

Persönliche PDF-Datei für Hagen Löwenberg

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Non-Binarität – Behandlung aus psychotherapeutischer Perspektive: Ein Kommentar zur neuen S3-Leitlinie

DOI 10.1055/a-1159-2839
Z Sexualforsch 2020; 33: 95–99

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:
© 2020 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN 0932-8114

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags

 **Thieme**

Non-Binarität – Behandlung aus psychotherapeutischer Perspektive: Ein Kommentar zur neuen S3-Leitlinie

Non-Binarität – Treatment from a Psychotherapeutic Perspective: A Commentary on the New S3-Guideline

Autor_in

Hagen Löwenberg

Institut

Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
Mülheim an der Ruhr

Schlüsselwörter

Diskriminierung; Geschlechtsidentität;
Körpermodifikationen; Non-Binarität; Transgender

Keywords

body modifications; discrimination; gender identity;
non-binary; transgender

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1159-2839>

Z Sexualforsch 2020; 33: 95–99

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0932-8114

Korrespondenzadresse

Dr. med. Hagen Löwenberg
Schloßstr. 16
45468 Mülheim an der Ruhr
info@praxis-loewenberg.de

ZUSAMMENFASSUNG

Non-binäre Behandlungssuchende sind in der neuen S3-Leitlinie genau wie in den neuen Diagnosemanualen (DSM-5, ICD-11) ausdrücklich inkludiert. Damit stehen ihnen alle in der S3-Leitlinie angeführten Behandlungsmöglichkeiten bei Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie zur Verfügung. Gleichwohl sind einige Besonderheiten zu beachten. Non-Binarität begegnet uns in der psychotherapeutischen Praxis in Erscheinungsformen, die von nicht geschlechterrollenkonformem Erleben in unterschiedlichen Lebensbereichen

bis zu expliziter Identifizierung als non-binär reichen. Typische Probleme bei Non-Binarität sind Unsichtbarkeit, Vulnerabilität und Diskriminierung. In der Gesundheitsversorgung begegnen non-binäre Behandlungssuchende besonderen Schwierigkeiten. Die Anerkennung der geschlechtlichen Identifizierung und die Würdigung des persönlichen Leids sind bei der psychotherapeutischen Unterstützung und Vorbereitung auf körpermodifizierende Maßnahmen von großer Bedeutung. Es wird für selbstbestimmte, individuelle Lösungen nach gemeinsamer Exploration der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten plädiert. Dabei können im Einzelfall neben den in der Leitlinie aufgeführten evidenzbasierten Maßnahmen auch experimentelle Körpermodifikationen eine Berechtigung haben.

ABSTRACT

Non-binary clients are explicitly included in the new S3-Guideline as well as in the new diagnostic manuals (DSM-5, ICD-11). This makes available to them all of the treatment options for gender incongruence or gender dysphoria listed in the guideline. Nevertheless, there are some particular aspects to be considered. In psychotherapeutic practice, we encounter the non-binary in manifestations ranging from gender-nonconforming experience in different areas of life to explicit identification as non-binary. Typical problems with the non-binary are invisibility, vulnerability, and discrimination. Non-binary clients face particular difficulties in health care. The acknowledgement of the client's gender identification and respect for their personal suffering are of great importance for psychotherapeutic support and preparation for body modification measures. After a joint exploration of the options available, self-determined, individual solutions are advocated. In addition to the evidence-based procedures listed in the guideline, experimental body modifications may also be justified in individual cases.

Ich schreibe diesen Kommentar als Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychoanalytiker, der seit weit über zwanzig Jahren therapeutisch, als Gutachter und wissenschaftlich in diesem Feld arbeitet und sich in interdisziplinären Arbeitsgruppen und Netzwerken engagiert. An der S3-Leitlinie habe ich als Mandatsträger der *Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärzt-*

liche Psychotherapie (DGPM) mitgewirkt und wirke jetzt auch an der in Vorbereitung befindlichen chirurgischen S2k-Leitlinie zu Geschlechtsinkongruenz mit. Die Arbeit mit non-binären Patient*innen ist einer meiner Schwerpunkte.

Die S3-Leitlinie verwendet genau wie die neueren diagnostischen Manuale DSM-5 und ICD-11 eine inklusive Terminologie, die

explizit auch Trans*-Personen einschließt, die sich non-binär, also weder eindeutig weiblich noch eindeutig männlich identifizieren. Damit sind Medizin und Psychotherapie vor eine neue Herausforderung gestellt, da sie sich ebenso wie das Recht bis jetzt dieser Thematik gegenüber eher verschlossen gezeigt haben. Im Gegensatz dazu gibt es in den gesellschaftswissenschaftlichen Disziplinen einen Diskurs über etwa fünf Jahrzehnte zu diesen Fragen. Medizin und Psychotherapie wären gut beraten, sich mit diesem Diskurs auseinanderzusetzen.

Handelt es sich bei den „Non-Binären“ um eine neue Gruppe von Behandlungssuchenden, die jetzt wie eine Welle auf uns zukommen, um auch eine „Transsexuellen-Behandlung“ in Anspruch nehmen zu können? Handelt es sich um einen neuen „Subtypus“ von Transsexualität? Beides ist zu verneinen. Das Konzept der Non-Binarität stellt unser soziales Konstrukt der Zweigeschlechtlichkeit im Allgemeinen in Frage. Identität ist ein Begriff der Sozialpsychologie. Identitätsentwicklung hat in der Sozialpsychologie auf der einen Seite etwas mit dem Prozess der Selbsterkenntnis und auf der anderen Seite mit dem Prozess der Selbstgestaltung zu tun. George Mead (1973: 177) schreibt: „Identität entwickelt sich [...] innerhalb des gesellschaftlichen Erfahrungs- und Tätigkeitsprozesses“. Die subjektive Geschlechtsidentität als Teilaspekt der Identität entwickelt sich durch die Identifizierung mit einer sozialen Geschlechterrolle. In Bezug auf die Geschlechterrolle ist zwischen einer kategorialen und einer dimensional Betrachtung zu unterscheiden. In einer heteronormativ gestalteten Gesellschaft wie der unseren weiß in der Regel jedes Kind mit zwei Jahren, welcher binären Kategorie – weiblich oder männlich – es zugewiesen wird, und auch, dass diese Zuweisung aufgrund der biologischen Ausstattung mit einer Scheide oder einem Penis erfolgt. Die meisten Kinder entwickeln bis zum Alter von vier Jahren ein stereotypes Geschlechterrollenverständnis, das sich im weiteren Entwicklungsverlauf mehr oder weniger ausdifferenziert. Die soziale Geschlechterrolle hat dabei einen deskriptiven Aspekt, der beschreibt, welche Merkmale jeweils typisch für die Angehörigen einer Kategorie sind, und einen präskriptiven Aspekt, der vorschreibt, wie sich Angehörige der jeweiligen Kategorie zu verhalten haben. Bei einer dimensional Betrachtung lässt sich feststellen, dass sich jede Person mehr oder weniger gut mit diesen binären Rollenvorgaben identifizieren kann. Das kann zum Beispiel heißen, dass ich mich zwar als Mann identifiziere, aber viele Eigenschaften und Verhaltensweisen habe, die eher für eine Frau typisch wären.

Non-Binarität und Identität

Identität ist kein feststehendes Merkmal, sondern entwickelt sich in einem Prozess. Dabei entwickeln sich am Anfang des Lebens die Ich-Grenzen. Die Pubertät ist eine wichtige Phase für die Entwicklung der sexuellen Identität. Die Adoleszenz ist wiederum wichtig für die Entwicklung einer kulturellen Identität. Letztlich erstreckt sich die Identitätsentwicklung über die gesamte Spanne des Lebens. Die Entwicklung der Geschlechtsidentität und auch der sexuellen Identität wird stark durch biologische Faktoren beeinflusst, ist aber kein biologischer Prozess. Zu Beginn des Lebens hat die Feststellung, welche primären Geschlechtsorgane ich habe und in welche soziale Kategorie ich mich deshalb einfügen habe, einen

grundlegenden Einfluss auf meine Identitätsentwicklung. In der Pubertät beeinflussen bei einer biologisch weiblichen Person zum Beispiel die Entwicklung der Brust oder die Menarche die Entwicklung der sexuellen Identität und prägen auch die weibliche Geschlechtsidentität. Entsprechend prägen zum Beispiel Stimmbruch, Bartwuchs oder „Vermännlichung“ des Körperbaus die Entwicklung einer männlichen Geschlechtsidentität und sexuellen Identität. Bei einer transidenten Entwicklung sind wir häufig damit konfrontiert, dass die geschlechtliche Identifizierung mit einer nicht zu den biologischen Merkmalen passenden sozialen Geschlechterrolle so weit fortgeschritten ist, dass beispielsweise bei einer biologisch weiblichen Person die Brustentwicklung nicht mehr integriert werden kann, sondern ein starkes Dissonanzempfinden auslöst. Kategorial betrachtet entwickelt sich im Sinne der Selbstgestaltung, aber auch der Selbsterkenntnis eine Geschlechtsidentität im Widerspruch zu den körperlichen Geschlechtsmerkmalen. Die Person identifiziert sich nicht als Frau, sondern als Mann. Ihr Frauenkörper ist „falsch“. Dimensional betrachtet hieße das: Sie hat eine zumindest überwiegende Präferenz für die vermeintlich nicht zu ihrem Körper passende soziale Geschlechterrolle. „Ich kann mich mit so vielen Aspekten eines weiblichen Geschlechterrollenbildes nicht identifizieren, dass ich besser als Mann oder mit einem non-binären Geschlecht leben kann.“

Die in den USA lebende nigerianische Schriftstellerin Chimamanda Ngozi Adichie hat in ihrem Manifest „Mehr Feminismus!“ (2016: 25) geschrieben: „Das Problem mit Geschlechterrollen ist, dass sie uns vorschreiben, wie wir sein sollen, statt anzuerkennen, wie wir sind. Man stelle sich vor, wie viel glücklicher wir wären, wie viel freier, so zu sein, wie wir sind, wenn es diese belastenden Erwartungen nicht gäbe.“

Non-Binarität und die S3-Leitlinie

Aber wer sind denn nun diese Non-Binären? Wenn wir neue Kategorien bilden, auf der einen Seite die Kategorie der normalen Binären – wobei wir den binär trans identifizierten „Frau-zu-Mann“ oder „Mann-zu-Frau“ nun auch Normalitätsstatus zuerkennen – und auf der anderen Seite die Kategorie der abnormen Non-Binären, dann konstruieren wir unnötigerweise eine neue Gruppe von Sonderlingen. Aus einem dimensional Blickwinkel ließe sich fragen: Sind wir nicht alle ein bisschen non-binär? Dass die Debatte über Non-Binarität im Zuge der S3-Leitlinie aufkommt, ist kein Zufall. Non-Binarität ist die zweite Seite der Medaille, sobald wir über Individualisierung der Behandlung und Stärkung des Rechts auf Selbstbestimmung sprechen, zwei zentrale Anliegen der Leitlinie. Schematische Behandlungsabläufe können nur zusammen mit schematischen Vorstellungen von Geschlecht gedacht werden. Hier ist der Mann, der sich zur Frau „umoperieren“ lässt. Hier ist die Frau, die eine „Geschlechtsumwandlung“ zum Mann macht. In weiten Teilen sind die medizinisch-psychotherapeutische Versorgung und die Begutachtungspraxis bei Geschlechtsinkongruenz nach wie vor stark von solchen Vorstellungen geprägt und verursachen damit unnötiges Leid.

Wenn wir über Non-Binarität sprechen, geht es auch darum, unser Konzept von Transidentität oder Geschlechtsinkongruenz aus dem Zwangskorsett binärer Geschlechterrollenkonzepte zu befreien. Ohne die Illusion „natürlicher“ Geschlechterrollen zu überwin-

den, können wir vielen Behandlungssuchenden nicht angemessen helfen. Die kanadische Soziologin Myra Hird hat bereits 2002 gefordert, unsere Theorien über Transsexualität soziologisch neu auszurichten. Sie erklärt, dass sich die Verkörperlichung (Embodiment) geschlechtlicher Identifizierungen nicht in einer einzelnen wissenschaftlichen Sprache erklären lässt, nicht in der Sprache der Neurobiologie und auch nicht in der Sprache der Psychoanalyse. Multidisziplinarität ist zwar mit vielen Widersprüchen verbunden, bereichert aber unser Verständnis von Transidentität und Geschlechtsinkongruenz enorm. Wenn wir Menschen mit einer Geschlechtsinkongruenz, die zu uns kommen, helfen wollen, so sein zu können, wie sie sind, dann kommen wir nicht darum herum, unser mehr oder weniger stark verinnerlichtes Konzept der Zweigeschlechtlichkeit zu hinterfragen und zumindest in Teilen zu überwinden.

Non-Binarität in der psychotherapeutischen Praxis

Mit welchen Erscheinungsformen von *non-binary* habe ich in der psychotherapeutischen Praxis überhaupt zu tun? Zum einen treffe ich Menschen, die sich bewusst als non-binär identifizieren. Das sind in der Regel reflektierte Menschen, die viel über sich selbst und die Welt um sie herum nachgedacht haben. Das können Personen sein, die sich mit einem Gender identifizieren, das weder weiblich noch männlich ist, oder die von sich sagen, dass sie genderfluid sind, d. h. zwischen weiblich und männlich switchen. Es kann sich um Personen handeln, die sich als agender, also keinem Geschlecht zugehörig identifizieren, oder die das Konzept Gender als auf sich unanwendbar gänzlich ablehnen. Neben dieser zunehmenden, zurzeit noch recht überschaubaren Zahl von Menschen, die sich explizit als non-binär bei mir vorstellen, habe ich in nicht geringem Ausmaß mit Menschen zu tun, die sich selbst in der ein oder anderen Weise als non-binär erleben. Die Angaben über die Häufigkeit von Non-Binarität schwanken dementsprechend und betreffen ein Viertel bis ein Drittel in Stichproben mit Trans*-Personen (Richards et al. 2017) bzw. bis zu mehr als ein Drittel von Befragten in der Allgemeinbevölkerung, die angaben, sich bis zu einem gewissen Grad dem anderen Geschlecht zugehörig zu fühlen oder beiden Geschlechtern oder auch keinem Geschlecht (Joel et al. 2013). In der psychotherapeutischen Praxis sehe ich manchmal eine non-binäre Identifizierung als Übergang auf dem Weg zu einer binären Transidentität, weil es vielleicht anfangs leichter gewesen ist zu sagen, „ich fühle mich nicht als Frau“, als explizit festzustellen, „ich fühle mich als Mann“. Aber ebenso sehe ich auch eine binär transgeschlechtliche Identifizierung als Übergang zu einer non-binären Geschlechtsidentität, sei es, weil auf diesem Wege der Zugang zu notwendigen körpermodifizierenden Maßnahmen leichter erschien, oder sei es als individuelle Weiterentwicklung der eigenen Identität und Prozess der Emanzipation von stereotypen Rollenvorgaben. In der psychotherapeutischen Praxis hat man schon immer in unterschiedlichsten Zusammenhängen mit non-binären Phänomenen zu tun gehabt. Vieles stellte sich dann so dar, dass Herr X. ein Problem mit seiner Männlichkeit oder Frau Y. ein Problem mit ihrer Weiblichkeit hätte. Im Hinterkopf herrschte dabei oft die Vorstellung, dass der Patient oder die Patientin geheilt wäre, wenn er oder sie sich hinlänglich an das Stereotyp angepasst

hätte. Aber, wie Adichie sagt, wie viel glücklicher wären wir, wenn wir das nicht müssten.

Praktisch alle psychotherapeutischen Schulen haben ein binäres Konzept von Geschlecht. Auf die Psychoanalyse, in der ich ausgebildet bin, trifft das ohne Frage zu. Die britische Psychologin Christina Richards (2017) schreibt in diesem Kontext, zufriedene Cisgender-Personen, die mit ihrer zugewiesenen Rolle in Einklang stünden, seien nicht der Goldstandard für die Ausgestaltung von Geschlecht, sondern sie hätten einfach nur das Glück, weniger Arbeit damit zu haben. Sie schreibt, dass es das Risiko psychischer Probleme geben werde, solange sich Trans*-Personen an Cisgender-Normen messen würden. „Reality is not binary – neither should our practice be“ (Richards 2017: 164). Die Realität ist nicht binär – und unsere Behandlungskonzepte sollten es auch nicht sein. Die geschlechtliche Wirklichkeit ist weitaus komplexer als die oft reduktionistischen Modelle, die wir davon haben.

Psychotherapie ist ein emanzipatorischer Prozess. Psychotherapie soll dabei unterstützen, dass eine Person mit dem, was sie ausmacht, wie sie sich innerlich erlebt, einen Platz im Leben findet und sich wohlfühlt. Psychotherapie dient nicht dazu, dass sich jemand an unsere Vorstellungen anpasst oder an äußere Anforderungen, die ihm nicht entsprechen. Auch nicht an Geschlechterstereotype oder Transidentitätsstereotype. Die typischen Probleme im Zusammenhang mit Non-Binarität sind Unsichtbarkeit, Vulnerabilität und Diskriminierung. Die Unsichtbarkeit zeigt sich schon in der Sprache, „sie“ oder „er“, „Herr“ oder „Frau“. Bei fast allen Umfragen oder Fragebögen kann entweder „weiblich“ oder „männlich“ angekreuzt werden. Im Personenstandsrecht gibt es die Einträge „weiblich“ oder „männlich“. Neuerdings gibt es für biologisch Intergeschlechtliche eine dritte Möglichkeit, aber nicht für Transidente oder Non-Binäre. Selbstverständlich kann sich auch eine intergeschlechtliche Person non-binär identifizieren, aber ebenso gut als Mann oder Frau. Bei öffentlichen Toiletten wird zwischen weiblich und männlich unterschieden, bei Personenkontrollen am Flughafen, beim Aufstellen nach Geschlechtern in der Schule, in manchen religiösen Räumen, um nur einige Beispiele zu nennen. Zahlreiche Produkte sind gegendert, nicht nur Kleidung und Parfüm, mit steigender Tendenz und zum Teil grotesken Auswüchsen. Für Personen, die sich non-binär identifizieren oder außerhalb der Geschlechterrollenvorgaben leben, ist die Unsichtbarkeit in vielen Fällen mit einer hohen psychischen Belastung verbunden.

Vulnerabilität bedeutet, dass das Leben mit einer non-binären Identifizierung in einer binär inszenierten Welt außerordentlich anstrengend und eine große Herausforderung sein kann. Bei einer Aufteilung in Gruppen fand sich, dass es bei Personen, die sich non-binär identifizieren, mehr psychische Probleme gab als in der Allgemeinbevölkerung und auch mehr psychische Probleme als bei binär Transgeschlechtlichen (Murjan und Bouman 2017). Das liegt allerdings nicht daran, dass Non-Binarität etwas Pathologisches wäre, sondern es hat vor allem etwas mit *Minority Stress* zu tun. Das Risiko für psychische Probleme, Suizidalität und Selbstverletzungen ist bei non-binär Identifizierten vergleichsweise hoch. Die Unsichtbarkeit ist fast zwangsläufig mit Diskriminierung verbunden. Sei es, dass eine non-binäre Person auf der persönlichen Ebene auf

Unverständnis und Zurückweisung stößt, oder sei es auf struktureller bzw. institutioneller Ebene.

Ein besonderes Problem ist die Diskriminierung im Bereich der medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung und Begutachtung. Wenn von Gender-Spezialist*innen, Gutachter*innen, Gerichten oder behandelnden Ärzt*innen gefordert wird, dass Menschen, seien sie nun cis oder vor allem trans*, sich Geschlechterstereotypen zu fügen haben, ist das Diskriminierung. Diese Diskriminierung betrifft non-binär identifizierte Menschen in besonderem Ausmaß, aber auch nicht-geschlechterkonformes Verhalten im Allgemeinen. Der Verstoß gegen den präskriptiven Anteil der Geschlechterrolle, also sich beispielsweise als Mann – und auch als Transmann – nicht zu verhalten wie ein „richtiger“ Mann, wird gesellschaftlich in der Regel mit Ausgrenzung sanktioniert. In DSM-5 und ICD-11 ist Non-Binarität inkludiert, in der S3-Leitlinie auch, in der Versorgungsrealität jedoch nicht. Maßnahmen zur Linderung der Geschlechtsdysphorie werden bei non-binärer Identifizierung fast konsequent von den Kostenträgern abgelehnt. Das ist eine massive Diskriminierung, vielleicht nicht unbedingt intendiert, aber vom Ergebnis her betrachtet. Behandlungssuchende, die sich non-binär identifizieren, sind häufig gezwungen, sich gegenüber Behandelnden und Krankenkassen als binär trans auszugeben, um angemessenen Zugang zur Versorgung zu bekommen. Um Hilfe zu bekommen, muss sich die Person erneut als etwas ausgeben, was sie nicht ist.

Der S3-Leitlinie folgend ist die therapeutische Haltung bei einer Psychotherapie bei Geschlechtsinkongruenz von zentraler Bedeutung. Wenn ich das geschlechtliche Selbsterleben einer Person nicht anerkenne, kann ich als Psychotherapeut*in eigentlich sofort wieder abdanken. Die therapeutische Haltung fängt bei der Anrede an. Es ist keine psychotherapeutische Frage, ob ich eine Person so anspreche, wie sie das möchte. Es ist auch keine juristische oder pädagogische Frage und erst recht keine Frage meiner persönlichen Meinung, wie ich die Person sehe. Es ist eine ethische Frage, einen Menschen so anzusprechen, wie es seinem eigenen Erleben entspricht. Das kann bei einer non-binären Identifizierung eine Herausforderung sein. Es besteht aber immer die Möglichkeit, eine Person zu fragen, wie sie angesprochen werden möchte, und sich danach zu richten. Wir können es als Psychotherapeut*innen nicht ändern, dass die Behandlungssuchenden und wir selbst in einer binär inszenierten Welt leben. Aber wir können unser eigenes Verständnis erweitern. Wir können anerkennen, dass es ein Problem für non-binäre Personen ist, ununterbrochen mit binären Annahmen konfrontiert zu werden. Wir können anerkennen, welche Anstrengung es für sie bedeutet, nicht geschlechterrollenkonforme Seiten entweder zu unterdrücken oder gegenüber einer verständnislosen Umwelt zu behaupten. Ein erster wichtiger Schritt in einer Psychotherapie ist oft die Würdigung des persönlichen Leids. Diese Art von Akzeptanz und Verständnis ist eine gute Grundlage für eine tragfähige therapeutische Beziehung. Unsere Aufgabe in einer Psychotherapie ist es, einen sogenannten Möglichkeitsraum zur Verfügung zu stellen. Das ist ein Raum, in dem ohne negative oder reale Konsequenzen mögliche Veränderungen exploriert und manchmal auch in einem gewissen Umfang ausprobiert werden können. Zum Beispiel neue Pronomen oder ein neuer Name. Oder mögliche Änderungen des äußeren Erscheinungsbildes,

wie Kleidung oder Frisur. Oder sei es das Durchspielen von Körpermodifikationen, wie zum Beispiel von Hormoneinnahme oder einzelnen chirurgischen Eingriffen. Sei es die Abwägung zwischen *Coming-out* oder *Staying-in* in unterschiedlichen Kontexten. Wichtig ist es, dabei die Gefahren oder Gegenübertragungsrisiken, die für mich als Psychotherapeut*in in so einem Prozess gegeben sind, im Auge zu behalten. Es besteht auf der einen Seite die Gefahr, dass ich zum Gatekeeper werde, der sinnvolle Schritte oder Maßnahmen begrenzt oder verhindert. Das passiert leicht, wenn ich mich unter Druck gesetzt fühle, zum Beispiel sehr schnell irgendwelche Indikationen zu stellen, oder wenn ich die Person nicht verstehe und ich deswegen einen ablehnenden Affekt ihr gegenüber entwickle und sie am liebsten „los wäre“. Auf der anderen Seite besteht auch das Risiko, dass ich Co-Aktivist*in werde und die Person pushe. Das passiert vor allem dann, wenn ich mich unreflektiert mit der Person gegen das trans*-feindliche System verbünde. Hierfür gäbe es gerade bei Non-Binarität mehr als genügend Anlass. Aber beide Haltungen würden die behandlingssuchende Person stark einschränken. Die Kunst ist es, einen Raum zu bieten, in dem die Person selbst alles Mögliche abwägen und überlegen kann. Sich mit den eigenen Wünschen, Hoffnungen, Fantasien, aber auch Ängsten, Schamgefühlen und Ambivalenzen auseinandersetzen kann. Um am Ende dann zu selbstbestimmten Entscheidungen über ihren weiteren Weg zu gelangen. Das ist aus meiner Sicht gute psychotherapeutische Arbeit und im besten Sinne ein emanzipatorischer Prozess. Es spricht sicher nichts dagegen, die Person im Weiteren dann bei der Umsetzung ihrer selbstbestimmten Entscheidungen tatkräftig zu unterstützen.

Non-Binarität und Körpermodifikationen

Eine Hauptaufgabe ist es, gemeinsam herauszufinden, wie man als non-binäre Person in dieser binär gestalteten Welt den besten Weg für sich findet. Wenn es um Körpermodifikationen geht, muss ich mir bewusst sein, dass dies bei Non-Binarität eine besondere Herausforderung sein kann. Psychotherapeutische Empfehlungen oder Indikationen für körpermodifizierende Maßnahmen bei Geschlechtsinkongruenz basieren gemäß der S3-Leitlinie immer auf einem *informed consent* und einer partizipativen Entscheidung. Im zweiten Teil der Leitlinie werden alle in Frage kommenden körpermodifizierenden Maßnahmen aufgeführt. Als Voraussetzung für die Durchführung werden immer der Abschluss der Diagnostik und eine partizipative Entscheidung bezüglich der konkreten Maßnahme gefordert. Möglichst vielfältige Alltagserfahrungen im Identifikationsgeschlecht werden empfohlen. Die Diagnostik funktioniert bei Menschen, die sich non-binär identifizieren, nicht anders als bei denjenigen, die sich binär trans identifizieren. Im Wesentlichen geht es bei dem diagnostischen Prozess darum, die individuelle Entwicklung und den Leidensdruck einer Person plausibel nachzuvollziehen und eventuell vorhandene begleitende psychische Störungen einzuordnen und ggf. einer passenden Behandlung zuzuführen. Der Leitlinie ist zu entnehmen, dass alle angeführten Maßnahmen – ob konservativ, operativ oder Hilfsmittel – gut dazu geeignet sind, den Leidensdruck durch die Geschlechtsdysphorie signifikant zu reduzieren. Voraussetzung ist, dass die behandlingssuchende Person selbst zu dem Schluss gekommen ist, dass sie die jeweilige Maßnahme für eine Verbesse-

nung ihres Kongruenzempfindens benötigt. Man kann und sollte gemeinsam alle Möglichkeiten erörtern und abwägen, aber am Ende kann es nur die Person für sich selbst entscheiden. Es gibt kein anderes sinnvolles Kriterium dafür, welche dieser Maßnahmen im Einzelfall hilfreich sind und welche nicht. Das gilt bei non-binär identifizierten Personen genauso wie bei binär Transgeschlechtlichen. Nur sind die Abwägungsprozesse bei Non-Binarität manchmal schwieriger. Vielleicht braucht eine Person mit weiblichem Körper keine tiefe Stimme und keinen Bartwuchs, um sich mit sich im Einklang zu fühlen, aber eine flache Brust. Ein starres Behandlungsschema – es müssen sechs bis zwölf Monate Testosterongabe erfolgt sein, bevor eine Mastektomie durchgeführt werden kann – ist in diesem Fall hinderlich. Eventuell wäre eine Hormonbehandlung sogar schädlich, in jedem Fall aber überflüssig und damit auch ethisch fragwürdig und unwirtschaftlich. Wohingegen die Mastektomie medizinisch notwendig wäre, um die Geschlechtsdysphorie bei dieser Person adäquat zu behandeln.

In Hinsicht auf Körpermodifikationen bei Non-Binarität gibt es zum einen die Option, wie bei binär Transgeschlechtlichen eine individuell passende Auswahl feminisierender oder maskulinisierender Maßnahmen in Anspruch zu nehmen. Daneben gibt es aber auch Behandlungssuchende, die hormonelle und/oder chirurgische Maßnahmen zur geschlechtlichen Veruneindeutigung benötigen. Solche Maßnahmen sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch als weitgehend experimentell einzuschätzen. Gleichwohl werden sie in verschiedenen Ländern durchgeführt. Diese Eingriffe abzulehnen, weil es keine Studien dazu gibt, mündet in einen Teufelskreis. Wenn die Eingriffe nicht durchgeführt werden, kann auch niemand Studien darüber erstellen. Bei einer ethischen Betrachtung solcher Eingriffe ist zu beachten, ob sie zur Linderung des Leidensdrucks durch die Geschlechtsdysphorie führen, ohne einen dysfunktionalen Körperzustand herbeizuführen. Was ein funktionaler oder dysfunktionaler Körperzustand ist, liegt zu einem beträchtlichen Teil aber auch wieder im Ermessen der betroffenen Person selbst und kann nur im Dialog mit ihr beantwortet werden. Ideologische Annahmen über Geschlechterordnungen und „regelhafte“ oder „regelwidrige“ Körperzustände führen nicht zu einer adäquaten Behandlung und Hilfe für die betroffenen Personen, die sich in dieser Ordnung nicht wiederfinden können.

Abschlussbemerkung

In ihrem dystopischen Roman „Die Gabe“ schreibt die britische Schriftstellerin Naomi Alderman (2018: 460): „Das Geschlecht ist ein Hütchenspiel. Was ist ein Mann? Das, was eine Frau nicht ist. Was ist eine Frau? Das, was ein Mann nicht ist. Tipp darauf, und es ist hohl. Schau unter die Hütchen: nichts.“

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Adichie CN. Mehr Feminismus! Ein Manifest und vier Stories. Frankfurt: Fischer 2016
- Alderman N. Die Gabe. München: Heyne 2018
- Hird MJ. For a Sociology of Transsexualism. *Sociology* 2002; 36: 577–595
- Joel D, Tarrasch R, Berman Z, Mukamel M, Ziv E. Queering Gender: Studying Gender Identity in ‚Normative‘ Individuals. *Psychology & Sexuality* 2013; 5: 291–321
- Mead GH. Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus. Frankfurt: Suhrkamp 1973
- Murjan S, Bouman WP. Psychiatry. In: Richards C, Bouman WP, Barker MJ, Hrsg. *Genderqueer and Non-Binary Genders*. London: Palgrave 2017; 125–140
- Richards C. Psychology. In: Richards C, Bouman WP, Barker MJ, Hrsg. *Genderqueer and Non-Binary Genders*. London: Palgrave 2017; 141–167
- Richards C, Bouman WP, Barker MJ. Introduction. In: Richards C, Bouman WP, Barker MJ, Hrsg. *Genderqueer and Non-Binary Genders*. London: Palgrave 2017; 1–8