

Transsexualität und Logopädie

Der Weg zu einer neuen Stimme - Teil 1

gekürzte Diplomarbeit von Doris Schüchner

Transsexualität zeichnet sich durch eine dauerhafte innere Gewißheit aus, sich dem anderen Geschlecht zugehörig zu fühlen. Transsexuelle Menschen leben also im falschen Körper und leiden unter diesem paradoxen Zugehörigkeitsgefühl.

Es besteht die Möglichkeit einer medizinischen Geschlechtsanpassung, die viele anstreben. Nach dieser Anpassung der Geschlechtsmerkmale mittels chirurgischer und hormoneller Behandlung, bestehen sekundäre Geschlechtsmerkmale, wie die Stimme bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen in ihrer ursprünglichen Form weiter. Frau-zu-Mann-Transsexuelle genießen den Vorteil, daß die Hormongabe ihre Stimme vermännlicht. Im ersten Fall kann eine zu tiefe Stimme einen hohen Leidensdruck verursachen, dem ebenfalls Abhilfe geschaffen werden kann. Hierzu besteht die Möglichkeit, direkt am Kehlkopf einen stimmveränderenden, phonochirurgischen Eingriff zu machen. Wenn dies nicht erwünscht oder kontraindiziert ist, kann logopädische Stimmtherapie eine andere mögliche Hilfestellung sein.

Ich habe versucht, in dieser Arbeit eventuelle Ansätze für eine logopädische Therapie zusammenzufassen.

Transsexualismus

Der Begriff Transsexualismus wurde von Hirschfeld (1918) - "seelischer Transsexualismus" - und Cauldwell (1949) - "Psychopathia transsexualis" - geprägt, durchgesetzt hat sich der Ausdruck Transsexualismus aber erst durch Harry Benjamin (1953) (vgl. Eicher 1992, S.1). Der erste beschriebene Versuch einer genitaltransformierenden Operation fand 1931 in Deutschland statt (Abraham 1931). Seit Inkrafttreten von Transsexuellengesetzen (in Österreich existieren nur Empfehlungen für den Behandlungsprozeß von Transsexuellen durch das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales) werden die Probleme Transsexueller in der Öffentlichkeit vermehrt zur Kenntnis genommen und diskutiert.

Kann man Transsexualität definieren?

Über Diagnose und Differenzialdiagnose im gesellschaftlichen Kontext

Klassifikation nach ICD-10 und DSM-III-R (Möller et al 1996, S. 261)

ICD-10: Transsexualismus

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

DSM-III-R

Anhalten des Unbehagens und Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlecht. Anhaltender, über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren bestehender Wunsch, die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden und dafür die Geschlechtsmerkmale des anderen Geschlechts zu erhalten. Die Person hat die Pubertät erreicht.

Symptome:

- Geschlechtsatypisches Verhalten (z.B. crossdressing) und Empfinden im Kindesalter
- Gewissheit, im falschen Körper gefangen zu sein
- Haß und Ekel gegenüber den eigenen körperlichen Geschlechtsmerkmalen
- Verlangen nach Geschlechtswechsel, auch schon im frühen Kindesalter
- Wunsch, dem erlebten Geschlecht körperlich, rechtlich und sozial angeglichen, zugeordnet und gleichgestellt zu werden
- Anstreben perfekter Transformation (Kleidung, Reaktionen, Ausdrucks- und Verhaltensweisen)
- Körperliches Wohlfühl bei "crossdressing" (vergleichsweise führt "crossdressing" bei Transvestitismus zu sexueller Erregung)
- Oftmals Borderline-Persönlichkeiten
- Suizidgefahr

Differentialdiagnostische Kriterien:

- Psychosen: Schizophrenie und wahnhaftige Störungen
- Intersexuelle Störungen (z.B. Hermaphroditismus)
- Sexuelle Reifungskrise, ichdystone Sexualorientierung (z.B.: Abwehr von unbewußten homosexuellen Triebwünschen)
- Neurologische Erkrankungen

Das Bewußtsein, im falschen Körper geboren worden zu sein, wird also deutlich durch den Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören, sowie durch das Unbehagen über das eigene Geschlecht. Das führt bei vielen Transsexuellen dazu, eine Geschlechtsanpassung als einzigen Ausweg zu sehen, um ihr Leiden zu mindern, und in ihrem wahren Geschlecht leben zu können. Sie wollen als Angehörige des anderen anatomischen Geschlechts anerkannt werden.

Das biologische Geschlecht steht also im Widerspruch zum sozialen, zur Geschlechtsidentität. Lange Zeit wurde Geschlechterdifferenz auf biologische Theorien zurückgeführt. Die aus den biologischen Anlagen entstehenden Geschlechterrollen seien sozialisatorisch und kulturell beeinflusst, und zeigten die Zweigeschlechtigkeit als relevante Klassifikation auf. "Die kulturelle Wirklichkeit zweier Geschlechter aber kann nicht aus einem Unterschied der Genitalien "folgen", da sie Geschlechtszeiten nur im bereits bestehenden Kontext dieser Wirklichkeit sind." (Hirschauer 1993, S.22)

Die heutige Wissenschaft stellt ein biologisch unveränderbares "sex" einem kulturell variablen "gender" gegenüber. Anatomie, sowie Verhalten und Auftreten sind zu unterscheidende Charakteristika. Die zwangsläufige Identifikation mit dem eigenen biologischen Geschlecht ist nicht a priori gegeben.

Der Transsexualismus ist definiert durch eine dauerhafte und irreversible Transposition der Geschlechtsidentität. Dadurch entstehen starke seelische Konflikte. Dies äußert sich in Verzweiflung, Haß gegen den eigenen Körper, Depressionen und Suizidversuchen. An Suizid muß im Zusammenhang mit Transsexualität immer gedacht werden. Die Öffentlichkeit ist nach wie vor viel zu wenig aufgeklärt, und transsexuelle Menschen sind häufig mit Vorurteilen und Diskriminierung konfrontiert. Benjamin (1953) begründete das Verständnis von Transsexualität als behandlungswürdiger Krankheit. Bei aller Wichtigkeit der Definition von Transsexualität zur richtigen Diagnosestellung, muß immer im Auge behalten werden, daß es sich hierbei um individuelle Menschen handelt, die unterschiedlichste Lebensgeschichten mit sich bringen. Die differenzialdiagnostischen Kriterien helfen, in ausreichend langer Beobachtungszeit, kontraindizierte Operation vermeiden.

Das paradoxe Zugehörigkeitsgefühl läßt sich in der Regel bis in die frühe Kindheit zurückverfolgen, kein Wunder also, daß der Leidensdruck im Laufe des Lebens so stark ansteigt, daß die Betroffenen die Geschlechtsanpassung als Lebensrettung ansehen. Psychotherapeutische Diagnostestests sollen feststellen, ob es sich um "echte" Transsexualität handelt.

In unserer Gesellschaft wird der medizinischen Behandlung ein großer Stellenwert eingeräumt. Die geschlechtsanpassenden Operationen helfen vielen Transsexuellen, zu überleben. Das seelische Problem und die sozialen Konflikte zu beseitigen, wäre jedoch ein weitaus umfassenderer Ansatz. Dazu müßte aber die sogenannte normale Bevölkerung ein anderes "gender" entwickeln. Das Verständnis für Geschlechterrollen müßte revolutioniert werden.

Kann Transsexualismus "weg"therapiert werden ?

Psychotherapeutische und psychoanalytische Versuche, transidente Menschen von ihrem Wunsch nach Geschlechtsveränderung zu befreien, blieben bislang erfolglos.

Das Bewußtsein, einem bestimmten Geschlecht anzugehören, wird in der Kindheit fixiert. Das transsexuelle Symptom wird auch als kreative Abwehrleistung angesehen, "die dem Betreffenden das Überleben ermöglicht." (Eicher, 1992, S. 161)

Die Psychoanalyse versucht, die unbewußten Konflikte und die leidvolle Dynamik bewußt zu machen. Die Motivation für Psychoanalyse, Psychotherapie oder Verhaltenstherapie war bisher bei den meisten Transsexuellen auch deshalb nicht gegeben, weil die Bereitschaft, ihre transponierte Geschlechtsidentität in Frage stellen zu lassen, nicht gegeben ist. Motivation ist jedoch eine sehr wichtige Voraussetzung für eine sinnvolle Psychotherapie. Therapieziel kann daher nicht sein, die Geschlechtsidentität umdrehen zu wollen.

"Echte" Transsexuelle lassen sich von ihrem Ziel der hormonellen und operativen Angleichung nicht abbringen. Es kann ihnen nicht zur Auflage gemacht werden, auf ihr Symptom zu verzichten, weil es gleichbedeutend wäre mit der Aufgabe ihrer Identität.

Die supportive Psychotherapie vor, während und nach der geschlechtsanpassenden Operation ist sinnvoll. Sie soll dem Patienten helfen, "mit seinen Problemen fertig zu werden, die dabei auftreten, in der Rolle des angestrebten Geschlechts aufzutreten." (Eicher 1992, S.156).

Die Entwicklung von realistischem Denken, Verstärkung der seelischen Stabilität, Förderung des Selbstwertgefühls und der zwischenmenschlichen Beziehungen wären entscheidende Ansatzpunkte für eine erfolgreiche Therapie.

Der langwierige Prozeß der Geschlechtsanpassung

Da transsexuelle Menschen im falschen Körper leben, also einem Irrtum der Natur unterliegen, und sie den Maßstäben der binären Opposition unserer Gesellschaft ebenso unterliegen, ist für sie eine authentische Körpererfahrung nicht möglich. Sie erleben sich in einem Körper, der den sozialen Ansprüchen nicht entsprechen kann. Die kulturelle Konstruktion einer geschlechtlichen Körperlichkeit schreibt eine Existenz vor, die subjektiv nicht als wahr oder richtig empfunden werden kann.

Die Verabsolutierung von Geschlechterdifferenz kann nicht das Maß der Dinge sein. Es gibt eine Vielzahl von Differenzen. Der Körper ist eine Ideologie.

Körper sind konditioniert, es gibt öffentliche, private, künstliche, sozialisierte, mythologisierte und prostituierte Körper. Jeder Körper nimmt bestimmte Haltungen ein, nicht nur im Sinne kontrollierter Bewegungsabfolgen oder funktionstüchtiger Halte-, und Stellreflexe, sondern auch im Sinne bestimmter Sichtweisen.

Die soziale Ordnung wird in Darstellungen vollzogen. Bestimmte Blickkonventionen garantieren eine vorgeschriebene Wirklichkeit. Es existieren also körperliche Anschauungsbilder, die durch die Betrachtung eines/r Betrachters/in real werden. Die Geschlechtsdarstellung bedient sich eines männlichen und eines weiblichen stereotypen Repertoires.

Von diesen Konventionen abweichende Menschen stoßen auf Befremdung und Ablehnung. Die Respektlosigkeit, mit denen transsexuelle Menschen in unserer Gesellschaft behandelt wurden und werden, ist sicher auch durch die Angst vor einem Ordnungsverlust begründet. Transgender-Rollen finden wir in den Medien zumeist als Spott-, oder Witzfiguren, oder sie werden als gefährliche

Psychopathinnen dargestellt, ihre Darstellung ist jedenfalls undifferenziert. Humor als Verharmlosungsstrategie gegen Ängste setzt in diesem Fall eindeutige Zeichen der Diskriminierung. Wer eine lächerliche Figur macht, wird insgesamt nicht für voll genommen.

Freie persönliche Selbstdarstellung kann vermehrt entstehen, wenn die institutionalisierten' Vorurteile aufgebrochen werden.

Identifikation durch Imitation

Schon in der Kindheit ist bei den meisten Transsexuellen zu beobachten, bzw. erinnern sich diese daran, daß ihr Verhalten den geschlechtstypischen Rollenvorstellungen des je anderen biologischen Geschlechtes entspricht bzw. entsprochen hat. Dies ist naturgemäß wiederum ein Zeichen für die starre geschlechtsspezifische Rollenaufteilung in unserer Gesellschaft. Es ist jedenfalls so, daß ihr Imitationsverhalten vom sozial vorgeschriebenen Weg abweicht oder abweichen will.

Es sei dahingestellt, ob dies durch die Konstitution vorherbestimmt oder durch unbewußte Erziehungsmaßnahmen oder anderes geschieht. Wichtig ist, daß sich in den ersten Lebensjahren jedes Menschen ein individuelles Selbstbild entwickelt, das eine wesentliche Auswirkung auf das gesamte weitere Leben nach sich trägt.

Emotionale Erfahrungen prägen das Körperbild. Das Körperbild ist "an das Subjekt und seine Geschichte gebunden" (Dolto 1987, S. 29). Dolto stellt hier Körperschema und Körperbild, das Bedürfnis. und das Begehren eines Individuums gegenüber. Der aktuelle Körper im Raum entspricht dem Körperschema, es kann unbewußt, vorbewußt oder bewußt sein. Das Körperbild ist unbewußt, und strukturiert sich durch Kommunikation zwischen Subjekten. Es handelt sich bei Transsexualismus also nicht nur um das Bedürfnis, sondern auch um das Begehren, in einem anderen Körper zu leben.

Außer Zweifel steht, daß Verhaltensweisen von der Umwelt bestätigt oder abgelehnt werden. Aus diesen Reaktionen entwickelt sich dann ein bestimmter individueller Umgang mit dem jeweiligen imitierenden Verhalten. Eine Rolle wird angestrebt, andere Rollen abgelehnt oder verworfen.

Wenn Erwachsene Transsexuelle plötzlich mit der Gewißheit ihrer Identifikation konfrontiert sind, eröffnen sich auch durch die Geschlechtsanpassung neue Aspekte für die (äußerliche) Erscheinung und das Auftreten. Die Imitation der angestrebten Geschlechterrolle wird ein Teil des Prozesses, der eine (zumindest äußerlich) neue Identität schaffen soll.

Im sogenannten Alltagstest sollen Transsexuelle dieses Rollenspiel mindestens ein Jahr lang spielen, ohne Gewährleistung rechtlicher oder medizinischer Annäherung. Dieses Doppelspiel läßt an Doppelmoral denken, auch hinsichtlich der Tatsache, daß die Einnahme nicht verschriebener Hormonpräparate eine bekannte Tatsache ist.

Transsexuelle arbeiten zunächst fast ausschließlich gegen ihren Körper. So wappnen sie sich für die Beurteilung von ihrer, auf optische Merkmale fixierten, Umwelt.

Es ist als markant beschrieben, daß viele Transsexuelle einem sehr konservativen geschlechtsspezifischen Körperschema entsprechen wollen. Sie identifizieren sich mit tradierten Vorstellungen von typisch weiblich oder typisch männlich. Hier drängt sich das Bild von zu starker Schminke oder chauvinistischem Gehabe auf.

Zum Teil mag das stimmen, ich hab jedoch auch sehr leger gekleidete transsexuelle Frauen getroffen, die einen "Männerberuf" ausübten. Konservative Wertvorstellungen und Rollenklischees finden sich hier mehr oder weniger wie überall sonst.

Mißlungene Darstellung von Geschlechtszugehörigkeit wird als Geschmacklosigkeit oder als Täuschung wahrgenommen. In Fällen der Entfaltung übertriebener Geschlechtsattributen, ist sicher ein "corrective feedback" hilfreich. Bei der Begleitung von Transsexuellen im Stadium des Wechsels soll Stimmigkeit von Geschlechtszeichen, wie Kleidung, Kinetik, Mimik, Gestik, sowie Stimme und Sprechweise gefördert und erreicht werden.

Welche Kriterien müssen für eine operative Geschlechtsanpassung erfüllt sein ?

Durch eine mindestens einjährige medizinische und psychologische Betreuung und Begutachtung soll sichergestellt werden, daß es sich um eine dauerhafte, und irreversibel transportierte Geschlechtsidentität handelt. Erst dann werden im Regelfall Maßnahmen wie Hormonbehandlungen, geschlechtsanpassende Operationen, sowie Namens- und Personenstandsänderungen durchgeführt.

- Ein- bis zweijährige Psychotherapie:
psychotherapeutisches Gutachten (Sicherung der emotionalen Stabilisierung)
- "Alltagstest" (mindestens ein Jahr):
Leben in der angestrebten Geschlechtsrolle Ärztliche Beobachtung über ein bis zwei Jahre
- Diagnostische Abklärung: Diagnostisches Gutachten, das sicherstellt, daß psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe nicht ausreichen und differenzialdiagnostische Möglichkeiten verneint, Empfehlung der endokrinologischen und chirurgischen Angleichung, Psychiatrisches Gutachten
- Mindestens über ein halbes Jahr vor der Operation durchgeführte hormonelle Vorbehandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen, die dann ein Leben lang eingenommen werden müssen (Verträglichkeitsprüfung)
- Juristisches Gutachten
- Mindestalter in Österreich: achtzehn Jahre, ledig (bzw. geschieden)
- Internistische Untersuchungen
- Indikation zur Operation von zwei unabhängigen Spezialistinnen
- Aufklärung der Patientinnen über Schritte, Folgen und Risiken der Operation, sowie der Nachsorge (medizinische sowie psychologische)
- Rechtswirksame Einwilligung der Patientinnen

Der Alltagstest

Während dieser Zeit entstehen oft Schwierigkeiten mit den Behörden und dem Arbeitsplatz, der "inoffiziell" vollzogene Rollenwechsel stellt einen grausam anmutenden Härte-test dar, der für die Diagnostik seine Begründung haben mag, die Betroffenen jedoch in ein Zwischenland drängt, das sie automatisch zu Außenseiterinnen macht. Es besteht keinerlei rechtliche Unterstützung ihrer neuen Identität. Bei verlangter Ausweisleistung stoßen sie auf Probleme und Diskriminierung. Das "Formblatt zur Bestätigung der Transsexualität" wird auf Wunsch ausgestellt. Es handelt sich um ein Attest, daß es sich bei den Personen um Patientinnen mit einer Störung der Geschlechtsidentität handelt, welches auch eher nur stigmatisierend wirkt, und meines Erachtens nur bedingt diskriminierendem Verhalten vorbeugt.

Eine individuelle Betrachtung jedes einzelnen Falles ist wünschenswert, da sich jede Person in einem anderen Entwicklungsstadium befindet, und nicht jede/r dieselbe Anzahl von Therapiestunden benötigt.

Die illegale Hormoneinnahme kann aufgrund des Alltagstests naturgemäß nicht unterbunden werden. Kontrollierte Hormongabe ist offiziell erst nach Bestehen des Alltagstests indiziert.

Die geschlechtsanpassenden Operationen in Verbindung mit der Hormonbehandlung (vgl. Eicher, 1992, S. 92 ff) Ziel ist die weitestmögliche körperliche Angleichung an das erstrebte Geschlecht. Dies wird operativ und endokrinologisch erreicht. Die postoperative hormonelle Substitution, sowie ihre Verlaufskontrolle ist lebenslang erforderlich.

Transsexualität und Logopädie

Der Weg zu einer neuen Stimme - Teil 2

*Gekürzte Diplomarbeit von Doris Schüchner, Diplomierte Logopädin
Den ersten Teil dieses Artikels finden Sie in Logopädie 2/2000.*

Stimme und Persönlichkeit

Die Einzigartigkeit des persönlichen Stimmklanges ist ein Phänomen, das von Hörerinnen rezipiert wird, und bei diesen eine bestimmte Wirkung auslöst. Stimmen können Befremden, Sympathie, Antipathie, Angst, etc. bei Zuhörerinnen bewirken. Oft kann die sprechende Person ihre Befindlichkeit nicht verstecken. Emotionale Belastungen führen zu Stimmkrisen. Das vegetative Nervensystem spielt in diesem Zusammenhang eine wesentliche Rolle.

Die gute Beziehung zur eigenen Stimme ist meines Erachtens ein Zeichen für Selbsterkenntnis und Selbstbewußtsein.

Transsexuelle Menschen stoßen einerseits auf befremdete Reaktionen, weil ihr Stimmklang und ihr äußeres Erscheinungsbild divergieren oder unharmonisch erscheinen, oder aber ihnen fehlt die nötige selbstbewußte Akzeptanz der eigenen Stimme, auch, weil sie in Zusammenhang gebracht wird mit den Leidensjahren im falschen Körper.

Stimme als geschlechtsspezifisches Merkmal

Abgesehen davon, daß jede menschliche Stimme ihre persönliche Klangfarbe hat, bekommt sie durch biologische und anatomische Faktoren, wie die Dimension von Kehlkopf und Ansatzrohr, den Resonanzräumen und nicht zuletzt dem gesamten Körperbau eindeutig geschlechtsspezifische Klassifizierungsmerkmale. Die Stimme wird auch als sekundäres Geschlechtsmerkmal bezeichnet.

Höhenlage, Stimmumfang, Klangfarbe und Stimmstärke sind Charakteristika für männliche oder weibliche Stimmtypen.

Der tiefstmögliche Ton der menschlichen Stimme ist das Kontra F (43 Hz), der höchste das e₄ (2607 Hz). Der Tonhöhenumfang eines Menschen beträgt zwischen eineindrittel und zweieinhalb Oktaven.

Die Grundfrequenz ist jedoch nur auf den ersten Blick das entscheidende Merkmal für Geschlechtsspezifität. Frauen mit tiefer Stimme wie Zarah Leander oder Cher entsprechen in ihrer Tonhöhe Männern mit hoher Stimmlage. Das führt zu der Annahme, daß die Formantfrequenzen eine viel wesentlichere Rolle spielen, und zu einer geschlechtstypischen Klangfarbenformung führen. Die Pharynxlängen von Mann und Frau verhalten sich etwa wie 1:0,85. Daher scheinen Formantfrequenzen, die mit diesen Räumen in Zusammenhang stehen, für die Geschlechtsdifferenzierung geeignet. (Martin et al 1984, S. 24). Die supralaryngealen Hohlräume und der Mund-Nasen-Rachenraum machen den Geschlechtsunterschied deutlich. Es existiert also eine Korrelation zwischen akustischen Parametern (mittlere Grundfrequenz und Formantfrequenz) und den entsprechenden morphologischen Strukturen (z.B. Stimmlippenmasse und -länge Hohlraumdimensionen)" (Martinet al 1984, S. 24).

Ein anderer Aspekt des Geschlechtsunterschieds im Zusammenhang mit Stimme ist ihr Einsatz bei kommunikativen Prozessen. In der Bevölkerung steht Stimme oftmals nicht nur für Klangerzeugung durch die unteren Lufträume, den Kehlkopf und das Ansatzrohr, sondern wird als "Äußerung unter Einschluß des Systems Sprache und der Sprechenden als Gesamtheit" (Heilmann 1994, S. 14) betrachtet. Auftreten, Sprechfluß, Sprachinhalt und Stil sind entscheidende Faktoren für eine geschlechtsspezifische Wirkung der Stimmführung.

Es ist sehr verständlich, daß für Transsexuelle das Problem Stimme existiert, besteht doch ein enger Zusammenhang mit dem angeborenen biologischen Geschlecht, das abgelehnt wird. Dennoch sind

die Reaktionen und Standpunkte diesbezüglich äußerst verschieden. Unterschieden werden muß in diesem Zusammenhang ganz deutlich zwischen männlichen und weiblichen Transsexuellen, da bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen eine Virilisierung durch die Hormongabe erfolgt. Die Stimme klingt dadurch männlich, wird aber oft, rein subjektiv, als unverändert empfunden.

Bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen erhöhen Hormonpräparate die Stimmlage nicht, männliche, tiefe Stimmen bleiben tief. Die einen lehnen ihre Stimme ab, und sehen den einzigen Ausweg in einer operativen Tonerhöhung. Andere versuchen durch Training ihre mittlere Sprechstimmlage zu erhöhen. Wieder andere akzeptieren ihren persönlichen Stimmklang, und befinden, daß sie mit schwerwiegenden Problemen zu kämpfen haben. Auch hier hat jede Person ihren individuellen Zugang.

Vor allem am Telefon werden transsexuelle Frauen ständig als Mann angesprochen, auch wenn sie sich als Frau deklarieren. Von Angesicht zu Angesicht repräsentiert das äußere Erscheinungsbild oftmals schon ausreichend viele weibliche Erkennungsmerkmale, daß die männliche Stimme dann vielleicht Verwunderung oder Befremdung auslöst.

Stimme und Hormone

Erwähnenswert im Zusammenhang mit Transsexualismus ist die virilisierende Wirkung von männlichen Sexualhormonen. Viril kommt aus dem lateinischen und bedeutet männlich. Virilismus bedeutet "das Auftreten männlicher Körper-, und Gesichtsbehaarung sowie ein Tieferwerden der Stimme bei Frauen, Mädchen und Knaben." (Wendler et al 1996, S. 122). Durch die Verabreichung vom androgenen Hormon Testosteron oder Abkömmlingen davon kommt es zu einer Vermännlichung der Stimme. "Ein Wachstum des Kehlkopfgerüsts findet nicht statt, ebenso keine Längenzunahme der Stimmlippen oder Vergrößerung des Stimmlippenquerschnitts. Man findet jedoch eine erhöhte Dehnbarkeit der Stimmlippen und eine Zunahme der Muskulatur (myotroper Effekt) im Verhältnis zum bindegewebigen Anteil (Zuwachs an vibratorischer Masse mit Abnahme des Elastitätsmoduls)" (Wirth 1995, S. 305). Das Absinken der mittleren Sprechstimmlage bis zum H kommt Frau-zu-Mann-Transsexuellen zugute. Die Stimmvertiefung muß nicht funktionell angebahnt oder operativ erreicht werden. Prof. Dr. Dr. Bigenzahn (AKH Wien) könnte sich eine zusätzliche Behandlung durch Injektion von autologem Fett in die Stimmlippen vorstellen.

Mögliche Nebenwirkungen der Hormongabe sind eine vorzeitige Stimmermüdung oder die mangelnde Tragfähigkeit der Stimme. Es kann zur Einschränkung von Stimmumfang und Stimmintensität kommen. Der Stimmklang kann rau und brüchig werden.

Die Gabe weiblicher Hormone bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen hat hingegen keinen Einfluß auf die Stimme. Eine postmutative hormonelle Behandlung kann keine Frequenzverschiebung zur Folge haben, weil Spannungskräfte und Masse des M. vocalis die mittlere Stimmlippenfrequenz bestimmen. "Es wäre denkbar, daß sich während der Pubertät bei niedrigem Testosteron - Östradiol - Verhältnis und gleichzeitiger geringer Empfindlichkeit des Zielorgans Kehlkopf für Androgene eine Stimmlage oberhalb der Lage von Tenören einstellen könnte." (Martin et al 1984, S. 26). In den Niederlanden wird der Kinder-, und Jugenddiagnostik von Transsexualismus auch deshalb ein hoher Stellenwert eingeräumt. Je früher eine Hormonbehandlung einsetzt, desto besser kann die geschlechtsspezifische Entwicklung gestoppt und verändert werden. Dabei spielt die Auswirkung der Dimensionen des Vokaltraktes auf den geschlechtsspezifischen Klang ebenso eine große Rolle.

In diesem Zusammenhang sei die besondere Stimmform der Kastraten erwähnt. Die Kastration wurde im Alter von 7-8 Jahren durchgeführt, und aufgrund der fehlenden Gonaden das typische Kehlkopfwachstum verhindert. Phonochirurgische Maßnahmen und die logopädische Therapie können heute Möglichkeiten zur Stimmveränderung darstellen.

Veränderung der Stimmgrundfrequenz durch Operationen am Larynx

Viele Mann-zu-Frau-Transsexuelle können sich mit dem unverkennbar männlichen Merkmal ihrer tiefen Stimme und ihrem großen Kehlkopf nicht gut abfinden und leiden darunter. Sie drängen deshalb zu phonochirurgischen Maßnahmen. Phonochirurgie umfaßt "alle diejenigen Eingriffe, bei denen die Stimmfunktion die Indikation bestimmt" (Wendler et al 1994, S. 17). Es betrifft alle möglichen Korrekturen an der Glottisstruktur. Im Falle von Transsexualität wird eine Funktionsänderung angestrebt. Ein allgemein anerkanntes Vorgehen gibt es nicht, an den phoniatischen Kliniken werden verschiedene Verfahren durchgeführt. Eine Frequenzerhöhung kann entweder durch Erhöhung der Stimmlippenspannung, durch Verringerung der schwingenden Masse oder durch Verkürzung der schwingenden Stimmlippe erreicht werden.

Da es sich um selten durchgeführte Operationen handelt, können die Ergebnisse nicht exakt vorhergesagt werden. Die Erhöhung der Stimmgrundfrequenz ist individuell verschieden, und kann von einer Prim bis zu einer Oktav reichen, meist befindet sie sich jedoch im Bereich zwischen Terz und Quint. Es wird beschrieben, daß ebenso eine Verschiebung der Formantfrequenzen festgestellt wurde. "Diese Ergebnisse können im Sinne einer Feminisierung der Sprechstimme interpretiert werden, ..." (Welzel, Hanson 1997, S. 256). Die Erwartungen an die Operation müssen jedoch realistisch bleiben, in jedem Fall ist eine genaue präoperative Diagnostik (Bestimmung der Grundfrequenz, Stimmfeldmessung, Indifferenzlage, Erfassung des Stimmklangs, Stroboskopie, Durchführung eines Spiral-CTs vom Kehlkopf) durchzuführen. Eine psychologische Begleitung wäre ebenso wünschenswert. Nach optimaler Abklärung sollte der Eingriff ohne Komplikationen möglich sein, in realita gibt es aber immer wieder Fälle von postoperativer Heiserkeit oder Aphonie. Durch starken Hustenreiz nach der Operation besteht das Risiko, daß die Synechiebildung aufreißt. Die postoperativen Untersuchungen entsprechen den präoperativen, und stellen eine Kontrolle der operativ erreichten Ergebnisse dar. Im Vergleich kann die individuelle Stimmveränderung festgestellt werden. Postoperative, funktionelle Reedukation und Rehabilitation ist immer notwendig.

Welchen Stellenwert hat das Problem Stimme für Transsexuelle?

Wie oben erwähnt, ist der Komplex Stimme engverknüpft mit Persönlichkeit und dem persönlichen Befinden der Stimmträgerinnen. Es gibt mannigfaltige Ursachen und Beweggründe, warum Stimme ein Problem darstellen kann. Eines davon ist in diesem Fall das des geschlechtsspezifischen Klangbildes.

Wie ebenfalls erwähnt, sind es fast ausschließlich transsexuelle Frauen, die mit dieser Problematik konfrontiert sind, da bei transsexuellen Männern durch die Hormongabe eine Virilisierung der Stimme eintritt.

Einerseits geht es hier um die persönliche Akzeptanz der eigenen Stimme, die eine neue gesellschaftliche Identität erhalten hat. Alles Alte kann nicht mehr akzeptiert werden, die Stimme erinnert zu sehr an das Leben im falschen Körper.

Andererseits stellen Tonhöhe und Stimmklang in der Gesellschaft normierte Charakteristika dar. Die immer wieder eintretenden Verwechslungen im Alltag Transsexueller sind sehr unangenehm.

Bei meinen Begegnungen mit transsexuellen Frauen bin ich auf unterschiedlichste Umgangsweisen mit der Stimmproblematik gestoßen. Den einen gelingt eine Akzeptanz ihrer männlich klingenden Stimme, andere suchen im Internet nach Hilfe, und versuchen die Veränderung ihres Stimmklangs selbst in die Hand zu nehmen. Wieder andere drängen zur Operation am Larynx. Letztere Variante ist jedoch angstbesetzt, da in der Transsexuellenszene mehrere Fälle von starker Heiserkeit nach der Operation auftraten. Für viele ist diese Möglichkeit trotzdem die einzig sinnvolle, davon außen eine Stimmerhöhung garantiert wird.

Eine typische weibliche Stimme wurde von einer Transsexuellen, die kurz vor ihrer Operation am

Larynx steht, als hoch, weich und leise beschrieben. Sie stellt hohe Erwartungen an die Operation. Nach kurzer logopädischer Therapie hatte sie befunden, nicht geduldig genug dafür zu sein. Außerdem sei es für sie unvorstellbar, ihr ganzes Leben lang die Stimme "künstlich zu machen". Die Konzentration auf die Tonhöhe sei zu anstrengend. Man müsse viel Geduld aufbringen, da es nicht von alleine ginge. Für sie stellt die Operation die beste Möglichkeit dar.

Ich kann es kaum noch erwarten, daß das endlich erledigt ist. Ich denke gar nichts anderes mehr". (Interview, 1999)

Die Operationen am Larynx werden von den österreichischen Krankenkassen nur im Inland bezahlt. Wenn, wie in diesem Fall die Operation nur im Ausland möglich ist, muß sie aus der eigenen Tasche bezahlt werden.

Wirklich kritisch für Transsexuelle sind Situationen am Telefon, wo es zu Verwechslungen aufgrund der Stimmlage kommt. Eine transsexuelle Frau beschreibt die Problemsituation Telefongespräch folgendermaßen:

"(...) wo ich (...) als Mann erhört werde und dementsprechend auch angesprochen werde (...), daß nicht einmal die Meldung mit Vor- und Nachname immer erfolgreich ist." (e-mail, 1999)

Die Probleme im Alltag sind unterschiedlich, da erstens die mittlere Sprechstimmlage im männlichen Bereich variiert, zweitens das Aussehen die Rezeption mitbestimmt. Das heißt, Stimmlagen im Tenorbereich und eher weibliche Züge stellen einen enormen Vorteil für die Betroffenen dar. Eine Baßlage wird zumindest immer verunsichern. Ich habe jedoch eine Frau mit ganz tiefer, dunkler Stimme getroffen, die dazu nur meinte:

"Gott hat mir meine Stimme gegeben, warum soll ich sie ändern !" (Interview, 1999)

Ich glaube, daß aber nur im Falle einer selbstbewußten Persönlichkeit die Entscheidung getroffen werden kann, die Stimme nicht zu problematisieren. Denn würde man hier logisch weiter argumentieren, dann müßte man sagen, daß Gott auch den Körper gegeben hat, der in diesem Fall schon verändert worden ist. Die meisten transsexuellen Frauen kleiden sich sehr weiblich.

Der Einfluß des äußeren Erscheinungsbildes steht außer Frage.

"Im Normalfall wird, bei entsprechendem Aussehen, der Stimme oder Stimmlage keine allzu große Bedeutung geschenkt." (e-mail, 1999)

Das Stimmproblem beginnt mit der Pubertät, wenn sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede entwickeln. Der Stimmwechsel wird als unangenehm empfunden. Genauso wie der Körper wird auch die Stimme abgelehnt.

Für jene transsexuellen Frauen, die sich nicht am Larynx operieren lassen wollen, trotzdem aber den Wunsch haben, ihre Stimme zu verändern, bleibt die therapeutische Möglichkeit der Stimmgleichung. Auf diesem Gebiet herrscht noch große Verunsicherung und Ratlosigkeit. Es spricht sich herum, daß sich das Fach Logopädie mit Stimme beschäftigt, und eine mögliche Hilfestellung leisten könnte. Unsicher ist jedoch, ob die Krankenkassen die Therapiekosten übernehmen, generell verneinen sie dies, und bestehen auf Einzelfallentscheidungen. Denjenigen, die ich kennengelernt habe, wurde die Therapie jedoch genehmigt. Bei Anstreben einer logopädischen Therapie sind die Gründe dafür ja einleuchtend genug. Verunsicherung herrscht auch auf der therapeutischen Seite. Es gibt kaum Literatur, die die Arbeit mit transsexuellen Stimmen beschreibt. Da es sich hier um totales Neuland handelt, fehlt naturgemäß auch die Erfahrung. Eine innovative, kreative Arbeit ist gefordert.

Ebenso gefordert ist eine konsequente, ausdauernde Mitarbeit des Patienten. Wie bei jeder Arbeit an sich selbst, braucht man viel Geduld, und muß den Veränderungen die Zeit geben, die sie benötigen. Wenn die Stimmproblematik einen hohen Stellenwert hat, dürfte das jedoch kein Problem darstellen.

Welche Kriterien spielen für die Stimmveränderung eine Rolle?

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, therapeutisch anzusetzen. Unterschiedliche Merkmale der Stimme müssen verändert werden, um ein typisch weibliches Klangbild zu erreichen. Der optimale Fall ist, wenn alle Komponenten einer harmonischen Veränderung unterzogen werden. Folgende Komponentenspielen eine wesentliche Rolle.

Die Tonhöhe

Die meisten Menschen denken, daß die Tonhöhe den primären Unterschied zwischen männlicher und weiblicher Stimme darstellt. Tatsache jedoch ist, daß es zu Überlappungen männlicher und weiblicher Tonhöhenbereiche kommt, und der tatsächliche Unterschied nicht so groß ist, wie immer vermutet wird. Der Tonhöhenumfang eines Tenors umfaßt den Bereich von c bis c2, der einer Altstimme reicht vom d bis zum e2.

Die Resonanz

Die Veränderung Stimmresonanz ist das wahre Geheimnis. Der geschlechtsspezifische Klang entsteht durch die unterschiedlich ausgeprägten Resonanzräume. Das Timbre gibt nicht nur jeder Stimme ihre individuelle Farbe, sondern beeinflusst sie auch bezüglich weiblicher oder männlicher Stimmqualität.

Der Dynamikbereich

Der Dynamikbereich beschreibt die Skala des verwendeten Stimmumfangs. Besteht ein großer Unterschied zwischen niedrigstem und höchstem eingesetzten Ton, dann spricht man von einem großen Dynamikbereich. Das ist eher typisch für Frauen, Männer verwenden einen sehr kleinen Dynamikbereich. Sie sprechen eher monoton. Zugegebenermaßen ist dieser Unterschied in anderen Ländern ausgeprägter als in Österreich.

Die linguistischen Komponenten

Sowohl Semantik und Syntax als auch Aspekte der Soziolinguistik spielen eine wesentliche Rolle in der geschlechtsspezifischen Form und Wirksamkeit von Äußerungen. Eine Gesprächsanalyse ist hinsichtlich der Geschlechtsspezifität von Bedeutung. Frauen und Männersprache unterscheidet sich bezüglich der Wortwahl, sowie des situativen Spracheinsatzes.

Die Körpersprache

Mimik und Gestik unterstützen den geschlechtsspezifischen Ausdruck, die Sprache wird durch Körpersprache expressiver. Weiche, runde Bewegungen stehen im Gegensatz zu harten. Es geht hier nicht darum, der Weiblichkeit einen kraftvollen Ausdruck abzusprechen. Das Augenmerk soll vielmehr darauf liegen, eine weibliche Körpersprache auszuprägen, ohne an Ausdrucksstärke zu verlieren.

Wie kann eine weibliche Stimme entwickelt werden ?

Kann man die mittlere Sprechstimmlage ohne pathogenisierenden Nebeneffekt therapeutisch erhöhen? Welche Möglichkeiten gibt es, die Resonanzräume bewußt zu nützen? Kann ein männliches Ansatzrohr weibliche Stimmqualität erzeugen? Wie kann man die Natürlichkeit einer neuen "künstlichen" Stimme erhalten? All diese Fragen können nur durch ausdauerndes Training beantwortet werden. Der je individuelle Einsatz ist von enormer Bedeutung für das Gelingen einer physiologischen Stimmveränderung.

Die Tonhöhe

Die individuell günstige Stimmlage ist die Indifferenzlage. Anhaltende Abweichungen von der Indifferenzlage können zu pathologischen Prozessen an den Stimmlippen führen. Demnach ist eine Erhöhung der mittleren Sprechstimmlage nicht gefahrlos möglich, weil die individuellen physiologischen Bedingungen therapeutisch nicht veränderbar sind. Wenn man jedoch innerhalb des

Indifferenzlagenbereiches die Tonhöhe nur minimal erhöht, bleibt die Schädigung der Stimmlippen aus, und es ist eine Veränderung hörbar. Das wirkt sich wiederum positiv auf die Selbstwahrnehmung aus. Durch die Operationen am Larynx erhöht sich die Stimmlage im Normalfall ebenfalls nur um eine Terz oder Quart. Nach dem Auffinden der individuellen Indifferenzlage könnte man versuchen, die Sprechstimme eine Terz über dem Brummtton zu halten - so, als ob man ein monotones Lied einübe -, um sich an diese etwas erhöhte Lage zu gewöhnen.

Klarerweise muß zu Beginn einer jeden Stimmtherapie Bewußtheit von Körperhaltung, Tonus und Atmung geschaffen werden, und die diesbezüglich ideale Grundvoraussetzung als Basis für die weitere Arbeit vorhanden sein.

Die Resonanz

Die Frequenz des Resonators Ansatzrohr ist variabel. Die Resonanzbedingungen sind abhängig von Größe und Form der Ansatzräume, sowie von der Strukturbeschaffenheit. Eine Steigerung der Resonanz läßt sich durch die vielfältige Verformbarkeit des Ansatzrohres herbeiführen. Ebenso eine gewollte Dämpfung.

Einer Grundfrequenz entsprechen ganz bestimmte Formantfrequenzen. So charakterisieren etwa die Formanten F1 und F2 die meisten Vokale. Jedem stimmhaften Laut werden im wesentlichen vier Formanten zugeordnet. Die höheren Formanten "charakterisieren personengebundene Klangstrukturen" (Spiecker-Henke 1997, S. 190). Ein kinästhetisches Eigenempfinden bei der Stimmgebung kann helfen, den gewollten Stimmsitz zu reproduzieren. Die Klanggebung kann differenziert, und der gewünschte Klangeffekt erreicht werden. Dies ist durch improvisatorisches Ausprobieren erfahrbar.

Wenn nun ein Mann im Falsett spricht, unterdrückt er die Harmonien der Formanten mit dem Resultat, daß die Stimme nicht weiblich, sondern unnatürlich klingt. Weil sich die feinmotorischen Muskeleinstellungen für die die Stimmgebung und die automatisierte Nutzung der Resonanzräume verändern sollen, ist eine Menge Zeit und ausdauernde Übung vonnöten, um die neuen Verhältnisse zu etablieren. Die Berücksichtigung der Stimmregister kann dabei hilfreich sein.

Ein bewußtes Einsetzen vom hohen Register reduziert zwar die Stimme um einen Teil ihres Stimmumfangs, bringt jedoch ein weiblicheres Klangbild mit sich. Bei der Therapie mit Transsexuellen kann versucht werden, das Klangspektrum des Kopfreisters möglichst weit in die Mittelregisterlage hinunter zu ziehen. Glissandofolgen im Übungseinsatz gewährleisten, "daß die Rahmeneinstellung der Resonanzräume weitgehend konstant bleibt, und die Randkanntenspannung höherer Tonbereiche in einem gewissen Maße bis ins Brustregister erhalten werden kann." (Spiecker-Henke 1997, S. 183).

Im Internet findet sich eine Hilfestellung für Transsexuelle zum Thema "Entwicklung einer weiblichen Stimme" (Melanie Ann Philipps 1999). Melanie hat sich ihre weibliche Stimme selbst erarbeitet, und empfiehlt im Bezug auf Resonanz folgende Schritte:

A. Falsett: Vom höchstmöglichen Falsett soll man versuchen, die Tonhöhe langsam zu senken, "without breaking the voice" (Melanie Ann Philipps 1999). Hierbei soll also versucht werden, das Kopfreister, trotz sinkender Tonhöhe, nicht zu verlassen. Der Dynamikbereich soll sich ausschließlich im Kopfreister befinden.

B. Gurgellaute: Dabei verengt sich der Rachenraum. Mit diesen Gurgellauten kann experimentiert werden, um zu sehen, wie unterschiedlich die Resonanzverhältnisse sein können, und wie diese die Stimmqualität verändern. Außerdem empfiehlt sie, verschiedenste Stimmansätze auszuprobieren, in extreme Stimmcharaktere zu schlüpfen, und dadurch alle möglichen Klangressourcen zu entdecken.

Die Artikulatoren verändern ebenfalls den Resonanzraum im Bereich der Mundhöhle. Weniger gerundete Lippen verkleinern z.B. die Mundhöhle. Eine weibliche Artikulation ist Teil einer weiblichen Stimmgebung.

Der Dynamikbereich

Der Stimmumfang kann bewußt vergrößert werden. Bei der Arbeit zur Entdeckung des Kopfreisters kann das vielleicht schon' experimentiert werden. Hierbei soll jedoch keineswegs eine künstlich wirkende Intonation durch übermäßiges "Singen" entstehen. Eine in der Übungsphase probierte "Glissandostimme" schleift sich im Alltag ein. Die Tendenz zur monotonen Stimmführung kann dadurch vielleicht ein bißchen aufgebrochen, die Intonation flexibler und variabler werden.

Die linguistischen Komponenten

- Prosodie

Die Arbeit an der Sprachmelodie sollte erst beginnen, wenn die Bereiche Tonhöhe und Resonanz in ihrem neuen weiblichen Stimmsitz gefestigt sind. Günstige Voraussetzungen sollen verhindern, daß das Experimentieren mit dynamischen, melodischen, rhythmischen und temporalen Akzenten eine Stimmschädigung zur Folge hat. Die Vermittlung von syntaktischer und emotionaler Information ist gekennzeichnet durch Lautstärkewechsel, Sprechtempo, Dynamik und Gliederung des Textes. Hier gilt es, weibliche Ausdrucksformen zu finden.

- Semiotik, Semantik und Syntax

Die Zeichenhaftigkeit von Sprache und die Inhaltsseite der sprachlichen Zeichen unterliegen ganz bestimmten Prinzipien. Wenn wir sprechen, setzen wir Zeichen. Ein araverbales Zeichen wäre die Stimmqualität, nonverbale etwa Gestik, Mimik, Körperhaltung, Blickkontakt, Kleidung, Frisur, etc. Sie alle dienen der Kommunikation.

Der weibliche Wortschatz ist ein anderer als der männliche. Die Bedeutung der verwendeten Wörter kann auf den/die Sprecherin verweisen. Frauen drücken sich oft gewählter aus, und vermeiden Kraftausdrücke. Sie verwenden nach wie vor häufiger den Konjunktiv. Frauen neigen vielleicht auch eher zu kürzeren Sätzen. Es geht hier um die Aktivierung des passiven (weiblichen) Wortschatzes.

Das Einüben dieser geschlechtssereotypen Sprecherinnenrolle mag sehr konservativ und rückschrittlich sein, im Falle von transsexueller Stimmproblematik kann es aber helfen, ein abgerundetes Gesamtbild zu unterstützen.

- Soziolinguistik

Der soziolinguistische Parameter Geschlecht ist in erster Linie als sozialer zu interpretieren. Die soziale Erziehung prägt charakteristische Präferenzen im Sprachgebrauch von Männern und Frauen. Frauen sprechen oft leiser, haben eine "typisch weibliche" Intonationskurve, und passen sich den Verhältnissen mehr an. Ebenso ist die Stimmlage als soziales Produkt zu sehen, der zur Verfügung stehende Stimmumfang wird nicht gleichmäßig ausgenutzt. Männer verwenden beim Sprechen eher den unteren, Frauen eher den oberen Teil des Stimmumfangs. "Es kommt auf diese Weise zu einer nicht notwendigen, die sozialen Geschlechtsstereotype jedoch unterstützenden Polarisierung von Männer-, und Frauenstimmen.(Linke et al 1994, S. 319). Das Gesprächs-verhalten von Frauen ist gekennzeichnet durch kürzere Redezeiten und einer Tendenz zu Ich-Aussagen, sie werden öfter unterbrochen. Frauen neigen dazu, Gesprächspartnerinnen auch in offiziellen Zusammenhängen als private Individuen anzusehen, und ein Nähe-Verhältnis zu schaffen. Das Interaktionsverhalten von Frauen ist kooperativ und konsensorientiert. Im Gegensatz dazu steht das leistungs- und konfliktorientierte Verhalten der Männer. Auch die weiblichen Wahrnehmungsmuster und Interpretationsstrategien werden als verschieden von den männlichen beschrieben. Da das auf soziale und nicht biologische Gründe zurückgeführt wird, könnte bei Transsexuellen die Tendenz dazu schon vorhanden sein.

Ich plädiere hier nicht für diese Polarisierung im Sprachverhalten. Im Gegenteil bin ich natürlich der Meinung, daß gleichberechtigte Bedingungen für den Gesprächsdiskurs angestrebt werden müssen. Solange dieses Rollenstereotyp jedoch existiert, kann es vielleicht eine unterstützende Funktion im Auffinden einer homogenen weiblichen Ausdrucksweise bei Transsexuellen erfüllen.

Die Körpersprache

Eine der Voraussetzungen für eine leistungsfähige Stimme ist die Körperhaltung eines Menschen. Die Körperhaltung offenbart das menschliche Wesen, der Körper vermittelt Botschaften. Die Dynamik des Körpers ist geschlechtsspezifisch geprägt. Weiche, runde Bewegungen stehen für Weiblichkeit.

Transsexuelle eignen sich ihre körperlichen Möglichkeiten als Frauen an. Sie sollen lernen, einen weiblichen Gebrauch von ihrem Körper zu machen. Hierbei darf aber nicht vergessen werden, daß es das innere Wesen ist, das hier zum Ausdruck kommen soll. Angestrebt werden soll eine stimmige, gesamtkörperliche Erscheinung.

Die logopädische Therapie

Im Falle einer Operation am Larynx soll prä- und postoperative Stimmtherapie geleistet werden, damit die funktionellen Grundlagen zur Stimmerzeugung gewährleistet sind und bleiben. Die Schaffung einer erhöhten Sprechstimmlage allein bestimmt jedoch noch nicht das weibliche Klangbild. Hier kann logopädische Therapie zum Einsatz kommen. Wenn eine Fixierung Transsexueller auf die Operation gegeben ist wird der Versuch, sie von der eigenverantwortlichen Arbeit an der Stimme zu überzeugen um Scheitern verurteilt sein. Es gilt, dies mit den Patientinnen zu besprechen und klarzustellen, um eine erfolgreiche Therapie gewährleisten zu können.

Im Falle einer Entscheidung für die logopädische Therapie, bestimmen die, in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen, Kriterien den Therapieplan. Die initiierende, regulierend wachsame Funktion des/der Therapeuten soll helfen, Stimmschädigungen zu verhindern.

Es ist oft schwierig für Transsexuelle, sich einzugestehen, daß diese Arbeit einem künstlichen Veränderungsprozeß unterliegt. Sie wollen ihre Stimme "natürlich" produzieren. Das Gefühl von langer "Entwicklungsarbeit" mißfällt zuweilen.

Eine ausführliche Anamnese, sowie die Einschätzung der Situation und der Erwartungshaltung im Gespräch stellen wichtige Voraussetzungen für die anschließende Arbeit dar. Es ist sinnvoll, ein Profil zu entwickeln, um eine Prioritätenliste aufstellen zu können. Die Zielsetzung, sowie die Definition der einzelnen Vorgehensschritte haben enorme Wichtigkeit. Es ist sinnvoll, ein mit der Patientin abgesprochenes Ziel vor Augen zu haben. Bestimmte Aspekte können bevorzugt behandelt, andere überhaupt weggelassen werden. Subjektive, dem Individuum angepaßte Kriterien sollen die logopädische Therapie bestimmen.

Entspannung, Körperarbeit und Atmung bilden die Voraussetzungen für die weitere Arbeit an der Entwicklung einer weiblichen Stimme. Therapiebegleitende Tonbandaufnahmen können den Verlauf der Stimmanpassung dokumentieren. Eine Zusammenarbeit mit einem/r Psychologen finde ich erstrebenswert, da es bei dieser Arbeit auch viel um die Fähigkeit der Transsexuellen geht, sich selbst akzeptieren zu können.

Zusammenfassung

Ich habe mir die Frage gestellt, wie aus einer weiblichen Stimme eine männliche wird, und habe versucht, Anhaltspunkte zu finden. Hierbei hat sich herausgestellt, daß nicht die Tonerhöhung allein die weibliche Stimmqualität auszeichnet, sondern zusätzlich eine Reihe von sprechtechnischen Parametern, allen voran die Resonanz, von Bedeutung sind. Die logopädische Therapie von Transsexuellen verlangt meines Erachtens viel Experimentierfreude, Kreativität und einen hohen Arbeitswillen auf beiden Seiten. Nur dann ist eine Stimmveränderung erfolgreich.

Anm. der Redaktion: Angesichts der Länge der Arbeit wurde auf den Abdruck des Literaturverzeichnisses verzichtet. Es kann jedoch über die Verbandsadresse angefordert werden. Die Autorin steht auch für weitere Auskünfte gerne zur Verfügung.

Doris Schüchner, Dipl. Log. e-mail: dohs@timesup.org. logopädie 3/2000