

Differentialdiagnostik und Psychotherapie

Störungen der Geschlechtsidentität

Claudia Rüffer-Hesse, Uwe Hartmann
Med. Hochschule Hannover, Abt. Klinische Psychiatrie und Psychotherapie
Arbeitsbereich Klinische Psychologie



Claudia Rüffer-Hesse

psychoneuro 2004; 30 (5): 270–279

Männer und Frauen, die sich unwohl in ihrem Körper fühlen und in der Rolle des anderen Geschlechts leben möchten, gehören heute zum ärztlichen und psychotherapeutischen Praxisalltag. Unter welchen Voraussetzungen eine gegengeschlechtliche Hormonbehandlung, geschlechtsangleichende operative Eingriffe sowie Vornamens- und/oder Personenstandsänderungen nach dem Transsexuellengesetz indiziert sind, ist in den „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ von deutschen sexualmedizinischen Fachgesellschaften niedergelegt worden. Eine Schlüsselrolle bei allen Entscheidungen für oder gegen geschlechtsverändernde Maßnahmen nimmt die Sicherung der Diagnose und die Beobachtung des Verlaufes während eines längeren psychotherapeutischen Prozesses ein. Leitlinien für Diagnostik und Psychotherapie von Transsexuellen sind ebenfalls in den Standards enthalten. Da Geschlechtsidentitätsstörungen aus unterschiedlichen psychischen Konstellationen und Entwicklungen hervorgehen, ist bei der psychotherapeutischen Begleitung ein individuelles Vorgehen am erfolgversprechendsten. Geschlechtsdysphorische Verfassungen können Symptome schwerer Persönlichkeitsstörungen sein, wie Borderline-Pathologien, Ausdruck psychosozialer Krisensituationen, wie zum Beispiel bei Transvestiten oder schizophrenen Patienten, oder sie können einer über Jahre stabilen transsexuellen Lebensform eines im übrigen psychisch weitgehend gesunden und sozial integrierten Menschen entsprechen.

Männer und Frauen, die an einer Geschlechtsidentitätsstörung leiden, fühlen sich unwohl in ihrem Körper und haben den Wunsch, in möglichst allen Bereichen wie ein Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben. Es handelt sich um ein vielgestaltiges Phänomen, das aus unterschiedlichen psychischen Konstellationen und Entwicklungen hervorgeht.

Die auch beim Laienpublikum bekannteste und zugleich extremste Erscheinungsform ist der Transsexualismus. Als „transsexuell“ werden Menschen bezeichnet, die sich subjektiv dem anderen biologischen Geschlecht zugehörig empfinden und fast immer geschlechtsangleichende Maßnahmen anstreben. Dass eine körperliche „Geschlechtsumwandlung“ medizinisch machbar

und die Geschlechtszugehörigkeit juristisch veränderbar ist, kann Patienten und beteiligte Fachdisziplinen dazu verleiten, diesen vorgezeichneten Weg geradezu schablonenhaft einzuschlagen und einer sorgfältigen Differentialdiagnostik und Erörterung alternativer Lösungsmöglichkeiten zu schenken. Ein in sich stimmiges Selbstbild, eine kontinuierliche Lebenszufriedenheit und eine stabile psychosoziale Integration werden, katamnesticen Untersuchungen zufolge, nur bei einem Teil der geschlechtsidentitätsgestörten Patienten primär durch Hormonbehandlung und Transformationsoperation erreicht. Als viel bedeutungsvoller stellte sich vielmehr der Einfluss einer länger währenden psychotherapeutischen

Begleitung dar. In diese können bei gut abgewogener Indikationsstellung körperliche Veränderungsmaßnahmen eingebettet sein (z.B. 9, 11).

Dieser Beitrag verfolgt das Ziel, interessierten Behandlern pragmatische Hinweise zum Umgang mit geschlechtsidentitätsgestörten Menschen zu geben, Herangehensweisen an besondere Prägnanztypen darzustellen und Mut zu machen, sich auf dieses vielgestaltige und in mancher Hinsicht auch faszinierende Phänomen einzulassen und so den betroffenen Personen zu einer besseren Lebensqualität zu verhelfen.

Diagnostik und Differentialdiagnostik

Für die Diagnostik und Behandlung von transsexuellen Patienten im engeren Sinne gibt es seit 1979 von internationalen Expertengremien erstellte Leitlinien, die sog. „Standards of Care“ der Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. In Anlehnung an diese und in Anpassung an hiesige rechtliche Gegebenheiten wurden von deutschen sexualmedizinischen Fachgesellschaften entsprechende „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ entwickelt und 1997 veröffentlicht (2), siehe auch psycho 1998 (Sonderausgabe IV/98). Im Folgenden werden wichtige Auszüge aus diesen Standards referiert, da sie eine unverzichtbare Grundlage für den Umgang mit geschlechtsidentitätsgestörten Patienten im Allgemeinen bilden und strukturierte Leit-

linien für das Vorgehen bei transsexuellen Patienten im engeren Sinne darstellen.

Die Diagnose der Transsexualität nach den deutschen Standards of Care von 1997 basiert auf den Definitionen des aktuellen internationalen Diagnosemanuals ICD-10 (12) und auf der amerikanischen DSM-Klassifikation (1). Es müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- tiefgreifende und dauerhafte gegengeschlechtliche Identifikation
- anhaltendes Unbehagen hinsichtlich der biologischen Geschlechtszugehörigkeit bzw. Gefühl der Inadäquatheit in der entsprechenden Geschlechtsrolle und
- klinisch relevanter Leidensdruck und/oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen.

In den Standards von 1997 wird detailliert ausgeführt, wie es am ehesten gelingen kann, diese Kriterien verantwortungsvoll zu diagnostizieren, die mangels objektiver pathognostischer Befunde im wesentlichen auf subjektiver Eindrucksbildung basieren, und dass die unabdingbare Voraussetzung dafür ein längerer, mindestens einjähriger diagnostisch-therapeutischer Beobachtungsprozess ist. Diese Zeit wird benötigt, um eine sorgfältige biografische und Sexualanamnese zu erheben, um das psychosoziale Funktionsniveau und das Struktur- und Intelligenzniveau der Persönlichkeit mit ihren Defiziten zu erfassen und um neurotische Konflikte, eventuelle Süchte sowie suizidale oder selbstschädigende Impulse zu erkennen.

Mit diesen Informationen kann dann eine differentialdiagnostische Abgrenzung (siehe auch 8) von passageren Identitätskrisen oder vorübergehenden Schwierigkeiten, sich mit den gängigen Geschlechtsrollenerwartungen zu arrangieren, gelingen. Es können Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen und/oder umfassenden Identitätsdiffusionen herausgefiltert werden, wie z.B. Borderline-Störungen. Es kann transsexuelles Empfinden im Rahmen psychotischer Realitätsverken-

nung erkannt werden. Weiterhin gilt es, transvestitische und fetischistisch-transvestitische Störungsbilder bei biologisch-männlichen Patienten auszuschließen, bei denen gegengeschlechtliche Kleidung ohne oder mit sexueller Erregung getragen wird, in jedem Fall aber ohne den Wunsch nach körperlichen Veränderungen und nur vorübergehend. In krisenhaften Verfassungen kann es auch bei diesen Störungsbildern zu phasenweisem Geschlechtswechselwunsch kommen. Sorgfältig abzuklären ist darüber hinaus, dass nicht eine abgewehrte homosexuelle Orientierung zu Problemen mit der Geschlechtsidentitätsfindung führt.

Spätestens vor der Einleitung körperlicher oder rechtlicher Veränderungsschritte ist eine körperliche Untersuchung durchzuführen bzw. zu veranlassen, mit Erhebung eines gynäkologischen bzw. andrologisch-urologischen und endokrinologischen Status, ggf. auch genetischen Befundes. Es müssen somatische Abweichungen und mögliche Risikofaktoren für eventuelle Hormonbehandlung und körperliche Eingriffe erkannt werden. Die Möglichkeiten und Grenzen operativer Maßnahmen sollten mit dem Patienten frühzeitig reflektiert werden.

Psychotherapie/Psychotherapeutische Begleitung

„Die Psychotherapeutische Begleitung hat in Verbindung mit dem Alltagstest zentrale Bedeutung in der Behandlung transsexueller Patienten und muss in jedem Fall vor der Einleitung somatischer Therapiemaßnahmen stehen“. Der Behandler soll sich neutral gegenüber dem transsexuellen Wunsch verhalten, das Bedürfnis nach Geschlechtswechsel weder fördern noch „wegzutherapieren“ versuchen. Die Therapie dient der Diagnosesicherung und der Bearbeitung individueller Probleme des Patienten.

„Zusammen mit dem Alltagstest soll die Psychotherapie dem Betroffenen dazu verhelfen, die adäquate Lösung für sein spezifisches Identitätsproblem zu finden.“ Frequenz und Dauer psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen werden von der individuellen Bedürfnislage

des Patienten abhängig gemacht. Die Therapie soll sich möglichst über den gesamten körperlichen Veränderungsprozess und die Zeit nach der Operation erstrecken, um dem Patienten das Einfinden in die gewünschte Geschlechtsrolle zu erleichtern und Enttäuschungen und Konflikte bearbeiten zu können.

Indikationsstellung zur Hormonbehandlung

Die Indikationsstellung zur gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung erfolgt in Form einer schriftlichen Stellungnahme und hat zur Voraussetzung, dass der Therapeut

- den Patienten seit mindestens einem Jahr kennt
- die diagnostischen Kriterien überprüft hat
- zu dem klinisch begründeten Urteil gekommen ist, dass bei dem Patienten die innere Stimmigkeit und Konstanz des Identitätsgeschlechts und seiner individuellen Ausgestaltung, die Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle und die realistische Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen somatischer Behandlungen gegeben sind und
- dass der Patient das Leben in der gewünschten Geschlechtsrolle mindestens ein Jahr lang kontinuierlich erprobt hat (Alltagstest).

Indikationsstellung zur Transformationsoperation

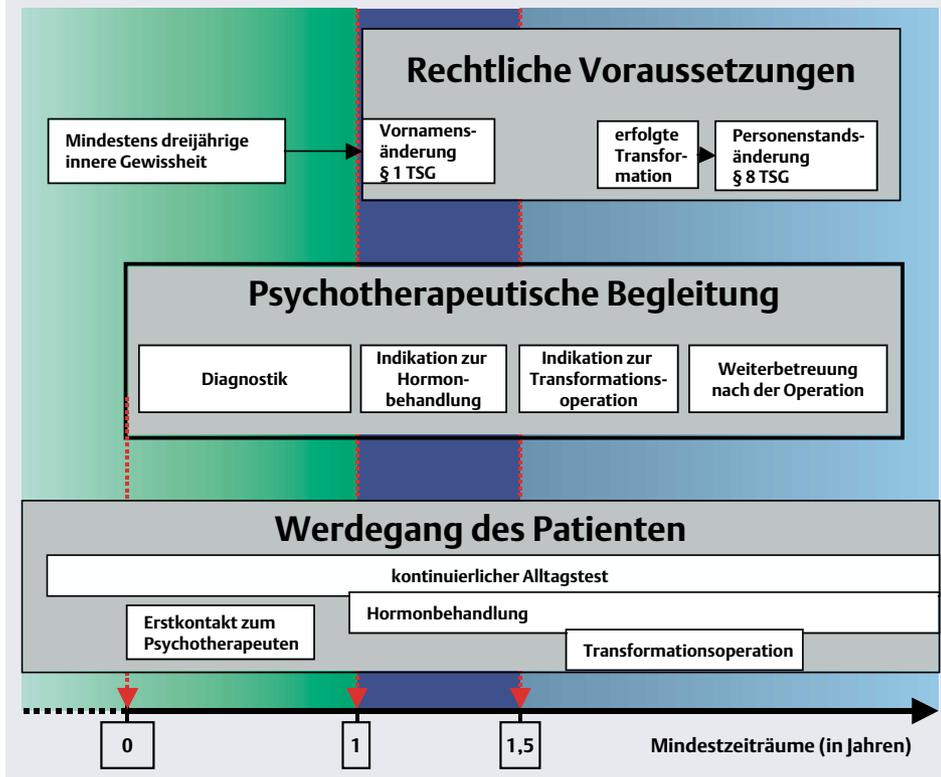
Diese Standards umfassen zunächst alle für die Hormonbehandlung geforderten Voraussetzungen und verlangen zusätzlich, dass

- der Therapeut den Patienten mindestens seit 1,5 Jahren kennt,
- der Patient das Leben in der gewünschten Geschlechtsrolle mindestens seit 1,5 Jahren kontinuierlich erprobt hat
- und dass der Patient seit mindestens einem halben Jahr hormonell behandelt wird.

Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz (TSG)

Das Transsexuellengesetz ist 1981 in Kraft getreten und ermöglicht transsexuellen Menschen nach entsprechender sexualmedizinischer Be-

Abb. 1 Zusammenwirken psychotherapeutischer, somatischer und rechtlicher Faktoren



gutachtung die Änderung ihres Vornamens (§ 1 TSG) und nach geschlechtsangleichender Operation die Änderung ihrer Geschlechtszugehörigkeit im Geburtsregister (§ 8 TSG). Der Gesetzestext kann nachgelesen werden bei Clement & Senf (6) oder im Internet (<http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/tsg/index.html>). Die Vornamensänderung, irreführend auch „kleine Lösung“ genannt, wurde vom Gesetzgeber eingeführt, um dem Antragsteller eine Erprobung in der gewünschten sozialen Rolle zu ermöglichen. Die dafür erstellten Gutachten werden jedoch häufig dafür missbraucht, eine operative Geschlechtsumwandlung geradezu zu erzwingen. Daraus ist ersichtlich, dass die Befürwortung einer Vornamensänderung, auch wenn ausdrücklich keine Operationsindikation gestellt wird, den Einstieg in körperliche Maßnahmen darstellen kann.

Kriterien für die Gutachtenerstellung und interpretative Hilfen für die juristischen Formulierungen finden sich ebenfalls bei den „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ (2). Die

meisten Gerichte beauftragen Sachverständige, die nicht in einem Behandlungsverhältnis zu den Antragstellern stehen oder gestanden haben. Dieses Vorgehen hat möglicherweise den Vorteil der Unbefangenheit des Gutachters gegenüber dem Antragsteller, auf der anderen Seite aber den Nachteil nur begrenzt zur Verfügung stehender Informationen. Der Gutachter muss u.a. entscheiden können, ob der Antragsteller „mindestens drei Jahre unter dem Zwang steht, seinen Vorstellungen entsprechend zu leben“. Ein verantwortungsvoller Gutachter wird daher in vielen Fällen fremdanamnestic Zusatzinformationen einbeziehen. Dabei ist die Einschätzung des Psychotherapeuten, der den Patienten am längsten und genauesten kennt, nahezu unverzichtbar. Einige Gerichte legen entsprechende, von den Antragstellern verfügte Schweigepflichtsentsbindungen bereits den Gutachtenaufträgen bei.

Therapeutisches Vorgehen

Die eingangs angesprochene Vieltätigkeit von Störungen der Ge-

schlechtsidentität zeigt sich im klinischen Alltag darin, welche Verlaufsförmigkeit und welchen Ausprägungsgrad die geschlechtsdysphorische Symptomatik aufweist und ob diese in Kombination mit weiteren psychiatrischen Diagnosen und/oder Persönlichkeitsvariationen vorliegt.

Patientensubgruppen

Aus einem insgesamt breiten Spektrum mit fließenden Übergängen werden im folgenden einige charakteristische Prägnanztypen phänomenologisch beschrieben und differenzierte Behandlungsansätze dargestellt. Nach DSM-IV werden drei Subgruppen von Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörungen unterschieden, zum einen die biologischen Frauen und zum anderen zwei Typen biologischer Männer mit transsexueller Geschlechtsidentitätsstörung (4).

Biologische Frauen mit Geschlechtsidentitätsstörungen

Die Patienten stellen sich meistens zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr vor, gelegentlich auch früher. Sie haben sich häufig schon in der Kindheit jungentypisch verhalten und weisen eine durchgehende Aversion gegen langes Haar und Mädchenkleidung auf. Mit Eintritt in die Pubertät nehmen sie voller Erschrecken wahr, dass sie sich zu einer Frau entwickeln, verstecken bestmöglich ihre Brüste und leiden unter ihrer Menstruation. Sie ziehen sich von da an häufig immer weiter zurück und werden nicht selten depressiv. In Kleidung und Haartracht versuchen sie, so männlich wie möglich zu wirken, betreiben viel Sport (besonders Fußball) und schließen sich Jungencliquen an, wo sie sich manchmal betont rowdyhaft geben und/oder Alkohol (Bier) konsumieren.

Sie berichten überwiegend von einer sexuell-erotischen Ausrichtung auf Frauen und leben nicht selten bereits in festen Beziehungen mit heterosexuellen Partnerinnen. Bei der körperlichen Diagnostik findet sich überdurchschnittlich häufig das Vorhandensein polyzystischer Ovarien mit Androgenwerten über der weiblichen Norm, Hirsutismus, Oligomenorrhoe u.a. (5).

Tendenziell gestalten sich die Verläufe bei diesen Patienten unkomplizierter als bei „Mann-zu-Frau-Transsexuellen“. Es gibt nicht wenige „Frau-zu-Mann-Transsexuelle“, die bis auf die Geschlechtsdysphorie weitgehend unauffällige Persönlichkeiten aufweisen. Es findet sich darüber hinaus aber auch ein weites Spektrum an psychopathologischen Merkmalen bis hin zu aggressiv-antisozialen Persönlichkeitszügen mit Substanz-Abusus oder schwerem selbstschädigenden Verhalten bei Borderline-Struktur.

Behandlungsempfehlungen:

Bei bestmöglich gesicherter Diagnose einer Transsexualität und weitgehend „gesunder“ psychischer Konstellation sowie vorhandenem Leidensdruck ist ein Behandlungsschema angemessen, wie es in den deutschen Leitlinien niedergelegt ist (s. Abschnitt „Die Gesunden“). Bei psychopathologischen Begleitsymptomen oder schweren Persönlichkeitsstörungen hingegen sind, unter der üblichen neutralen Haltung gegenüber der Geschlechtsdysphorie (inklusive adäquater Dokumentation), primär die defizitären Persönlichkeitsanteile sozio- und/oder psychotherapeutisch zu fokussieren. Patienten mit Suchtmittelgebrauch sollten beispielsweise mindestens ein Jahr abstinent gelebt haben, bevor körperliche Veränderungen in Angriff genommen werden (Folgeschwere Entscheidungen sind mit klarem Kopf zu treffen!). Die Patienten müssen Eigenverantwortung bei der Abwägung medizinischer Risiken und Compliance bei notwendigen Kontrolluntersuchungen aufweisen. Ist ein langjähriger, überzeugender transsexueller Werdegang anamnestisierbar und gibt es Hinweise auf einen günstigen prognostischen Einfluss, so können rechtliche oder somatische Schritte sogar bei ausgeprägten psychischen Defektsyndromen vertretbar sein, dann aber unter Einbeziehung eines rechtlichen Betreuers.

Grundsätzlich gilt: Je pathologischer sich die psychische Ausgangskonstellation darstellt, desto mehr Zeit wird für Diagnostik, Behandlung und Vorbereitung benötigt und desto kritischer ist zu würdigen, ob

die mit den somatischen Behandlungsmassnahmen einhergehenden Risiken vertretbar sind und zu einer Lebensverbesserung beitragen würden. Entscheidet man sich für eine gegengeschlechtliche Hormonbehandlung, so ist der Patient besonders ausführlich über die psychischen Nebenwirkungen aufzuklären, wie u.a. Stimmungsstabilisierung, Aggressivitäts- und Aktivitätssteigerung, vermehrte sexuelle Appetenz. Es kann notwendig werden, den Endokrinologen oder Gynäkologen auf die instabile psychische Konstitution des Patienten hinzuweisen, damit er diese bei der Dosierung berücksichtigt. Die Erfahrung zeigt, dass Diagnostik, Aufklärung und Betreuung bei vielen, die gegengeschlechtliche Hormonverordnung vornehmenden Ärzten, ausgesprochen dürftig ausfällt (7, 8). Das bedeutet, dass auch der Psychotherapeut die üblichen Dosierungen der Hormonpräparate kennen sollte sowie deren endokrinologische Wirkungen und Nebenwirkungen, dass er den Patienten ggf. an Spiegelkontrollen erinnern sollte und sich diese auch hin und wieder zeigen lassen sollte. Er hat ja möglicherweise die Indikation für diese Behandlung gestellt.

Gleiches trifft auf die Operationsvorbereitung zu, die nicht erst am Vortage der Operation stattfinden sollte. Der Patient sollte vielmehr im ambulanten Vorfeld bereits Vorgespräche mit potentiellen Chirurgen über die jeweiligen Operationstechniken, die Risiken und Komplikationen führen und sich ggf. Operationsergebnisse bei anderen Transsexuellen ansehen, um zu einer ausgereiften Entscheidung kommen zu können oder auch von seinem Operationsvorhaben vorerst zurücktreten zu können.

Biologische Männer mit transsexueller Geschlechtsidentitätsstörung

Bei biologischen Männern können zwei Subtypen unterschieden werden, deren wichtigste Charakteristika der jeweilige Altersgipfel und die sexuelle Orientierung repräsentieren. Darüber hinaus zeigen sie eine Vielzahl weiterer Besonderheiten, wie im folgenden dargestellt.

Patientenbeispiel 1

27-jährige Patientin mit dunklem Bürstenschnitt und zartem Schnurrbart, insgesamt burschikomännliches Auftreten. Sie stellte sich vor zur gutachterlichen Untersuchung für eine Vornamensänderung. Anamnestisch waren zerrüttete Kindheitsverhältnisse mit Gewalterfahrungen und Heimaufenthalt, unsteter Lebenswandel und zeitweilige Prostitution zu erfahren. Die Patientin berichtete von männlichem Selbsterleben und Ausleben einer sozialen Jungenrolle von frühester Kindheit an. Durchgehend gynophile Orientierung mit mehreren, heterosexuell gestalteten Frauenbeziehungen. Seit 2,5 Jahren in sexualmedizinischer Betreuung. Seit 1,5 Jahren gegengeschlechtliche Hormonbehandlung, zuletzt selbst appliziert, da die Probandin als „Altenpfleger“ arbeitete. Insgesamt verbalisationsgehemmte, wenig reflexionsfähige, emotionsarme und isoliert lebende Persönlichkeit. Bei gezieltem Nachfragen berichtete sie überraschend von drei psychiatrischen Klinikaufenthalten im Verlaufe des vorausgegangenen halben Jahres wegen Suizidversuchen sowie Alkohol- und Tablettenmissbrauches. Auch aktuell bestätigte sie Substanzmissbrauch und Selbstmordimpulse infolge vielfältiger psychosozialer Konflikte. Die gutachterliche Entscheidung wurde nach Rücksprache mit dem Auftrag gebenden Gericht ausgesetzt bis zum Abschluss einer freiwillig aufgenommenen mehrmonatigen stationären Psychotherapie, während der sie durchgehend und überzeugend männlich wahrgenommen wurde und eine schizoide, beziehungsgestörte Persönlichkeitsstörung mit Substanzmissbrauch diagnostiziert wurde. Eine Vornamensänderung wurde schließlich in Abstimmung mit dem Psychotherapeuten befürwortet. Zeitpunkt und Indikation für eventuelle operative Maßnahmen wurden ausdrücklich der Verantwortung des betreuenden Psychotherapeuten überlassen.

Androphil orientierte Mann-zu-Frau-Transsexuelle (MFT)

Diese Patienten stellen sich in der Regel im Alter von 18 bis Mitte 20 Jahren vor und empfinden sich als heterosexuelle Frauen, d.h. sie streben Partnerschaften mit heterosexuellen Männern an oder sie leben bereits in solchen Beziehungen. Sie berichten davon, ab dem Vorschulalter ein „mädchenhaftes“, z.B. schüchternes Verhalten gezeigt und sich für Puppen und Handarbeiten interessiert zu haben. In der Pubertät schwärmen sie für andere Jungen und fantasieren sich bei der Selbstbefriedigung in die

Rolle einer von Männern begehrten attraktiven Frau.

Zum typischen Verhaltensmuster gehört ein heimlich betriebenes Cross-dressing (Anziehen von gegengeschlechtlichen Kleidungsstücken), bei dem eine sexuelle (fetischistisch-transvestitische) Erregungskomponente eher unbedeutend ist. Sie fühlen sich in Frauenkleidung vielmehr einfach „wohl“ und im Einklang mit ihrem inneren Weiblichkeitserleben. Homosexuelle Arrangements scheitern meist, da der abgelehnte männliche Kör-

per nicht lustvoll eingebracht werden kann.

Persönlichkeitsdiagnostisch findet man, abgesehen vom Geschlechtswechselwunsch, auch bei dieser Gruppe weitgehend unauffällige Merkmale, bisweilen aber auch depressive und dependente Bilder sowie Abhängigkeitserkrankungen.

Behandlungsempfehlungen:

Das psychotherapeutische Vorgehen entspricht im Wesentlichen dem im Absatz zuvor beschriebenen bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen. Es ist für den Psychotherapeuten wichtig zu wissen, und er sollte die Patienten auch entsprechend darüber aufklären, dass die körperlichen Auswirkungen einer adäquat dosierten gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung erst nach frühestens einem Jahr voll ausgeschöpft sind. Die Hälfte der Mann-zu-Frau-Transsexuellen erreicht allein mit Hormonbehandlung die Entwicklung „schöner weiblicher Brüste“. Barthaarepilation und chirurgische Mammaaugmentation mögen bei manchen Patienten zu gegebener Zeit indiziert sein, gehören aber nicht zu frühzeitigen Routinemaßnahmen. Weiterhin müssen die Patienten darüber aufgeklärt sein, dass nach etwa halbjähriger hochdosierter gegengeschlechtlicher Hormonbehandlung eine irreversible Schädigung der Keimdrüsen eingetreten sein kann.

Gynäphil orientierte Mann-zu-Frau-Transsexuelle

Diese Personengruppe weist bei ihrer ärztlich/psychotherapeutischen Kontaktaufnahme durchschnittlich ein Alter von Ende 30 bis weit darüber hinaus auf (sog. late-onset Transsexuelle). Sie haben bis dahin ein heterosexuelles Leben als Mann geführt, waren ein- oder mehrmals verheiratet und haben häufig eigene Kinder. Für die Kindheit wird gelegentlich von Cross-dressing berichtet, dann meist aber mit einem fetischartigen Kleidungsstück der Mutter. In der Pubertät beziehen sie weibliche Kleidungsstücke in ihre Masturbationsrituale ein, posieren heimlich vor dem Spiegel und fantasieren sich dabei in die Rolle einer begehrenswerten Frau. Ihr Auftreten im Alltag ist weitgehend unauffällig

maskulin, und häufig werden „typisch männliche Berufe“ gewählt.

Mit Aufnahme einer sexuellen Partnerbeziehung verliert die transvestitisch-fetischistische Masturbationspraxis zunächst ihren Reiz, keimt dann aber allmählich wieder auf und wird in Form eines sehr belastenden Doppellebens neben der heterosexuellen Partnerschaft ausgelebt. Innere Zerrissenheit und Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation führen oft zu Alkoholmissbrauch, Beziehungsabbrüchen, Arbeitsplatz- und Wohnsitzwechseln. Das Ausfüllen einer männlichen Sozialrolle wird als immer unerträglicher empfunden, und die Patienten versuchen, immer häufiger Frauenkleidung auch im normalen Alltag zu tragen, was ihnen ein beruhigendes, wohltuendes Gefühl vermittelt. Oft tragen sie Damenunterwäsche oder -strümpfe unter ihrer normalen männlichen Arbeitskleidung. Der sexuell erregende Charakter weiblicher Kleidung verliert allmählich an Bedeutung, und sie streben schließlich eine lesbische Partnerschaft an, nicht selten mit der letzten Lebenspartnerin, wodurch Konflikte vorprogrammiert sind.

Behandlungsempfehlungen:

Das therapeutische Vorgehen bei diesen Patienten wird ganz wesentlich davon bestimmt, in welcher Ausgangsverfassung sie sich befinden. Sie stellen sich oft in hochproblematischen Krisensituationen mit hohem Leidensdruck vor, sind depressiv oder gar suizidal. In diesen Fällen ist eine klassische Krisenintervention durchzuführen, möglicherweise auch mit medikamentöser Unterstützung oder sogar kurzfristigem stationären Klinikaufenthalt. Diese Patienten benötigen ein verlässliches Beziehungsangebot und einen therapeutischen Schutzraum, in dem aktuelle Lebenskonflikte, möglicherweise auch unter Einbeziehung der Angehörigen, entschärft werden können.

Sie sind unter allen geschlechtsidentitätsgestörten Patienten diejenigen mit den prononciertesten psychopathologischen Auffälligkeiten. Es finden sich histrionische und antisoziale Persönlichkeitszüge, auch Borderline-Pathologien. Sie drängen oft vehement auf eine schnellstmögliche Um-

Patientenbeispiel 2

24jähriger, effeminiert wirkender, blonder junger Mann in androgyner Kleidung. Extrem schüchternes, angespannt-ängstliches Verhalten, manierierte Gestik und Mimik. Fraglich psychotische Denkstörungen, auch sensitive situative Umdeutungen und coenästhetisch anmutende Missempfindungen. In einigen Gesprächen konnte mühsam rekonstruiert werden, dass eine Unsicherheit der geschlechtlichen Zugehörigkeit seit der Pubertät bestand und er bereits zahlreiche Ärzte und Psychologen aufgesucht hatte.

Es gab noch keine partnerschaftlichen sexuellen Beziehungen, wohl aber mehr oder weniger unbefriedigende Kurzkontakte zu Männern und Frauen. Von einer Selbsthilfegruppe sei ihm schließlich ein „Transsexuellentherapeut“ genannt worden. Dieser hätte ihm empfohlen, Frauenkleidung zu tragen. Es hätte ihn große Überwindung gekostet, in dieser Kleidung in die Öffentlichkeit zu gehen. Er hätte immer stärkere Ängste und Kopfschmerzen entwickelt, seine Wohnung schließlich nicht mehr verlassen. Er hätte viele Wochen krank geschrieben werden müssen und Neuroleptika verordnet bekommen, fast seinen Arbeitsplatz verloren. Wiederholte Versuche, seinen Therapeuten zu erreichen, wären gescheitert. Dieser hätte ihn schließlich an eine Selbsthilfegruppe verwiesen. Dort hätte man ihm weibliche Hormone empfohlen, die er sich daraufhin übers Internet beschafft und eingenommen habe. Darunter hätte er jedoch starke Ängste vor körperlichen Schäden entwickelt. Mit dem Wunsch nach ärztlicher Kontrolle hatte er sich schließlich an uns gewandt.

Dem Patienten wurde zunächst das Angebot regelmäßiger Gesprächskontakte gemacht, worunter er allmählich Vertrauen fasste und über seine ängstigen Erlebnisse und seine Sehnsucht nach Halt und Struktur zu sprechen begann. Der Wunsch nach gegengeschlechtlichen Hormonen, die er selbst wieder abgesetzt hatte, war in den Hintergrund getreten.

wandlungsbehandlung in der Hoffnung auf einen „Neuanfang als Frau“, bisweilen verbunden mit geradezu magischen Vorstellungen eines völlig (zum positiven) verwandelten Menschen. Vorgeschichte und psychosoziale Begleitumstände dieser Patienten machen jedoch nicht selten deutlich, dass der Geschlechtswechselwunsch hier eine Lösungsschablone für umfassendere Identitäts- und Lebensprobleme ist, die vorrangig im Fokus der psychotherapeutischen Begleitung stehen sollten (8).

Subgruppen nach psychosozialem Funktionsniveau

Die Erfahrung des therapeutischen Alltags hat gezeigt, dass sich Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörungen auch nach ihrem psychosozialen Funktionsniveau in Gruppen unterscheiden lassen, die vom Behandler entsprechend unterschiedliche therapeutische Einstellungen und Techniken erfordern. Drei typische Subgruppen werden im Folgenden vorgestellt, ergänzt durch auf die jeweiligen Besonderheiten abgestimmte Therapiehinweise. Die Bezeichnungen dieser Gruppen sind absichtlich plakativ gewählt.

„Die Gesunden“

Es gibt Patienten, die bis auf ihre Geschlechtsidentitätsproblematik psychisch weitgehend gesund erscheinen, sozial integriert sind, in stabilen Partnerschaften leben, einer soliden Berufsausbildung nachgehen und Besonnenheit und Kooperativität bei ihren Geschlechtswechselwünschen vermitteln. Die Anamnese hinterlässt dann oft den Eindruck, als hätten sie „schon immer“ in der gewünschten Rolle gelebt. Manchmal werden sie schon jahrelang mit einem Vornamen des gewünschten Geschlechts oder einem neutralen Spitznamen angesprochen und haben sie fantasievolle Techniken entwickelt, die äußeren Merkmale ihres Geburtsgeschlechtes zu verbergen oder fehlende Attribute zu ergänzen.

Ihr Ziel ist es, die bereits durch ihre ganz persönliche Lebensführung konsolidierten Fakten nun auch offiziell verändern zu lassen und dabei alles möglichst unauffällig

abzuwickeln, die sozialen Bezüge nicht zu gefährden, nach der Personenstandsänderung vielleicht zu heiraten und ein ganz normales „bürgerliches“ Familienleben mit den angestrebten sozialen Rollenerwartungen zu führen. Häufig werden auch Kinderwunsch geäußert und Möglichkeiten der Adoption oder Insemination diskutiert.

Behandlungsempfehlungen:

Diese Patienten sind in der Regel die unkompliziertesten und mehr oder weniger „Selbstläufer“. Sie drängen nicht sehr intensiv, da ihr Leben bereits stabil organisiert ist und sie mit der Operation keine illusionären „Heilerwartungen“ mehr verknüpfen. Sie haben sich bereits erfolgreich in der gewünschten Rolle erprobt, oft schon über Jahre, aber sie akzeptieren auch die Forderungen der Behandlungsstandards. Sie können „an der langen Leine geführt werden“, also etwa vierwöchentlich zu Verlaufsgesprächen einbestellt werden. Dennoch nutzen diese Patienten nicht selten dankbar das Angebot, über alltagsrelevante Probleme zu sprechen, seien es transsexualitätsbezogene oder andere.

Bei diesen Patienten wird relativ schnell und sicher die Diagnose einer transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörung gestellt werden können, und im Einzelfall und mit entsprechender Begründung können die zeitlichen Intervalle bis zu den somatischen Behandlungsschritten (siehe 2) verkürzt werden. So leiden manche Frau-zu-Mann-Transsexuelle beispielsweise erheblich unter ihren Brüsten, die sie mit strammen Bandagen zu kaschieren versuchen, deretwegen sie eine krumme Körperhaltung einnehmen und auf sportliche Aktivitäten verzichten. Hier kann eine Mastektomie früher als nach 1,5 Jahren Betreuungszeit gerechtfertigt sein.

„Die Unverdorbenen“

Eine andere Gruppe von Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörungen berichtet in der Regel scheu und schamhaft davon, dass sie sich nicht wohl fühlen mit oder in ihrem Körper, dass sie sich irgendwie anders fühlen als die Menschen um sie herum, dass sie selbst nicht einordnen können,

was mit ihnen los ist, dass sie sich viel zurückziehen und träumen, sich in den Körper des anderen Geschlechts hineinfantasieren und sich zu Hause manchmal heimlich Kleidungsstücke des anderen Geschlechts anziehen. Diese Patienten haben zuweilen vom Phänomen der Transsexualität noch gar nichts gehört und sind vielleicht

Patientenbeispiel 3

50jähriger Mann in übertrieben weiblicher Aufmachung. Aus der Vorgeschichte waren Sonderschulbesuch, eine Schlosserausbildung ohne Abschluss, längere Perioden der Arbeitslosigkeit und zuletzt eine Frühberentung zu erfahren. Er hatte einen 20jährigen Sohn aus einer inzwischen geschiedenen Ehe und war insgesamt mehrere heterosexuelle Frauenbeziehungen eingegangen.

Er berichtete davon, seit der Pubertät immer wieder phasenweise weibliche Unterwäsche und Strumpfhosen getragen und diese in Masturbationsrituale einbezogen zu haben. Seit etwa drei Jahren betriebe er komplettes Cross-dressing und seit zwei Jahren bekäme er Androcur und Östrogene verordnet, deren Dosis er von sich aus erhöht habe. Eine längere psychotherapeutische Begleitung hätte nicht stattgefunden. Im November 2001 hätte er nach Inkrafttreten des neuen Eherechts für gleichgeschlechtliche Paare einen ebenfalls Mann-zu-Frau-transsexuellen Partner geheiratet. Beide gaben sich nach außen hin als lesbisches Paar, wirkten extrem auffällig und tragikomisch. Eine rechtliche Vornamensänderung und eine operative Geschlechtsangleichung wurden von beiden nicht angestrebt. Sie praktizierten ein leidenschaftliches Sexualleben in wechselnden Geschlechtsrollen, unter lustvollem Einsatz ihrer männlichen Genitalien und mit Einbezug biologisch-weiblicher Partnerinnen.

Der Patient stellte sich vor, um ein Indikationsschreiben für eine Hodenresektion zu erhalten. Er legte ein Attest seines die Hormone verordnenden Internisten vor, der diesen Eingriff bei der Diagnose Transsexualität befürwortete. Bei genauerem Nachfragen war zu erfahren, dass der Patient seit Höherdosierung der Östrogene phasenweise krampfartige Hodenschmerzen verspürte. Die Blutspiegel der weiblichen Sexualhormone lagen nachweislich erheblich über der weiblichen Normgrenze. Dem Patienten wurde erläutert, dass eine so folgenschwere Entscheidung erst nach einem längeren Beobachtungsprozess getroffen werden könne. Er wurde, auch gemeinsam mit seinem Partner, zu weiteren Gesprächen einbestellt, in deren Verlauf insgesamt ungeordnete Lebensverhältnisse deutlich wurden. Der Patient genoss die Zuwendung der Therapeutin und konnte von seinem Wunsch nach Kastration schließlich zurücktreten.

noch „unverdorben“ von den plakativen Darstellungen in den Medien und den manchmal tendenziösen (im Sinne von uneingeschränkt fördernden) Einflüssen von Transsexuellen-Selbsthilfegruppen.

Behandlungsempfehlungen:

Bei diesen Patienten hat der Therapeut die Chance, zu einem relativ frühen Zeitpunkt Einfluss zu nehmen auf die weitere Entwicklung dieser zunächst einmal unspezifischen Identitätsunsicherheit. Der Schwerpunkt der psychotherapeutischen Begleitung liegt hier auf einem empathischen, langfristigen Beziehungsangebot und bei der Hilfe zur „Selbstfindung“. Es sollte vermieden werden, vorschnell den transsexuellen Weg in die Diskussion zu bringen, denn diese Patienten suchen nach „schnellen Lösungen“, nach Identifikationsmöglichkeiten und der Geborgenheit unter „ihresgleichen“.

Es besteht die Gefahr, dass die individuelle Weiterentwicklung des Patienten und die Erarbeitung eines persönlichen Lösungsweges gestoppt werden, bevor die differentialdiagnostische Würdigung der Persönlichkeitsfacetten, der sexuellen Vorlieben und Fantasien überhaupt begonnen hat oder gar abgeschlossen ist. Es geht auch um die Abklärung des psychosozialen Funktionsniveaus und des Ausschlusses anderer psychischer oder somatischer Erkrankungen. In manchen Fällen mag auch eine Psychopharmakotherapie mit Antidepressiva, Affektstabilisatoren, Anxiolytika, möglicherweise auch Neuroleptika notwendig werden.

Diese Patienten brauchen ein fest strukturiertes, eher engmaschiges und vor allem langfristiges Setting, manchmal auch sozialpsychiatrische Hilfestellung. Bezüglich der Förderung „transsexueller Aktivitäten“ ist große Zurückhaltung geboten. Wenn den Patienten die Hintergründe dieses Vorgehens erklärt werden, eine „transsexuelle Lösung“ nicht grundsätzlich „verweigert“ wird und ihnen die Attraktivität der ganz persönlichen Weiterentwicklung nahegebracht wird, kann es durchaus gelingen, ein tragfähiges Arbeitsbündnis herzustellen.

Die „Fordernden“, „Emanzipierten“ oder Transsexuellenrechtler

Eine andere Gruppe von Patienten konfrontiert den Behandler bereits beim ersten Kontakt mit der selbst gestellten, unverrückbaren Diagnose einer Transsexualität und den damit verbundenen Forderungen nach Hormonen, Bescheinigungen oder Gutachten für Krankenkassen, Arbeitgeber, Gericht und andere Ärzte, über Wehrdienstuntauglichkeit usw. Diese Patienten sind besonders anstrengend und „unbeliebt“, da sie im Therapeuten meist heftige Gegenübertragungen und Reaktanzen hervorrufen, da man sich quasi als Dienstleister missbraucht fühlt und der Patient keine Infragestellung duldet, letztlich nur eine „Therapieauflage“ erfüllen bzw. absitzen möchte. Häufig haben sich diese Patienten im Internet belesen oder sind von Selbsthilfegruppen genauestens informiert worden, welche Rechte und Möglichkeiten ihnen „als Transsexuelle“ zustehen.

Kompliziert wird die diagnostische Einschätzung nicht selten durch die eigenmächtige, oft hoch dosierte Einnahme von gegengeschlechtlichen Hormonen, die bereits zu körperlichen Veränderungen und damit zu einer „Transsexualisierung“ geführt hat. Hormone können heute nicht nur problemlos über das Internet oder den Schwarzmarkt beschafft werden, sondern sind auch über „in der Szene“ bekannte Ärzte leicht zu erhalten.

Behandlungsempfehlungen:

Bei diesen Patienten ist „die transsexuelle Schiene“ meist schon so festgefahren, dass mangelnde Akzeptanz seitens des Behandlers oder der Versuch alternativer Deutungen und Erklärungen von den Patienten als Vertrauensbruch und Inkompetenz erachtet und zum Anlass genommen werden, das Behandlungsverhältnis abzubrechen, bevor es überhaupt zustande gekommen ist.

Sich auf diese schwierige Patientengruppe einzulassen und eine dem transsexuellen Wunsch gegenüber abstinente Haltung einzunehmen, kann am ehesten mit psychodynamischem Verständnis für ihr Symptom gelingen. Nach Becker 1998 stellt der transsexuelle Wunsch einen Selbstheilungsversuch dar, eine Abwehr-

leistung mit protektiver Funktion für das Selbst im Sinne der „narzisstischen Plombe“ (Morgenthaler 1974). Der transsexuelle Wunsch schütze den Patienten in diesem Falle vor schwerer narzisstischer Depression (vor Gefühlen der Leere, der Nicht-Existenz, der Nicht-Identität) und vor Desintegration. In diesem Sinne stelle der transsexuelle Wunsch einen narzisstischen Stabilisierungsversuch dar und mache es Sinn, diesen als (über)lebensnotwendige Abwehr zu respektieren. In der Psychotherapie gehe es dann darum zu klären, ob und inwieweit der transsexuelle Wunsch und seine Realisierung diese protektive Abwehrfunktion erfüllen kann und ob infolgedessen dem Patienten im anderen Geschlecht mehr psychische Entwicklung bzw. Individuation möglich ist.

Es sollte gerade bei diesen Patienten berücksichtigt werden, dass die Forderungen an den Therapeuten Ausdruck inadäquater Suche nach Kontakt und Aufmerksamkeit sein kann und letztlich eine verzerrte Manifestation ihrer Hilfsbedürftigkeit und ihres Angewiesenseins auf Unterstützung.

Gender Identity Disorders

Men and women who feel uncomfortable in their own body and have the desire to live in the other gender's role, are nowadays common in practices of doctors and psychotherapists. The „Standards of Care“, compiled by German sexological societies, outline under which conditions hormonal treatment, sex reassignment surgery, change of given name and/or sex registration are indicated in accordance with the legal situation. Careful diagnostic considerations and follow-up of patients during a long-term psychotherapeutic process are essential for any decisions concerning sex reassignment measures. Furthermore, guidelines for diagnosis and psychotherapy of transsexuals are included in the above standards. As gender identify disorders originate from a variety of complex conditions and developments, an individual psychotherapeutic approach will be most promising. Gender dysphoric dispositions can be symptoms of severe personality disorders, e. g. borderline

syndromes, or result of psycho-social crises, e. g. with transvestites or schizophrenic patients. They can also reflect a largely mentally healthy and socially integrated person's transsexual way of living.

Literatur

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-IV. Saß H, Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (eds.). Göttingen: Hogrefe, 1996
2. Becker S, Bosinski HAG, Clement U et al. Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. Z Sexualforschung 1997; 10: 147–156
3. Becker S. Psychotherapie bei Transsexualität. In: Strauß B (Hrsg.) Psychotherapie der Sexualstörungen. Stuttgart: Thieme Verlag, 1998, 139–151
4. Bosinski HAG. Transsexuelle Geschlechtsidentitätsstörungen. Psychotherapie 2000; 5: 270–276
5. Bosinski HAG, Peter M et al. A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. Psychoneuroendocrinology 1997; 22: 361–380
6. Clement U, Senf W. Transsexualität – Behandlung und Begutachtung. Stuttgart: Schattauer, 1996
7. Eicher W. Hormonbehandlung bei Transsexuellen. In: Clement U, Senf W (Hrsg.). Transsexualität – Behandlung und Begutachtung. Stuttgart, Schattauer-Verlag, 1996
8. Hartmann U, Becker H. Störungen der Geschlechtsidentität – Ursachen, Verlauf, Therapie. Heidelberg: Springer, 2002
9. Kockott G. Die klinische Koordination der Behandlung und Begutachtung. In: Clement U, Senf W (eds.). Transsexualität – Behandlung und Begutachtung. Stuttgart: Schattauer, 1996
10. Morgenthaler F. Die Stellung der Perversion in der Metapsychologie und Technik der Psychoanalyse. Zeitschrift für die gesamte Psychologie 1974; 28: 1077–1098
11. Rauchfleisch U, Barth D, Battegay R. Ergebnisse einer Langzeitkatamnese von Transsexuellen. Nervenarzt 1998; 69: 799–805
12. World Health Organization (WHO). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. In: Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (eds.). Bern, Göttingen: Verlag Hans Huber, 1993

Key Words: Gender Identity Disorders – Transsexualism – Sexual Orientation – „Real life-test” – Psychotherapy

Korrespondenzadresse:

Dr. Claudia Rüffer-Hesse
Med. Hochschule Hannover
Abt. Klinische Psychiatrie u. Psychotherapie
Arbeitsbereich Klinische Psychologie
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
Rueffer.Claudia@mh-hannover.de