

Cornelia Kunert

Felder der Unsicherheit

Transgeschlechtlichkeit und Trauma¹

1. Vorwort

In meiner Arbeit als Psychotherapeutin habe ich mich in den letzten 15 Jahren auf die Arbeit mit Transgender-Personen spezialisiert. Dabei habe ich die Erfahrung gemacht, dass es in der Gruppe der transgeschlechtlichen Menschen häufig einen Traumahintergrund gibt, was auch sehr gut durch Studien belegt ist.² Deshalb arbeite ich heute hauptsächlich mit transgeschlechtlichen Menschen, die den Transitionsweg bereits abgeschlossen haben und nun lebensgeschichtliche Dinge aufarbeiten möchten. Mein Anliegen ist es daher, einen Beitrag zur Achtsamkeit zu leisten, das Unerhörte zu hören und für das, was sich nicht offen zeigt, bei den Therapeuten und Therapeutinnen, die ebenfalls in diesem Feld tätig sind, und in den einzelnen Sitzungen Raum zu schaffen. Deshalb liegt zeitgleich zum Vortrag dieser Text als schriftliche Fassung des Vortrags vor, um mit Literaturangaben und entsprechenden Studien meine Ausführungen zu belegen.³ Die gebrachten Beispiele sind anekdotisch und dienen als Illustration. Sie sind freigegeben oder stark anonymisiert und radikal gekürzt.

2. Einleitung

Eine Transfrau reist in ihr Heimatland und wird dort von der Familie einem Exorzismus unterzogen.

Ein Transmann geht nachts auf der Strasse nach Hause und wird brutal zusammengeschlagen weil er so "pussy" aussieht.

Eine lesbische Frau benutzt eine Toilette einer Bar und wird verwiesen, weil man sie für einen Mann hält. Sie weigert sich zu gehen und wird vom Barbesitzer mit Gewalt auf die

¹ als Vortrag für die Festveranstaltung 30-jähriges Bestehen der ExpertInnengruppe für transgeschlechtliche Lebensweisen. Wien am 27.09.2025 (erweiterte Fassung)

² Shipherd J. C., Abramovitz, M. et al., *Traumatic Events in a Transgender Sample: Frequency and Associated Symptoms*. (2011). Richmond A., et al. *Lost in Trans-Lation: Interpreting Systems of Trauma for Transgender Clients*. (2012). Mizock, L., & Lewis, T. K. *Trauma in Transgender Populations: Risk, Resilience, and Clinical Care*. (2008). Trans Murder Monitoring. IDAHOT (2014), wit/AFP., (2022) Lombardi, E., R. Wilchins, et al. (2001), Kersting, A. & Reutemann et al. (2003), Budwani, H. et al. (2016).

³ siehe : www.cornelia-kunert-psychotherapie.com

Strasse geworfen.

Diese Erfahrungen haben gemeinsam, dass sie transphobe, verletzende Handlungen sind - aber sind sie ein Trauma? Das kann man nicht ohne weiteres sagen!

Häufig ist man nur dort bereit ein Trauma anzuerkennen, wenn es um katastrophale Ereignisse von lebensbedrohlicher Qualität geht, wie etwa Naturkatastrophen, Kriege, Vergewaltigung etc. Es gibt Menschen, die ein derartiges Klasse1 Trauma (PTBS) ausheilen, weil sie aus eigenen Ressourcen sich davon erholen. Bei anderen bleiben vielfältige Symptome und das Leben wird nie wieder so sein, wie es zuvor war.

Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass Studien die Überlegenheit der Psychotherapie gegenüber der medikamentösen Therapie bei Traumafolgestörungen belegen.⁴

Man hört oft, dass der Begriff Trauma inflationär verwendet wird und dass heute jeder glaube traumatisiert zu sein, wenn auch nur eine Kleinigkeit passiert. Ich glaube hingegen, dass in klinischer Hinsicht Trauma sehr oft unerkannt bleibt.

Das Thema Traumatisierung wird seit jeher tendenziell heruntergespielt oder geleugnet.⁵ Sowohl in Theorien (zb.: Freuds Verwerfen der Verführungstheorie; Studien zur Seltenheit des Inzest), in Institutionen und Medien (Gerichtsurteile, Nicht-Zur-Kennntnis-Nahme von organisierter Pädophile und Kinderfolter), oder Familien (Ignorieren und Leugnen, Bestrafung oder Verächtlichmachung der Opfer).

Aus einer Studie von Shiperd und Abramovitz über Traumaerfahrungen bei Transgender-Personen geht hervor:

"Prävalenz von Trauma-Expositionen: 98 % der 79 Teilnehmer berichteten von mindestens einer Trauma-Exposition, und 91 % bestätigten mehrere Ereignisse.

42 % der Teilnehmer mit Trauma-Exposition gaben an, dass mindestens ein Ereignis mit Transgender-Expositionen in Zusammenhang stand.

PTBS-Symptome: 17,8 % der Teilnehmer bestätigten klinisch signifikante Symptome einer PTBS.

Depressive Symptome: 64 % der Teilnehmer berichteten von klinisch signifikanten depressiven Symptomen.

Die Trauma-Expositionsrate (98 %) bei TG Personen übersteigt die nationale Rate (61 %) deutlich.

Diese Studie hebt die hohe Prävalenz von PTEs (Potentiell traumatische Erfahrungen) und damit verbundenen psychischen Symptomen bei Transgender-Personen hervor und unterstreicht die Notwendigkeit gezielter Interventionen und Unterstützung.⁶

⁴ Lee.D.J. et al., (2016)

⁵ Ambroise-Rendu, A.C., (2017) *Die Ärzte und der sexuelle Missbrauch von Kindern*

⁶ Shipherd J. C., Abramovitz, M. et al., *Traumatic Events in a Transgender Sample: Frequency and Associated Symptoms.* (2011),

Es gibt die sogenannte "False Memory Bewegung", deren Vertreter traumatisierten Personen tendenziell unterstellen, etwas vorzuspielen, zu phantasieren und von Therapeutinnen beeinflusst worden zu sein.⁷

Testreihen mit bildgebenden Verfahren bei stationär behandelten Personen mit PTBS und Schauspielern haben gezeigt, dass eine Simulation dissoziativer Aktivierungsmuster im Neokortex bei Symptomprovokation unmöglich ist.⁸

3. Diagnostik ICD11

Seit 2022 ist das neue ICD 11 Klassifikationssystem gültig (5 Jahre Übergangsfrist) und dieses bringt in Bezug auf die Einordnung des Verständnisses von Trauma wesentliche Änderungen zum ICD 10.⁹ Im ICD11 haben wir nun eine bessere Differenzierung der Phänomene und damit ein besseres Werkzeug für angemessene Behandlung als noch im ICD 10. Die folgenden Diagnosen sind alle in der Kategorie "Spezifisch Belastungs-assoziierte Störungen" verschlüsselt. Vielfach sind die PTE's (potentiell traumatische Erlebnisse) bei transgeschlechtlichen Personen nicht der Klasse 1 PTBS zuzuordnen, sondern der komplexen PTBS, der partiellen DISS, oder der Bindungsstörung. (s.u.) Alles, was die Kontinuität des Selbst bedroht, ist als potentiell traumatisierend zu werten. Generell kann gesagt werden, dass die Reaktionen des psychophysischen Organismus auf extremen Stress oder eine anhaltende Gefährdung des Selbst immer der Reduktion von Stress (Angst) und der Erhaltung des Selbst dient.

3.1. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS 6B40) PTBS

Es muss eine extrem bedrohliche Situation (Annihilationsdrohung) bestanden haben, die unerträglichen Stress bewirkt hat. Entweder zwischenmenschliche Bedrohung (Gewalt, Vergewaltigung, Folter, Terror etc.) oder Schockzustände und überwältigende Katastrophen (Unfall, Naturkatastrophe, Krieg, etc.) Ein grauenhaftes oder lebensbedrohliches Ereignis schleudert oder schleust den Menschen aus der Sicherheit in die Haltlosigkeit und Fremdheit. In dieser Nacht der Welt ist er ein Unterworfener und

⁷ vgl. Böhmermann Video, indem Traumaopfer und Opfer ritualisierter Gewalt lächerlich gemacht werden und eine sehr berühmte Traumatherapeutin diskreditiert wird. Das Video "Satanic Panic und rituelle Gewalt" wurde von Youtube gelöscht, aber das Video als Reaktion mit Michaela Huber ist gelistet: Stockmann U. (2023)

⁸ Schlumpf Y., Jäncke L., (2018). *Opfer: Körperliche Reaktionen nach sexueller Gewalt*. siehe auch: youtube video: Gysi J. (2021). Dr. Yolanda Schlumpf zur Neurobiologie der dissoziativen Identitätsstörung.

⁹ An dieser Stelle kann nicht die genauere Einteilung der **ICD11 Gruppe 6B** erörtert werden und ein paar Anmerkungen müssen genügen:

erfüllt von Schrecken.

Ein solches Trauma kann verstanden werden als der Verlust des Eingebunden-Seins in ein Netz von Bedeutungen, Verbindlichkeiten und Sicherheiten, die dem Menschen in unbewusster Selbstverständlichkeit vertraut sind. Die betroffene Person weiss und spürt, dass sie eine andere geworden ist und die Welt ist von nun an bedrohlich ist. Es ist das Herausfallen aus der Symbolischen Ordnung (Lacan) - aus dem "Web of Believe" (W.O. Quine). Im schlimmsten Fall ist es der Moment der Desintegration in einem nicht nur innerpsychischen, sondern auch symbolischen Ausmass. Nicht nur eine einzelne Beziehung sondern das ganze Bezogen-Sein in der Welt wird angehalten oder in Frage gestellt. Das, was geschieht kann nicht sprachlich gefasst (symbolisiert) oder in einen Bedeutungszusammenhang eingeordnet werden, sondern zerstört diesen Zusammenhang nachhaltig.¹⁰

Eine Person, die das erlebt hat ist vulnerabel. Reize die für andere Menschen harmlos sind, aber die an das Trauma erinnern, können schwere Symptome hervorrufen. (Trigger) Der Organismus (Geist, Psyche und Körper) sucht spontan einen Weg, um zu überleben und sich zu konsolidieren. Die traumatische Erfahrung des Verlorenseins begründet eine besondere Weise des In-der-Welt-Seins in der "abyssalen Nacht der absoluten Subjektivität" ¹¹ (M. Henry), in der ein "ich kann" gefunden werden muss, um weiter zu existieren. Diagnosekriterien sind: Vermeidung, Wiedererleben und anhaltendes Bedrohungsgefühl.

Nach dem traumatischen Ereignis schrumpft der Raum der Möglichkeiten und die Freiheit ist reduziert auf 2 Möglichkeiten: Aufgeben oder Einen Weg Finden. Dieser Weg ist, falls er gefunden werden kann, eine situative Sinn-Antwort, ein Überlebens-Sinn. Diese Antwort kann, weil sie aus Angst und grösster Not geboren ist, sich verhärten und später im Leben zum Problem werden und selbst symptomatisch sein. In diesem Falle hilft nur humanistisch orientierte Psychotherapie, die versucht, diese Vorgänge als überlebensnotwendige Versuche der Selbstrettung zu verstehen und nicht vorschnell zu pathologisieren oder zu deuten. Wir brauchen eine moralische Zurückhaltung bei der Bewertung des Selbst-Rettungsversuches einer Person, auch wenn er uns als schwer nachvollziehbar anmutet. Die Alternative für die betroffene Person ist nämlich nicht eine vernünftigeren Verhaltensweise, sondern evtl. Sinnlosigkeit und Suizidalität. Wir können nie genau wissen, wie nahe ein Mensch am Abgrund steht.

Vignette : Verlusterlebnisse und Trauer in unerträglichem Ausmass.

Eine sehr attraktive transgeschlechtliche Frau mit Traumahintergrund (frühes Beziehungstrauma, schwerwiegende Verluste, schwere Kränkungen) die alles nur Erdenkliche für ein einwandfreies Passing getan hat, wurde wegen schweren

¹⁰ Deshalb ist das Trauma auch oft nahe der Psychose, in der die neuronale Organisation sich in chaotischen Abläufen verliert und zur Dekohärenz des Ich und des Weltzusammenhangs führt.

¹¹ vgl. Michel Henry. (1992).S. 51.

Depressionen stationär aufgenommen. Sie hatte wirklich alles verloren. In der ersten Gruppensitzung wird sie von der Leiterin angesprochen mit Herr.... Das hat ihr deutlich gezeigt, dass ihr wirklich alles weggenommen werden kann; dass ihr gar nichts bleibt. So endete ihr Versuch zu überleben.

3.2. Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung kPTBS (6B41) :

"Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (Komplexe PTSD) ist eine Störung, die sich entwickeln kann, nachdem man einem Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen extrem bedrohlicher oder schrecklicher Natur ausgesetzt war, meist lang anhaltende oder sich wiederholende Ereignisse, denen man nur schwer oder gar nicht entkommen kann (z. B. Folter, Sklaverei, Völkermordkampagnen, lang anhaltende häusliche Gewalt, wiederholter sexueller oder körperlicher Missbrauch in der Kindheit). Alle diagnostischen Voraussetzungen für eine PTBS sind erfüllt.

Darüber hinaus ist die komplexe PTBS gekennzeichnet durch schwere und anhaltende

- 1) Probleme bei der Affektregulierung;
- 2) Überzeugungen über die eigene Person als erniedrigt, unterlegen oder wertlos, begleitet von Scham-, Schuld- oder Versagensgefühlen im Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis;
- und 3) Schwierigkeiten, Beziehungen aufrechtzuerhalten und sich Anderen nahe zu fühlen.

Diese Symptome führen zu bedeutsamen Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen Beziehungen und anderen wichtigen Funktionsbereichen."

Diagnosekriterien sind auch hier: Vermeidung, Wiedererleben und anhaltendes Bedrohungsgefühl. evtl.: Intrusionen, Flashbacks. Im Unterschied zum ICD 10 ist nicht mehr die Schwere einer Katastrophe massgebend für die Diagnose, sondern die subjektive Reaktion. Die Komplexe Traumafolgestörung ICD 11 KPTBS entsteht durch anhaltenden Stress oder anhaltende Bedrohung in der Kindheit aber auch im späteren Lebensverlauf. Durch diese Kategorie im ICD11 ist es möglich, schwere Belastung, die möglicherweise längere Zeit zurück liegt, aber längere Zeit bestanden hat, als Trauma zu diagnostizieren.

Trauma ist nicht immer laut und blutig. Es kann auch leise und stetig sein und kaum eine aussenstehende Person bemerkt etwas davon.

3.4. Dissoziative Störungen 6B6 DISS

Eine besonders beachtenswerte Folge des traumatischen Stress besonders in der Kindheit ist die (strukturelle) Dissoziation. Wenn kurzzeitiger oder andauernder hoher Stress neurobiologisch nicht mehr reguliert, verarbeitet und psychologisch ein

konsistentes Welt- oder Selbstbild nicht aufrecht erhalten werden kann, dann ist meist die Folge eine vorübergehende oder dauerhafte Downregulation oder Abspaltung von Wahrnehmungen oder Selbstanteilen, die stark mit Traumaerfahrungen assoziiert sind. Dissoziation ist ein traumabedingter Mangel an Integration der Erfahrung und Kohärenz des Selbst und angetrieben als biologisch angelegte Schutzreaktion auf schwere Bedrohung. Es zu einer Desintegration und Fragmentierung von Inhalten des Bewusstseins. Aus der personenzentrierten Perspektive ist die Dissoziation als ein Aspekt der Aktualisierungstendenz des Organismus zu verstehen, weil der psychophysische Organismus sich durch die Abspaltung zu belastender Information und zu schmerzhafter Gefühle vor dem Verlust höherer Ich-Funktionen schützt. Die Konsistenzregulation ist so dominant, dass im Konfliktfall Wahrheit für Konsistenz geopfert wird.¹² Ein Zustand hoher Konsistenz ist gleichbedeutend mit seelischer Gesundheit.

Dissoziation ist im Gesunden die psychische Fähigkeit bei priorisierten psychischen Vorgängen (z.B. Konzentration) andere Inhalte (vorübergehend) auszublenden und das Aufmerksamkeitssystem einzuschränken.

Oft geht die KPTBS in eine DISS oder eine part. DISS über.

Die Dissoziative Störung (DSM V "Dissoziative Identitätsstörung") früher Multiple Persönlichkeitsstörung, ist die vollständige, unwillkürliche Unterbrechung oder Diskontinuität der normalen Integration eines oder mehrerer Bereiche des phänomenalen Erlebens. Inhalte wie Empfindungen, Affekte, Gedanken, Erinnerungen, Kontrolle über Körperbewegungen oder Verhalten, der Wahrnehmung, des Gedächtnis, des Identitätserleben werden aus der bewussten Repräsentation ausgeschlossen, oder in ihrer Qualität und Bedeutung unbewusst stark verzerrt. Die Unterbrechung oder Diskontinuität kann vollständig sein, ist aber häufiger partiell und kann von Tag zu Tag oder sogar von Stunde zu Stunde variieren.

3.5. Partielle Dissoziativen Identitätsstörung (6B65)¹³ part. DISS

Ein Persönlichkeitszustand ist dominant und funktioniert normalerweise im täglichen Leben (*ANP actual normal personality, Anm. d. Verf.*), wird aber von einem oder mehreren nicht-dominanten Persönlichkeitszuständen gestört (dissoziative Störung). Diese Übergriffe können kognitiver, affektiver, wahrnehmungsbezogener, motorischer oder verhaltensbezogener Natur sein. Sie werden als störend für das Funktionieren des dominanten Persönlichkeitszustands erlebt und sind in der Regel aversiv....Die nicht-

¹² vgl. B. J. Baars, Das Schauspiel des Denkens. Neurowissenschaftliche Erkundungen, übers. von Hainer Kober, Stuttgart: Klett-Cotta 1998., s.151

¹³ Ich orientiere mich an der Sichtweise von Ellert Nijenhuis (Van der Haart, Nijenhuis, 2008. *Das Verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung*, S. 115ff.), der die Dissoziation nicht als eines von vielen Symptomen der Traumafolgestörung (PTBS) sieht, sondern als eine den Symptomkomplex zugrunde liegende Organisationsform in deren Struktur viele andere Symptome ihren Ursprung haben.

dominanten Persönlichkeitszustände (*EP emotional personality, Anm. d. Verf.*) übernehmen nicht regelmäßig die exekutive Kontrolle über das Bewusstsein und die Funktionsweise der Person, aber es kann gelegentliche, begrenzte und vorübergehende Episoden geben, in denen ein bestimmter Persönlichkeitszustand die exekutive Kontrolle übernimmt, um umschriebene Verhaltensweisen auszuführen, z. B. als Reaktion auf extreme emotionale Zustände oder während Episoden der Selbstverletzung oder des Wiederauflebens traumatischer Erinnerungen. (ICD11) Auch Depersonalisations- und Derealisationsstörung werden hier zugeordnet.

3.6. Reaktive Bindungsstörung CD11 6B44

Zur Überkategorie Belastungs-assoziierten Störung zählt auch die Reaktive Bindungsstörung und sie bezeichnet stark abnorme Bindungsbedingungen in der frühen Kindheit (1-5a) und grob unangemessene Betreuung.

dazu zählen:

Fortgesetzte Erfahrungen von Entwertung (Verspottung, Zunichtemachen,)

Deprivation,

Emotionaler Missbrauch, (Beschuldigung)

Vernachlässigung (emotionale Vernachlässigung)

besonders die fehlende Coregulation im vorsprachlichem Stadium.

Symptomatik: Selbst wenn eine adäquate primäre Betreuungsperson neu hinzukommt, wendet sich das Kind nicht an die primäre Betreuungsperson, um Trost, Unterstützung und Fürsorge zu erhalten, zeigt nur selten sicherheitssuchende Verhaltensweisen gegenüber einem Erwachsenen und reagiert nicht, wenn Trost angeboten wird.

(Abgrenzung Autismus-Spektrum-Strg.)

Im Falle der schweren Bindungsstörung als einer Form der komplexen Traumatisierung geschieht dasselbe nicht plötzlich sondern kontinuierlich. Das macht es für die Betroffenen meistens noch viel schwerer, das eigene Trauma als solches zu erkennen, weil es diesen Bruch nicht gibt. So sind zum Beispiel die problematischen Folgen von positiven narzisstischen Projektionen (Du wirst noch ein Genie) oder liebevoller sexueller Zuwendungen im Kindesalter (Niemand braucht zu wissen wie gerne wir uns haben) nicht so leicht zu identifizieren. Auch die Ablehnung des kindlichen Geschlechts durch die Eltern, besonders durch die Mutter oder die elterlich forcierte Induktion einer bestimmten Geschlechtszugehörigkeit gehören hierher.¹⁴

Das Feld unseres Lebens ist gewebt aus Beziehung, Sprache, Kultur und auch Macht.

Der Einzelne wird hineingeboren in eine Ordnung aus Beziehung, Macht und Sprache und

¹⁴ Beispiele sind etwa die Ablehnung Ernest Hemingways transsexueller Tochter Gloria (Gregory), die er zu einem sehr männlichen Sohn erziehen wollte. (Goddard J., 2003, *Transsexual marriage contested by children.*) oder die Geschichte von Walt Heyer, der von der Mutter als Mädchen erzogen wurde und eine vollständige Transition gemacht hat. (Lila Rose Show. *I Transitioned 40 Years Ago: Now I Regret Everything*)

wird dadurch zum Subjekt - zum "Unterworfenen".

Die Reaktive Bindungsstörung kann deshalb als komplexes Trauma gewertet werden, weil sich daraus oft eine partielle dissoziative Identitätsstörung oder eine Diss.Strg. NNB entwickelt. Man spricht hier auch oft von "Entwicklungstrauma".

4. Posttraumatische Geschlechtsmigration (n.o.c.)

Nijenhuis et al. beschreibt als Folge von frühen Traumatisierungen im Rahmen von desorganisierter Bindung (Bindungsstörung) auch Identitätsstörungen (ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung) ¹⁵

Die Änderung des Namens, des Wohnortes, des Berufes, aber auch der Identität kann im Einzelfall ein Versuch sein, eine Distanz zu den traumatischen Ereignissen schaffen. Im Falle des Geschlechts kann man von "posttraumatischer Geschlechtsmigration" sprechen. Die Differentialdiagnostik bei Transgender Personen ist nur über die Entwicklung einer stabilen Kongruenzdynamik während der Transition durch die stattfindenden psychosozialen Veränderungen möglich. Ist keine konstitutionelle Disposition für die Änderung der Geschlechtszugehörigkeit gegeben, dann entwickeln oder verstärken sich psychische Symptome während der Hormonsubstitution und dissoziative Tendenzen nehmen zu.¹⁶ Ich gehöre nicht zu den Psychotherapeutinnen, die geschlechtsangleichende Massnahmen als maladaptiven Therapieversuch von Traumafolgen sehen. Einen wichtigen Anstoss hat mir vor vielen Jahren die Psychanalytikerin Sophinette Becker gegeben, als sie in einer Supervision darüber sprach, dass ihrer Erfahrung nach unter Umständen eine Transition ein Trauma überhaupt erst zugänglich machen könne. Aus einer vorhandenen Traumatisierung ein Hindernis für eine Transition zu konstruieren, ist ein ätiologischer Fehlschluss und eine Folge von vereinfachtem, schematischen Denken. Die Entwicklung der Persönlichkeit ist kein linearer Vorgang mit eindeutiger Ursache-Wirkung Kausalität sondern ähnelt mehr den nichtlinearen Verhältnissen in einer Strömung. Wir wissen auch nicht, wie weit eine Traumatisierung als Folge der Geschlechtsinkongruenz geschah. Ich gehe davon aus, dass es eine gewisse dispositionelle Veranlagung vorhanden sein muss, damit sich dieser Weg über die Geschlechtsidentität überhaupt anbietet.¹⁷

¹⁵ Van der Haart, O., Nijenhuis, K. et al. (2008). *Das Verfolgte Selbst*. S. 142

¹⁶ Wenn das geschieht, sollte durch Reduktion der Hormone behandelt werden und keinesfalls durch Psychopharmaka die Reduktion der Symptome intendiert werden, da sonst die Gefahr von Fehlentscheidungen zunimmt.

¹⁷ Die Differentialdiagnostik bei Transgender Personen ist über die Entwicklung einer stabilen Kongruenzdynamik während der Transition durch die stattfindenden psychosozialen Veränderungen möglich. Ist keine konstitutionelle Disposition vorhanden entwickeln oder verstärken sich dissoziative Symptome. vgl. Kunert C., (2013).

4. Stationen und Beispiele

4.1. PTE¹⁸ vor der Transition

(Mobbing, Entwertung, Einsamkeit, Angst, Missbrauch, Statistik, ACEs, Beziehungsstörung)

Kinder, die schon früh von der zugewiesenen Geschlechterrolle abweichen, erleben durch ihre Auffälligkeit häufiger Vernachlässigung und Entwertung. Die vorgesehene Geschlechterrolle nicht zu erfüllen, führt oft schon früh zu starkem Stress und damit verbundenen Problemen. Soziale Stigmatisierung und Mobbing in der Jugend verhindert Sinnerfahrung in der Gemeinschaft und Bestätigung. Stattdessen erfährt man sich als anders und minderwertig. Es gibt Studien die zeigen, dass transgeschlechtliche Personen in der Kindheit statistisch eine traumatische Vorgeschichte haben und schon früh Missbrauch und Mobbing erleben.

"Participants reported multiple ACEs ($M = 3.14$, $SD = 2.44$) with emotional neglect (58 %), emotional abuse (56 %), and living with a family member with mental illness (51 %) as the most prevalent. Notably, 43 % of participants experienced 4+ ACEs, considered to be a high level of trauma exposure." ¹⁹

"Transgender and gender diverse (TGD) youth experience higher rates of abuse, assault, and maltreatment than their cisgender peers. Some TGD youth further experience traumatic stress associated with identity rejection by family, peers, communities, and the broader public, which often presents as pervasive interpersonal and community-based discrimination, rejection, and marginalization." ²⁰

Folgen dieser ACEs (adversive childhood Experiences) sind wiederum soziale Hemmung und Rückzug und schlechtere Schulerfolge. Das kann für die weitere berufliche Entwicklung ein grosser Nachteil sein.

Vignette:

Eine Frau etwas höheren Alters kommt zum Erstgespräch und erzählt mir die Geschichte ihrer weiblichen Identität. Sie ist sympathisch und dezent aber eindeutig weiblich gekleidet. Sie ist berufstätig und lebt sonst allein. Sie gibt an sich "schon immer weiblich gefühlt zu haben" und berichtet von Gefahren und Anfeindungen im Alltag, obwohl sie seit 30 ! Jahren als Frau lebt. Auf der Strasse werde sie manchmal aufgrund ihres Äusseren bedroht. Sie kommt mit dem Wunsch nach Hormontherapie und eine

¹⁸ PTE Potentielle Trauma Erfahrung

¹⁹ Craig S. L., Austin, A. et al., (2020).

²⁰ Rafferty J., (2021). *Childhood Abuse Among Transgender Youth: A Trauma-Informed Approach*

geschlechtsangleichender Operation. Die Angst vor Komplikationen habe sie bisher davon abgehalten, obwohl das männliche Genital seit der Jugend stark abgelehnt wird. Nun müsse sie es einfach tun, um weiterleben zu können.

In der Entwicklungsgeschichte zeigte sich ein Beziehungstrauma und ein kPTBS. Die Mutter habe das Kind bald nach der Geburt weggegeben. Von der Pflegeperson sei sie verhätschelt und weiblich erzogen und gekleidet worden. Als die leibliche Mutter das Kind im Alter von 5 Jahren wieder zurück haben wollte, wurde sie in deren Auftrag vom Vater, der gewalttätig und alkoholabhängig war, auf dramatische Weise entführt. Sie erinnert sich an das Dunkel, an die Angst und an das Zittern und sei in ein tiefes Loch gefallen. Die folgenden Jahre seien ein Albtraum gewesen, in dem sie Opfer von Gewalt, sexuellen Missbrauch durch den unberechenbaren Vater geworden sei. Der Vater habe sie gehasst, weil sie nicht männlich gewesen sei. Beide Eltern hätten sie ständig erniedrigt und in der Schule wurde sie gemobbt. Die Symptomatik ist vielfältig (Leere- und Sinnlosigkeitsgefühl, Ekelgefühl, anakastische Tendenzen mit Zwangssymptomen, nicht alleine sein können) und kann insgesamt als Traumafolge verstanden werden. Obwohl ich ihr die Weiterführung der Psychotherapie empfehle, bricht sie die Sitzungen nach Erhalt der notwendigen Befunde für eine Hormonersatztherapie ab.

Nachdem die Patientin als Kind in der grössten Not über die Jahre hinweg gelitten hat und ohne Hilfe war, steht es niemandem zu, die Rettung, die sie für sich gefunden hat, zu bestreiten. Sie schafft es, tapfer das Leben zu bestehen. Die bestehende Symptomatik lässt eine Traumatherapie notwendig erscheinen. Es ist damit zu rechnen, dass sie unter Umständen nach der Hormontherapie und der Operation bereit für therapeutische Arbeit sein wird.

Dass die traumatischen Ereignisse Grund für die Transgeschlechtlichkeit sind, lässt sich nicht behaupten. Es ist sehr wahrscheinlich, dass es auch dispositionelle Faktoren gibt, wenn jemanden diesen Weg für sich sucht. Objektiv feststellen, lässt es sich nicht.²¹

Oft ist Angst vorhanden, eine Traumatherapie zu machen. Die Person fürchtet, der normale, funktionsfähige Persönlichkeitsanteil (APN) könne verloren gehen, wenn der emotionale Persönlichkeitsanteil (EP), der die Traumainhalte trägt spürbar wird.²²

Konfrontationstherapeutische Zielsetzungen können sehr ängstigen. Es ist dies eine Angst vor Desintegration. Manchmal ist es sehr wichtig für eine Traumatherapie den richtigen Zeitpunkt abzuwarten. Es muss eine gewisse Stabilität der Persönlichkeit für eine ambulante Traumatherapie vorhanden sein.

²¹ Konstitutionelle Transgeschlechtlichkeit ist eine Leib-seelische Verfasstheit, die das Leben von Anfang an bestimmt und nicht therapierbar ist. siehe: Kunert C., (2013, Literaturangaben.) *Werden wollen, wer man wirklich ist. Transsexualität als konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz*

²² Diese Unterteilung EP und ANP folgt der Traumatherapie dargelegt bei O.V.D.Hart, E. R.S. Nijenhuis, K. Steele, (2008).

4.2. PTE während der Transition

(Gewalt, Entwertung, Verstossensein, Armut, Wohnungslosigkeit, Verlust,)

Transgeschlechtliche Menschen sehen und sahen sich seit jeher in einer sehr exponierten Situation. Ihr Anderssein ist meist, zumindest während eines bestimmten Stadiums der Geschlechtsanpassung, auffällig und für viele Menschen irritierend. Dabei sehen sie sich mit der inneren Notwendigkeit konfrontiert diesen sehr intimen Bereich in die Öffentlichkeit zu tragen, um ihre Identität leben zu können. Sie stellen die traditionelle Geschlechterordnung mitsamt den dazugehörigen klassischen Rollenbildern in Frage, was bei manchen Mitmenschen zu Verunsicherung und Abwehr führt. Es scheint ausserdem manchen Menschen als eine Anmassung, dass sie eine Anerkennung für eine angeblich "empfundene" Identität, erreichen wollen.

Transphobe Aktionen und Reaktionen sind sehr häufig und können offen oder versteckt sein, obwohl sich die gesetzliche Lage verbessert hat. Offene transphobe Aktionen sind etwa Mobbing oder abfällige Bemerkungen und Verspottung, körperliche Attacken bis hin zu direkter Ausgrenzung oder massiven Gewaltakten bis zum Mord. Indirekte transphobe Aktionen oder Reaktionen sind etwa die Geschlechtsidentität in der Anrede oder im Gespräch über die Person zu ignorieren und zu bestreiten oder Ausgrenzung.

Institutionelle oder strukturelle transphobe Diskriminierung findet dann statt, wenn es etwa Transgender Kinder in der Schule untersagt wird in der Rolle des Identitätsgeschlechts den Unterricht zu besuchen oder TransPersonen aus zivilen Gemeinschaften ausgeschlossen bzw. dort ausgegrenzt werden. Ebenfalls eine Diskriminierung stellt die Sonderbehandlung in Gesundheitsbelangen dar. In Spitälern oder beim Arztbesuch wird das Identitätsgeschlecht nicht immer respektiert.

Nicht immer, sind die Erfahrungen potentiell traumatisierend, aber wir wissen nie, wie nahe eine Person der Verzweiflung ist.

Vignette:

Eine erwachsene transgeschlechtliche Klientin von mir hat bei ihrem coming out vor dem despotischen Vater von diesem gehört: "Es wäre leichter für mich, wenn du dich umbringen würdest, als das."

Ich gehe hier nicht näher auf die offensichtlich narzisstische Störung des Vaters ein, sondern möchte sie bitten, sich vorzustellen, was ein solcher Satz für Wirkung auf einen jungen Menschen haben kann. Es wird sie nicht wundern, dass in unseren Sitzungen eine akute Suizidalität unsere Gespräche zunächst bestimmt hat. Eine solche Konfrontation ist traumatisierend. Dieses Wort des Vaters wird niemals wieder vergessen werden.

Natürlich ist eine derartige Aussage nur die Spitze eines Eisbergs. Die Beziehungsproblematik besteht mindestens seit Einsetzen der Pubertät und hat aus meiner Patientin eine Person gemacht, die trotz hoher Feinfühligkeit und grosser Begabung nur schwer eine reife Unabhängigkeit entwickeln kann. Immer ist die Angst vor

dem Vater gegenwärtig. Interessant ist die Tatsache, dass mit dem Fortgang der Therapie und der wachsenden Autonomie die Transgeschlechtlichkeit als Thema stark in den Hintergrund getreten ist, obwohl ich keinerlei Konversionstherapie anbiete oder durchführe. Auch hier gehe ich nicht davon aus, dass die transgeschlechtliche Identifikation "nicht echt" sei und nur einen Ausweg darstellt. Möglicherweise hat sich ihr gerade dieser Weg eröffnet, weil sie konstitutionelle Anteile der Transgeschlechtlichkeit hat. Wir wissen es nicht.

4.3. PTE nach der Transition (OP outcomes, Entwertung, Gewalt, Trennung, Reuefälle)

Zu den schwersten Erfahrungen nach einer Transition gehören Trennungen von geliebten Menschen. Nicht selten sind es langjährige, tiefe Beziehungen, oder die Beziehung zu eigenen Kindern, die plötzlich zerbrechen. Die Änderung des Geschlechts kann einer bestehenden Beziehung eine unüberwindbare Grenze setzen, wo vielleicht noch vor kurzem der gemeinsame Weg in die Zukunft offen war. Schuldgefühle und Selbstvorwürfe führen oft zu tiefer Verzweiflung. Der zeitlich nahe beieinander liegende Verlust von Familienzugehörigkeit, Arbeitsplatz, Freunden etc. kann traumatisierende Wirkung haben. Auch ausserhalb der Familie können Todesdrohungen ("...wenn du mich noch einmal anschaust, bring ich dich um!"), Vergewaltigung, Gewalt im öffentlichen Raum etc. natürlich schwer traumatisieren. Schwerwiegende Traumatisierungen sind keineswegs selten.

Vignette:

Die Patientin wurde von einer Kollegin zu mir überwiesen, da besonders hohe Suizidalität mit komplexer Symptomatik vorlag.

Es handelt sich um einen transgeschlechtliche Frau, der den Transitionsprozess bereits grossteils hinter sich hatte. Eine gemischte Symptomatik mit Angst, psychosenahen Zuständen, Drogenkonsum liegt vor. Diagnostiziert wurde andernorts eine Borderline Störung, Depression, Psychose. Mehrere stationäre psychiatrische Aufenthalte waren bis dato erfolgt. Wahrscheinlich aufgrund der Borderline-Symptomatik kam es während der Therapie zu einer Beziehung, die sich als gefährlich herausstellte. Es kam in dieser Beziehung zu mehrfacher Vergewaltigung und Todesdrohungen wovon ich erst nach der Trennung erfuhr. Die Patientin leidet seither an einer Klasse 1 PTBS mit heftigen Intrusionen mit starkem Hyperarousal, wobei sie fallweise stuporös und nicht mehr ansprechbar ist. Einmal musste ich die Rettung in die Praxis bestellen, da sie nicht abgeholt werden konnte. Diese Therapie ist im ambulanten Setting äusserst schwierig durchzuführen, aber die Patientin möchte sehr gerne bleiben, da eine stabile und Vertrauensvolle Beziehung gelungen ist. Eine Konfrontationstherapie im stationären Setting wurde versucht, erwies sich aber bisher als undurchführbar. Eine Stabilisierung und kognitive Besserung konnte erreicht werden, die Bearbeitung der Traumainhalte

richtet sich nach situativen Bedingungen.

In der Arbeit mit traumatisierten Menschen sollte man sich von der Illusion befreien, dass man durch besondere Begabung oder Methoden sicher heilen kann. Es ist gut genug wenn man helfen kann; jeder Druck bestimmte Erfolge zu erzielen ist kontraproduktiv. Konfrontationstechniken lehne ich generell ab, weil die Gefahr der Retraumatisierung zu hoch ist. Stattdessen sind Körpertherapeutische oder künstlerische Methoden und subtile traumafokussierte Interventionen sinnvoll, wenn sie möglich sind. Der Aufbau einer vertrauensvollen Therapiebeziehung in einem sicheren Setting (mit Routinen) ist m.E. oberstes Gebot.

Vignette:

Nach mehrfacher Vergewaltigung Hormontherapie mit Testosteron andernorts veranlasst. Effekt wird als teilweise ichdyston und inkongruent erlebt. transmännlicher Patient. Anamnestisch schwere Traumatisierungen durch Bezugspersonen erhebbar. Die Person wolle kein Mann sein, aber auf jeden Fall die Brüste "weg haben". Sie fühle sich nicht als Frau und sie wolle einfach nicht mehr Sexualobjekt sein. Aber als Mann sehe sie sich aber auch nicht. Namens-Personenstandswechsel sind nicht intendiert. Ich respektiere die Entscheidung und versuche eine möglichst sichere Situation zu begünstigen. Die Therapie wurde nach stationärem Aufenthalt unterbrochen oder abgebrochen.

Ich bin mehrfach transmännlichen Personen begegnet, die nur die Brüste entfernt haben wollen und sonst keine Massnahmen wünschen. Oft wird auch eine HRT durchgeführt. Die männliche Identifikation ist ambivalent oder im Spectrum nicht-binär. Die Situation ist diagnostisch unklar: liegt Transgeschlechtlichkeit vor, partielle Transgeschlechtlichkeit oder partielle Dissoziation (posttr. Geschlechtsmigration)? Hier fehlen noch die entsprechenden Studien, da die ideologisch aufgeladene Situation in der Gesellschaft derzeit eine differenzierende Betrachtungsweise schwierig macht.

4.4. PTE durch politische/staatliche Massnahmen

(Verfolgung, Ermordung, Entwertung, öffentliche Demütigung)

In vielen Ländern der Erde leben Transgender Personen in Gefährdung ihres Lebens oder schwere Schikanen durch religiöse bzw. staatliche Verfolgung.²³

4.5. PTE durch Transgender Personen

Zur Zeit werden transgeschlechtliche Menschen in den sozialen Medien (vor allem auf X)

²³ LSVD. Verband Queere Vielfalt. (2023)

pauschal beschuldigt, böse zu sein und Anschläge oder Attentate zu verüben, oder vulnerable Frauenräume gewaltvoll zu erobern.²⁴

Eine Reihe von shootings in den USA, die von hauptsächlich transmännlichen Personen verübt wurden, stellen schwere Traumatisierungen dar. Das ist überaus traurig. Dabei ist zu beachten, dass in den USA in den Jahren 2020 bis 2023 jeweils über 600 Mass Shootings geschehen sind, was die Häufigkeit der Beteiligung transgeschlechtlicher Menschen statistisch stark reduziert.²⁵ Bei diesen Vorkommnissen ist die Problematik von inkongruenten Transprozessen unter der gleichzeitigen Medikation von Testosteron und SSRI zu beachten. Ein Zusammenhang, der bisher leider unbeachtet geblieben ist.²⁶

4.6. **iatrogene PTE** (unsachgemässe Operationen, Post OP bougieren bei inters. Kleinkindern)

Viele Jahre hindurch war es üblich nicht geschlechtlich nicht eindeutige Kinder nicht lange nach der Geburt durch Operation auf ein Geschlecht festzulegen. Die Grundannahme war, dass durch Erziehung das Geschlecht gefestigt werden könne, so wie es die damals vorherrschende behaviorale Theorie nahelegte. Dies war meist das weibliche Geschlecht, weil es chirurgisch einfacher war. Was in diesen historischen Tragödien verschwiegen wird ist die Tatsache, dass nach dem Anlegen einer Neovagina, diese regelmässig bougiert, also gedehnt, werden muss. Dies geschieht in der Regel mit einer Art Dildo und ist extrem schmerzhaft. Ich nehme an, dass dies auch bei Kleinkindern post OP notwendigerweise geschehen ist. Dann wäre dies eine Art der medizinisch induzierter, sexueller Gewalt, über die ich noch niemals ein Wort gelesen oder gehört habe.

5. Schluss

Trauma kann überall geschehen, langsam oder plötzlich;
in der Familie oder mit Fremden, auf dem Schlachtfeld oder im Bett,
im Mutterleib oder im Pflegeheim, in der Schule oder auf dem Heimweg,
in der Öffentlichkeit oder im Verborgenen, durch Worte oder Taten,

²⁴ Ich zähle Übergriffe durch Männer, die unter Vorgabe von Transgeschlechtlichkeit ihre toxische Männlichkeit gegen Frauen ausleben wollen, nicht zum Phänomen der Transgeschlechtlichkeit. Die Motivation zu solchen Attacken ist phallisch-antifeministisch.

²⁵ (Denver, Aberdeen, Nashville, Georgia, Philadelphia, Iowa, Uvalde, Colorado, Minnesota. Dabei ist zu beachten, dass in den USA in den Jahren 2020 bis 23 jeweils über 600 Mass Shootings geschehen sind. (vgl. Yousif, N. 2023)

²⁶ Testosteron ist ein Hormon das die Aggression erhöht und einige SSRI Antidepressiva sind geeignet die Schwelle zur Gewaltausübung gegen sich und andere zu senken. Diese Kombination ist besonders bei inkongruenten Verläufen, in den die die Hormonsubstitution zu dysphorischen Nebenwirkungen führt sehr riskant. vgl. dazu: Nassauer A. (2023) vgl. auch: Breggin P.R. Suicidality, violence and mania caused by selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs): A review and analysis. /

Das was geschieht verletzt und zerreisst und macht vollkommen schutzlos,
keine Rettung ist da, und ein Teil von uns hört auf zu sein.

Es war im Rahmen dieses Vortrages nicht möglich über spezifische Traumatherapie zu sprechen, aber es gibt drei Botschaften, die ich jeder Person mit einem potentiell traumatischen Lebenshintergrund mitteile:

- 1) Alles was Sie damals getan haben, um zu überleben, war richtig.
- 2) Alles was sie heute tun um weiter zu leben ist richtig.
- 3) Wir werden zusammen Möglichkeiten suchen, wie sie leben können, ohne so sehr daran zu leiden.

Kaum jemand spricht über Traumaerfahrungen, wenn es nur darum geht, notwendige Befunde für die beabsichtigte Transition zu bekommen. Die potentiell traumatischen Erfahrungen werden jedoch in den allermeisten Fällen nicht vor einer Befunderstellung thematisiert, sondern meist erst nach einer Transition, da die Sorge besteht, durch die Bekanntgabe einer schweren Symptomatik die geforderten Bestätigungen nicht zu erhalten. Das ist nicht abwegig, wird doch in Fachkreisen oft der Schluss gezogen, dass, wenn die Traumatisierungsrate so hoch sei, doch eine Traumatherapie indiziert wäre anstatt der verlangten Transitionsmaßnahmen.

Offen zu sein für einen Traumahintergrund ist die einzige Möglichkeit und Bedingung überhaupt etwas davon zu erfahren. Wir können nur durch die Tür hineingehen, die uns die Person öffnet.

Wenn jemand beginnt über das Schwere zu sprechen, dann geht es nicht um Diagnosen und Schemata. Was wir dann zu allererst tun können ist, den den Mut zu haben, sich auf die Welt des Anderen einzulassen. Wenn wir uns selbst empfindsam machen und nur die Person sehen - sonst nichts- und einfach ihre Leidensgeschichte anhören, dann beginnt ein Weg.

Literatur (incl. weiterführender Lit.)

Ambroise-Rendu A.C. (2017) *Die Ärzte und der sexuelle Missbrauch von Kindern*. Universität Wien. <https://journals.univie.ac.at › article › download/> Universität Wien.

Breggin PR. (2003). Suicidality, violence and mania caused by selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs): A review and analysis. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*. 2003;16(1):31-49. doi:[10.3233/JRS-2004-292](https://doi.org/10.3233/JRS-2004-292)

Baars, B. J. *Das Schauspiel des Denkens. Neurowissenschaftliche Erkundungen*, übers. von Hainer Kober, Stuttgart: Klett-Cotta 1998.

Budwani, H. et al. (2016). *Transgender Women's Experiences with Stigma, Trauma, and Attempted Suicide in the Dominican Republic*, which has been published in final form at <https://doi.org/10.1111/sltb.12400>.

Crockford G., et al., (2025). *How do transgender young people experience talking about trauma with services?* Clin Child Psychol Psychiatry. 2025 Jul;30(3):767-782. doi: 10.1177/13591045251320673. Epub 2025 Feb 26. PMID: 40012094; PMCID: PMC12179398.

Colizzi M. et al., (2015). *Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: is the elevated prevalence real?* Psychiatry Res. 2015 Mar 30;226(1):173-80. doi: 10.1016/j.psychres.2014.12.045. Epub 2015 Jan 23. PMID: 25656174.

Craig S. L., Austin, A. et al. (2020). *Frequencies and patterns of adverse childhood events in LGBTQ+ youth, Child Abuse & Neglect*, Volume 107, 2020, ISSN 0145-2134, <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104623>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213420302787>)

Gehring, D. and G. Knudson (2005). *"Prevalence of Childhood Trauma in a Clinical Population of Transsexual People"* International Journal of Transgenderism, 2005, 8, 1, 23-30

GWG Akademie, (2007). *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten*. Dokumentation der Vorträge und Workshops der Fachtagung 2007 Bonn. CWG-Verlag/Köln.

Henry M., (1992). *Radikale Lebensphänomenologie. Ausgewählte Studien zur Phänomenologie*. S. 51. 1992. Alber/ Freiburg, München.

Huber M., (2003). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung*. Junfermann/ Paderborn.

Huber M., (2024). *Narzissmus und Bindungstrauma. Entstehung, Formen, Therapie*. Junfermann/Paderborn.

Kersting A. & Reutemann et al., (2003). *Dissociative disorders and traumatic childhood experiences in transsexuals*. The Journal of nervous and mental disease. 191. 182-9. 10.1097/01.NMD.0000054932.22929.5D.https://www.researchgate.net/publication/10855235_Dissociative_disorders_and_traumatic_childhood_experiences_in_transsexual

Kunert C., (2013). *Werden wollen, wer man wirklich ist. Transsexualität als konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz - ein personenzentrierter Standpunkt*. Person. Internationale Zeitschrift für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung. 17.Jg. (1/2013), Wien: facultas. S. 34-46.

Kunert C., (2014). "Was soll den diese Maskerade?" Gedanken und Fakten zum Phänomen der Transphobie. in: Zeitschrift des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie. Wien, Heft 2, S. 15-20. https://www.cornelia-kunert-psychotherapie.com/_files/ugd/f3f857_c617ed0a24c8442ab6872620e8b94654.pdf

Kunert C., (2016). *Geschlechtsidentität und Bewusstsein. Naturwissenschaftliche Fragen und philosophische Positionen*. In: Schreiber (Hrsg.), Transsexualität in Theologie und Neurowissenschaften. Ergebnisse, Kontroversen, Perspektiven. (S. 596-633). Berlin, Boston: De Gruyter.

- Lee D.J., (2016).** *Psychotherapy versus Pharmacotherapy for Posttraumatic Stress Disorder: systemic review and meta-analysis to determine first line treatments.* 29 April 2016 <https://doi.org/10.1002/da.22511>
- Lombardi E., R. Wilchins, et al. (2001).** *Gender violence: Transgender experiences with violence and discrimination.* Journal Of Homosexuality 42(1): 89-101.
- LSVD. Verband Queere Vielfalt. (2023)** *LGBT Rechte Weltweit: Wo droht die Todesstrafe oder Gefängnis für Homosexualität. Einstellungen zu Homosexualität weltweit.* web: <https://www.lsvd.de/de/ct/1245-LGBT-Rechte-weltweit> {28.07.2025}
- Mizock L., & Lewis, T. K. (2008).** *Trauma in Transgender Populations: Risk, Resilience, and Clinical Care.* Journal of Emotional Abuse, 8(3), 335–354. <https://doi.org/10.1080/10926790802262523>
- Rafferty J., (2021).** *Childhood Abuse Among Transgender Youth: A Trauma-Informed Approach.* Pediatrics (2021) 148 (2): e2021050216. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-050216>
- Richmond A., et al. (2012),** *Lost in Trans-Lation: Interpreting Systems of Trauma for Transgender Clients.* Traumatology, 18(1), 45–57, SAGEpub.
- Richter-Appelt H., Becker S. et a. (1997).** *Verführung - Trauma - Missbrauch (1896-1996).* Psychosozial-Verlag.
- Salomaa AC, et.al., (2022). *A bottom-up approach to developing a unified trauma-minority stress model for transgender and gender diverse people.* Psychol. Trauma. 15(4):618-627. doi: 10.1037/tra0001373. Epub 2022 Oct 6. PMID: 36201832.
- Schlumpf Y., Jäncke. L., (2018).** *Opfer: Körperliche Reaktionen nach sexueller Gewalt.* in: Handbuch sexualisierte Gewalt, Therapie, Prävention und Strafverfolgung. Hrsg.: P. Rüegger, J. Gysi. Hogrefe, Bern 2018.
- Shipherd J. C., Abramovitz, M. et al., (2011).** *Traumatic Events in a Transgender Sample: Frequency and Associated Symptoms.* Traumatology 17(2), 56-67, SAGEpub.
- Sigurdsson E., & Cardeña, E. (2024). *Dissociative Experiences Among Transgender Women: A Phenomenological Study.* Journal of Trauma & Dissociation, 25(5), 561–581. <https://doi.org/10.1080/15299732.2024.2372563>
- Shapiro F., (2013). *EMDR - Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen.* Junfermann/Paderborn.
- Soldati L., et.al., (2022). *Gender Dysphoria and Dissociative Identity Disorder: A Case Report and Review of Literature,* Sexual Medicine, Volume 10, Issue 5, October 2022, Page 100553, <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2022.100553>
- Van der Haart O., Nijenhuis,. K. et al. (2008).** *Das Verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung.* Junfermann/Paderborn.
- Van der Kolk B., (2014). *The Body Keeps The Score. Brain, Mind and Body in the Healing of Trauma.* Penguin/New York.

Weblinks

Bundesministerium f. Frauen Gesundheit, (20.06.2017). Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM bzw. ICD-Fassung (2017) (PDF, 330 KB) (Webseite des Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Transsexualismus-Geschlechtsdysphorie.html>

Goddard J., *Transsexual marriage contested by children*. The Guardian. Wed 20 August. 2003 03.27 CEST <https://www.theguardian.com/world/2003/aug/20/books.usa>

Gysi J., Interview mit Dr. Yolanda Schlumpf zur Neurobiologie der dissoziativen Identitätsstörung. <https://www.youtube.com/watch?v=i1wXM5zBXbc> 14.12.2021

Verband Queere Vielfalt. (2023) LGBT. Rechte Weltweit: Wo droht die Todesstrafe oder Gefängnis für Homosexualität. Einstellungen zu Homosexualität weltweit. web: <https://www.lsvd.de/de/ct/1245-LGBT-Rechte-weltweit> {28.07.2025} Gysi, J. (14.12.2021).

Nassauer A.,(2023). <https://www.uni-erfurt.de/forschung/aktuelles/forschungsblog-wortmelder/nachgefragt-schulmassaker-anne-nassauer>. (colorado springs, denver, aberdeen, nashville and the declared Trans Day of Vengeance 1st April, 2023) {Seite nicht mehr aufrufbar. Löschung 2025}

Roberts A. L., Rosario, M., et al. (28.12.2012). *Childhood Gender Nonconformity, Bullying Victimization, and Depressive Symptoms Across Adolescence and Early Adulthood: An 11-Year Longitudinal Study*. Journal of the American Academy of Childs & Adolescent Psychiatry, National Library of Medicine. (S. 143-152) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3635805/> (25.03.2023)

Rose L., *I Transitioned 40 Years Ago: Now I Regret Everything* w/Walt Heyer | E209 Lila Rose Show. <https://www.youtube.com/watch?v=FhUp95q1B6o&t=3626s> (29.04.2025).

Stockmann U., Jan Böhmermanns *Spott über Gewalt an Kindern – Michaela Huber im Interview*. <https://www.youtube.com/watch?v=eIAp6Fgog-U>, (02.10.2023).

Thoma B.C., et al. (2021). *Disparities in Childhood Abuse Between Transgender and Cisgender Adolescents*. Pediatrics (2021) 148 (2): e2020016907. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-016907>

Trans Murder Monitoring. IDAHOT 2014, in: [www.transrespect-transphobia.org/en_US/tvt-project/tmmresults/idahot2014.htm] (22.03.2023)

wit/AFP., (05.12.2022). Berliner Monitoringbericht. Anzahl trans- und homophober Gewalttaten erreicht neuen Höchststand. *Spiegel Panorama*. <https://www.spiegel.de/panorama/justiz/berlin-anzahl-trans-und-homophober-gewalttaten-erreicht-neuen-hoechststand-a-b9ef8553-fd91-44f1-9792-50b7fbe39c1a>

Yousif N. (2023, March 28). Why number of US mass shootings has risen sharply. BBC. <https://www.bbc.com/news/worldus-canada-64377360>