

Persönliche PDF-Datei für Annette Güldenring, K* Stern

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

100 Jahre – Von Magnus Hirschfeld zur S3-Leitlinie und darüber hinaus: Körperorientierte Behandlungsverfahren als eine Option der Zukunft?

DOI 10.1055/a-1219-2329
Z Sexualforsch 2020; 33: 164–168

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

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

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags

 **Thieme**

100 Jahre – Von Magnus Hirschfeld zur S3-Leitlinie und darüber hinaus: Körperorientierte Behandlungsverfahren als eine Option der Zukunft?

100 Years – From Magnus Hirschfeld to the S3-Guideline and beyond: Body-Oriented Treatment Methods as an Option for the Future?

Autor_innen

Annette Güldenring¹ und K* Stern²

Institute

- 1 Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatik, Westküstenklinikum Heide
- 2 Heilpraktiker_in für (Körper)Psychotherapie in freier Praxis, Hamburg

Schlüsselwörter

Gesundheitsversorgung; Körperpsychotherapie; Leitlinien; Non-Binarität; Transgender

Keywords

body psychotherapy; guidelines; health care; non-binary; transgender

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1219-2329>

Z Sexualforsch 2020; 33: 164–168

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0932-8114

Korrespondenzadresse

Annette Güldenring
Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Esmarchstraße 50
25746 Heide
agueldenring@wkk-hei.de

ZUSAMMENFASSUNG

In diesem Beitrag werden zentrale Inhalte der 2018 veröffentlichten S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechts-

dysphorie und Trans-Gesundheit“, die sich dem Wissen von Magnus Hirschfeld vor 100 Jahren wieder annähert, vorgestellt und diskutiert. Der zweite Teil widmet sich körper- und emotionsfokussierten Verfahren in der Versorgung von geschlechtlich nonkonformen Menschen, die bislang nur randständig im therapeutisch-pädagogischen und beraterischen Bereich angewandt werden. Es wird dafür plädiert, körper- und emotionsfokussierte Verfahren in die Regelversorgung zu integrieren; insbesondere – wie in den AWMF-Kriterien vorgeschrieben – mit Blick auf die bevorstehende Überarbeitung der S3-Leitlinie nach fünf Jahren in 2023. Dieser Zeitpunkt gibt auch die Chance, die in der aktuellen Leitlinie verwendete Sprache weiter zu ent-gendern, um mit einer geschlechtsinklusive Nomenklatur nicht-binärem Geschlechtererleben gerecht zu werden.

ABSTRACT

This article presents and discusses the S3-Guideline “Gender Incongruence, Gender Dysphoria and Trans Health” published in 2018, which draws closer again to the standard of knowledge of Hirschfeld 100 years ago. The second part is devoted to approaches focusing on body and emotion in the care of gender-non-conforming people, which have so far only been applied marginally in the therapeutic, educational and counselling field. It is argued that the possibilities of body and emotion-focused procedures should be integrated into standard care. Especially – as prescribed in the AWMF criteria – in view of the upcoming revision of the S3 guideline after five years in 2023. This point in time also provides the opportunity to further degender the language used in the current guideline in order to move away from dichotomous norms governing physicality and towards truly including non-binary gender experience.

Lebensreform statt Therapie

Am 9.10.2018 wurde die S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit“ online veröffentlicht (DGfS 2018). Exakt 100 Jahre früher im Jahr 1918 hatte sich Magnus Hirschfeld in seiner Sexualpathologie zum Thema Trans-

vestitismus geäußert: Anzeichen für eine Erkrankung seien bei diesen Menschen nicht zu beschreiben, eine „Therapie ist unmöglich und der Arzt ‚ist sogar verpflichtet‘, die Umkleidung zu gestatten, ja anzuordnen“ (Herzer 2017: 285). Hirschfeld kommt der große Verdienst zu, als Erster eine „lebensreformerische Heilbe-

handlung“ zur „Verbesserung des ganzen Lebens als Bedingung für psychische und physische Gesundheit“ (Herzer 2017: 286) verstanden zu haben und er war mit diesen Gedanken nicht nur seiner, sondern in vieler Hinsicht auch der heutigen Zeit voraus (Güldenring et al. 2019), in der es immer noch biologistische und psychodynamische Überzeugungen zu den Varianten von Geschlecht gibt mit dem Ziel, sogenannte reparative Therapien für Menschen mit geschlechtlich nonkonformen Identitäten zu fordern (Ponsetti und Stirn 2019).

Als sich die *Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung* (DGfS) 2012 entschied, die Federführung für die Erstellung dieser Leitlinie zu übernehmen, befand sich der wissenschaftliche Diskurs in einem aufzehrenden „Theoriestreit“ (Güldenring 2016: 142) um Ursachenforschung der als psychisch krank angesehenen geschlechtlich nonkonformen Menschen. Die Inhalte psychotherapeutischer Konzepte waren allerdings inkonsistent und in der Regel Spiegelbild der subjektiven Weltanschauung des_ der Therapeut_in. Unter einer „chaotischen“ und desorientierten Gesundheitsversorgung sahen sich geschlechtlich nonkonforme Menschen einer therapeutischen „Willkür“ ausgesetzt und hatten „jedes Vertrauen in diese Medizin, die sich in ihren eigenen Theoriekreisen drehte“ (Güldenring 2016: 147) verloren. Im Jahr 2009 wurde die gesundheitliche Versorgungssituation durch die Veröffentlichung der Begutachtungsanleitung des *Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen* (MDS) (MDS 2009) in Deutschland dramatisch verschlechtert (García Nuñez und Nieder 2017; Rauchfleisch 2017; Sauer und Güldenring 2017). Die MDS-Begutachtungsrichtlinie ist bis heute gültig und vereitelt jede ärztlich-therapeutische Freiheit einer gesundheitsorientierten – sowohl psychischen als auch somatischen – Entwicklungsförderung von geschlechtlich nonkonformen Personen. Dieser Missstand in Deutschland wird in der Leitlinie wie folgt ausgedrückt: „Die medizinische Versorgung von trans Menschen findet von jeher in einem Spannungsfeld zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung und der Befürchtung von behandelnden Ärzt_innen und psychologischen Psychotherapeut_innen vor einer Fehlentscheidung statt“ (DGfS 2018: 4). Diese Formulierung erleben wir als verharmlosend, verschleiert sie doch insbesondere die Diskriminierungspotenz eines in der Sexualmedizin etablierten Behandlungsparadigmas gegenüber geschlechtlich nonkonformen Menschen, die erst in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren unter Expert_innen offen reflektiert wird (Güldenring und Sauer 2017).

Es muss sehr verwundern, warum es Medizin, Psychologie und Gesundheitsversorgungssystem – vor den wertschätzenden Überlegungen von Hirschfeld zur therapeutischen Haltung gegenüber „Transvestiten“ – über Jahrzehnte nicht gelungen ist, ihre diskriminierende Sichtweise und die darin immanent schädigende Wirkung für die Gesundheit geschlechtlich nonkonformer Menschen zu reflektieren (Nieder et al. 2019) und eine bedarfsgerechte Behandlung und Kostenregulierung zu entwickeln, in der es weder zu einer Unterversorgung noch zu einer Überversorgung durch pauschal zu erfüllende Therapieauflagen mit strengen Zeitmustern kommt.

Die neue Leitlinien-Arbeitsgruppe knüpft nach 100 Jahren an Hirschfelds wegweisende Überlegungen an und verfolgt eine grundlegend neue Richtung: Sie verlässt die dominante Rolle der Medizin/Psychologie und die Psychopathologisierung von Geschlechtsidentitäten. Sie benennt das zerrüttete Vertrauen zu

den geschlechtlich nonkonformen Behandlungssuchenden als Resultat der gescheiterten Geschichte der eigenen Berufsgruppe. Diskriminierungen, auch vonseiten der Behandelnden, entpuppen sich als basaler Fehler einer Verirrung gegenüber geschlechtlich nonkonformen Menschen mit iatrogen gesundheitsschädigendem Effekt. Das ist in unserer Einschätzung eine unschätzbare historische Leistung.

Ein solcher Prozess (er-)fordert eine selbstkritische Auseinandersetzung mit der eigenen ärztlich-psychotherapeutischen Rolle, ein Sich-in-Frage-Stellen in Bezug auf die wenig rühmliche Geschichte der Transgender-Medizin. Behandlungsmodi, die sich allein auf die Wahl zwischen „Couch oder Skalpell“ (Pfäfflin 1980) fokussierten, werden der Vielfalt geschlechtlichen Seins nicht gerecht. Die Leitlinien-Gruppe hat sich ein Verständnis erarbeitet, dass „eine Diagnostik von Geschlecht menschliches Wahrnehmungsvermögen übersteigt“ (Güldenring 2013: 173) und dass das „Erleben des eigenen Geschlechts ohnehin nicht allein durch ärztliche oder psychologische Expertise erfasst werden [kann]“ (Nieder und Güldenring 2017: 21). Das, was aus Menschenrechtsperspektive längst überfällig, in der Behandlung jedoch nicht selbstverständlich war, ist nun explizit formuliert: Die Leitlinie betont, die Behandlungssuchenden in der Ärzt_innen-Patient_innen-Beziehung als „autonome und selbstverantwortliche Personen“ (DGfS 2018: 12) zu verstehen, in der die partizipative und „informierte Einwilligung [...] ein grundlegender Bestandteil der therapeutischen Interaktion“ (DGfS 2018: 12) sein soll. Diese neue Haltung wird durch die Behandlungsempfehlungen der Leitlinien reflektiert.

Um diese Ansprüche anwenden zu können und um die Gefahr therapeutischer „Willkür“ (s. o.) so weit wie möglich zu verhindern, fordert die Leitlinie den Behandelnden geschlechtlich nonkonformer Menschen Qualifikation und geschlechtsbezogene Selbstreflexion ab: „Behandelnde sollten sich ein Verständnis von Geschlecht erarbeiten, das über ein Konstrukt von Zweigeschlechtlichkeit hinausgeht“ (DGfS 2018: 16). Hirschfelds Gedanken folgend, wurde in der Leitlinie der soziale Lebensraum mit den einzelnen Lebensumfeldern für die Gesundheit von geschlechtlich nonkonformen Menschen mit hoher Bedeutung für Entwicklungsförderung belegt. Einleitend heißt es deshalb in der Leitlinie:

„Der Schwerpunkt der Leitlinie leitet sich von der empirisch fundierten Erkenntnis ab, dass für Wohlbefinden und Lebensqualität sowie für ein erhöhtes Kongruenz erleben der Behandlungssuchenden neben den körperbezogenen Behandlungen (u. a. Hormonbehandlung, chirurgische Eingriffe) der psychosoziale Rahmen (Familie, Angehörige, Partner_innen, Freunde, Kolleg_innen, etc.) von großer Bedeutung ist (Murad et.al. 2010)“ (DGfS 2018: 9).

Genderinklusive Sprache – ein komplexes Projekt

Die Richtung einer gendersensibleren Sprache ist in der neuen Leitlinie bereits eingeschlagen. Gleichzeitig gilt es, neue Vorschläge jenseits der sprachlichen Zweigeschlechtlichkeit für die anstehende Überarbeitung der Leitlinie im Jahr 2023 zu formulieren. Denn „ca. 20 % der Population von trans Personen [identifizieren sich] mit

einer non-binären Geschlechtsidentität, also außerhalb des normativen Zweigeschlechtersystems“ (Köhler et al. 2019: 104). Körpermodifikationen sowohl in Form vereindeutigender „feminisierender oder maskulinisierender Maßnahmen“ als auch in Form von „Maßnahmen zur geschlechtlichen Veruneindeutigung“ (Löwenberg 2020: 99) denken zu können, ist eine wichtige Errungenschaft. Doch welche Bilder werden durch diese Begriffe reproduziert? Kann der Bart einer nicht-binären Femme kein als feminin empfundenen Attribut sein? Wie wäre es, auch diese gegenderten Bezeichnungen hinter sich zu lassen? Aus unserer Erfahrung öffnet entgenderter Sprachgebrauch innere Räume jenseits zweigeschlechtlicher Körpernorm – sowohl für nicht-binär lebende Menschen als auch für sich binär identifizierende Personen. Entsprechende Suchbewegungen nach der individuell stimmigen Kombination aus Anatomie und den zur empfundenen Geschlechtsidentität passenden Bezeichnungen lassen sich durch körpertherapeutische Methoden unterstützen: Wie nehme ich Körperteile und -bereiche wahr? Welche (Selbst-)Bezeichnung ist dafür stimmig? Welche Auswirkungen hat diese Stimmigkeit auf andere etwaige Transitionswünsche?

Wie könnte ein Entgendern von anatomischen Begriffen und operativen Vorgängen konkret aussehen? Wie könnte auf normierende Sprache (weitestgehend) verzichtet werden?¹ Die Kunst liegt darin, die somatischen Veränderungen als das zu beschreiben, was sie ausmachen: Ist es bspw. ein Brustaufbau oder eine Brustreduktion bzw. Transformation in ein flaches Brustprofil? (Hahne und Stern 2017). Der Abschnitt „Feminisierende Operationen im Brustbereich“ der Leitlinie könnte ab dem Jahr 2023 vielleicht wie folgt zu lesen sein:

- Vorher: „Im Rahmen der feminisierenden Operationen im Brustbereich kann für trans Frauen der Brustaufbau durch die Implantation von Silikonprothesen infrage kommen (...). Für trans Frauen kann es insbesondere bei unzureichendem hormonell-bedingtem Brustwachstum von Bedeutung sein, eine möglichst natürliche Brustform zu erreichen, z. B. indem chirurgisch eine Submammarfalte rekonstruiert wird“ (DGfS 2018: 63).
- Nachher: Im Rahmen von Operationen, welche einen Brustaufbau zum Ziel haben, kann die Implantation von Silikonprothesen infrage kommen (...). Gegebenenfalls ist es für die behandlingssuchende Person von emotionaler Bedeutung, eine Brustform zu erreichen, die einer umfangreicheren, gewachsenen Brust ähnelt. Wenn ein entsprechendes Brustwachstum infolge einer Hormontherapie nicht erreicht werden kann, besteht die Möglichkeit, chirurgisch eine entsprechende Unterbrustfalte zu rekonstruieren.

Geschlechtsidentität – Wo bleiben Körper und Emotionen?

Körpertherapeutisch arbeitende Menschen vermissen in der Leitlinie ein Denken über die klassischen Schulen der Psychotherapie

hinaus. So heißt es, „dass Psychotherapie genutzt werden kann, um die Entscheidung für ein Leben in einer anderen Rolle zu klären und u. U. andere Optionen (etwa das Leben als queere Person ohne modifizierende Behandlungen der körperlichen Geschlechtsmerkmale) auszuloten“ (DGfS 2018: 43). Es könne „das breite Spektrum an Settings, Methoden, Verfahren und Interventionen genutzt werden, wobei manchmal spezifische Interventionen nötig oder sinnvoll sind“ (DGfS 2018: 44). Es bleibt weitgehend offen, welche Verfahren und Interventionen gemeint sind und was unter „spezifischen Interventionen“ zu verstehen ist.

Dass körper- und emotionsfokussierte Verfahren für die Entwicklungsbegleitung von geschlechtlich nonkonformen Menschen in dieser Leitlinie keine Erwähnung finden, verwundert einerseits zwar nicht, da diese Verfahren generell in der psychotherapeutischen Behandlung und pädagogischen Begleitung einen schweren Stand haben. Andererseits überrascht es. Warum arbeiten psychotherapeutische, pädagogische und beraterische Fachkräfte nach wie vor und überwiegend an einem alleinigen „Ort des Sprechens“ (Hamm und Stern 2019: 20)? Gerade geschlechtsinkongruentes Sosein ist schließlich „(auch oder insbesondere) eine körperliche Angelegenheit, verbunden mit mehr oder weniger starken Empfindungen und bewussten oder verdrängten Gefühlen“ (Stern und Hahne 2019: 242). Eine ganzheitliche gesundheitliche Regelversorgung von trans und geschlechtlich nonkonformen Menschen sollte körper- und emotionsorientierte Verfahren in allen Behandlungs- und Beratungsansätzen positiv einbeziehen.

Mögliche Ziele von Körpertherapie können sein, sich zu trauen, sich selbst wieder zu fühlen und wahrzunehmen, Emotionen und Erregungszustände zu balancieren, abgespaltene innere Anteile und Bedürfnisse zu integrieren, Zugang zu einer inneren Gewissheit (wieder) zu erlangen, bspw. als Grundlage für die Entscheidung für oder gegen eine somatische Behandlung etc.

Als Interventionen ohne Berührung, mit dem Ziel, die Wahrnehmung für den eigenen Geschlechtskörper zu fördern, eignen sich angeleitete Achtsamkeits-, Atem-, Zentrierungs- und Wahrnehmungsübungen. Als zu stark empfundene Erregung, bspw. im Kontext von Minderheitenstress oder Ohnmachtserleben dem eigenen Körper gegenüber, lässt sich durch halt gebende Körperarbeit regulieren, z. B. indem der_ die Körpertherapeut_in die Füße der zu begleiteten Person mit den Händen hält oder eine Hand auf den Rücken der begleiteten Person legt. Entspannungstechniken können Tiefenentspannung und ein Gefühl von Sicherheit fördern, z. B. das parasympathische System aktivierende Atemtechniken, Imaginationen und Fantasiereisen, bspw. an einen sicheren inneren Ort. Energiesteigernde und kontrolliert entladende Körpertechniken fördern Belebung und Ausdruck. Körperorientierte Rollenspiele und Aufstellungen bieten die Chance, in Kontakt mit unausgedrückten Gefühlen zu kommen und bspw. eine Reflexion über eigene Transitionsentscheidungen zu fördern.

Wir können bereits von praxiserprobten, positiven Erfahrungen aus der Transgender-Körperarbeit berichten: Geschlechtlich nonkonforme Menschen, mit denen wir arbeiten, nutzen Möglichkeiten der körperlichen Selbsterfahrung in körpertherapeutischer Einzelarbeit sowie körpertherapeutischen und -pädagogischen Seminaren vor, in allen Phasen während und auch nach der Transition positiv für sich. Eine bedeutende Neuerfahrung, denn traditionell wurde ihnen seitens der Sexualmediziner_innen ein positives kör-

1 Wir empfehlen der Leitlinien-Arbeitsgruppe, Community-basiert eine Geschlechter-inklusive Nomenklatur zu entwickeln. Stellen, an denen keine allgemein verständlichen geschlechtsinklusive oder -neutrale Begriffe geschaffen werden können, sollten zumindest bewusst als nicht neutral und ggf. prekär markiert werden.

perliches, gar sexuelles Leben weitgehend abgesprochen, unabhängig davon, ob und inwieweit sie dieses für sich wählen wollten. Es ist wohlthuend zu beobachten, wie ihre Körper Lebendigkeit und (neue) Ausdrucksformen finden.

Die Resonanz auf körperbezogene, körperpraktische Angebote (Stern und Hahne 2019) und auf entwickelte Materialien zur Selbsthilfe (Hahne und Stern 2017; Stern und Hahne, im Druck) ist hoch. Wir stellen fest, dass bereits (vermeintlich) kleine körperbezogene Übungen und Interventionen eine beachtenswerte Entwicklung anstoßen, die sich positiv auf Selbstwirksamkeit und auf Wohlbefinden der sie durchführenden Person(en) auswirkt. Für eine objektivierbare Erfassung fehlen derzeit noch ausreichend Daten aus methodisch geeigneten Studien. Aktuell sind niedrigschwellige körper- und emotionsfokussierende therapeutische und pädagogische Angebote in der Regelversorgung kaum gegeben und müssen meist privat finanziert werden (Stern und Hahne 2019).

Unser Ziel ist eine fundierte Forschung zur Wirksamkeit körper- und emotionsorientierter Ansätze und Methoden in Bezug auf Behandlungsbioografien von trans und geschlechtlich nonkonformen Menschen, wie sie in der Leitlinie erwähnt werden: Die Leitlinie bezieht sich bereits auf Gefühle und Körper bei der „Förderung von Selbstakzeptanz, Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit“ sowie der „Bewältigung von Scham- und Schuldgefühlen sowie von internalisierter Trans-Negativität“ (DGfS 2018: 45). Auch sollen die Entscheidung für oder gegen körperverändernde Maßnahmen unterstützt und die Zeit nach somatischen Behandlungen genauso begleitet werden wie eine andauernde Geschlechtsdysphorie (DGfS 2018). Mindestens für diese Ziele eignen sich aus unserer Sicht körper- und emotionsfokussierende Verfahren. Darüber hinaus haben wir die Hypothese, dass sich körpertherapeutische und -pädagogische Interventionen als hilfreich erweisen können

- als Kreativmethode im Explorieren von diffus Spürbarem und (noch) nicht Denkbarem oder Sprechbarem (vor allem zu Beginn der geschlechtlichen Identitätserforschung),
- als Zwischenmaßnahme bei Wartezeiten bzw. stützende Begleitung, bis somatische Maßnahmen umgesetzt werden können oder ihre Wirksamkeit zeigen,
- als Unterstützung, somatische Veränderungen (insb. infolge von Operationen) zu integrieren, bspw. das veränderte Körperbild oder die neuen Funktionsweisen und Erlebnismöglichkeiten des Körpers nach einer Genitaloperation,
- als Explorationsmethode, um mit körperlichen Begrenzungen einen eigenen, kreativen Umgang zu finden.²

2 Dieser Punkt könnte besonders relevant sein für Menschen, die sich hormonelle Körpermodifikation wünschen, aber diese aus gesundheitlichen Gründen nicht durchführen können. Ferner könnte er relevant sein für Begrenzungserlebnisse im Kontext Genitalien und/oder Sexualität und/oder Reproduktion, wenn das Genitale und/oder Reproduktionsorgane nicht gewachsen sind, sondern ggf. selbstgewählt operiert oder hormonell verändert worden sind. Eine trans weibliche/nicht-binäre Person, die ohne Gebärmutter und Monatsblutung geboren wurde und darunter leidet, könnte mithilfe von therapeutischen oder pädagogischen Interventionen den eigenen Körper neu deuten, bspw. mit Imaginationsverfahren neu erdenken, und darüber einen erträglichen oder gar kreativen Umgang mit der Begrenzung finden. Ebenso ein trans männlicher/nicht-binärer Mensch, der ohne Prostata und Möglichkeit, Sperma zu ejakulieren, geboren wurde.

Danksagung

Die Autor_innen bedanken sich bei Alexander Hahne für den fachlichen Austausch über körperpraktische Ansätze im Kontext Trans und Geschlechtsinkongruenz.

Interessenkonflikt

Die Autor_innen haben honorierte Vorträge und Seminare in der Fort- und Weiterbildung zu Themen der geschlechtlichen Vielfalt angeboten. K* Stern ist Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit des Bundesverbandes Trans* und Fachbeiratsmitglied im Projekt InTraHealth der FH Dortmund.

Literatur

- [DGfS] Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung. Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. Version 1.1 (22.02.2019). Berlin: AWMF 2018. [Als Online-Dokument: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/138-001.html>]
- Güldenring A. Zur Psychodiagnostik von Geschlechtsidentität im Rahmen des Transsexuellengesetzes. *Z Sexualforsch* 2013; 26: 160–174
- Güldenring A. Eine andere Sicht über Trans*. In: Rauchfleisch U. Transsexualität-Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2016; 130–178
- Güldenring A, Sauer A. Trans*...inklusive? Geschlechtsidentitäten in Recht, Medizin und Gesellschaft. In: Diehl E. Teilhabe für alle?!. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung 2017; 231–257
- Güldenring A, Trotsenburg M, Flütsch N. Queering Medicine – Dringlichkeit einer bedürfnisorientierten und evidenzbasierten Transgendergesundheitsversorgung. *J Klin Endokrinol Stoffwechs* 2019; 12: 84–94
- García Nuñez D, Nieder TO. Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie: Konzepte und Behandlungsempfehlungen für Trans* Menschen. *Gynakol Endokrinol* 2017; 15: 5–13
- Hahne A, Stern K. Poster Trans* Körper*Wahrnehmung vor/nach deiner Mastektomie und Begleitheft Trans* Körper*Wahrnehmung – Ressourcen rund um die Mastektomie. Hamburg: Eigenverlag 2017
- Hamm J, Stern K. Einblicke in die Trans*Beratung – Praxis, Haltung, Reflexion. In: Naß A, Rentzsch S, Rödenbeck J, Deinbeck M, Hartmann M. Empowerment und Selbstwirksamkeit von trans* und intergeschlechtlichen Menschen. Geschlechtliche Vielfalt (er)leben. Band II. Gießen: Psychosozial 2019; 15–32
- Herzer M. Magnus Hirschfeld und seine Zeit. Oldenbourg: De Gruyter 2017
- Köhler A, Stern K, Eyssel J, Nieder TO. Zur Zweigeschlechtlichkeit und darüber hinaus: Identitäten, Körper und Behandlungsanliegen im Kontext von trans Personen. *PTT – Persönlichkeitsstörungen* 2019; 23: 101–113
- Löwenberg H. Non-Binarität – Behandlung aus psychotherapeutischer Perspektive: Ein Kommentar zur neuen S3-Leitlinie. *Z Sexualforsch* 2020; 33: 95–99
- [MDS] Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Grundlagen der Begutachtung. Begutachtungsanleitung. Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität. Essen: MDS 2009
- Nieder TO, Güldenring A. Psychotherapie und Trans*-Gesundheit: Der therapeutische Effekt der Entpsychopathologisierung. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 2017; 1: 8–25
- Nieder TO, Güldenring A, Woellert K, Mahler L, Mundle G. Spezifisch gleich behandeln: Zur Ethik einer Psychotherapie mit lesbischen, schwulen,

- bi-/pansexuellen und trans Menschen. In: Steger F, Brunner J, Hrsg. Ethik in der psychotherapeutischen Praxis. Stuttgart: Kohlhammer 2019; 136–156
- Pfäfflin F. Skalpellen oder Couch. Der Spiegel 11.02.1980
- Ponseti J, Stirn A. Wie viele Geschlechter gibt es und kann man sie wechseln? Z Sexualforsch 2019; 32: 131–147
- Rauchfleisch U. „Trans* Menschen“, Psychoanalyse und Psychotherapie. Forum Psychoanal 2017; 33: 431–445
- Sauer A, Güldenring A. Die Gesundheitsversorgung für Trans* -Männlichkeiten: Stand, Bedarfe, Empfehlungen. In: Stiftung Männergesundheit, Hrsg. Sexualität von Männern. Dritter deutscher Männergesundheitsbericht. Gießen: Psychosozial 2017; 239–252
- Stern K, Hahne A. Trans* Körper* Wahrnehmung. Körperpraktische Methoden als Ergänzung zu Gesprächstherapie und trans Beratung. In: Appenroth M, do Mar Castro Varela M, Hrsg. Trans & Care. Trans Personen zwischen Selbstfürsorge, Fürsorge und Versorgung. Bielefeld: transcript 2019; 241–254
- Stern K, Hahne A. Mein Körper und Stress – 14 Übungen für mehr Wohlbefinden. In: rubicon e. V., Hrsg. Kleine Hausapotheke für den cis-normativen Alltag. Köln: Eigenverlag, im Druck

