

SOPHINETTE BECKER, FRANKFURT

Transsexualität – Geschlechtsidentitätsstörung – Geschlechtsdysphorie

Diagnostik, Psychotherapie und Indikation zur somatischen Behandlung

Die Bezeichnung Transsexualität/Transsexualismus für Menschen, die unter ihrem biologisch gegebenen Geschlecht leiden und sich dem anderen Geschlecht zugehörig fühlen, setzte sich erst mit dem Aufkommen „geschlechtsumwandelnder“ Operationen ab den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts durch. In die beiden relevanten internationalen Klassifikationssysteme ICD und DSM wurde Transsexualität als distinkte diagnostische Kategorie (in Abgrenzung vom Transvestitismus) erstmals vor etwas mehr als 3 Jahrzehnten aufgenommen¹ (ICD 9, Weltgesundheitsorganisation WHO 1978; DSM-III, American Psychiatric Association APA 1980).

Bis Anfang der 90er Jahre dominierte die Vorstellung von den „echten“ (vermeintlich gut abgrenzbaren) Transsexuellen mit einer „eindeutig transponierten Geschlechtsidentität“, die „nur“ im falschen Körper steckten und ansonsten „ganz“ Mann oder Frau seien.² Diese auf das Leiden der Betroffenen an ihrem Körper fokussierende Konstruktion (Hirschauer 1993) diente der Legitimation der irreversiblen somatischen Eingriffe und versprach eine gewisse Erfolgsgarantie durch sorgfältige Auswahl der „geeigneten“ KandidatInnen. Sie versperrte allerdings den Blick auf die Vielfalt transsexueller Entwicklungen und war mit einer sich selbst ad absurdum führenden automatischen Kopplung von Diagnose und Behandlungsindikation verbunden, die im Sinne eines Zirkelschlusses bedeutete: Transsexuell ist, wer anhaltend und überzeugend „geschlechtsumwandelnde“ Operationen anstrebt – liegt eine Transsexualität vor, sind „geschlechtsumwandelnde“ Operationen indiziert. Seit längerem besteht dagegen unter ExpertInnen Konsens darüber, dass Transsexualität keine Krankheitseinheit ist, sondern dass der transsexuelle Wunsch sich (früher oder später) im Verlauf ganz unterschiedlicher psychischer und/oder psychopathologischer Entwicklungen

organisiert, deren gemeinsame Charakteristika die Geschlechtsdysphorie (das Unbehagen am körperlich gegebenen Geschlecht) und der Wunsch nach einem Leben im anderen Geschlecht sind.

TRANSSEXUELLE VIELFALT

Viele der Probleme im diagnostischen und therapeutischen Umgang mit transsexuellen PatientInnen wurden reflektiert. 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 20 Jahren zeichnete sich eine Trendwende ab, mit der zweierlei einherging:

- die Entkopplung der Diagnose Transsexualität bzw. des sozialen Geschlechtswechsels von der Indikation zu geschlechtstransformierenden Operationen; diese Entwicklung zeigt sich auch auf der gesellschaftlichen Ebene und wurde von der Rechtsprechung aufgenommen (Becker et al. 2001; Becker 2006; Augstein in diesem Heft)
- das Aufgeben der nosologischen Entität Transsexualität zugunsten einer Vielfalt von Geschlechtsidentitätsstörungen/

transsexuellen Entwicklungen mit entsprechend vielfältigen „Lösungswegen“, die von einem Leben im anderen Geschlecht ohne somatische Maßnahmen über hormonelle Behandlung bis hin zur weitgehenden operativen Geschlechtstransformierung bzw. Angleichung reichen können.

Dieser nosologische Richtungswechsel fand Eingang in die letzten Fassungen des Diagnostischen und Statistischen Manuals (DSM-IV und DSM-IV-TR der APA 1994 und 2000), nicht jedoch in die derzeit gültige Fassung der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1991) herausgegebenen „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10).

NORMVARIANTE?

In den letzten Jahren ist zum einen eine wachsende Tendenz zur „Entpathologisierung“ der Transsexualität zu beobachten, zum anderen nimmt die Kritik an einer starren zweigeschlechtlichen Ordnung (Mann oder Frau) und am dichotomen Konzept sexueller Orientierungen (heterosexuell oder homosexuell) zu.³ Vor allem Betroffene, aber auch ExpertInnen (im deutschen Sprachraum z.B. Rauchfleisch 2009) forderten, Transsexualität gar nicht mehr als psychische „Störung“, sondern als gesunde „Normvarian-

te“ anzusehen⁴ und deshalb ganz aus den Klassifikationssystemen ICD und DSM herauszunehmen.⁵ Das Europäische Parlament verabschiedete 2011 eine Resolution, in der die „De-Psychiatisierung“ der Transsexualität und der „freie Zugang“ zu somatischen Maßnahmen gefordert wurde. In Deutschland gibt es eine Initiative, die den Schutz sexueller und geschlechtlicher Identitäten im Grundgesetz verankern will (vgl. Pfäfflin 2010). Manche leiten daraus ein Menschenrecht auf somatische Behandlungen ab.

MULTIFAKTORIELLE ÄTIOLOGIE

In jüngster Zeit geht die Forderung nach „Entpathologisierung“ der Transsexualität zunehmend einher mit der Behauptung einer vorgeburtlich gegebenen, ausschließlich (neuro-) biologischen Ätiologie (Transsexualität als Neuro-Intersexualität⁶: „angeborenes Hirngeschlecht“), die allerdings empirisch so wenig gesichert ist wie alle verallgemeinernden, monokausalen (somatischen oder psychischen) ätiologischen Hypothesen zuvor. (vgl. Meyer-Balburg 2010 und Cohen-Kettenis 2007). Auch in Bezug auf die Entwicklung der „normalen“ (d.h. mit dem biologischen Geschlecht kongruenten) Geschlechtsidentität⁷ und in Bezug auf die sexuelle Orientierung⁸ (und in Bezug auf deren Verschränkung⁹) wissen wir noch ziemlich wenig über die strukturellen Interdependenzen biologischer, psychosexueller und sozial-kultureller Faktoren. Zudem ist das, was eine Gesellschaft als „Mann“ und „Frau“ („Männlichkeiten“ und „Weiblichkeiten“) definiert bzw. kulturell „zulässt“, einem ständigen Wandel unterworfen – was sich auch wieder auf die Erscheinungsformen des Geschlechtswechsels auswirkt.

Schon aufgrund der Vielfalt transsexueller Entwicklungen macht eine monokausale Ätiologie keinen Sinn. Zudem sind

die bisherigen Ergebnisse neurobiologischer Transsexualitäts-Forschung keineswegs einheitlich und eindeutig; im wesentlichen laufen sie darauf hinaus, dass es biologische Mit-Faktoren für geschlechts-untypisches Verhalten gibt – was aber nicht bedeutet, dass dieses zu einer transsexuellen Entwicklung führen muss.

Angesichts des großen (und wachsenden) Spektrums an „gender variants“¹⁰ und „gender identity variants“ besteht nosologisch-diagnostisch ein echtes Dilemma (vgl. Meyer-Balburg 2010, Cohen-Kettenis und Pfäfflin 2010), werden dichotome Konzepte immer untauglicher und sind die Grenzen zwischen „normal“ und „gestört“ in der Tat oft schwer zu ziehen. Entsprechend erfassen alle (neuen und alten) Bezeichnungen für das transsexuelle Phänomen immer nur einen Teil der komplexen Wirklichkeit (Tab. 1).

NEUE TRENDS

Für Mai 2012 ist eine Revision des DSM (DSM-5) angekündigt.¹¹ Die kontroversen Diskussionen im Vorfeld der Revision offenbarten die Probleme einer angemessenen Konzeptualisierung transsexueller Entwicklungen in der heutigen Zeit. Die geplante Revision (letzte Aktualisierung durch die APA: Mai 2011) versucht einen Spagat, d.h. sie trägt der „Entpathologisierung“ der Transsexualität insofern Rechnung, als sie das Leiden am biologisch gegebenen Geschlecht in den Vordergrund stellt; zugleich sichert sie die Krankheitswertigkeit, ohne die eine Finanzierung der somatischen Behandlungen durch die Krankenkassen gefährdet wäre¹²: Ursprünglich sollte die Diagnose jetzt „Geschlechtsinkongruenz“ (statt Geschlechtsidentitätsstörung) heißen, was im Verlauf jedoch¹³ zugunsten von „Geschlechtsdysphorie“ aufgegeben wurde; zudem ist nun nicht mehr die Rede von dem Wunsch, *dem* anderen,

Begriffe/Bezeichnungen

Transsexualität/Transsexualismus

weiterhin gebräuchlichste Bezeichnung, die allerdings zu automatisch an die Indikation zu somatischen Behandlungen gebunden ist (ICD)

Transgender

betont (ebenso wie **Transidentität**), dass es um ein Problem der Identität und nicht der Sexualität geht, wobei Transgender in sehr verschiedenen Bedeutungen benutzt wird: Als wertfreie Bezeichnung für unübliche Geschlechtsidentitäten, als Bezeichnung für GeschlechtswechslerInnen, die keine somatischen Behandlungen anstreben u.v.m.

Geschlechtsidentitätsstörung

DSM IV und DSM IV-TR

Geschlechtsdysphorie

voraussichtlich neue Diagnose im DSM 5; Diagnose in den Standards of care der WPATH

Geschlechtsinkongruenz

verworfenen Diagnose im DSM 5, die jedoch als deskriptive Bezeichnung im Text verwendet wird

gender variants (Geschlechtsvarianten)/gender identity variants (Geschlechtsidentitätsvarianten)

bezeichnen das ganze Spektrum unüblicher Geschlechts- bzw. Geschlechtsidentitäts-Versionen

Transmänner/Transfrauen

bezieht sich auf die Identität im empfundenen (Wunsch-) Geschlecht

Tab. 1

sondern *einem* anderen Geschlecht anzugehören; auch werden die Zusatzkodierungen „sexuelle Orientierung“ und „Verlaufsformen“ (bei biologischen Männern) aufgegeben und Intersexualität (somatisch bedingte „Störungen der Geschlechtsentwicklung“/„DSD“) wird nicht mehr als Ausschlussdiagnose definiert. Auch dieser Kompromiss „Geschlechtsdysphorie“ wird seine Tauglichkeit für die Praxis erst erweisen müssen.

JUGENDLICHE TRANSSEXUELLE

Seit einigen Jahren werden auch in Deutschland „transsexuelle“ Kinder/Jugendliche mit pubertätsblockierenden

Hauptverlaufsformen transsexueller Entwicklungen bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen (FM-TS)		
Gruppe 1 „depressiv-abhängig“	Gruppe 2 „forciert-autonom“	Gruppe 3 schwer traumatisiert/Borderline
in der Kindheit eher diffuse Selbstverständlichkeit als Junge	in der Kindheit bereits bewusste Überzeugung, ein Junge zu sein	in der Kindheit Überwiegen des Gefühls, kein Mädchen sein zu wollen
depressive Verarbeitung der Pubertät (oft: Adipositas und/oder sozial unauffällige Alkoholabhängigkeit)	Verleugnung/Ignorieren der Pubertät	„lärmende“ Symptomatik in der Pubertät (z.B. Selbstverletzung, Bulimie, Drogenmissbrauch, dissoziales Verhalten)
==> sozialer Rückzug	==> oft weiter als Junge erfolgreich, auch wenn ihr biologisches Geschlecht bekannt ist	
==> Verlust der narzisstischen Besetzung und Abkapselung des männlichen Selbstbildes	==> männliches Selbstbild bleibt relativ stabil (unbeschädigt) erhalten	viele negative Erfahrungen als Mädchen (z.T. sexuelle Traumatisierung) und wenig positive als Junge
==> Außendarstellung als Neutrum	==> Außendarstellung überwiegend als Junge	
heimliches Verlieben, aber seltener frühe Beziehungen zu Mädchen (die von außen als „lesbisch“ bewertet werden)	oft frühe Beziehungen zu Mädchen, die von den Partnerinnen als heterosexuell bewertet werden	autodestruktive Beziehungen zu Männern oder maligne Abhängigkeitsbeziehungen zu Frauen
massiven Verlustängste bei Autonomiebestrebungen	forcierte Autonomieentwicklung, Abwehr passiver Bedürfnisse	
geheimes „zweites Ich“ ohne soziale Erfahrungen und zunächst nicht erkennbar	narzisstisch besetztes männliches Selbstbild mit sozialen Erfahrungen	männliches „Größen“-Selbstbild; anfangs dominiert Wunsch nach Vernichtung des Weiblichen fast immer Borderline-Struktur

Tab. 2

Hormonen behandelt (derzeit ca. 100, Tendenz zunehmend), was unter ExpertInnen nach wie vor kontrovers diskutiert wird – wie zuletzt an dem Fall des/der 11-jährigen „Alex“ aus Berlin deutlich wurde, bei dem die ExpertInnen Diagnosen von „eindeutige Transsexualität“ bis zu „Münchhausen bei proxy“ erreichten. Während die BefürworterInnen der Behandlung mit pubertätsblockierenden Hormonen vor allem betonen, dass dadurch das Leben der Betroffenen im Identitätsgeschlecht erheblich erleichtert werde, halten die KritikerInnen

die Kinder/Jugendlichen für noch nicht ausreichend entscheidungsfähig (und die langfristigen somatischen und psychischen Folgen der Behandlung für zu riskant und ungeklärt) und plädieren (bis zum Erreichen einer ausreichenden Entscheidungsfähigkeit) für nicht-somatische Maßnahmen – von der Erleichterung des sozialen Lebens/Ausprobierens im Wunschgeschlecht über die Eröffnung von „Möglichkeitsräumen“ innerhalb einer Psychotherapie (vgl. Schlich 2009) bis hin zu verhaltenstherapeutischen „Umstimmungsversuchen“.

Erwachsene PatientInnen mit transsexuellem Wunsch suchen ÄrztInnen und PsychologInnen auf, weil sie entweder somatische Behandlungen anstreben oder/und sich über sich selbst bzw. über ihre individuelle Transsexualität klar werden wollen. Transsexualität ist zunächst eine Selbstdiagnose, was nicht bedeutet, dass alle PatientInnen, die damit kommen, keine Fragen mehr an sich hätten.

TRANSEXUELLE ENTWICKLUNGEN

Transsexuelle Entwicklungen von Frauen und Männern unterscheiden sich sowohl in vielen klinischen (Becker 2004) und soziokulturellen Aspekten als auch in deren Wechselwirkung (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, nicht nur weil sie häufig lebenslang als biologische Männer erkennbar bleiben, sondern auch deshalb, weil Frauen mehr Übergänge gestattet werden.

BIOLOGISCHE FRAUEN

Frau-zu-Mann-Transsexuelle (FM-TS, Transmänner) heiraten selten als Frauen und werden selten schwanger. Sie sind mehrheitlich sexuell immer schon auf Frauen orientiert gewesen. Im letzten Jahrzehnt nimmt die Anzahl sich als „schwul“ verstehender FM-TS stetig zu, was vermutlich mit der allgemeinen Aufweichung starrer sexueller Orientierungen zu tun hat.

Wie alle Typologien hat auch diese ihre Grenzen und wird nicht allen Besonderheiten des Einzelfalls gerecht (Tab. 2). Sie ist weder gedacht noch eignet sie sich für eine vorschnelle Einteilung in „echt“ und „unecht“ bzw. „geeignet“ und „ungeeignet“ für somatische Behandlungen. So können sich manche FM-TS der Gruppe

3 auf ihrem transsexuellen Weg erstaunlich gut psychisch stabilisieren. Psychodynamisch lassen sich sehr viele FM-TS auf einem Kontinuum zwischen kontaminierter Weiblichkeit und konflikthafter Homosexualität verorten.

BIOLOGISCHE MÄNNER

Zur quantitativen Verteilung der beiden Gruppen liegen keine zuverlässigen Daten vor (Tab. 3). Es wird aber übereinstimmend geschätzt, dass mehr als drei Viertel der Männer mit transsexueller Symptomatik der zweiten Gruppe angehören. Auch hier sei explizit vor einer Kurzschließung zwischen Verlaufsform und Indikation zu somatischen Maßnahmen gewarnt. So gibt es „early onset“-MF-Transsexuelle, die ohne geschlechtstransformierende Operationen sozial gut integriert als Frau leben. Umgekehrt gibt es „late onset“-MF-Transsexuelle, bei denen durch den sozialen Geschlechtswechsel und die Hormonbehandlung eine ich-dystone masochistische Perversion verschwindet.

Die Gruppe 1 ist keineswegs einheitlich, sie umfasst viele Untergruppen, die auf einem Kontinuum zwischen konflikthafter Homosexualität und Homosexualität bei konflikthafter Männlichkeit eingeordnet werden können. Die Gruppe 2 umfasst MF-TS, die sich in ihrer Vorge-

Hauptverlaufsformen transsexueller Entwicklungen bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen (MF-TS)	
Gruppe 1	Gruppe 2
kontinuierliche Manifestation der Geschlechtsidentitätsstörung ab dem Kindesalter bzw. ab der frühen Adoleszenz („early onset“)	späte und eher graduelle Manifestation des Gefühls der Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht im Verhalten („late onset“)
frühes offenes Cross-dressing	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 (androphil): – sexuelle Erfahrungen mit Jungen/Männern, z.T. zunächst Selbstdefinition (Coming-out) als homosexuell; – keine sexuelle Erfahrungen mit Jungen/Männern, zu keiner Zeit Selbstdefinition als homosexuell	sexuell orientiert auf Frauen (gynäphil) und/oder sexuell orientiert auf die Vorstellung von sich selbst als Frau (automonosexuell/ autogynäphil)
	transvestitischer Fetischismus in der Vorgeschichte: – ausschließlich; – zusätzlich andere Perversion/Paraphilie (Masochismus)
	oft verheiratet/in fester Partnerschaft, oft Kinder

Tab. 3

schichte und ihrer Psychodynamik sehr unterscheiden. Insgesamt können sie 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 Plom-

be funktionierenden/entgleisten) Perversion/Paraphilie eingeordnet werden (Becker 2004, 2005, 2008).

DIFFERENTIALDIAGNOSTIK

Bei PatientInnen mit transsexuellem Wunsch findet sich das ganze Spektrum von psychischer Gesundheit bis zu (schwerer) psychischer Krankheit, wobei

¹ Zur Geschichte der Diagnose vgl. Becker 2004 und Pfäfflin 2003.
² Kein/e Transsexuelle/r ist »nur im falschen Körper« und ansonsten psychisch »ganz« Mann oder Frau; die tatsächliche psychische Situation der Transsexuellen ist viel komplexer, auch in Bezug auf ihren (biologisch gegebenen) Körper, mit dem sie schließlich lange genug Erfahrungen gemacht haben und auch während des Geschlechtswechsels noch machen und der ihr Begehren mit strukturiert.
³ In den postmodernen westlichen Gesellschaften werden festgelegte, trennscharfe „Identitäten“ überhaupt und auch geschlechtliche und sexuelle Identitäten vermehrt in Frage gestellt bzw. zunehmend flexibilisiert und durchlässiger.
⁴ analog zur „Entpathologisierung“ der Homosexualität im DSM (1973); zu den Grenzen der Analogie vgl. Drescher 2010.
⁵ Dagegen hatten die Betroffenen seinerzeit die Aufnahme der Diagnose Transsexualität in die Klassifikationssysteme als Erleichterung des Zugangs zu

somatischen Behandlungen sehr begrüßt. Andere PatientInnen-Gruppen drängen derzeit darauf, in die Klassifikationssysteme aufgenommen zu werden, um dadurch den legitimierte Anspruch auf operative Eingriffe zu erhalten: Vor allem PatientInnen mit dem Wunsch nach operativer Entfernung von gesunden Gliedmaßen, deren „psychische Störung“ als „body integrity identity disorder“ („BIID“) analog zur Transsexualität konzeptualisiert worden ist (vgl. First 2005, Stirn et al. 2009).
⁶ vgl. Diamond 2010
⁷ Diese ist ebenfalls nicht einfach biologisch gegeben, sondern selbst im „gelungensten“ Fall das Ergebnis einer enormen Integrationsleistung konflikthafter („weiblicher“ und „männlicher“) Wünsche und Aspekte des Selbst.
⁸ Auch Heterosexualität ist nicht angeboren.
⁹ Geschlecht (Geschlechtsidentität) und Begehren (sexuelle Orientierung) entwickeln sich weder nach noch unabhängig von einander, sondern strukturieren sich fortlaufend gegenseitig: „Denn in das

Begehren erwachsener Subjekte, gleichviel ob homo-, hetero- oder bisexuell, ist das Geschlecht des Begehrens gleichsam eingebrannt“ (Dannecker 2004: 117).
¹⁰ Inzwischen gibt es schwangere Transmänner, „she-males“ (biologische Männer, die bewusst als „Frau mit Penis“ leben), „males-to-eunuch“ (biologische Männer, die sozial als Männer leben und „nur“ die Kastration anstreben) – aber auch Menschen, die jegliche Zuordnung zu einem Geschlecht für sich ablehnen u.v.m.
¹¹ Die Revision des ICD ist erst für 2015 geplant.
¹² Dagegen wird der Einwand erhoben, dass eine Leistungspflicht für somatische Behandlungen seitens der Krankenkassen auch gegeben sei, wenn das Risiko einer (psychischen) Erkrankung besteht.
¹³ In Übereinstimmung mit den 2011 revidierten „standards of care“ der Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBI-GDA) die seit 2006 World Professional Association of Transgender Health (WPATH) heißt.

auch psychische „gesunde“ Transsexuelle (die auf 1/4 - 1/3 der Gesamtheit geschätzt werden) durchaus psychische Belastungen/Probleme auf ihrem transsexuellen Weg haben können.

Die psychischen Störungen bei transsexuellen PatientInnen können teils als Folge ihrer transsexuellen Entwicklung (z.B. soziale Stigmatisierung, depressive Verarbeitung der Transsexualität usw.) teils als neben der Transsexualität bestehend („Komorbidität“) verstanden werden. Der transsexuelle Wunsch kann auch Ausdruck einer passageren Verunsicherung der Geschlechtsidentität sein oder eine „Lösungsschablone“ für psychische Probleme unterschiedlichster Art darstellen. Manchmal kann eine transsexuelle Entwicklung aber durchaus auch einen „Ausweg“ aus einer psychischen Störung ermöglichen. Im Einzelfall ist die Zuordnung nicht immer zu klären (z.B. bei einer Anorexie in der Vorgeschichte). Entscheidend ist, ob sich die psychische Symptomatik im Verlauf bessert oder nicht.

KONFLIKTHAFTE HOMOSEXUALITÄT

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.¹⁴ In besonderem Maße gilt dies für den fetischistischen Transvestitismus. Nicht wenige Männer mit fetischistischem Transvestitismus und zunehmender Geschlechtsdysphorie stabilisieren sich langfristig innerhalb einer transsexuellen Entwicklung.

Auch die konflikthafte Homosexualität hat ihre frühere Bedeutung als wichtigste Differentialdiagnose verloren. Zum einen gibt es fließende Übergänge zwischen Homosexualität und Transsexualität

Stufen des diagnostisch-therapeutischen Vorgehens
1. Diagnostik und erste Weichenstellungen
2. „Alltagstest“ (soziale Erfahrungen im Wunschgeschlecht)
3. Hormonbehandlung
4. geschlechtskorrigierende Operationen
5. Nachsorge (somatisch und psychotherapeutisch)

Tab. 4

tät (z.B. 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, auch wenn es nach wie vor PatientInnen mit transsexuellem Wunsch gibt, die sich im Verlauf als homosexuell akzeptieren. Die meisten PatientInnen, bei denen sich eine konflikthafte (ich-dystone) Homosexualität als das zentrale Problem hinter der transsexuellen Symptomatik erweist, kommen heutzutage jedoch überwiegend aus (meist islamischen) Kulturen, in denen eine extreme (von den PatientInnen meist internalisierte) Diskriminierung der Homosexualität vorherrscht. Je rigider die Tabuisierung der Homosexualität (insbesondere der männlichen) in einer Gesellschaft ist bzw. je dichotomer und hierarchischer der Geschlechtsunterschied definiert wird, desto stärker ist die Gleichsetzung von Sexualabweichung mit Geschlechtsabweichung. So gilt in vielen islamischen Ländern (in denen Schimpfworte wenig zwischen der „Abweichung“ der sexuellen Orientierung und derjenigen der Geschlechtsidentität differenzieren) nur derjenige Mann als homosexuell, der beim analen Koitus den „passiven“ = „weiblichen“ Part innehat. Wenn homosexuelle Männer und Frauen aus dem Iran (die ich im Rahmen ihres Asylverfahrens begutachte¹⁵) ihre homo-

sexuelle Entwicklung schildern, klingt dies fast identisch wie das, was deutsche PatientInnen mit transsexuellem Wunsch als Beleg dafür erzählen, dass sie schon immer transsexuell waren.

DIAGNOSTISCH-THERAPEUTISCHES VORGEHEN

Nach über einem halben Jahrhundert klinischer Erfahrung mit transsexuellen PatientInnen 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 soll verhindert werden.

Bei diesem Vorgehen folgt einer „Stufe“ nicht automatisch die nächste, sondern auf jeder Stufe wird erneut nach einer dem individuellen Identitätsproblem angemessenen Lösung gesucht.

Das diagnostisch-therapeutische Vorgehen orientiert sich prinzipiell an den 1979 erstmals vorgelegten und seitdem mehrfach überarbeiteten Standards of Care (6. Version: Meyer et al. 2001) der Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA), die seit 2006 World Professional Association

for Transgender Health (WPATH) heißt. Seit 2011 liegt die 7. Version (WPATH) vor, deren Rezeption in Deutschland noch im Fluss ist.

Für die spezifischen deutschen Verhältnisse wurden 1997 von einer Expertenkommission Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen erarbeitet (Becker et al. 1997; Becker 1998), die z.T. überholt sind und derzeit von einer ExpertInnen-Arbeitsgruppe überarbeitet werden. PsychotherapeutInnen und GutachterInnen sollten deshalb nicht nur die deutschen „Standards“, sondern auch die der HBIGDA (Meyer et al. 2001) kennen, die zu vielen klinischen Aspekten ausführlicher und differenzierter als die deutschen „Standards“ Stellung nehmen.¹⁶

ERSTE WEICHENSTELLUNGEN

Entscheidend für die Diagnose einer Geschlechtsidentitätsstörung/Transsexualität sind drei Kriterien, die alle gegeben sein müssen:

- 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.

Die beiden Facetten des transsexuellen Wunsches (Unbehagen, Unbehaustsein im gegebenen Geschlecht: Ich bin nicht, will/kann nicht eine Frau/ein Mann sein vs. Wunschgeschlecht: ich bin eigentlich, ich wäre gern, ich möchte werden, ich bin neidisch auf etc.) sind jeweils sehr unterschiedlich nuanciert, auch wenn oft zunächst nur der Horror vor dem biologischen Geschlecht ausgedrückt wird.

Bei manchen PatientInnen wird anfangs nur die Geschlechtsdysphorie deutlich, während ihr Gefühl der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht wie eine leere Behauptung wirkt. Wenn solche Patien-

tInnen dann auch noch stark ausgeprägte körperliche Merkmale des Geburtsgeschlechts aufweisen, kann das vorschnell zum Ausschluss der Diagnose Transsexualität führen und damit häufig zum Abbruch des Kontakts durch die PatientInnen, die sich zurückgewiesen fühlen. Andere PatientInnen wirken von Anfang an im Wunschgeschlecht so überzeugend, dass ihr Leidensdruck zunächst gar nicht deutlich wird. Das kann zu einer vorschnellen Einstufung als „psychisch unauffällig“ führen.

Die zentrale und schwierige Aufgabe der weiterführenden Diagnostik besteht darin, die im Einzelfall gegebenen Nuancen des transsexuellen Wunsches und die Gewichtung seiner beiden Facetten im Kontext der individuellen Entwicklung auszuloten. In diesen Zusammenhang gehören folgende Fragen:

- Wie haben die PatientInnen ihren Wunsch, im anderen Geschlecht anerkannt zu werden, bisher in ihrem Leben umgesetzt? Auf welche Schwierigkeiten sind sie dabei gestoßen und wie haben sie diese verarbeitet?
- Welche konkreten Erwartungen und Ziele haben sie für ihren weiteren Weg?
- Welche Informationen und Fehlinformationen über den transsexuellen Weg haben sie?

WICHTIG: TRAGFÄHIGER KONTAKT

Bei PatientInnen mit transsexuellem Wunsch kommt es oft schon in den ersten Gesprächen zu erheblichen Konflikten und Verständigungsproblemen. Deshalb ist es wichtiger, zunächst einen tragfähigen Kontakt zu ihnen herzustellen, als möglichst rasch sämtliche für eine „richtige“ Diagnose relevanten Daten zu erheben. Viele PatientInnen stellen zunächst retrospektiv stark korrigierte, „konfliktfreie“ Biographien dar, um als transsexuell eingestuft bzw. im

Wunschgeschlecht anerkannt zu werden. Eine (reaktive) detektivische Haltung des/r UntersucherIn erhöht nur den Druck, unter dem die PatientInnen stehen, und versperrt den Zugang zu ihnen. Die weiterführende Diagnostik ist i.d.R. nicht in einigen wenigen diagnostischen Gesprächen, sondern nur in einer längeren Verlaufsdiagnostik möglich. Die „Standards“ der HBIGDA trennen – anders als die deutschen „Standards“ – klar zwischen Psychotherapie und dem kontinuierlichen „clinical assessment“, d.h. der klinisch-diagnostischen Einschätzung der PatientInnen 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“ die Psychotherapie i.e.S. und das „clinical assessment“ zusammen. Dies hat dazu beigetragen, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) regelhaft eine Psychotherapie als Voraussetzung für die Indikation somatischer Maßnahmen verlangt, in vielen Bundesländern sogar eine wöchentlich stattfindende Richtlinien-Psychotherapie, die oft nicht indiziert oder nicht möglich ist. (Dahinter verbirgt sich z.T. noch die alte kontraproduktive Vorstellung, zuerst müsse mittels Psychotherapie ein „Umstimmungsversuch“ unternommen werden, bei dessen Scheitern dann die Indikation zu somatischen Maßnahmen gegeben sei.)

¹⁴ Im DSM-IV-TR wird (anders als im ICD 10) selbst eine psychotische Erkrankung (z.B. eine Schizophrenie) nicht per se als Ausschlussdiagnose definiert.

¹⁵ Im Iran wird Homosexualität tabuisiert, diskriminiert und mit dem Tode bestraft, während Transsexualität „erlaubt“ ist und geschlechtstransformierende Operationen in großer Zahl stattfinden – für nicht wenige homosexuelle Männer die einzige Möglichkeit, ihr Leben zu retten.

¹⁶ Die neuen Standards of Care der WPATH (2011) verzichten dagegen – im Sinne der „Entpathologisierung“ – weitgehend auf klinische Differenzierungen.

QUALIFIZIERTE PSYCHOTHERAPEUTEN GESUCHT

Die „Pflicht“ zur Psychotherapie hat die psychotherapeutische Versorgung transsexueller PatientInnen nicht verbessert, im Gegenteil, viele zu einer Psychotherapie motivierte transsexuelle PatientInnen suchen nach wie vor vergeblich eine/n qualifizierte/n PsychotherapeutIn. Sinnvolle Psychotherapie mit Transsexuellen bedeutet weder Umstimmungsversuch noch Geschlechtsrollenklischee-Dressur noch eine affirmative Haltung gegenüber den Wünschen der PatientInnen, sondern stellt einen Entwicklungsraum zur Verfügung, in dem die PatientInnen ihre individuelle Lösung herausfinden und sich unzensiert mit allen Aspekten ihrer Persönlichkeit auseinandersetzen können, und zwar auch mit dem, was (anscheinend) nicht zu ihrem transsexuellen Wunsch passt bzw. diesen i.S. des „Standard-Transsexuellen“ als „unglaublich“ erscheinen lässt. Man erfährt von PatientInnen mit einem transsexuellen Wunsch desto mehr Differenziertes und Widersprüchliches, je offener man selbst gegenüber komplexen Wahrheiten, bisexuellen Wünschen und Uneindeutigkeiten bei ihnen (besonders bei biologischen Männern) ist, ohne ihnen deshalb die Transsexualität abzusprechen.

INDIKATION ZUR PSYCHOTHERAPIE

Die Indikation zu einer Psychotherapie und die Festlegung von Frequenz und Dauer kann nur individuell erfolgen. Die Motivation der PatientInnen zu einer Psychotherapie hängt erheblich von der Art des psychotherapeutischen Angebots ab. Selbst bei PatientInnen, die zunächst „nur ein Gutachten¹⁷“ für die Krankenkasse wollen, kann im weiteren Verlauf eine Psychotherapiemotivation entstehen (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. Die klinische Erfahrung zeigt jedoch, dass es nicht selten 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 PatientInnen zunächst „psychisch unauffällig“ wirken (Lothstein 1977), während manche PatientInnen, die ihre Konflikte weniger verleugnen, zunächst gestörter erscheinen.

Die Rahmenbedingungen des weiteren diagnostisch-therapeutischen Prozesses müssen von Anfang an mit den PatientInnen geklärt werden. Dabei geht es insbesondere darum, ob der/die PsychotherapeutIn gegebenenfalls später auch die Indikationen zu den somatischen Maßnahmen stellt und im Rahmen des Verfahrens nach dem Transsexuellen-Gesetz (TSG) gutachtet oder nicht. Für beide Modelle gibt es gute Gründe, die im Einzelfall auszuloten sind (Kockott 1996; Preuss 1999).

Werden die beiden Funktionen getrennt, ist es wichtig, dass der/die für Indikationen und Gutachten zuständige Psycho-SpezialistIn die PatientInnen frühzeitig kennen lernt und sie in größeren Abständen regelmäßig sieht, sodass er/sie später den Verlauf beurteilen kann. Mit den PatientInnen vereinbart und für sie transparent sein muss auch, ob PsychotherapeutIn und PsychospezialistIn sich austauschen sollen oder nicht.

Eine körperliche Untersuchung gleich zu Beginn des diagnostischen Prozesses ist nur dann erforderlich, wenn ein begrün-

deter Verdacht auf Intersexualität besteht. Eine Inspektion der Genitalien bzw. des nackten Körpers ist für die PatientInnen extrem beschämend und bringt keinerlei zusätzliche diagnostische Erkenntnisse.

PSYCHOTHERAPIE

Psychotherapie mit transsexuellen PatientInnen ist nur möglich, wenn man sich gegenüber dem transsexuellen Wunsch abstinert/neutral verhält, d.h. für jeden möglichen Ausgang des Prozesses offen ist, ohne einen von ihnen prinzipiell als Erfolg bzw. Misserfolg zu werten, und dies dem Patienten auch vermittelt. Im Wesentlichen sind drei Entwicklungen möglich:

- Die PatientInnen versöhnen sich mit ihrem biologischen Geschlecht.
- Die PatientInnen richten sich irgendwo zwischen den Geschlechtern ein – ohne somatische Behandlung oder nur mit Hormonbehandlung und/oder Epilation.
- Die PatientInnen gehen den transsexuellen Weg inklusive geschlechtstransformierender Operationen.

Diese „offene“ therapeutische Haltung ist nicht einfach und nur dann möglich, wenn man als PsychotherapeutIn den transsexuellen Wunsch/die transsexuelle Identität potenziell als Selbstheilungsversuch der PatientInnen, als (über-) lebensnotwendige Abwehrleistung mit einer protektiven Funktion für das Selbst bzw. als potenziellen Ausweg aus einem unerträglichen psychischen Dilemma verstehen und respektieren kann. In der Psychotherapie und in der Verlaufsdagnostik geht es in diesem Sinne darum zu klären, ob und inwieweit der transsexuelle Wunsch und seine individuelle Realisierung diese protektive bzw. selbstheilende Funktion erfüllen und ob den PatientInnen im Wunschgeschlecht mehr

psychische Entwicklung bzw. Individuation möglich ist.

Das besondere Angewiesensein der transsexuellen PatientInnen auf die Anerkennung und Bestätigung durch den/die „Anderen“ prägt die Psychotherapie auch bei Trennung der Funktionen und macht es für die TherapeutInnen oft schwer, gegenüber dem transsexuellen Wunsch abstinent zu bleiben. Zudem können sie eine Stellungnahme zu dem transsexuellen Wunsch der PatientInnen nie ganz vermeiden, nicht nur bei der Anrede als „Herr“ oder „Frau“, sondern auch in der averbalen Kommunikation. Psychotherapie mit transsexuellen PatientInnen erfordert einen besonders sorgfältigen Umgang mit der Gegenübertragung, weil man sich dabei mit heftigen eigenen Affekten auseinandersetzen muss, die in raschem Wechsel auftreten können: Allmacht/Ohnmacht, Aktivismus/Lähmung, Distanzierung/symbiotische Einfühlung etc. (Becker 2004). Last not least rühren transsexuelle PatientInnen auch bei PsychotherapeutInnen tief an die Entwicklung von deren eigener Geschlechtsidentität mit allen Brüchen und Narben, weshalb diese immer wieder ihre eigenen Geschlechtsrollenklischees reflektieren müssen.

GESAMTPROBLEMATIK BETRACHTEN

Grundsätzlich sollte die Definition der Ziele der Psychotherapie nicht eindimensional auf die Geschlechtsidentitätsproblematik bzw. auf den Wunsch nach somatischen Maßnahmen fokussieren, sondern sich an der individuellen psychischen Gesamtproblematik des Patienten/der Patientin orientieren.

Von den spezifischeren Zielen der Psychotherapie mit transsexuellen PatientInnen (Benedetti 1981; Limentani 1979; Lothstein 1983; Pfäfflin 1997; Preuss

1999) seien hier exemplarisch drei genannt:

- die Verbesserung des Zugangs zu eigenen Gefühlen (insbesondere zu Depression und Aggression), die zunächst oft ganz im transsexuellen Wunsch gebunden sind;
- die Relativierung narzisstischer Idealisierungen der Vorstellung der PatientInnen von sich selbst im Wunschgeschlecht und der entsprechenden Erwartungen an die Operation.
- die Relativierung des entweder-oder-Denkens (Mann oder Frau) . Je weniger man Transsexuelle in das dichotome Schema presst, desto mehr kann ihnen die Psychotherapie eine Chance für einen bisexuellen/bigender Möglichkeitsraum bieten, d.h. dass sie weniger radikal spalten müssen, sich partiell mit ihrem biologischen Geschlecht bzw. zumindest mit ihrer Biographie versöhnen können.

ALLTAGSTEST

Im so genannten Alltagstest, der Erprobung des sozialen Geschlechtswechsels in allen Lebensbereichen, sollen transsexuelle PatientInnen herausfinden, ob sich der Wechsel so realisieren lässt, dass er für sie lebbar ist. Je nach Ausgangslage wird der Alltagstest von transsexuellen PatientInnen 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. und oft auch als eine Mischung aus alledem erlebt.

Die Bearbeitung der Erfahrungen der PatientInnen im Alltagstest kann sehr fruchtbar für die Psychotherapie sein, weil häufig bestimmte Konfliktbereiche und Dimensionen des Selbsterlebens auf einer tieferen Ebene zugänglich werden.

Durch den Alltagstest „angestoßen“ wird insbesondere 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 Entwicklung.

Selbstverständlich spielen auch äußerliche körperliche Gegebenheiten (z.B. Körpergröße, Bartwuchs, Größe der Brust) eine Rolle für den Verlauf des Alltagstests und müssen sowohl als reale Erschwernis des Alltagstests anerkannt als auch in ihrer subjektiven Bedeutung für die PatientInnen bearbeitet, gegebenenfalls auch „betrauert“ werden. Sie sind im Kontext geschlechtsspezifisch unterschiedlicher gesellschaftlicher Anforderungen an Transsexuelle zu sehen, die den Alltagstest ebenfalls beeinflussen (Lindemann 1993).

PsychotherapeutInnen sollten 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 entsprechende Gegenübertragungsprozesse besser zu verstehen. Innerhalb der Verlaufsdiagnostik kann dies im konkreten Einzelfall u.U. auch zu der Entscheidung führen, keinen Alltagstest in *allen* sozialen Bereichen zu verlangen bzw. erst ab dem Beginn der Hormonbehandlung.

¹⁷ Die häufige Verwendung des Begriffs „Gutachten“ für die Begründung der Indikation zu somatischen Behandlungen hat zu der Verwirrung beigetragen, aufgrund derer die rechtliche und die psychologisch-psychiatrisch-medizinische Ebene miteinander vermischt werden - „Gutachten“ i. e. S. sind nur im Rahmen des TSG-Verfahrens erforderlich.

¹⁸ Fundierte Schätzungen gehen von ca. 50% aus

INDIKATION ZUR SOMATISCHEN THERAPIE

Die somatischen Behandlungen sind schwerwiegende, größtenteils irreversible körperliche Eingriffe und zugleich „ein möglicher Weg der Rehabilitation“ (Pfäfflin 1997). Bei der Indikationsstellung müssen immer die Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden – im Wissen darum, dass keineswegs alle¹⁸ transsexuelle PatientInnen das „komplette“ somatische Behandlungsprogramm wünschen, ohne dass sie deshalb weniger transsexuell wären. Allerdings müssen auch nicht alle Wünsche „maßgeschneidert“ erfüllt werden. So berichten EndokrinologInnen vermehrt über MF-TS, die eine Hormonbehandlung wünschen, die sowohl zu einem Brustwachstum führt als auch die Erektionsfähigkeit für den Geschlechtsverkehr erhält.

Die Indikation zu somatischen Maßnahmen muss diagnostischen und prognostischen Gesichtspunkten Rechnung tragen, den bisherigen Verlauf berücksichtigen, die Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle einschätzen und prüfen, ob die Möglichkeiten und Grenzen somatischer Behandlung von den PatientInnen realistisch eingeschätzt werden. Bei jeder einzelnen somatischen Behandlung müssen zwei Fragen beantwortet werden:

- Wird diese Behandlung voraussichtlich den Leidensdruck des Patienten/der Patientin lindern bzw. zu seiner/ihrer psychischen Stabilität beitragen?
- Warum braucht der/die PatientIn diese Behandlung *jetzt*?

Geklärt werden muss dabei, ob die entsprechende Behandlung für den/die PatientIn überhaupt in Frage kommt, wie auch die Frage, ob bereits der richtige Zeitpunkt für ihre Durchführung gekommen ist („egibility“ und „readiness“ nach den „Standards“ der HBIGDA). „Readiness“-Kriterien sind vor allem

Fortschritte in definierten Problembereichen, z.B. Selbstverletzungen, Suizidalität, Suchttendenzen etc.

„Rückumwandlungsbegehren“, d.h. PatientInnen, die während der Hormonbehandlung und auch nach geschlechtstransformierenden Operationen ins „alte“ Geschlecht zurückkehren, (die Hormonbehandlung abbrechen bzw. – soweit möglich – eine operative „Rückumwandlung“ anstreben) werden bislang in der katamnesticen Literatur als sehr selten beschrieben. Die Dunkelziffer dürfte allerdings um einiges größer sein: Nur ein kleiner Teil der Betroffenen, von denen ExpertInnen und MdKs erfahren oder die sich in Blogs äußern, werden „aktenkundig“; die oft sehr beschämten PatientInnen haben i.d.R. kein Interesse an einer Veröffentlichung.

GEGENGESCHLECHTLICHE HORMONE

Der/die die Indikation stellende PsychopezialistIn und (bei Verteilung der Funktionen auch) der/die behandelnde PsychotherapeutIn sollte(n) die verschiedenen Wirkungen der Hormonbehandlung kennen, um deren psychische Bedeutung für die PatientInnen einschätzen zu können:

- Die durch die Hormonbehandlung eintretende starke phänotypische Vermännlichung verstärkt für FM-TS die soziale Glaubwürdigkeit als Mann erheblich; das Verschwinden der Periode und die psychischen Auswirkungen bestätigen sie in ihrem männlichen Selbstgefühl. Die Vergrößerung der Klitoris erleichtert deren „Umdeutung“ in ein männliches Organ (Brauckmann 2002). 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 dann, wenn diese groß ist.

- Von den meisten MF-TS wird die Hormonbehandlung als Beruhigung, als Linderung von Ängsten, depressiver Gereiztheit u.ä. erlebt; viele fühlen sich „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/die TherapeutIn in seiner/ihrer Haltung weiterhin offen für verschiedene Ausgänge des Behandlungsprozesses bleibt; das heißt, dass er/sie weder die MF-TS in eine Eindeutigkeit drängt noch weitere somatische Behandlungen grundsätzlich ausschließt. Nur so können die MF-TS sich offen über ihre Zwiespältigkeiten äußern und ihren Spielraum für weitere Entscheidungen vergrößern.

Für manche „late onset“-MF-Transsexuellen (Hauptverlaufsform 2) stellt der Alltagstest ohne Hormonbehandlung eine destabilisierende Überforderung dar. Ein formales Beharren auf einem Jahr Alltagstest hat in diesen Fällen keinen Sinn, treibt manche MF-TS sogar zur „wildem“ Hormoneinnahme und zu vorschnellen Operationen. Bei einer sinnvollen Kombination von Hormonbehandlung und Psychotherapie wird der „Schmerz als Mann“ bzw. die innere Zerrissenheit für diese MF-TS erträglicher; sie kommen etwas zur Ruhe, können sich für weitere Schritte und für das Suchen der für sie angemessenen Lösung Zeit lassen. Bei vielen beginnt jetzt erst eine Auseinandersetzung mit ihrem zentralen Problem, keinem der beiden bzw. beiden Geschlechtern anzugehören.

GESCHLECHTSTRANSFORMIERENDE OPERATION

Neben den genannten Kriterien geht es vor allem darum, dass den PatientInnen 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.

Bei FM-TS ist die Indikation zu Operationen am äußeren Genitale (**Penoid-Konstruktion**) nach wie vor als problematisch anzusehen. Das Für und Wider und die Frage, ob diese Operation den Leidensdruck lindern wird, müssen besonders sorgfältig geklärt werden. Zudem müssen die FM-TS umfassend über Möglichkeiten und Grenzen, die Anzahl und mögliche Komplikationen dieser Operationen sowie über Art, Dauer und Umfang postoperativer Belastungen und Einschränkungen informiert werden. Das kann u.U. eine „aktive Desillusionierung“ beinhalten.

Ob die operative Penisrekonstruktion langfristig zur psychischen Stabilität von FM-TS beiträgt und inwieweit das Penoid in das Körperbild und in die Sexualität integriert werden kann, ist bislang kaum untersucht; insbesondere stehen vergleichende Studien über FM-TS mit und ohne Operationen am äußeren Genitale aus.

Bei FM-TS muss besonders auf die bereits erwähnte Untergruppe der Hauptverlaufsform 2 geachtet werden, für die eine Lösung „zwischen den Geschlechtern“ angemessen ist. Es hängt nicht zuletzt von der Einstellung der TherapeutInnen ab, ob diese Untergruppe eine „partielle“ somatische Lösung („nur“ Hormone und Epilation) als für sie richtige „ganze“ Lösung akzeptieren kann.

*Dr. phil. Sophinette Becker
Rubensstraße 18 · 60596 Frankfurt
E-Mail: sophinette.becker@reinmein.de*

Literatur

- Becker S (2004) Transsexualität – Geschlechtsidentitätsstörung. In: Kockott G, Fahrner EM (Hrsg) Sexualstörungen. Stuttgart: Thieme, 153-201 (als Buch vergriffen, der Aufsatz ist aber im Internet erhältlich)
- Becker S (2005) Der Unbursch. Option Frau-Sein als Ausweg aus gescheiterter Männlichkeit? Z Sexualforsch 18: 273-279
- Becker S (2006) Abschied vom „echten“ Transsexuellen. Zum Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005. Z Sexualforsch 19: 154-158
- Becker S (2008) Sadomasochismus bei Transsexuellen. In: Hill A, Briken P, Berner W (Hrsg) Lustvoller Schmerz. Sadomasochistische Perspektiven. Gießen: Psychosozial-Verlag, 247-260
- Becker S, Bosinski HAG, Clement U, Eicher W, Goerlich TM, Hartmann U, Kockott G, Langer D, Preuss WF, 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, 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
- Benedetti G (1981) Transsexualismus in der Sicht der Psychoanalyse. Prax Psychother Psychosom 26: 183-189
- Brauckmann J (2002) Die Wirklichkeit transsexueller Männer. Mannwerden und heterosexuelle Partnerschaften von Frau-zu-Mann-Transsexuellen. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Cohen-Kettenis PT (2007) Das transsexuelle Gehirn. In: Lautenbacher S, Güntürkün O, Hausmann M (Hrsg.) Gehirn und Geschlecht. Neurowissenschaft des kleinen Unterschieds zwischen Frau und Mann. Heidelberg: Springer
- Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F (2010) The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults. Arch Sex Behav 39: 499-513
- Dannecker M. (2004) Von der Geschlechtsidentität zum sexuellen Selbst. In: Richter-Appelt H, Hill A (Hrsg.). Geschlecht zwischen Spiel und Zwang. Gießen: Psychosozial, 113-128
- Diamond M (2010) Intersexuality. URL <http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2010to2014/2010-intersexuality.html>
- Drescher J (2010) Queer Diagnoses: Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance, and the Diagnostic and Statistic Manual. Arch Sex Behav 39:427-460
- First MB (2005) Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis or a new new type of identity disorder? Psychological Medicine 35: 919-928
- Hirschauer S (1993) Die soziale Konstruktion der Transsexualität. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Kockott G (1996) Die klinische Koordination der Behandlung und Begutachtung. In: Clement U, Senf W (Hrsg) Transsexualität. Behandlung und Begutachtung. Stuttgart: Schattauer, 8-17
- Limentani A (1979) The significance of transsexualism in relation to some basic psychoanalytic concepts. Int Rev Psychoanal 1979; 6: 139-153; dt.: 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. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Lothstein LM (1977) Psychotherapy with patients with gender dysphoria syndromes. Bull Menninger Clin 41: 563-582
- Lothstein LM (1983) Female-to-male transsexualism. Historical, clinical and theoretical issues. Boston: Routledge & Kegan Paul
- Meyer W, Bockting WO, Cohen-Kettenis PT, Coleman E, Di Ceglie D, Devor H, Gooren LJG, Hage JJ, Kirk S, Kuiper AJ, Laub D, Lawrence A, Menard Y, Patton J, Schaefer L, Webb A, Wheeler CC (2001) Standards of Care for Gender Identity Disorders of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. 6th ed. 2001. <http://www.wpath.org>
- Meyer-Bahlburg HFL (2010) From Mental Disorder to latrogenic Hypospadias – Dilemmas in Conceptualizing Gender Identity Variants as Psychiatric Conditions. Arch Sex Behav 39 (2): 461-476
- Pfäfflin F (1996) Therapeut-Patient-Beziehung. In: Clement U, Senf W (Hrsg) Transsexualität. Behandlung und Begutachtung. Stuttgart: Schattauer, 24-34
- Pfäfflin F (1997) Klinische Aspekte der Transsexualität. In: Buchheim P, Cierpka M, Seifert T (Hrsg) Sexualität zwischen Phantasie und Realität. Berlin, Heidelberg, New York: Springer: 132-148
- Pfäfflin F. (2003) Anmerkungen zum Begriff der Geschlechtsidentität. Psychodynamische Psychotherapie 2, 141-153
- Pfäfflin F. (2010) Sexuelle Identität ins Grundgesetz? R&P 28: 123-131
- Preuss W (1999) Die Aufgabe der Psychotherapie bei der Behandlung der Transsexualität. Psychotherapeut 5: 300-306
- Rachlin K (2002) Transgender individuals' experiences of psychotherapy. Int J Transgenderism 2002; 6 (1). http://www.symposium.com/jjt/jtvo06no01_03.htm
- Rauchfleisch U Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 2., erweiterte Auflage 2009
- Schlich-Dannenberg S (2009) Alles kann offen bleiben. Analytische Behandlung eines Kindes mit Störung der Geschlechtsidentität Z Sexualforsch 22: 49-66
- Stirn A, Thiel A, Oddo S (2009) Body integrity identity disorder: psychological, neurobiological, ethical and legal aspects. Lengerich: Pabst