

Sophonette Becker

# **Transsexualität - Geschlechtsidentitätsstörung**

**in:**

**Götz Kockott/Eva-Maria Fahrner (Hrsg) : Sexualstörungen. Thieme Verlag  
Stuttgart New York 2004, 153-201**

# Gliederung

## Einleitung

### 1. Klassifikation/Definition/Diagnose

1. 1. Exkurs zur Nomenklatur

### 2. Epidemiologie

### 3. Klinische Bilder: Transsexuelle Entwicklungen

3. 1. Geschlechtsidentitätsstörungen (Transsexualität) bei Frauen und Männern

3. 1. 1. Geschlechtsidentitätsstörung (Transsexualität) bei biologischen Frauen

3. 1. 2. Geschlechtsidentitätsstörung (Transsexualität) bei biologischen Männern

### 4. Differentialdiagnostik

4. 1. Einzelne Differentialdiagnosen

### 5. Ätiologie

5. 1. Grundannahmen zur Entwicklung der Geschlechtsidentität

5. 2. Somatogenetische Ansätze zur Ätiologie der GIS

5. 3. Psychogenetische Ansätze zur Ätiologie der GIS

### 6. Therapie

6. 1. Rahmenbedingungen

6. 1. 1. Standards of Care

6. 1. 2. Für die Behandlung wichtige Ergebnisse der katamnestischen Forschung

6. 2. Psychotherapie, Verlaufsdiagnostik, Alltagstest

6. 2. 1. Weiterführende Diagnostik und erste Weichenstellungen

6. 2. 2. Psychotherapie und Verlaufsdiagnostik – Psychotherapie als Verlaufsdiagnostik

6. 2. 3. Probleme der Gegenübertragung

6. 2. 4. Ist Psychotherapie mit transsexuellen Patienten überhaupt möglich? – Ist Psychotherapie mit transsexuellen Patienten überhaupt notwendig?

6. 2. 5. Alltagstest und Psychotherapie

6. 2. 6. Frequenz und Dauer der Psychotherapie

6. 3. Indikation zu den somatischen Behandlungen

6. 3. 1. Die konkreten Wünsche der Patienten nach Körperveränderung durch somatische Behandlungen

6. 3. 2. Indikation zur Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen

6. 3. 2. 1. Wirkungen der Hormonbehandlung

6. 3. 2. 2. Alltagstest und differentielle Indikation

6. 3. 3. Indikation zu geschlechtstransformierenden Operationen

### 7. Rechtsfragen

7. 1. Das TSG

7. 1. 1. Begutachtung nach § 1 TSG

7. 1. 2. Begutachtung nach § 8 TSG

7. 2. Rechtliche Voraussetzungen der Kostenübernahme für die somatischen Behandlungen durch die Krankenkassen und ihre Umsetzung

## Einleitung

Geschlechtswechsel kommt nicht nur in der Mythologie, in Legenden und in der Literatur vor. Frauen, die als Männer lebten, und Männer, die als Frauen lebten, sind historisch vielfach belegt (Dekker und van de Pol 1990, Hirschauer 1993, Herdt 1994). Überschreitungen der Geschlechtergrenzen sind auch aus den verschiedensten Kulturen bekannt: von den vier Ge-

schlechtern bei nordamerikanischen Indianern (Lang 1991 und 1995) bis zu religiös-spirituellen Formen des Geschlechtswechsels in asiatischen Ländern.

Die historischen Beispiele sind aber nicht einfach als Vorläufer der heutigen Transsexuellen zu verstehen („Der erste Transsexuelle war kein Transsexueller“, Hirschauer 1993, 113), weil der Umgang mit dem Geschlechtswechsel in einer bestimmten Kultur und einer bestimmten historischen Epoche untrennbar mit der jeweils herrschenden Kozeption von Geschlecht, sexueller Orientierung und deren Interdependenz zusammenhängt (Schmidt 2000, Springer 1981). So kommt es zustande, dass Karl Heinrich Ulrichs‘ berühmte Definition des homosexuellen Mannes Ende des 19. Jahrhunderts – „eine weibliche Seele, gefangen im männlichen Körper“ – im 20. Jahrhundert fast wortgleich als typisch transsexuelle Selbstdefinition gilt. Die dichotomisierende polarisierende Unterscheidung der Geschlechter setzte im 18. Jahrhundert ein und radikalisierte sich in allen europäischen Ländern ab Mitte des 19. Jahrhunderts. Zeitgleich begann der Aufstieg von Psychiatrie, Sexualwissenschaft und Psychoanalyse, die zur Medikalisierung von Sexualität (was vordem Verbrechen war, galt jetzt als Krankheit) und von Geschlecht bzw. Geschlechtsrollenstereotypen beigetragen haben. Psychoanalyse und Sexualwissenschaft formulierten allerdings auch Wesentliches zur Kritik an diesen Normvorstellungen, wobei insbesondere Freuds Konzeption der konstitutionellen Bisexualität<sup>1</sup> und Hirschfelds Theorie der „sexuellen Zwischenstufen“ zu nennen sind.

In den psychiatrisch-sexualwissenschaftlichen Fallsammlungen der Jahrhundertwende (Krafft-Ebing 1896, 1894, 1918) wird dann zunehmend über Männer berichtet, die dranghaft Frauenkleider tragen, erheblich unter ihrer Geschlechtszugehörigkeit leiden und sich dem anderen Geschlecht seelisch zugehörig fühlen. Sie werden nosologisch allmählich von den Homosexuellen getrennt und als „Transvestiten“ bezeichnet.

Erst mit dem Aufkommen der Möglichkeit „geschlechtsumwandelnder“ Operationen setzte sich ab den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts für beide Geschlechter die Bezeichnung Transsexualität/Transsexualismus<sup>2</sup> durch. Damit ging einher, das Leiden der Betroffenen als Leiden an ihrem Körper zu fokussieren. Im komplexen Spannungsfeld zwischen dem individuellen Leiden der Patienten und ihrer Suche nach einem Ausweg einerseits und der gesellschaftlich-medizinischen Konstruktion von Transsexualität andererseits drängten die Patienten die Mediziner zu Operationen, und gleichzeitig strukturierten die Operationsangebote der Medizin die Wünsche der Patienten in Richtung Operation. In den letzten zwei Jahrzehnten lässt sich diese Wechselwirkung an der starken Zunahme von Penoid-Aufbau-Operationen bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen beobachten.

Die historische Entwicklung des „medizinischen Projekts Transsexualität“ (Hirschauer 1993) ist nicht mehr rückgängig zu machen: Die Medizin und (nachfolgend) Rechtsprechung und Gesetzgebung<sup>3</sup> haben sich auf den Geltungsanspruch der Transsexuellen eingelassen und sind ihrem Verlangen nach Geschlechtswechsel bzw. Geschlechtsumwandlung (wenn auch mit Vorbehalten, Bedenken und entsprechenden „Hürden“) entgegengekommen. Medizin und Rechtsprechung haben durch ihr Entgegenkommen das transsexuelle Verlangen weitgehend

---

<sup>1</sup> „... dass weder im psychologischen noch im biologischen Sinne eine reine Männlichkeit oder Weiblichkeit gefunden wird. Jede Einzelperson weist vielmehr eine Vermengung ihres biologischen Geschlechtscharakters mit biologischen Zügen des anderen Geschlechts und eine Vereinigung von Aktivität und Passivität auf, sowohl insofern diese psychischen Charakterzüge von den biologischen abhängen, als auch insoweit sie unabhängig von ihnen sind“ (Freud 1905, S.121)

<sup>2</sup> Hirschfeld (1923) führte den Begriff „Transsexualismus“ ein, sprach aber parallel dazu weiter von „Transvestitismus“, was jahrzehntelang die gebräuchliche Bezeichnung blieb. Zur Entstehung der Diagnose Transsexualität vgl. Pfäfflin 1993

<sup>3</sup> Ein eigenes Gesetz für eine sehr kleine Patientengruppe wie das deutsche Transsexuellengesetz (TSG) von 1980 und vergleichbare Gesetze in anderen europäischen Ländern (Will 1992) stellt ein rechtspolitisches Novum dar.

unter ihre Kontrolle gebracht, nicht zuletzt im Interesse der Aufrechterhaltung der traditionellen Geschlechterordnung. Die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten haben wiederum das klinische Erscheinungsbild des transsexuellen Wunsches beeinflusst. Ging es Hirschfelds „transsexuellen“ Patienten noch um die Berechtigung, Kleidung und Namen des anderen Geschlechts zu tragen (Hirschfeld 1926), gehörte das Verlangen nach hormoneller und chirurgischer Behandlung später regelhaft zum transsexuellen Wunsch. Das hatte entsprechende Rückwirkungen auf die Diagnose Transsexualität, auf die Indikation zu somatischen Behandlungen und auf die Verschränkung zwischen beiden. Es kam zu einer sich selbst ad absurdum führenden automatischen Kopplung von Diagnostik und Behandlungsindikation, die im Sinne eines Zirkelschlusses bedeutete: Transsexuell ist, wer anhaltend und überzeugend geschlechtsumwandelnde Operationen anstrebt; liegt eine Transsexualität vor, sind geschlechtsumwandelnde Operationen indiziert.

Dieser Prozess war von heftigen wissenschaftlichen Kontroversen über die „richtige“ Behandlung – Psychotherapie *oder* Operation<sup>4</sup> – begleitet, in denen die Vertreter beider Positionen wichtige Argumente vorbrachten: Die Kritiker der Operationen bezeichneten diese als „Psychochirurgie“ (Springer 1981, Langer 1985) und wandten sich dagegen, dass auf der Basis einer Selbstdiagnose und einer Selbstindikation der Patienten eine psychische Erkrankung mit chirurgischen Mitteln behandelt werde („Palliative Kollusion“, Meyer 1982). Die Befürworter der Operationen argumentierten mit der Unbeeinflussbarkeit des transsexuellen Wunsches durch Psychotherapie und vor allem mit dem Leidensdruck der Patienten, der nur durch Operationen gelindert werden könne.

Die Position der Operationsbefürworter setzte sich faktisch durch, allerdings um den Preis des beschriebenen Zirkelschlusses von Diagnostik und Indikation und – damit einhergehend und diesen rechtfertigend – des Zwanges zu absoluter diagnostischer „Eindeutigkeit“, zur Konstruktion der Krankheitsentität der „echten“ Transsexualität.<sup>5</sup> Wichtige klinische Differenzierungen gingen dabei zeitweise verloren: Nicht nur Operateure sprachen von „eindeutig und total transponierter Geschlechtsidentität“ (Eicher 1992); selbst auch sonst kritische Sexualwissenschaftler erklärten die „echten“ Transsexuellen für „meist psychisch nicht gestört“, postulierten eine „im Erwachsenenalter nicht mehr diagnostizierbare pränatale Disposition...“, ohne die man die Transsexualität nur schwer herleiten kann“, und behaupteten, Transsexualität habe mit Homosexualität und Transvestitismus „nichts zu tun“ und sei „streng von ihnen zu unterscheiden“ (Schorsch 1974). Solche heute kaum mehr nachvollziehbaren Vereinfachungen und Pseudo-Eindeutigkeiten sind nur verständlich vor dem Hintergrund, dass es bei aller Diagnostik und Differentialdiagnostik ebenso wie bei allen Behandlungsprogrammen<sup>6</sup> im Kern darum ging, nach Art eines Indizienprozesses die Selbstdiagnose bzw. -indikation des Patienten entweder abzulehnen oder zu bestätigen. Die „eindeutige“ Diagnose Transsexualität entlastete zwar die Behandler, legitimierte die irreversiblen somatischen Eingriffe und versprach eine gewisse Erfolgsgarantie durch sorgfältige Auswahl der „geeigneten“ Kandida-

---

<sup>4</sup> Exemplarisch für diese Diskussion war im deutschen Sprachraum die von Mitscherlich angeregte Debatte in der Zeitschrift „Psyche“ (Mitscherlich 1950/51, Mitscherlich et al. 1950/51 a und b). Ausführliche Darstellungen der internationalen Kontroverse finden sich bei Springer 1981 und Pfäfflin 1993.

<sup>5</sup> Der konstruktivistische Soziologe Hirschauer hat in seinem Buch „Die soziale Konstruktion der Transsexualität“ sorgfältig untersucht und belegt, wie sich die „eindeutige“ Diagnose Transsexualität aus behandelungsorganisatorischen und kulturellen Aspekten zusammensetzt. Er kommt zu dem Schluss: „Ein ‚echter‘ Transsexueller wird über das Funktionieren des Behandlungsprogramms für Transsexuelle, über die Erwartungen an wirkliche Männer und Frauen und über Erwartungen an Individuen, die ihr Geschlecht wechseln wollen, bestimmt“ (Hirschauer 1993, 212)

<sup>6</sup> Das hierzulande bekannteste und einflussreichste war das Frankfurter „Untersuchungs- und Behandlungsprogramm“ (Sigusch und Reiche 1980); für die jüngere Zeit vgl. z. B. Clement und Senf 1996 a.

ten. Sie kam auf der Beziehungsebene dem Wunsch der transsexuellen Patienten nach Eindeutigkeit entgegen. Gleichzeitig verengte sie aber den klinischen Blick auf die operative Korrektur des Geschlechts und versperrte den Blick auf die Vielfalt der Geschlechtsidentitätsstörungen.<sup>7</sup> Zudem wurde die Illusion genährt, eine operative „Umwandlung des Geschlechts“<sup>8</sup> sei möglich<sup>9</sup>: Die in der Diagnose Transsexualität enthaltene Anerkennung einer möglichen Differenz zwischen biologisch gegebener und empfundener Geschlechtszugehörigkeit wurde quasi wieder rückgängig gemacht durch das Versprechen einer chirurgisch hergestellten (scheinbaren) Eindeutigkeit auf der morphologischen Ebene (d. h. der äußeren Geschlechtsmerkmale). Diese „Eindeutigkeit“ war und ist nicht nur deshalb eine scheinbare, weil es keine Psychochirurgie gibt, die eine Identität als Frau/als Mann herzustellen in der Lage ist, sondern auch deshalb, weil sich die Spuren des ursprünglichen Geschlechts selbst durch invasive chirurgische Maßnahmen nicht vollständig tilgen lassen (vgl. Springer 1999).

In Nordamerika und Europa entstanden ab den 60er Jahren zahlreiche „Gender Identity Clinics“<sup>10</sup>, d. h. auf die Diagnostik und Behandlung von transsexuellen Patienten spezialisierte Zentren. Aus diesen Zentren stammen die Forschungen auf diesem Gebiet und aus deren wissenschaftlichem Austausch ging die internationale Fachgesellschaft Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA) hervor. In Deutschland wurden sexualwissenschaftliche Abteilungen und psychiatrische Transsexualitäts-Sprechstunden an Universitätskliniken zu den zentralen Anlaufstellen für Patienten mit transsexueller Symptomatik. Interdisziplinäre Zentren mit Somatikern und Psychikern „unter einem Dach“ entstanden hierzulande jedoch nicht.

Viele der Probleme im diagnostischen und therapeutischen Umgang mit transsexuellen Patienten wurden mittlerweile erkannt und reflektiert (vgl. Langer 1985, Pfäfflin 1993, Becker und Hartmann 1994). Falsche Gewissheiten wie die einfache Abgrenzbarkeit der Transsexualität vom Transvestitismus wurden relativiert, unsinnige Alternativen wie „Psychotherapie *oder* somatische Behandlung“ wurden als solche erkannt, der globale Operations-Optimismus der Pioniere wich einer differenzierteren Beurteilung. Seit etwa 10 Jahren zeichnet sich allmählich eine Trendwende ab, die vor allem zwei Ziele verfolgt:

- ❖ die Lockerung der automatischen Kopplung zwischen der Diagnose Transsexualität und der Indikation zu somatischen Maßnahmen.
- ❖ die Aufgabe der nosologischen Entität Transsexualität zugunsten einer Vielfalt von Geschlechtsidentitätsstörungen/transsexuellen Verläufen mit entsprechend verschiedenen „Lösungswegen“.

Auf der kulturell-gesellschaftlichen Ebene korrespondiert mit dieser wissenschaftlich-klinischen Entwicklung in den letzten Jahrzehnten eine anhaltende Tendenz zu einer Flexibilisierung der vordem relativ starren Merkmale der Geschlechtszugehörigkeit: Nicht nur gelten die meisten der traditionellen Geschlechtszuschreibungen (was „männlich“ bzw. „weiblich“ sei) im gesellschaftlichen Konsens mittlerweile als „überholt“; auch die Bestimmung der Ge-

---

<sup>7</sup> Darauf haben Kritiker immer wieder hingewiesen, z. B. Limentani 1979 und Langer 1985.

<sup>8</sup> Die angloamerikanische Bezeichnung „sex reassignment surgery (Operation zur Neu-Zuweisung des Geschlechts) ist etwas weniger magisch-illusionär als „Geschlechtsumwandlung“. Als Synonyme sind in Deutschland gebräuchlich: geschlechtstransformierende, geschlechtstransponierende, geschlechtsangleichende, geschlechtsanpassende Operationen.

<sup>9</sup> Dies wurde nicht nur von Experten kritisiert (Hertoft und Sörensen 1979), sondern auch von Betroffenen, z. B. Prince 1978 und Kamermans 1992 und 1995.

<sup>10</sup> Die erste universitäre Einrichtung dieser Art am Johns Hopkins Hospital in Baltimore sollte ursprünglich „sex-change-clinic“ heißen; die Umbenennung erfolgte auf Intervention von John Money, ohne dass dessen breites Konzept von Geschlechtsidentitätsstörungen übernommen wurde. (Pfäfflin 2003)

schlechtszugehörigkeit ausschließlich nach körperlichen Merkmalen ist zunehmend obsolet geworden und die gesellschaftliche Toleranz gegenüber uneindeutigen Geschlechtsmerkmalen ist größer geworden. Unter der Bezeichnung „Transgender“ oder „Gender blending“ artikulieren sich in jüngerer Zeit Gruppen, die Geschlechtswechsel/Überschreitung der Geschlechtergrenzen als urbane Lebensstile inszenieren – ohne jegliche Forderung nach medizinischer „Umwandlung“ (Devor 1989; Ekins und King 1996).

Die von manchen Autoren als „Rückzug“ (Hartmann und Becker 2002) interpretierte Trendwende in der Medizin könnte sich als Fortschritt, d. h. als Ausweg aus der „iatrogenen Sackgasse“ erweisen, wenn es – trotz der durch das medizinische Projekt Transsexualität gesetzten Fakten – langfristig tatsächlich gelingt, die Bedeutung der „geschlechtsumwandelnden“ Operation für Patienten mit transsexueller Symptomatik zu relativieren. Dabei könnte der sich verändernde gesellschaftliche Umgang mit der Eindeutigkeit des Geschlechts hilfreich sein. Auf die klinische Perspektive kann allerdings nicht verzichtet werden, denn die vielfältigen Störungen der Geschlechtsidentität gehen im kulturellen Phänomen des Geschlechtswechsels nicht auf, da sie mit subjektivem Leiden verbunden sind. Hierin liegt auch die Grenze jedes Versuchs der „Enttotalisierung“ und „Entpathologisierung“ der Transsexualität (Sigusch 1991 a und b) und die Grenze aller Hoffnungen, „der Geschlechtswechsel und die Medizin sollten sich wechselseitig voneinander erlösen“ (Hirschauer 1997, 337).

#### *Fazit für die Praxis:*

- ❖ Ärzte und Psychologen müssen sich bei der Diagnostik und der Behandlung von transsexuellen Patienten der beschriebenen Wechselwirkungen zwischen Medizin, Gesellschaft und klinischem Erscheinungsbild der transsexuellen Symptomatik bewusst sein und dies in jedem Einzelfall stets aufs neue reflektieren.
- ❖ Transsexualität ist keine Krankheitseinheit, sondern die gemeinsame Endstrecke („final common pathway“, Person und Ovesey 1974 a) ganz unterschiedlicher psychischer/psychopathologischer Entwicklungen, deren gemeinsame Charakteristika die gestörte, konflikthafte Geschlechtsidentität und der Wunsch/das Verlangen nach Geschlechtswechsel bzw. nach „Geschlechtsumwandlung“ sind.
- ❖ Viele Patienten kommen zum Arzt/Psychologen bereits mit der Selbstdiagnose „Transsexualität“ und der entsprechenden Selbstindikation zu „geschlechtsumwandelnden“ somatischen Maßnahmen.

### **1. Klassifikation/Definition/Diagnose**

Als distinkte diagnostische Kategorie wurde Transsexualität (in Abgrenzung zum Transvestitismus) erstmals vor etwas mehr als zwei Jahrzehnten in die beiden international relevanten diagnostischen Klassifikationssysteme ICD und DSM aufgenommen (ICD-9, Weltgesundheitsorganisation 1978, deutsch 1980; DSM-III, American Psychiatric Association 1980, deutsch 1984). Die Weiterentwicklung des ICD und des DSM hat mittlerweile zu unterschiedlichen Terminologien in den beiden Klassifikationssystemen geführt: Während der ICD nach wie vor von einem randscharfen Phänomen ausgeht, trägt die eher auf das Individuum bezogene Begrifflichkeit des DSM der Vielfalt der Geschlechtsidentitätsstörungen Rechnung.

#### **ICD-10**

In der derzeit gültigen Fassung der von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen und auch in der Bundesrepublik Deutschland verbindlichen „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10 1991) werden „Störungen der Geschlechtsidentität“ (F 64) dem Kapitel „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (F 6) zugeordnet, in dem neben den nicht-psychotischen Persönlichkeitsstörungen unter F 65 die „Störungen der Sexualpräferenz“

(Perversionen/Paraphilien) und unter F 66 die „psychischen und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung“ abgehandelt werden.

<u>ICD-10</u>
<b><u>Störungen der Geschlechtsidentität (F 64)</u></b>
<p><b>Transsexualismus (F 64. 0)</b>  <u>Symptomatische Klassifikation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden</li> <li>• meist einhergehend mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht</li> <li>• Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht so weit wie möglich anzugleichen</li> </ul> <p><u>Diagnostische Leitlinien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Transsexualismus besteht mindestens seit 2 Jahren</li> <li>• der Transsexualismus ist nicht Ausdruck einer anderen psychischen Störung, z. B. einer Schizophrenie</li> <li>• der Transsexualismus geht nicht mit intersexuellen , genetischen oder geschlechtsschromosomal Anomalien einher</li> </ul>
<p><b>Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen (F 64. 1)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cross dressing, um zeitweise die Erfahrung der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht zu erleben</li> <li>• kein Wunsch nach dauerhafter Geschlechtsumwandlung oder chirurgischer Korrektur</li> <li>• das Cross dressing geht nicht mit sexueller Erregung einher</li> </ul> <p>Ausschlussdiagnose: Fetischistischer Transvestitismus (F 65. 1)</p>
<p><b>Störungen der Geschlechtsidentität des Kindesalters (F 64. 2)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• anhaltendes und starkes Unbehagen über das zugefallene Geschlecht</li> <li>• Wunsch oder ständige Beteuerung, dem anderen Geschlecht anzugehören</li> </ul> <p>Manifestation während der frühen Kindheit, immer lange vor der Pubertät. Geschlechtsidentitätsstörungen bei Personen, welche die Pubertät erreicht haben oder gerade erreichen, sind nicht hier sondern unter F. 66. –zu klassifizieren.</p> <p>Ausschlussdiagnosen:          Ichdystone Sexualorientierung (F. 66. 1. )          Sexuelle Reifungskrise (F. 66. 0)</p>
<p><b>Sonstige Störungen der Geschlechtsidentität (F. 64. 8)</b>          nicht näher erläutert</p>
<p><b>Störungen der Geschlechtsidentität, nicht näher bezeichnet (F. 64. 9)</b>          Störung der Geschlechtsrolle o. n. A.</p>

Der zentrale Mangel der ICD-10-Definition des **Transsexualismus** besteht in der zu engen Kopplung der Störung der Geschlechtsidentität an den Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung; damit wird dem beschriebenen diagnostisch-therapeutischen Zirkelschluss weiterhin Vorschub geleistet.

Problematisch ist auch die diagnostische Leitlinie, der zufolge der Transsexualismus nicht ein Symptom einer anderen psychischen Störung sein darf, da diese nur in Bezug auf die Schizophrenie spezifiziert wird, wobei offen bleibt, welche anderen psychischen Störungen gemeint sein könnten. Praxisrelevant ist dies besonders in Bezug auf die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung, die heute mehrheitlich weder als Ausschlussdiagnose der Transsexualität noch als Ausschlusskriterium der Indikation zu somatischen Maßnahmen gesehen wird.

Die ICD-Definition des **Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen** macht wenig Sinn, da in der klinischen Praxis weder eine klare Abgrenzung zur Transsexualität noch eine solche zum fetischistischen Transvestitismus möglich ist. Vielmehr gibt es hier alle Arten von Übergängen mit unterschiedlichem Ausgang: vom teilweisen bis zum ausschließlichen sozialen Leben im anderen Geschlecht, mit oder ohne somatische Maßnahmen von hormoneller Behandlung bis zur Operation.

#### **DSM-IV**

In dem von der American Psychiatric Association herausgegebenen und in Nordamerika gültigen Fassung des DSM von 1994 (DSM-IV) werden die Geschlechtsidentitätsstörungen systematisch auf Achse 1 einem eigenständigen, alle sexuellen Störungen umfassenden Kapitel „Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen“ zugeordnet.

#### **DSM-IV**

### **Geschlechtsidentitätsstörungen**

#### **Geschlechtsidentitätsstörung bei Jugendlichen oder Erwachsenen (302. 85)**

Kriterium A: starkes und andauerndes Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht (nicht lediglich das Verlangen nach kulturellen Vorteilen, die als mit der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht verbunden erlebt werden)

Kriterium B: andauerndes Unbehagen im Geburtsgeschlecht oder das Gefühl von Unstimmigkeit in der Geschlechtsrolle dieses Geschlechts. Die Diagnose kann nur gestellt werden, wenn beide Kriterien (A und B) gegeben sind.

Kriterium C: Ausschluss somatischer Intersex-Syndrome

Kriterium D: Klinisch relevantes Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen

Zusatzkodierung: Sexuelle Orientierung (auf Männer, auf Frauen, auf beide Geschlechter, weder auf Männer noch auf Frauen)

Verlauf: Hinweis auf zwei Untergruppen bei biologischen Männern

Differentialdiagnose: *Im Gegensatz zum ICD-10* kein grundsätzlicher Ausschluss der Diagnose wegen des Bestehens einer anderen psychischen Störung, (auch nicht wegen einer Schizophrenie)

Der DSM-IV enthält keine dem „*Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen*“ (F. 64. 1) des ICD-10 entsprechende diagnostische Kategorie, statt dessen sieht der DSM-IV zwei Möglichkeiten vor:

- *beide Diagnosen stellen* (bei Männern, die alle Kriterien der **Geschlechtsidentitätsstörung** und des **fetischistischen Transvestitismus** erfüllen)
- *Zusatzkodierung* „mit Geschlechtsdysphorie“ (bei Männern mit fetischistischen Transvestitismus und Geschlechtsdysphorie, die nicht alle Kriterien der Geschlechtsidentitätsstörung erfüllen)

#### **Geschlechtsidentitätsstörungen bei Kindern (302. 6)**

wenn mindestens 4 der folgenden Kriterien erfüllt sind:

1. wiederholt geäußertes Verlangen oder Bestehen darauf, dem anderen Geschlecht anzugehören,
2. bei Jungen Neigung zum Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts oder Imitation weiblicher Aufmachung; bei Mädchen das Bestehen darauf, nur eine dem männlichen Stereotyp entsprechende Bekleidung zu tragen,



3. starke und andauernde Neigung zum Auftreten als Angehöriger des anderen Geschlechts in Phantasie- und rollenspielen oder anhaltende Phantasien über die eigene Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht,
4. intensives Verlangen nach Teilnahme an Spielen und Freizeitbeschäftigungen, die für das andere Geschlecht typisch sind,
5. ausgeprägte Bevorzugung von Spielgefährten des anderen Geschlechts

***Störungen der Geschlechtsidentität, nicht näher bezeichnet (302. 6)***

- Intersex-Syndrome mit Geschlechtsdysphorie
- vorübergehende belastungsbedingte Neigung zu Cross dressing
- andauernde Vereinnahmung durch Gedanken über Kastration oder Penektomie ohne ein Verlangen, die Geschlechtsmerkmale des anderen Geschlechts zu erlangen.

Zwischen 1980 und 1994 wurden die diagnostischen Leitlinien (inkl. differentialdiagnostische Abgrenzungen und systematische Zuordnungen) für **Transsexualität** mehrfach revidiert. Nosologische Unsicherheiten wurden von der mit der Überarbeitung beauftragten Expertenkommission ebenso reflektiert wie die zu enge Kopplung der klinisch-diagnostischen Kriterien an die Kriterien der Auswahl der „geeigneten“ Kandidaten für geschlechtskorrigierende Operationen und die damit einhergehende Homogenisierung einer sehr heterogenen Patientengruppe (Bradley et al. 1991; Levine 1992).

Die wesentliche nosologische Richtungsänderung vom DSM-III zum DSM-IV besteht in der Aufgabe der diagnostischen Einheit „Transsexualität“ zugunsten von „**Geschlechtsidentitätsstörung**“, d. h. in der Entkopplung der Diagnostik/Differentialdiagnostik der Geschlechtsidentitätsstörungen von den Indikationskriterien für Hormonbehandlung und chirurgische Maßnahmen, wodurch diese den Stellenwert der „einzigen“ Lösung für Geschlechtsidentitätsstörungen zugunsten einer Vielfalt von Lösungen verlieren (sollen) (Levine 1992).

Langer (1995) hält diese Hoffnung angesichts der „Umwandlungs-Verselbständigung“ für eine „Illusion“ und befürchtet, dass die strikte Trennung von Diagnose und Behandlungsmaßnahmen die Indikation zur Geschlechtsumwandlung der „Beliebigkeit“ überlasse. Obwohl Langer die Intention der Autoren des DSM-IV teilt<sup>11</sup>, ist er skeptisch gegenüber den Mitteln, mit denen sie umgesetzt werden soll, und bewertet diese als „Ausstieg aus dem Projekt Transsexualität, dieses der Selbstorganisation überlassend“. Ob die Hoffnungen der Autoren des DSM-IV oder die Befürchtungen Langers sich erfüllen werden, wird vor allem von der Qualität differentieller Behandlungsangebote bestimmt werden. In jedem Fall wird der Trend zu individuellerer Diagnostik und Behandlung die „Last der Entscheidung“ für den einzelnen Therapeuten vergrößern (Bosinski 1996), was durchaus nicht nur als Nachteil betrachtet werden muss.

Eine weitere wichtige Revision im DSM-IV ist die Differenzierung der Übergänge vom transvestitischen Fetischismus zur Transsexualität, die der klinischen Wirklichkeit sehr viel eher gerecht wird als die alte Ausschlussdiagnostik (zu den im DSM-IV beschriebenen zwei Verlaufsformen bei Männern siehe Kap. 3. 1. 2).

*Fazit für die Praxis:*

Die nosologische Richtungsänderung im DSM-IV nimmt den „Operationsdruck“ von den Patienten: Sie müssen nicht (mehr) das Verlangen nach „geschlechtsumwandelnden“ Operati-

---

<sup>11</sup> Langer hat 1985 eine umfassende Kritik an der vermeintlichen Krankheitsentität Transsexualität und an der Förderung des transsexuellen Wunsches durch die psychologische und chirurgische Medizin publiziert.

onen haben, um als Transsexuelle anerkannt zu werden. Dies könnte ihren Handlungsspielraum für individuelle Lösungen vergrößern.

Entscheidend für die Diagnose einer Geschlechtsidentitätsstörung/Transsexualität ist:

- ❖ ein über lange Zeit konstantes Gefühl der oder ein Verlangen nach Zugehörigkeit zum anderen als dem biologisch gegebenen Geschlecht;
- ❖ ein über lange Zeit konstantes Unwohlbefinden im Geburtsgeschlecht;
- ❖ ein klinisch relevanter Leidensdruck.

### **1. 1. Exkurs zur Nomenklatur**

Obwohl das, was mit „**Transsexualität**“/ „**Transsexualismus**“ bezeichnet wird, vorwiegend kein Problem der Sexualität, sondern ein Problem der Identität bzw. der Geschlechtsidentität (dem Geschlechterleben, dem Geschlechtsgefühl) ist<sup>12</sup>, hat sich dieser Begriff im wissenschaftlich-klinischen Kontext, in der Rechtsprechung und in der Alltagssprache ebenso durchgesetzt wie seine semantische Verknüpfung mit „geschlechtsumwandelnden“ Operationen. Sachlich eher angemessen wäre der Plural „**Transsexualitäten**“.

Der Ende der 80er Jahre aufkommende alternative Begriff „**transgender**“/ „**transgenderismus**“ hat informell weite Verbreitung gefunden, wird allerdings in sehr verschiedenen Bedeutungen benutzt: als wertfreie Bezeichnung für unübliche Geschlechtsidentitäten, als Bezeichnung für Geschlechtswechsler, die keine somatischen Maßnahmen anstreben u. v. m. . Für den klinischen Gebrauch ist „transgender“ zu stark an den rezenten „sex and gender“-Diskurs gebunden, der – das Verhältnis zwischen Anlage und Umwelt seiner Dialektik beraubend – „sex“ als ausschließlich biologisch determiniert und „gender“ als ausschließlich sozial konstruiert versteht und damit Geschlechtsidentität als reines Konstrukt vom Körper loslöst (zur Kritik vgl. Reiche 1997). Der amerikanische Sexualwissenschaftler John Money, der die von ihm stets als Einheit (G-I/R) gedachten Begriffe „gender identity“ (Geschlechtsidentität) und „gender role“ (Geschlechtsrolle) einführte, hat dagegen ein sehr komplexes Modell von Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung vertreten (vgl.. Money 1994 und Pfäfflin 2003).

„**Geschlechtsidentitätsstörung**“(**GIS**) ist im DSM-IV zwar differenziert definiert, ist aber gleichzeitig auch ein sehr weit gefasster Begriff, was seine Durchsetzung an Stelle des Begriffs Transsexualität behindern wird. (Vergleichbares galt für den von Fisk (1973) vorgeschlagenen Begriff „**Gender Dysphoria Syndrome**“.) Erschwerend kommt hinzu, dass es von den sexuellen Funktionsstörungen bis hin zu den Perversionen/Paraphilien eigentlich keine sexuelle Störung gibt, die nicht mit Problemen der Geschlechtsidentität verbunden ist (vgl. Mätzler 1998 und Berner 2001).

Alle drei Begriffe sind somit – aus unterschiedlichen Gründen – problematisch,. Weil die Diskussion über eine angemessene Terminologie und Klassifikation nach wie vor im Fluss ist, werden derzeit alte und neue Begrifflichkeiten nebeneinander oder miteinander kombiniert benutzt. Dies geschieht in unterschiedlicher und z. T. in sich widersprüchlicher Weise: Besonders verbreitet ist die Verwendung des DSM-IV-Terminus „Geschlechtsidentitätsstörung“ als Oberbegriff, unter den „Transsexualität“ i. S. des ICD-10 als Unterkategorie subsumiert wird. In diesem Fall wird „Transsexualität“ – unter Beibehaltung der Kopplung des Begriffs an das Verlangen nach/die Indikation zu „geschlechtsumwandelnden“ Operationen – als „besondere Form“ (als „besonders schwere“, als „Extrem“-Form) der Geschlechtsidentitätsstörungen definiert („transsexuelle Geschlechtsidentitätsstörung“).

Auch wenn man dem DSM-IV inhaltlich folgt, lässt sich der inzwischen etablierte Begriff

---

<sup>12</sup> I. d. S. ist der Begriff „Transsexualität“ reduktionistisch und trifft nicht den Kernkonflikt der Betroffenen; andererseits hat er aber insofern eine Legitimität, als er auf die (nach wie vor ungeklärten) Zusammenhänge zwischen Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung verweist. In Deutschland haben Selbsthilfegruppen den Begriff „Transidentität“ vorgeschlagen.

„transsexuell“ schon aus Gründen der Verständlichkeit nicht vermeiden. Um dennoch einer vermeintlichen Krankheitsentität „Transsexualität“/ „Transsexualismus“ nicht weiter Vorschub zu leisten, wird vielfach nurmehr von „transsexuellem Wunsch“, „transsexueller Entwicklung“, „transsexuellem Empfinden“ u. ä. gesprochen.

Auch in meinen Ausführungen wird von „transsexuell“, „Transsexualität“, und gelegentlich auch von „Transsexuellen“ die Rede sein. Dies ist stets im Sinne einer transsexuellen Symptomatik gemeint – unabhängig davon, ob der Wunsch nach „geschlechtsumwandelnden“ Operationen besteht bzw. ob die Indikation zu solchen gegeben ist.

## **2. Epidemiologie**

Transsexualität ist nach wie vor selten, auch wenn sich heutzutage der transsexuelle Weg als „Lösungsschablone“ für Identitätsprobleme der unterschiedlichsten Art (Langer 1985) zunehmend anbieten mag.<sup>13</sup> Internationale empirische Studien beziehen bislang ausschließlich Transsexuelle ein, die somatisch (Hormone und Operation) behandelt wurden oder/und sich juristisch um die Anerkennung im anderen Geschlecht bemüht haben. Für Deutschland liegen zum einen Daten zur Prävalenz vor, die durch die Auswertung der Anträge auf Vornamens- bzw. Personenstandsänderung nach dem Transsexuellengesetz in den ersten zehn Jahren nach dessen Einführung (1981-1990) gewonnen wurden (Osburg und Weitze 1993); zum anderen verfügen wir über Daten zur Geschlechterdifferenz (Sex Ratio), die auf der Auswertung von Patientenakten (1964-1998) von vier Spezialambulanzen an Universitätskliniken basieren (Garrels et al. 2000). Empirisch fundierte Schätzungen geben für Deutschland derzeit maximal 4000 Transsexuelle an.

Wirklich reliable Daten über die Prävalenz von Geschlechtsidentitätsstörungen existieren nicht. Die wenigen epidemiologischen Erhebungen und Schätzungen aus verschiedenen Ländern sind kaum vergleichbar, da sie sich in den Erhebungsmethoden erheblich unterscheiden. Nach den meisten Studien überwiegen die Geschlechtsidentitätsstörungen bei Männern deutlich (zwei bis drei Männer : eine Frau). Nur aus Polen (Godlewski 1988) und aus der Tschechoslowakei (Brzek, Sipova 1983) wurden ein umgekehrtes Verhältnis berichtet (fünf Frauen : ein Mann); die auf kleinen Fallzahlen beruhenden Studien wurden allerdings nach 1989 noch nicht wiederholt, was ihre naheliegende soziokulturelle Interpretation erschwert.

Über die Gründe für die unterschiedliche Häufigkeit von Geschlechtsidentitätsstörungen bei Männern und Frauen lässt sich bislang nur spekulieren. Angenommen werden psychodynamisch-entwicklungspsychologische Einflüsse wie eine größere Vulnerabilität der Entwicklung der männlichen Geschlechtsidentität, soziokulturelle Faktoren wie die größere gesellschaftliche Toleranz von „männlichem“ Verhalten und Aussehen bei Frauen und sowie biologische Faktoren.

## **3. Klinische Bilder: Transsexuelle Entwicklungen**<sup>14</sup>

Seit Beginn der wissenschaftlich-klinischen Beschäftigung mit dem transsexuellen Phänomen wurde versucht, die äußerst heterogenen transsexuellen Entwicklungen in klinische Subtypen zu unterteilen. Diese Subtypen beziehen sich allerdings – bis heute – fast ausschließlich auf Männer; so werden auch im DSM-IV Untergruppen transsexueller Entwicklungen nur für Männer beschrieben.

---

<sup>13</sup> Dafür spielen sehr unterschiedliche Faktoren eine Rolle: die wachsende Präsenz von Transsexuellen in den Medien, das TSG, der relativ leichte Zugang zu den somatischen Behandlungsmethoden, aber ev. auch die Emanzipation der Frauen und die Auflösung der Geschlechtsrollenklichs, die Frau-Sein als Ausweg für Männer mit beschädigtem Selbstgefühl attraktiver machen.

<sup>14</sup> Die folgende Darstellung beschränkt sich auf Erwachsene mit transsexueller Symptomatik. Zur GIS bei Kindern und Jugendlichen vgl.: Bosinski 2000 a, Cohen-Kettenis und Pfäfflin 2003, Meyenburg 2001, Zucker et al. 1992

Alle Typologisierungsversuche waren immer auch von der Intention bestimmt, die „echten“, „eindeutigen“, „wirklichen“, „wahren“ Transsexuellen von den „vermeintlichen“, den „Pseudo“-Transsexuellen zu separieren und dadurch die für Hormonbehandlung und Operation „geeigneten“ Kandidaten herauszufinden. Sie dienten somit der „moralischen Beruhigung“ der mit den Transsexuellen professionell Befassten: „...dass sie den einen etwas gewähren, was beide dringlich verlangen und was sie den anderen versagen, weil es etwas so Schreckliches und Ungeheuerliches ist“ (Reiche 1984, 51).

Manche dieser Typologien wurden in der Folgezeit um wichtige klinische Differenzierungen verkürzt rezipiert und auf das Kriterium „für somatische Maßnahmen geeignet/ungeeignet“ reduziert. In besonderem Masse gilt das für die bekannteste Unterscheidung von Person und Ovesey (1974 a und b) zwischen „primären“ (asexuellen) und „sekundären“ (homosexuellen oder transvestitischen) Transsexuellen. Dies ging vor allem zu Lasten der zweiten Gruppe und führte zu starren diagnostischen Unterscheidungen (z. B. durch Cross dressing sexuell erregt werden = transvestitisch vs. durch Cross dressing beruhigt werden = transsexuell), die von vielen Transsexuellen rezipiert und erlernt wurden. Die auf diese Weise entstandenen schablonenhaften Selbstdarstellungen wurden dann wiederum als diagnostisches Merkmal von Transsexuellen festgeschrieben. Dabei ging u. a. verloren, dass Person und Ovesey (anders als Stoller 1968) auch die „primäre“ Transsexualität nicht für konfliktlos und a-traumatisch hielten, sondern für eine innerhalb der psychischen Entwicklung früh organisierte Abwehrformation (zur Bewältigung von Trennungsangst vernichtenden Ausmaßes), während sie die „sekundäre“ Transsexualität als Regression innerhalb einer (ebenfalls frühe Trennungsangst mobilisierenden) späteren psychischen Krise verstanden. Entgegen allen Versuchen, den „Kerntranssexuellen“ (Sörensen und Hertoft 1980), den „eindeutig transponierten“ Transsexuellen (Eicher 1992) zu definieren, zeigt jedoch die klinische Erfahrung, dass es letztlich nur um ein „Früher oder Später in der *Organisierung* dessen“ geht, „was dann als transsexuelles Phänomen manifest wird“ (Reiche 1984, 61).

Als alleiniges Kriterium für die Indikation zu somatischen Maßnahmen taugt keine Typologie<sup>15</sup>. Dennoch sind diese Versuche (auch die „älteren“, scheinbar „überholten“) für das Verständnis des Einzelfalls sehr hilfreich. Darüber hinaus enthalten sie viele Anregungen für das keineswegs abgeschlossene Forschungsprojekt, die verschiedenen Transsexualitäten in Bezug auf die sexuelle Orientierung, auf die Bisexualität und auf die Perversionen/Paraphilien zu verorten.

### **3. 1. Geschlechtsidentitätsstörung (Transsexualität) bei Frauen und Männern**

Geschlechtsidentitätsstörungen (**GIS**) sind bei Männern besser erforscht als bei Frauen. Nur wenige Autoren (z. B. Pauly 1969, 1974 a und b, Lothstein 1983, Désirat 1985, Brauckmann 2002) haben sich speziell mit GIS bei Frauen beschäftigt. Das liegt zum einen an der größeren Häufigkeit von GIS bei Männern, zum anderen aber auch daran, dass gesellschaftlich GIS bei Männern (ähnlich wie Homosexualität) als beunruhigender erlebt und negativer bewertet wird als GIS bei Frauen und zudem Frauen mehr Flexibilität, mehr Übergänge gestattet werden.

Transsexuelle Entwicklungen von Frauen und Männern unterscheiden sich sowohl in vielen klinischen und soziokulturellen Aspekten als auch in deren Wechselwirkung (vgl. Lindemann 1993, Brauckmann 2002). Insgesamt ist der glaubhafte soziale Geschlechtswechsel für Männer (ohne und oft auch mit somatischer Behandlung) i. d. R. ungleich schwerer als für Frauen (siehe Kap. 6. 2.).

---

<sup>15</sup> Erfahrene klinische Forscher, die selbst Wichtiges zur Differenzierung transsexueller Verläufe beigetragen haben, haben gleichzeitig auf deren Grenzen hingewiesen (Levine 1993) und darauf, dass die Mehrheit der Patienten mit transsexuellem Wunsch keiner der vorhandenen Typologien richtig entspricht (Meyer 1974).

Die katamnestiche Forschung hat ergeben, dass transsexuelle Entwicklungen bei Frauen weniger spektakulär verlaufen und dass Frauen mit GIS (**FM-TS**<sup>16</sup>) insgesamt psychisch stabiler, psychopathologisch unauffälliger und psychosozial besser integriert sind als Männer mit GIS (**MF-TS**<sup>17</sup>), wobei die Differenzen im Hinblick auf psychopathologische Auffälligkeiten im Verlauf der somatischen Behandlung geringer werden, während die Differenz in Bezug auf psychosoziale Integriertheit (insbes. Partnerschaften, Kontakt zur Primärfamilie) erhalten bleibt (Fahrner et al. 1987, Kockott und Fahrner 1988).

Früher wurde angenommen (beispielsweise von Stoller 1968, Person und Ovesey 1974 a und b), dass es „primäre“ Transsexualität nur bei Männern gebe, während Transsexualität bei Frauen immer „sekundär“ sei. (i. S. einer konflikthaften Homosexualität bei männlicher Identifizierung). Diese vielfach kritisierte (z. B. Désirat 1985, Reiche 1984) und klinisch nicht bestätigte Hypothese kam wohl auch dadurch zustande, dass FM-TS oft weniger „blande“ erschienen und häufiger spontan konflikthafte oder traumatische Biographien berichteten als MF-TS.

Um der geschlechtsspezifischen Varianz transsexueller Entwicklungen Raum zu geben, werden im Folgenden weibliche und männliche transsexuelle Entwicklungen getrennt beschrieben.

### **3. 1. 1. Geschlechtsidentitätsstörung (Transsexualität) bei biologischen Frauen**

FM-TS sind bei der Erstvorstellung überwiegend jünger als MF-TS, meist zwischen 20 und 30 Jahren, im letzten Jahrzehnt zunehmend noch jünger (15 – 20 Jahre).

FM-TS heiraten selten als Frauen, werden selten schwanger und haben selten als Frauen Kinder (Ausnahmen bei Dickey und Stephens 1995, More 1998, Brauckmann 2002). Nach erfolgreichem sozialem Geschlechtswechsel übernehmen FM-TS dagegen gern die Vaterrolle in einer Partnerschaft mit einer Frau, die bereits Kinder hat. Wenn sie (nach erfolgter Personenstandsänderung) ihre Partnerin heiraten, bemühen sie sich nicht selten um ein „gemeinsames“ Kind mittels heterologer Insemination (mit und ohne ärztliche Hilfe).

FM-TS sind in ihrer absoluten Mehrheit sexuell immer schon auf Frauen orientiert gewesen. Mittlerweile gibt es vereinzelt Berichte über sich als „schwul“ verstehende FM-TS (Coleman et al. 1993, Chivers und Bailey 2000). Einige FM-TS haben es „ein einziges Mal“ mit einem Mann versucht (meist ohne Verliebtheit und ohne sexuelle Erregung), „um zu wissen, ob ich doch normal bin“. Einige FM-TS haben eine lesbische Vorgeschichte bzw. haben sich temporär als lesbisch definiert, sich später jedoch davon distanziert. Sie begründen dies unterschiedlich: Die meisten betonen, sie hätten sich nicht als Frauen begehren bzw. berühren lassen können und das Gefühl gehabt, „da bin ich nicht richtig“; einige führen ihre Abkehr eher allgemein auf die in diesen Beziehungen erlebten Enttäuschungen und Verletzungen zurück. Viele FM-TS haben (oft schon lange vor jeglicher „Behandlung“) längere stabile Partnerschaften mit Frauen (Kockott und Fahrner 1988, Brauckmann 2002). Meistens sind die Partnerinnen über ihre Transsexualität informiert und akzeptieren sie als Männer. Manche FM-TS haben jedoch auch längere Beziehungen, ohne dass die Partnerin ihr biologisches Geschlecht kennt, das geheimzuhalten ihnen mit Tricks/Camouflage und vielfältigen Begründungen (von „Impotenz“ bis „Intersexualität“) erstaunlich gut gelingt. Solche Fälle wurden nicht nur in der frühen Literatur zu GIS berichtet (z. B. Pauly 1969), sondern kommen auch heute noch vor (besonders bei der unten geschilderten Subgruppe 2). Solche FM-TS suchen professionelle

---

<sup>16</sup> FM-TS = Frau-zu-Mann-Transsexuelle

<sup>17</sup> MF-TS = Mann-zu-Frau-Transsexuelle

Hilfe, weil sie „nicht länger mit der Lüge leben wollen“, weil die Partnerin sich zunehmend zurückgewiesen fühlt etc.

Mehrheitlich verstehen sich die Partnerinnen von FM-TS als heterosexuell und hatten vorher ausschließlich Beziehungen zu heterosexuellen Männern, die sie häufig im Vergleich zu ihrem jetzigen transsexuellen Partner als „zu machohaft“, uneinfühlsam, z. T. auch als gewalttätig beschreiben. Die Sexualität spielt in diesen Beziehungen eine wichtige Rolle, obwohl es auf Wunsch des FM-TS in der Regel körperliche „Tabuzonen“ (Brust, Genitale) gibt, die die Partnerin nicht berühren darf. (Spätestens nach der Entfernung der Brust, oft schon während der Hormonbehandlung werden diese Verbote i. d. R. aufgehoben.) Ein Teil der Partnerinnen ist älter als ihr FM-TS-Partner und hat häufig bereits Kinder, die den FM-TS i. d. R. nur als Mann kennen.

Diejenigen FM-TS, die vor der Operation noch keine Partnerschaft hatten, gehen in der Tendenz auch danach selten eine Partnerschaft ein.

FM-TS zeigen mehrheitlich früh oder sehr früh (ab dem 3. bzw. 5. Lebensjahr oder noch früher) jungenhaftes Verhalten, was auch fremdanamestisch immer wieder bestätigt wird. Sie erinnern eine frühe männliche Identifizierung bzw. die „Gewissheit“, ein Junge zu sein, manchmal auch nur eine diffuse „Selbstverständlichkeit“ als Junge. Dieses männliche Selbstgefühl ist nur zum Teil mit dem (bewussten) Wunsch nach einem Penis verbunden; wenn überhaupt ein frühes inneres Körperbild erinnert wird, dann als „Junge ohne Penis“ (vgl. Brauckmann 2002).

Als Kinder fühlten sich FM-TS meist wenig behindert in ihrem „Cross gender“-Verhalten. Da kleine Mädchen sich häufig jungenhaft verhalten („Wildfang“, „Tomboy“) und dies von den Eltern – anders als wenn kleine Jungen sich konstant mädchenhaft verhalten – in der Regel nicht als beunruhigend erlebt wird, kommt es auch selten dazu, dass die Eltern deswegen professionelle Hilfe suchen. Viele FM-TS berichten, sie hätten als Kinder „gar nicht groß darüber nachgedacht“ und auch nicht darüber gesprochen, „es war einfach so“. Wenn es in der Kindheit Konflikte wegen des Cross gender-Verhaltens gab (z. B. anlässlich der Weigerung, bei bestimmten Anlässen wie Erstkommunion, Schulbeginn etc. ein Kleid anzuziehen), dann i. d. R. mit der Mutter. Vom Vater fühlten sie sich in der Kindheit eher in ihrer männlichen Identifikation unterstützt – als „Papas kleiner Junge“ bzw. als „väterliches Selbstobjekt“ (Uhlmann 2002). Wenn sie in Familien ohne Vater aufwuchsen (durch Tod, Scheidung oder uneheliche Geburt), fühlten sie sich als „Mann im Haus“, als „Beschützer der Mutter“.

FM-TS haben oft als Kinder gute Beziehungen zu gleichaltrigen Jungen, von denen sich als „Gleicher“ akzeptiert fühlen. Ein Teil der FM-TS probiert früh und erfolgreich in fremder Umgebung aus, als Junge „durchzugehen“. Andere wagen das nie oder geben den Versuch nach einer beschämenden „Entlarvung“ auf.

Die Pubertät wird von allen FM-TS als „Katastrophe“, als „blutiges Erwachen“ (Beier et al. 2001), als beschämender Zusammenbruch einer Illusion erlebt: „Irritiert bis geschockt stehen viele jetzt vor dem Scherbenhaufen ihres Selbsterlebens“ (Brauckmann 2002, 29). Die mit der Pubertät einhergehenden körperlichen Veränderungen werden als „Einbruch der Weiblichkeit“ in ihr männliches Selbsterleben heftig abgelehnt und zu verbergen bzw. zu ignorieren versucht – die Brust als sichtbarstes Zeichen am meisten.

Ein Teil der FM-TS, den man als **depressiv-abhängig**<sup>18</sup> bezeichnen kann (**Subgruppe 1**<sup>19</sup>), erlebt das bisherige Selbstgefühl als Junge ab der Pubertät nur noch als aussichtslose, lächerliche Anmaßung; diese FM-TS verarbeiten die Pubertät depressiv, ziehen sich sozial zurück, entwickeln häufig eine Adipositas, manchmal später auch eine (sozial unauffällige) Alkohol-

---

<sup>18</sup> bzw. als „oknophil“ i. S. Balints (Balint 1960, Becker 2003)

<sup>19</sup> Die im Folgenden beschriebene Typologie (3 Subtypen) ist das Ergebnis meiner eigenen 15-jährigen Erfahrung mit FM-TS in Diagnostik, Psychotherapie (inkl. langjähriger Psychotherapien) und Begutachtung.

abhängigkeit. Oft haben diese FM-TS eine schmerzhafte und starke Menstruation. Ab der Pubertät überwiegt der Hass auf den weiblichen Körper, das männliche Selbstbild verliert seine narzisstische Besetzung und existiert nur noch abgekapselt fort. Nach außen stellen sie sich nun als „Neutrum“ dar. Wenn sie ihre bisherigen Freundschaften mit Jungen überhaupt fortsetzen, dann nicht mehr als „Gleicher“ sondern als kumpelhaftes „Neutrum“, was sich auch in ihren Spitznamen ausdrückt (der Nachname oder ein neutraler Kindername wie „Pix“). Diese FM-TS gehen seltener frühe Beziehungen zu Mädchen ein und verlieben sich meist nur heimlich. Wenn sie überhaupt als Jugendliche eine Beziehung zu einem Mädchen eingehen, versuchen sie zwar, sich in der Beziehung „als Mann“ zu fühlen, die Beziehung wird von außen jedoch regelhaft als „lesbisch“ bewertet, und sie leiden permanent unter der Angst, wegen eines „richtigen“ Mannes verlassen zu werden, was tatsächlich auch öfter vorkommt.

Diese FM-TS haben zur Mutter und/oder zum Vater eher eine konflikthaft-abhängige Beziehung. Ihre Autonomiebestrebungen waren in ihrer bisherigen Entwicklung insgesamt konflikthaft und gebremst bzw. gingen mit massiven Verlustängsten einher.

Im Erstkontakt überwiegt bei diesen FM-TS die verzweifelte Ablehnung der Weiblichkeit; ein narzisstisch besetztes männliches Selbstbild ist dagegen kaum erkennbar. Zum Teil kommt es im Verlauf der Psychotherapie zum Vorschein und ist dann oft erstaunlich kohärent, aber durch keine soziale Erfahrung bestätigt.

Ein anderer Teil der FM-TS, den man als **forciert autonom**<sup>20</sup> bezeichnen kann (**Subgruppe 2**), erlebt die körperlichen Veränderungen der Pubertät zwar auch irritiert bis schockiert, verarbeitet dies aber insgesamt weniger depressiv, sondern recht „erfolgreich“ durch Verleugnung bzw. Ignorieren. Diese FM-TS haben oft schon früh in fremder Umgebung soziale Bestätigung als Junge gesucht und gefunden, gehörten nicht selten außerschulischen Cliquen an, in denen ihr biologisches Geschlecht unbekannt blieb, und können das z. T. auch während der Pubertät fortsetzen. Die Menstruation ist bei ihnen tendenziell eher unregelmäßig, schwach und mit wenig Beschwerden verbunden. Trotz des Einbruchs der Pubertät bleibt ihr männliches Selbstbild relativ stabil bzw. „unbeschädigt“ erhalten.

Diese FM-TS setzen ihre Freundschaften zu Jungen länger als „Gleiche“ fort; gelegentlich haben sie bereits als Kinder einen männlichen Spitznamen erhalten, den sie auch in der Pubertät behalten. Sie gehen oftmals früh Beziehungen zu Mädchen ein, sind auch in der Pubertät nicht nur in fremder Umgebung bei Mädchen „als Junge“ erfolgreich, sondern auch dort, wo ihr biologisches Geschlecht bekannt ist. Die sehr attraktive Freundin eines 16-jährigen FM-TS erklärte dies so: „Er ist süßer als die anderen Jungs und nicht so kindisch“.

Diese FM-TS hatten mehrheitlich schon als kleine Kinder ein eher distanziertes Verhältnis zu den Eltern, besonders zur Mutter. In Psychotherapien mit diesen FM-TS zeigt sich, dass sie sich sehr früh von der Mutter abgelehnt bzw. nicht empathisch wahrgenommen fühlten (u. a. war die Mutter psychisch krank). Ihre Entwicklung ist ab der frühesten Kindheit durchgehend von einer forcierten Ich- bzw. Autonomieentwicklung und der entsprechenden Abwehr passiver Bedürfnisse gekennzeichnet. Kommen diese FM-TS als Jugendliche in Begleitung ihrer Eltern, fällt das Fehlen einer Generationenschanke bzw. die deutliche Parentifizierung des FM-TS durch die Eltern (oder durch einen Elternteil) auf.

Im Erstkontakt zeigt sich bei diesen FM-TS bereits ein offensichtliches, recht stabiles, kohärentes, narzisstisch besetztes und soziale Erfahrungen „als Junge“ einschließendes männliches Selbstbild, das stärker ist als die Ablehnung der eigenen Weiblichkeit.

Während die beschriebenen beiden Subgruppen in der Kindheit psychisch unauffällig sind und die Gruppe 1 in der Pubertät eine „stille“, oft von der Außenwelt unbemerkte Symptomatik entwickelt, fällt eine weitere Subgruppe, die man als **schwer traumatisiert** bezeichnen

---

<sup>20</sup> bzw. als „philobatisch“ i. S. Balints (Balint 1960, Becker 2003)

kann (**Subgruppe 3**), spätestens ab der Pubertät durch eine „lärmende“ Symptomatik auf. Diese FM-TS berichten zwar auch von der frühen „Gewissheit“, ein Junge zu sein, ein frühes Cross gender-Verhalten ist bei ihnen jedoch nur z. T. eruierbar, weil ihre Kindheit von vielfältigen traumatischen Erfahrungen überlagert war: körperliche Misshandlung, sexuelle Traumatisierung (vgl. Devor 1994), schwere körperliche Krankheiten, frühe Trennung von den Eltern bzw. Verlust der Eltern, Heimaufenthalte etc.

Ab der Pubertät zeigen diese FM-TS multiple psychische Auffälligkeiten, insbesondere dissoziales Verhalten, exzessive Alkohol- und/oder Drogenabhängigkeit, Selbstverletzungen, Bulimie und andere Formen weiblicher Perversion (vgl. Becker 2002).

Wenige von ihnen haben in der Kindheit „als Junge“ Erfahrungen gemacht, viele aber sehr negative als Mädchen. Einige gehen später sexuelle Beziehungen zu Männern ein, in denen sie misshandelt werden; andere haben sehr konflikthafte Beziehungen zu Frauen, zu denen eine maligne Abhängigkeitsbeziehung besteht.

Im Erstkontakt wirken diese FM-TS sehr viel fordernder als die FM-TS der Subgruppen 1 und 2. Bei den meisten imponiert zunächst der Wunsch nach „Auslöschung“, nach „Vernichtung“ des Weiblichen. Soweit ein männliches Selbstbild erkennbar ist, hat es die Charakteristika eines Größenselbst. Fast alle haben eine Borderline-Persönlichkeitsstruktur.

Sexuelle Traumatisierung in der Vorgeschichte wird oft verschwiegen; manche FM-TS können erst nach der Operation davon berichten. Andere erwähnen zwar die Tatsache, können sich aber nicht oder erst viel später damit auseinandersetzen. Besonders tabuisiert werden sadomasochistische sexuelle Phantasien, die wenn überhaupt, erst nach der Operation geäußert werden und bearbeitbar sind.

#### **Fall A: FM-TS der Subgruppe 3: Borderline; vom Vater als Kind schwer misshandelt und in der frühen Pubertät sexuell missbraucht**

Herr A. war andernorts allen Standards entsprechend diagnostiziert und behandelt worden inkl. einer mehrjährigen (wöchentlich stattfindenden) Psychotherapie, von der er sehr profitiert hat. Einige Zeit nach der zweiten Operation (Phalloplastik) wandte er sich an unsere Ambulanz. Bis nach der ersten Operation sei es ihm auf seinem transsexuellen Weg stetig nur besser gegangen, der (von ihm sehr ersehnte) Penisaufbau mache ihm dagegen sehr zu schaffen, nicht zuletzt wegen der noch mangelnden sexuellen Sensibilität im Genitalbereich. Ein ganz kleiner Teil in ihm frage sich sogar, ob er einen Fehler gemacht habe. Im dritten Gespräch berichtete der Patient, dass er seit der Pubertät sexuell erregende Phantasien habe, indem er als sein Vater fünfjährige Mädchen missbrauche – er habe sich immer so sehr für diese Phantasien geschämt, dass er sie weder seiner Psychotherapeutin (trotz seines großen Vertrauens zu ihr) noch den Gutachtern (TSG und Operationsindikation) habe erzählen können. Seit dem Penisaufbau fühle er sich sexuell von 13-jährigen Mädchen angezogen, die jetzt auch seine sexuellen Phantasien beherrschten. Er werde diese sexuellen Wünsche auf keinen Fall in die Tat umsetzen, aber er wolle wissen, „was sexuell wirklich meins ist und was mir übergestülpt wurde“.

Keiner der drei beschriebenen Subgruppen eindeutig zuzuordnen (am wenigsten der Gruppe 2), aber nicht selten sind FM-TS mit einer Anorexie in der Vorgeschichte. Die transsexuelle Entwicklung erscheint diesen Patientinnen als Ausweg, der jedoch nur in manchen Fällen gelingt. Dann erreichen diese Patientinnen eine relativ gute psychosoziale Integration, selten jedoch eine Partnerschaft zu einer Frau. Andere sind später (durch Hormone) äußerlich vermännlicht, kommen aber nicht zur Ruhe, bleiben in anorektischen Kämpfen und in schweren Abhängigkeitsbeziehungen gefangen und entwickeln nie ein stabiles, kohärentes männliches Selbstbild.

#### *Fazit für die Praxis:*

- ❖ Wie alle Typologien hat auch diese ihre Grenzen und wird nicht allen Besonderheiten des Einzelfalls gerecht. Sie ist weder gedacht noch geeignet für eine vorschnelle Einteilung in „echt“ vs. „unecht“ bzw. für „geeignet“ vs. „ungeeignet“ für somatische Behandlungen. So können sich manche FM-TS der Gruppe 3 auf ihrem transsexuellen Weg erstaunlich gut psychisch stabilisieren.
- ❖ FM-TS lassen sich auf einem Kontinuum zwischen kontaminierter Weiblichkeit und konflikthafter Homosexualität verorten.

### **3. 1. 2. Geschlechtsidentitätsstörung (Transsexualität) bei biologischen Männern**



Das Alter von biologischen Männern mit GIS bei der Erstvorstellung umfasst nahezu die gesamte Spanne des Erwachsenenalters (18-70 Jahre). In den letzten Jahren werden zunehmend auch MF-TS im Pubertätsalter vorstellig mit dem drängend vorgetragenen Wunsch, dass der „Testosteronvergiftung“ in ihrem Körper mit gegengeschlechtlichen Hormonen ein Ende bereitet werde. Durch das Internet sind sie darüber informiert, dass dies z. B. in den Niederlanden praktiziert wird (vgl. Cohen-Kettenis und Pfäfflin 2003).

Zur GIS bei Männern liegen mittlerweile eine Vielfalt von differenzierten, empirisch-kasuistisch abgesicherten Typologisierungen vor<sup>21</sup>, die allerdings von sehr unterschiedlichen theoretischen Prämissen ausgehen und deshalb nur begrenzt miteinander kompatibel sind.

Diese Typologien beziehen sich im Wesentlichen auf fünf Dimensionen.

- 1) die sexuelle Orientierung<sup>22</sup>: auf Männer/auf Frauen/auf beide/auf die Vorstellung von sich selbst als Frau (automonosexuell bzw. autogynäphil<sup>23</sup>)
- 2) frühe oder späte Organisierung des transsexuellen Wunsches (early/late onset)
- 3) transvestitischer Fetischismus in der Vorgeschichte oder nicht
- 4) sexuelle Aktivität (realisierte/gelebte Sexualität)
- 5) die Fähigkeit, männliche und weibliche Selbstanteile (Subsysteme) über die Lebensspanne als zwei Facetten der eigenen Person in einer Balance zu integrieren.

Der kleinste gemeinsame Nenner dieser Typologien (in Bezug auf die ersten drei Dimensionen) hat sich im DSM-IV niedergeschlagen, der zwei Hauptverlaufsformen transsexueller Entwicklungen bei Männern unterscheidet:

„Die erste Form ist die Fortsetzung einer bereits in der Kindheit oder frühen Adoleszenz beginnenden Geschlechtsidentitätsstörung. Diese Patienten werden typischerweise in der späten Adoleszenz oder im Erwachsenenalter vorstellig. Bei der anderen Verlaufsform treten die offeneren Anzeichen eines Zugehörigkeitsgefühls zum anderen Geschlecht später und gradueller auf, bei einer klinischen Vorstellung im frühen bis mittleren Erwachsenenalter, üblicherweise im Gefolge, manchmal aber auch gleichzeitig mit transvestitischem Fetischismus. Die Gruppe mit späterem Beginn der Störung kann im Ausmaß des Zugehörigkeitsgefühls zum anderen Geschlecht wechselhafter sein, bezüglich der Geschlechtsumwandlungsoperation unentschiedener, mit größerer Wahrscheinlichkeit sexuell auf Frauen orientiert, und die Wahrscheinlichkeit, dass sie nach einer Geschlechtsumwandlungsoperation zufrieden sind, kann bei ihnen geringer sein. Männer mit Geschlechtsidentitätsstörung, die sexuell auf Männer orientiert sind, werden eher in der Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter mit der Vorgeschichte einer lebenslang bestehenden Geschlechtsdysphorie vorstellig. Im Gegensatz dazu werden diejenigen, die sexuell auf Frauen, auf beide Geschlechter oder weder auf Frauen noch auf Männer orientiert sind, tendenziell später vorstellig und haben typischerweise eine Vorgeschichte von transvestitischem Fetischismus. Wenn die Geschlechtsidentitätsstörung im Erwachsenenalter auftritt, verläuft sie eher chronisch. Spontanremissionen sind jedoch berichtet worden“ (APA 1998, 608).

---

<sup>21</sup> u. a. Person und Ovesey 1974 a und b, Meyer 1974, Freund et al. 1982, Blanchard 1993, Levine 1993, Doorn et al. 1994; Übersicht bei Bosinski 1994, Hartmann und Becker 2002

<sup>22</sup> Schon Hirschfeld (1923) unterschied GIS bei Männern nach der sexuellen Orientierung. Bis heute ist sie das wesentliche Kriterium für die Differenzierung der GIS bei Männern geblieben.

<sup>23</sup> Hirschfelds Begriff „automonosexuell“ (vgl. Fußnote 22) beschreibt das gleiche Phänomen wie der von Blanchard eingeführte Begriff „autogynäphil“ (Blanchard 1989 a und b, 1993).

## Hauptverlaufsformen transsexueller Entwicklungen bei biologischen Männern

Gruppe 1	Gruppe 2
Kontinuierliche Manifestation der GIS ab dem Kindesalter bzw. ab der frühen Adoleszenz  frühes offenes Cross dressing	Manifestation des Zugehörigkeitsgefühl zum weiblichen Geschlecht im Verhalten später und gradueller  heimliches Cross dressing, z. T. schon vor der Pubertät
Erstvorstellung in der späten Adoleszenz bzw. im jungen Erwachsenenalter	Erstvorstellung meist erst im Erwachsenenalter, z. T. erst in der Lebensmitte
sexuell orientiert auf Männer: <ul style="list-style-type: none"> <li>• sexuelle Erfahrungen mit Jungen/Männern; z. T. zunächst Selbstdefinition (coming out) als homosexuell</li> <li>• keine sexuelle Erfahrungen mit Jungen/Männern, zu keiner Zeit Selbstdefinition als homosexuell</li> </ul>	sexuell orientiert auf Frauen (gynäphil) <i>und/oder</i> sexuell orientiert auf die Vorstellung von sich selbst als Frau (automonosexuell/autogynäphil)
	transvestitischer Fetischismus in der Vorgeschichte: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ausschliesslich</li> <li>• zusätzlich andere Perversion/Paraphilie (Masochismus)</li> </ul>
	oft verheiratet/in fester Partnerschaft, oft Kinder

Zur quantitativen Verteilung der beiden Gruppen liegen keine reliablen Daten vor. Es wird aber übereinstimmend geschätzt, dass mehr als Dreiviertel der Männer mit transsexueller Symptomatik der zweiten Gruppe angehören<sup>24</sup>. Die meisten MF-TS lassen sich einer der beiden Gruppen zuordnen. Für einige gilt dies jedoch nicht, so z. B. diejenigen, die manifest gynäphil orientiert sind, bei denen es aber in der Vergangenheit auch homosexuelle Phantasien bzw. Kontakte gab, ohne dass sie deshalb als bisexuell bezeichnet werden könnten.

<sup>24</sup> Angesichts der zunehmenden gesellschaftlichen Akzeptanz von Homosexualität könnte der Anteil der ersten Gruppe an der Gesamtvarianz der Männer mit transsexueller Symptomatik in Zukunft noch kleiner werden. Umgekehrt könnte die zweite Gruppe noch größer werden, da sich infolge der zunehmenden Gleichberechtigung der Geschlechter Frau-Sein als narzisstische Projektionsfläche für „gescheiterte“ Männer eher anbietet (vgl. Berner 2001).

### **Hauptverlaufsform 1: Sexuell auf Männer orientierte MF-TS mit kontinuierlich manifester GIS seit der Kindheit (early onset/androphil)**

Anders als früher wird heute die frühe Manifestation der GIS und die sexuelle Orientierung auf Männer als zusammengehörend gesehen. Die früher beschriebene „Asexualität“ einer Untergruppe von MF-TS (Person und Ovesey 1974 a, Bentler 1976) könnte das Ergebnis eines Artefakts sein, etwa dadurch bedingt, dass die Patienten sexuelle Wünsche und Phantasien aus Angst davor verschwiegen, als homosexuell eingestuft zu werden.

Die Gruppe 1 ist keineswegs einheitlich, sie umfasst viele Untergruppen bzw. sehr verschiedene Patienten, die alle auf einem *Kontinuum zwischen konflikthafter Homosexualität und Homosexualität bei konflikthafter Männlichkeit* eingeordnet werden können. Dies macht Sinn angesichts der Tatsache, dass die Mehrheit der Jungen mit manifester GIS in der Kindheit später homosexuell<sup>25</sup> und nur eine Minderheit transsexuell<sup>26</sup> wird (Green 1987 a und b, Moneyn und Russo 1979, Zucker und Bradley 1995).

Ein Teil der Patienten war schon als Kind in psychotherapeutischer Behandlung, nicht nur wegen ihrer GIS, sondern auch wegen anderer psychischer Probleme, insbesondere wegen Angstzuständen.

Eine Untergruppe hat sich nie als homosexuell erlebt und hat keine sexuellen Kontakte zu Jungen/Männern gehabt. Diese Patienten masturbieren eher wenig oder die Masturbation wird als konflikthaft erlebt bzw. als „rein mechanisch“ beschrieben. Trotzdem müssen sie sexuelle Erregung nicht völlig vermeiden und entwickeln nur selten eine so heftige Aversion gegen ihr männliches Genitale, dass es zu Selbstkastrationsversuchen kommt.

Manche verlieben sich heimlich in Männer, haben auf Männer bezogene sexuelle Phantasien für die Zeit nach der „Geschlechtsumwandlung“, bei anderen wirkt das geschilderte Begehren gegenüber Männern ziemlich autogynäphil (d. h. es werden nie bestimmte Männer phantasiert, sondern diese sind Ausstattung der erregenden Phantasie, von ihnen als Frau begehrt zu werden). Wieder andere wirken doch fast asexuell im alten Sinne.

Eine zweite Untergruppe hat sich zunächst als homosexuell erlebt, z. T. mit einem „schwulen Coming out“, oder hat zunächst ein „homosexuelles Arrangement“ (Beier et al. 2001) versucht und ist sexuelle Kontakte mit Jungen/Männern eingegangen. Manche treten in Travestieshows bzw. als „Drag Queen“ auf. Viele lehnen – trotz ausgeprägter weiblicher Identifizierung – ihr männliches Genitale (und die Erektion) gar nicht ab, weil sie es als lustspendend erleben. Im Laufe ihrer homosexuellen Erfahrungen erleben sie sich immer mehr als „unpassend“, werden von ihren Partnern als „zu weiblich“ abgelehnt, bekommen zunehmend das Gefühl, als homosexueller Mann nicht leben zu können. Manche von ihnen finden dann einen bisexuellen Partner.

Unter denen, die zunächst ein homosexuelles Coming out hatten, finden sich auch Patienten, die (ohne schwere Konflikte mit ihrer Homosexualität) eine langsame, aber stabile Entwicklung von homosexuell zu transsexuell durchmachen und später als Frau sozial gut integriert mit einem heterosexuellen Partner leben.

---

<sup>25</sup> Allerdings macht diese Gruppe wiederum nur einen Teil der später homosexuellen Männer (der „homosexual-to-be“) aus (vgl. Grossmann 2002).

<sup>26</sup> In dem Film „Ma vie en rose“ erkennen sich sowohl viele transsexuelle als auch viele homosexuelle Männer wieder.

## **Hauptverlaufsform 2: Sexuell auf Frauen (oder auf die Vorstellung von sich selbst als Frau) orientierte MF-TS mit späterer Manifestation der GIS und transvestitischem Fetischismus<sup>27</sup> in der Vorgeschichte.**

Auch diese Gruppe umfasst Patienten, die sich in ihrer Vorgeschichte und ihrer Psychodynamik sehr unterscheiden. Insgesamt sind diese Patienten auf einem *Kontinuum zwischen gescheiterter/verletzter/brüchiger/unsicherer Männlichkeit (bzw. gescheiterter Integration männlicher und weiblicher Selbstanteile) und einer nicht zu sich gekommenen (nicht tragfähig organisierten/nicht ausreichend als narzisstische Plombe funktionierenden/entgleisten) Perversion/Paraphilie* einzuordnen. Die spätere Manifestation der GIS bzw. die spätere Organisation des transsexuellen Wunsches bei diesen Patienten (ver-)führt leicht dazu, zweierlei Tatsachen zu übersehen: zum einen, dass auch diese Patienten schon lange und tiefgreifend in ihrer Geschlechtsidentität gestört waren<sup>28</sup> (Reiche 1984); zum anderen, dass bei vielen von ihnen ebenfalls schon lange eine ausgeprägte feminine Identifikation bestand, die sich jedoch nie als feminines Verhalten zeigte<sup>29</sup> (vgl. Levine 1993, Doorn et al. 1994). Diese MF-TS hatten schon als Kind (gelegentlich oder häufiger) die tröstende Phantasie eines Lebens als Mädchen, das sie sich als leichter und vor allem als mit mehr Anerkennung und Zuwendung verbunden vorstellten.

Viele dieser Patienten erinnern (früh-) kindliche (z. T. auch traumatische) Erfahrungen, die mit dem Gefühl verbunden waren, wertlos zu sein und abgelehnt zu werden. Dieses Gefühl wurde weniger mit dem eigenen Geschlecht verbunden als mit allgemeinen Unzulänglichkeiten (zu klein, zu schwach, zu dick, körperliche Behinderungen, Stottern etc. ). Andere hatten das Gefühl, kein „richtiger“ Junge sein, mit den anderen Jungen nicht „mithalten“ zu können. Als traumatische Erfahrungen in der Kindheit finden sich vor allem körperliche Erkrankungen, die mit (z. T. multiplen) Operationen und mit Trennungen verbunden waren<sup>30</sup>, so z. B. Phimose (die Operation wurde als traumatisch erlebt oder die Beschwerden wurden von den Eltern lange „übergangen“ und eine Operation bis zum Ende der Pubertät aufgeschoben); Hypospadie; Kiefer-Lippen-Gaumenspalte; Kinderlähmung etc. Andere berichten von körperlicher Misshandlung, seltener von sexueller Traumatisierung.

In der Kindheit und Jugend der Patienten kamen gelegentlich Krankheiten mit psychischer Beteiligung vor wie Colitis ulcerosa oder Asthma, im Erwachsenenalter Hodenschmerzen und Prostatitis unklarer Ätiologie.

Viele haben schon vor der Pubertät mit gelegentlichem Cross dressing begonnen und sich dabei als Mädchen phantasiert, ab der Pubertät ist Cross dressing mit sexueller Erregung verbunden.

Die meisten erleben (trotz einer relativen Stabilität mit Hilfe des Transvestitismus) die Pubertät als sehr krisenhaft, sind sexuell „Spätzünder“, sind scheu und gehemmt gegenüber Frauen

---

<sup>27</sup> Manche Autoren unterscheiden bei MF-TS zwischen transvestitischem Fetischismus und „Cross gender-Fetischismus“, bei dem die feminine Identifizierung während der fetischistischen Aktivität eine größere Rolle spielt (Freund et al. 1982, Doorn et al. 1994). In der klinischen Praxis ist diese für die Forschung interessante Differenzierung oft nicht möglich.

<sup>28</sup> Transvestitischer Fetischismus ist immer auch ein Versuch, den bei allen Perversionen bestehenden Konflikt mit der Geschlechtsidentität zu lösen.

<sup>29</sup> Dagegen verhalten sich manche homosexuelle Männer, die niemals Zweifel an ihrer männlichen Identität hatten, feminin bis effeminiert.

<sup>30</sup> Diese finden sich allerdings auch bei vielen Patienten mit einer Perversion/Paraphilie, was bei der gemeinsamen Schnittmenge der beiden Patienten-Gruppen nicht verwundert.

und gehen eher spät Beziehungen ein. Gleichzeitig entwickeln viele in der Pubertät ausgeprägte Interessen und Kompetenzen, die als männlich gelten (Computer, Schiessen, Fliegen etc. ), fühlen sich als Männer erfolgreicher als vorher und konkurrieren durchaus mit anderen Männern.

Die meisten dieser MF-TS sind sexuell auf Frauen *und* auf die Vorstellung von sich selbst als Frau orientiert, wobei sich das spezifische Mischungsverhältnis der beiden Komponenten im Verlauf der Entwicklung (z. T. auch mehrfach) verändert. Nur eine kleinere Untergruppe ist immer schon ausschließlich autogynäphil orientiert gewesen.

Innerhalb einer festen Beziehung zu einer Frau erleben viele einen Rückgang der transvestitischen Symptomatik, manche „schmeißen erleichtert das ganze Zeug weg“, leben zeitweise ganz ohne Cross dressing. Andere integrieren in milder Form transvestitische Elemente in die Beziehung. Die absolute Mehrheit der Patienten ist sexuell funktionsfähig. Manche bleiben zunächst auch noch sexuell aktiv, wenn sich der transsexuelle Wunsch bereits organisiert hat; bei anderen ist die Sexualität schon vor Ausbruch der Krise bzw. ab dieser allmählich versiegt.

Bei wieder anderen besteht die transvestitische Symptomatik neben der Beziehung unverändert weiter (jedoch noch ohne den Wunsch, ganz als Frau zu leben), einige können sich jahrelang in einem „Doppelleben“ psychisch relativ stabil halten.

Bei nicht wenigen Patienten besteht neben dem transvestitischen Fetischismus eine weitere Perversion/Paraphilie, vorwiegend Masochismus<sup>31</sup>. Manche realisieren dies mit Prostituierten, anfangs als submissiver Mann, z. T. später übergehend in die entsprechende Rolle als Frau. Viele Patienten verschweigen gegenüber dem Arzt/Psychologen<sup>32</sup> ihre masochistischen Neigungen aus Angst davor, womöglich nicht als „wirklich transsexuell“ eingestuft zu werden, tauschen sich darüber jedoch in Selbsthilfegruppen bzw. im Internet durchaus aus. Bei manchen sistiert der Drang zu masochistischen Praktiken mit zunehmendem Cross dressing in der Öffentlichkeit bzw. unter hormoneller Behandlung.

Früher oder später (manche Ende der Zwanziger, andere erst zwischen 40 und 50<sup>33</sup>) geraten die Patienten (allmählich oder relativ abrupt) in eine massive, mit (z. T. agitierter, reizbarer) Depression und/oder mit Angstzuständen verbundene narzisstische Krise, in der das bisherige Arrangement nicht mehr trägt. Der Transvestitismus wird wieder stärker, aber er funktioniert nicht mehr als narzisstische Plombe. Das Cross dressing wird stärker und verändert seinen Charakter: Manche müssen – sozusagen als Antidepressivum – jetzt ständig weibliche Unterwäsche tragen; andere drängt es zunehmend danach, sich in der Öffentlichkeit als Frau zu zeigen. Die alte Phantasie wird reaktiviert bzw. dominant, manchmal bis zur „Gewissheit“: Frau-Sein als Rettung. Die schon immer bestehende GIS bricht auf, der transsexuelle Wunsch organisiert sich.

Bei einem großen Teil der Patienten lassen sich auslösende Konstellationen („Trigger“) für diese Krise eruieren, die auf einem Kontinuum innerhalb der zwei Dimensionen „Bedrohung der Männlichkeit/Überforderung als Mann“ und „Verlust abhängiger Sicherheit“ verortet werden können.

Solche „Trigger“ können sein

---

<sup>31</sup> Seltener werden Sadismus, Asphyxophilie, Pädophilie, Vergewaltigung berichtet (Freund et al. 1982, Blanchard und Hucker 1991, Blanchard 1993).

<sup>32</sup> Mit „der Arzt“ („der Therapeut“, „der Experte“ etc.) ist hier und im folgenden stets auch „die Ärztin“ etc. gemeint. Um dem Text nicht noch mehr Geschlechtsverwirrung aufzubürden, wird jedoch durchgehend das männliche Personalpronomen verwendet.

<sup>33</sup> Zu den älteren transsexuellen Patienten mit transvestitischer Vorgeschichte vgl. Lothstein 1979 a

- ❖ das Älterwerden als zusätzliche narzisstische Bedrohung einer ohnehin fragilen Männlichkeit
- ❖ körperliche Krankheiten
 

**Fall B:** Ein 45-jähriger verheirateter erfolgreicher Manager hatte seine Ehefrau von Anfang an über seine transvestitischen Neigungen informiert und diese in einer für seine Frau tolerierbare Weise in die eheliche Sexualität integriert. Nach einer Hodenkrebserkrankung (Verlust eines Hodens, Chemotherapie) geriet er in eine Krise und wurde mit dem dringenden Wunsch nach sofortiger „Geschlechtsumwandlung“ vorstellig. Obwohl der (nicht psychotische) Patient in seiner „femininen“ Aufmachung wie eine Karikatur einer Frau aussah, war er vom Gegenteil überzeugt. Als Mann sei er dagegen „ein Troll“, könne sich gleich umbringen.
- ❖ Kränkungen im Beruf
- ❖ von der Partnerin ausgehende Trennung/Scheidung
- ❖ als Trennung erlebte schwere körperliche oder seelische Erkrankung der Partnerin
- ❖ sexueller Rückzug oder als Rückzug erlebte Autonomisierung der Partnerin
- ❖ eine neue Beziehung, die extremen Neid auf die Partnerin als Frau auslöst
- ❖ Geburt eines Kindes (Verlust der alleinigen Zuwendung durch die Partnerin)
- ❖ Entwicklung der Kinder in einem bestimmten Alter

Bei einem anderen Teil der Patienten dominiert ein radikaler Dualismus von Männlichkeit und Weiblichkeit, die als nicht miteinander zu versöhnende Anteile der eigenen Person, welche einander auszulöschen versuchen, erlebt werden (Meyer 1974, Quinodoz 1998). Diese unauflösbare Ambivalenz zwischen Mann-Sein-Wollen und Frau-Sein-Wollen (Socarides 1969) zieht sich wie ein roter Faden durch ihr Leben und bleibt häufig auch dann noch bestehen, wenn sich die transsexuelle Symptomatik organisiert hat. Es drängt diese Patienten immer wieder nach geschlechtlicher Eindeutigkeit; sobald sie diese jedoch zu realisieren beginnen, reagiert der andere Teil in ihnen mit Vernichtungsangst. Sie geraten (mit und ohne eruierbare „Trigger“) immer wieder in schwere Krisen.

**Fall C:** Ein Patient mit transvestitischer Vorgeschichte und heimlichem Cross dressing seit der Kindheit wurde im Alter von 26 Jahren erstmals in unserer Ambulanz vorstellig mit dem dringenden Wunsch nach „Geschlechtsumwandlung“. Im Jahr zuvor hatte sich seine Frau nach fünf Jahren Ehe von ihm getrennt, nachdem sie herausgefunden hatte, dass er über die Jahre immer wieder ihre Antibabypillen einnahm; zur gleichen Zeit sind seine für ihn wichtige Großmutter und sein älterer Bruder gestorben. Der Patient ist sexuell sehr aktiv (sowohl masturbatorisch als auch mit Frauen) und hat dabei überwiegend autogynäophile Phantasien; nach dem Orgasmus fühlt er sich jedoch leer-deprimiert und als Mann. Im zweiten Gespräch drei Monate später erklärte er, er wolle seine sexuelle Potenz nicht verlieren, wolle jetzt „zu 75 % doch Mann bleiben“; berichtete von wechselnden Phasen in seinem bisherigen Leben, in denen er jeweils *ganz* Mann oder *ganz* Frau sein wollte. Danach meldet er sich erst ein Jahr später wieder: Er habe seit einem Jahr eine neue Beziehung zu einer Frau, von der er sich sowohl in seiner Männlichkeit sehr unterstützt als auch in seiner Andersartigkeit akzeptiert fühle. Trotzdem bedränge ihn in den letzten Monaten wieder verstärkt der Wunsch, Frau zu sein, heimliches Cross dressing habe wieder zugenommen. Er schlägt einen „Kompromiss“ vor: Hormonbehandlung ohne Operation. Nach einem Jahr Psychotherapie (ein Mal wöchentlich), in der er sich mit seiner Zwiespältigkeit auseinandersetzte und sich in Richtung Frau-Sein stabilisierte, wurde die Indikation zur Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen gestellt, ein Jahr später die Indikation zur geschlechtstransformierenden Operation.

20 Jahre später wurde der Patient erneut vorstellig: Er habe sich seinerzeit am Tag vor der geplanten Operation gegen diese und für die Ehe mit seiner damaligen Freundin entschieden. Hormone hat er die ganze Zeit (mit Wissen seiner Frau) weiter eingenommen. (Ohne Vorinformation über sein Geschlecht wirkte er ganz eindeutig wie eine unauffällige Frau; aber auch als Mann wirkt er unauffällig, nur eben als Mann mit weichen Gesichtszügen.) Obwohl die Ehe sehr glücklich sei, gerate er, verstärkt in den letzten Jahren, immer wieder in depressive Phasen, in denen der Drang, ganz als Frau zu leben, wieder sehr stark sei. Nach zwei Jahren erneuter Psychotherapie, in der sich der Zwiespalt des Patienten nicht integrieren ließ, entschloss er sich zu einem Schritt in Richtung Frau: Er setzte durch, in seinem Betrieb als Frau angesprochen zu werden und zog, nachdem seine Frau sich von ihm getrennt hatte, als Frau in eine eigene Wohnung. In unbekannter Umgebung wurde er problemlos als Frau akzeptiert. Die depressiven Verstimmungen ließen deutlich nach, er wirkte zeitweise fast euphorisch. Unter der Trennung von seiner Frau, die er nach wie vor sehr regelmäßig sah, litt er jedoch sehr, besonders seitdem sie eine sexuelle Affäre begonnen hatte und er seine Vorstellung, sie werde ihn irgendwann doch noch als Frau akzeptieren, als Illusion erkennen musste. Manchmal, in Phasen panischer Verlustangst, erwog er, sich als Frau wieder ganz zurückzunehmen, um seine Ehefrau zurückzugewinnen. Wagte er einen Schritt in diese Richtung, wurde er erneut dysphorisch-depressiv und ging dann wieder zurück. Eine zunächst geplante Vornamensände-

nung nach dem TSG verwarf er wieder: Er befürchtete, dass sich seine Frau dann endgültig von ihm zurückziehen würde. Schließlich schlug er einen neuen „Kompromiss“ vor: Nur die Hoden sollten operativ entfernt werden.

Viele der verheirateten Patienten haben eine sehr abhängige, quasi symbiotische Beziehung zu ihrer Partnerin, mit der sie unbedingt zusammenbleiben wollen. Das stellt sie vor ein schier unlösbares Dilemma zwischen dem immer drängender werdenden Wunsch, ganz als Frau zu leben, und der Angst, dadurch die Partnerin zu verlieren. Manche Ehen/Familien finden einen für alle lesbaren Kompromiss, z. B. dergestalt, dass das Ehepaar die Partnerschaft als symbiotische Frauenfreundschaft ohne Sexualität fortsetzt, der Patient auch als Frau für die Kinder<sup>34</sup> „der Papa“ bleibt u. v. m.

Andere – wie der Patient C – zerbrechen fast an dem Dilemma: In solchen Fällen akzeptiert die Ehefrau oft ein androgynes, auch weibliches Aussehen und Verhalten, Cross dressing zu Hause und im Urlaub, sogar Brustwachstum durch Hormontherapie, so lange der Ehemann nach außen als Mann gilt bzw. sozial keinen Geltungsanspruch als Frau erhebt: „Solange du Mann bleibst, kannst du so weiblich sein, wie du willst.“ Solche Patienten schwanken oft über sehr lange Zeit zwischen Verlustangst, wenn sie ihrem Drang, als Frau zu leben, mehr nachgeben, und gereizt-depressiven Verstimmungen, wenn sie diesen stärker unterdrücken. Trennt sich die Partnerin schließlich doch, weil der Spagat nicht mehr gelingt, werden die Patienten oft depressiv bis suizidal. In der Folge kann es zu einem beruflichen Abstieg, zu sozialer Isolierung etc. kommen. Manche versuchen in dieser Situation, ihre Dysphorie durch eine beschleunigte/überstürzte Realisierung des Geschlechtswechsels zu überwinden, was aber meist nur zu kurzfristiger narzisstischer Stabilisierung führt.

Nach Pfäfflin und Junge (1992) definieren sich 25 % der operierten MF-TS als „lesbisch“.

Die klinische Erfahrung zeigt, dass dies bei den meisten ein hilfloser Versuch ist, sich irgendwo einzuordnen i. S. von „Wenn ich als Frau immer noch keine Männer begehre, muss ich lesbisch sein“. Ein großer Teil beschreibt damit lediglich den Wunsch, mit *ihrer* Partnerin zusammen zu bleiben.

*Fazit für die Praxis:*

- ❖ Die Hauptverlaufsgruppe 1 der MF-TS lässt sich auf einem Kontinuum zwischen konflikthafter Homosexualität und Homosexualität bei konflikthafter Männlichkeit verorten.
- ❖ Die Hauptverlaufsgruppe 2 der MF-TS lässt sich auf einem Kontinuum zwischen beschädigter Männlichkeit, gescheiterter Integration weiblicher und männlicher Selbstanteile und Perversion/Paraphilie verorten.
- ❖ Je später der Übergang von einer transvestitischen in eine transsexuelle Entwicklung erfolgt, je häufiger sind „Auslöser“ auf einem Kontinuum zwischen der Überforderung als Mann und dem Verlust von Sicherheit in einer Beziehung, von der die Patienten sehr abhängig sind, von Bedeutung.

#### **4. Differentialdiagnostik**

Der klassische Grundsatz, nach dem sich aus der Diagnose die Indikation zur Behandlung ergibt, trifft bei der GIS aus mehreren Gründen nur in relativierter Form zu:

- In eine transsexuelle Symptomatik mündet eine Vielfalt transsexueller Verläufe bzw. ganz unterschiedliche psychische/psychopathologische Entwicklungen.
- Die spezifische Verschränkung zwischen der Entwicklung der somatischen Behandlungsmöglichkeiten und der Entwicklung der Diagnosen Transsexualität und Geschlechtsidentitätsstörung brachte es mit sich, dass Differentialdiagnosen i. S. von Kontraindikatio-

---

<sup>34</sup> Zu Kindern von MF-TS liegen bisher nur wenige Untersuchungen mit sehr kleinen Fallzahlen vor, die vorwiegend der Frage nachgehen, ob die Kinder auch eine GIS entwickeln (Assalian et al. 1997, Green 1978 und 1998). Die tendenziell „günstigen“ Ergebnisse dieser ziemlich an der Oberfläche bleibenden Untersuchungen kontrastieren mit dem, was von mit solchen Kindern arbeitenden Therapeuten zu erfahren ist (vgl. Preuss 1999).

nen zu den somatischen Behandlungen definiert wurden, die als differentialdiagnostische Ausschlusskriterien freilich nach und nach wieder relativiert wurden.

- Entwicklung und Relativierung der Differentialdiagnosen stützen sich neben publizierten Behandlungsverläufen vor allem auf die katamnestische Untersuchung operierter Transsexueller (vgl. die umfassende und kritische Darstellung der in den Jahren 1961 bis 1991 dokumentierten Katamnesen operierter transsexueller Patienten bei Pfäfflin und Junge 1992). Folglich sind die Ergebnisse dieser Forschung zur Differentialdiagnostik immer retrospektive differentielle Indikationen bzw. Kontraindikationen zu den somatischen Behandlungen.
- Wenn die Diagnose GIS/Transsexualität nicht (mehr) automatisch eine Indikation zu „geschlechtsumwandelnden“ somatischen Maßnahmen darstellt, verliert die Differentialdiagnostik etwas von ihrer bisherigen Brisanz. Diese Entkoppelung hat sich aber noch nicht allgemein durchgesetzt.

Aus den genannten Gründen ist die getrennte Darstellung von Differentialdiagnostik und differentieller Indikation zu den somatischen Behandlungen nur begrenzt möglich. Die weiterführende Diagnostik ist bei der GIS vor allem eine Verlaufsdiagnostik.

#### **4. 1. Einzelne Differentialdiagnosen**

Die „klassischen“ Differentialdiagnosen sind zwar für das Verständnis des Einzelfalls und für die Beurteilung der individuellen Lösungsmöglichkeiten von großer Bedeutung, lassen sich aber *nicht i. S. von Ausschlussdiagnosen* stellen (vgl. Kap. 1 und 3).

In besonderem Masse gilt dies für den **fetischistischen Transvestitismus** (siehe 3. 1. 2).

Auch die beiden im DSM-IV vorgesehenen Möglichkeiten sind im Einzelfall nicht immer eindeutig voneinander zu unterscheiden bzw. können ineinander übergehen: Manche Männer mit fetischistischem Transvestitismus und Geschlechtsdysphorie weisen im weiteren Verlauf dann doch alle Kriterien der GIS auf.

Auch die konflikthafte **Homosexualität** hat ihre frühere Bedeutung als wichtigste Differentialdiagnose verloren: Zum einen gibt es fließende Übergänge zwischen Homosexualität und GIS (besonders zwischen FM-TS und männlich identifizierten lesbischen Frauen, aber auch bei manchen MF-TS der Gruppe 1). Zum anderen hat die deutlich gewachsene gesellschaftliche Akzeptanz gegenüber der Homosexualität offenbar dazu geführt, dass sich das Problem in der klinischen Praxis inzwischen deutlich seltener stellt. Patienten, bei denen sich eine konflikthafte (ich-dystone) Homosexualität als das zentrale Problem hinter der transsexuellen Symptomatik erweist, kommen heutzutage überwiegend aus (meist islamischen) Kulturen, in denen eine extreme (von den Patienten meist internalisierte) Diskriminierung der Homosexualität vorherrscht.

Im Verlauf einer **psychotischen Erkrankung**, insbesondere einer **Schizophrenie**, treten häufig (i. d. R. vorübergehend und nur selten als erste bzw. einzige produktive Symptome)

Wahnvorstellungen auf, dem anderen Geschlecht anzugehören. Hier kann im Verlauf die Differentialdiagnose eindeutig als Ausschlussdiagnose der GIS gestellt werden.

Eine psychotische Erkrankung kann aber auch i. S. einer Komorbidität neben einer GIS bestehen und stellt deshalb (auch im DSM-IV) nicht per se eine Ausschlussdiagnose zur GIS dar (zur inhaltlichen Beziehung zwischen Psychose und GIS vgl. Kraus 1971).

Differentialdiagnostisch schwierig, aber von großer Relevanz ist die Einschätzung **präpsychotischer** Zustände, da Patienten im Verlauf ihrer transsexuellen Entwicklung psychotisch werden können.

**Persönlichkeitsstörungen**, insbesondere **Borderline-Störungen** sind häufig bei Patienten mit GIS zu finden und stellen keine Ausschlussdiagnose dar. (Da die GIS von vielen Autoren generell der Borderline-Störung zugeordnet wird, macht es ohnehin keinen Sinn, sie als Ausschlussdiagnose zu definieren (vgl. Kap. 5.))



Der Ausschluss der Diagnose GIS bei Vorliegen einer **Intersexualität** (wie im ICD-10 und im DSM-IV) ist unter Experten nach wie vor umstritten (Clement und Senf 1996, Becker et al. 1997, Meyer et al. 2001, Hiort et al. 2001).

**Passagere Verunsicherungen der Geschlechtsidentität** (z. B. im Rahmen einer Adoleszenzkrise), Leiden am Frau-Sein/Mann-Sein ohne konstantes Gefühl der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht und Neid auf als mit dem anderen Geschlecht verbunden erlebte kulturelle Vorteile lassen sich dagegen durch Überprüfung der Kriterien A und B des DSM-IV differentialdiagnostisch relativ leicht und eindeutig von der GIS/TS abgrenzen.

Allerdings ist zu beachten, dass bei manchen Patienten (z. B. FM-TS der Subgruppe 1 oder MF-TS der Hauptverlaufsform 2) im Erstgespräch nur die Geschlechtsdysphorie (der „Horror“ gegenüber dem Geburtsgeschlecht) deutlich wird, während ihr Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht lediglich wie eine leere Behauptung wirkt. Wenn solche Patienten dann auch noch stark ausgeprägte körperliche Merkmale des Geburtsgeschlechts aufweisen, kann das vorschnell zum Ausschluss der Diagnose GIS/TS führen – und damit häufig zum Abbruch des Kontakts durch den sich zurückgewiesen fühlenden Patienten.

Ebenfalls zu beachten ist, dass andere Patienten (z. B. MF-TS der Hauptverlaufsform 1 oder FM-TS der Subgruppe 2) bereits im Erstgespräch im Wunschgeschlecht so überzeugend wirken, dass ihr Leidensdruck (Kriterium C des DSM-IV) zunächst gar nicht deutlich wird. Das kann zu einer vorschnellen Einstufung der Patienten als „psychisch unauffällig“ führen.

## **5. Ätiologie**

### **5. 1. Grundannahmen zur Entwicklung der Geschlechtsidentität**

Die Bedeutung somatischer, psychischer und sozialer Faktoren für die Entwicklung der Geschlechtsidentität des Erwachsenen und besonders das Wechselspiel dieser Faktoren zu verschiedenen Zeitpunkten sind nach wie vor erst in Ansätzen aufgeklärt. Ein komplexes interaktives Modell – jenseits der unsinnigen, aber immer wieder aufs Neue geführten Debatte *Erbe oder Umwelt* (nature/nurture) – findet sich bei Money (1994).<sup>35</sup>

Wie sich die pränatale **somatosexuelle Differenzierung**, insbesondere durch hormonelle Einflüsse auf das Gehirn, auf die psychosexuelle Entwicklung insgesamt, auf die geschlechtsspezifische Entwicklung kognitiver Fähigkeiten und sozialer Verhaltensweisen, auf die Entwicklung der Geschlechtsidentität und auf die sexuelle Orientierung auswirkt, ist Gegenstand unterschiedlicher Forschungsansätze. Neben tierexperimentellen Studien<sup>36</sup> basieren diese Forschungen im Wesentlichen auf der Untersuchung von intersexuellen Patienten und von Kindern, deren Mütter während der Schwangerschaft die Hormonbalance des Fötus verändernde Medikamente einnahmen sowie auf der Zwillingsforschung. Die Ergebnisse dieser Forschungen sprechen für einen Einfluss hormoneller (Ko-) Faktoren sowohl auf einige geschlechtsspezifische Fähigkeiten und Verhaltensweisen als auch (in begrenzterem Umfang) auf die sexuelle Orientierung. In Bezug auf die Entstehung der Geschlechtsidentität sind die Ergebnisse allerdings widersprüchlich und uneindeutig. (Eine ausführliche Darstellung und Diskussion dieser Forschung und ihrer Bedeutung für die Entwicklung der Geschlechtsidentität findet sich bei Springer 1981, Bosinski 2000 b, Cohen-Kettenis und Pfäfflin 2003.)

Zur **psychischen Entwicklung der Geschlechtsidentität** liegen neben lerntheoretischen und kognitiv-strukturellen Erklärungsansätzen (Übersicht bei Trautner 1991) vor allem verschiedene psychoanalytische Konzepte (Übersicht bei Mertens 1994 a und b) vor. Ungeachtet aller kontroversen Positionen innerhalb der Psychoanalyse über die weibliche und die männliche psychosexuelle Entwicklung besteht Einigkeit darüber, dass eine stabile kohärente Ge-

---

<sup>35</sup> Modifikation und Erweiterung bei Cohen-Kettenis und Pfäfflin (2003)

<sup>36</sup> Diese können nur Verhalten erforschen und haben deshalb für das Entstehen von Geschlechtsidentität keine Aussagekraft.

schlechtsidentität als Frau/als Mann auch im „gesündesten“ oder gelungensten Fall das Ergebnis einer enormen Abwehr- und Integrationsleistung konflikthafter Wünsche und konflikthafte Aspekte des Selbst ist (vgl. May 1991; Düring 2001).

Ungeklärt und umstritten ist nach wie vor die Frage, wie die so genannte Kerngeschlechtsidentität<sup>37</sup> entsteht und ob bzw. wie sie mit der Entwicklung der sexuellen Orientierung zusammenhängt. Viele Autoren nehmen wie die TS-Forscher Person und Ovesey (1993) an, dass die Entwicklung der „normalen“ (mit dem körperlichen Geschlecht übereinstimmenden) Kerngeschlechtsidentität konfliktfrei verläuft und zeitlich stets der Festlegung der sexuellen Orientierung vorangeht und diese organisiert. Dagegen gehen jene Autoren, die an der im Unbewussten des Menschen verankerten konstitutionellen Bisexualität festhalten und auf dieser Basis Triebentwicklung und Objektbeziehungen zusammendenken, von einer grundsätzlich immer konflikthafter, zeitlich parallelen und miteinander verschränkten Entwicklung der „Kerne“ von Geschlechtsidentität und von sexueller Orientierung bzw. von einem gemeinsamen „Kern“ aus, aus dem beide hervorgehen (Laplanche 1988, Reiche 1997).

Die Integration der infantilen Bisexualität im Verlauf der psychosexuellen Entwicklung geht unterschiedlich aus.

#### Varianten des Schicksals der infantilen Bisexualität<sup>38</sup>

- ❖ eine „stumme bisexuelle Potenz“ (Reiche 1997) als „gesunde“ und glücklichste Lösung, die u. a. Voraussetzung für jede (heterosexuelle) Liebesbeziehung ist (flexible Identifizierungsmöglichkeiten)
- ❖ die Aufrechterhaltung der infantilen bisexuellen Omnipotenz und die Verleugnung des Geschlechtsunterschiedes – wie bei den Perversionen und bei vielen MF-TS der Gruppe 2
- ❖ eine radikale Abspaltung und Entwertung des als gegengeschlechtlich erlebten Selbstanteils – die sich häufig bei heterosexuellen Frauen und Männern mit einer sexuellen und/oder einer Beziehungsstörung findet. Je radikaler das andere im eigenen Geschlecht abgespalten ist, je fremder und bedrohlicher ist das andere Geschlecht.
- ❖ eine radikale Abspaltung des mit dem biologisch gegebenen Geschlecht übereinstimmenden Selbstanteils – wie sie bei der Mehrheit der FM-TS und bei vielen MF-TS der Gruppe 1 zu finden ist.
- ❖ eine für das Subjekt unerträgliche Dauerambivalenz, die eine Integration/Balance der beiden Selbstanteile verunmöglicht, wie sie für manche MF-TS der Gruppe 2 geschildert wurde

Eine zweite wichtige strittige Frage ist, welche Bedeutung die Tatsache, dass die Mutter eine Frau ist, für die frühe Entwicklung der Geschlechtsidentität und ihre spätere Stabilität bzw. Fragilität hat: Die Mehrheit der Autoren teilt in Anlehnung an Greenson (1968) die Auffassung, dass der Junge, um eine männliche Identität zu erlangen, die primäre Identifikation mit der Mutter abrupt, radikaler und traumatisierender aufgeben müsse als das Mädchen, dessen Weiblichkeit durch die primäre Identifikation mit der Mutter „praktisch sichergestellt“ sei (Greenson 1968). Person und Ovesey (1993) betonen dagegen zum einen, dass eine Entidentifizierung bei *beiden* Geschlechtern stattfinden müsse; bleibe sie aus, sei Autismus das Ergebnis. Zum anderen bezweifeln sie, dass die (unbestrittene) frühe Identifizierung des Kindes mit der Mutter der Identifizierung mit ihrem Geschlecht gleichzusetzen sei. Andere Autoren (z. B.

<sup>37</sup> „Kerngeschlechtsidentität“ meint die (Protoformen der) Grundgewissheit „Ich bin ein Mädchen“/ „Ich bin ein Junge“ – die gerade in den frühen Phasen der Entwicklung mit „gegengeschlechtlichen“ Phantasien und Selbstrepräsentanzen einhergeht („Ich bin ein Junge und habe ein Baby im Bauch“ etc.).

<sup>38</sup> In gewissem Masse können diese Varianten auch auf verschiedenen Ebenen *innerhalb* eines Individuums gegeben sein.

Schmauch 2001, Aigner 2001) kritisieren zum einen die Begrenztheit einer vorwiegend als radikale Abgrenzung von Weiblichkeit konzipierten Männlichkeit und zum anderen die Vernachlässigung der Bedeutung des Vaters. Last not least ist auch die Weiblichkeit des kleinen Mädchens wohl kaum allein durch die frühe Identifikation mit der Mutter „praktisch sichergestellt“. Dass sich Männer im Allgemeinen ihrer Männlichkeit unsicherer sind als Frauen ihrer Weiblichkeit (dass Männer eher daran zweifeln, *dass* sie ein Mann sind, während Frauen eher an ihrem *Wert* als Frau zweifeln), ist kaum zu bezweifeln und entspricht der allgemeinen Erfahrung, die Ursachen dafür sind freilich komplexer. Neben allgemeinen Aspekten der Entwicklung sind folgende Dimensionen von Bedeutung

#### **Dimensionen der Entwicklung der Geschlechtsidentität**

- ❖ Identifikationen mit Mutter und Vater sowie Entidentifikationen
- ❖ Objektwahrnehmung, libidinöse und aggressive Strebungen, passive und aktive Bedürfnisse gegenüber Mutter und Vater
- ❖ Erfahrung des geschlechtlichen Körpers, z. B. frühe innergenitale Empfindungen bei beiden Geschlechtern; Wahrnehmung von Innen und Außen (Kestenberg 1968); innere Aneignung und Besetzung des geschlechtlichen Körpers
- ❖ Körperphantasien, inkl. solcher der bisexuellen Omnipotenz
- ❖ Wahrnehmung und Interpretation des Geschlechtsunterschiedes zwischen den Eltern und der Beziehung der Eltern
- ❖ Geschlechtsspezifisch aufgeladene unbewusste Botschaften und Zuschreibungen beider Eltern gegenüber dem Kind und seinen Eigenschaften, Bedürfnissen und Verhaltensweisen.

### **5. 2. Somatogenetische Ansätze zur Ätiologie der GIS**

Somatische Ursachen der GIS konnten bislang nicht nachgewiesen werden: Weder Chromosomenanalysen noch Hormonanalysen<sup>39</sup> noch die Analyse der Hirnstrukturen (i. E. der Volumina bestimmter Hirnregionen<sup>40</sup>) erbrachten für Transsexuelle spezifische Befunde. Nur die H-Y-Antigen-Hypothese konnte sich einige Jahre halten, bevor auch sie widerlegt wurde. Sie wird hier überhaupt nur noch erwähnt, weil sie Ende der 70er Jahre weltweit Aufsehen erregte, indem sie das Vorliegen eines eindeutigen morphologischen Substrates als zwischen „echten“ und „unechten“ Transsexuellen differenzierendes Kriterium postulierte – mit weitreichenden Konsequenzen für die Indikation zu somatischen Maßnahmen (ausführlich dazu Pfäfflin 1993).

### **5. 3. Psychogenetische Ansätze zur Ätiologie der GIS**

Die Vielfalt der Entwicklungen, die sich – früher oder später – als GIS/TS organisieren, weist bereits auf die Unmöglichkeit einer einheitlichen spezifischen (und erst recht einer monokausalen) Ätiologie. Entsprechend vage und allgemein wird ein konstanter transsexueller Wunsch im derzeitigen ätiologischen Konsens als „das Resultat sequentieller, in verschiedenen Abschnitten der psychosexuellen Entwicklung gelegener, eventuell kumulativ wirkender Einflussfaktoren“ definiert (Becker et al. 1997).

---

<sup>39</sup> Hyperandrogynämien (z. T. einhergehend mit einem polyzystischem Ovarialsyndrom) kommen bei hormonell unbehandelten FM-TS nicht selten vor (Futterweit et al. 1986, Bosinski et al. 1997), sind aber bei Frauen ohne GIS noch häufiger. Erhöhte Werte bezüglich eines oder mehrerer Androgene (die manche FM-TS stolz als somatische Bestätigung ihrer Männlichkeit bewerten), sind also auch kein Befund, der eine Somatogenese der GIS belegen könnte.

<sup>40</sup> Zur kritischen Bewertung neuerer Untersuchungen vgl. Sigusch 2001

Wichtige Mosaiksteine zum Verständnis der Genese transsexueller Entwicklungen hat eine Reihe psychogenetischer Erklärungsansätze überwiegend psychoanalytischer Provenienz beigetragen, deren Kenntnis für das Verständnis und die Therapie des Einzelfalls hilfreich ist – unabhängig davon, ob es im Verlauf zu somatischen Behandlungen kommt oder nicht. Sie basieren auf klinisch-diagnostischer Erfahrung mit einer größeren Anzahl transsexueller Patienten und auf längeren Psychoanalysen bzw. Psychotherapien mit transsexuellen Patienten (Benedetti 1981, Chiland 1997, Coates 1990, Désirat 1985, Diederichs 1991, Limentani 1979, Lothstein 1979 b, 1983, Meyer 1982, Oppenheimer 1991, Pauly 1974 a und b, Person und Ovesey 1974 a und b, Pfäfflin 1994, Quinodoz 1998, Schwöbel 1960, Socarides 1970, Sigusch et al. 1979, Sigusch und Reiche 1980, Springer 1981, Thomä 1957, Volkan und Berent 1976).<sup>41</sup> Alle Autoren gehen von einer konflikthafter oder traumatischer Genese der Transsexualität aus.<sup>42</sup>

In den wesentlichen psychoanalytischen ätiologischen Theorien wird der Fixierungsschwerpunkt der Transsexualität in frühen (präödiptalen) schweren Störungen der Mutter-Kind-Interaktion – vorwiegend im 2. Lebensjahr – gesehen, die zu Ich-strukturellen Defiziten bzw. zu einer pathologischen Entwicklung des Selbst und der Objektbeziehungen und zum Vorherrschen „früher“ Abwehrmechanismen (Spaltung, Projektion, projektive Identifizierung, Idealisierung und Verleugnung) führen.

Die differenziertesten ätiologischen Konzepte wurden für die männliche Transsexualität von Person und Ovesey (1974 a und b) und für die weibliche Transsexualität von Lothstein (1983) vorgelegt. Diese Autoren betonen die Störungen des „Separations- und Individuationsprozesses“<sup>43</sup>, wie ihn Mahler et al. 1978 für die ersten 3 Lebensjahre beschrieben haben, insbesondere der Subphase der „Wiederannäherung“ im 2. Lebensjahr. Diese fällt zeitlich zusammen mit einer ersten Konsolidierung der noch vulnerablen Geschlechtsidentität<sup>44</sup> und mit dem, was in der Psychoanalyse als „frühe genitale Phase“ bezeichnet wird. Die Phase der „Wiederannäherung“ bzw. der „Wiederannäherungskrise“ ist von einem ständigen Wechsel zwischen *der Angst vor Verlust der Autonomie* und *der Angst vor dem Verlust des Objekts* und entsprechend von einem Wechsel zwischen dem Gefühl der Omnipotenz und dem Gefühl hilfloser Abhängigkeit gekennzeichnet. Ein Mislingen dieser für die Identitätsentwicklung prekären und besonders störungsanfälligen Subphase verhindert die Integration „guter“ und „böser“ und damit einheitlicher, voneinander getrennter Selbst- und Objektrepräsentanzen und führt zum Vorherrschen der o. g. „frühen“ Abwehrmechanismen, insbesondere der Spaltung.

---

<sup>41</sup> Weitere Literatur bei Hartmann und Becker 2002, Pfäfflin 1994, Sigusch 2001

<sup>42</sup> Stollers (1968) Annahme einer konfliktfreien a-traumatischen Genese der männlichen primären Transsexualität, der zufolge es aufgrund einer verlängerten Symbiose zwischen der Mutter und dem männlichen Säugling (dem „transsexual-to-be“) zu einer konfliktfreien weiblichen Kerngeschlechtsidentität kommt, wurde von Anfang an von vielen Autoren kritisiert und widerlegt (etwa von Meyer 1974, Person und Ovesey 1974 a und b, Mahler 1975, Lothstein 1983, Springer 1981, Coates 1990).

<sup>43</sup> Separation (Differenzierung, Distanzierung, Grenzbildung und Loslösung von der Mutter) und Individuation (Entwicklung innerpsychischer Autonomie, Wahrnehmung, Erinnerung und Realitätsprüfung) sind zwei Entwicklungslinien, die zwar komplementär, aber nicht immer synchron-progressiv verlaufen.

<sup>44</sup> Gemeint ist damit eine erste Integration der schon vorher existierenden genitalen Körpersensationen in das Körper-Ich bzw. – zusammen mit psychosozialen Erfahrungen – in ein geschlechtsspezifisches „Ich bin“.

Diese Konstellation wird allgemein als zentral für die **Borderline-Persönlichkeitsstörung** angesehen, der die meisten Autoren auch die GIS/TS zuordnen. In diesem Zusammenhang sind vor allem zwei Fragen strittig oder ungeklärt:

1. Ist die transsexuelle Symptomatik Kompensation oder Ausdruck der Borderline-Persönlichkeitsstörung (vgl. Küchenhoff 1988)? Diese Frage lässt sich nicht eindeutig beantworten. Denn die ätiologisch-strukturelle Zuordnung der GIS/TS zu den Borderline-Störungen bedeutet nicht, dass alle Patienten mit transsexueller Symptomatik manifest fünf der neun Borderline-DSM-IV-Kriterien aufweisen, obwohl dies nicht selten vorkommt. Bei manchen Patienten überwiegt dagegen die kompensatorische Funktion und die Borderline-Störung wird nur in nahen Beziehungen und in einer tiefergehenden Psychotherapie deutlich.
2. Worin unterscheiden sich transsexuelle Patienten von anderen Borderline-Patienten? Nach Person und Ovesey liegt die spezifische Differenz in der „Ambiguität“ (Ambivalenz) der Kerngeschlechtsidentität transsexueller Patienten. Für MF-TS ist diese Ambiguität vielfach klinisch belegt<sup>45</sup>. Unklar bleibt jedoch, worin sich ihre „Ambiguität“ von der bei pervertierten Patienten unterscheidet (vgl. Sigusch und Reiche 1980), was erneut auf die Schnittmenge von Perversion und GIS/TS verweist. Nach Meyer (1984) hängt es von dem individuellen Grad der Symbolisierungsfähigkeit ab, ob es zu einer perversen oder zu einer transsexuellen Entwicklung kommt.

Das spezifische Misslingen der Wiederannäherungsphase und der Lösungsversuch der späteren Transsexuellen lässt sich vereinfachend so darstellen:

Bei den späteren MF-TS dominiert in der Wiederannäherungsphase *Trennungsangst* (Angst vor dem Verlust des Objekts), die mit Hilfe der Phantasie einer symbiotischen Verschmelzung mit der Mutter abgewehrt wird: Da sie mit der Mutter eins sind, können sie nicht mehr von ihr verlassen werden. Die bedrohliche eigene Aggression wird als „männlich“ abgespalten.

Bei den späteren FM-TS dominiert in der Wiederannäherungsphase die *Angst vor der Verschmelzung* (Angst vor dem Verlust der Autonomie), die mit Hilfe der omnipotenten Phantasie, dem männlichen Geschlecht anzugehören, abgewehrt wird: Da sie ein anderes Geschlecht als die Mutter haben, droht keine Fusion mehr mit ihr. Die bedrohliche eigene Verletzlichkeit wird als „weiblich“ abgespalten.

Vor diesem Hintergrund wird der transsexuelle Wunsch als „Rettungsphantasie“ i. S. der „narzisstischen Plombe“<sup>46</sup> bzw. des geheimen „wahren Selbst“<sup>47</sup>, als Abwehrleistung gegenüber Ängsten vernichtenden Ausmaßes verstanden, die das Ich vor Desintegration bzw. das Selbst vor Nicht-Sein schützt: Aus einem – ausweglosen – Problem der Identität bzw. der Existenz wird ein – einen Ausweg versprechendes – Problem der Geschlechtsidentität. Bei den Patienten mit früher Manifestation der GIS wird diese kompensatorische „Überlebensstra-

---

<sup>45</sup> Zu einer entsprechenden „Ambiguität“ bei FM-TS findet sich in der Literatur wenig bzw. nur parallelisierend Kurzgeschlossenenes. Klinisch ist die Ambiguität der Geschlechtsidentität bei FM-TS nicht so bedeutsam wie bei vielen MF-TS.

<sup>46</sup> Der Ausdruck stammt von Morgenthaler (1974), der damit die psychische Funktion der Perversion beschrieben hat.

<sup>47</sup> Nach Winnicott (1960) ermöglicht das geheime „wahre“ Selbst (bei den späteren transsexuellen: die geheime „wahre“ Identität im anderen Geschlecht) dem Individuum psychisches Überleben trotz gefügiger Anpassung des „falschen“ Selbst an eine (auf welche Weise auch immer) nicht „hinreichend gute“ Mutter.

tegie“ bereits in den ersten Lebensjahren zu einem festen Teil ihrer psychischen Struktur<sup>48</sup>, bei den Patienten mit später Manifestation der GIS geschieht dies erst regressiv in einer Krise bzw. wenn ihre bisherige „narzisstische Plombe“ (z. B. der transvestitische Fetischismus) nicht mehr trägt. Wenn der transsexuelle Wunsch die Funktion einer „narzißtischen Plombe“ hat, schützt er den Patienten vor schwerer narzisstischer Depression, vor Gefühlen der Leere, der Nicht-Existenz, der Nicht-Identität und vor Desintegration, d. h. dem Überflutetwerden durch archaische Ängste vor Verschmelzung, Auflösung, Vernichtung, Zerstückelung etc. In diesem Sinne stellt der transsexuelle Wunsch eine „Lösung“ eines unerträglichen, existentiell bedrohlichen psychischen Dilemmas i. S. eines narzisstischen Stabilisierungsversuchs dar. Wie alle Abwehrformationen, die das Individuum vor psychischen Katastrophen schützen, ist dies eine pathologische Kompromissbildung und zugleich eine „kreative Abwehrleistung“ (Pfäfflin 1983).

Die wesentliche psychogenetische Fixierung der transsexuellen Entwicklung liegt in der Phase der Separation/Individuation. Für die individuelle Ausgestaltung der transsexuellen Abwehrformation, für ihre Integration in die psychische Struktur und vor allem für das Ausmaß ihrer protektiven Funktion spielt aber auch die weitere psychosexuelle Entwicklung eine wichtige Rolle: Einerseits werden die abgespaltenen Selbst-Anteile und die narzisstische Wunde, die durch die transsexuelle Identität geschlossen werden soll, in den folgenden „kritischen“ Phasen (insbesondere in der ödipalen Situation und in der Pubertät) reaktiviert, was neue Abwehrleistungen erfordert. Andererseits beeinflusst das Vorherrschen von Spaltungsmechanismen das Erleben dieser Phasen. In der ödipalen Situation, in der ja alle früheren Ängste um die psychophysische Integrität neu belebt und jetzt sexuell interpretiert werden, wirkt sich das vor allem auf die Schwierigkeit der Integration libidinöser und aggressiver Triebanteile aus. Das kann u. a. zu einer Sexualisierung des narzisstischen Mangels oder zu einer massiven Abwehr der Sexualität, zu einer depressiven Konfliktvermeidung und zu einer Spaltung zwischen einem idealisierten Ich-Ideal und einem projizierten sadistischen Über-Ich führen<sup>49</sup> (vgl. Kavanaugh und Volkan 1978, Meyer 1982). In noch stärkerem Maße gilt das für die Pubertät mit ihren erhöhten Autonomieanforderungen, ihren erheblichen körperlichen Veränderungen und Triebforderungen – besonders weil die Pubertät an sich viele Elemente der Wiederannäherungsphase enthält (Ablösung/Wiederannäherung, Allmacht/Ohnmacht etc.).

Verschiedene familiendynamische ätiologische Konzepte haben versucht, die „typischen“ Eltern und besonders die „typische“ Mutter<sup>50</sup> des „transsexual-to-be“ zu beschreiben, wobei aber wie bei allen Versuchen solcher Art (vgl. die „schizophrenogene“ Mutter etc.) keine einheitlichen Ergebnisse gefunden wurden. Für den Einzelfall entscheidender als die jeweilige spezifische Eigenschaft der Mutter/der Eltern ist wohl die phasenspezifische Möglichkeit, eine transsexuelle Restitutionsphantasie zu entwickeln.

*Fazit für die Praxis:*

---

<sup>48</sup> Deshalb wirken manche dieser Patienten „psychisch unauffällig“. Die Rekonstruktion der Entstehung dieser Überlebensstrategie im Rahmen einer Psychotherapie ist für diese Patienten sehr bedrohlich und in den meisten Fällen kaum möglich.

<sup>49</sup> Dies müsste für beide Geschlechter spezifiziert und differenziert werden, was den Rahmen dieser Arbeit allerdings sprengen würde. Zudem besteht hier eine Forschungslücke, denn zur ödipalen Situation des transsexual-to-be haben sich nur wenige Autoren geäußert.

<sup>50</sup> Sie wurden unter anderem charakterisiert als zu stark bindend, aus der Symbiose nicht entlassend, übergriffig-intrusiv vs. feindselig, depressiv, körperlich oder psychisch nicht präsent, unempathisch etc.

- ❖ Ätiologisch zentral ist eine Störung in der Phase der Separation-Individuation. Die individuelle Ausgestaltung und die Tragfähigkeit der transsexuellen Abwehrformation hängen jedoch von dem weiteren Verlauf der psychosexuellen Entwicklung ab (insbesondere ödipale Dreieckssituation, Pubertät).
- ❖ Die ätiologisch-strukturelle Zuordnung der GIS/TS zu den Borderline-Persönlichkeitsstörungen bedeutet nicht, dass alle transsexuellen Patienten eine manifeste Borderline-Symptomatik aufweisen. Gerade bei „early-onset“-Transsexuellen ist die Störung oft im transsexuellen Wunsch gebunden.

## **6. Therapie**

### **6. 1. Rahmenbedingungen**

#### **6. 1. 1. Standards of Care**

Nach einem halben Jahrhundert klinischer Erfahrung mit transsexuellen Patienten und mit „geschlechtsumwandelnden“ Operationen hat sich mittlerweile ein zeitlich gestuftes, prozesshaftes diagnostisch-therapeutisches Vorgehen durchgesetzt, das psychotherapeutische und somatische Behandlungen *nicht* als Alternativen versteht und von zwei Maximen geleitet ist:

- ❖ Der Behandlungsprozess kann, muss aber nicht zu hormoneller und zu chirurgischer Behandlung führen.
- ❖ Ein völlig beliebiger Zugang zu den somatischen Behandlungen auf bloßes Verlangen<sup>51</sup> soll verhindert werden.

#### Stufen des diagnostisch-therapeutischen Vorgehens

1. Diagnostik und erste Weichenstellungen:
  - weiterführende Diagnostik
  - Informationsvermittlung bzw. Aufklärung von Fehlinformationen
  - Kennenlernen des Patienten; Etablierung eines tragfähigen Kontaktes
  - Klärung, welches psychotherapeutische (ev. auch psychiatrische) Angebot für den Patienten sinnvoll ist
  - Klärung der Funktionen: in einer Hand oder verteilt
2. Alltagstest (real life experience)
3. Hormonbehandlung
4. geschlechtskorrigierende Operationen
5. Nachsorge (somatisch und psychotherapeutisch, ev. auch psychiatrisch)

Die einzelnen (ineinander übergehenden) „Stufen“ des hier nur tabellarisch dargestellten Behandlungsprozesses werden weiter unten beschrieben. Mit der Charakterisierung des Vorgehens als „prozesshaft“ ist vor allem die auf jeder Stufe fortzusetzende Verlaufsdagnostik gemeint. Diese impliziert, dass keiner „Stufe“ automatisch die nächste folgt, sondern dass auf jeder Stufe erneut nach einer dem individuellen Identitätsproblem angemessenen Lösung gesucht wird. Zu berücksichtigen ist immer auch, dass nicht wenige Patienten erstmals vorstellig werden, nachdem sie bereits einzelne Stufen vorweggenommen bzw. bewältigt haben: Zum einen haben nicht wenige MF-TS bereits „wild“ (d. h. ohne sachgerechte Indikation) Hormone eingenommen. Zum anderen kommt es häufiger vor, dass FM-TS erstmals einen Experten aufsuchen, nachdem sie bereits jahrelang unauffällig in allen sozialen Bereichen als Mann gelebt haben.

Das skizzierte Vorgehen orientiert sich prinzipiell an den 1979 erstmals vorgelegten und seitdem mehrfach überarbeiteten „**Standards of Care**“ der **Harry Benjamin International**

<sup>51</sup> Manche Selbsthilfe-Organisationen Transsexueller klagen dies als Teil des Selbstbestimmungsrechts bzw. als Menschenrecht ein.

**Gender Dysphoria Association (HBI-GDA)**<sup>52</sup>, deren pragmatisch-flexible Bestimmungen in der Praxis jedoch überwiegend strenger gehandhabt werden, besonders in Bezug auf die Länge der einzelnen Behandlungsabschnitte (vgl. die 19 Behandlungszentren in Nordamerika und Europa erfassende Vergleichsstudie von Peterson und Dickey 1995).

Für die spezifischen deutschen Verhältnisse wurden 1997 von einer Expertenkommission „**Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen**“ erarbeitet (Becker et al. 1997), die von den drei sexualwissenschaftlichen Fachgesellschaften<sup>53</sup> getragen werden. Der Kliniker sollte allerdings nicht nur die deutschen „Standards“, sondern auch die der HBI-GDA kennen, da Letztere zu vielen klinischen Aspekten ausführlicher und differenzierter als die deutschen „Standards“ Stellung nehmen.

Die „Standards“ der HBI-GDA und die deutschen „Standards“ verfolgen neben der Qualitätssicherung vor allem die Absicht, mehr Transparenz herzustellen. Sie sind ein in Anerkennung der normativen Kraft des Faktischen pragmatischer Versuch der Schadensbegrenzung, der selbstverständlich auch eine Kontrollfunktion impliziert.<sup>54</sup> Sie stellen kein diagnostisch-therapeutisches „Manual“ i. e. S. dar, sondern formulieren allgemeine *Rahmenbedingungen*, die möglichst *individuelle, auf Dauer lebbare*, d. h. psychisch und sozial stabilisierende Lösungen für die Patienten und ihre spezifische Geschlechtsidentitätsstörung ermöglichen sollen.<sup>55</sup> Im Einzelnen geht es um Standards der Diagnostik, Differentialdiagnostik und Verlaufsdagnostik, der Psychotherapie/psychotherapeutischen Begleitung, der differentiellen Indikation zu den somatischen Behandlungen und der somatischen Behandlung selbst. Die Standards der HBI-GDA enthalten zusätzlich Standards der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen; die sich auf Erwachsene beschränkenden deutschen Standards behandeln auch die Begutachtung nach dem TSG.

---

<sup>52</sup> Neueste Fassung: Meyer et al. 2001

<sup>53</sup> der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft

<sup>54</sup> Die Veröffentlichung der deutschen „Standards“ löste eine kritische Diskussion aus, die als „Debatte“ in der „Zeitschrift für Sexualforschung“ veröffentlicht wurde. Beteiligt waren daran: Lindemann, Hirschauer, Schiffels, Transidentitas e. V., Seikowski (alle 1997), und Becker (1998).

<sup>55</sup> Aus Gründen der Verständlichkeit koppeln die (bislang nicht überarbeiteten) deutschen „Standards“ die Diagnose Transsexualität weiterhin an den Wunsch nach somatischen Maßnahmen, relativieren dies jedoch im Text und folgen damit ebenso wie die „Standards“ der HBI-GDA der nosologischen Richtungsänderung des DSM-IV.



### **6. 1. 2. Für die Behandlung wichtige Ergebnisse der katamnesticen Forschung**

Sowohl die „Standards“ der HBIGDA als auch die deutschen „Standards“ basieren neben der klinischen Erfahrung und publizierten Behandlungsverläufen auf katamnesticen Untersuchungen operierter Transsexueller. In ihrer umfassenden und kritischen Darstellung aller 1961 bis 1991 dokumentierten Katamnesen unterscheiden Pfäfflin und Junge (1992) in Bezug auf die differentielle Indikation zu somatischen Maßnahmen zwischen personenbezogenen (konstitutionellen<sup>1</sup> und psychischen<sup>2</sup>) und sozialen<sup>3</sup> Faktoren einerseits und behandlungsspezifischen Faktoren andererseits.

#### Personenbezogene und soziale prognostische Risikofaktoren<sup>4</sup> (nach Pfäfflin und Junge 1992 und Pfäfflin 1997)

- ❖ psychotische Episoden
- ❖ geistige Behinderung
- ❖ instabile Persönlichkeit
- ❖ Alkohol-, Drogen-, Medikamentenabhängigkeit
- ❖ anhaltende Kriminalität
- ❖ Unfähigkeit, für den eigenen Lebensunterhalt aufzukommen
- ❖ mangelnde familiäre Unterstützung
- ❖ ausgeprägt geschlechtsspezifisches Erscheinungsbild, das es erschwert, in der anderen Geschlechtsrolle zurechtzukommen
- ❖ langer Militärdienst
- ❖ starkes sexuelles Interesse und viel heterosexuelle Erfahrung
- ❖ fortgeschrittenes Lebensalter bei Behandlungsbeginn

Die Ergebnisse zu den personenbezogenen und zu den sozialen Faktoren sind widersprüchlich, z. T. auch trivial – wie etwa der Befund, dass die Patienten postoperativ psychisch umso stabiler sind, je mehr sie dies schon zu Beginn der Behandlung waren. Deshalb muss keiner dieser Faktoren für sich allein genommen mit einer schlechten Prognose verbunden sein. Jedoch fanden sich bei den Patienten, die es bereuten, sich einer somatischen Behandlung unterzogen zu haben, „durchschnittlich sieben bis acht dieser Faktoren im Vergleich zu durchschnittlich nur 2,8 bei jenen, denen es nach der somatischen Behandlung deutlich besser ging als zuvor“ (Pfäfflin 1997).

<sup>1</sup> vor allem Gestalt und Dimensionen des Körpers betreffende

<sup>2</sup> vor allem Psychopathologie und psychische Stabilität betreffende

<sup>3</sup> vor allem soziale Stabilität betreffende

<sup>4</sup> Die Auflistung stellt keine Rangreihenfolge dar.

**Psychosen** werden von manchen Autoren als relative, von anderen als absolute Kontraindikation der somatischen Behandlungen angesehen, wobei zwischen Hormonbehandlung und Operationen meist nicht differenziert wird. Nach den „Standards“ der HBIGDA gilt eine Psychose dann nicht grundsätzlich als Kontraindikation, wenn sie nicht akut ist und die Patienten langfristig psychiatrisch behandelt wurden.

Verschiedentlich wurden psychotische Episoden innerhalb der ersten zwei Wochen nach der Operation beschrieben, welche entweder spontan oder nach kurzer Behandlung mit Neuroleptika remittierten (z. B. Childs 1977, Lothstein 1980).

Manche psychotische Patienten stabilisieren sich durch einen sozialen Geschlechtswechsel ohne somatische Behandlung, bei anderen bessert sich die psychotische Symptomatik durch Hormonbehandlung (vgl. Beier et al. 2001, 304), wieder andere werden durch vorschnelle somatische Behandlungen erstmals psychotisch.

Die beiden Faktoren „viel heterosexuelle Erfahrung“ und „fortgeschrittenes Lebensalter bei Behandlungsbeginn“ betreffen die **MF-TS der Hauptverlaufsform 2**: „The majority of males who undergo sex reassignment surgery were once transvestites. The majority of males who regret having had sex reassignment surgery were once transvestites.“ (Levine 1993, 133) Katamnestische Untersuchungen über mit Hormonen behandelte, aber dauerhaft nicht operierte Patienten liegen kaum vor<sup>5</sup>, wären aber dringend erforderlich zur Beurteilung der Frage, ob gerade bei den MF-TS der Hauptverlaufsform 2 die ausschließliche Behandlung mit Hormonen als eigenständige (und nicht als unvollständige) Behandlung stärker etabliert werden müsste.

Pfäfflin und Junge kommen zu dem Schluss, unter prognostischen Gesichtspunkten müsse den behandlungsspezifischen Faktoren „eine mindestens ebenso große, wenn nicht gar größere Bedeutung... als konstitutionellen, psychischen und sozialen Eigenschaften des Patienten“ zugemessen werden. Dabei hat sich gezeigt, dass nicht die somatische Behandlung für sich genommen, sondern ihre Einbettung in einen langfristig angelegten Behandlungsprozess entscheidend für die postoperative psychische Stabilität der Patienten war.

#### Prognostisch bedeutsame behandlungsspezifische Faktoren

1. Kontinuierlicher Kontakt über einen längeren Zeitraum zu einer Behandlungseinrichtung
2. So genannter Alltagstest („real life test/real life experience“), d. h. das kontinuierliche Leben im gewünschten Geschlecht in allen sozialen Bereichen
3. Hormonbehandlung
4. Psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung/Beratung und/oder Behandlung
5. Geschlechtskorrigierende Operationen
6. Qualität dieser Operationen
7. Juristische Anerkennung des Geschlechtswechsels

Die katamnestische Forschung beurteilt die psychosoziale Situation operierter Transsexueller insgesamt günstig. Die differenziertere Analyse der Faktoren legitimiert jedoch keineswegs

<sup>5</sup> Eine der wenigen Studien, die dieser Frage nachgegangen ist (Kockott und Fahrner 1987) diskutiert leider die Bedeutung der Hormonbehandlung für die Patienten zu wenig.

eine Überschätzung der operativen „Geschlechtsumwandlung“ als isoliertem Wirkfaktor. Darüber hinaus sind die „günstigen“ Ergebnisse nicht nur aus methodischen Gründen<sup>6</sup> zu relativieren, sondern auch durch die Tatsache, dass der katamnestische Zeitraum der Untersuchungen i. d. R. unter 10 Jahren liegt. Über die Langzeitfolgen, d. h. über das somatische und psychosoziale Befinden operierter Transsexueller im Alter liegen keine Untersuchungen vor.

So genannte „**Reuefälle**“ gelten in der internationalen katamnestischen Literatur als selten, insgesamt werden weniger als 50 Patienten mit „Rückumwandlungsbegehren“ (die Mehrheit davon MF-TS) angenommen (vgl. Pfäfflin und Junge 1992 und Pfäfflin 1992). Die Dunkelziffer dürfte allerdings um einiges höher liegen (vgl. Sigusch 2001). Dafür sind zwei Gründe maßgeblich: Zum einen ist es für den betroffenen Patienten psychisch sehr belastend, sich einzugestehen, dass seine irreversible Entscheidung falsch war. Zum anderen müssen nicht wenige derjenigen Patienten, die postoperativ anhaltend schwer depressiv oder suizidal sind, ebenso als larvierte Reuefälle angesehen werden wie viele Patienten, die „nur“ unter den sozialen Folgen leiden oder die „nur“ mit dem Operationsergebnis unzufrieden sind und dann unzählige Folgeoperationen durchführen lassen (vgl. Volkan 1976, Diederichs 1991, Kuiper und Cohen-Kettenis 1998).

### *Fazit für die Praxis*

- ❖ Der Behandlungsprozess kann, aber muss nicht zu somatischen Behandlungen führen.
- ❖ Auf jeder „Stufe“ des Behandlungsprozesses muss erneut nach einer dem individuellen Identitätsproblem angemessenen Lösung gesucht werden.
- ❖ Die katamnestische Forschung hat gezeigt, dass nicht die somatische Behandlung für sich genommen, sondern ihre Einbettung in einen langfristigen Behandlungsprozess entscheidend für die postoperative psychische Stabilität der Patienten ist.

## **6. 2. Psychotherapie, Verlaufsdiagnostik, Alltagstest**

### **6. 2. 1. Weiterführende Diagnostik und erste Weichenstellungen**

Die klinische (psychiatrische/psychologische) Basisdiagnostik (Psychopathologie, Strukturniveau, zentrale Abwehrmechanismen etc. ) unterscheidet sich nicht von der bei anderen psychischen Störungen. Spezifische Aspekte der Diagnostik bei GIS ergeben sich aus der Vielfalt transsexueller Entwicklungen mit ihren jeweiligen Konfliktfeldern und psychodynamisch-ätiologischen Kontinua (s. Kap. 3), aus der Differentialdiagnostik (s. Kap. 4) und aus den prognostischen Risikofaktoren (s. Kap. 6. 1. 2.).

Die zentrale und schwierige Aufgabe der weiterführenden Diagnostik besteht darin, die im Einzelfall gegebenen *Nuancen des transsexuellen Wunsches* (Kriterien A und B des DSM-IV) *und die Gewichtung der beiden Facetten* im Kontext der individuellen Entwicklung auszuloten. In diesen Zusammenhang gehören auch folgende Fragen:

- Wie hat der Patient seinen Wunsch, im anderen Geschlecht anerkannt zu werden, bisher in seinem Leben umgesetzt?
- Welche konkreten Erwartungen und Ziele hat er für seinen weiteren Weg?
- Welche Informationen und Fehlinformationen über den transsexuellen Weg hat der Patient?

---

<sup>6</sup> Bei den oft nur einen katamnestischen Zeitpunkt erfassenden Untersuchungen wurden überwiegend Fragebögen eingesetzt, die keine differenzierte Analyse psychologischer Faktoren ermöglichte (vgl. Lothstein 1980)

Bei Patienten mit GIS kommt es oft schon in den ersten Gesprächen zu erheblichen Konflikten und Verständigungsproblemen. Deshalb ist es wichtiger, zunächst einen tragfähigen Kontakt zum Patienten herzustellen, als möglichst rasch und sämtliche für eine „richtige“ Diagnose relevanten Daten zu erheben.

Viele Patienten stellen zunächst retrospektiv stark korrigierte, „konfliktfreie“ Biographien dar, um als transsexuell eingestuft bzw. im Wunschgeschlecht anerkannt zu werden. Eine (reaktive) detektivische Haltung des Untersuchers erhöht i. d. R. nur den Druck, unter dem der Patient steht. **Fremdanamnestic Angaben** durch Eltern, Geschwister oder PartnerInnen können hilfreich für die Diagnostik sein, sollten in ihrer Bedeutung aber nicht überschätzt werden und sind kein notwendiger Teil der Diagnostik– vor allem nicht zu Beginn. Zu einem späteren Zeitpunkt der Behandlung dagegen ist es oft sinnvoll (und wird häufig auch von den Patienten gewünscht), wichtige Personen aus dem sozialen Umfeld mit einzubeziehen.

Die meisten in der klinischen Praxis angewandten psychologischen **Testverfahren** (MMPI, FPI, Giessen-Test etc.) enthalten keine spezifischen diagnostischen Aussagen zur GIS und stellen keine Basis für Indikationsentscheidungen dar (vgl. Lothstein 1984). Für die diagnostische Beurteilung des Einzelfalls zwar auch entbehrlich, aber vom Ansatz her interessant ist das *Bem Sex Role Inventory (BSRI)*, das Männlichkeit und Weiblichkeit nicht wie sonst üblich alternativ als Pole eines Kontinuums, sondern als zwei unabhängige Dimensionen konzeptualisiert.<sup>7</sup>

Die weiterführende Diagnostik ist i. d. R. nicht in einigen wenigen diagnostischen Gesprächen, sondern erst in einer längeren Verlaufsdagnostik möglich, oft auch nur innerhalb einer Psychotherapie. Die Rahmenbedingungen des weiteren diagnostisch-therapeutischen Prozesses müssen von Anfang an mit dem Patienten geklärt werden. Dabei geht es insbesondere darum, ob der Psychotherapeut gegebenenfalls später auch die Indikationen zu den somatischen Maßnahmen stellt und im Rahmen des TSG-Verfahrens gutachtet oder nicht (vgl. Kockott 1996, Preuss 1999). Für beide Modelle gibt es gute Gründe, die im Einzelfall auszuloten sind.

- Für die **Trennung der Funktionen** spricht, dass viele Patienten sich dann in der Psychotherapie eher öffnen, mehr Ambivalenzen zulassen, auch Ängste vor den Operationen äußern etc., d. h. insgesamt mehr von dem einbringen können, von dem sie befürchten, es könne als Grund gegen eine „Geschlechtsumwandlung“ gewertet werden. Manche Patienten äußern von Beginn an selbst eine Präferenz für dieses Modell: „Dann kann ich mich in der Psychotherapie ganz frei fühlen, weil da nichts von abhängt.“ Bei anderen Patienten (besonders bei zum Agieren neigenden Patienten mit einer Borderlinestruktur) wird die Notwendigkeit der Trennung der beiden Funktionen im Sinne einer „interpersonellen (Auf-)Spaltung des Settings“ (Preuss 1999, 305) erst im Verlauf der Psychotherapie deutlich: Wenn das Problem rechtzeitig erkannt und einvernehmlich mit dem Patienten geregelt wird, kann die dadurch gefährdete Psychotherapie nicht nur fortgesetzt werden, sondern beginnt oft dann sogar erst richtig. Der Nachteil einer Trennung der Funktionen liegt darin, dass der Patient zu zwei Therapeuten eine Beziehung entwickeln muss, was manchen Patienten schwer fällt und gelegentlich auch zu schwer zu bearbeitenden Spaltungen beiträgt.
- Für das Modell **„beide Funktionen in einer Hand“** spricht, dass derjenige Therapeut die Indikation zu den somatischen Maßnahmen stellt, der den Patienten am besten kennt. Die Nachteile dieses Modells liegen zum einen in der allerdings nicht bei allen Patienten gegebenen Gefahr „geschönter“ Darstellungen, zum anderen darin, dass sich die enorme

---

<sup>7</sup> Zum BSRI und zu damit gewonnenen Verlaufs-Befunden bei transsexuellen Patienten vgl. Pfäfflin (1993)

Abhängigkeit des Patienten vom Therapeuten maligne auf die therapeutische Beziehung auswirken kann.

Werden die beiden Funktionen getrennt, ist es wichtig, dass der für Indikationen und Gutachten zuständige Therapeut (Arzt/Psychologe) den Patienten frühzeitig kennen lernt und ihn in größeren Abständen regelmäßig sieht, so dass er später den Verlauf beurteilen kann. Mit dem Patienten vereinbart und für ihn transparent sein muss auch, ob die beiden Therapeuten sich austauschen sollen oder nicht (Berichte über Psychotherapien nach dem Modell der verteilten Funktionen finden sich bei Laszig et al. 1995 und Hertrampf 1999).

Bei manchen Patienten stellt sich darüber hinaus früher oder später die Notwendigkeit einer Behandlung mit Psychopharmaka (i. d. R. Antidepressiva), wobei auch hier die Setting-Fragen sorgfältig geklärt werden müssen: So kann es u. U. sinnvoll sei, dass der Therapeut, auch dann, wenn er selber Psychiater ist, die medikamentöse Behandlung an einen Kollegen delegiert.

Eine **körperliche Untersuchung** muss erst vor der Einleitung somatischer Maßnahmen erfolgen, für die Diagnostik (inkl. Differentialdiagnostik und weiterführender Diagnostik) ist sie *nicht erforderlich*. Eine Inspektion der Genitalien bzw. des nackten Körpers ist für den Patienten extrem beschämend und bringt keinerlei zusätzliche diagnostische Erkenntnis.

### **6. 2. 2. Psychotherapie und Verlaufsdagnostik – Psychotherapie als Verlaufsdagnostik**

Die „Standards“ der HBIGDA trennen – anders als die deutschen „Standards“ – klar zwischen „Psychotherapie“ und dem kontinuierlichen „clinical assessment“, d. h. der klinisch-diagnostischen Einschätzung des Patienten im Verlauf. Zum „clinical assessment“ gehört es, gegebenenfalls eine Indikation zur Psychotherapie zu stellen, die HBIGDA-Standards schreiben jedoch keine Psychotherapie vor. Die deutschen „Standards“ fassen unter dem Begriff „Psychotherapie“ sowohl die Psychotherapie i. e. S. als auch das „clinical assessment“ zusammen.

Entsprechend wird in den „Standards“ (Becker et al. 1997) der Psychotherapie „in Verbindung mit dem Alltagstest zentrale Bedeutung in der Behandlung transsexueller Patienten“ zugemessen und sie „muss in jedem Fall vor der Einleitung somatischer Therapiemaßnahmen stehen“. Der Psychotherapie kommt dabei die Funktion einer selektiven Verlaufsdagnostik bzw. einer Schritt-für-Schritt-Absicherung der Indikation zur somatischen Behandlung zu. Das wissen auch die transsexuellen Patienten, und dieses Wissen strukturiert ihre Erwartungen mit, was in Bemerkungen wie „Wie lange muss man Psychotherapie machen, bevor es los geht?“ zum Ausdruck kommt. Auch die therapeutische Beziehung bleibt davon nicht unberührt. Dessen muss sich der Psychotherapeut ebenso bewusst sein wie der Tatsache, dass letztlich jeder Patient selbst entscheidet, ob und wie weit er den transsexuellen Weg geht. Dabei muss berücksichtigt werden, dass Hormone auf dem Schwarzmarkt und auch von vielen Ärzten leicht zu erhalten sind und nicht wenige transsexuelle Patienten ohne jede Indikationsstellung operiert werden. So gerät Psychotherapie mit Transsexuellen „immer in die Nähe der Gefahr, entweder Hürde oder Transsexualitätsschulung darzustellen“ (Langer 1985, 79). Anders gesagt: Im ungünstigsten Fall ist die Psychotherapie nur eine „Auflage“, die vom Patienten abgessen wird, oder ein Einüben in die Geschlechtsrollenklischees des Therapeuten bzw. ein Prozess der Anpassung an das Bild des Therapeuten vom idealen Kandidaten für geschlechtsumwandelnde Operationen. Im günstigsten Fall dagegen stellt die Psychotherapie einen Entwicklungsraum zur Verfügung, innerhalb dessen der Patient seinen spezifischen

Weg finden und sich entfalten und stabilisieren kann. Um diesen therapeutischen Raum zu gewährleisten, muss der Therapeut sich gegenüber dem transsexuellen Wunsch abtinent verhalten, d. h. für *jeden* möglichen Ausgang des Prozesses offen sein, ohne einen von ihnen prinzipiell als Erfolg bzw. Misserfolg zu werten, und dies dem Patienten auch vermitteln. Im Wesentlichen gibt es drei mögliche Entwicklungen:

- Der Patient versöhnt sich mit seinem biologischen Geschlecht.
- Der Patient richtet sich irgendwo zwischen den Geschlechtern ein – ohne somatische Behandlung oder nur mit Hormonbehandlung und/oder Epilation.
- Der Patient geht den transsexuellen Weg mit allen medizinischen und juristischen Möglichkeiten.

Diese therapeutische Haltung ist nicht einfach und nur dann möglich, wenn der Psychotherapeut den transsexuellen Wunsch / die transsexuelle Identität *potentiell* als Selbstheilungsversuch des Patienten, als (über-)lebensnotwendige Abwehrleistung mit einer protektiven Funktion für das Selbst im Sinne der „narzisstischen Plombe“ verstehen und respektieren kann (vgl. Kap. 5). In der Psychotherapie geht es dann darum, zu klären, ob und inwieweit der transsexuelle Wunsch und seine Realisierung diese protektive Abwehrfunktion erfüllen und ob infolgedessen dem Patienten im anderen Geschlecht mehr psychische Entwicklung bzw. Individuation möglich ist. So wichtig die Differentialdiagnostik ist, entscheidend ist schließlich die Frage nach der Tragfähigkeit der Abwehr.

### **6. 2. 3. Probleme der Gegenübertragung**

Die besondere, interaktive Qualität der transsexuellen Abwehr besteht in dem Angewiesensein des transsexuellen Patienten auf den „Anderen“, der mitmacht, d. h. ihn anerkennt, bestätigt, und ihn bei der Realisierung seines transsexuellen Wunsches unterstützt. Diese „all-autoplastische Verschränkung“ (Pfäfflin 1993) prägt die Psychotherapie auch bei Trennung der Funktionen und macht es für den Therapeuten oft schwer, gegenüber dem transsexuellen Wunsch abtinent zu bleiben. Das „Kippen“ zwischen Zustimmung und Ablehnung kann sich beim Therapeuten im Schwanken zwischen einer euphorischen und einer deprimierten Stimmung, zwischen „fusioneller Aufladung und Entleerung“ (Reiche 1984, 56) ausdrücken. Zudem kann der Therapeut eine Stellungnahme gegenüber dem transsexuellen Wunsch des Patienten nie ganz vermeiden, nicht nur in der Anrede als „Herr“ oder „Frau“, sondern auch in der averbalen Kommunikation. Psychotherapie mit transsexuellen Patienten<sup>8</sup> setzt einen besonders sorgfältigen Umgang mit der Gegenübertragung voraus. Wer sich mit transsexuellen Patienten psychotherapeutisch einläßt, muß sich mit eigenen heftigen Affekten auseinandersetzen. Spezifische Gefühle können – oft in raschem Wechsel – beim Therapeuten ausgelöst werden:

- ❖ tiefe Ohnmachtsgefühle, Gefühle des Entwertetseins
- ❖ das Gefühl, „fremdgesteuert“ zu sein, manipuliert zu werden – das einerseits eine Reaktion auf tatsächliche Manipulationsversuche des Patienten sein kann, andererseits dem komplementären Gefühl des Patienten entspricht, das Pfäfflin (1994), einen Begriff von Erikson (1968) verwendend, als „Identitätswiderstand“ bezeichnet.
- ❖ Allmachtsgefühle (ich kann dem Patienten helfen, ihn erlösen, ob mit Psychotherapie oder mit Operation)

---

<sup>8</sup> zur besonderen Therapeut/Patient-Beziehung vgl. Lothstein 1977, Pfäfflin 1996

- ❖ Wünsche nach völliger Übereinstimmung mit dem Patienten, nicht nur, weil es dann keine Konflikte mit ihm gäbe (statt dessen sehr dankbare, idealisierende Patienten), sondern eine quasi symbiotische Einfühlung in seinen transsexuellen Wunsch
- ❖ Distanzierung, Hass, Sadismus und Entwertung (Einfühlung verweigernde Ablehnung des transsexuellen Wunsches, die den Zugang zum Patienten versperrt und schnell zum Abbruch des Kontaktes führt)
- ❖ Lähmung und Ratlosigkeit
- ❖ Aktivismus als Affirmation (tun, was der Patient will, z. B. schnelle Indikation zur somatischen Behandlung)
- ❖ Angst, z. B. Kastrationsangst, Angst vor Vernichtung oder vor dem Verlust körperlicher Unversehrtheit
- ❖ sich unter Druck fühlen, den der Patient oft genug tatsächlich ausübt, z. B. Suiziddrohungen
- ❖ und nicht zuletzt Verwirrung: Transsexuelle Patienten verwirren nicht nur den Therapeuten häufig Bezug auf ihr Geschlecht, man nimmt sie einmal als „er“, einmal als „sie“, oft auch im Laufe der Behandlung eindeutig im gewünschten Geschlecht wahr. Transsexuelle Patienten rühren auch beim Therapeuten tief an die Entwicklung der Geschlechtsidentität (mit allen ihren Brüchen und Narben), an die Verarbeitung der kindlichen bisexuellen Onnipotenz einschließlich des Schicksals der infantilen Wünsche nach Überwindung des Geschlechtsunterschiedes mit allen dazugehörenden Phantasien.

Wer mit transsexuellen Patienten zu tun hat, bleibt in keinem Falle unschuldig. Wenn er sich grundsätzlich dem transsexuellen Wunsch verweigert, lässt er den Patienten allein, was zu Suizidalität, zu vorschnellen Operationen führen und zu einer besonders unglücklich verlaufenden transsexuellen Entwicklung beitragen kann (Delegation des Problems an andere).

Wenn er aktiv wird oder nicht ausschließt, im Laufe der Psychotherapie aktiv zu werden, oder keine Auflagen macht (im Sinne eines Verbots somatischer Maßnahmen), den transsexuellen Wunsch vielleicht deutet, aber seine Realisierung nicht behindert, und wenn er schließlich im Laufe der Psychotherapie Hormone und Operation befürwortet oder irgendwie mitträgt, beteiligt er sich an Verstümmelung, an irreversiblen Entscheidungen, an Psychochirurgie.

Für den Umgang mit transsexuellen Patienten ist es von zentraler Bedeutung, sich die besondere Weise, in der man (ob man will oder nicht) von Anfang an involviert ist, ständig bewusst zu machen. Das bringt es allerdings mit sich, immer wieder erneut all die genannten Gefühle erleben zu müssen und immer wieder alles zu bezweifeln, was man tut.

#### **1. 2. 4. Ist Psychotherapie mit transsexuellen Patienten überhaupt möglich? – Ist Psychotherapie mit transsexuellen Patienten überhaupt nötig?**

Über Sinn und Zweck von Psychotherapie mit transsexuellen Patienten wurde lange Zeit fast ausschließlich unter dem Aspekt „Psychotherapie *oder* Operation“ diskutiert (vgl. Einleitung). Auf der einen Seite wurde nur Psychotherapie als angemessene Behandlung angesehen, und diese sollte zum Ziel haben, den Patienten von seinem Wunsch nach „Geschlechtsumwandlung“ zu befreien. Das gelang nur selten (z. B. Schwöbel 1960) und scheiterte meistens (vgl. Thomä 1957, Boss 1951 a und b)<sup>9</sup>. Auf der anderen Seite wurde die Auffassung vertreten, „geschlechtsumwandelnde“ Operationen seien die einzige angemessene Behandlung für „echte“ Transsexuelle, während Psychotherapie sinnlos sei, von den Patienten nicht benötigt und regelhaft abgelehnt werde. Diese Position entwickelte sich zu einem geschlossenen System: Berichte über transsexuelle Patienten, die im Verlauf einer Psychotherapie von ihrem Wunsch nach somatischen Maßnahmen Abstand genommen hatten (z. B. Limentani 1979, Springer

<sup>9</sup> Die frühen Berichte über Psychoanalysen und Psychotherapien aus der Zeit vor der sozialen Anerkennung der Transsexualität durch das TSG und vor dem heute üblichen Behandlungsprogramm sind nach wie vor sehr lehrreich, besonders zu Aspekten der Ätiologie und der Übertragung/Gegenübertragung.

1981, Jansen 1984, Küchenhoff 1988, Rose 1992), wurden nicht zur Kenntnis genommen oder dahingehend kommentiert, es habe sich nicht um „wirkliche“ Transsexuelle gehandelt (z. B. Eicher 1992). Der „Mythos der Unbehandelbarkeit“ (Springer 1981) wurde zum Bestandteil der Diagnose, die Aussage „Psychotherapie lehnen Transsexuelle ab“ zum „Leitsymptom der entfalteten und typischen Transsexualität“ (Sigusch et al. 1979, Revision der „Leitsymptome“ bei Sigusch 1994).

Solange die Kontroverse so polarisiert geführt wurde, wurde Erfolg bzw. Misserfolg der Psychotherapie mit transsexuellen Patienten ausschließlich daran gemessen, ob der Patient seinen transsexuellen Wunsch aufgab, und nicht auf seine psychosoziale Situation insgesamt bezogen. Entsprechend wurde Psychotherapie, wenn überhaupt, vielerorts nur als „Behandlungsversuch“, als „Umstimmungsversuch“ eingesetzt: Wenn die Psychotherapie i. d. S. vergeblich versucht worden oder von vornherein nicht möglich war, wurden die somatischen Maßnahmen als indiziert angesehen. Eine in ihren Zielen so eindimensional definierte Psychotherapie konnte von den transsexuellen Patienten gar nicht angenommen werden und musste scheitern (vgl. Burzig 1982).

Obwohl manche Experten, z. B. Lothstein (1979, 1980, 1981, 1983), frühzeitig immer wieder darauf hingewiesen haben, hat sich erst allmählich die Einsicht durchgesetzt, dass diese „Alles-oder-Nichts-Dynamik“ viele notwendige und mögliche Psychotherapien mit transsexuellen Patienten verhindert und Operationen (auch fehlindizierte und schlecht vorbereitete) gefördert hat.

Heute besteht unter Experten weitgehend Einigkeit darüber,

- dass ein psychotherapeutisches Arbeitsbündnis mit transsexuellen Patienten nur zustande kommt, wenn der Therapeut für jeden Ausgang des Prozesses offen ist, ohne einen von ihnen als Erfolg zu werten (vgl. 6. 2. 2),
- dass unter dieser Voraussetzung viele transsexuelle Patienten im Verlauf einer Psychotherapie dauerhaft Abstand von somatischen Massnahmen nehmen<sup>10</sup>,
- dass transsexuelle Patienten, die in Psychotherapie waren, langfristig eine bessere Prognose haben – unabhängig davon, ob sie sich zueiner somatischen Behandlung entschließen oder nicht<sup>11</sup>,
- dass die Definition der Ziele der Psychotherapie nicht eindimensional auf die Geschlechtsidentitätsproblematik bzw. auf den Wunsch nach somatischen Maßnahmen fokussieren, sondern sich an der individuellen Gesamtproblematik des Patienten orientieren sollte,
- dass die Kriterien für den Erfolg der Psychotherapie die psychische Entwicklung und Entfaltung des Patienten, seine „Sozialisierung“ (Benedetti 1981) und seine langfristige psychische Stabilität sind.

Einige Autoren haben auch spezifischere Ziele der Psychotherapie mit transsexuellen Patienten herausgearbeitet.

---

<sup>10</sup> Meyenburg (1992) berichtet über eine mehrjährige Psychotherapie mit einem/r MF-TS: Die mit Hormonen behandelte Patientin stabilisierte sich langfristig im sozialen Geschlechtswechsel, gab jedoch den Wunsch nach genitalkorrigierenden Operationen auf. Küchenhoff (1988) berichtet über eine mehrmonatige stationäre Psychotherapie mit einem MF-TS, der sich als homosexueller Mann stabilisierte. (Beide Psychotherapien waren ergebnisoffen.)

<sup>11</sup> Désirat (1985) berichtete über eine 240 Stunden dauernde ergebnisoffene Psychotherapie mit einer/m jugendlichen FM-TS: Zum Zeitpunkt der Publikation hatte sich die Patientin als lesbische Frau stabilisiert; einige Jahre danach vollzog sie nach Rücksprache mit ihrer Therapeutin doch noch den Geschlechtswechsel und ließ sich operieren (Pfäfflin 1993). M. E. ist es voreilig und nur nach den alten Erfolgskriterien möglich, einen solchen Verlauf als „Rückfall“ zu interpretieren (Sigusch 2001).



### Spezifische Ziele und Inhalte der Psychotherapie mit transsexuellen Patienten

- ❖ Verbesserung des Zugangs zu eigenen Gefühlen (insbesondere zu Depression und Aggression), die zunächst oft ganz im transsexuellen Wunsch gebunden sind (Pfäfflin 1997)
- ❖ Bearbeiten assoziierter psychischer Probleme, insbesondere Depression, Suizidalität, auto-destruktives Verhalten, Panikattacken, Suchtprobleme
- ❖ Förderung der oft wenig entwickelten Symbolisierungsfähigkeit (Limentani 1979, Lothstein 1983, Pfäfflin 1997)
- ❖ Bearbeiten von Spaltungsmechanismen, nicht nur in Bezug auf die Geschlechtsidentität, sondern auf die Objektrepräsentanzen insgesamt (z. B. Idealisierung *oder* völlige negative Sicht der Eltern) und die Selbstrepräsentanzen (z. B. Vermeidung jeglicher Aggressivität in der Übertragung bei gleichzeitiger chronischer Vorwurfshaltung gegen „die Gesellschaft“); Förderung der Fähigkeit zu ambivalentem Erleben (Benedetti 1981)
- ❖ Bearbeiten aktueller Separations- und Fusionsängste
- ❖ Verbesserung des interpersonellen Realitätsbezuges (Preuss 1999)
- ❖ Bearbeiten der aktuellen Objektbeziehungen und ihrer Bedeutung im Zusammenhang mit dem transsexuellen Wunsch: dies kann gegebenenfalls bedeuten, die Partnerin<sup>12</sup>, die Eltern etc. in die Therapie einzubeziehen – vor allem dann, wenn diese in besonderer Weise den transsexuellen Wunsch des Patienten unterstützen oder ablehnen.
- ❖ Ermöglichen der Erkenntnis, dass nicht alle Probleme des Patienten durch die ev. stattfindende Operation gelöst werden und – damit zusammenhängend – Relativierung narzisstischer Idealisierungen der Vorstellung des Patienten von sich selbst im Wunschgeschlecht und der Erwartungen an die Operation.

Nicht mit allen transsexuellen Patienten ist Psychotherapie i. e. S. möglich, man kann und sollte auch keinen dazu zwingen. Bei manchen Patienten ist tatsächlich nur eine „Wiedervorstellung“ in bestimmten Abständen, eine Verlaufsdagnostik i. S. des „clinical assessment“ möglich, und dies sollte nicht verschleiern als „begleitende supportive Psychotherapie“<sup>13</sup> bezeichnet werden, sondern als das, was es ist: ein sehr unterschiedlich definiertes Mindestmaß an Gelegenheit, den Patienten kennen zu lernen, das der Therapeut für sich als notwendig erachtet, um die Entscheidung des Patienten zu irreversiblen somatischen Maßnahmen verantwortlich mittragen zu können.

Andererseits hängt es, wie ausgeführt, in erheblichem Maße von der Art des therapeutischen Angebots ab, ob die Patienten für eine Psychotherapie motiviert werden können. Selbst bei Patienten, die „nur ein Gutachten“ für Hormone und Operationen wollen und die dafür geforderten therapeutischen Kontakte zunächst nur als „Auflage“ erleben, kann im weiteren Verlauf eine Psychotherapiemotivation entstehen (vgl. Küchenhoff 1988, Pfäfflin 1996, Rachlin 2002).

Manche Autoren unterscheiden immer noch zwischen Transsexuellen „mit psychischen Problemen“, die eine Psychotherapie brauchen, und „psychisch gesunden Transsexuellen“, die keine brauchen (Seikowski 1997). Die klinische Erfahrung zeigt jedoch, dass es nicht selten

<sup>12</sup> Jansen (1984) berichtet über einen MF-TS, dessen Ehefrau den Operationswunsch ihres Mannes massiv unterstützte. In der 2-jährigen Psychotherapie mit wechselndem Setting (beide Partner einzeln und zusammen) stellte sich der transsexuelle Wunsch wesentlich als Ergebnis eines „Partner-Arrangements“ i. S. einer Paar-Kollusion heraus.

<sup>13</sup> „wobei der Literatur kaum Angaben zu entnehmen sind, wie diese im Einzelfall ausgeführt wird“ (Küchenhoff 1988, 737). Dagegen handelt es sich bei der sog. „Ich-stützenden“ („ego-supportive“) Psychotherapie um eine spezielle psychotherapeutische Technik für die Behandlung von Patienten mit strukturellen Ich-Störungen mit dem Ziel der Verbesserung der Ich-Funktionen und der Objektbeziehungen (vgl. Lothstein 1983).

die „gesünderen“ Transsexuellen sind, die eine Psychotherapie suchen und davon profitieren (mit und ohne Operation), während gerade Transsexuelle mit einer sehr fragilen (und deshalb besonders starren) Abwehr Psychotherapie vermeiden (müssen). Zudem können manche schwer gestörte transsexuelle Patienten zunächst „psychisch unauffällig“ wirken (vgl. Lothstein 1977), während Patienten, die ihre Konflikte weniger verleugnen, zunächst gestörter erscheinen.

Viele transsexuelle Patienten wollen aus eigener Motivation Psychotherapie (vgl. Preuss 1999, Rachlin 2002), haben es jedoch immer noch sehr schwer, einen qualifizierten Psychotherapeuten zu finden. Deshalb landen sie allzu oft bei schlecht ausgebildeten „Therapeuten“, die sich als affirmative Unterstützer des „Geltungsanspruchs“ der Transsexuellen verstehen und damit in Selbsthilfeorganisationen Werbung für sich machen.

Viele Psychotherapeuten und fast alle Psychoanalytiker lehnen es grundsätzlich ab, mit transsexuellen Patienten zu arbeiten bzw. gestalten den Erstkontakt so, dass der Patient kein zweites Mal kommt. Die Gründe dafür liegen vor allem in der – zu Recht befürchteten – Intensität der geschilderten Gegenübertragungsaffekte. Manche Autoren verweisen auf die Grenzen der psychoanalytischen Methode gegenüber der transsexuellen Forderung, „diesem Felsen, an dem jede psychoanalytische Beziehung abprallt“ (Boller 2000, 109). Diese Aussage enthält einerseits eine Absage an Allmachtsvorstellungen wie etwa: „Wenn die Psychoanalyse nur tief genug geht, wird der Patient den Operationswunsch aufgeben“ oder „Weil der Therapeut den Übertragungshass nicht aushalten kann, wird sich der Patient mit relativ hoher Wahrscheinlichkeit operieren lassen“ (Pfäfflin 1994, 925). Andererseits klingt diese Aussage auch apodiktisch in dem Sinne, dass psychoanalytische Therapie mit transsexuellen Patienten sinnlos und unmöglich sei. Dem entgegen steht die Erfahrung anderer Autoren (exemplarisch: Lothstein), dass transsexuelle Patienten von psychoanalytischer Psychotherapie sehr profitieren können, unabhängig davon, ob sie schliesslich operiert werden oder nicht. Sicher ist eine hochfrequente Psychoanalyse im Liegen bei transsexuellen Patienten schon allein deshalb i. d. R. nicht indiziert, weil das Regression und Abhängigkeit fördernde Setting sie überfordern würde. Das gilt aber auch für viele andere Patienten mit strukturellen Ich-Störungen, die dennoch – mit einer modifizierten psychoanalytischen Technik – sinnvoll behandelt werden können (vgl. Winnicott 1965).

Besonders schwierig ist es, für transsexuelle Patienten einen stationären Behandlungsplatz zu finden. Auch wenn die Indikation gegeben ist und die Patienten motiviert und introspektiv sind, lehnen viele psychosomatisch-psychotherapeutische Kliniken die Behandlung kategorisch ab – erst recht dann, wenn der Patient bereits mit Hormonen behandelt wird. Die besonderen Vorteile der stationären Behandlung für transsexuelle Patienten (vgl. Küchenhoff 1988) werden bislang leider zu wenig genutzt.

### 6. 2. 5. Alltagstest und Psychotherapie

Der so genannte Alltagstest<sup>14</sup>, die Erprobung des sozialen Geschlechtswechsels in allen Lebensbereichen, kann „aus der passiven (,vom Alltag getestet werden‘) *und* der aktiven (,den Alltag testen‘) Perspektive verstanden werden...dass der Alltag vom Patienten daraufhin getestet wird, ob er sich so realisieren lässt, dass er für ihn lebbar ist“ (Clement und Senf 1996 b, 20).

Je nach Ausgangslage wird der Alltagstest von den transsexuellen Patienten als zu absolvierende Prüfung, als Performance/Inszenierung, als überfordernde Belastung, als unzumutbare Beschämung, als „Coming out“, als konflikthafte, aber bereichernde Erfahrung, als Quelle enormer narzisstischer Gratifikation etc. erlebt, oft auch als eine Mischung aus alledem. Entsprechend wird auch das Leben im gewünschten Geschlecht klischeehaft oder individuell entwickelt. Geht es bei den einen vor allem um die Perfektion des äußeren Erscheinungsbildes, kommt es bei anderen zu einer Differenzierung des Selbstbildes.

Die Bearbeitung der Erfahrungen des Patienten im Alltagstest ist, besonders unter dem Aspekt der Tragfähigkeit der transsexuellen Abwehr, von großer Bedeutung. Sie kann sehr fruchtbar für die Psychotherapie sein, weil häufig bestimmte Konfliktbereiche und Dimensionen des Selbsterlebens des Patienten auf einer tieferen Ebene zugänglich werden. Durch den Alltagstest „angestoßen“ werden insbesondere folgende Konfliktbereiche:

- ❖ Die Selbstwahrnehmung im Zusammenhang mit der Wahrnehmung durch andere: der Wunsch nach Bestätigung, Angenommenwerden, „Spiegelung“, nicht nur im gewünschten Geschlecht, sondern auch als ganze Person – und die entsprechenden „Defizite“, Angst vor Ablehnung, Nicht-Wahrgenommen-Werden etc. auf allen Stufen der infantilen Entwicklung. Lothstein (1983) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, wie wichtig es ist, Deutungen auf die ganze Person zu beziehen und nicht auf die Geschlechtsidentitätsproblematik zu fokussieren. Man kann die Psychotherapie bzw. die therapeutische Beziehung als zentralen Bestandteil des Alltagstest sehen: „Hier, in der Erfahrung des Akzeptiertwerdens, liegt eine Chance der psychotherapeutischen Betreuung in der Beeinflussung der psychosozialen Entgrenzung solcher Patienten“ (Benedetti 1981).
- ❖ Die Beziehung zu Eltern und Geschwistern, deren Dynamik durch das transsexuelle Coming out und die Reaktion darauf aktualisiert wird. Die Reaktionen der Familienmitglieder reichen von Ablehnung / Verstoßung über allzu schnelle, in Richtung Operation drängende Zustimmung bis hin zum allmählichen Akzeptieren. Eine nicht seltene, für die Patienten besonders schmerzliche Reaktion ist das Ignorieren, weil sie bei vielen genau an das psychische Dilemma (Nicht-Existenz) rührt, dem sie durch den transsexuellen Weg zu entkommen suchen. Häufig führt das transsexuelle Coming out auch zum Aufbrechen von bis dahin latenten Konflikten in der Familie, z. B. zwischen den Eltern.
- ❖ Gegenwärtige und vergangene Liebesbeziehungen, Wünsche, Ängste, Vermeidungshaltungen gegenüber nahen Beziehungen
- ❖ Konflikte zwischen dem Wunsch nach Eindeutigkeit und der Ambiguität der Geschlechtsidentität

Natürlich spielen auch äußerliche körperliche Gegebenheiten (z. B. Körpergröße, Bartwuchs, Größe der Brust etc.) eine Rolle für den Verlauf des Alltagstests und müssen sowohl als reale Erschwerung des Alltagstest anerkannt als auch in ihrer subjektiven Bedeutung für den Patienten bearbeitet, gegebenenfalls auch „betrauert“ werden. Sie sind im Kontext geschlechtsspezifischer unterschiedlicher gesellschaftlicher Anforderungen an Transsexuelle zu sehen, die ebenfalls den Alltagstest beeinflussen:

---

<sup>14</sup> Der Begriff „Alltagstest“ hat sich durchgesetzt, obwohl der englische Ausdruck „real life experience“ besser mit „Alltagserfahrung“ bzw. „soziale Erfahrung im Wunschgeschlecht“ übersetzt würde.

### Der Einfluss gesellschaftlicher Anforderungen an transsexuelle Frauen und Männer auf den Alltagstest und den weiteren Verlauf des transsexuellen Weges

- ❖ FM-TS müssen keine „Kerle“ sein, um als Männer anerkannt zu werden, ihre Partnerinnen schätzen oft gerade an ihnen, dass sie „keine Machos“ sind. MF-TS unterliegen viel stärker dem Druck, besonders feminine Frauen zu sein. Die oft übertrieben und klischeehafte weibliche Selbstdarstellung mancher MF-TS muss auch unter diesem Aspekt gesehen werden.
- ❖ FM-TS können in vielen Abstufungen allmählich zum Mann werden, MF-TS müssen einen radikaleren Schnitt zwischen Immer-noch-Mann und Frau-Sein machen.
- ❖ Wenn FM-TS offen als Männer leben, setzen sie sich problemloser als solche durch, selbst wenn ihr biologisches Geschlecht bekannt ist. MF-TS bleiben dagegen oft (auch mit Hormonbehandlung) aufgrund körperlicher Merkmale für die Umwelt als „frühere Männer“ erkennbar. Das trägt dazu bei, dass für viele MF-TS auch postoperativ die Transsexualität das Lebensthema bleibt, während dieses bei vielen FM-TS im Verlauf zunehmend in den Hintergrund tritt.
- ❖ Beziehungen von FM-TS zu Frauen werden von der Umwelt als heterosexuell wahrgenommen, also als Bestätigung ihrer männlichen Identität. Umgekehrt werden Beziehungen von MF-TS zu Männern vor der Operation als homosexuell bewertet, gefährden also die Bestätigung ihrer weiblichen Identität.
- ❖ Vielen FM-TS gelingt es lange vor jeder somatischen Behandlung heterosexuelle Partnerinnen zu finden, die in diesen einen Mann sehen und ihn erotisch-sexuell als Mann besetzen. Diese Besetzung bleibt auch dann noch aufrechterhalten, wenn diese Frauen bei näherem Kontakt das biologische Geschlecht ihres Partners erfahren, und sie fühlen sich in ihrer heterosexuellen Identität nicht in Frage gestellt.  
Der umgekehrte Fall ist ausgeschlossen: Selbst wenn ein/e MF-TS phänotypisch so weiblich wirkt, dass ein heterosexueller Mann sich in sie als Frau verliebt, bricht diese Wahrnehmung bei näherem Kontakt zusammen: Für heterosexuelle Männer bleiben MF-TS Männer, solange sie einen Penis haben. Selbst bei phänotypisch „gelungenen“ operierten MF-TS reagieren heterosexuelle Männer i. d. R. mit heftiger Angst davor, selbst homosexuell zu sein, wenn sie vom biologischen Geschlecht ihrer Partnerin erfahren.

Der Psychotherapeut sollte die unterschiedlichen Schwierigkeiten, die Frauen und Männer insgesamt auf ihrem transsexuellen Weg und besonders im Alltagstest haben, kennen, um sie auch in ihrer gesellschaftlichen Bedingtheit zu sehen und dadurch entsprechende Gegenübertragungsprozesse besser zu verstehen. Das kann u. U. auch zu der Entscheidung führen, im konkreten Einzelfall keinen Alltagstest in *allen* sozialen Bereichen zu verlangen bzw. erst ab dem Beginn der Hormonbehandlung (s. 6.3.2.2).

Kommt es im Laufe des Alltagstests zu einer deutlichen psychischen Stabilisierung im gewünschten Geschlecht (also zu einer Stabilisierung der Abwehr), lassen die Angst und der Druck bei dem Patienten oft nach, was gleichzeitig zu einer Lockerung der Abwehr führt. Die Patienten werden dann oft individueller, widersprüchlicher, sprechen mehr über Phantasien und über Konflikte, die nicht im Zusammenhang mit der Geschlechtsidentität stehen. Vielen MF-Transsexuellen ist diese Entwicklung erst während der Hormonbehandlung, manchen Patienten überhaupt erst nach der Operation möglich.

### **6. 2. 6. Frequenz und Dauer der Psychotherapie**

Ein therapeutisches Angebot ohne Zeitvorgabe erhöht die Möglichkeit für die Patienten, die Bedeutung der somatischen Behandlung (auch wenn sie stattfindet) zu relativieren bzw. als Teil einer prozesshaften Entwicklung zu erleben, die mit der Operation nicht abgeschlossen ist.

Bei manchen Patienten ist es wegen der Fragilität ihrer Abwehr sinnvoll, zunächst niederfrequent, d. h. ein- bis zweimal pro Monat zu beginnen und erst dann, wenn die therapeutische Beziehung sich gefestigt hat und es die Patienten auch häufig selber wünschen, die Frequenz zu erhöhen.

Psychotherapie mit transsexuellen Patienten *nach* geschlechtskorrigierenden Operationen kommt aus sehr unterschiedlichen Gründen zustande. Nach meiner Erfahrung erleben insbesondere jüngere Patienten, die die ganze Zeit in Psychotherapie waren, die Operation nicht als Abschluss ihrer persönlichen Entwicklung und setzen die Psychotherapie fort. Diese Patienten sind oft als Männer erfolgreich und psychosozial gut integriert, empfinden aber Defizite in nahen Beziehungen. Andere transsexuelle Patienten sind überhaupt erst nach der Operation in der Lage, sich auf eine Psychotherapie einzulassen (vgl. Lothstein 1980). Ein Patient drückte dies so aus: „Weil ich operiert bin, kann ich mir jetzt leisten zu fragen, wer ich bin.“ Wieder andere kommen (erstmalig oder wieder) zum Psychotherapeuten, weil die transsexuelle Abwehr nicht trägt, sie weiterhin psychisch instabil sind, z. B. unter Depressionen leiden, oder ständig weitere, neue Kämpfe um Anerkennung führen müssen. Manche kommen, weil sie unter den sozialen Folgen ihrer Transsexualität leiden, z. B. unter Partnerschaftskonflikten, Einsamkeit, sozialem Abstieg etc.

Aufgrund der gleichzeitigen Lockerung und Stabilisierung der Abwehr im Laufe des Behandlungsprozesses ist es manchen Patienten möglich, nach der Operation bis dahin nicht zugängliche Themen zu bearbeiten. So konnte ein Patient drei Jahre nach der Operation erstmals von dem sexuellen Missbrauch durch den Vater sprechen und sich auch mit der Frage konfrontieren, ob dieser Missbrauch mit zu seinem transsexuellen Wunsch geführt habe. Andere Patienten können sich dann erstmals mit hochbedrohlichen (z. B. aggressiven) Selbstanteilen auseinandersetzen bis an die – riskante – Grenze der Genese des transsexuellen Wunsches. Auf eindrucksvolle Weise wird dies in dem aufschlussreichen Bericht über eine Psychoanalyse mit einem/r MF-TS 20 Jahre nach der Operation deutlich (Quinodoz 1998).

Manche Patienten haben sich durch den gesamten Behandlungsprozess so stabilisiert und entwickelt, dass sie nicht nur wieder stärkere Eigenschaften zulassen können, die dem „abgelegten“ Geschlecht zugerechnet werden, sondern sich auch mit den Grenzen ihrer „Geschlechtsumwandlung“ auseinandersetzen können.

#### *Fazit für die Praxis:*

- ❖ Die Frage, ob die verschiedenen Funktionen (Psychotherapie, Indikation zu somatischen Behandlungen, Begutachtung) in einer Hand liegen oder verteilt werden sollen, muss zu Beginn des Behandlungsprozesses geklärt werden.
- ❖ Psychotherapie ist sinnvoll und möglich, wenn der Therapeut für *jeden* Ausgang des Prozesses offen ist, ohne einen von ihnen als Erfolg oder Misserfolg zu werten.
- ❖ Im wesentlichen gibt es drei mögliche Entwicklungen:
  - 1) Der Patient versöhnt sich mit seinem biologischen Geschlecht.
  - 2) Der Patient richtet sich (mit oder ohne Hormonbehandlung) irgendwo zwischen den Geschlechtern ein.
  - 3) Der Patient geht den transsexuellen Weg mit allen medizinischen Möglichkeiten.
- ❖ Die Psychotherapie darf nicht eindimensional auf die Geschlechtsidentitätsstörung fokussieren, sondern muss den Patienten als ganze Person im Blick behalten.

### **6. 3. Indikation zu den somatischen Behandlungen**

Die somatischen Behandlungen sind schwerwiegende, größtenteils irreversible körperliche Eingriffe *und* zugleich „ein möglicher Weg der Rehabilitation der Patienten“ (Pfäfflin 1997, 135). Die Indikationsstellung zu somatischen Behandlungen bedarf großer Sorgfalt und muss immer individuell, d. h. die Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigend erfolgen. Sie muss diagnostischen und prognostischen Gesichtspunkten Rechnung tragen und den bisherigen Verlauf berücksichtigen. Dazu gehört stets – bei jeder einzelnen somatischen Behandlung – die Beantwortung von zwei Fragen:

- Wird diese Behandlung voraussichtlich den Leidensdruck des Patienten lindern bzw. zu seiner psychischen Stabilität beitragen?
- Warum braucht der Patient diese Behandlung jetzt?

Die Indikationsstellung zu den somatischen Behandlungen gehört in die Hand eines „Psychopezialisten“ (Arzt oder Psychologe), der die bisherige Entwicklung des Patienten überblicken und einschätzen kann – also nicht in die Hand des Hausarztes, Gynäkologen, Urologen, auch nicht in die des Endokrinologen und des Operateurs. Endokrinologen und Operateure müssen zum einen die somatischen Voraussetzungen für die jeweilige somatische Behandlung und ev. Kontraindikationen überprüfen; zum anderen müssen sie in der Lage sein, eine qualifizierte von einer unqualifizierten Indikationsstellung zu unterscheiden (zu Qualitätsanforderungen an schriftliche Stellungnahmen zur Indikation vgl. Becker et al. 1997 und Pfäfflin 1996 b). Voraussetzung einer qualifizierten Indikationsstellung ist die Kenntnis der Diagnostik und Differentialdiagnostik, der klinischen Vielfalt transsexueller Entwicklungen und der Ergebnisse der katamnestischen Forschung. In diesem Zusammenhang sei sowohl daran erinnert, dass sich die Indikation zu den somatischen Behandlungen *nicht* (automatisch) aus der Diagnose GIS/TS ergibt als auch daran, dass keiner der prognostischen Risikofaktoren für sich genommen eine Kontraindikation darstellt.

Die „Standards“ der HBI-GDA differenzieren bei der Indikationsstellung zwei Ebenen: Geklärt werden muss zum einen, ob die entsprechende Behandlung für den Patienten überhaupt in Frage kommt („eligibility“), und zum anderen, ob bereits der richtige Zeitpunkt für ihre Durchführung gekommen ist („readiness“). Für beide Ebenen werden formale und inhaltliche Kriterien genannt.

Die deutschen „Standards“ nennen neben formalen Kriterien drei inhaltliche Kriterien, die vor der Einleitung somatischer Maßnahmen beim Patienten gegeben sein müssen:

- 1) die innere Stimmigkeit und Konstanz des Identitätsgeschlechts und seiner individuellen Ausgestaltung;
- 2) die Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle;
- 3) die realistische Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen somatischer Behandlungen.

Bei der Beurteilung dieser Kriterien muss der Psychopezialist neben den bereits genannten Gesichtspunkten zwei Aspekte beachten:

- Die innere Stimmigkeit und Konstanz und die äußere Stimmigkeit (das phänotypische Erscheinungsbild) können im Einzelfall sehr differieren, und zwar in beide Richtungen. In diesem Zusammenhang muss der Psychopezialist seine eigenen Geschlechtsrollenkli-schees reflektieren.
- Konstanz ist nicht mit starrer „Eindeutigkeit“ zu verwechseln.

#### **6. 3. 1. Die konkreten Wünsche der Patienten nach Körperveränderung durch somatische Behandlungen**

Die Wünsche der transsexuellen Patienten nach Körperveränderung durch somatische Maßnahmen sind *immer auch* soziokulturell und durch das medizinische „Angebot“ geprägt (vgl. Einleitung). Brauckmann beschreibt die dadurch entstehenden Zwänge für FM-TS: „Der Transsexuelle soll sich über die Angleichung seines Körpers verwirklichen. Das Angebot, ohne körperliche Veränderungen als Mann anerkannt zu werden, sucht man vergeblich. So

werden die Betroffenen, die ohnehin bereits seit Beginn der Pubertät so schmerzlich mit der Bedeutung des Körpers konfrontiert waren, nun endgültig auf diesen sozial einzig gangbaren Weg verwiesen. Und so konzentrieren auch sie die Umsetzung ihres transsexuellen Empfindens auf die Anpassung des Körpers.“(Brauckmann 2002, 59 f. ) Auch die Patienten sind sich dessen zunehmend bewusst, was sich in Aussagen äussert wie „Ich würde gern in einer Gesellschaft leben, in der ich ohne Medizin als Mann/Frau leben könnte, aber ich muss nun mal in dieser Gesellschaft klarkommen.“

Manche Patienten haben zu Beginn nur sehr vage, oft auf unzureichenden Informationen beruhende Vorstellungen („Ich will alles komplett“), die sich erst allmählich differenzieren.

Entsprechend den zwei Facetten des transsexuellen Wunsches haben auch die Wünsche nach Körpervänderung zwei Aspekte: den Wunsch nach Entweiblichung/Entmännlichung und den Wunsch nach Vermännlichung/Verweiblichung (vgl. Brauckmann 2002). Die Gewichtung der beiden Aspekte ist je nach individueller Psychodynamik verschieden. Sie ist aber zugleich auch davon bestimmt, dass einzelne Körperteile soziokulturell in unterschiedlichem Ausmaß als soziale Zeichen von Weiblichkeit bzw. Männlichkeit gewertet werden (vgl. Lindemann 1993).

Für alle<sup>15</sup> **FM-TS** steht die Entfernung der Brust – als Zeichen der Weiblichkeit schlechthin – im Vordergrund. Hinsichtlich der Ablehnung des eigenen weiblichen Körpers gilt der Brust meist der größte Hass; dieser ist sowohl psychogenetisch (die „Mutterbrust“ in allen ihren Bedeutungen) als auch psychosozial determiniert. Der Einbruch der Pubertät in das Selbstverständnis als Junge wird besonders mit dem Brustwachstum verknüpft; die Brust steht (je größer desto mehr) der sozialen Glaubwürdigkeit als Junge/Mann am meisten entgegen.

An zweiter Stelle steht der Wunsch nach Verschwinden der Periode. Die Entfernung des Uterus und der Eierstöcke wird nur von den wenigsten FM-TS aus eigener Motivation angestrebt; dabei handelt es sich meist um diejenigen, bei denen der Wunsch nach Vernichtung alles Weiblichen im Vordergrund steht.

Die Wünsche nach Veränderung des Genitales sind sehr unterschiedlich. Anders als die Brust, deren Entfernung zentral für die Entweiblichung ist, werden die weiblichen Genitalien i. d. R nicht so heftig abgelehnt und haben auch als soziales Zeichen von Weiblichkeit eine geringere Bedeutung. Insbesondere die –erigible – Klitoris wird selten gehasst bzw. wird häufig i. S. der Vermännlichung umgedeutet.<sup>16</sup> In den letzten Jahren wird der Wunsch nach einer Phallo-Plastik (Penoid) von FM-TS deutlich häufiger als früher geäußert. Untersuchungen darüber, wie viele der FM-TS genitaltransformierende Operationen anstreben und was ihre Motive (die psychischen Merkmale) sind, stehen aus. Nach meiner klinischen Erfahrung sind es aber keinesfalls die „echteren“, „stabileren“ FM-TS, die auf einer Phallo-Plastik bestehen. Vielfach belegt ist auch, dass die Partnerinnen von FM-TS dabei nicht die treibende Kraft sind. Die meisten von ihnen äußern sich i. S. von „Wenn er es für sich braucht, soll er es machen, ich brauche es nicht“.

Alle FM-TS wünschen eine Hormon-Behandlung, zum einen wegen der Periode, zum anderen weil sie sich davon eine deutliche Vermännlichung versprechen.

Alle **MF-TS** wünschen sich eine weibliche Brust, die auch für sie das Zeichen der Weiblichkeit schlechthin darstellt. Die Wünsche nach operativer Transformation des Genitales variieren entsprechend der Vielfalt der klinischen Bilder (vgl. Kap. 3.1.2). Auch bei denen, die eine

---

<sup>15</sup> Mit „alle“ sind hier und im Folgenden alle diejenigen FM-TS und MF-TS gemeint, die überhaupt körperliche Eingriffe anstreben.

<sup>16</sup> Brauckmann (2002) betont die „fiktiven Eingriffe“ wie Umbenennungen, Tabus, Aussparungen etc., die neben den medizinischen Eingriffen der Entweiblichung und Vermännlichung dienen und in den Partnerschaften von FM-TS interaktionell bestätigt werden.

Vagina (und, seltener von Beginn an geäußert, eine Klitoris) wünschen, spielt die Brust eine größere Rolle für die Verweiblichung.

Hinsichtlich des eigenen männlichen Körpers gilt der größte Hass bei manchen MF-TS dem Penis, bei anderen der Körperbehaarung; bei Letzteren ist infolgedessen der Wunsch nach Epilation besonders ausgeprägt. Der Penis ist nicht selten i. S. einer Spaltung besetzt: Er wird einerseits gehasst und soll weg, andererseits wird er auch mit sexueller Lust verbunden. Manche dieser Patienten bestehen besonders vehement auf einer schnellen genitaltransformierenden Operation; andere können sich mit der Zeit eingestehen, dass sie gern eine „Frau mit Penis“ wären.

Alle MF-TS wünschen eine Hormonbehandlung, zum einen wegen des Brustwachstums, zum anderen, weil sie sich davon die wesentliche Entmännlichung und insgesamt eine „Beruhigung“ erhoffen.

### **6. 3. 2. Indikation zur Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen**

Die „Standards“ fordern neben den bereits genannten inhaltlichen Voraussetzungen als formale Bedingungen ein Mindestalter von 18 Jahren, mindestens ein Jahr Alltagstest und mindestens ein Jahr Kontakt zu einem Psychospezialisten.

Die „Standards“ der HBIGDA fordern dagegen nur 3 Monate Alltagstest *oder* 3 Monate Psychotherapie. Als „readiness“-Kriterium benennen sie u. a. Fortschritte in definierten Problembereichen, z. B. bei Suizidalität, Suchttendenzen etc.

„Es kann nicht genug betont werden, dass der Beginn einer Hormonbehandlung in der Regel die entscheidende Weichenstellung in Richtung weiterer somatischer Eingriffe darstellt, weit wichtiger – und gleichzeitig bezüglich der Folgen irreversibler – als z. B. eine Vornamensänderung entsprechend dem Transsexuellengesetz“ (Pfäfflin 1996 b, 37). Obwohl alle Experten dies unentwegt wiederholen, verschreiben nach wie vor viele Ärzte leichtfertig, voreilig und verantwortungslos Hormone an transsexuelle Patienten, oft schon nach einem oder zwei Besuchen. Die Motive dafür reichen von Mitleid bis Geschäftssinn; i. d. R. sind solche Ärzte weder vertraut mit der psychiatrisch-psychologischen Fachliteratur über GIS/TS noch mit den somatischen und psychischen Wirkungen, Nebenwirkungen und Langzeitfolgen der Hormonbehandlung (vgl. Asscheman und Gooren 1992, Futterweit et al. 1998, Slabbekoorn et al. 2001, Meyer et al. 2001).

Auch ohne ärztliche Verschreibung ist es für MF-TS allerdings nicht schwer, sich Hormone zu besorgen, was nicht wenige auch tun: Sie entwenden sie Frauen in ihrem sozialen Umfeld, die diese als Verhütungsmittel oder gegen klimakterische Beschwerden einnehmen, kaufen sie auf dem Schwarzmarkt oder erhalten sie von anderen Transsexuellen.

Manche dieser mit oder ohne ärztliche Hilfe, in jedem Fall ohne qualifizierte Indikationsstellung mit Hormonen behandelten Patienten suchen dann später doch einen Experten auf: Weil sie nun weitere somatische Eingriffe wünschen oder weil ihnen selbst Bedenken wegen der unfachgemäßen Behandlung gekommen sind oder weil im Verlauf der Behandlung somatische oder psychische Katastrophen eingetreten sind (vom MS-Schub bis zur Psychose).

Es gibt allerdings auch Patienten, meist MF-TS, die sich in fachgerechter Behandlung befinden und gleichzeitig heimlich (oder es erst viel später „gestehend“) zu einem anderen Arzt/Psychologen gehen, der ihnen die Hormone verschreibt bzw. die Indikation zur Hormonbehandlung stellt. Nur wenn der Kollege nicht mitagiert, besteht die Chance, die Motive für das Agieren des Patienten zu verstehen.

#### **6. 3. 2. 1. Wirkungen der Hormonbehandlung**

Der die Indikation stellende Psychospezialist und (bei Verteilung der Funktionen auch) der behandelnde Psychotherapeut sollten die Wirkung der Hormonbehandlung kennen, um deren psychische Bedeutung für die Patienten einschätzen zu können.



Folgende Wirkungen der Hormonbehandlung (Testosteron) treten bei **FM-TS** in der Regel ein, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß und individuell früher oder später:

#### Wirkungen der Hormonbehandlung bei FM-TS

- ❖ Stimmbruch
- ❖ Amenorrhoe
- ❖ männliche Haarverteilung (vermehrte und vom Muster her vermännlichte Körperbehaarung, Bartwuchs, ggf. auch Neigung zur Glatze)
- ❖ Veränderungen der Haut, z. T. Akne
- ❖ Zunahme der Muskelmasse, Verbreiterung des Oberkörpers
- ❖ Vergrößerung der Klitoris
- ❖ verstärkte psychische Spannkraft bis hin zu vermehrter Aggressivität
- ❖ Steigerung und Intensivierung des sexuellen Interesses und der sexuellen Erregbarkeit

Die durch die Hormonbehandlung eintretende starke phänotypische Vermännlichung erleichtert den FM-TS die soziale Glaubwürdigkeit als Mann erheblich; das Verschwinden der Periode und die psychischen Auswirkungen bestätigt sie in ihrem männlichen Selbstgefühl. Die Vergrößerung der Klitoris erleichtert deren Umdeutung in ein männliches Organ („Mein kleiner Penis“, „mein Kleiner“ etc.). Viele erleben die Zeit während der Hormonbehandlung als „zweite, dieses Mal glückliche Pubertät“, allerdings nimmt gleichzeitig der Leidensdruck in Bezug auf die Brust zu, besonders wenn diese groß ist.

Folgende Wirkungen der Hormonbehandlungen (Oestrogen und meistens auch ein Antiandrogen) treten bei **MF-TS** in der Regel ein, allerdings individuell in sehr unterschiedlichem Ausmaß, besonders in Bezug auf die Brustentwicklung:

#### Wirkungen der Hormontherapie bei MF-TS

- ❖ weibliche Fettverteilung (u. a. Zunahme an den Hüften), weiblichere Silhouette
- ❖ weichere Haut
- ❖ Verringerung der Körperbehaarung und Verlangsamung der Glatzenbildung
- ❖ Bustentwicklung (Gynäkomastie)
- ❖ Nachlassen der Libido
- ❖ Hodenatrophie
- ❖ Verringerung der Erektion und Verlust der Ejakulation
- ❖ Nachlassen der psychischen Spannkraft – von Ruhigerwerden bis hin zu Depressivität

Insgesamt wird die Hormonbehandlung von den meisten MF-TS als Beruhigung, als Linderung von Ängsten, depressiver Gereiztheit u. ä. erlebt; viele fühlen sich „viel ausgeglichener“, manche werden aber auch depressiver. Das Nachlassen der Libido und der Erektionen wird von den meisten als Entlastung, das Wachstum der Brust wird als narzisstisch stabilisierende Verweiblichung empfunden.

Da die Hormonbehandlung de facto zu Zwitterwesen führt, werden manche MF-TS jetzt stärker mit der Ambiguität ihrer Geschlechtsidentität konfrontiert. In dieser Situation ist es besonders wichtig, dass der Therapeut in seiner Haltung weiterhin offen für verschiedene Ausgänge des Behandlungsprozesses bleibt; das heißt, dass er weder den Patienten in eine Eindeutigkeit drängt noch weitere somatische Behandlungen grundsätzlich ausschließt. Nur so kann der Patient sich offen über seine Zwiespältigkeiten äußern und seinen Spielraum für weitere Entscheidungen vergrößern.

### **6. 3. 2. 2. Alltagstest und differentielle Indikation**

Der Verlauf des Alltagstest ist von zentraler Bedeutung für die Indikation zu somatischen Maßnahmen, besonders in Bezug auf das Kriterium „Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle“. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Alltagstest für die einzelnen Patienten ganz unterschiedliche Anforderungen bedeutet, nicht zuletzt auch wegen körperlicher Gegebenheiten (z. B. große Brust bei FM-TS, hohe Körpergröße und ausgeprägter Bartwuchs bei MF-TS).

Bei den MF-TS der Hauptverlaufsform 2 kommt es besonders häufig vor jedem Alltagstest und vor jeder Konsultation eines Experten zur „wilden“ Einnahme von Hormonen. Durch die so geschaffenen Fakten wird die diagnostische Beurteilung erschwert. In diesen Fällen besteht meist nur noch die Möglichkeit, die „wilde“ Hormoneinnahme durch eine fachgerechte zu ersetzen – manche Patienten könne sich dann jedoch durchaus auf eine Psychotherapie einlassen.

Für manche „late-onset“-MF-TS stellt der Alltagstest ohne Hormonbehandlung tatsächlich eine destabilisierende Überforderung dar. Gerade weil sie nicht über die frühe Organisierung des transsexuellen Wunsches verfügen, sind sie jetzt in ihrer aktuellen Krise oft viel gefährdeter als „early-onset“-MF-TS, sind aufgrund ihres hohen Leidensdrucks stärker angewiesen auf eine „Ruhigstellung“ durch Hormone (vgl. Person und Ovesey 1974 b, Lothstein 1979, Reiche 1984, Levine 1993). Ein Beharren auf einem Jahr Alltagstest hat in diesen Fällen keinen Sinn, treibt manche Patienten sogar zur „wilden“ Hormoneinnahme und zu vorschnellen Operationen. Sorgfältige Diagnostik und Psychotherapie sind jedoch dringend erforderlich. Bei einer sinnvollen Kombination von Hormonbehandlung und Psychotherapie wird der „Schmerz als Mann“ bzw. die innere Zerrissenheit für diese Patienten erträglicher; sie kommen etwas zur Ruhe, können sich für weitere Schritte und für das Suchen der für sie angemessenen Lösung Zeit lassen. Viele können dann den Alltagstest beginnen, wenn auch manche nur partiell. Bei vielen beginnt jetzt erst eine Auseinandersetzung mit ihrem zentralen Problem, keinem der beiden bzw. beiden Geschlechtern anzugehören.

### 6. 3. 3. Indikation zu geschlechtstransformierenden Operationen

Die „Standards“ fordern neben den bereits genannten Voraussetzungen als formale Bedingungen mindestens anderthalb Jahre Alltagstest, mindestens anderthalb Jahre Kontakt zu einem Psychospezialisten und mindestens sechs Monate Hormonbehandlung. Dagegen verlangen die „Standards“ der HBIGDA lediglich ein Jahr Alltagstest und Psychotherapie nur, wenn sie indiziert war. Sie präzisieren aber wie bei der Hormonbehandlung inhaltliche Bereiche, in denen eine Besserung erreicht sein muss; die Hormonbehandlung soll bereits zwölf Monate lang durchgeführt werden.

Anders als die deutschen „Standards“ sehen die „Standards“ der HBIGDA die Möglichkeit vor, dass bei FM-TS die operative Entfernung der Brust zeitgleich mit dem Beginn der Hormonbehandlung stattfinden kann.

Da alle wichtigen Kriterien für die Indikation bereits genannt wurden, sollen sie hier nicht wiederholt werden. Es sei jedoch daran erinnert, dass den Patienten vor der Operation bewusst sein muss,

- dass sie nicht *durch* die Operation zur Frau/zum Mann werden
- dass nicht alle ihre Probleme durch die Operation gelöst werden.

Zu den einzelnen bei FM-TS und bei MF-TS in Frage kommenden Operationen vgl. Becker et al. 1997, Meyer et al. 2001, Eicher 1996.

Bei **FM-TS** ist die Indikation zu Operationen am äußeren Genitale (**Penoid-Konstruktion, Phalloplastik**) nach wie vor als problematisch anzusehen. Das Für und Wider und die Frage,

ob diese Operation den Leidensdruck des Patienten lindern wird, müssen besonders sorgfältig geklärt werden. Zudem müssen die Patienten umfassend über Möglichkeiten und Grenzen, die Anzahl und mögliche Komplikationen dieser Operationen sowie über Art, Dauer und Umfang postoperativer Belastungen (z. B. Schmerzen) und Einschränkungen (z. B. bis zu einem Jahr mangelnde Sensibilität) aufgeklärt werden. Das kann u. U. eine „aktive Desillusionierung“ beinhalten, besonders wenn der Operateur den Patienten zu optimistisch über die Operationserfolge informiert hat. Immer mehr FM-TS beschwerten sich postoperativ (meist nachdem sie schon eine Reihe von Folgeoperationen hinter sich haben) darüber, „nicht wirklich gewusst“ zu haben, was auf sie zukommt.

Die günstigen Ergebnisse der katamnestischen Forschung über operierte FM-TS beziehen sich überwiegend auf FM-TS ohne Phalloplastik. Ob die operative Peniskonstruktion langfristig zur psychischen Stabilität von FM-TS beiträgt, ist bislang kaum untersucht; insbesondere stehen vergleichende Studien über FM-TS mit und ohne Operationen am äußeren Genitale aus. Aufgrund meiner eigenen Erfahrung schließe ich mich den Autoren (z. B. Lothstein 1980, Langer 1985) an, die den Beitrag der Penis-Konstruktion zur langfristigen psychischen Stabilität der Patienten eher skeptisch beurteilen – insbesondere in Bezug auf die Integration des Penoids in das Körperbild und in die Sexualität. Umgekehrt weiß ich von denjenigen meiner Patienten, die sich für Operationen (Mastektomie und, wegen der Personenstandsänderung, Hysterektomie und Ovaryektomie), aber gegen eine Phalloplastik entschieden haben, dass sie mehrheitlich eine erfüllte Sexualität haben. Sie haben zwar durchaus gelegentlich Phantasien, mit einem Penis in ihre Partnerin einzudringen, aber ohne besonderen Leidensdruck (vgl. Fahrner et al. 1997). Auch Jahre nach der Operation ziehen sie ihre „vermännlichte“ Klitoris („klein, aber mein“) einer Phalloplastik vor.

Bei **MF-TS** muss besonders auf die bereits erwähnten Patienten der Hauptverlaufsform 2 geachtet werden, für die eine Lösung „zwischen den Geschlechtern“ angemessen ist. Es hängt nicht zuletzt von der Einstellung des Therapeuten ab, ob diese Patienten eine „partielle“ somatische Lösung (nur Hormone) als für sie richtige „ganze“ Lösung akzeptieren können.

*Fazit für die Praxis:*

- ❖ Sowohl die Indikation zur Hormonbehandlung als auch die zu geschlechtstransformierenden Operationen gehört nur in die Hand des Arztes/Psychologen, der die bisherige Entwicklung des Patienten überblicken und beurteilen kann.
- ❖ Die Indikation zu den somatischen Behandlungen muss die Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigen, auch in Bezug auf den Alltagstest.
- ❖ Die Indikation zu den somatischen Behandlungen muss unter verlaufdiagnostischen und prognostischen Gesichtspunkten erfolgen.
- ❖ Bei jeder einzelnen somatischen Behandlung müssen zwei Fragen beantwortet werden: 1) Wird die Behandlung den psychischen Leidensdruck des Patienten dauerhaft lindern. 2) Warum braucht der Patient die Behandlung jetzt?
- ❖ Die Hormonbehandlung ist nicht in jedem Fall die Vorstufe zu geschlechtstransformierenden Operationen. Sie kann auch – zusammen mit Psychotherapie – eine eigenständige Behandlung bzw. die „ganze“ Lösung für den Patienten sein.
- ❖ Vor der Indikation zu geschlechtstransformierenden Operationen muss der Patient über deren Möglichkeiten und Grenzen umfassend informiert sein. Zudem muss dem Patienten bewusst sein, dass er nicht *durch* die Operation zur Frau/zum Mann wird und dass nicht alle seine Probleme durch die Operation gelöst werden.

## **7. Rechtsfragen**

Abgesehen von kulturellen Differenzen unterscheiden sich die Verhältnisse in den verschiedenen Ländern insbesondere bezüglich der rechtlichen Situation Transsexueller und der Regelungen der Kostenübernahme für die somatischen Behandlungen durch die Krankenkassen.

## **7. 1. Das TSG**

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es seit 1980 das **Transsexuellengesetz (TSG)**, das die juristischen Voraussetzungen der Vornamens- und Personenstandsänderung für deutsche Staatsangehörige regelt. Die Änderung des Vornamens (ohne Personenstandsänderung), die so genannte „kleine Lösung“<sup>17</sup> nach § 1 TSG, setzt keinerlei somatische Behandlung voraus und ist auch für verheiratete Transsexuelle möglich. Die Personenstandsänderung nach § 8 TSG ist erst nach der „geschlechtsumwandelnden“ Operation möglich und setzt voraus, dass der Antragsteller nicht verheiratet ist. In beiden Verfahren müssen Gutachten von Sachverständigen erstellt werden, die „aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer beruflichen Erfahrung mit den besonderen Problemen des Transsexualismus ausreichend vertraut sind“.<sup>18</sup> Die Sachverständigen (das TSG beschränkt den Sachverstand nicht auf Ärzte) müssen im Gutachten nach § 1 TSG zu den Fragen Stellung nehmen, ob die antragstellende Person sich „aufgrund ihrer transsexuellen Prägung nicht mehr dem in ihrem Geburtseintrag angegebenen, sondern dem anderen Geschlecht zugehörig empfindet und seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben“ und „ob mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass sich ihr Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nicht mehr ändern wird“. In dem Gutachten nach § 8 TSG (Personenstandsänderung) muss darüber hinaus dazu Stellung genommen werden, ob die antragstellende Person „dauernd fortpflanzungsunfähig“ ist und „sich einem ihre äußeren Geschlechtsmerkmale verändernden operativen Eingriff unterzogen hat, durch den eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts erreicht worden ist“.

Die Forderungen des § 8 TSG (insbesondere die Ehelosigkeit<sup>19</sup>, die Unfähigkeit zur Fortpflanzung<sup>20</sup> und die irreversiblen chirurgischen Eingriffe<sup>21</sup> als Voraussetzung für die Personenstandsänderung) sind in den letzten Jahren zunehmend als kontraproduktiv für die an individuellen Lösungen orientierte Behandlung kritisiert worden (vgl.. Becker et al. 2001).

---

<sup>17</sup> Leider hat diese geläufige Bezeichnung der Vornamensänderung den Anschein erweckt, als ob diese die schlechtere Lösung für die Probleme der Transsexuellen sei. Dies hat mit dazu beigetragen, dass manche Betroffene die mit einer Vornamensänderung bereits gegebenen Möglichkeiten eines rechtlich anerkannten Lebens im Wunschgeschlecht unterschätzen.

<sup>18</sup> Neben dem TSG-Verfahren wird im Zusammenhang mit Transsexualität auch in weiteren juristischen Bereichen häufig ein Gutachten von Sachverständigen eingeholt: Familienrecht (Scheidung/Sorgerecht), Arbeitsrecht (z. B. Kündigungsschutz), Sozialrecht (Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit), Straf- und Maßregelrecht (Schuldfähigkeit straffällig gewordener Transsexueller, Frage der Unterbringung in der Frauen- oder in der Männer-Abteilung, Fortsetzung der Behandlung in der Haft), Ausländerrecht (Personenstandsänderung für in Deutschland lebende operierte Ausländer, in deren Heimatland es keine rechtliche Regelung des Problems gibt) etc.

<sup>19</sup> Der gesetzlich vorgeschriebene Zwang zur Scheidung vor der Personenstandsänderung (§ 8.2. ) wird von vielen verheirateten MF-TS, die mit ihrer Ehefrau (und oft auch mit ihren Kindern) zusammenbleiben wollen, als psychisch und sozial destabilisierender Eingriff in ihre Lebensführung empfunden. Dagegen stellt das Eheverbot für FM-TS kein Problem dar, weil es praktisch nie vorkommt, dass Frau-zu-Mann-Transsexuelle eine bestehende Ehe aufrechterhalten wollen.

<sup>20</sup> Das Gebot der Fortpflanzungsunfähigkeit (§ 8.3) stellt für nicht wenige FM-TS einen Zwang zur operativen Entfernung des Uterus dar, der von ihnen als Angriff auf ihre physische Integrität erlebt wird, zumal die Menstruation zum Zeitpunkt der Antragstellung nach § 8 durch die Hormonbehandlung längst „ausgeschaltet“ worden ist. Zudem ist die Forderung nach „andauernder Fortpflanzungsunfähigkeit“ angesichts der Entwicklung der Reproduktionsmedizin ohnehin als obsolet anzusehen.

<sup>21</sup> Diese Forderung erzwingt von den Antragstellern operative Eingriffe, die sie keineswegs durchgängig wünschen, und hat in der Vergangenheit zu mehr Operationen geführt, als indiziert gewesen wären.

### **7. 1. 1. Begutachtung nach § 1 TSG**

Das Hauptproblem der Begutachtung nach § 1 TSG ist im Gesetz selber angelegt: Einerseits soll die „kleine Lösung“ dem Betroffenen *vor* der Entscheidung zu irreversiblen somatischen Eingriffen den Alltagstest, d. h. die Erprobung des Lebens im gewünschten Geschlecht in allen sozialen Bereichen (z. B. am Arbeitsplatz) erleichtern. Andererseits verlangt § 1 TSG vom Gutachter die Festlegung auf eine endgültige, prognostisch sichere Diagnose Transsexualität, die, soweit überhaupt, frühestens nach einem längeren Alltagstest möglich ist. Dadurch bekommt die Vornamensänderung nach § 1 TSG ein weit über die „kleine Lösung“ hinausgehendes Gewicht und präjudiziert damit Entscheidungen zu den somatischen Behandlungen. Dieses Problem verschärft sich noch dadurch, dass nicht wenige Transsexuelle den Antrag auf die Vornamensänderung nach § 1 TSG vor jeglicher fachkundigen Beratung/Psychotherapie und häufig auch vor jeglicher sozialer Erfahrung im gewünschten Geschlecht stellen.

Aufgrund dieses im Gesetz angelegten Widerspruchs befindet sich der Gutachter häufig in einem Dilemma: Entweder er befürwortet den Antrag auf Vornamensänderung, indem er diese tatsächlich als „kleine Lösung“ (zur Erleichterung des Alltagstests und damit zur Verbesserung zukünftiger diagnostisch-prognostischer Sicherheit) begreift, muss aber dafür (nach § 1.2) mehr diagnostische Sicherheit vortäuschen, als er bereits hat, und geht damit das Risiko ein, vorzeitig somatische Maßnahmen anzubahnen. Oder der Gutachter entscheidet sich aufgrund des genannten Widerspruchs und der damit verbundenen möglichen Folgen dafür, die Messlatte für § 1.2 (im Sinne einer „sicheren“ Diagnose) hoch zu hängen, und erschwert dadurch den für eine sichere Diagnose so wichtigen Alltagstest.

Das TSG fordert in § 1 die Gutachten von zwei Sachverständigen, die „unabhängig voneinander tätig werden“. Dies wirft in der Praxis weitere grundsätzliche Probleme auf: Die für die Begutachtung nach § 1 zentrale Beurteilung der Kontinuität und Zwangsläufigkeit einer transsexuellen Entwicklung ist i. d. R. nur im Rahmen eines längeren diagnostischen bzw. therapeutischen Prozesses adäquat möglich. Der behandelnde Psychotherapeut und – bei Trennung der Funktionen – der von Anfang an beteiligte (für Indikation und Gutachten zuständige) Therapeut sind aufgrund ihrer langen Kenntnis des Patienten dazu in der Lage. Dagegen muss der zweite Gutachter (in den Fällen, in denen der Antrag auf Vornamensänderung vor jeglicher Beratung/Behandlung gestellt wird, sogar beide Gutachter) ohne längere Kenntnis des Antragstellers zu einem Urteil kommen.<sup>22</sup> Manche Gutachter ziehen sich aus dem Dilemma, indem sie in ihrem Gutachten vorwiegend von den Antragstellern verfasste Lebensläufe<sup>23</sup> abschreiben. Andere Gutachter bestehen, um den Antragsteller für eine angemessene Beurteilung ausreichend kennen zu lernen, auf einem längeren diagnostischen Prozess, was für bislang unbehandelte Antragsteller durchaus ein sinnvolles Angebot sein und manchmal auch in eine Psychotherapie münden kann. Dagegen wird eine solche Diagnostik von Patienten, die bereits in einen Behandlungsprozess eingebunden sind, verständlicherweise als Einmischung bzw. als „Auflage“ empfunden.

---

<sup>22</sup> Verschärft stellt sich das Problem bei Gutachtern, die „überwiegend oder ausschließlich gutachterlich tätig sind und daher langfristige Verläufe gar nicht übersehen“ (Pfäfflin 1996).

<sup>23</sup> „... die sich vergleichsweise stereotyp und stromlinienförmig lesen. Die ‚klassische Transsexuellenbiographie‘ ist der rekonstruktive und selbstaffirmative Lebensentwurf eines Menschen, der beim Leser (Gutachter) die Anerkennung als Transsexueller bewirken soll“ (Pfäfflin 1996).

Die Terminologie der im TSG an den Sachverständigen gestellten Fragen entspricht nicht dem Sachstand der fachwissenschaftlichen Diskussion<sup>24</sup> (ausführlich dazu Pfäfflin 1996). Der Gutachter sollte sich am Vorliegen der Kriterien A, B, und D des DSM-IV orientieren und neben der bereits genannten Beurteilung der Kontinuität und Zwangsläufigkeit der transsexuellen Entwicklung auch dazu Stellung nehmen, ob die Vornamensänderung zur psychischen Stabilisierung des Patienten und zur Verringerung der Beeinträchtigungen seiner Lebensführung beitragen wird.

Der „mindestens seit drei Jahren bestehende Zwang...ihren Vorstellungen entsprechend zu leben“ bedeutet *nicht*, dass der Patient den Alltagstest schon drei Jahre lang erfolgreich absolviert haben muss – eine solche (von nicht wenigen Gutachtern irrtümlich praktizierte) Auslegung würde dem Sinn der „kleinen Lösung“ widersprechen (zu weiteren inhaltlichen und formalen Aspekten der Begutachtung nach § 1 TSG vgl. Pfäfflin 1996 und Becker et al. 1997).

### **7. 1. 2. Begutachtung nach § 8 TSG**

Bei der Begutachtung zur Personenstandsänderung muss der Gutachter ebenfalls dazu Stellung nehmen, ob die Kriterien nach § 1 vorliegen. Ist die Vornamensänderung bereits erfolgt und liegen dem Gutachter die entsprechenden Gutachten vor bzw. war er selber Gutachter in diesem Verfahren, kann er sich diesbezüglich kurz fassen.

Zur Beurteilung der weiteren Kriterien nach § 8 müssen dem Gutachter die entsprechenden Operationsberichte vorliegen.

Auf die Problematik der Forderung nach „dauerhafter Unfruchtbarkeit“ für FM-TS wurde bereits hingewiesen. Mehrjährige Hormonbehandlung und Sterilisation werden derzeit von den Gerichten nicht als ausreichend akzeptiert.

Als die „äusseren Geschlechtsmerkmale verändernder operativer Eingriff, durch den eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts erreicht worden ist“, genügt bei FM-TS die operative Brustentfernung. Nicht erforderlich sind ein Verschluss der Scheide und/oder die Konstruktion einer Phallo-Plastik (vgl. Pfäfflin 1996 b).

### **7. 2. Rechtliche Voraussetzungen der Kostenübernahme für die somatischen Behandlungen durch die Krankenkassen und ihre Umsetzung**

1987 hat das Bundessozialgericht in einer Grundsatzentscheidung **Transsexualität versicherungsrechtlich als Krankheit** und geschlechtsumwandelnde somatische Behandlungen als medizinische Heileingriffe unter der Voraussetzung eingestuft, dass ein erheblicher psychischer Leidensdruck vorliegt, der anders nicht gelindert werden kann. Seitdem werden die somatischen Behandlungen grundsätzlich von der Krankenkasse finanziert, die Überprüfung der notwendigen Voraussetzungen (Indikationskriterien) wird allerdings von den verschiedenen Krankenkassen und ihren Medizinischen Diensten sehr unterschiedlich gehandhabt. Manche Krankenkassen orientieren sich in ihren Bestimmungen an den Voraussetzungen für eine Vornamensänderung nach dem TSG und akzeptieren die entsprechenden Gutachten als Indikation für die geschlechtsumwandelnden somatischen Behandlungen – obwohl diese explizit dafür nicht gedacht sind und eine solche Handhabung den Sinn der „kleinen Lösung“ pervertiert. Andere Krankenkassen bzw. ihre Medizinischen Dienste legen das Urteil des Bundessozialgerichts so aus, dass in jedem Fall eine Psychotherapie<sup>25</sup> im Sinne eines „Umstimmungs-

<sup>24</sup> Dies gilt insbesondere für den aus der Verhaltensbiologie stammenden Begriff „Prägung“ und den Begriff „Zwang“.

<sup>25</sup> deren Frequenz manche Medizinischen Dienste sogar noch vorschreiben.

versuchs“ (Bosinski et al. 1994) versucht worden sein muss, bevor eine Kostenübernahme für „geschlechtsumwandelnde“ somatische Behandlungen erfolgen könne – unter solchen Voraussetzungen macht Psychotherapie keinen Sinn. Auch die Regelungen der Kostenübernahme für die Epilationsbehandlung bei MF-TS (vgl. Pfäfflin 1996 b) sind oft kontraproduktiv: Manche Krankenkassen verlangen dafür von den Patienten zwei Gutachten, die eine geschlechts-transformierende Operation befürworten; dadurch werden Patienten in Richtung Operation gedrängt, bei denen die Epilationsbehandlung entweder vor Beginn des Alltagstest (vgl. „Standards“ der HBIGDA) oder ergänzend zur Hormonbehandlung indiziert ist und die Frage der Indikation zu einer Operation noch völlig offen ist. Insgesamt dienen die wenig transparenten und zum Teil in sich widersprüchlichen Regelungen vieler Medizinischer Dienste nicht der Qualitätssicherung und sind für die Patienten verwirrend – insbesondere, wenn solche Regelungen die juristische mit der medizinisch-psychologischen Ebene vermengen und/oder wenn sie sich zwar auf die „Standards der Begutachtung und Behandlung von Transsexuellen“ (1997) berufen, aus diesen aber dann nur einzelne Versatzstücke übernehmen und mit eigenen unüberprüften Kriterien kombinieren.

*Fazit für die Praxis:*

Sowohl die Bestimmungen des TSG, das TSG-Verfahren und die damit zusammenhängenden Begutachtungen als auch die Regelungen der Kostenübernahme für die somatischen Behandlungen bei Transsexuellen beeinflussen den gesamten Behandlungsprozess auf komplexe Weise. Der Therapeut muss sich dessen bewusst sein und u. U. aktiv dafür sorgen, dass die verschiedenen Ebenen auseinander gehalten werden.

## Literatur

- Aigner J C (2001) Der ferne Vater. Zur Psychoanalyse von Vater-Erfahrung, männlicher Entwicklung und negativem Oedipuskomplex. Psychosozial Verlag Giessen
- American Psychiatric Association (APA) (1980, deutsche Ausgabe 1984) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III). APA Washington DC, deutsch Beltz Verlag Weinheim
- American Psychiatric Association (APA) (1994, deutsche Ausgabe 1998) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV). APA Washington DC. Deutsche Bearbeitung von Saß H, Wittchen H U, Zaudig M, Houben I. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM IV. 2. , verbesserte Auflage Hogrefe Verlag Göttingen
- APA *siehe* American Psychiatric Association
- Assalian P, Assalian P, Wilchewski M, Coté H (1997) Do Children of Transsexuals also show Gender Dysphoria? Abstract XV Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association Symposium. Vancouver Canada. IJ Transgender  
www.symposium.com/ijt/hbigda/vancouver
- Asscheman H, Gooren L J G (1992) Hormone Treatment in Transsexuals. J Psychol Hum Sexual. 5, 39-54
- Balint M (1960) Angstlust und Regression. Beitrag zur psychologischen Typenlehre. Klett Stuttgart
- Becker H, Hartmann U (1994) Geschlechtsidentitätsstörungen und die Notwendigkeit der klinischen Perspektive. Ein Beitrag aus der psychiatrischen Praxis. Fortschr Neurol Psychiat. 62, 290-305
- Becker S, Bosinski H A G, Clement U, Eicher W, Goerlich T M, Hartmann U, Kockott G, Langer D, Preuss W F, Schmidt G, Springer A, Wille R (1997) Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. Abgedruckt u. a. in Z Sexualforsch 10, 147-156
- Becker S (1998) Es gibt kein richtiges Leben im Falschen. Antwort auf die Kritik an den „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“. Z Sexualforsch 11, 155-162
- Becker S, Berner W, Dannecker M, Richter-Appelt H (2001) Stellungnahme zur Anfrage des Ministeriums des Inneren (V 5a-133 115-1/1) vom 11. Dezember 2000 zur Revision des Transsexuellengesetzes. Z Sexualforsch. 14, 258-268
- Becker S (2002) Weibliche Perversion. Z Sexualforsch 15, 281-301
- Becker S (2003) On revient toujours à ses premiers amours: Zu „Angstlust und Regression“ von Michael Balint. Werkblatt 20 (Nr. 50) , 7-11
- Beier K, Bosinski H A G, Hartmann U, Loewit K (2001) Geschlechtsidentitätsstörungen. In: Beier K, Bosinski H A G, Hartmann U, Loewit K (2001) Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis. München Jena Urban&Fischer, 287-335
- Benedetti G (1981) Transsexualismus in der Sicht der Psychoanalyse. Prax Psychother Psychosom. 26, 183-189
- Bentler P M (1976) A typology of transsexualism. Gender identity theory and data. Arch sex Behav 6, 567-584
- Berner W (2001) Tendenzen in der Behandlung der funktionellen Sexualstörungen des Mannes. Z Sexualforsch 14, 316-335
- Blanchard R (1989 a) The classification and labeling of nonhomosexual gender dysphorias. Arch Sex Behav 18, 315-334
- Blanchard R (1989 b) The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria. J nerv mental disease 177, 616-623



- Blanchard R, Hucker S J (1991) Age, transvestism, bondage and concurrent paraphilic activities in 117 fatal cases of autoerotic asphyxia. *Br J Psychiatry* 159; 371-377
- Blanchard R (1993) Varieties of Autogynephilia and Their Relationship to Gender Dysphoria. *Arch Sex Behav.* 22, 241-251
- Boller N (2000) "Vom Geschlechtswechsel besessen". Ein Beitrag zur Psychoanalyse der Transsexualität. In: Dannecker M, Reiche R (Hrsg) *Sexualität und Gesellschaft. Festschrift für Volkmar Sigusch.* Campus Frankfurt New York, 97-110
- Bosinski H A G (1994) Zur Klassifikation von Geschlechtsidentitätsstörungen bei Männern. *Sexuologie* 4 (1) , 195-211
- Bosinski H A G (1996) Nosologie der Geschlechtsidentitätsstörungen – Historischer Hintergrund und aktuelle Klassifikationssysteme. *Sexuologie* 2 (3) , 92-105
- Bosinski H A G, Peter M, Bonatz G, Arndt R, Heidenreich M, Sippell W G, Wille R (1997) A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoendocrinology* 22, 361-380
- Bosinski H A G (2000 a) Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter. In: Lauth G W, Brack U, Linderkamp F (Hrsg) *Praxishandbuch: Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen.* Weinheim Beltz Psychologie Verlagsunion.
- Bosinski H A G (2000 b) Determinanten der Geschlechtsidentität. Neue Befunde zu einem alten Streit. *Sexualmedizin* 7 (2/3) , 96-140
- Boss M (1950/51 a) Erwiderung zum Bericht über mein Referat auf der 66. Wanderversammlung der südwestdeutschen Psychiater und Neurologen in Badenweiler. 1. Leitthema: Daseinsanalyse. *Psyche* 4, 394-400
- Boss M (1950/51 b) Schlusswort. *Psyche* 4, 635-640
- Bradley S J, Blanchard R, Coates S, Green R, Levine S, Meyer-Bahlburg H F L, Pauly I B, Zucker K J (1991) Interim Report of the DSM-IV Subcommittee on Gender Identity Disorders. *Arch Sex Behav.* 20: 333-343
- Brauckmann J (2002) *Die Wirklichkeit transsexueller Männer. Mannwerden und heterosexuelle Partnerschaften von Frau-zu-Mann-Transsexuellen.* Psychosozial Verlag Giessen
- Burzig G (1982) Der Psychoanalytiker und der transsexuelle Patient. Ein Beitrag zur notwendigen Auseinandersetzung mit „psycho“-chirurgischen Eingriffen an den Geschlechtsmerkmalen. *Psyche* 36, 848 – 857
- Brzek A, Sipova L (1983) Transsexuelle in Prag. *Sexualmedizin* 3, 110-112
- Chiland C (1997) *Changer de sexe.* Éditions Odile Jacob Paris
- Childs A (1977) Acute Psychosis in a Postoperative Transsexual. *Arch Sex Behav* 6, 37-44
- Chivers M L, Bailey J M (2000) Sexual orientation of female-to-male transsexuals: A comparison of homosexual and non-homosexual types. *Arch Sex Behav* 29, 259-278
- Clement U, Senf W (Hrsg.) (1996 a) *Transsexualität. Behandlung und Begutachtung.* Schattauer Stuttgart
- Clement U, Senf W (1996 b) Psychotherapie mit Transsexuellen: Ziele und Vorgehen. In: Clement U, Senf W (Hrsg.) (1996) *Transsexualität. Behandlung und Begutachtung.* Schattauer Stuttgart, 18-24
- Coates S (1990) Ontogenesis of boyhood gender identity disorder. *J Am Acad Psychoanal* 18, 414-438
- Cohen-Kettenis P T, Pfäfflin F (2003) *Transgenderism and Intersexuality in Childhood and Adolescence: Making Choices.* Developmental Clinical Psychology and Psychiatry Vol. 46. Sage Publications Thousand Oakes London New Dheli
- Coleman E, Bockting W O, Gooren L (1993) Homosexual and Bisexual Identity in Sex-Reassigned Female-To-Male Transsexuals. *Arch Sex Behav.* 22, 37-50
- Dekker R, van de Pol L (1990) *Frauen in Männerkleidern. Weibliche Transvestiten und ihre Geschichte.* Wagenbach Berlin

- Désirat K (1985) Die transsexuelle Frau. Beiträge zur Sexualforschung, Bd. 60, Enke Stuttgart.
- Devor H (1989) Gender blending. Confronting the limits of duality. Indiana University Press  
Bloomington
- Devor H (1994) Transsexualism, Dissociation and Child Abuse: An Initial Discussion Based on Nonclinical Data. *J Psychol Hum Sexuality* 6, 49-72
- Dickey R, Stephens J (1995) Female-to-Male-Transsexualism, Heterosexual Type: Two Cases. *Arch Sex Behav* 24, 439-445
- Diederichs P (1991) On the Wish to Become an „Admired” Child: Psychoanalytical aspects of Man-to-Woman Transsexuality. In: Richter D, Bitzer J, Nijs (Hrsg. ) *Advanced psychosomatic Research in Obstetrics and Gynecology*, Springer Berlin Heidelberg, 117-125
- Diederichs P (1999) Transsexualität: Über einen Fall von Rückumwandlung. *Sexuologie* 6 (2), 99-105
- Doorn C D, Poortinga J, Verschoor A M (1994) Cross-Gender Identity in Transvestites and Male Transsexuals. *Arch Sex Behav* 23, 185-201
- DSM IV *siehe* American Psychiatric Association
- Düring S (2001) Probleme der weiblichen Entwicklung. In: Sigusch V (Hrsg) (2001) *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage, Georg Thieme Verlag Stuttgart New York, 53-65
- Eber M (1980) Gender Identity Conflicts in Male Transsexualism. *Bull Menninger Clinic* 44, 31-38
- Eicher W (1992): *Transsexualismus. Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechtsumwandlung*. 2. Auflage. Gustav Fischer Stuttgart
- Eicher W (1996) Transformationsoperationen. In: Clement U, Senf W. (1996) , 58-63
- Ekins R, King D (1996) *Blending genders. Social aspects of cross-dressing and sex-changing*. Routledge London
- Erikson E H (1968) *Jugend und Krise. Die Psychodynamik im sozialen Wandel*. Klett Stuttgart 1970
- Fahrner E-M, Kockott G, Duran G (1987) Die psychosoziale Integration operierter Transsexueller. *Nervenarzt* 58, 340-348
- Fisk N M (1973) Gender dysphoria syndrome (the how, what and why of a disease). In: Laub D R, Gandy P (Hrsg) *Proceedings of the 2<sup>nd</sup> Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome*. Stanford University Press, 7-14
- Freud S (1905) *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. *GW V*, 27-145, London Imago
- Freund K, Steiner B W, Chan S (1982) Two Types of Cross-Gender-Identity. *Arch Sex Behav* 11, 49-63
- Futterweit W, Weiss R A, Fagerstrom R M (1986) Endocrine evaluation of 40 female-to-male transsexuals: Increased frequency of polycystic disease in female transsexualism. *Arch Sex Behav* 15, 69-78
- Futterweit W (1998) Endocrine therapy of transsexualism and potential complications of long-term treatment. *Arch Sex Behav* 27, 209-226. deutsche Fassung: *Z Sexualforsch* 2001: 14, 113-129
- Garrels L, Kockott G, Preuss W, Renter K, Schmidt G, Sigusch V, Windgassen K (2000) Sex ratio of transsexuals in Germany: the development over the decades. *Acta Psychiatr Scand*. 102: 445-448
- Godlewski G (1988) Transsexualism and anatomic sex : Ratio reversal in Poland. *Arch Sex Behav*. 17, 547-549

- Green R (1978) Sexual Identity of 37 Children Raised by Homosexual or Transsexual Parents. *Am J Psychiatry* 135, 692-697
- Green R (1987 a) Gender Identity in Childhood and Later Sex Orientation: Follow-Up of 78 Males. *Am J Psychiatry* 142, 339-341
- Green R (1987 b) *The Sissy Boy Syndrome in the Development of Homosexuality*. Yale university Press New Haven London
- Green R (1998) *Transsexuals' Children*.  
IJT 2, 4 <http://www.symposium.com/ijt/ijtvo0601.htm>
- Greenson R (1968) Die Beendigung der Identifizierung mit der Mutter und ihre besondere Bedeutung für den Jungen. In: Greenson R (1982) *Psychoanalytische Erkundungen*. Stuttgart Klett-Cotta
- Grossmann T (2002) Praehomosexuelle Kindheiten. *Z Sexualforsch* 15, 98-119
- Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA) *siehe* Meyer J K et al 2001
- Hartmann U, Becker H (2002) *Störungen der Geschlechtsidentität. Ursachen, Verlauf, Therapie*. Springer Wien New York
- Herdt G (Hrsg) (1994) *Third Sex, Third Gender. Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*. Zone Books New York
- Hertoft P, Sörensen T (1979) Transsexuality: Some remarks Based on Clinical Experience. In: *Sex, Hormones and Behavior*. Ciba Foundation Symposium 62, Excerpta Medica Amsterdam Oxford New York, 165-181
- Hertrampf H (1999) Phantastisch: der gleiche Mensch, nur ein anderes Geschlecht. Aus der Psychotherapie mit einem jugendlichen Frau-zu-Mann Transsexuellen. *Z Sexualforsch* 12, 330-349
- Hiort O, Reinecke S, Richter-Appelt H, Holterhus P-M, Thyen U (2001) Diagnostik und Behandlungsansätze bei Intersexualität. *Pädiatr Praxis* 60, 617-628
- Hirschauer S (1993) *Die soziale Konstruktion der Transsexualität*. Suhrkamp Frankfurt
- Hirschauer S (1997) Über szientistische Tarnungen medizinischer Zuständigkeitsprobleme. *Z Sexualforsch* 10, 332-338
- Hirschfeld M (1923) Die intersexuelle Konstitution. *Jahrb f sex Zwischenstufen* 23, 3-27
- Hirschfeld M (1926) Ein Transvestit. In: Levy-Lenz L (Hrsg.) *Sexualkatastrophen*. Payne Leipzig, 6-18
- ICD *siehe* Weltgesundheitsorganisation
- Jansen P L (1984) Zum transsexuellen Symptom in einem Partnerarrangement-Nur ein Fall? *Psychoth med Psychol*. 34, 76-80
- Kamermans, J (1992) *Mythos Geschlechtswandel. Transsexualität und Homosexualität*. Hamburg edition hathor
- Kamermans, J (1995) *Künstliche Geschlechter: Nirwana oder Götterdämmerung?* Hamburg edition hathor
- Kavanaugh J, Volkan V D (1978) Transsexualism and a New Type of Psychosurgery. *Int J Psychoanal Psychoth*. 7,366-372
- Kestenberg J (1968) Aussen und Innen, männlich und weiblich. *Jahrb Psychoanal* (1993) 31, 151-188 (Teil I) und (1994) 32, 40-73 (Teil II)

- Kockott G, Fahrner E-M (1987) Transsexuals Who Have Not Undergone Surgery: A Follow-Up Study. *Arch Sex Behav* 16, 511-522
- Kockott G, Fahrner E-M (1988) Male-to-Female and Female-to-Male Transsexuals: A Comparison. *Arch Sex Behav.* 17, 539-546
- Kockott G (1996) Die klinische Koordination der Behandlung und Begutachtung. In: Clement U, Senf W (1996), 8-17
- Krafft-Ebing R v (1886 1. Auflage, 1894 9. Auflage, 1918 15. Auflage) *Psychopathia Sexualis*. Enke Stuttgart
- Kraus A (1971) Transvestitismus und Psychose. *Nervenarzt* 42, 623-632
- Küchenhoff B (1988) Transsexualismus als Symptom einer Persönlichkeitsstörung und seine Behandlung. *Nervenarzt* 59, 734-738
- Kuiper A J, Cohen-Kettenis P T (1998) Gender Role Reversal among Postoperative Transsexuals. *IJT* 2 <http://www.symposium.com/ijt/ijtc0502.htm>
- Lang S (1991) Männer als Frauen – Frauen als Männer. Geschlechtsrollenwechsel bei den Indianern Nordamerikas. Wayasabah Hamburg
- Lang S (1995) Two-Spirit People. Geschlechterkonstruktionen und homosexuelle Identitäten. *Z Sexualforsch.* 8, 295-328
- Langer D (1985) Der Transsexuelle: Eine Herausforderung für Kooperation zwischen psychologischer und chirurgischer Medizin. *Fortschr Neurol Psychiat.* 53, 67-85
- Langer D (1995) Psychiatrische Gedanken zur Verselbständigung des Prozesses der Geschlechtsumwandlung und zur Rolle der Begutachtung. *Sexuologie* 3 (2), 263-275
- Laplanche J (1988) Die allgemeine Verführungstheorie. Tübingen edition diskord
- Laszig P, Knauss W, Clement U (1995) Psychotherapeutische Begleitung einer transsexuellen Entwicklung. *Z Sexualforsch.* 8, 24-38
- Levine S (1992) Gender Identity Disorders. In: Levine S (Hrsg) *Sexual Life*. Plenum New York 180-201
- Levine S B (1993) Gender-Disturbed Males. *Journal of Sex & Marital Therapy* 19, 131-141
- Limentani A (1979): The Significance of transsexualism in relation to some basic psychoanalytic concepts. *Int Rev Psycho-Anal.* 6, 139-153. Deutsche Fassung: Die Bedeutung des Transsexualismus für einige grundlegende psychoanalytische Konzepte. In: Limentani A (1993) *Zwischen Anna Freud und Melanie Klein. Für eine Integration zweier kontroverser Ansätze*. Stuttgart Klett-Cotta, 152-176
- Lindemann G (1993): Das paradoxe Geschlecht. Transsexualität im Spannungsfeld von Körper, Leib und Gefühl. Suhrkamp Frankfurt
- Lindemann G (1997) Wieviel Ordnung muss sein? *Z sexualforsch* 10, 324-331
- Lothstein L M (1977) Psychotherapy With Patients with Gender Dysphoria Syndromes. *Bull Menninger Clin.* 41, 563-582

- Lothstein L M (1979 a) Psychodynamics and Sociodynamics of Gender-Dysphoric States. *Am J Psychoth.* 33, 214-238
- Lothstein L M (1979 b) The Aging Gender Dysphoria (Transsexual) Patient. *Arch Sex Behav* 8, 431-444
- Lothstein L M (1980) The Postsurgical Transsexual: Empirical and Theoretical Considerations. *Arch Sex Behav* 9, 547-563
- Lothstein L M, Levine S B (1981) Expressive Psychotherapy With Gender Dysphoric Patients. *Arch Gen Psychiatry* 38, 924-929
- Lothstein L M. (1983) *Female-to-Male Transsexualism. Historical, Clinical and Theoretical Issues.* Routledge&Kegan Paul Boston
- Lothstein L M (1984) Psychological Testing with Transsexuals. A 30-Year Review. *J Pers Assess* 48, 500-507
- Mätzler K (1998) Schnelle Reparatur oder ausführliche Durcharbeitung? Über grundsätzliche Schwierigkeiten bei der Behandlung sexueller Störungen. In: *Sexualberatungstelle Salzburg (Hrsg) Trieb, Hemmung, Begehren. Psychoanalyse und Sexualität.* Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen, 81-99
- Mahler M S (1975) Rebuttal of R. Stoller's paper "Healthy parental influences on the earliest development of masculinity in baby boys". *Psychoanal Forum* 5, 234-240
- Mahler M S, Pine F, Bergmann A (1978) *Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation.* Fischer Verlag Frankfurt
- May R (1991) Männlichkeit aus psychoanalytischer Sicht. In: Friedman R M, Lerner L (Hrsg) (1991) *Zur Psychoanalyse des Mannes.* Springer Heidelberg New York etc. , 171-190
- Mertens W (1994 a) *Entwicklung der Psychosexualität und der der Geschlechtsidentität Band 1: Geburt bis 4. Lebensjahr.* Kohlhammer Verlag Stuttgart Berlin Köln
- Mertens W (1994 b) *Entwicklung der Psychosexualität und der der Geschlechtsidentität Band 2: Kindheit und Adoleszenz.* Kohlhammer Verlag Stuttgart Berlin Köln
- Meyenburg B. (1992): Aus der Psychotherapie eines transsexuellen Patienten. *Z Sexualforsch.* 5, 95-110
- Meyenburg B (2001) Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter. In: Sigusch V (Hrsg) (2001) *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage,* Georg Thieme Verlag Stuttgart New York, 538-553
- Meyer J K (1974) Clinical Variants Among Applicants for Sex Reassignment. *Arch Sex Behav.* 3, 527-558
- Meyer J K (1982) The Theory of Gender Disorders. *J Am Psychoanal Assoc.* 30, 381-418
- Meyer W, Bockting W O, Cohen-Kettenis P T, Coleman E, Di Ceglie D, Devor H, Gooren L J G, Hage J J, Kirk S, Kuiper A J, Laub D, Lawrence A, Menard Y, Patton J, Schaefer L, Webb A, & Wheeler C C (2001) Standards of Care for Gender identity Disorders of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (6 th ed IJT <http://www.symposium.com/ijt/soc2001/index/htm>).
- Mitscherlich A (1950/51) 66. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Psychiater und Neurologen, Badenweiler, 2./3. Juni 1950. I. Erstes Leitthema: Daseinsanalyse. *Psyche* 4, 226-234.
- Mitscherlich A, Bally G, Binder H, Binswanger L, Bleuler M, Brun R, Dührssen A, Gollner W E, Jores A, Jung, C G, Kranz H, Kemper W, Meng H, Mohr F, Müller M, Schult-

- Henke H, Seitz W, Stachelin J E, Steck H, von Weizsäcker V (1950/51 a): Rundfrage über ein Referat auf der 66. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Psychiater und Neurologen in Badenweiler. *Psyche* 4, 448-477.
- Mitscherlich A, Georgi F, Göppert H, Gundert H, Mauz F, Zutt J, Boss M (1950/51 b): Rundfrage über ein Referat auf der 66. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Psychiater und Neurologen in Badenweiler. *Psyche* 4, 626 – 640.
- Money J (1994) Zur Geschichte des Konzepts Gender Identity Disorder *Z Sexualforsch.* 7, 20-34
- Money J, Russo A J (1979) Homosexual outcome of discordant gender identity/role: Longitudinal follow-up. *J of Pediatric Psychology* 4, 29-41
- More S D (1998) The Pregnant Man – An Oxymoron? *J Gender Studies* 7, 319-328
- Morgenthaler F (1974) Die Stellung der Perversion in Metapsychologie und Technik. *Psyche* 28, 1077-1098
- Oppenheimer A (1991) The wish of change: A challenge to psychoanalysis. *Int J Psychoanal.* 72, 221-231
- Osburg S, Weitze C (1993) Betrachtungen über 10 Jahre Transsexuellengesetz.
- Pauly I B (1969) Adult Manifestations of Female Transsexualism. In: Green R, Money J (Hrsg) *Transsexualism and Sex Reassignment*. John Hopkins Baltimore, 59-87
- Pauly I B (1974 a) Female Transsexualism: Part I. *Arch Sex Behav* 3, 487-507
- Pauly I B (1974 b) Female Transsexualism: Part II. *Arch Sex Behav* 3, 509-526
- Person E, Ovesey L (1974 a) The Transsexual Syndrome in Males. I. Primary Transsexualism. *Am J Psychother.* 28, 4-20
- Person E, Ovesey L (1974 b) The Transsexual Syndrome in Males. II. Secondary Transsexualism. *Am J Psychother.* 28, 174-193
- Person E, Ovesey L (1993) Psychoanalytische Theorien der Geschlechtsidentität. *Psyche* 47, 505-529
- Petersen M E, Dickey R (1995) Surgical sex reassignment. A comparative survey of international centers. *Arch Sex Behav.* 24, 135-156
- Pfäfflin F (1983) Probleme der psychotherapeutischen Behandlung transsexueller Patienten. *Psychother med Psychol.* 33, 89-92.
- Pfäfflin F (1992) Regrets After Sex Reassignment Surgery. *J Psychol Hum Sexual.* 5, 69-85
- Pfäfflin F, Junge A (1992) *Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität.* Schattauer Stuttgart New York
- Pfäfflin F (1993) *Transsexualität. Beiträge zur Psychopathologie, Psychodynamik und zum Verlauf.* Enke Stuttgart
- Pfäfflin F (1994) Zur transsexuellen Abwehr. *Psyche* 48, 904-931
- Pfäfflin F (1996 a) Therapeut-Patient-Beziehung. In: Clement U, Senf W (1996), 24-34
- Pfäfflin F (1996 b) Indikation und Überweisung zur hormonellen und chirurgischen Behandlung, Kostenübernahmeanträge. . In: Clement U, Senf W (1996), 35-47
- Pfäfflin F (1997) Klinische Aspekte der Transsexualität. In: Buchheim P, Cierpka M, Seifert Th (Hrsg. ) *Sexualität zwischen Phantasie und Realität.* Springer Berlin heidelberg New York, 132-148
- Pfäfflin F (2003) Anmerkungen zum Begriff der Geschlechtsidentität. *Psychodynamische Psychotherapie* 2, 141-153

- Preuss W (1999) die Aufgabe der Psychotherapie bei der Behandlung der Transsexualität. *Psychotherapeut* 5, 300-306
- Prince V (1978) Transsexuals and Pseudotranssexuals. *Arch Sex Behav.* 7, 263-272
- Quinodoz D (1998) A Fe/Male Transsexual Patient in Psychoanalysis. *Int J Psycho-Anal.* 79, 95-111; deutsch: (1999) Ein/e transsexuelle/r Patient/in in Psychoanalyse. *Z Sexualforsch.* 12, 287-307
- Rachlin K (2002) Transgender Individuals` Experiences of Psychotherapy. *IJT* 6, 1, [http://www.symposium.com/ijt/ijtvo06no01\\_03.htm](http://www.symposium.com/ijt/ijtvo06no01_03.htm)
- Reiche R (1984) Sexualität, Identität, Transsexualität. *Beiträge zur Sexualforschung* 59, 51-64
- Reiche R (1997) Gender ohne Sex. Geschichte, Funktion und Funktionswandel des Begriffs „Gender“. *Psyche* 51, 926 – 957
- Rose A (1992) Verhaltenstherapeutische Behandlung eines Mann-zu-Frau-Transsexuellen. *Verhaltenstherapie* 2, 48-54
- Schiffels W (1997) Ein wenig Ordnung hilft weiter. *Z Sexualforsch* 10, 339-341
- Schmauch U (2001) Probleme der männlichen sexuellen Entwicklung. In: Sigusch V (Hrsg) (2001) *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage*, Georg Thieme Verlag Stuttgart New York, 66-78
- Schmidt G (2000) Sexualwissenschaft. In: von Braun C, Stephan I (Hrsg) *Gender Studien. Eine Einführung*. Stuttgart Weimar Metzler, 180-192
- Schorsch E (1974) Phänomenologie der Transsexualität. *Therapie: Geschlechtsumwandlung ohne Alternative. Sexualmedizin* 3, 195-198
- Schwöbel G (1960) Ein transvestitischer Mensch, die Bedeutung seiner Störungen und sein Wandel in der Psychoanalyse. *Schweiz Arch Neurol Psychiat.* 86, 358-382
- Seikowski K (1997) Keine Patienten im klassischen Sinn. *Z Sexualkforsch* 10, 351-353
- Sigusch V, Meyenburg B, Reiche R (1979) Transsexualität. In: Sigusch V (Hrsg) *Sexualität und Medizin*. Kiepenheuer & Witsch Köln, 15-22, 107-116, 191-192, 249-311
- Sigusch V, Reiche R (1980): Die Untersuchung und Behandlung transsexueller Patienten. In: Sigusch V (Hrsg.) *Therapie sexueller Störungen, 2. Auflage*. Stuttgart. 293-326.
- Sigusch V (1991 a) Die Transsexuellen und unser nosomorpher Blick. Teil I: Zur Enttotalisierung des Transsexualismus. *Z Sexualforsch.* 4, 225-256
- Sigusch V (1991 b) Die Transsexuellen und unser nosomorpher Blick. Teil II: Zur Entpathologisierung des Transsexualismus. *Z Sexualforsch.* 4, 309-343
- Sigusch V (1994) Leitymptome transsexueller Entwicklungen. Wandel und Revision. *Dtsch Ärztebl.* 91, A-1455-1458
- Sigusch V (2001) Transsexuelle Entwicklungen. In: Sigusch V (Hrsg) (2001) *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage*, Georg Thieme Verlag Stuttgart New York, 554-592
- Slabbekoorn D, van Goozen S H M, Gooren L J G, Cohen-Kettenis, P T C (2001) Effects of Cross-Sex Hormone Treatment on Emotionality in Transsexuals. *IJT* 5, [http://www.symposium.com/ijt/ijtvo05no03\\_02.htm](http://www.symposium.com/ijt/ijtvo05no03_02.htm)
- Socarides C W (1970) A Psychoanalytic Study of the Desire for sexual Transformation (Transsexualism): The Plaster-of-Paris Man. *Int J Psychoanal* 51, 341-349
- Sörensen T, Hertoft P (1980) Transsexuality as a Nosologied Unity in Men and Women. *Acta Pschiatr Scand* 61. 135-151
- Springer A (1981) Pathologie der geschlechtlichen Identität. *Transsexualismus und Homosexualität. Theorie, Klinik, Therapie*. Wien New York Springer
- Springer A (1999) Die Bedeutung der Differentialdiagnostik für den Umgang mit Störungen der geschlechtlichen Identität. *Erstes österreichisches interdisziplinäres Symposium „Transsexualismus“* Wien 26. /27. 2. 1999 Referateband, 19-29
- Stoller R (1968) *Sex and Gender*. London Hogarth Press

- Thomä H (1957) Männlicher Transvestitismus und das Verlangen nach Geschlechtsumwandlung. *Psyche* 11, 81-124
- Transidentitas e. V. (1997) Mehr Selbstbestimmung für transidentische Männer und Frauen! *Z Sexualforsch* 10, 342-350
- Trautner H M (1991) Lehrbuch der Entwicklungspsychologie Bd. 2. Hogrefe Verlag Göttingen
- Uhlmann E (2002) Väterliche Phantasmen im weiblichen Selbst. *Z psychoanal Praxis* 17, 31-48
- Volkan V, Berent S (1976) Psychiatric Aspects of Surgical Treatment for Problems of Sexual Identification (Transsexualism). In: Howells J E (Hrsg) *Modern Perspectives in the Psychiatric Aspects of Surgery*. Brunner & Mazel New York, 447-467
- Weltgesundheitsorganisation (Hrsg) (1978) *International Classification of Diseases ICD 9*. Deutsche Übersetzung: Degwitz R, Helmchen H, Kockott G, Mombour W (Hrsg) (1980) *ICD 9. Diagnoseschlüssel und Glossar Psychiatrischer Krankheiten*. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York
- Weltgesundheitsorganisation (Hrsg) (1990) *International Classification of Diseases ICD 10*. Deutsche Übersetzung: Dilling H, Mombour W, Schmidt M H. (1991). *Weltgesundheitsorganisation Internationale Klassifikation Psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Hans Huber Verlag Bern Göttingen Toronto
- Will M R (1992) ".....ein Leiden mit dem Recht". Zur Namens- und Geschlechtsänderung bei transsexuellen Menschen in Europa. In: Pfäfflin F und Junge A 1992, 113-147
- Winnicott D W (1960) Ich-Verzerrung in Form des wahren und falschen Selbst. In : Winnicott D W (1974) *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Kindler München, 182-199
- Winnicott D W (1965) Die Ziele der psychoanalytischen Behandlung. In: Winnicott D W (1974) *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Kindler München, 217-222
- Zucker K J, Bradley S J, Sullivan L (1992) Gender Identity Disorder in Children. *Ann Rev Sex Res* 3, 73-120
- Zucker K J, Bradley S J (1995) *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. New York London Guilford Press

**ra**