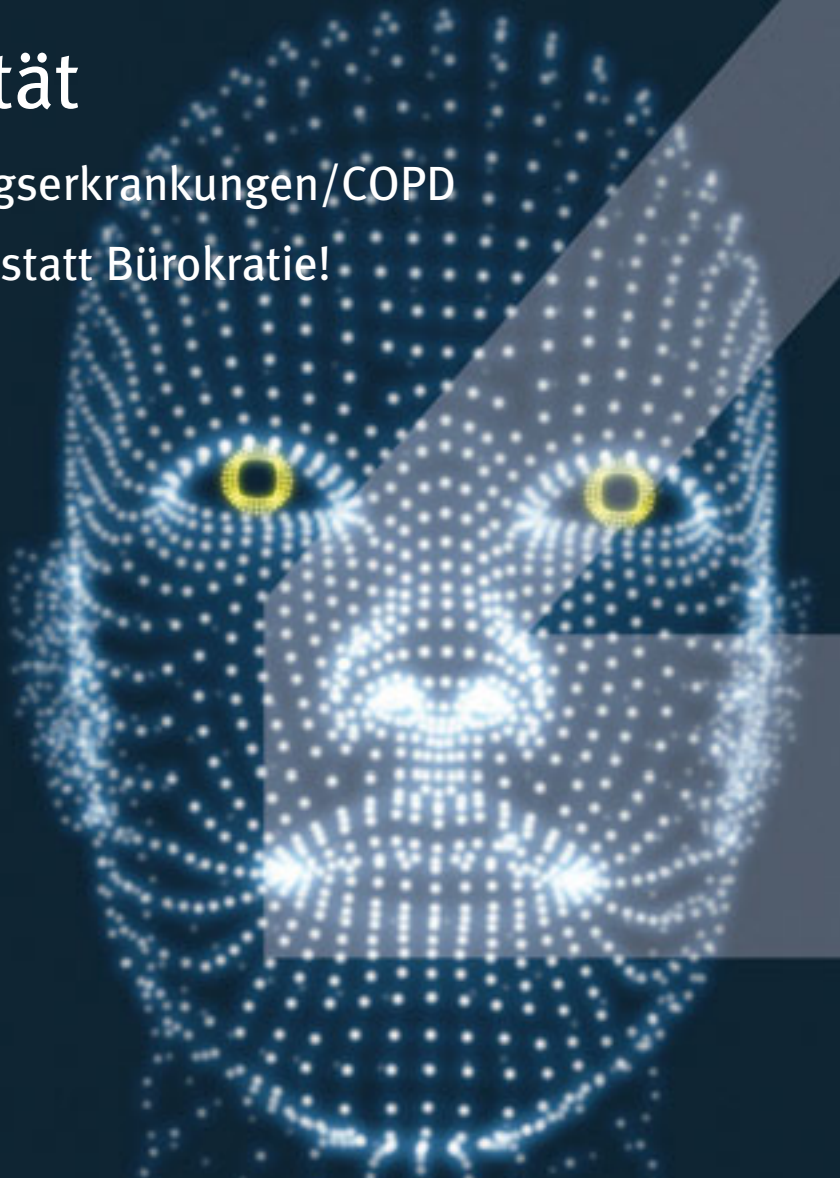


# VSAO JOURNAL

## Identität

- Atemwegserkrankungen/COPD
- Medizin statt Bürokratie!



# Jenseits der tradierten Axiome

Viele Gesellschaften sind durch eine Geschlechterordnung geprägt, welche nur zwei Kategorien kennt: Mann oder Frau. Multiple Alltagserfahrungen führen dazu, dass dieses binäre Denksystem kaum hinterfragt wird. Gleichwohl suchen zunehmend mehr Personen medizinische Hilfe, da sie sich dem ihnen bei Geburt zugewiesenen Geschlecht nicht zugehörig fühlen.

*Dr. med. David Garcia, Leiter Schwerpunkt für Geschlechtervarianz, Universitätsspital Basel*

Ein Axiom ist ein Grundsatz innerhalb einer wissenschaftlichen Theorie, welcher sich nicht logisch durch deren intrinsische Regeln ableiten lässt. Axiome beeinflussen unsere Standpunkte und unser Handeln innerhalb der verschiedenen Denksysteme, in welchen wir uns im Alltag bewegen. In westlichen Gesellschaften werden manche Axiome (z. B. das Euklidische Parallelenaxiom) offen thematisiert. Das ermöglicht eine kritische Auseinandersetzung mit den Grenzen der einzelnen Theorien und ermöglicht deren Erweiterung und/oder allenfalls deren Ersatz. Gleichzeitig fällt es auch im 21. Jahrhundert immer noch schwer, einen expliziten Diskurs über andere Axiome zu führen. Sie besitzen einen normativen Charakter, der darin begründet ist, dass sie keiner eigentlichen Erklärung bedürfen.

In diese Kategorie gehören zweifelsohne die Geschlechteraxiome, welche sich aus der «Alltagstheorie der Zweigeschlechtlichkeit» [1] (siehe Tab.) herleiten lassen. Beispielsweise wird in der Medizin die Tatsache, dass das Geschlecht von allen biologischen Markern (Gewicht, Blutdruck etc.) die einzige kategoriale und dazu binäre (Mann/Frau) Grösse ist, kaum kritisch hinterfragt. Dies obschon es genügend wissenschaftliche Belege gibt, dass die Zweigeschlechtlichkeit weder ein ubiquitäres [2] noch ein atemporales [3] Phänomen darstellt. Auch führt der Zirkelschluss, dass ein Mann ein Mann ist, weil extrauterin ein Penis sichtbar ist, der intrauterin entstanden ist, weil ein Mann ein Mann ist, zu keinen Diskussionen. Als gäbe es nicht genügend Beweise dafür, dass die Verlotung von äusseren Merkmalen (z. B. blondes Haar) nicht mit den inneren Werten (z. B. Intelligenz) einer Person korreliert, wird davon ausgegangen, dass Vagina und Penis stets die geschlechtsidentitäre Wahrheit offenbaren.

## Geschlechtsinkongruenz

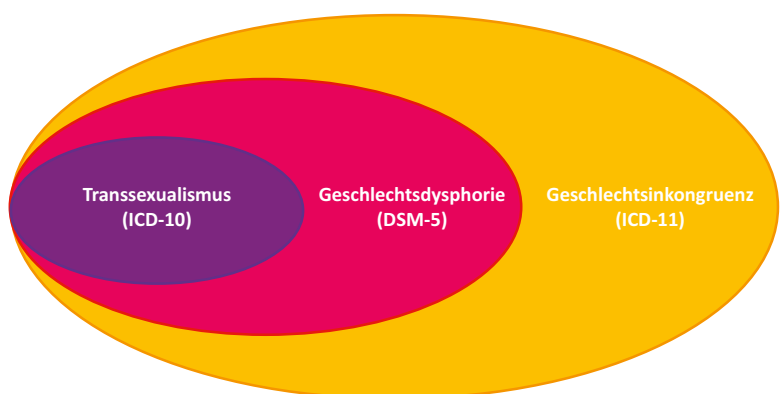
Auch wenn viele Personen sich in diesen normativen Geschlechtervorstellungen widerspiegeln sehen, gibt es zunehmend mehr Menschen, die einzelne oder mehrere der Geschlechteraxiome hinterfragen. Diese Tatsache löst in der Regel eine biopsychosoziale Spannung aus, welche als Geschlechtsinkongruenz (GI) bezeichnet wird (siehe Abb.). Viele dieser Personen fühlen sich dem ihnen bei Geburt aufgrund körperlicher Merkmale zugewiesenen Geschlecht nicht zugehörig. Andere hinterfragen wiederum weniger die Gleichung zwischen Körper- und psychischem

Geschlecht als viel mehr die Vorannahme, dass Menschen in ausschliesslich zwei Kategorien eingeteilt werden können. Manche erachten hingegen ihre Geschlechtsidentität nicht als zeitlich konstant, sondern sehen diese eher als fluid an [4]. Schliesslich streben einige dieser Personen ausschliesslich eine soziale Transition an, während andere einzig eine medizinische Geschlechtsangleichung und weitere sich beides wünschen [5].

Die Bezeichnungen für alle diese Identitätsphänomene sind so individuell und breit, dass sich in der Medizin in der Zwi-

*Tabella: Geschlechteraxiome*

1. Es gibt nur zwei Geschlechter.
2. Jede Person hat nur ein Geschlecht.
3. Das Geschlecht ist unveränderbar.
4. Körpergeschlecht und Geschlechtsidentität stimmen überein.
5. Geschlechtswechsel ist nur als temporäres Ritual akzeptabel.
6. Genitalien sind die essenziellen Indizien des Geschlechts.
7. Jede Person muss einem Geschlecht zuzuordnen sein.
8. Die Dichotomie männlich/weiblich ist natürlich.



*Abbildung: Darstellung der unterschiedlichen trans\* Diagnosen in den unterschiedlichen Diagnosesystemen*

schenzeit der Begriff trans\* als Schirmbegriff für alle Personen mit einer GI etabliert hat. Nüchtern betrachtet deutet die unterschiedliche Haltung der einzelnen Personen gegenüber den Geschlechteraxiomen nicht auf eine pathologische Entität hin. Zumindest konnte bisher keine einzige Studie einen direkten Zusammenhang zwischen einer bestehenden GI und einem psychopathologisch relevanten Zustandsbild aufzeigen [6]. In diesem Sinne sind trans\* Personen nicht ein «Fehler im System», sondern vielmehr ein Zeichen der menschlichen biopsychosozialen Geschlechtervarianz. Daher wird im aktuellen Vorschlag der voraussichtlich im Jahr 2018 erscheinenden ICD-11 die GI nicht mehr im Sinne des «Transsexualismus» (siehe Abb.) als psychopathologische Störung, sondern als ein die sexuelle Gesundheit beeinflussender Zustand beurteilt [7].

Gleichwohl und in dem Mass wie sie an den tradierten Geschlechteraxiomen rütteln, lösen trans\* Personen stigmatisierende Reaktionen aus, welche alle wichtigen Lebensbereiche umfassen [8]. Die Ausschlusserfahrungen, welche diese Personen erleben, erstrecken sich von ihrer Unsichtbarmachung über verbale Beschimpfungen bis zur tödlichen Gewalt [8]. Es ist daher nicht erstaunlich, dass viele trans\* Personen – insbesondere vor Beginn ihres geschlechtsangleichenden Prozesses ein gemäss DSM-5 klinisches Leiden – eine sog. Geschlechtsdysphorie (GD) (siehe Abb.) – aufweisen können [9]. Die die GD häufig begleitenden psychischen Störungen (z. B. depressive, Angst-, Sucht- und/oder Somatisierungsstörungen [10, 11]) sind in diesem Sinne als reaktive und stigmabedingte Störungen und nicht als primäre Pathologie zu verstehen [12].

Führt man sich die Probleme, mit welchen trans\* Personen konfrontiert sind, vor Augen, so erscheint die Dringlichkeit, mit der sie medizinische und soziale geschlechtsangleichende Veränderungsprozesse anstreben, verständlich. Gemäss Langzeituntersuchungen bietet die Transition eine sichere Möglichkeit, um die beschriebenen Spannungszustände reduzieren zu können [13, 14]. Moderne Behandlungskonzepte [15, 16] verlassen frühere paternalistische Zugänge, indem sie beispielsweise trans\* Personen nicht per se pathologisieren oder von ihnen einen sog. «Alltagstest» verlangen. Gleich-

zeitig berücksichtigen sie die negative Wirkung einer nach wie vor trans\* negativen Umwelt auf die Gesundheit von trans\* Menschen und versuchen, diese Probleme frühzeitig anzugehen.

### Nachsorge nötig

Eine medizinische Transition kann sowohl von erfahrenen Kolleg\_innen in der Praxis als auch in den nationalen interdisziplinären Referenzzentren (z. B. am Schwerpunkt für Geschlechtervarianz in Basel) stattfinden. Aufgrund der Komplexität der medizinischen Eingriffe, ihrer psychosozialen und psychosexuellen Folgen und der damit verbundenen Entscheidungsprozesse wird jedoch eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Behandelnden empfohlen [15, 16]. Viele trans\* Personen profitieren von einer sog. psychiatrisch-psychotherapeutischen Transitionsbegleitung. Es gibt jedoch auch Situationen, wo eine solche nicht notwendig bzw. nicht erwünscht wird. Entgegen der häufig vertretenen Meinung stellen die geschlechtsangleichenden Operationen nicht den Endpunkt einer Transition dar. Häufig verkörpern sie nicht einmal deren wichtigstes Ziel. Der Prozess der Geschlechtsangleichung bleibt eine lebenslange Herausforderung. Nach der langsam voranschreitenden Entstigmatisierung der interdisziplinären Behandlung von trans\* Personen bleibt in diesem Sinne die Nachsorge eine der Hauptaufgaben, um die sich trans\* inklusive Gesundheitssysteme in nächster Zeit werden kümmern müssen. ■

### Literatur

1. Hagemann-White, C., Die Konstrukteure des Geschlechts auf frischer Tat ertappen? Methodische Konsequenzen einer theoretischen Einsicht. *Feministische Studien*, 1993. 11(2): p. 68–78.
2. Thomas, W., and S.-E. Jacobs, «... And we are still here»: From berdache to two-spirit people. *American Indian culture and research journal*, 1999. 23(2): p. 91–107.
3. Wiesner-Hanks, M.E., *Gender in History: New perspectives on the past*. 2001, Malden, MA: Wiley-Blackwell.
4. Richards, C., W.P. Bouman, L. Seal, et al., Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry*, 2016. 28(1): p. 95–102.
5. Loos, F.K., A. Köhler, J. Eyssel, et al., Subjektive Indikatoren des Behandlungserfolges und Diskriminierungserfahrungen in der trans\* Gesundheitsversorgung. Qualitative

Ergebnisse einer Online-Befragung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 2016. 29(3): p. 205–223.

6. Robles, R., A. Fresán, M.E. Medina-Mora, et al., Categories that should be removed from mental disorders classifications: Perspectives and rationales of clinicians from eight countries. *Journal of clinical psychology*, 2015. 71(3): p. 267–281.
7. Drescher, J., P. Cohen-Kettenis, and S. Winter, Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 2012. 24(6): p. 568–577.
8. Fundamental Rights Agency, *Being Trans in the EU. Comparative analysis of EU LGBT survey data*. 2014, Publications of ce of the European Union: Luxembourg.
9. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM 5)*. 2013: American Psychiatric Association.
10. Flentje, A., N.C. Heck, and J.L. Sorensen, Characteristics of transgender individuals entering substance abuse treatment. *Addictive behaviors*, 2014. 39(5): p. 969–975.
11. Bockting, W.O., M.H. Miner, R.E. Swinburne Romine, et al., Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J Public Health*, 2013. 103(5): p. 943–51.
12. Hendricks, M.L. and R.J. Testa, A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2012. 43(5): p. 460–467.
13. Sutcliffe, P.A., S. Dixon, R.L. Akehurst, et al., Evaluation of surgical procedures for sex reassignment: a systematic review. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery*, 2009. 62(3): p. 294–306.
14. White Hughto, J.M. and S.L. Reisner, A Systematic Review of the Effects of Hormone Therapy on Psychological Functioning and Quality of Life in Transgender Individuals. *Transgender Health*, 2016. 1(1): p. 21–31.
15. Garcia Nuñez, D., P. Gross, M. Baeriswyl, et al., Von der Transsexualität zur Gender-Dysphorie – Beratungs- und Behandlungsempfehlungen bei TransPersonen. *Swiss Medical Forum*, 2014. 14(19): p. 382–387.
16. Garcia Nuñez, D. and T.O. Nieder, Geschlechtsinkongruenz und-dysphorie. *Gynäkologische Endokrinologie*, 2017. 15(1): p. 5–13.