

Transsexuelle Entwicklungen

Verlaufsdagnostik, Psychotherapie und Indikation zu somatischen Behandlungen

Sophinette Becker

Zusammenfassung Es besteht heute Konsens darüber, dass Transsexualität keine Krankheitsentität ist, sondern dass der transsexuelle Wunsch sich (früher oder später) im Verlauf ganz unterschiedlicher psychischer Entwicklungen organisiert. Entsprechend wurde die lange Zeit selbstverständliche Kopplung zwischen der Diagnose Transsexualität und der Indikation zu somatischen Maßnahmen zugunsten individueller Lösungswege gelockert. Vor diesem Hintergrund werden unterschiedliche transsexuelle Entwicklungen bei biologischen Männern und Frauen vorgestellt. Im Anschluss werden Aufgaben und Probleme der Psychotherapie mit Transsexuellen und das Verhältnis von Psychotherapie, Verlaufsdagnostik und Indikation zu somatischen Maßnahmen (Hormonbehandlung und geschlechtstransformierende Operationen) diskutiert.

Schlüsselwörter

- ◉ Transsexualität, transsexuell
- ◉ Alltagstest
- ◉ Geschlechtsidentitätsstörung
- ◉ geschlechtstransformierende Operationen
- ◉ Hormonbehandlung
- ◉ Psychotherapie

Korrespondenzadresse

- ◉ Dr. Sophinette Becker
Klinikum der J.-W.-Goethe-Universität Frankfurt,
Sexualmedizinische Ambulanz
Heinrich-Hoffmann-Straße 10
60528 Frankfurt/am Main
Sophinette.Becker@em.uni-frankfurt.de

Von der „echten“ Transsexualität zur Vielfalt der Transsexualitäten

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

Viele der Probleme im diagnostischen und therapeutischen Umgang mit transsexuellen PatientInnen wurden mittlerweile 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 Operationsoptimismus der Pioniere wich einer differenzierteren Beurteilung. Seit etwa 15 Jahren zeichnet sich eine Trendwende ab, mit der zweierlei einhergeht:

- ▶ 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)
- ▶ das Aufgeben der nosologischen Entität Transsexualität zugunsten einer Vielfalt von Geschlechtsidentitätsstörungen/transsexuellen Verläufen mit entsprechend vielfältigen „Lösungswegen“.

Dieser nosologische Richtungswechsel hat Eingang gefunden in die letzte Fassung des Diagnostischen und Statistischen Manuals (DSM-IV) der American Psychiatric Association (APA 1994), nicht jedoch in die derzeit gültige Fassung der von der Weltgesundheitsorganisation

Tab. 1 Hauptverlaufsformen transsexueller Entwicklungen bei 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
massive Verlustängste bei Autonomiebestrebungen	forcierte Autonomieentwicklung, Abwehr passiver Bedürfnisse	
geheimen „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

(WHO 1991) herausgegebenen „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10).

Die seit einigen Jahren auch in Deutschland praktizierte Behandlung von (ca. 50) „transsexuellen“ Kindern/Jugendlichen mit pubertätsblockierenden Hormonen wird unter ExpertInnen kontrovers diskutiert. Dabei besteht die Gefahr, dass die in Bezug auf erwachsene Transsexuelle überwundene Suche nach den „echten“ Transsexuellen mit all ihren negativen Folgen sich wiederholt.

Transsexuelle Entwicklungen bei biologischen Frauen und biologischen Männern

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.

Transsexuelle Entwicklungen bei biologischen Frauen

Frau-zu-Mann-Transsexuelle (FM-TS) heiraten selten als Frauen und werden selten schwanger. Sie sind mehrheitlich sexuell immer schon auf Frauen orientiert gewesen. In den letzten Jahren nimmt die Anzahl sich als „schwul“ verstehender FM-TS stetig zu, was vermutlich mit der allgemeinen Aufweichung starrer sexueller Orientierungen zu tun hat. **☉ Tab. 1** gibt einen Überblick über Hauptverlaufsformen bei FM-TS.

Wie alle Typologien hat auch diese ihre Grenzen und wird nicht allen Besonderheiten des Einzelfalls gerecht. 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 alle FM-TS auf einem *Kontinuum zwischen kontaminierter Weiblichkeit und konflikthafter Homosexualität* verorten.

Transsexuelle Entwicklungen bei biologischen Männern

Die Hauptverlaufsformen bei MF-TS lassen sich zwei Gruppen zuordnen (**☉ Tab. 2**).

Zur quantitativen Verteilung der beiden Gruppen liegen keine reliablen Daten

vor. 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 Kurzschiebung 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 alle auf einem *Kontinuum zwischen konflikthafter Homosexualität und Homosexualität bei konflikthafter Männlichkeit* eingeordnet werden können.

Die *Gruppe 2* umfasst MF-TS, die sich in ihrer Vorgeschichte und ihrer Psychodynamik sehr unterscheiden. Insgesamt sind 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 Plombe funktionierenden/entgleisten) *Perversion/Paraphilie* einzuordnen (Becker 2004, 2005, 2008).

Tab. 2 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

Verlaufsdiagnostik, Psychotherapie und Alltagstest

Rahmenbedingungen (Standards of Care)

Nach 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 (**Box 1**):

- ▶ 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

Box 1 Stufen des diagnostisch-therapeutischen Vorgehens

- ▶ Diagnostik und erste Weichenstellungen
- ▶ „Alltagstest“ (soziale Erfahrungen im Wunschgeschlecht)
- ▶ Hormonbehandlung
- ▶ geschlechtskorrigierende Operationen
- ▶ Nachsorge (somatisch und psychotherapeutisch)

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* (Meyer et al. 2001) der *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBI-GDA)*, die seit 2006 *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)* heißt.

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. PsychotherapeutInnen und GutachterInnen sollten deshalb nicht nur die deutschen „Standards“, sondern auch die der HBI-GDA (Meyer et al. 2001) kennen, die zu vielen klinischen Aspekten ausführlicher und differenzierter als die deutschen „Standards“ Stellung nehmen.

Weiterführende Diagnostik und erste Weichenstellungen

Entscheidend für die Diagnose einer Geschlechtsidentitätsstörung/Transsexualität sind 3 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 Unwohlfinden im Geburtsgeschlecht,
 - ▶ ein klinisch relevanter Leidensdruck.
- Die beiden Facetten des transsexuellen Wunsches (ich bin kein Mann/keine Frau, ich will/kann nicht ein Mann/eine Frau sein; ich bin eigentlich, ich wäre gern ein Mann/eine Frau, ich möchte ein Mann/eine Frau werden, ich bin neidisch auf Männer/Frauen etc.) sind jeweils sehr unterschiedlich nuanciert.

Bei manchen PatientInnen wird anfangs nur die Geschlechtsdysphorie (der „Horror“ gegenüber dem Geburtsgeschlecht) deutlich, während ihr Gefühl der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht wie eine leere Behauptung wirkt. Wenn solche PatientInnen 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?

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“ Biografien dar, um als transsexuell eingestuft bzw. im Wunschgeschlecht

anerkannt zu werden. Eine (reaktive) de- tektivische 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 *Verlaufsdagnostik* möglich.

Pflicht zur Psychotherapie?

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) regelmäßig 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.)

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 (Preuss 1999, Rachlin 2002). 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 unzensuriert mit allen Aspekten ihrer Persönlichkeit auseinandersetzen können – auch mit dem, was (anscheinend) nicht zu ihrem transsexuellen Wunsch passt bzw. diesen i. S. des „Standard-Transsexu-

ellen“ als „unglaublich“ erscheinen lässt.

Die Indikation zu einer Psychotherapie und die Festlegung ihrer Frequenz und Dauer können 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 Gutachten“ 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 (Seikowski 1997). 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 kennenlernt 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 begründeter Verdacht auf Intersexualität besteht. Eine Inspektion der Genitalien bzw. des nackten Körpers ist für die PatientInnen extrem beschämend und

bringt keinerlei zusätzliche diagnostische Erkenntnis.

Psychotherapie

Psychotherapie mit transsexuellen PatientInnen ist nur möglich, wenn man sich gegenüber dem transsexuellen Wunsch abtinent/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 geschlechts-transformierender 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 Funktion erfüllen und ob infolgedessen 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 abtinent 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 ra-

schem 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.

Ziele der Psychotherapie

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 zwei 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.

Alltagstest

Im sogenannten 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 alldem 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 geschlechtsspezifischer 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 Verlaufsdagnostik 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.

Indikation zu somatischen Behandlungen

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. Es muss diagnostischen und prognostischen Gesichtspunkten Rechnung getragen, der bisherige Verlauf berücksichtigt, die Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle eingeschätzt und geprüft werden, 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 gerade jetzt?

Geklärt werden muss dabei, ob die entsprechende Behandlung für den/die PatientIn überhaupt infrage 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.

Indikation zur Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen

Der/die die Indikation stellende Psycho- spezialistIn 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 „ausgeglichen“, 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 Behandlungspro-

zesses 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 Alltagsstress ohne Hormonbehandlung eine destabilisierende Überforderung dar. Ein formales Beharren auf einem Jahr Alltagsstress 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.

Indikation zu geschlechtstransformierenden Operationen

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 Peniskonstruktion 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 MF-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.

Fazit

Transsexualität ist keine Krankheitsentität, sondern die gemeinsame Endstrecke ganz unterschiedlicher psychischer bzw. psychopathologischer Entwicklungen. Die klinische Differenzierung in verschiedene Untergruppen transsexueller Entwicklungen ist als alleiniges Kriterium für die Indikation zu somatischen Maßnahmen (i. S. der Suche nach dem/r „echten“ Transsexuellen) untauglich; sehr hilfreich ist sie jedoch für das Verständnis des Einzelfalls und für die entsprechende Suche nach individuellen somatischen Lösungen. Sinnvolle Psychotherapie mit transsexuellen PatientInnen ist für jeden Ausgang des therapeutischen Prozesses offen, ohne einen von ihnen prinzipiell als Erfolg bzw. Misserfolg zu werten. Diese offene therapeutische Haltung setzt einen besonders sorgfältigen Umgang mit der Gegenübertragung und die Kenntnis der geschlechtsspezifisch unterschiedlichen gesellschaftlichen Anforderungen an Transsexuelle voraus.



Sophinette Becker

Dr. phil., Psychologische Psychotherapeutin, Leitende Psychologin der Sexualmedizinischen Ambulanz, die seit der Schließung des Frankfurter Instituts für Sexualwissenschaft (2006) zur Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums gehört. Lehrtherapeutin und Supervisorin der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung.

Veröffentlichungen zu verschiedenen sexualwissenschaftlichen Themen, in den letzten Jahren vor allem zu den Themen Geschlecht, geschlechtsspezifische psychische Störungen, Störungen der Geschlechtsidentität (Transsexualität).

Literatur

- 1 APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), dt. Bearb. von Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. 2. verb. Aufl. Washington DC: APA, 1994; Göttingen: Hogrefe, 1998
- 2 Becker S. Es gibt kein richtiges Leben im Faltschen. Antwort auf die Kritik an den „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“. Z Sexualforsch 1998; 11: 155–162
- 3 Becker S. Transsexualität – Geschlechtsidentitätsstörung. In: Kockott G, Fahrner EM, Hrsg. Sexualstörungen. Stuttgart: Thieme, 2004: 153–201
- 4 Becker S. Der Unbursch. Option Frau-Sein als Ausweg aus gescheiterter Männlichkeit? Z Sexualforsch 2005; 18: 273–279
- 5 Becker S. Abschied vom „echten“ Transsexuellen. Zum Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005. Z Sexualforsch 2006; 19: 154–158
- 6 Becker S. Sadosomachismus bei Transsexuellen. In: Hill A, Briken P, Berner W, Hrsg. Lust-voller Schmerz. Sadosomachistische Perspektiven. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2008: 247–260
- 7 Becker S, Bosinski HAG, Clement U et al. 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 1997; 10: 147–156
- 8 Becker S, Berner W, Dannecker M et al. Stellungnahme zur Anfrage des Ministeriums des Inneren (V 5a-133 115-1/1) vom 11. Dezember 2000 zur Revision des Transsexualengesetzes. Z Sexualforsch 2001; 14: 258–268
- 9 Benedetti G. Transsexualismus in der Sicht der Psychoanalyse. Prax Psychother Psychosom 1981; 26: 183–189
- 10 Brauckmann J. Die Wirklichkeit transsexueller Männer. Mannwerden und heterosexuelle Partnerschaften von Frau-zu-Mann-Transsexuellen. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2002
- 11 Hirschauer S. Die soziale Konstruktion der Transsexualität. Frankfurt/M: Suhrkamp, 1993
- 12 Kockott G. Die klinische Koordination der Behandlung und Begutachtung. In: Clement U, Senf W, Hrsg. Transsexualität. Behandlung und Begutachtung. Stuttgart: Schattauer, 1996: 8–17
- 13 Limentani A. 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. Zwischen Anna Freud und Melanie Klein. Für eine Integration zweier kontroverser Ansätze. Stuttgart: Klett-Cotta, 1993: 152–176
- 14 Lindemann G. Das paradoxe Geschlecht. Transsexualität im Spannungsfeld von Körper, Leib und Gefühl. Frankfurt/M: Suhrkamp, 1993

- 15 *Lothstein LM*. Psychotherapy with patients with gender dysphoria syndromes. *Bull Menninger Clin* 1977; 41: 563–582
- 16 *Lothstein LM*. Female-to-male transsexualism. Historical, clinical and theoretical issues. Boston: Routledge & Kegan Paul, 1983
- 17 *Meyer W, Bockting WO, Cohen-Kettenis PT et al*. Standards of Care for Gender Identity Disorders of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. 6th ed. 2001 <http://www.wpath.org>
- 18 *Pfäfflin F*. Therapeut-Patient-Beziehung. In: Clement U, Senf W, Hrsg. Transsexualität. Behandlung und Begutachtung. Stuttgart: Schattauer, 1996: 24–34
- 19 *Pfäfflin F*. Klinische Aspekte der Transsexualität. In: Buchheim P, Cierpka M, Seifert T, Hrsg. Sexualität zwischen Phantasie und Realität. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1997: 132–148
- 20 *Preuss W*. Die Aufgabe der Psychotherapie bei der Behandlung der Transsexualität. *Psychotherapeut* 1999; 5: 300–306
- 21 *Rachlin K*. Transgender individuals' experiences of psychotherapy. *Int J Transgenderism* 2002; 6 (1) http://www.symposium.com/ijt/ijtvo06no01_03.htm
- 22 *Seikowski K*. Keine Patienten im klassischen Sinn. *Z Sexualforsch* 1997; 10: 351–353
- 23 *WHO (World Health Organization)*. International Classification of Diseases ICD-10, 1990; dt. Übers.: Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation Psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern, Göttingen, Toronto: Huber, 1991