

Zur Klassifikation von Geschlechtsidentitätsstörungen bei Männern

On the Classification of Gender Identity Disorders in Males

H. A. G. Bosinski, Kiel

Zusammenfassung

In Deutschland besteht ein Bedarf an aktuellen Richtlinien für die Begutachtung und Betreuung von Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörungen. Der Artikel will zu deren Erarbeitung beitragen. Es werden die Schwerpunkte der aktuellen Diskussion in Deutschland besprochen und das Fehlen typologisch-differentieller Untersuchungen festgestellt. Internationale Typologie-Ansätze und Klassifikationsschemata (DSM IV) werden vorgestellt und deren klinischer Wert und Praktikabilität anhand der Verläufe bei 20 biologischen Männern mit Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Geschlechtsumwandlung diskutiert. Der sexuellen Orientierung kommt dabei besondere differentialdiagnostische Bedeutung zu. Ein Ausblick auf offene Fragen und erforderliche weitere Forschungen wird gegeben.

Schlüsselwörter: Geschlechtsidentitätsstörungen, Transsexualismus, Differentialdiagnostik, sexuelle Orientierung, Typologie, Klassifikation

Abstract

In Germany there is a need for actual standards of care for the diagnosis, evaluation and treatment of gender dysphoric patients. In effort to support their development literature concerning typology of gender identity disorders is reviewed. 20 cases of biological males requesting for hormonal treatment and sex reassignment surgery are discussed under classificational aspects (DSM IV). The differences regarding sexual orientation (i.e. attracted to males, females, both or neither) have prognostic impact for the development of the gender identity disorders.

Key words: Gender Identity Disorders, Transsexualism, Sexual Orientation, Classification, Typology

1. Problemstellung

Empirisch fundierte differentialdiagnostisch-typologische Untersuchungen zum Transsexualismus fehlen in Deutschland. Sie sind jedoch aus zwei Gründen unerlässlich: Zum einen können sie bei der Untersuchung der Ätiologie dieses Störungsbildes hilfreich sein. Zum zweiten - und dies vor allem hat klinische Relevanz - erlauben sie im Verein mit katamnestischen Untersuchungen gewisse Vorhersagen insbesondere über die Zuträglichkeit hormonell-operativer Eingriffe bei den verschiedenen Patientengruppen. Angesichts der irreversiblen Folgen derartiger Eingriffe erscheint die Forderung nach einer solchen diagnostisch, therapeutisch und prognostisch differenzierenden Betrachtungsweise berechtigt. Mehrere Arbeitsgruppen beschäftigen sich deshalb mit der Erstellung von *Standards of Care* der Betreuung und Begutachtung dieser Patienten.

2. Die gegenwärtige Diskussion zum Transsexualismus in Deutschland

Das Fehlen von empirisch fundierten typologischen (Längsschnitt-)Untersuchungen mit prognostisch-differentialdiagnostischer Ausrichtung ist in Deutschland vermutlich zum einen durch die insgesamt geringe Zahl von Patienten bedingt, die zudem in verschiedenen Einrichtungen vorstellig werden: Osburg und Weitze (1993) geben aufgrund ihrer Untersuchungen zu Anträgen bzw. positiven Entscheidungen zur Vornamens- und/oder Personenstandsänderung nach dem Transsexuellengesetz für die Zeit von 1981 bis 1990 eine Zehnjahresprävalenz von 2,4 bzw. 2,1 auf 100.000 der erwachsenen Wohnbevölkerung in der alten Bundesrepublik an.

Zum anderen dürfte der Mangel an typologischen Untersuchungen aber auch durch eine diesbezüglich andere Problemsicht bedingt sein: Pfäfflin macht weder in seiner Monographie zur Psychopathologie des Transsexualismus (1993) noch in seiner gemeinsam mit Junge 1992 vorgelegten Übersicht über den internationalen Stand katamnestischer Untersuchungen an operierten Transsexuellen Angaben dazu, inwieweit sich die Patienten in den Merkmalen „Zeitpunkt des Beginns der Störung“, „Entwicklung des Cross-dressings“ oder „sexuelle Orientierung“ unterscheiden haben. Anhand derart umfangreichen katamnestischen Materials hätte der klinisch bedeutsamen Frage nachgegangen werden können, ob es verschiedene Patientengruppen gibt, die sich nicht nur in ihrer postoperativen Adaptation, sondern möglicherweise auch in einigen präoperativ erhebbaren und damit prognostisch verwertbaren Kriterien unterscheiden.

Langer hat 1985 seine Sorge über eine nach seiner Meinung drohende, dem Operativ-Machbaren anheimfallende Verflachung differentialdiagnostischer und differenzierender (psycho-)therapeutischer Bemühungen um diese Patientengruppe ausgedrückt. Er wies anhand eigener klinischer Erfahrungen auf die Diversivität der Genese transsexueller Störungsbilder hin und bezeichnete den transsexuellen Umwandlungswunsch als „gemeinsame Endstrecke verschiedener Entwicklungswege“. Er grenzte sich damit auch von jenen „12 Leitsymptomen der Transsexualität“ ab, die Sigusch und Ko-Autoren (1978, 1980) - leider ohne ausreichende Auskunft über die zugrundeliegende Datenbasis - publiziert hatten und die den Eindruck einer klar von transvestitisch-fetischistischen, homosexuellen oder anderen Entwicklungen abgrenzbaren (Krankheits-)Entität „des Transsexualismus“ suggerierten. Auf die Fragwürdigkeit eines solchen einheitlichen Verlaufsbildes hatten bereits Kröhn und Wille (1983) hingewiesen.

Sigusch hat mittlerweile (1991a,b; 1992, 1994) diese Leitsymptome einer weitgehenden Revision unterzogen. Er fordert nun eine „Enttotalisierung des Transsexualismus“ und schließt damit in gewisser Weise zum internationalen Stand der differenzierten Betrachtungsweise der Geschlechtsidentitätsstörungen auf. Darüber hinaus empfiehlt er eine „Entpathologisierung des Transsexualismus“. Nach seiner Ansicht sind *„Geschlechtsumwandlungsoperationen (letztlich) nur zu rechtfertigen, wenn Transsexuelle nicht als Kranke angesehen werden, wenn sie sich selber möglichst 'frei' zu diesem Eingriffen entscheiden.“* (1992, S. 113, Apostrophierung i.Orig.) Becker und Hartmann (1994, S.304) ist zuzustimmen, daß der Autor damit „die klinische Erdung“ vermissen läßt. Die klinisch-ärztliche Perspektive erscheint jedoch weiterhin nötig, denn zuviel steht auf dem Spiel: Fehlindizierte hormonelle oder gar operative Eingriffe setzen gravierende und irreversible Veränderungen. Und es kann nur Besorgnis erregen, mit welcher anscheinenden Leichtigkeit und Kritiklosigkeit einige Ärzte ohne weitere Differentialdiagnostik die

gewünschten gegengeschlechtlichen Hormone verschreiben, Epilationen durchführen oder Operationen befürworten.

3. Zu einigen typologischen Untersuchungen über Geschlechtsidentitätsstörungen

Mittlerweile liegen international eine Reihe typologisch orientierter Ansätze vor. Sie benutzen im wesentlichen zwei Differenzierungskriterien, die eng miteinander verbunden zu sein scheinen:

1. Die sexuelle Orientierung des Patienten (heterosexuell, homosexuell, bisexuell, automonosexuell);
2. Das Alter des Patienten bei der Erstvorstellung mit Wunsch nach Geschlechtsumwandlung bzw. beim Beginn des Cross-dressing¹.

In der Literatur besteht weitgehende Übereinstimmung darüber, daß die sexuelle Orientierung von biologisch weiblichen Transsexuellen beinahe ausschließlich auf Angehörige des eigenen biologischen Geschlechtes gerichtet ist. Einzig Coleman und Co-Autoren (1993) berichten von 9 andersgelagerten Fällen. Sigusch (1994, S. 1457) behauptet, daß es „heute nicht nur vereinzelte ... transsexuelle Männer mit weiblichem Körpergeschlecht (gibt), die sich als homosexuell bezeichnen“, nennt hierfür jedoch keinen empirischen Beleg.

Hingegen gibt es eine Fülle kasuistischer und empirisch unterschiedlich abgesicherter Untersuchungen über die verschiedenen Richtungen der sexuellen Orientierung bei biologischen Männern mit Geschlechtsumwandlungsbegehren. Auf die dabei auch von einigen Autoren angestellten Überlegungen zur Ätiologie der Geschlechtsidentitätsstörungen kann hier nicht eingegangen werden.

Benjamin (1966, 1967) erstellte seine *Sexual Orientation Scale*, in der er drei Gruppen unterschied: (1) Heterosexuell und automonosexuell-masturbatorisch aktive Männer, die Frauenkleidung trugen, weil diese sie sexuell erregte. Umwandlungswünsche würden hier höchstens bei einer krisenhaften Zuspitzung der Partnerschaftssituation geäußert und seien nicht beständig. (2) (Automono-)Sexuell wenig aktive, auf Frauen orientierte Männer, denen dies Verkleiden allein nicht (mehr) ausreicht und die zusätzlich einzelne körperliche Bestandteile des weiblichen Geschlechts, vor allem eine Brust, haben wollen. (3) Die eigentlichen Transsexuellen. Sie seien zumeist auf (heterosexuelle) Männer orientiert, hätten seit der Kindheit eine Abneigung gegen die männliche Geschlechterrolle und die eigenen männlichen Genitalien. Benjamin wies jedoch darauf hin, daß die Übergänge zwischen diesen Gruppen, insbesondere der zweiten und der dritten, fließend seien.

Person und Ovesey (1974) schlugen eine Unterteilung in „primäre“ und „sekundäre“ Transsexuelle vor. Die Geschlechtsidentität der Erstgenannten sei nicht von Anfang an

¹ Im Folgenden wird der - ins Deutsche nur schwer übersetzbare - Begriff des „Cross-dressings“ benutzt. Er meint hier das durchgehend episodische oder ständige Tragen von Kleidung des anderen Geschlechts unabhängig von der sexuellen (etwa fetischistischen) Konnotation, unabhängig auch von der Art der Kleidung (d.h. Unterwäsche oder Oberbekleidung) und unabhängig davon, ob diese Kleidung heimlich oder öffentlich getragen wird.

weiblich, eher ambivalent, im Vordergrund stünde ein Gefühl der „Leere, des Anderseins“. In der Kindheit würde zumal mütterliche Kleidung heimlich benutzt, in der adoleszenten Masturbation entstünde die Phantasie, „irgendwie selbst eine Frau zu sein“. Die Lektüre der in Medien dargestellten Lebensläufe operierter Transsexueller würde bei diesen Patienten die Idee entstehen lassen, „eine Frau in einem männlichen Körper zu sein“. Sie würden dann eine operative Geschlechtsumwandlung wünschen. Die „sekundären Transsexuellen“ teilten die Autoren in die „homosexuellen“ und die „transvestitischen“. Die ersten staffierten sich von früher Kindheit an offen mit Kleidung des weiblichen Geschlechtes aus, diese sei kein sexueller Stimulus. Ihre sexuellen Wünsche seien auf Männer gerichtet. Die „transvestitischen Transsexuellen“ würden zunächst bestimmte Teile der weiblichen Kleidung als fetischistisches Objekt benutzen, ihr späterer Wunsch nach Geschlechtsumwandlung sei vor allem eine Flucht aus der Überforderung durch die nie gänzlich eingenommene Männerrolle. Von zentraler Bedeutung für die Entwicklung der Geschlechtsidentität sei die sexuelle Orientierung der Patienten.

Bentler (1976) unterschied anhand der postoperativen Datenerfassung bei 42 Mann-zu-Frau-Transsexuellen bezogen auf das biologische Geschlecht drei Kategorien: „Homosexuelle“, „asexuelle“ und „heterosexuelle“ Transsexuelle. Die homosexuellen Transsexuellen würden signifikant früher zur Transformationsoperation gelangen und sich häufiger schon vorher in der Öffentlichkeit als „Frau“ mit einem männlichen Partner zeigen als die heterosexuellen, bei denen dagegen das Cross-dressing wesentlich häufiger von sexueller Erregung begleitet gewesen wäre. Als Grund für die Operation nannten die homosexuellen Transsexuellen am häufigsten die Fähigkeit, mit einem Mann koitieren zu können, die asexuellen Transsexuellen vor allem die Ablehnung des Penis und die heterosexuellen an erster Stelle die Ablehnung der männlichen Rollenanforderungen.

Buhrich und McConaghy (1977a,b; 1979) unterschieden anhand der Daten von 29 Transsexuellen und 35 Transvestiten drei Arten des (fetischistischen) Cross-dressings: „*Nuclear transvestites*“, „*marginal transvestites*“ und „*fetishistic transsexuals*“. Ihnen stellten die Autoren die „*nuclear transsexuals*“ gegenüber. Bei den „Kern-Transvestiten“ habe das Tragen weiblicher Kleidung einzig den Zweck der sexuellen Erregung, sie seien in der Regel heterosexuell orientiert. Von den „marginalen Transvestiten“ würden zusätzlich bestimmte körperliche Aspekte der Frauen, vor allem Brüste, gewünscht. „Fetischistische Transsexuelle“ hätten ebenfalls sexuelle Erregung beim Cross-dressing und seien häufiger heterosexuell.

Docter (1988) untersuchte 110 heterosexuelle Cross-dresser. Er unterschied unter ihnen „passagere Fetischisten“, „fetischistische“ und „marginale Transvestiten“, in ihrer Geschlechtsrolle unentschiedene „*Transgenderisten*“ sowie „sekundäre Transsexuelle vom transvestitischen Typ“. Er offerierte ein 5-Phasenmodell der Entwicklung des Selbstkonzeptes bei heterosexuellen Cross-dressern, die zunehmend aus ihrer primär männlichen Geschlechtsidentität in eine weiblichen Geschlechtsidentität übergehen würden. Gelänge dagegen die Integration der transvestitisch-femininen Wünsche, so käme es zu einer eher androgynen Geschlechtsidentität unter Beibehaltung fetischistischer-transvestitischer Praktiken, ohne daß eine Umwandlungsoperation gewünscht würde.

Doom und Mitarbeiter haben jüngst (1994) diesen Ansatz Docters erneut aufgegriffen und unterscheiden zwischen zeitlich primären („*early-onset*“) und sekundären („*late-onset*“) Transsexuellen. Sie untersuchten 135 biologische Männer, die um eine Transformationsoperation nachsuchten und verglichen sie mit 36 Transvestiten und mit männlichen

heterosexuellen Kontrollpersonen. Die Autoren postulieren ein männliches und ein weibliches Sub-System der Geschlechtsidentität, die relativ autonom seien und deren Balance über das weitere Schicksal (Operation und Hormone versus Integration der transvestitisch-fetischistisch-femininen Anteile in ein heterosexuelles Selbstkonzept) entscheide.

Wise und Meyer (1980) unterschieden bei ihren transvestitischen Patienten mit Wunsch nach Geschlechtsumwandlung „jüngere/younger“ und „ältere/aging“ Transvestiten mit Geschlechtsidentitätsstörung. Beide Patientengruppen seien aufgrund verschiedener Stressoren (Partnerschaftskonflikte und Geburt eigener Kinder bei den jüngeren, Krankheit, Altern oder Partnerverlust bei den älteren Transvestiten) nicht mehr in der Lage, die über die Jahre innerhalb einer heterosexuellen Beziehung entwickelten fetischistisch-transvestitischen Strebungen in ihre primär männliche Geschlechtsidentität zu integrieren.

Freund und Mitarbeiter gaben 1982 einen wesentlichen Anstoß zur Vereinfachung der unterschiedlichen Typologien, indem sie die Patienten nach dem Geschlecht des präferierten, (realen oder imaginierten) Sexualpartners unterschieden. Sie unterteilten zunächst 136 biologisch männliche Patienten mittels einer von Freund entwickelten und statistisch validierten Fragebogen-Batterie in „homosexuelle“ und „heterosexuelle“ Transsexuelle. Die erstgenannten ließen in der Vorgeschichte transvestitisch-fetischistische Erregung durch das Tragen von Frauenkleidung zumeist vermissen und seien am Sexualkontakt mit Männern interessiert. Dagegen hätten die „heterosexuellen Transsexuellen“ stets eine transvestitisch-fetischistische Vorgeschichte, seien entweder heterosexuell partnerschaftlich aktiv gewesen oder hätten sich automonosexuell in Frauenkleidung betätigt. Dies wirke zwar nach außen „asexuell“, tatsächlich würden diese Patienten jedoch entweder Frauen als Partnerinnen oder aber nur sich selbst als Frau imaginieren. Männer würden, wenn sie in diesen Phantasien überhaupt vorkamen, einzig die Rolle der Bestätigung der eigenen sexuellen Weiblichkeit übernehmen und nicht ihrer körperlich-genitalen Männlichkeit wegen tatsächlich „begehrt“ werden, wie dies bei den homosexuell orientierten Transsexuellen der Fall sei.²

Blanchard prägte für diejenigen „nicht-homosexuellen“ Transsexuellen, die sich automonosexuell mit der Vorstellung „als sich selbst liebende Frau“ betätigen (und damit letztlich „heterosexuell“ orientiert sind), den Begriff „Autogynäphilie“. Er hat, gestützt auf die enorme, über 3000 Verläufe dokumentierende Datenbank der Gender Identity Clinic des Clarke Institutes for Psychiatry in Toronto, in der Folgezeit gemeinsam mit anderen eine Fülle von Arbeiten publiziert (1985; 1986; 1987; 1988a,b; 1989a,b,c; 1990; 1991; 1992; 1993a,b,c; 1994) und die von Freund inaugurierte Unterteilung bestätigt. Wichtig für die klinische Beurteilung geschlechtsidentitätsgestörter Männer dürfte die Tatsache sein, daß er dabei wesentliche differentialdiagnostische und vor allem prognostische Unterschiede zwischen den beiden Gruppen fand: Die „nicht-homosexuellen“ (heterosexuellen und autogynäphilen) Patienten zeigen im Unterschied zu den homosexuellen Transsexuellen in

² Diese statistisch und klinisch-deskriptiv gut abgrenzbare Kategorie umfaßte also neben den „transvestitischen sekundären“ auch die „asexuellen primären Transsexuellen“ von Person und Ovesey, die „heterosexuellen“ und die „asexuellen“ Transsexuellen von Bentler, die „fetischistischen Transsexuellen“ und die „marginalen Transvestiten“ von Buhrich und McConaghy, die „Transgenderisten“ und „sekundären Transsexuellen vom fetischistischen Typ“ von Docter.

der Kindheit männliches bis neutrales geschlechtstypisches Spiel- und Sozialverhalten, erlebten sexuelle Erregung durch das (heimliche) Tragen von Frauenbekleidung, hätten in der Pubertät entweder keine bzw. seltene (autogynäphile Patienten) oder aber auch häufige heterosexuelle Kontakte und wenig bis keine homosexuelle Erfahrungen, zeigten häufiger deviante Sexualpraktiken, wären häufiger verheiratet und Väter und kämen signifikant später mit Umwandlungsbegehren, das dann auch eher nur partiell sei (Wunsch nach Brüsten unter Beibehaltung des Penis). Ihre Prognose nach erfolgter Umwandlungsoperation erwies sich als ungünstiger: Die soziale und psychosexuelle Adaptation gelang schwerer, die Schwierigkeiten einen Partner bzw. eine („lesbische“) Partnerin zu finden, waren größer und der Wunsch nach Rückumwandlung war bei diesen Patienten häufiger.

4. Zur aktuellen Klassifikationsnomenklatur

Aufgrund der unsicheren Trennung bzw. den Übergängen zwischen Transsexualismus und Transvestismus einerseits, effeminiertes Homosexualität und Transsexualismus andererseits schlug Fisk (1973) den Begriff des „*gender dysphoria syndrome*“, im Deutschen am besten durch „Geschlechtsidentitätsstörung“ übersetzt, vor. Er meinte damit diejenigen Patienten, die sich in ihrem biologischen Geschlecht unwohl („*discomfort*“) fühlen und deshalb versuchten, weitgehend das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts zu erlangen und in dessen sozialer Rolle anerkannt zu werden. Bestünde dieser Wunsch langandauernd und permanent und würde anhaltend die weitestmögliche hormonelle und chirurgische Anpassung an das gewünschte Geschlecht gefordert, so sei dies die extremste Form der Geschlechtsidentitätsstörung, der Transsexualismus. Das primäre Ziel dieser Definition war es, die bis dato übliche enge Begrenzung der Operationsindikation auf nicht-fetischistisch/nicht-transvestitische, asexuell lebende Transsexuelle zu überwinden. Zugleich wurde damit eine klassifikatorische und differentialdiagnostisch-differentialtherapeutische Berücksichtigung all jener Personen ermöglicht, die an ihrer Geschlechtlichkeit (ihrer Geschlechtsidentität) leiden, ohne diese Patienten sofort in das enge Label des „Transsexuellen“ zu zwingen und ihnen damit indirekt nur die Operation als einzigen Ausweg offenzulassen.

Während ICD 9 „Transvestismus“ (302.3) noch klar von „Transsexualismus“ (302.5) und „Störungen der psychosexuellen Identität“ (302.6) trennt und alle unter „Sexuelle Verhaltensabweichungen und -störungen“ subsummiert, hat ICD 10 den Störungen der Geschlechtsidentität eine eigene Rubrik im Rahmen der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen eingeräumt und unterscheidet dort „Transsexualismus“ (F64.0) von „Transvestismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen“ (F64.1), „sonstigen“ (F64.8) und „nicht näher bezeichneten Störungen der Geschlechtsidentität“ (F64.9). Das DSM III-R unterscheidet unter der Rubrik „Störungen der Geschlechtsidentität“ den „Transsexualismus“ (302.50) von der „Störung der Geschlechtsidentität in der Adoleszenz oder beim Erwachsenen, nicht-transsexueller Typ“ (Gender identity disorder of adolescence and adulthood, nontranssexual type = GIDAANT). Beide Kategorien fordern die Angabe der sexuellen Orientierung als „asexuell, homosexuell, heterosexuell oder unbestimmt“ und schließen das zum Zwecke der sexuellen Erregung vollzogene Cross-dressing (i.S. des fetischistischen Transvestismus) aus. Gerade die letztgenannte Beschränkung und die Unterteilung der sexuellen Orientierung nach dem biologischen Geschlecht waren besonders umstritten. Die Ergebnisse dieser Diskussionen sind mittlerweile in die neue Nomenklatur des DSM IV eingeflossen

(s. Bradley 1991, APA 1994). Der transvestitische Fetischismus (302.3) wird klassifikatorisch noch von den Geschlechtsidentitätsstörungen (302.6 bzw. 302.85 im Kindesalter) getrennt, jedoch auf die möglichen Übergänge hingewiesen. Die Diagnose der Geschlechtsidentitätsstörung verlangt nach DSM IV (APA 1994, 532 ff):

- * Eine tiefgehende und andauernde Identifikation mit dem biologisch anderen Geschlecht (Kriterium A).
- * Eine andauerndes Unbehagen oder Gefühl der Inadäquatheit im tatsächlichen (biologischen und Erziehungs-)Geschlecht (Kriterium B).
- * Den Ausschluß eines Intersex-Syndromes (z.B. Androgen-Insensitivitäts-Syndrom oder kongenitales Adrenogenitales Syndrom) (Kriterium C).
- * Den Nachweis von klinisch signifikantem Stress oder Störungen im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Bereichen oder Funktionen (Kriterium D).

Der „*manifeste intensive Wunsch, die soziale Rolle des anderen Geschlechtes einzunehmen*“ stellt nicht mehr lediglich eine Ergänzung zum Wunsch nach hormonellen und/oder operativen geschlechtsverändernden Maßnahmen dar, sondern ist jetzt auch als einzelnes Kriterium für das Vorliegen einer Geschlechtsidentitätsstörung möglich (S.533). Zu deren genaueren Unterscheidung werden Kriterien für die sexuelle Orientierung genannt („*sexually attracted to males, to females, to both, to neither*“).

Die weiterführenden Erläuterungen des DSM IV weisen darauf hin, daß es bei biologischen Männern mit Geschlechtsidentitätsstörungen im wesentlichen zwei Entwicklungswege und damit zwei „Untergruppen“ gibt: Zum einen diejenigen Patienten, bei denen die Störung der Rollenidentifikation im o.g. Sinne bereits in der Kindheit manifest war, die in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter um ärztliche Hilfe bei der Umwandlung nachsuchen und deren sexuelle Orientierung überwiegend auf Männer gerichtet ist. Zum anderen Patienten, bei denen sich die Störung der Geschlechtsidentität später und gradueller manifestiert, die später (frühestens im mittleren Erwachsenenalter) deshalb beim Arzt vorstellig werden und häufiger eine transvestitisch-fetischistische Vorgeschichte mit sexuellem Interesse an Frauen haben. Bezüglich einer (hormonellen und/oder chirurgischen) Umwandlung seien die letztgenannten Patienten unsicherer und würden durch diese Maßnahmen auch weniger zufriedengestellt.

5. Die aktuelle Typologie in ihrer Praktikabilität anhand eigener Fallbeispiele

1993 stellten sich in unserer Einrichtung 20 Männer mit dem Wunsch nach Geschlechtsumwandlung vor. 6 der Patienten wurden von niedergelassenen Ärzten überwiesen, ein Patient wurde durch die Partnerin angemeldet, die restlichen kamen aufgrund von Informationen in den Medien bzw. Beratungsführern.

Alle Patienten gaben an, „seit Jahren eine Frau sein zu wollen“, bezeichneten sich selbst als „transsexuell“ und wünschten, durch hormonelle und operative Maßnahmen eine weibliche Brust und eine Neo-Vagina zu bekommen. Die Kriterien A und B des DSM IV waren damit *zunächst* formal erfüllt. Keiner der Patienten bot Anzeichen eines Intersex-Syndroms (Kriterium C).

Im Folgenden soll die Entwicklung und der Verlauf bei diesen Patienten, unterschieden nach der sexuellen Orientierung, zusammenfassend kasuistisch dargestellt werden. Die kleine

Tab. 1: Angaben zum Sexual- und Partnerschaftsverhalten

Nr.	Pubertät	aktuell	Masturbation: Stimulus/phantasierter Partner		1. Sexualkontakt**		Aktuell GV	
			dabei Frauenkleidg.	Frequenz	mit einem Mann	mit einer Frau	mit...	Frequenz
01	Gummi/UW*	als Frau m. Frau	selten	2/Monat	noch nie	18.Lbj.	Frau	2/Monat
02	UW/Frau	als Frau m. Frau/Mann	manchm.	2/Woche	noch nie	16.Lbj.	Frau	3/Monat
03	UW/Frau	als Frau m. Mann	manchm.	2/Monat	noch nie	17.Lbj.	Frau	1/Monat
04	UW	als Frau allein	immer	1/Monat	noch nie	noch nie	ohne Partner/in	
05	UW/Frau	als Frau allein	immer	1/Halbjahr	noch nie	17.Lbj.	ohne Partner/in	
06	UW/Frau	als Frau allein/m. Frau	immer	1/Woche	noch nie	17.Lbj.	Frau	1/Monat
07	UW/Frau	als Frau m. Frau	immer	3/Woche	noch nie	17.Lbj.	Frau	2/Monat
08	UW/Frau	als Frau allein	immer	2/Monat	noch nie	19.Lbj.	ohne Partner/in	
09	unklar	als Frau allein	immer	täglich	noch nie	? (ja)	ohne Partner/in	
10	UW/Frau	als Frau m. Frau	manchm.	1/Monat	noch nie	18.Lbj.	Frau	1/Woche
11	UW/Frau	als Frau m. Frau	immer	2/Woche	noch nie	20.Lbj.	Frau	2/Monat
12	UW	als Frau allein	immer	1/Monat	noch nie	noch nie	ohne Partner/in	
13	UW/Frau	als Frau m. Frau	immer	täglich	noch nie	16.Lbj.	Frau	
14	UW/Frau	als Frau m. Frau/Mann	manchm.	2/Monat	13.Lbj.	15.Lbj.	ohne Partner/in	2/Monat
15	Mann	als Frau m. Mann	nie	1/Monat	19.Lbj.	24.Lbj.	Mann	
16	Mann	als Frau m. Mann	selten	2/Woche	18.Lbj.	noch nie	ohne Partner/in	2/Monat
17	Mann	als Frau m. Mann	nie	2/Woche	noch nie	noch nie	ohne Partner/in	
18	Mann	als Frau m. Mann	immer	2/Woche	15.Lbj.	noch nie	ohne Partner/in	
19	Mann	als Frau m. Mann	manchm.	1/Woche	17.Lbj.	noch nie	ohne Partner/in	
20	Mann	als Frau m. Mann	manchm.	1/Woche	noch nie	18.Lbj.	ohne Partner/in	

* UW = Frauenunterwäsche, -nachthemd, -strumpfhosen

** = intensives Petting, mutuelle Masturbation, Vaginal- bzw. (passiver) Analverkehr

Zahl und inhomogene Zusammensetzung dieser Gruppe sowie die Tatsache, daß die Zahl der Kontakte variierte - einige Patienten nahmen nach 2 Konsultationen keine weiteren Terminangebote wahr, andere befinden sich bis jetzt in ambulanter psychotherapeutischer Betreuung - ermöglicht nur eine solche Darstellung. Es soll darum gehen, ob sich die bislang besprochenen typologischen Unterscheidungen für die Prognose des Verlaufs und der Betreuung als sinnvoll erweisen. Die Diskussion der psychodynamischen und persönlichkeitsstrukturellen Vorgeschichten kann hier ebensowenig erfolgen wie Ausführungen zur Gestaltung des Betreuungsprozesses.

Alle Angaben wurden im sexualmedizinischen Anamnesegespräch erhoben. Zusätzlich wurde bei 12 der Probanden ein in Anlehnung an die Literatur und die eigene klinische Erfahrung entwickelter, geschlossener Fragebogen, der gegenwärtig standardisiert wird, angewandt.

Zunächst ist festzustellen, daß zumindest bei unseren Patienten eine völlige „Asexualität“, wie sie früher als „typisch für den Transsexuellen“ behauptet wurde, nicht zu beobachten ist. Legt man die Angaben zum bisherigen und aktuellen Sexualverhalten zugrunde (s. Tab. 1), so können in unserem Patientengut entsprechend der aktuellen Klassifikation zwei Gruppen unterschieden werden: 14 der 20 Patienten (01 bis 14) waren überwiegend oder ausschließlich auf weibliche sexuelle Merkmale bzw. auf Frauen, 6 (15 bis 20) auf männliche Merkmale bzw. auf Männer orientiert.

Tab. 2: Cross-dressing zum Zeitpunkt der Erstvorstellung

Nr.	Oberbekleidung	Unterwäsche	Make up	Körperbehaarung
01	i.Beruf männlich, auswärts weiblich	immer weiblich	außer i. Beruf	epiliert
02	männlich, z.Hause episodisch weiblich	immer weiblich	nein	rasiert
03	öffentl. neutral, heimlich weiblich	heimlich weiblich	nein	rasiert
04	durchgehend neutral bis weiblich	heimlich weiblich	nein	extrem rasiert*
05	durchgehend neutral	immer weiblich	nein	unrasiert
06	männlich, heimlich weiblich	heimlich weiblich	nein	rasiert
07	neutral, z.Hause episodisch weiblich	immer weiblich	ja	rasiert
08	öffentl. neutral, heimlich weiblich	immer weiblich	nein	unrasiert
09	durchgehend neutral	immer weiblich	nein	unrasiert
10	durchgehend weiblich	immer weiblich	ja	kaum vorhanden
11	männlich, z.Hause episodisch weiblich	immer weiblich	nein	Bart
12	nur z.Hause durchgehd. weibl.	immer weiblich	nein	rasiert
13	durchgehend neutral bis weiblich	neutral/weiblich	ja	rasiert
14	i.Beruf männlich, auswärts weiblich	immer weiblich	außer i. Beruf	unrasiert

15	durchgehend weiblich	neutral/weiblich	ja	rasiert
16	durchgehend weiblich	immer weiblich	ja	kaum vorhanden
17	durchgehend weiblich	neutral/weiblich	ja	kaum vorhanden
18	durchgehend weiblich	neutral/weiblich	nein	rasiert
19	durchgehend neutral bis weiblich	neutral/weiblich	ja	kaum vorhanden
20	durchgehend weiblich	neutral/weiblich	ja	rasiert

* = mit Hautaffektionen

Die Patienten der erstgenannten Gruppe benutzten bei der Aufnahme der Masturbation in der Pubertät Damenunterwäsche als Stimulus und tun dies in unterschiedlichem Maße noch heute. Ihre präferierte Vorstellung ist es dabei, selbst eine Frau zu sein. 5 Patienten erregt diese Phantasie ohne daß dazu ein Partner/eine Partnerin imaginiert wird bzw. ohne daß das Geschlecht eines Phantasiepartners genannt werden kann. 6 Patienten geben - über diese „Faszination“ von sich selbst als Frau hinaus - an, in ihrer Phantasie mit einer Frau („lesbischen“) Sex zu haben, zwei manchmal mit Frauen und manchmal mit Männern, ein Patient denkt bei der Masturbation an sich als „eine Frau mit einem Mann“. Sexuelle Attraktion durch den Mann „an sich“ gibt keiner dieser Patienten an, und zwar weder in der Masturbationsphantasie noch in der Wirklichkeit. Dies drückt sich auch darin aus, daß bis auf eine Ausnahme (Pat. 14; dieser erlebte in Frauenkleidung mutuelle Masturbation und passiven Analverkehr im 13. Lebensjahr in seiner Peer-group) noch keiner von ihnen jemals Sexualkontakt zu einem Mann hatte. Alle bis auf zwei Ausnahmen hatten dagegen bereits Geschlechtsverkehr mit Frauen, 8 haben dies mit unterschiedlicher Frequenz noch gegenwärtig in einer bestehenden Partnerschaft. Dabei wurde bis auf zwei Ausnahmen (die mit der Partnerin synchron masturbierten) auch penetrierend-genitaler Sex vollzogen, bei dem in allen Fällen die Succubus-Position des Mannes präferiert wurde. Alle diese Patienten gaben ein deutlich stärkeres orgasmisches Erleben in Frauenkleidung an. Wo dies die Partnerin nicht oder zunehmend unwillig tolerierte, kam es zu einem Nachlassen des Interesses an der partnerschaftlichen Sexualität, deren Frequenz dann auch absank und teilweise deutlich von der der Masturbation (in Frauenkleidung) überstiegen wurde. Dies war in einer Reihe der Fälle auch mit ein Grund, sich Informationen über die Problematik des Transsexualismus zu besorgen, sich gegenüber der Frau als „transsexuell“ zu erklären und unsere Einrichtung aufzusuchen.

Im Alltag trug zum Zeitpunkt der Erstvorstellung nur ein Teil dieser Patienten offen und durchgehend Frauenkleidung (s. Tab. 2), oft wurden Sphären für die weibliche Kleidung und die geschlechtsneutrale bis männliche Kleidung getrennt. Diese weibliche Oberbekleidung erregte die Patienten nicht sexuell, vielmehr fühlten sie sich in ihrer „ruhiger, wohler, sicherer“. Einzig bei denjenigen 5 Patienten, die auch zu Hause ihre Frauenoberbekleidung nur episodisch (mit Duldung durch die Familie oder heimlich) anzogen, war häufig, aber keinesfalls immer, „Prickeln, Aufregung, Erregung“ vorhanden, was dann auch Anlaß zur Masturbation sein konnte. Alle diese Patienten trugen weibliche Unterwäsche, 3 mußten dies vor ihrer Familie verbergen. Für die sexuelle Erregung hierbei galt dasselbe wie für die beim Tragen der Oberbekleidung: Zwar war die weibliche Unterwäsche häufig oder immer (s. Tab. 1) in das Masturbationsritual miteinbezogen, sie führte jedoch nicht ständig zur sexuellen Erregung, sondern vermittelte ein Gefühl der Beruhigung oder des „Bei-sich-Seins-als-Frau“.

Dieser Gruppe standen diejenigen 6 Probanden gegenüber (15 bis 20), die bei der Masturbation an Sex mit einem männlichen Partner dachten, wobei vor allem der Körper des phantasierten männlichen Partners und die Interaktion mit ihm als „am meisten erregend“ benannt wurde. Damenwäsche wurde dabei gelegentlich getragen, nicht aber extra dazu angelegt. 4 dieser Patienten hatten auch bereits Sex mit Männern (aktiv oral, bei zwei Patienten auch passiv anal). Ein Patient lebte in einer Partnerschaft mit einem Mann, in der er sich als Frau fühlte. Ein Patient hat sich „noch nicht getraut, es war nie der Richtige da, der mich als Frau nimmt.“

Tab. 3: Alter bei Erstvorstellung und Cross-dressing in der Kindheit (Angaben des Patienten)

Nr.	Alter*	Beginn (Alter)	Heimlich vs. Offen	Art der Kleidung
01	40;4	< 6	heimlich	Schuhe, Nachthemd der Mutter
02	36;2	< 6	heimlich	Puppenrock, Rock der Mutter
03	27;0	< 6	heimlich	Schuhe, Rock, Nachthemd, Unterwäsche von Mutter u. Schwester
04	25;4	> 14(?)	heimlich	unklar/ keine Angabe
05	26;6	12	heimlich	Unterwäsche der Schwester
06	38;7	14	heimlich	Unterwäsche der Mutter
07	38;11	14	heimlich	Unterwäsche, Strumpfhosen der Mutter
08	39;8	8	heimlich	Unterrock der Mutter
09	47;2	> 30	offen	Unterwäsche der Freundin
10	33;0	< 6 / 16**	offen/heimlich*	„Kleiderkiste“/Unterwäsche
11	38;5	12	heimlich	Unterwäsche der Mutter
12	28;7	14	heimlich	Kleid der Mutter; Unterwäsche der Oma
13	30;4	< 6	heimlich	Nachthemd der Mutter
14	39;3	< 12	offen/heimlich*	Schuhe, Rock, Nachthemd, Unterwäsche von Mutter u. Schwester

15	28;6	< 6	offen	Schuhe der Mutter
16	19;8	< 6	offen	Schuhe, Nachthemd, Rock der Mutter
17	18;7	< 6	offen	Rock, Bluse, Schuhe
18	20;8	< 6	offen	Schuhe, Rock, Nachthemd, Unterwäsche von Mutter, Tante, Oma
19	18;0	< 10	offen	Rock, Bluse, Schuhe
20	28;11	< 8 / 13**	offen/heimlich*	Kleider, Schuhe, Unterwäsche der Mutter

* = Alter bei Erstvorstellung (Jahre; Monate)

* = Oberbekleidung spielerisch offen getragen, Unterwäsche heimlich getragen

** = 1. spielerisches offenes Tragen von weiblicher Oberbekleidung in Kindheit
2. heimliches Benutzen weiblicher Unterwäsche in Pubertät

Im Alltag gingen diese Patienten bis auf eine (durch finanzielle Abhängigkeit bedingte) Ausnahme durchgehend in weiblicher Oberbekleidung. Die Unterbekleidung wurde von diesen Patienten eher nach praktischen Gesichtspunkten gewählt und mußte nicht (wie bei der ersten Gruppe) unbedingt stets weiblich sein. Eine sexuelle Erregung durch diese Kleidung wurde verneint.

Vergleicht man beide Patientengruppen, so finden sich auch in unserem Material die mit den Unterschieden in der sexuellen Orientierung (auf Frauen bzw. auf Männer) einhergehenden, in der Literatur beschriebenen Merkmale: Die auf Frauen orientierten Patienten (01 bis 14) waren bei der Erstvorstellung älter (Durchschnittsalter: ca. 35 Jahre), der jüngste war 25;7, der älteste 47;2 (s. Tab. 3). Das Durchschnittsalter der auf Männer orientierten Patienten betrug dagegen rund 22 Jahre (18;0 bis 28;11).

Ebenso fanden wir in der Tendenz den von anderen Autoren beobachteten früheren Beginn des Cross-dressings bei den auf Männern orientierten geschlechtsidentitätsgestörten Pati-

enten (s. Tab. 3). Hierbei waren wir jedoch überwiegend auf die Angaben der Patienten angewiesen, nur in 4 Fällen (15; 16; 17; 19) konnten wir diese Angaben durch Fremdanamnesen (der Mutter oder einer Betreuungsperson) validieren. Auch bei der wegen der kleinen Zahl gebotenen Zurückhaltung sei darauf hingewiesen, daß sich eine stärkere Effeminiertheit des kindlichen Verhaltens bei den sexuell auf Männer orientierten Patienten andeutet, dem die Mütter anscheinend permissiver gegenüberstanden.

Alle Patienten zeigten sowohl klinisch als auch psychometrisch vielfältige psychische Auffälligkeiten, die hier nur orientierend benannt werden können: Im Vordergrund stand bei allen eine depressiv-dysphorische Verstimmtheit und extreme Gehemtheit, die im auffälligen Kontrast zum teilweise sehr akzentuierten Gestus stand, mit dem eine Befürwortung zumal hormoneller, aber auch operativer Umwandlungsmaßnahmen gefordert wurde. Diesbezüglich ließen sich zumindest klinisch keine sicheren Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ausmachen, eine statistische Auswertung des psychometrischen Materials erfordert größere Probandenzahlen.

Die psychotherapeutische Vorgeschichte der beiden Gruppen zeigte tendenzielle Unterschiede: 5 Patienten der auf Frauen orientierten Gruppe hatten bereits (teilweise mehrfache) psychotherapeutische Behandlungen erfahren (s. Tab. 4), die mittelbar mit ihrer Geschlechtsidentitätsstörung im Zusammenhang standen. Es handelte sich dabei um Paar- und Einzeltherapien wegen transvestitischer (oder in einem Fall gummifetischistischer) Neigungen bzw. wegen diffuser psychosomatischer Erkrankungen (Allergien, Colitis ulcerosa, Angststörungen). In zwei Fällen hatte die Selbsterkenntnis der eigenen „Transsexualität“ zum Therapieabbruch geführt.

Tab. 4: Hormone und Psychotherapie bei Erstkonsultation und im Verlauf

Nr.	PSYCHOTHERAPIE		HORMONE vor Erstkontakt	
	Vor Erstkontakt	Im Verlauf	von...	nach .. Konsultationen
01	abgebrochen	begonnen	Internist	2
02	nein	begonnen	keine	
03	nein	abgelehnt	Gynäkologe	1
04	nein	unentschieden	keine	
05	ja (vorher)	unentschieden	keine	
06	nein	Kontakt abgebrochen	„privat“	ohne Angaben
07	nein	abgelehnt	keine	
08	nein	Kontakt abgebrochen	keine	
09	psychiatr. Betreuung	psychiatr. Betreuung	Gynäkologe	1
10	ja (vorher)	Kontakt abgebrochen	Gynäkologe	1
11	mehrf.abgebrochen	Kontakt abgebrochen	keine	
12	nein	abgelehnt	Internist	1
13	nein	abgebrochen	keine	
14	nein	unentschieden	Gynäkologe	1 selbst abgesetzt

15	nein	begonnen	keine	
16	nein	begonnen	keine	
17	ja (aktuell)	weiterführend	keine	
18	ja (aktuell)	weiterführend	keine	
19	nein	unentschieden	keine	
20	ja	weiterführend	keine	

Ein Patient war wegen einer erstmals vor 10 Jahre manifest werdenden endogenen Psychose des schizophrenen Formenkreises in ständiger psychiatrischer Betreuung, seit mehreren Jahren jedoch symptomfrei. Eine transsexuelle Problematik hatte er seinem Psychiater nie berichtet, wohl aber einem Gynäkologen, von dem er sich Östrogene verschreiben ließ. Ein Patient litt seit Jahren an Colitis ulcerosa, war aber bislang nie psychotherapeutisch behandelt worden. Bei zwei Patienten fanden sich überwiegend demonstrativ angelegte Suizidversuche in der Vorgeschichte.

In der Gruppe der sexuell primär auf Männer orientierten Patienten hatten sich drei wegen ihres Umwandlungswunsches zunächst an ambulante Psychotherapeuten gewandt, welche eine Behandlung der transsexuellen Problematik begannen, in deren Verlauf sie die Patienten zur Mit- und Weiterbetreuung an uns überwiesen. Angaben über weitere Psychotherapien oder über psychosomatische Erkrankungen fanden sich in dieser Gruppe nicht. Ein Patient hatte wegen der sozial äußerst deprivierenden Familiensituation bei Heimeinweisung einen Suizidversuch unternommen.

Die Vorstellungen zur Realisierung des Umwandlungswunsches differierten zwischen beiden Patientengruppen teilweise:

(a) Zu den körperlichen Wunschvorstellungen

Der Wunsch nach einer Neo-Vagina (die ja den Verlust des Penis impliziert) verlor sich im Verlaufe der bei uns durchgeführten Betreuung bei 5 Patienten der ersten Gruppe. In der Tendenz zeigte sich aber auch bei allen anderen dieser zum Teil sexuell-genitale Kontakte pflegenden Männer der tatsächlich virtuelle Charakter dieses Wunsches: Die Vorstellung erregte sie in der Phantasie, zumal bei der Masturbation; die Konfrontation mit der dann nötigen operativen Einbuße des lustvoll betätigten Penis und damit u.U. der Orgasmusfähigkeit hatte aber deutlich ängstigende Wirkung. Die Patienten begannen, ihre Wünsche zu relativieren und zu versuchen, sich mit ihren genitalen Gegebenheiten zumindest zu arrangieren. Die Darstellung des hierbei ablaufenden Prozesses würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, hingewiesen sei nur auf die zentrale Bedeutung, die einer bestehenden Partnerschaft und der Einstimmungsbereitschaft der Partnerin hierbei zukam. Ungebrochen blieb jedoch bei diesen Patienten der beinahe obsessive Wunsch nach einer „richtigen Brust“. Diese spielte in den Masturbationsphantasien eine zentrale Rolle und war auch auf allen uns von diesen Patienten vorgelegten fotografischen oder zeichnerischen Selbstporträts auffällig betont. Die Patienten verwendeten Brustprothesen, stopften sich BHs aus oder nahmen bereits Hormone ein, die sie sich - nach eigenem Bekunden ohne große Mühe und nach nur 1 oder 2 Konsultationen - von Ärzten verschreiben ließen (7 Patienten, s. Tab. 4).

Eine nicht so deutliche und nicht eindeutig sexuelle Besetzung erfuhr das männliche Behaarungsmuster (s. Tab. 2). Die meisten Patienten legten peinlich Wert auf die Entfernung der Körperbehaarung und rasierten diese mitunter mehrmals täglich, einer ließ sich auf eigene Kosten epilieren, ein anderer wurde uns deshalb vom Dermatologen vorgestellt. Drei Patienten waren am Körper (zwei davon auch im Gesicht) unrasiert bei normalem männlichem Behaarungstyp, einer trug bei der Erstvorstellung einen Bart.

Einige tendenziell wichtige Unterschiede beim Betrachten der Gruppe der auf Männer orientierten Patienten (14 bis 20): Hier war zwar ebenso der Wunsch nach einer Brust vorhanden, nur erschien er deutlich weniger drängend und vor allem ohne explizit sexuelle Besetzung. Die Brust wurde beim - ständigen - Cross-dressing nicht derart betont und spielte

in den angegebenen Masturbationsphantasien keine Rolle. Sie „gehöre halt dazu, sei aber nicht so wichtig, es gibt ja auch Frauen mit kleinem Busen“ (beinahe wortgleich durch Patient 15 und 16). Hormone wurden von keinem dieser Patienten vorher eingenommen. Der eigene Penis wurde hingegen von allen Patienten als „unbedeutend“, ja störend erlebt, was sich nicht nur sprachlich („das Ding da“; „das widerliche Gebammel“), sondern auch in der Tatsache ausdrückte, daß alle Patienten diesen nie bzw. (in 2 Fällen) nur früher „probeweise“ in der partnerschaftlichen Sexualität einsetzten und ihrem Partner (nach eigenen Angaben) strikt untersagten, ihn zu berühren. Alle Patienten wünschten eine Neo-Vagina, hofften auf deren orgasmische Fähigkeit, meinten aber, notfalls auch ohne diese auskommen zu können. Die Körperbehaarung stellte, sofern sie denn vorhanden war, auch für diese Patienten einen täglich mühevoll zu beseitigenden, „verräterischen Makel“ dar.

(b) Zu den psychosozialen Wunschvorstellungen

Alle Patienten äußerten ein „seit Jahren bestehendes“ Mißbehagen in der männlichen Geschlechtsrolle (Kriterium B) und zeigten signifikante Störungen ihres sozialen (beruflichen, partnerschaftlichen) Erlebens von Krankheitswert (Kriterium D). Bei den auf Frauen orientierten Männern war dem regelmäßig ein zunehmendes Versagen in (mehr oder weniger) explizit „männlichen“ Sozialrollen in Beruf und Familie vorangegangen, die sie meinten, nun nicht mehr ausfüllen zu können. Demgegenüber hatten die Patienten der auf Männer orientierten Gruppe tatsächlich nie eine soziale Männerrolle an- bzw. eingenommen: Fünf der sechs Patienten traten bereits als „Frau“ ins Berufsleben ein und übten Tätigkeiten im Dienstleistungs- und Pflegebereich aus, die „geschlechtsneutral“ oder aber vorwiegend feminin besetzt sind, ein Patient hatte noch keine Arbeit aufgenommen, bestand aber in seinem sozialen Umfeld seit 2 Jahren auf der weiblichen Anrede. Die berufliche Integration „als Frau“ war dabei durchaus nicht störungsfrei, die Patienten kamen vor allem, weil sie nun endgültig per Vornamens- und Personenstandsänderung „klare Verhältnisse“ schaffen wollten. Versuche, sich „als Mann zu beweisen“ gab es bei keinem dieser Patienten.

Die Wunschvorstellungen für eine spätere Partnerschaft waren in der ersten Gruppe unterschiedlich: 7 wünschten sich eine Partnerschaft mit einer Frau, 5 hatten diesbezüglich keine Vorstellungen bzw. wollten lieber allein bleiben, 2 waren bezüglich des Geschlechts eines etwaigen Partners unentschieden. Dagegen wünschten sich alle Patienten der zweiten Gruppe für die Zukunft eine Partnerschaft mit einem heterosexuellen Mann.

(c) Zum Verlauf

Im Verlauf der Betreuung nahmen 7 Patienten der ersten Gruppe (02; 06; 07; 08; 11; 12; 13) Abstand von ihrem Umwandlungsbegehren. Vier von ihnen versuchten, teilweise mit sexualtherapeutischer Unterstützung, ihre transvestitisch-androgynen Bedürfnisse in eine bestehende Partnerschaft zu integrieren, ein Patient zog seinen Antrag auf Vornamens- und Personenstandsänderung zurück, nimmt weiter Hormone, lehnte eine Psychotherapie jedoch ebenso wie weiteren Kontakt zu uns ab; zwei weitere teilten uns telefonisch mit, daß sie zunächst versuchen wollten „weiter so klar zu kommen“ und suchten uns nicht mehr auf. Bei 6 Patienten (01; 03; 04; 05; 09; 14), zu denen nach wie vor Kontakt besteht, ist der weitere Verlauf noch offen, einer von ihnen lebt seit ca. 7 Monaten durchgehend als Frau im sog. „Alltagstest“, die anderen sind diesbezüglich unverändert schwankend wie bei der Erstvorstellung. Ein Patient (10) brach den Kontakt ab und will anderweitig sein Umwandlungsbegehren durchsetzen.

Zu allen Patienten der zweiten Gruppe (15 bis 20) besteht weiterhin regelmäßiger Kontakt, sie absolvieren den sog. „Alltagstest“, in dem sie psychotherapeutisch begleitet werden.

6. Schlußfolgerungen und Ausblick

Die Differenzierung unserer Patienten nach der sexuellen Orientierung ergab einige tendenzielle Unterschiede in der Anamnese und im Verlauf, deren Systematisierung sich jedoch angesichts der kleinen Fallzahl verbietet. Weitere Untersuchungen sind hier erforderlich.

Die Kasuistiken haben gezeigt, daß die (Selbst-)Diagnose „Transsexualismus“ durchaus anzweifelbar ist und genauerer differentialdiagnostischer Unterscheidungen bedarf. Unzweifelhaft haben aber alle Patienten eine schwere Störung der Geschlechtsidentität und sind Patienten, die ärztlicher Hilfe bedürfen.

Diese Hilfe kann sicher nicht im vorschnellen Verschreiben von Hormonen oder Befürworten einer irreversiblen Operation qua „freier Entscheidung“ bestehen. Die je verschiedenen Entwicklungsmuster der Geschlechtsidentitätsstörung bedürfen auch differenzierter Behandlungsmaßnahmen. Eine psychotherapeutische Behandlung erscheint uns in jedem Fall indiziert: Auch wenn es nicht gelingen sollte, die männlichen und weiblichen innerpsychischen Anteile „auszusöhnen“, so bedürfen doch alle Patienten aufgrund ihrer oft defizienten Coping-Strategien der therapeutischen Begleitung und zwar unabhängig davon, ob eine Umwandlungsoperation durchgeführt wird oder nicht. Auch die sexualtherapeutische postoperative Betreuung sollte dem Patienten immer angeboten werden.

Es besteht dringender Bedarf an Berichten über durchgeführte differentielle Therapien und Längsschnittuntersuchungen bei verschiedenen Verläufen der Störungsentwicklung, und zwar auch über eine etwaige Operation hinaus. Eingedenk des Standes der Literatur, der aktuellen Klassifikationssysteme und eigener Beobachtungen wäre *ein* Ordnungskriterium für derartige Untersuchungen die sexuelle Präferenz des jeweiligen Patienten. Dabei müßten u.E. folgende Fragen beantwortet werden: Haben die primär auf Männer orientierten männlichen Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörungen systematisierbar und empirisch absicherbar andere Sozialisationsverläufe als die primär auf Frauen orientierten? Gibt es zwischen diesen Gruppen andere, möglicherweise auch biologisch prädisponierte Unterschiede der Entwicklung? Unterscheiden sich diese Gruppen in ihrer postoperativen Adaptation? Gibt es verlässliche Ansätze für reproduzierbare (Psycho-)Therapieverläufe? Darüber hinaus müssten für alle Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörungen folgende Fragen geklärt werden: Wie sind die Möglichkeiten für die stationäre psychotherapeutische Betreuung solcher Patienten? (Nach unserer Erfahrung sind sie eher schlecht, was weniger an den Patienten als vielmehr an den mit diesem Störungsbild häufig überforderten Einrichtungen liegt.) Welche Rolle spielen bestehende Partnerschaften für den „Ausbruch“ einer „transsexuellen Symptomatik“? Wie ließe sich dieser Einfluß therapeutisch nutzen? Welche Rolle spielt das gängige gesellschaftliche Männer- und Frauenbild für die Genese der Störung, aber auch für deren Therapie? Gibt es z.B. ein positives, weibliche Anteile nicht ausschließendes, Männerbild, das unseren hier vorgestellten Patienten zu vermitteln wäre? Welche Rolle spielen die massenmedial ausufernden Berichte über das technisch Machbare, spielt überhaupt die Verfügbarkeit von „Tools“ für die Erfüllung virtueller Wünsche? Die Beantwortung dieser Fragen käme der Verbesserung der Betreuung dieser Patienten

sicherlich zugute, könnte aber auch Licht in Fragen von prinzipiellem Interesse bringen, etwa über die Entstehung sogenannter „normaler“ Männlichkeit respektive Weiblichkeit. Es erschiene wünschenswert, wenn die in Deutschland zum Thema Sexualität arbeitenden Fachdisziplinen und Einzelforscher sich der gemeinsamen Bearbeitung dieser Fragen widmen könnten. Besonders dringlich ist gegenwärtig die Forderung nach *Standards of Care* für die Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz. Wohlmeinendes Laientum oder ideologisch fundierte Prinzipienreiterei kann in jedem einzelnen Fall großes Leid zur Folge haben. Ärzte sind hier in die Pflicht genommen, nicht nur, weil sie dem Einzelnen verpflichtet sind, sondern überdies, weil sie gemeinsam mit den Betroffenen Erfolge in der kassenrechtlichen Behandlung der ganzen Patientengruppe erkämpft haben, die niemand leichtfertig aufs Spiel setzen sollte.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994
- Becker, H.; Hartmann, U.: Geschlechtsidentitätsstörungen und die Notwendigkeit der klinischen Perspektive. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 1994; 62:290-305
- Benjamin, H.: *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press, 1966
- Benjamin, H.: Transvestism and transsexualism in the male and female. *J. Sex. Res.* 1967; 3:107-127
- Bentler, P.M.: A typology of transsexualism: Gender identity theory and data. *Arch. Sex. Behav.* 1976; 6:567-584
- Blanchard, R.: Typology of male-to-female transsexualism. *Arch. Sex. Behav.* 1985; 14:247-261
- Blanchard, R.: Nonhomosexual gender dysphoria. *J. Sex. Res.* 1988a; 24:188-193
- Blanchard, R.; Clemmensen, L.H.: A test of the DSM-III-R's implicit assumption that fetishistic arousal and gender dysphoria are mutually exclusive. *J. Sex. Res.* 1988b; 25:426-432
- Blanchard, R.: The classification and labeling of nonhomosexual gender dysphorias. *Arch. Sex. Behav.* 1989a; 18:315-334
- Blanchard, R.: The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria. *J. Nerv. Mental. Disease* 1989b; 177:616-623
- Blanchard, R.; Steiner, B.W.; Clemmensen, L.H.; Dickey, R.: Prediction of regrets in postoperative transsexuals. *Can. J. Psychiatry* 1989c; 34:43-45
- Blanchard, R.: Gender identity disorders in adult men. In: Blanchard, R.; Steiner, B.W. (Eds.) *Clinical management of gender identity disorders in children and adults*. Washington/London: American Psychiatric Press 1990
- Blanchard, R.: Clinical observations and systematic studies of autogynephilia. *J. Sex. Marital. Therapy* 1991; 17:235-251
- Blanchard, R.: Nonmonotonic relation of autogynephilia and heterosexual attraction. *J. Abnormal Psychology* 1992; 101:271-276
- Blanchard, R.: Varieties of autogynephilia and their relationship to gender dysphoria. *Arch. Sex. Behav.* 1993a; 22:241-251
- Blanchard, R.: The she-male phenomenon and the concept of partial autogynephilia. *J. Sex. Marital. Therapy* 1993b; 19:69-76
- Blanchard, R.: Partial versus complete autogynephilia and gender dysphoria. *J. Sex. Marital. Therapy* 1993c; 19:301-307
- Blanchard, R.: A structural equation model for age at clinical presentation in nonhomosexual male gender dysphorics. *Arch. Sex. Behav.* 1994; 23:311-320
- Blanchard, R.; Clemmensen, L.H.; Steiner, B.W.: Heterosexual and homosexual gender dysphoria. *Arch. Sex. Behav.* 1987; 16: 139-152

- Blanchard, R.; Racansky, I.G.; Steiner, B.W.: Phallometric detection of fetishistic arousal in heterosexual male cross-dressers. *J. Sex. Res.* 1986; 22:452-462
- Bradley, S.J.; Blanchard, R.; Coates, S.; Green, R.; Levine, S.B.; Meyer-Bahlburg, H.F.L.; Pauly, I.B.; Zucker, K.J.: Interim Report of the DSM-IV subcommittee on gender identity disorders. *Arch. Sex. Behav.* 1991; 20:333-343
- Buhrich, N.; McConaghy, N.: Can fetishism occur in transsexuals? *Arch. Sex. Behav.* 1977a; 3:223-235
- Buhrich, N.; McConaghy, N.: The discrete syndromes of transvestism and transsexualism. *Arch. Sex. Behav.* 1977b; 3:483-495
- Buhrich, N.; McConaghy, N.: Three clinically discrete categories of fetishistic transvestism. *Arch. Sex. Behav.* 1979; 8:151-157
- Coleman, E.; Bockting, W.O.; Gooren, L.: Homosexual and bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals. *Arch. Sex. Behav.* 1993; 22:37-50
- Docter, R.F.: *Transvestites and Transsexuals. Toward a theory of cross-gender behavior.* New York, London: Plenum Press 1988
- Doorn, C.D.; Poortinga, J.; Verschoor, A.M.: Cross-gender identity in transvestites and male transsexuals. *Arch. Sex. Behav.* 1994; 23:185-201
- Fisk, N.: Gender dysphoria syndrome. In: Laub, D.; Gandy, P. (Eds.) *Proceedings of the 2nd Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome.* Stanford University Press 1973
- Freund, K.; Steiner, B.W.; Chan, S.: Two types of cross-gender identity. *Arch. Sex. Behav.* 1982; 11:49-63
- Kröhn, W.; Wille, R.: Panoramawandel der Transsexualität. *Mitteilungen der Gesellschaft für praktische Sexualmedizin.* 1983; 3:27
- Langer, D.: Der Transsexuelle: Eine Herausforderung für Kooperation zwischen psychologischer und chirurgischer Medizin. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 1985; 53:67-84
- Osburg, S.; Weitze, C.: Betrachtungen über zehn Jahre Transsexuellengesetz. *Recht & Psychiatrie* 1993; 11:2-26
- Person, E.S.; Ovesey, L.: Psychodynamics of male transsexualism. In: Friedman, R.C.; Richart, R.M.; Van de Wiele, R.L. (Eds.) *Sex differences in behavior.* New York: Wiley 1974
- Pfäfflin, F.: *Transsexualität. Beiträge zur Psychopathologie, Psychodynamik und zum Verlauf.* Stuttgart: Enke 1993
- Pfäfflin, F.; Junge, A. (Hrsg.): *Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität.* Stuttgart: Schattauer 1992
- Sigusch, V.: Die Transsexuellen und unser nosomorpher Blick; Teil I: Zur Enttotalisierung des Transsexualismus. *Z. Sexualforsch.* 1991a; 4:225-256
- Sigusch, V.: Die Transsexuellen und unser nosomorpher Blick; Teil II: Zur Entpathologisierung des Transsexualismus. *Z. Sexualforsch.* 1991b; 4:309-343
- Sigusch, V.: *Geschlechtswechsel.* Hamburg: Klein Verlag 1992
- Sigusch, V.: Leitsymptome transsexueller Entwicklungen. Wandel und Revision. *Deutsches Ärzteblatt* 1994; 91:A-1455-1458
- Sigusch, V.; Meyenburg, B.; Reiche, R.: Transsexualität. I. Leitsymptome, Ätiologie, Strukturdiagnose. *Sexualmedizin* 1978; 7:15-22
- Sigusch, V.; Reiche, R.: Die Untersuchung und Behandlung transsexueller Patienten. In: Sigusch, V. (Hrsg.) *Therapie sexueller Störungen.* Stuttgart, New York: G.Thieme 1980 (2. erw. Aufl.)
- Wise, T.N.; Meyer, J.K.: The border area between transvestism and gender dysphoria: Transvestite applicants for sex reassignment. *Arch. Sex. Behav.* 1980; 9:327-342

Anschrift des Autors

Dr.med. Hartmut A.G. Bosinski; Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle
am Klinikum der Universität, Arnold-Heller-Str. 12; D-24105 Kiel