten Personen bei Bedarf auch Sitzungen mit den Angehörigen durchzuführen – immer selbstverständlich nur in Gegenwart der transidenten Person. In solchen Sitzungen kann ich beispielsweise Informationen über Transidentität geben. Es können Coming-out-Schritte im Familiensystem aufeinander abgestimmt werden, denn im Verlauf der Transition eines Familienmitglieds durchlaufen die Angehörigen ja ebenfalls einen Coming-out-Prozess, beispielsweise gegenüber ihren Verwandten und Freund:innen.

Klärung bedürfen bei verheirateten transidenten Personen im Allgemeinen auch die Beziehungen zu den Ehegatt:innen und Kindern. Falls eine intensivere Betreuung der Ehegatt:innen und Kinder notwendig ist, überweise ich sie an Kolleg:innen. Diese müssen aber der Transidentität gegenüber offen sein und eine transaffirmative Haltung haben, damit ein konstruktiver therapeutischer Prozess gewährleistet ist.

Da die berufliche Situation für die weitere soziale Sicherheit von besonderer Bedeutung ist, widme ich diesem Thema einen großen Raum. Wie sich immer wieder zeigt, stellt die Transition eine kritische Phase im Leben von transidenten Personen dar und kann zu erheblichen Problemen im beruflichen Bereich führen. Es ist deshalb wichtig, in der Begleitung die Frage des Coming-out an der Arbeitsstelle intensiv zu reflektieren und die Coming-out-Schritte, zum Teil in Absprache mit den Vorgesetzten, sorgfältig zu planen.

Ein weiteres Thema in der Begleitung sind die Aufklärung und Diskussion über die möglichen körperlichen Angleichungen und die daran geknüpften Erwartungen. Selbstverständlich müssen die transidenten Personen darüber ausführlich mit den Vertreter:innen der somatischen Fächer (Endokrinologie, Plastische Chirurgie, Stimm- und Sprachtherapie, Gynäkologie etc.) sprechen. Da die körperlichen Veränderungen aber stets auch psychische Auswirkungen haben, gehören diese Fragen für mich auch in die psychologische Begleitung.

Ich bin im Verlauf der Jahre dazu übergegangen, transidenten Personen, Jugendlichen und Erwachsenen, Informationen über transidente Netzwerke und Organisationen zu vermitteln.² Obwohl transidente Personen heute eine Fülle von Informationen aus dem Internet beziehen, bestehen häufig Wissenslücken in Bezug auf derartige Organisationen und auch Ängste und Unsicherheiten, wenn es um einen realen Kontakt mit diesen Gruppen geht. Ich betrachte Hinweise auf transidente Organisationen und Gruppen nicht lediglich als Informationsvermittlung, sondern als Mittel zur Stärkung einer positiven transidenten Identität. Denn der Aufenthalt in Gruppen von transidenten Personen und anderen queeren Menschen, das heißt der Kontakt mit Gleichen, dient der Stärkung der Identität und der Stabilisierung des Selbstwertgefühls.

² In Deutschland: Bundesverband Trans* und Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität (dgti). In der Schweiz: Transgender Network Switzerland sowie queere Jugendgruppen wie die Milchjugend, anyway und andere.

Eine wesentliche Änderung hat sich vor allem in den letzten Jahren in Bezug auf transidente Kinder und Jugendliche ergeben. In früheren Jahren hatte ich ausschließlich mit Erwachsenen zu tun. Viele von ihnen berichteten, dass sie bereits als Kind und Jugendliche gespürt hätten, im Hinblick auf ihre Identität „anders“ zu sein. Das berichteten sie allerdings als Erwachsene. Von einigen lagen uns auch Berichte aus der Kindergarten- und Schulzeit vor. Ich muss allerdings zugeben, dass wir diesen Berichten damals mitunter nicht geglaubt haben. In den letzten Jahren sind nun aber vermehrt Kinder und Jugendliche in Erscheinung getreten, die sich als transident bezeichnen, unter ihnen eine nichtgeringe Zahl von nichtbinären Personen. In der Öffentlichkeit und zum Teil auch unter den Fachleuten wird gegenwärtig eine emotional aufgeladene Diskussion darum geführt, ob diese Jugendlichen, und zwar insbesondere Mädchen, tatsächlich transident seien, oder ob es ein „Hype“ und eine Modeerscheinung für sie sei, sich transident zu nennen, obwohl es nicht um ihre Identität, sondern allenfalls um ihre Rollenvorstellungen gehe, die von den gesellschaftlichen Rollenerwartungen abweichen.

Meine eigenen Erfahrungen mit Jugendlichen widersprechen solchen Annahmen. Der Weg, den transidente Personen beschreiten, ist so voller Schwierigkeiten, dass kein Jugendlicher oder Erwachsener ihn wählt, weil das gerade ein „Hype“ ist. Selbstverständlich haben die Berichterstattung in den Medien und die Blogs, in denen über Transidentität diskutiert wird, einen Einfluss auf Jugendliche, die mitunter sehr gut über die Transition und die dabei möglichen körperlichen Angleichungen orientiert sind. Auf jeden Fall wird bei Kindern und Jugendlichen nicht, wie es mitunter in den Medien reißerisch dargestellt wird, innerhalb kurzer Zeit über körperliche Interventionen entschieden. Behandlungen mit gegengeschlechtlichen Hormonen beginnen im Allgemeinen nicht vor dem 16. Lebensjahr, operative Angleichungen sogar noch später. Allenfalls wird eine Pubertätsblockade vorgenommen, um den Jugendlichen Menarche und Brustwachstum bzw. Stimmbruch und Bartwuchs zu ersparen und ihnen Zeit zu geben, bis sie eine definitive Entscheidung über das weitere Vorgehen treffen.

Die Begleitung von transidenten Jugendlichen ist für mich nicht wesentlich anders als das Coaching von erwachsenen transidenten Personen. Es erfordert allerdings eine enge Zusammenarbeit mit den Eltern, der Schule, Sportgruppen und anderen Freizeitorganisationen, an denen die Jugendlichen teilnehmen. Dabei habe ich in der Zusammenarbeit mit Schulen sehr gute Erfahrungen gemacht und bin im Allgemeinen auf sehr kooperative und unterstützende Lehrer:innen gestoßen.

Wie oben erwähnt, befinden sich unter transidenten Personen ebenso wie unter Cispersonen (also nichttransidenten Menschen) neben den psychisch Gesunden auch psychisch Kranke. Bei ihnen gilt es, die psychischen Störungen zu behandeln, wobei wir die gleichen therapeutischen Methoden verwenden wie bei Cispersonen. Dabei müssen die Therapeut:innen allerdings berücksichtigen, dass das Aufwachsen und Leben als transidente Person in einer cisheteronormativen Mehrheitsgesellschaft eine spezielle Situation mit den oben geschilderten Besonderheiten ist. Transidente Personen können sekundäre, durch ihre schwierige Lebenssituation bedingte Erkrankungen (Angststörungen, Depressionen, Substanzabusus, Selbstverletzungen bis hin zur Suizidalität) entwickeln. Bei vorliegenden primären Störungen, die in keinem kausalen Verhältnis zur Transidentität stehen (Persönlichkeitsstörun-

gen, Major-Depression oder Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis), sind Behandlungen auch deshalb wichtig, weil sie die konstruktive Auseinandersetzung der transidenten Personen mit ihrer Identität und ein erfolgreiches Coming-out, das Ich-Stärke und soziale Kompetenz erfordert, behindern.

Im Verlauf der vergangenen 52 Jahre habe ich gelernt, dass es in der Begleitung von transidenten Personen besonders wichtig ist, sich nicht nur auf die Schwierigkeiten, mit denen sie konfrontiert sind, zu konzentrieren, sondern auch ressourcen- und resilienzorientiert zu arbeiten und Empowerment-Elemente einzubeziehen (Rauchfleisch 2021). Auf diese Weise können die Selbstbefähigung der transidenten Personen und ihr Vertrauen in die eigenen Kräfte gestärkt werden, was ihnen hilft, konstruktiv und selbstverantwortlich mit den Problemen, die sich im Alltag stellen, umzugehen. Eine Folge dieser Entwicklung ist dann auch die Stabilisierung ihres Selbstwertgefühls.

Die Rolle der Psychoanalyse in all diesen Jahren

In meiner Wahrnehmung hat die Psychoanalyse in den frühen Jahren meiner Beschäftigung mit transidenten Personen eigentlich keine Rolle gespielt. Abgesehen von den oben erwähnten pathologisierenden Darstellungen habe ich viele Jahre lang keine Literatur gefunden, die mir geholfen hätte, das Phänomen Transidentität besser zu verstehen und transidenten Personen angemessen zu begegnen.

Erst seit Beginn des 21. Jahrhunderts ist die Transidentität, vor allem auch vonseiten der Queer Theory (Hutfless 2014, 2016; Hutfless und Zach 2017), vermehrt Thema im psychoanalytischen Kontext geworden. Paradigmatisch, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, seien die Publikationen von Belkin und White (2020), Ermann (2019a), Lemma (2014), Quindeau (2014), Schmuckli und Gross (2016), Sigusch (2013), Stark (2014) sowie das Themenheft der *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* No. 73 vom August 2019 mit dem Artikel von Hansbury (2019) über „Das männliche Vaginale“ und den Diskussionsbeiträgen von Becker (2019), Ermann (2019b), Moss (2019) und Quindeau (2019) genannt.

Analog der Entpathologisierung der Diagnosen hat sich bei der psychoanalytischen Beschäftigung mit Transidentität in diesen Jahren mehr oder weniger die Ansicht durchgesetzt, dass Transidentität keine Krankheit, sondern eine Variante der Geschlechtsidentität ist. Hinsichtlich der Ätiologie haben sich indes keine überzeugenden Hinweise ergeben. In dieser Hinsicht ist Binswanger (2016) zuzustimmen, der in Bezug auf die sexuellen Orientierungen und die Geschlechtsidentitäten eine Totalabstinenz hinsichtlich der Suche nach psychogenetischen Erklärungsversuchen vorschlägt.

Dass in der Psychoanalyse aber letztlich doch noch keine vorbehaltlose Offenheit und völlige Akzeptanz hinsichtlich Transidentität besteht, zeigt die Tatsache, dass transidente Kolleg:innen offensichtlich immer noch große Probleme haben, zur psychoanalytischen Ausbildung zugelassen zu werden. Nach der Publikation meines Artikels *Transidente Menschen, Psychoanalyse und Psychotherapie* in dieser Zeitschrift (Rauchfleisch 2017) haben sich verschiedene Kolleg:innen gemeldet, die meine Beobachtung, dass in den Instituten der Deutschen Psychoanalytischen Ver-

einigung (DPV) und Deutschen Psychoanalytische Gesellschaft (DPG) keine transidenten Personen in Ausbildung seien, teilten. Schließlich hat mir ein transidenter Kollege geschrieben, er sei als Ausbildungskandidat in einem Institut in Deutschland. Bei der inzwischen keineswegs kleinen Zahl von transidenten Kolleg:innen sind damit aber in jedem Fall transidente Personen weit unterrepräsentiert.

Funding Open access funding provided by University of Basel.

Interessenkonflikt U. Rauchfleisch gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

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

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Becker S (2019) You can always get what you want – Psychoanalyse in neoliberalen Zeiten (Kommentar zu Hansburys „Das männliche Vaginale“). *Psyche* 73:585–596
- Becker S et al (1997) Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. *Z Sex Forsch* 10:147–156
- Belkin M, White C (Hrsg) (2020) *Interactionality and relational psychoanalysis: new perspectives on race, gender, and sexuality*. Routledge, New York
- Binswanger R (2016) (K)ein Grund zur Homosexualität. Ein Plädoyer zum Verzicht auf psychoanalytische Erklärungsversuche von homosexuellen, heterosexuellen und anderen Orientierungen. *J Psychoanal* 57:6–26
- Bruns C (2009) Hirschfeld und die Theorie vom „dritten Geschlecht“. In: Bruns C (Hrsg) *Politik des Eros. Der Männerbund in Wissenschaft, Politik und Jugendkultur (1880–1934)*. Böhlau, Wien, Köln, Weimar
- Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (2018) *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit.: S-3-Leitlinien zur Diagnostik, Beratung und Behandlung*. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/138-001.html>. Zugegriffen: 21. Sept. 2022
- Ermann M (2019a) Identität und Begehren. Zur Psychodynamik der Sexualität. Kohlhammer, Stuttgart
- Ermann M (2019b) Geschlechtsidentität in Bewegung. Zum Artikel „Das männliche Vaginale“ von Griffin Hansbury. *Psyche* 73:597–601
- Garcia D et al (2014) Von der Transsexualität zur Gender-Dysphorie. *Schweiz Med Forum* 14:382–387
- Green R, Blanchard B (2000) Gender identity diskorers. In: Sadock BJ, Sadock VA (Hrsg) *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Bd. 1. Lipincott Williams & Wilki, Philadelphia, S 1646–1662
- Günther M, Teren K, Wolf G (2021) *Psychotherapeutische Arbeit mit transidente Personen*. Handbuch für die Gesundheitsversorgung, 2. Aufl. E. Reinhardt, Basel
- Hansbury G (2019) *Das männliche Vaginale. Die Arbeit mit der Körperlichkeit queerer Männer an der Transgender-Schwelle*. *Psyche* 73:557–584
- Hutfluss E (2014) Überlegungen zur Frage der Geschlechtsidentität (Gender Identity) in der psychoanalytischen Theorie. *Queering Psychoanalysis*. <https://queeringpsychoanalysis.wordpress.com/2014/>

- 11/02/uberlegungen-zur-frage-der-geschlechtsidentitat-gender-identity-in-der-psychoanalytischen-theorie/. Zugegriffen: 17. Nov. 2022
- Hutfless E (2016) Wider die Binarität – Psychoanalyse und Queer Theory. *J Psychoanal* 57:99–115
- Hutfless E, Zach B (Hrsg) (2017) *Queering psychoanalysis: Psychoanalyse und Queer Theory: transdisziplinäre Verschränkungen*. Zaglossus, Wien
- Lemma A (2014) Der König, den man hat, und der Körper, der man ist: Warum es für Transsexuelle wichtig ist, gesehen zu werden. In: Mauss-Hanke A (Hrsg) *Internationale Psychoanalyse*, Bd. 9. Psychosozial-Verlag, Gießen, S 67–87
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2020) *Begutachtungsanleitung Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes: Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0)*. <https://www.med-ev.de>. Zugegriffen: 21. Sept. 2022
- Meyer IH (2003) Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* 129:674–697
- Moss D (2019) Pussy Riot: Kommentar zu Hansbury. *Psyche* 73:602–612
- Nicolosi J (1994) *Reparative therapy of male homosexuality*. Jason Aaronson, New Jersey
- Olyslager F, Conway L (2008) Transseksualiteit komt vaker voor dan u denkt. *Tijdschr Genderstud* 11:39–51
- Quindeau I (2014) *Sexualität*. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Quindeau I (2019) Jenseits von Geschlechterbinarität und -vielfalt. Kommentar zu Griffin Hansburys „Das männliche Vaginale“. *Psyche* 73:613–623
- Rauchfleisch U (2011) *Schwule. Lesben. Bisexuelle. Lebensweisen – Vorurteile – Einsichten*, 4. Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Rauchfleisch U (2014) *Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie*, 4. Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Rauchfleisch U (2016) *Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie*, 5. Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Rauchfleisch U (2017) „TransidenteMenschen“, *Psychoanalyse und Psychotherapie. Transsexualität, Transidentität, Gender-Dysphorie – und wie weiter?* *Forum Psychoanal* 33:431–445
- Rauchfleisch U (2019) *Sexuelle Identitäten im therapeutischen Prozess*. Kohlhammer, Stuttgart
- Rauchfleisch U (2021) *Sexuelle Orientierungen und Geschlechtsentwicklungen im Kindes- und Jugendalter*. Kohlhammer, Stuttgart
- Schmuckli L, Gross P (2016) Der Herr ist nicht Frau in seinem eigenen Haus: Psychoanalytische Fragmente zur Thematik der transidenteIdentität. *Psychotherapie Wissenschaft. PTW* 6(2):122–128
- Sigusch V (2013) *Sexualitäten: eine kritische Theorie in 99 Fragmenten*. Campus, Frankfurt/M.
- Stark T (2014) Der unendliche Stillstand der Psychoanalyse: Bemerkungen zu ‚Die endliche und die unendliche Analyse‘ von Sigmund Freud (1937). *Bulletin der SGPsa*, 78
- Teren K (2022) *Transidenteaffirmative Arbeit mit Menschen*. *Dtsch Heilpraktiker Z* 17(05):66–71
- Van-Kesteren PJ, Gooren LJ, Megens JA (1996) An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Arch Sex Behav* 25:589–600
- Weitze C, Osburg S (1996) Transsexualism in Germany: empirical data on epidemiology and application oft he German Transsexuals’ Act during ist first ten years. *Arch Sex Behav* 25:409–425

Prof. Dr. Udo Rauchfleisch Prof. emer. Dr. rer. nat., Dipl.-Psych., ist Fachpsychologe FSP/SVKP, Psychoanalytiker DPG, DGPT, Professor emer. für Klinische Psychologie an der Universität Basel, Forschungsschwerpunkte: Theorie und Praxis der Psychoanalyse, dissoziale/antisoziale Persönlichkeiten; Gewalt, testdiagnostische Methoden, musikpsychologische Themen, Grenzgebiete Psychologie – Theologie, Homosexualität, Transsexualität – Transidentität.