

## David Bell

### Primum non nocere\*

**ZUSAMMENFASSUNG:** Während seiner langjährigen Tätigkeit als Facharzt für Psychiatrie am Tavistock and Portman NHS Foundation Trust hat der Autor dieses Beitrags die Entwicklung der Gesundheitsfürsorge von Kindern mit Geschlechtsidentitätsstörung («gender dysphoria») aus nächster Nähe beobachtet. Der Beitrag entwickelt einige Hypothesen zu den soziokulturellen Faktoren für den plötzlichen, sprunghaften Anstieg der Zahl minderjähriger Patienten, bei denen Geschlechtsidentitätsstörungen diagnostiziert und die dann zur medikamentösen und operativen Geschlechtsumwandlung an spezialisierte Zentren überwiesen wurden, und schildert charakteristische Denkverbote in diesem Zusammenhang. Die beruflichen Bedingungen, die seinen Text beeinflussten, und die weiteren Entwicklungen in der Tavistock-Klinik wie auch in seinem eigenen Leben erläutert der Autor schließlich in einem nachstehenden Kommentar zu seinem eigenen Text.

**SCHLÜSSELWÖRTER:** Geschlecht; Geschlechtsidentitätsstörung; Geschlechtsumwandlung; Transgender

**CITE AS:** Bell, D. (2023): Primum non nocere. *Psyche – Z Psychoanal* 77 (3), 193–221. DOI 10.21706/ps-77-3-193

---

\* Der Beitrag erschien zuerst unter dem Titel »First do no harm« als Beitrag zur Rubrik »Psychoanalytic Controversy« in *The International Journal of Psychoanalysis* 101(5)/2020, S. 1031–1038. Der vorliegenden Publikation ist eine Nachbemerkung beigefügt, in der der Autor rückblickend zunächst die Vorgeschichte des Beitrags, wie er im IJP erschienen war, erläutert, um in einem Postskriptum zum ursprünglichen Text dann eine Skizze der weiteren Entwicklungen zu geben.

Bei der Redaktion eingegangen am 5.4.2022.

»Jede Gesellschaftsordnung [schafft] sich diejenigen Charaktere [...], die sie zu ihrem Bestande benötigt. [...] Die charakterliche Struktur ist erstarrter soziologischer Prozeß einer bestimmten Epoche«.

(Reich 1933, S. 12 u. 16).

Was ich hier zu sagen habe,<sup>1</sup> gliedert sich in drei Abschnitte. Im ersten werde ich näher darauf eingehen, was ich über die Gesundheitsfürsorge von Kindern gelernt habe, die an Geschlechtsidentitätsstörung [»gender dysphoria«] leiden, und werde mich dabei auf die ernstesten klinischen und ethischen Anliegen konzentrieren, die ich – wie viele andere, die sich in diesem Arbeitsbereich engagiert haben – im Laufe der Zeit anerkennen musste. Ich werde im Weiteren die soziokulturellen Faktoren diskutieren, die für das Verständnis davon relevant sein dürften, wie es zu dem plötzlichen heftigen Anstieg der Zahl von Kindern und Jugendlichen kommt, die an spezialisierte Zentren überwiesen werden. Zuletzt werde ich einige Charakteristika einer besonderen Form des Denkens oder, genauer gesagt, der Gedankenlosigkeit untersuchen, die inzwischen anscheinend den Diskurs in diesem Gebiet dominiert.

Dieses Verständnis und diese Kenntnis, die ich entwickelt habe, speisen sich aus einer ganzen Reihe von Quellen, darunter meine Auseinandersetzung mit Kollegen im Vereinigten Königreich, anderen europäischen Ländern (v. a. Schweden), Australien und den USA.

Zunächst muss ich eine wichtige Klausel einfügen – und die Tatsache, dass ich dies tun muss, ist symptomatisch für die hoch aufgeladene

---

1 Auch wenn ich Facharzt für Psychiatrie am Tavistock and Portman NHS Foundation Trust bin, gibt der Inhalt dieses Aufsatzes nur meine eigenen Ansichten wieder und darf nicht so verstanden werden, als ob er die Ansichten des Trusts widerspiegeln. [Anm. d. Red.: In dieser Position arbeitete der Autor zu der Zeit, in der er den vorliegenden Text verfasste. Die beruflichen Bedingungen, die seinen Text beeinflussten, und die weiteren Entwicklungen am Tavistock and Portman NHS Foundation Trust wie auch in seinem Leben erläutert der Autor im nachstehenden Kommentar zu seinem eigenen Text.]

Atmosphäre, in der Diskussionen zu diesen Fragen stattfinden, wobei es häufig zu schweren und ideologisch motivierten Missverständnissen kommt. Fragen über die Angemessenheit medizinischer und chirurgischer Interventionen insbesondere bei Kindern müssen von Fragen der Diskriminierung vollkommen getrennt werden. Ich sage das, da ein Druck besteht, diese beiden Probleme zu vermengen, und ich werde später auf diesen Punkt zurückkommen. Wir alle sind empört über den gewalttätigen Hass, den viele transsexuelle Menschen erdulden müssen, und wir dürften in der Tat einige psychoanalytische Gedanken über die Ursachen dieses Hasses haben. Ich muss auch in aller Deutlichkeit sagen, dass für *manche* Individuen die medizinische Transition die einzig vernünftige Option ist.

### **Besorgnisse hinsichtlich des Verständnisses und der Behandlung transsexueller Kinder**

Es ist unverzichtbar, »Geschlechtsidentitätsstörung« von »Transgender« zu unterscheiden. »Geschlechtsidentitätsstörung« bezieht sich auf tiefgreifende Gefühle des Unbehagens am sexuellen Körper, es hat unterschiedliche Ursachen und es gibt hierfür verschiedene angemessene therapeutische Ansätze. »Transgender« bezieht sich auf jene Individuen, die medizinische und chirurgische Interventionen abgeschlossen oder begonnen haben, die darauf abzielen, ihre Geschlechtsidentität [»gender identity«] zu verändern. Medizinische Dienste, die unter dem Druck der Trans-Lobbys und eines zunehmend hegemonischen *Zeitgeists* [dt. im Orig.] stehen, können zwischen diesen beiden Erscheinungen nicht unterscheiden, mit desaströsen Konsequenzen.

Es gibt verschiedene Wege zur Geschlechtsidentitätsstörung. Die Liste ist lang, würde aber das Vorliegen verschiedener psychologischer Störungen, etwa von Depressionen oder Störungen aus dem autistischen Formenkreis,<sup>2</sup> einschließen. Es sind Kinder, die aus vielfältigen

---

2 Nach einer realistischen Schätzung leiden über 35 Prozent der betroffenen Kinder an Störungen aus dem autistischen Formenkreis.

und komplexen Gründen ein einsames, isoliertes Leben führen, die das Gefühl haben, in der Welt keinen Platz zu finden, und die psychisch verloren und unbehaust sind. Gravierende familiäre Störungen sind weit verbreitet und gehen oft mit intergenerationeller Weitergabe heftiger Traumata, ausgelöst etwa durch einen Missbrauch in der Kindheit der Mutter bzw. in der mütterlichen Linie, einher (woraus manchmal folgt, dass die Mutter kein weibliches Kind haben will). Manche Familien haben andere heftige Traumata erlitten: So kann in einer Familie z. B. der Tod einer Tochter den Bruder veranlassen, die Transition anzustreben, um die Identifikation mit seiner verstorbenen Schwester zu bekräftigen.

Ein sehr bedeutender kausaler Verlauf, der in der Literatur gut beschrieben ist, steht mit Homosexualität in Zusammenhang. Es ist nicht ungewöhnlich, dass z. B. ein lesbisches Mädchen denkt, dass sie, weil sie sich vom eigenen Geschlecht angezogen fühlt, »eigentlich« ein Junge sein müsse. Einige Kinder, die charakteristische Züge des Schwul- oder Lesbischseins aufweisen, meinen, dass dies von ihren Familien (oft ganz unverhohlen, aber genauso häufig in subtilerer und sogar unbewusster Weise) nicht toleriert werde; die Kinder internalisieren diese Intoleranz gegenüber ihrer sexuellen Orientierung, was sich in einem Hass auf ihre eigenen sexuellen Körper manifestiert.

Viele Kliniker sind sich darüber im Klaren, dass eine erhebliche Zahl dieser Kinder mit entsprechender Unterstützung schließlich schwul oder lesbisch würden, ohne sich einer Transition unterzogen zu haben. Dies veranschaulicht auch, auf welche Weise die Kategorie des »Gender« dazu geführt hat, die Diskussion über Sexualität zu verwirren.

Die massive Zunahme der ärztlichen Überweisungen von Kindern und Jugendlichen an den Tavistock Gender Identity Development Service (GIDS) wird unten gezeigt. Dieser Zuwachs hat weiter angehalten, die letzten mir verfügbaren Zahlen [also für 2018/19] sprechen von 2590 Überweisungen.

Dieser massive Anstieg der Überweisungen hat die medizinischen Dienste (im Vereinigten Königreich und in Europa) dazu veranlasst, hier auch Mitarbeiter mit geringen Kenntnissen und Fähigkeiten hin-

sichtlich komplexer Störungen in der Kindheit einzusetzen. Viele von ihnen werden zuvor keinen oder nur geringen Kontakt mit komplexen schweren Störungen in der Kindheit gehabt haben. Die meisten dieser Dienste betrachten sich selbst nicht als psychoanalytische Dienste, und in manchen größeren Diensten hat nur eine kleine Minderheit irgendeine nennenswerte psychotherapeutische Erfahrung.

Andere problematische Punkte, die häufig vorgebracht werden, umfassen

- die Belastung durch eine große Zahl von Fällen: Über 100 Fälle sind nichts Ungewöhnliches, und diese werden oft nur bei wenigen, zeitlich weit auseinanderliegenden Terminen behandelt;
- ungelöste und schwerwiegende ethische Bedenken in Bezug auf die Frage, was bei Minderjährigen eine informierte Einwilligung [»informed consent«] darstellt;
- das Risiko, dass junge Kinder und Heranwachsende hormonellen und chirurgischen Interventionen unterzogen werden, ohne ausreichend Zeit und Raum für eine Einschätzung oder ein Überdenken zu haben – besonders schwerwiegend angesichts des Mangels jeglicher evidenzbasierter Daten über die Sicherheit der Medikation<sup>3</sup> und angesichts der Tatsache, dass beinahe 100 Prozent der pubertären Kinder, die eine Behandlung mit sogenannten Pubertätsblockern beginnen, auch die Behandlung mit Sexualhormonen des anderen Geschlechts fortsetzen und sich damit auf dem Weg zum chirurgischen Eingriff befinden. In manchen Zentren fangen 50 Prozent der dorthin überwiesenen Kinder eine medizinische Behandlung an;
- medizinische Dienste, die sich der mächtigen und stark politisierten Lobby und den sozialen Medien unterwerfen und sogar zu dieser Unterwerfung ermuntern. Die Angst, »transphob« genannt

---

3 Es gibt Anlass zu ernstlicher Besorgnis hinsichtlich der langfristigen Auswirkungen auf die Entwicklung der Knochen und des Gehirns, und ebenso hinsichtlich der psychischen Entwicklung – vgl. etwa den Blog BMJ EBM Spotlight (2019).

zu werden, schließt den Raum des Denkens, des Zweifels und der Forschung.

Obwohl es doch eindeutig ist, dass wir es mit einem hochkomplexen Problem mit vielerlei Ursachen zu tun haben, für das es auf keinen Fall einen einzelnen Kausalfaktor gibt, tendieren die medizinischen Gender-Dienste so zu einer schädlichen Vereinfachung. Dies gilt aus verschiedenen Gründen, nicht zuletzt wegen des enormen Anstiegs der Fallzahlen und der langen Wartelisten, woraus sich ein Druck ergibt, die Kinder nach einem prozeduralen – und nicht nach einem am tieferen Verständnis des einzelnen Falles orientierten – Modell abzufertigen. Selbstverständlich wirkt die Anpassung an affirmative Lobbys (d. h. an Lobbys, die den Wunsch nach dem Wechsel der Geschlechtsidentität »bekräftigen« und ihn tendenziell nur als eine positive und unterstützungswürdige Entscheidung betrachten) als ein ideologischer Rückhalt für diese Vereinfachung.

Viele dieser medizinischen Dienste haben keinerlei Verständnis für die Reflexion über unbewusste Problematiken und lehnen diese sogar mit unverhohlener Feindseligkeit ab. Selbst das Nachdenken über Gründe wird oft als feindseliger Akt angesehen – denn die einzige akzeptable Erklärung ist es, dass das Kind *im wörtlichen Sinne* im falschen Körper steckt und dass all sein Leid gegenüber dieser »Tatsache« zweitrangig ist. Man muss sich vor Augen halten, dass für diese These überhaupt keine Evidenz vorliegt.

### **Plötzlicher Anstieg der Transsexualität und zugrundeliegende Faktoren**

Ich habe in Abbildung 1 den deutlich sichtbaren geometrischen Anstieg der medizinischen Überweisungen dargestellt, aber ich möchte auch auf den zunehmenden Anteil der als Mädchen Geborenen hinweisen, die bei diesem Dienst vorstellig werden – ein relativ neues Phänomen.

Es muss meiner Ansicht nach klar sein, dass ein derart sprunghafter Anstieg der Fälle, der zunehmende Anteil von als Mädchen Geborenen

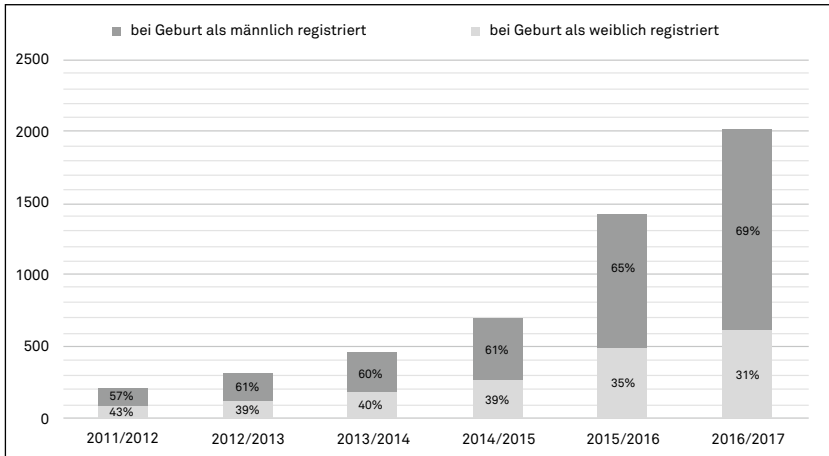


Abbildung 1: Überweisungen an den Gender Identity Development Service nach dem im Geburtenregister vermerkten Geschlecht, April 2011 bis April 2017.

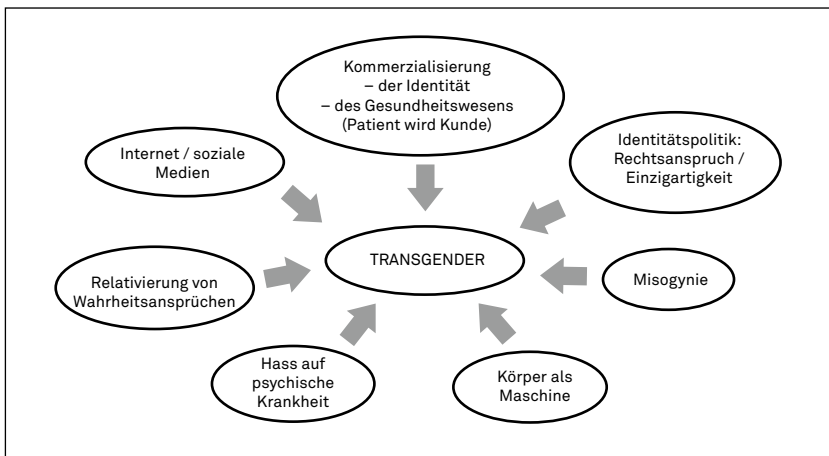


Abbildung 2

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 11.03.2023 um 18:20 Uhr

und die plötzliche Zunahme der sogenannten »schnell einsetzenden Geschlechtsidentitätsstörung« [»rapid-onset gender dysphoria«] nicht allein durch individuelle Faktoren erklärt werden können, und es ist auch wenig wahrscheinlich, dass dies nur darauf zurückzuführen ist, dass sich eine große Zahl von Individuen nun traut, sich in dieser neuen »liberalen« Atmosphäre zu »outen«. Es ist daher bedauerlich, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen exponentiell zugenommen hat, ohne dass dieser umfassendere und entscheidende soziokulturelle Kontext genauer untersucht worden wäre oder es eine wirkliche Kenntnis der Konsequenzen gegeben hätte, da auch keine ausreichenden Daten aus der Nachverfolgung früherer Fälle vorliegen.

Hier kann ich nur eine vorläufige Skizze einiger Faktoren anbieten, die für diesen plötzlichen Wandel relevant sein könnten (Abbildung 2).

Erstens: Die immer stärker werdende Durchdringung aller Lebensaspekte durch die Marktform reicht tief in die Psychologie der Person hinein und formuliert die Identität dergestalt um, dass sie schließlich Züge der Warenform trägt. Sie verändert sich: Aus etwas, womit man lebt und im Laufe der Zeit immer wieder ringt, wird eine eher flüchtige, ähnlich der Ware austauschbare Struktur. Der Warentausch unterstützt aufgrund seiner außergewöhnlichen Schnelligkeit die Illusion einer augenblicklichen Verwandlung. Es sollte hier klar sein, dass ich damit *nicht* sagen möchte, dass eine Transperson einfach nur so, ohne jeden schmerzhaften Kampf, eine neue Identität wählt, sondern dass dieser tieferliegende soziokulturelle Wandel als eine Tendenz wirkt, die unser aller Denken beeinflusst.

Dieser Wandel drückt sich zunehmend in der Beziehung zwischen Ärzten und Patienten aus, die zu einer perversen Form, einem (als Demokratisierung missverstandenen) Zelebrieren des Kundenstatus degeneriert. Die Unterscheidung zwischen Bedürfnis und Wunsch verflüchtigt sich hier. Wir waren an eine Welt gewöhnt, in der ein Patient eine Behandlung X erbittet, der Fachmann aber abraten kann, wodurch er eine Triangulierung ins Spiel bringt, die der Patient willkommen heißen oder ablehnen kann. Starke gesellschaftliche Kräfte stellen diese Triangulierung aber falsch dar, so, als ob sie lediglich eine Art patriar-



chales Machtspiel sei; wo diese Auffassung sich durchsetzt, kollabiert die Externalität.

Zweitens: Überlastete kinder- und jugendpsychiatrische Dienste, deren Situation durch die Verbindung von steigender Nachfrage und Mittelkürzungen bis zum Zerreißen angespannt ist (für die Zustände im Vereinigten Königreich vgl. etwa den Bericht »A Silent Catastrophe« der Association of Child Psychotherapists [2018]). Wenn ein solcher Dienst sich Kindern gegenüber sieht, die an komplexen schweren Störungen leiden, ist es verständlich, dass jegliche Erwähnung von Problemen der Geschlechtsidentität zur Überweisung an einen darauf spezialisierten Dienst führt, und im Zuge dessen ist es gut möglich, dass komplexe Störungen (die nun ausschließlich im Lichte der Geschlechtsidentität gesehen werden) überhaupt nicht mehr angesprochen werden. Dies kann auch zu einer schädlichen Verwerfung der normalen Turbulenzen und Verwirrungen der Adoleszenz führen.

Drittens: Eine weitere wichtige Veränderung stellt die Transformation des politischen Lebens dar, die der Identitätspolitik (Rasse, Gender) nun eine dominante Position einräumt. Diese ursprünglich liberale und progressive Bewegung hat sich (wie von feministischen und schwarzen Theoretikern brillant dargelegt wurde; vgl. etwa Haider 2018 und Fraser 2000) so weitgehend verwirrt, dass sie mittlerweile genau jene Eigenschaften aufweist, die sie in Frage stellen wollte. Sie wird unbeweglich, engstirnig, allesbestimmend und tyrannisch; eine kritische Beschäftigung mit ihr ist nun der Feind, der zum Schweigen gebracht werden muss.

Viertens: Der zunehmende Rekurs auf medizinische und chirurgische Interventionen steht für einen Zusammenbruch der Grenze zwischen dem körperlichen Selbst und der Technik.

Um es in Rosine Perelbergs Worten zu sagen:

»Die Technik hat den menschlichen Körper weltweit durchdrungen. Wenn Foucaults Schriften darin wegweisend waren, dass sie zeigten, welche Kontrolle die Gesellschaft über den Körper ausgeübt hat, scheint es, dass inzwischen eine weitere Stufe genommen ist, insofern die neuen Techno-

logien und die neue Form des Kapitalismus die Produktion des Körpers selbst übernehmen« (Perelberg 2019, S. 33; siehe auch Perelberg 2018).

Schließlich denke ich, dass wir unter den gegenwärtigen Umständen Zeugen zunehmender Misogynie werden. Ich denke dabei an folgenden Punkt: Vom Ende des Zweiten Weltkriegs bis in die späten 1970er Jahre behielt eine starke Weiblichkeit, die in der immer stärker werdenden theoretischen Arbeit über und der Achtung für die mütterliche Fürsorge ihren Ausdruck fand, eine gewisse gesellschaftliche Dominanz; im britischen Kontext gehörte dazu auch die Schaffung eines Wohlfahrtsstaates. Diese Version der starken Fürsorge wurde dann aber – in einer geringschätzigen Attacke gegen die Weiblichkeit – in ihrer perversen Form als Ammenstaat [»nanny state«] dargestellt.<sup>4</sup> Dies wird von bestimmten ideologischen Formen zum Ausdruck gebracht und zugleich verstärkt, die das Wahnbild des autonomen Mannes befördern, der nur die Befriedigung seiner eigenen Bedürfnisse sucht und einen Hass auf jede Form von Abhängigkeit kultiviert. Diese zunehmende Misogynie dürfte tiefgreifende Auswirkungen auf Mädchen und junge Frauen haben und fördert – im Zusammenspiel mit eher individuellen Faktoren – die Internalisierung eines solchen Hasses auf die Weiblichkeit, der sich zu einem Hass auf ihre weiblichen Körper transformiert.

Das Internet und die sozialen Medien sind hier wichtige und ausschlaggebende Mächte, insofern sie eine Position einnehmen, die *sowohl* verursachend *als auch* das Vehikel anderer Beweggründe ist. Durch eine Art viraler gesellschaftlicher Ansteckung<sup>5</sup> radikalisieren

---

4 Ich habe mich dazu in einem Aufsatz geäußert, der zu der Zeit verfasst wurde, als die Marktform in das National Health System des Vereinigten Königreichs Einzug hielt; dies markierte den Beginn der Zerstörung des wohlfahrtsstaatlichen Konsensus (Bell 1997).

5 Vgl. Littman (2018). Die explosivste Feststellung Littmans dürfte darin bestehen, dass unter den jungen Menschen, von denen er berichtet und die bei ihrer Geburt zu 83 Prozent als weiblich erfasst worden waren, mehr als ein Drittel zu Freundeskreisen gehörten, in denen sich 50 Prozent oder mehr der Jugendlichen ungefähr zur gleichen Zeit als »Transgender« zu identifizieren begannen.

sich Kinder, die sich in der Welt verloren fühlen, online und schließen sich Transgruppen an, die ihnen wenigstens eine Identität und soziale Zugehörigkeit verschaffen, und dazu noch eine Erklärung für ihr ganzes Leiden. Wegen seiner überwältigenden Allgegenwart und Macht ist das Internet zudem das Medium, das die anderen oben aufgeführten Faktoren mit hoher Geschwindigkeit und ohne Hindernisse übermittelt.

Für das signifikant häufigere Auftreten der sogenannten schnell einsetzenden Geschlechtsidentitätsstörung, die plötzlich – manchmal von einem Tag auf den anderen – beginnt, ist dieser Faktor von erheblicher Bedeutung. Es gibt deutliche Anzeichen für eine soziale Ansteckung in Schulen.

### **Eine eigenartige Form des Denkens**

Ich möchte hier noch näher auf einige Aspekte der eigenartigen Form des Denkens eingehen, die den Diskurs auf diesem Gebiet inzwischen dominiert.

Ich glaube, klargemacht zu haben, dass eine abwägende Beschäftigung mit diesen Fragen als eine Art Feindbild behandelt wird, und dies ist sicherlich die Erfahrung vieler Kliniker, die in Gender-Abteilungen der Krankenhäuser arbeiten. Der Wunsch, über einen längeren Zeitraum darüber nachzudenken und zu verstehen, warum ein bestimmtes Kind eine Geschlechtsidentitätsstörung entwickelt hat, wird inzwischen als ein Ausdruck von »Transphobie« gesehen, womit man ein paranoides Universum schafft, eine Welt, in der gilt: »Du bist entweder für mich oder gegen mich«. Das heißt, dass es dort keinen Raum für einen Geist gibt, der einfach über die Dinge nachdenken möchte. Diese Intoleranz gegenüber dem Zweifel und dem Denken, die für bestimmte Arten psychischer Zustände charakteristisch ist, dringt hier nach außen und wird zu einer Kraft im sozialen Bereich.

Der Ausdruck »Transphobie« hat für unsere Community einen besonders unglücklichen Beiklang – nämlich den der Homophobie, die Teil unserer Geschichte ist. Ich denke da an jene finstere Geschichte der Konversionstherapien für Homosexuelle (insbesondere, aber nicht

nur, in den USA). Die Angst vor einer Wiederholung solcher Dinge hat, so meine ich, unsere Fähigkeit, diese Fragen zu durchdenken, stark eingeschränkt und uns dazu verleitet, hier die Augen zu verschließen. Es ist aber ganz entscheidend, zwischen einer Konversionstherapie und dem Wunsch, nachzudenken, einen Unterschied zu machen. Meiner Ansicht nach sind die überstürzten Entscheidungen bezüglich des Zugangs zu medizinischen und chirurgischen Interventionen *selbst* eine Art Konversionstherapie. Ebenso wie die »Behandlungen« gegen Homosexualität in der Vergangenheit suchen diese Eingriffe eine Umgestaltung des Körpers – als die einzig erlaubte Lösung für schmerzhaft Konflikte mit dem eigenen »Gender«. Das führt zu Verwandlungen des Körpers, der dadurch »umgebaut« wird, um oftmals nur unzureichend untersuchten individuellen, familiären und sozialen Agenden Genüge zu tun.

Schließlich wird der Besitz einer bestimmten Identität so verstanden, als ob er die Betroffenen mit einer höheren Autorität ausstatte. Wenn eine Person etwa sagt: »ich als Schwuler«, »ich als Jüdin«, »ich als Behinderter«, »ich als schwarze Frau«, ist es durchaus sinnvoll anzunehmen, dass eine solche Person jede Diskussion über die Welt, mit der sie sich identifiziert, bereichern kann. Aber damit geht *kein* Anspruch auf eine unbestreitbar höhere Autorität einher. Das heißt: Dadurch dass ich zur Gruppe X oder Y gehöre, bleiben meine Ansichten darüber, was in der Welt – zumal hinsichtlich der Gruppe, der ich angehöre – als wahr gelten kann, ebenso anfechtbar wie die Ansichten jeder anderen Person. Diese Unterstellung einer »höheren Autorität« kann sich als eine Art Anspruch äußern – als ein Anspruch, nicht in Frage gestellt zu werden, mit anderen Worten als eine Forderung, vom üblichen Kanon dessen, was ein gültiges Urteil ist, ausgenommen zu werden (es kann keine persönliche oder Gruppensouveränität darüber geben, was als wahr gilt). Hier besteht meiner Auffassung nach ein Zusammenhang mit einer weit allgemeineren Aushöhlung des Werts der Wahrheit, die für unsere Zeit charakteristisch ist.

Man fragt sich, ob die besondere Unnachgiebigkeit dieser Überzeugungen nicht manchmal auch die Folge eines sich im Bewusstsein manifestierenden Zweifels sein könnte – eines Zweifels, der verleugnet

und auf den anderen projiziert wird, der dann zum Schweigen gebracht werden muss.

Wenn wir es als Faktum ansehen, dass die Geschlechtsidentität [»gender identity«] sozial konstruiert ist, dann gibt es im Kern des Phänomens der Transidentität ein Paradox. Die scheinbare Freiheit bzw. Befreiung, die sie zum Ausdruck bringt, wird dadurch total ausgehöhlt, dass alle Möglichkeiten der Veränderung nur ganz konkret in materiellen Veränderungen des Körpers und nicht in mentalen Veränderungen verortet werden.

Es ist zu einer eigenartigen Regression des Denkens gekommen. In unserer heutigen Welt sind wir im Allgemeinen tolerant und zelebrieren sogar gewisse fließende Übergänge im Ausdruck von Gender und Sexualität. Wir interessieren uns weniger dafür, mit wem eine Person ins Bett geht; es beunruhigt uns nicht so sehr, wenn ein Mann ein bisschen tuntig oder eine Frau wenig feminin ist. Dies existiert Seite an Seite mit der Tolerierung bestimmter vom Körper ausgehender Begrenzungen.

Die Ideologie der militanten Translobbys beinhaltet eine besondere starre Vorstellung von Geschlechtsidentität, die mit einem Glauben an die totale »Verflüssigung« des Körpers einhergeht – eine sehr seltsame Verkehrung! Dies steht in Zusammenhang mit einer merkwürdig essenzialistischen Denkart, wonach nämlich die Geschlechtsidentität mit dem anatomischen Geschlecht verwechselt wird und daher als biologisch und feststehend – und nicht als psychologisch, sozial und fließend – gesehen wird.

Beatrix Campbell (2016) fängt dies gut ein:

»Die von feministischem und schwulem Aktivismus geschaffene sexuelle Revolution hat natürlich die politische Landschaft, in der Transgender-Leben gelebt werden kann, verändert. Sie koexistiert mit der Kommodifizierung von Gender-Archetypen und der Wiedereinsetzung anscheinend polarisierter und parodistischer Männlich- und Weiblichkeiten.«

Im vorliegenden Artikel habe ich beschrieben, wie das Denken zu dem Feind wird, der zerstört werden muss. Nichts soll sich einem unbehinderten Zugang zu irreversiblen medizinischen und chirurgischen

Prozeduren in den Weg stellen, die eine lebenslange Medikation mit unbekanntem langfristigen Konsequenzen zur Folge haben werden.

Es ist höchste Zeit, dass den Herstellern von Pubertätsblockern die Unterstützung von Konferenzen über Geschlechtsidentitätsstörungen untersagt wird, da diese Hersteller ein direktes Interesse daran haben, etwas aufrechtzuerhalten, was für sie ein sehr lukrativer Markt geworden ist.

Schließen möchte ich mit einer kleinen Geschichte: Als Medizinstudent besuchte ich eine Vorlesung von Prof. Hans Eysenck über die Elektroschockbehandlung zur »Dekonditionierung« schwuler Männer. In der Diskussion fragte ein junger schwuler Philosoph, ob hier keine ethischen Anliegen zu berücksichtigen wären. Eysenck antwortete, dass diese Männer aufgrund ihrer Homosexualität litten und Hilfe gesucht hätten. Wir haben, sagte er, die Technik, mit der wir ihnen helfen können – eine weitere ethische Abwägung gibt es nicht. Der Fragesteller schlug daraufhin ein Gedankenexperiment vor. Stellen wir uns vor, sagte er zu Prof. Eysenck, Sie seien ein orthopädischer Chirurg, und eines Tages würde ein Mann zu Ihnen kommen und sich beklagen: »Ich kann diesen Arm nicht ertragen, er ist hässlich, ich weiß nie, was ich mit ihm anfangen soll, und meine Frau hasst ihn auch. Schauen Sie, er ist voller Blutergüsse, da ich mich dauernd stoße. Könnten Sie ihn bitte entfernen!« Nun, sagte der Fragesteller, ich nehme an, dass Sie ihn an einen Psychiater überweisen würden, der herausfinden könnte, was in der Beziehung dieses Mannes zu seinem Arm nicht stimmt. Sie würden nicht sagen: »Wir haben die Technik, mit der wir ihn von seinem Leiden befreien können«, um dann zur Amputation zu schreiten. Im ganzen Hörsaal war es mucksmäuschenstill. Der springende Punkt ist hier natürlich, dass der homosexuelle Mann, der eine derartige Behandlung anstrebt, bei Entscheidungen darüber, was ihn belastet, *nicht* souverän ist – denn es gibt individuelle, familiäre und gesellschaftliche Festlegungen (einschließlich jener, in einer Welt zu leben, in der der Homosexuellenhass eine tägliche Erfahrung sein dürfte), die ihn betreffen und von denen manche seinem Bewusstsein nicht zugänglich sind.

Als ich diese Geschichte zum letzten Mal erzählte, erfuhr ich zu meiner großen Beunruhigung, dass es in den USA Chirurgen *gibt*, die unter diesen Umständen eine Amputation vornehmen *würden*. Der Patientenstatus ist hier komplett kollabiert und zum Kundenstatus geworden. Der Wunsch transzendiert jede Konzeption von Hilfsbedürftigkeit. Die Externalität ist vernichtet.

Es ist allerdings sehr merkwürdig, in einer Welt zu leben, in der ein Mann, der eine Korrektur seiner Nase gewünscht hatte, von seinem plastischen Chirurgen an meinen klinischen Dienst überwiesen wird, da der Chirurg diesen Patienten darüber informiert hatte, dass mit seiner Nase zwar alles in Ordnung sei, aber mit seiner Beziehung zu seiner Nase etwas nicht stimme. Nach einem Jahr Psychotherapie gab dieser Mann seinen Wunsch nach einem chirurgischen Eingriff auf, nachdem er die komplexen Identifikationen verstanden hatte, die seiner Überzeugung zugrunde gelegen hatten. Zur selben Zeit kann anderswo eine Person mit akuter Geschlechtsidentitätsstörung nach nur wenigen Beratungsgesprächen sehr wohl die Zustimmung dazu erhalten, ihren Namen zu ändern, eine medikamentöse Behandlung zu beginnen und somit auf eine chirurgische Entfernung ihrer Brüste und Genitalien zuzusteuern, ohne dass weitere Fragen gestellt würden.

Vor vielen Jahren hätten Sie, wenn Ihr Fernseher nicht richtig zu funktionieren schien, verschiedene Bedienungselemente benutzt, um ihn wieder in Gang zu bringen. Manchmal erschien dann aber eine Meldung des Senders: »Ändern Sie nichts an den Einstellungen, es gibt ein Problem mit dem Signal!« Eine Version dieser Meldung fand ihren Weg in einen populären politischen Slogan der 1960er: »Ändert nichts an euren Einstellungen, die Wirklichkeit ist gestört!« Das gegenwärtige Szenario ist allerdings noch viel düsterer. Gravierende Bedenken wurden bezüglich der Ethik und Sicherheit vieler medizinischer und chirurgischer Behandlungen, die hier gewöhnlich zum Einsatz kommen, formuliert – Behandlungen, die möglicherweise medizinische Lösungen für psychologische Probleme anbieten.

Man hofft, dass diese Diskussion ihren Teil zum Start eines kritischen Engagements beitragen kann. Es gibt inzwischen eine viel

breitere Debatte in den Medien, die so vor einigen Jahren noch nicht möglich gewesen wäre; das Pendel könnte nun in die andere Richtung ausschlagen, aber es gibt viele überlastete Kollegen, die sich bemühen, weiterhin wohlüberlegt und ethisch verantwortlich zu handeln, und sie wären dankbar für unsere Unterstützung.

---

## LITERATUR

- Association of Child Psychotherapists (2018): »Silent Catastrophe«: Responding to the Danger Signs of Children and Young People's Mental Health: Services in Trouble. <https://childpsychotherapy.org.uk/launch-acp-report-silent-catastrophe>.
- Bell, D. (1997): Primitive Mind of State. *Psychoanalytic Psychotherapy* 10, 45–57.
- Blog BMJ Evidence-Based Medicine (BMJ EBM) (2019): <https://blogs.bmj.com/bmjebmspotlight/2019/02/25/gender-affirming-hormone-in-children-and-adolescents-evidence-review/>.
- Campbell, B. (2016): Leserbrief. *London Review of Books* 38/11 (2. Juni 2016), o.S. <https://www.lrb.co.uk/the-paper/v38/n11/letters> (letzter Zugriff 3.4.2022).
- Fraser, N. (2000): Rethinking Recognition. *New Left Review* 3, 107–118.
- Haider, A. (2018): Mistaken Identity, Race and Class in the Age of Trump. London (Verso).
- Littman, L. (2018): Parent Reports of Adolescents and Young Adults Perceived to Show Signs of a Rapid Onset of Gender Dysphoria. *PLoS ONE* 13(8): e0202330. DOI 10.1371/journal.pone.0202330.
- Perelberg, R. J. (2018): A Psychoanalytic Understanding of Bisexuality. In: Dies. (Hg.): *Psychic Bisexuality: A British-French Dialogue*. London (Routledge), 1–57. DOI 10.4324/9781351262965-14.
- Perelberg, R. J. (2019): *Sexuality, Excess and Representation: A Psychoanalytic Clinical and Theoretical Perspective*. London (Routledge/The New Library of Psychoanalysis). DOI 10.1080/00332828.2022.2051948.
- Reich, W. (1933): *Charakteranalyse*. Wien (Selbstverlag des Autors).



## Nachbemerkung zu »Primum non nocere«<sup>6</sup>

Anmerkung der Redaktion: David Bells folgende Nachbemerkung zu »Primum non nocere« wird hier im Anschluss an den eigentlichen Text, jedoch separat von ihm veröffentlicht, da der Autor den ursprünglichen Text für das *International Journal of Psychoanalysis* (»First Do No Harm«) zu einer Zeit verfasste, als er noch am Tavistock and Portman NHS Foundation Trust angestellt war und daher die folgenden Informationen nicht frei zugänglich machen konnte.

### 1. Vorgeschichte

Das Jahr 2019 war das letzte Jahr meiner Amtszeit als Mitglied des Council of Governors des Tavistock and Portman NHS Trusts (im Folgenden kurz als »Tavistock« bezeichnet). Ich war fast 25 Jahre als Facharzt für Psychiatrie bei Tavistock angestellt. Der Council of Governors ist eine Struktur, die sich aus diversen Interessenvertretern zusammensetzt: aus Vertretern der Gemeinden in unmittelbarer Nähe der Tavistock-Klinik (der Stadtbezirke Camden und Islington), anderer Teile Londons und ganz England sowie aus Vertretern der Universitäten, der Allgemeinmedizin und der Tavistock-Belegschaft. Ich war Vertreter des akademischen und klinischen Personals.

Anfang des Jahres 2019 traten einige Mitarbeiter des Gender Identity Development Service (GIDS) an mich heran, da sie schwere ethische und klinische Bedenken hinsichtlich der Behandlung von Kindern und Jugendlichen im GIDS hatten. Im Laufe der folgenden neun Monate suchten mich zehn Mitarbeiter dieses Dienstes auf (d. h. ein Drittel der gesamten Belegschaft des GIDS). Sie kamen aus verschiedenen Disziplinen, manche arbeiteten schon länger für Tavistock, andere erst seit Kürzerem. Mit einer Ausnahme fühlten sie sich nicht imstande, in der Tavistock-Klinik mit mir zu sprechen, sondern kamen zu diesem

---

6 Bei der Redaktion eingegangen am 12.10.2022.

Zweck in meine Privatpraxis. Das war für mich ein erstes Warnzeichen dafür, welchem Maß an Bedrohung und Einschüchterung sie ausgesetzt waren. Während der gesamten Zeit, in der ich diese Gespräche führte, blieb das unverändert. Sie hatten alle versucht, ihre Bedenken mit ihren Vorgesetzten, mit dem ärztlichen Direktor und der Vertrauensperson des Trusts zu besprechen – immer ohne Erfolg.

Die Mitarbeiter beklagten alle sehr ähnliche Probleme; dazu gehörten:

- der Druck durch die sehr schnelle Ausweitung des Dienstes innerhalb kurzer Zeit, von 90 Überweisungen im Jahr 2009 auf 2700 Überweisungen in den Jahren 2018/19, ohne jedes Innehalten, um die Gründe für diesen massiven Anstieg der Fallzahlen zu untersuchen;
- das übergroße Arbeitspensum von bis zu 140 Fällen pro Person;<sup>7</sup>
- Bearbeitung der Fälle durch Mitarbeiter ohne jede entsprechende Erfahrung (d. h. ohne größere klinische Erfahrung und gewiss ohne jede spezielle Erfahrung auf diesem Gebiet);
- hohes Niveau von Dysstress bei den Mitarbeitern, hohe Fluktuation der Mitarbeiter;
- in Anbetracht der plötzlichen Veränderungen und experimentellen Natur der Behandlung das Fehlen einer angemessenen (wissenschaftlichen) Haltung des Fragens und der Ungewissheit;
- ernstliche ethische Bedenken aufgrund der Unzulänglichkeit eines Einverständnisses von Minderjährigen – oft ohne jedes ausführ-

---

7 Eine Mitarbeiterin des GIDS erklärte, dass sie, wenn sie in ihrem vorigen Job an einen Patienten dachte, der sie konsultiert hatte, ihr ein spezieller Aspekt des Falles (z. B., dass es in der Familie einen plötzlichen einschneidenden Verlust gegeben hatte) auch alle anderen Besonderheiten dieses Falles wieder vor Augen führte. Dagegen sei es beim GIDS so, dass aufgrund des Drucks, die Kinder durch das Verfahren zu schleusen, aufgrund der sehr großen Fallzahlen und aufgrund der Tatsache, dass viele Kinder exakt dieselben Aussagen machten, als ob sie ein Skript einstudiert hätten (dass sie genau das sagten, was ihrer Auffassung nach alle Kriterien erfüllte, um gleich auf den Pfad der medizinischen Behandlung gesetzt zu werden), alle Fälle in eins verschmolzen und sie sich an kein Kind individuell erinnern konnte. Sie sah das als Ausdruck eines Mangels jeglichen klinischen Engagements mit den einzelnen Kindern an.

- lichere Eingehen auf potenzielle Komplikationen für Gehirn, Kognition und Knochenwachstum sowie auf eine zu erwartende Unfruchtbarkeit und sexuelle Funktionsstörung;
- Risiken der hormonellen und chirurgischen Eingriffe bei Kindern und Jugendlichen ohne ausreichende Zeit für die Begutachtung des Falls und ohne ausreichend Raum zum Nachdenken;
  - keinerlei Diskussion über wirksame klinische Modelle oder Wissensgrundlagen;
  - eine Atmosphäre der Bedrohung und Einschüchterung; die Angst, als Whistleblower »aufzufliegen«; die endemische Sorge, der »Transphobie« bezichtigt zu werden;
  - eine Kultur »politischer Korrektheit«, die sich einer Form von Prozeduralismus verschreibt, wo Zeit zum Nachdenken und Abwägen erforderlich ist;
  - unangemessene Einmischung von hochgradig ideologisch motivierten Trans-Lobbygruppen wie »Mermaids« [Meerjungfrauen];<sup>8</sup>
  - eine sehr geringe Widerstandskraft gegen den Druck der Familien und sozialen Netzwerke sowie eine Unfähigkeit, sich dem Druck der Translobby zu widersetzen, aus Furcht, als transphob zu gelten;
  - da der GIDS ein vom britischen Staat finanzierter Dienst ist, waren die Aufsicht über die leitenden Mitarbeiter und ihre Verantwortlichkeiten unklar; es bestand in diesem Dienst die Tendenz, sich nicht Tavistock, sondern direkt dem National Health Service England rechenschaftspflichtig zu fühlen und so gänzlich ohne jede Bindung an die Traditionen und die Kultur von Tavistock zu arbeiten;
  - eine allzu vereinfachte Sicht der Dinge, die bestimmte Fälle als »unproblematisch« [»straightforward«] einstufte; dass ein medizinische und chirurgische Eingriffe anstrebendes Kind mit Geschlechtsidentitätsstörung als »unproblematisch« gelten konnte,

---

8 Einer der Direktoren spielte zugleich in einer anderen Lobby-Organisation (»Gendered Intelligence«) eine wichtige Rolle.

war natürlich sehr besorgniserregend;<sup>9</sup> die Klinikärzte, die bei mir vorsprachen, betrachteten diese Kinder und Jugendlichen als die schwierigsten und kompliziertesten Fälle, die sie je gesehen hatten, oft mit vielfältigen Problemen und aus hochgradig gestörten Familien;

- geringes Engagement für die Kinder; der Druck, sie auf den medizinischen Pfad zu bugsieren – was z. T. auf die stark politisierten Pressionen und die lange Warteliste zurückzuführen ist;
- die Tatsache, dass manche Kinder nur ein- oder zweimal untersucht worden waren, bevor sie zur Behandlung mit Pubertätsblockern weitergeleitet wurden;
- das Fehlen eines wirklichen klinischen Modells, das als Grundlage zum Verständnis dieser Kinder und Jugendlichen dienen könnte.

Der Dienst nahm zu dieser Zeit eine transaffirmative Haltung ein (d. h., er akzeptierte bedingungslos die von seinen Patienten im Kindesalter reklamierte Geschlechtsidentität); diese Haltung ließ sich nur extrem schwer in Frage stellen.

Das Behandlungsmodell des GIDS war zu einer Zeit entstanden, als es 50 Überweisungen pro Jahr gegeben und die übergroße Mehrheit der Fälle nach einer ausgedehnten Untersuchungsphase pubertätsblockierende Hormone bekommen hatte. Jetzt waren es über 2500 Überweisungen pro Jahr – ein Zuwachs von etwa 100 Prozent von einem Jahr zum anderen. Es gab jedoch in diesem Dienst keinerlei Bestrebungen, das Behandlungsmodell in Anbetracht der vollkommen veränderten Charakteristika der von ihm betreuten Population das Behandlungsmodell zu überdenken. Weiterhin wurden fast 100 Prozent der Fälle mit Pubertätsblockern behandelt und bekamen dann Hormone des jeweils

---

9 Die Direktorin Polly Carmichael sagte in einem Interview mit mir, dass gewisse Fälle »unproblematisch« seien und dass dieser Dienst (d. h. GIDS) »kein klinischer Dienst« sei. Damit wollte sie sagen, dass er ein Begutachtungs-Dienst [»assessment service«] sei – wie man aber eine Begutachtung für etwas anderes halten könnte als eine klinische Beschäftigung mit einem Fall, wurde nicht erklärt.

anderen Geschlechts verschrieben. Somit war der Einsatz von Pubertätsblockern de facto der Beginn eines Wegs, der zur Verabreichung von Sexualhormonen des jeweils anderen Geschlechts und wahrscheinlich auch zum chirurgischen Eingriff führte. Obwohl die Entscheidung für den Einsatz von Pubertätsblockern also stark von diesem Wissen belastet war, entschied man sich in der Regel dafür und beteuerte die »Reversibilität« der Behandlung.

Mediziner verweisen oft auf »Reversibilität«. Damit meinen sie, dass die Pubertät beginnt, sobald die Pubertätsblocker abgesetzt werden. Dies ist aber eine folgenreiche Fehlinterpretation. Körper und Psyche eines Kindes sind kein Videoprogramm, bei dem man den »Pause«-Knopf drücken und später das Abspielen fortsetzen kann. Im Pubertätsalter sind das Gehirn, das Hormonsystem, die Psyche und das psychosoziale Umfeld des Kindes für die Pubertät »bereit«. Die Pubertät zu unterbrechen und sie einige Jahre später wieder beginnen zu lassen heißt, sie zu einem Zeitpunkt beginnen zu lassen, wenn sich das Kind in einem ganz anderen biopsychosozialen Zustand befindet. Auf jeden Fall wurden ernsthafte Bedenken hinsichtlich der Auswirkungen der Pubertätsblocker auf die Hirnfunktion, die kognitive Entwicklung und das Knochenwachstum angemeldet (vgl. dazu den Blog BMJ EBM Spotlight [2019] vom 25.2.2019). Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass beinahe 100 Prozent der Kinder und Jugendlichen die Behandlung nicht wieder abbrechen, sondern zur Medikation mit Sexualhormonen des anderen Geschlechts übergehen, sind diese Überlegungen aber letztlich irrelevant.

An einer Aufklärung der möglichen Ursachen für den exponentiellen Anstieg der Überweisungen von 50 auf mehr als 2500 im Laufe von sechs oder sieben Jahren wurde nur wenig Interesse gezeigt. Im Laufe dieser Zeit wurde aus einer Mehrheit biologischer Männer, die die Transition zum weiblichen Geschlecht anstrebten, eine Mehrheit von biologischen Frauen, die die Transition zum männlichen Geschlecht anstreben. Auch nach den Ursachen dieser Entwicklung wurde nicht weiter gefragt, obwohl es Grund zu der Annahme gab, dass hier ungenügend verstandene soziale und kulturelle Faktoren im Spiel sind.

Das geringe Niveau des Engagements für eine eingehendere Untersuchung der Fälle wurde noch weiter dadurch kompliziert, dass die Kinder und Jugendlichen oft mit einstudierten Antworten ankamen. Manche hatten sich online informiert oder waren von ihren Eltern vorbereitet worden und hatten gelernt, was die »richtigen Antworten« auf die Fragen der Ärzte waren – d. h. die Antworten, die höchstwahrscheinlich dafür sorgen würden, den medizinische Pfad zur Geschlechtsumwandlung einzuschlagen. Vom Klinikarzt würde es offensichtlich beträchtliche Vorsicht, Sensibilität und Reife erfordern, um hinter dieses Abwehrsystem schauen zu können – vor allem aber würde es Zeit erfordern, und Zeit war gerade das, was die Ärzte an der Tavistock nicht hatten.

Eltern, die Zweifel anmeldeten und Bedenken hatten, ob die Affirmation der neuen Geschlechtsidentität wirklich ratsam wäre, wurden oft vom GIDS vor den Kopf gestoßen oder unter Druck gesetzt, die Position des Kindes zu akzeptieren.

Viele meiner Gesprächspartner sprachen über systemische Homophobie und über die Einschüchterung schwuler und lesbischer Mitarbeiter – die dann, wenn sie das komplizierte Problem der Homophobie in den Familien der Kinder ansprachen, selbst eingeschüchtert wurden oder von diesen Fällen abgezogen wurden.

Es beeindruckte mich, dass in den Interviews dieselben Punkte wieder und wieder genannt wurden, und ich war zutiefst erschüttert von den geäußerten Befürchtungen, die Kinder und Jugendlichen würden vernachlässigt, Behandlungen unterzogen, für die es (mangels Folgestudien) *keine* Evidenz gibt, und ernsthaften Gefahren ausgesetzt. Wenn diese Befürchtungen sich auf Tatsachen gründen sollten – und ich kam zu der Überzeugung, dass dies der Fall war –, bedeutete es, dass GIDS und damit auch Tavistock den Vorsichts- und Schutzverpflichtungen nicht nachkamen. Später erfuhr ich, dass 2015 ein externer Berater den Dienst als dysfunktional qualifiziert und empfohlen hatte, ihn unverzüglich einzuschränken – eine Empfehlung, die ignoriert wurde – und dass David Taylor schon 2005 in seiner Eigenschaft als ärztlicher Direktor einen internen Bericht erstellt hatte, in dem er vielen dieser

Befürchtungen Ausdruck verliehen hatte (BBC News 2020). Auch hier waren keine Maßnahmen ergriffen worden.

Der Dienst schien diesen Mitarbeitern komplett von allem, was sie als die Mission und die Werte von Tavistock ansahen, abgeschnitten zu sein. Angesichts der Tatsache, dass der Dienst direkt vom National Health Service England, dem englischen Gesundheitssystem, finanziert wird, schien es tatsächlich möglich zu sein, dass die Zuordnung der Rechenschaftspflichten sehr unklar geworden war, und das führte dazu, dass der Dienst so funktionierte, als ob er vom Rest von Tavistock unabhängig sei.

Die leitenden Mitarbeiter des Dienstes standen den Begriffen des Unbewussten und des psychoanalytischen Denkens weitgehend feindlich gegenüber.

Die meisten der Mitarbeiter, mit denen ich Gespräche führte, hatten den Dienst aus ethischen Gründen verlassen oder waren dabei, ihn zu verlassen. Andere waren dageblieben und versuchten zu kämpfen und ihr Bestes zu tun, damit ihre Fälle eine angemessene Behandlung erhielten. Es gab einige Orte, an denen manche Mitarbeiter unter großen Kämpfen gute Behandlungspraktiken aufrechterhalten konnten.

Als ich mir diese überaus ernststen Bedenken angehört hatte, beschloss ich, einen Bericht zu verfassen, der dem Vorstand des Tavistock Trusts vorgelegt wurde. Das Management drohte mir und versuchte die Weiterleitung des Berichts an den Council of Governors zu verhindern. Ich zog jedoch einen Anwalt zurate und leitete den Bericht weiter. Das war das Startsignal für eine sehr schwierige Beziehung zwischen mir und dem Management, die sich bis zu meiner Pensionierung im Januar 2021 fortsetzte. Ich erhielt aber von Psychoanalytiker-Kollegen im Tavistock Trust Unterstützung und konnte in der Erwachsenenabteilung weiterhin zufrieden arbeiten.

Das Management forderte einen »Bericht« über den Dienst an, der von dessen ärztlichem Direktor erstellt wurde, und der – wie nicht anders zu erwarten war – darauf zielte, dem Dienst und der ganzen Organisation zu versichern, dass es hier keine ernstlichen Probleme gäbe.

Ungefähr zur selben Zeit kontaktierten einige Eltern von Jugendlichen Tavistock, weil sie sich Sorgen darüber machten, dass junge Menschen im Schnellverfahren auf den Weg der medizinischen Behandlung gebracht wurden (The Guardian 2018). Ihr Brief sprach viele der Fragen an, die auch in meinen Interviews vorgebracht worden waren – dies führte letztlich dazu, dass ich mir in meinen Schlussfolgerungen immer sicherer wurde.

Mein Bericht und die (durch ein »leak«, eine Weiterleitung an die Presse) folgende öffentliche Aufmerksamkeit waren Teil einer Kette von Umständen, die zu einem zunehmend kritischen Verständnis der unangemessenen Behandlung der Geschlechtsidentitätsstörung bei Kindern und jungen Menschen führte.

## 2. Postskriptum zum ursprünglichen Text »Primum non nocere«

Die Ex-Patientin Keira Bell (nicht mit dem Autor verwandt) und ein anonym er Elternteil leiteten gerichtliche Schritte ein, die dann die Form einer gerichtlichen Überprüfung annahmen. Geklärt werden sollte die Frage, ob Kinder rechtlich in der Lage seien, ihr Einverständnis zu medizinischen Eingriffen zu erklären, über deren langfristige Konsequenzen nichts bekannt ist, bei denen aber vernünftige Gründe zur Besorgnis über langfristige Folgen und mögliche ernsthafte Schäden bestehen. Ernste Befürchtungen waren etwa hinsichtlich der langfristigen Auswirkungen auf die Entwicklung von Knochen und Gehirn sowie auf die psychologische Entwicklung vorgebracht worden (vgl. z. B. den Blog BMJ EBM Spotlight 2019). Zentraler Gegenstand in diesem Gerichtsverfahren war die Frage, ob die (mangelnde) Reife des Kindes und das Vorliegen einer gravierenden psychischen Störung die Fähigkeit zu einer vernünftigen Einverständniserklärung beeinträchtigen könnten.

Der Gerichtsentscheid erging im Dezember 2020 (High Court of Justice 2020)<sup>10</sup> und stellte fest, dass Kinder *nicht* in der Lage seien, eine

---

10 In den Gerichtsurteilen erscheint Keira Bell eigenartigerweise als »Quincy Bell« (A.d.Ü.).



Einverständniserklärung abzugeben. Die Richter brachten auch zum Ausdruck, dass die schlechte Führung und Verwaltung des GIDS Anlass zu großer Beunruhigung gebe. Insbesondere erwähnten sie die mangelnden Daten zu Komorbiditäten, das Fehlen jeder ordentlichen Verlaufskontrolle [»follow-up«] und die fehlenden Erkenntnisse darüber, zu welchem Prozentsatz die in der Klinik vorstellig gewordenen Kinder dann mit Sexualhormonen des jeweils anderen Geschlechts oder mit chirurgischen Eingriffen behandelt worden waren.

Der Court of Appeal, die oberste gerichtliche Revisionsinstanz im Vereinigten Königreich, hat dieses Urteil im September 2021 aufgehoben (vgl. Court of Appeal 2021).

Diese richterliche Entscheidung wurde weithin falsch verstanden – das Gericht hat *keine* Stellungnahme darüber abgegeben, ob Kinder und Jugendliche ihr Einverständnis erklären können. Vielmehr vertrat es den Standpunkt, dass der Divisional Court (der die gerichtliche Überprüfung angehört hatte) nicht berechtigt war, ein derartiges Urteil zu sprechen. Um das an einem Beispiel zu verdeutlichen: Wenn ein Gericht urteilt, dass ein Beamter, der wegen eines Verkehrsdelikts einen Bußgeldbescheid ausgestellt hat, dazu nicht berechtigt war, würde das diesen Bescheid ungültig machen, aber damit wäre nichts darüber ausgesagt, ob das Delikt begangen wurde oder nicht. Die Berufungsrichter erklärten, davon auszugehen, dass die Klinikärzte die Fragen des Einverständnisses mit großer Sorgfalt behandeln – es gab jedoch genügend und zunehmende Anzeichen dafür, dass dies gerade nicht der Fall war.

Zudem bezog sich diese Berufung notwendigerweise und juristisch korrekt nur auf das Ergebnis der richterlichen Überprüfung *der Frage des Einverständnisses* – die anderen dort angesprochenen schwerwiegenden Probleme, die die schlechte Führung des GIDS betrafen, wurden nicht in Zweifel gezogen.

Das nächste wichtige Ereignis in dieser traurigen Geschichte war der Fall Sonia Appleby. Appleby ist die leitende Kinderschutzbeauftragte für den gesamten Tavistock Trust. GIDS hatte ihre Position untergraben, die Mitarbeiter daran zu hindern versucht, Kinderschutzprobleme mit ihr zu besprechen und ihr gedroht (da sie Zweifel an der

Angemessenheit der Kinderschutzmaßnahmen am GIDS ausgesprochen hatte). Dies veranlasste sie letzten Endes dazu, gegen Tavistock gerichtlich vorzugehen. Das Arbeitsgericht, das ihren Fall verhandelte, urteilte zu ihren Gunsten, dass sie eine Rufschädigung erlitten und man sie daran gehindert habe, ihre Tätigkeit im Bereich des Kinderschutzes auszuüben, obwohl sie legitime Bedenken geäußert hatte, und verurteilte den Trust, Schadensersatz zu leisten (Employment Tribunals 2021). Über seine unmittelbare Wirkung hinaus hatte dieser Gerichtsbeschluss gravierende Folgen, da er die Vorwürfe der GIDS-Mitarbeiter bekräftigte, dass es eine Atmosphäre von Drohungen und Einschüchterungsversuchen gegen alle Mitarbeiter gebe, die hinsichtlich des GIDS Bedenken anmeldeten.

Schließlich inspizierte die Care Quality Commission – sie ist dafür zuständig, ein angemessenes Niveau klinischer Sorgfalt zu gewährleisten – den Dienst im Jahr 2020; ihr Bericht brachte weitreichende Zweifel an der klinischen Sorgfalt und der zufriedenstellenden Führung des Dienstes zum Ausdruck und ging auch auf Befürchtungen der Mitarbeiter ein, für ihr Anmelden von Bedenken abgestraft zu werden.

Tavistock versuchte, Disziplinarmaßnahmen gegen mich zu ergreifen, konnte aber diese Verfahren schließlich nicht in die Wege leiten.

Als Reaktion auf die mittlerweile verbreiteten Bedenken gegen eine möglicherweise schädliche Behandlung ohne jede korrekte Evidenzgrundlage nahm der National Health Service England eine weitreichende Überprüfung der klinischen Richtlinien vor (sie wurde unter dem Namen »The Cass Review« bekannt). Sein Zwischenbericht wurde kürzlich vorgestellt (The Cass Review 2022; vgl. auch den Bericht des Guardian 2020). Dies ist die bisher umfassendste Untersuchung zur Behandlung der Geschlechtsidentitätsstörung bei Kindern und Jugendlichen, und ihre Ergebnisse unterstützen die Bedenken, die ich ebenso wie viele andere aufgeworfen haben, in ganz erheblichem Maße. Insbesondere kritisiert sie das »affirmative« Modell der Verschreibung von Pubertätsblockern nahezu ohne jede Evidenzgrundlage und die Nichtbeachtung anderer schwerwiegender Komorbiditäten in dieser

Patientengruppe. Infolge dieses Berichts gab der National Health Service im Juli seine Entscheidung bekannt, die Tavistock Gender Clinic (GIDS) zu schließen.

Das Karolinska Institut in Schweden hat die Vergabe von Pubertätsblockern und Sexualhormonen des anderen Geschlechts an Minderjährige (außerhalb ethisch vertretbarer klinischer Studien) beendet (SEGM 2021a). Und die finnischen Behörden haben neue Richtlinien aufgestellt (SEGM 2021b), denen zufolge eine Psychotherapie, und nicht die Verschreibung von Pubertätsblockern und Sexualhormonen des anderen Geschlechts, die primäre Behandlung von Jugendlichen mit Geschlechtsidentitätsstörung darstellen sollen.

**Kontakt:** Dr. David Bell, Flat 4 Mullion Court, 112–114 Finchley Road, London NW3 5JH, United Kingdom, E-Mail: davidbell@hotmail.com

**Aus dem Englischen von Nikolaus Gramm**

---

## LITERATUR

- BBC News (2020): Children's Gender Identity Clinic Concerns Go Back 15 Years, 1.10.2020. <https://www.bbc.co.uk/news/uk-54374165>.
- Blog BMJ EBM Spotlight (2019): Gender-Affirming Hormone in Children and Adolescents, 25.2.2019. <https://blogs.bmj.com/bmjebmspotlight/2019/02/25/gender-affirming-hormone-in-children-and-adolescents-evidence-review/>.
- Court of Appeal (Civil Division) (2021): Revisionsurteil vom 17.9.2021 in der Sache Quincy Bell & Mrs. A. vs. The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust. <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2022/07/Bell-v-Tavistock-judgment-170921.pdf>.
- Employment Tribunals (2021): Urteil vom 3.9.2021 in der Sache Ms. S. Appleby vs. Tavistock and Portman NHS Foundation Trust. [https://assets.publishing.service.gov.uk/media/6149eb48d3bf7f05ac396f79/Ms\\_S\\_Appleby\\_vs\\_\\_Tavistock\\_and\\_Portman\\_NHS\\_Foundation\\_Trust.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/6149eb48d3bf7f05ac396f79/Ms_S_Appleby_vs__Tavistock_and_Portman_NHS_Foundation_Trust.pdf).
- High Court of Justice (Administrative Court, Divisional Court) (2020): Urteil vom 1.12.2020 in der Sache Quincy Bell & Mrs. A. vs. The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust. <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-v-Tavistock-Judgment.pdf>.

- SEGM (Society for Evidence Based Gender Medicine) (2021): Sweden's Karolinska Ends All Use of Puberty Blockers and Cross-Sex Hormones for Minors Outside of Clinical Studies, 5.5.2021. [https://segm.org/Sweden\\_ends\\_use\\_of\\_Dutch\\_protocol](https://segm.org/Sweden_ends_use_of_Dutch_protocol).
- SEGM (Society for Evidence Based Gender Medicine) (2021): One Year Since Finland Broke with WPATH »Standards of Care«, 2.7.2021. [https://segm.org/Finland\\_deviates\\_from\\_WPATH\\_prioritizing\\_psychotherapy\\_no\\_surgery\\_for\\_minors](https://segm.org/Finland_deviates_from_WPATH_prioritizing_psychotherapy_no_surgery_for_minors).
- The Cass Review (2022): Independent Review of Gender Identity Services for Children and Young People: Interim Report, Februar 2022.
- The Guardian (2018): Gender Identity Clinic Accused of Fast-Tracking Young Adults, 3.11.2018. <https://www.theguardian.com/society/2018/nov/03/tavistock-centre-gender-identity-clinic-accused-fast-tracking-young-adults>.
- The Guardian (2022): The Observer View on Gender Identity Services for Children, 20.3.2022. <https://www.theguardian.com/commentisfree/2022/mar/20/observer-view-cass-review-gender-identity-services-young-people>.
- Alle Online-Texte abgerufen am 28.10.2022.

---

**ABSTRACT:** *Primum non nocere.* – During his long years of service as a psychiatry specialist with the Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, the author of this article was able to observe at very close quarters the latest developments in care for children with gender dysphoria. The article proposes a number of hypotheses on the socio-cultural factors operative in the sudden upsurge in the number of minor patients diagnosed with gender dysphoria and then transferred to specialist centers for gender affirmation surgery or medication. He also enlarges on some characteristics of the ban on thinking associated with this subject. The professional conditions influencing his article as well as further developments at the Tavistock Clinic and in his own life are discussed by the author in a concluding commentary on his own text.

**KEYWORDS:** gender; gender dysphoria; gender transition; transgender

**RÉSUMÉ :** *Primum non nocere.* – Au cours de sa longue carrière de médecin psychiatre au Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, l'auteur de cet article a observé de près l'évolution des soins de santé pour les enfants souffrant de troubles de l'identité de genre («gender dysphoria»). L'article développe quelques hypothèses sur les facteurs socioculturels

à l'origine de l'augmentation soudaine et brutale du nombre de patients mineurs chez qui un trouble de l'identité sexuelle a été diagnostiqué et qui ont ensuite été orientés vers des centres spécialisés pour un changement de sexe médicamenteux et chirurgical, et décrit les interdits qui caractérisent la pensée et le discours dans ce domaine. L'auteur explique enfin dans un commentaire de son propre texte les conditions professionnelles qui l'ont influencé ainsi que les développements ultérieurs à la clinique Tavistock et dans sa propre vie.

**MOTS-CLÉS :** sexe ; trouble de l'identité sexuelle ; changement de sexe ; transgenre