BDP Vortrag

Fit für die ICD-11:

SEXUELLE GESUNDHEIT, SEXUELLE STÖRUNGEN UND GESCHLECHTS-INKONGRUENZ IM ICD-11

ENTWICKLUNG UND VERÄNDERUNGEN IM GESELLSCHAFTLICHEN KONTEXT

Juliette Marchewka, M.Sc.
Universität Potsdam, Abteilung Sozialpsychologie
Berliner Akademie für Psychotherapie

SENSIBLE BERATUNG: DO's

BEGRIFFLICHKEITEN

Zuweisungs-geschlecht

Das bei der Geburt vom medizinischen Fachpersonal **visuell bestimmte** binär eingeteilte Geschlecht, welches i.d.R. (aber nicht immer) **korreliert mit biologischen und anatomischen Geschlechtsmarkern** wie chromosomalem, gonadalem, und genitalen Geschlecht.

Geschlechtsidentität

Das **psychologische** Geschlecht. Es repräsentiert das Geschlecht einer Person, mit der sich die Person am ehesten **identifiziert**.



Cis versus trans

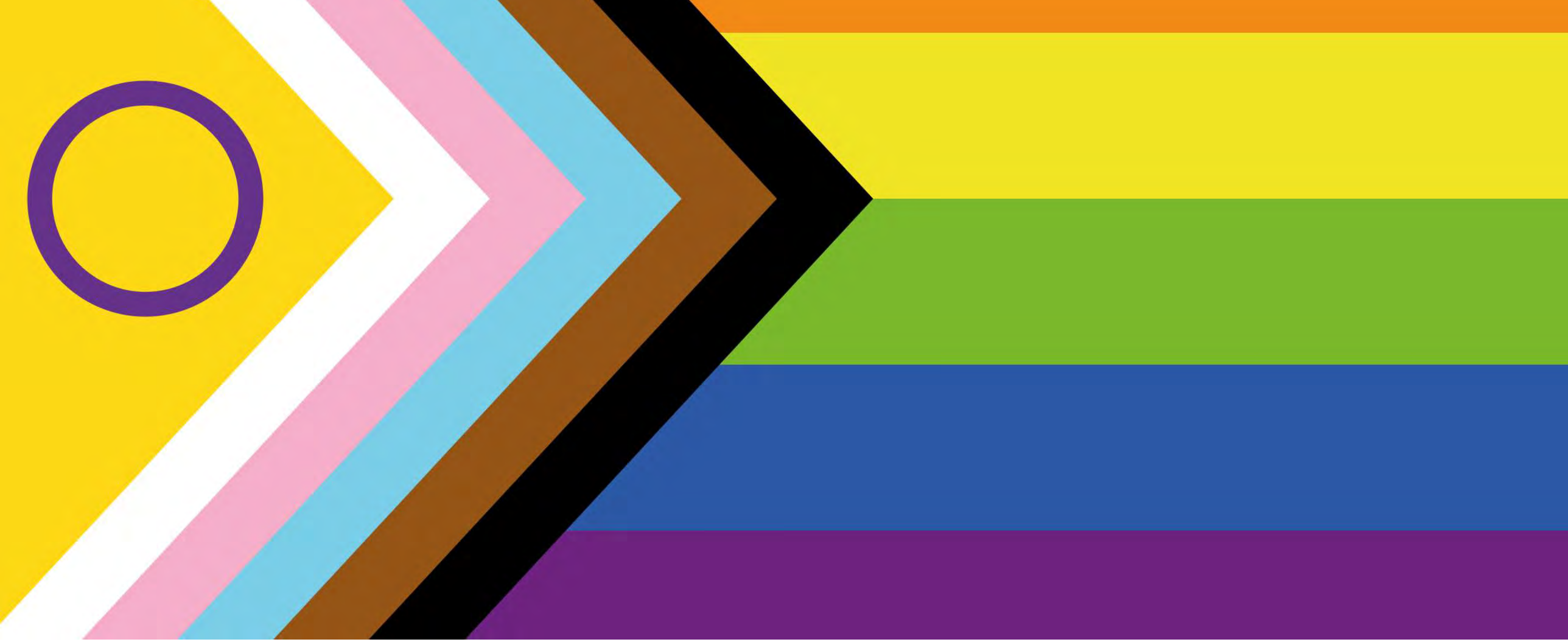
Die **Adjektive** cis und trans sind ein Marker für die Kongruenz und Inkongruenz zwischen Zuweisungsgeschlecht und Geschlechtsidentität. Eine Person, dessen Zuweisungsgeschlecht und Geschlechtsidentität kongruent übereinstimmen ist cis, z.B. eine cis Frau oder ein cis Mann. Es gibt auch einige inter* Personen, die sich cis nichtbinär bezeichnen. Bei Inkongruenz zwischen Zuweisungsgeschlecht und Geschlechtsidentität handelt es sich um trans Personen, obwohl sich auch hier nicht alle so bezeichnen. Beispiele hier sind trans Männer und trans Frauen. Wichtig ist, dass es sich sowohl bei cis als auch trans Frauen (z.B.) um Frauen handelt, und sich alle Frauen eben als Frauen angesprochen fühlen dürfen sollten; lediglich die Kongruenz unterscheidet sich.



1

EINFÜHRUNG

Im gesellschaftlichen Streben nach Gleichstellung sind die klinischen Entwicklungen im Bereich Geschlecht und Sexualität eingebettet in ein komplexes Netz von Forschung, Gesellschaftswandel, queerfeministischem Diskurs.



JUNGER KONSENS:

DIVERSITÄT IN GESCHLECHT UND SEXUALITÄT ALS AUSDRUCK NORMALER MENSCHLICHER VARIANZ

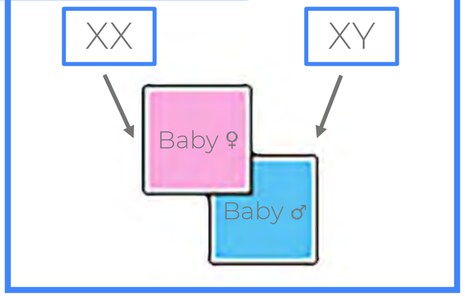
Im nuanciertem bio-psycho-sozialem Zwischenspiel von Genetik, Lerngeschichte, Kultur, Sprache und gesellschaftlichem wie wissenschaftlichem Fortschritt.

z.B. APA, 2022; 2021; 2017

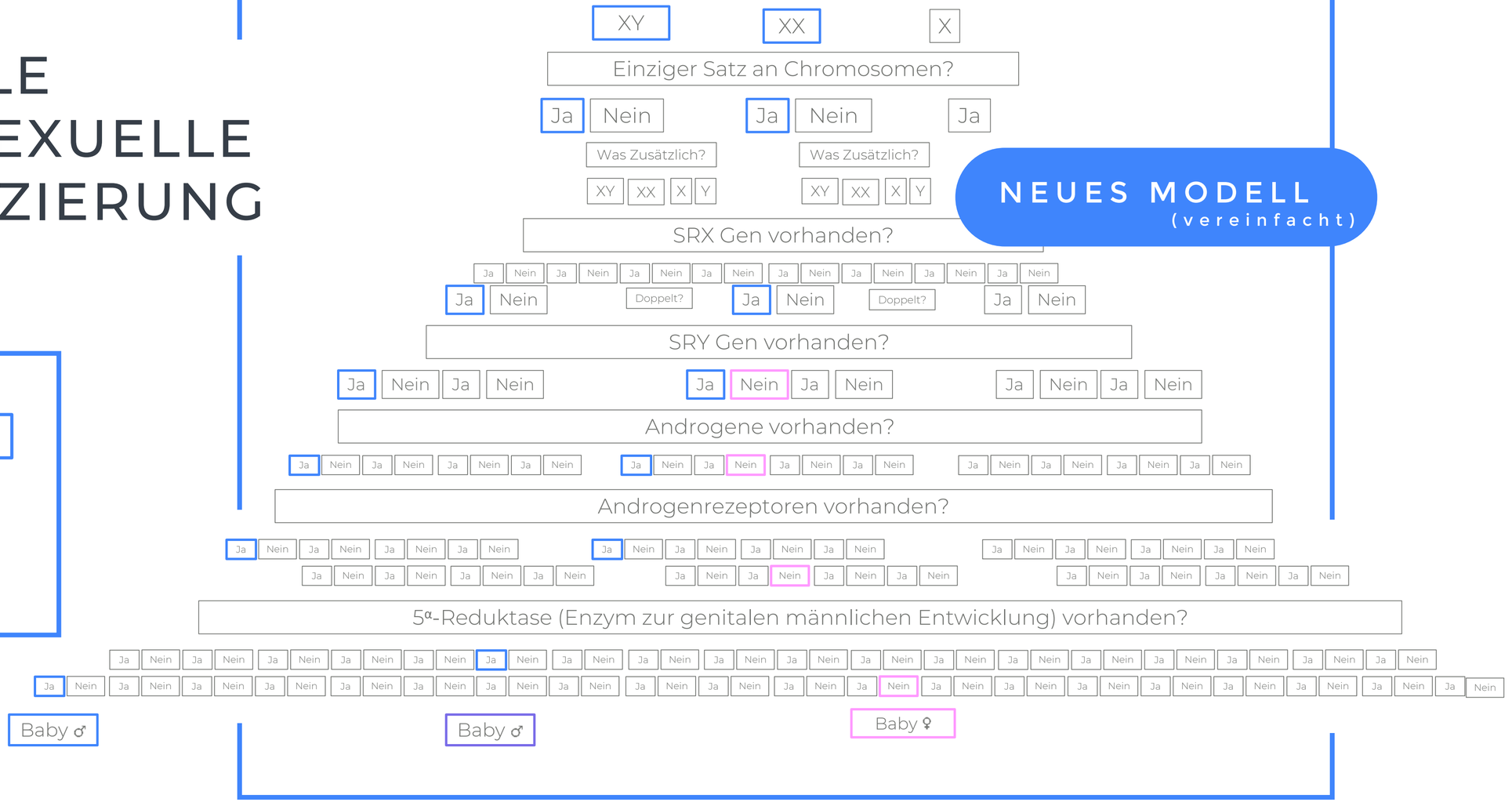
ZUSAMMENFASSUNG

PRÄNATALE SOMATOSEXUELLE DIFFERENZIERUNG

ALTES MODELL



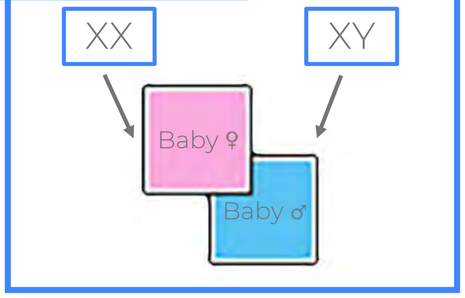
NEUES MODELL (vereinfacht)



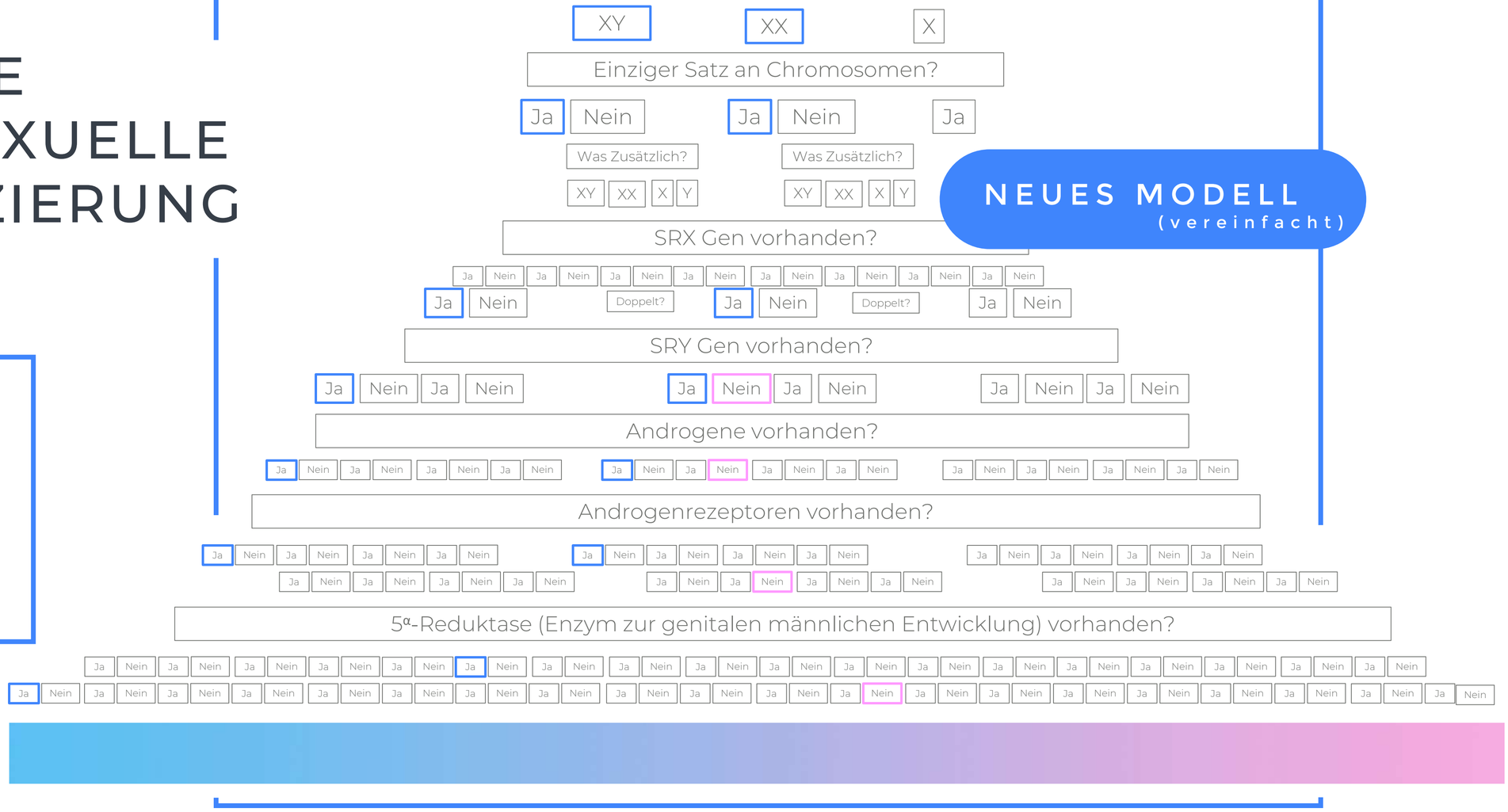
ZUSAMMENFASSUNG

PRÄNATALE SOMATOSEXUELLE DIFFERENZIERUNG

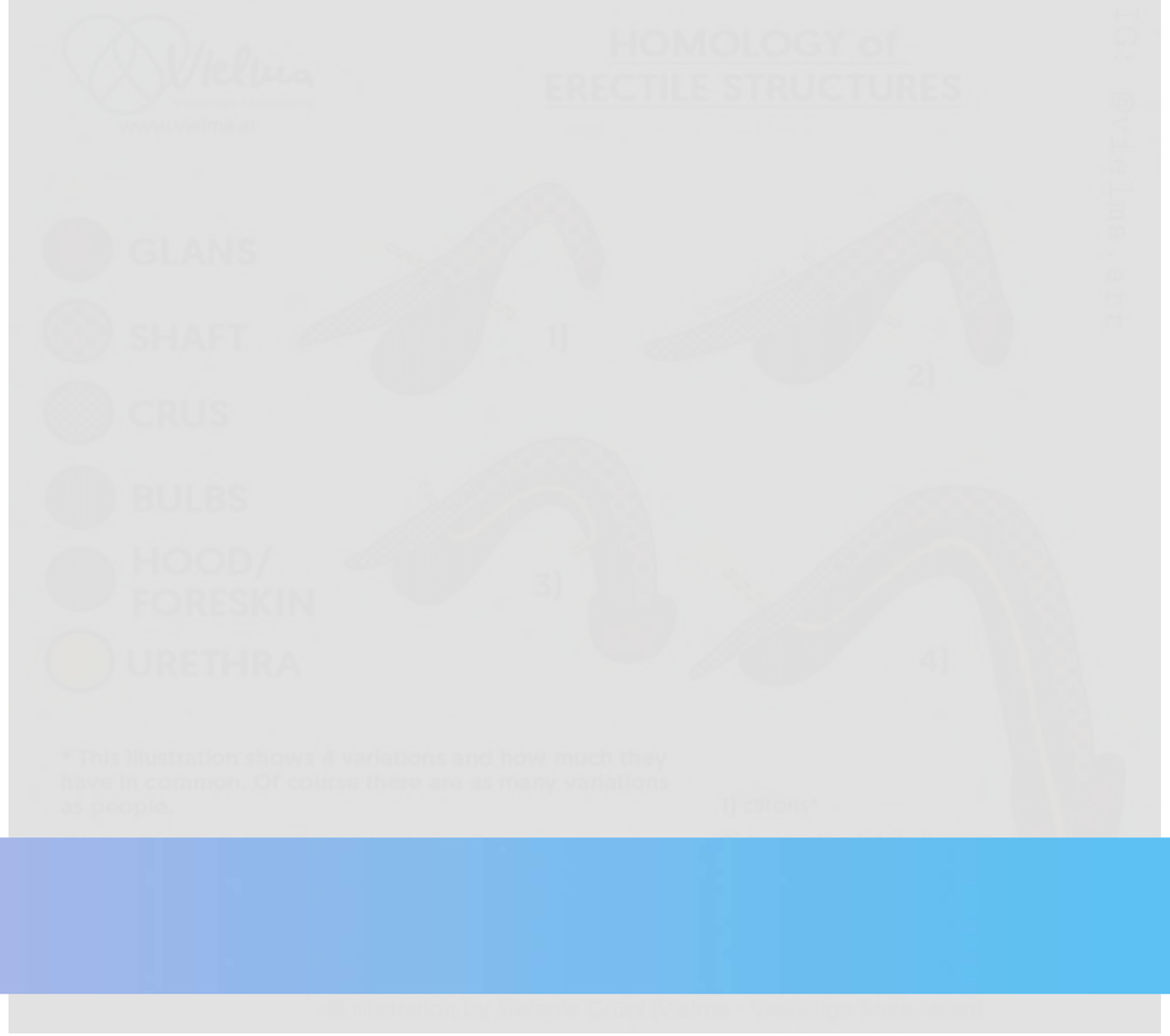
ALTES MODELL



NEUES MODELL (vereinfacht)







GENITALE DIFFERENZIERUNG

Die natürliche biologische Vielfalt erektiler Strukturen als visuelles Spektrum



BIOLOGISCHES GESCHLECHTSSPEKTRUM

POSTNATALE SOMATOSEXUELLE DIFFERENZIERUNG

Bis zur Pubertät sind interindividuelle somatosexuelle Unterschiede zwischen Geschlechtern minimal, haben ihren Peak im Erwachsenenalter und reduzieren sich wieder drastisch nach Meno- und Andropause

BEIER ET AL., 2005; JOEL ET AL., 2013

PSYCHOLOGISCHES GESCHLECHTSSPEKTRUM

GESCHLECHTSIDENTITÄT

= das intrinsisch stimmige Gefühl, einer bestimmten Geschlechtsgruppe (oder anteilig mehreren Geschlechtsgruppen) anzugehören.

- **Unabhängig** von Zuweisungsgeschlecht, biologischen Geschlechtsmarkern, Geschlechtsausdruck, Geschlechtsrollenverhalten und Geschlechtserleben.
- Wie alle Identitätsmaße ist die persönliche Bedeutungszuweisung der Geschlechtsdimension für die eigene Identität ein **interindividuelles Spektrum.**

"Gender identity is a component of gender that describes a person's psychological sense of their gender. Many people describe gender identity as a deeply felt, inherent sense of being a boy, a man, or male; a girl, a woman, or female; or a nonbinary gender (e.g., genderqueer, gender-nonconforming, gender-neutral, agender, gender-fluid) that may or may not correspond to a person's sex assigned at birth, presumed gender based on sex assignment, or primary or secondary sex characteristics (APA, 2015a). Gender identity applies to all individuals and is not a characteristic only of transgender or gender-nonconforming individuals. Gender identity is distinct from sexual orientation; thus, the two must not be conflated (e.g., a gay transgender man has a masculine gender identity and a gay sexual orientation, a straight cisgender woman has a feminine gender identity and a straight sexual orientation)."

APA, 2022

GESCHLECHTSIDENTITÄT

JENSEITS DER GESCHLECHTS-BINARITÄT



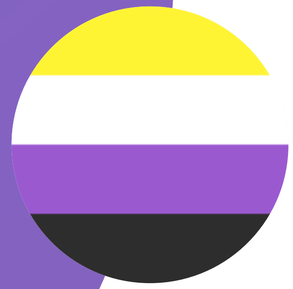
Weiblich und Männlich

Binäre cis und trans Identitäten



Intergeschlechtlich / inter*

Biologisch weder weiblich noch männlich, möglich auf chromosomaler, gonoduktaler, genitaler und hormoneller Ebene



Nichtbinär

Transmasc/Transfemme, multigender, bigender, pangender, polygender, genderfluid, demiboy /demigirl, androgyn, u.v.m: Geschlechtsidentität ist kein weiblicher oder männlicher Pol.



Agender

Genderneutral, Agender, gender nonconforming, genderquestioning, u.v.m.; geschlechtslos

GESCHLECHTSIDENTITÄT

EINFLUSSFAKTOREN

Kognitive & Motivationale Einflüsse

Selbstsozialisation, Geschlechtsidentität, - Stabilität und –Konstanz nach Kohlberg (veraltet), Geschlechtsschemata nach Martin & Halverson

Soziale Einflüsse

Internalisierungsprozesse sozialer Normen und Gruppendynamikeinflüsse gemäß der Theorie der Sozialen Identität nach Tajfel & Turner, angewandt nach Bem

Lernen am Modell

Übernahme von Rollenverhalten durch Vorbilder gemäß der sozial-kognitiven Theorie nach Bussey & Bandura

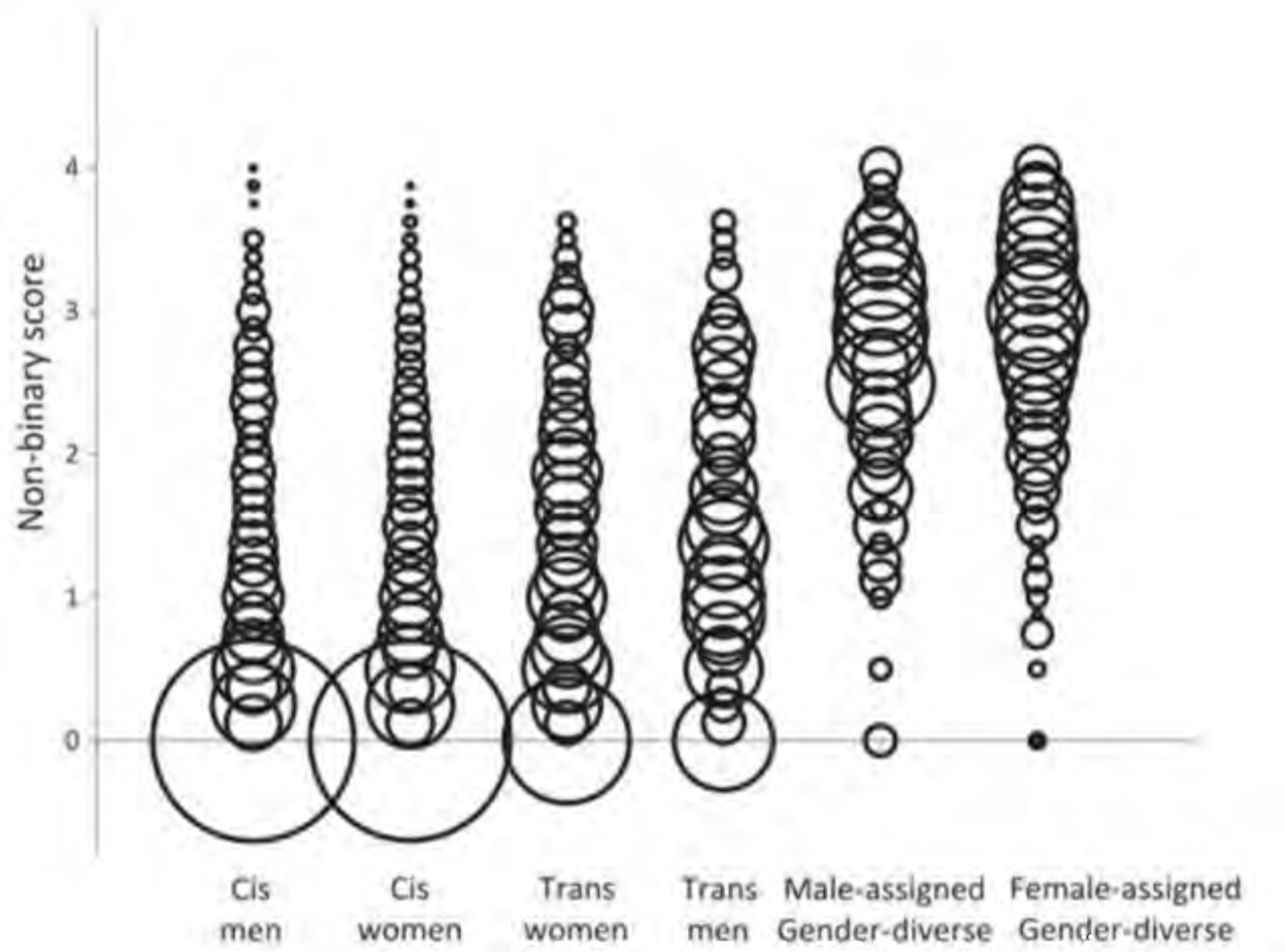
Kulturelle Einflüsse

Anpassung an geschlechtstypische Erwartungen innerhalb von gesellschaften Strukturen gemäß der Theorie der Sozialen Rollen nach Eagly

GESCHLECHTSIDENTITÄT

ALLGEMEINE HETEROGENITÄT

Geschlecht = relativ?
Scatterplots zeigen große Variabilität
von Geschlechtsidentität zwischen cis, trans und genderqueeren Personen (Jacobsen & Joel, 2019)



JACOBSEN & JOEL, 2019; HYDE ET AL., 2019

SOZIALES GESCHLECHT

BESTANDTEILE UND AUFRECHTERHALTUNG



Soziale Normen

(deskriptiv und injunktiv) – Kulturinterne Zuschreibungen geschlechtstypischer Attribute und Geschlechtsstereotype

Geschlechtsidentität

Interindividuell unterschiedliche Kognitionen über die eigene Geschlechtszugehörigkeit

Geschlechterrollen

Geschlechtstypische Rollenverteilungen und Unterschiede in verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen (z.B. Familie, Beruf, Politik, Wissenschaft)

Geschlechtserleben

Das eigene Erleben der interindivuduellen Geschlechtsidentität in Relation zur zugeschriebenen und identifizierten

Geschlechtsausdruck

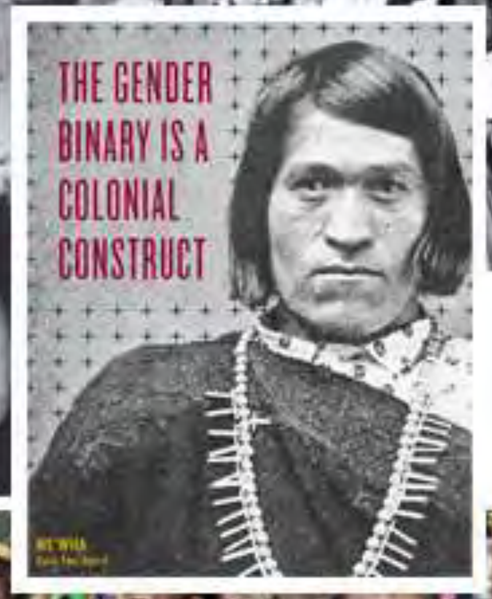
Unabhängiger äußerlicher Geschlechtsausdruck einer Person (z.B. durch Kleidung, Körpersprache, etc.)



















KULTURELLER EINFLUSS DER GESCHLECHTSBINARITÄTSNORM

The Flying Gender Unicorn



Gender

Gender Identity
- Non-Binary
- Transgender
- Woman/Girl
- Man/Boy

Gender Expression
- Neutral/Undefined
- Feminine
- Masculine

Gender Assigned At Birth
Female · Intersex · Male

Genitals (At Birth)
Vagina · Undifferentiated · Penis

Hormone Levels (Vary Over Time)
Estrogen · Testosterone · Progesterone

Chromosomes
Female: XX · Intersex: XXY, XYY (and more) · Male: XY

Sexuality

Sexual Identity
- Queer
- Bisexual
- Gay/Lesbian
- Straight

Physically Attracted To
- No one
- Non-Binary People
- Trans Men
- Trans Women
- Cisgender Women
- Cisgender Men

Emotionally Attracted To
- No one
- Non-Binary People
- Trans Men
- Trans Women
- Cisgender Women
- Cisgender Men

Original design by Landyn Pan and Anna Moore

Original graphic by TSER (Trans Student Educational Resources)

Content and graphic modified by Dr. Erica Jayne Friedman, FIU Florida International University

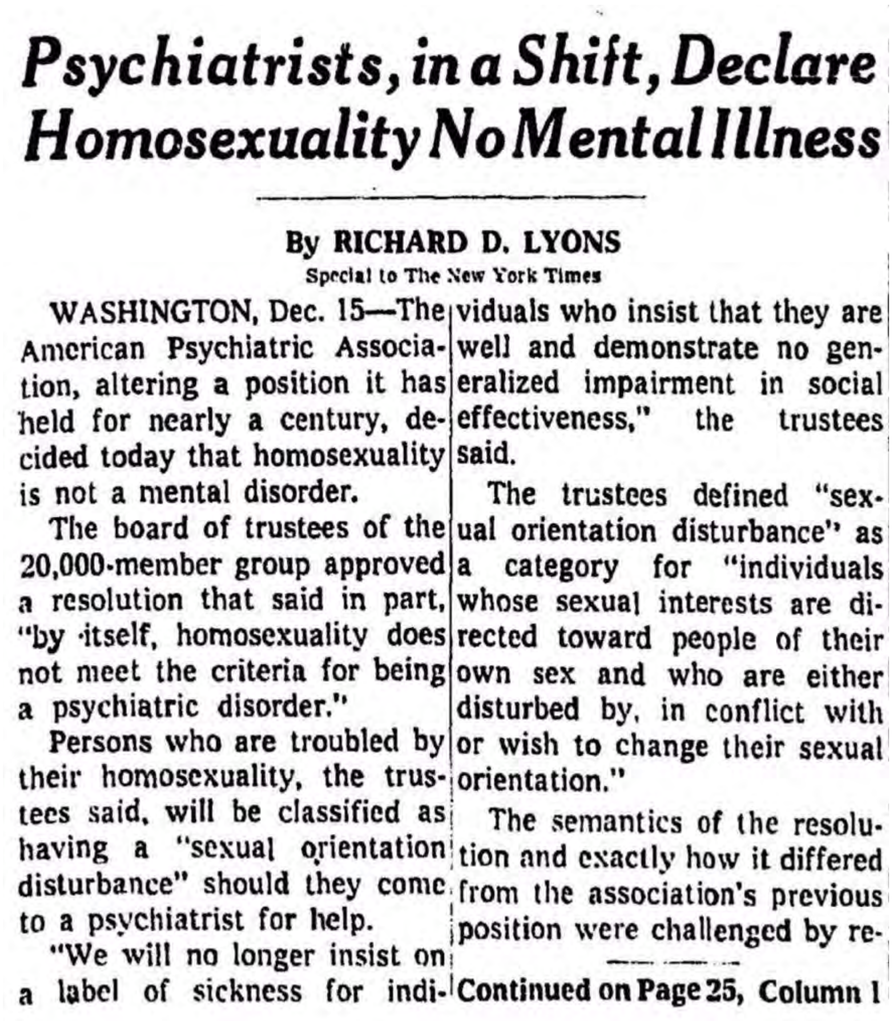


EINFÜHRUNG

WARUM RELEVANT?

Menschenrechtskonventionen

Deutschland verpflichtet sich wie andere Länder u.A. LGBTQIA+ Personen vor Diskriminierung zu schützen. Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) regelt in Deutschland das Antidiskriminierungsziel u.A. in Zusammenhang mit Geschlecht und sexueller Orientiertung.



Psychiatrists, in a Shift, Declare Homosexuality No Mental Illness

By RICHARD D. LYONS
Special to The New York Times

WASHINGTON, Dec. 15—The American Psychiatric Association, altering a position it has held for nearly a century, decided today that homosexuality is not a mental disorder.

The board of trustees of the 20,000-member group approved a resolution that said in part, "by itself, homosexuality does not meet the criteria for being a psychiatric disorder."

Persons who are troubled by their homosexuality, the trustees said, will be classified as having a "sexual orientation disturbance" should they come to a psychiatrist for help.

"We will no longer insist on a label of sickness for individuals who insist that they are well and demonstrate no generalized impairment in social effectiveness," the trustees said.

The trustees defined "sexual orientation disturbance" as a category for "individuals whose sexual interests are directed toward people of their own sex and who are either disturbed by, in conflict with or wish to change their sexual orientation."

The semantics of the resolution and exactly how it differed from the association's previous position were challenged by re-

Continued on Page 25, Column 1

EINFÜHRUNG

WARUM RELEVANT?

Besondere Verantwortung

Gerade die klinisch psychologischen Professionen trifft hier besondere Verantwortung der Antidiskriminierungsziele. So war es u.A. unsere Profession, die sowohl die Pathologisierung von Varianz in Geschlecht und sexueller Orientierung stark mitbeeinflusst hat, als auch folgerichtig die Entpathologisierung bis dato sexueller Orientierung mitgeformt hat.



EINFÜHRUNG

WARUM RELEVANT?

Gefährliches Halbwissen

Festgesetzte sexuelle Skripte angereichert mit fehlerhaften sexuellen Normen führen zu Stigmatisierung, Tabuisierung, psychologischem Leid, und sexuellen Notsituationen

FLANDERS ET AL, 2019; LISZEWSKI ET AL 2018; POTTER ET AL., 2020; KRAHE & BERGER, 2013; FRA, 2020a, 2020b



EINFÜHRUNG

WARUM RELEVANT?

Stigma, Hass, Gewalt, Diskriminierung

Gerade nichtbinäre und trans Personen sind massiver verbaler, psychischer und physischer Gewalterfahrungen in allen Lebenssituationen ausgesetzt

FLANDERS ET AL, 2019; LISZEWSKI ET AL 2018; POTTER ET AL., 2020; KRAHE & BERGER, 2013; FRA, 2020a, 2020b

EINFÜHRUNG

WARUM RELEVANT?

FRA-Studie 2020, Ergebnisse des 2. großen LGBTI-Surveys; ausgewählte Ergebnisse

Belästigung und Gewalt

- 10% der trans und nb Befragte*n haben in den letzten 12 Monaten **Belästigung, physische** und **sexuelle Gewalt** erfahren
- Jede Fünfte trans und nb (19%) wurde in den letzten 5 Jahren auf Grund ihrer Geschlechtsidentität **angegriffen**

Weitere Formen von Hasskriminalität/Belästigung in 12 Monaten

- Verbale (35%), nonverbale(34%), und digitale Belästigung (15%); Persönliche Drohungen (63%), Beleidigende oder drohende Gesten (81%), Beleidigende oder bedrohliche E-Mails/SMS/DMs (72%), Ziel von Hasskommentaren in sozialen Medien (78%)



EINFÜHRUNG

WARUM RELEVANT?

FRA-Studie 2020, Ergebnisse des 2. großen LGBTI-Surveys; ausgewählte Ergebnisse

Folgen Hasskriminalität

- 10% der Befragten mussten nach Hasskriminalitätserfahrung **medizinisch versorgt** werden,
- 6% der Befragten waren danach **arbeitsunfähig**
- 31% der Befragten hatten danach **Angst, vor die Tür zu gehen oder bestimmte Orte aufzusuchen (!)**
- 55% der Befragten berichteten von **anschließenden psychischen Problemen** (Depressionen, Angst, u.a)
- Nur 12% der Betroffenen erstatteten nach physische oder sexualisierte Gewalterfahrung bei der Polizei **Anzeige**, dabei gaben 33% an, dies aus **Angst vor transfeindlichen Reaktionen der Polizei** nicht zu tun



EINFÜHRUNG

WARUM RELEVANT?

FRA-Studie 2020, Ergebnisse des 2. großen LGBTI-Surveys; ausgewählte Ergebnisse

Diskriminierungserfahrungen der letzten 12 Monate

- 36% bei Bewerbung/Jobsuche
- 39% am Arbeitsplatz
- 22% bei der Wohnungssuche
- 40% bei der Inanspruchnahme sozialer Dienste, im Gesundheitswesen und im Therapiesetting
- 40% von Personal in Schulen und Universitäten
- 29% in Café, Bar, Restaurant, Club
- 29% beim Einkaufen/in Geschäften
- 31% beim Vorzeigen eines offiziellen Dokumentes mit Geschlechtseintrag



EINFÜHRUNG

WARUM RELEVANT?

FRA-Studie 2020, Ergebnisse des 2. großen LGBTI-Surveys; ausgewählte Ergebnisse

Orte, an denen trans und nb Menschen aus Angst vor Gewalt und Belästigung meiden, offen zu sein

- Zuhause (8%)
- Familie (25%)
- Schule (16%)
- Café, Restaurant, Clubs (34%)
- Öffentlicher Nahverkehr (47%)
- Auf der Straße (45%)
- In psychosozialen Institutionen und der Gesundheitsversorgung (31%)



EINFÜHRUNG

WARUM RELEVANT?

FRA-Studie 2020, Ergebnisse des 2. großen LGBTI-Surveys; ausgewählte Ergebnisse

Um welche diskriminierenden Erlebnisse bei der Inanspruchnahme psychosozialer Dienste bzw. im Gesundheitswesen handelt es sich?

- Hürden beim Zugang (15%)
- Behandler*innenwechsel nach negativer Erfahrung (15%)
- Vermeidung medizinischer Behandlung aus Angst vor Diskriminierung (16%)
- Bedürfnisse ignoriert (22%)
- Unangebrachte Neugierde und herabfällige bis diskriminierende Kommentare (25%)
- Unter Druck gesetzt, sich bestimmter medizinischer/psychologischer Maßnahme zu unterziehen (13%)



LEIDENSDRUCK: MINORITY STRESS

(Sexual) Minority Stress

“Minority stress is the relationship between minority and dominant values and resultant conflict with the social environment experienced by minority group members.” APA, 2012

Das Modell beschreibt Stressprozesse, darunter Vorurteilserfahrungen, Ablehnungserwartungen, Verstecken, Verheimlichen, internalisierte Ablehnung und Negativität und ameliorative Bewältigungsprozesse (Meyer, 2003) mit Stressoren die einzigartig, chronisch und sozial sind.

Erhöhtes Risiko für…

- Diskriminierungserfahrungen und daraus resultierenden physischen und psychischen Problemen (Williams, Neighbors, & Jackson, 2003)
- LGBTQIA+ Männer*: Risk-taking behavior, insbesondere Polysubstanzkonsum (Kalichman & Cain, 2004; Kashubeck-West & Szymanski, 2008) und STIs (Halkitis, Zade, Shrem, & Marmor, 2004)

Microaggressionen (Pierce, 1970)

Alltägliche verbale, verhaltensbezogene oder umweltbedingte Beleidigungen/Herabwürdigungen, die absichtlich oder unabsichtlich feindselige, abwertende oder negative Einstellungen gegenüber stigmatisierten oder kulturell marginalisierten Gruppen vermitteln.

- Sonderform: Microdysphorien für Alltagssituation in Bezug auf die Geschlechtsidentität

Zusammenarbeit mit Ärzt_innen und Therapeut_innen

Diskriminierungserfahrungen machen's schwer

Fachkräfte im Gesundheitssystem, aber auch in Institutionen und Ämtern wissen nur zum Teil über das Thema Trans* Bescheid. Durch fehlendes Wissen und Unsicherheit kommt es häufig zu unangenehmen Situationen, mitunter auch zu trans*negativen oder trans*feindlichen Erlebnissen. Dazu gehören zum Beispiel Vorurteile, aufdringliche Befragungen und/ oder die Bezeichnung mit falschen Pronomen. Solche Erfahrungen machen es für trans* Personen schwerer, bei Bedarf Ärzt_innen aufzusuchen. Zudem können Diskriminierungen im Alltag und im Gesundheitssystem der psychischen Gesundheit schaden. ⇢



⇢ *Die Begriffe trans*negativ und trans*feindlich ersetzen den veraltenden Begriff transphob bzw. Transphobie. Denn es handelt sich ja eigentlich um abwertendes oder feindliches Verhalten – nicht um eine pathologische Angst (Phobie).*

EINFÜHRUNG

WARUM RELEVANT?

Aus der S3-Patient*innenleitlinie

Gerade geringes Vorwissen zu Geschlechtsspektrum führt häufig zu Diskriminierungs-erfahrungen in der gesundheitlichen Versorgung

BUNDESVERBAND TRANS*, 2018

SENSIBLE BERATUNG

WIRKSAMKEIT SENSIBLER SPRACHE

Russel et al., 2018: Alleine schon den richtigen Namen und die richtigen Pronomen zu benutzen hat einen signifikant positiven Effekt auf die psychische Gesundheit der Patient*innen

Results

There were no differences in depressive symptoms or suicidal behavior by personal characteristics including gender identity, race/ethnicity, sexual identity, age, access to free lunch, or study site. After adjusting for personal characteristics and total social support, chosen name use in more contexts predicted fewer depressive symptoms and less suicidal ideation and suicidal behavior (see Table 1). An increase by one context in which a chosen name could be used predicted a 5.37-unit decrease in depressive symptoms, a 29% decrease in suicidal ideation, and a 56% decrease in suicidal behavior. We observed similar results when we individually tested specific contexts for chosen name use (except that chosen name use with friends did not significantly predict mental health after adjusting for demographics and close friend support). Depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior were at the lowest levels when chosen names could be used in all four contexts.

Table 1
Associations between chosen name use and depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth (n = 74), controlling for covariates

	M (SD) or Count (%)	Coefficient (95% CI)	Incident rate ratio (95% CI)	
		Depressive symptoms	Suicidal ideation	Suicidal behavior
Gender identity				
MTF	28 (38)	0 (Reference)	1 (Reference)	1 (Reference)
FTM	28 (38)	−1.61 (−6.67, 3.46)	1.28 (.67, 2.47)	.25 (.07, .91)
MTDG	5 (7)	3.97 (−2.18, 10.11)	1.45 (.54, 3.89)	.37 (.09, 1.49)
FTDG	13 (17)	−1.43 (−9.44, 6.57)	1.39 (.64, 3.02)	1.58 (.49, 5.11)
Race/Ethnicity				
White	18 (24)	0 (Reference)	1 (Reference)	1 (Reference)
Asian	6 (8)	−8.45 (−17.39, .49)	.00 (.00, .00)	.00 (.00, .00)
Black	24 (33)	−1.40 (−9.13, 6.33)	.89 (.48, 1.64)	.53 (.16, 1.76)
Multiracial	21 (28)	1.53 (−5.50, 8.55)	.83 (.49, 1.40)	1.10 (.46, 2.61)
Not reported	5 (7)	−3.54 (−13.35, 6.27)	.85 (.35, 2.06)	2.17 (.47, 10.08)
Sexual identity				
Lesbian/Gay	17 (23)	0 (Reference)	1 (Reference)	1 (Reference)
Bisexual	22 (30)	4.01 (−4.67, 12.68)	1.92 (.82, 4.50)	.99 (.23, 4.20)
Questioning	9 (12)	4.14 (−4.06, 12.35)	1.75 (.71, 4.29)	.70 (.17, 2.86)
Heterosexual	17 (23)	−.87 (−9.02, 7.29)	.50 (.12, 2.03)	.40 (.06, 2.84)
Different	9 (12)	7.90 (−.67, 16.47)	1.47 (.53, 4.06)	1.03 (.31, 3.43)
Age	19.46 (1.76)	−.56 (−1.95, .84)	1.03 (.85, 1.24)	1.20 (.91, 1.58)
Access to free lunch				
No	39 (53)	0 (Reference)	1 (Reference)	1 (Reference)
Yes	32 (43)	−1.53 (−8.74, 5.68)	.79 (.34, 1.85)	.46 (.16, 1.36)
Study site				
Northeast	36 (49)	0 (Reference)	1 (Reference)	1 (Reference)
Southwest	10 (13)	.28 (−6.98, 7.54)	.80 (.29, 2.21)	.23 (.04, 1.30)
West Coast	28 (38)	3.04 (−3.38, 9.47)	1.14 (.51, 2.53)	.82 (.19, 3.48)
Total social support	41.64 (11.60)	−.46 (−.65, −.26)	.99 (.97, 1.01)	.95 (.91, .99)
Chosen name use	3.14 (1.27)	−5.37 (−8.20, −2.55)	.71 (.52, .95)	.44 (.25, .78)

CI = confidence interval; FTDG = female to different gender; FTM = female-to-male (transgender man); MTDG = male to different gender; MTF = male-to-female (transgender woman); SD = standard deviation.



2

ÄNDERUNGSBEDARF

Bedarf nach Neukonzeption der Diagnosen im Bereich “Sexuelle Störungen” und “Geschlechtsinkongruenz”

ÄNDERUNGSBEDARF

GRÜNDE FÜR DIE REVISION

- ICD-10, 1992: **längste Revisionsperiode**.
- „**Problemkategorien des ICD**“: rund um Geschlechtsidentität, paraphile Störungen und sexuelle Störungen in der Geschichte der ICD. Konsequenz in der Vergangenheit u.A. Missbrauch zur Legitimation von Diskriminierung bis Massenmord.
- **Verbesserung klinischer Praxis** bei **Beachtung wissenschaftlichen Konsens** (Reed et al. 2016)
    - z. B. Anerkennung von Geschlecht als biopsychosoziales Konstrukt, welches biologisch, sozial und psychologisch nicht binär ist (siehe Ainsworth, 2015; Davis, 2015; Houk, 2010; Roughgarden, 2013; Tamar-Mattis & Knight, 2017; Viloria & Nieto, 2020; Voß, 2020)
    - z.B. Einschluss aktuellem Wissen zur differenzierten Betrachtung von Erregung, Verlangen und Anziehung als eigenständige und unabhängige Konstrukte sexuellen Erlebens und Verhaltens (z.B. Basson, 2002; Chivers & Brotto, 2017)
- Gesellschaftliche **Entstigmatisierung** und **Antidiskriminierung** bei gleichzeitiger **Versorgungssicherung** (Davis, 2015; Dreger, 2012; Reed et al., 2016)
- Veränderungen in **gesellschaftlichen Einstellungen**, relevanter **Gesetzgebung**, **Menschenrechtskonventionen**



3

ENTWICKLUNGEN UND ÄNDERUNGEN IM ICD-11

Gegenüberstellungen der Entwicklungen und Änderungen in der ICD-11 im Vergleich zu DSM-5 und ICD-10

ENTWICKLUNGEN & ÄNDERUNGEN IM ICD-10

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Gruppe	Bezeichnung	Kodierung
ICD-11: 06 Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen* ICD-10: V Psychische und Verhaltensstörungen	Paraphile Störungen Störungen der Sexualpräferenz	6D3x F65.x
	Störungen der Impulskontrolle	6C7x
ICD-11: 17 Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit ICD-10: V Psychische und Verhaltensstörungen ICD-10: XIV Krankheiten des Urogenitalsystems	Sexuelle Funktionsstörungen Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	HA0x F52.x
	Sexuelle Schmerzstörungen Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	HA2x N94.x
	Geschlechtsinkongruenz Störungen der Geschlechtsidentität	HA6x F64.x

BfArM, 2022; KLEIN ET AL, 2015; MARCHEWKA ET AL., 2023; REED ET AL, 2016;

ENTWICKLUNGEN & ÄNDERUNGEN IM ICD-10

NEUE ÄTIOLOGISCHE SPEZIFIKATIONEN

Kodierung	Ätiologische Spezifikation bei Sexuellen Funktions- und Schmerzstörungen im ICD-11
HA40.0	assoziiert mit einem medizinischen Zustand, einer Verletzung oder Folge einer Operation oder Strahlenbehandlung
HA40.1	assoziiert mit psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren, einschließlich psychischen Störungen
HA40.2	assoziiert mit dem Gebrauch von psychoaktiven Substanzen oder Medikamenten
HA40.3	assoziiert mit dem Mangel an Kenntnis oder Erfahrung
HA40.4	assoziiert mit Beziehungsfaktoren
HA40.5	assoziiert mit kulturellen Faktoren
HA40.Y	Sonstige näher bezeichnete Ätiologische Aspekte bei sexuellen Funktions- und Schmerzsstörungen

BfArM, 2022; KLEIN ET AL, 2015; MARCHEWKA ET AL., 2023; REED ET AL, 2016;



3.1

SEXUELLE SCHMERZ- UND FUNKTIONSSTÖRUNGEN

Änderungen der Diagnosebereiche, die zuvor im ICD-10 in F5 kodiert wurden

ENTWICKLUNGEN & ÄNDERUNGEN IM ICD-10

SEXUELLE FUNKTIONSSTÖRUNGEN

ICD-11	ICD-10	DSM-5
HA00 Hypoaktives sexuelles Verlangen	F52.0 Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen	F52.0 Störung mit Verminderter Sexueller Appetenz beim Mann
HA01 Sexuelle Erregungsstörung → HA01.0 Weibliche sexuelle Erregungsstörung (SXA1) → HA01.1 Männliche sexuelle Erregungsstörung (SXA3)	F52.0 Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen F52.2 Versagen genitaler Reaktionen	F52.22 Störung des sexuellen Interesses bzw. Erregung bei der Frau F52.21 Erektionsstörung
HA02 Orgasmusstörungen → Weiter spezifiziert nach lebenslang vs. erworben und generalisiert vs. situativ	F52.3 Orgasmusstörung	F52.31 Weibliche Orgasmusstörung
HA03 Ejakulationsstörungen** → Weiter spezifiziert nach vorzeitig vs. verzögert	F52.4 Ejaculatio praecox	F52.4 Vorzeitige (Frühe) Ejakulation F52.32 Verzögerte Ejakulation
Entfällt (kann ggf. bei Impulskontrollstörungen unter 6C72 als Störung mit zwanghaftem Sexualverhalten codiert werden)	F52.7 Gesteigertes sexuelles Veralngen	Nicht enthalten

BfArM, 2022; KLEIN ET AL, 2015; MARCHEWKA ET AL., 2023; REED ET AL, 2016;

ENTWICKLUNGEN & ÄNDERUNGEN IM ICD-10

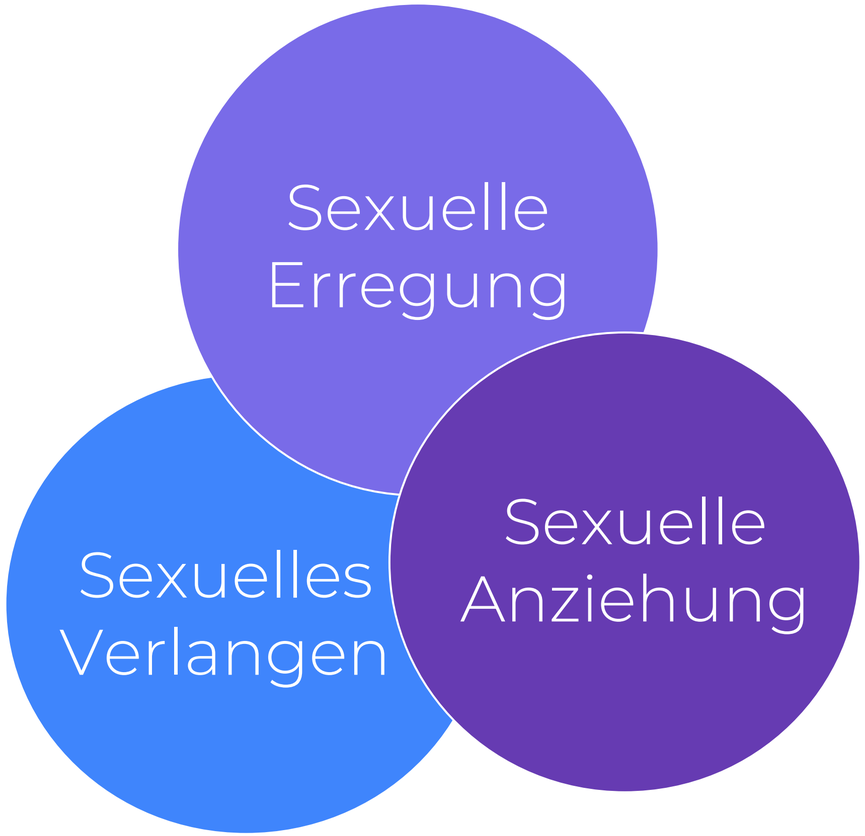
SEXUELLE FUNKTIONSSTÖRUNGEN

ICD-11	ICD-10	DSM-5
HA20 Sexuelle Penetrationsschmerzen → weiter spezifiziert nach lebenslang vs. erworben und generalisiert vs. situativ	F52.5 Nicht organischer Vaginismus F52.6 Nicht organische Dyspareunie	Genitopelvine Schmerz-Penetrationsstörung (Vaginismus/Dyspareunie)
HA0Y Sonstige näher bezeichnete sexuelle Dysfunktionen	Nicht äquivalent enthalten	F52.8 Andere Näher Bezeichnete Sexuelle Funktionsstörung
HA0Z Sexuelle Dysfunktionen, nicht näher bezeichnet	Nicht äquivalent enthalten	F52.9 Nicht Näher Bezeichnete Sexuelle Funktionsstörung
Entfällt	F52.1 Sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung	Nicht enthalten
GC42 Sexuelle Dysfunktion in Zusammenhang mit Genitalprolaps bei der Frau	Nicht äquivalent enthalten	Nicht enthalten
Entfällt durch strukturelle Änderungen, kann in ICD-11 als ätiologische Spezifikation Zusatzcodiert werden	Nicht äquivalent enthalten	Substanz/Medikamenteninduzierte sexuelle Funktionsstörung

BfArM, 2022; KLEIN ET AL, 2015; MARCHEWKA ET AL., 2023; REED ET AL, 2016;

HINTERGRUND

SEXUAL RESPONSE: NEUERE THEORIEN



Beispiel: Der Unterschied zwischen Erregung, Verlangen und Anziehung (Chivers & Brotto, 2017, aufbauend auf Basson, 2002)

Voneinander unabhängige Komponenten, die zusammenwirken können, aber nicht müssen, und sexuelle Ansprechbarkeit und sexuelles Handeln beeinflussen

Sexuelle Erregung = sich physisch erregt fühlen

- Aktivierung des autonomen Nervensystems durch sexuelle Stimuli physiologische Veränderungen

Sexuelles Verlangen = sexuell aktiv sein wollen (psychisch)

- Motivationaler Zustand, der durch sexuelle Stimuli (internal und external) hervorgerufen wird
- reagiert auf kontextuelle Faktoren und beeinflusst signifikant, wann und wie das Verlangen bewertet wird

Sexuelle Anziehung = sich zu jemandem sexuell hingezogen fühlen

- personenbezogen
- Überlappung mit dem Begriff der sexuellen Orientierung

Diese Begrifflichkeiten geben Vokabular für Phänomene wie Asexualität oder Arousal Nonconcordance



3.2

PARAPHILE STÖRUNGEN

Änderungen der Diagnosebereiche, die zuvor im ICD-10 in F6 kodiert wurden

ENTWICKLUNGEN & ÄNDERUNGEN IM ICD-10

PARAPHILE STÖRUNGEN

Definition

Paraphile Störungen sind durch anhaltende und intensive Muster atypischer sexueller Erregung gekennzeichnet, die sich in sexuellen Gedanken, Phantasien, dranghaften Bedürfnissen oder Verhaltensweisen äußern, die sich auf andere Personen beziehen, die aufgrund ihres Alters oder ihres Status nicht einwilligungsfähig oder -willig sind, und gemäß derer die Person gehandelt hat oder unter denen sie stark leidet.

Paraphile Störungen können nur dann Erregungsmuster umfassen, die Verhaltensweisen als Einzelperson oder mit einwilligenden Personen beinhalten, wenn diese mit ausgeprägtem Leiden verbunden sind, das nicht nur auf die Ablehnung oder befürchtete Ablehnung des Erregungsmusters durch andere Personen zurückzuführen ist oder mit einem erheblichen Verletzungs- oder Todesrisiko verbunden ist.

HINTERGRUND

ABGRENZUNG: PARAPHILIE vs. DISSEXUALITÄT

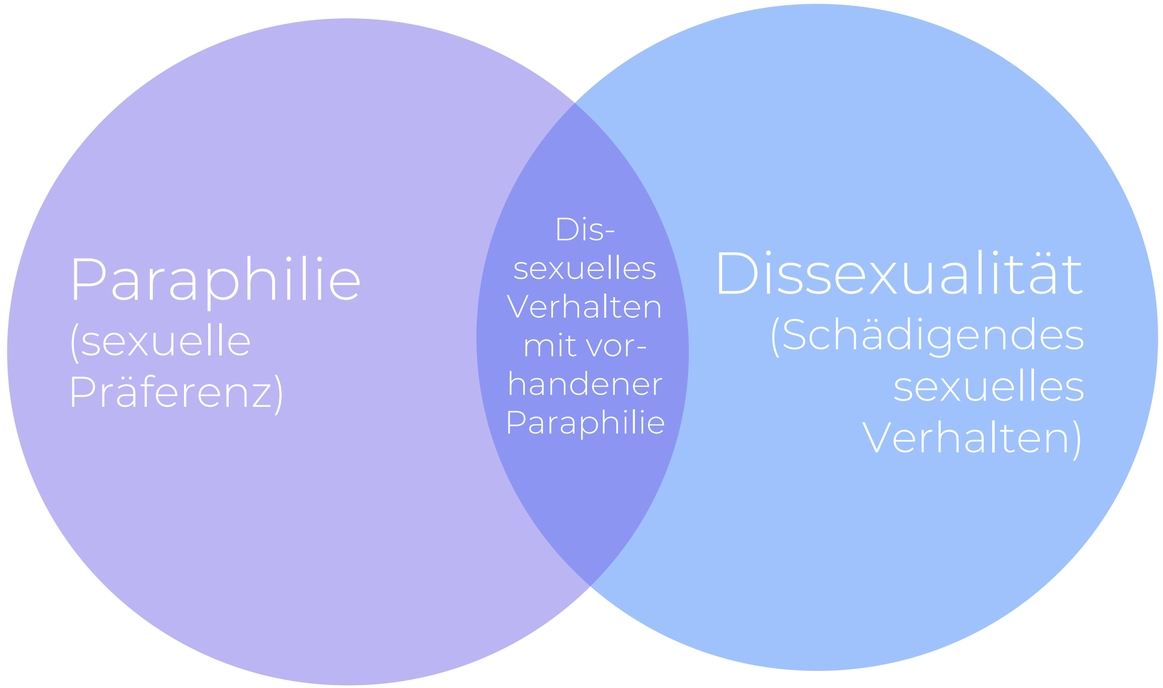
Paraphilie (nach DSM-5) = **Wiederkehrende** intensive sexuell erregende **Fantasien**, sexuell dranghafte **Bedürfnisse** oder **Verhaltensweisen**, die sich beziehen auf:

1. nicht-menschliche Objekte,
2. Leiden oder Demütigen (selbst oder Partner),
3. nichteinwilligungsfähige Personen (z.B. Kinder)

Paraphile Störung (nach DSM-5) = Paraphilie + klinisches Leid und/oder Fremdgefährdung und/oder klinisch relevante Eigengefährdung

Dissexualität = Von Präferenz unabhängiges , schädigendes sexuelles Verhalten, deren verbundene Handlungen...

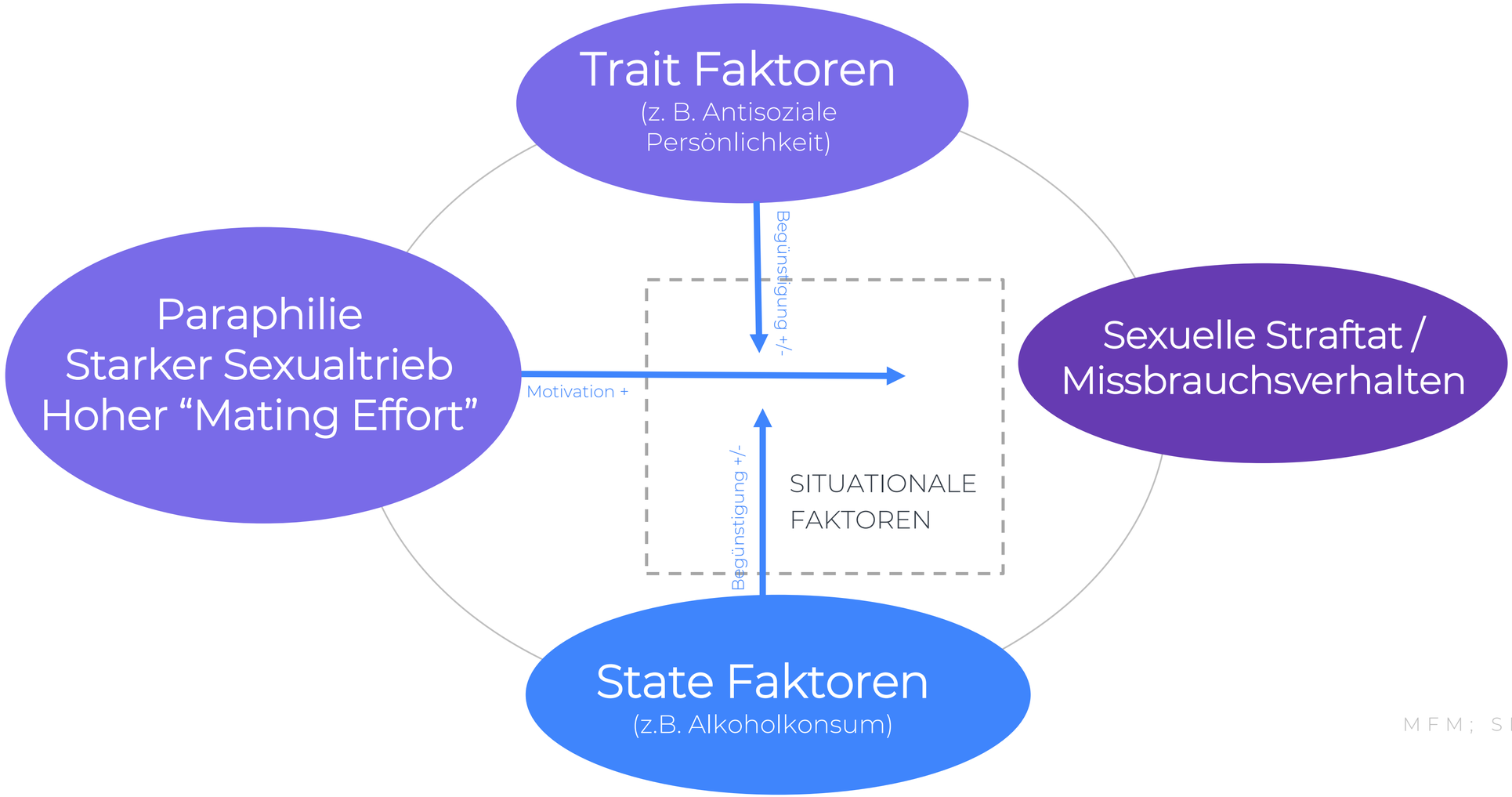
1. die Integrität und Individualität Anderer verletzt
2. keine Zustimmung/Consent besteht oder nicht bestehen kann, z.B. wenn Person nicht consentfähig ist (z.B. Kinder oder Bewusstlose)
3. in dem Selbst- und/oder Fremdgefährdung stattfindet



BEIER, 2018

HINTERGRUND

PARAPHILIE UND TÄTERSCHAFT



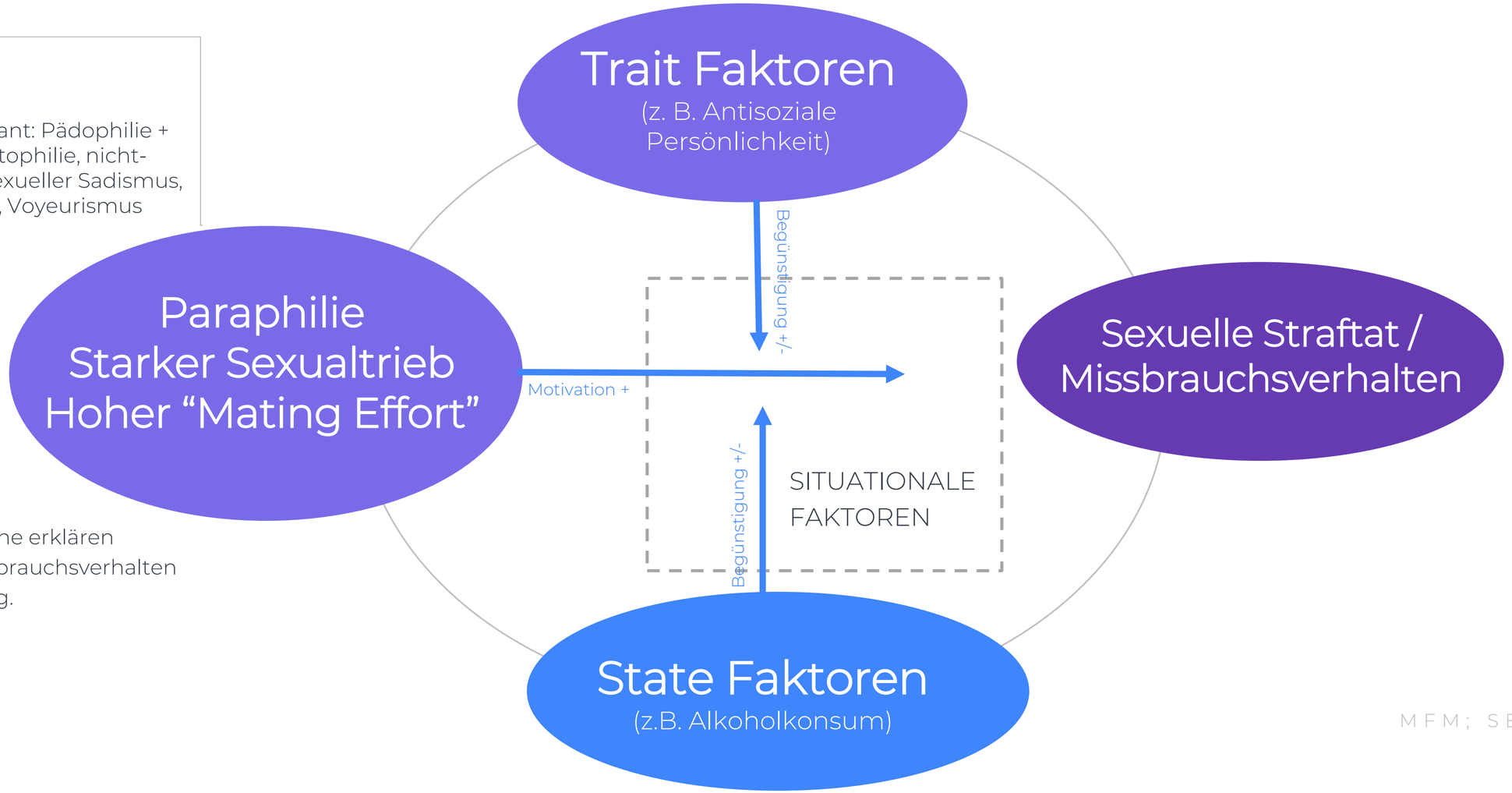
MFM; SETO, 2019

HINTERGRUND

PARAPHILIE UND TÄTERSCHAFT

Motivation
→Paraphilie

Besonders relevant: Pädophilie + Hebephilie, Biastophilie, nicht-konsensueller sexueller Sadismus, Exhibitionismus, Voyeurismus



Paraphilien alleine erklären Übergriffs-/Missbrauchsverhalten nicht vollständig.

MFM; SETO, 2019

ENTWICKLUNGEN & ÄNDERUNGEN IM ICD-10

PARAPHILE STÖRUNGEN

Definition

Paraphile Störungen sind durch anhaltende und intensive Muster atypischer sexueller Erregung gekennzeichnet, die sich in sexuellen Gedanken, Phantasien, dranghaften Bedürfnissen oder Verhaltensweisen äußern, die sich auf andere Personen beziehen, die aufgrund ihres Alters oder ihres Status nicht einwilligungsfähig oder -willig sind, und gemäß derer die Person gehandelt hat oder unter denen sie stark leidet.

Paraphile Störungen können nur dann Erregungsmuster umfassen, die Verhaltensweisen als Einzelperson oder mit einwilligenden Personen beinhalten, wenn diese mit ausgeprägtem Leiden verbunden sind, das nicht nur auf die Ablehnung oder befürchtete Ablehnung des Erregungsmusters durch andere Personen zurückzuführen ist oder mit einem erheblichen Verletzungs- oder Todesrisiko verbunden ist.

ENTWICKLUNGEN & ÄNDERUNGEN IM ICD-10

PARAPHILE STÖRUNGEN

ICD-11	ICD-10	DSM-5
6D30 Exhibitionistische Störung	F65.2 Exhibitionismus	F65.2 Exhibitionistische Störung
6D31 Voyeuristische Störung	F65.3 Voyeurismus	F65.3 Voyeuristische Störung
6D32 Pädophile Störung	F65.4 Pädophilie	F65.4 Pädophile Störung
6D33 Sadistische Sexualstörung mit angewendetem Zwang	F65.5 Sadomasochismus	F65.51 Sexuell Masochistische Störung F65.52 Sexuell Sadistische Störung
6D34 Frotteuristische Störung	Nicht enthalten	F65.81 Frotteuristische Störung
Entfällt	F65.0 Fetischismus	F65.0 Fetischistische Störung
Entfällt	F65.1 Fetischistischer Transvestitismus	F65.1 Transvestitische Störung
Entfällt	F65.6 Multiple Störungen der Sexualpräferenz	Nicht enthalten

BfArM, 2022; KLEIN ET AL, 2015; MARCHEWKA ET AL., 2023; REED ET AL, 2016;

ENTWICKLUNGEN & ÄNDERUNGEN IM ICD-10

PARAPHILE STÖRUNGEN

ICD-11	ICD-10	DSM-5
6D35 Sonstige paraphile Störungen ohne Einwilligung einer anderen Person	Nicht enthalten	F65.89 Andere Näher bezeichnete Paraphile Störung
6D36 Paraphile Störung, alleine durchgeführt oder mit Einwilligung einer anderen Person	Nicht enthalten	Nicht enthalten
6D3Z Paraphile Störungen, nicht näher bezeichnet	F65.9 Nicht näher bezeichnete Störung der Sexualpräferenz	F65.9 Nicht näher bezeichnete Paraphile Störung

BfArM, 2022; KLEIN ET AL, 2015; MARCHEWKA ET AL., 2023; REED ET AL, 2016;

ENTWICKLUNGEN & ÄNDERUNGEN IM ICD-10

PARAPHILE STÖRUNGEN

Implikation

- Klinisch relevanter **Fokus auf dissexuelles Verhalten** (Beier, 2018)
- Entpathologisierung natürlicher Varianz sexueller Präferanz bei ausbleibender Selbst- und Fremdschädigung
    - z.B. von atypischen Solo-Sex Praktiken oder einvehrnehmlichem BDSM (Mokros & Nitschke, 2021)
- Krankheitswert erst bei (1) Involvieren von Personen, die nicht zustimmen können, (2) Fremd- und erheblicher Selbstschädigung, (3) klinisch relevantem Leid
- Kriterien kongruent klinischer Interventionen, welche zeigen dass Wirksamkeitsfaktoren u.A. auf Risikomanagement und Ressourcenaufbau basieren – d.h. der Behandlung der Dissexualität - und NICHT der Präferenzänderung (z.B. Beier, 2018)

→ Nicht die Präferenz begründet den Störungscharakter, sondern die DIssexualität

KLEIN ET AL, 2015; MARCHEWKA ET AL., 2023; REED ET AL, 2016;



3.3

WEGFALL F66

Änderungen der Diagnosebereiche, die zuvor im ICD-10 in F6 kodiert wurden

ENTWICKLUNGEN & ÄNDERUNGEN IM ICD-10

WEGFALL F66

ICD-11	ICD-10	DSM-5
Entfällt	F66.0 sexuelle Reifungskrise	Nicht enhalten
Entfällt	F66.1 Ichdystone Sexualorientierung	Nicht enthalten
Entfällt	F66.2 Sexuelle Beziehungsstörung	Nicht enthalten
Entfällt	F66.8 Sonstige psychische und verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung	Nicht enthalten

BfArM, 2022; KLEIN ET AL, 2015; MARCHEWKA ET AL., 2023; REED ET AL, 2016;

HINTERGRUND

LEIDENSDRUCK: MINORITY STRESS

(Sexual) Minority Stress

“Minority stress is the relationship between minority and dominant values and resultant conflict with the social environment experienced by minority group members.” APA, 2012

Das Modell beschreibt Stressprozesse, darunter Vorurteilserfahrungen, Ablehnungserwartungen, Verstecken, Verheimlichen, internalisierte Ablehnung und Negativität und ameliorative Bewältigungsprozesse (Meyer, 2003) mit Stressoren die einzigartig, chronisch und sozial sind.

Erhöhtes Risiko für…

- Diskriminierungserfahrungen und daraus resultierenden physischen und psychischen Problemen (Williams, Neighbors, & Jackson, 2003)
- LGBTQIA+ Männer*: Risk-taking behavior, insbesondere Polysubstanzkonsum (Kalichman & Cain, 2004; Kashubeck-West & Szymanski, 2008) und STIs (Halkitis, Zade, Shrem, & Marmor, 2004)

Microaggressionen (Pierce, 1970)

Alltägliche verbale, verhaltensbezogene oder umweltbedingte Beleidigungen/Herabwürdigungen, die absichtlich oder unabsichtlich feindselige, abwertende oder negative Einstellungen gegenüber stigmatisierten oder kulturell marginalisierten Gruppen vermitteln.

- Sonderform: Microdysphorien für Alltagssituation in Bezug auf die Geschlechtsidentität

APA, 2012; PIECE, 1970; MEYER, 2003

ENTWICKLUNGEN & ÄNDERUNGEN IM ICD-10

WEGFALL F66

Implikation

- Anerkennung der WHO dass **sexuelle Orientierung normaler Ausdruck menschlichen Verhaltens und Erlebens** und damit nicht medizinisch relevant ist
- **Vermeidung von Legitimation von Diskriminierung** nicht-heterosexueller Personen international mit Bezug auf die WHO
- WHO (2015) Report „Sexual health, human rights and the law“: Konsequente **Fortsetzung der Entpathologisierung sexueller Orientierung**
    - Bis 1973: Pathologisierung Homosexualität
    - Bis 1987/1990 Pathologisierung Ichdystoner Homosexualität
- F66 lässt bis dato „Tür offen“ sexuelle Orientierung zu pathologisieren und bricht damit geltende **Menschenrechtskonventionen** (z.B. Douglas-Scott, 2011)
    - Problembeispiel sexuelle Reifungskrise: Pathologisierung von Minority Stress, Diskriminierung und Othering in der erschwerten und stressbehafteten Adoleszenz nicht-heterosexueller Jugendlicher (z.B. Agius & Tobler, 2012; Chew et al, 2020; FRA, 2020a, 2020b)

→ Wirkmechanismen des Leids durch Umweltfaktoren, nicht die sexuelle Orientierung

KLEIN ET AL, 2015; MARCHEWKA ET AL., 2023; REED ET AL, 2016;



3.4

GESCHLECHTSINKONGRUENZ

Änderungen der Diagnosebereiche, die zuvor im ICD-10 in F6 kodiert wurden

ENTWICKLUNGEN & ÄNDERUNGEN IM ICD-10

GESCHLECHTSINKONGRUENZ

ICD-11	ICD-10	DSM-5
HA60 Geschlechtsinkongruenz im Erwachsenenalter	F64.0 Transsexualismus	F64.0 Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen und Erwachsenen
HA61 Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter	Nicht enthalten	F64.2 Geschlechtsdysphorie bei Kindern
Entfällt	Nicht enthalten	F64.8 Andere Näher Bezeichnete Geschlechtsdysphorie
HA6Z Geschlechtsinkongruenz, nicht näher bezeichnet	Nicht enthalten	F64.9 Nicht Näher Bezeichnete Geschlechtsdysphorie

BfArM, 2022; KLEIN ET AL, 2015; MARCHEWKA ET AL., 2023; REED ET AL, 2016;

HINTERGRUND

BISHER: F64.0 TRANSSEXUALISMUS

Definition ICD-10

Der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen.

Probleme unter vielen:

- Geschlechtsbinarität statt Geschlechtsspektrum → Ausgrenzung und Versorgensunsicherheit nichtbinärer Personen, Pathologisierung intergeschlechtlicher Personen
- Geschlechtsdysphorie als „Hauptsymptom“
- „Wunsch“ statt Identitätszustand
- Trans = physisch transitioniert?
- Basis für bisherige Gesetzgebung (z.B. derzeit unmöglich für nichtbinäre Personen Geschlechtseintrag in „divers“ zu ändern)

KLEIN ET AL, 2015; MARCHEWKA ET AL., 2023; REED ET AL, 2016;

The Flying Gender Unicorn



Gender

Gender Identity
- Non-Binary
- Transgender
- Woman/Girl
- Man/Boy

Gender Expression
- Neutral/Undefined
- Feminine
- Masculine

Gender Assigned At Birth
Female · Intersex · Male

Genitals (At Birth)
Vagina · Undifferentiated · Penis

Hormone Levels (Vary Over Time)
Estrogen · Testosterone · Progesterone

Chromosomes
Female: XX · Intersex: XXY, XYY (and more) · Male: XY

Sexuality

Sexual Identity
- Queer
- Bisexual
- Gay/Lesbian
- Straight

Physically Attracted To
- No one
- Non-Binary People
- Trans Men
- Trans Women
- Cisgender Women
- Cisgender Men

Emotionally Attracted To
- No one
- Non-Binary People
- Trans Men
- Trans Women
- Cisgender Women
- Cisgender Men

Original design by Landyn Pan and Anna Moore

Original graphic by TSER (Trans Student Educational Resources)

Content and graphic modified by Dr. Erica Jayne Friedman, FIU Florida International University



HINTERGRUND

WARUM RELEVANT?

Gefährdete Versorgungssicherheit

Bundessozialgericht (BSG) entscheidet gegen Kostenübernahme Geschlechtskorrigierender Maßnahmen bei nichtbinären Personen mit Begründung fehlender entsprechender Empfehlung des Gesundheitswesens

BSG; 2023; AKTENZEICHEN B 1 KR 16/22 R

ENTWICKLUNGEN & ÄNDERUNGEN IM ICD-10

GESCHLECHTSINKONGRUENZ

Implikation

- **Umzug** raus aus dem Kapitel der psychischen Störungen → Annäherung an **Depathologisierung** (Council of Europe, 2018)
- Benennung repräsentiert **Fokus-Shift:** Weg vom Verständnis binärer „fertiger“ Transition und hin zum Verhalten und Erleben beim „Misfit“ zwischen Geschlechtsidentität und Zuweisungsgeschlecht; Komponenten des multimodalen Geschlechtsspektrum
- Leidenscharakter („Dysphorie“) als Teil der Kontextfaktoren (z.B. Minority Stress) und nicht des Zustands.
    - Phänomen der Geschlechtsdysphorie ist häufig, aber nicht notwendig (Bundesverband Trans*, 2018; Cooper et al, 2020; Nieder & Strauß, 2018, 2019; Robles et al., 2016)
- „Transsexualismus“ → inkorrekte Assoziation zwischen Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung
- Verzicht auf binäre Kodierung → **Anpassung an wissenschaftlichen Konsens** und **Miteinschluss nichtbinärer Personen**
- Problem: Weitere **Pathologisierung von Intergeschlechtlichkeit**

→ Anpassung an Forschung und Menschenrechte statt nicht-empirischer Geschlechtsbinarität

KLEIN ET AL, 2015; MARCHEWKA ET AL., 2023; REED ET AL, 2016;



4

AUSBLICK

Implikationen für Versorgung und Politik sowie Forschung und Lehre

AUSBLICK

LOGIK DER ÄNDERUNGEN

Nicht Varianz und Diversität von Geschlecht und Sexualität sind das Problem

- Kein Krankheitswert menschlicher Varianz in Abwesenheit von Selbst- und Fremdschädigung
- Davon unabhängig: Behandlungsbedürftigkeit wenn von klinisch relevantem Leid begleitet
- Anpassung an wissenschaftlichen Fortschritt
- Anpassung und gesellschaftlichen Fortschritt der Akzeptanz nicht-heteronormativer Varianten von Geschlecht und Sexualität

AUSBLICK

THERAPEUTISCHE IMPLIKATIONEN

Sexuelle Gesundheit und sexuelle Störungen

- Alle Bereiche gefordert: Diagnostik, Behandlung, Neukonzeptualisierungen geeigneter Interventionen, insbesondere multidisziplinäre Behandlungsoptionen
- Antidiskriminierungsbemühungen erfordert umlernen in der Praxis
    - Z.B. Akzeptanz von atypischem sexuellen Präferenzen („Kinks“) ohne Störungsfaktor
- Geschlossene Abkehr menschenrechtsverletzender Praktiken (z.B.im Extrem: Konversionstherapien)
- Vordergrund in der Behandlung paraphiler Störungen : Risikomanagement, Emotionsregulation, Stimuluskontrolle, Good-Lives-Ansatz (z.B. BEDIT; Beier, 2018)

AUSBLICK

THERAPEUTISCHE IMPLIKATIONEN

Geschlecht

- Anpassung wissenschaftlichen Fortschritts: Passen Geschlechtsidentität und Zuweisungsgeschlecht nicht überein, handelt es sich nicht um eine psychische Störung
- Gleichzeitig: Sicherung der Versorgung durch neue Kategorie „sexuelle Gesundheit“
- Keine Evidenz, die strikte normbasierte traditionelle Geschlechtsbinarität belegt (Reviews: z.B. Hyde et al., 2019; Swaab et al., 2021)
    - Pathologisierung hat starke negative Auswirkung z.B. auf Wohlbefinden und Grundrechte von trans und genderqueeren Personen verbunden mit sozialen, ökonomischen und soziokulturellen Konsequenzen und dem erschwerten Zugang zu medizinischer Versorgung (Castro-Peraza et al., 2019)

AUSBLICK

THERAPEUTISCHE IMPLIKATIONEN

Allgemein

- Besondere Verantwortung: Menschenrechtsorientierung nach historische Pathologisierung
- Klärung zukünftig unklarer Zuständigkeiten des Versorgungsauftrags (vgl. Schwesig et al., 2022)
- Fokuslenkung: Personen, die WEGEN einer Varianz in Geschlecht und Sexualität vorstellig werden, vs. MIT ihr. → Fokus auf Bearbeitung von allgemein klinisch relevantem Minority Stress wie bei marginalisierten Patient:innengruppen jeglicher Art von Gruppenzugehörigkeit

AUSBLICK

POLITISCHE IMPLIKATIONEN

Anpassung von Gesetzgebung und Gesundheitsversorgung

- Sicherung der Gesundheitsversorgung von ALLEN genderqueeren Personen
    - Es entspricht nicht der Lebensrealität vieler trans Personen, zwangsläufig mit binären Vorstellungen von Geschlechtsidentität konform zu gehen (z.B. Chew et al., Liszewski, 2018)
    - Einschluss auch intergeschlechtlicher Personen, um uneinvernehmliche Eingriffe im Säuglingsalter „rückgängig“ zu machen

AUSBLICK

PSYCHOLOGISCHE FORSCHUNG

Allgemein

- Stätiger Wandel: Neue Probleme im Hinblick auf die derzeitigen Klassifikationen sind bereits absehbar
- Entstigmatisierung trotz Verbleib im ICD in neuer Kategorie fraglich
- Sollbruchstellen in den Funktionsstörungen:
    - Weiter binär geschlechtliche Kodierung der erektilen Dysfunktionen was genitale Geschlechtsvarianz von trans, nichtbinären und inter‘ Personen missachtet
    - Einengung der Kategorisirung von Funktionsstörungen bei cis Männern am Beispiel der Orgasmusstörung (Gasser, 2011)
- Gender Data Gap: Bisherige Forschung meist männlich, geschweigedenn genderqueer → Große Forschungslücken die es zu finanzieren gilt
- Einbezug Partizipativer Forschungsmethoden
- Generalüberholung der Lehre im Bezug auf Geschlecht und Sexualität

TAKE-AWAY

SEXUELLE GESUNDHEIT IM ICD-11...

- spiegelt wissenschaftsbasiert Forschungs- und Gesellschaftswandel wider
- bezieht sich auf die Akzeptanz menschlicher Varianz in Geschlecht und Sexualität bei Bearbeitung von Dissexualität, Geschlechtsdysphorie und Minority Stress
- Gehen mit weitreichenden Konsequenzen für die Praxis, Forschung und Lehre einher.

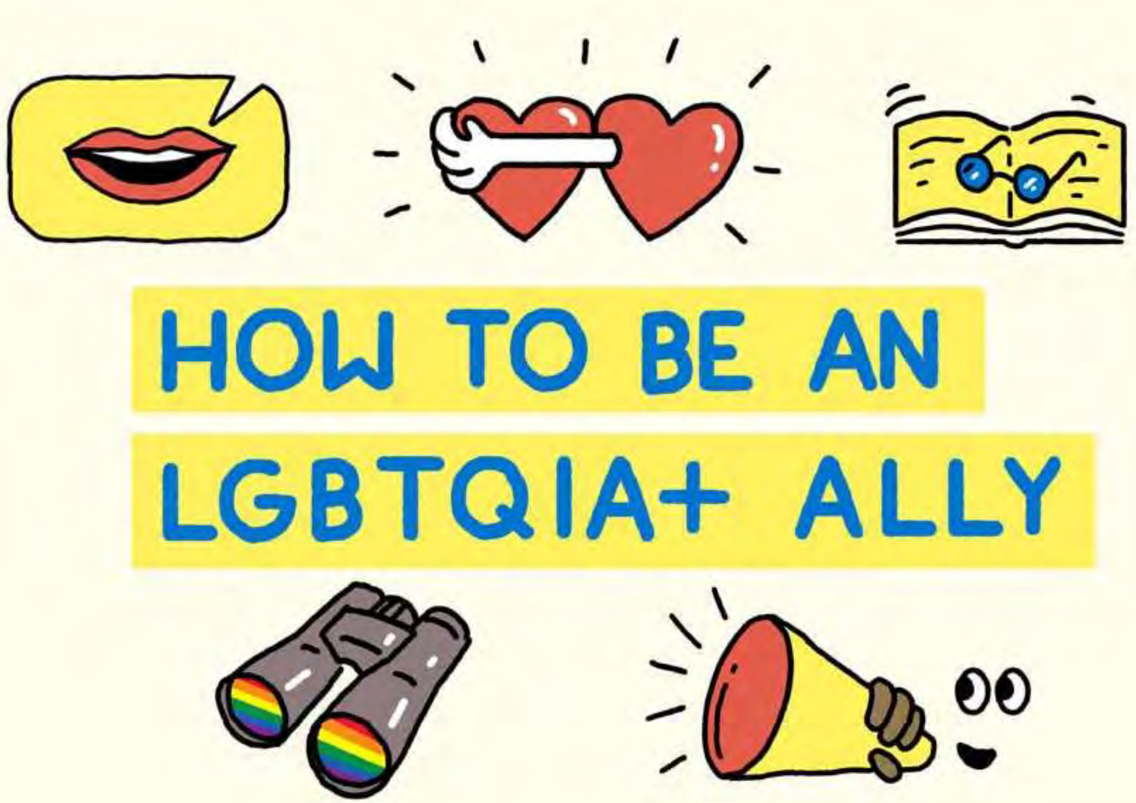


VIEL ERFOLG!

LETZTE WORTE

LGBTQIA+ KLIENT*INNEN HABEN...

- Recht auf respektvolle Sprache und Umgang
- Recht auf Selbstbestimmung
- Recht auf Informationen
- Recht auf Zweifel
- Recht auf Kinderwunsch
- Recht auf angstfreie gesundheitliche und psychosoziale Versorgung



VIEL ERFOLG!

QUELLEN

Abdul-Hussain, S. (2012). Genderkompetenz in Supervision und Coaching. Mit einem Beitrag von Ilse Orth und Hilarion G. Petzold zu "Genderintegrität". Wiesbaden: Springer VS Verlag.

Agius, S. & Tobler, C. (2012) Trans and intersex people: Discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression. 2nd ed. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2011. Verfügbar unter: https://www.refworld.org/pdfid/4fdedde32.pdf

Ainsworth, C. (2015). Sex redefined. Nature, 518, 288–291. https://doi.org/10.1038/518288a

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc..

American Psychological Association. (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. American Psychologist, 67(1), 10–42. https://doi.org/10.1037/a0024659

American Psychiatric Association (2017). Definitions of Gender, Sex, and Sexual Orientation and Pronoun Usage. Verfügbar unter: https://www.psychiatry.org/psychiatrists/diversity/education/transgender-and-gender-nonconforming-patients/definitions-and-pronoun-usage

American Psychological Association. (2021). APA Resolution on Sexual Orientation Change Efforts. Verfügbar unter: https://www.apa.org/about/policy/resolution-sexual-orientation-change-efforts.pdf

American Psychological Association. (2022). Gender. Verfügbar unter: https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines/bias-free-language/gender

van Anders, S. M. , Herbenick, D., Brotto, L. A., Harris, E. A. & Chadwick, S. B. (2021). The heteronormativity theory of low sexual desire in women partnered with men. Archives of Sexual Behavior, 23, 1-25.

Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. Journal of Sex and Marital Therapy, 26, 51-65.

Beier, K.M. (Hrsg.) (2018). Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch: Die Berliner Dissexualitätstherapie. Psychotherapie: Manuale. Heidelberg: Springer.

Beier, K. M., Bosinski, H., & Loewit, K. (2005). Sexualmedizin. (2. Aufl.) München: Urban & Fischer

QUELLEN

Blackless, M, Charuvastra, A., Derryck, A., Fausto-Sterling, A., Lauzanne, K & Lee, E. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. American Journal of Human Biology, 12, 151-166. DOI: 10.1002/(SICI)1520-6300(200003/04)12:2<151::AID-AJHB1>3.0.CO;2-F

Bouman, W.P., Bauer, G.R., Richards, C. & Coleman, E. (2010). World professional association for transgender health consensus statement on considerations of the role of distress (criterion D) in the DSM diagnosis of gender identity disorder. International Journal of Transgenderism, 12(2), 100-106. DOI: 10.1080/15532739.2010.513927

Böhm, M., Kopitzke, E., Herrath, F. & Sielert, U. (Hrsg.) (2022). Praxishandbuch Sexuelle Bildung im Erwachsenenalter. 2. Aufl. Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2022). ICD-11 in Deutsch: Entwurfsfassung. Abgerufen am 5.8.2022. Verfügbar unter: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html

Bundesverband Trans* (2018). Leitfaden Trans* Gesundheit in der Art einer Patient_innenleitlinier zur Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3 Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. AWMF-Registernr. 138/001. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001p_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-11_1.pdf

Carpenter, M. (2018). Intersex variations, human rights, and the international classification of diseases. Health and Human Rights Journal, 20, 205-214.

Castro-Peraza, M. E., García-Acosta, J. M., Delgado, N., Perdomo-Hernández, A. M., Sosa-Alvarez, M. I., Llabrés-Solé, R. & Lorenzo-Rocha, N. D. (2019). Gender identity: The human right of depathologization. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(6), 978. DOI: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16060978

Chew, D., Tollit, M. A., Poulakis, Z., Zwickl, S., Cheung, A. S., & Pang, K. C. (2020). Youths with a non-binary gender identity: a review of their sociodemographic and clinical profile. The Lancet Child & Adolescent Health, 4(4), 322-330.

Chivers, M. L., & Brotto , L. A. (2017). Controversies of women's sexual arousal and desire. European Psychologist, 22, 5-26.

Claahsen-van der Grinten, H., Verhaak, C., Steensma, T., Middelberg, T., Roeffen, J. & Klink, D. (2021). Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence: Current insights in diagnostics, management, and follow-up. European Journal of Pediatrics, 180(5), 1349-1357.

Clay S. (2022). Pleasuring bodies: Performativity and sexual play. Sexualities. DOI:10.1177/13634607221080522

QUELLEN

Cooper, K., Russell, A., Mandy, W. & Butler, C. (2020). The phenomenology of gender dysphoria in adults: A systematic review and meta-synthesis. Clinical Psychology Review, 80, 101875.

Council of Europe (2019). Commissioner for Human Rights Statement: ICD11 is a stride toward depathologisation of trans people, but more is needed. Verfügbar unter: https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/icd11-is-a-stride-toward-depathologisation-of-trans-people-but-more-is-needed

Davis, G. (2015) Contesting intersex: The dubious diagnosis (Biopolitics). New York: New York University Press.

Douglas-Scott, S. (2011). The European Union and human rights after the treaty of Lisbon. Human Rights Law Review, 11 (4), 645–682. DOI: 10.1093/hrlr/ngr038

Dreger, A.D. (2012) "Ambiguous sex" - or ambivalent medicine? Ethical issues in the treatment of intersexuality. Hastings Center Report, 28, 24-35.

Dziobek I, Lipinski S. Partizipative Forschung in Klinischer Psychologie und Psychiatrie in Deutschland – Erreichtes, Gelebtes und ein Blick nach vorne. Psychiatrische Praxis, 48(7), 337-340.

European Union Agency for Fundamental Rights (FRA; 2020a). LGBT-Erhebung in der EU: Erhebung unter Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transgender-Personen in der Europäischen Union. Ergebnisse auf einen Blick. Verfügbar unter: https://fra.europa.eu/sites/default/files/eu-lgbt-survey-results-at-a-glance_de.pdf

European Union Agency for Fundamental Rights (FRA; 2020b). EU-GBBTI II: A long way to go for LGBTI equality: Technical report. Verfügbar unter: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-lgbti-equality-technical-report_en.pdf

Else-Quest, N. M., & Shibley Hyde, J. (2021). The psychology of women and gender: Half the human experience. (10th Ed.) Los Angeles: Sage

Fausto-Sterling, A. (2000). Sexing the body: Gender politics and the construction of sexuality. New York: Basic Books

Fernández Rodríguez, M, Menéndez Granda, M. & Villaverde González. (2018). Gender incongruence is no longer a mental disorder. Journal of Mental Health and Clinical Psychology, 2, 6-8. DOI:10.29245/2578-2959/2018/5.1157

Fine, C. (2011). Delusions of gender: The real science behind sex differences. London: Icon Books

Flanders, C. E., Anderson, R. E., Tarasoff, L.A. & Robinson, M. (2019) Bisexual stigma, sexual violence, and sexual health among bisexual and other plurisexual women: A cross-sectional survey study, The Journal of Sex Research, 56(9), 1115-1127. DOI:10.1080/00224499.2018.1563042

QUELLEN

Gasser, T. (2011). Sexualpathologie des Mannes. In: T. Gasser (Hrsg.) Basiswissen Urologie. Springer-Lehrbuch. Springer, Berlin, Heidelberg. DOI:10.1007/978-3-642-21135-5_8

Gauvin, S.E.M. & Merwin, K.E. (2022). Sexual communication among sexual and gender/sex diverse folks: An overview of what we know and suggestions for where to go. Current Sexual Health Reports, 14, 47–62. DOI:10.1007/s11930-022-00328-9

Hamm, J. A. (2020). Trans* und Sex: Gelingende Sexualität zwischen Selbstannahme, Normüberwindung und Kongruenzerleben. Angewandte Sexualwissenschaft, Band 26. Merseburg: Psychosozialverlag

Hauck, L., Richter-Appelt, H. & Schweizer, K. (2019). Zum Problem der Häufigkeitsbestimmung von Intergeschlechtlichkeit und Varianten der Geschlechtsentwicklung: Eine Übersichtsarbeit. Zeitschrift für Sexualforschung, 32, 80-89. DOI: 10.1055/a-0897-0404

Hark, S. (2009). Queer Studies. In C. v. Braun & I. Stephan (Hrsg.), Gender@Wissen. Ein Handbuch der Gender-Theorien (UTB

Gender-Studies, Kulturwissenschaften, Literaturwissenschaften, Bd. 2584, 2. Aufl., S. 309-327). Köln: Böhlau.

Henrich, J., Heine, S.J., Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world? Behavioral and Brain Sciences, 33, 61-135.

Höhne, S. & Finke, R. (2008). Intersexualität bei Kindern. Halle-Wittenberg: UNI-MED Science.

Houk, C. P. (2010). Approach to assigning gender in 46, XX congenital adrenal hyperplasia with male external genitalia: Replacing dogmatism with pragmatism. The Journal of Clinical Endrocrinology & Metabolism, 95(10), 4501-4508.

Hornscheidt, L. & Sammla, J. (2021). Wie schreibe ich divers? Wie spreche ich gendergerecht? Ein Praxishandbuch zu Gender und Sprache. Hiddensee: w_orten & meer

Hyde, J. S., Bigler, R. S., Joel, D., Tate, C. C. & van Anders, S. M. (2019). The future of sex and gender in psychology: Five challenges to the gender binary. American Psychologist, 74, 171.

Intersex Society of North America. (n.d.). How common is intersex? Verfügbar unter: http://www.isna.org/faq/frequency

Joyal, C.C. (2014). How anomalous are paraphilic interests?. Archive of Sexual Behaviour, 43, 1241–1243. DOI:10.1007/s10508-014-0325-z

QUELLEN

Kaplan, A.G. (1979). Towards an analysis of sex-role-related issues in the therapeutic relationship. Psychiatry, 42, 112-120.

Klein, V., Brunner, F., Nieder, T. O., Reed, G. M., & Briken, P. (2015). Diagnoseleitlinien sexueller Störungen in der Internationalen Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-11: Dokumentation des Revisionsprozess. Zeitschrift für Sexualforschung, 28, 363-373.

Krahé, B. & Berger, A. (2013). Men and women as perpetrators and victims of sexual aggression in heterosexual and same-sex encounters: A study of first-year college students in Germany. Aggressive behavior, 39, 391–404.

Lehmiller, J. (2018). The psychology of human sexuality. (2nd Ed.) Chichester: Wiley

Liszewski, W., Peebles, J. K., Yeung, H. & Arron, S. (2018). Persons of nonbinary gender: Awareness, visibility, and health disparities. The New England Journal of Medicine, 379(25), 2391-2393. DOI:10.1056/NEJMp1812005

Masters, W.H. & Johnson, V. E. (1966). Human sexual response. Boston: Little, Brown.

Mokros, A. & Nitschke, J. (2021). Sexueller Sadismus: Aktueller Wissensstand und die Codierung gemäß DSM-5-TR und ICD-11. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 15, 39–46. DOI:10.1007/s11757-020-00647-4

Nieder, T. O. & Strauß, B. (Hrsg). (2018). Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie, und Trans-Gesundheit: Eine kommentierte Dokumentation zur S3 Leitlinie. Berlin: Psychosozial-Verlag

Nieder, T. O. & Strauß, B. (2019). S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Hintergrund, Methode und zentrale Empfehlungen. Zeitschrift für Sexualforschung, 32, 70–79.

Pöge, K. et al. (2022). Survey of sex/gender diversity in the GEDA 2019/2020-EHIS study – objectives, procedure and experiences. Journal of Health Monitoring, 7, 48-65. DOI: 10.25646/9958

Polderman, T.J.C., Kreukels, B.P.C., Irwig, M.S. et al. (2018). The biological contributions to gender identity and gender diversity: Bringing data to the table. Behavior Genetics, 48, 95–108. DOI: 10.1007/s10519-018-9889-z

Potter, S., Moschella, E., Moynihan, M. M. & Smith, D. (2020). Sexual violence among lgbq community college students: A comparison with their heterosexual peers. Community College Journal of Research and Practice, 44 (10-12), 787-803. DOI: 10.1080/10668926.2019.1706668

QUELLEN

Reed, G. M. et al. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in der ICD-11: Revising the ICD-10 classicifation based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. World Psychiatry, 15, 205-221.

Richters, J., De Visser, R. O., Rissel, C. E., Grulich, A. E. & Smith, A. M. A. (2008). Demographic and psychosocial features of participants in bondage and discipline, “sadomasochism” or dominance and submission (BDSM): Data from a national survey. The Journal of Sexual Medicine, 5(7), 1660-1668. DOI:10.1111/j.1746109.2008.00795.x

Robles, R., Fresán, A., Vega-Ramíres, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Domínguez-Martínez, T et al. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. The Lancet, 3(9), 850-859. DOI:10.1016/S2215-0366(16)30165-1

Roughgarden, J. (2013) Evolution's rainbow: Diverstity, gender, and sexuality in nature and people. Berkely and Los Angeles, CA: University of California Press

Russel, S. T, Pollitt, A. M., Li, G. & Grossman, A. H. [2018). Chosen Name Use Is Linked to Reduced Depressive Symptoms, Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior Among Transgender Youth. Journal of Adolescent Health, 63, 503-505.

Schweizer, K., Köster, E. M. & Richter-Appelt, H. (2019). Varianten der Geschlechtsentwicklung und Personenstand: Zur „Dritten Option“ für Menschen mit intergeschlechtlichen Körpern und Identitäten. Psychotherapeut, 64, 106-112.

Schwesig, R., Briken, P., Velten, J., Hoyer, J. (2022). Divergierende Konzeptionen sexueller Funktionsstörungen in DSM-5 und ICD-11: Konsequenzen für die Diagnostik, Forschung und Praxis. Zeitschrift für Sexualforschung, 35, 137-147.

Skordis, N., Kyriakou, A., Dror, S., Mushailov, A. & Nicolaides, N. C. (2020). Gender dysphoria in children and adolescents: an overview. Hormones, 19(3), 267-276.

Styker, S. (2017). Transgender history: The roots of today‘s revolution. (Revisited Edition). New York: Seal Press

Swaab, D. F., Wolff, S. E. & Bao, A. M. (2021). Sexual differentiation of the human hypothalamus: Relationship to gender identity and sexual orientation. Handbook of clinical neurology, 181, 427-443.

Tamar-Mattis, S. & Knight, K. (2017). "I want to be like nature made me": Medically Unnesessary Surgeries on Intersex children in the US. Human Rights Watch in collaboration with interAct.

Transmann e.V. (2021). Therapie und Gutachten. Verfügbar unter: https://transmann.de/trans-informationen/medizinisches/therapie-gutachten/

QUELLEN

United Nations High Commissioner for Human Rights. Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity. New York: United Nations General Assembly, 2011. Vefügbar unter: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Discrimination/A.HRC.19.41_English.pdf

Viloria, H., & Nieto, M. (2020). The spectrum of sex: The science of male, female, and intersex. London: Jessica Kingsley Publishers

Voß (2010). Making sex revisited. Dekonstruktion des Geschlechts aus biologisch-medizinischer Perspektive. Bielefeld: transcript Verlag.

World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.

World Health Organization. Sexual health, human rights and the law. Geneva: World Health Organization, 2015.

World Health Organization (2022). ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. Verfügbar unter: https://icd.who.int/en; Auszüge aus dem ICD-11 Online-Coding Tool, vorläufige Version, verfügbar unter: https.//icd.who.int/browse11/l-m/en

QUELLEN

Basisliteratur

Beier, K. M., Bosinski, H., & Loewit, K. (2005). Sexualmedizin. (2. Aufl.) München: Urban & Fischer

Connell, R. W. (2005). Masculinities. (2nd Ed.) Cambridge: Polity

Else-Quest, N. M., & Shibley Hyde, J. (2021). The psychology of women and gender: Half the human experience. (10th Ed.) Los Angeles: Sage

Fine, C. (2011). Delusions of gender: The real science behind sex differences. London: Icon Books

Hornscheidt, L. & Sammla, J. (2021). Wie schreibe ich divers? Wie spreche ich gendergerecht? Ein Praxishandbuch zu Gender und Sprache. Hiddensee: w_orten & meer

Lehmiller, J. (2018). The psychology of human sexuality. (2nd Ed.) Chichester: Wiley

Styker, S. (2017). Transgender history: The roots of today‘s revolution. (Revisited Edition). New York: Seal Press

Viloria, H. & Nieto, M. (2020). The spectrum of sex: The science of male, female, and interxex. London: Jessica Kingsley Publishers

Abbildungen

Beier, K. M., Bosinski, H., & Loewit, K. (2005). Sexualmedizin. (2. Aufl.) München: Urban & Fischer

Barker, M.-J., & Scheele, J. (2019). Gender: A Graphic Guide. London: Icon Books

Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e.V. (2021). Genderbread-Person. Verfügbar unter: https://dgti.org/2021/09/14/genderbread-maennchen/

Friedman, E. J. (2021). The Flying Gender Unicorn, modified version by the Florida International State University. Verfügbar unter: https://www.hervagaboundroots.com/lgbtqia-resources

Grübl, S: Vielma.Art: www.vielma.at und https://www.instagram.com/vielma.art/

Trans Student Educational Resources (TSER; 2015). Gender Unicorn. Verfügbar unter: https://transstudent.org/gender/

QUELLEN

Basiswissen: Geschlecht

Bem, S. L. (1989). Genital knowledge and gender constancy in preschool children. Child Development, 60(3), 649–662.

Butler, J. (1988). Performative acts and gender constitution: An essay in phenomenology and feminist theory. Theatre Journal, 40, 519-531

Cooney, K. (2018). When women ruled the world: Six queens of egypt. New York: National Geographic

Garrison, D. H. (2000). Sexual culture in ancient greece. Oklahoma City: University of Oklahoma Press

Hines, M., Brook, C., & Conway, G. S. (2004). Androgen and psychosexual development: Core gender identity, sexual orientation, and recalled childhood gender role behavior in women and men with congenital adrenal hyperplasia (CAH). Journal of Sex Research, 41, 75–81

Hyde, J. S. (2005). The gender similarities hypothesis. American Psychologist, 60, 581–592.

Hyde, J. S., Bigler, R. S., Joel, D., Tate, C. C., & van Anders, S. M. (2019). The future of sex and gender in psychology: Five challenges to the gender binary. American Psychologist, 74(2), 171–193.

Jacobson, R., & Joel, D. (2019). Self-Reported Gender Identity and Sexuality in an Online Sample of Cisgender, Transgender, and Gender-Diverse Individuals: An Exploratory Study. Journal of Sex Research, 56(2), 249–263.

Joel, D., Tarrasch, R., Berman, Z., Mukamel, M., & Ziv, E. (2013). Queering gender: Studying gender identity in ‘normative’ individuals. Psychology & Sexuality, 5, 291-321

Lindqvist, A., Sendén, M., & Renström, E. (2020). What is gender, anyway: a review of the options for operationalising gender. Psychology and Sexuality, ahead-of-print(ahead-of-print), 1–13. Siegler, R., Eisenberg, N., DeLoache, J., & Saffran, J. (2016). Die Entwicklung der Geschlechter, 575-617. In R. Siegler, N. Eisenberg, J. DeLoache & J. Saffran: Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter. Heidelberg: Springer

West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). Doing Gender. Gender and Society, 1, 125-151.

QUELLEN

Basiswissen: Sexualität

Ahlers, C. J, Schaefer, G. A., & Beier, K. M. (2005): Spektrum der Sexualstörungen und ihre Klassifizierbarkeit in DSM-IV und ICD-10. Sexuologie, 12, 2005, 120-145.

Akande, H. (2018). Kunyaza: The secret to female pleasure. Rabaah Publishers.

van Anders, S. M. , Herbenick, D., Brotto, L. A., Harris, E. A., & Chadwick, S. B. (2021). The heteronormativity theory of low sexual desire in women partnered with men. Archives of Sexual Behavior, 23, 1-25.

American Psychological Association (APA; 2012). Sexual orientation and homosexuality. Verfügbar unter: https://www.apa.org/topics/lgbtq/orientation

Anzani, A. & Prunas, A. (2020). Sexual Fantasy of Cisgender and Nonbinary Individuals: A Quantitative Study. Journal of Sex & Marital Therapy, 46, 763-772.

Armstrong, E. A., England, P. & Fogarty, A. C. K. (2012). Accounting for Women's Orgasm and Sexual Enjoyment in College Hookups and Relationships. American Sociological Review, 77,

Atwood, K. (2020). Aftercare: An important (though often overlooked) step. Verfügbar unter: https://kimatwood.com/aftercare-an-important-though-often-overlooked-step/

Backstrom, L, Armstrong, E. A., & Puentes, J. (2012). Women's Negotiation of Cunnilingus in College Hookups and Relationships. Journal of Sex Research. 49 , 1–12.

Bancroft, J., Graham, C. A., Janssen, E., & Sanders, S. A. (2009). The dual control model: current status and future directions. Journal of Sexual Research, 46, 121-142.

Bancroft, J. & Jannsen, E. (2000). The dual control model of male sexual response: a theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction. Neuroscience & Biobehavioral Review, 24, 571-579.

Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. Journal of sex and marital therapy, 26, 51-65.

Baumeister, R. F. (2000). Gender differences in erotic plasticity: The female sex drive as socially flexible and responsive. Psychological Bulletin, 126, 347-374

Beier, K. M. (2018). Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch: Die Berliner Dissexualitätstherapie. Berlin: Springer

Beier, K. M., & Loewit, K. (2004). Lust in Beziehung: Einführung in die Syndiastische Sexualtherapie. Berlin: Springer

Bem. D. J. (1996). Exotic becomes erotic: A developmental theory of sexual orientation. Psychologocal Review, 103, 320-335.

Benkel, T. & Akalin. F. (2010). Soziale Dimensionen der Sexualität. Band 94: Beiträge zur Sexualforschung. Gießen: Psychosozialverlag

Blanchard, R. & Boegart, A. F. (1996). Homosexuality in mend and number of older brothers. The American Journal of Psychiatry, 153, 27-31.

Bozon, M., & Rennes, J. (2015). The history of sexual norms: The hold of age and gender. Clio. Women, Gender, History, 42, 7-23

Brakefield, T. A., Mednick, S. C., Wilson, H.W., De Neve, J. E., Christiakis, N. A, & Fowler, J. H. (2014). Same-sex sexual attraction does not spread in adolescent social networks. Archives of Sexual Behavior, 43, 335-344.

.

QUELLEN

Basiswissen: Sexualität

Butler, J. (1991). Das Unbehagen der Geschlechter. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Butler, J. (1997). Körper von Gewicht. Die diskursiven Grenzen des Geschlechts. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Butler, J. (2009). Die Macht der Geschlechternormen und die Grenzen des Menschlichen. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Chakraborty, K., & Guha Thakurata, R. (2013). Indian concepts of sexuality. Indian Journal of Psychiatry, 55, 250-255.

Chivers, M. L., & Brotto , L. A. (2017). Controversies of women's sexual arousal and desire . European Psychologist , 22, 5-26.

Conley, T. D. (2011). Perceived proposer personality characteristics and gender differences in acceptance of casual sex offers. Journal of Personality and Social Psychology, 100, 309-329.

Corty, E. & Guardiani, J. M. (2005). Canadian and American sex therapists' perceptions of normal and abnormal ejaculatory latencies: How long should intercourse last? Journal of Sexual Medicine, 5(5), 1251-1256

Crowl, A., Ahn, S, & Baker, J. (2008). A meta-analysis of developmental outcomes for children of same-sex and heterosexual parents. Journal of LGBT Family Studies, 4, 385-407.

Dawson, S. J., & Chivers, M. L. (2014). Gender differences and similarities in sexual desire. Current Sexual Health Reports, 6, 211-219.

Diamond, L. M., Alley, J., Dickenson, J., & Blair, K. L. (2020). Who counts as sexually fluid? Comparing four different types of sexual fluidity in women. Archives of Sexual Behavior, 49, 2389-2403.

Diamond, L., Dickenson, J., A. & Blair, K. L. (2017). Stability of sexual attractions across different timescales: The role of bisexuality and gender. Archives of Sexual Behavior, 46, 193-204.

Diamond, L., Savin-Williams, R. C. (2000). Explaining diversity in the developement of same-sex sexuality among young women, Journal of Social Issues, 56, 297-313.

Dunn, K. M., Cherkas, L. F. & Spector, T. D. (2005). Genetic influences on variation in female orgasmic function: A twin study. Biology Letters, 1, 260-263.

Engel, A. (2009). Bilder von Sexualität und Ökonomie. Queere kulturelle Politiken im Neoliberalismus (Studien zur visuellen Kultur, Bd. 6). Bielefeld: transcript.

Fertel, E. (2015). Who Is This About? An Exploratory Study of Erotic Self-Focus. UNLV Theses, Dissertations, Professional Papers, and Capstones. 2349.

Fischbach, L., Bartsch, B., & Rietzsch, J. (2018). Elitepartner-Studie 2018. So liebt Deutschland: Beziehungsängste, Dating-Trends und Sexhäufigkeit. Verfügbar unter: https://www.mynewsdesk.com/de/elitepartner/documents/elitepartner-studie-2018-so-liebt-deutschland-78338

Fischbach, L., Bartsch, B., & Rietzsch, J. (2019). Elitepartner-Studie 2019. So liebt Deutschland: Was glückliche Paare anders machen, wie sich Beruf und Familie vereinbaren lassen und wie Disneyfizierung Beziehungen prägt. Verfügbar unter: https://www.mynewsdesk.com/de/elitepartner/documents/elitepartner-studie-2019-so-liebt-deutschland-87822

.

QUELLEN

Basiswissen: Sexualität

Fischbach, L., Bartsch, B., & Rietzsch, J. (2020). Elitepartner-Studie 2020. So liebt Deutschland: Wie achtsam Singles heute daten, welchen Einfluss die Klimabewegung auf Beziehungen nimmt und wie verbreitet Untreue ist. Verfügbar unter: https://www.mynewsdesk.com/de/elitepartner/documents/elitepartner-studie-2020-so-liebt-deutschland-98725

Fischbach, L., Bartsch, B., & Rietzsch, J. (2021). Elitepartner-Studie 2021. So liebt Deutschland: Wie sich Paare im Alltag organisieren, was Corona in Beziehungen verändert und wie lange Liebeskummer wirklich dauert. Verfügbar unter: https://www.mynewsdesk.com/de/elitepartner/documents/elitepartner-studie-2021-so-liebt-deutschland-411329

Foldes P, & Buisson O. (2009). The clitoral complex: a dynamic sonographic study. Journal of Sex Medicine. 6(5),1223-31.

Franke, P. (2016). Was ist verboten im Islam, was erlaubt? Religiöse Expertenmeinungen zu sexualetischen Fragen im Internet. . In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA; Hrsg.): Sexualaufklärung und Familienaufklärung, 21-24. Verfügbar unter: https://www.fachdialognetz.de/fileadmin/pfm/formUploads/files/13329229.pdf#page=21

Foucault, M., Honneth, A. & Saar, M. (2008). Die Hauptwerke (Suhrkamp Quarto). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Freund, K., Watson, R. & Rienzo, D. (1989). Heterosexuality, homosexuality, and erotic age preference. Journal of Sex Research, 26, 107-117.

Gallup, G. G., Burch, R. L., Zappieri, M. L., Parvez, R. A., Stockwell, M. L. & Davis, J. A. (2003). The human penis is a semen displacement device. Evolution & Human Behavior, 27, 277-289e

Garcia, J. R., Lloyd, E. A., Wallen, K., & Fisher, H. (2014). Variation in orgasm occurrence by sexual orientation in a sample of U.S. singles. Journal of Sexual Medicine, 11(11), 2645-2652.

Garrison, D. H. (2000). Sexual culture in ancient greece. Oklahoma City: University of Oklahoma Press

Georgiadis, J. & Holstege, G. (2005). Human brain activation during sexual stimulation of the penis. The Journal of Comparative Neurology, 1, 33-8.

Gräfenberg E. (1950). The role of the urethra in female orgasm. International Journal of Sexology. 2, 146.

Haldemann, D. C. (2022). The case against conversion therapy: Evidence, ethics and alternatives. American Psychological Association.

Hamm, J. A. (2020). Trans* und Sex: Gelingende Sexualität zwischen Selbstannahme, Normüberwindung und Kongruenzerleben. Angewandte Sexualwissenschaft, Band 26. Merseburg: Psychosozialverlag

Hark, S. (2009). Queer Studies. In C. v. Braun & I. Stephan (Hrsg.), Gender@Wissen. Ein Handbuch der Gender-Theorien (UTB

Gender-Studies, Kulturwissenschaften, Literaturwissenschaften, Bd. 2584, 2. Aufl., S. 309-327). Köln: Böhlau.

Haversath, J., Gärttner, K. M., Kliem, S., Vasterling, I., Strauss, B. & Kröger, C. (2017). Sexual Behavior in Germany: Results of a Representative Survey. Deutsches Ärtzeblatt, 114, 545-550.

Hensel, D. J., von Hippel, C. D., Lapage, C. C., & Perkins, R. H. (2021). Women's techniques for making vaginal penetration more pleasurable: Results from a nationally representative study of adult women in the United States . Plos One, 16, e0249242.

.

QUELLEN

Basiswissen: Sexualität

Herbenick, D., Eastman-Mueller, H., Fu, T-C., Dodge, B. Ponander, K. & Sanders, S. A. (2019). Women's Sexual Satisfaction, Communication, and Reasons for (No Longer) Faking Orgasm: Findings from a U.S. Probability Sample. Archives of Sexual Behavior, 48(8), 2461-2472.

Herbenick, D., Fu, T-C., Arter, J., Sanders, S. S. & Dodge, B. (2018). Women's Experiences With Genital Touching, Sexual Pleasure, and Orgasm: Results From a U.S. Probability Sample of Women Ages 18 to 94. Journal of Sexual and Marital Therapy, 44, 201-212.

Herbenick, D., Reece, M., Schick, V., Sanders, S. A., Didge, B., & Fortenberry, J. D. (2010). Sexual behavior in the United States: Prevalence from a national probability sample of men and women ages 14-94. Journal of Sexual Medicine, 7, 255-265.

Hershberger, S. L. (2001). Biological factors in the development of sexual orientation. In A. R. D'Augelli & J. Patterson (Eds.): Lesbian, Gay, and Bisexual Identities and Youth: Psychological Perspectives (pp.27-51) New York: Oxford University Press.

Hines, T. M. (2001). The G-spot: A modern gynecologic myth. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 185(2), 359-62.

Hönekopp, J. & Watson, S. (2010). Meta-analysis of digit ratio 2D:4D shows greater sex difference in the right hand. American Journal of Human Biology, 22, 619-630.

Hotbed Collective (2019). More Orgasms Please: Why Female Pleasure Matters. London: Square Peg.

Kanazawa, S. (2017). Possible evolutionary origins of human female sexual fluidity. Biological Reviews, 92(3), 1251-1274.

Komisaruk, B. R., Wise, N., Frangos, E., Liu, W. C., Allen, K., & Brody, S. (2011). Women's clitoris, vagina and cervix mapped on the sensory cortex: fMRI evidence. Journal of Sexual Medicine, 8(10), 2822-2830

Kontula, O. & Miettinen, A. (2016). Determinants of female sexual orgasms. Socioaffective Neuroscience & Psychology, 6, Online Publishment.

Krahé, B. (2000). Sexual scripts and heterosexual aggression. In T. Eckes & H. M. Trautner: The developmental social psychology of gender. New York: Taylor & Francis

Kröni, T. (2012). Sexualität im Judentum. Verfügbar unter: https://www.hagalil.com/2012/03/sexualitaet-im-judentum/

Kuhle, B. X. (2013). Born both ways: The alloparenting hypothesis for sexual fluidity in women. Evolutionary Psychology, 11, 304-323.

Kurdek, L. A. (1998). Relationship outcomes and their predictors: Longitudinal evidence from heterosexual married, gay cohabitating, and lesbian cohabitating couples. Journal of Marriage and Family, 60, 553-568.

Lalumiere, M.L., Blanchard, R., & Zucker, K. J. (2000). Sexual orientation and handedness in men and women: A meta-analysis. Psychological Bulletin, 126, 575-592.

Lehmiller, J. (2018). Tell me what you want: The Science of sexual desire and how it can help you improve your sex life. New York: Hachette.

Lieb, H., & von Pein, A. (2014). Der kranke Gesunde: Psychosomatische Beschwerden: Was mir die Signale meines Körpers sagen. Stuttgart: Trias.

Lindley, L. M., Anzani, A. Prunas, A. & Galupo, M. P. (2020). Sexual fantasy across gender identity: a qualitative investigation of differences between cisgender and non-binary people's imagery. Sexual and Relationship Therapy, DOI:10.1080/14681994.2020.1716966

QUELLEN

Basiswissen: Sexualität

MacNeil, S., & Byers, E. S. (2005). Dyadic assessment of sexual self-disclosure and sexual satisfaction in heterosexual dating couples. Journal of Social and Personal Relationships. 22, 169–181.

Mancini, E. (2010). Magnus Hirschfeld and the Quest for Sexual Freedom: A History of the First International Sexual Freedom Movement. London: Macmillan

Manderson, L., & Jolly, M. (1997). Sites of Desire, Economies of Pleasure: Sexualities in Asia and the Pacific. Chicago: University of Chicago Press.

Marhoefer, L. (2015). Sex and the Weimar Republic: German Homosexual Emancipation and the Rise of the Nazis. Toronto: University of Toronto Press.

Massey, S. G. et al. (2021). Trending queer: Emerging adults and the growing resistance to compulsory heterosexuality. (In Press.)

Miller, R. S. (2015). Intimate Relationships. 7th Ed. New York: McGraw Hill Education

Mock, S. E. & Eibach, R. P. (2012). Stability and change in sexual orientation identity over a 10-year period in adulthood. Archives of Sexual Behavior, 41, 641-648.

Müller, R. (2016). Sexualität im Islam: Aufklärung und Mythen aus islamischer Perspektive. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA; Hrsg.): Sexualaufklärung und Familienaufklärung, 13-16. Verfügbar unter: https://www.fachdialognetz.de/fileadmin/pfm/formUploads/files/13329229.pdf#page=13

Oxlund, B. (2011). Let's talk about sex: Comparing notes from qualitative research on men, relationships and sex in South Africa and Rwanda. In B. A Barrett, & C. Groes-Green (eds.): Studying intimate matters: Engaging methodological challenges in studies on gender, sexuality and reproductive health in Sub-Saharan Africa. Fountain Publishers.

Rahrovan, S., Fanian, F., Mehryan, P., Humbert, P., & Firooz, A. (2018). Male versus female skin: What dermatologists and cosmeticians should know. International Journal of Women’s Dermatology, 4, 122-130.

Rare, R., & Birkin, S. (2020). Sex Ed: A guide for adults. London: Bloomsbury

Raskin, J. D. (2002). Constructivism in psychology: Personal construct psychology, radical constructivism, and social constructionism. In J. D. Raskin & S. K. Bridges (Eds.), Studies in meaning: Exploring constructivist psychology (pp. 1-25). New York: Pace University Press

Savic, I., & Lindstrom, P. (2008). PET and MRI show differences in cerebral asymmetry and functional connectivity between homo- and heterosexual subjects. Proceedings of the National Academy of Sciences, 105, 9403-9408.

Sivaslıoğlu, A. A., Köseoğlu , S., Elibol, F. D., Dere, Y., Keçe, A. C., & Çalışkan, E. (2021). Searching for radiologic and histologic evidence on live vaginal tissue: Does the G-spot exist? Turkish Journal of Obstretics and Gynecology, 18, 1-6.

.

QUELLEN

Basiswissen: Sexualität

Sprott, R. A., & Hadcock, B. B. (2017). Bisexuality, pansexuality, queer identity, and kink identity. Sexual and Relationship Therapy, 1, 1-19.

Stewart, J. (1995). How does incentive motivational theory apply to sexual behavior? In: J. Bancroft: The Pharmacologly of Sexual Function and Dysfunction. Elsevier Science. Verfügbar unter: http://esteve.org/wp-content/uploads/2018/01/138310.pdf

Temkina, A., & Zdravomyslova, E. (2015). The sexual scripts and identity of middle-class Russian women. Sexuality & Culture, 19, 297-320.

Tenga. (2018). Tenga Global Self-Pleasure Study: 2018 Report Germany. Verfügbar unter: https://www.tenga.co/press/TENGA_2018_Germany_Full_Report.pdf

Tenga. (2020). Tenga 2020 Self-Pleasure Report: Sexual and Self-Pleasure Behaviors and Attitudes in Germany. Verfügbar unter: https://www.tenga.co/press/TENGA_2020_Germany_Full_Report.pdf

Torenz, R. (2019). Ja heißt Ja? Feministische Debatten um einvernehmlichen Sex. Stuttgart: Schmetterling

Twenge, J. M., Sherman, R. A. & Wells, B. E. (2016). Sexual Inactivity During Young Adulthood Is More Common Among U.S. Millennials and iGen: Age, Period, and Cohort Effects on Having No Sexual Partners After Age 18. Archives of Sexual Behavior, 46, 433-440.

Wade, L. D., Kremer, E. C, & Brown, J. (2005). The incidental orgasm: the presence of clitoral knowledge and the absence of orgasm for women. Journal of Women's Health, 42, 117–38

Waldinger, M. D., Quinn, P., Dilleen, M., Mundayat, R., Schweitzer, D. H. & Boolell, M. (2005). Ejaculation disorders: A multinational population survery of intravaginal ejaculation latency time. Journal of Sexual Medicine, 2, 492-497

Wibowo, E. & Wassersug, R. J. (2016). Multiple orgasms in men: What we know so far. Sexual Medicine Reviews, 4, 136-148

Wise, N. J., Frangos, E-, & Komisaruk, B. R. (2017). Brain Activity Unique to Orgasm in Women: An fMRI Analysis. Journal of Sexual Medicine, 14(11), 1380-1391.

Witton, H. (2020). The truth about sexual desire. Verfügbar unter: https://www.youtube.com/watch?v=XDOS6TwbPAc

World Association for Sexual Health (WAS) (2014). Declaration of Sexual Rights. Verfügbar unter: https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/Declaration-of-Sexual-Rights-2014-plain-text.pdf

.

QUELLEN

Basiswissen: Problemzonen

Altstötter-Gleich, C. (2006). Pornografie und neue Medien: Eine Studie zum Umgang Jugendlicher mit sexuellen Inhalten im Internet. Mainz: pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. Landesverband.

Anderson, I. (2007). What is a typical rape? Effects of victim and participant gender in female and male rape perception. British Journal of Social Psychology, 46, 225–245.

Benokraitis, N. V. & Feagin, J. R. (1995). Modern sexism. Blatant, subtle, and covert discrimination. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.

Baker, C. N. (2005). Images pf women‘s sexuality in advertisements: A content analysis of Black- and White-oriented women‘s and men‘s magazines. Sex Roles, 52, 13-28.

Broder, M. S., Kanouse, D. E., Mittman, B. S., & Bernstein, S. J. (2000). The appropriateness of recommendations for hysterectomy. Obstretics and Gynecology, 95, 199-205.

Caplan, P. (2001). Motherhood: Ist changing face. In J. Worell (Hrsg.), Encyclopedia og gender (S.783-794). San Diego, CA: Academic Press.

Caplan, P. & Caplan J. B. (2009). Thinking cricitcally about research on sex and gender (3rd edition). Boston, MA: Pearson.

Chivers, M. L., Seto, M.C., Lalumiére, M. L., Laan, E., & Grimbos, T. (2010). Agreement of Self-Reported and Genital Measures of Sexual Arousal in Men and Women: A Meta-Analysis. Archives of Sexual Behavior, 39, 5-56

DeKeseredy, W. S. & Corsianos, M. (2016). Violence against women in pornography. New York, NY: Routledge.

Depraetere, J., Vandeviver, C., Beken, T. V., & Keygnaert, I. (2020). Big boys don't cry: A critical interpretive synthesis of male sexual victimization. Trauma, Violence & Abuse, 21(5), 991-1010.

Donde, S. D., Ragsdale, S. K. A., Koss, M. P. & Zucker, A. N. (2018). If It Wasn't Rape, Was It Sexual Assault? Comparing Rape and Sexual Assault Acknowledgment in College Women Who Have Experienced Rape. Violence against women, 24, 1718–1738.

Eckes, T., & Six-Materna, I. (1999). Hostilität und Benevolenz: Eine Skala zur Erfassung des ambivalenten Sexismus. Göttingen: Hogrefe

Emmers-Sommer, T. M., Allen, M., Schoenbauer, K. V., Burrell, N. (2017). Implications of Sex Guilt: A Meta-Analysis. Marriage and Family Review, 54(5), 417-437.

Fedina, L., Holmes, J. L. & Backes, B. L. (2018). Campus Sexual Assault: A Systematic Review of Prevalence Research From 2000 to 2015. Trauma, violence & abuse, 19, 76–93

Gallo, M. M. (2014). The Parable of Kitty Genovese, the "New York Times", and the Erasure of Lesbianism. Journal of the History of Sexuality, 23, 273-294 : A two-stage approach. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 82, 109-119.

Glick, P. & Fiske, S. T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating Hostile and Benevolent Sexism. Journal of Personality and Social Psychology, 70 (3), 491–512

QUELLEN

Basiswissen: Problemzonen

Glick, Peter & Fiske, Susan T. (1999). The Ambivalence toward Men Inventory. Psychology of Women Quarterly, 23, 519-536

Glick, Peter & Fiske, Susan T. (2001). Ambivalent Sexism. Advances in Experimental Social Psychology, 33, 115-188

Gupta, K. (2015). Compulsory sexuality: Evaluating an emerging concept. Signs, 41, 131-154.

Hald, G. M. (2006). Gender differences in pornography consumption among young heterosexual danish adults. Archives of Sexual Behaviour, 35, 577-585.

Halkitis, P.N., Zade, D.D., Shrem, M., & Marmor, M. (2004). Beliefs about HIV non-infection and risky sexual behavior among MSM. AIDS Education and Prevention, 16, 448-458.

Hegarty, P., & Pratto, F. (2006). Androcentric reporting of gender differences in APA journals: 1995-2004. Review of General Psychology, 10, 377-389.

Hellmann, D. (2014). Repr€asentativbefragung zu Viktimisierungserfahrungen in Deutschland. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachen. Retrieved September 1, 2014, from: www.kfn.de/versions/kfn/assets/fob122.pdf.

Johnstone, D. J. (2016). A Listening Guide Analysis of Women's Experiences of Unacknowledged Rape. Psychology of Women Quarterly, 40, 275-289.

Kalichman, S.C., & Cain, D. (2004). A prospective study of sensation seeking and alcohol use as predictors of sexual risk behaviors among men and women receiving sexually transmitted infection clinic services. Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 18, 367-373.

Kanouse, D.E., Bluthenthal, R.N., Bogart, L., Iguchi, M.Y., Perry, S., Sand, K., & Shoptaw, S. (2005). Recruiting drug-using men who have sex with men into behavioral interventions: A two-stage approach. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 82, 109-119.

Kashubeck-West, S., & Szymanski, D.M. (2008). Risky sexual behavior in gay and bisexual men: Internalized heterosexism, sensation seeking, and substance use. Counseling Psychologist, 36, 595-614.

Klein, V., Brunner, F., Nieder, T. O., Reed, G. M., & Briken, P. (2015). Diagnoseleitlinien sexueller Störungen in der Internationalen Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-11: Dokumentation des Revisionsprozess. Zeitschrift für Sexualforschung, 28, 363-373.

Koch, J. M., McLachlan, C., Victor, C. Jr., Westcott, J., & Yager, C. (2019). The cost of being transgender: Where socio-economic status, global health care systems, and gender identity intersect. Psychology & Sexuality, Online Press.

QUELLEN

Basiswissen: Problemzonen

Koss, M. P. (1985). The hidden rape victim: Personality, attitudinal, and situational characteristics. Psychology of Women Quarterly,

9, 193–212.

Koss, M. P., Abbey, A., Campbell, R., Cook, S., Norris, J., Testa, M. et al. (2007). Revising the SES: A Collaborative Process to Improve Assessment of Sexual Aggression and Victimization. Psychology of Women Quarterly, 31, 357–370.

Krahé, B. (2016). Societal responses to sexual violence against women: Rape myths and the "real rape" stereotype. In H. Kury, S. Redo, & E. Shea (Eds.), Women and children as victims and offenders (pp. 671–700). New York: Springer.

Krahé, B. & Berger, A. (2013). Men and women as perpetrators and victims of sexual aggression in heterosexual and same-sex encounters: a study of first-year college students in Germany. Aggressive behavior, 39, 391–404.

Krahé, B., Tomaszewska, P., Kuyper, L. & Vanwesenbeeck, I. (2014). Prevalence of sexual aggression among young people in Europe: A review of the evidence from 27 EU countries. Aggression and Violent Behavior, 19, 545–558.

Larviére, V., Chaoqun, N., Gingras, Y., Cronin, B. & Sugimoto, C. R. (2013). Global gender disparities in science. Nature, 54, 211-213.

Learmonth, I. (2020). The gender health gap: why women's bodies shouldn't be a medical mystery.

Littleton, H., Grills, A., Layh, M., & Rudolph, K. (2017). Unacknowledged rape and re-victimization risk: Examination of potential mediators. Psychology of Women Quarterly, 41, 437-450.

McKeon Olson, R. & Gar´cia-Moreno, C. (2017). Virginity testing: a systematic review. Journal of Reproductive Health, 61, Published Online.

Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. Psychological Bulletin, 129, 674-697.

Moshori, R, Ferdowsian, H., Naimer, K., Volpellier, M., & McHale, T. (2019). The little tissue that couldn't – dispelling myths about the Hymen's role in determining sexual history and assault. Journal of Reproductive Health, 74, Published Online.

Nagoski, E. (2015). Come as you are: The surprising new science that will transform your sex life. New York: Simon & Schuster

Reed, G. M. et al. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in der ICD-11: Revising the ICD-10 classicifation based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. World Psychiatry, 15, 205-221.

Reed, R. A., Pamlanye, J. T., Truex, H. R., Murphy-Neilson, M. C., Kunaniec, K. P., Newins, A. R., & Wilson, L. C. (2020). Higher rates of unacknowledged rape among men: The role of rape myth acceptance. Psychology of Men & Masculinities, 21(1), 162–167.

Reitz-Krueger, C. L., Mummert, S. J., & Troupe, S. M. (2017). Real men can't get raped: An examination of gendered rape myths and sexual assault among undergraduates. Journal of Aggression, Conflict and Peace Research, 9(4), 314–323.

Rich, K., & Seffrin, P. (2013). Police officers' collaboration with rape victim advocates: Barriers and facilitators. Violence and Victims, 28, 681–696.

QUELLEN

Basiswissen: Problemzonen

Regitz-Zagrosek, V. (Hrsg.) (2012). Sex and gender differences in pharmacology. Springer VS: Berlin/Heidelberg

Ruiz-Cantero, M. T., Blasco-Blasco, M., Chilet-Rosell, E. & Peiró, A. M. (2020). Gender bias in therapeutic effort: from research to health care. Farmacia Hospitara, 44, 109-113.

Seto, M.C. (2019). The motivation-facilitation model of sexual offending. Sexual Abuse, 31, 3-24.

Strang, E. & Peterson, Z. D. (2017). Unintentional Misreporting on Self-Report Measures of Sexually Aggressive Behavior: An Interview Study. Journal of Sex Research, 54, 971–983.

Struckman-Johnson, C., & Struckman-Johnson, D. (1992). Acceptance of male rape myths among college men and women. Sex Roles, 27(3-4), 85–100.

Swim, J. K., Aikin, K. J., Hall, W. S. & Hunter, B. A. (1995). Sexism and racism: Old-fashioned and modern prejudices. Journal of Personality and Social Psychology, 68 (2), 199–214.

Temkin, J., & Krahe´, B. (2008). Sexual assault and the justice gap: A question of attitude. Oxford: Hart Publishing.

Thiele, Anja (2013). Sexismus. In Gender Glossar / Gender Glossary (8 Absätze). Verfügbar unter http://gender-glossar.de

von Collani, G. & Werner, R. (2004). Eine deutsche Skala zu ambivalent - sexistischen Einstellungen (Hostilität und Benevolenz) gegenüber Männern (ASEM). PsyDoc Dokumentenserver für Psychologie. Verfügbar unter: https://psydok.psycharchives.de/jspui/handle/20.500.11780/469

Ward, T., & Beech, A. (2006). An integrated theory of sexual offending. Aggression and violent behavior, 11, 44-63.

Wegner, R. & Davis, K. C. (2017). How Men's Sexual Assault Victimization Experiences Differ Based on Their Sexual History. Journal of interpersonal violence, 886260517703374.

WHO; World Health Organisation. (2018). Eliminating Virginity Testing: An Interagency Statement. Verfügbar unter https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275451/WHO-RHR-18.15-eng.pdf?ua=1

WHO; World Health Organisation. (2019). Mental Health and Substance Use Report: Gender and women's mental health. Verfügbar unter: https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/gender-and-women-s-mental-health

Williams, D.R., Neighbors, H.W., & Jackson, J.S. (2003). Racial/ethnic discrimination and health: Findings from community studies. American Journal of Public Health, 93, 200-208.

Wilson, L. C., & Miller, K. E. (2016). Meta-analysis of the prevalence of unacknowledged rape. Trauma, Violence, & Abuse, 17(2), 149–159.

VIEL ERFOLG!

Danke für die Aufmerksamkeit



2

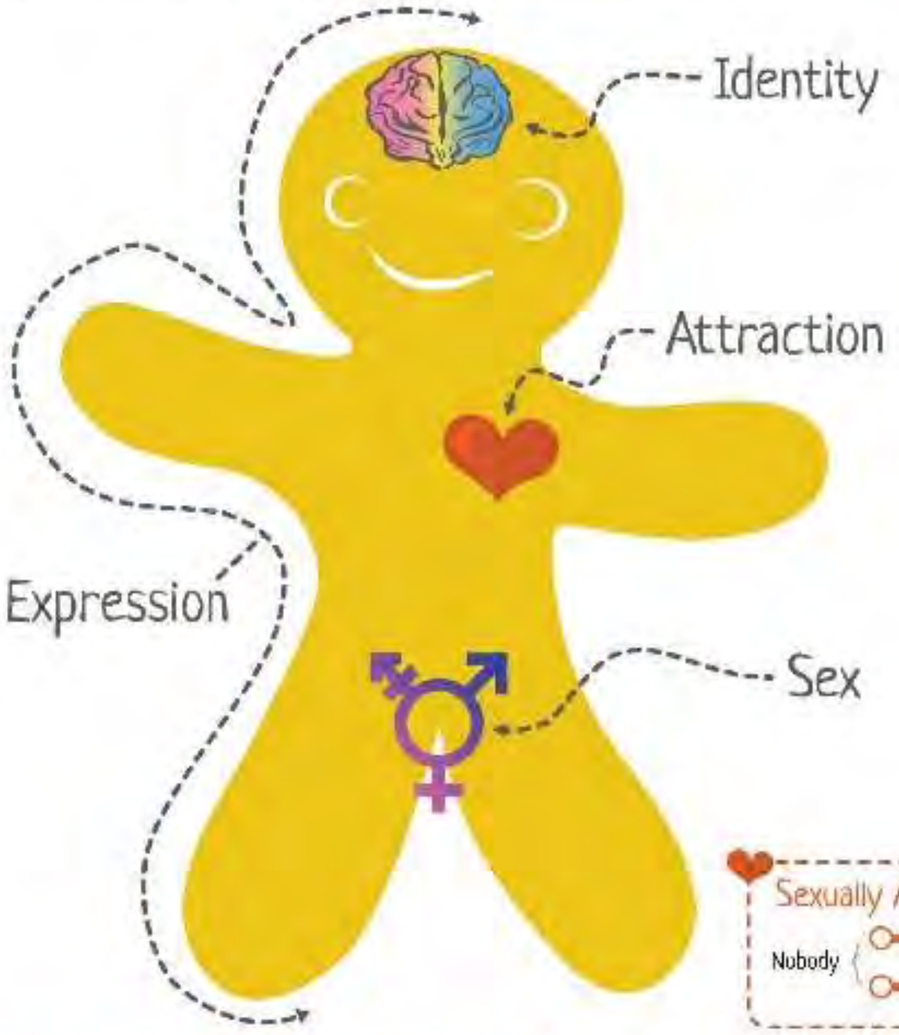
SEXUELLE ORIENTIERUNG

Psychologische Theorie Ansätze sexueller Orientierung, Nosologie & Stabilität

The Genderbread Person v3.3

by it's pronounced METROsexual .com

Gender is one of those things everyone thinks they understand, but most people don't. Like *Inception*. Gender isn't binary. It's not either/or. In many cases it's both/and. A bit of this, a dash of that. This tasty little guide is meant to be an appetizer for gender understanding. It's okay if you're hungry for more. In fact, that's the idea.



Gender Identity

Woman-ness

Man-ness

How you, in your head, define your gender, based on how much you align (or don't align) with what you understand to be the options for gender.

Gender Expression

Feminine

Masculine

The ways you present gender, through your actions, dress, and demeanor, and how those presentations are interpreted based on gender norms.

Biological Sex

Female-ness

Male-ness

The physical sex characteristics you're born with and develop, including genitalia, body shape, voice pitch, body hair, hormones, chromosomes, etc.

Sexually Attracted to

Nobody

(Women/Females/Femininity)

(Men/Males/Masculinity)

Romantically Attracted to

Nobody

(Women/Females/Femininity)

(Men/Males/Masculinity)

For a bigger bite, read more at http://bit.ly/genderbread

The Flying Gender Unicorn



Gender

Gender Identity
- Non-Binary
- Transgender
- Woman/Girl
- Man/Boy

Gender Expression
- Neutral/Undefined
- Feminine
- Masculine

Gender Assigned At Birth
Female · Intersex · Male

Genitals (At Birth)
Vagina · Undifferentiated · Penis

Hormone Levels (Vary Over Time)
Estrogen · Testosterone · Progesterone

Chromosomes
Female: XX · Intersex: XXY, XYY (and more) · Male: XY

Sexuality

Sexual Identity
- Queer
- Bisexual
- Gay/Lesbian
- Straight

Physically Attracted To
- No one
- Non-Binary People
- Trans Men
- Trans Women
- Cisgender Women
- Cisgender Men

Emotionally Attracted To
- No one
- Non-Binary People
- Trans Men
- Trans Women
- Cisgender Women
- Cisgender Men

Original design by Landyn Pan and Anna Moore

Original graphic by TSER (Trans Student Educational Resources)

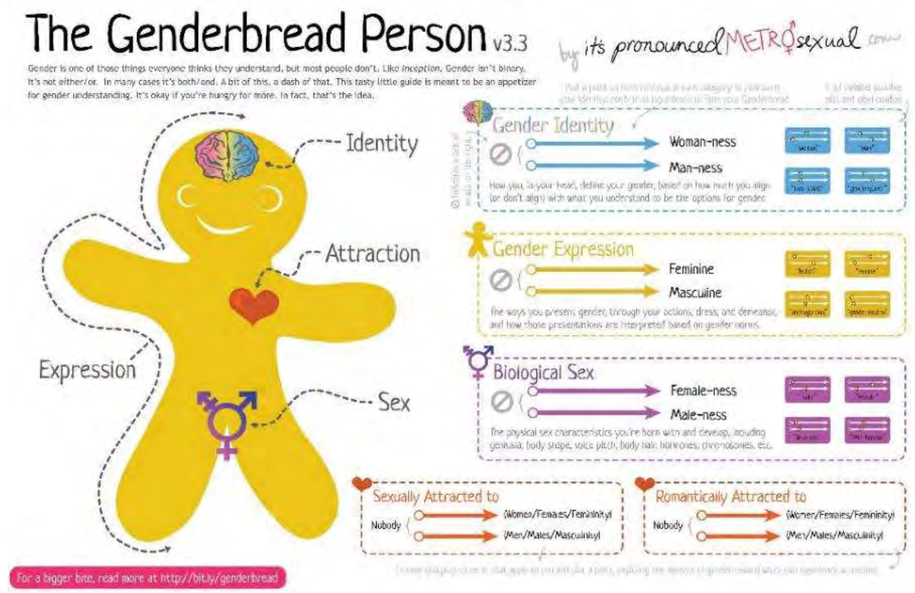
Content and graphic modified by Dr. Erica Jayne Friedman, FIU Florida International University

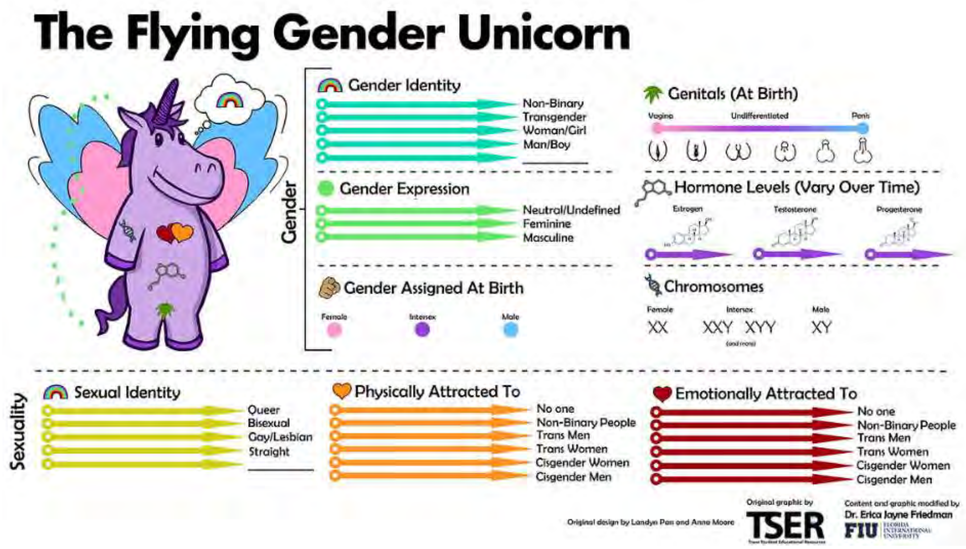
SEXUELLE ORIENTIERUNG

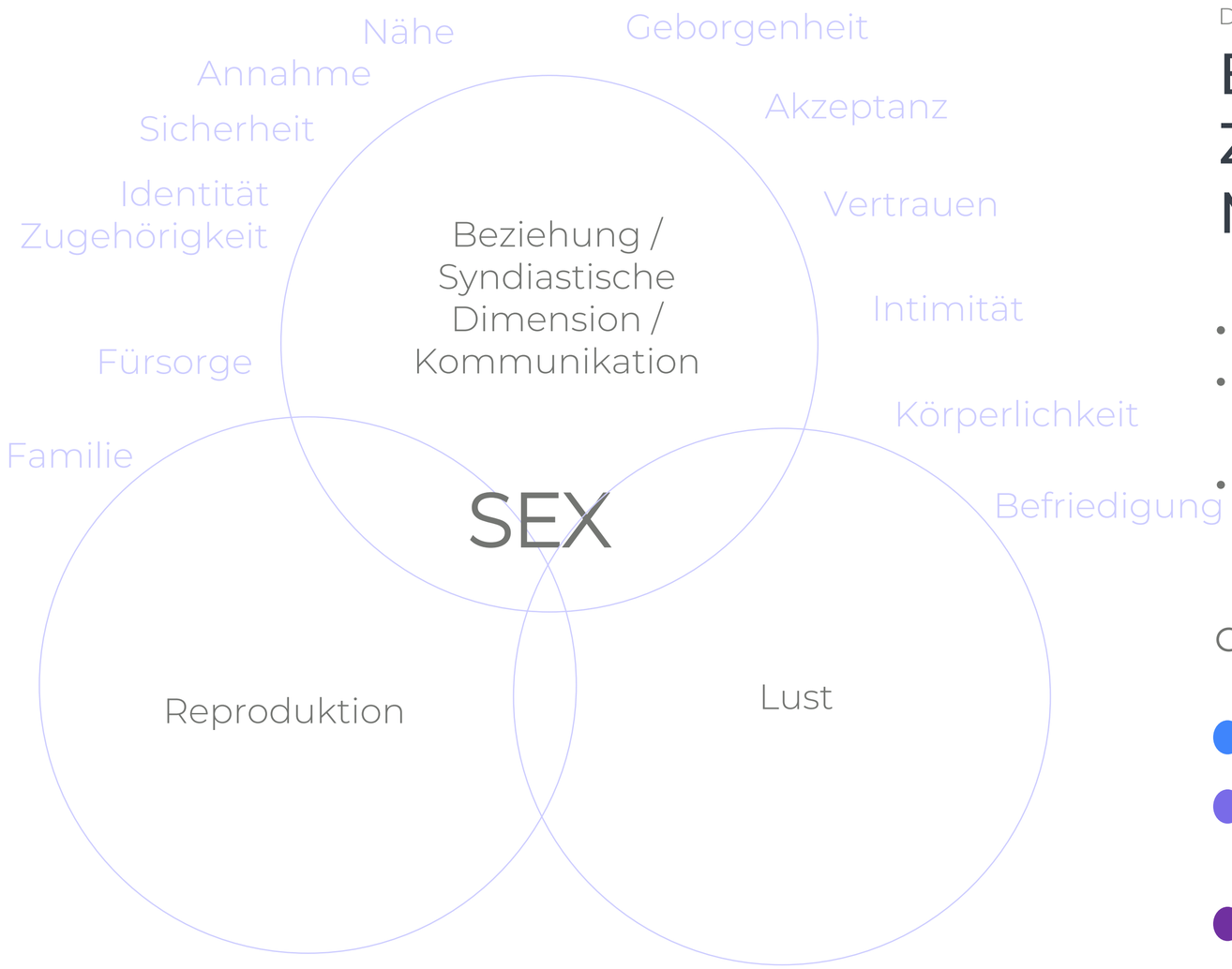
SEXUALITÄT IN 3 DIMENSIONEN (Biopsychosozial)

Auch Sexualität ist i.d.R. in drei sprektale Dimensionen des Erlebens geteilt, welche voneinander unabhängige aber korrelierende Aspekte beschreiben. Die Idee des Spektrums ist dabei zurückzuführen auf Kinsey, welcher zuerst die Auslegung sexueller Orientierung auf einem Kontinuum der Achse Sexueller Attraktion mit Homosexualität und Heterosexualität an 2 Enden konzeptualisiert hat. Verschiedene Theorien benutzen verschiedene Begrifflichkeiten für die verschiedenen Dimensionen, runtergebrochen finden sich aber überall folgende Aspekte:

- Physische Erregung (Responsivität und Lusterleben auf verschiedenen Eben sexuellen Erlebens und Verhaltens)
- Sexuelle Identität
- Soziales Beziehungserleben







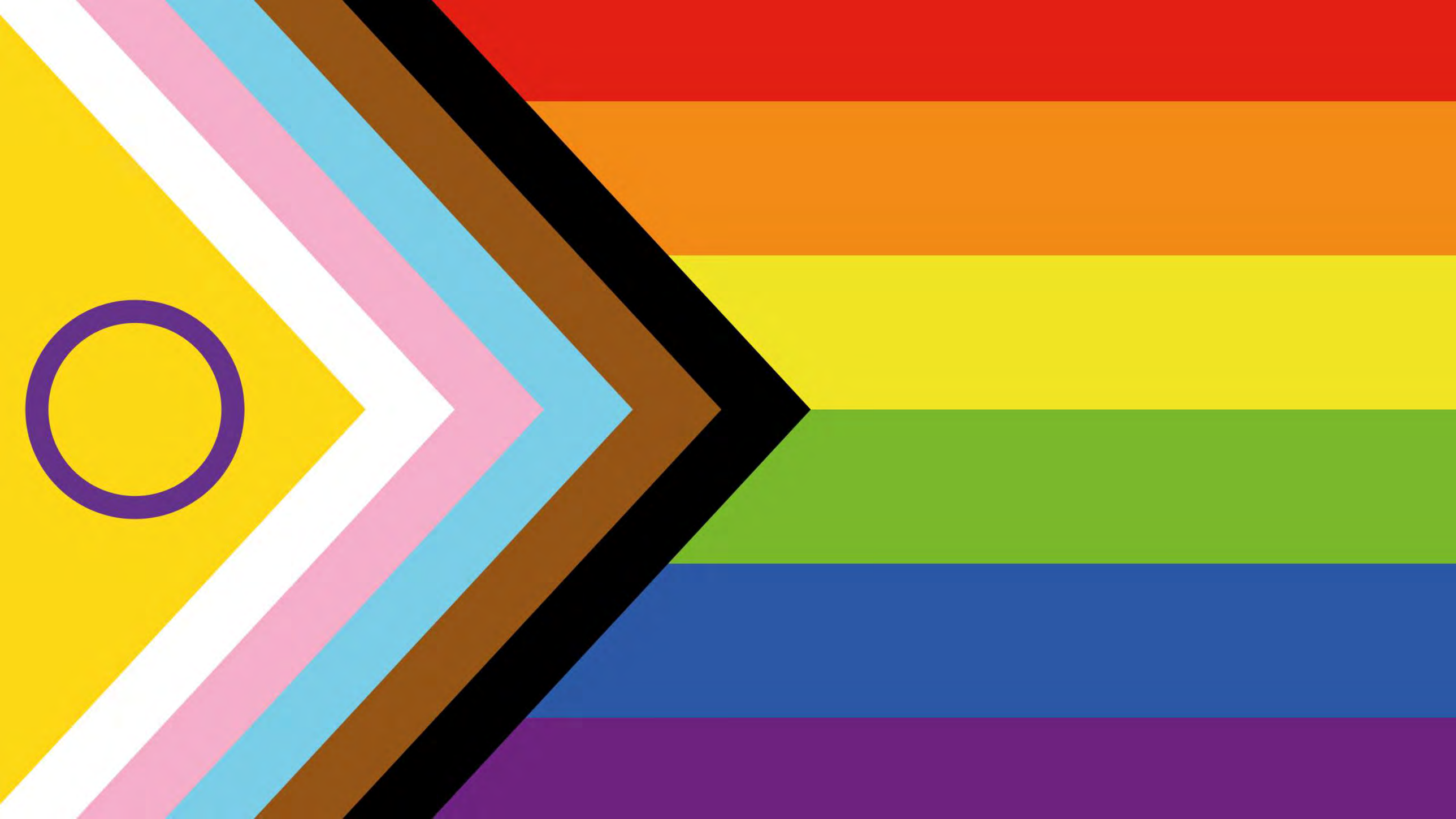
DIMENSIONEN VON SEXUALITÄT

BIOPSYCHOSOZIALE KONZEPTE ZU DEN DIMENSIONEN MENSCHLICHER SEXUALITÄT

- Soziale Dimensionen der Sexualität (Benkel & Akalin, 2010)
- Dimensionen menschlicher Sexualität nach der Syndiastischen Sexualtherapie (Beier & Loewit, 2004)
- Drei-Stufen Modell der Sexualität (Sporken, 1974)

Gemeinsamkeiten

- Mehrebenen Konstrukt
- Sexuelles Erleben und Verhalten auf physischer, emotionaler, psychologischer und sozialer Ebene
- Genitalität in Symbiose mit Sozialen Bedürfnissen
- Multifunktionalität der Sexualität





LGBT



TRANS



LESBIAN



GAY



STRAIGHT ALLY



GENDER FLUID



BISEXUAL



ASEXUAL



PHILADELPHIA PRIDE



AGENDER



BIGENDER



PANSEXUAL



POLYSEXUAL



INTERSEX



GENDERQUEER



NON-BINARY



AROMANTIC



ANDROGYNE



DEMISEXUAL



DEMIBOY



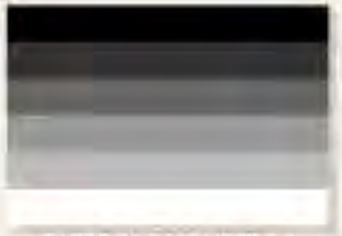
DEMIGIRL



POLYAMORY



SOUTH AFRICA PRIDE



HETEROSEXUAL


PRIDE
HAS NO
BORDERS

SEXUELLE ORIENTIERUNG

DREI-KOMPONENTEN THEORIE SEXUELLER ORIENTIERUNG

EBENE 1: ATTRIBUTE DER SEXUALPARTNER*INNEN

- Geschlechtliche/Sexuelle Orientierung auf das Geschlecht der präferierten Partner*innen (z.B. gynophil, androphil, bi/pansexuell, asexuell)
- Körperschema der präferierten Partner*innen (z.B. Teleiophilie, Hebephilie, Pädophilie nach Tanner Stadien, aber auch z.B.: gerontophil, nekrophil)
- Erwünschte Praktiken mit präferierten Partner*innen (z.B. „Vanilla“, Kink, Voyeurismus, Fetischismus, etc)

EBENE 2: ATTRIBUTE DER EIGENEN ERLEBENS- UND VERHALTENSAUSÜBUNG

- Konkretes Verhalten
- Sexuelle Fantasien
- Sexuelles Selbstkonzept

EBENE 3: FORM DER SEXUELLEN AKTIVITÄT

- Masturbation/Selbststimulation
- Extragenitale sexuelle Interaktionen (z.B. Kuscheln, Küssen, Erogene Zonen, etc)
- Genitale Stimulation (manuelle, orale oder andere Stimulation, z.B. Petting, vaginale, anale Penetration)

AHLERS, SCHAEFER & BEIER, 2005

PROBLEM DER OPERATIONALISIERUNG

Operationalisierung abhängig der jeweiligen Forschungsfrage: Wahnsinnig unterschiedliche Prävalenzen je nach Fragestellung

- **Label**: Mit welcher Sexuellen Orientierung identifizierst du dich?
- **Querschnitt**: Fühlst du dich derzeit sexuell von jemandem angezogen der dasselbe Geschlecht hat wie du?
- **Lebenszeit:** Hast du dich jemals von jemandem sexuell angezogen gefühlt der dasselbe Geschlecht hat wie du?
- **Beziehung Querschnitt**: Bist du derzeit in einer gleichgeschlechtlichen Beziehung?
- **Beziehung Lebenszeit:** Warst du jemals in einer gleichgeschlechtlichen Beziehung?
- **Sexuelle Erfahrung:** Hattest du jemals sexuellen Kontakt (z.B. Küssen, Masturbation, Partnersex Oral/Vaginal/Anal) mit einer Person die dasselbe Geschlecht hat wie du?
- **Sexuelle Fantasien:** Hast du jemals von Sex mit einer Person die dasselbe Geschlecht hat wie du geträumt oder fantasiert?
- **Emotionale Anziehung**: Fühlst du dich intim oder emotional besser angenommen von Personen deines Geschlechts?

SEXUELLE ORIENTIERUNG

NOSOLOGIE, ÄTIOLOGIE & STABILITÄT

Keine Evidenz, dass...

- Keine haltbare Evidenz, dass sexuelle Orientierung eine Entscheidung ist (APA,2012)
- Keine Evidenz, dass Konversion funktioniert und sexuelle Orientierung kategorisch veränderbar ist (Haldeman, 2022) **
- Keine Evidenz, dass sexuelle Orientierungen „ansteckend“ sind (Brakefield et al., 2014)
- Keine Evidenz, dass Nicht-Heterosexualität die Abwesenheit „guter heterosexueller Erfahrungen“ ist (Bell et al., 1981)
- Keine Evidenz, dass es Bisexualität nicht gibt, egal welches Geschlecht (Rosenthal, Sylva, Safron & Bailey, 2011)
- Keine Evidenz, dass Verhaltenscharakteristika und Geschlechtsausdruck spezifisch für Homosexualität sind: Sexuelle Orientierung und Gender Nonconformity sind voneinander unabhängig (Rieger et al., 2008)
- Keine Evidenz, dass gleich-geschlechtliche Paare sich normativ in immer-gleiche gegengeschlechtiche sexuelle Rollen aufteilen. (Kurdek, 1998)
- Keine Evidenz, dass die Kinder homosexueller Eltern überzufällig ebenfalls homosexuell werden (Crowl, Ahn & Baker, 2008)
- Keine Evidenz, dass Homosexualität und Pädophilie korrelieren (Freund, Watson & Rienzo, 1989)

SEXUELLE ORIENTIERUNG

NOSOLOGIE, ÄTIOLOGIE & STABILITÄT

Evidenz, dass... unsere sexuelle Orientierung z.T. biologisch/genetisch/erblich ist

- Neurologische Unterschiede: Die Gehirne homosexueller Männer sehen „weiblicher“ aus (Symmetrischere Verteilung der linken und rechten Hemisphere mit größerer Anzahl Neuronen auf der linken Seite der Amygdala) und Gehirne homosexueller Frauen „männlicher“ (Savic & Lindstrom, 2008)
- Linkshändigkeit (Lalumiere, Blanchard & Zucker, 2000) und das 2D:4D Finger-Verhältnis der rechten Hand, welches ein Indikator für prenatale Testosteronkonzentrationen in-utero ist,(Hönekopp & Watson, 2010; Williams et al., 2000) korrellieren überzufällig mit sexueller Orientierung.
- Fraternal birth order effect: Männer mit älteren biologischen Brüdern haben eine 33% höhere Wahrscheinlichkeit, homosexuell zu sein (Blanchard & Bogaert, 1996) verursacht durch prenatale Reaktionen der Mutter auf Testosteron.
- Zwillingsstudien: Ein-eiige Zwillige haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, dieselbe sexuelle Orientierung zu haben wie zwei-eiige (Hershberger, 2001).
- Stärkere biologische Kompotente bei Männern, jedoch alle Geschlecht sozialen, Umwelt, und generellen Kontextfaktoren unterlegen (Diamond, Dickenson, & Blair, 2017; Mock & Eibach, 2012)
- Stärkere „Erotische Plastizität“ bei Frauen: Weibliches sexualverhalten fluktuiert mehr über die Zeit,weibliches sexuelles Verhalten ist stärker beeinflusst durch Kultur, Bildung und Religion, und Frauen erleben eine größere Diskrepanz zwischen sexuellen Einstellungen und sexuellem Verhalten (Baumeister, 2000)
- Zahlreiche Hinweise dafür, dass weibliche Sexualität flexibler, und männliche kategorischer ist.

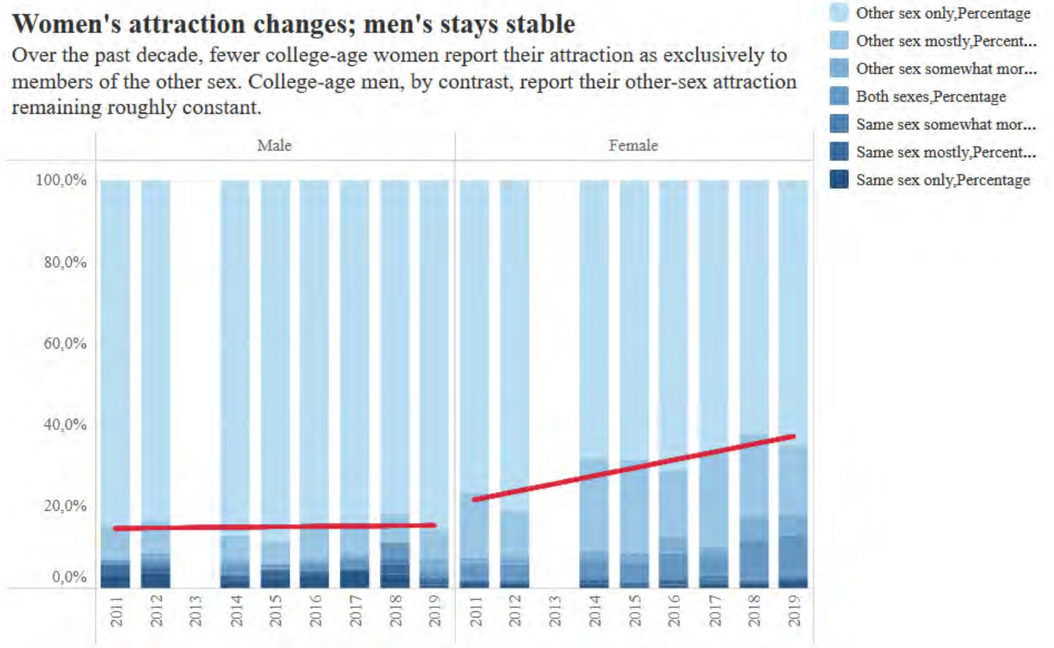
SEXUELLE ORIENTIERUNG

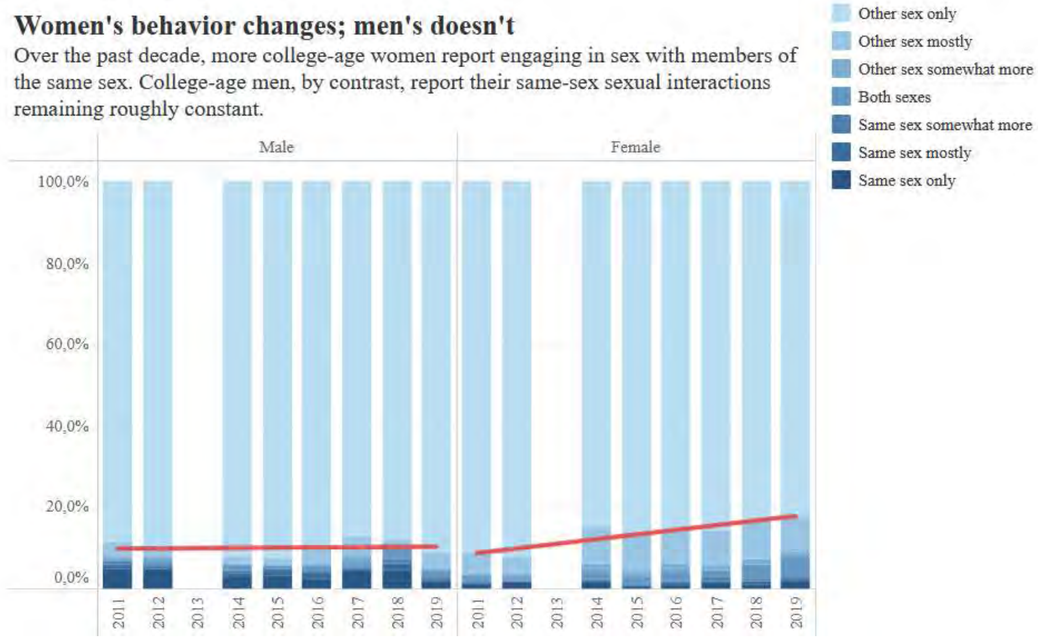
SEXUELLE FLUIDITÄT (VON FRAUEN)

Stabiler empirischer Befund: Weibliche sexuelle Orientierung ist flexibler als männliche (vgl. zB. Diamond & Savin-Williams, 2000; Diamond et al, 2019)

Langzeitstudie GB: (8J.-Zeitraum, Studentische Stichprobe; Massey et al., 2021):

- **Männliche Sexualität:** bleibt statisch über die Lebensjahre sowohl in sexueller Attraktion als auch in sexuellem Verhalten
- **Weibliche Sexualität**: ist fluider:
    - Von 77% (T1) zu 65% (T8) ausschließlich heterosexueller“ **Attraktion** im Zeitraum der Studie (vgl. Männer: Stabile 84%)
    - Von 95% (T1) zu 78% (T8) „ausschließlich heterosexuellem“ **Verhalten** im Zeitraum der Studie (vgl. Männer: Stabile 93%)
- **Neue Hinweise:**: Erste Evidenzen dass junge Männer (Gen X) und nicht-binäre Personen mit männlichen Zuweisungsgeschlecht ebenfalls sexuell fluider



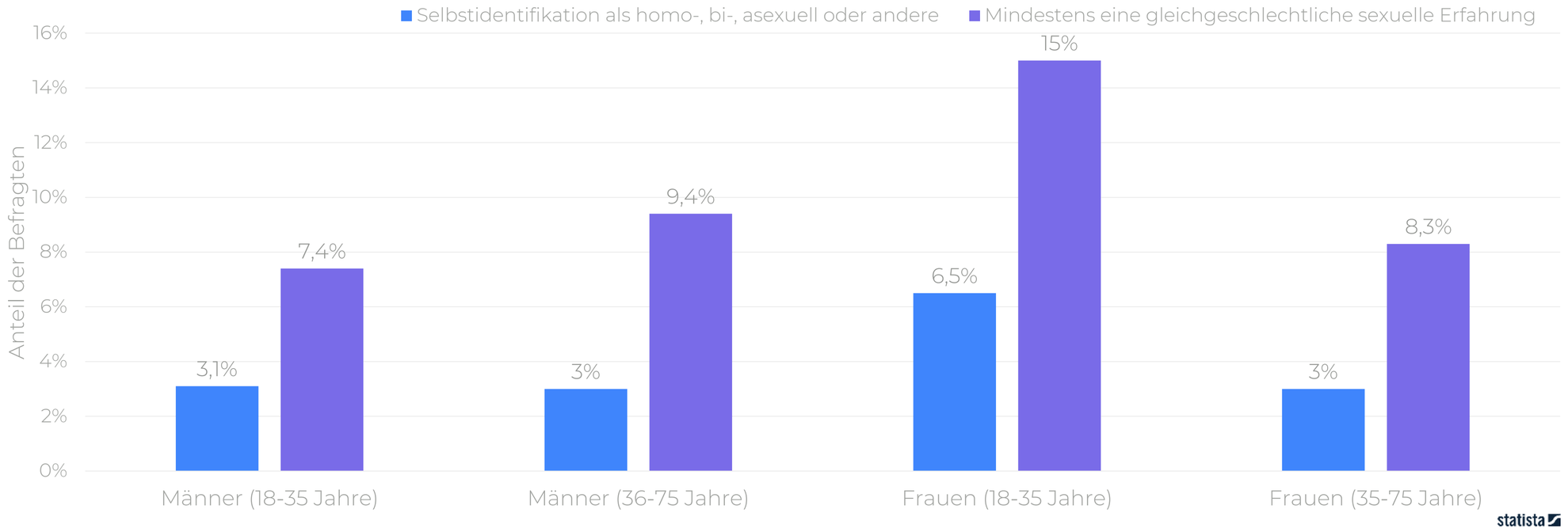


SEXUELLE ORIENTIERUNG

NOSOLOGIE, ÄTIOLOGIE & STABILITÄT

Haben Sie schon mal gleichgeschlechtliche sexuelle Erfahrungen* gemacht?

Umfrage in Deutschland zu Vorkommen gleichgeschlechtlicher sexueller Erfahrungen 2019



Hinweis(e): Deutschland; Oktober 2018 bis September 2019; 18-75 Jahre; 4.955 Befragte
Weitere Angaben zu dieser Statistik, sowie Erläuterungen zu Fußnoten, sind auf Seite 8 zu finden.
Quelle(n): BZgA; ID 1177084



3

SEXUELLE NORMEN

“Was ist normal?” Sexualität im Blick von sexuellen Skripten und historischen Einflüssen





SEXUELLE NORMEN

SEX ALS GEGENDERTES KONZEPT

Obwohl unabhängig voneinander sind sexuelle Normen nicht getrennt von Geschlechtsrollenstereotypen betrachtbar: Geschlecht ist ein Moderator sexueller Normen

WAS IST "NORMAL"?

THEORIE DER SEXUELLEN SKRIPTE

Soziale Kognition: Skripttheorie. Skripte = Generalisiertes Wissen abgebildet in kognitiven Schemata über Situationen und Ereignisse. → Verhaltensskripte beinhalten individuelle Repräsentationen über die „angemessenen Abläufe bestimmter Situationen in spezifischen Kontexten". Skripte beeinhalten: **Deskriptive Elemente** (z.B. typische anzutreffende Handlungen/Facetten in einer gegebenen Situation) und **Normative Elemente** (z.B. welche Verhaltensweisen in dieser Situation erwartet oder akzeptabel sind).

Spezifisch: Sexuelle Skripte

1. Kognitive Konzeptualisierungen prototypischer Abläufe und Vorgänge von sexuellen Begegnungen
2. Generalisiertes Wissen über…
    - Typische Elemente sexueller Interaktionen
    - Erwartungen über das eigene Verhalten, das aller anwesenden Personen, sowie Meta-Erwartungen darüber, was die anderen Personen von einem selbst erwarten
    - Normative Einstellungen und Überzeugungen über die Angemessenheit spezifischer sexueller Aktivitäten und Verhaltensweisen

Gespeist durch: Sexualaufklärung, Eigene Erfahrungen, Peererfahrungen, Sexuelle Normen (z.B. Tradition, Religion, Kultur im breiterem und engerem Sinne, aber auch Forschung), Medien (z.B. Pornografie bis Social Media), u.v.m.

SIMON & GAGNON, 1986 NACH KRAHÉ,2000












GESCHICHTE SEXUELLER NORMEN















GESCHICHTE SEXUELLER NORMEN

Jungpaläolithikum

- Älteste Figürliche Darstellungen der Menschheit: „Venusfigurinen“
- 28.000 v.Chr.: Ältester Dildo in der Nähe von Ulm
- Starke Hinweise auf Polygamie bei Jäger und Sammlern
- Spätere Stellung der Frau korrelliert mit „Pflug“ vs. „Hack“ („hoe“) Agrarkultur

Antikes Ägypten

- Beziehung zu Nacktheit: Frauen liefen selbstverständlich mit nacktem Oberkörper rum
- Naturphänomene sexuell erklärt: Der Nil flutete im Frühling weil Amun darin onanierte und damit das Land befruchtete
- Sex als Methode den Göttern nah zu sein
- Mythologie und Religion/ Beziehung zu Tod Nekrophilie, Sex mit Tieren
- Sex mit Krokodilen = Wohlstand.
- Cleopatra = „Femme Fatale“ für andere Kulturen, nicht die eigene
- Verhütung: Entwicklelten „plugs“/ Art Diaphragma
- Pornografie: Papyrusrollen die rituelle Orgien abbilden















GESCHICHTE SEXUELLER NORMEN

Antikes Griechenland & Rom

- Leidenschaft und Lust = „süßer Wahnsinn“, klar getrennt von Liebe und Ehe
- Höchste Form der Liebe: Platonische Liebe (zwischen zwei Männern)
- Aphrodite/Venus, Eros, Hermaphroditos, Dyonisus, Zeus und seine tausend Liebschaften = Götter haben Sex untereinander, miteinander, als Tiere, mit Tieren und mit Menschen
- Bordelle, Sextempel, sexuelles Graffiti
- Phallus = Glückbringend
- Schönheitsideal: Junger Mann (Adonis)
- Männer begehren = Zeichen der Männlichkeit
- Frau = hypersexuell; unmännlich Frau sexuell zu befriedigen (aber: Reiterstellung)
- Machtgefälle als Basis von Beziehungen
- Duldung Pädophiler/Hebephiler Akte von Männern an Jungs
- Lesbos und Sappho
- Verhütung: Silphium
- Frau = Eigentum des Mannes, nur Sex mit ihm
- Fremdgehen strafbar, aber: Sklaven und Prostituierte „zählen nicht“
- Ab hier: Männer haben selbstverständlich mit vielen Personen Sex, Frauen dafür verurteilt















GESCHICHTE SEXUELLER NORMEN

Abrahamische Religionen: Basis

- Sex = ausschließlich heterosexuell und in monogamer Ehe
- Frauen sind Männern untergestellt
- Frau soll sich bedecken, Schuld wenn sie Blicke auf sich zieht, Mann kann Lust nicht kontrollieren
- Homosexualität, Masturbation und Koitus Interruptus = Sünde („den Samen nicht vergeuden“)
- Etymologie vieler sexueller Worte direkt aus Religion (z.B. Onanieren, Sodomie)

Abrahamische Religionen: Christentum

- Lust = Todsünde (auch Gedanke daran)
- Zweck Sex = Reproduktion
- Sex in Missionarsstellung, möglichst bedeckt, keine anderen Stellungen, kein Anal-/Oralsex
- Lilith, Eva, Maria, Maria Magdalena, später: Hexenverfolgung = Madonna/Hure Dichotomie, die Frau als Sünderin und gefährliche Verführerin
- Jungfräulichkeit = Heilig, „pur“, Unschuld
- Frömmigkeit: Zölibat, Enthaltsamkeit (Aber: Missbrauchsgeschichte)















GESCHICHTE SEXUELLER NORMEN

Abrahamische Religionen: Judentum

- Sexualität außerhalb Ehe verboten, innerhalb Ehe großer Stellenwert
- Kabbala: Mystifizierung und Spiritualisierung sexuellen Verlangens
- Mischna, Talmud und die nachtalmudischen Schriften: Sexuelle Erfüllung als wichtigen Bestandteil der Ehe, kein Tabuthema
- Mischna und Talmud betonen das Recht der Frau auf Orgasmus
- Verhaltensregeln und Anleitungen wie der Mann mit der Frau beim Sex umgehen soll (zB Vorspiel, lange Dauer, nicht gegen den Willen der Frau, keine Eile, Liebe und Zustimmung
- Darunter: Torastudenten sollen in der Schabbatnacht Sex mit ihren Frauen haben Heiligkeit des Schabbats verbunden mit der Helligkeit des Lebens, ausgedrückt im Sex
- Alle sexuellen Stellungen erlaubt, sollen nackt sein (tatsächlich sogar Scheidung erlaubt, wenn Mann dies nicht will)
- In der Bibel Heirat durch Beischlaf, deshalb feste Beziehung im Reformjudentum als Ehe gezählt















GESCHICHTE SEXUELLER NORMEN

Abrahamische Religionen: Islam

- Qur'ān, Sure: Sexualität wie Nahrung, die der Mensch nicht als verboten betrachten soll
- Sex als Kostprobe des Paradieses
- Legaler Geschlechtsakt = Gottgefälliges Werk
- Die Frau hat das Recht auf Orgasmus und Lust, legitimer Scheidungsgrund wenn Mann sie nicht zum Orgasmus bringt
- Unbefriedigte Frau = „gefährlicher als der Teufel"
- Ehe = Heilige Pflicht, Ehelosigkeit missbilligt, in der Ehe Pflicht, den*die Partner*in zu befriedigen
- Vorspiel hat Wichtigkeit, Keine Eile, alle PIV Stellungen erlaubt
- Ursprünglich: besonders „sinnliche" Männer: bis zu 4 Ehefrauen und Konkubinen
- Jedes unbefriedigte Mitglied der Gesellschaft potentiell Gefahr der „fitna" ausgesetzt (Unordnung, Chaos, „Sexuelle Verführung")
- Regeln beim Geschlechtsakt: Mann muss beim Sex Gegenwart Allahs vorstellen, niemand darf den Kopf Richtung Mekka drehen, kein Sex während Menstruation (Frauen unrein, „Übel"), Kein Anal oder Oralsex
- Abbildungen des nackten Körpers sind streng verboten















GESCHICHTE SEXUELLER NORMEN

Indien (Klassisches Zeitalter, Islamische Reiche, Mogulzeit)

- Hinduismus: Polygamie, Schöpfungsmythos im Liebesakt der zwei größten Gottheiten Sex = Weg den Göttern zu huldigen/das Göttliche spüren
- „Kama“ (Sanskrit; sinnliches Verlangen, Wunsch, Liebe, Erfüllung, Verbundenheit) als eine der 4 Hinduistischen Grundlehren/Religiösen Pflichten
- Kamasutra, 1.-2.Jh.n.Chr.: Werk der Kamashatra: Kanon/Regelwerke über Beziehungen und sexuelles Vergnügen; Publikum: Männlich, Fokus u.A. female pleasure
- Ananga Ranga, 15.-16.Jhn.Chr.: Kamashatra; Sozialkritik, Männer würden Frauen nur als Besitz und Tier sehen Anleitung zu Variation, Respekt, und dass auch „eine Frau genüge“ um sich zu „fühlen wie mit 32 Frauen“
- Tempel verziert mit Sexakten, Orgien, etc.
- Polyamie (Ein Mann viele Frauen) & Monogamie
- Beziehung zu Nacktheit: Frauen liefen mit nacktem Oberkörper rum
- Lesbischer Sex verbreitet, v.a. unter den Ehefrauen in Form von Gruppensex mit einem Ehemann















GESCHICHTE SEXUELLER NORMEN

Große Seen **Ostafrika** (Ruanda, Burundi, West-Uganda, West-Tanzania, Ost-Kongo)

- Traditioneller Fokus weiblicher Lust
- Kunyaza/Kakyabali = Volkstradition Sexpraktik
- Legende: Königin (3. Dyn.) suchte sich Leibgarde für Sex. Performance-Druck □ keine Penetration □ befriedigte sie stattdessen mit kunyaza.
- Kunyaza ist laut Sexologen aus Rwanda der Grund, warum Squirting („sacred water“) in Ostafrika so verbreitet ist (Akande, 2018; Oxlund, 2011)

Indigene Völker: Beispiel Himba (Norden Namibia)

- Polygames halb-normadisches Volk mit polygamen Erziehungsmodellen ohne Konzept für sexuelle Untreue
- Prinzip der „female choice“ bei „love matches“
- Höchste „Extra-Pair“ Vaterschaft: Vorteil für Frauen und Kinder
- „omoka“ Kinder: Der Platz beim Wasser holen

Andere polygame Indigene Völker

- Pimbwe, Tanzania: Scheidung = physisch aus dem Haus des Partners ausziehen bedeutet
- 17 indigene Völker weltweit: Prinzip der „Teilweisen Vaterschaft“















GESCHICHTE SEXUELLER NORMEN

Japan (Heio, Edo)

- Schönheitsideal: Junger Mann (Wakashu, Fluides drittes Geschlecht)
- Sexualität als Ausdruck und Feiern von Schönheit
- Erwartung das Frauen und Männer Sex haben außerhalb der Ehe
- Schwäche und Wehren = Attraktivität
- Mann = gebend, Frau und Wakashu = Nehmend, nur Männer sollen Verlangen verspüren
- Token Resistance, „Schöner Akt“
- Ranghohe Frauen schreiben erotische Literatur ohne Pseudonym
- Shunga als Sexualkunde; Publikum: Weiblich, insbesondere von Mutter zu Tochter
- Darstellungen lesbischer Erotik sowie Wakashu/ Männer, Wakashu/Frauen/Männer, und Orgien
- Fokus weibliche Lust, geschwollene Labien als Shorthand

Japan (Heute)

- Konzept von „Herbivore“ Männern
- Normen Frauen: Starke Passivität/Unterwürfigkeit
- Rape Culture vs Sexuelle Scham & Repressivität
- Otakus, Fujoshi, Hentai, Boys-Love
- Sexualität abgekapselt von anderen (zB Sexdolls)















GESCHICHTE SEXUELLER NORMEN

Aufklärung (in der eurozentrischen Welt)

- Streben nach Glück &Freiheit als größtes Lebensziel einer kleinen Elite „Erste“ sexuelle Revolution (des Mannes)
- Erotica als Ausdruck von Philosophie
- Marquis de Sade als Vater des Begriffs „Sadismus“ schreibt aus der Bastille heraus das „perverste Werk der Geschichte“ über gleich- und gegengeschlecht-liche Szenen der Erniedrigung, „Sodomie“, Inzest, Mord, unterbrochen von moralphilosophischen Erörterungen und Rechtfertigungen eines radikalen Egoismus.

18. & 19. Jahrhundert (in der eurozentrischen Welt)

- Backlash gegen liberalere Ideen der Aufklärung
- Masturbation = Vergeudung des Lebenselixirs
- Kellogs und seine Anti-Masturbationscornflakes (Idee: Jede Art der Erregung der Sinne=Gefahr)
- Männer als natürlich sexuell aktiv / Frauen als natürlich sexuell passiv & an Sex nicht interessiert
- Mit Frauen, die an Sex interessiert sind, stimmt etwas nicht.
- Nur „bestimmte“ Personen haben „abnorme“ sexuelle Vorlieben. Vorlieben sind klar hierarchisiert und tragen Valenz















GESCHICHTE SEXUELLER NORMEN

20. Jh. & Weimarer Republik

- Freud und die Triebtheorie: Ab jetzt Der Sinn von Sex ist (Lust-)Befriedigung
- Sex als Forschungsobjekt (Darwin, Havelock Ellis, Kraft-Ebbing, Hirschfeld): Normal vs. Abnormal
- Marie Stopes: Sexualaufklärung & Birth Control
- „Hedonistische“ 20er
- Berlin: Schwulenszene
- Institut für Sexualwissenschaften, Hirschfeld: Pionierarbeit Geschlechtsspektrum & Transgender
- Zeitgeist: Sexuelle Freiheit, Persönlichkeit, Geschlecht und Sexualität = fluid, Gelockerte Gesetze um Homosexualität (§175)

DDR

- §175 der Weimarer Republik übernommen
- Frühe Studentengruppen und Redeclubs rund um Sexualität
- FKK Kultur
- 1988: Gesetzliche, rechtliche Gleichstellung sexueller Orientierungen

Sexuelle Revolution“ der 60er Jahre

- Sexualität definiert unser Sein und sexuelle Offenheit ist politisches Statement und Pflicht



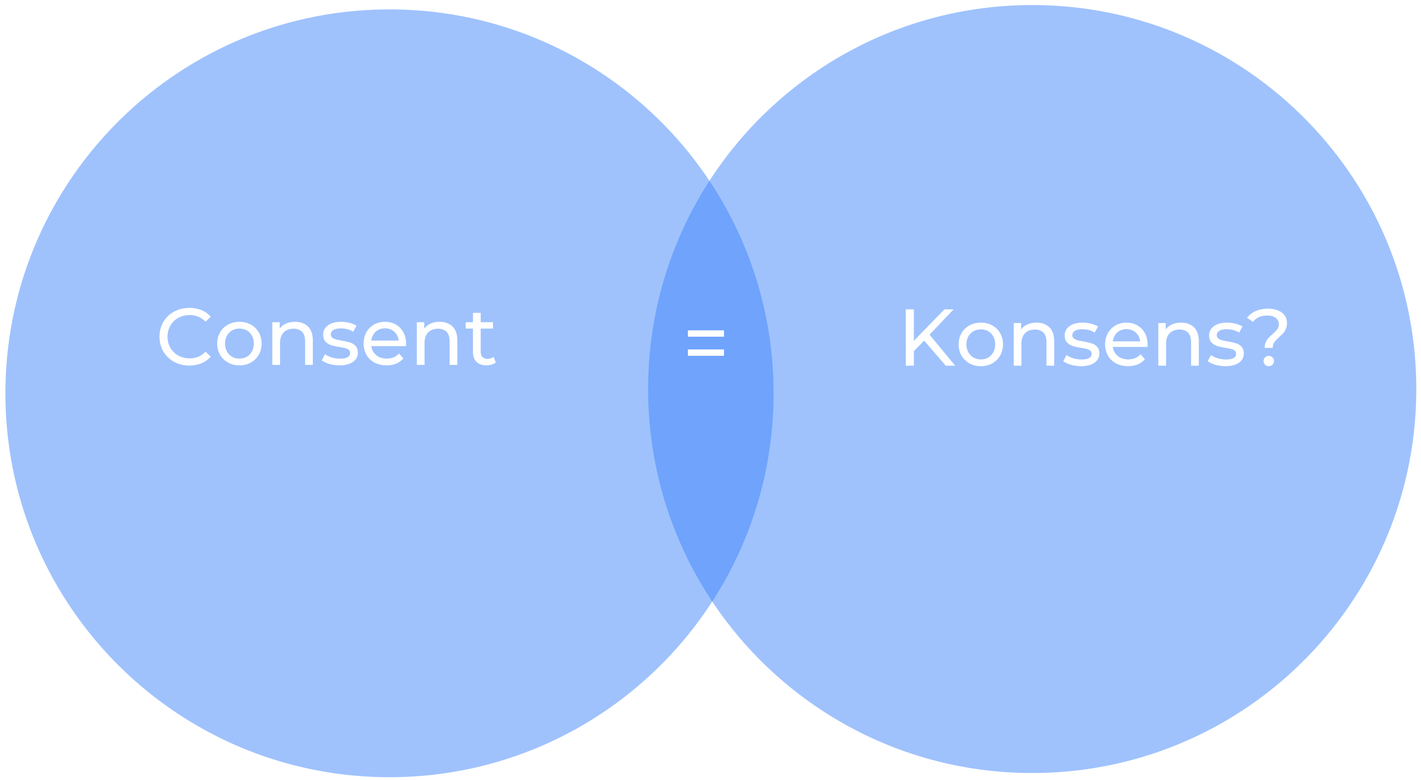
3.1

NEUE NORMEN

Ebenen sexuellen Konsens, Selbstbestimmung und Empowerment und wie man diese fördert

NEUE NORMEN

SEXUELLER CONSENT



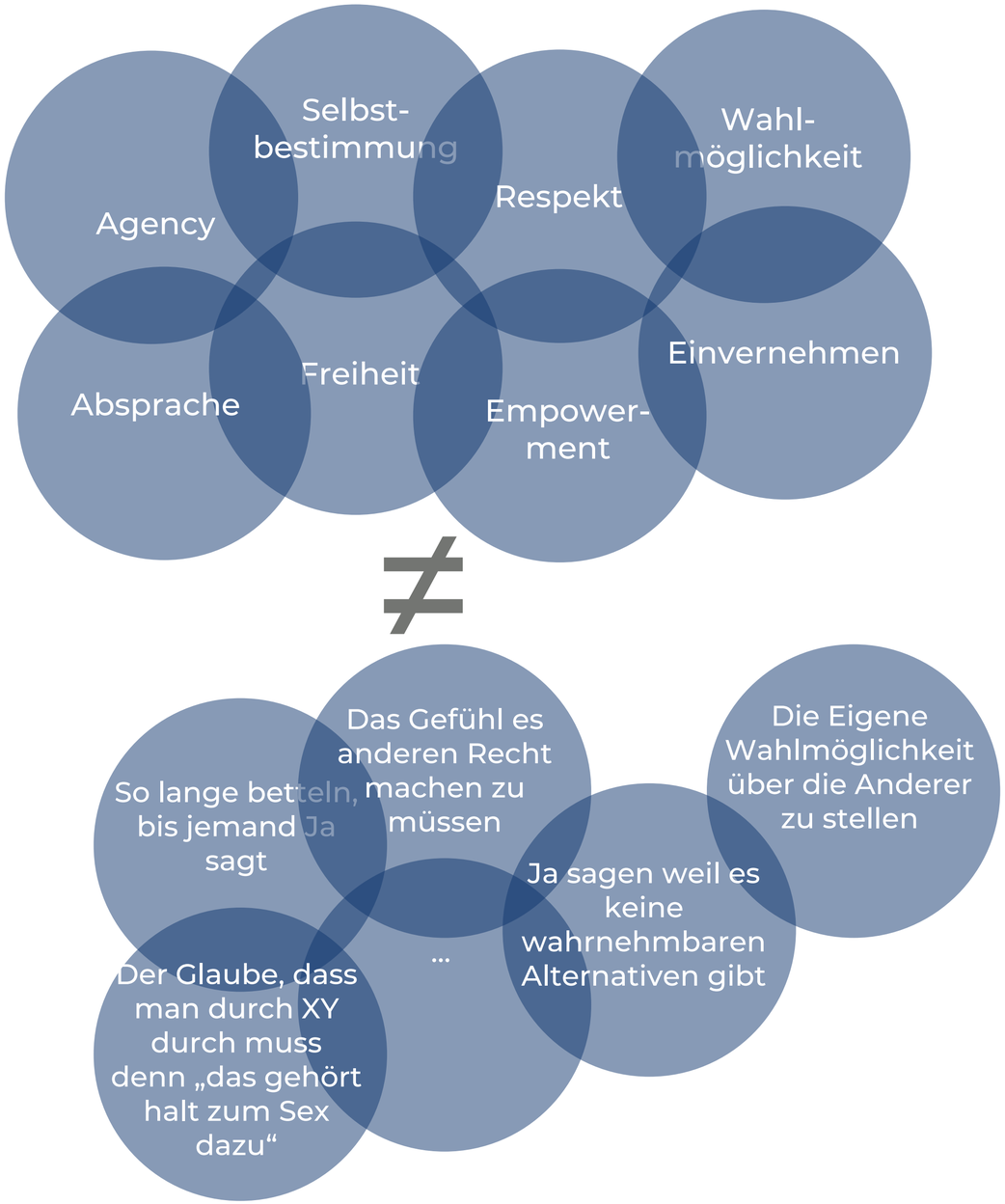
NEUE NORMEN

SEXUELLER CONSENT

Consent als völlige, informierte, selbstbestimmte körperliche und emotionale Autonomie. Hier der spezifische Bereich sexuellen Consents. „Ja heißt Ja“ (Paradigmenwechsel)

Legale Definition UK/EU: „A person consents if [they] agree by choice, and has the freedom and capacity to make that choice“

Age of Consent/“Schutzalter“: in Deutschland = 14 (Aber: „Romeo & Juliet Laws“); Sonderregel wenn Partner über 21 gemäß § 182 StGB Abs. 1, 2 und 3 (14 & 15 J.) und § 174 (wenn schutzbefohlen).



NEUE NORMEN

SEXUELLER CONSENT

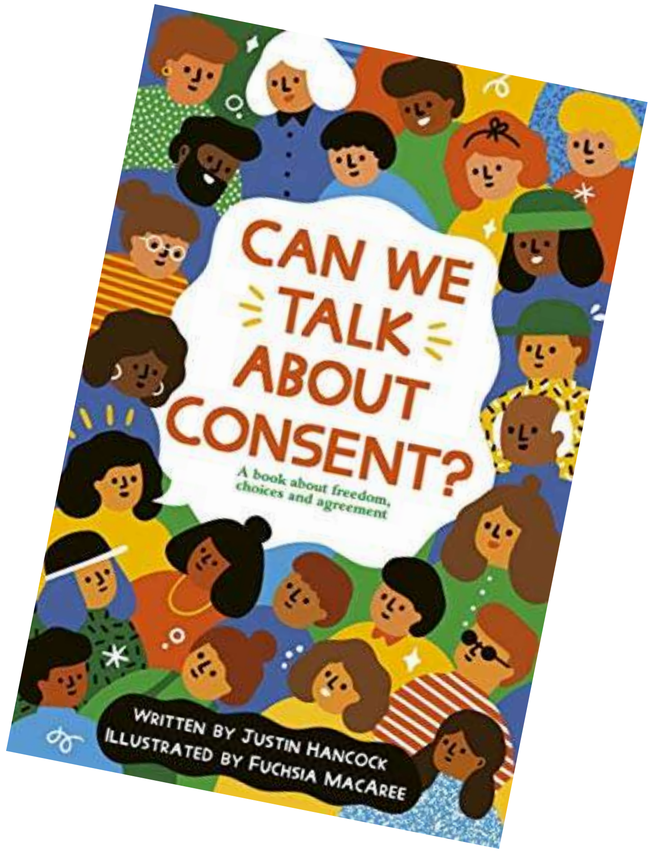


NEUE NORMEN

SEXUELLER CONSENT

Warum und wann brauchen wir Consent?

- Nein“ ist einfacher für manche als für andere: u.A. Rechte, Privilegien, Gruppenkonventionen, Sozialisation, Förderung in Agency, Normeneinfluss Nicht alle haben immer Agency
- Rape Culture, Sexuelle Gewalt,
- „Should Stories“/Eingeschränkte Wahl- und Handlungsmöglichkeiten
- Überall wo subjektive Anspruchsberechtigung auf den Körper und die Emotionen einer anderen Person besteht
- Oft ist die körperliche und emotionale Autonomie eingeschränkt, da wird Consent umso wichtiger
- Traumasensitiv: Je negativ aufgeladener und je tabubehafteter das Thema Sex ist, desto wichtiger wird Consent
- Responsive Desire
- Verbesserte intime Kommunikation



Tools um Consent in der Partnerschaft zum Thema zu machen

Gespräche!

Anonyme Online Partnertools für spezifisches Consent: mojoupgrade.com, weshouldtryit.com, sexionnaire.com, ipassionapp.com, carnalcalibration.com/de

NEUE NORMEN

EMPOWERMENT

Ermächtigung; Freiheit/Recht über die eigenen Bedürfnisse haben und leben können: Die Möglichkeit in allen Belangen (auch dem Sex) „das eigene Drehbuch zu schreiben“ – d.h. die eigenen Vorlieben kennen und das Recht haben, diese auszuleben (mit der Grenze der Rechte der Anderen).

- Ermächtigung von Benachteiligten (z.B. durch Diskriminierungen, systematischer Unterdrückung, vorherrschender induktiver Verhaltensnormen, oder fehlender subjektiver Selbstwirksamkeit) → Empowerment = Weg zur Gleichstellung
- (fehlendes) Empowerment ist geprägt durch die Umwelt; Erlernte Erwartungshaltung darüber, ob meine Bedürfnisse zählen/berücksichtigt werden (z.B. durch erlernte Rollenbilder, erlernte Fremdbestimmung, normativ-leitende Verhaltensskripte oder Diskriminierungserfahrungen)
- Basis für: Agency und Consent
- The World Association for Sexual Health (WAS, 2014): u.A.: Jeder hat das Recht über den eigenen Körper zu verfügen (Consent); Jeder hat das Recht, das eigene sexuelle Potenzial zum Ausdruck zu bringen (Empowerment)





NEUE NORMEN

SELBSTBESTIMMUNG

Die Fähigkeit, das eigene Empowerment in individuelle Entscheidungen selbstbewusst umzusetzen (Verhaltensebene)

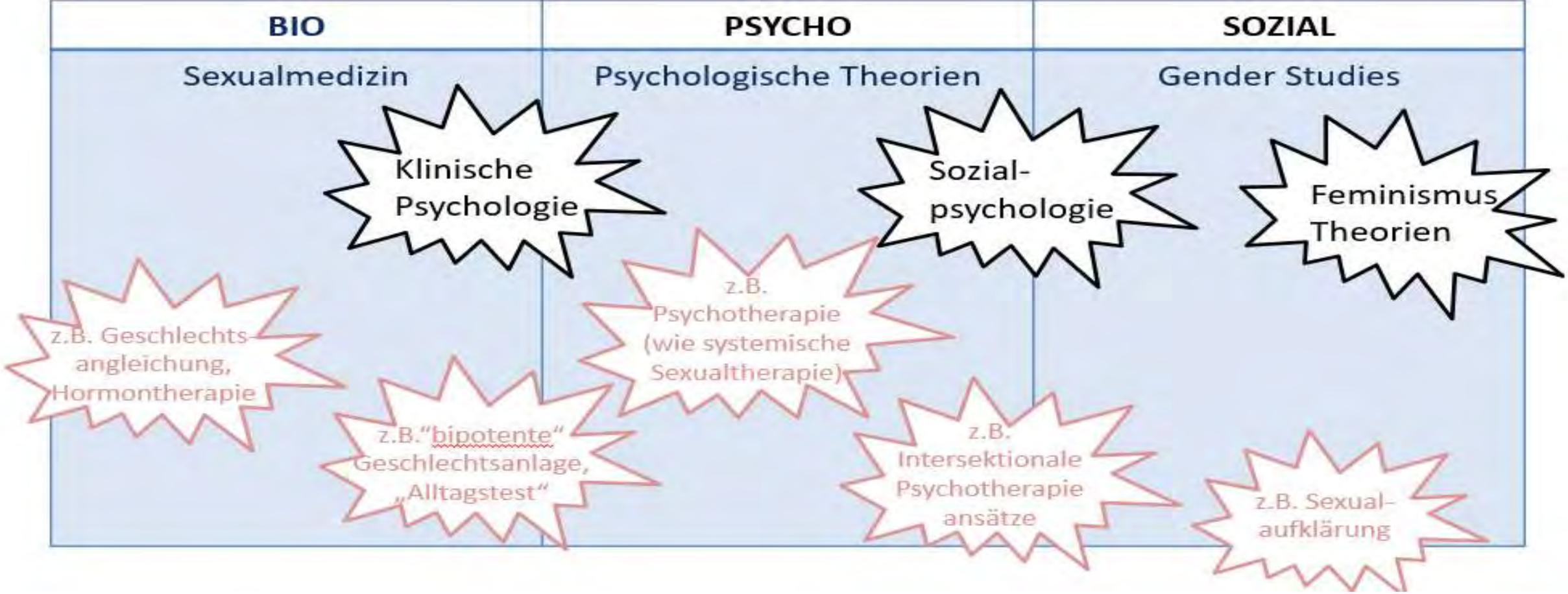
→ Ohne Consent und Empowerment unmöglich



2

GESCHLECHT?

Biopsychosoziale Annäherung an ein komplexes Konstrukt



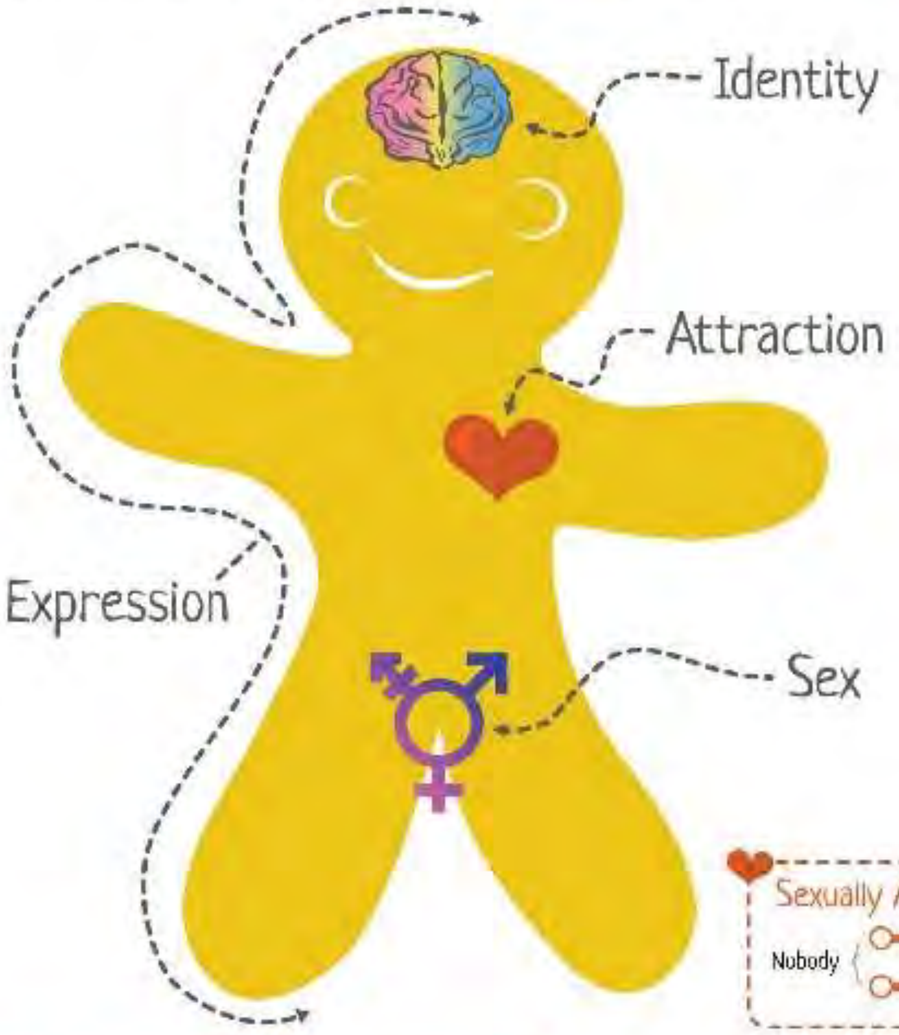
BIOPSYCHOSOZIAL

Geschlecht und Sexualität sind sowohl in Konzept als auch in Forschung interdisziplinäre Bereiche

The Genderbread Person v3.3

by it's pronounced METROsexual .com

Gender is one of those things everyone thinks they understand, but most people don't. Like *Inception*. Gender isn't binary. It's not either/or. In many cases it's both/and. A bit of this, a dash of that. This tasty little guide is meant to be an appetizer for gender understanding. It's okay if you're hungry for more. In fact, that's the idea.



Gender Identity

Woman-ness

Man-ness

How you, in your head, define your gender, based on how much you align (or don't align) with what you understand to be the options for gender.

Gender Expression

Feminine

Masculine

The ways you present gender, through your actions, dress, and demeanor, and how those presentations are interpreted based on gender norms.

Biological Sex

Female-ness

Male-ness

The physical sex characteristics you're born with and develop, including genitalia, body shape, voice pitch, body hair, hormones, chromosomes, etc.

Sexually Attracted to

Nobody

(Women/Females/Femininity)

(Men/Males/Masculinity)

Romantically Attracted to

Nobody

(Women/Females/Femininity)

(Men/Males/Masculinity)

For a bigger bite, read more at http://bit.ly/genderbread

The Flying Gender Unicorn



Gender

Gender Identity
- Non-Binary
- Transgender
- Woman/Girl
- Man/Boy

Gender Expression
- Neutral/Undefined
- Feminine
- Masculine

Gender Assigned At Birth
Female · Intersex · Male

Genitals (At Birth)
Vagina · Undifferentiated · Penis

Hormone Levels (Vary Over Time)
Estrogen · Testosterone · Progesterone

Chromosomes
Female: XX · Intersex: XXY, XYY (and more) · Male: XY

Sexuality

Sexual Identity
- Queer
- Bisexual
- Gay/Lesbian
- Straight

Physically Attracted To
- No one
- Non-Binary People
- Trans Men
- Trans Women
- Cisgender Women
- Cisgender Men

Emotionally Attracted To
- No one
- Non-Binary People
- Trans Men
- Trans Women
- Cisgender Women
- Cisgender Men

Original design by Landyn Pan and Anna Moore

Original graphic by TSER (Trans Student Educational Resources)

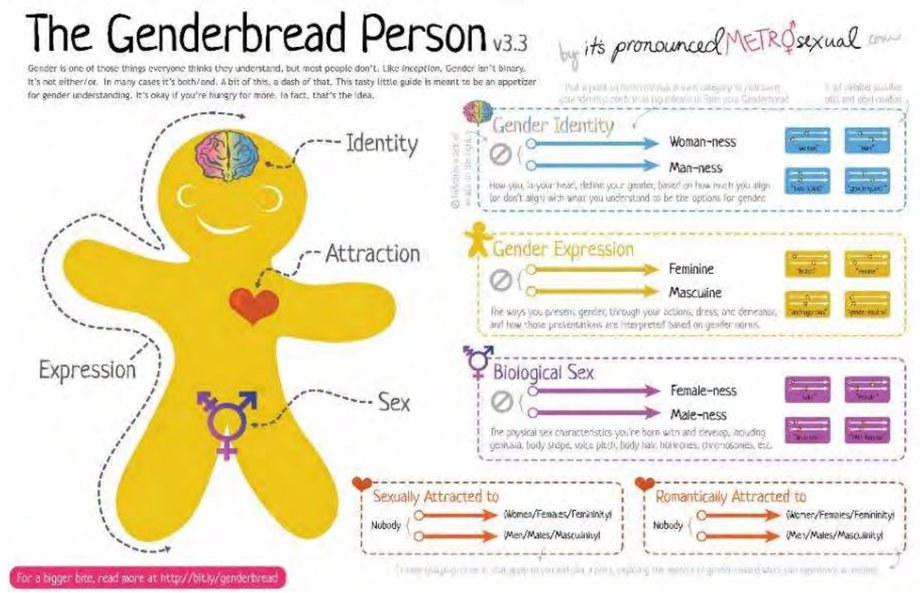
Content and graphic modified by Dr. Erica Jayne Friedman, FIU Florida International University

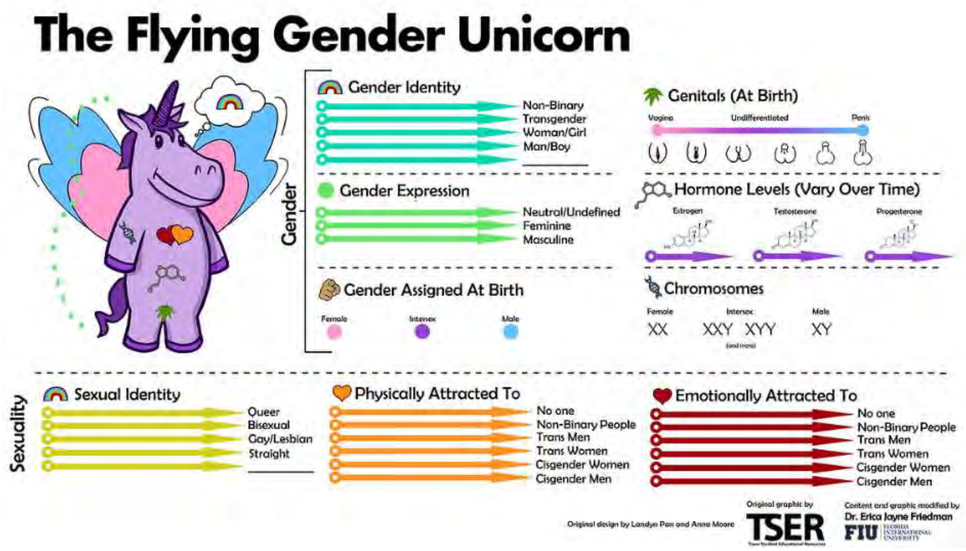
Block 1: Geschlecht

GESCHLECHT IN 3 DIMENSIONEN (Biopsychosozial)

Grob angelehnt an die Oberkategorien „**sex**“(„biologisches Geschlecht“ – wobei biologisches Geschlecht selbst ein Spektrum ist; z.B. biologische Marker von Gender sind durch Hormontherapie modifizierbar, siehe das „hormonelle Geschlecht.“) und „**gender**“ („soziales Geschlecht“ welches sowohl das persönlich angenommene als auch das performte Geschlecht umfasst) und daraus weiterentwickelt nach aktuellen Forschungsergebnissen im Bereich der Gender Studies und der psychologischen Forschung.

- Zuweisungsgeschlecht / Biologisches Geschlechtsspektrum (auf mehreren biologischen Ebenen)
- Geschlechtsidentität
- Geschlechtsausdruck







2.1

BIOLOGISCHES GESCHLECHTSSPEKTRUM

Geschlecht = Ausprägung binärer biologischer Marker? Vor oder nach Geburt? Auf einem biologischem Marker oder allen?

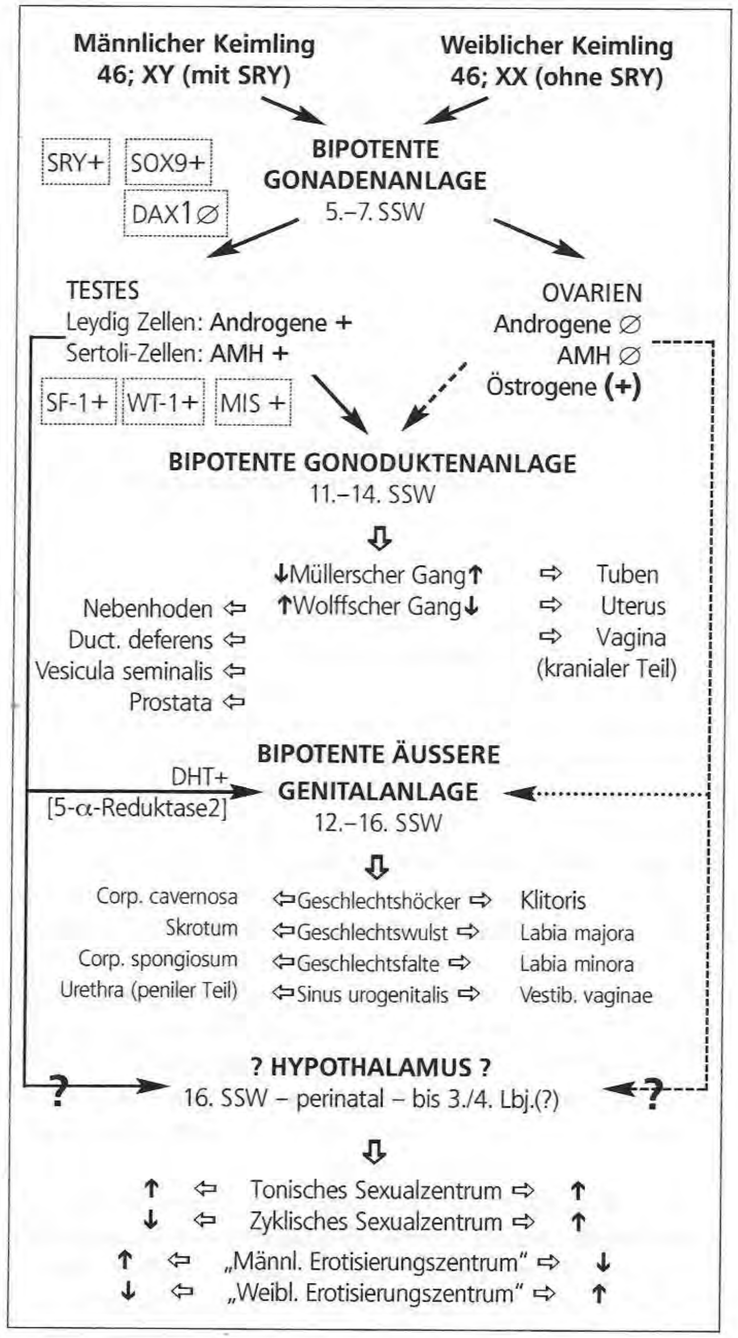


Abb. 2-18 Schema der pränatalen somatosexuellen Differenzierung (s. Kurzbeschreibung)

BIOLOGISCHES GESCHLECHTSSPEKTRUM

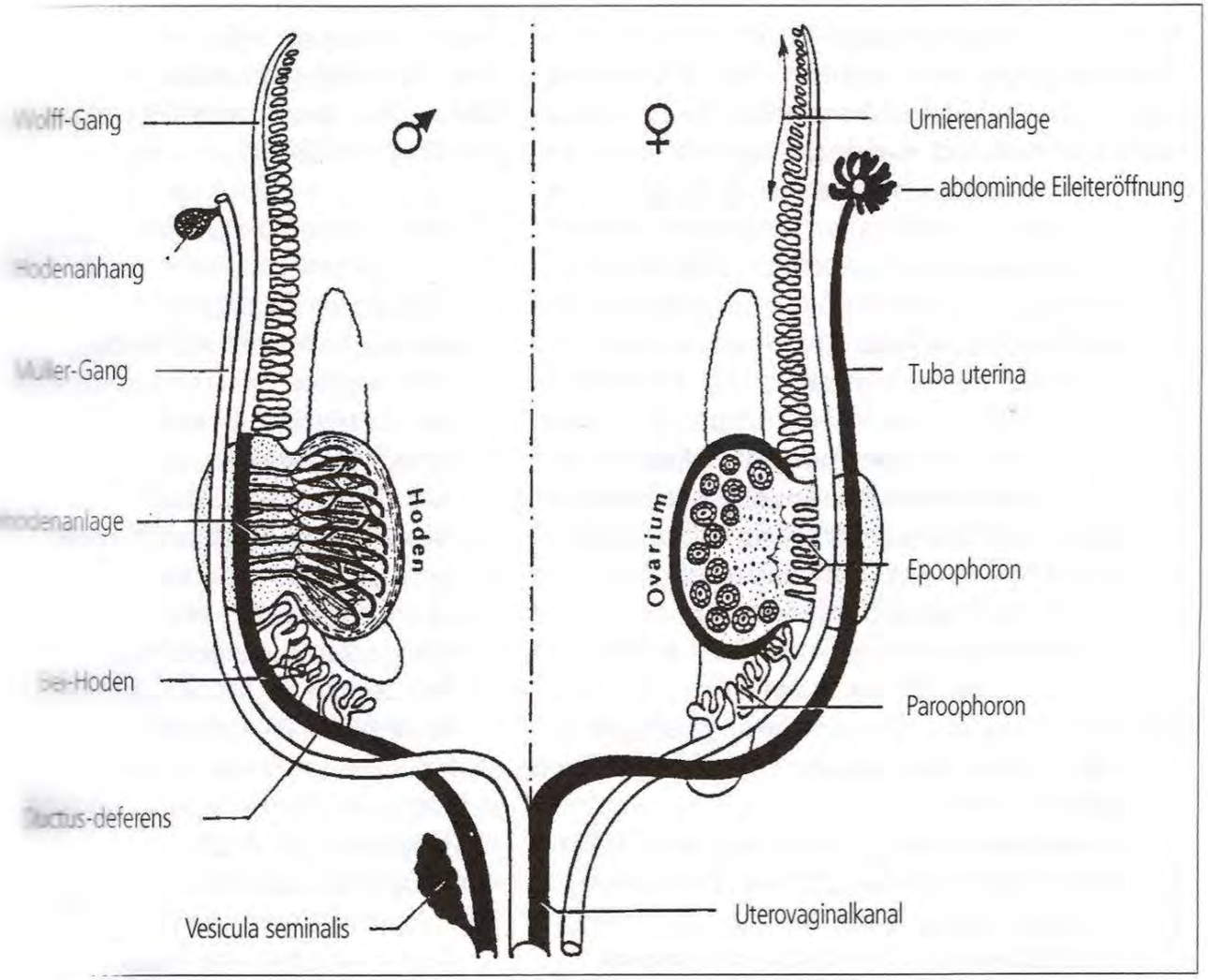
PRÄNATALE SOMATOSEXUELLE DIFFERENZIERUNG

„Bipotente“ Anlage somatosexueller Geschlechtsdifferenzierung
→ Kleinste Abweichungen führen zu Ausbildungen nicht-binärer biologischer Geschlechtsvarianten

Auswahl von Intersex-Syndromen resultierend aus Abweichungen der somatosexuellen Differenzierung:

- Gonosomale Aberrationen
  - Turner Syndrom (X0 oder „Mosaikformen“)
  - Klinefelter-Syndrom (XXY, XXXY usw.)
  - XYY-Männer, XXX-Frauen
  - XX-Männer, XY-Frauen
- Hormonelle Entwicklungsstörungen
  - AMH-Mangelsyndrom
  - Androgen-Rezeptor-Defekt (AIS, cAIS)
  - Östrogenrezeptormangel
  - 5α-Reduktase-2-Mangelsyndrom
  - Adrenogenitales Syndrom

BEIER, BOSINSKI & LOEWIT, 2005



...ktendifferenzierung. Nach: Schumacher (1986: 203)

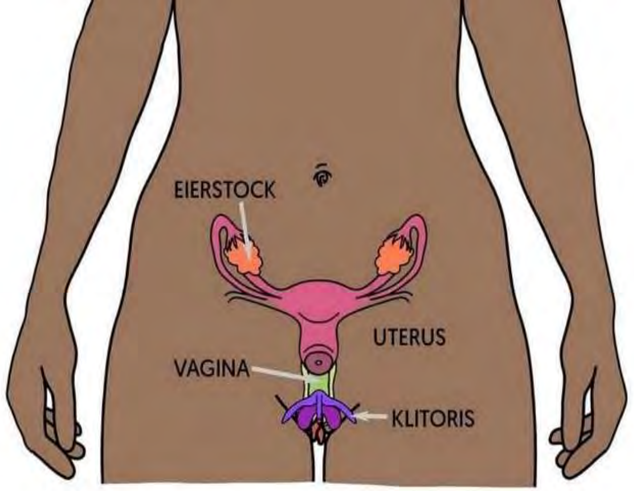
BIOLOGISCHES GESCHLECHTSSPEKTRUM

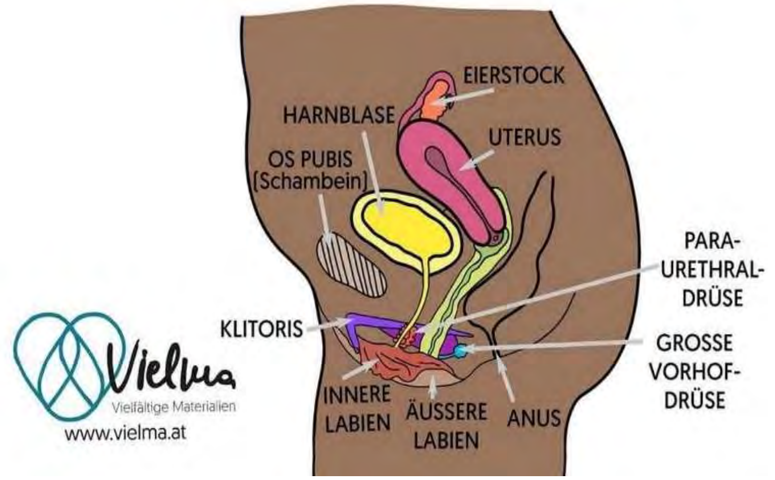
GONODUKTALE DIFFERENZIERUNG

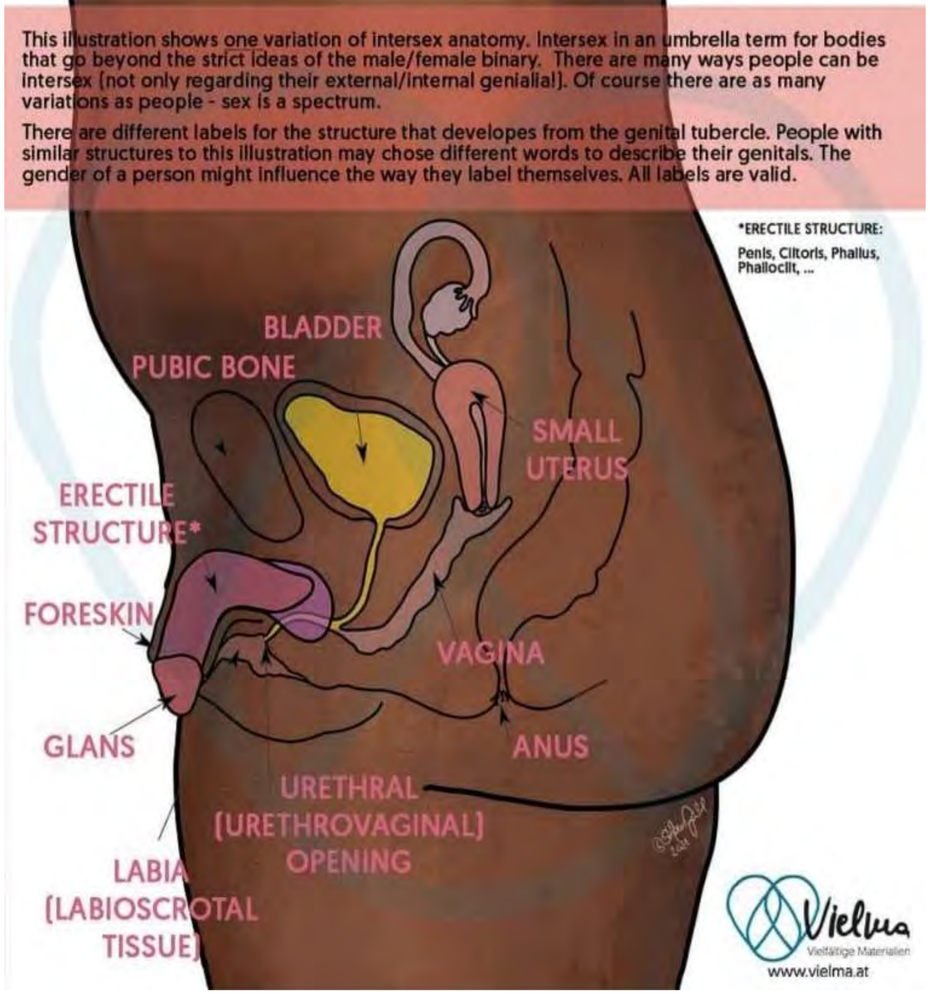
„Bipotente“ Anlage somatosexueller Geschlechtsdifferenzierung

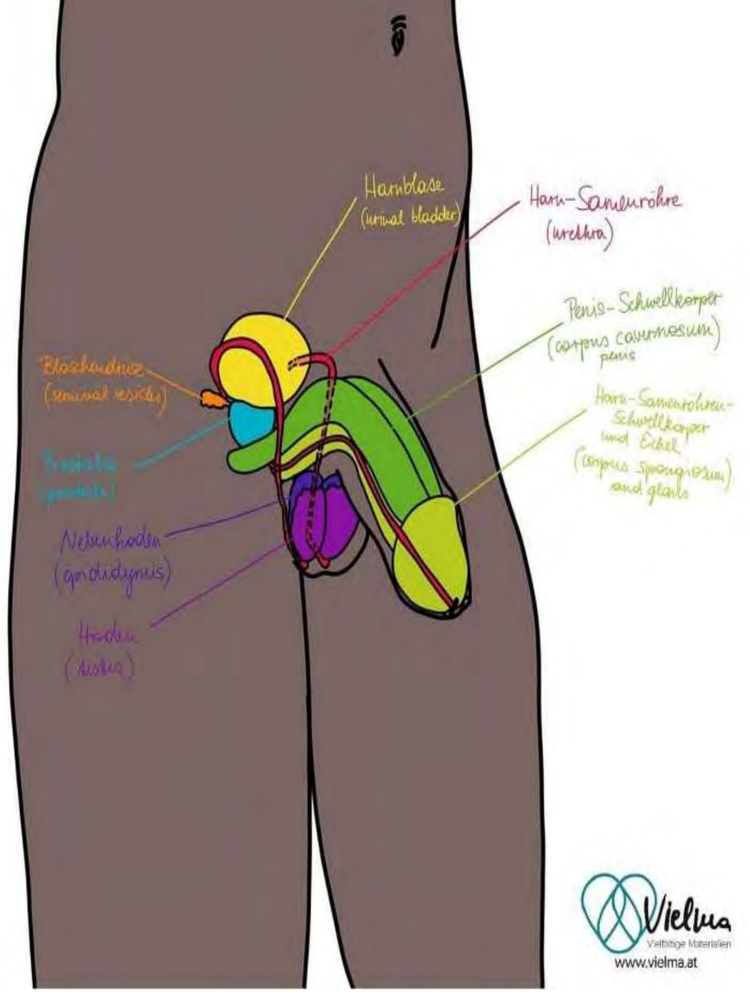
- Gleiche Strukturen werden differenziell ausgebildet, bleiben aber funktional ähnlich.
- Genitale Differenzierung als Variantenbildung, NICHT verschieden.

BEIER, BOSINSKI & LOEWIT, 2005









GONODUKTALE DIFFERENZIERUNG

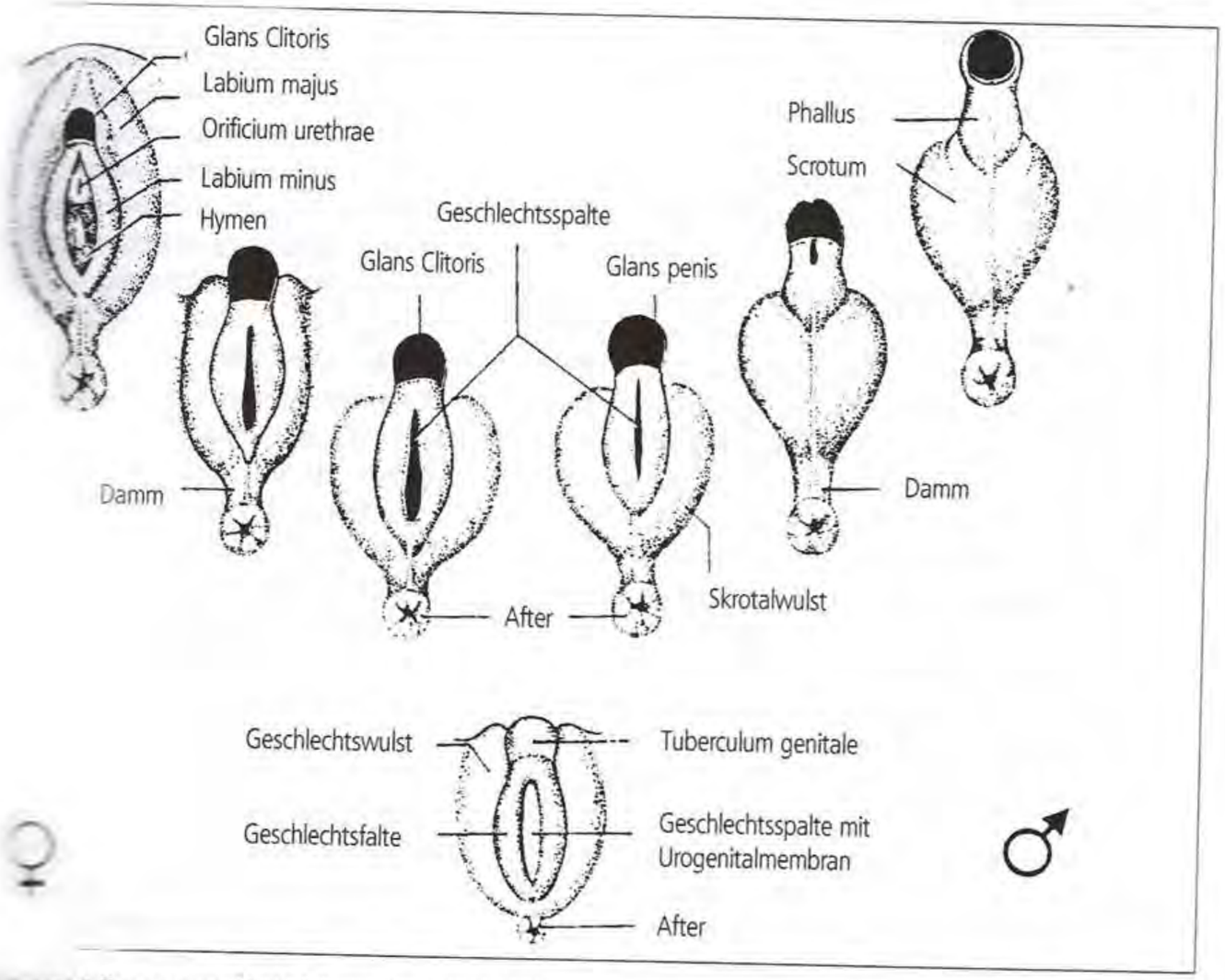
Anatomisch gleiche Genitalien die sich in (mehr als 2) verschiedenen Endstadien ausbilden, in ihrer Struktur aber gleich bleiben.

BIOLOGISCHES GESCHLECHTSSPEKTRUM

GONODUKTALE DIFFERENZIERUNG

„Bipotente“ Anlage somatosexueller Geschlechtsdifferenzierung

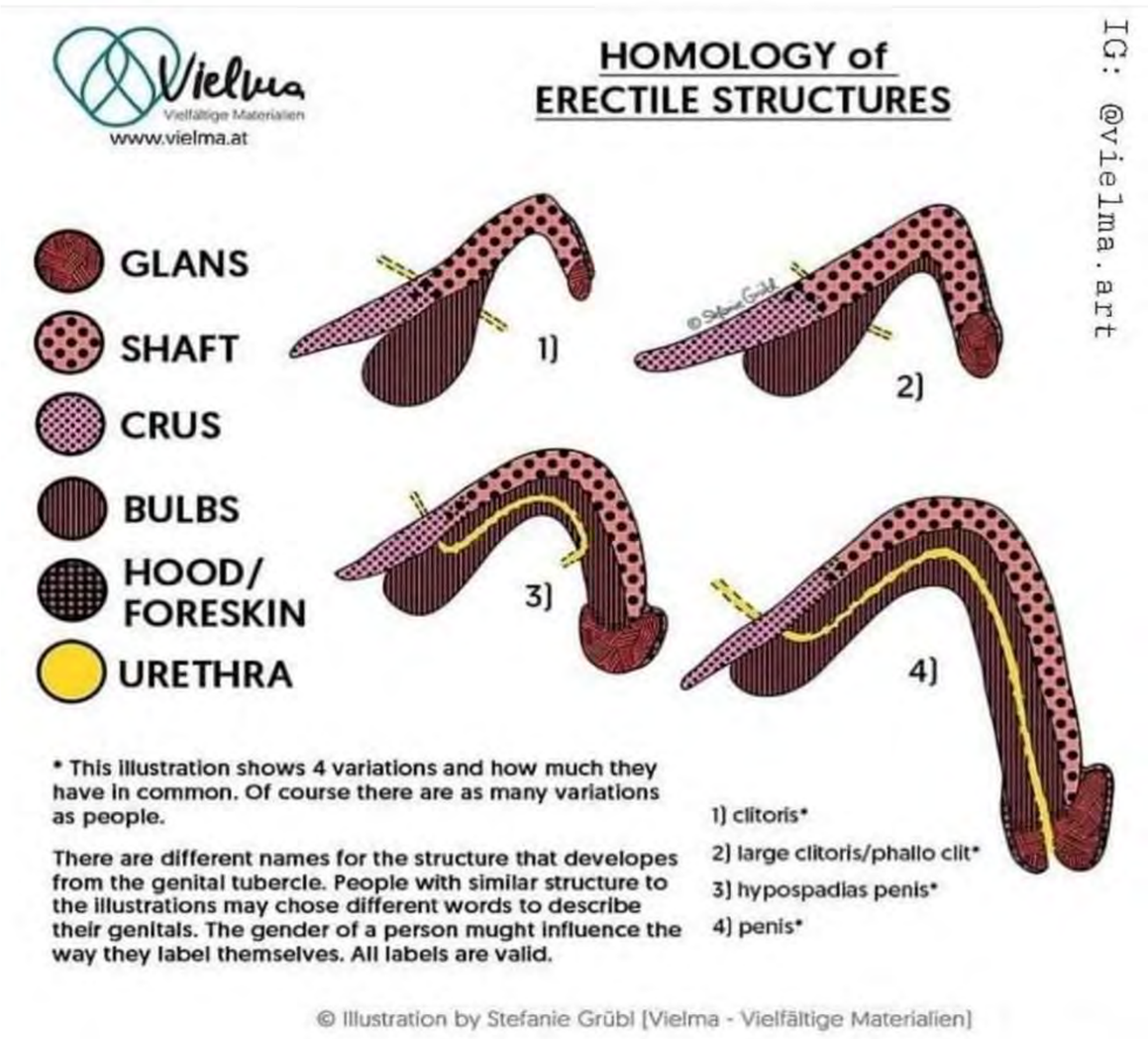
- Natürliche Abbildung des biologischen Geschlechtsspektrums
- Genitale Differenzierung als Variantenbildung, NICHT verschieden.



-Differenzierung. Nach: Schumacher (1986: 205)

BEIER, BOSINSKI & LOEWIT, 2005

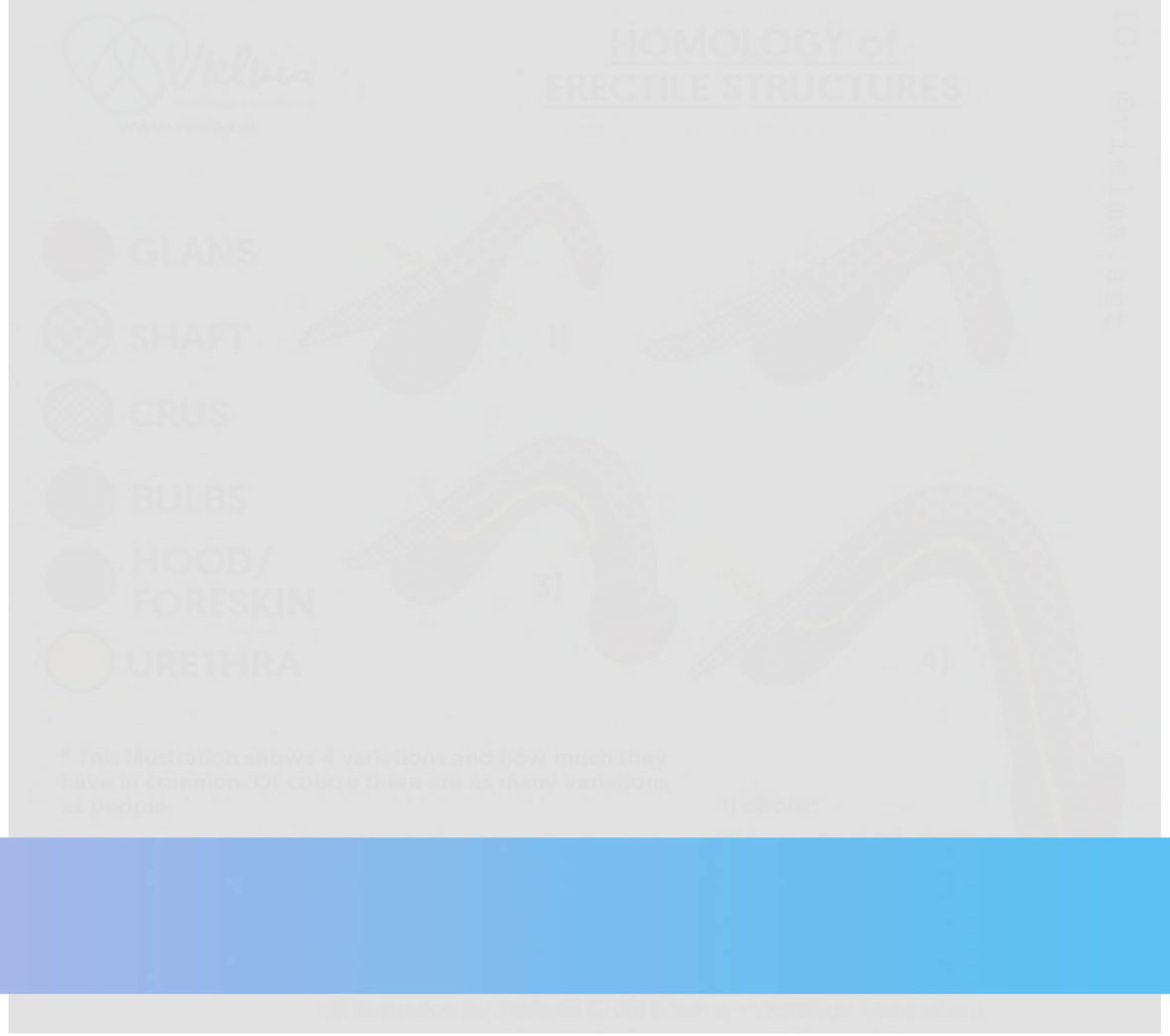




GENITALE DIFFERENZIERUNG

Die natürliche biologische Vielfalt erektiler Strukturen als visuelles Spektrum





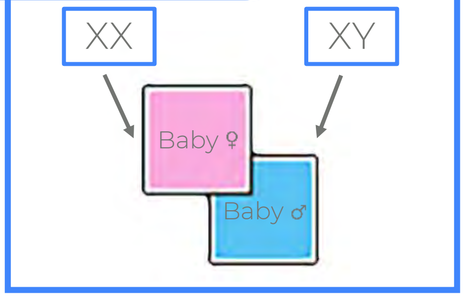
GENITALE DIFFERENZIERUNG

Die natürliche biologische Vielfalt erektiler Strukturen als visuelles Spektrum

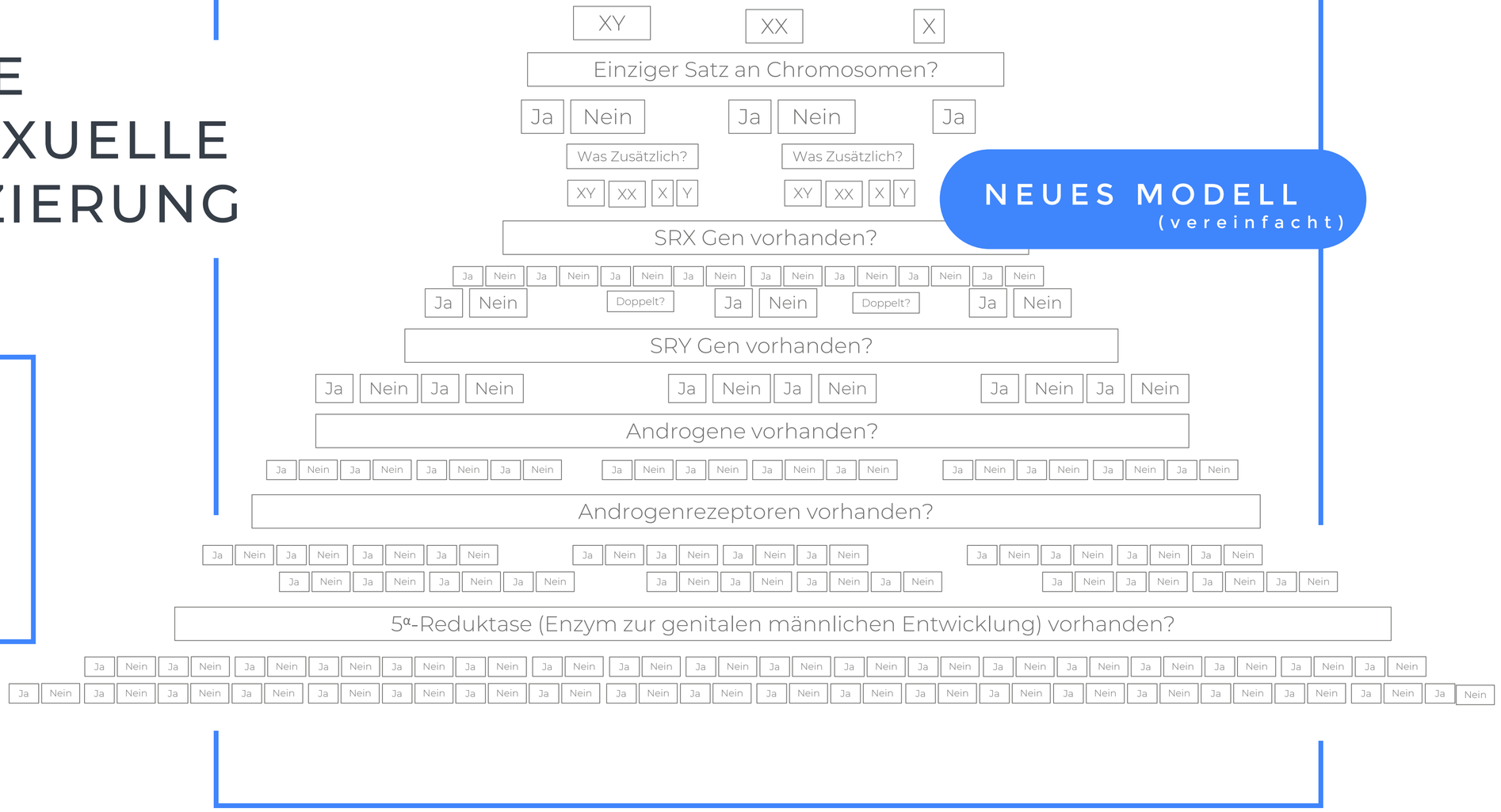
ZUSAMMENFASSUNG

PRÄNATALE SOMATOSEXUELLE DIFFERENZIERUNG

ALTES MODELL



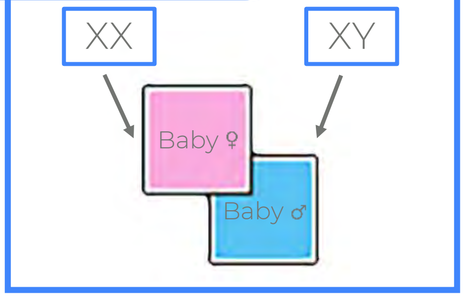
NEUES MODELL (vereinfacht)



ZUSAMMENFASSUNG

PRÄNATALE SOMATOSEXUELLE DIFFERENZIERUNG

ALTES MODELL



NEUES MODELL (vereinfacht)

XY | XX | X

Einziger Satz an Chromosomen?

Ja | Nein | Ja | Nein | Ja

Was Zusätzlich? | Was Zusätzlich?

XY | XX | X | Y | XY | XX | X | Y

SRX Gen vorhanden?

Ja | Nein | Doppelt? | Ja | Nein | Doppelt? | Ja | Nein

SRY Gen vorhanden?

Androgene vorhanden?

Androgenrezeptoren vorhanden?

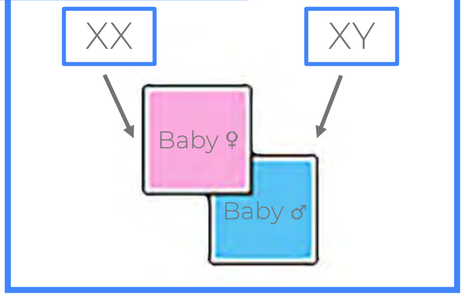
5α-Reduktase (Enzym zur genitalen männlichen Entwicklung) vorhanden?

Baby ♂ | Baby ♀

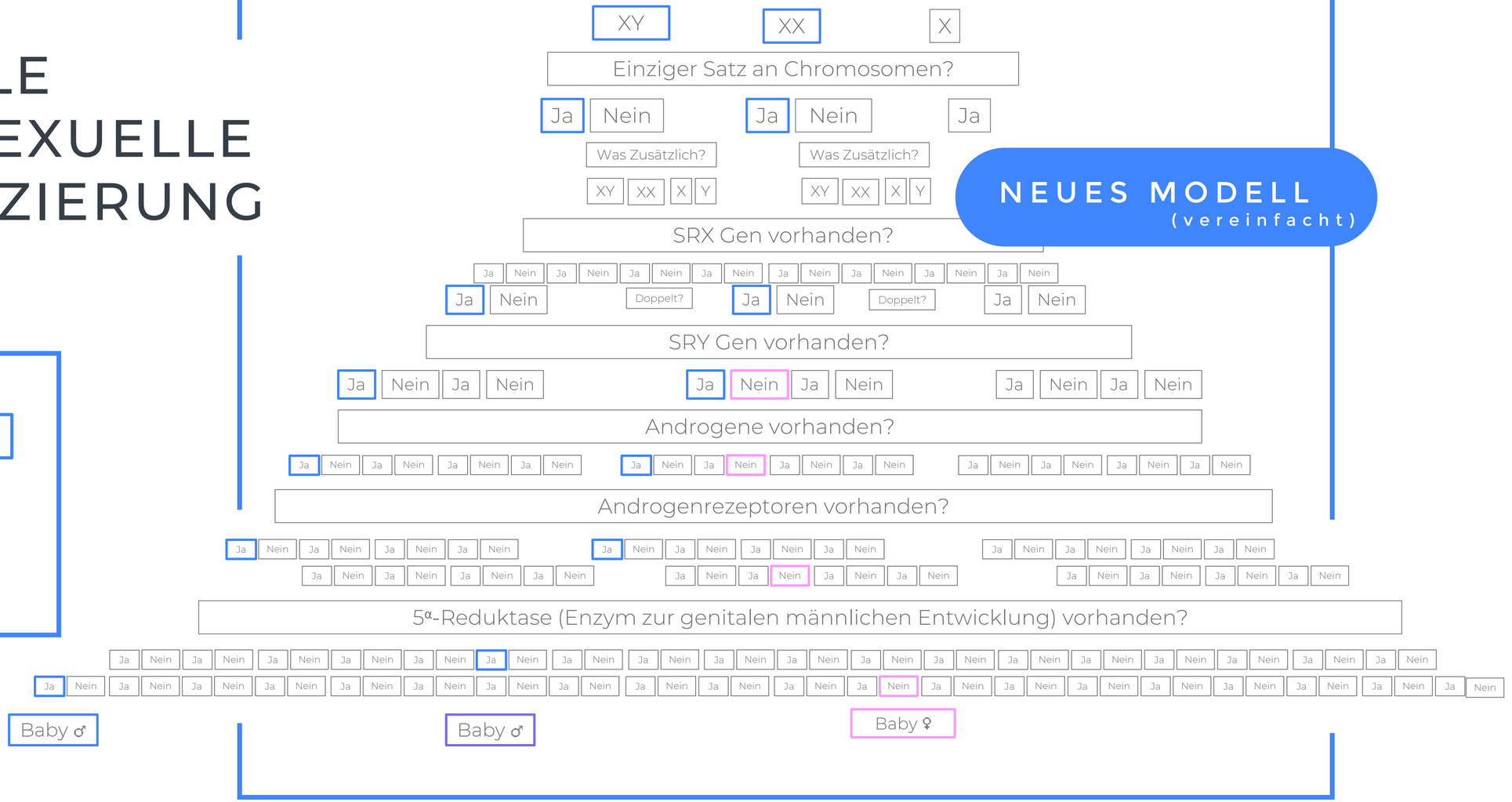
ZUSAMMENFASSUNG

PRÄNATALE SOMATOSEXUELLE DIFFERENZIERUNG

ALTES MODELL



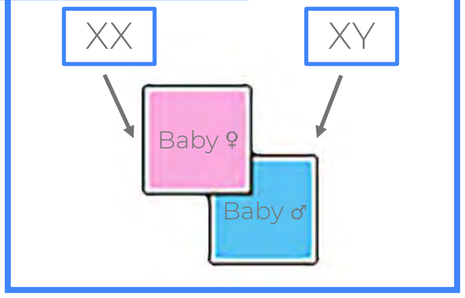
NEUES MODELL (vereinfacht)



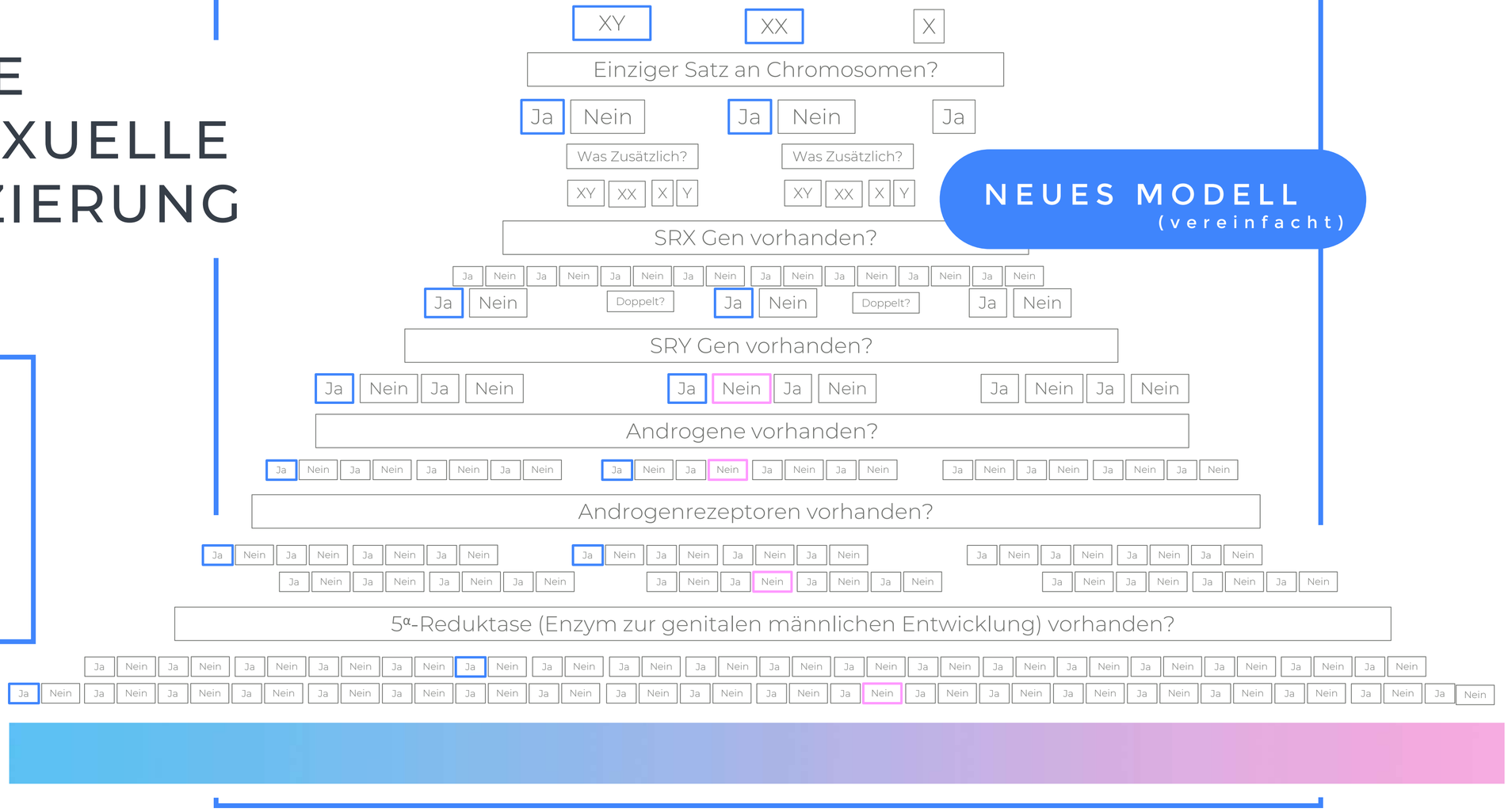
ZUSAMMENFASSUNG

PRÄNATALE SOMATOSEXUELLE DIFFERENZIERUNG

ALTES MODELL



NEUES MODELL (vereinfacht)





BIOLOGISCHES GESCHLECHTSSPEKTRUM

POSTNATALE SOMATOSEXUELLE DIFFERENZIERUNG

Bis zur Pubertät sind interindividuelle somatosexuelle Unterschiede zwischen Geschlechtern minimal, haben ihren Peak im Erwachsenenalter und reduzieren sich wieder drastisch nach Meno- und Andropause

BEIER ET AL., 2005; JOEL ET AL., 2013



5

GESCHLECHTSIDENTITÄT

Geschlecht = Wie wir uns fühlen und erleben?

PSYCHOLOGISCHES GESCHLECHTSSPEKTRUM

GESCHLECHTSIDENTITÄT

= das intrinsisch stimmige Gefühl, einer bestimmten Geschlechtsgruppe (oder anteilig mehreren Geschlechtsgruppen) anzugehören.

- **Unabhängig** von Zuweisungsgeschlecht, biologischen Geschlechtsmarkern, Geschlechtsausdruck, Geschlechtsrollenverhalten und Geschlechtserleben.
- Wie alle Identitätsmaße ist die persönliche Bedeutungszuweisung der Geschlechtsdimension für die eigene Identität ein **interindividuelles Spektrum.**

"Gender identity is a component of gender that describes a person's psychological sense of their gender. Many people describe gender identity as a deeply felt, inherent sense of being a boy, a man, or male; a girl, a woman, or female; or a nonbinary gender (e.g., genderqueer, gender-nonconforming, gender-neutral, agender, gender-fluid) that may or may not correspond to a person's sex assigned at birth, presumed gender based on sex assignment, or primary or secondary sex characteristics (APA, 2015a). Gender identity applies to all individuals and is not a characteristic only of transgender or gender-nonconforming individuals. Gender identity is distinct from sexual orientation; thus, the two must not be conflated (e.g., a gay transgender man has a masculine gender identity and a gay sexual orientation, a straight cisgender woman has a feminine gender identity and a straight sexual orientation)."

APA, 2022

GESCHLECHTSIDENTITÄT

JENSEITS DER GESCHLECHTS-BINARITÄT



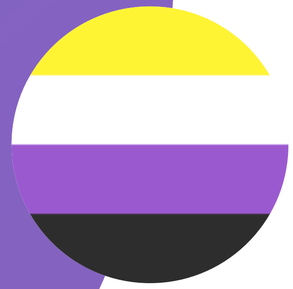
Weiblich und Männlich

Binäre cis und trans Identitäten



Intergeschlechtlich / inter*

Biologisch weder weiblich noch männlich, möglich auf chromosomaler, gonoduktaler, genitaler und hormoneller Ebene



Nichtbinär

Transmasc/Transfemme, multigender, bigender, pangender, polygender, genderfluid, demiboy /demigirl, androgyn, u.v.m: Geschlechtsidentität ist kein weiblicher oder männlicher Pol.



Agender

Genderneutral, Agender, gender nonconforming, genderquestioning, u.v.m.; geschlechtslos

GESCHLECHTSIDENTITÄT

EINFLUSSFAKTOREN

Kognitive & Motivationale Einflüsse

Selbstsozialisation, Geschlechtsidentität, - Stabilität und –Konstanz nach Kohlberg (veraltet), Geschlechtsschemata nach Martin & Halverson

Soziale Einflüsse

Internalisierungsprozesse sozialer Normen und Gruppendynamikeinflüsse gemäß der Theorie der Sozialen Identität nach Tajfel & Turner, angewandt nach Bem

Lernen am Modell

Übernahme von Rollenverhalten durch Vorbilder gemäß der sozial-kognitiven Theorie nach Bussey & Bandura

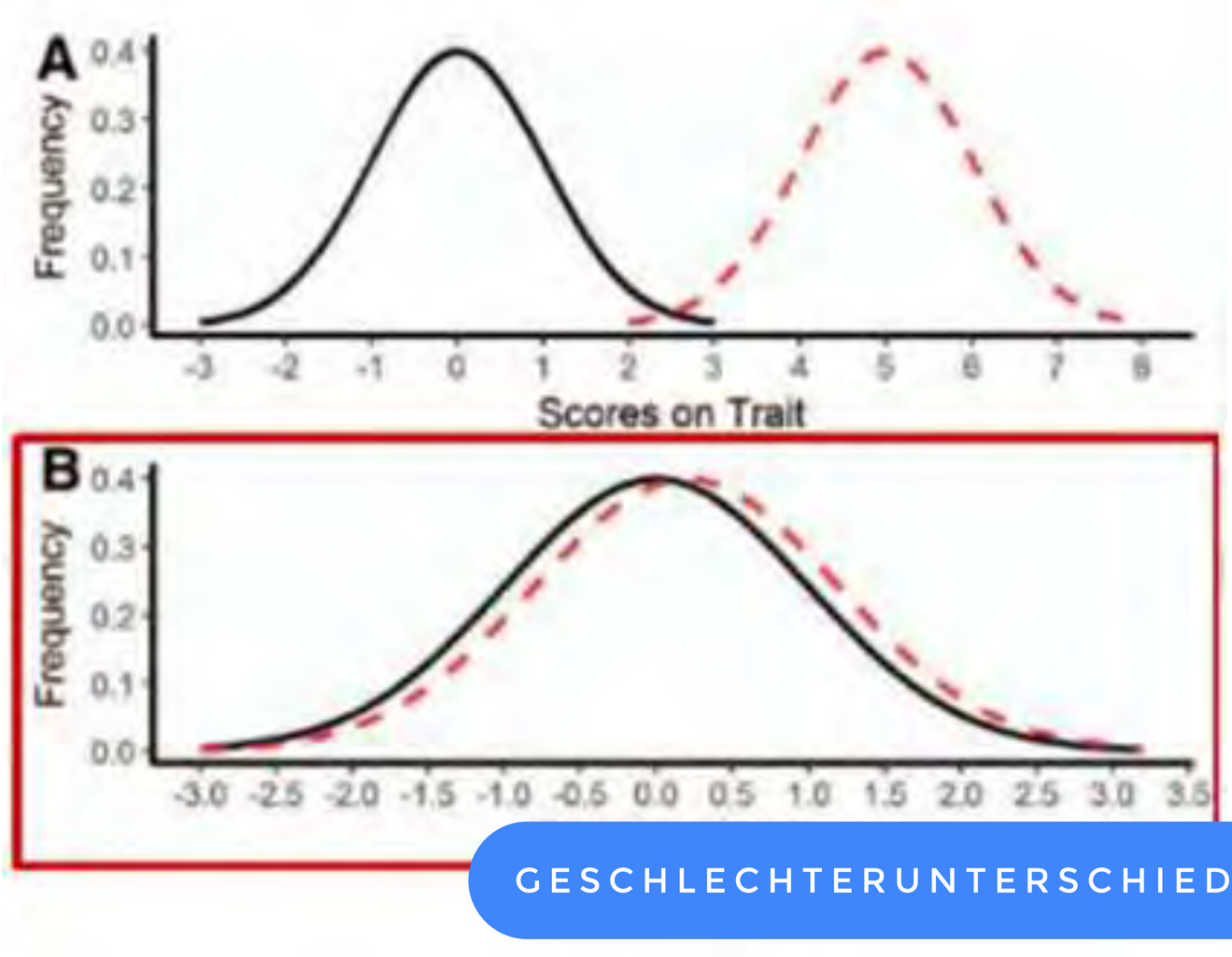
Kulturelle Einflüsse

Anpassung an geschlechtstypische Erwartungen innerhalb von gesellschaften Strukturen gemäß der Theorie der Sozialen Rollen nach Eagly

GESCHLECHTSIDENTITÄT

GENDER SIMILARITIES HYPOTHESIS

Geschlecht = Differenzen zwischen Gruppen?
Geschlechter ähneln sich sehr viel mehr als sie sich unterscheiden, Geschlechtstypische Attribute überlappen sich stark und können in nicht allen Kulturen statistisch festgestellt werden. (Hyde, 2005)



GESCHLECHTERUNTERSCHIEDE

HYDE, 2005; HYDE ET AL., 2019

Table 1
Major Meta-Analyses of Research on Psychological Gender Differences

Study and variable	Age	No. of reports	*d*
Cognitive variables			
Hyde, Fennema, & Lamon (1990)			
Mathematics computation	All	45	−0.14
Mathematics concepts	All	41	−0.03
Mathematics problem solving	All	48	+0.08
Hedges & Nowell (1995)			
Reading comprehension	Adolescents	5*	0.09
Vocabulary	Adolescents	4*	+0.06
Mathematics	Adolescents	6*	+0.16
Perceptual speed	Adolescents	4*	−0.28
Science	Adolescents	4*	+0.32
Spatial ability	Adolescents	2*	+0.19
Hyde, Fennema, Ryan, et al. (1990)			
Mathematics self-confidence	All	56	+0.16
Mathematics anxiety	All	53	−0.15
Feingold (1988)			
DAT spelling	Adolescents	5*	−0.45
DAT language	Adolescents	5*	−0.40
DAT verbal reasoning	Adolescents	5*	0.02
DAT abstract reasoning	Adolescents	5*	−0.04
DAT numerical ability	Adolescents	5*	−0.10
DAT perceptual speed	Adolescents	5*	−0.34
DAT mechanical reasoning	Adolescents	5*	+0.76
DAT space relations	Adolescents	5*	+0.15
Hyde & Linn (1988)			
Vocabulary	All	40	−0.02
Reading comprehension	All	18	−0.03
Speech production	All	12	0.33
Linn & Petersen (1985)			
Spatial perception	All	62	+0.44
Mental rotation	All	29	+0.73
Spatial visualization	All	81	+0.13
Voyer et al. (1995)			
Spatial perception	All	92	+0.44
Mental rotation	All	78	+0.56
Spatial visualization	All	116	+0.19
Lynn & Irwing (2004)			
Progressive matrices	6–14 years	15	+0.02
Progressive matrices	15–19 years	23	+0.16
Progressive matrices	Adults	10	+0.30
Whitley et al. (1986)			
Attribution of success to ability	All	29	+0.13
Attribution of success to effort	All	29	0.04
Attribution of success to task	All	29	−0.01
Attribution of success to luck	All	29	−0.07
Attribution of failure to ability	All	29	+0.16
Attribution of failure to effort	All	29	+0.15
Attribution of failure to task	All	29	−0.08
Attribution of failure luck	All	29	−0.15
Communication			
Anderson & Leaper (1998)			
Interruptions in conversation	Adults	53	+0.15
Intrusive interruptions	Adults	17	+0.33
Leaper & Smith (2004)			
Talkativeness	Children	73	−0.11
Affiliative speech	Children	46	−0.26
Assertive speech	Children	75	+0.11

(table continues)

← Mathe

← Sprache

← Mentale Rotation

← Attributionen

← Affiliative Sprache

Lächeln →

Aggression →

Verhandeln →

Hilfeverhalten →

Sexuelles Verhalten →

Führung →

Table 1 (*continued*)

Study and variable	Age	No. of reports	*d*
Communication (*continued*)			
Dindia & Allen (1992)			
Self-disclosure (all studies)	—	205	−0.18
Self-disclosure to stranger	—	99	−0.07
Self-disclosure to friend	—	50	−0.28
LaFrance et al. (2003)			
Smiling	Adolescents and adults	418	−0.40
Smiling: Aware of being observed	Adolescents and adults	295	−0.46
Smiling: Not aware of being observed	Adolescents and adults	31	−0.19
McClure (2000)			
Facial expression processing	Infants	29	0.18 to 0.92
Facial expression processing	Children and adolescents	89	−0.13 to −0.18
Social and personality variables			
Hyde (1984, 1986)			
Aggression (all types)	All	69	+0.50
Physical aggression	All	26	+0.60
Verbal aggression	All	6	+0.43
Eagly & Steffen (1986)			
Aggression	Adults	50	+0.29
Physical aggression	Adults	30	+0.40
Psychological aggression	Adults	20	+0.18
Knight et al. (2002)			
Physical aggression	All	41	+0.59
Verbal aggression	All	22	+0.28
Aggression in low emotional arousal context	All	40	+0.30
Aggression in emotional arousal context	All	83	+0.56
Bettencourt & Miller (1996)			
Aggression under provocation	Adults	57	+0.17
Aggression under neutral conditions	Adults	50	+0.33
Archer (2004)			
Aggression in real-world settings	All	75	+0.30 to +0.63
Physical aggression	All	111	+0.33 to +0.84
Verbal aggression	All	68	+0.09 to +0.55
Indirect aggression	All	40	−0.74 to +0.05
Stuhlmacher & Walters (1999)			
Negotiation outcomes	Adults	53	+0.09
Walters et al. (1998)			
Negotiator competitiveness	Adults	79	+0.07
Eagly & Crowley (1986)			
Helping behavior	Adults	99	+0.13
Helping: Surveillance context	Adults	16	+0.74
Helping: No surveillance	Adults	41	−0.02
Oliver & Hyde (1993)			
Sexuality: Masturbation	All	26	+0.96
Sexuality: Attitudes about casual sex	All	10	+0.81
Sexual satisfaction	All	15	−0.06
Attitudes about extramarital sex	All	17	+0.29
Murnen & Stockton (1997)			
Arousal to sexual stimuli	Adults	62	+0.31
Eagly & Johnson (1990)			
Leadership: Interpersonal style	Adults	153	−0.04 to −0.07
Leadership: Task style	Adults	154	0.00 to −0.09
Leadership: Democratic vs. autocratic	Adults	28	+0.22 to +0.34
Eagly et al. (1992)			
Leadership: Evaluation	Adults	114	+0.05
Eagly et al. (1995)			
Leadership effectiveness	Adults	76	−0.02

HYDE, 2005; HYDE ET AL., 2019

Table 1 (*continued*)

Study and variable	Age	No. of reports	*d*
Social and personality variables (continued)			
Eagly et al. (2003)			
Leadership: Transformational	Adults	44	−0.10
Leadership: Transactional	Adults	51	−0.13 to +0.27
Leadership: Laissez-faire	Adults	16	+0.16
Feingold (1994)			
Neuroticism: Anxiety	Adolescents and adults	13*	−0.32
Neuroticism: Impulsiveness	Adolescents and adults	6*	−0.01
Extraversion: Gregariousness	Adolescents and adults	10*	−0.07
Extraversion: Assertiveness	Adolescents and adults	10*	+0.51
Extraversion: Activity	Adolescents and adults	5	+0.08
Openness	Adolescents and adults	4*	+0.19
Agreeableness: Trust	Adolescents and adults	4*	−0.35
Agreeableness: Tendermindedness	Adolescents and adults	10*	−0.91
Conscientiousness	Adolescents and adults	4	−0.18
Psychological well-being			
Kling et al. (1999, Analysis I)			
Self-esteem	All	216	+0.21
Kling et al. (1999, Analysis II)			
Self-esteem	Adolescents	15*	+0.04 to +0.16
Major et al. (1999)			
Self-esteem	All	226	+0.14
Feingold & Mazzella (1998)			
Body esteem	All	—	+0.58
Twenge & Nolen-Hoeksema (2002)			
Depression symptoms	8–16 years	310	+0.02
Wood et al. (1989)			
Life satisfaction	Adults	17	−0.03
Happiness	Adults	22	0.07
Pinquart & Sörensen (2001)			
Life satisfaction	Elderly	176	+0.08
Self-esteem	Elderly	59	+0.08
Happiness	Elderly	56	−0.06
Tamres et al. (2002)			
Coping: Problem-focused	All	22	−0.13
Coping: Rumination	All	10	−0.19
Motor behaviors			
Thomas & French (1985)			
Balance	3–20 years	67	+0.09
Grip strength	3–20 years	37	+0.66
Throw velocity	3–20 years	12	+2.18
Throw distance	3–20 years	47	+1.98
Vertical jump	3–20 years	20	+0.18
Sprinting	3–20 years	66	+0.63
Flexibility	5–10 years	13	−0.29
Eaton & Enns (1986)			
Activity level	All	127	+0.49
Miscellaneous			
Thoma (1986)			
Moral reasoning: Stage	Adolescents and adults	56	−0.21
Jaffee & Hyde (2000)			
Moral reasoning: Justice orientation	All	95	+0.19
Moral reasoning: Care orientation	All	160	−0.28
Silverman (2003)			
Delay of gratification	All	38	−0.12
Whitley et al. (1999)			
Cheating behavior	All	36	+0.17
Cheating attitudes	All	14	+0.35

(table continues)

Computernutzung →

Arbeit →

← Big 5

← Selbstbewusstsein

← Lebenszufriedenheit

← Coping

← Greif-Stärke, Wurfweite & -Geschwindigkeit, Laufgeschwindigkeit, etc.

← Aktivitätslevel

← Moral

← Schummeln & Betrügen

Table 1 (*continued*)

Study and variable	Age	No. of reports	*d*
Whitley (1997)			
Computer use: Current	All	18	+0.33
Computer self-efficacy	All	29	+0.41
Konrad et al. (2000)			
Job attribute preference: Earnings	Adults	207	+0.12
Job attribute preference: Security	Adults	182	−0.02
Job attribute preference: Challenge	Adults	63	+0.05
Job attribute preference: Physical work environment	Adults	96	−0.13
Job attribute preference: Power	Adults	68	+0.04

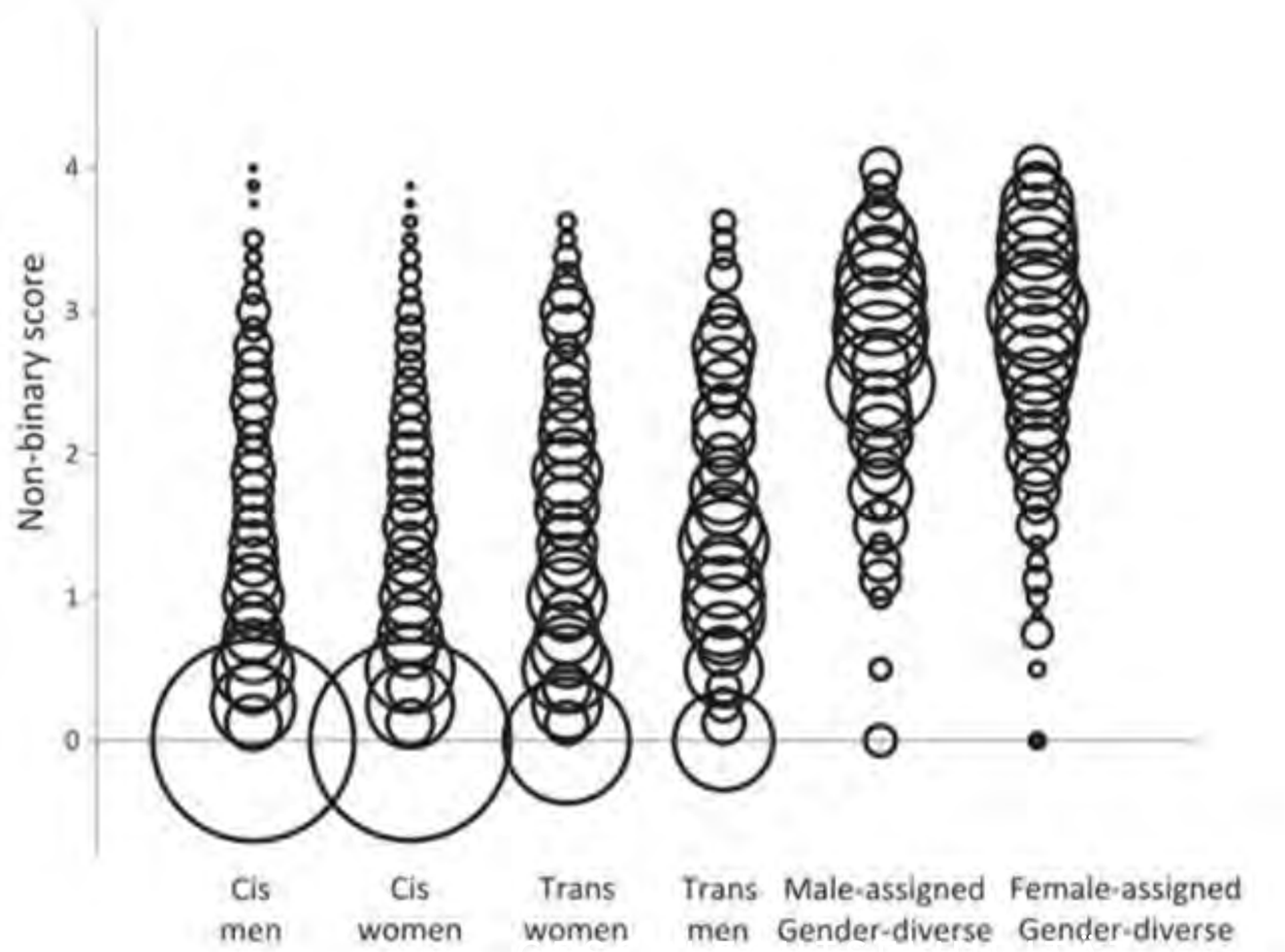
Note. Positive values of *d* represent higher scores for men and/or boys; negative values of *d* represent higher scores for women and/or girls. Asterisks indicate that data were from major, large national samples. Dashes indicate that data were not available (i.e., the study in question did not provide this information clearly). No. = number; DAT = Differential Aptitude Test.

HYDE, 2005; HYDE ET AL., 2019

GESCHLECHTSIDENTITÄT

ALLGEMEINE HETEROGENITÄT

Geschlecht = relativ?
Scatterplots zeigen große Variabilität
von Geschlechtsidentität zwischen cis, trans und genderqueeren Personen (Jacobsen & Joel, 2019)



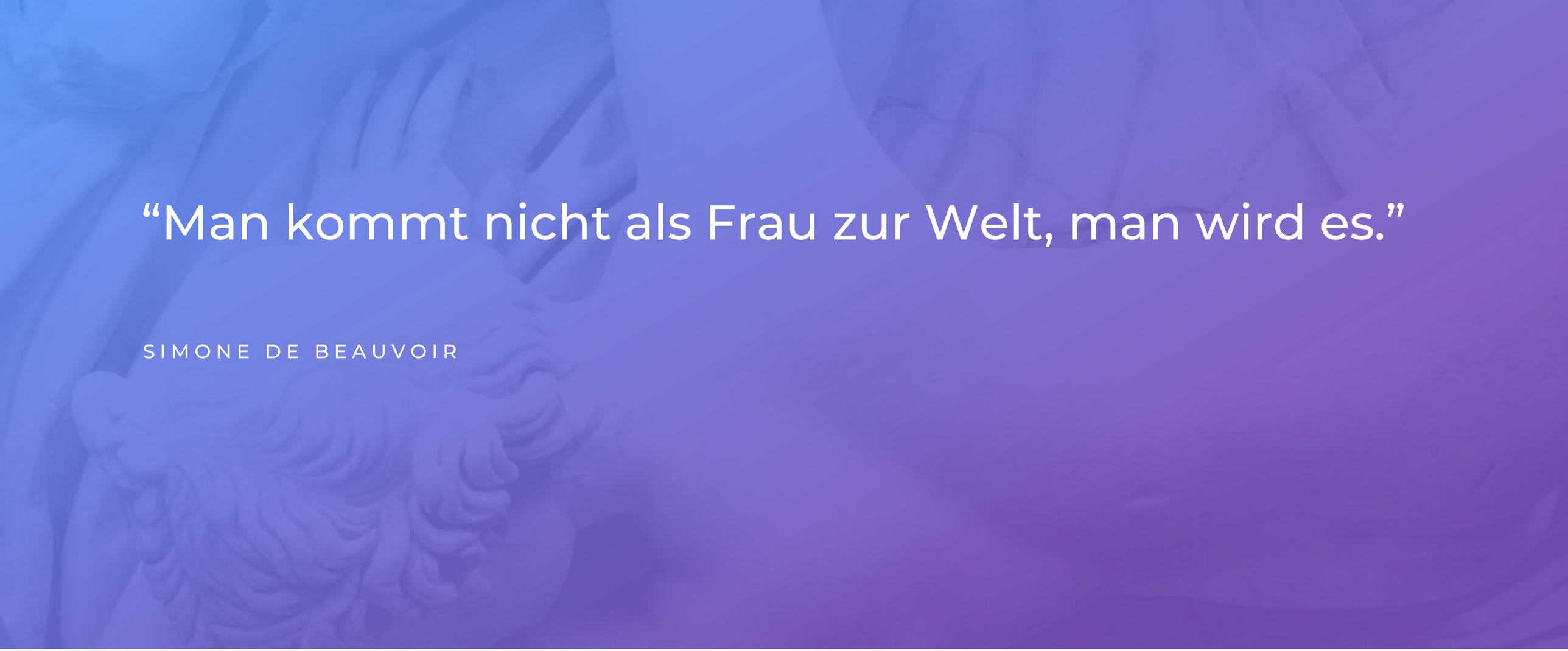
JACOBSEN & JOEL, 2019; HYDE ET AL., 2019



2.3

PERFORMATIVES GESCHLECHT

Geschlecht = Unsere Erwartung wie andere uns erleben? Was unsere Gesellschaft und Kultur diktiert?



“Man kommt nicht als Frau zur Welt, man wird es.”

SIMONE DE BEAUVOIR

Geschlechtsausdruck als performatives Element gelernter Geschlechterrollenbilder

SOZIALES GESCHLECHT

BESTANDTEILE UND AUFRECHTERHALTUNG



Soziale Normen

(deskriptiv und injunktiv) – Kulturinterne Zuschreibungen geschlechtstypischer Attribute und Geschlechtsstereotype

Geschlechtsidentität

Interindividuell unterschiedliche Kognitionen über die eigene Geschlechtszugehörigkeit

Geschlechterrollen

Geschlechtstypische Rollenverteilungen und Unterschiede in verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen (z.B. Familie, Beruf, Politik, Wissenschaft)

Geschlechtserleben

Das eigene Erleben der interindivuduellen Geschlechtsidentität in Relation zur zugeschriebenen und identifizierten

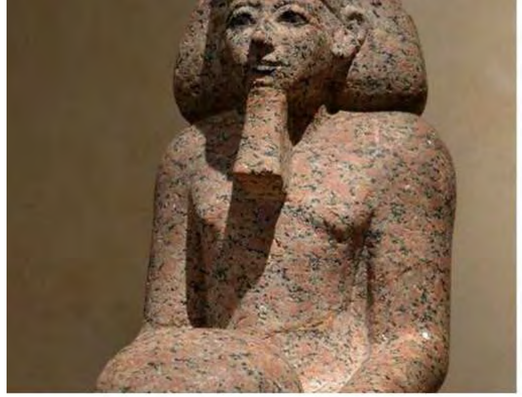
Geschlechtsausdruck

Unabhängiger äußerlicher Geschlechtsausdruck einer Person (z.B. durch Kleidung, Körpersprache, etc.)

SOZIALES GESCHLECHT

KULTUR-EINFLÜSSE

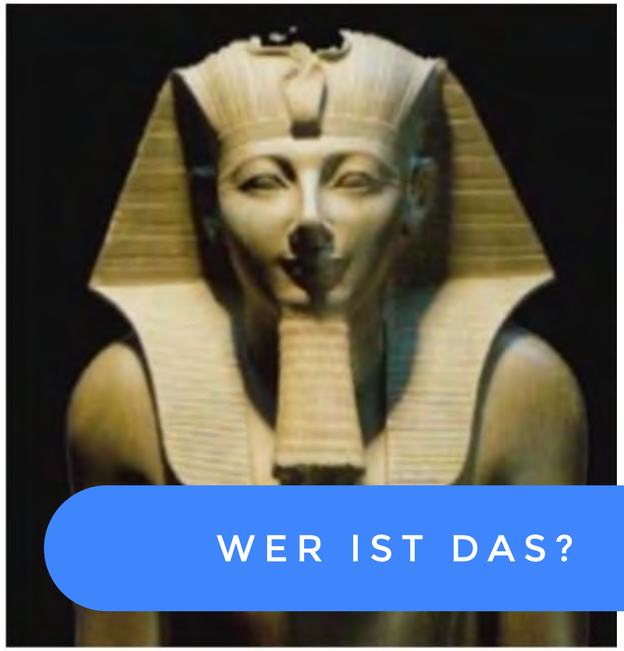
Geschlecht = Was unsere Kultur
als Geschlechtstypisch definiert?











WER IST DAS?



SOZIALES GESCHLECHT

KULTUR-EINFLÜSSE

Geschlecht = Was unsere Kultur
als Geschlechtstypisch definiert?



WER IST DAS?

SOZIALES GESCHLECHT

KULTUR-EINFLÜSSE

Geschlecht = Was unsere Kultur
als Geschlechtstypisch definiert?



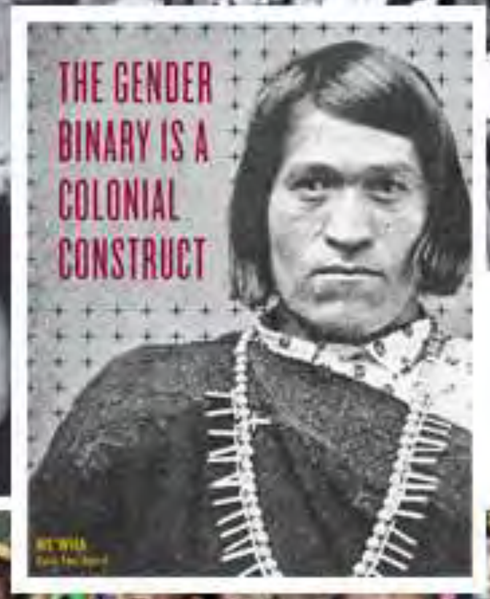
WER IST DAS?

















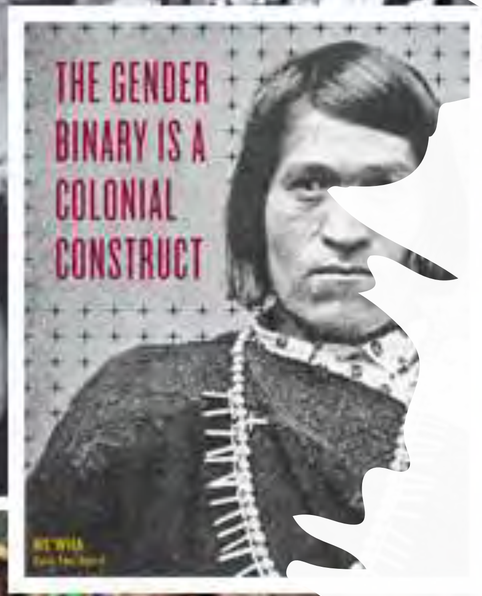


GESCHICHTE DER GESCHLECHTERNORMEN













GESCHICHTE DER GESCHLECHTERNORMEN

Jungpaläolithikum

- Jäger und Sammler: keine Hinweise auf geschlechtsspezifische Arbeitsteilungen zwischen Menschen

Antikes Ägypten

- Frauen haben hohe politische Ämter und können Pharaoninnen sein
- Frauen arbeiten, erben, betreiben Geschäfte
- Dennoch: Bart als Machtsymbol

Antikes Griechenland

- Geschlechtsverständnis: Ein Geschlecht, gebrochen durch Klasse.
- Männer = Ideal der Schöpfung
- Hermaphroditos als intergeschlechtliche Repräsentation weist darauf hin, das Intergeschlechtlichkeit bekannt (und als göttlich) angesehen wurde

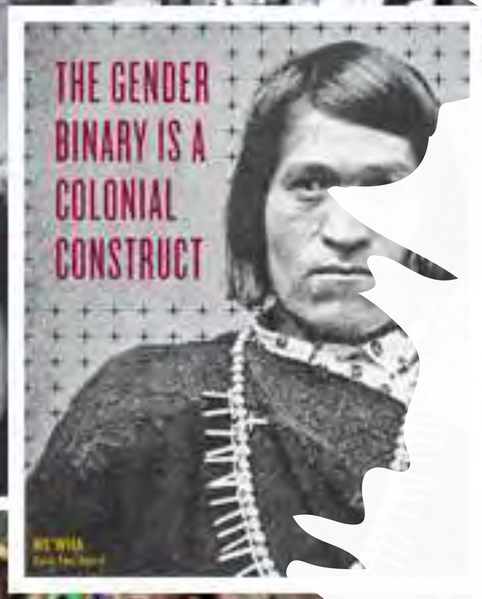
Römisches Reich

- 220 AD: moderne Geschichtswissenschaft beschreibt Kaiser Elagabal als transgender: Er trägt Frauenkleider und schreibt Belohnung aus für Ärzte, die geschlechtskorrigierende OPs durchführen sollen
- Unterdrückung und Rechtlosigkeit von Frauen













GESCHICHTE DER GESCHLECHTERNORMEN

Arabische Halbinsel

- Chanith/Khanith ist die Bezeichnung für Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht, die die männliche Geschlechterrolle ablehnen
- „Zwischenstatus“, werden weder der Kategorie Frau noch Kategorie Mann zugeteilt

Samoa und Polynesia

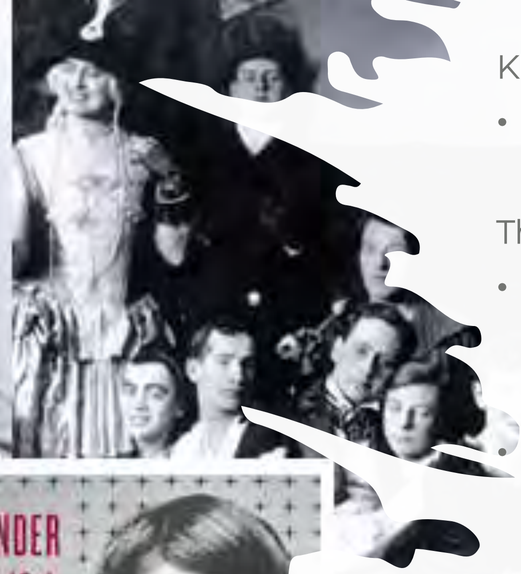
- Fa‘afafine („wie eine Frau/ in der Art einer Frau) bezeichnet Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht, die sozial als Frau erzogen und betrachtet werden.
- Übernehmen weibliche Geschlechtsrolle, übernehmen Carearbeit und weibliche Arbeitsaufgaben
- Werden als eigenständiges soziales Geschlecht behandelt

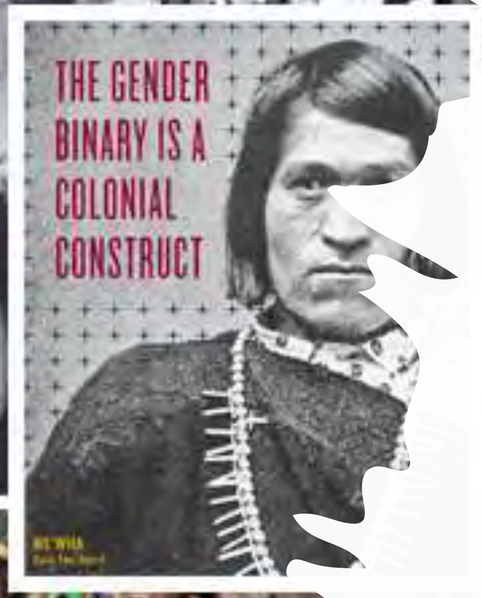
Albanien

- Westeuropäische Reisende berichten im 18. Jhd von der langen Tradition der Burrnesha „Jung-Frauen“ oder „Mannfrauen“): Dies sind Personen mit weiblichen Zuweisungsgeschlecht die in der Gesellschaft männliche Geschlechtsrollen übernehmen und die Position des Familienoberhauptes übernehmen darf













GESCHICHTE DER GESCHLECHTERNORMEN

Khmer

- Kathoey/Katoy ist die Bezeichnung für inter Personen

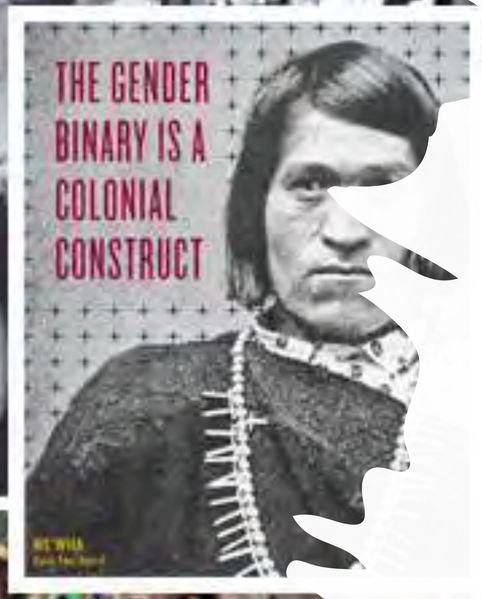
Thailand und Laos

- Kathoey/Katoy wird als Leihwort der Khmer übernommen und bezeichnet nicht nur inter Personen sondern auch transgender Personen; speziell aber Transfrauen
- Katoy ist über buddhistischen Einfluss als normale Geschlechtsvarianz gesehen, erst durch westlichen Einfluss beginnt Stigmatisierung
- Englischsprachige Reisende Thailands bezeichnen die Katoy erstmals als Ladyman, Ladyboy oder Shemale













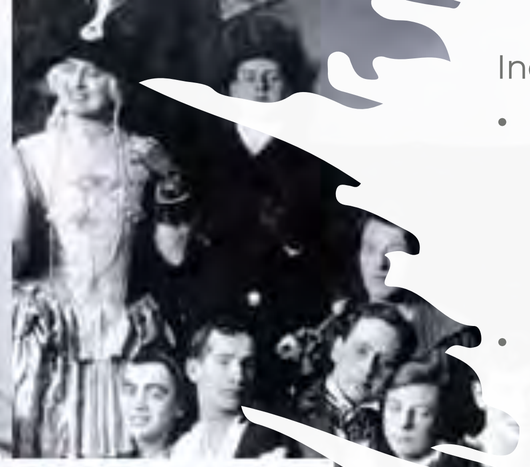
GESCHICHTE DER GESCHLECHTERNORMEN

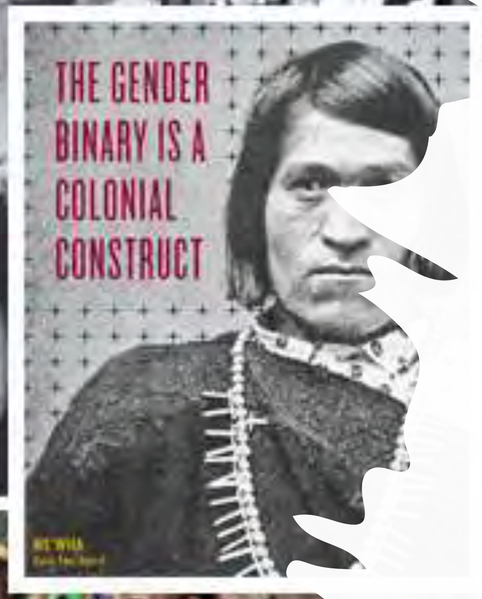
Japan

- Futanari („zweierlei sein“) beschreibt seit jeher in Japan Zweigeschlechtlichkeit oder Intergeschlechtlichkeit, wird in der heutigen Umgangssprache aber nur für Personen mit weiblichem Geschlechtsausdruck genutzt
- Wakashu bezeichnet ein fluides Geschlecht und gilt als Schönheitsideal
- Im Japanischen Volksglauben und traditionellen Gesangsstücken kommen Geschlechtswechsel vor
- Aberglaube: Abhängig von der Mondphase ist das Geschlecht wechselbar
- Shirabyoshi: in der Heianzeit (12-14-Jhd) führen Tänzer in Frauenkleidung traditionelle Tänze auf
- Mit Einfluss des Westens wurden nicht binäre Geschlechtsformen stigmatisiert













GESCHICHTE DER GESCHLECHTERNORMEN

Indigene Völker Nordarmerikas

- 1000 v.Chr.: Hinweise auf Mehrgeschlechtlichkeit, sowie der Norm, dass gelebte (multiple) Geschlechtsrollen und Sexualität nicht über das soziale Geschlecht einer Person bestimmen
- Lange Kultur der Mehrgeschlechtlichkeit welche als göttlich angesehen wird. „Two-spirit“; Häufig Schamanen: durch mehrgeschlechtlichkeit seien sie dem Göttlichen am Nächsten

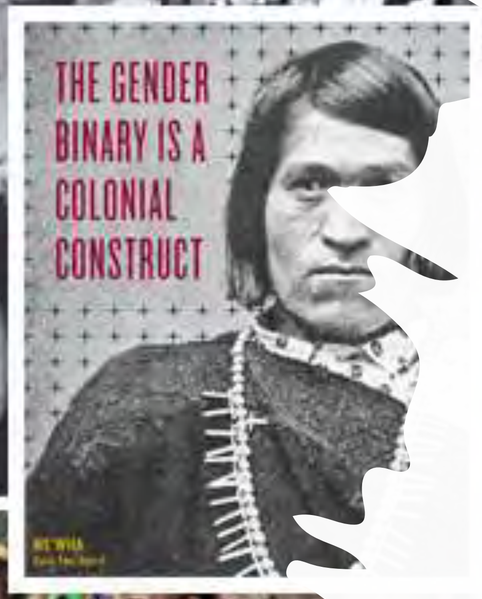
Indien

- Um 500 ist im Sanskrit-Epos Mahabharata der Krieger Shikhandi beschrieben, welche als Frau geboren sei und sich wie ein Mann verhielte und kämpfe: Er tausche sein Geschlecht mit einem Waldgeist und heiratete eine Frau
- Als Hijra/Hidschra (vom Wort „fliehen“) werden sowohl inter und trans Personen bereits in alten Babylonischen Schriften sowie im Kamasutra erwähnt
- Seit der Ära der Britischen Besetzung wird der Begriff abfällig gebraucht und Hijra werden stigmatisiert
- In einigen buddhistischen Ursprungsmythen werden drei Geschlechter genannt













GESCHICHTE DER GESCHLECHTERNORMEN

Europäisches Mittelalter

- Idealbild Frau: Heiligkeit/Keuschheit. Familie= zweite Wahl

16.- 18. Jhd.

- Mysogyn-motivierte Verbrennung Marienbilder, Kampf gegen weibliche Spiritualität
- Reformation: Neues Ideal=Mutter und Ehefrau, Rolle der Nonne stigmatisiert und defamiert
- Rousseau schreibt nun: Rolle der Frau=zu Hause bei den Kindern; Rolle des Mannes= die Welt zu erobern (er selbst gibt seine Kinder „aus ökonomischen“ Gründen ins Heim.)
- Pestalozzi drückt dies in Deutschland am radikalsten durch. Das „Weltweib“ soll zur Mutter werden

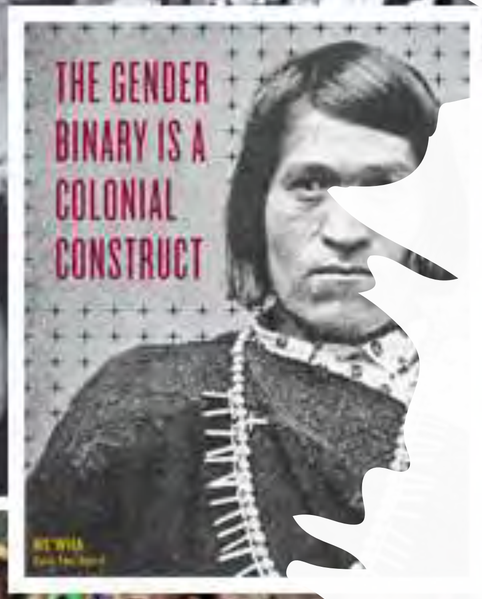
Geschlecht und der Kolonialismus

- Ab dem 16.Jh kolonialisierten Europäer*innen im großen Ausmaß den Rest der Welt. Sie führen oft gewaltsam binäre Geschlechtermodelle und -Normen ein, die vielen Völkern unbekannt sind













GESCHICHTE DER GESCHLECHTERNORMEN

19. & 20. Jhd.

- Frauen: Gesellschaftlichen Status jetzt erst dann, wenn sie Mutter wird. Schatten im Hintergrund (männlicher) Kinder
- Magnus Hirschfeld begründet 1897 das „wissenschaftlich-humanitäre Komitee“ und eröffnet 1919 das Institut für Sexualwissenschaften in Berlin. Hirschfeld kennt zu dieser Zeit mehr Intersexuelle Varianten, als wir es heute tun
- Freud reproduziert gängige Geschlechternomen des beginnenden 20. Jahrhundert und erhebt die Mütterlichkeit erstmals zum Instinkt. Frau auch bei ihm = Mutter
- Berlin 20er Jahre: Genderqueere Community und Offenheit → verfolgt durch Nazis
- Nazi Deutschland „adelt“ radikal den Mutterstatus durch das „Mutterkreuz“ in Bronze, Silber und Gold

Mitte 20. Jhd bis 21. Jhd

- Kommerzialisierung von Geschlechterrollen: Geschlechternormen sind jetzt marktwirtschaftlich rentabel (Stichwort „Pink-Tax“ & Ü-Eier)
- Erste (ab 1910) bis 4. Welle des Feminismus mit je eigenen Schwerpunkten
- Erkenntnis der natürlichen Variabilität von Geschlechtshormonen (z.B. durch aktive Vaterschaft → Oxytozin & Testosteronbeeinflussung)
- Konzeptualisierung patriarchaler Strukturen u.v.m.



SOZIALES GESCHLECHT

DOING GENDER

Geschlecht = Verhalten?
Geschlecht als omnirelevante Routine, die in sozialen Alltagsinteraktionen habituell, automatisiert und unsichtbar performt wird. Sichtbarmachung erst bei “Abweichung” vom Geschlechtsstereotyp.

WEST & ZIMMERMANN, 1987

SOZIALES GESCHLECHT

GENDER PERFORMATIVITY

Geschlecht = Performanz, die erst das Geschlechtskonzept kreiert?

Geschlecht durch Performanz, die erst Realität wird durch Wiederholung, Weitergabe und Aufrechterhaltung. In der ständigen Wiederholung setzen sich Strukturen fest: Beeinflusst durch Normen (von geschechtstypischen Verhaltenserwartungen bis Körper- oder Schönheitsideale) verhalten wir uns, wie unsere Gesellschaft dies erwartet; dieses Verhalten wiederum prägt unseren Körper und Geist geschlechtstypisch: Beim Sprechen, Kleiden, Bewegen, Verhalten, Interagieren, Platzeinnahme, Emotionsausdruck, Bedürfnisbefriedigung, Sozialem Austausch, Micro-Actions, u.v.m.

“To say that gender is performative is a little different because for something to be performative means that it produces a series of effects. We act and walk and speak and talk in ways that consolidate an impression of being a man or being a woman. […] Our gender is our expressions and behaviors rather than those expressions and behaviors being the result of some underlying gender identity.”

BUTLER, 1988



3

KONSEQUENZEN FÜR DIE PRAXIS

Leidensdruck gesellschaftlich gemacht, gesellschaftlich gelöst

HÄUFIGKEIT

Zahlen (Daten: FRA, 2020; aufbereitet vom LSVD Lesben und Schwulenverband)
N=140.000, davon 14% trans Personen (hier: nichtbinär inkludiert)

Prävalenz „Trans“ (ohne NB) aus früheren Studien: ø 0.61% (Achtung, Definitionen unterschiedlich!)

Coming-Out

- Coming-Out Selbst: Linksverteilung, Range <5 bis 54J., Median: 10-14J. (26%); 64% wissen es bis zum einschließlich 14. Lebensjahr.
- Coming-Out Fremd: Rechtsverteilung, Range <5 bis 54, Median: 18-24J. (21%); Nur 15% haben es bis zum einschließlich 14. Lebensjahr mindestens einer Person mitgeteilt, 12% haben es nie erzählt

Geschlechtskorrigierende* Maßnahmen

- Rechtsverteilung, Range <5 bis 54, Median: 25-34J. (42%)
- 46% haben sich keinerlei geschlechtskorrigierender Maßnahmen unterzogen

EU GRUNDRECHTEAGENTUR, 2020; LSVD LESBEN UND SCHWULENVERBAND, 2020

HÄUFIGKEIT

Zahlen (Daten: FRA, 2020; aufbereitet vom LSVD Lesben und Schwulenverband)
N=140.000, davon 14% trans Personen (hier: nichtbinär inkludiert)

Offenheit im Alltag

- 24% der trans (und nb) Befragten vermeiden es komplett ihr Geschlechts mittels physischer Erscheinung auszudrücken; 29% vermeiden es manchmal bis häufig, 47% vermeiden es nicht
- 33% der trans (und nb) Befragten vermeiden es oft oder immer, in der Öffentlichkeit mit Partner*innen Händchen zu halten
- 31% der trans (und nb) Befragten vermeiden oft oder immer bestimmte Plätze und Orte aus Angst vor Gewalt oder Belästigung
- 31% der trans (und nb) Befragten sind am Arbeitsplatz vollkommen ungeoutet

EU GRUNDRECHTEAGENTUR, 2020; LSVD LESBEN UND SCHWULENVERBAND, 2020

LEIDENSDRUCK: MINORITY STRESS

(Sexual) Minority Stress

“Minority stress is the relationship between minority and dominant values and resultant conflict with the social environment experienced by minority group members.” APA, 2012

Das Modell beschreibt Stressprozesse, darunter Vorurteilserfahrungen, Ablehnungserwartungen, Verstecken, Verheimlichen, internalisierte Ablehnung und Negativität und ameliorative Bewältigungsprozesse (Meyer, 2003) mit Stressoren die einzigartig, chronisch und sozial sind.

Erhöhtes Risiko für…

- Diskriminierungserfahrungen und daraus resultierenden physischen und psychischen Problemen (Williams, Neighbors, & Jackson, 2003)
- LGBTQIA+ Männer*: Risk-taking behavior, insbesondere Polysubstanzkonsum (Kalichman & Cain, 2004; Kashubeck-West & Szymanski, 2008) und STIs (Halkitis, Zade, Shrem, & Marmor, 2004)

Microaggressionen (Pierce, 1970)

Alltägliche verbale, verhaltensbezogene oder umweltbedingte Beleidigungen/Herabwürdigungen, die absichtlich oder unabsichtlich feindselige, abwertende oder negative Einstellungen gegenüber stigmatisierten oder kulturell marginalisierten Gruppen vermitteln.

- Sonderform: Microdysphorien für Alltagssituation in Bezug auf die Geschlechtsidentität

KLASSIFIKATION

Vorgesehen im ICD-11

- **Geschlechtsinkongruenz im Jugend- und Erwachsenenalter (nach ICD -10: Transsexualismus):** Dauerhafte mangelnde Übereinstimmung zwischen der individuellen Geschlechtsidentität und dem aufgrund körperlicher Geschlechtsmerkmale zugewiesenen Geschlecht. Es besteht häufig der Wunsch, durch medizinische Behandlung das Geschlecht anzugleichen.
- **Geschlechtsinkongruenz des Kindesalters (nach ICD -10: Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters):** Über zwei Jahre anhaltende mangelnde Übereinstimmung zwischen der individuellen Geschlechtsidentität und dem zugewiesenen Geschlecht bereits vor Eintreten der Pubertät. Es besteht häufig der Wunsch, das Geschlecht anzugleichen.

Nach ICD -10

Transsexualität (F64.0): Der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen.

Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen (F64.1): Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung, um die zeitweilige Erfahrung der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht zu erleben. Der Wunsch nach dauerhafter Geschlechtsumwandlung oder chirurgischer Korrektur besteht nicht; der Kleiderwechsel ist nicht von sexueller Erregung begleitet.

MARCHEWKA ET AL., 2023

KOMORBIDITÄT & DIFFERENZIALDIAGNOSTIK

Komorbidität

- Suizidalität
- Depression
- Sexuelle Funktionsstörungen
- Essstörungen
- Soziale Phobie
- Agoraphobie
- Angststörungen

Differenzialdiagnostik

- Körperdysmorphe Störung
- Crossdressing (Transvestismus nicht mehr im ICD-11 als Störung gefasst sondern normales Spektrum von Geschlechtsausdruck)
- Fetisch (nicht mehr im ICD-11 als Störung gefasst sondern normales Spektrum sexueller Erregung)
- Historisch häufig genannt aber viele Einzelhinweise, dass überschätzt: Autogynäphilie
- Wahn → Sehr selten, aber falls vorhanden, immer zuerst die psychotische Störung behandeln

MARCHEWKA ET AL., 2023

GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNG

Gesetzliche Regelung: Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (Transsexuellengesetz - TSG)

- Regelt u.A. Namensänderung und Geschlechtseintrag

GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNG

Erster Abschnitt
Änderung der Vornamen

Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis

§ 1 Voraussetzungen

(1) Die Vornamen einer Person sind auf ihren Antrag vom Gericht zu ändern, wenn

1. sie sich auf Grund ihrer transsexuellen Prägung nicht mehr dem in ihrem Geburtseintrag angegebenen Geschlecht, sondern dem anderen Geschlecht als zugehörig empfindet und seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben,
2. mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass sich ihr Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nicht mehr ändern wird, und
3. sie
   a) Deutscher im Sinne des Grundgesetzes ist,
   b) als Staatenloser oder heimatloser Ausländer ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat,
   c) als Asylberechtigter oder ausländischer Flüchtling ihren Wohnsitz im Inland hat oder
   d) als Ausländer, dessen Heimatrecht keine diesem Gesetz vergleichbare Regelung kennt,
      aa) ein unbefristetes Aufenthaltsrecht besitzt oder
      bb) eine verlängerbare Aufenthaltserlaubnis besitzt und sich dauerhaft rechtmäßig im Inland aufhält.

(2) In dem Antrag sind die Vornamen anzugeben, die der Antragsteller künftig führen will.

Welche Konnotationen kommen mit dieser Sprache auf? Welche Normen werden damit vermittelt?

Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis

Zweiter Abschnitt
Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit

Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis

§ 8 Voraussetzungen

(1) Auf Antrag einer Person, die sich auf Grund ihrer transsexuellen Prägung nicht mehr dem in ihrem Geburtseintrag angegebenen, sondern dem anderen Geschlecht als zugehörig empfindet und die seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben, ist vom Gericht festzustellen, daß sie als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, wenn sie

1. die Voraussetzungen des § 1 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 erfüllt,
2. (weggefallen)
3. dauernd fortpflanzungsunfähig ist und
4. sich einem ihre äußeren Geschlechtsmerkmale verändernden operativen Eingriff unterzogen hat, durch den eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts erreicht worden ist.

?!!

Was heißt das für nicht-binäre Personen?

(2) In dem Antrag sind die Vornamen anzugeben, die der Antragsteller künftig führen will; dies ist nicht erforderlich, wenn seine Vornamen bereits auf Grund von § 1 geändert worden sind.

TRANS & NB IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNG

- Aktuell noch: Das 40 Jahre alte **Transsexuellengesetz** (einsehbar hier: https://www.gesetze-im-internet.de/tsg/BJNR016540980.html)
- Von der Ampel aktuell in Arbeit: Das neue **Selbstbestimmungsgesetz**
- Therapie vs. Gutachtenstellung
- Rechtlich ist eine Therapie im Fall Transidentität nicht verpflichtend, es gibt aber Urteile und Richtlinien, die diese Verpflichtung bindent machen:
    - BSG Urteil 1987: Urteil in dem festgelegt wurde, dass **OP erst nach Ausschöpfung psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung** möglich ist
    - Standards of Care 1997: Festlegung dass **Therapie neutral ggü. dem transidenten Wunsch** sein muss, also weder diesen Wunsch forcieren noch ihn auflösen soll, jedoch in jedem Fall **VOR Einleitung einer somatischen Behandlung** stehen soll
    - MDK-Richtlinien 2009: Festlegung eines **mehrstufigen Behandlungsmodell** in dem in jedem Fall die **Psychotherapie inklusive „Alltagstest“ enthalten sein muss**
    - Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People: Ausgedehnter, langwieriger Alltagstest als diskriminierender, bevormundender und belastender Prozess soll verkürzt werden
    - MDK-Richtlinien 2020: Anpassung der Richtlinie, die die Therapiedauer geändert hat

→ Kein formeller, aber de facto Zwang: Ohne mindestens 6-Monatige Therapie (mindestens 12 Sitzungen á 50 Min.) kann und wird kein positives Indikationsgutachten für die Kostenübernahme geschlechts-korrigierender Operationen ausgestellt.

•

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung 4
1.1 Terminologie 4
1.2 Ausgangssituation 4
1.3 Versorgungssituation 5
1.4 Diagnosen 6
1.5 Epidemiologie 7
1.6 Ziele und Zielgruppe 9
1.7 Aufbau und Methodik 11
2 Trans Personen im Gesundheitssystem 11
3 Therapeutische Haltung und Beziehungsgestaltung 14
4 Diagnostik 18
4.1 Diagnostische Einschätzung 18
4.2 Differentialdiagnose 26
4.3 Begleitende psychische Störungen 31
5 Beratung und Psychotherapie 37
5.1 Beratung 37
5.2 Psychotherapie 43
6 Zur Vorbereitung körpermodifizierender Behandlungen 45
6.1 Alltagserfahrungen 45
6.2 Planung der Behandlungs- bzw. Transitionsschritte 48
6.3 Empfehlungen zur medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung 48
7 Körpermodifizierende Behandlungen 49
7.1 Allgemeine Wirksamkeit körpermodifizierender Behandlungen 49
7.2 Hormontherapie 52
7.3 Epilation 58
7.4 Maskulinisierende Operationen im Brustbereich 61
7.5 Feminisierende Operationen im Brustbereich 63
7.6 Hysterektomie und Adnektomie 64
7.7 Logopädie und Phonochirurgie 65
7.8 Adamsapfelkorrektur 69
7.9 Feminisierende Genitaloperationen 71
7.10 Maskulinisierende Genitaloperationen 73
7.11 Perücken, Haarersatzteile und Haartransplantation 77

TRANS & NB IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

S3 LEITLINIE

Verfügbar unter:
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001l_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf (Langfassung)

Weitere Dokumente (Kurzfassung, Patient*innenleitlinie, Evidenztabellen):
https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/138-001.html

Psychotherapie als ein eingereihter Block in einer ganzen Batterie von medizinischen und therapeutischen Versorgungen von Hormontherapie bis Logopädie

AWMF, 2019; BUNDESVERBAND TRANS*, 2018

TRANS & NB IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

S3 LEITLINIE

Besondere Empfehlung: Patient*innenleitlinie

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001p_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-11_1.pdf





AWMF, 2019; BUNDESVERBAND TRANS*, 2018

TRANS & NB IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

S3 LEITLINIE

Besondere Empfehlung: Patient*innenleitlinie

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001p_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-11_1.pdf

AWMF, 2019; BUNDESVERBAND TRANS*, 2018

DAS ZIEL: ZEITGEMÄSSE MEDIZINISCHE VERSORGUNG

Alle geschlechtlich nonkonformen Menschen sollen bei Bedarf eine zeitgemäße medizinische Versorgung erhalten. Das bedeutet, dass ihnen Behandlungen angeboten werden müssen, die die Transition bestmöglich unterstützen. Weil das individuell unterschiedlich ist, setzt die Leitlinie auf Flexibilität. Es gibt keine festen zeitlichen Vorgaben und Abfolgen von Behandlungsschritten. Die S3-Leitlinie unterstützt Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen dabei, die medizinische Notwendigkeit von Behandlungen einzuschätzen.
Sie enthält keine Details zur Umsetzung einzelner Behandlungen (z. B. Operationsmethoden). Zusätzlich werden Fort- und Weiterbildungen und der Kontakt zu Trans*beratungsstellen empfohlen. ⇢

TRANS & NB IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

BEHANDLUNGSZIELE

- Förderung von **Selbstakzeptanz**, **Selbstwertgefühl** und **Selbstsicherheit**
- Unterstützung bei der **Minderung von Geschlechtsdysphorie** z.B. durch die Bewältigung negativer Gefühle
- Bearbeitungen der **Auswirkungen von Transnegativität und Transfeindlichkeit**
- Bewältigung von **Scham- und Schuldgefühlen**, sowie von **internalisierter Transnegativität**
- Unterstützung der **Identitätsentwicklung**
- **Reflexion** und **Bearbeitung** möglicher **Erfahrungen und Konflikte** in einer anderen Geschlechtsrolle
- Unterstützung des **Coming-Out-Prozesses,** insbesondere bei familiären oder partnerschaftlichen Problemen
  Unterstützung bei einer **möglichen Entscheidung über körpermodifizierender Behandlung** inklusive **Vorbereitung auf Nebenwirkungen**, **Schmerzen und Einschränkungen der Fruchtbarkeit**
- Transparente **Aufklärung** über Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsversorgung
- Begleitung schwieriger Situationen in der **„zweiten Pubertät“**
- Unterstützung bei andauernder **Geschlechtsdysphorie**
- Förderung von **Unsicherheitstoleranz, Ressourcenstärkung** und **Wertearbeit**
- Förderung von **Selbstwirksamkeitserwartung** in Bezug auf **dysphorische** und **diskriminierende** Erfahrungen
- **Alltagserfahrung/Alltagserprobung (früher „Alltagstest“)**

AWMF, 2019; BUNDESVERBAND TRANS*, 2018

ZIELE ALLTAGSERFAHRUNGEN

- Bewältigung von **Ängsten**, die sich auf die individuelle Geschlechtsrolle bzw. auf sie Alltagserfahrungen beziehen
- **Selbstbehauptung** im neuen Geschlechtsausdruck
- **Reduktion** des Gefühls der **Abhängigkeit**
- Entwicklung von **Klarheit zur Entscheidung** für oder gegen eine weitere Transitionsmethode oder weitere Transitionsunterstützende Maßnahmen
- **Reflexion der Alltagserfahrungen** und **Bearbeitung von Diskriminierungserfahrungen UND positiven Erfahrungen**

AWMF, 2019; BUNDESVERBAND TRANS*, 2018



3.1

SENSIBLE BERATUNG

Do’s & Don’t in einem vorbelasteten Beratungsbereich

DO’s & DON’Ts

PROBLEME

- Psychosoziale Dienste als Ort von Dysphorieerleben bis Diskriminierung
- Geschichte der Pathologisierung
- Angstbesetztes Setting mit vielen negativen Vorerfahrungen (privat wie kollektiv)
- Schlechter Ruf von Psychotherapeut*innen
- Schlechtes Grundlagenwissen von Behandler*innen und Psychotherapeut*innen in diesem Bereich (Von Geschlechtsspektrum bis Umgang mit Pronomen)
- Sexualanamnese an Menschen mit Geschlechtsinkongruenz (Stichwort: „Autogynäphilie“)
- Klient*innen als Lehrer*innen
- Schlechte Vorerfahrungen → Erhöhte Vigilanz für Diskriminierungserfahrungen im Therapiesetting
- Fremdbestimmte Vorstellung
- Psychotherapie als Gatekeeper für Wunschbehandlung (Gutachten)
- Stigmatisierungserfahrungen fördern Verschlossenheit

→ Hohes Risiko für Schädigung durch Psychotherapie und psychosoziale Beratung

DO's & DON'Ts

PROBLEME

- Wichtige Unterscheidung: Beratung MIT oder WEGEN Geschlechtsinkongruenz/Nichtbinarität
- Wegen: Ziele sind Selbstakzeptanz, Unterstützung bei der Selbstbestimmung, eventuell Aufklärung über Folgeprozesse
- Mit: Kontrolle über Thematisierung dieses Bereichs liegt bei Klient*in, i.d.R. egal!

Mögliche Bereiche in denen Thematisierung ratsam:

- Alltagsstress durch Minority Stress & Microdysphorien
- Erhöhte Aufmerksamkeit auf dysphorische Erlebnisse bei gleichzeitiger hoher Bedeutungszuweisung und Leidensdruck
- Unsicherheit bezüglich Geschlechtsidentität und Pronomen: Beratung als sicheren Rahmen nutzen, ungewohntes „auszuprobieren“

Bereiche in denen Thematisierung NICHT ratsam ist:

- „Sind Sie sich auch wirklich SICHER?“
- Pathologisierung der frühkindlichen Geschlechtsentwicklung
- Voraussetzung, dass die Geschlechtsidentität auf jeden Fall Probleme verursachen muss
- Gleichzeitig: Bagatellisierung vermeiden; d.h. nicht runterreden, dass es Probleme verursachen wird
- Risiko: Othering

SENSIBLE BERATUNG: DO's

LÖSUNGSIDEEN

Aus der S3-Patient*innenleitlinie

Gerade Dinge wie Sprache, Transparenz, Selbstbestimmung und Wertfreiheit sind immer im Therapiesetting wichtig, bei trans und nb Personen jedoch ganz besonders

AWMF, 2019; BUNDESVERBAND TRANS*, 2018

Woran erkenne ich eine_n gute_n Therapeut_in/Ärzt_in?

Hier bist du wahrscheinlich am richtigen Ort

- ☐ Sie_er begegnet dir aufmerksam und wertschätzend und bemüht sich um eine respektvolle Sprache.
- ☐ Er_sie stellt dein Trans*sein und deine sexuelle/romantische Orientierung nicht in Frage.
- ☐ Wenn du von Partner_innen, Freund_innen oder Erlebnissen in der Community erzählst, reagiert sie_er darauf respektvoll und ohne Wertungen.
- ☐ Er_sie ist mit der neuen Leitlinie vertraut bzw. bereit, sich darüber zu informieren.
- ☐ Du erhältst von ihr_ihm eine unverbindliche Einschätzung, wie lange die Diagnostik dauert. Sie_er macht transparent, ob ein Gespräch der Diagnostik dient oder Teil einer psychotherapeutischen Behandlung ist.
- ☐ Er_sie sichert dir zu, dir nach der Diagnostik die nötigen Bescheinigungen und Berichte zu schreiben.

Hier eher nicht

- ☐ Er_sie verbreitet Mythen und Vorurteile über trans* Menschen (z. B., dass Trans*geschlechtlichkeit durch Kindheitstraumata entstünde oder dass Trans* schlechte Eltern wären).
- ☐ Sie_er behauptet, du wärst zum Beispiel wegen deiner Depressionen trans* – oder wegen deiner Trans*identität depressiv.
- ☐ Er_sie spricht abwertend über deine Partner_innen, deine Freund_innen, deine sexuelle Orientierung und/oder die Community.
- ☐ Sie_er hat feste Vorstellungen von der Behandlung und hört deine eigenen Wünsche nicht an.
- ☐ Für die Ausstellung von Bescheinigungen oder Behandlungsempfehlungen bekommst du keine Zusage und fühlst dich hingehalten

SENSIBLE BERATUNG: DO's

LÖSUNGSIDEEN

- Entpathologisierung, Modell für Normalisierung
- **Unbedingte Akzeptanz geschlechtlicher Vielfalt**: Wenn nicht vorhanden, dann nicht mit dieser Personengruppe arbeiten (!)
- Behandler*innen als **Kompliz*innen in der Selbstfindung und Selbsterprobung**
- **Negative Vorerfahrungen im psychosozialen Kontext** (privat wie kollektiv) schnell **thematisieren**
- **Grundlagenwissen aufbauen und aufrechterhalten**
- Wenn Klient*innen unsicher: Nichts vorgeben. **Selbstbestimmung fördern, Zeitperspektive geben**
- **Komorbiditäten** nicht vergessen!
- Wenn Klient*innen sich sicher sind: Über **Behandlungsoptionen aufklären.**
- Klient*innen als **mündige, selbstbestimmte Personen anerkennen und respektieren**
- Bei **Fehlern** (z.B. Misgendern, falsche Pronomen), richtig wiederholen und **entschuldigen**!
- **Aufklären über Patientenrechtegesetz**: Diskriminierende Erfahrung im Psychotherapeutischen Prozess müssen nicht hingenommen werden!

SENSIBLE BERATUNG: DO's

BEGRIFFLICHKEITEN

TERFs

TERF steht für die **Bezeichnung Trans-Exclusive Radical Feminist(s)** und bezeichnet Personen, die öffentlich und privat trans Personen die Geschlechtsidentität absprechen und auf ihr Zuweisungsgeschlecht reduzieren z.B. in Form von Misgendering, Deadnaming, und öffentlicher Debattenführung über den Ausschluss von trans-Personen in geschlechtergetrennten Räumen oder politischem Begehren den Zugang zu geschlechtskorrigierenden Maßnahmen zu erschweren. Prominente Beispiele sind z.B. J.K. Rowling und Alice Schwarzer. Obwohl sich diese Personen selbst Feminist*innen nennen, hat diese Form von Feminismus nichts mit dem aktuellen, intersektionalen Feminismus der modernen dritten und vierten Welle, wie ihn Soziolog*innen definieren, zu tun.

Geschlechtsangleichende und Geschlechtskorrigierende Maßnahmen

Steht für alle Arten von **Therapien** (z.B. logopädisch, hormonell, chirurgisch), welche körperliche Attribute der Geschlechtsidentität angleichen. Sprachlich geht es hier darum, klarzustellen, dass ein Geschlecht nicht „umgewandelt“ oder „geändert“ wird, sondern es sich um die medizinische Versorgung handelt, um die Erscheinung und das Geschlechtserleben mit der bestehenden psychologischen Geschlechtsidentität Kongruenz herzustellen.

BEGRIFFLICHKEITEN

PRONOMEN

In der deutschen Sprache gibt es keine einheitlichen nicht-cis-spezifische Pronomen, deshalb wählen viele nicht-binäre Personen, die sich geschlechtskongruente Pronomen wünschen, aus einem **Fundus diverser Möglichkeiten**. Beispiele sind hen, dey, ey, het, nin, they, sier und viele mehr (Nicht-exhaustive Beispiele und grammatische Beugungen hier: https://nibi.space/pronomen und hier https://www.nonbinary.ch/pronomen-anwendung/)

Es ist üblich, dass sich über die Zeit Pronomen noch mal **ändern können**. Die Geschlechtsfindung und der Umgang damit ist ein dynamischer Prozess, und alle nichtbinären Personen haben ständig die Freiheit, für sich passende Bezeichnungen anzupassen, insbesondere in einem sprachlichen Umfeld, in dem kein Konsenz über die Pronomen nichtbinärer Personen herrscht. Zu jeder Zeit ist im Sinne der Selbstbestimmung das derzeit gewünschte Pronomen jedoch zu respektieren.

SENSIBLE BERATUNG: DO's

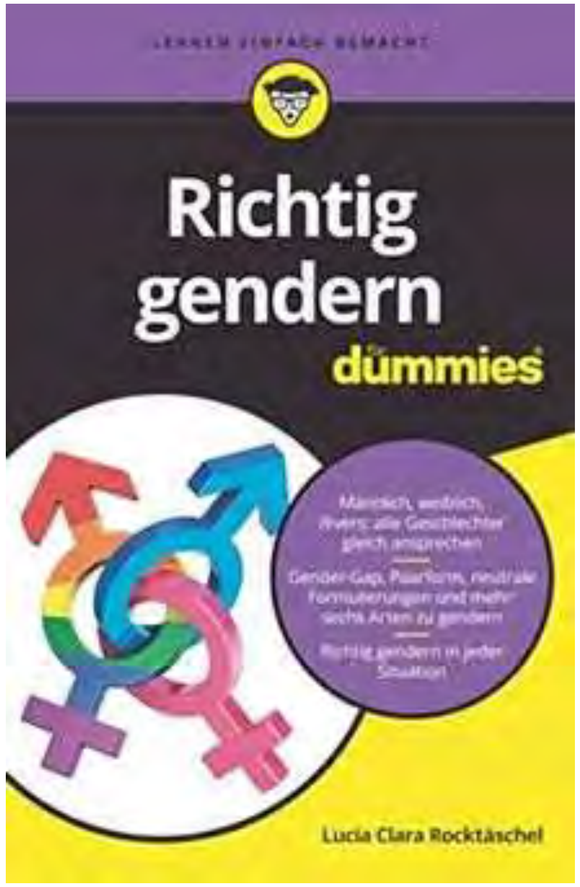
GESCHLECHTERGERECHTE SPRACHE

Variante	Beispiel	Geeignet für Konservative & Ältere & Einfache Sprache	Inkludiert Frauen	Inkludiert mehr als 2 Geschlechter	Kann problemlos maschinell gelesen werden	Bauscht Texte nicht auf/ Keine Wortwiederholungen	Keine künstliche Betonung des Subjekts	Keine Dehumanisierung / Keine Stereotypisierung	(Fast) immer möglich
Generisches Maskulinum	Alle Therapeuten	X			X	X			X
Paarform	Meine Studenten und Studentinnen	X	X		X		X	X	X
Schrägstrich	Der/Die Patient/in		X			X		X	X
Binnen-I	JedeR unserer TeilnehmerInnen		X			X		X	X
Neutrale Formulierungen	Die Fachschaft, Das Personal, Personen in Autos	X	X	(X)	X	X	X		
Genderstern	Klient*in	(X)	X	X	(X)	X	X	X	X
Doppelpunkt	Patient:in	(X)	X	X	X	X	X	X	X
Rollenverteilung	Sollten die Symptome nach 14 Tagen nicht verschwinden, sollte die Erkrankte sofort eine Ärztin aufsuchen	X	X		X	X	X		X
Wortneuschöpfungen	An alle Ladies und anderes Gentlefolk		X	X		X		(X)	

SENSIBLE BERATUNG: DO's

GESCHLECHTERGERECHTE SPRACHE







SENSIBLE BERATUNG

WIRKSAMKEIT SENSIBLER SPRACHE

Russel et al., 2018: Alleine schon den richtigen Namen und die richtigen Pronomen zu benutzen hat einen signifikant positiven Effekt auf die psychische Gesundheit der Patient*innen

Results

There were no differences in depressive symptoms or suicidal behavior by personal characteristics including gender identity, race/ethnicity, sexual identity, age, access to free lunch, or study site. After adjusting for personal characteristics and total social support, chosen name use in more contexts predicted fewer depressive symptoms and less suicidal ideation and suicidal behavior (see Table 1). An increase by one context in which a chosen name could be used predicted a 5.37-unit decrease in depressive symptoms, a 29% decrease in suicidal ideation, and a 56% decrease in suicidal behavior. We observed similar results when we individually tested specific contexts for chosen name use (except that chosen name use with friends did not significantly predict mental health after adjusting for demographics and close friend support). Depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior were at the lowest levels when chosen names could be used in all four contexts.

Table 1
Associations between chosen name use and depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth (n = 74), controlling for covariates

	M (SD) or Count (%)	Coefficient (95% CI)	Incident rate ratio (95% CI)	
		Depressive symptoms	Suicidal ideation	Suicidal behavior
Gender identity				
MTF	28 (38)	0 (Reference)	1 (Reference)	1 (Reference)
FTM	28 (38)	−1.61 (−6.67, 3.46)	1.28 (.67, 2.47)	.25 (.07, .91)
MTDG	5 (7)	3.97 (−2.18, 10.11)	1.45 (.54, 3.89)	.37 (.09, 1.49)
FTDG	13 (17)	−1.43 (−9.44, 6.57)	1.39 (.64, 3.02)	1.58 (.49, 5.11)
Race/Ethnicity				
White	18 (24)	0 (Reference)	1 (Reference)	1 (Reference)
Asian	6 (8)	−8.45 (−17.39, .49)	.00 (.00, .00)	.00 (.00, .00)
Black	24 (33)	−1.40 (−9.13, 6.33)	.89 (.48, 1.64)	.53 (.16, 1.76)
Multiracial	21 (28)	1.53 (−5.50, 8.55)	.83 (.49, 1.40)	1.10 (.46, 2.61)
Not reported	5 (7)	−3.54 (−13.35, 6.27)	.85 (.35, 2.06)	2.17 (.47, 10.08)
Sexual identity				
Lesbian/Gay	17 (23)	0 (Reference)	1 (Reference)	1 (Reference)
Bisexual	22 (30)	4.01 (−4.67, 12.68)	1.92 (.82, 4.50)	.99 (.23, 4.20)
Questioning	9 (12)	4.14 (−4.06, 12.35)	1.75 (.71, 4.29)	.70 (.17, 2.86)
Heterosexual	17 (23)	−.87 (−9.02, 7.29)	.50 (.12, 2.03)	.40 (.06, 2.84)
Different	9 (12)	7.90 (−.67, 16.47)	1.47 (.53, 4.06)	1.03 (.31, 3.43)
Age	19.46 (1.76)	−.56 (−1.95, .84)	1.03 (.85, 1.24)	1.20 (.91, 1.58)
Access to free lunch				
No	39 (53)	0 (Reference)	1 (Reference)	1 (Reference)
Yes	32 (43)	−1.53 (−8.74, 5.68)	.79 (.34, 1.85)	.46 (.16, 1.36)
Study site				
Northeast	36 (49)	0 (Reference)	1 (Reference)	1 (Reference)
Southwest	10 (13)	.28 (−6.98, 7.54)	.80 (.29, 2.21)	.23 (.04, 1.30)
West Coast	28 (38)	3.04 (−3.38, 9.47)	1.14 (.51, 2.53)	.82 (.19, 3.48)
Total social support	41.64 (11.60)	−.46 (−.65, −.26)	.99 (.97, 1.01)	.95 (.91, .99)
Chosen name use	3.14 (1.27)	−5.37 (−8.20, −2.55)	.71 (.52, .95)	.44 (.25, .78)

CI = confidence interval; FTDG = female to different gender; FTM = female-to-male (transgender man); MTDG = male to different gender; MTF = male-to-female (transgender woman); SD = standard deviation.

SPRACHBESONDERHEITEN

TIPPS & UMGANG

- Glottisschlag (enthalten in Gender-Formen wie „*“, „:“, und „_“) Gender-Formen als einzige Form, die nichtbinär ist und nichtbinäre Personen „mit meint“ → Diese Form zu Gendern im Umgang mit nb Personen vermittelt ganz allgemein Akzeptanz und Annahme
- Sich mit den eigenen Pronomen vorstellen
    - Z.B. „Mein Name ist Max, meine Pronomen sind er/ihm“
- Die Pronomen der Person erfragen. und dann konsequent nutzen, auch in Dokumentation (!)
    - z.B. „Welche Pronomen nutzt du?“
- Achtung: Oft ist dies erstmal nicht nötig, weil man im „du“ bleibt.

SPRACHBESONDERHEITEN

TIPPS & UMGANG

Bei der Vorstellung

- Vornamen oder bei jungen Erwachsenen und Erwachsenen „Frau X/Herr X“ meiden. Stattdessen z.B. selbst vorstellen lassen.
    - z.B. „Ich bin Max, meine Pronomen sind er/ihm, und du bist…?“
- Im Chat eventuell reicht ein „Hi“ ohne Name aus.
- Ausnahme: Die Person hat bereits einen selbstausgewählten Namen, oder stellt sich mit Spitznamen vor, dann diesen Nutzen.
- Sollte es je vorkommen, dass man das Geschlecht direkt erfragen muss:
    - z.B. „Welches Geschlecht darf ich hier eintragen?“

BEZIEHUNGSBESONDERHEITEN

TIPPS & UMGANG

Vorwissen klar machen

- z.B. „Ich weiß, Du sprichst nun mit einer cis Frau über die Thematik und kannst nicht einschätzen, wie ich so drauf bin. Ich verspreche aber, dass ich weiß das Geschlecht total vielseitig ist und niemand dafür diskriminiert sein sollte, selbstbestimmt zu leben.“

Kontrolle überlassen

- z.B. „Du musst das noch nicht wissen, und ich kann das für dich auch nicht benennen, Es gibt nur eine Person auf der Welt, die bestimmen kann, was sich für dich stimmig anfühlt, und das bist du.“

BEZIEHUNGSBESONDERHEITEN

TIPPS & UMGANG

Diskrimnierungserfahrungen

- Wenn *Geschlechtlichkeit* thematisiert wird (z.B. in Form von Gesprächen über eigene Grundüberzeugungen, Erfahrungen, mentale Repräsentationen und Verhaltensskripte oder die Funktion von Geschlecht im eigenen Leben)
    - Einordnung von Geschlechtlichkeit als Spektrum, und Geschlechtsausdruck als Teil von Normen → Dies hilft dabei zu vermitteln, dass es hier kein „richtig oder falsch“ gibt und fördert die offene Gesprächsführung
    - Z.B. „Ja, die Welt ist irgendwie total besessen davon alles schwarz-weiß in „weiblich“ vs. „männlich“ einzuteilen. Aber solche Normen sind keine Gesetze, und das ist auch gar keine Gesetzmäßigkeit. Es ist total scheiße, wenn Menschen so stark an etwas falschem Glauben, dass sie dir deswegen wehtun.“

BEZIEHUNGSBESONDERHEITEN

TIPPS & UMGANG

Unterstützung aber niemals Übernahme der Entscheidungsfindung

- z.B. „Ich kann dir gerne ein paar Bücher und Internetseiten empfehlen zu dem Thema, vielleicht helfen die dir dabei, dich selbst ein paar Fragen zu stellen, die dir vielleicht ein wenig Klarheit geben, wenn du sie selbst beantwortest.

Intersektion Geschlecht und Sexualität vermitteln als interagierendes Konstrukt, aber nicht abhängiges.

- Hilfreich können Begriffe sein wie Gynäphilie und Androphilie, da sie Geschlechtsunabhängig sind, sowie