

ATME e.V.

Aktion Transsexualität und Menschenrecht

reparative Therapien (nicht nur) an Kindern

(Stand: 04/2012)

ATME e.V.
Aktion Transsexualität und Menschenrecht e.V.
Straßenäcker 9
71634 Ludwigsburg
atme-ev@email.de
<http://atme-ev.de>

(1) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, das Recht des Kindes zu achten, seine Identität, ... zu behalten.

(2) Werden einem Kind widerrechtlich einige oder alle Bestandteile seiner Identität genommen, so gewähren die Vertragsstaaten ihm angemessenen Beistand und Schutz mit dem Ziel, seine Identität so schnell wie möglich wiederherzustellen.

(Artikel 8 [Identität]. Übereinkommen über die Rechte des Kindes¹)

¹ Das Übereinkommen über die Rechte des Kindes, kurz UN-Kinderrechtskonvention (englisch Convention on the Rights of the Child, CRC), wurde am 20. November 1989 von der UN-Generalversammlung angenommen und trat am 2. September 1990, dreißig Tage nach der 20. Ratifizierung durch ein Mitgliedsland in Kraft. Beim Weltkindergipfel vom 29. bis 30. September 1990 in New York verpflichteten sich die Regierungsvertreter aus der ganzen Welt zur Anerkennung der Konvention. Der Kinderrechtskonvention sind mehr Staaten beigetreten als allen anderen UN-Konventionen, nämlich alle mit Ausnahme von Somalia und der USA. (Wikipedia)

Inhaltsverzeichnis

Was ist eine reparative Therapie?	5
Grundlegendes.....	5
Die Umpolungs-Therapie bei „Geschlechtsidentitätsstörung“	7
Allgemeines.....	8
Das 3-Säulen-Modell einer Umpolungstherapie.....	8
1. Säule: Die Rolle der Eltern.....	9
2. Säule: Die Therapie mit dem Kind.....	9
3. Säule: „The Barbies must go!“.....	10
Kritik (International)	11
Folgen jeder Therapie an Kindern mit der Diagnose „Geschlechtsidentitätsstörung“ oder „Genderdysphorie“.....	14
Folge 1: Double bind - Doppelbindung.....	15
Folge 2: verminderter Selbstwert (Blue Eyed).....	15
Folge 3: Falschen Diagnosen zustimmen um Hilfe zu erhalten (Rosenhan).....	17
Folge 4: Stigmatisierung.....	20
Fazit - Schluss.....	21
Wer mit Wem	24
Hintergründe der Ideologie der „Geschlechtsidentitätsstörung“ und des Märchens ihrer Heilbarkeit	26
ICD- und DSM-Diagnosen.....	26
Historisches.....	26
Die DSM-V-Workgroup.....	28
„Geschlechtsidentitätsstörung“ und Homosexualität.....	30
John Money und die Geschlechtsrollen.....	35
Psychoanalyse und Peniskult.....	38
Schlussfolgerung.....	41
Biologische Ursachen von Transsexualität	42
Neurobiologie: Dick Swaab.....	42
Genetik: UCLA/Prince Henry's Institute.....	43
Zwillingsstudien.....	44
Transsexualität - eine Form der Intersexualität.....	45
Transsexualität und psychische Störungen	47
Menschenrechte und reparative Therapien	49
Die Menschenwürde.....	49
Yogacarta Prinzip 18:	
Das Recht auf Schutz vor medizinischer Misshandlung	51

Das Kinderrechtsabkommen.....	52
Forderungen.....	55
Der Verein Aktion Transsexualität und Menschenrecht e.V. (ATME).....	56

Was ist eine reparative Therapie?

*"Angenommen, Sie wären ein Arzt
und ein 4-jähriger schwarzer Junge käme ins Büro
und sagte, er wolle weiß sein.
Würden Sie das hinnehmen?
Ich glaube nicht, dass Sie das täten."*

(Kenneth Zucker²)

Grundlegendes

„Dass unsere Geschlechtsidentität bereits in der Gebärmutter festgelegt wird, ist noch nicht lange bekannt. Zwischen 1960 und 1980 dachte man, ein Kind käme als unbeschriebenes Blatt zur Welt, dessen Verhalten von seinem Umfeld in eine männliche oder weibliche Richtung gelenkt werde. Diese Vorstellung hatte schwerwiegende Folgen [...]“³ (Dick Swaab)

Ein wichtiges Merkmal einer reparativen Therapie ist die Leugnung der Angeborenheit und der Feststellbarkeit der Transsexualität im Kindesalter, da dies die Voraussetzung für eine mögliche Therapie darstellt. Bernd Meyenburg, Universität Frankfurt⁴, sagte in einem Interview mit der Selbsthilfegruppe VIVA⁵:

„Eine eindeutige Diagnose "Transsexualität" kann präpubertär überhaupt noch nicht gestellt werden. [...]“

Herr Beier von der Charite Berlin in einer Emailantwort an ATME:

„Hinsichtlich der angesprochenen Problematik hat mich überrascht, dass Sie von einem „transsexuellen Mädchen“ sprechen, weil die „Transsexualität“ eine diagnostische Zuordnung ist, die man für Menschen mit einer Geschlechtsidentitätsstörung in dem Alter noch nicht vornehmen kann, da hierfür ausreichend sichere Kriterien fehlen.“

Zudem wird geleugnet, dass die biologischen Ursachen der Transsexualität schon seit Jahrzehnten bekannt sind und man heute weiß, dass Kinder transsexuell geboren werden. In einem Interview für das Freie Radio für Stuttgart äußerte am 6.02.2012 Frau Prof. Dr. med. Ute Thyen, von der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Universität zu Lübeck:

² <http://www.npr.org/templates/transcript/transcript.php?storyId=90247842>

³ Dick Swaab (2011): Wir sind unser Gehirn. Wie wir denken, leiden und lieben. ISBN: 978-3-426-27568-9. Droemer-Verlag. S. 87/88

⁴ Dr. Bernd Meyen war ehemals Oberarzt am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt, Klinik für Psychiatrie des Kinder- u. Jugendalters.

⁵ Quelle: <http://www.vivats.de/zeitung/00-2/artikel/mayenburg.html>, 29.08.2009, 12:40 Uhr

„Das weiß man nicht, woher die Geschlechtsidentität kommt.“

Und Sophinette Becker behauptet 2011:

„Geschlechtsidentität ist ebenso wenig natürlich gegeben wie ausschließlich das Produkt einer freien Wahl.“⁶

Und das schreibt die Hauptverantwortliche für die deutschen „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen!“⁷

„Die Rechte der Eltern, die Entwicklung der Kinder zu beaufsichtigen ist ein seit langem etabliertes Prinzip. Wer hat das Recht vorzuschreiben, dass die Eltern nicht versuchen dürfen, ihre Kinder in einer Weise aufzuziehen, die die Möglichkeit eines heterosexuellen Ergebnisses [outcomes] maximiert? Wenn dieses Vorrecht der Eltern verweigert wird, soll Eltern dann auch das Recht, ihre Kinder als Atheisten zu erziehen verweigert werden? Oder als Priester?“

So Kenneth Zucker und Susan Bradley in ihrem Buch „Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents“⁸.

„... doch wohin ich schaue, sehe ich das Gebot, die Eltern zu respektieren, nirgends aber ein Gebot, das Respekt für das Kind verlangt.“ (Alice Miller 1980: 302⁹)

Prinzipiell gilt also der Wunsch der Eltern (bzw. des mit der Gesundheitsfürsorge beauftragten Menschen), nicht der Wunsch des Kindes. Dieses wird nicht gefragt. In manchen Fällen wäre es sogar notwendig, die Eltern zu überreden, wenn weder Eltern noch Kinder diese Therapie wollen. Bernd Meyenburg:

„Wichtig ist auch eine Beratung der Eltern, vor allem in Fällen, in denen die Eltern einer Behandlung ablehnend gegenüberstehen.“¹⁰

Und Frau Herta Richter-Appelt¹¹ erzählt, dass man bei einem Widerstand gegen die Therapie auch schon mal drohen muss, keine medizinische Behandlung zu gewähren, wenn man nicht macht, was der Therapeut will:

⁶ Becker, Sophinette (2011): Geschlechtsidentitäten und sexuelle Orientierung. (Park-Klinik Sophie Charlotte Berlin 23. 2. 1011, Vortragsmanuskript)

⁷ *„Deshalb wurden die folgenden „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ von einer von der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung einberufenen Expertenkommission unter der Leitung von Sophinette Becker erarbeitet.“* in:

Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. Autoren: Sophinette Becker, Hartmut A. G. Bosinski, Ulrich Clement, Wolf Eicher, Thomas M. Goerlich, Uwe Hartmann, Götz Kockott, Dieter Langer, Wilhelm F. Preuss, Gunter Schmidt, Alfred Springer, Reinhard Wille. Psychotherapeut. 1997 • 42:256-262 © Springer-Verlag 1997

⁸ Zitiert nach: Ex-Gay Watch: <http://www.exgaywatch.com/wp/2007/05/zucker-and-bradley/> (11.02.2012).

Originalausgabe: Zucker, Kenneth J. and Susan J. Bradley (1995): Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents. Guilford Publications, Inc. ISBN 0-89862-266-2 (Oktober 1995)

⁹ Miller, Alice (1980): Am Anfang war Erziehung. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1983. Zitiert nach Friedemann Schulz von Thun (Quelle: <http://www.thur.de/philo/lh/miller.htm>)

¹⁰ Quelle: <http://www.vivats.de/zeitung/00-2/artikel/mayenburg.html> (11.02.2012)

¹¹ Prof. Dr. med. Herta Richter-Appelt, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie

„Von sexualmedizinischer Seite wird empfohlen [...], dass betroffene Personen zunächst in psychotherapeutischer Behandlung bzw. Beratung sein müssen, bevor irgendwelche medikamentösen oder chirurgischen Interventionen ins Auge gefasst werden. Dies sollte auch berücksichtigt werden, wenn die Patienten versuchen, Therapeuten und Ärzte unter Druck zu setzen und zu einer schnellen Handlung zu bewegen.“¹²

„Die psychotherapeutische Arbeit sollte langfristig sein, d.h. über einen Mindestzeitraum von 2 Jahren 1- bis 2-mal wöchentlich, geplant werden.“¹³

So wollen es die Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Die Umpolungs-Therapie bei „Geschlechtsidentitätsstörung“

„[...] lassen Sie [das Kind] [...] immer denken, es würde bestimmen, aber in Wirklichkeit bestimmen nur sie selbst. Es gibt keine perfektere Form der Unterwerfung als die, die das Erscheinungsbild der Freiheit bewahrt, das nimmt den Willen selbst gefangen. Das arme Kind, das nichts weiß, kann nichts tun, und hat keine Erfahrung - ist es nicht in deiner Gewalt? Haben Sie nicht die Kontrolle über alles in seiner Umgebung, das ihn betrifft? Können sie nicht seine Eindrücke kontrollieren, wie sie wollen? Seine Aufgaben, seine Spiele, seine Freude, seine Sorgen - ist all das nicht in Ihren Händen, ohne dass er es weiß? Zweifellos kann er tun, was er will, aber er kann nur wünschen, was Sie wollen, er kann nicht einen einzigen Schritt tun, ohne dass Sie ihn erwarten; er seinen Mund öffnen, ohne dass Sie wissen werden, was er sagen wollte.“ (Rousseau in „Emile“¹⁴)

¹² Richter-Appelt, Hertha, Verena Schönbacher, Katinka Schweizer (2008): Transsexualität versus Intersexualität. Zwei unterschiedliche Varianten der Geschlechtsentwicklung. gynäkologie + geburtshilfe. 1·2008

¹³ Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 167 - 178

¹⁴ Zitiert nach: Alice Miller :

Rousseau's pedagogy is profoundly manipulative. This does not always seem to be recognized by educators, but it has been convincingly demonstrated and documented by Braunmühl. One of his numerous examples is the following passage from Emile (Book II):

„Take an opposite route with your pupil; always let him think he is the master, but always be it yourself. There is no more perfect form of subjection than the one that preserves the appearance of freedom; thus does the will itself become captive. The poor child, who knows nothing, can do nothing, and has no experience--is he not at your mercy? Are you not in control of everything in his environment that relates to him? Can you not control his impressions as you please? His tasks, his games, his pleasure, his troubles--is all this not in your hands without his knowing it? Doubtlessly, he may do as he wishes, but he may wish only what you want him to; he may not take a single step that you have not anticipated, he may not open his mouth without your knowing what he is going to say.“ in: Miller, Alice: FOR YOUR OWN GOOD - Pages 74-98 in the print edition. Quelle: <http://www.nospank.net/fyog10.htm#bottom>

Allgemeines

Bei S. Krege (2011) „Störungen der Sexualentwicklung und Identität im Kindes- und Jugendalter. Expertenmeeting in Krefeld, 12.02.2011“¹⁵ ist zu lesen:

„[...] Patienten wurden sowohl kognitiv-behavioral als auch auf tiefenpsychologischer Basis behandelt.“

Auch die Therapie von Cohen-Kettenis und Pfäfflin mit Kindern mit so genannter „Geschlechtsidentitätsstörung“ erfolgt auf vielfältige Weise:

„Je nach Fall und spezifischen Bedürfnissen werden unterschiedliche therapeutische Ansätze angeboten: Verhaltenstherapie, soziales Kompetenztraining, Elternterapie, individuelle Spiel- und Familientherapie, sowie psychodynamisch orientierte Therapie“¹⁶

Wie sich Klaus M. Beier (Charite Berlin), Hartmut A. G. Bosinski (Kiel¹⁷), und Kurt Loewit¹⁸ die Therapien an Kindern mit sogenannter "Geschlechtsidentitätsstörung" vorstellen, kann in dem Buch „Sexualmedizin“ von (2005) nachgelesen werden. Beier, Bosinski und Loewit (2005) erklären gleich zu Beginn ihres Kapitels „Therapeutisches Vorgehen“, dass sie sich an die therapeutischen Vorgaben von Kenneth Zucker halten, bzw. ihre Therapien nach seinen Erfahrungen ausführen:

„Folgende psychotherapeutische Settings haben sich als hilfreich erwiesen (Zucker und Bradley 1995¹⁹) [...]“²⁰

Das 3-Säulen-Modell einer Umpolungstherapie

Prinzipiell wird diese Therapie ambulant durchgeführt, nur in seltenen Fällen stationär. Zudem werden fast ausschließlich Kinder mit Penis behandelt, die sich nicht genital-Penis-typisch verhalten, nach Ansicht der Eltern oder Therapeuten.

¹⁵ S. Krege (2011): Störungen der Sexualentwicklung und Identität im Kindes- und Jugendalter. Expertenmeeting in Krefeld, 12.02.2011. Urologe 2011 · 50:1449–1463. DOI 10.1007/s00120-011-2702-8. Online publiziert: 10. September 2011. © Springer-Verlag 2011

¹⁶ Möller, Birgit, Herbert Schreier, Alice Li and Georg Romer, MDa (2009): Gender Identity Disorder in Children and Adolescents. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2009;39:117-143

¹⁷ Hartmut Bosinski leitet die Sektion für Sexualmedizin am Universitätsklinikum Kiel

¹⁸ Prof. Dr.med. Kurt Loewit. Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie. Leitung Sexualmedizin. Leopold-Franzen-Universität. Sonnenburgstr 8, A-6020 Innsbruck. Kurt.Loewit@uibk.ac.at

¹⁹ Zucker, Kenneth J. and Susan J. Bradley (1995). Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents. Guilford Press ISBN 0-89862-266-2

²⁰ Beier, Klaus M., Hartmut A. G. Bosinski, und Kurt Loewit: Sexualmedizin. Elsevier, München (2005), Seite 411

1. Säule: Die Rolle der Eltern

Die innere Dynamik der Familie ist sehr wichtig für die Beeinflussung des Kindes, wenn ambulant behandelt wird. Bei stationärer Behandlung übernimmt diese Rolle die Psychiatrie, bzw. die jeweiligen Pfleger/Ärzte.

In der Familie wird das aufrecht erhaltende Element für die so genannte „Geschlechtsidentitätsstörung“ gesehen. Um diese so genannte „Störung“ in der Familie zu bekämpfen, bekommen die Familienmitglieder den Auftrag, dem Kind in etwa folgende Botschaft zu übermitteln: „Wir lieben dich, aber du bist ein Junge, nicht ein Mädchen. Möchtest du weiterhin ein Mädchen sein, so wirst du langfristig nur unglücklich sein. Und das Vortäuschen ein Mädchen zu sein, wird dein Leben nur härter machen.“

Beier, Bosinski und Loewit (2005)²¹ dazu:

„Eltern-Kind-Gruppe: [...] Auch hier werden [genital-]geschlechtskonforme kindliche und zusätzlich [genital-]identitätsfördernde Eltern-Kind-Aktivitäten verstärkt und nach Sitzungsende nochmals mit den Eltern thematisiert.“

„Im Zentrum der begleitenden Eltern-Einzel-Therapie stehen die in der Diagnostikphase ausgemachten intrafamiliären Verstärker [genital-]geschlechtsatypischen Verhaltens.“

„Kurz gesagt heißt das: Kinder streben auch dann noch danach, die Aufmerksamkeit der Eltern nicht zu verlieren, wenn die Eltern ein Verhalten zeigen, das in extremer Weise gegen die Interessen des Kindes gerichtet ist.“ (Wikipedia zu Alice Miller)²²

2. Säule: Die Therapie mit dem Kind

Die zweite Säule der Therapie ist die Therapie mit dem Kind. Sie soll das Kind dazu bringen, dass ihm klar wird, dass es kein Mädchen werden kann (oder sich wie eines kleiden kann) und ihm klar machen, dass es von anderen verachtet wird, wenn es das weiterhin glaubt. Außerdem soll die Therapie dem Kind mit Penis klarmachen, wie sehr einen die anderen Kinder verspotten werden, wenn man als Kind mit Penis eine Puppe mit in die Schule nimmt.

Die Kinder werden zudem in manchen Therapien darauf trainiert - wenn sie mit Penis geboren wurden, also transsexuelle Mädchen oder homosexuelle Jungen - sich möglichst „männlich“ zu bewegen, „männlich“ zu gehen, und andere „männliche“ Verhaltensmuster, die zum stereotypen Weltbild des Therapeuten gehören, zu zeigen.

²¹ Beier, Klaus M., Hartmut A. G. Bosinski, und Kurt Loewit: Sexualmedizin. Elsevier, München (2005), Seite 411

²² http://de.wikipedia.org/wiki/Am_Anfang_war_Erziehung

Im Buch "Sexualmedizin" wird das Vorgehen der Umpolungstherapien vorgestellt und dabei auf Kenneth Zucker aus Kanada verwiesen. So empfehlen Beier, Loewit und Bosinski:

„Im Zusammenspiel mit einer gemischt- [genital-]geschlechtlichen Kleingruppe [...] werden vom Therapeuten [genital-]geschlechtstypische Spielangebote mit Rollen für beide [genitalen] Geschlechter [...] angeboten, wobei wobei [genital-]geschlechtskonforme Verhaltensangebote gemacht und [genital] adäquate Verhaltensweisen belohnt werden [...]. [Genital-] Geschlechtsatypische Verhaltensweisen werden nicht beachtet.“

Auch bei Cohen-Kettenis und Pfäfflin ...

„ist ein Ziel der Behandlung die "Förderung" der Kinder mit der GID mit [genital-]gleichgeschlechtlichen Altersgenossen zu spielen“²³

In einer Einzeltherapie wird besonderes Gewicht auf die Genitalien des Therapeuten gelegt, da diese eine besonders heilsame Wirkung haben sollen. So schreiben Beier, Bosinski und Loewit:

"Einzeltherapie [...] Ein Therapeut gleichen [genitalen] Geschlechts, der zugleich Rollenmodellcharakter bekommt, sollte eingesetzt werden. Die Therapie bezieht sich auf gemeinsame Spiel- (Zeichen-, Gesprächs-)Aktivität, wobei [genital-]geschlechtskonforme Verhaltensangebote gemacht und [genital-]adäquate Verhaltensweisen belohnt werden ... [Genital-]Geschlechtsatypische Verhaltensweisen werden nicht beachtet bzw. - beiläufig - unterbunden ..."²⁴

3. Säule: „The Barbies must go!“

Dem Kind wird möglichst alles an Spielzeug weggenommen, das im stereotypen Weltbild des Therapeuten oder der Eltern „Mädchenspielzeug“ darstellt (einschließlich rosa Buntstiften). Auch alles was man sonst irgendwie feminin interpretieren könnte, muss aus dem Bereich des Kindes verschwinden. Man glaubt, dass Duldung und Ermutigung von Spielsachen oder Kleidung, die in extrem stereotypen Weltbildern als weiblich gelten, die Heilung des Kindes von seiner „schlimmen Krankheit“ verhindern. So wird das Kind letztlich dazu gezwungen, nur noch das zu tun, was ihm keine Freude macht. Es wird umerzogen und soll an Dingen Gefallen finden, an denen es bisher keinen Gefallen fand.

Als „feminin“ verstandene Spielsachen und Kleidung werden bei transsexuellen Mädchen als „*intrafamiliäre Verstärker [genital-]geschlechtsatypischen Verhaltens.*“ (Beier, Bosinski, Loewit) betrachtet und stellen somit ein Problem dar, ein mögliches Hindernis für das Therapieziel. Auch Peggy Cohen Kettenis und Friedemann Pfäfflin

²³ Möller, Birgit, Herbert Schreier, Alice Li and Georg Romer, MDa (2009): Gender Identity Disorder in Children and Adolescents. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2009;39:117-143

²⁴ Beier, Klaus M., Hartmut A. G. Bosinski, und Kurt Loewit: Sexualmedizin. Elsevier, München (2005), Seite 411

sehen eine Gefahr darin, wenn Eltern das Spielen mit Puppen oder das Tragen der falschen Kleidung nicht unterbinden:

„Die Autoren empfehlen den Eltern Einschränkungen beim "Cross-Dressing" zu setzen, damit die Kinder sich nicht in ihren Fantasien verlieren [...].“²⁵

Denn sonst könne das Therapieziel *„Zugehörigkeitsgefühl zum [genitalen] Geburtsgeschlecht bestärken“* (Beier, Bosinski, Loewit²⁶) nicht erreicht werden.

Kritik (International)

„Ein Bericht von 2003 in der Zeitschrift der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry nannte seine Technik "etwas beunruhigend nah an der reparativen Therapie für Homosexuelle," und Autorin Phyllis Burke hat die Vorstellung, dass transsexuelle Kinder als psychisch krank behandelt werden sollten, hinterfragt und gesagt: "Die Diagnose von GID [= Geschlechtsidentitätsstörung, Anm. des Verf.] bei Kindern [...] ist einfach Kindesmissbrauch.“²⁷

Diane Ehrensaft, Psychologin aus San Francisco zu der oben aufgeführten Therapiemethode²⁸:

"Für mich ist das eine Zwangstherapie. Und ich finde nicht, dass wir das Recht haben, Menschen zu etwas zu nötigen. ... Ich würde sagen, dass alle Kinder, mit denen ich arbeitete und die diese Behandlung erleiden mussten, ging es danach nicht besser, es ging ihnen schlechter."

Organisatoren einer Demonstration, die am 1. Oktober 2008 in London²⁹ stattfand, beschreiben in ihrem Aufruf folgendes:

"Opfer dieser Therapien bleiben oft für einen langen Zeitraum stark traumatisiert zurück. Sie berichten von Depressionen und Selbstmordversuchen."

²⁵ Die Therapie nach Cohen-kettenis und Friedemann Pfäfflin wird zitiert in:

Möller, Birgit, Herbert Schreier, Alice Li and Georg Romer, MDa (2009): Gender Identity Disorder in Children and Adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2009;39:117-143

²⁶ Beier, Klaus M., Hartmut A. G. Bosinski, und Kurt Loewit: *Sexualmedizin*. Elsevier, München (2005), Seite 410

²⁷ Aus: "Dr. Kenneth Zucker's War on Transsexuals" von der Website:

"<http://womenborntanssexual.com/2009/02/11/dr-kenneth-zuckers-war-on-transsexuals/>. Taken From Queerty, posted by Japhy Grant

²⁸ Frau Diane Ehrensaft, Ph.D., ist Spezialisten für Kinder-, Jugend- und Entwicklungspsychologie.

Die Methoden von Kenneth Zucker sind identisch mit den in Deutschland angewandten Methoden, laut einer Aussage von Bernd Meyenburg gegenüber ATME.. Quelle: Alix Spiegel, NPR News, Washington. "Two Families Grapple with Sons' Gender Identity". Copyright ©2008 National Public Radio®.

²⁹ In England werden sie vor allem von Di Ceglie durchgeführt. Siehe auch:

<http://transactivist.wordpress.com/2011/04/05/psychiatrists-plan-transphobic-conference-in-london/>

Eltern eines Kindes die dieses Kenneth Zucker zur Therapie gegeben hatten, berichten folgendes:

"Er wollte mit nichts mehr spielen und begann damit Bilder zu malen. Ich dachte er ist wirklich verloren, alle Spiele die er vorher spielte waren ja nun aus dem Haus verbannt, und nun malte er den ganzen Tag lang. Seine Bilder zeigten nun aber die Aktivitäten, Spiele und Gegenstände, zu denen er keinen Zugang mehr hatte - Prinzessinen mit langem Haar, Elfen, rosa Regenbogen."³⁰

Es gibt immer wieder Opfer von Umpolungsversuchen, auch in Deutschland. Von der Charite in Berlin erreichte uns folgende Schilderung:

„Mein Kind war 2 Jahre in der Charite. Als es dann mit 13 Jahren einmal rausdurfte, brachte es sich um.“

Dass auch Therapien an homosexuellen Kindern, die gleichfalls die Diagnose „Geschlechtsidentitätsstörung“ erhalten, z.B. an der Universität in Kiel (verantwortlicher Leiter der Sektion für Sexualmedizin ist Harald Bosinski³¹) stattfinden, wissen wir durch folgende Schilderung einer transsexuellen Frau:

„Außerdem habe ich [...] den Suizidversuch eines homosexuellen Jugendlichen miterlebt, an dem in Kiel eine solche "Umpolungstherapie" angewandt wurde. Ich wurde damals mit 14 in die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Kiel wegen Suizidgedanken eingeliefert. Ich kam in ein Zimmer mit einem homosexuellen Jungen, [...] Ich hatte jede Kooperation verweigert, bin einfach im Bett liegen geblieben. Darauf hatten sie mit fast einer Woche Nahrungsentzug reagiert. Wasser musste ich in der Toilette trinken. Bloß einmal, da lagen Kisten mit Apfelsaftflaschen im Flur. Ich hatte mir sofort eine geschnappt. Abends, als ich sie ausgetrunken hatte, hatte sie sich der homosexuelle Junge genommen, und in einem Handtuch zerdeppert. Er meinte, dass er sich jetzt umbringt. Ich lag regungslos im Bett. Mit den Splintern hatte er sich am Arm die Haut aufgeritzt, aber nicht so sehr um davon zu verbluten. [...] Darauf hin bekam [...] der Junge [...] ein Einzelzimmer. Ich war dabei anwesend, wie der Psychiater das vorm Jugendamt gerechtfertigt hat. Dabei hatte er angedeutet, dass er ein Einzelzimmer braucht, damit es zwischen ihm und seiner eigentlich platonischen Freundin zu intimen Kontakten kommen kann. Damals dachte ich, ich bin im falschen Film.“

Aus einer Klinik in Schleswig stammt folgender Bericht:

„Von meinen [...] Psychiatrieaufenthalt [...] in Schleswig kann ich vom Wegtherapieren geschlechtsunkonformen Verhaltens berichten. Ein Mädchen hatte

³⁰ Alix Spiegel, NPR News, Washington. "Two Families Grapple with Sons' Gender Identity". Copyright ©2008 National Public Radio®.

³¹ Harald Bosinski veröffentlicht gemeinsam mit Korte, Alexander; Goecker, David; Krude, Heiko; Lehmkuhl, Ulrike; Grüters-Kieslich, Annette; Beier, Klaus Michael im Ärzteblatt: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/62493> Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter: Zur aktuellen Kontroverse um unterschiedliche Konzepte und Behandlungsstrategien. Dtsch Arztebl 2008; 105(48): 834-41; DOI: 10.3238/arztebl.2008.0834.

mir erzählt, dass sie es als sehr diskriminierend empfand, dass sie da gezwungen wurde sich zu schminken.“³²

In Deutschland werden diese Therapien und ihre Folgen bislang offiziell in Kauf genommen, von Medizin und Politik. Interessiert hat dieser Missbrauch an transsexuellen und homosexuellen, weil als psychisch gestört geltenden Kindern in Deutschland bislang niemanden. Und das, obwohl es bis heute keine einzige wissenschaftliche Untersuchung gibt, die die Wirksamkeit solcher Therapien belegt!

„Denn in keiner Systematischen Studie konnte bis heute nachgewiesen werden, dass sich auch nur eine dieser Entwicklungen [Homosexualität oder Transsexualität, Anm. des Verf.] durch medizinische oder psychologische Behandlungsformen hätte verhindern oder hätte umkehren lassen“³³

Udo Rauchfleisch, ehemals Professor an der Uni Basel, schreibt dazu:

„Häufig wird die Änderung im Sexualverhalten mit schweren Depressionen, zentralen Selbstwertproblemen und tiefer Verzweiflung erkaufte und kann bis zum Suizid der betreffenden Menschen führen... Hier muss man eindeutig von einem Missbrauch und einer Schädigung durch sogenannte therapeutische ... Interventionen sprechen. ... Es ist deshalb wichtig, dass die medizinischen und psychologischen Fachverbände eindeutig Stellung nehmen gegen derartige unprofessionelle und ethisch nicht vertretbare Aktivitäten.“³⁴

Wer aber soll in Deutschland dagegen Stellung beziehen, wenn die sexualwissenschaftlichen Institute, also die deutschen Fachverbände, so tun, als gäbe es solche Therapien in Deutschland nicht, bzw. sie selbst befürworten und ihre Durchführung unterstützen? Auch Udo Rauchfleisch kritisiert nicht offen diese Therapien an deutschen Universitäten, sondern nur die Therapien an sich. Warum?

Wie geht man nun damit um, wenn in Deutschland die Angeborenheit von sexueller Orientierung und geschlechtlicher Identität allgemein angezweifelt wird und Homosexualität und Transsexualität als heilbar gelten (vor allem im Kindesalter)?

Und was bleibt Kindern, um sich gegen reparative Therapien zu wehren? Sie müssen ihre Homosexualität oder Transsexualität verschweigen. Kelley Winters hierzu:

GID [GID=Gender Identity Disorder = Geschlechtsidentitätsstörung, Anm. v. ATME] fördert implizit grausame und schädliche das geschlechtliche Verhalten "reparierende" psychiatrische "Behandlungen", mit dem Ziel, die Übereinstimmung mit dem zugeordneten Geburtsgeschlecht durchzusetzen und andere Ausdrucksformen und das Wissen über sich selbst zu unterdrücken. Einmal mit GID diagnostiziert, ist der einzige Weg diesem zu entkommen, seine geschlechtliche

³² Aus einer Email an ATME

³³ Fegert, Jörg Michael / Annette Streeck-Fischer / Harald J. Freyberger (Hrsg.): Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Schattauer; 2009. S. 417

³⁴ Stellungnahme zur Broschüre: "Homo-Ehe?! Nein zum Ja-Wort" der Seelsorgeorganisation "Wüstenstrom" von Prof. Dr. Udo Rauchfleisch, Professor für Klinische Psychologie an der Universität Basel und Psychotherapeut in privater Praxis in Binningen/BL, Schweiz. Quelle: <http://www.huk.org/aktuell/wuestenstrom-veraenderbar.htm>

*Identität vollständig zu verbergen und sein authentisches Selbst zu verleugnen.*³⁵
(Kelley Winters, Ph.D., GID Reform Advocates, www.gidreform.org)

„Maßnahmen der Zwangsbehandlung dürfen nur als letztes Mittel und nur dann eingesetzt werden, wenn sie im Hinblick auf das Behandlungsziel, das ihren Einsatz rechtfertigt, Erfolg versprechen und für den Betroffenen nicht mit Belastungen verbunden sind, die außer Verhältnis zu dem erwartbaren Nutzen stehen.“ (2 BvR 882/09, vom 23.03.2011³⁶)

Welchen Nutzen hat es, wenn ein (transsexuelles) Mädchen als Junge lebt, oder ein (transsexueller) Junge als Mädchen? Was rechtfertigt diese Zwangs-Therapien?

"Wenn wir Menschen die Freiheit geben sich zu entfalten und zu sein, wer sie wirklich sind, ermöglichen wir Gesundheit. Und wenn wir versuchen die Möglichkeit einzuengen, und das Zweiglein biegen (bend the twig), schaffen wir eine schlechte psychische Gesundheit." (Dr. Diane Ehrensaft³⁷)

Folgen jeder Therapie an Kindern mit der Diagnose „Geschlechtsidentitätsstörung“ oder „Genderdysphorie“

Transsexuelle und homosexuelle Kinder, denen eine „Geschlechtsidentitätsstörung“ auf Grund ihres „geschlechtunkonformen Verhaltens“ unter geschoben wird, sind in aller Regel psychisch gesunde Kinder ohne wesentliche Probleme - wären da nicht die Probleme der Eltern, die mit dem gezeigten Verhalten und den getätigten Äußerungen der Kinder nicht umgehen können. So werden die Probleme der Eltern zu den Problemen der Kinder gemacht und diese in eine Psychotherapie gesteckt (meist gegen ihren Willen), statt dass sich die Eltern einer Psychotherapie unterziehen, bzw. sich beraten lassen oder ihre Einstellung ändern.

Ähnliches kann auch intersexuellen Kindern geschehen, nachdem man sie durch Genitaloperationen zwangszugeordnet hat und sie dem zwangszugeordneten Geschlecht einfach nicht entsprechen wollen, in ihren Verhaltensweisen und Äußerungen.

Wenn Eltern ihr Kind zu einem Psychotherapeuten schleppen, obwohl das Kind keinerlei psychische Probleme hat und sich so wohl fühlt, wie es sich gibt, so wird

³⁵ Quelle: <http://www.gidreform.org/blog.html>

³⁶ BVerfG, 2 BvR 882/09 vom 23.3.2011, Absatz-Nr. (1 - 83),
http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20110323_2bvr088209.html

³⁷ Quelle (20.02.2012): <http://www.gidreform.org/dsm5.html>

sicherlich folgende Botschaft beim Kind ankommen: „Du bist nicht in Ordnung. Wir wollen dich so nicht. Du musst dich ändern.“ Während gleichzeitig evtl. Verständnis geheuchelt wird.

Ähnliches erlebt das Kind beim Therapeuten. Er verhält sich „akzeptierend“, spielt mit dem Kind, doch das Kind ist ja nicht dumm. Es weiß: „Der will etwas von mir, weil ich nicht 'richtig' bin.“. Evtl. fordert der Therapeut auch das Kind auf, mit Spielsachen zu spielen, die es nicht sonderlich mag (evtl. sind sogar gar keine Spielsachen da, die es mag, so dass keine Auswahl besteht) und das Kind ist gezwungen mit zu machen, um diese Therapiesitzung hinter sich zu bringen.

Wir haben also die implizite unausgesprochene Botschaft auf der einen Seite: „Du bist nicht ok, du musst zum Psychotherapeuten, du musst dich ändern“ und auf der anderen Seite die Aussagen: „Wir akzeptieren dich, so wie du bist“ oder vom Therapeuten: „Du bist nur zur Beobachtung da“. Es entsteht ein Paradoxon in welchem sich das Kind befindet.

Folge 1: Double bind - Doppelbindung

„Die Doppelbindungstheorie beschreibt die lähmende, weil doppelte, Bindung eines Menschen an paradoxe Botschaften oder Signale und deren Auswirkungen. Die Signale können den Inhalt der gesprochenen Worte betreffen, oder Tonfall, Gesten und Handlungen sein.“ (Wikipedia)

Durch paradoxe, sich widersprechende Botschaften, wird das Kind in seinen Handlungen gelähmt, es weiß nicht mehr, was es tun, machen, wie es reagieren soll. Es weiß auch nicht mehr, was es sagen darf und was nicht. Es stellt fest, dass alles, was es tut, für die Eltern oder den Therapeuten plötzlich eine Bedeutung hat, die es nicht versteht, bzw. in der es sich missverstanden fühlt. Im Volksmund würde man - aus der Sicht des Kindes - sagen: „Das macht mich wahnsinnig!“. Ähnlich ergeht es auch dem Kind, dem als Rettung vor dem Wahnsinn eigentlich nur der Rückzug nach innen bleibt, da nur eine Nicht-Reaktion (scheinbar) keine paradoxen Folgen hat. Kinder, die solcher Art paradoxer Botschaften ausgesetzt werden, werden deshalb oft als apathisch, gefühlsarm, abwesend oder als traurig beschrieben.

Folge 2: verminderter Selbstwert (Blue Eyed)

Es gibt zwei sehr interessante Experimente die aufzeigen was geschieht, wenn Menschen eingeredet wird, sie wären schlecht oder psychisch krank und sie sich noch zusätzlich in der Situation befinden, diesem zustimmen zu müssen und der Situation nicht entkommen können. Das erste ist über den Film „Blue Eyed“ berühmt geworden.

„Ein ungewöhnliches Konzept zur Thematisierung von Diskriminierung ist die braunäugig-blauäugig-Übung [...]. Das Seminar-Konzept wurde kurz nach der Ermordung des schwarzen Bürgerrechtlers Martin-Luther-King von der Grundschullehrerin Jane Elliott entwickelt. Sie wollte ihren Drittklässlern die Wirkung und Folgen von Ausgrenzung und Diskriminierung verdeutlichen und wusste, dass dies kaum gelingen könne, wenn sie das Thema im Unterricht nur theoretisch behandelt. "Oh großer Gott, bewahre mich davor, einen Menschen zu beurteilen, bevor ich nicht eine Meile in seinen Mokassins gelaufen bin.", lautete ein Satz, den ein Sioux-Häuptling geprägt hatte, und den Jane Elliott wenige Woche zuvor in ihrem Unterricht behandelt hatte.

[...] Sie entschied sich dafür, ihre Klasse nach einem unveränderlichen Merkmal aufzuteilen und über eine der beiden Gruppen all das zu behaupten, was in der gesellschaftlichen Realität über Frauen, Schwule, Lesben, Migrantinnen und Migranten, über Schwarze, [...] behauptet wird . [...]

Jane Elliott entschied sich für die Augenfarbe [...] Sie teilte die Gruppe in die Braunäugigen und die Blauäugigen, behauptete über die Blauäugigen, sie seien langsamer, dümmer, fauler, krimineller, aggressiver, emotionaler, hätten eine kürzere Aufmerksamkeitsspanne, könnten nicht so gut lernen usw. Gleichzeitig behandelte sie die blauäugigen Schülerinnen und Schüler so, als ob all diese Stereotype stimmen würden.

Noch heute sagt Jane Elliott in Interviews und Gesprächen, dass sie nicht weiß, was sie damals mehr erschreckt hat. Die sofortige Übernahme der Stereotype durch die privilegierten Braunäugigen einerseits oder die sichtbare Internalisierung der Vorurteile durch die diskriminierten Blauäugigen andererseits.

Wenige Minuten, nachdem Jane Elliott die Idee von der Möglichkeit der Ausgrenzung anhand der Augenfarbe im Klassenzimmer eingeführt hatte, war sie sichtbares Ideologiemerkmal geworden. Der Klassenraum wurde zu einem Mikrokosmos mit all den Erscheinungen, die ausgrenzende und diskriminierende Gesellschaften oder

Gruppen kennzeichnen. [...] Besonders frappierend war, dass die jeweils diskriminierte Schüler/innengruppe selbst in dieser nur kurzen und simulierten Umgebung bei allen Aufgabenstellungen wesentlich schlechter abschnitt, als die privilegierte.“ (Jürgen Schlicher, Heinrich Böll Stiftung)³⁸

Jane Elliots Experiment zeigt, dass wenn man Menschen lange genug einredet, sie wären minderwertig, falsch, mit ihnen stimme etwas nicht, diese dieses Konzept übernehmen und sich sogar entsprechend verhalten. Dies scheint auch nicht zu verschwinden, wenn der negative Einfluss ausbleibt.

„Im weiteren Verlauf der Workshops erfahren besonders die Teilnehmer der diskriminierten Gruppe die Aussichtslosigkeit, aus diesem willkürlich aufgebauten Wertesystem auszubrechen. Vielmehr manifestiert sich ihr Rollenverhalten, bis zur völligen Resignation der Unterprivilegierten.“ (Wikipedia)

Auch kleine Kinder befinden sich in solch einer ausweglosen Situation. Sowohl Eltern, die engsten Vertrauten, als auch der Therapeut (bzw. die bloße Tatsache des Therapiebesuchs), machen klar, dass das Kind nicht in Ordnung ist, dass etwas mit ihm nicht stimmt. Es kann diese Rolle annehmen, um zum einen einem Paradoxon zu entkommen, zum anderen hat es gar keine andere Wahl, da sein nicht-Annehmen der aufgedrängten Rolle wahrscheinlich als Widerstand gewertet wird. Das Kind tut, was von ihm erwartet wird und verhält sich geschlechtsidentitätsgestört, bzw. stimmt dieser Diagnose evtl. sogar zu, da sie ja von Autoritäten glaubhaft verbreitet wird.

So wird aus dem selbstbewussten Kind, das einst vielleicht sagte: „Ich bin ein Mädchen“, ein eingeschüchtertes Kind, ohne jedes Selbstbewusstsein, das von sich sagt: „Ich bin ein Junge, der ein Mädchen sein will.“

Doch ist dies nicht auf Kinder beschränkt. Selbstverständlich funktioniert dieser Mechanismus auch bei erwachsenen transsexuellen Menschen - er funktioniert bei allen Menschen, wie Jane Elliott leider zeigen konnte.

Minderheiten, die solchen andauernden Diskriminierungen und Lügen über sich ausgesetzt sind, übernehmen diese und verbreiten sie selbst weiter - wodurch sie wiederum die über sie verbreiteten Vorurteile und Unwahrheiten zu bestätigen scheinen.

³⁸ Quelle: Heinrich Böll Stiftung: http://www.migration-boell.de/web/migration/48_368.asp

Folge 3: Falschen Diagnosen zustimmen um Hilfe zu erhalten (Rosenhan)

„[Es] hatten sich geistig gesunde Menschen heimlich unter Vorspiegelung von Halluzinationen in psychiatrische Anstalten einweisen lassen, um die Reaktionen der Krankenhäuser zu überprüfen. [...] [Sie] behaupteten bei der Aufnahmeuntersuchung, sie hätten Stimmen gehört, [...]. Nachdem sie in die jeweilige Klinik aufgenommen worden waren, verhielten sie sich wieder völlig normal. [...] Jede der Testpersonen wurde aufgenommen [...] Während des Tests wurde keine Testperson vom Personal als gesund erkannt.“ (Wikipedia³⁹)

„Was Rosenhan, der an dem Experiment selbst teilnahm, besonders auffiel: Einmal als "abnormal" abgestempelt, färbt dieses Merkmal die Wahrnehmung von der betreffenden Person völlig ein und man übersieht die normalen Anteile oder interpretiert sie falsch. Die Lebensgeschichte wurde so umgedeutet, dass sie mit der gängigen Schizophrenietheorie übereinstimmte. [...] Und da sie für sie geistig gestört waren, waren auch ganz normale Tätigkeiten, wie etwa das Anfertigen von Notizen, für das Personal Ausdruck dieser Störung.[...] An sich selbst stellten die "Gesunden" bereits nach kurzer Zeit sogenannte "Depersonalisationserlebnisse" fest. Einer hatte sogar das Gefühl, unsichtbar zu sein. 71 % der Psychiater und 88 % der Schwestern und Pfleger sind bei ganz normalen Fragen von Patienten einfach weitergelaufen ohne den Fragesteller zu beachten. Dies ist ein Verhalten, das in normalen Interaktionen, [...] so nicht vorkommt, wie Rosenhan glaubhaft belegen konnte.“(www.psychiatrie-erfahren.de)⁴⁰

„Nachdem ein Scheinpatient bei der Eintrittsuntersuchung als schizophren diagnostiziert worden war, konnte er tun, was er wollte, das Stigma wurde er nicht mehr los. Die Krankengeschichte wurde unabsichtlich so verzerrt, dass sie zur Diagnose passte. Die Klassifizierung als geistig Kranker bewirkte auch, dass normales Verhalten übersehen oder fehlinterpretiert wurde. Über einen Scheinpatienten, der sein Forschungstagebuch führte, hiess es in einem Pflegebericht: «Patient ist mit seinen Schreibgewohnheiten beschäftigt.“ (NZZ Folio - Die Zeitschrift der Neuen Zürcher Zeitung)⁴¹

In diesem Experiment haben die Patienten teilweise das Bild übernommen, das ihnen vom Psychiatriepersonal übermittelt wurde. Wie oben beschrieben wurde, hatten

³⁹ <http://de.wikipedia.org/wiki/Rosenhan-Experiment> (01.04.2012)

⁴⁰ Das Rosenhan-Experiment. Normale spielten verrückt. <http://www.psychiatrie-erfahren.de/rosenhan.htm>

⁴¹ NZZ Folio 09/02 - Thema: Märkte Das Experiment -- Acht flogen über das Kuckucksnest.

<http://www.nzzfolio.ch/www/d80bd71b-b264-4db4-afd0-277884b93470/showarticle/4d51a9bb-0a09-401f-9f5d-8aa7a5027d34.aspx>

tatsächlich gesunde Menschen plötzlich Halluzinationen, nachdem ihnen diese vom „Fachpersonal“ zugeschrieben wurden.

Jeder Patient galt als psychisch krank nach dem Motto: eine einmal gestellte Diagnose kann nicht falsch sein. Alles, was der Patient von nun an tat, wurde als Teil der Störung und als eine Bestätigung der Diagnose gesehen, auch wenn der Patient sich völlig normal verhielt und dieses Verhalten im Widerspruch zur Diagnose stand.

Keiner der Patienten wurde als geheilt entlassen.

Auch transsexuelle Menschen werden, egal welchen Alters, zu Psychotherapien gezwungen, bei welchen die Diagnosen von vornherein feststehen und sie sich diesen auch nicht entziehen können.

Sie werden gezwungen, sich der Diagnosekriterien entsprechend zu verhalten, um das Wohlwollen des Therapeuten zu erlangen und um den Eindruck von Therapiefortschritten zu geben. Thomas Hammarberg, der Menschenrechtskommissar des Europarates, bemerkte:

„Es gibt Berichte von [...] [transsexuellen] Menschen, die sich von Psychiatern_innen Genitaluntersuchungen gefallen lassen mussten, eine bestimmte Standardgeschichte ihrer Kindheit erzählen mussten, die als die einzig akzeptable gilt und manchmal wurde Anspruch darauf Patient_in zu sein nur als genuin betrachtet, wenn sie zumindest einen nachgewiesenen Selbstmordversuch verübt hatten. Andere [...] [transsexuelle] Menschen werden dazu gezwungen sich selbst in extremen Stereotypisierungen [...] [ihres] Geschlechts darzustellen, um den Auswahlkriterien zu entsprechen, die sie im täglichen Leben der Lächerlichkeit Preis geben. Die Beispiele sind zu häufig, um sie aufzuzählen, aber es kann mit Sicherheit behauptet werden, dass der Großteil der Untersuchungen und Verfahren wie sie in den meisten Ländern praktiziert werden für gewöhnlich Aspekte beinhalten, die allenfalls als unverständlich bezeichnet werden können.“⁴²

Was auch immer der Patient tun wird, es wird für den Therapeuten ein weiterer Beweis für seine Diagnose sein.

Doch nicht nur das. Transsexuelle Menschen sind sogar gezwungen, diesen Diagnosen zu stimmen, um weitere Leistungen zu erhalten, wie z.B. Hormone oder - bei Kindern - Hormonblocker. Stimmen sie den Diagnosen nicht zu, oder benehmen sie sich nicht der Diagnose entsprechend, oder bleibt ein transsexuelles Mädchen z.B. bei der Behauptung „Ich bin ein Mädchen“, statt zu stimmen, dass es ein Junge wäre, der nur ein Mädchen sein wolle, besteht die Gefahr, notwendige medizinische

⁴² Menschenrechte & Geschlechtsidentität von Thomas Hammarberg Europarat, Kommissar für Menschenrechte Themenpapier 2009. S. 19, http://www.transrespect-transphobia.org/uploads/downloads/Publications/Hberg_dt.pdf

Leistungen nicht zu bekommen, bzw. (aus der Psychotherapie) nicht entlassen zu werden. „Experten“, wie Friedmann Pfäfflin, halten es für unmöglich, dass ein Mensch weiß, welches Geschlecht er hat:

„Seine [sic!] These war: Ich bin von Geburt an Frau. [...] dass kein Mensch von Geburt an weiß, ob er Frau oder Mann ist“⁴³

Auf Grund der Aussage eine Frau zu sein, verweigerte Friedemann Pfäfflin daraufhin der Patientin die Hormoneinnahme (bzw. das für diese notwendige Indikationsschreiben).

Folge 4: Stigmatisierung

Dies ist wohl der bekannteste Effekt, den viele Menschen kennen, die eine Psychotherapie aufsuchen, bzw. vor dem viele Angst haben. Der Besuch eines Psychotherapeuten wird von vielen Menschen verheimlicht aus Angst, als psychisch gestört zu gelten, bzw. aus Angst, die Achtung der Mitmenschen zu verlieren. Das Gleiche gilt natürlich auch für Kinder.

Während erwachsenen Menschen sich ihren Bekanntenkreis jedoch selbst aussuchen können, sind Kinder dazu gezwungen, immer wieder den gleichen Kindern gegenüber zu treten: Den Klassenkameraden und Klassenkameradinnen.

Bereits weiter oben wurden die Botschaften erwähnt, die das Kind von den Eltern und dem Therapeuten erhält. Botschaft der Eltern (direkt oder indirekt): "Du bist nicht in Ordnung, du musst in eine Therapie"

Erfahren nun die Mitschüler und/oder die Eltern der Mitschüler vom Aufsuchen der Therapie, so kann es hier zu folgenden Botschaften an die Klassenkameradinnen und Klassenkameraden seitens derer Eltern kommen: "Das Kind ist nicht in Ordnung, denn es geht in eine Therapie - sei vorsichtig..." oder vielleicht sogar: „Halte dich von ihm fern.“

Die Botschaft, die bei den Lehrern ankommt, noch dazu, wenn man sie Hilfe suchend hinzuziehen möchte, könnte sein: "Das Kind ist psychisch labil, denn es geht in eine Therapie, da muss ich ganz besonders vorsichtig sein." Und der Lehrer wird aufhören, das Kind wie ein ganz normales Kind zu behandeln.

⁴³ ebd.

Die Rückmeldung „Du bist nicht normal“ wird sich also verstärken, bzw. vermehren, und dem Kind vermehrt das Gefühl geben, nicht richtig zu sein, falsch zu sein, nicht zu den anderen dazu zu gehören. Das Bewusstsein einer minderwertigen Minderheit anzugehören entsteht.

Es können sich diese Probleme auch auf die restliche Familie auswirken, wenn von den Menschen in der Umwelt gedacht wird: "Das Kind geht in eine Therapie - hoffentlich sind die nicht alle so. Es muss ja irgendwo herkommen."

Fazit - Schluss

„Alice Miller bezeichnet es als 'wohl größte narzißtische⁴⁴ Wunde - nicht als das, was man war, geliebt worden zu sein.'“ (Freidemann Schulz von Thun⁴⁵)

Eine reparative Therapie, besteht aus verschiedenen Faktoren, die alle einzeln auftreten können:

1. Der Diagnosestellung „Geschlechtsidentitätsstörung“, bzw. „Gender Dysphorie“⁴⁶
2. Dem Versuch diese „Störung“ oder „Dysphorie“ oder das Kind durch Therapie (oder therapieähnliche Methoden) zu beeinflussen.
3. Der Leugnung der Existenz homosexueller und transsexueller Kinder.
4. Dem Gang zum Psychotherapeuten

Nicht nur die angewandte (reparative) Therapie (oder therapieähnliche Methode) ist eine Menschenrechtsverletzung, sondern bereits die Diagnose, da diese bereits eine psychische Störung behauptet und dadurch auch eine Veränderbarkeit, bzw.

⁴⁴ „Unter einem "gesunden Narzißmus" versteht Alice Miller den "Idealfall der genuinen Lebendigkeit, eines freien Zugangs zum wahren Selbst, zu den echten Gefühlen." (Miller 1979: 11)“ Zitiert nach: <http://www.thur.de/philolo/lh/miller.htm>

⁴⁵ Schulz von Thun, Friedemann (2006): Klarkommen mit sich selbst und anderen. Reinbek: Rowohlt. Zitiert nach: <http://www.thur.de/philolo/lh/miller.htm>
Zitat Alice Miller aus: Miller, Alice (1979): Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1983., S. 139

⁴⁶ Diagnoseschlüssel: Im DSM-IV-TR: 302.6 im ICD-10: F64.2

Therapierbarkeit, impliziert und die darin enthaltene Leugnung der Existenz transsexueller und homosexueller Kinder.

Außerdem kann bereits die Diagnose an einem psychisch gesunden Kind zu einer für das Kind schädlichen und letzten Endes reparativen Therapie führen, bei welchem dem Kind sein Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl genommen wird. Am Ende dieser Therapie ist ein Kind umgepolt in dem Sinne, dass es sich selbst als psychisch gestört betrachtet, obwohl es dies nicht ist, und ein Kind, das vormals sich z.B. als „Mädchen“ bezeichnet hat, bezeichnet sich selbst plötzlich als „biologischen Jungen, der ein Mädchen sein will.“

Kinder, die nicht äußern, dass sie Probleme haben, bzw. offensichtlich mit ihrer Situation nicht unglücklicher sind, als andere Kinder, sollten eine Psychotherapie meiden, wie der Teufel das Weihwasser. Doch dazu ist es wichtig, mit den Kindern zu reden und ihre Äußerungen ernst zu nehmen.

Leider glauben viele Erwachsene besser zu wissen, was „gut“ für ein Kind ist, als das Kind selbst - oft mit fatalen Folgen. Auch Kinder haben Rechte - auch wenn man das gerne vergisst: Persönlichkeitsrechte und eine Würde, die niemals verletzt werden darf.

Wer ein Kind in eine Therapie steckt, obwohl das Kind keine erkennbaren Probleme mit seinem so Sein hat, ist ein Menschenrechtsverbrecher. Er zerbricht die Seele des Kindes und zerstört es. Das Geschlecht des Kindes, ist das Geschlecht des Kindes, nicht das der Eltern. Niemand hat das Recht, darüber zu bestimmen oder es dem Kind zu entreißen. Geschlecht ist nicht verfügbar, niemals und zu keiner Zeit.

Deshalb müssen alle Gesetze, Verordnungen etc. die Menschen in Therapien zwingen, die sie nicht benötigen, abgeschafft werden. Es kann nicht sein, dass eine Zwangs-Psychotherapie bei psychisch gesunden Menschen - und das sind transsexuelle Menschen unabhängig des Alters - Voraussetzung dafür ist, ob ein Mensch notwendige medizinische Maßnahmen erhält.

„Denn in keiner Systematischen Studie konnte bis heute nachgewiesen werden, dass sich auch nur eine dieser Entwicklungen [Homosexualität oder Transsexualität, Anm. des Verf.] durch medizinische oder psychologische Behandlungsformen hätte verhindern oder hätte umkehren lassen“⁴⁷ (Fegert et al, 2009)

⁴⁷ Fegert, Jörg Michael / Annette Streeck-Fischer / Harald J. Freyberger (Hrsg.): Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Schattauer; 2009. S. 417

"Man sollte sich [...], so schwer es fällt, daran gewöhnen, dass die Kinder nicht so werden müssen, wie man sie sich vorstellt, und man sollte lernen, sie, sofern sie dies wollen und annehmen können, in ihren eigenen Anstrengungen, auf ihrem eigenen Weg und in ihrer eigenen Form der subjektiven Lebensbewältigung und Daseinserfüllung zu unterstützen. Wenn es einen dabei befremdet, was da aus den Kindern wird, und wenn die Kinder einem dabei fremd werden, so ist dies zunächst einmal ein gutes Zeichen. Weiterhin wird man dann nach den eigenen Beschränkungen und Beschränktheiten zu suchen haben, durch die diese Fremdheit entstanden ist. Vielleicht gelingt es einem so allmählich dazu beizutragen, die Beziehung mit den Kindern als eine Beziehung zwischen zwei eigenständigen Subjekten zu entwickeln." (Holzkamp, Klaus 1983a: 135⁴⁸)

⁴⁸ Holzkamp, Klaus (1983a): "We don't need no education..." In: Klaus Holzkamp: Schriften I. Normierung. Ausgrenzung. Widerstand. Hamburg: Argument-Verlag. 1997. S. 122-135. Zitiert nach: http://www.thur.de/philo/kp/erziehung.htm#_Toc78529609

Wer mit Wem

Die Anbieter der Therapien an Menschen mit so genannter „Geschlechtsidentitätsstörung“ arbeiten zusammen und bemühen sich gemeinsam diese weiter zu entwickeln. In Deutschland arbeiten vor allem die Institute in Hamburg, Berlin und Frankfurt miteinander zusammen.

„In der Hamburger Spezialsprechstunde für GIS am UKE, in der Kinder- und Jugendpsychiater, Psychotherapeuten, „Genderspezialisten“, Pädiater und Endokrinologen zusammenarbeiten, wurde in den vergangenen Jahren eine [...] standardisierte Instrumentenbatterie entwickelt, die eine systematische diagnostische Erfassung und Dokumentation von GIS im Kindes- und Jugendalter ermöglicht. Im Rahmen der beantragten Forschungsförderung soll die Basisdiagnostik an drei universitären Zentren (Berlin, Frankfurt, Hamburg) implementiert und erprobt werden.“ (Quelle: UKE Hamburg, Februar 2012)⁴⁹

Unter „Nationale und internationale Kooperationspartner/-netzwerke“ finden wir auf der Seite des UKE (Hamburg, Herta Richter-Appelt) u.a. folgende Institutionen:

- Universitätsklinik Frankfurt, Kinder- und Jugendpsychiatrie [...]
- Universitätsklinik München, Kinder- und Jugendpsychiatrie (Dr. A. Korte)
- Universitätsklinik Berlin/ Charité, Kinder- und Jugendpsychiatrie
- University Medical Center Amsterdam (NL), Medical Psychology (Prof. P. Cohen-Kettenis)
- University of Toronto (CA) Child, Youth and Family Program Centre for Addiction and Mental Health (Prof. K. Zucker)
- Tavistock Clinic London, Gender Identity Development Service (Dr. D. di Ceglie),

Wir stoßen u.a. zusätzlich auf Herrn Korte⁵⁰ (München), der meist mit Herrn Beier (Charite Berlin) gemeinsam veröffentlicht, so wie auf Cohen-Kettenis, Zucker und den Zucker-Fan di Ceglie. Weiterhin lesen wir unter „WPATH'S Disorders of Sex Development [DSD] Committee⁵¹“ folgenden Eintrag:

„Chair

Professor Dr. Hertha Richter-Appelt (Germany)

Members

Peggy Cohen-Kettenis, Ph.D. (The Netherlands) , [...], Dr.rer.nat. Heino F.L. Meyer-Bahlburg (USA) , [...], Ken Zucker, Ph.D. (Canada)“

Frau Herta Richter-Appelt bildet gemeinsam mit Peggy Cohen-Ketenis u.a.⁵² die „ENIGI initiative“, das „European network for the investigation of gender incongruence“. Man kann also davon ausgehen, dass eine enge Zusammenarbeit

⁴⁹ Quelle: http://www.uke.de/kliniken/kinderpsychiatrie/index_4065.php. Inzwischen, 25.03.2012, offline

⁵⁰ Dr. med. Alexander Korte, Leitender Oberarzt im Klinikum der Universität München, der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

⁵¹ WPATH:nUpdate-Newsletters:2008:May Update Final Upload Version.doc

zwischen den verschiedenen sexual-“wissenschaftlichen“ Instituten in Deutschland mit Cohen-Kettenis und Kenneth Zucker stattfindet und diese sich auch in den Ansichten zu Transsexualität und ihrer Therapierbarkeit im Kindesalter auswirkt.

⁵² ENIGI sind:

Timo O. Nieder, MSc,* Melanie Herff, cand. Phil,* Susanne Cerwenka, MSc,* Wilhelm F. Preuss, MD,* and Hertha Richter-Appelt, PhD*: Department of Sex Research and Forensic Psychiatry, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg,, Germany;

Peggy T. Cohen-Kettenis, PhD,†: †Department of Medical Psychology, VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands;

Griet De Cuypere, MD, PhD,‡: ‡Department of Sexology and Gender Problems, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium;

Ira R. Hebold Haraldsen, MD, PhD,§: §Department of Neuropsychiatry and Psychosomatic Medicine, Division of Clinical Neuroscience, Rikshospitalet, Oslo, Norway

Hintergründe der Ideologie der „Geschlechtsidentitätsstörung“ und des Märchens ihrer Heilbarkeit

ICD- und DSM-Diagnosen

*Wer die psychiatrische Sprache beherrscht,
der kann grenzenlos jeden Schwachsinn formulieren
und ihn in das Gewand des Akademischen stecken!*

Gert Postel⁵³, berühmter Hochstapler

Historisches

Die Diagnose „Geschlechtsidentitätsstörung“ entstand aus einer Ideologie, die den tiefen Wunsch verspürte eine Möglichkeit zu finden, transsexuelle und homosexuelle Menschen als schwer geisteskrank, bzw. Homosexualität und Transsexualität als Folge einer Geisteskrankheit dar zu stellen. Sie fand den Weg in die diagnostischen Systeme aus reiner Ideologie heraus, nicht auf wissenschaftlicher Grundlage.

Es liegen zu den wenigsten aufgeführten so genannten „psychischen Störungen“, vor allem des DSM, wie auch des F-Teils des ICD, echte wissenschaftliche, evidenzbasierte Untersuchungen vor. Zu den Kategorien F.64 im ICD und den Diagnosen „Geschlechtsidentitätsstörungen“ im DSM fehlt es sogar komplett an evidenzbasierten wissenschaftlichen Untersuchungen.

Dass es rein ideologie-basierende Diagnosen in ein Manual schaffen, das sich einen wissenschaftlichen Anstrich gibt, zeigt uns, was von solchen Manualen zu halten ist: Nichts. Sie dienen lediglich dazu, Menschenrechtsverbrechen an Minderheiten, wie transsexuellen Menschen zu rechtfertigen. Doch das ist keine neue Erkenntnis.

Im Text "Das Schweigen der Transsexuellen" von Skadi Frankenstein, am 09.10.2011 auf Telepolis/Heise Online⁵⁴ erschienen, lesen wir:

„1851 entdeckte der Psychiater Cartwright in den Südstaaten eine Geisteskrankheit, die nur unter Menschen mit schwarzer Hautfarbe auftrat, die Drapetomanie⁵⁵. Diese Geisteskrankheit - entsprechend zur Epoche eine Manie - bestand aus dem irrationalen Wunsch, frei zu sein, und der Tendenz, davonlaufen zu wollen. Cartwright, sich auf das göttlich verkündete natürliche Verhältnis zwischen Menschen weißer und schwarzer Hautfarbe berufend, empfahl wirksame Abhilfe. Sie

⁵³ Quelle: <http://www.gert-postel.de/>, 12.02.2012

⁵⁴ Quelle: <http://www.heise.de/tp/artikel/35/35641/1.html>

⁵⁵ Siehe auch: Zimbardo, Philip G., Richard J. Gerrig (2008): Psychologie. PEARSON STUDIUM; Auflage: 18., aktualis. Aufl. S. 551

bestand darin, keinesfalls Sklaven wie gleichwertige Menschen zu behandeln, und sie von Zeit zu Zeit gründlich auszupeitschen.

Seit Cartwrights Zeiten haben die Psychiatrie und ihre jüngere Schwester, die Psychologie, zweifelsfrei Fortschritte gemacht [Dazu Michel Foucault]:

'Dass dann innerhalb des Nationalsozialismus die deutsche Psychiatrie so gut funktioniert, hat ist nichts Erstaunliches. Der neue Rassismus (...) als Mittel innerer Verteidigung einer Gesellschaft gegen ihre Anormalen, ist aus der Psychiatrie hervorgegangen (...) Aber selbst dort, wo sie (...) die rassistische Einvernahme abgeschüttelt [...] hat, selbst dort noch hat die Psychiatrie seit dem Ende des 19. Jahrhunderts im wesentlichen immer als Mechanismus und Instanz zur Verteidigung der Gesellschaft funktioniert (...) oder, um die Ausdrucksweise des 19. Jahrhunderts aufzugreifen, als "Jagd nach Entarteten". (Michel Foucault⁵⁶)

Spuren sowohl personeller als auch inhaltlicher Natur, die von der Psychiatrie im Dritten Reich zur Pathologisierung von Transsexuellen im heutigen Deutschland führen, sind auffindbar. Dies dürfte einer der Gründe für das Schweigen inmitten des Geschwätzes sein.“

Auf die Diagnose „Homosexualität“ als psychische Störung, gehen wir im nächsten Kapitel noch mehr ein, aber auch hier dürfte klar sein, dass der einzige Nutzen der Einführung dieser Diagnose, die Rechtfertigung der Diskriminierung homosexueller Menschen war. Besonders im Dritten Reich dienten die psychologischen Institute dazu Verfolgungen zu rechtfertigen.

!1938 bereits erkannte Theo Lang, dass es sich bei Homosexualität um eine Form der Intersexualität handeln könnte. So schrieb er:

„Man kann sagen, derselbe Mechanismus, der zum Auftreten der beiden Geschlechter führt, bedingt naturgemäß einen gewissen Prozentsatz an Intersexen, zu denen auch Homosexuelle zu rechnen sind.“ Die Homosexualität sei somit „nur ein bestimmter, wenn auch sehr umfangreicher Spezialfall der Intersexualität“⁵⁷

Doch dies passte so gar nicht in das Konzept der Nazis. Der überzeugte Nationalsozialist und Richter am Erbgesundheitsgericht, Hans-Bürger Prinz übernahm die Rolle des scharfen Gegners:

„Homosexualität sei keine 'organisch schicksalhafte Notwendigkeit,' sondern eine 'Gefahrenzone für die männliche Sexualität.' Eine ungehemmte Entwicklung männlicher Sexualität führe keineswegs notwendig zum natürlich gegebenen Ziel. Es

⁵⁶ Foucault, Michel: Die Anormalen. Vorlesungen am Collège de France (1974 – 1975) Frankfurt am Main 2007 S. 418f.

⁵⁷ Lang, Theo, Ergebnisse neuer Untersuchungen zum Problem der Homosexualität, in: Monatsschrift für Kriminalbiologie und Strafrechtsreform, 30, 1939, S. 401-413, hier S. 410. Zitiert nach: Zur Nieden, Susanne (2005): ERBIOLOGISCHE FORSCHUNGEN ZUR HOMOSEXUALITÄT AN DER DEUTSCHEN FORSCHUNGSANSTALT FÜR PSYCHIATRIE WÄHREND DER JAHRE DES NATIONALSOZIALISMUS ZUR GESCHICHTE VON THEO LANG. Ergebnisse. Vorabdrucke aus dem Forschungsprogramm „Geschichte der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft im Nationalsozialismus“. Herausgegeben von Rüdiger Hachtmann im Auftrag der Präsidentenkommission der Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften e. V., S. 25

sei vielmehr eine Frage der Stilbildung und Charakterformung, 'die Mauer zum anderen Geschlecht' zu übersteigen.

Der Leipziger Psychiater Paul Schröder (1873-1941) schließlich unterstützte Bürger-Prinz [...] Der „ständige Hinweis“ darauf, dass „Teile der Homosexuellen ‚Umwandlungsmännchen‘, ‚genetische Weibchen‘“ seien, gebe „letzten Endes nur den unendlich vielen Nahrung für die Behauptung [...], dass sie [...] ein besonderes Geschlecht unter den Menschen darstellen, dass sie einmal so sind, und nicht anders können“. Ein solcher Zugriff verhindere letztlich, „die Durchführung staatlicher Maßnahmen sowie ärztlicher und pädagogischer Einwirkungen.“⁵⁸

Der überzeugte Nationalsozialist Hans Bürger-Prinz gründete 1950 die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung, zu deren Vorstand heute u.a. Herta Richter-Appelt gehört. Er war Leiter der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik des Universitäts-Krankenhauses in Hamburg-Eppendorf (UKE) bis 1965. Die nationalsozialistischen Ansichten, dass es sich bei Homosexualität um eine psychische Störung handeln müsse, bzw. dass diese anerzogen sein könnte, wird bis heute von Mitgliedern der deutschen Gesellschaft für Sexualforschung⁵⁹ vertreten.

Homosexualität blieb als psychische Störung bis 1991 im ICD und bis 1980 im DSM. Ideologien haben doch einen deutlich stärkeren Einfluss auf diese beiden Systeme DSM und ICD und auf die deutsche Gesellschaft für Sexualforschung, als Wissenschaft.

Sollten Diagnosesysteme wirklich notwendig sein, so sollten sie von echten Wissenschaftlern erstellt werden, die rein auf Grund evidenzbasierender, wissenschaftlicher Forschung entscheiden, welche Diagnosen aufgenommen werden und welche nicht. Ideologien und Wünsche zu diskriminieren, sollten hier keinen Platz haben.

Die DSM-V-Workgroup

Das DSM ist ein Katalog eines Interessenverbandes, einer Lobby-Gruppe, der APA (American Psychiatric Association). Die Gruppe der APA, die über die zukünftige Formulierung der alten Diagnose „Geschlechtsidentitätsstörung“ entscheiden soll,

⁵⁸ zur Nieden, Susanne (2005): ERBBIOLOGISCHE FORSCHUNGEN ZUR HOMOSEXUALITÄT AN DER DEUTSCHEN FORSCHUNGSANSTALT FÜR PSYCHIATRIE WÄHREND DER JAHRE DES NATIONALSOZIALISMUS ZUR GESCHICHTE VON THEO LANG. Ergebnisse. Vorabdrucke aus dem Forschungsprogramm „Geschichte der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft im Nationalsozialismus“. Herausgegeben von Rüdiger Hachtmann im Auftrag der Präsidentenkommission der Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften e. V.. S. 26/27

⁵⁹ Martin Dannecker in der taz vom 20.06.2008 (<http://www.taz.de/!19058/>):

„Das ist eine gute Frage, weil man immer fragen muss, wo der Anfang der Differenz liegt, welche Konstellationen am Ende zu einer homosexuellen Disposition führen - wenn man nichts Biologisches annimmt, was ich nicht tue. Ein Kollege und Freund, Reimut Reiche, hat diese These stark gemacht, indem er gesagt hat, da wird etwas über einen unbewussten Wunsch implantiert. Im Sinne von: "Eigentlich hättest du ja ein Mädchen sein sollen. Wo du jetzt aber keines bist, wirst du ein mädchenhafter Junge.“

Für diese Ansichten wurde Martin Dannecker 2010 mit dem Zivilcourage-Preis des Berliner CSD ausgezeichnet.

besteht aus Mitgliedern, die sich untereinander sehr gut kennen dürften, da sie schon gemeinsam Artikel und Studien veröffentlicht haben. Sie besteht fast ausschließlich aus Psychoanalytikern. Vorschläge, auch andere Personen, die nicht zu diesem Freundeskreis oder dieser Ideologie gehören gleichfalls aufzunehmen⁶⁰, wurden abgelehnt oder ignoriert.

Die Grundlagen für die Diagnose der „Geschlechtsidentitätsstörungen“ liefern vor allem Kenneth Zucker aus Kanada und Peggy Cohen-Kettenis aus den Niederlanden. Kenneth Zucker gilt als der herausragendste Entwickler von Therapien an Kindern mit so genannter „Geschlechtsidentitätsstörung“ (künftig: „gender dysphoria“), also Therapien, die als Umpolung verstanden werden können. Er ist der Vorsitzende der erwähnten DSM-V-Workgroup, gleichfalls in dieser Gruppe sitzen auch Peggy Cohen-Kettenis und Friedemann Pfäfflin, der transsexuelle Menschen immer wieder gerne als die Verrückten⁶¹ darstellt, „Die Oszillierenden, Negierenden und Transzendierenden“⁶².

Viele Worte statt Wissenschaft.

„Es gibt keine strenge Wissenschaft hinter der Einbeziehung der GID [Geschlechtsidentitätsstörung] in das DSM, wie es auch keine für die Aufnahme von Homosexualität gibt.“ (Reid Vanderburgh, M.A., L.M.F.T.)⁶³

„Bezug nehmend auf die Kriterien, die weiterhin im DSM für eine psychische Störung genannt werden, scheint es vernünftig ernsthaft die weitere Pathologisierung von childhood gender non conformity [Kindern mit abweichendem geschlechtlichen Rollenverhalten] in Frage zu stellen.“ (Francoise Susset, M.A.)⁶⁴

Für die Berechtigung der Annahme, dass es diese Störung gibt, gibt es also keinerlei wissenschaftliche Hinweise oder Untersuchungen. Dr. Horst Haupt schreibt dazu⁶⁵:

⁶⁰ Siehe u.a.: <http://professionals.gidreform.org/samples.html>

⁶¹ Sigusch, Volkmar (1994): Transsexueller Wunsch und zissexuelle Abwehr. Fachzeitschrift Psyche 1995, 49, S. 811 - 837

⁶² Pfäfflin, Friedemann (2008). Transsexuelles Begehren. In: Springer A, Münch K, Munz D (Hrsg) Sexualitäten. Psychosozial-Verlag, Gießen, 311-330

⁶³ Reid Vanderburgh, MA, LMFT. Portland Oregon. Zitat: <http://professionals.gidreform.org/samples.html> (20.02.2012)

Reid Vanderburgh, author of Transition and Beyond: Observations on Gender Identity, is a therapist in private practice in Portland, Oregon, with an extensive trans client base, in addition to being trans himself.

Reid Vanderburgh: „I am a therapist in private practice in Portland, Oregon. I am a member of the World Professional Association for Transgender Health [WPATH], and the International Foundation for Gender Education (IFGE), as well as the American Association of Marriage and Family Therapists. My Oregon MFT (Marriage and Family Therapist) license number is T0507.“

⁶⁴ Quelle: <http://professionals.gidreform.org/samples.html> (20.02.2012)

Françoise Susset, M.A. is a clinical psychologist and a marriage and family therapist with over 20 years of experience working with LGBT individuals, couples and families. She is a member of the Canadian Professional Association for Transgender Health (CPATH) and is active in promoting and developing services adapted to the needs of the transsexual community in Quebec.

⁶⁵ Haupt, Dr. med. univ. Dr. phil. Horst-Jörg (2012): Die Pathologisierung transsexueller Menschen beenden! Fassung vom 25.02.2012 (veröffentlicht an diesen Tag vom Sozialpsychiatrischer Dienst Kanton Uri).

„Heutzutage ist es in der Medizin wichtig zu beweisen, dass eine angewendete medizinische Methode, d.h. eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme, die jeweils bestmögliche darstellt (State of the Art). Dies muss man durch Ergebnisse von Studien und Forschungen belegen. In früheren Zeiten hätte es gereicht, wenn ein Arzt seine Handlung mit dem Bauchgefühl oder seiner individuellen Erfahrung begründet hätte.[...]

Ärzte sollten immer versuchen, ihre Handlungen durch die Ergebnisse qualitativ guter Studien zu rechtfertigen. [...] In der Terminologie der Medizin: Wenn eine Handlungsweise durch Studien gut zu rechtfertigen ist, dann beurteilen wir das Vorgehen als evidenzbasiert [...]

Die gängigen psychiatrischen Diagnosen bezüglich Transsexualität sind wissenschaftlich sehr schlecht abgesichert. Cohen-Kettenis schreibt beispielsweise über die Diagnose GID (= Geschlechts-Identitätsstörung)⁶⁶:

[...] 'Leider sind in der klinischen Forschungsliteratur über Jugendliche und Erwachsene solche Interrater-Reliabilitäts-Studien nicht durchgeführt worden. Ausserdem sind keine strukturierten Interviews für das Assessment bezüglich der DSM-IV-TR GID und GIDNOS Diagnosen entwickelt worden; es wurden keine Vergleiche zwischen klinischen Diagnosen und Diagnosen, die auf strukturierten Interviews aufbauen, gemacht. Dies bedeutet, dass es auch einen Mangel an formalen Validitätstudien [...] in diesem Bereich gibt.'

„Geschlechtsidentitätsstörung“ und Homosexualität

„Interessanterweise wurde Homosexualität aus dem DSM in der gleichen Revision entfernt, in der Geschlechtsdysphorie (Gender Dysphoria Syndrome) erstmals genannt wurde (Whittle, 1993).“(Lev 2005)⁶⁷

„GID bei Kindern wurde zum ersten Mal offiziell 1980, mit der Veröffentlichung der DSM-III, von der APA als eine Störung anerkannt. [...] Diese Definition ist im Grunde ein vereinfachtes Derivat von einer vom Herausgebers der DSM-III und DSM-III-R, Robert Spitzer, vorgeschlagenen Definition [...]“ (Bartlett et al. 2000)⁶⁸

„Ein Mitglied des Unterkomitees das mit dem Schreiben der Kriterien für Gender Identity Disorder für die neueste Version des DSM-IV beauftragt war (APA, 1994),

⁶⁶ Peggy T. Cohen-Kettenis, Friedemann Pfafflin (2009): The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults. (c) American Psychiatric Association 2009. Arch Sex Behav. DOI 10.1007/s10508-009-9562-y

⁶⁷ Lev, Arlene Istar (2005): Disorder of Gender Identity: Gender Identity Disorder in the DSM-IV-TR. The Journal of Psychology and Human Sexuality, 17 (3/4), 2005.(Arlene Istar Lev, LCSW, CASAC.)
Whittle, S. (1993). The history of a psychiatric diagnostic category: Transsexualism. . Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities, 1 (5), 25-32, 49.

bemerkte diese Ähnlichkeit, und stellte fest, dass die Gründe, die für die Diagnose von GIDC [= Geschlechtsidentitätsstörung im Kindes und Jugendalter] als psychische Störung verwendet wurden, praktisch identisch mit demjenigen sind, die für die Störung "Homosexualität" verwendet wurden. "(Yost et al)⁶⁹

Dass der Zusammenhang zwischen offizieller Beendigung der Pathologisierung von Homosexualität und der Hereinnahme der Geschlechtsidentitätsstörungstheorie im DSM-IV, nachdem Homosexualität aus dem DSM-III herausgenommen wurde, nicht ganz von der Hand zu weisen ist, bestätigen auch Robert Spitzer und Kenneth Zucker durch ihre ausführliche Leugnung in einem Text mit dem Namen: „Was the Gender Identity Disorder of Childhood Diagnosis Introduced into DSM-III as a Backdoor Maneuver to Replace Homosexuality?“⁷⁰

1973 mussten die Befürworter der Theorie, dass Homosexualität eine psychische Störung wäre, eine Schlappe einstecken. 1973 wurde beschlossen, Homosexualität aus dem DSM, dem diagnostischen Manual der psychischen Störungen zu entfernen. 1975, also nur zwei Jahre später, erreichten die gleichen Leute, dass Transsexualität als psychische Störung aufgenommen wurde. Und seit dem arbeiten sie an einer Ausweitung des Begriffes Transsexualität zum Begriff „Geschlechtsidentitätsstörung“.

Es war wahrscheinlich nie gedacht, diesen allein für Transsexualität zu verwenden, denn sonst hätte man den Begriff „Transsexualität“ ja beibehalten können. Nein, es bestand wahrscheinlich schon immer der Plan, sich eine Hintertüre zu schaffen um Homosexualität wieder mit als psychische Störung zu etablieren, zumindest die Homosexualität von Kindern.

Dank der westlichen Kulturen, die transsexuelle Menschen seit jeher diskriminieren und sie am liebsten in Psychiatrien sehen würden, konnten sie den Begriff „Geschlechtsidentitätsstörung“ etablieren und in Ruhe so genannte „Forschungen“ betreiben. Forschungen, die aber nicht die „Geschlechtsidentitätsstörung“ erforschen sollten, sondern die zeigen sollten, dass Homosexualität doch eine psychische Störung, also eine Form der Geschlechtsidentitätsstörung, ist und dass sie schon immer Recht hatten.

So verwundert es auch nicht, dass die meisten Vertreter der Geschlechtsidentitätsstörungstheorie Psychoanalytiker oder Anhänger der Psychoanalyse sind. Waren es doch vor allem allem die Psychoanalytiker, die sich bis

⁶⁸ Bartlett, Nancy H. , Paul L. Vasey , William M. Bukowski (2000): Is Gender Identity Disorder in Children a Mental Disorder? in: Sex roles , ISSN 1573-2762, Vol. 43 (11/12. 2000), p. 753-785. S. 18
vgl. auch: Spitzer, R. L., & Endicott, J. (1978). Medical and mental disorder: Proposed definition and criteria. In Critical issues in psychiatric diagnosis (pp. 15-39). New York: Raven Press.

⁶⁹ Yost, Megan R., Tara E. Smith (kein Jahr): The Medicalization of Gender & Sexual Deviance: Social Values & Psychiatric Diagnosis. S. 15 (Megan Yost, Ph.D. Psychology, Dickinson College, & Tara Smith, Ph.D. Psychology, Elizabethtown College).

Von diesem "Mitglied des Unterkomitees" berichtet: Meyer-Bahlburg, H. (1993). Psychiatrists set to approve DSM-III. Journal of the American Medical Association, 270, 13-15.

⁷⁰ ZUCKER KENNETH J. , ROBERT L. SPITZER (2005): Was the Gender Identity Disorder of Childhood Diagnosis Introduced into DSM-III as a Backdoor Maneuver to Replace Homosexuality? A Historical Note. Journal of Sex & Marital Therapy, 31:31–42, 2005. Copyright © 2005 Brunner-Routledge. ISSN: 0092-623X print

1991, also fast 20 Jahre lang, offiziell weigerten an zu erkennen, dass Homosexualität *keine* psychische Störung ist. 1991 gab die amerikanische Psychoanalytikervereinigung offiziell ihren Widerstand auf, und behaupteten von da an offiziell nicht mehr, Homosexualität wäre eine psychische Störung.

Sie gaben ihren Widerstand 1991 nach fast 20 Jahren plötzlich auf - und warum?

Sie schafften es damals, 1991, man arbeitete gerade am DSM-IV, den Begriff Transsexualität im DSM durch den Begriff „Geschlechtsidentitätsstörung“ zu ersetzen (!!!) und waren somit auf dem besten Wege, Homosexualität als psychische Störung, zumindest bei Kindern, wieder ein zu führen!

Zum Erscheinen des DSM-III wurde Homosexualität herausgenommen, zum Erscheinen des DSM-IV wurde die „Geschlechtsidentitätsstörung“ als eigene Kategorie aufgenommen.

Heute gilt bei den Sexualforschern: Homosexualität entwickelt sich als eine Folge einer Geschlechtsidentitätsstörung in der Kindheit, da der größte Teil der Kinder mit einer diagnostizierten „Geschlechtsidentitätsstörung“ (75%) homosexuell sind, bzw. werden. Sophinette Becker, Psychoanalytikerin aus Frankfurt dazu:

"Weitgehend Konsens besteht darüber, dass [...] eine stabil-flexible sexuelle Orientierung [...] nichts Naturhaftes, sondern das Ergebnis gewaltiger Integrations- und Abwehrleistungen ist, die sich für Männer und Frauen unterschiedlich gestalten."⁷¹

Martin Dannecker in der taz vom 20.06.2008 (<http://www.taz.de/!19058/>):

„Das ist eine gute Frage, weil man immer fragen muss, wo der Anfang der Differenz liegt, welche Konstellationen am Ende zu einer homosexuellen Disposition führen - wenn man nichts Biologisches annimmt, was ich nicht tue. Ein Kollege und Freund, Reimut Reiche, hat diese These stark gemacht, indem er gesagt hat, da wird etwas über einen unbewussten Wunsch implantiert. Im Sinne von: "Eigentlich hättest du ja ein Mädchen sein sollen. Wo du jetzt aber keines bist, wirst du ein mädchenhafter Junge.“

Heute haben vor allem Psychoanalytiker (Kenneth Zucker, Friedemann Pfäfflin, Sophinette Becker, Herta Richter-Appelt, etc.) die Diagnose „Geschlechtsidentitätsstörung im Kindes- und Jugendalter“ etabliert, sie ist inzwischen nichts weiter, als ein anderer Begriff für Homosexualität bei Kindern, Transsexualität gilt als eine besonders schlimme („übersteigerte“) Form der Homosexualität.

Dass es bei den Therapien von Kindern mit so genannter „Geschlechtsidentitätsstörung“ vor allem um homosexuelle Kinder geht, wissen

⁷¹ Becker, Sophinette (2011): Geschlechtsidentitäten und sexuelle Orientierung. (Park-Klinik Sophie Charlotte Berlin 23. 2. 1011, Vortragsmanuskript)

auch Sophinette Becker und Bernd Meyenburg. Bernd Meyenburg sagte in einem Interview mit der Selbsthilfegruppe VIVA⁷²:

„Die Mehrzahl der Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter stellt eine Vorstufe der Homosexualität dar.“

Und Sophinette Becker, Lehrtherapeutin der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS) schreibt⁷³:

„Anders als früher wird heute die frühe Manifestation der Geschlechtsidentitätsstörung und die sexuelle Orientierung auf Männer als zusammengehörend gesehen. ... angesichts der Tatsache, dass die Mehrheit der Jungen mit manifester Geschlechtsidentitätsstörung in der Kindheit später homosexuell wird“

Kenneth Zucker hat den Vorsitz im Komitee, das das DSM-V bearbeiten soll und über die Neuformulierung der „Geschlechtsidentitätsstörung“ entscheidet. LGBT Gruppen aus der ganzen USA schlagen Alarm, vielleicht noch die eine oder andere weitere auf der Welt - und ATME.

Wie man Kinder mit einer so genannter „Geschlechtsidentitätsstörung“ erkennt, dazu schreiben David Goecker⁷⁴ und Alexander Korte (München⁷⁵), ebenfalls Vertreter von Therapien an „geschlechtsidentitätsgestörten“ Kindern:

„Die Betroffenen ... bevorzugen meist (Rollen)Spiele, Kleidung und Spielkameraden des anderen Geschlechts und zeigen geschlechtsatypische Verhaltensweisen.“⁷⁶

Robert Whitham⁷⁷ betrachtet auf Grund einer Untersuchung homosexueller Kinder 1977 folgende Verhaltensweisen als Indikatoren für Homosexualität bei Kindern:

- (1) *Interesse an Puppen,*
- (2) *crossdressing,*
- (3) *Vorliebe für die Gesellschaft von Mädchen aber nicht Jungen in Kindheitsspielen,*
- ...
- (5) *werden von anderen Jungen als Weicheier⁷⁸ bezeichnet*

⁷² Quelle: <http://www.vivats.de/zeitung/00-2/artikel/mayenburg.html>, 29.08.2009, 12:40 Uhr

⁷³ Sophinette Becker: Transsexualität - Geschlechtsidentitätsstörung. In: Götz Kockott/Eva-Maria Fahrner (Hrsg.): Sexualstörungen. Thieme Verlag Stuttgart New York 2004, S. 172
Sophinette Becker ist Psychoanalytikerin und auch Hauptautorin der deutschen "Standards zur Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen" (SBBT) und Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS). Gemeinsam mit Bernd Meyenburg war sie tätig am Institut für Sexualwissenschaft im Klinikum der J. W. Goethe-Universität in Frankfurt.

⁷⁴ Dr. med. David Goecker: Ehemaliger Mitarbeiter von Klaus Beier: Promotion zum Thema „Partnerschaft und Sexualität bei Multipler Sklerose" an der Charité in Berlin. Fortbildung „Sexualmedizin" an der Akademie für Sexualmedizin e.V. in Berlin. Assistenzarzt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Charité. Heute: Tätig in eigener Praxis

⁷⁵ Dr. med. Alexander Korte: Leitender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Klinikum der Universität München

⁷⁶ Goecker, David und Alexander Korte (2007): Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter. In: Deutsche Liga für das Kind (Hrsg.): frühe Kindheit 2/07 (http://liga-kind.de/fruehe/207_goecker.php, 11.02.2012)

(6) sexuelles Interesse an anderen Jungen aber nicht an Mädchen kann im Kindheitssexualspiel betrachtet werden.

Bei dieser Gegenüberstellung wird hoffentlich klar, dass ganz klar unter „Geschlechtsidentitätsstörung im Kindes- und Jugendalter“⁷⁹ homosexuelle Kinder gemeint sind⁸⁰.

Und damit wird auch klar, was folgende Aussage, die wir schon weiter oben von einer anderen Person lesen konnten, bedeutet, diesmal sagt sie Brigitte Vetter⁸¹:

„Etwa ... zwei Drittel der Jungen mit einer Geschlechtsidentitätsstörung in der Kindheit weisen während und nach der Adoleszenz eine homosexuelle Orientierung auf [...] im Erwachsenenleben entwickeln sehr wenige einen Transsexualismus.“

Es kann gut sein, dass durch die Diagnose „Geschlechtsidentitätsstörung im Kindes- und Jugendalter“ eigentlich gar keine transsexuellen Kinder erfasst werden sollten, sondern diese nur als Beiwerk mit ins Netz gehen, da sie eigentlich rein für homosexuelle Kinder bestimmt war, bedenkt man, dass die Erfolgsquote bei der Ergreifung homosexueller Kinder bei etwa 66% liegt, laut Brigitte Vetter, doch nur 5% der so diagnostizierten Kinder gelten als transsexuell.

⁷⁷ Frederick L. Whitam, Department of Sociology, Arizona State University, 85281 Tempe, Arizona, USA: Childhood indicators of male homosexuality

Abstract Questionnaires were administered to 206 male homosexuals and 78 male heterosexuals. The most important aspects of the questionnaire dealt with six childhood indicators of later adult homosexuality: (1) interest in dolls, (2) crossdressing, (3) preference for company of girls rather than boys in childhood games, (4) preference for company of older women rather than older men, (5) being regarded by other boys as a sissy, (6) sexual interest in other boys rather than girls in childhood sex play. Significant differences were found between homosexuals and heterosexuals with respect to all six indicators. Moreover, it was found that the stronger one's homosexual orientation the greater was the number of childhood indicators. It is concluded that there are behavioral aspects related to one's sexual orientation which may begin to emerge early in childhood.

⁷⁸ Im Original: „sissy“ = Jammerlappen, Memme, Waschlappen, Weichling, weibischer Mann

⁷⁹ Diagnoseschlüssel: Im DSM-IV-TR: 302.6 im ICD-10: F64.2

⁸⁰ Dass es sich bei den dargestellten reparativen Therapien auch um Therapien schwuler Jungs handelt, zeigte das folgende Zitat über homosexuelle Kinder aus dem Artikel „Homosexualität und Gehirn – Von Neuronalen Unterschieden bis zur Anlage-Umwelt-Problematik“ von Stefan Schulreich (Quelle: Siehe: <http://www.versus.at/text/30042008.pdf>). Dort lesen wir:

„So zeigen schwule Männer typischerweise etwas femininere Ausprägungen auf Maskulinitäts-Feminitäts-Skalen, während lesbische Frauen hier etwas maskuliner abschneiden. Auch berufliche Interessen tendieren in beiden Gruppen auch etwas in Richtung anderen Geschlechts (Lippa, 2008).

Differentielle Interessen vielerlei Art zeigen sich bereits sehr früh in der Kindheit. So dürften männliche homosexuelle Kinder (diese Bezeichnung ist meinerseits bewusst gewählt) andere Interessen haben als heterosexuelle, wie zb. bevorzugtes Spielen mit Mädchen, vermehrtes Spielen mit Puppen sowie sich als Frau verkleiden oder auch ein stärkeres Interesse an Doktorspielen mit Buben (Whitam, 1977).“

⁸¹ Vetter, Brigitte: Sexualität: Störungen, Abweichungen, Transsexualität. Schattauer-Verlag. Januar 2007. Seite 296

John Money und die Geschlechtsrollen

Der Begriff „Geschlechtsidentitätsstörung“ heißt auf Englisch „gender identity disorder“. Die Idee, dass das „gender“ eine „identity“ beinhalten könnte, geht zurück auf John Money und seine „gender-role-theory“, auf Deutsch: Geschlechtsrollentheorie.

Aus Wikipedia⁸²:

Money war einer der ersten, die wissenschaftlich zu beweisen versuchten, dass Geschlecht nur erlernt sei, er war einer der Pioniere der Gender-Theorie. Money unterzog 1967 den knapp zwei Jahre alten Jungen Bruce Reimer einer Geschlechtsumwandlung, dessen Penis zuvor bei einer Beschneidung (versehentlich) verstümmelt worden war. Das Experiment lief jedoch aus dem Ruder: Schon als kleines Kind riss sich Brenda, wie Bruce nun hieß, die Kleider vom Leib, um Mädchenspielzeug machte sie einen weiten Bogen. Als Brenda mit 14 erfuhr, dass sie als Junge auf die Welt gekommen war, ließ sie die Geschlechtsumwandlung rückgängig machen. Im Frühjahr 2004 erschoss sich Bruce Reimer. Sein Zwillingbruder starb zwei Jahre zuvor, es gibt Vermutungen, wonach er Selbstmord begangen haben soll, weil er die Leiden seines Bruders nicht mehr ertrug.

Trotz des Fehlschlags diente [dieser Fall] [...] einem Teil der Frauenbewegung als wissenschaftlicher Beleg für die Thesen des Gleichheitsfeminismus. So schrieb Alice Schwarzer 1975, dass "die Gebärfähigkeit auch der einzige Unterschied ist, der zwischen Mann und Frau bleibt. Alles andere ist künstlich aufgesetzt." Das Experiment Money würdigt sie als eine der "wenigen Ausnahmen, die nicht manipulieren, sondern dem aufklärenden Auftrag der Forschung gerecht werden" ("Der kleine Unterschied", 1975, Seite 192f).

Was Wikipedia absichtlich verschweigt: Nach der Genitaloperation wurde das Kind, nun Brenda genannt, unter der Aufsicht von John Money „weiblich“ erzogen. John Money protokollierte den Fall und verkaufte ihn gewinnbringend als einen Sieg der Erziehung über die Natur. Er behauptete erwiesen zu haben, dass es kein angeborenes Wissen über sein eigenes Geschlecht gäbe, sondern dieses erst durch die Erziehung entstehen würde. Doch, wie wir wissen, log er, dass sich die Balken bogen.

Die Lüge der erfolgreichen „Geschlechtsumwandlung“ des David Reimer verkaufte John Money in seinem Buch „Man & Woman, Boy & Girl: Gender Identity from Conception to Maturity“. Bis heute wird auf Basis dieser Theorie das Konzept der Geschlechtsidentitätsstörung vertreten, bzw. der Glaube daran, durch Therapie das Wissen, das ein Mensch über sein Geschlecht hat, verändern zu können. Die Angeborenheit des Wissens um das eigene Geschlecht wird geleugnet.

„Die geschlechtliche Identität ist dimorph, multivariat und sequentiell in der Entwicklung.“⁸³

⁸² http://de.wikipedia.org/wiki/John_Money (11.02.2012)

John Money erzählt:

„Die Geschichte von „Männlich, Weiblich. Die Entstehung der Geschlechtsunterschiede“ ([original:] Man & Woman, Boy & Girl (M & W, B & G)) stammt aus dem Jahr 1950, als ich als Harvard-Student nach dem Examen eine Dissertation über die Psychologie des Hermaphroditismus begann und den Kontakt zu Lawson Wilkins, dem weltweit ersten Kinder-Endokrinologen, am John Hopkins [Hospital] herstellte. Im Jahr 1951 begann ich an seiner Klinik, die ein bekanntes Zentrum für die Behandlung von angeborenen sexuellen Störungen war, zu arbeiten, um der erste pädiatrische (Kinder-) Psycho-Endokrinologe zu werden. [...]

Damit die Rolle beim Geschlechtsakt (sex role) der männlichen/weiblichen Rolle bei [Menschen mit] bei der Geburt defekten Genitalien zugeschrieben werden konnte, sowohl vor, als auch nach einer Operation, prägte ich daher im Jahr 1955 den Begriff der Geschlechtsrolle (gender-role), aus dem der Begriff Geschlechtsidentität (gender identity) später abgeleitet wurde.

Geschlechtsrolle (gender role) bedeutet/beinhaltet alle Möglichkeiten, abhängig oder unabhängig von den Genitalien oder einer Fehlbildung der Genitalien, wie Männlichkeit und Weiblichkeit privat gelebt wird und sich öffentlich manifestiert. [...]

Das Buch unterschied sich von jedweden sexologischen Schriften, die ihm vorausgingen insofern, als sein Hauptkonzept nicht einfach nur die Bestimmung des Sexual- oder Fortpflanzungsverhaltens war, sondern die Unterscheidung in maskulin oder feminin, oder vielleicht androgyn.

Die Geschichte mag noch einwenden, dass die Fallschilderungen (citations) in „Männlich, Weiblich. Die Entstehung der Geschlechtsunterschiede“ ([original]: „Man & Woman, Boy & Girl“ (M & W, B & G)) weniger auf Wissenschaft basieren als viel mehr auf Geschlechterpolitik (politics of gender). Es konnte kaum ein Unterschied im Geschlechtsakt (sex gap) festgestellt werden [bei Hermaphroditen, Anm. d. Übersetzers], jedoch beachtliche Unterschiede im geschlechtlichen Verhalten (gender gap), unabhängig der Genitalien.

Die Sprache bedurfte dieses Begriffes [also „gender“, Anm. d. Übersetzers] in den Jahren 1955 und assimilierte ihn eifrig. M & W, B & G gab ihm einen wissenschaftlichen Status und wissenschaftliche Substanz.“⁸⁴

So John Money in einem Zeitungsartikel 1972.

⁸³ Im Vorwort zu: Money J. & Ehrhardt A. A.: Man & woman, boy & girl: the differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1972. 311 P. [Depts. Psychiatry and Pediatrics, Johns Hopkins Univ. Sch. Med., Baltimore, MD]. Erschienen in: This Week's Citation Classic® Nr. 11, 16.03.1987

⁸⁴ Money J. & Ehrhardt A. A.: Man & woman, boy & girl: the differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1972. 311 P. [Depts. Psychiatry and Pediatrics, Johns Hopkins Univ. Sch. Med., Baltimore, MD]. Erschienen in: This Week's Citation Classic® Nr. 11, 16.03.1987

„In den 1950er Jahren schlussfolgerte der Psychologe John Money, basierend auf Forschung mit intersexuellen Patienten, dass sowohl die geschlechtlichen Identität (gender identity) als auch die Rolle bei der Geburt undifferenziert sind. Wenn sie vor dem Alter von 18 Monaten zugeschrieben werden würde (assigned), würde sich die geschlechtlichen Identität weitgehend durch soziale Erfahrung (Erziehung) bestimmt (determined) werden können, unabhängig vom biologischen Geschlecht. In Übereinstimmung mit dieser Folgerung wurde ein Vorgehen entwickelt, was zu tun war, wenn eine frühzeitige Operation bei Kindern mit uneindeutigen Genitalien angebracht war, um das zugewiesene Geschlecht mit dem das Aussehen der äußeren Genitalien in Einklang zu bringen.“(Bockting, Walter O. (2000))⁸⁵

Auch Sophinette Becker, ein John-Money-Fan⁸⁶ und zudem Lehrtherapeutin der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (Dgfs), behauptet och heute:

*„Es spielt eine Rolle, ob sich unser Begehren und unsere Phantasien in einem weiblichen oder in einem männlichen Körper entwickeln. Dieser Unterschied ist nicht „klein“ (Alice Schwarzer), sondern vielfältig. (Natürlich spielt es eine Rolle, dass man den Penis sehen kann und dass man den weiblichen Innenraum ertasten bzw. erahnen muss, aber nicht i. S. von plus und minus.) Es gibt sozusagen keinen Körper ohne seine Aneignung, seine psychische Repräsentierung.“*⁸⁷

John Money wurde - ironischerweise - 2002 von der *Deutschen Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Sexualforschung*, für die er arbeitete, mit der Magnus-Hirschfeld-Medaille ausgezeichnet.

Schlussfolgerung

Die Diagnose „Geschlechtsidentitätsstörung“ ist keine Diagnose, die auf Grund der Notwendigkeit entstand, Menschen zu helfen oder auf Grund wissenschaftlicher Daten. So verwundert es auch nicht, dass Nancy H. Bartlett, Paul L. Vasey und William M. Bukowski in ihrer Metaanalyse der veröffentlichten Daten zur Diagnose „Geschlechtsidentitätsstörung im Kindes- und Jugendalter“ zu der Schlussfolgerung kommen:

„Diese Vergleiche in diesem Papier lassen die Schlussfolgerung nicht zu, dass GIS [Geschlechtsidentitätsstörung] bei Kindern, wie sie im DSM-IV beschreiben ist, die

⁸⁵ Bockting, Walter O. (2000): As Nature Made Him: The Boy Who was Raised as a Girl. - a book review. Journal of Sex Research / Nov, 2000. http://findarticles.com/p/articles/mi_m2372/is_4_37/ai_72272312/

⁸⁶ *„diese von John Money eingeführte und bei ihm als sehr komplexes interaktives Modell verstandene Begrifflichkeit wurde in der deutschen Rezeption um Wesentliches auf Eindimensionales verkürzt.“* in Becker, Sophinette (2011): Geschlechtsidentitäten und sexuelle Orientierung. (Park-Klinik Sophie Charlotte Berlin 23. 2. 1011, Vortragsmanuskript)

⁸⁷ Becker, Sophinette (2011): Geschlechtsidentitäten und sexuelle Orientierung. (Park-Klinik Sophie Charlotte Berlin 23. 2. 1011, Vortragsmanuskript)

Kriterien einer psychischen Störung erfüllt. [...] Es wird daher empfohlen, dass die Kategorie der GIS bei Kindern in ihrer jetzigen Form nicht in künftigen Ausgaben des DSM erscheinen sollte.“⁸⁸

In der "Erklärung über die Prinzipien der Toleranz"⁸⁹ (UNESCO) heißt es in Artikel 1:

„Toleranz bedeutet die Anerkennung der Tatsache, dass alle Menschen, natürlich mit allen Unterschieden ihrer Erscheinungsform, Situation, Sprache, Verhaltensweisen und Werte, das Recht haben, in Frieden zu leben und so zu bleiben, wie sie sind. Dazu gehört auch, dass die eigenen Ansichten anderen nicht aufgezwungen werden dürfen...

Intoleranz zeigt sich oft in Form von Marginalisierung schutzloser Gruppen...“

⁸⁸ Bartlett, Nancy H. , Paul L. Vasey , William M. Bukowski (2000): Is Gender Identity Disorder in Children a Mental Disorder? in: Sex roles , ISSN 1573-2762, Vol. 43 (11/12. 2000), p. 753-785. S. 18

⁸⁹ Die Erklärung über die Prinzipien der Toleranz wurde am 16. November 1995 von den Mitgliedstaaten der UNESCO - also auch von Deutschland - verabschiedet. Der 16. November gilt seit dem als der Internationale Tag für Toleranz.

Biologische Ursachen von Transsexualität

Neurobiologie: Dick Swaab

Dass transsexuelle Frauen anatomisch weibliche Gehirne haben, konnten die Wissenschaftler Zhou, Hofman, Gooren and Swaab zeigen. Sie untersuchten 1995 Gehirne von toten transsexuellen Frauen und entdeckten dabei folgendes:

„... zeigen wir, dass die Größe der zentralen Unterteilung des bed nucleus der stria terminalis (BSTc), ein Bereich des Gehirns, der essenziell für das geschlechtliche Verhalten ist, bei Männern größer ist als bei Frauen. In transsexuellen Frauen wurde ein BSTc der Größe wie bei nicht-transsexuellen Frauen gefunden. ... Unsere Studie ist die erste, die eine weibliche Gehirnstruktur in ... Transsexuellen [Frauen] zeigt.“⁹⁰

Die vorliegenden Ausschnitte entstammen dem Buch "Wir sind unser Gehirn"⁹¹ von Dick Swaab⁹²:

„Alle Fakten weisen darauf hin, dass [...] [Geschlechtsdifferenzierungen] bereits in der Gebärmutter entstehen. Man hat kleine Veränderungen der Gene entdeckt, die an der Wirkung der Hormone auf die Gehirnentwicklung beteiligt sind und auf diese Weise die Wahrscheinlichkeit von Transsexualität erhöhen. Auch ein abnormaler Hormonspiegel des Kindes in der Gebärmutter oder Medikamente, die eine Mutter während der Schwangerschaft einnimmt und die den Abbau von Geschlechtshormonen hemmen, können die Wahrscheinlichkeit von Transsexualität erhöhen. Die Differenzierung unserer Geschlechtsorgane vollzieht sich in der ersten, die sexuelle Differenzierung unseres Gehirns in der zweiten Schwangerschaftshälfte. Da diese beiden Prozesse in unterschiedlichen Phasen ablaufen, wird die Theorie vertreten, dass diese Prozesse bei Transsexualität unterschiedlichen Einflüssen unterliegen.“ [(S. 104)]

⁹⁰ Zhou, M.A. Hofman, L.J. Gooren and D.F. Swaab: A Sex Difference in the Human Brain and its Relation to Transsexuality.

also: Wilson C J Chung, Geert J De Vries, Dick F Swaab: Sexual differentiation of the bed nucleus of the stria terminalis in humans may extend into adulthood.

also: FRANK P. M. KRUIJVER, JIANG-NING ZHOU, CHRIS W. POOL, MICHEL A. HOFMAN, LOUIS J. G. GOOREN, AND DICK F. SWAAB: Male-to-Female Transsexuals Have Female Neuron Numbers in a Limbic Nucleus

Eine weitere Interessante Untersuchung zum Thema Gehirn mit Dick Swaab:

Alicia Garcia-Falgueras and Dick F. Swaab: A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: relationship to gender identity

⁹¹ Dick Swaab (2011): Wir sind unser Gehirn. Wie wir denken, leiden und lieben. ISBN: 978-3-426-27568-9. Droemer-Verlag

⁹² Dick Swaab, geboren 1944, gilt als einer der international führenden Hirnforscher. Er war Professor für Neurobiologie an der Universität Amsterdam und dreißig Jahre lang Direktor des Niederländischen Instituts für Hirnforschung. Für seine Forschung erhielt er zahlreiche Preise.

„Je nachdem, ob Testosteron produziert wurde oder nicht, entwickeln sich die Geschlechtsorgane des Kindes zwischen der 6. und 12. Schwangerschaftswoche zu männlichen oder weiblichen. Später, in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, differenziert sich das Gehirn in männliche oder weibliche Richtung. [...] In dieser Phase wird unsere Geschlechtsidentität - das [...] [Wissen], ein Mann oder eine Frau zu sein - unumkehrbar in den Hirnstrukturen verankert.“ [(S. 87)]

Genetik: UCLA/Prince Henry's Institute

„UCLA⁹³ Wissenschaftler haben 54 Gene, die die unterschiedliche Organisation der männlichen und weiblichen Gehirnen erklären können, identifiziert

Vilain⁹⁴ und seine Kollegen untersuchten, ob genetische Einflüsse die Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Gehirnen erklären können. Mit Hilfe von zwei genetischen Testverfahren verglichen sie die Produktion von Genen in männlichen und weiblichen Gehirnen von Mäuseembryonen - lange bevor die Tiere Sexualorgane entwickeln.

Zu ihrer Überraschung fanden die Forscher 54 Gene, die vor jedem hormonellen Einfluss, in männlichen und weiblichen Mäusehirnen in unterschiedlicher Menge produziert wurden. 18 der Gene wurden in männlichen Hirnen in höheren Dosen gebildet; 36 wurden in weiblichen Hirnen in höheren Dosen gebildet.

'Unsere Ergebnisse könnten erklären, warum wir uns männlich oder weiblich empfinden, unabhängig von unserer tatsächlichen Anatomie', sagte Vilain. 'Diese Entdeckungen erhärten die Vorstellung, dass Transgender zu sein --- das Gefühl, dass man im Körper des falschen Geschlechts geboren wurde - ein Zustand des Geistes ist.'

'Aus früheren Studien wissen wir, dass Transgender-Personen einen normalen Hormonspiegel besitzen', fügte er hinzu. 'Ihre Geschlechtsidentität wird wahrscheinlich durch einige der Gene, die wir entdeckten, erklärt werden.'"⁹⁵

Lauren Hare⁹⁶ et al (2009)⁹⁷ fügt zur Aussage von Eric Villain noch hinzu:

[...] „Zusammengefasst: zeigen unsere Ergebnisse einen signifikanten Zusammenhang zwischen male-to-female-Transsexualität und dem Längen-

⁹³ UCLA: The University of California, Los Angeles

⁹⁴ Eric Vilain, MD, PhD. Professor, Humangenetik, Pädiatrie, Urologie an der University of California, Los Angeles

⁹⁵ Reuters News Service 10/20/2003. <http://transgenderlondon.com/What%20Causes%20It.htm>

⁹⁶ Lauren Hare ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Prince Henry's Institut für Medizinische Forschung, Australiens führendem Zentrum in der Hormonforschung und Reproduktionsmedizin.

⁹⁷ Lauren Hare, Pascal Bernard, Francisco J. Sánchez, Paul N. Baird, Eric Vilain, Trudy Kennedy and Vincent R. Harley: Androgen Receptor Repeat Length Polymorphism Associated with Male-to-Female Transsexualism. BIOL PSYCHIATRY 2009; 65: 93–96

Polymorphismus bezüglich Androgen-Rezeptor-Repeat. Dieser Befund weist darauf hin, dass der Androgenrezeptor und weitere beteiligte Gene bei der Entstehung der male-to female-Transsexualität via Steroidgenese eine Rolle spielen. Wir vermuten, dass reduziertes Androgen und Schwächung der Androgen-Signalübertragung zur weiblichen Geschlechtsidentität von male-to female-Transsexuellen beitragen kann. Es sollten weitere Studien also Replikationsstudien bei anderen Populationen, Studien mit größeren Patienten-Kollektiven und Analysen weiterer Polymorphismen, sowohl bezüglich der beiden hier in dieser Studie untersuchten Gene als auch bezüglich anderer Geschlechts-Steroidgenese-Gene durchgeführt werden.“⁹⁸

Vincent Harley, der Leiter des Molecular Genetics at Prince Henry's Institute⁹⁹ dazu:

„Es gibt das soziale Stigma, dass Transsexualität eine Frage des Lifestyles ist. Unsere Ergebnisse dagegen unterstützen den Ansatz, dass es eine biologische Grundlage dafür gibt, wie sich eine Geschlechtsidentität entwickelt“¹⁰⁰

Zwillingsstudien

Van Beijsterveldt und Kollegen¹⁰¹ konnten in einer groß angelegten Zwillingsstudie mit 7 und 10 jährigen Zwillingen zeigen:

„Genetische Strukturgleichungsmodelle ergaben, dass 70% der Varianz in der Anfälligkeit für Cross-Gender-Verhalten durch genetische Faktoren erklärt werden könnte, bei beiden Alters- und Geschlechtergruppen.“ [...] ¹⁰²

Möller et al (2009)¹⁰³ schreiben dazu:

„Die einzige vorausblickende Studie mit 314 Zwillingen im Alter von 4-7 , bzw. 8-12 Jahren mit den klinisch signifikanten Symptomen einer GID fand eine "signifikante

⁹⁸ Übersetzung Horst Haupt. Weitere Studien dazu:

Susanne Henningssona, Lars Westberga, Staffan Nilssonb, Bengt Lundströmc, Lisa Ekseliusd, Owe Bodlunde, Eva Lindströmd, Monika Hellstranda, Roland Rosmondf, Elias Erikssona and Mikael Landén: Sex steroid-related genes and male-tofemale transsexualism

und eine weitere Studie dazu:

Alicia Garcia-Falguerasa, Helena Pinoso, Paloma Colladoa, Eduardo Pasarob, Rosa Fernandezb, Cynthia L. Jordanc, Santiago Segoviaa, Antonio Guillamona: The role of the androgen receptor in CNS masculinization

⁹⁹ <http://www.sciencedaily.com/releases/2008/10/081030111005.htm>

¹⁰⁰ <http://www.sciencedaily.com/releases/2008/10/081030111005.htm>

¹⁰¹ C. E. M. van Beijsterveldt; James J. Hudziak; Dorret I. Boomsma: Genetic and Environmental Influences on Cross-Gender Behavior and Relation to Behavior Problems: A Study of Dutch Twins at Ages 7 and 10 Years. Arch Sex Behav (2006) 35: 647–658

¹⁰² Übersetzung: Horst Haupt.

¹⁰³ Möller, Birgit, Herbert Schreier, Alice Li and Georg Romer, MDa (2009): Gender Identity Disorder in Children and Adolescents. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2009;39:117-143

zusätzliche genetische Komponente mit einem Anteil von 62% der Varianz und eine Umweltkomponente von 38% der Varianz.¹⁰⁴ [..]

Knafo und Mitarbeiter¹⁰⁵ überprüfen zwei Studien, die signifikantes vererbtes atypisches geschlechtliches Verhalten der Geschlechter fanden, mit einer genetischen Varianz von 37% und 62%.

Iervolino und seine Mitarbeiter¹⁰⁶ fanden in einer großen Zwillings-Studie (N = 3990) heraus, dass sowohl genetische als auch Umweltfaktoren gemeinsam zum geschlechtstypischen Verhalten beitragen. Sie fanden Zwillings-spezifische Umwelteinflüsse, die sich zu rund 22% durch gemeinsame Umweltfaktoren erklären lassen, dies scheint es für Jungen und Mädchen ähnlich zu sein, und zusätzlich genetische Einflüsse von 57% bei Mädchen und 34% bei Jungen.“

Transsexualität - eine Form der Intersexualität

Milton Diamond ist der Ansicht, dass es sich bei Transsexualität um eine Form von Intersexualität handeln muss:

„Ich behaupte, dass Transsexualität eine Form der Intersexualität ist. Ich komme zu diesem Schluss aufgrund meiner eigenen klinischen Erfahrungen, meiner eigenen experimentellen Forschung und dem Wissen über die Forschungsergebnisse von anderen.“¹⁰⁷

„Und warum sollten wir nicht den verbalen Erklärungen transsexueller [Menschen] in Bezug auf ihre Identität weniger Glaubwürdigkeit schenken, als den Aussagen über die sexuelle Orientierung? Ich sage voraus, wir werden auch weiterhin zusätzliche Beweise finden, dass Transsexuelle [Menschen] im Gehirn biologisch Intersexuelle [Menschen] sind und sich damit von typischen Männchen und Weibchen unterscheiden.“¹⁰⁸

¹⁰⁴ Coolidge FL, Thede LL, Young SE. The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. Behav Genet 2002;32:251-7.

¹⁰⁵ Knafo A, Iervolino AC, Plomin R. Masculine girls and feminine boys: genetic and environmental contributions to atypical gender development in early childhood. J Pers Soc Psychol 2005;88:400-12.

¹⁰⁶ Iervolino AC, Hines M, Golombok SE, Rust J, Plomin R. Genetic and environmental influences on sex-typed behavior during the preschool years. Child Dev 2005;76:826-40.

¹⁰⁷ Diamond, Milton (1994): Intersexualität. In: Human Sexuality: An Encyclopedia. Edited by Erwin J. Haeberle. Original editors: Vern L. Bullough and Bonnie Bullough. Originally published by Garland Publishing Inc., New York & London 1994, Garland Reference Library of Social Science (Vol. 685). <http://hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2010to2014/2010-intersexualität.html>

¹⁰⁸ Milton Diamond (2009): Clinical implications of the organizational and activational effects of hormones. Commentary. In: Hormones and Behavior 55 (2009) 621–632. Accepted 12 March 2009. © 2009 Elsevier Inc.

Einem Menschen sein Wissen über sein Geschlecht ab zu sprechen oder es in Frage zu stellen, bedeutet, einem Menschen seine Würde zu nehmen und seine Persönlichkeit in Frage zu stellen. Dazu hat kein Psychologe, Psychiater oder Mediziner das Recht.

Transsexualität und psychische Störungen

In einem Text des SPD Uri (Schweiz)¹⁰⁹ heisst es:

Die tiefgreifende soziale Funktionseinschränkung ist eine Kerncharakteristik des psychischen Gestörtseins. [...] Jede Art von psychischer Störung [...] weist eine für das Syndrom typische, spezifische soziale Funktionseinschränkung auf.

[...] Die uns vorliegenden Kasuistiken erlauben eindeutige Schlüsse: Die Mehrheit transsexueller Menschen weist keine sozialen Funktionseinschränkungen auf. [...] Die Erkenntnis der psychischen Ungestörtheit transsexueller Menschen ist dabei keineswegs neu; Schorsch notierte 1974(!):

*'Von den extrem seltenen Fällen abgesehen, bei denen die Transsexualität Symptom einer Geistes- oder Gehirnkrankheit ist, findet sich eine Transsexualität bei meist psychisch nicht gestörten, im Durchschnitt gut intelligenten Persönlichkeiten ... Wenn sich jedoch im Laufe der Entwicklung besonders bei männlichen Transsexuellen in zunehmendem Maße psychische Beeinträchtigungen finden, dann sind sie meist Folge des starken sozialen Drucks und der dadurch bedingten Konflikte, denen eine Minorität ausgesetzt ist.'*¹¹⁰

Selbst Friedemann Pfäfflin, der transsexuelle Menschen immer wieder gerne als die Verrückten¹¹¹ dartelt, „Die Oszillierenden, Negierenden und Transzendierenden“¹¹², muss zugeben, dass

„Transsexuelle Patienten kein spezifisches psychopathologisches Merkmalsprofil [besitzen]“¹¹³.

Kurt Seikowski, von der Gesellschaft für Sexualwissenschaft e.V., untersuchte transsexuelle Menschen nach ihrer psychischen Gesundheit:

"In einer Untersuchung an 95 Männern, ... und 76 Frauen, ... gingen K. Seikowski und Kollegen der Sache auf den Grund. In umfangreichen Befragungen wurden sie auf psychosomatische Beschwerden, Verhaltensprobleme, Persönlichkeitsmerkmale und

¹⁰⁹ Haupt, Dr. med. univ. Dr. phil. Horst-Jörg (2012): Die Pathologisierung transsexueller Menschen beenden! Ein Statement des Sozialpsychiatrischen Dienstes Kanton Uri (SPD Uri) zum Vortrag von Frau Helena Nygren-Krug, Health and Human Rights Advisor, World Health Organisation (WHO) – im Rahmen der Vorstellung des Berichts "DISKRIMINIERUNG AUS GRÜNDEN DER SEXUELLEN ORIENTIERUNG UND DER GESCHLECHTSIDENTITÄT IN EUROPA", Strassburg, 23. Juni 2011. Fassung vom 25.02.2012 (veröffentlicht an diesen Tag vom Sozialpsychiatrischer Dienst Kanton Uri). S. 22 - 23

¹¹⁰ E. Schorsch: Phänomenologie der Transsexualität. Therapie: Geschlechtsumwandlung ohne Alternative. Sexualmed 1974, 3: 195

¹¹¹ Sigusch, Volkmar (1994): Transsexueller Wunsch und zissexuelle Abwehr. Fachzeitschrift Psyche 1995, 49, S. 811 - 837

¹¹² Pfäfflin, Friedemann (2008). Transsexuelles Begehren. In: Springer A, Münch K, Munz D (Hrsg) Sexualitäten. Psychosozial-Verlag, Gießen, 311-330

¹¹³ Pfäfflin, Friedemann (1993): Transsexualität. Beiträge zur Psychopathologie, Psychodynamik und zum Verlauf. Enke, Stuttgart. S. 98

*"neuroserrelevante Einschränkungen im zwischenmenschlichen Bereich" abgeklopft. ... Daraus lässt sich einfach folgern: Transsexuelle sind psychisch so normal wie du und ich."*¹¹⁴

Und weiter ist in der Stellungnahme des SPD Uri ¹¹⁵zu lesen:

„[Udo] Rauchfleisch¹¹⁶ hebt hervor [...]:

'Immer wieder bin ich mit transsexuellen Frauen und Männern zusammengetroffen, die ... keinerlei psychopathologische Zeichen erkennen ließen und - im Gegenteil - eine große psychische Stabilität aufwiesen. Allfällig auftretende Depressionen, Angstentwicklungen und andere Störungen erwiesen sich häufig als Folgen der schwierigen Lebensumstände, in denen sich transsexuelle Menschen auch heute noch oft befinden. Etliche von ihnen verfügen aber über eine große Belastungsfähigkeit, die es ihnen ermöglichte, ihre zum Teil schwierigen Lebensumstände ... mit Bravour zu meistern, eine Leistung, der ich meine ungeteilte Hochachtung zolle.'

Fazit: Wo es keine psychische Störung gibt, findet sich auch keine soziale Funktionseinschränkung.“

¹¹⁴Quelle: <http://www.ftm.ch/Ne-Int-Therapie-Contra.shtml>

¹¹⁵ Haupt, Dr. med. univ. Dr. phil. Horst-Jörg (2012): Die Pathologisierung transsexueller Menschen beenden! Ein Statement des Sozialpsychiatrischen Dienstes Kanton Uri (SPD Uri) zum Vortrag von Frau Helena Nygren-Krug, Health and Human Rights Advisor, World Health Organisation (WHO) – im Rahmen der Vorstellung des Berichts "DISKRIMINIERUNG AUS GRÜNDEN DER SEXUELLEN ORIENTIERUNG UND DER GESCHLECHTSIDENTITÄT IN EUROPA", Strassburg, 23. Juni 2011. Fassung vom 25.02.2012 (veröffentlicht an diesen Tag vom Sozialpsychiatrischer Dienst Kanton Uri). S. 22 - 23

¹¹⁶ Rauchfleisch: Transsexualität – Transidentität, Göttingen 2006 7f.

Menschenrechte und reparative Therapien

Die Menschenwürde

In einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu einer Klage eines transsexuellen Menschen lesen wir:

„Art. 1 Abs. 1 GG schützt die Würde des Menschen, wie er sich in seiner Individualität selbst begreift und seiner selbst bewusst wird. Hierzu gehört, dass der Mensch über sich selbst verfügen und sein Schicksal eigenverantwortlich gestalten kann. Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG gewährleistet die freie Entfaltung der im Menschen angelegten Fähigkeiten und Kräfte.“¹¹⁷

Laut Bundesverfassungsgericht gehört zur Menschenwürde, die Einzigartigkeit des Menschen, die Individualität des Menschen und sein eigenes Verständnis davon. Dieses Selbstverständnis des Menschen ist Teil seiner Würde und darf also nicht angetastet werden, sondern muss vom Gesetzgeber respektiert werden. Hierzu gehört zudem, dass der Mensch selbst über sich und sein Schicksal verfügen kann und dieses eigenverantwortlich gestalten kann. Dies alles natürlich nur, insoweit es nicht genau diese Rechte anderer einschränkt.

Meine Würde, ist also mein Selbst, wie ich es selbst verstehe und die Entfaltung dieses Selbst.

In allen Menschenrechtserklärungen ist die Würde des Menschen und deren Schutz enthalten. Die Würde wird als ein Teil des Menschen, etwas von Natur aus in ihm wohnendes betrachtet. So heißt es bereits in der Präambel der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, gleich zu Beginn:

„Da die Anerkennung der angeborenen Würde und der gleichen und unveräußerlichen Rechte aller Mitglieder der Gemeinschaft der Menschen die Grundlage von Freiheit, Gerechtigkeit und Frieden in der Welt bildet,“

Und in Artikel 1 der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte taucht diese Aussage nochmals auf um zu zeigen, von welcher großen Bedeutung die Menschenwürde ist und dass sie - zusammen mit der Gleichheit - somit die Grundlage aller folgenden Menschenrechten bildet:

¹¹⁷ BVerfG 2. Senat 2. Kammer, Kammerbeschluss vom 15. August 1996, Az: 2 BvR 1833/95

„Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen.“

Unsere Würde ist unser wichtigstes zu schützendes Gut. Sie ist nicht nur die Grundlage der Menschenrechte, sondern auch die Grundlage der Grundrechte in Deutschland und steht auch deshalb als oberstes zu schützendes Gut folgerichtig in Art. 1 (1):

„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“

Doch was ist die Menschenwürde? Was verbirgt sich dahinter? Hierzu Prof. Dr. Peter Schaber¹¹⁸, Ethik-Zentrum der Universität Zürich:

„Würde ist nicht gleich Menschenrecht, sondern wird als etwas verstanden, das die Menschenrechte begründet: Rechte haben wir nicht, weil wir Rechte, sondern weil wir Würde haben. [...]

Würde ist insofern mit dem Anspruch auf Selbstachtung verbunden. Es geht dabei - und das ist wichtig - nicht um Selbstachtung im Sinne der Selbstwertschätzung. Es geht vielmehr um Selbstachtung im Sinne der Wahrnehmung des Rechts, ein eigenes Leben führen zu können. [...]

Es geht dabei darum, Personen als eigenständige Wesen anzuerkennen. [...]

In einem zweiten Schritt gehen aus dem Anspruch auf Selbstachtung die Rechte hervor, welche die Mittel schützen, die Personen brauchen, um ein Leben nach ihren eigenen Vorstellungen führen zu können. [...] Auch sie beruhen auf dem Anspruch auf Selbstachtung: Dem Anspruch, sein Leben nach eigenen Vorstellungen und das heißt nichts anderes als ein Leben in Würde führen zu können.

Wer Kindern nicht zuhört, ihre Aussagen über sich selbst, wie z.B. „ich bin ein Mädchen“ als falsch darstellt, zieht die Würde dieser Kinder in den Schmutz. Der Anspruch von Kindern auf Selbstachtung beinhaltet vor allem die Achtung anderer, d.h. die Achtung und Beachtung der Selbstaussage eines Kindes als wahr. Wer die Äußerungen eines Menschen, nur weil dieser etwas jünger ist, in den Schmutz zieht und sie als Ausdruck eines Identitätsproblems oder gar als

¹¹⁸ Peter Schaber, Der Anspruch auf Selbstachtung. Quelle: www.ethik.uzh.ch/afe/publikationen/Schaber-Menschenwuerde.pdf.

Geschlechtsidentitätsstörung darstellt, verletzt in eklatanter Weise die Würde dieses Menschen, demütigt und erniedrigt ihn.

Einem Menschen nicht zu gestehen, zu wissen, wer oder was er ist, bzw. zu behaupten, dies besser zu wissen, ist eine der schlimmsten und bösartigsten Formen der Menschenrechtsverletzungen, weil sie eine Negation der Würde des Menschen beinhalten. Solche Menschenrechtsverletzungen nehmen einem Menschen seine Würde und entmenschlichen ihn dadurch.

Obwohl die Bundesrepublik Deutschland behauptet, die Würde des Menschen schützen zu wollen, weigert sie sich, dies auch bei transsexuellen Menschen, und ganz besonders bei transsexuellen Kindern, zu tun. Es hat fast den Anschein, als solle die erwähnte Entmenschlichung umgekehrt als Begründung genutzt werden, die Menschenwürde nicht achten zu müssen. Pervers.

Yogyacarta Prinzip 18:

Das Recht auf Schutz vor medizinischer Misshandlung

Niemand darf aufgrund seiner sexuellen Orientierung oder geschlechtlichen Identität gezwungen werden, sich irgendeiner Form von medizinischer oder psychologischer Behandlung, Untersuchung oder Maßnahme zu unterziehen, oder in eine medizinische Einrichtung eingewiesen werden. Entgegen anders lautender Beurteilungen sind die sexuelle Orientierung und die geschlechtliche Identität eines Menschen an und für sich keine Erkrankungen und sollen daher nicht behandelt, geheilt oder unterdrückt werden.

DIE STAATEN MÜSSEN

A. *alle erforderlichen gesetzgeberischen, administrativen und sonstigen Maßnahmen ergreifen, um vollständigen Schutz vor schädlichen medizinischen Praktiken, die aufgrund der sexuellen Orientierung oder geschlechtlichen Identität vorgenommen werden, zu gewährleisten. Hierzu zählen auch Praktiken aufgrund von kulturell oder anderweitig begründeten Klischees über Verhaltensweisen, das körperliche Erscheinungsbild oder empfundene geschlechtsspezifische Normen (gender norms); [...]*

F. sicherstellen, dass sexuelle Orientierungen oder geschlechtliche Identitäten im Rahmen medizinischer oder psychologischer Behandlungen oder Beratungen weder explizit noch implizit als Erkrankungen betrachtet werden, die behandelt, geheilt oder unterdrückt werden sollten.¹¹⁹

Dr. Dr. Horst Haupt schreibt dazu in den Altdorfer Empfehlungen¹²⁰:

„Damit ist unmissverständlich dargelegt, dass Transsexualität keine Störung oder Krankheit darstellt. Transsexualität ist nicht zu behandeln oder wegzuthrapieren. Konzepte, nach denen Transsexualität eine Geschlechtsidentitätsstörung oder Verhaltens-/Geistesstörung darstellen, stehen im diametralen Widerspruch zum Yogyakarta-Prinzip Nr. 18. Wir empfehlen daher dringend, dass dies bei künftigen gerichtlichen Entscheidungen bedacht wird und Berücksichtigung findet.

Genauso evident ist, dass sich das Prinzip der 'Zwangstherapie und -verpflichtungen' mit dem Yogyakarta-Prinzip Nr. 18 kollidiert. Die [...] Zwangs'psychotherapie' sowie die obligatorischen, entwürdigenden Zwangs-Alltags-Tests haben in einer menschenrechtskonformen Begleitung, Beratung und Behandlung, die sich an den Empfehlungen der Yogyakarta-Prinzipien sowie des europäischen Kommissars für Menschenrechte orientieren, keinen Platz.“

Das Kinderrechtsabkommen

„in der Erkenntnis, dass das Kind zur vollen und harmonischen Entfaltung seiner Persönlichkeit in einer Familie und umgeben von Glück, Liebe und Verständnis aufwachsen soll, in der Erwägung, dass das Kind umfassend auf ein individuelles Leben in der Gesellschaft vorbereitet und im Geist der in der Charta der Vereinten Nationen verkündeten Ideale und insbesondere im Geist des Friedens, der Würde, der Toleranz, der Freiheit, der Gleichheit und der Solidarität erzogen werden sollte,...“¹²¹

... darf man homosexuelle Kinder zu transsexuellen Kindern umpolen und transsexuelle Kinder zu nicht-transsexuellen?

¹¹⁹ Übersetzung: Hirschfeld-Eddy-Stiftung

¹²⁰ Haupt, Dr. med. univ. Dr. phil. H.-J. (2011): Transsexualität. Grundlegende neurowissenschaftlich-medizinische, menschenrechtskonforme Positionsbestimmungen und daraus abzuleitende Empfehlungen für die Begleitung, Beratung, Betreuung und Therapie transsexueller Menschen („Altdorfer Empfehlungen“) Final Draft Version 1.0. (Quelle: SPD Uri, Schweiz)

¹²¹ Übereinkommen über die Rechte des Kindes vom 20. November 1989, Präambel

Im folgenden dazu auch ein paar Artikel aus dem Übereinkommen über die Rechte des Kindes vom 20. November 1989.

Artikel 8 [Identität]

(1) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, das Recht des Kindes zu achten, seine Identität, ... zu behalten.

(2) Werden einem Kind widerrechtlich einige oder alle Bestandteile seiner Identität genommen, so gewähren die Vertragsstaaten ihm angemessenen Beistand und Schutz mit dem Ziel, seine Identität so schnell wie möglich wiederherzustellen.

Einem Kind seine geschlechtliche und sexuelle Identität zu nehmen, sein Wissen über sein Geschlecht an zu zweifeln und es umzupolen, damit es gesellschaftlichen Mann-Frau-Stereotypen entspricht, hat nichts mit der Achtung der kindlichen Identität zu tun. Diese als "krankhaft" zu bezeichnen, als eine "Identitätsstörung", nur weil das Kind nicht Geschlechtsstereotypen gehorcht, ist die Würde des Kindes verletzend.

Artikel 12 [Berücksichtigung des Kindeswillens]

(1) Die Vertragsstaaten sichern dem Kind, das fähig ist, sich eine eigene Meinung zu bilden, das Recht zu, diese Meinung in allen das Kind berührenden Angelegenheiten frei zu äußern, und berücksichtigen die Meinung des Kindes angemessen und entsprechend seinem Alter und seiner Reife.

Sagen Kinder wirklich: "Ja, ich möchte umgepolt werden!" Oder wird bei reparativen Therapien, bei Umpolungen, da nicht der der homosexuellen- und transsexuellenfeindlichen Haltung der Eltern entsprochen?

Artikel 16 [Schutz der Privatsphäre und Ehre]

(1) Kein Kind darf willkürlichen oder rechtswidrigen Eingriffen in sein Privatleben, seine Familie, seine Wohnung oder seinen Schriftverkehr oder rechtswidrigen Beeinträchtigungen seiner Ehre und seines Rufes ausgesetzt werden.

Ein Eingriff in die sexuelle Orientierung oder geschlechtliche Identität eines Menschen ist eindeutig ein Eingriff in seine Privatsphäre. Wenn ein Kind nicht mehr sagen kann, was es will, nicht mehr mit dem Spielzeug spielen darf, mit welchem es spielen möchte, ihm Spielkameraden auf Grund des Geschlechts vorenthalten werden, dann ist dies ein grober Eingriff in das Privatleben des Kindes.

Artikel 19 [Schutz vor Gewaltanwendung, Misshandlung, Verwahrlosung]

(1) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmaßnahmen, um das Kind vor jeder Form körperlicher oder geistiger Gewaltanwendung, Schadenzufügung oder Misshandlung, ... vor schlechter Behandlung ... zu schützen, solange es sich in der Obhut der Eltern oder eines Elternteils, eines Vormunds oder anderen gesetzlichen Vertreters oder einer anderen Person befindet, die das Kind betreut.

Umpolungen, bzw. reparative Therapien, verursachen schwere psychische Schäden. Deshalb gelten sie weltweit als nicht mit der Menschenwürde vereinbar. Warum macht man hier einen Unterschied zwischen der Menschenwürde und der Würde des Kindes? Auch Kinder haben ein Recht auf Gesundheit¹²² und dürfen keinen Therapien ausgesetzt werden, die zu schweren psychischen Störungen noch Jahre nach dem Ende der Therapie führen können.

¹²² Übereinkommen über die Rechte des Kindes vom 20. November 1989, Artikel 24

Forderungen

Reparative Therapien an Kindern müssen sofort gestoppt werden, die durchführenden Ärzte, Therapeuten etc. müssen entlassen und die/ihre Institute geschlossen werden.

Jede weitere Verbreitung der Behauptung, es gäbe eine „Geschlechtsidentitätsstörung im Kindes- und Jugendalter“ bzw. „Gender Disphorie“ muss verboten werden. Die entsprechende Literatur muss auf dem Verkehr gezogen werden.

Die Behauptung, es gäbe eine „Geschlechtsidentitätsstörung“, bzw. „Genderdysphorie“, widerspricht echter wissenschaftlicher Forschung, verstößt gegen das Grundgesetz, gegen die Würde des Menschen und sein Persönlichkeitsrecht. Der einzige Sinn hinter dieser Behauptung, es gäbe eine „Geschlechtsidentitätsstörung“ bzw. „Genderdysphorie“, ist die Demütigung und Erniedrigung homosexueller und transsexueller Menschen um dadurch sehr viel Geld zu verdienen und sich Bedeutung zu verschaffen.

Die Vereinten Nationen sollten insbesondere die APA, die American Psychiatric Association, auffordern, den Begriff "Geschlechtsidentitätsstörung" bzw. „Gender Disphorie“ aus dem DSM ersatzlos zu streichen und die Menschenrechtsverletzungen an transsexuellen Menschen nicht länger zu betreiben. Die Ideologie, es gäbe "Geschlechtsidentitätsstörungen", muss als menschenverachtend und Rassismus-ähnlich weltweit gebannt werden.

Die Vereinten Nationen sollten die internationalen Psychologen- und Psychiaterverbände darauf hinweisen, dass eine Zwangspathologisierung transsexueller und homosexueller Menschen gegen Menschenrechte verstößt. Psychiater oder Psychologe zu sein sollte kein Freibrief darstellen, Menschen gegen jede wissenschaftliche Erkenntnis und gegen alle Menschenrechte zu pathologisieren, nur um noch mehr Geld an leidenden Menschen verdienen zu können.

Der Verein Aktion Transsexualität und Menschenrecht e.V. (ATME)

Der Verein Aktion Transsexualität und Menschenrecht e.V. (ATME) ist eine unabhängige gemeinnützige Organisation. Gegründet wurde der Verein Aktion Transsexualität und Menschenrecht e.V. im April 2008. ATME kämpft für ein Ende der Diskriminierung auf Grund der geschlechtlichen Identität.

Mit unseren Berichten an die Vereinten Nationen zu den Stellungnahmen der Bundesrepublik Deutschland zu internationalen Menschenrechtsabkommen, weisen wir auf die Verletzungen dieser Abkommen hin. Die Menschenrechtsberichte sollen auch helfen, die Gesellschaft dahingehend zu sensibilisieren, dass Geschlecht (und stereotypes Geschlechtsverhalten) nicht in allen Fällen über das Vorhandensein oder Fehlen eines Penis zu definieren ist. So stellt auch die Sensibilisierung der Öffentlichkeit und Medien für die Probleme und Nöte transsexueller Menschen einen weiteren Schwerpunkt unserer Arbeit dar.

Medizinische Definitionen, Praktiken und die daraus folgenden gesetzlichen Verfahren in Deutschland, wie z.B. das Transsexuellengesetz, wurden bislang ohne Berücksichtigung internationaler Menschenrechtsabkommen eingeführt. So ist ein weiteres Ziel, eine Reform des deutschen "Transsexuellengesetzes" zu erreichen. Alle Menschen sollten vor dem Gesetz gleich sein, auch transsexuelle Menschen. Niemand sollte für geistesgestört erklärt werden, nur weil er seinen Vornamen ändern oder einen falschen Geschlechtseintrag korrigieren lassen möchte.

Fremdgeschlechtszuordnungen anhand subjektiver Kriterien und Geschlechterstereotypen sind eine Verletzung der Menschenrechte. Wir setzen uns für eine echte und vollständige Anerkennung der geschlechtlichen Identität, als Teil der Menschenwürde von Anfang an, ein.

Transsexuelle Menschen müssen zudem ein Recht auf sämtliche medizinische Leistungen haben, die nötig sind, ihnen ein Leben in Würde zu ermöglichen.

Ein Verein, wie Aktion Transsexualität und Menschenrecht e.V. benötigt aktive Mitglieder und finanzielle Unterstützer. Falls du also Lust hast, etwas zu tun, damit endlich die geschlechtliche Identität eines jeden Menschen respektiert wird, auch wenn er keinen Stereotypen gehorcht, dann würden wir uns freuen, wenn du dich uns anschließt oder uns eine Spende zukommen lässt - oder einfach einmal auf unsere Website gehst: <http://atme-ev.de>

"Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren"

(Art. 1, Satz 1, Allgemeine Erklärung der Menschenrechte)