

# Transidentität (Tanssexualität)

Wolfgang Senf

## Zusammenfassung

Transidentität ist ein bio-psycho-sozialer Prozess, der den Betroffenen dazu bringt, sich subjektiv dem anderen Geschlecht zugehörig zu fühlen. Das eigene körperliche Geschlecht wird dabei zwar objektiv wahrgenommen, aber als fremd erlebt. Transidente Menschen streben wegen dieser inneren Gewissheit den Wechsel in die innerlich vorgegebene Geschlechtsidentität an. Das ist mit dem psychosozialen Rollenwechsel und in den meisten Fällen mit einer hormonellen und chirurgischen Umwandlung des Körpers zum gewünschten Geschlecht verbunden. Psychotherapie mit Transidenten gilt allgemein als schwierig und unbefriedigend. Dieser Beitrag hat zum Ziel, mit diesem Vorurteil aufzuräumen und zur Psychotherapie mit Transidenten zu ermutigen. Dazu werden alle für eine Psychotherapie notwendigen Informationen gegeben. Die psychotherapeutische Begleitung transidenter Menschen ist für einen Psychotherapeuten eine eindrückliche Erfahrung, bei der Grundfragen der menschlichen Existenz berührt werden.

Schlüsselwörter

## Radikaler Bruch in der Identität eines Menschen

Gibt man zu erkennen, dass man mit Transidenten Menschen therapeutisch arbeitet, findet man schnell Aufmerksamkeit. In das Erstaunen über diese *Laune der Natur* mischt sich skeptische Distanz, gerne werden diese Menschen ins Travestie- oder sogar Rotlichtmilieu lokalisiert. „Transsexuell?“ – kaum jemand kann sich so recht etwas darunter vorstellen. Das hat eine Entsprechung bei dem Versuch, transidente Menschen in eine Psychotherapie zu vermitteln: entweder bekommen sie keinen Termin, oder es wird versucht, ihnen ihr Problem auszureden. Dem steht das oft große Leid der Menschen gegenüber, die von einer Transidentität betroffen sind:

**Es gibt keinen vergleichbar radikalen Bruch in der Identität eines Menschen wie bei der Entwicklung einer Transidentität. Das bisher gelebte Leben erfährt eine absolute bio-psycho-soziale Umwandlung mit radikaler Umorientierung für die Betroffenen selbst, für ihre Angehörigen, die Freunde, Kollegen.**

## **Man stelle sich mal vor**

Stellen Sie sich einmal vor, der Sohn oder die Tochter kommen eines Tages, um mitzuteilen, er sei Frau oder sie sei Mann, sie wollten sich operieren lassen. Mein Sohn wird zur Tochter, meine Tochter zum Sohn?

**BJ:** Die 22-jährige FzM-transidente junge Frau kommt gemeinsam mit ihrer Mutter zur Begutachtung. Sie erscheint eindeutig männlich, und selbst mit Wissen um die Problematik ist die vormals weibliche Identität nur schwer zu erkennen. BJ beschreibt den eigenen Zustand folgend: „Das Innere, das Seelische, das stimmt nicht mit dem Körper überein“ und „Innerlich bin ein Mann, ich fühle mich so, wie Sie sich als Mann fühlen“. Die *Mutter* kommt mit in das Gespräch. Die Tochter habe als kleines Mädchen durchaus Kleider getragen, sei im 5. Lebensjahr sogar als Engelchen auf der Hochzeit der Schwester aufgetreten. Ab dem Alter von 8/9 Jahren sei die Entwicklung immer mehr in die Richtung eines Jungen gegangen, mit typischen Jungenspielen Fußball, LEGO, etc. Sie habe seit dem keinerlei weibliche Kleidung mehr angelegt. Ein Drama sei die Kommunion wegen des weißen Kleidchens gewesen, da habe sie sich verweigert. Die Tochter habe sich 1999 einer Freundin offenbart, die Mutter habe das dann angesprochen, die Tochter habe jedoch alles abgestritten. Während des psychiatrisch-stationären Aufenthaltes wegen eines Suizidversuchs habe die Tochter ihr mitgeteilt, im falschen Körper zu leben. Es sei zunächst ein großer Schock gewesen, sie habe sich dann aber damit arrangiert und unterstütze ihre Tochter bei der Umwandlung. Sie könne sich damit arrangieren, jetzt einen Sohn zu haben.

Oder der Ehemann oder die Ehefrau offenbaren ihr transidenten Erleben, obwohl schon lange verheiratet, und wie soll das mit den Kindern gehen?

**MD:** Der 52-jährige MzF-transidente Mann erscheint in weiblichem Äußerem, ohne dass er das überbetont, zur Begutachtung für die Vornamensänderung. Er gibt an, sich „als Frau pudelwohl zu fühlen“ da „ich jetzt ich selbst bin“. Besonders gut gehe es ihm, seit er sich seiner Frau gegenüber offenbart hat, die Transidentität in der Familie eingebracht hat. Er/Sie ist seit 30 Jahren verheiratet, hat 3 Kinder, einen Sohn im Alter von 24 Jahren, die Töchter sind 17 Jahre und 14 Jahre. Der älteste Sohn habe zunächst Schwierigkeiten gehabt, die Töchter würden gut damit umgehen können, von der jüngeren lerne er, sich zu schminken. Die transidente Entwicklung sei in der Familie gut integriert. Er habe sich schon lange zuvor „heimlich als Frau gegeben“, während der Zeit auf dem LKW immer eine Tasche mit Frauenkleidern im LKW dabei gehabt, habe sich sofort umgezogen. In Frankreich, Spanien und Italien sei die Polizei bei den Kontrollen viel liberaler. Dabei habe er/sie aber immer „ein Unwohlsein gefühlt, damit meine Frau zu betrügen“. Seine Frau habe ihn eines Tages gefragt, ob er eine Freundin habe, er habe sich dann geoutet. Es sei zuerst ein Schock für sie gewesen, die Beziehung sei aber stabil, es bestehe auch körperlicher, auch sexueller Kontakt, es sei aber ein völlig anderer, als zuvor. Er strebe jetzt die körperliche Umwandlung an, habe schon Kontakt mit der Operateurin, der Termin sei ins Auge gefasst. Die Krankenkasse habe Bedenken, verlange noch Gutachten. Seit einem Jahr nehme er/sie Hormone und trete in der Öffentlichkeit ausschließlich in der weiblichen Rolle auf. Den Job habe er/sie deswegen verloren.

Diese Fallbeispiele machen die komplexe Problemstellung bei einer Transidentität deutlich: der radikaler Bruch in der Identität mit immensen innerpsychischen, interpersonellen und psychosozialen Folgen, den Anforderungen an die medizinische Versorgung, die rechtlichen Probleme von der familiären Situation bis zur Änderung des Personenstands, der Ausweispapiere und Dokumente usw..

**Die Bewältigung einer Transidenten Entwicklung stellt an die betroffenen Menschen sehr hohe Anforderungen und führt häufig zu erheblichen Belastungen, die in manchen Fällen zu psychischer Erkrankung führen.**

Dieser Weg kann auch scheitern. Zu allererst müssen wir **großen Respekt und Achtung vor diesen Menschen** haben, die sich diesem so radikalen Wandel ihrer Identität stellen und unsere Hilfe dabei suchen.

Der **Psychotherapie** kommt in diesem Prozess eine zentrale Rolle zu. Dieser Artikel möchte dazu beitragen, mit dem Vorurteil aufzuräumen, dass Psychotherapie mit Transidenten schwierig und unbefriedigend sei. Im Gegenteil: dieser Beitrag soll dazu ermutigen.

### **Begriffsklärung**

Statt der Begriffe ‚Transidentität‘ und ‚Transidente‘ werden häufig, vor allem von Betroffenen, synonym die Begriffe ‚**Transgender**‘ oder ‚**Transidente**‘ benutzt. Die Vermeidung „sexuell“ ist nachvollziehbar, wenn es darum geht, deutlich zu machen, dass es bei der Transidentität eben nicht um sexuelle Verhaltensabweichungen oder Störungen geht, sondern es sich um eine *Besonderheit in der Entwicklung der Geschlechtsidentität* handelt, bei der die sexuelle Orientierung oder Sexualpräferenz nur ein Teilaspekt ist.

Insbesondere ist eine eindeutige Abgrenzung zum Transvestitismus zu ziehen, ein von Magnus Hirschfeld (1910) geprägter Begriff für all die Männer und Frauen, die freiwillig Kleidung tragen, welche üblicherweise von dem Geschlecht, dem sie körperlich zugeordnet sind, nicht getragen werden. Der Wunsch nach langfristiger Geschlechtsumwandlung oder chirurgischer Korrektur besteht nicht (ICD-10 F64.1).

Für die Transidentität (ICD-10 F64.0) schlagen wir vor, den Begriff der *Störung* nach ICD-10 zu vermeiden. Transidentität ist eine unvermeidbare bio-psycho-soziale Besonderheit in der Entwicklung der Geschlechtsidentität, die aufgrund der dadurch gegebenen oft erheblichen Belastungen und bei unzureichender medizinischer und psychotherapeutischer Betreuung sekundär zu psychischen Störungen führen kann (Clement U, Senf W 1996; Senf W, Happich F, Senf G 2007).

### **Exkurs: Geschlechtlichkeit**

Der Begriff *Geschlecht* scheint zunächst keiner weiteren Definition zu bedürfen, da es sich im

Allgemeines um eine als selbstverständlich angesehene Dichotomie in unserer Kultur handelt. *Geschlechtlichkeit* bezeichnet allgemein eine eindeutige Zuweisung zu dem männlichen oder weiblichen Geschlecht, als eine Kongruenz von Genotyp, Phänotyp und Selbstverständnis. Auf diese Eindeutigkeit beziehen sich auch die Begriffe Geschlechtsdifferenzierung, geschlechtsspezifisch oder geschlechtstypisch. Unter der Prämisse, dass es eindeutige Geschlechtlichkeit gibt, stellt sich die Frage, ob dem Begriff der *Geschlechtsidentität* diese Eindeutigkeit ebenfalls inhärent ist. *Identität* ist als „Grenzbegriff zwischen soziologischer und psychologischer/psychoanalytischer Theoriebildung“ (Hartmann und Becker 2002) ein Konstrukt, worüber sich eine eigene Abhandlung schreiben ließe. Deshalb benutzen wir hier verkürzt den Begriff ‚Geschlechtsidentität‘ im engeren Sinne und meinen hier *die Integrität und Kontinuität des Selbstkonzeptes Mann oder Frau*, also die Einheitlichkeit des eigenen emotionalen und kognitiven Erlebens und Definierens des eigenen Geschlechtes als weiblich oder als männlich mit objektivierbaren Manifestationen der Geschlechtlichkeit. Dabei spielen vor allem biologische Faktoren wie äußere Geschlechtsmerkmale bis hin zu Chromosomenkonstellation eine Rolle, aber ebenso geschlechtstypische Verhaltens- und Erlebensweisen.

## **Transidenten Erleben und Handeln**

Der Kern des transidenten Erlebens ist das Bewusstsein, objektiv zwar einem realistisch wahrgenommenen körperlichen Geschlecht (Übereinstimmung von Genotyp und Phänotyp) anzugehören, sich subjektiv aber dem anderen Geschlecht zugehörig zu fühlen.

„Meine Seele ist weiblich, auch wenn meine Psyche noch männlich ist“, hat es eine MzF-Transidente auf den Punkt gebracht.

Das subjektive Bewusstsein, dem anderen Geschlecht zuzugehören, ist *absolut* in dem Sinne, dass das *Zugehörigkeitsgefühl* zum Gegengeschlecht als *unveränderbare, zweifelsfreie Identität* erlebt wird. Es handelt sich für die Betroffenen um eine absolute *innere Gewissheit*.

Transidentität ist ein *dynamischer bio-psycho-sozialer Prozess, der aus den Betroffenen unvermeidbar von selbst kommt und dem die betroffenen Menschen nicht entkommen können*.

Aus einem zunächst unbestimmten „Gefühl, irgendwie anders zu sein“, oder dass „irgendwas nicht stimmt“, reift zunehmend die „Gewissheit“ heran, „nicht so zu sein, wie man auf die Welt gekommen ist“, also nicht männlich oder weiblich, sondern weiblich bzw. männlich zu sein. Alle hier verwendeten Zitate stammen von Betroffenen.

**MD:** Wann das angefangen hat? Er habe 1998/99, also schon über 40jährig „begonnen, die Dessous meiner Frau anzuziehen“ und habe sich dabei im Spiegel betrachtet: „Ich fand mich schön“, es habe nicht sexueller Erregung gedient. Er beschreibt das Aufkommen der inneren weiblichen Identität als unvermeidbar, „ich konnte dem nicht entkommen“, und „Je mehr ich in die Rolle als Frau gekommen bin, desto besser fühlte ich mich“.

Um es noch einmal hervorzuheben: *Entscheidend ist, dass der transidente Mensch dieser inneren Entwicklung nicht entkommt.* Die Gewissheit tritt allerdings individuell unterschiedlich in den Biografien auf, mal schon sehr früh mit der Pubertät, bei anderen erst relativ spät im jungen Erwachsenenalter, dann wieder sehr spät auf dem Lebensweg. Transidente Menschen wehren sich meist zuerst gegen diese innere Forderung, sie versuchen, dagegen anzugehen, gehen sexuelle Beziehungen ein, heiraten, bekommen Kinder, alles bei wachsendem inneren Unbehagen. Oft bekommt das innere Erleben erst viel später einen Namen mit der Zuweisung, eben Mann-zu-Frau-transident (MzF) oder Frau-zu-Mann-transident (FzM) zu sein. Dafür sind heute die Informationen aus dem Internet und den Foren sowie die Selbsthilfeaktivitäten hilfreich und wichtig.

Transidente Menschen streben *wegen dieser Gewissheit* den Wechsel in die innerlich vorgegebene Geschlechtsidentität an, der mit dem Rollenwechsel sowie in den meisten Fällen mit einer hormonellen und chirurgischen Umwandlung des Körpers zum gewünschten Geschlecht verbunden ist. Aus sonst keinem anderen Grund.

### **Wie häufig ist das?**

Verlässliche epidemiologische Untersuchungen über die Häufigkeit liegen nicht vor. Die Schätzungen zur Prävalenz schwanken ebenso wie die Angaben über das Geschlechterverhältnis und diese variieren wieder von Land zu Land. Osburg u. Weitze 1993 geben einen Überblick, der auch die Probleme der epidemiologischen Erfassung deutlich macht, das betrifft die Definitionen, die Einschlusskriterien (z.B. vollzogene Operation?), Methodik etc.

Osburg u. Weitze 1993 errechneten eine 10-Jahres-Prävalenz von 2,1 auf 100000 volljährige Einwohner, dabei 2,4 für MzF-Transidente und 1,0 für FzM-Transidente. Sigusch (2001) schätzt, abhängig von der Definition für Deutschland 2000 - 4000 Transidente.

Besser gesicherte Daten sind dringend notwendig, viele Experten und vor allem Betroffene sind der Meinung, dass die Transidentität zunimmt. Deutlich ist die Verschiebung im Ge-

schlechterverhältnis. Die Ungleichverteilung im Verhältnis der beiden Ausgangsgeschlechter zugunsten von MzF-Transidentität gleicht sich nach Sigusch 2001 zunehmend an, von 2,8:1 (1974) auf 1,6.:1 (1998), wofür verschiedene Gründe, wie verändertes Verhalten der Betroffenen und der Therapeuten, verantwortlich gemacht werden.

### **Woher kommt das?**

Wir wissen es nicht - die Ätiologie der Transidentität ist ungeklärt. In den Theorien lassen sich biologische und psychologische und psychosoziale Erklärungsansätze unterscheiden (Tab. 2), kein Ansatz wird jedoch der Komplexität der Transidentität in allen Aspekten gerecht. Die *biologischen Theorien* fokussieren vor allem auf das prä- und postnatale Hormonmilieu, die *psychosozialen Theorien* sehen die Entstehung von Transidentität in Lebensereignissen in der frühen Lebensentwicklung begründet.

Es besteht heute Konsens darüber, dass transidentenes Erleben offenbar das Resultat sequenzieller, in verschiedenen Abschnitten der psychosexuellen Entwicklung gelegener, eventuell kumulativ wirksam werdender Einflussfaktoren ist.

**Dazu wissen wir heute lediglich gesichert, dass sich Transidentität über einen langen Zeitraum entwickelt, in dem das Individuum dem Einfluss vieler, unterschiedlichster Faktoren ausgesetzt ist. Das betrifft die intrauterine Entwicklung ebenso wie die bio-psycho-soziale nachgeburtliche Entwicklung.**

Die großen Unterschiede der Transidenten Entwicklungen legen nahe anzunehmen, dass es keinen eindeutigen Kausalzusammenhang in der Ätiologie gibt. Die Tatsache aber, dass es sehr frühe Manifestationen schon im Kindesalter gibt, und letztlich auch die Tatsache, dass der transidente Mensch seiner inneren Entwicklung nicht entkommen kann und diese bisher auch nicht zu beeinflussen ist, weder durch medikamentöse noch durch psychotherapeutische Intervention, lässt vermuten, dass biologische Faktoren eine wichtige Rolle spielen.

**Bisher hat keine Psychotherapie eine Transidentität in dem Sinne „geheilt“, dass die ursprüngliche Geschlechtsidentität „normal“ geworden sei. Publizierten Kasuistiken, in denen das dargestellt wird, sollten daraufhin geprüft werden, ob es sich um eine Transidentität gehandelt hat.**

## **Klinik der Transidentität**

### **Krankheit oder Lebensnotwendigkeit?**

Für die Klinik stellt sich die grundsätzliche Frage, ob es sich bei dem Transidenten Erleben um eine krankheitswertige psychische Störung handelt oder um eine Lebensnotwendigkeit. Im historischen Rückblick hat lange die Krankheitsauffassung dominiert, verbunden mit der irrigen Vorstellung, Transidentität heilen zu können, wie historische Definitionen (s.u.) zeigen. Wir vertreten die Auffassung, dass es notwendig ist, das transidente Erleben zu entpathologisieren und als besondere Lebensnotwendigkeit zu akzeptieren und zu respektieren. Statt heilen zu wollen durch Beseitigung der Transidentität, müssen wir den betroffenen Menschen helfen und sie fördern, mit dieser Besonderheit mit sich selbst und in unserer Gesellschaft normal leben zu können.

### **Definitionen im Rückblick**

Im Rückblick gab es die unterschiedlichsten Definitionsversuche entsprechend dem jeweiligen Zeitgeist.

**Richard von Krafft-Ebing, 1886:** Eine letzte Stufe im Krankheitsprozess stellt der Wahn der Geschlechtsverwandlung dar.

**Magnus Hirschfeld, 1910:** Die stärksten Formen des totalen Transvestitismus finden wir bei denen, die nicht nur ihr künstliches, sondern auch ihr natürliches Kleid, ihre Körperoberfläche andersgeschlechtlich umgestalten möchten. (...) Den höchsten Grad dieser körpertransvestitischen Zwangszustände beobachten wir bei denen, die eine mehr oder weniger vollständige Umwandlung ihrer Genitalien anstreben, vor allem also ihre Geschlechtsteile nach ihrer Seele formen wollen. Voran steht bei transvestitischen Frauen die Beseitigung der Menstruation durch Entfernung der Eierstöcke, bei transvestitischen Männern die Kastration. Diese Fälle sind viel häufiger, als man früher auch nur im Entferntesten ahnte.

**Sigusch 1995:** ...das Verrückte am Transidentismus ist, dass die Transidenten nicht verrückt sind. Ihre seelische Verfasstheit ist kein 'Irrtum' der Natur, sondern ein 'Kunstwerk' des Menschen. Als durchweg psychotisch erscheinen sie nur dem flüchtigen Blick, den zuletzt einige französische Psychoanalytiker der Lacan-Schule geworfen haben. Nachdem der Meister nebenbei vom Transidenten 'Delirium' gesprochen hatte, stuften sie die präoperativen 'Transidentisten' und postoperativen 'Transidente' genannten Menschen als 'psychotisch' ein, obgleich sie auch nach ihrem Eindruck keine 'klassischen' psychotischen Symptome aufwiesen. Sie seien aber trotzdem 'psychotisch', weil sie die Realität der Geschlechterdifferenz in der 'symbolischen Ordnung' verwürfen.

**Senf et al. 2007:** Der Kern des Transidenten Erlebens ist das Bewusstsein, einem realistisch wahrgenommenen körperlichen Geschlecht anzugehören, sich subjektiv aber dem anderen Geschlecht zugehörig zu fühlen in einem dynamischen bio-psycho-sozialen Prozess, dem die betroffenen Menschen nicht entkommen können. Das subjektive Bewusstsein, dem anderen Geschlecht zuzugehören, ist absolut in dem Sinne, dass das Zugehörigkeitsgefühl zum Gegengeschlecht als unveränderbare, zweifelsfreie Identität erlebt wird. Es handelt sich für die Betroffenen um eine absolute innere Gewissheit.

## Diagnostik

Der *Wunsch nach einer Geschlechtsumwandlung* bei den verschiedensten Grundkrankheiten auftreten, bei Paranoia ebenso wie bei psychotischer Depression, bei Identitätsstörungen, in speziellen Konfliktsituationen oder in spezifischen kulturellen Kontexten. Der geäußerte Wunsch nach einem Geschlechtswechsel fordert für die medizinische Betrachtung zunächst, den Wunsch nach Geschlechtsumwandlung als behandelbares Symptom einer Grunderkrankung zu erkennen oder davon die transidente Entwicklung eindeutig klinisch zu differenzieren und abzugrenzen. Insoweit ist der *Wunsch nach einer Geschlechtsumwandlung* zunächst als ein klinisches Problem zu betrachten, das einer sehr sorgfältigen Diagnostik bedarf.

Die *Diagnosestellung* kann nach den Leitlinien der ICD-10 erfolgen, wenn die transidente Identität mindestens 2 Jahre durchgehend bestanden hat und nicht ein Symptom einer psychischen Störung ist, z.B. einer Schizophrenie. Ein Zusammenhang mit intersexuellen, genetischen oder geschlechtschromosomalen Anomalien muss ausgeschlossen sein. Die Diagnostik verlangt die Abklärung möglicher Differentialdiagnosen und komorbider Problemstellungen (Tab. 2)

### Tab. 2: Diagnostik im Überblick

---

#### Diagnostische Kriterien nach ICD-10 F 64.0:

- Gefühl des Unbehagens oder der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlecht
- Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden
- muss mindestens 2 Jahre durchgehend bestanden haben
- Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung
- kein Symptom einer anderen psychischen Störung, z.B. einer Schizophrenie
- kein Zusammenhang mit intersexuellen, genetischen oder geschlechtschromosomalen Anomalien

#### Differentialdiagnosen

- allgemeines Unbehagen mit den gängigen Geschlechtsrollenerwartungen
- partielle oder passagere Störungen der Geschlechtsidentität, z.B. in Adoleszenzkrisen
- Transvestitismus und fetischistischer Transvestitismus
- Ablehnung einer homosexuellen Orientierung
- psychotische Verkenning der Geschlechtsidentität



- schwere Persönlichkeitsstörungen mit Auswirkung auf die Geschlechtsidentität
- Intersexualität

#### **Komorbide Problemstellungen**

- Strukturniveau der Persönlichkeit und deren Defizite
- Psychosoziales Funktionsniveau
- Neurotische Dispositionen bzw. Konflikte
- Abhängigkeiten/Süchte
- Suizidale Tendenzen und Selbstbeschädigendes Verhalten
- Paraphilien/Perversionen
- Psychotische Erkrankungen
- Hirnorganische Störungen
- Minderbegabungen

#### **Körperliche Abklärung**

- allgemeinkörperlich
- gynäkologisch bzw. urologisch
- endokrinologisch
- humangenetisch

#### **Abklärung der psychosozialen Situation**

- beruflich
- familiär
- sozial

---

Transidentitätsspezifische Probleme resultieren zum einen aus der Grundproblematik sich im falschen Körper zu fühlen. Ein Wechsel in die neue Identität und Geschlechterrolle findet nicht einfach statt, sondern ist ein Prozess, der den Betroffenen sehr viel abverlangt.

**Die Tatsache einer Transidentität führt nicht zwangsläufig zu einer psychischen Störung**, wie häufig angenommen wird. Es gibt viele Transidente, die zwar erheblich an den transidentitätsspezifischen Problemen und Konflikten leiden, psychisch in ihrer Primärpersönlichkeit aber gesund sind.

**Denn: Wie „gesund“ muss ein Mensch sein, einen solch radikalen Bruch in der Identität wie bei der Entwicklung einer Transidentität überhaupt verarbeiten zu können?**

Andere Transidente wiederum leiden zusätzlich an psychischen Störungen jeglicher Art, die nicht in einem Zusammenhang mit der Transidentität stehen. Vor diesem Hintergrund sind die

o. g. psychoanalytischen Hypothesen, z.B. die Transidentität als Ausdruck einer Perversion oder einer Borderline-Störung zu interpretieren, sehr kritisch zu hinterfragen.

### **Diagnostik ist Beratung**

Für manche der Transidenten Menschen beginnt mit der diagnostischen Prozedur eine erste Auseinandersetzung mit den konkreten Folgen ihrer inneren Orientierung. Deshalb kommt schon dem diagnostischen Prozess der Beratung eine wesentliche Bedeutung zu. Menschen, die für sich eine transidente Problematik entdecken, bedürfen vor allem der ausführlichen *Information* und *Aufklärung* über die Transidentität. Dabei sollten Informationen über die notwendigen Abläufe und Behandlungsschritte gegeben werden (Tab. 3). In vielen Regionen haben sich Selbsthilfegruppen gebildet, in denen Betroffene sich gegenseitig unterstützen und Informationen austauschen können. Dazu sollten geeignete Informationsmaterialien bereitliegen, etwa in Form eines Merkblattes, wie wir es bereitstellen. Die Abläufe und Behandlungsschritte sind an Standards zur Behandlung und Begutachtung von Transidenten (Becker et. al 1997, 1998) orientiert, die wir empfehlen, auch wenn diese von Interessengruppen v. a. Betroffener oft eher polemisch in Frage gestellt werden. Sicher steht eine Überarbeitung in manchen Aspekten an.

### **Abläufe und Behandlungsschritte**

- 
- Psychotherapeutische Begleitung über die gesamte Zeit
  - Alltagstest/ Übernahme der angestrebten Geschlechtsrolle im Alltag
  - Antrag bei Gericht auf Vornamensänderung
  - Beginn der Hormoneinnahme in der Regel nach insgesamt 12 Monaten psychotherapeutischer Begleitung und Alltagstest
  - Planung einer Operation frühestens nach 6 Monaten Hormoneinnahme und Klärung der Kostenübernahme
  - Antrag bei Gericht auf Personenstandsänderung
  - Evaluation
- 

### **Beziehungsdiagnostik und Arbeitsbündnis**

Bei der Beurteilung einer Transidentität sind wir alleine auf die Mitteilungen der Betroffenen und auf die eigene Beobachtung und Wahrnehmung angewiesen. Hilfreich sind dabei die von *Argelander* (1970) vorgeschlagenen objektiven, subjektiven und szenischen Beobachtungs-

ebenen. Der szenischen Gestaltung der Gesprächssituation, d.h. Beobachtung der Interaktion zwischen Patient und Therapeut mit allen verbalen, gestisch-mimischen, affektiven und körperlich-vegetativen Elementen und Abläufen, kommt eine hohe diagnostische Bedeutung zu. Das Instrument zur Wahrnehmung und Beurteilung der szenischen Informationen ist das subjektive Erleben des Untersuchers, und das Kriterium für die Verlässlichkeit dieser Information ist die subjektive Evidenz des Diagnostikers. Bei einer typischen Transidenten Entwicklung stellt sich im Verlauf der Diagnostik bei einem erfahrenen Untersucher eine emotionale Gewissheit ein einen Menschen des angestrebten Geschlechts vor sich zu haben. Dieser Eindruck ist seinerseits zwar kein „hartes“ diagnostisches Kriterium im engeren Sinne, es erweist sich aber als verlässlich, wenn sich der Therapeut im therapeutischen Kontakt auf die spezifische Interaktion mit dem Transidenten Menschen einlässt. Dazu sollten die folgenden *Grundsätze* beachtet werden:

- **Diagnostik einer Transidentität ist Verlaufsdiagnostik.** In der ersten Konfrontation darf nur von einem *Verdacht auf eine transidente Entwicklung* gesprochen werden. Die weitere Klärung hat prozessual im Laufe der psychotherapeutischen Betreuung zu erfolgen.
- **Neutralität.** Der Diagnostiker – und natürlich auch der behandelnde Psychotherapeut – sind neutral gegenüber dem Transidenten Wunsch. Man darf weder das Ziel haben, dieses Bedürfnis zu forcieren noch es aufzulösen, auch wenn es später im therapeutischen Prozess zu einer Auflösung des Transidenten Wunsches kommen sollte. Das ist eine unabdingbare Voraussetzung für die Entwicklung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses.
- **Achtung und Wertschätzung.** Auf jeden Fall müssen wir Respekt und Achtung vor diesen Menschen haben, wenn sie sich diesem so radikalen Wandel ihrer Identität stellen und unsere Hilfe dabei suchen, und ihnen Wertschätzung entgegenbringen. Transidente Menschen haben in ihrer Lebensentwicklung oft Entwertung und Kränkung („Schwuchtel“), Ausgrenzung und Bedrohung erfahren.
- **Ablehnen einer Behandlung.** Psychotherapeuten, die von vornherein ablehnen, das ein Mensch sich „umwandeln“ lassen will, die dieses Anliegen ausschließlich als Ausdruck masochistischer Tendenzen verstehen und die Geschlechtsumwandlung bzw. Geschlechtsangleichung als „Verstümmelung“ bewerten, sollen auf jeden Fall eine Behandlung und eigentlich auch die Diagnostik prinzipiell ablehnen.

- **Psychotherapie als Empfehlung.** Auch wenn auf einer Verlaufsdiagnostik zu bestehen ist, kann eine Psychotherapie nicht verordnet werden. Auf die Variationsbreite von „Psychotherapie“ bei Transidentität gehen wir noch ein.
- **Verbindliche Vermittlung.** Transidente Menschen müssen verbindlich und gezielt in eine Psychotherapie vermittelt werden, bei der gewährleistet ist, dass sie mit ihrem Anliegen angenommen werden. Es besteht sonst das Risiko, dass es bei einer ablehnenden und bewertenden – eben nicht neutralen – Haltung eines Psychotherapeuten zu einer Wiederholung der traumatisierenden negativen und ablehnenden Erfahrungen kommt.

Eine in dieser Weise *offene Haltung* ist dadurch zu erreichen, sich möglichst breit und gründlich über Grundlagen, Abläufe und Langzeitergebnisse psychotherapeutischer und somatischer Behandlungen von Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörungen zu informieren und sich genaue Kenntnisse der Wirkungen und Nebenwirkungen der einzelnen somatischen Interventionen zu verschaffen. Nützlich sind auch Kontakte mit den örtlichen und überregionalen Selbsthilfeorganisationen ebenso wie mit den Einrichtungen und Kollegen, die somatische Behandlungen durchführen.

Wenn Primärberatung, Diagnostik und weiterführende Begleitung bei der Behandlung bei Transidentität koordiniert werden können, besteht die Chance zum Aufbau eines tragfähigen Arbeitsbündnisses, in dem es gelingen kann, den Betroffenen in seiner Identitätsproblematik zu verstehen, ohne eine bestimmte Entwicklung auf dem Transidenten Weg festzuschreiben.

## **Psychotherapie bei Transidentität**

Psychotherapie mit Transidenten gilt zu Unrecht als schwierig. Warum wird das so gesehen? Das liegt zum einen daran, dass alle Aspekte der Behandlung bei Transidentität vom Alltagstest bis zur Operation in die Psychotherapie einzubeziehen sind. Damit erfährt die Psychotherapie eine weitgehende „Öffnung“ in Realitäten des Patienten, welche direkte Entscheidungen verlangen. Dem ist entgegen zu halten, dass die psychotherapeutische Begleitung transidenter Menschen auch für den Therapeuten eine sehr eindrückliche Erfahrung ist, bei der Grundfragen der menschlichen Existenz berührt werden.

Wesentlich für die Psychotherapie bei Transidentität ist die Orientierung an den folgenden Zielsetzungen:

### **Förderung statt Heilung**

Viele Transidente halten eine Psychotherapie schon deshalb nicht für nötig, weil sie sich gar nicht als krank erleben, sie sehen sich nicht als Patienten. Sie sind davon überzeugt, dass eine Psychotherapie auf dem Weg zu ihrem Ziel ohnehin nichts beitragen kann. Oft steht hinter dieser Haltung die geheime Angst des Transidenten, der Psychotherapeut könnte die behauptete gegengeschlechtliche Identität in Frage stellen und versuchen, ihn von dem Wunsch nach Umwandlung abzubringen. In einem solchen Fall wird der Psychotherapeut generell als Bedrohung und als Gegner erlebt.

Auf diesem Hintergrund muss für die Entwicklung eines hilfreichen Arbeitsbündnis eine entscheidende Besonderheit für die psychotherapeutische Behandlung transidenter Patienten berücksichtigt werden: im Gegensatz zu einer *üblichen Psychotherapie*, bei der es um die „Beseitigung“ von Symptomen und Störungen geht, zielt die *Psychotherapie bei Transidentität* eben gerade nicht darauf ab, die „Symptomatik“ zu reduzieren oder gar zu „heilen“. Bei Transidentität gibt es keine „Heilung“ von der inneren Überzeugung, im falschen Körper zu leben. Es kann nur eine psychotherapeutische Hilfe für diese Patienten auf ihrem Weg geben, diese „Symptomatik“ zu stabilisieren und auszugestalten. Statt „Heilung“ geht es um „Förderung“ der angeblichen Störung. Für Transidente ist nicht ihr Zugehörigkeitsgefühl zum Gegengeschlecht der Grund ihres Leidensdrucks, sondern der bisher fehlende Ausweg aus dem Leiden, sich im falschen Körper zu befinden. Sie wollen ihre „Symptomatik“ also nicht verlieren, sondern *optimieren*.

Die Psychotherapie soll den Betroffenen dazu verhelfen, ihnen angemessene individuelle Lösungen für ihre spezifischen Identitätsprobleme zu finden und sie soll eine Bearbeitung der damit verbundenen psychischen Probleme ermöglichen.

Über die transidentitätsspezifischen Probleme und Konflikte hinaus muss die Psychotherapie selbstverständlich auch komorbide Störungen beachten und diese behandeln, so vorhanden.

## **Innere Stimmigkeit**

Die innere Stimmigkeit in der individuellen Transidenten Entwicklung muss „erarbeitet“ sein in dem bio-psycho-sozialen Entwicklungsprozess, und hier ist jeder transidente Mensch anders. Das heißt, dass er/sie auch die innere Repräsentanz und die äußere Erscheinungsform des neuen Geschlechts ganz unterschiedlich ausgestaltet. Diese Ausgestaltung kann bei Therapiebeginn schon sehr weit entwickelt sein und sich subjektiv bewährt haben, sie kann aber auch noch in einem Entwicklungsprozess sein. So benötigen manche Transidente eine gewisse Zeit, um sich gegen stereotype Geschlechterklischees abzugrenzen und eine eigene, häufig auch unkonventionelle Form von Weiblichkeit oder Männlichkeit zu finden. Es gibt auch den umgekehrten Fall, dass nach einer Phase der Irritation sich der Wunsch verfestigt, sich gerade an sehr stereotypen Vorbildern zu orientieren. So wünschen sich manche MzF-Transidente eine Zukunft in einer ganz konventionellen Hausfrauenrolle, während andere eine feministisch-lesbische Identität entwickeln.

Zudem kann die Anforderung, sich in der neuen Geschlechtsidentität zurecht zu finden, auch zu Belastungen führen. Die Rolle der Frau z.B. ist im Berufsleben in der Regel eine weniger privilegierte als die des Mannes. Ebenso geht es um Verunsicherung bzgl. der *sexuellen Orientierung*: sucht der (biologisch männliche) MzF-Transidente als Frau Kontakt zu einem heterosexuellen Mann, unter eindeutiger Ablehnung homosexuelle Kontakte, oder besteht eine lesbische Orientierung und damit der Wunsch nach einer sexuellen Beziehung zu einer lesbischen oder bisexuellen Frau? Das sind Aspekte, die in der Therapie ausführlich behandelt werden sollten. Dabei ist es erfahrungsgemäß unergiebig, mit Patienten auf der definitiven Ebene zu besprechen, was sie unter männlich oder weiblich verstehen. Weitaus ergiebiger ist es, praktische Konfliktsituationen durchzusprechen oder zum Ausphantasieren konkreter Wunschvorstellungen zu ermuntern. Zweifel, Unsicherheiten oder Ambivalenzen sind nicht als Hinweise darauf zu interpretieren, dass die Transidentität „konflikthaft“ oder „unecht“ sei. Vielmehr sprechen solche Prozesse eher für eine differenzierte Selbstwahrnehmung und Introspektion. Eine nicht seltene und therapeutisch mühsame Situation ist die, wenn Patienten nur sehr blasse Vorstellungen haben, wie sie ihr Leben im gewünschten Geschlecht ausfüllen und darstellen wollen. In solchen Fällen ist das Durchsprechen konkreter Alltagssituationen geeigneter als die Arbeit mit inneren Bildern.

### **Versöhnung mit der eigenen Biografie**

Manche Transidente haben die Vorstellung, nach der operativen Umwandlung mit ihrem Vorleben nichts mehr zu tun haben zu wollen und dieses auslöschen zu wollen. Niemand jedoch kann a-historisch leben in Bezug auf seine eigenen Biographie, und sei sie noch so belastet. Die „Versöhnung“ mit der eigenen Biografie ist deshalb sein sehr wichtiges Ziel in der Psychotherapie. Versöhnung bedeutet in diesem Zusammenhang, die Lebens-Vorgeschichte in die neue Identität zu integrieren. Das zeigt sich u. a. darin, wie andere Menschen in das „Geheimnis“ um die Geschlechtsrolle eingeweiht werden. Günstig dafür ist, wenn Beziehungen aus dem „Vorleben“ mit hinüber genommen werden in die neue Geschlechtsidentität. Hier kommt dem Einbezug der Familie, der Eltern und Geschwister, der nahen Freunde und auch der Arbeitswelt eine wichtige Bedeutung zu. Geradezu dramatisch gestaltet sich häufig die Umwandlung an der Arbeitsstelle.

### **Leben in der gewünschten Geschlechtsrolle**

Transidente müssen vor den hormonellen und vor allem vor den operativen Maßnahmen erprobt haben, wie sie die gewünschte Geschlechtsrolle in der Gesellschaft leben können. Dieses Ziel verfolgt der »Alltagstest« in der Therapie. Es ist hilfreich, wenn mit dem Patienten die gemeinsame Auffassung entwickelt werden kann, dass der Alltagstest kein passives Geschehen (»vom Alltag getestet werden«), sondern eine aktive Aufgabe (»den Alltag testen«) ist. Dann wird der Alltagstest nicht lediglich als eine vom Patienten zu bestehende „Prüfung“ missverstanden, sondern wird zu einer aktiven Gestaltungs- und Verhaltensaufgabe in dem Sinne, dass der Alltag vom Patienten daraufhin getestet wird, ob er sich so realisieren lässt, dass er für ihn in der angestrebten Geschlechtsrolle lebbar ist. Am Ende der Therapie sollte der Patient zu einer realistischen Einschätzung gekommen sein, wieweit er seine Art, mit anderen Menschen umzugehen, und seine konkrete Körperlichkeit als transidenter Mensch in der Gesellschaft leben kann.

### **Begleitung der hormonellen und operativen Behandlung**

Die Psychotherapie sollte zu einer realistischen Einschätzung der Möglichkeiten der hormonellen und operativen Behandlung beitragen. Auf dem Hintergrund einer sich Jahre hinziehenden Identitätsunsicherheit, die oft einhergeht mit depressiver Verzweiflung und Resignation, ist die Aussicht auf reale Veränderungen der gehassten Körperteile eng verbunden mit der Hoffnung auf eine Erlösung von einem langen Leiden an sich selbst. Diese Hoffnung

kann dazu führen, dass die realen Möglichkeiten unrealistisch überhöht werden. Das bezieht sich sowohl auf die körperlichen Behandlungsergebnisse als auch auf deren Auswirkungen auf das seelische Stimmigkeits- und Wohlbefinden. Vor allem kann die Erwartung auftreten dass mit der „Umwandlung“ *alle* Probleme gelöst seien.

In der Psychotherapie sollte der Therapeut deshalb darauf achten, dass der transidente Patient sich bereits während der Therapie über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten informiert. Die Information kann der Therapeut selbst geben, sehr hilfreich ist es auch, wenn Patienten in Selbsthilfegruppen die Erfahrungen von operierten Transidenten aufnehmen. Bei Fremdinformationen sollte der Therapeut deren Richtigkeit prüfen.

Aufgabe des Therapeuten ist es nicht, die Hoffnung der Patienten dadurch mürbe zu machen, dass er sich auf ihre Abwehrfunktion konzentriert und diese aufdecken will. Diese Tendenz besteht bei manchen Therapeuten, die der Überzeugung sind, dass die Operation an der psychischen Labilität der Patienten nichts ändere. Vielmehr ist hier das Ziel, für die Patienten ein breites Spektrum möglicher Ergebnisse zu eröffnen, das es ihnen später auch ermöglicht, mit suboptimalen Operationsergebnissen zu leben. Therapietechnisch bewährt es sich beispielsweise, mit den Patienten „worst case“-Phantasien durchzusprechen, also den Fall eines unbefriedigenden Operationsergebnisses oder erwartete und befürchtete Reaktionen anderer Menschen zu erörtern.

### **Probleme in der Therapie**

Schwierigkeiten für die Patienten und gegebenenfalls auch Differenzen können sich in der Therapie in Bezug auf die Dauer und Konsequenz des gelebten Alltags ergeben. So könne z.B. zunächst bestimmte Lebensbereiche ausgespart werden, in denen das angestrebte Geschlecht noch nicht gezeigt werden soll. Das ist sehr häufig der Beruf, nicht selten auch die Herkunftsfamilie. In solchen Situationen ist die therapeutische Grundhaltung einer neutralen Einstellung in Bezug auf den Transidenten Wunsch sehr wichtig. Der Therapeut sollte hier weder auf Konsequenz drängen noch sollte er ein inkonsistentes Verhalten per se als Hinweis auf eine uneindeutige Transidentität interpretieren.

Manche Transidente beschränken ihr Verhalten auf den Bekanntenkreis („privat bin ich Mann, am Arbeitsplatz Frau“), häufig mit der Perspektive, nach der Operation den Schritt auch am Arbeitsplatz zu tun. Eine solche Einstellung kann ein vernünftiges Kalkül sein, dass das Risiko eines Arbeitsplatzverlustes realistisch gegen die Selbstverwirklichung in der ge-



wünschten sozialen Rolle abwägt. Das lässt sich an einer typischen Konstellation deutlich machen: Viele Transidente, die berufstätig sind, zeigen sich am Arbeitsplatz nicht im gewünschten Geschlecht, sondern wägen ab. Sie kann aber auch Ausdruck einer innerlich noch unsicheren gegengeschlechtlichen Identifizierung sein, die projektiv - an der bislang ungeprüften Ablehnung des Arbeitgebers oder der Kollegen - abgewehrt wird. Der schwierigste und nicht eben seltenste Fall ist, dass beides ineinander greift. Die Frage, welcher Gesichtspunkt sich mit der Zeit durchsetzt, kann im Verlauf ein sehr produktiver Therapiefokus sein.

### **Wann ist eine Therapie abgeschlossen?**

Kriterium für den Abschluss einer Therapie ist die Realisierung der oben genannten Therapieziele. Da diese auch Voraussetzung für die Indikation einer körperlichen Behandlung sind, kann dies darauf hinauslaufen, dass die Therapie mit der Indikationsstellung für eine Operation beendet ist. In diesem Fall erfahren die Therapeuten nichts von Befinden der Patienten nach einer Operation. Natürlich sind solche katamnestischen Informationen für die Therapeuten wichtig, sicher noch wichtiger als in anderen Therapien, da die Operation für transidente Patienten mehr als nur ein Lebensereignis unter anderen ist.

Über das katamnestische Interesse hinaus ist in jedem Fall eine postoperative psychotherapeutische Betreuung zu empfehlen. Das kann dann auch ein Hinweis auf eine unzureichende „Versöhnung“ mit der eigenen Biografie sein. In Fällen postoperativer Krisen sollte die Weiterführung der Therapie selbstverständlich sein. Wenn die Patienten eine vorwurfsvoll vorgebrachte chronische Unzufriedenheit mit den Operationsergebnissen ausdrücken und sich mit dem Wunsch an den Therapeuten wenden, weitere Nachoperationen zu befürworten, dann ist eine Fortführung der Psychotherapie indiziert.

### **Welche Form der Psychotherapie ist geeignet?**

Als Regelbehandlung werden am häufigsten die eher niederfrequente supportive und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie genannt. Die *analytische Psychotherapie* tritt ebenso dahinter zurück wie die *Verhaltenstherapie*.

Methode der Wahl ist ein *problemorientierter Therapieansatz*, der psychoedukative Elemente ebenso einbezieht wie ein psychodynamisches Verständnis für diese Problematik und sich

dann verhaltenstherapeutischer Aspekte bedient, wenn es angezeigt ist, um die o. g. Ziele zu erreichen. Wesentlich ist, dass die Psychotherapie in Methodik, Technik und Handhabung flexibel den transidentitätsspezifischen Problemstellungen und der besonderen Situation dieser Menschen angepasst ist und damit flexibel und adaptiv gehandhabt wird.

*Psychoanalyse* im klassischen Setting ist, wenn überhaupt, nur in sehr seltenen Fällen indiziert, und dann auch nicht als primäre Indikation, sondern erst nach dem Vorlauf einer längerfristigen supportiven und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (Pfäfflin 1996). Natürlich können sich Patienten mit transidenter Symptomatik aus anderen psychopathologischen Gründen einer hochfrequenten Psychoanalyse unterziehen wollen, aber auch hier ist eher Zurückhaltung geboten, bevor nicht sichergestellt ist, dass nicht mit einer Regression zu rechnen ist, die den Patienten destabilisieren kann. *Verhaltenstherapie* hat in der Regel die (Re-)Adaption an das biologische Geschlecht zum Ziel. In Einzelfällen kann es notwendig sein, transidente Patienten auch zur *stationären Therapie* aufzunehmen. Dabei ist der Behandlungsfokus nicht die Transidentität, sondern es stehen andere Probleme im Vordergrund, z.B. Somatisierungsstörungen oder depressive Störungen.

## **Ergebnisse**

Zusammenfassend kann gesagt werden, **dass eine transidente Entwicklung und der Wechsel in die gewünschte Geschlechtsrolle unter einer guten psychotherapeutischen und medizinischen Betreuung gut verlaufen und diese Menschen ihren Weg in ein lebenswertes Dasein finden.**

Inzwischen liegt dazu eine Reihe von Studien vor, die aber nicht immer zu einheitlichen Ergebnissen führen. Zwei Studien sollen kurz referiert werden, die in ihrer Gegensätzlichkeit die Probleme bei der Evaluation deutlich machen.

Die Untersuchung von *Rauchfleisch et al. (1998)* umfasst den längsten Katamnesezeitraum von fünf bis 20 Jahren (Durchschnittsdauer 14 Jahre). Von 69 Patienten, die zwischen 1970 und 1990 die Psychiatrische Universitätsklinik in Basel aufgesucht hatten, konnten 13 Mann-zu-Frau- und vier Frau-zu-Mann-Transidente nachuntersucht werden. Das lost-to-follow-up ist –auch verglichen mit anderen Studien - erheblich. Die Autoren legten Wert auf eine differenzierte Ergebnisdarstellung, wobei insbesondere die Zufriedenheit kritisch hinterfragt wur-

de. Bei den nachuntersuchten Patienten findet sich eine hochsignifikante Verschlechterung der sozialen Situation, die genauer exploriert wird und ein hohes Ausmaß von Nicht-Erwerbstätigkeit und Angewiesenheit auf „Fürsorge“. In den Angaben der Patienten spielt die soziale Isolation eine große Rolle. Auffällig ist in dieser Studie die enorme Diskrepanz zwischen der von den Untersuchten stereotyp anmutend vorgebrachten subjektiven Zufriedenheit und der im Interview wahrgenommenen Befindlichkeit, insbesondere Depressivität und Ängstlichkeit, die die Autoren als Ausdruck massiver Spaltungs- und Verleugnungstendenzen verstanden.

Die ebenfalls aus der Schweiz stammende Untersuchung von *Hepp et al. (2002)* aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich konnte diese alarmierenden Ergebnisse nicht bestätigen: In die Stichprobe wurden 47 Patienten eingeschlossen, die zwischen 1990 und 1995 erstmals die Universitätspoliklinik aufgesucht hatten und die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen von Transidentität erfüllten; von diesen konnten 33 Patienten nachuntersucht werden. Die soziale Integration erwies sich mehrheitlich als gut und relativ stabil. 29 von 33 Patienten werden hormonell behandelt; 25 Patienten hatten sich zwischenzeitlich einer geschlechtsangleichenden Operation unterzogen. Der Behandlungsverlauf war insgesamt bei Frau-zu-Mann Transidenten homogener als bei Mann-zu-Frau Transidenten und weniger von schwerwiegenden Ambivalenzen hinsichtlich des Geschlechtswandels geprägt. Die Gruppe der nicht operierten Transidenten stellte sich sehr heterogen dar und umfasste sowohl Patienten mit noch nicht abgeschlossener Behandlung als auch solche, die bisher aus unterschiedlichen Gründen noch keine Behandlung begonnen haben. Die psychometrischen Untersuchungen der operierten Patienten fielen „bemerkenswert unauffällig“ aus und sind vergleichbar mit Werten für Unfallpatienten. Hierzu merkten die Autoren an, dass es sich dabei teilweise auch um ein Antwortverhalten in Richtung sozialer Erwünschtheit handeln könnte. Die Mehrheit (20 Patienten) war mit der Behandlung in der Poliklinik zufrieden, 13 waren unzufrieden. Von den operierten Patienten waren 16 zufrieden und 9 unzufrieden. Bei den nicht operierten Patienten waren vier zufrieden und vier unzufrieden. Als häufigste Gründe für die Unzufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung wurden angegeben: die als lang erlebte Dauer bis zum Beginn der somatischen Behandlung, die Forderung auf konsequente Realisierung des Alltagstestes sowie die Auflage einer begleitenden psychiatrischen Behandlung mit regelmäßigen Konsultationen. Hohe Zufriedenheit gaben die operierten Patienten bezüglich des ästhetischen Operationsresultats (75 %) und des funktionellen Ergebnisses (80 %) an.

Wir selbst (*Happich 2006*) haben die Zufriedenheit bei 33 MzF- und 23 FzM-Transidenten nach geschlechtsangleichender Operation untersucht, die zwischen 1989-2001 im Rahmen des Transidenten-Gesetzes zur Vornamensänderung in der Klinik waren mit einem Rücklauf von rund 50%. Das Ausmaß der Zufriedenheit war generell mit über 90% sehr hoch, was die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel betrifft. Von großer Bedeutung für die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel sind die Verfahrensabläufe, die psychotherapeutische Begleitung, in gewissem Umfang die partnerschaftliche Entwicklung und das sexuelle Erleben. Von eher untergeordneter Bedeutung für die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel erschienen dagegen die Akzeptanz durch die Umgebung, die Zufriedenheit mit der beruflichen Entwicklung sowie das operative Ergebnis. FzM-Transidente erschienen sozial besser integriert und akzeptiert. Der Grad der Erwerbsfähigkeit aber auch die Häufigkeit partnerschaftlicher Beziehungen nahm bei beiden Geschlechtern im Verlauf deutlich zu. Bei beiden Geschlechtern dominierten längerfristige und dauerhafte Partnerbeziehungen, was früheren Untersuchungen widerspricht, die für MzF-Transidente instabilere Beziehungsmuster annehmen. Die Ergebnisse bestätigen auch, dass das Richtlinienverfahren weitgehend angewendet wird und in seiner Mannigfaltigkeit sinnvoll ist. Für den Gesamtverlauf ist aus der Sicht der Betroffenen eine hilfreiche psychotherapeutische Begleitung bzw. Behandlung von sehr großer Bedeutung und sollte mindestens bis zur geschlechtsangleichenden Operation erfolgen. Da sich viele Veränderungen im psychosozialen Bereich oftmals erst postoperativ entwickeln, erscheint das Angebot weiterer psychotherapeutischer Interventionen sinnvoll.

## **Notwendigkeiten**

Der Leserin und dem Leser ist inzwischen hoffentlich deutlich geworfen, was eine transidente Entwicklung ist und was sie für die Betroffenen bedeutet. Transidentität hat nichts zu tun mit „Sex“ in konventionellen Sinn, sondern ist ein sehr ernstes Probleme bei der Entwicklung der Geschlechtsidentität und damit für das Selbstverständnis der betroffenen Menschen. Der bio-psycho-soziale Veränderungsprozess, der sich den Betroffenen von innen heraus aufdrängt, stellt diese vor sehr große Anforderungen. Notwendig ist es zunächst, dieser *Laune der Natur*, wie es eine Betroffene einmal formuliert hat, mit angemessener Wertschätzung zu begegnen. Die Psychotherapie ist eine interessante und dankbare Aufgabe und sie ist sehr hilfreich für diese Menschen. Notwendig wären mehr engagierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich dieser Aufgabe stellen.

## **Literatur**

Literaturempfehlung:

Senf W, Strauss B (Hg.): Sexuelle Identitäten, Psychotherapie im Dialog, 1/2009, Thieme,

Senf W: Transsexualität, Psychotherapeut, 2008, Springer

Clement U, Senf W (Hg.): Transsexualität. Behandlung und Begutachtung. 1996, Schattauer, n Sie im

Senf W, Senf G (2012): Transsexualität. In: Senf W, Broda M (Hrsg.) Praxis der Psychotherapie.  
Thieme

Internet unter [www.dgti.org](http://www.dgti.org)

Weitere Literatur und Literatur des Textes kann bei dem Autor angefragt werden.

### **Anschrift:**

Prof. Dr. med. Wolfgang Senf

Praxis Gendolla

Am Alfredusbad 2

45133 Essen

[wolfgang.senf@psychotherapy.de](mailto:wolfgang.senf@psychotherapy.de)

[www.psychotherapy.de](http://www.psychotherapy.de)