

**Geschlechtsidentitätsstörungen -
welche Aufgabe hat die Psychotherapie?**

Wilhelm F. Preuss

Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie

Zentrum für Psychosoziale Medizin

Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf

Martinistr. 52, 20246 Hamburg

e-mail: preuss@uke.uni-hamburg.de

Gehalten vor der NGaT in Bad Malente am 13. September 2003

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Die sehr allgemeine Formulierung des Themas „Geschlechtsidentitätsstörungen“ läßt mir die Freiheit, es auf die **"tiefgreifenden Geschlechtsidentitätsstörungen"** einzuschränken. Damit meine ich die Problematik von Menschen, die sich dem anderen Geschlecht zugehörig fühlen und das intensive Begehren nach einer körperlichen Umwandlung haben. Erweist sich diese Problematik als nicht auflösbar und das Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht als stabil, so wird die Geschlechtsidentitätsstörung als Transsexualität bezeichnet.

Ich möchte das Thema heute aber noch weiter eingrenzen auf die Frage: **Tiefgreifende Geschlechtsidentitätsstörungen - welche Aufgabe hat die Psychotherapie?** Spezieller noch: **Welche Aufgabe stellt sich niedergelassenen Psychotherapeuten?**

Ich möchte gleich mit einer Fallvignette beginnen. Als Spezialist an unserem Institut für Sexualforschung in Hamburg suche ich manchmal lange und oft vergeblich nach Psychotherapeuten, die bereit sind diese Patienten in Psychotherapie zu nehmen.

Zur Zeit suche ich einen Psychotherapieplatz für eine dreiundvierzigjährige Mann-zu-Frau Transsexuelle, die vor kurzem in meine Sprechstunde kam. Frau S. erschien eher unauffällig dezent weiblich gekleidet und trug lange blonde Haare. Ihre Stimme klang etwas tonlos, nivelliert. Es brauchte etwas Zeit bis sie auftaute. Es entstand dann eine ruhige und angenehme Gesprächsatmosphäre. Meinen Fragen gegenüber offen und kooperativ war sie gut in der Lage, mir über sich und ihr Leben anschaulich zu berichten. Sie wirkte auf mich dabei sehr besonnen und ernst und erst nach der Stunde merkte ich, wie erschöpft, wie depressiv und letztlich doch "unlebendig" sie mir im Nachhinein erschien.

Die Patientin berichtete mir, sie nehme schon seit zwei Jahren Hormone, die sie von einem Gynäkologen bekomme. Sie sei mittlerweile ganz sicher, daß sie transsexuell sei, und entschlossen, nun ihre Transformation in Angriff zu nehmen. Sie wolle endlich aus ihrem Doppelleben heraus, das sie schon so lange führe. Seit zwölf Jahren lebe sie nur in ihrem Privatleben als Frau, zur Arbeit gehe sie noch als Mann. Einerseits mit Rücksicht auf ihre herzkrankte Mutter und ihren inzwischen dementen Vater und andererseits, um ihren Stellung in einem Baumarkt nicht zu verlieren.

Um ihr zukünftiges Leben als Frau finanziell abzusichern, betreibe sie in weiblicher Identität seit zwei Jahren neben ihrer Arbeit zusammen mit einer ebenfalls transsexuellen Freundin eine gutgehende Boutique im Innenstadtbereich. Ihr älterer Bruder habe sie dort schon besucht. Sie habe nun vor, in ein bis zwei Jahren als Abteilungsleiter in einem Baumarkt aufzuhören, um dann nur noch von ihrer Boutique zu leben. Die Arbeit dort mache ihr Spaß, weil sie mit den Kundinnen leicht ins Gespräch komme. Sonst sei sie von jeher sehr zurückgezogen und introvertiert gewesen.

Nach der Sommerpause kam die Patientin zum zweiten diagnostischen Gespräch. Sie fragte unsicher, ob ich mich noch an sie erinnere, möglicherweise weil ich durch ihr stark und jetzt wenig sorgfältig geschminktes Gesicht irritiert war. Das konnte ich ihr auch sagen, ohne Sie damit zu verletzen. Im Verlauf des Gesprächs wurde mir klar, daß die dicke, viel zu helle Makeup-Schicht etwas mit ihrer Trauer zu tun hatte, die sie emotional kaum ausdrücken konnte. Ihr Vater, den sie sehr gern hatte, war inzwischen im Pflegeheim gestorben. Sie konnte mit der

Mutter bei ihm sein, als er starb. Sie habe sich danach viel um die Mutter kümmern müssen. In den Wochen nach der Beerdigung sei ihr klar geworden, daß sie ihre geschlechtsangleichende Operation nicht mehr so lange wie noch vor den Ferien geplant hinausschieben wolle. Ihrer Mutter gegenüber wolle sie sich baldmöglichst öffnen, ebenso ihrem Arbeitgeber. Sie sei sich nun auch klarer darüber geworden, daß sie darüber hinaus eine Psychotherapie mit wöchentlichen Gesprächen brauche, um ihre Kontakt- und Berührungängste und ihre "Introvertiertheit" zu überwinden. Leider hätte sie bereits zwei Ablehnungen von Therapeutinnen erhalten, an die sie sich gewandt habe.

Mit großer Wahrscheinlichkeit lag hier eine transsexuelle Entwicklung vor. Meinem ersten Eindruck nach ist Frau S. ihrer Persönlichkeitsstruktur nach auf einem neurotischen Organisationsniveau anzusiedeln. Prognostisch betrachtet wird das weibliche Geschlechtsidentitätsgefühl und ein entsprechendes Auftreten als Frau stabil bleiben. Die Patientin ist damit eine Kandidatin für eine geschlechtsangleichende Operation. Sie hat diesbezüglich realistische Erwartungen. Sie hat die Erfahrung gemacht, daß sie als transsexuelle Frau gut durchgeht und in ihrem Freundeskreis und von ihrem Bruder akzeptiert wird. Der vollständige soziale Rollenwechsel ist allerdings noch nicht vollzogen. Ich bot ihr an, sie auf ihrem eingeschlagenen Weg weiter zu begleiten. Ich sagte ihr auch, daß ich zusätzlich versuchen wolle, ihr zu helfen einen Therapieplatz zu finden, weil ich diesen Teil der Behandlung leider nicht selbst übernehmen könnte.

Wenn Sie einen Platz frei hätten, würden Sie die Patientin nehmen?

Was ist nun unter geschlechtlicher Identität - **Geschlechtsidentität**

in klinischer Hinsicht zu verstehen?

Die Antwort läßt sich am besten durch Übersetzung in drei einfache Fragen finden: Es geht

1. um die Frage: Bin ich eine Frau oder bin ich ein Mann? Nur sehr wenige Menschen sind sich da unsicher. Wenn die Antwort darauf hinlänglich klar ist, geht es

2. um die Frage: Was für eine Frau bin ich unter den anderen Frauen? Was für ein Mann bin ich unter den anderen Männern? Und

3. geht es um die Frage: bin ich heterosexuell, bisexuell, oder homosexuell.

Die Geschlechtsidentität eines Menschen setzt sich entsprechend aus folgenden drei Komponenten zusammen:

der Kerngeschlechtsidentität,

der Geschlechtsrollenidentität und

der Geschlechtspartnerorientierung, die man auch sexuelle Orientierung nennt.

Geschlechtsidentitätsstörungen im engeren Sinn betreffen den Bereich der Kerngeschlechtsidentität. Hierzu gehört z.B. die Transsexualität.

In einem weiteren Sinn spricht man auch von Geschlechtsidentitätsstörungen, wenn Männer oder Frauen hinsichtlich ihrer Geschlechtsrolle — ihres Selbstverständnisses als Frau oder Mann - unsicher oder verwirrt sind, wobei aber im Grunde Übereinstimmung von Geschlechtsidentitätsgefühl und biologischem Geschlecht besteht. Geschlechtsidentitätsstörungen in diesem weiteren Sinn begegnen Psychotherapeuten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen aber auch bei neurotischen Patienten.

Eine von der Heterosexualität abweichende Orientierung wird seit den späten 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts Gott sei Dank nicht mehr als krankhafte Störung aufgefaßt.

Die erste Frage: "bin ich eine Frau oder bin ich ein Mann?" erscheint den meisten von uns fast überflüssig. Wissen wir doch, daß wir uns - soweit wir zurückdenken können - als Mädchen oder Jungen gefühlt und erlebt haben, und daß wir dann ganz folgerichtig zu einer Frau oder einem Mann heranwachsen. In der Fachsprache bezeichnet der Begriff "**Kerngeschlechtsidentität**" unser Wissen, das wir mit dem Spracherwerb bekomme, unsere Überzeugung, unser Empfinden, entweder männlich oder weiblich zu sein, also entweder dem weiblichen oder dem männlichen Geschlecht anzugehören.

Es gehört zu den elementaren menschlichen Bedürfnissen, sich einem von beiden Geschlechtern zugehörig und sich stimmig mit seinem Geschlechtskörper zu fühlen. Wie elementar dieses Bedürfnis ist, sieht man gerade bei transsexuellen Frauen und Männern. Ihnen ist nicht geholfen, wenn man ihnen ein "Drittes Geschlecht" zuweist. Sie brauchen für ihr basales Selbstgefühl und für ihre Selbstsicherheit, wie nicht-transsexuelle Männer und Frauen, die Zugehörigkeit zu einem von beiden Geschlechtern, so dringend wie ein Dach über dem Kopf, ein Zuhause, oder eine Heimat.

Hervorheben möchte ich, daß das Geschlechtsidentitätsgefühl im diesem Zusammenhang einem Zugehörigkeitsgefühl zu einer Gruppe — nämlich zum Volk der Frauen und zum Volk der Männer - entspricht. Im Deutschen bezeichnet das mehrdeutige Wort "Geschlecht" ja auch generationenübergreifende Sippen und verwandte Familien, z.B. das Geschlecht der Habsburger.

Das Geschlechtsidentitätsgefühl wird also einerseits von einem Zugehörigkeitsgefühl zu einer von beiden Geschlechtergruppen bestimmt. andererseits von der Stimmigkeit des Geschlechtskörper, in dem sich ein Mensch wiederfindet.

Zwar kann man die Klage, "im falschen Körper geboren" zu sein, als Stereotyp abtun, doch bringt diese volkstümliche Ausdrucksweise das Körperkriterium einer tiefgreifenden Geschlechtsidentitätsstörung ganz gut zum Ausdruck. Dieses Gefühl, des nicht stimmenden Geschlechtskörpers zusammen mit der nicht stimmenden Zugehörigkeit zum biologischen Geschlecht, verursacht die sogenannte Geschlechtsdysphorie

Den Leidensdruck Transsexueller zu ermessen, ist für nicht-transsexuelle Menschen nur ansatzweise möglich. Um zu erklären, was Geschlechtsdysphorie hier bedeutet, schlage ich meistens vor, sich auf folgendes Gedankenexperiment einzulassen: Ein totalitäres Regime verlangt von den biologischen Frauen, daß sie sich wie Männer kleiden und benehmen sollen, und von den biologischen Männern entsprechend, daß sie nur als Frauen auftreten dürfen, andernfalls drohen drakonische Strafen. Möglicherweise gelänge es den meisten Frauen und Männern unter diesen Umständen, sich irgendwie dieser unsinnigen Anforderung anzupassen, aber sie würden immer nur "so tun als ob" ... , sie würden nie ganz sie selbst sein können, es würde sie mit der Zeit anstrengen, usw. So ähnlich fühlen sich Transsexuelle, nämlich die Rolle, die ihrem biologischen Geschlecht entspricht, nur zu spielen, und das obwohl zumindest in großen Teilen

der demokratischen westlichen Gesellschaften relativ große Toleranz besteht, was geschlechtsspezifische Kleidung und geschlechtsspezifisches Auftreten, und Verhalten angeht.

Die Schlichtheit der Definitionen der ICD-10- und DSM-IV-Diagnosen

FOLIE ICD-10- und DSM-IV-Diagnosen

kontrastiert natürlich sehr zur Unterschiedlichkeit der Intensitäten und Formen des Leidens und der daraus entstehenden Leidenswege, die sich mit dieser Störung verbinden.

Geschlechtsdysphorie — vor allem vor der sozialen Umwelt verborgene Geschlechtsdysphorie — beeinträchtigt erheblich die psychosexuelle Entwicklung und führt reaktiv zu der gesamten Bandbreite psychopathologischer Strukturen und Reaktionsweisen, zu depressiven Zustandsbilder bis zur Suicidalität, zu selbstschädigendem und aggressivem Verhalten, zu Selbstverletzungen, zu Ängsten, Süchten, Psychosomatosen und Somatisierungsstörungen und psychotischen Symptomen, die sich **tatsächlich** mehr oder weniger auflösen können, wenn ein Rollenwechsel erfolgt.

Aber Vorsicht: es kann auch gerade umgekehrt sein: Diese oder jene primäre psychopathologische Störung oder Kombinationen derselben, könnte oder könnten erst zu einem transsexuellen Syndrom bzw. zu einer transsexuell aussehenden Lösung führen, z.B. als Übergang zwischen Geschlechtsidentitätsstörungen im weiteren und engeren Sinn. Wenn ich genug Zeit habe, kann ich noch kurz von einem solchen Fall berichten.

Und es gibt eine dritte Konstellation. Wir könnten es auch mit ganz unverbundenen Komorbiditäten zu tun haben. Also wir können an dieser Stelle festhalten, daß es bei Transsexuellen psychotherapeutisch viel zu tun gibt.

FOLIE Differentialdiagnose

Wohl wichtigstes Ergebnis katamnestischer Studien an postoperativen Verläufen transsexueller Patienten war, daß nicht die Hormonbehandlung und geschlechtsangleichende Operationen allein zu einer dauerhaften psychischen Stabilisierung beitragen, sondern die Einbettung dieser somatischen Maßnahmen in eine

längere psychotherapeutische Behandlung bzw. Begleitung während des sogenannten Alltagstests (Pfäfflin, 1993; Becker, 1998).

Seit der Etablierung der Transsexualität als nosologischer Entität durch Harry Benjamin (1966) hat sich damit der Stellenwert der Psychotherapie bei der Behandlung dieser Störung erheblich verändert. Anfänglich wurde akzentuiert, daß Transsexualität mit psychotherapeutischen Methoden im Sinne einer Umstimmung nicht zu behandeln ist. Zwischenzeitlich hat man erkannt, daß die Behandlung der Transsexualität mit Hormonen und geschlechtsangleichenden Operationen ohne Psychotherapie nicht auskommt.

Was sollte nun ein niedergelassener Psychotherapeut über die Arbeit des Spezialisten wissen.

Die Behandlung der Transsexualität orientierte sich bisher an den Vorgaben der "Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association"(HBIGDA), die nun seit 1979 in der 6. Revision als "The Standards of Care for Gender Identity Disorders", vorliegt.

Um den spezifischen Versorgungsbedingungen in Deutschland unter Berücksichtigung des seit 1981 geltenden Transsexuellengesetzes Rechnung zu tragen, wurden 1997 "Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen" (Becker et al. 1997) erarbeitet, die von drei deutschen Fachgesellschaften getragen werden.

Bei der Behandlung transsexueller Patienten durch den Spezialisten können fünf Stufen unterschieden werden:

1. Stufe Diagnostik
2. Stufe Alltagserfahrung
3. Stufe Hormonbehandlung
4. Stufe geschlechtsangleichende Operation
5. Stufe Nachbehandlung / Weiterbetreuung

Bezüglich des transsexuellen Wunsches müssen vor Einleitung organmedizinischer Maßnahmen zumindest folgende Kriterien gegeben sein:

- innere Stimmigkeit und Konstanz des Identitätsgeschlechts und seiner individuellen Ausgestaltung
- die Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle
- die realistische Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen geschlechtsangleichender körperlicher Eingriffe.

In den deutschen "Standards" wird empfohlen, die Indikation für die Hormonbehandlung frühestens nach einem Jahr Alltagstest zu stellen.

Bevor dann eine geschlechtsangleichende Operation indiziert wird, sollte die Hormonbehandlung mindestens ein halbes Jahr lang erfolgt sein.

Als Voraussetzung für die Indikation der irreversiblen somatischen Eingriffe wird über die genannten Mindestzeiträume "Psychotherapie" gefordert, ohne daß eine bestimmte Orientierung der Therapierichtung, Sitzungsdauer oder Frequenz festgeschrieben wird. "Psychotherapie" wird im diesem Kontext in einem sehr weiten Sinn verstanden und trifft sich z.B. nicht mit dem Gebrauch des Begriffes "Psychotherapie" im Rahmen der sogenannten "Richtlinien-Psychotherapie", deren Kosten von den Krankenkassen übernommen werden.

Banaski (1998), ein Vertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, weist auf diese Schwierigkeit hin.

Ganz überwiegend werden bei Transsexuellen keine Richtlinien-Psychotherapien durchgeführt, denn in personeller Hinsicht erfolgt die geforderte "Psychotherapie" für den transsexuellen Patienten meistens durch den Spezialisten, der auch die Indikation für die Hormonbehandlung und die geschlechtsangleichende Operation übernimmt. Man müßte hier genauer von "psychotherapeutischer Arbeit" oder von "psychotherapeutischer Begleitung" zu sprechen. Kockott nennt dieses Setting "Behandlung in einer Hand".

Psychotherapie mit transsexuellen Patienten im Rahmen einer

"Verteilung der Behandlung"

Wenn die Psychotherapie durch einen Psychotherapeuten parallel zur Behandlung bei einem Spezialisten stattfindet spreche ich von einer

Verteilung der Behandlung (Kockott 1996).

Nicht wenige Patienten erleben sich hochgradig abhängig von ihrem Spezialisten, der ihnen die ersehnte Geschlechtsumwandlung ermöglichen soll. Aus ihrer Perspektive sehen sie ihn zunächst nur als "Gutachter", der ihnen Hormonbehandlung und Operation "bewilligen" sollen. In diesem spezifischen Abhängigkeitsverhältnis ist es für viele Patienten überaus schwierig, sich mit allen ihren Problemen anzuvertrauen. Der Spezialist hat damit manchmal ungünstige Voraussetzungen, psychotherapeutisch mit diesen Patienten zu arbeiten. Eine Lösung dieses Dilemmas besteht in der erwähnten Verteilung der Behandlung. So kann sich der Psychotherapeuten aus der Indikation für somatische Behandlungsmaßnahmen heraus halten und sich damit voll auf die Psychotherapie im engeren Sinne konzentrieren.

Manche Patienten entscheiden sich selbst für ein derartiges Behandlungssetting. Andere versuchen, in einer Psychotherapie **vorher** für sich zu klären, ob sie "den transsexuellen Weg" gehen wollen - also noch bevor sie den Spezialisten aufsuchen.

In einer "verteilten Behandlung" müssen sich der Spezialist und der Psychotherapeut untereinander und natürlich auch mit dem Patienten darüber verständigen, daß sie in einem solchen Setting arbeiten.

Spezialist und Psychotherapeut müssen sich klar darüber sein, daß transsexuelle Patienten manchmal Spaltungen in verschiedener Hinsicht brauchen, um im psychischen Gleichgewicht zu bleiben. Die interpersonelle (Auf-)Spaltung des Settings kann therapeutisch konstruktiv genutzt werden; sie kann jedoch auch zu einem schwer überschaubares Agierfeld werden.

In den Standards of Care der Internationalen Harry Benjamin Gender Dysphoria Association werden folgende **Ziele für die Psychotherapie** genannt:

Hervorgehoben wird die Bedeutung der Herstellung einer verlässlichen, tragfähigen therapeutischen Beziehung durch eine nicht wertende Exploration der Geschlechtsidentitätsproblematik in der diagnostischen Anfangsphase. Es wird empfohlen, andere Probleme erst dann anzugehen, wenn sich der Patient mit seinem Geschlechtsidentitätsproblem verstanden fühlt.

Dann geht es um

die Rekonstruktion und Wertschätzung der individuellen Geschichte; um Vermittlung ("education") von Optionen, die der Patient bisher noch nicht für sich in Erwägung gezogen hat; um das Ansteuern realistischer Ziele im Arbeits- und Beziehungsbereich; um Erfassung, Bearbeitung und Lösung von Konflikten, die die psychosoziale Stabilität bedrohen.

Übergeordnetes Ziel der psychotherapeutischen Arbeit mit transsexuellen Patienten muß es sein — und das ist ganz unspezifisch - sie zu verstehen, um ihnen dadurch zu helfen, sich selbst besser zu verstehen.

"Viele haben gar keinen Zugang zu ihrem eigenen Leiden, zu ihrer oft sehr ausgeprägten Depressivität und/oder Aggressivität, weil diese ganz in der Abwehr der transsexuellen Phantasie gebunden sind und alle Konflikte nur dem "falschen Körper" attribuiert werden" (Pfäfflin 1997, S. 146).

So findet man nicht selten im Hinblick auf die angestrebte Transformation unrealistische Wiedergeburtphantasien und Erwartungen mit den verhaßten Genitalien auch die an ihnen festgemachten destruktiv aggressiven Affekte loszuwerden.

Dies gilt vor allem für Patienten auf einem Boderline-Funktionsniveau. Diese Patienten erleben das Bemühen des Spezialisten, verstehen zu wollen, warum sie transsexuell geworden sind, als Bedrohung. Sie bekommen Angst, daß ihnen ihr gegengeschlechtliches Empfinden durch Deutungen wie ein neurotisches Symptom "wegbehandelt" werden soll.

Wenn es gelingt, sich dem Ziel des Verstehen-Wollens behutsam zu nähern, wird es den Patienten möglich, Einblick in ihr innerstes Erleben zu geben und Verwundungen und Verletzungen sehen zu lassen. Dies ist die Voraussetzung da-

für, daß sie sich mit den Folgen früher elementarer Traumatisierungen auch emotional bzw. intrapsychisch auseinandersetzen können. Bei manchen Patienten wird dies allerdings erst nach einer geschlechtsangleichenden Operation möglich, wie mein Fallbeispiel am Schluß noch zeigen wird.

Bei einigen Patienten kann es während der Behandlung zu tiefen Einsichten in das Zustandekommen ihres nicht mehr änderbaren Geschlechtsidentitätsgefühls kommen, ohne daß sie sich dadurch bedroht fühlen müssen.

Viele Patienten fordern von sich aus diese "Verstehens-Arbeit" ein. Es ist, als wollten sie nicht nur Verständnis dafür, daß sie auf ihr gegengeschlechtliches Empfinden mit allen seinen Konsequenzen nicht mehr verzichten können, sondern als wollten sie selbst verstehen, warum sie nicht mehr darauf verzichten können.

Ein weiteres wichtiges Ziel der psychotherapeutischen Arbeit mit Transsexuellen besteht darin, ihnen zu einem besseren Realitätsbezug zu verhelfen. Manche Patienten erliegen auch nach dem Rollenwechsel noch der Illusion, sie könnten durch weitere Perfektionierung ihr biologisches Geschlecht erfolgreich verbergen, ihr altes Leben hinter sich lassen und ein ganz neues Leben beginnen. Für viele Patienten geht es zunächst um eine Verbesserung des interpersonellen Realitätsbezugs, d.h. die Verbesserung der Fähigkeit wahrzunehmen, wie die anderen auf die eigene transsexuelle Persönlichkeit reagieren, bevor es ihnen möglich wird, zu ihrer Transsexualität bzw. zu ihrer transsexuellen Identität zu stehen. Patienten, die ihren Geschlechtsrollenwechsel an ihrem Arbeitsplatz vollziehen, können gar nicht anders, als zu ihrer Transsexualität zu stehen.

Psychogenese (?) und Ätiologie der Transsexualität

Die Geschlechtsdysphorie Transsexueller, kann als Mischung quälender und unerträglicher Affekte verstanden werden, die das Selbstgefühl bedrohen:

Zum Beispiel Ablehnung, Ekel, Ärger gegenüber allen Merkmalen des angeborenen biologischen Geschlechts, die nicht zum Selbst gehörig erlebt werden. Besonders Frau zu Mann Transsexuelle leiden unter unerträglichen Schamgefühlen, als biologische Frau erkannt zu werden. Verzehrenden Neid auf die Angehörigen des anderen Geschlechts findet man besonders bei Mann-zu-Frau Transsexuellen. Transsexuelle können ihre Selbstbehauptung auf Dauer nur durch die Identifikation mit dem anderen Geschlecht aufrecht erhalten. Die Behauptung des Selbst nur

gegen das eigene anatomische Geschlecht möglich. Es entsteht damit die Notwendigkeit, einen Teil des Körpers zu opfern und Merkmale des anderen Geschlechts plastisch chirurgisch aufbauen zu lassen, um ein kohärentes Selbstgefühl aufrecht zu erhalten.

Mir ist es offen gesagt, bisher nicht gelungen, zu einem **wirklich allgemeingültigen** psychodynamischen Verständnis der Transsexualität zu kommen, obwohl ich mich bei jedem einzelnen Patienten intensiv darum bemühe, sein So-Geworden-Seins und seine individuelle Geschichte zu verstehen.

Es mehren sich neurowissenschaftliche Befunde, die auf wirkmächtige biologische Faktoren bei der Entstehung der Transsexualität hinweisen.

Ich bin dazu übergegangen erst einmal zu schauen, wie gehen Betroffene mit dem Problem eigentlich um? Welche Ressourcen stehen ihnen zu Verfügung mit dieser Besonderheit fertig zu werden? Wie kommen sie mit dem zurecht, was sich da mit oder ohne therapeutische Unterstützung in ihnen durchsetzt?

Man kann versuchen, die transsexuelle Symptomatik biologischer Männer als Abwehr von Separationsängsten durch die eine symbiotische Fusion mit der Mutter zu verstehen, aber diese Theorie (Person und Ovesey), die empirisch wenig abgesicherte und vielleicht obsoletere Konstrukte bemüht, bleibt ein Verstehensversuch von außen, mit dem man nur wenige Patienten erreichen kann.

Entsprechend wird auf der weiblichen Seite postuliert, daß transsexuelle biologische Frauen ihre gefährlichen Fusionswünsche mit der Mutter über eine geschlechtliche Identifizierung mit dem Vater abwehren müssen.

Wenn man in diesen Kategorien denkt, müßte man beachten, daß die je individuelle Geschlechtsidentität immer aus einer Desidentifikation von einem Geschlecht **und** einer Identifizierung mit dem anderen Geschlecht besteht.

In Einzelfällen ist es tatsächlich möglich über ein derartiges Verständnis, einen Prozeß in Gang zu setzen, in dessen Verlauf sich das transsexuelle Syndrom lockert oder ganz auflöst. Man bleibt dann mit dem Dilemma zurück, ob die so geheilten Patienten "echte Transsexuelle" waren, und ob es sich nicht viel mehr um - zwar tiefgreifende - aber nicht eigentlich transsexuelle Geschlechtsidentitätsstörungen gehandelt hat.

Geht man davon aus, daß es auch bei der Kerngruppe der Transsexuellen so etwas wie eine "transsexuelle Abwehr" gibt, so muß man diese als kreative Ich-Leistung betrachtet werden, die zu einem unverzichtbaren Teil der psychischen Struktur und der Persönlichkeit eines transsexuellen Menschen geworden ist, die folgerichtig auch nicht mehr aufzulösen ist.

Pfäfflin (1993, S. 84) beschreibt in Anlehnung an Heinz Hartmanns Konzept der autoplastischen und alloplastischen Anpassung "die allo-autoplastische Verschränkung" als wesentliches Charakteristikum der transsexuellen Abwehr. Gemeint ist damit, daß für den Transsexuellen intrapsychische Abwehrleistungen und die ihm selbst möglichen äußeren Veränderungen — also autoplastische Anpassungen - nicht ausreichen, um im Gleichgewicht zu bleiben. Er muß darüber hinaus - alloplastisch - auf seine Umwelt einwirken, indem er jemand findet, "der mitmacht", sich ganz konkret plastisch-chirurgisch zu verändern.

Den sogenannten "transsexuellen Imperativ" — "verhilf mir zur Transformation!" erleben manche Therapeuten als schwere Zumutung oder als hochaggressives Agieren, und wollen sich mit Patienten, die sie mit derartigen Zumutungen konfrontieren, nicht einlassen.

Was meistens klinisch tatsächlich zu beobachten ist, daß es bei Betroffenen zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls kommt, wenn es ihnen im Verlauf gelingt, den "Übergang", d.h. den sozialen Rollenwechsel, aus eigener Kraft - oft gegen widrige soziale Umstände zu schaffen.

Persönlichkeitsstörungen, Identitätsstörungen und Geschlechtsidentitätsstörungen

Schwedischen Studien zufolge (Bodlund et al. 1993) liegen bei etwa 30% bis 40% der transsexuellen Patienten Persönlichkeitsstörungen vor. Hierzu gehören vor allem Borderlinestörungen im engeren Sinne aber auch paranoide und narzißtische Persönlichkeitsstörungen.

Man trifft hier auf **schwer, früh- und mehrfach traumatisierte Patienten**, in deren Vorgeschichten sich traumatische Verluste von Bindungspersonen, Mißhandlung und/oder sexueller Mißbrauch findet.

Alle Persönlichkeitsstörungen auf Borderline-Organisationsniveau, so unterschiedlich ihr klinisches Bild nach außen erscheint, haben eines gemeinsam: näm-

lich ausgeprägte **Identitätsstörungen in allen Bereichen**, einschließlich der geschlechtlichen Identität und der sexuellen Orientierung.

Diese bilden quasi ein Scharnier, das die Persönlichkeitsstörungen mit den tiefgreifenden Geschlechtsidentitätsstörungen verbindet.

Hierzu ein Zitat von Pfäfflin: Es geht bei Transsexuellen "**primär um Identität und sekundär um Geschlechtsidentität**" (Pfäfflin 1993, S. 84).

Es ist die Arbeit auf dieser Baustelle, welche die Psychotherapie mit Transsexuellen und geschlechtsidentitätsgestörten Patienten so spannend und interessant macht.

Übrigens bezeichnen sich Betroffene lieber als "**Transidenten**", weil ihnen ihre Geschlechtsidentität sehr viel wichtiger erscheint, als ihre Sexualität.

Finden sich einerseits bei Persönlichkeitsstörungen auf Borderline-Organisationsniveau oft Identitätsstörungen, die auch die Geschlechtsidentität betreffen, also Geschlechtsidentitätsstörungen in einem weiteren Sinn, so kann man bei Transsexuellen Identitätsstörungen beobachten, die weit über die Geschlechtsidentität hinaus reichen.

Dem gegengeschlechtlichen Identitätsgefühl und Verhalten kommt je nach Organisationsniveau der Persönlichkeit eine sehr unterschiedliche Bedeutung und Funktion zu. So hat etwa ein transsexuelles Identitätsgefühl auf neurotischem Niveau eine andere Bedeutung als eine "transsexuelle Überzeugung" auf dem Niveau der atypischen Psychosen.

Kann die Bedeutung seines gegengeschlechtlichen Identitätsgefühls mit einem Patienten auf neurotischem Niveau und auch noch auf mittlerem Borderline-Niveau dialogisch untersucht werden, so gerät ein Patient auf dem Niveau der atypischen Psychosen in schwerste Bedrängnis und Desintegrationsängste und reagiert oft entsprechend aggressiv-abwehrend, wenn man dies mit ihm überhaupt nur versucht.

An diese Stelle paßt die Kasuistik von **Herrn L.** Hier wurde es erst im Verlauf einer bereits begonnenen Transformation von Frau zu Mann dem Patienten mög-

lich, über sein Inneres zu reden (Vertrauen/Exploration). Im Fall von Herrn K. sehen die Anforderungen an den Psychotherapeuten anders aus als im Fall von Frau S.. Wie sie gleich sehen werden, sollte der Psychotherapeut von Patienten wie Herr K. Erfahrung in der psychotherapeutischen Behandlung von Persönlichkeitsstörungen auf Boderline-Organisationsniveau haben. Dies bedeutet auch, daß es hier um früh- und mehrfach traumatisierte Patienten geht.

Herr L., 31 Jahre alt, wesentlich jünger wirkend, war über drei Jahre bei mir alle vier Wochen in ambulanter Behandlung. In den letzten beiden Jahren erfolgte eine "**verteilte Behandlung**" d.h. **zusätzlich** eine Psychotherapie

bei Fr. Dipl.Psych. T. mit wöchentlichen Sitzungen.

"Was hat Ihnen bei Frau T. am meisten geholfen?"

"Sie hat mich nicht zerquetscht, mich so gelassen wie ich bin!"

Hier einzufügen wäre, daß ich mit der Kollegin Frau T., mit der ich bereits vorher in einem verteilten Setting zusammengearbeitet hatte, wenige Male über die gemeinsame Arbeit verständigte. Uns beiden war klar, daß wir für den Patienten wichtige mütterliche bzw. väterliche Übertragungsfiguren darstellten.

Herr L. wuchs in verschiedenen Heimen in einer westdeutschen Großstadt auf. Er hat keine Erinnerung an seine Mutter, die ihn bis zum dritten Lebensjahr noch besucht haben soll. Auf Grund von Verhaltensauffälligkeiten ("rebellisch, unruhig, umtriebig, konzentrationsgestört") galt er als "schwieriges Kind". Infolge dessen kam es zu häufigen Heimwechseln, so daß er kaum feste Beziehungen zu Betreuungspersonen aufbauen und Bindungssicherheit erfahren konnte.

Seine erste Erinnerung (mit drei Jahren? kurz bevor er in Heim kam:

Er klettert über die Gitter seines Kinderbetts, geht durch das dunkle Zimmer, öffnet die Tür und ruft. Sein Vater kommt hoch erregt wütend, reißt ihn hoch und wirft ihn durch die Luft zurück in sein Gitterbett, daß es kracht. Der Vater zieht die Tür zu. In der Dunkelheit starr vor Angst achtet er auf kleinste Geräusche vor seinem Zimmer.

Mit acht Jahren lebte er für drei Monate bei seinem Vater, von dem er in dieser Zeit sowohl mißhandelt als auch sexuell mißbraucht wurde.

Herr L. berichtete, daß er sich schon vor dem Mißbrauch durch den Vater zu den Jungs zugehörig erlebt und sich entsprechend verhalten habe. Als Heimkind habe er mit Jungen Fußball gespielt und sich mit ihnen häufig geprügelt. Er habe es als völlig unpassend und demütigend erlebt, wenn er bei der Weihnachtsbescherung im Kinderheim seine Geschenke vom Mädchentisch abholen habe müssen.

Mit Einsetzen der Pubertät und der Menstruation (etwa im 14. Lebensjahr) habe er einen enormen Selbsthaß entwickelt. Er habe unter heftigen Menstruationsbeschwerden ("Mega-Unterleibsschmerzen") und Verstimmungszuständen gelitten.

Sexuell sei er von Mädchen angezogen worden. Seit seiner Jugendzeit habe er sexuelle Beziehungen zu Mädchen bzw. zu Frauen gehabt. Sexuelle Kontakte zu Jungen habe es auch gegeben. Er habe den Koitus jedoch nie genießen können und "es" einfach über sich ergehen lassen.

Mit sechzehn wurde Herr L. wegen ständiger Konfrontationen mit seinen Erziehern aus dem Heim entlassen. Danach kam es zu Alkoholabusus, Verwahrlosung, und Obdachlosigkeit. Schließlich kam er über eine Suchtklinik in eine Frauenachtsorgeeinrichtung nach Frankfurt. In dieser Zeit hatte er eine Freundin. In der Beziehung zu ihr litt er besonders unter seinen Brüsten: "Diese Dinger gehörten da nicht hin und am liebsten hätte ich sie abgerissen".

Mit neunzehn Jahren machte Herr L. eine Ausbildung zum Masseur und holte den Realschulabschluß nach. In einer Wohngemeinschaft fand er eine lesbische Freundin, mit der er sich nach längerer Zeit auch sexuell einlassen konnte. Zunehmend habe er das Gefühl entwickelt, eigentlich nicht in die Lesben-Szene zu gehören. Man habe ihm dies aus lesbischen Kreisen so auch zurückgemeldet.

1998 lernte er eine neue Freundin kennen und zog zu ihr nach Hamburg.

In diesem Jahr habe er voller Befriedigung und Stolz seinen ersten Anzug gekauft. In der neuen Beziehung sei es jedoch schnell zu Spannungen gekommen. Er

habe in dieser Zeit hart auf dem Bau gearbeitet, habe sich zunehmend isoliert, getrunken, und an Panikattacken zu leiden begonnen.

Es kam schließlich zu impulshaften Selbstverletzungen (tiefe Schnittwunde am linken Unterarm), die zu mehreren psychiatrisch stationären Behandlungen führten.

Seine Freundin merkte schließlich, wie unglücklich er sich als Frau fühlte.

Sie ermutigte ihn, sich in Behandlung zu begeben.

Herr L. erschien hier etwa ein halbes Jahr nach einer stationären Psychotherapie auf einer Station für Borderline-Störungen mit dem Gefühl, dort zwar eine gewisse Stabilität erlangt, jedoch sein Kernproblem nicht gelöst zu haben.

Im Vordergrund seiner Klagen stand eine ausgeprägte Geschlechtsdysphorie. Über zehn Jahre habe er versucht, einen Platz in der lesbischen Subkultur zu finden, und zu einer "lesbischen" Identität zu finden. Dabei sei es ihm rückschauend immer nur schlechter gegangen, ohne daß er damals habe sagen können, warum. Er sei ständig wütender und auch nach außen hin aggressiver und reizbarer geworden. Seit Jahren betreibe er einen Alkoholabusus. Zeitweise habe er jeden Abend fünf bis sechs Flaschen Bier getrunken.

Im Januar 2001 begann Herr L. eine Psychotherapie bei Frau Dipl. Psych. T., die wesentlich zu seiner Stabilisierung beitrug.

Im April 2001 vollzog er den Rollenwechsel von Frau zu Mann. Seine Verletzlichkeit und seine über Jahre bestehende Angespanntheit, Reizbarkeit und Aggressivität wurden deutlich weniger. Nach seinem Rollenwechsel konnte er zunehmend gelassener sein und erlebt dies als große Erleichterung. Herr L. berichtet für mich nachvollziehbar, daß er seit seinem konsequenten Auftreten als Mann erstmals das Gefühl habe, zu gesunden.

Nach Einleitung einer Hormonbehandlung kam es zu einer deutlichen Virilisierung, deren Effekte (Abnahme der weiblichen Fettverteilung, Zunahme von Muskulatur unter Training, Absenkung der Stimme) von Herrn L. durchweg positiv erlebt wurden.

Schließlich erfolgte eine erste geschlechtsangleichende Operation (Total-Operation, Brustoperation). Herr L. berichtete, daß es auf "jeden Fall die richtige Entscheidung" gewesen sei, die Operation durchführen zu lassen. Er merke, daß er jetzt keine Schwierigkeiten mehr habe, als Mann wahrgenommen zu werden. Damit sei ein großer Druck von ihm genommen. Er erlebe dies wie eine Befreiung. Nun könne er sich mit neuer Kraft um eine Ausbildung kümmern.

Bald nach seiner Genesung strebte Herr L. dann eine Phalloplastik an.

Er ging auf seine Weise recht realistisch damit um, indem er mit einer Penisprothese im Alltag übte, wie es sich anfühlt, "wenn da was zwischen den Beinen dazukommt".

Es kam dann doch bei mir zu einer großen Verunsicherung, ob bei Herrn L. eine Phalloplastik tatsächlich indiziert sei. Ich konfrontierte ihn mit allen meinen Bedenken (bezogen auf sein Mißbrauchstrauma). Darauf berichtete Herr L. mir von gelegentlichen sexuell erregenden Phantasien, als Mann Sex mit kleinen Mädchen zu haben. Er wollte Sicherheit, daß er so etwas nie tun würde, wenn er eine Phalloplastik bekäme, und gleichzeitig Sicherheit, daß ihm durch diese Eröffnung mir gegenüber, die Phalloplastik nicht verwehrt wird. Es handelte sich dazu noch um Material, das er seiner Therapeutin nicht erzählt hatte. Im Verlauf einiger weniger emotional dichten Stunden, die von mutiger Offenheit des Patienten mir gegenüber geprägt waren, konnte sich Herr L. klar darüber werden, daß er in seinen Phantasien sein Mißbrauchs-Trauma sexualisiert umkehrte. Er entspannte sich dadurch und verlor seine Angst, er könne solche Phantasien impulshaft agieren.

Im Mai 2003 wurde dann erfolgreich eine Phalloplastik durchgeführt. Er nahm schon vorher Kontakte zu einer früherer Betreuerin auf und organisierte seinen Umzug in seine Heimatstadt. Als er sich bei mir nach der Operation zufrieden wieder vorstellte, spielten die quasi-pädophilen Phantasien, die ihn vor der Operation so beunruhigt hatten, keine Rolle mehr.

Abschließende Bemerkungen

Zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung transsexueller Patienten wäre es wünschenswert, wenn sich mehr niedergelassene psychologische

und ärztliche Psychotherapeuten entscheiden könnten, geschlechtsidentitätsgestörte und transsexuelle Patienten — auch auf ihrem Weg zur Transformation — in psychotherapeutische Behandlung zu nehmen.

Im Doppel-Setting der "verteilten Behandlung" ist der Psychotherapeut nicht an der Indikation geschlechtsangleichender Maßnahmen beteiligt. Die Indikation für diese Maßnahmen wird vom Spezialisten übernommen. Dies schafft für den beteiligten Psychotherapeuten die Voraussetzung, im eigentlichen Sinn psychotherapeutisch zu arbeiten. Für den Patienten wird Zeit für psychische Konsolidierung, Weiterentwicklung und Aufbau eines oft fehlenden psychischen Innenraums gewonnen. In manchen Fällen kommt ein echter Entscheidungsprozeß bezüglich einer geschlechtsangleichenden Operation in Gang. Die Chancen, daß Patienten Wege (Optionen) finden, ohne Operation auszukommen vergrößern sich. Die Gefahr von Fehlindikationen irreversibler Operationen kann damit verringert werden.

Wie mein erstes Fallbeispiel zeigen sollte, gibt es genug transsexuelle Patienten auf dem neurotischen Funktionsniveau, die im Setting einer verteilten Behandlung tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie dringend brauchen.

Mit dem letzten Fallbeispiel wollte ich zeigen, daß das Setting der verteilten Behandlung auch für transsexuelle Patienten mit Persönlichkeitsstörungen geeignet ist. Mir ist dabei klar geworden, daß die Entscheidung, diesen oder jenen Patienten in Therapie zu nehmen, immer eine sehr persönliche Entscheidung des Psychotherapeuten bleibt. Ich bedanke mich ganz herzlich für Ihr Interesse und würde mich freuen, wenn es mir gelungen wäre, einigen von Ihnen, die bisher damit noch keine Erfahrung damit gemacht haben, Lust auf die psychotherapeutische Mitbehandlung von transsexuellen Patienten zu machen.

Zusammenfassung

Neben eingehender Psychodiagnostik, therapeutischer Begleitung durch den Alltagstest, Hormonbehandlung und geschlechtsangleichenden Operationen hat sich Psychotherapie als notwendiger Teil der Behandlung von transsexuellen Patienten erwiesen, der wesentlich zu einem günstigen Langzeitverlauf beiträgt. Spezifische Modifikationen des psychotherapeutischen Settings, der psychotherapeutischen Arbeit und Zielsetzung sind dabei erforderlich.

Bei der "Behandlung in einer Hand" muß die jeweils mögliche "psychotherapeutische Arbeit" vom Spezialisten allein geleistet werden,

der auch die Indikation zur somatischen Geschlechtsumwandlung stellt.

Im Setting der "verteilten Behandlung" wird die Psychotherapie von einem Psychotherapeuten übernommen, der einerseits dem Patienten die Freiheit der Entscheidung zu geschlechtsangleichenden körperlichen Maßnahmen wie Hormonbehandlung und Transformationsoperation überläßt, und andererseits die Indikation zu diesen irreversiblen körperlichen Veränderungen, einem Spezialisten, dem Spezialisten, überläßt. Eine Verteilung der Behandlung und schafft für den Psychotherapeuten die besten Voraussetzungen, im eigentlichen Sinn psychotherapeutisch arbeiten zu können. Die Chancen, daß die Patienten eigenverantwortlich Wege (Optionen) finden, ohne Operation auszukommen vergrößern sich. Die Gefahr von Fehlindikationen irreversibler Operationen kann damit verringert werden.

Literatur beim Verfasser:

Dr. Wilhelm F. Preuss
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg
Tel.: 040-42803-2226 Fax: 040-42803-6406
e-mail: preuss@uke.uni-hamburg.de