

Aus:

Sexualmedizin, Ausgabe 2005, K.M. Beier, H. Bosinski, K. Loewit (Elsevier-Verlag / Urban & Fischer - München, Jena)

Scan von:

ATME e.V. - Aktion Transsexualität und Menschenrecht, Ludwigsburg, 18.12.2011

Seite 365

8 Geschlechtsidentitätsstörungen

(Unter Mitarbeit von Prof. Dr. med. M. Sohn und Dr. med. A. Peek)

Störungen der Geschlechtsidentität reichen von eher leichtgradigen Formen der Unzufriedenheit mit der eigenen Geschlechtszugehörigkeit bis zur schwersten Form, der Transsexualität.

Menschen mit transsexueller Geschlechtsidentitätsstörung lehnen ihr **Geburtsgeschlecht**, dessen körperliche Merkmale und die von der Gesellschaft an ihre **biologische Geschlechtszugehörigkeit** geknüpften Rollenanforderungen mehr oder weniger vehement ab. Sie empfinden sich dauerhaft als Angehörige des anderen Geschlechts und sind bestrebt, mittels medizinischer Maßnahmen dessen körperliche Merkmale zu erlangen und mittels juristischer Feststellungen in dieser Rolle sozial anerkannt zu leben.

Viele transsexuelle Patienten empfinden das Leben in ihrem **biologischen Geschlecht** als „Irrtum der Natur“. Sie sind innerlich zerrissen, subdepressiv, affektlabil und suizidgefährdet. Angaben über autoaggressive Handlungen, die von exzessivem Alkoholabusus über Automutilationen (z.B. Abschnürungen der Brust oder des Penis) bis zum Suizid reichen können, finden sich zumal im älteren Schrifttum regelmäßig. Das Leiden wird verstärkt durch die soziale Ausgrenzung, die diese Patienten (auch wegen ihres nicht immer stimmigen Auftretens in der **Rolle des gewünschten Geschlechts**) erfahren.

Ärzte und Psychologen werden im Wesentlichen aufgrund folgender Fragestellungen mit transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen konfrontiert:

- Die Patienten wenden sich an sie mit der Bitte um Beratung, zunehmend aber auch mit der Forderung nach Einleitung einer hormonellen und operativen **Geschlechtsumwandlung**;
- Ärzte stellen die Indikation zur hormonellen und/oder operativen **Geschlechtsumwandlungsbehandlung** und führen diese - bei entsprechender Spezialisierung - auch durch. Ärzte und Psychologen werden von den zuständigen Amtsgerichten als Gutachter nach dem Transsexuellengesetz (Abschn 8.7) bzw. von den Medizinischen Diensten der Krankenkassen (MDK) als Gutachter für die Kostenübernahme der Transformations-OP herangezogen.

Dabei sind insbesondere folgende Aspekte zu berücksichtigen:

Grundsätzliche Aspekte der Diagnostik & Therapie

„Transsexualität“ ist in der Regel zunächst eine selbst gestellte Diagnose des Patienten. Es gibt kein einzelnes „objektives“ Kriterium - keinen Laborwert und keinen psychometrischen Test - für die Irreversibilität einer Geschlechtsidentitätstransposition im Sinne einer „Transsexualität“.

Diese Irreversibilität ist aber eine der Voraussetzungen zur Indikation für eine Umwandlungsbehandlung. Eine solche Indikation kann nur im Ergebnis eines längerwährenden

diagnostisch-therapeutischen Prozesses gestellt werden. Dabei kommt dem mindestens einjährigen Alltagstest (Abschn. 8.4) eine entscheidende Bedeutung zu. Ein Verschleppen der Behandlung, ein Vertrösten des Patienten ohne tatsächliche Hilfsangebote zum Ausloten seines tiefgreifenden Lebenskonflikts mit ihm gemeinsam kann letztlich letale Folgen haben, da viele Patienten in der „Umwandlung“ die letzte lebbare Möglichkeit sehen. Andererseits kann auch ein vorschnelles Einleiten weitgehend irreversibler körperverändernder Maßnahmen ohne ausreichende diagnostisch-therapeutische Abklärung deletäre Konsequenzen haben. In Anbetracht der **Plastizität der Geschlechtsidentitätsentwicklung in Pubertät und Adoleszenz** kann die **Diagnose einer transsexuellen (d.h. irreversiblen) Geschlechtsidentitätsstörung erst im Erwachsenenalter** (nach dem 18. Lbj.) gesichert werden.

Seite 366

Die katamnestiche Literatur (i. Überbl. Pfäfflin & Junge 1992) hat gezeigt, dass das Gelingen der postoperativen psychosozialen Adaptation unter anderem davon abhängt, ob der Patient einen länger währenden präoperativen Kontakt zu einem sexualmedizinisch erfahrenen psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlungsteam hatte.

Im Zuge des diagnostisch-therapeutischen Prozesses kommt es immer wieder zu Entscheidungsbedarf in medizinisch-ethischen, aber auch arzt- und zivilrechtlichen Fragen. Als Leitlinien für diesen notwendigen Klärungsprozess wurden - zugeschnitten auf die besonderen rechtlichen Gegebenheiten in Deutschland - gemeinsam von der Akademie für Sexualmedizin, der Gesellschaft für Sexualforschung und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft nationale „Standards der Behandlung und Begutachtung Transsexueller“ erarbeitet (Becker et al. 1997), die für die folgenden Ausführungen maßgeblich sein werden.

8.1 Nosologie

Die Begriffsgeschichte der Geschlechtsidentitätsstörungen ist nicht nur symptomatisch für das soziokulturelle Verständnis von Menschen, die von den in ihrer Kultur für ihre Geschlechtergruppe geltenden Verhaltensnormen und -regeln abweichen, sie kennzeichnet auch die Unsicherheiten im diagnostischen und therapeutischen Umgang mit diesen Patienten, ja ihre Zuordnung als Patienten überhaupt. Die Entwicklung der Terminologie vollzog mehrere Wendungen - von der diffusen Ausgrenzung als schlechthin „Sündhafte“, „widernatürlich Andersartige“ über die Schaffung vermeintlich sicher abgrenzbarer nosologischer Entitäten bis hin zu einer mehr individuumszentrierten Begrifflichkeit (Bosinski 1996a). Oft hat es den Anschein, als würde der jeweilige Diagnostiker und Therapeut eben diese Bewegung in der je konkreten Begegnung mit dem ratsuchenden Betroffenen nachvollziehen: Der verstörenden Anmutung als „völlig abweichend“ folgt das Bedürfnis, eine klar abgrenzbare Diagnose zu finden, die dann auch vermeintlich zum handbuchartigen Gebrauch von erprobten Richtlinien berechtigt. Und es bedarf einiger Erfahrung und patientenzentrierter Gelassenheit, um dann mit dem jeweils Einzelnen den für ihn gangbaren Weg zu erarbeiten.

8.1.1 Aktuelle Klassifikation und Terminologie

Das aktuell gültige ICD-10 beinhaltet im Kapitel F 6 (Persönlichkeitsstörungen) einen eigenen Abschnitt „Störungen der Geschlechtsidentität“ (F 64). Dabei wird - sprachlich ungenau - der Begriff „Transsexualismus“ verwendet:

Definition „Transsexualismus“ (F 64.0) nach ICD-10

„Es besteht der Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit dem Gefühl des Unbehagens oder der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen.“

Diagnostische Leitlinien für „Transsexualismus“ nach ICD-10

„Die transsexuelle Identität muss mindestens 2 Jahre durchgehend bestanden haben und darf nicht Symptom einer anderen psychischen Störung, z.B. einer Schizophrenie, sein. Ein Zusammenhang mit intersexuellen, genetischen oder geschlechtschromosomalen Anomalien muss ausgeschlossen sein.“ (WHO 1993: 241)

Der Begriff „Transsexualismus“ verwischt den strukturellen Aspekt der Geschlechtsidentitätsstörung jedoch eher - es wird ja beispielsweise auch nicht von „Homosexualismus“, sondern von „Homosexualität“ gesprochen. Treffender scheint daher der Begriff der „Transsexualität“, welcher nachfolgend auch bevorzugt wird.

Für die Diagnose der Transsexualität nach ICD-10 ist der Wunsch nach körperlicher „Umwandlungsbehandlung“ (durch Hormone und/ oder Operation) zwingend erforderlich. Besteht er nicht, so soll die Diagnose „Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen“ (F 64.1) gegeben werden. Die Abgrenzung zum „fetischistischen Transvestitismus“ (F 65.1) wird durch das Fehlen sexueller Erregung beim Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts (sog. Cross-dressing) angegeben. Die Kategorien „Sonstige“ (F 64.8) und „Nicht näher bezeichnete Störungen der Geschlechtsidentität“ (F 64.9) werden nicht näher erläutert.

Im Vergleich hierzu beinhaltet die vierte Fassung des **DSM-IV** (APA 1996) im Abschnitt

Seite 367

„Sexuelle Funktionsstörungen und Störungen der Geschlechtsidentität“ unter der Nummer 302.85 (bei Adoleszenten und Erwachsenen) bzw. 302.6 (bei Kindern) einige deutliche Abweichungen. Die wichtigste besteht wohl darin, dass der Begriff „Transsexualität“ durch „**Gender Identity Disorders (GID)**“ (Geschlechtsidentitätsstörungen) ersetzt wurde; in der Textrevision des **DSM-IV** (DSM-IV-TR; APA 2000) finden sich keine darüber hinausgehenden Änderungen.

Diagnostische Merkmale für Geschlechtsidentitätsstörung bei Jugendlichen und Erwachsenen nach DSM-IV (302.85):

„A. Ein starkes und andauerndes Zugehörigkeitsgefühl zum **anderen Geschlecht** (d.h. nicht lediglich das Verlangen nach irgendwelchen kulturellen Vorteilen, die als mit der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht verbunden empfunden werden). [...] Bei Jugendlichen und Erwachsenen manifestiert sich das Störungsbild durch Symptome wie geäußertes Verlangen nach Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht, häufiges Auftreten als Angehöriger des anderen Geschlechts, das Verlangen, wie ein Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben oder behandelt zu werden oder die Überzeugung, die typischen Gefühle und Reaktionsweisen des anderen Geschlechtes aufzuweisen. [...]

B. Anhaltendes Unbehagen im Geburtsgeschlecht oder Gefühl der Person, dass die **Geschlechtsrolle dieses Geschlechts** für sie nicht die richtige ist. [...] Bei Jugendlichen und Erwachsenen manifestiert sich das Störungsbild durch Symptome wie das Beherrschtsein von dem Gedanken, die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden (z.B. Nachsuchen um Hormone, Operation oder andere Maßnahmen, welche körperlich die Geschlechtsmerkmale so verändern, dass das Aussehen des anderen Geschlechts simuliert wird)

oder den Glauben, im falschen Geschlecht geboren zu sein. C. Das Störungsbild ist nicht von einem somatischen Intersex- Syndrom begleitet. D. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen." (APA 1996: 609f)

Der Operationswunsch ist somit in dieser Klassifikation ein mögliches, jedoch kein obligates Kriterium.

Für den Praktiker ist an der neuen DSM-IV-Klassifikation bedeutsam, dass sie deutlicher als die anderen Systeme der Tatsache Rechnung trägt, dass „Transsexualität“ zunächst in der Regel eine selbstgestellte Diagnose des Patienten ist. An der Geschlechtsidentitätsstörung wird bei allen Patienten kein Zweifel bestehen. Aufgabe des Diagnostikers ist es jedoch zu klären, wie groß das Ausmaß dieser Störung ist (partielle Geschlechtsdysphorie vs. **totale Rollentransposition**), wie fixiert sie ist (passager oder irreversibel) und welche therapeutischen Wege im Interesse des Patienten zu beschreiten sind.

Als Spezifikationskriterien nennt DSM-IV die Angabe der sexuellen Orientierung „auf Männer, auf Frauen, auf beide Geschlechter oder auf keines der beiden Geschlechter“. Es wird darauf hingewiesen, dass es bei biologischen Männern mit Geschlechtsidentitätsstörungen im Wesentlichen zwei Entwicklungswege und damit zwei „Untergruppen“ gibt, die sich in der Vorgeschichte, tendenziell auch in der postoperativen Zufriedenheit und nicht zuletzt in der Ausrichtung der sexuellen Orientierung (auf Männer oder auf Frauen) unterscheiden.

In jüngster Zeit wird von verschiedenen Seiten die Forderung erhoben, **die Wahl der Geschlechtszugehörigkeit** als eine **freie Willensentscheidung** des Einzelnen zu akzeptieren und in Analogie zur homosexuellen Orientierung Transsexualität als eine Normvariante geschlechtlichen Seins zu entpathologisieren. Zugleich wird argumentiert, dass das Beharren der Ärzte auf dem Alltagsstet und überhaupt die differenzialdiagnostische Abwägung vor Einleitung körperverändernder Behandlungsmaßnahmen eine Missachtung genuiner Selbstbestimmungsrechte darstellt. Aus praktischer sexualmedizinischer Sicht sei dazu folgendes angemerkt:

1. Diese Diskussion verweist zunächst auf die in modernen Industriegesellschaften größere Durchlässigkeit überkommener Geschlechterrollen. Es gibt zumal in den großen Städten hochindustrialisierter Länder eine schillernde Szene von Angehörigen beider Geschlechter, die sich als „Queer“, „Drag“, „Gendernauts“, „Transgenders“ usw. jenseits der herkömmlichen Rollenzuschreibungen definieren. Es besteht in der Tat kein Grund, diese vielfältigen Daseinsformen als Ausdruck von Krankheit zu betrachten.

Seite 368

2. Ebenso gibt es eine Fülle von Berichten über rituell oder sozial begründete Wechsel in das andere (oder in ein drittes oder gar viertes Zwischen-Geschlecht) aus einer Vielzahl historischer und rezenter Kulturen (Street 1989; Lang 1991; Herdt 1994; vgl. Abschn. 2.3.5). Fast scheint es, als sei ein solcher (in unterschiedlichem Maße auch mit der Einnahme der andersgeschlechtlichen Sexualrolle verbundener) Wechsel ein ubiquitäres Phänomen, das seine kulturhistorischen Wurzeln in animistisch-schamanistisch geprägten Vater-und-Mutter-Gottheiten haben könnte.

3. Diese Geschlechtswechsel werden indes, soweit bekannt, stets freiwillig vollzogen und sind mit einem je spezifischen Prestigegewinn verbunden. Die DSM-IV-Autoren der Kategorie „Geschlechtsidentitätsstörung mit Krankheitswert“ haben aber mit Bedacht hinzugefügt, darunter falle „nicht lediglich das Verlangen nach irgendwelchen kulturellen Vorteilen, die als mit der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht verbunden empfunden werden“.

4. Auch wurden und werden diese rituellen und/oder sozialen Wechsel - sieht man einmal ab von den in sektenähnlichen Verbänden lebenden und dort aus rituellen Gründen entmannten Hijras (Abschn. 2.3.5) - nicht unter Einbeziehung medizinischer Operationstechniken vollzogen. Im Unterschied zu Menschen mit homosexueller Orientierung leiden Menschen mit transsexuellem Umwandlungsbegehren eben nicht nur und nicht primär unter den Rollenerwartungen der Gesellschaft, sondern unter der unüberbrückbaren Diskrepanz zwischen innerlich gefühlter Geschlechtszugehörigkeit und körperlichen Insignien der tatsächlichen biologischen Geschlechtszugehörigkeit.
5. Dies hat zur Folge, dass Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörungen - ganz im Unterschied zu Menschen mit homosexueller Orientierung - von Ärzten massive und irreversible (medikamentöse und /oder operative) Eingriffe fordern. Derartige körperverändernde Eingriffe setzen jedoch (a) die Diagnose einer behandlungsbedürftigen Krankheit (und nicht lediglich die Feststellung einer freien beliebigen Wahl) und (b) eine wissenschaftlich begründete ärztliche Indikationsstellung voraus, die auf einer diffizilen Diagnostik und Differenzialdiagnostik fußt und Alternativen erwägen muss. Ärzte einerseits aufzufordern, sich „nicht in die Belange der Identitätswahl einzumischen“, von ihnen aber zugleich derart verantwortungsvolle Eingriffe zu fordern, ist ein Widerspruch in sich selbst.
6. Sollte sich der Standpunkt durchsetzen, dass transsexuelle Geschlechtsidentitätsstörungen keine Krankheit im Sinne der RVO, sondern Ausdruck der freien Wahl und Selbstbestimmung des jeweils Betroffenen sind, so gäbe es für die Solidargemeinschaft der Krankenversicherten keinen Grund mehr, wie bisher die (nicht unerheblichen) Kosten für die Umwandlungsbehandlung zu tragen. Diese würden dann der privaten Initiative und Zahlungsfähigkeit des jeweils Einzelnen überlassen bleiben eine sicherlich von niemandem ernsthaft angestrebte Alternative.

Die weiteren Ausführungen beziehen sich somit nicht auf Variationen des öffentlichen Auftritts in der einen oder anderen (oder gänzlich neu definierten) Geschlechterrolle, sondern auf **Störungen von Krankheitswert**. In Anlehnung an die aktuelle Nomenklatur wird dabei folgende Terminologie gewählt:

Generell wird von **Geschlechtsidentitätsstörungen** gesprochen.

Hat ein längerwährender diagnostisch-therapeutischer Prozess gezeigt, dass die Rollentransposition tatsächlich irreversibel ist und dass neben der psychotherapeutischen Begleitung und Behandlung letztlich nur hormonelle und operative Maßnahmen geeignet sind, das Leiden des Patienten an seiner Geschlechtlichkeit (nicht an seiner transponierten Geschlechtsidentität!) zu lindern, so wird von einer **transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörung** gesprochen.

Die früher als „Mann-zu-Frau-Transsexuelle“ (MFT) bezeichneten Patienten werden daher im Folgenden als „**biologische Männer mit transsexueller Geschlechtsidentitätsstörung**“ bezeichnet und die „Frau-zu-Mann-Transsexuellen“ (FMT) als „biologische Frauen mit transsexueller Geschlechtsidentitätsstörung“. Gelegentlich wird jedoch aus Gründen der Übersichtlichkeit noch die alte Bezeichnung „MFT“ bzw. „FMT“ verwendet.

8.1.2 Epidemiologie

Die Angaben über die Häufigkeit von transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen variieren außerordentlich stark je nach den zu Grunde gelegten definitorischen Begrenzungen des Störungsbilds, nach den Erhebungskriterien und

nach dem Untersuchungsland. Sie werden um so höher sein, je niedriger die diagnostische Schwelle ist (Tab. 8-1).

Für Deutschland liegen Angaben zur 10-Jahres- Prävalenz nach den gerichtlichen Entscheidungen zur Vornamens- bzw. Personenstandsänderung gemäß dem Transsexuellengesetz (Abschn. 8.7) vor. Demnach betrug für die Jahre 1981 bis 1991 die Prävalenz von transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen in der Bundesrepublik ca. 2,1 auf 100.000 der erwachsenen Wohnbevölkerung (Osburg & Weitze 1993). Bei **biologischen Männern** war sie mehr als doppelt so häufig wie bei **biologischen Frauen**. Diese Zahlen stellen Mindestangaben dar, da nicht sicher festgestellt werden kann, dass alle Transsexuellen auch die gesetzlichen Regelungen in Anspruch nehmen.

8.2 Symptomatologie und Verlauf

Die klinischen Erscheinungsformen bei biologischen Frauen mit transsexueller Geschlechtsidentitätsstörung (bisher bezeichnet als Frau-zu- Mann-Transsexuelle; FMT) unterscheiden sich in mancherlei Hinsicht von denen biologischer Männer, die dauerhaft von dem Wunsch beseelt sind, als Frau zu leben (bisher bezeichnet als Mann-zu-Frau Transsexuelle; MFT). Deshalb sollen sie im Folgenden getrennt besprochen werden. Wie bei jeder Symptomatologie sollte dabei im Auge behalten werden, dass sich der Einzelfall nicht immer in derartigen typologischen Beschreibungen wiederfinden muss, sondern durch seine je individuelle Besonderheit gekennzeichnet ist.

8.2.1 Geschlechtsidentitätsstörung bei biologischen Frauen

Ein allgemeines Unbehagen hinsichtlich der körperlichen Veränderungen in der Pubertät ist bei pubeszenten Mädchen häufiger zu beobachten als bei Jungen. Es ist zumeist durch die einschneidenderen Veränderungen im weiblichen Lebenszyklus verursacht, aber auch durch die veränderte Reaktion zumal der männlichen Umwelt auf die optischen Attribute der Weiblichkeit, gegen die Mädchen dann nicht selten diffuse, zumeist aber nur passagere Aversionen entwickeln. Ausgesprochen transsexuelle Geschlechtsidentitätsstörungen sind indes bei biologischen Frauen tendenziell seltener als bei biologischen Männern.

Das **Alter bei der Erstvorstellung** liegt im Regelfalle in den Zwanzigern bis Mitte der Dreißiger; in den letzten zehn Jahren werden zunehmend auch jüngere Patienten vorstellig. Biologische Frauen mit Geschlechtsidentitätskonflikt jenseits des vierzigsten Lebensjahres kommen zwar vor, sind aber zunehmend seltener geworden.

Anamnestisch wird regelmäßig eine schon in der Kindheit ausgeprägte Beschäftigung mit jungentypischen **Spiele**n (Fußball, Rauf-, Tobe- und Cowboyspiele usw.) berichtet - vorzugsweise in Jungengruppen, die dies bis zu einem bestimmten Alter offenbar problemlos akzeptieren; desgleichen eine Bevorzugung von Jungenspielzeug und zumal Jungenbekleidung. Diese Angaben über sog. **Tomboy-Verhalten** lassen sich fremdanamnestisch validieren, wobei insbesondere

Tab. 8-1 Prävalenzraten des Transsexualismus in verschiedenen Ländern. Nach Osburg & Weitze (1993: 103)

Autor	Land	TS Total	MFT*	FMT*	Ratio MFT/FMT
Wälinder (1967b)	Schweden	1 : 54.000	1 : 37.000	1 : 103.000	2,8 : 1
Pauly (1968)	USA		1 : 100.000	1 : 400.000	4 : 1
Hoening & Kenna (1974)	England	1 : 53.000	1 : 34.000	1 : 108.000	3,2 : 1
Ross et al. (1981)	Australien	1 : 42.000	1 : 24.000	1 : 150.000	6,1 : 1
Tsoi (1988)	Singapur	1 : 2.900	1 : 9.000	1 : 27.000	
Bakker et al. (1993)	Niederlande		1 : 11.900	1 : 30.400	70-80%
Osburg & Weitze (1993)	BRD (bis 1990)	1 : 42.000 bzw. 1 : 48.000	1 : 36.000 bzw. 1 : 42.000	1 : 94.000 bzw. 1 : 104.000	2,3 : 1 bzw. 2,2 : 1

* MFT = Mann-zu-Frau-Transsexuelle; FMT = Frau-zu-Mann-Transsexuelle

Seite 370

die strikte Aversion gegen Kleider - oft schon bei der Einschulung, spätestens aber bei der Konfirmation - den Müttern rätselhaft und ärgerlich war und (entsprechend dem Anlass) oft auch fotografisch dokumentiert ist.

Während **Mütter** also häufig Probleme mit solchem **Verhalten** schildern und Patienten auch über Auseinandersetzungen mit der Mutter berichten, finden sich oft Hinweise auf eine wohlwollende Toleranz seitens der **Väter**, die das Mädchen für seine handwerkliche Geschicklichkeit loben, das fußballerische Engagement unterstützen usw.

Seltener wird schon für die Kindheit der explizite Wunsch erinnert, ein Junge sein zu wollen. Vielmehr geben die Patienten an, sie hätten sich in dieser Zeit - bei Kenntnis der genitalen Geschlechtsunterschiede und mit dem Wissen um die biologische Geschlechtszugehörigkeit darüber keine Gedanken gemacht. „Alles war doch irgendwie okay,“ erinnerte sich eine 24-jährige biologische Frau. Eine andere gab rückblickend zur Verarbeitung der mütterlichen Aufklärung über die bevorstehende Regelblutung an: „Ich hab das irgendwie nicht auf mich bezogen.“

Die **Menarche** bewirkt dann ein im Wortsinne „blutiges Erwachen“: Während der Genitalstatus selbst eher duldsam hingenommen wird (aber auch nicht als Quelle der Lust akzeptiert, s.u.), ist die monatliche Regelblutung für viele der Patienten ein steter Grund zur Klage, wird doch dadurch die abgelehnte biologische Weiblichkeit „regelmäßig“ evoziert. Dies ist auch einer der Gründe für die oft geschilderten **Dys- und Oligomenorrhöen**, die jedoch auch durch ein überdurchschnittlich häufiges Vorhandensein polyzystischer Ovarien mitbedingt sein dürften (s.u.).

Alle Patienten berichten über seit der Thelarche bestehende unüberwindbare **Schwierigkeiten bei der Akzeptanz ihres weiblichen Körpers**: Zumal die **Mammae** werden - unabhängig von ihrer tatsächlichen Größe - als ein für sich selbst und für die Gesellschaft (vermeintlich) unübersehbares Signum der Weiblichkeit vehement abgelehnt und durch weite Pullover, Jacken, gebeugte Körperhaltung, aber auch durch strangulierende Abschnürungen mittels Bandagen, Gürtel, Binden usw. verborgen. Dies geschieht zumal bei sommerlichen Temperaturen; die Patienten meiden beinahe phobisch jegliche Exposition des verhassten weiblichen Körpers, etwa das Betrachten im Spiegel oder beim Duschen, den Besuch öffentlicher Badeanstalten usw.

Während also in der Kindheit häufig eine indifferente Haltung zur Geschlechtszugehörigkeit gezeigt und diese gar nicht als Problem reflektiert wurde, kommt nun zur schon bestehenden Ablehnung weiblicher Aktivitäten die eindeutige Ablehnung der körperlichen weiblichen Attribute und der sich verstärkende Wunsch hinzu, als Junge/Mann zu leben.

In **Kleidung und Haartracht** versuchen diese Patienten, so weit wie möglich „männlich“ zu wirken. Neben den peinlich versteckten Brüsten wird oft auch durch Vortäuschung eines männlichen Genitales im bekleideten Zustand (etwa durch ein Paar Socken im Slip) ein „normales“ männliches Aussehen angestrebt. Ab der Pubertät scheint dieses Kleidungsverhalten die zuvor durchaus vorhandene Akzeptanz durch die Väter drastisch zu reduzieren.

Auch wenn es gelegentlich zur Überbetonung besonders maskuliner Züge (gepolsterte Schultern, extrem kurze Haare, Tätowierungen oder ständiges Tragen eines Anzugs mit Krawatte) oder zur Teilnahme an besonders „männlichen“ Vergnügungen kommt (Schlägereien oder Mitgliedschaft in Hooligan- oder Motorrad-Gangs - die oft um die Problematik wissen, aber „zu ihrem Kumpel stehen“), nimmt die Camouflage der ersehnten Rolle im Regelfalle nicht dasselbe Ausmaß an wie bei manchen biologischen Männern mit Geschlechtsidentitätsstörungen. Überhaupt stimmen alle Berichte und unsere klinischen Erfahrungen dahingehend überein, dass die Verläufe bei biologischen Frauen mit transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen zumeist weniger spektakulär, weniger auf betonte Außenwirkung ausgerichtet und insgesamt (sowohl prä- als auch postoperativ) unproblematischer sind als bei biologischen Männern mit Geschlechtsidentitätsstörungen.

Dies dürfte zum einen daran liegen, dass eine sich männlich gebende Frau in einer Kultur, in der die männliche Rolle immer noch positiver bewertet wird als die weibliche, auf weniger Ablehnung stößt. Zum anderen ist möglicherweise auch die größere Homogenität der **psychosexuellen Ausrichtung** hierfür maßgeblich: Klinisch vorstellig werdende biologische Frauen mit transsexueller Geschlechtsidentitätsstörung berichten in der überwiegenden Mehrheit über eine ausschließlich sexuell-erotische Attraktion durch Frauen (d.h. über eine **gynäphile** sexuelle Orientierung). Die Patienten empfinden sich als

Seite 371

„heterosexueller Mann“, der heterosexuelle Frauen begehrt. Berichte über FMT mit **androphiler** („männerliebender“) sexueller Orientierung haben indes in letzter Zeit zugenommen (i.Überbl. Chivers & Bailey 2000). Wie sich deren prä- und zumal postoperative Verläufe gestalten, wurde bislang nicht ausreichend untersucht.

Dies besagt indes nicht, dass bei der ansonsten regelhaft vorhandenen gynäphilen sexuellen Orientierung nicht durchaus gravierende **Probleme** für die biologischen Frauen mit transsexuellem Umwandlungswunsch bestehen würden: Gelegentliche Versuche, diese gynäphile Orientierung in einem lesbischen Setting auszuleben, bleiben unbefriedigend, da die Patienten (im Unterschied zu lesbischen Frauen) ihre eigene Leiblichkeit nicht lustvoll in derartige Beziehungen einbringen können. Berührungen an Mammae und Vulva durch die Partnerin werden aversiv empfunden und zumeist abgelehnt. Bekannt sind bedrückende Fälle von zum Teil monatelangen „Versteckspielen“, in denen sich die Patienten gegenüber einer begehrten Frau als Mann ausgaben, der es aufgrund religiöser oder moralischer Skrupel „noch nicht zum Letzten kommen lassen“ wolle. Erst wenn die Partnerin die Wahrheit entdeckt und sich empört abwendet, finden die Patienten den Mut, einen Arzt aufzusuchen. Andere versagen sich die Erfüllung ihrer Sehnsucht nach Partnerschaft mit einer Frau, weil sie die Enttäuschung fürchten. Sie leben soziosexuell isoliert und betäuben nicht selten ihren Kummer mit Alkohol.

Schließlich gibt es eine Anzahl von Patienten, denen der Aufbau einer stabilen Partnerschaft zu einer Frau geglückt ist, die um die transsexuelle Problematik weiß. Die Vita sexualis dieser sich als „heterosexuell“ - als „Mann und Frau“ - definierenden Paare ist zumeist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient größten Wert auf die Befriedigung seiner Partnerin legt, selbst aber eine Berührung an Mammae und Genitalien ablehnt, somit allzu oft unbefriedigt bleibt. Dies kann nach Jahren des Arrangements mit dem defizitär empfundenen Zustand Grund der Vorstellung sein.

Oft ist es aber so, dass der Patient (und oft auch die Partnerin) eine endgültige „Klärung“ der personenstandsrechtlichen Situation wünscht. Der letzte äußere Anstoß hierfür sind nicht selten Probleme bei Polizeikontrollen oder Arbeitgebern usw., die sich über den weiblichen Namen im Pass oder im Bewerbungsschreiben eines für sie nach außen „typischen Mannes“ wundern.

Vor dieser erhofften personenstandsrechtlichen Klärung („Ich bin ein Mann und will nun auch so heißen und mich nicht mehr ständig erklären müssen!“; „Ich will endlich meine Frau heiraten können!“) steht bei den **Wünschen nach medizinischer Körperveränderung** das Loswerden der Mammae und der Menstruationsblutung an erster Stelle, während der Wunsch nach einem Phallus zumeist nicht so vordringlich und den eher noch problematischen operativen Möglichkeiten adäquat ist (vgl. Abschn. 8.10).

Dieses im Vergleich zu biologischen Männern mit transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen eher gelassene Umgehen mit dem Fehlen eines - der transponierten Geschlechtsidentität kohärenten - Genitalstatus mag auch der Tatsache geschuldet sein, dass heterosexuelle Frauen - also präsumtive Partnerinnen für biologische Frauen mit transsexueller Geschlechtsidentitätsstörung - weniger Wert auf einen penetrationsfähigen (Neo-)Phallus zu legen scheinen. Sie können sich offenbar mit Surrogatlösungen (z.B. einem Dildo oder manueller bzw. oraler Stimulation) leichter arrangieren als heterosexuelle Männer, die als präsumtive Partner androphiler biologischer Männer mit transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen weniger in der Lage sind, bei ihrer Partnerin auf eine koitusfähige (Neo-)Vagina zu verzichten.

Psychopathologisch findet sich bei gynäphil orientierten biologischen Frauen mit transsexueller Geschlechtsidentitätsstörung je nach Strukturniveau der Persönlichkeit, nach Vorgeschichte, sozialer Kompetenz, Reaktion der Umwelt, Ausmaß der Körperaversion und Gelingen eines partnerschaftlichen Arrangements die ganze Bandbreite von Variationen. Sie reicht von insgesamt unauffälligen Persönlichkeiten (die einzig den konsistent und kontinuierlich vorgetragenen Wunsch haben, körperlich adäquat aussehend und sozial akzeptiert die eigene Identität als Mann leben zu können) über aggressiv-antisoziale Persönlichkeitszüge mit Substanzabusus bis hin zu schwerem selbstbeschädigendem Verhalten („Schnibbeln“) im Rahmen einer Borderline-Pathologie.

Körperlich ergeben sich gehäuft Hinweise auf hyperandrogenämische Zustandsbilder (mit Androgenwerten über den weiblichen, aber deutlich unter den männlichen Normalwerten), die nicht selten mit weiteren Symptomen eines

Seite 372

polyzystischen Ovar-Syndroms (Oligomenorrhoe, Hirsutismus, Adipositas, LH/FSH-Dysregulation) einhergehen (Futterweit et al. 1986; Baien et al. 1993; Bosinski et al. 1997a). Hinsichtlich ihres Körperbaus nehmen biologische Frauen mit transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen auf einem anthropometrischen gynäko-andromorphen Verteilungskontinuum eher eine intermediale bis tendenziell andromorphe Position ein (Rajchel et al. 1985; Bosinski et al. 1997b; Antoszewski et al. 1998). Indes sind derartige Veränderungen durchaus nicht zwingend vorhanden; sie können keinesfalls als „somatischer Indikator“ einer irreversiblen Geschlechtsidentitätstransposition bewertet werden.

8.2.2 Geschlechtsidentitätsstörung bei biologischen Männern

Das Alter bei der Erstvorstellung variiert deutlicher als bei biologischen Frauen mit transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen und reicht vom 18. Lebensjahr bis in das 7. Lebensjahrzehnt. Innerhalb dieser großen Altersspanne lassen sich zwei Altersgipfel feststellen: eine Gruppe **biologischer** Männer, die durchschnittlich Mitte Zwanzig wegen ihres **Wunsches nach**

Geschlechtsumwandlung ärztliche Hilfe suchen, und eine zweite mit einem Altersmedian von Mitte bis Ende Dreißig. Auf diese beiden Verlaufsformen weist auch DSM-IV hin:

„Die erste Form ist die Fortsetzung einer bereits in der Kindheit oder frühen Adoleszenz **beginnenden Geschlechtsidentitätsstörung**. Diese Patienten werden typischerweise in der späten Adoleszenz oder im Erwachsenenalter vorstellig. Bei der anderen Verlaufsform treten die offeneren Anzeichen eines Zugehörigkeitsgefühls zum anderen Geschlecht später und gradueller auf, bei einer klinischen Vorstellung im frühen bis mittleren Erwachsenenalter, üblicherweise im Gefolge von, manchmal aber auch gleichzeitig mit Transvestitischem Fetischismus. Die Gruppe mit späterem Beginn der Störung kann im Ausmaß des Zugehörigkeitsgefühls zum anderen Geschlecht wechselhafter sein, bezüglich der Geschlechtsumwandlungsoperation unentschiedener sein, mit größerer Wahrscheinlichkeit sexuell auf Frauen orientiert sein, und die Wahrscheinlichkeit, dass sie nach einer Geschlechtsumwandlungsoperation zufrieden sind, kann bei ihnen geringer sein. Männer mit Geschlechtsidentitätsstörung, die sexuell auf Männer orientiert sind, werden eher in der Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter mit der Vorgeschichte einer lebenslang bestehenden Geschlechtsdysphorie vorstellig. Im Gegensatz dazu werden diejenigen, die sexuell auf Frauen, auf beide Geschlechter oder weder auf Frauen noch auf Männer orientiert sind, tendenziell später vorstellig und haben typischerweise eine Vorgeschichte von Transvestitischem Fetischismus.“ (APA 1996: 608)

Beide Gruppen - im älteren Schrifttum auch als „early-“ bzw. „late-onset“ oder „primäre“ bzw. „sekundäre“ Transsexuelle bezeichnet (Person & Ovesey 1974, 1993; Wise & Meyer 1980; Docter 1988; Doorn et al. 1994) unterscheiden sich somit in einer Fülle von Verlaufsmerkmalen und Symptomen, deren wichtigstes nach vorliegenden empirischen Untersuchungen (i. Überbl. Bosinski 1994) die unterschiedliche sexuelle Orientierung ist.

Es können zwei Gruppen von biologischen Männern mit transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen unterschieden werden:

Biologische Männer, die sich als (**heterosexuelle**) Frau empfinden und eine Liebes- und Sexualpartnerschaft mit einem (heterosexuellen) Mann anstreben, deren sexuelle Orientierung somit **androphil** ist.

Biologische Männer, die sich als (**lesbische**) Frau empfinden und eine Liebes- und Sexualpartnerschaft mit einer Frau anstreben, deren sexuelle Orientierung somit **gynäphil** ist. Zu dieser Gruppe gehören auch jene Patienten, die keine Wünsche nach einer Partnerschaft haben und durch die Phantasie, mit sich selbst als Frau sexuellen Umgang zu haben, affiziert sind, nach außen hin also „asexuell“ wirken, tatsächlich aber „**autogynäphil**“ (Blanchard 1989) orientiert sind.

Androphil orientierte MFT

Sie kommen durchschnittlich Mitte Zwanzig und damit zehn bis 15 Jahre früher zur Vorstellung als die Patienten der zweiten (gynäphilen) Gruppe. Anamnestisch wird von ihnen angegeben, dass sie bereits in der Kindheit (oft schon im Vorschulalter) eine eindeutige Präferenz für **Spiele, Spielzeug, Kleidung und Haartracht** des

Seite 377

Gerade bei dieser Patientengruppe mit partiellen Umwandlungswünschen wird der schon von Harry Benjamin beschriebene fließende Übergang zwischen Transvestitismus und Transsexualität evident: „It is still an unsolved question whether all transvestites are possibly in reality transsexuals, differing only in degree.“ (1967: 109) Nicht selten scheint es, als solle das (partielle) Umwandlungsbegehren vorbewusst der weiteren Vervollkommnung eines als ideal gedachten transvestitischen Erscheinungsbildes dienen.

In seinen Realisierungschancen äußerst problematisch ist der Wunsch dieser Patienten nach **Partnerschaft** mit einer Frau, mit der sie eine „lesbische Beziehung“ wünschen:

- Besteht noch keine Partnerschaft, so scheitert der Wunsch oft an der Schwierigkeit, eine lesbisch orientierte Frau zu finden, die den Patienten als „umoperierte Frau“ akzeptiert.
- Besteht bereits eine Partnerschaft mit einer Frau, so erweist es sich für diese sehr oft als problematisch, das sich zunehmend ausbreitende Empfinden des Patienten, eine Frau zu sein, dulgend zu akzeptieren. So bleiben zwar langjährige Ehen nicht selten bestehen, meist jedoch aufgrund von Verpflichtungen gegenüber gemeinsamen Kindern, gemeinsam erworbenem Besitzstand oder Versorgungsansprüchen, nicht jedoch aufgrund sexueller Attraktion. Diese tritt in den Hintergrund oder schwindet bei der Ehefrau gänzlich.

So sind gerade dies die Patienten mit dem größten Leidensdruck und mit den meisten psychopathologischen Auffälligkeiten. Es finden sich u.a. histrionische Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Pathologien, mittelschwere depressive Episoden mit Suizidgefahr oder auch Merkmale antisozialer Persönlichkeitsstörungen. Die Indikation für zumindest partielle körperverändernde Maßnahmen in Richtung auf eine Geschlechtsumwandlung (z.B. die ärztlich kontrollierte Östrogenbehandlung) kann mitunter die Wahl des kleineren Übels sein, da nur so eine gewisse Linderung des erheblichen Leidensdrucks zu erreichen ist.

Andererseits muss man aufgrund des gerade bei diesen Patienten ausgeprägten Wunsches nach femininer Überstilisierung damit rechnen, dass von ihnen immer weitergehende, nachgerade unstillbare Veränderungswünsche vorgebracht werden: Dem möglichst großen Busen und den möglichst komplett entfernten Bart und Körperhaaren sollen eine hohe Stimme, ein kleinerer Adamsapfel, kleinere Hände, schmalere Schultern usw. folgen. Aufgabe der psychotherapeutischen Begleitung (Abschn. 8.4.2) ist es deshalb auch, diesbezüglich eine realistische Perspektive zu entwickeln.

Für alle Patienten mit transsexueller Geschlechtsidentitätsstörung gilt, dass die psychosoziale Adaptation nach erfolgter operativer Umwandlungsbehandlung, also deren tatsächliches Gelingen, durch die zuvor erreichte innerpsychische und psychosoziale Stabilität ganz wesentlich mitbeeinflusst wird.

Die **körperliche Untersuchung** erbringt sowohl bei den androphil als auch bei den gynäphil orientierten Männern mit Geschlechtsidentitätsstörungen keine systematisierbaren Auffälligkeiten (es sei denn, es werden bereits konträrgeschlechtliche Hormone eingenommen, die dann zu entsprechenden Veränderungen führen).

8.3 Diagnostik

Angesichts der weitestgehend irreversiblen Konsequenzen einer medikamentösen und zumal einer chirurgischen Umwandlungsbehandlung ist die Forderung nach **einer gesicherten Indikationsstellung** wohl eine Selbstverständlichkeit. Diese sollte eben nicht nur die **aktuellen**

Wünsche des Patienten - und seien sie noch so dringend vorgetragen - berücksichtigen, sondern insbesondere erwägen, ob das Leiden durch diese Maßnahmen **dauerhaft** gelindert wird.

Es ist daher verständlich, dass sich die sexualmedizinische Fachwelt seit Beginn der Sex Reassignment Surgery, d.h. der systematischen Entwicklung von Geschlechtsumwandlungsprogrammen für Patienten mit transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen, nicht nur mit der Vervollkommnung operativer Techniken, sondern insbesondere mit der postoperativen Verlaufs- und Adaptationsforschung (sog. Outcome- Evaluation) und der Entwicklung sog. Standards of Care beschäftigt hat. Mittlerweile liegen solche leitlinienähnliche Standards sowohl

Seite 378

im internationalen Maßstab (HBGIDA 2001) als auch für die spezifischen rechtlichen Verhältnisse in Deutschland vor (Becker et al. 1997).

Der Praktiker ist gut beraten, sich bei seinem Vorgehen in Diagnostik, Therapie und Begutachtung an den vorliegenden Standards zu orientieren; nicht nur, um seinen Patienten eine wissenschaftlich fundierte Behandlung anbieten zu können, sondern auch, um etwaigen arztrechtlichen Forderungen (s. Kockott 1996) besser begegnen zu können.

Kriterien zur Feststellung einer transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörung

entsprechend den Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft (Becker et al. 1997):

- Eine tiefgreifende und dauerhafte **gegengeschlechtliche** Identifikation.
- Ein anhaltendes Unbehagen hinsichtlich der **biologischen Geschlechtszugehörigkeit** bzw. ein Gefühl der Inadäquatheit in der entsprechenden Geschlechtsrolle; kontinuierlicher Wunsch nach Beseitigung der körperlichen Merkmale des biologischen Geschlechts und nach Erwerb derjenigen des **biologischen** Gegengeschlechts. Ein klinisch relevanter Leidensdruck und/oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen.

Diese Kriterien entsprechen weitestgehend jenen, die in den international gebräuchlichen Klassifikationssystemen der Krankheiten (DSMIV, ICD-10) genannt werden. Im Unterschied zu diesen Klassifikationssystemen wird ein intersexuelles Syndrom nicht zwingend als Ausschlusskriterium betrachtet (vgl. Kap. 9). Allerdings sollte in derartigen Fällen geprüft werden, ob anstelle des Transsexuellengesetzes (TSG, Abschn. 8.7) die Regelung des §47 Personenstandsgesetz („Irrtümliche Geschlechtsfeststellung zum Zeitpunkt der Geburt“) anzuwenden ist.

Zur Feststellung dieser Kriterien sind die nachfolgend referierten diagnostischen Maßnahmen erforderlich.

8.3.1 Anamneseerhebung

Hier sollte der Schwerpunkt auf der Geschlechtsidentitätsentwicklung und der psychosexuellen Entwicklung (inkl. der sexuellen Orientierung) liegen. Neben den üblichen anamnestischen Angaben ist insbesondere das Erheben der nachfolgenden Informationen erforderlich.

Biographische Entwicklung

Es liegen mittlerweile eine Reihe von standardisierten Fragebögen zur Erfassung des **Geschlechtsrollenverhaltens** in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter vor, die allerdings fast ausschließlich dem angloamerikanischen Schrifttum entstammen und daher nur eingeschränkt auf europäische Verhältnisse übertragbar sein mögen (z.B. Finegan et al. 1991; Blanchard & Freund 1983; Freund & Blanchard 1988; Mitchell & Zucker 1991; Zucker et al. 1993). Sie haben einen unzweifelhaften Wert für die Forschung, für die vergleichende Dokumentation und für die Schärfung der Aufmerksamkeit des Untersuchers für verschiedene Aspekte dieses Themas, können jedoch das eingehende diagnostische Gespräch nicht ersetzen.

Es gilt zunächst **allgemeine Erinnerungen** an Kindheit und Jugend unter dem Aspekt der Geschlechtertypik zu erheben (etwa: schönstes vs. schlimmstes Erlebnis - finden sich hier Zusammenhänge zu bestimmten Ereignissen der somato- oder **psychosexuellen Entwicklung?**) sowie speziell an bestimmte Lebensabschnitte:

Vorschulzeit (<6. Lbj.)

Verhältnis zu Vater und Mutter, Verhältnis der Eltern untereinander;

Schilderung von Vater und Mutter unter besonderer Berücksichtigung **geschlechtstypischer Rollen und Verhaltensweisen** (hart weich, geplant - spontan, nachgiebig durchsetzungsfähig u.a., wobei die verbal negative Besetzung einer Merkmalsausprägung bei der Erfragung strikt zu vermeiden ist). Gibt es Idealisierungen/Abwertungen? Wie werden diese begründet?

(Geschlecht der) Vertrauenspersonen der Kindheit („Zu wem sind Sie gegangen, wenn Sie etwas ausgefressen oder Kummer hatten?“), wodurch zugleich **geschlechtstypische**

Seite 379

Verhaltensweisen indirekt erfragbar werden;

Stellung in der Geschwisterreihe, Verhältnis zu Geschwistern;

Lieblingsspiele (draußen vs. drinnen, Rauf- und Tobespiele vs. Familienspiele);

Lieblingsspielzeug (Wünsche und deren Erfüllung);

Geschlecht der bevorzugten Spielkameraden;

Stellung in der Peer-Group (Anführer, Mitläufer, Einzelgänger);

Spielverhalten (dabei indirekt Bekleidungsverhalten erfragen, etwa: „Bekamen Sie Ärger, wenn Sie sich die Sachen schmutzig machten?“);

Cross-dressing (sollte spontan berichtet werden), heimlich vs. offen erfragen („Was hat Ihre Mutter dazu gesagt?“);

sexuelle Aufklärung (wann, wie, durch wen, wie aufgenommen), Wissen um Geschlechtsunterschiede und eigene biologische Geschlechtszugehörigkeit.

Frühe Schulzeit (7.-11./12. Lbj.)

Zusätzlich zu obigen Fragen:

Verhältnis zu Lehrern, Geschlecht der Lieblingslehrer;

bevorzugte und abgelehnte Fächer, ggf. beurteilen nach Geschlechtertypik (Sport vs. Musik, Naturwissenschaften vs. Geisteswissenschaften);

Disziplinverhalten (Zeugnisse, Beurteilungen, Einträge usw.);

Ausgrenzungserlebnisse, Hänseleien.

Pubertät/Jugendalter (ab 11/12. Lbj.)

Zusätzlich zu obigen Fragen:

Daten und Erleben der somatosexuellen Pubertätsentwicklung (Adrenarche, Thelarche, Wachstumsschub, Ejakularche/Menarche; Aufklärung über Menarche);

Daten und Erleben der psychosexuellen Entwicklungsschritte sowie Geschlecht der (virtuell oder real) beteiligten Partner (Schwärm, Masturbarche, erstes Date, erster Kuss, erstes Petting, erster GV);

Masturbationsszenarien;

Delinquenzverhalten.

Partnerschaftsanamnese

Erste Liebe (Geschlecht des Partners, Dauer zwischen Kennenlernen und sukzessiver körperlicher Intimität, Grad und Erleben der Intimität, bevorzugte Sexualstellungen und praktiken, Begleitphantasien, parallele Masturbation?, Dauer der Beziehung, Grund und Initiator der Trennung);

weitere Partnerschaften, Eheschließungen (dito);

eigene Kinder (Wunsch, Erleben der Schwangerschaft [auch bei biologischen Männern erfragen!]).

Spezielle Störungsentwicklung

Wann erste Gefühle der Geschlechtsdysphorie, der Gedanke, anders als die anderen zu sein?

Wann und durch wen erste sexuelle Attraktion?

Wann erste Attraktion durch Tragen von weiblicher Bekleidung (Ober- und/oder Unterbekleidung), Rolle der Bekleidung bei sexueller Erregung?

Wann und von wem erstmals etwas über Transsexualität gehört, wann erstmals eigener Gedanke, transsexuell zu sein, mit wem, wann, wie darüber gesprochen, welche Reaktionen?

Welche Lösungswege/Arrangements bisher versucht?

Bereits Partnererfahrungen in transponierter (Wunsch-)Rolle gesucht und gefunden?
Welche Partner? Wann haben diese wie etwas gemerkt, und wie haben sie reagiert?

Da Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörung und transsexuellem Umwandlungsbegehren in der Darstellung ihrer Entwicklung oft nicht frei sind von retrospektiven Distorsionen, ist das Bestreben des Diagnostikers berechtigt, die gemachten Angaben - selbstverständlich nur mit Einverständnis des Patienten - fremdanamnestisch (etwa durch Befragung naher Verwandter, die den Patienten schon aus der Kindheit und Jugend kennen, aber auch durch Kindheitsphotos und Schulzeugnisse, frühere oder aktuelle Partner/innen) zu validieren. Dabei geht es nicht um ärztliche „Kontrolle“, sondern um die notwendige Klärung der Ausgangsbasis für außerordentlich weitreichende Entscheidungen.

Seite 380

Erhebung der aktuellen Lebenssituation

Hierbei wird vor allem der Leidensdruck zu eruieren sein, der den Patienten dazu bringt, gerade jetzt vorstellig zu werden:

Gibt es einen konkreten Vorstellungsanlass (Partnerschaftskrise, Fernsehsendung usw.), oder handelt es sich um die allmähliche Zuspitzung einer kontinuierlich krisenhaften Entwicklung?

Was stört am meisten (soziale Ausgrenzung, eigenes Körperbild, Probleme der Partnerfindung usw.)?

Wie gestaltet sich gegenwärtig das Leben als Mann resp. Frau?

Aktuelle Probleme durch das Auftreten in der Rolle des innerlich gefühlten Geschlechts (Arbeitgeber, Behörden, Familie usw.)?

Wann, wo und wie Cross-dressing (offen vs. heimlich, kontinuierlich vs. sporadisch)?

Besteht aktuell eine Partnerschaft? Wird eine Partnerschaft gewünscht? Mit einem Mann oder mit einer Frau?

Aktuelle Sexualität (mit Partner und/oder masturbatorisch), welche Frequenz, welche Praktiken, welche Wünsche, welche Phantasien?

Anrede, Namenswahl (wo, seit wann, wer weiß davon? wie wird Patient beim Einkauf, im Betrieb, zu Hause angesprochen?)

Soziale Einbindung (Berufstätigkeit, Freundeskreis, Familie) - wer weiß wie viel von der Geschlechtsidentitätsproblematik, und wie ist die Reaktion?

Bezug zu anderen Menschen mit Geschlechtsidentitätsstörungen, Hilfe durch Selbsthilfegruppen?

Erhebung der Zukunftsvorstellungen

Empfindet sich der Patient als Angehöriger des anderen Geschlechts oder will er dies erst durch die Behandlung werden?

Welche Änderungswünsche bestehen? Was in welcher Reihenfolge mit welchem erhofften Ergebnis (Namensänderung/Körperveränderung [genital/extragenital]) ?

Was verspricht sich der Patient von einer körperlichen Umwandlungsbehandlung - für sich selbst, für sein Fühlen, Denken und Handeln, für die Reaktion seiner Umwelt?

Was weiß der Patient über rechtliche Regelungen und medizinische Möglichkeiten, zumal über deren Risiken und deren Irreversibilität?

Wie wesentlich ist ihm seine sexuelle Funktions- und Empfindungsfähigkeit? Wie würde er auf deren etwaigen Verlust durch die Behandlung reagieren? Wie auf eine OP-Komplikation?

Was weiß er über Wirkungen und Nebenwirkungen einer konträrgeschlechtlichen hormonellen Dauersubstitution?

Welche Berufs- und Partnerschaftsvorstellungen bestehen für die Zeit nach der Umwandlungsoperation?

Welche Aktiva, Kontinua und Ressourcen im sozialen Netz bestehen? Ist postoperativ ein „neues Leben“ (neuer Ort, neue Arbeit, neuer Partner) geplant?

8.3.2 Körperliche Untersuchung

Diese hat folgende Funktionen:

Ausschluss eines Intersex-Syndroms (kann gelegentlich dem Patienten unbekannt sein!);
Feststellung etwaiger Automutilationszeichen oder Hormoneinnahmewirkungen;
Erhebung der körperlichen Ausgangsvoraussetzungen für eine etwaige Umwandlungsbehandlung.

Neben der Erhebung eines orientierenden internistischen und neurologischen Status sollten deshalb veranlasst bzw. durchgeführt werden:

gynäkologische bzw. andrologisch-urologische Untersuchungen (bei biologischen Frauen inkl. Sonographie der Ovarien zum Ausschluss eines polyzystischen Ovarsyndroms);

endokrinologische Befunderhebung: dabei sollen insbesondere die Sexualhormone, Gonadotropine sowie die Nebennierenrindenhormone, inkl. einer funktionell-dynamischen Testung der Nebennierenrinden-Funktion mittels Synacthen-Test zum Ausschluss eines adrenogenitalen Syndroms, untersucht werden (Näheres in den einschlägigen Publikationen zur Diagnostik und Therapie von Intersex-Syndromen; z.B. Sinnecker 1999).

Seite 381

Da viele Patienten mit Störungen der Geschlechtsidentität erhebliche psychopathologische Auffälligkeiten aufweisen, die der Geschlechtsidentitätsstörung vorausgegangen oder reaktiv sind oder auch gleichzeitig bestehen können, ist eine **diffizile psychopathologische Befunderhebung** unumgänglich.

Inwieweit diese Diagnostik sich standardisierter Testverfahren bedient, sollte der klinischen Erfahrung des Untersuchers überlassen bleiben; dies empfiehlt sich jedoch zur Validierung des

subjektiven klinischen Eindrucks und zur besseren Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen anderer Patienten. Einen Test zur Objektivierung der Geschlechtsidentitätsstörung gibt es nicht; einzig der Draw-a-Person-Test zeigt gewisse Zusammenhänge zur Geschlechtsidentität (Fleming et al. 1979; Rekers et al. 1990; Brems et al. 1993).

Die klinisch-psychiatrische/psychologische Diagnostik muss breit angelegt sein. Ohne dass sich daraus Ausschlussgründe ergeben müssen, sollte folgendes untersucht und beurteilt werden:

- **Strukturniveau der Persönlichkeit** und deren Defizite;
- **psychosoziales Funktionsniveau**;
- **neurotische Dispositionen** bzw. Konflikte;
- **Abhängigkeiten/Süchte**: Sind diese Folge oder Ursache eines unbewältigten Geschlechtsidentitätskonflikts? Prinzipiell sollte bei Stoffabhängigen eine nachweisliche und für die ca. einjährige Initialbehandlung anhaltende Abstinenz bestehen;
- **suizidale Tendenzen** und selbstbeschädigendes Verhalten: Welcher Bezug besteht zur Geschlechtsidentitätsstörung?
- **Paraphilien/Perversionen**: Stehen diese im Zusammenhang mit dem transsexuellen Umwandlungsbegehren, ist dieses letztlich Ausdruck paraphiler Wunschphantasien? In diesem Zusammenhang ist unbedingt frühere **Sexualdelinquenz** zu erfragen - der Umwandlungswunsch kann evtl. aus einem unbewussten („kastriativen“) Selbstbestrafungs-Verlangen gespeist werden oder aus der Phantasie der Einswerdung mit dem Objekt der Begierde;
- **psychotische Erkrankungen** (siehe 8.3.4);
- **hirnorganische Störungen**;
- **Minderbegabungen**: Hier wird es vor allem um die Klärung der Frage gehen, ob der Patient wirklich weiß und versteht, was er vorhat, und ob er die Konsequenzen einer Behandlung verantwortlich überschauen kann.

8.3.4 Differenzialdiagnostik

Folgende Differenzialdiagnosen sind zu beachten:

1. **Unbehagen, Schwierigkeiten oder Nicht- Konformität mit den gängigen Geschlechtsrollenerwartungen**, ohne dass es dabei zu einer überdauernden und tiefen Störung der geschlechtlichen Identität gekommen ist. Hierunter fallen zum Beispiel jene - nach unserem klinischen Eindruck heute etwas häufiger auftretenden - Unbehaglichkeiten, die mit (empfundene oder tatsächliche) Nachteile der **Rolle des biologischen Geschlechts** bzw. (erhoffte oder tatsächliche) Vorteile des anderen Geschlechts begründet werden, ohne dass ein ausgesprochenes Leiden an der eigenen Geschlechtszugehörigkeit und ein dauerhaftes Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht besteht.

Fallbeispiel

So wurde eine 21-jährige grenzdebile Heimbewohnerin von ihrer Betreuerin mit der von dieser gestellten Verdachtsdiagnose „Transsexualität“ vorgestellt. Die junge Frau gab an, oft von den männlichen Heimbewohnern durch sexuell getönte Berührungen belästigt zu werden. Sie wolle nun endlich ein Junge sein und unbedingt ihre - tatsächlich recht großen Mammæ „loswerden“, damit dies aufhöre und sie sich besser wehren könne („Männer sind stärker, die haben es besser“). Sexuelle Phantasien waren nur diffus eruiert, eine tatsächliche Aversion gegen die weibliche Rolle oder den eigenen Körper bestand nicht, die Patientin hätte gern selbst ein kleines Kind, um das sie sich kümmern könne. Die Beratung orientierte auf eine deutlich bessere Beachtung und Strukturierung des Umgangs der Geschlechter miteinander in der betreffenden Einrichtung.

Seite 382

2. **Partielle oder passagere Störungen der Geschlechtsidentität, etwa bei Adoleszenzkrisen.** Ein Gefühl des „Unbehautseins“ im eigenen Körper ist für viele Pubertierende typisch und scheint bei Mädchen häufiger aufzutreten als bei Jungen (Abschn. 2.3.3). Im Zusammenhang mit belastenden psychosozialen und/oder psychosexuellen Eindrücken (etwa Trennung der Eltern, kontinuierliches Mobbing in der Peer-Group, sexueller Missbrauch) und deren übernachhaltiger Verarbeitung kann in dieser äußerst sensiblen Entwicklungsperiode zumal bei peripubeszenten Mädchen ein Zustandsbild entstehen, das Merkmale einer - „frühakuten“ - transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörung trägt: Die jugendlichen Mädchen wirken zutiefst verstimmt, benehmen sich abweisend bis hostile gegenüber ihrer Umwelt, zeigen **geschlechtsatypische Verhaltensweisen** (Pöbeln, Alkoholkonsum, Prügeleien), tragen möglichst weite, die Geschlechtsmerkmale verdeckende Kleidung, geben sich nicht selten ungepflegt und betont „ungehobelt“ (Ausspucken, Fluchen u.ä), wobei sie das Maß jugendtypischer Oppositionshaltung überschreiten. Die eigene Weiblichkeit und deren Insignien (Mensis, Mammae) werden gelegentlich verbal negativ belegt. Kommen massivere Körperaversionen - etwa Automutilationen („Schnibbeln“) - hinzu, so nähert sich der Zustand psychosenahen Entwicklungsstörungen bzw. Borderline-Pathologien.

Der Gesamtzustand kann besorgniserregende Ausmaße annehmen und gelegentlich tatsächlich den Beginn einer transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörung (bei zumeist bis zur Präpubertät unauffälligem Geschlechtsrollenverhalten) markieren. Da jedoch auch benigne Verläufe nach psychotherapeutischer/jugendpsychiatrischer Behandlung oder spontanen Remissionen (etwa durch eine die eigene Weiblichkeit aufwertende Liebesbeziehung) bekannt sind, **verbieten sich Maßnahmen der chirurgischen Geschlechtsumwandlungsbehandlung vor dem 18. Lebensjahr.** Sollten perakute Zustände trotz psychiatrisch-psychopharmakologischer und psychotherapeutischer Intervention zu einer ernsthaften Gefährdung des Mädchens führen, wäre eine **reversible** medikamentöse Suppression der Menstruation zu erwägen (z. Disk. Meyenburg 1994 u. Cohen-Kettenis 1994, 1995). In jedem Fall bedürfen diese Jugendlichen einer konsiliarisch-spezialärztlich (etwa jugendpsychiatrisch) begleiteten längerwährenden Psychotherapie.

3. **Schwierigkeiten mit der geschlechtlichen Identität, die aus der Ablehnung einer homosexuellen Orientierung resultieren (sog. Coming-out-Problematik).** Noch in den siebziger Jahren war eine innerlich abgelehnte (ich-dystone) homosexuelle Entwicklung die häufigste Differenzialdiagnose zur transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörung. Vor dem Hintergrund der auch in der Normalbevölkerung mittlerweile gewachsenen Akzeptanz schwuler und lesbischer Liebe ist die Vorstellung solcher Patienten deutlich seltener geworden. Einzig aus ländlich-konservativ geprägten Regionen, vor allem auch bei Zuwanderern (etwa aus dem islamischen Kulturkreis oder den ehemaligen Ostblockstaaten) ist sie gelegentlich noch zu beobachten. Als motivationaler Hintergrund ergibt sich häufig die bei diesen Patienten tief verwurzelte Annahme, dass man nur als Mann Frauen bzw. nur als Frau Männer lieben könne und dürfe bzw. dass Homosexualität Sünde, Transsexualität dagegen eine anerkannte (und „behandelbare“) Krankheit ist.

Fallbeispiel

Zwei Jahre nach der deutschen Vereinigung wurde eine 30-jährige biologische Frau, die aus einer ländlichen Region der früheren DDR stammte, mit folgendem Problem vorstellig: Da sie sich seit ihrer Kindheit „wie ein Junge verhalten“ habe und seit der Pubertät sexuell-erotisch ausschließlich auf Mädchen/Frauen orientiert war, habe sie sich Anfang der achtziger Jahre um eine Geschlechtsumwandlungsbehandlung bemüht (die nach einem Geheimbeschluss des DDR-Gesundheits- und Innenministeriums zum „Umgang mit Transsexualisten“ aus dem Jahre 1976 auch in der DDR prinzipiell möglich war). Weil ihrem Antrag nicht stattgegeben wurde, flüchtete

sie in den Alkohol und wurde wegen „Asozialität“ verurteilt. Nach dem Fall der Mauer ging sie in die alte Bundesrepublik und fand schnell Zugang zu einer aktiven Lesbengruppe. „Da hab' ich erst kapiert, dass ich ja auch einfach mit Frauen was machen kann!“ Als sie in ihrem Heimatort ihren neuen bundesrepublikanischen Pass abholen wollte, trug dieser einen männlichen Vornamen - man hatte ihren „auf Halde liegenden“ Antrag kurz vor dem Tag der Einheit noch „abgearbeitet“. Die Patientin kam nun, um die inzwischen als unnötig, ja störend empfundene Namensänderung mit Hilfe eines Gutachtens rückgängig machen zu lassen

Seite 383

Aufgabe des Sexualmediziners ist es in solchen Fällen, dem Ratsuchenden zu einer Akzeptanz seiner (homo-)sexuellen Orientierung zu verhelfen und ihm zu vermitteln, dass geschlechtliche Liebe und Partnerschaft nicht zwingend von der biologischen Geschlechtszugehörigkeit abhängig sind und dass eine homosexuelle Orientierung weder Krankheit noch Sünde, sondern eine Normvariante menschlicher Liebes- und Erlebnisfähigkeit ist. Bei dieser Befähigung zur Selbstakzeptanz ist man gut beraten, auf die in dieser Hinsicht oft äußerst kompetenten schwul-lesbischen Selbsthilfegruppen zurückzugreifen (Abschn. 2.3.4). Im Übrigen wurden gute Erfahrungen damit gemacht, zumal jüngere Patienten mit fraglicher transsexueller Geschlechtsidentitätsstörung ohne partnerschaftliche Erfahrungen und mit (bislang lediglich in der Phantasie erlebter) sexueller Orientierung auf Angehörige des eigenen biologischen Geschlechts zum Aufsuchen solcher schwul/lesbischer Selbsthilfegruppen bzw. entsprechender Lokale, Tanzveranstaltungen usw. zu ermutigen, um dort die - in der begleitenden Therapie zu bearbeitende - Erfahrung zu machen, dass andere Menschen ihre gleichgeschlechtliche Liebe durchaus ohne Konflikte mit ihrer biologischen Geschlechtszugehörigkeit leben können.

4. **Psychotische Verkennung der geschlechtlichen Identität sowie schwere Persönlichkeitsstörungen mit Auswirkung auf die Geschlechtsidentität.** Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörungen weisen überdurchschnittlich häufig psychopathologische Symptome verschiedener Provenienz und Schweregrade auf. So berichten A Campo und Mitarbeiter (2003) über eine Umfrage unter 186 niederländischen Psychiatern, die insgesamt 584 Patienten mit transsexuellem Umwandlungsbegehren betreuten, von denen lediglich 225 (= 39%) als primäre transsexuelle GIS einzuordnen waren. Bei den Übrigen erwies sich der Umwandlungswunsch als Ausdruck anderer psychischer Störungen. Während ein relativ hoher Anteil der Patienten mit einer schizophrenen Psychose irgendwann im Verlauf ihrer Erkrankung die Wahnvorstellung äußert, dem anderen Geschlecht anzugehören, wird bei deutlich unter fünf Prozent derjenigen Patienten, die sich mit transsexuellem Umwandlungsbegehren vorstellen, eine Erkrankung des psychotischen Formenkreises diagnostiziert. Wesentliches Unterscheidungsmerkmal gegenüber der nicht-psychotischen transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörung ist, dass der schizophrene Erkrankte unter Verkennung der Realität dem anderen Geschlecht bereits anzugehören meint, während der Patient mit nicht-psychotischer Geschlechtsidentitätsstörung sehr wohl weiß, dass er biologisch einem anderen als dem innerlich empfundenen Identitätsgeschlecht angehört gerade hierunter leidet er ja. In der Literatur wird mehrheitlich die Auffassung vertreten, dass die Diagnose einer Psychose die Indikation zur Geschlechtsumwandlungsbehandlung ausschließt. Allerdings sind Verläufe bekannt, in denen Geschlechtsidentitätsstörung und Psychose unvereinbar nebeneinander bestanden und die Geschlechtsidentitätsstörung auch in psychosefreien Phasen fortbestand.

Fallbeispiel

So haben wir im Falle eines Mannes mit der Vorgeschichte einer paranoischen Schizophrenie, der nach einer jahrzehntelangen primär transvestitisch-fetischistischen Entwicklung nun über ein Jahr lang ungekonnt, aber kontinuierlich in der Öffentlichkeit als „Frau“ auftrat und sich bereits

durch einen Gynäkologen mit Östrogenen behandeln ließ, eine solche Behandlung befürwortet, da diese nach Auskunft des behandelnden Psychiaters einen deutlich beruhigenden, neuroleptikasparenden Effekt hatte.

...

Seite 406

Zusammenfassende Wertung

Mann-zu-Frau-Transformationen sind inzwischen zu standardisierten Eingriffen herangereift, die bei sorgfältiger Indikationsstellung und Beachtung präparatorischer Details in mehr als 80% der Fälle nach einzeitiger Operation zu guten funktionellen und kosmetischen Ergebnissen führen.

Hingegen stellt der Genitalaufbau bei **Frau-zu- Mann-Transsexuellen** eine interdisziplinäre Herausforderung dar, die nach unserer Erfahrung am besten in Kooperation zwischen plastischer Chirurgie und Urologie zu lösen ist. Der mikrochirurgisch transplantierte radiale Unterarmklappen ist zur Zeit die technisch aufwendigste, aber funktionell und kosmetisch zufriedenstellendste Lösung.

Es bleibt festzuhalten, dass der Gesetzgeber den Genitalaufbau nicht als Voraussetzung zur Personenstandsänderung nach § 8 TSG fordert, die Mehrzahl der FMT diesen operativen Schritt jedoch wünscht. Da die besseren Möglichkeiten einer Genitalaufbauplastik in jüngster Zeit über das dichte Kommunikationsnetz von Transsexuellen- Selbsthilfeorganisationen weite Verbreitung erlangt haben, wird die Zahl der Betroffenen, die diesen Eingriff anstreben, weiter zunehmen. Selbst bei einzeitig intendiertem operativen Vorgehen muss den Betroffenen klar gemacht werden, dass die Maximierung des funktionellen und ästhetischen Ergebnisses mehrere operative Sitzungen erfordert. Soziale und psychische Stabilität müssen für diese Eingriffe maximiert, irrationale Wunschvorstellungen korrigiert werden. Die besten Voraussetzungen für einen operativen Erfolg werden auch hier durch verantwortungsbewusste Begutachtung und Aufklärung geschaffen.

Seit Einführung der Diagnose Related Group (DRG)-orientierten Abrechnungsmodalitäten für Krankenhäuser ist die **Honorierung** geschlechtsangleichender Operationen ausgesprochen problematisch geworden. Seit dem 13.10. 2003 fallen diese Operationen jedoch per Gesetzestext in eine Leistungsgruppe, die nicht mit einer Fallpauschale zu vergüten ist und für die Krankenhäuser individuelle Entgelte vereinbaren können. Für die Frankfurter Klinik wurden von Seiten der Kostenträger inzwischen die errechneten Kostentabellen akzeptiert. Bei operativen Genitalangleichungen bei Mann-zu-Frau- Transsexualität erfolgt eine Kostenübernahme in Höhe von ca. 14.000 Euro. Bei Frau-zuMann- Genitaltransformationen werden vier Eingriffe einzeln honoriert, welche die Harnröhrenkorrektur sowie die Prothesenimplantation in zwei Sitzungen einschließen. Die Gesamtkosten liegen hier bei ca. 62.000 Euro.

8.11 Störungen der Geschlechtsidentität im Kindesalter

Erwachsene Patienten mit transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen berichten immer wieder, sie hätten sich schon in der Kindheit eher wie Angehörige des anderen Geschlechts gefühlt und auch verhalten. In einer Vielzahl der Fälle wird dies rückblickend durch Mütter und/oder Väter bestätigt, die auch gelegentlich berichten, dass sie schon im Kindesalter mehr oder weniger erfolglos ärztliche oder psychologische Hilfe für ihr Kind suchten. So kam in den sechziger Jahren der Gedanke auf, Kinder mit **geschlechtsatypischen Verhaltensweisen** zu untersuchen und ihre weitere Entwicklung zu beobachten.

Seite 407

Die Ergebnisse der ersten derartigen Längsschnittstudie bei Knaben wurden 1987 von Green vorgelegt. Diese und weitere Untersuchungen (i. Überbl. Zucker & Bradley 1995) ergaben:

- Die überwiegende Mehrheit (ca. 75%) der Jungen mit effeminiertem Verhalten im Kindesalter wies im Erwachsenenalter eine homosexuelle Orientierung ohne Geschlechtsidentitätsstörung auf.
- Ca. 20% waren im Erwachsenenalter heterosexuell ohne Geschlechtsidentitätsstörung.
- Maximal 5% zeigten massive Symptome einer transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörung im Erwachsenenalter.
- Darüber hinaus zeigte sich, dass diese Knaben im Kindesalter besonders unter Ausgrenzung und Hänseleien durch Gleichaltrige litten und komorbide psychopathologisch relevante Symptome entwickelten.

Im Gefolge dieser Diskussion wurde deshalb die „Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter“ als eigenständige Störung sowohl in die WHO- Klassifikation der Krankheiten (ICD) als auch in das DSM aufgenommen.

8.11.1 Terminologie

ICD-10 führt die **Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter (F 64.2)** im Kapitel F 6 („Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“) auf, unmittelbar im Anschluss an die - nur im Erwachsenenalter diagnostizierbare! - Transsexualität (F 64.0). Als Alter der Störungsmanifestation wird die frühe Kindheit, d.h. immer lange vor der Pubertät, angegeben. Die Kinder äußern ein anhaltendes Unbehagen über das angeborene Geschlecht und den starken Wunsch (gelegentlich auch die Beteuerung), zum anderen Geschlecht zu gehören. Sie beschäftigen sich beständig mit Tätigkeiten, Spielen oder Bekleidung des anderen Geschlechts und/oder lehnen die des eigenen Geschlechts ab. Der Leidensdruck erwächst aus den Ausgrenzungserfahrungen, die diese Kinder bei Altersgenossen und/ oder im Familienkreis machen, nicht aus der Geschlechtsidentitätsstörung selbst. Nachdrücklich weist ICD-10 darauf hin, dass ein bloßes Abweichen von den kulturellen Geschlechterstereotypen (also bloße Knabenhaftigkeit bei Mädchen oder mädchenhaftes Verhalten bei Jungen) für diese Diagnose nicht ausreicht.

Das bezüglich der Problematik aktuellere **DSM-IV** führt die **Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter (302.6)** ebenfalls gemeinsam mit der Störung im Erwachsenenalter (302.85) auf und fordert unter **Kriterium A**, dass **mindestens vier der folgenden fünf Merkmale gegeben** sein müssen:

- Wiederholt geäußertes Verlangen oder Bestehen darauf, dem anderen Geschlecht anzugehören;
- bei Jungen Neigung zum Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts oder Imitation weiblicher Aufmachung; bei Mädchen das Bestehen darauf, nur eine dem männlichen Stereotyp entsprechende Bekleidung zu tragen;
- starke und andauernde Neigung zum Verstellen als Angehöriger des anderen Geschlechts in Rollenspielen oder anhaltende Phantasien über die eigene Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht;
- intensives Verlangen nach Teilnahme an Spielen und Freizeitbeschäftigungen, die für das andere Geschlecht typisch sind;

- ausgeprägte Bevorzugung von Spielgefährten des **anderen** Geschlechts (APA 1996: 609).

Kriterium B fordert ein anhaltendes Unbehagen im **Geburtsgeschlecht** oder das Gefühl, dass die **Geschlechterrolle** dieses Geschlechts unzutreffend ist, was sich bei Kindern durch eines der folgenden Merkmale äußern kann: „Bei Jungen die Behauptung, dass der Penis oder die Hoden abstoßend seien oder verschwinden werden oder die Behauptung, dass es besser wäre, keinen Penis zu haben, oder eine Aversion gegen Rauf- und Tobespiele und eine Ablehnung von typischem Jungenspielzeug, Jungenspielen und Jungenbeschäftigungen; bei Mädchen Ablehnung des Urinierens im Sitzen, die Behauptung, dass sie einen Penis haben oder ihnen ein solcher wachsen wird, oder die Behauptung, dass sie keine Brust bekommen möchten oder nicht menstruieren möchten, oder eine ausgeprägte Aversion gegen normative weibliche Bekleidung.“ (APA 1996: 610)

Kriterium C verlangt den Ausschluss eines somatischen Intersex-Syndroms (also einer Störung der somatosexuellen Differenzierung).

Kriterium D fordert klinisch bedeutsames Leiden in sozialen, beruflichen oder anderen

Seite 408

wichtigen Funktionsbereichen, womit ebenfalls bloßes Abweichen von üblichen Geschlechtsrollenklischees als unzureichend für die Diagnose bezeichnet wird.

8.11.2 Epidemiologie, Verlauf und Ätiologie

Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter scheinen ein **eher seltenes Phänomen** zu sein; genaue Zahlen zur Prävalenz und Inzidenz fehlen allerdings. Dieser **Mangel an epidemiologischen Angaben** mag der Tatsache geschuldet sein, dass Eltern vor dem Hintergrund der öffentlichen Diskussion über die Relativität von Geschlechterrollen in derartigen Verhaltensweisen kein therapeutisch relevantes Problem sehen; er könnte aber auch daran liegen, dass die Diagnose - da nicht im Kapitel für Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter aufgeführt - zugunsten anderer, spezifisch für Kinder vorgegebener Diagnosen seltener gestellt wird.

Im Kindesalter werden **Jungen drei- bis sechsmal häufiger** mit Geschlechtsidentitätsstörung bei Psychologen oder Ärzten vorgestellt als Mädchen (Bosinski et al. 1996). Dies könnte auch durch die größere Toleranz gegenüber sich jungenhaft verhaltenden Mädchen (im Vergleich zur in unserer Kultur viel stärkeren Ablehnung mädchenhafter Verhaltensweisen bei Knaben) bedingt sein. Andererseits könnte diese „Knabenwendigkeit“ der Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter auch darauf zurückzuführen sein, dass sowohl die pränatale somatosexuelle als auch die postnatale psychosexuelle Entwicklung beim männlichen Geschlecht wesentlich komplizierter (und damit potenziell störanfälliger) ist als beim weiblichen Geschlecht (vgl. Abschn. 2.3).

Indirekte Angaben zur Häufigkeit von Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter ergeben sich aus dem **Verlauf**: Alle erwachsene Patienten mit transsexueller Geschlechtsidentitätsstörung berichten Verhaltensweisen in ihrer Kindheit, die zur **retrospektiven Vergabe der Diagnose „Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter“** berechtigen. Betrachtet man diese als Vorläufer einer transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörung im Erwachsenenalter und geht man weiterhin davon aus, dass nur **maximal 5% aller Kinder mit Geschlechtsidentitätsstörung tatsächlich transsexuell werden**, so darf bei konservativer Schätzung der Prävalenz der Transsexualität im Erwachsenenalter (ca. zwei Transsexuelle pro 100.000 der erwachsenen Bevölkerung der Bundesrepublik; Osburg & Weitze 1993; vgl. Abschn. 8.1.2) vermutet werden, dass die Prävalenz der

Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter ca. 40 : 100.000 beträgt. Bei einer Zahl von ca. 700.000 Geburten pro Jahr beträfe dies also in Deutschland **jährlich ca. 280 Kinder**.

Ebenso wie im Erwachsenenalter sind auch im Kindesalter die Ursachen von Geschlechtsidentitätsstörungen nach wie vor ungenügend geklärt. Hier wie dort wird man eine **biopsychosoziale Verursachung** annehmen dürfen. Allerdings sind bei Kindern mit Geschlechtsidentitätsstörung auffällige oder abweichende biomedizinische Befunde bislang nicht beschrieben worden - bis auf erste Hinweise auf die höhere Zahl älterer Brüder bei Knaben mit Geschlechtsidentitätsstörung (Blanchard et al. 1995), die den entsprechenden Befunden bei erwachsenen homosexuell orientierten Männern entsprechen (Abschn. 2.3.4). Gelegentlich wird aber - naturgemäß häufiger als im Erwachsenenalter - bei Kindern mit diesen Symptomen ein bis dahin nicht erkanntes **Intersex-Syndrom** diagnostiziert, was dann allerdings gemäß ICD10 und DSM-IV die Vergabe der Diagnose „Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter“ verbietet.

Außerdem haben eine Reihe von Untersuchungen (i. Überbl. Zucker & Bradley 1995) Hinweise auf tendenziell **begünstigende intrafamiliäre** Bedingungen für diese Störung erbracht:

- Bei **Eltern** (und nicht selten Großeltern) von Kindern mit Geschlechtsidentitätsstörung besteht oft eine **wohlwollende Toleranz gegenüber geschlechtsatypischen Verhaltensweisen**.
- Bei **Jungen** werden dann **effeminierte Verhaltensweisen** als „niedlich“ oder „liebenswert“ **bezeichnet** und nicht selten in Photos dieser Knaben in Mädchenverkleidung festgehalten; hierbei scheinen Mütter/Großmütter aktiver zu sein als Väter. Auch finden sich Hinweise auf größere Nähe und Interaktion zwischen Mutter und Sohn und auf häufigere (mentale oder reale) Abwesenheit des Vaters, der somit weniger als männliches **Rollenmodell** zur Verfügung steht.

Seite 409

- Bei **Mädchen** mit Geschlechtsidentitätsstörung finden sich hingegen nicht selten Hinweise auf eine Bekräftigung des „sportlichen“, „aktiven“, „selbstbewussten“, „handwerklich geschickten“ „Wildfang“-Verhaltens durch Väter und andere männliche Verwandte oder Freunde, die dann erst zur Pubertät hin - relativ plötzlich - feminine Verhaltensweisen erwarten.
- Bei **beiden Geschlechtern** gibt es Hinweise auf eine höhere Rate **psychopathologischer Auffälligkeiten innerhalb der Familien**. Zumal bei den Müttern von Knaben mit Geschlechtsidentitätsstörung fanden sich häufiger **Rollenunsicherheiten in der Vorgeschichte** sowie höhere Raten an **depressiven oder anderen Persönlichkeitsstörungen**, so dass die Feminisierung des Verhaltens streckenweise dem Versuch des Jungen ähnelt, sich der Mutter durch Übernahme ihrer weiblichen Züge zu nähern, um sich so ihrer zu versichern und sie zugleich zu beschwichtigen. Es verbietet sich jedoch die Annahme unilinearere Kausalzusammenhänge, da es bei anderen Kindern mit ähnlichen Sozialisationsbesonderheiten eben nicht zur Ausbildung einer Geschlechtsidentitätsstörung kommt.

8.11.3 Diagnostisches Vorgehen

Zunächst muss die Abgrenzung von einfachen **geschlechts-nonkonformen Verhaltensweisen** vorgenommen werden: Ein Mädchen, das seine Haare nicht ausreichend pflegt, lieber Hosen trägt und Fußball spielt, ein Junge, der Raufund Tobespielen aus dem Wege geht und lieber Klavier übt, hat nicht automatisch eine Geschlechtsidentitätsstörung!

Es müssen mindestens vier der oben genannten fünf diagnostischen DSM-Kriterien des Merkmals A' sowie die Merkmale B, C und D erfüllt sein!

Wenn tatsächlich die notwendigen Kriterien einer Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter vorliegen, stützt sich die nachfolgende Diagnostik auf

- Exploration,
- Verhaltensbeobachtung,
- klinische Untersuchung.

Neben der **allgemeinen Verhaltensexploration** sollten folgende Aspekte **von beiden Eltern (!) erfragt** werden:

Welche Symptome bestehen (Spielverhalten, Kleidungsverhalten, Äußerungen des Kindes usw.) ?

Seit wann bestehen die Symptome?

Gibt es **zeitliche Zusammenhänge** mit dem Auftreten der Symptome (Geburt eines Geschwisterkindes, Weggang eines Elternteils, Umschulung, Umzug, Erkrankung o.a.)?

Bestehen die Symptome **kontinuierlich** oder **situativ** (z.B. bei Streit der Eltern) bzw. **personell gebunden** (z.B. nur im Zusammensein mit der Mutter) ?

Wie reagiert wer auf **welche** Symptome (wer fühlt sich gestört, wer findet es „niedlich“)?

Auf wessen **Initiative** erfolgt die Vorstellung, und warum zu diesem Zeitpunkt?

Leidet die Familie an der Geschlechtsidentitätsstörung? Oder auch nur an den Folgeerscheinungen? Gibt es für das Kind oder für Mutter und/oder Vater einen Störungsgewinn?

Welches Geschlechtsrollenmodell haben die Eltern, wie ist ihr „sexuelles Weltbild“ (zumal hinsichtlich der Varianten sexueller Orientierung) beschaffen?

Welches **Ursachenmodell** haben die Eltern? Haben sie Schuldgefühle, gibt es Attribuierungsstrategien?

Welche aktuellen und zumal prognostischen **Bedenken** haben die Eltern?

Gibt es potenziell verstärkende intrafamiliäre Bedingungen? (Geschlechtswunsch der Eltern vor der Geburt; Stellung in der Geschwister- Reihe, in der Vater-Mutter-Kind-Triade; Rollenerwartungen des Vaters und der Mutter; quantitative und qualitative Analyse der jeweils durch Vater und Mutter mit dem Kind verbrachten Zeit und Aktivität). Wollte Vater oder Mutter als Kind auch lieber ein Mädchen/ein Junge sein? Wie hat sich dieser Wunsch weiterentwickelt?

Beim Kind sollte - ebenfalls neben der allgemeinen Verhaltensbewertung - geprüft und erhoben werden:

Wissen um die Existenz zweier Geschlechter, **Unterscheidungsmerkmale**, **Selbsteinordnung**: woran wird eigene Geschlechtszuordnung festgemacht?

Seite 410

Zukunftsvorstellungen: Wissen um **Konstanz** der Geschlechtszugehörigkeit (aus Jungen werden Männer, aus Mädchen werden Frauen); **Selbstbezug** („Wenn ich groß bin, bin ich ein ...“);

Wissen um **körperliche Geschlechtsunterschiede**, um damit verbundene Funktionen im Prozess der biologischen Reproduktion; Aufklärungsquellen, Aufnahme und Verarbeitung dieser Informationen, Veränderungsvorstellungen (z.B. dass ein Penis/eine Vulva noch wachsen wird);

Geschlechterrollen-Vorstellungen („Jungen sind/müssen ...“, „Mädchen sind/müssen ...“), subjektives Erfahren und Erleben der Rollen Aspekte; Hinweise auf erwartete Rollenvorteile im eigenen oder anderen Geschlecht:

Lieblingsspiele/spielzeug, Geschlecht der **Spielkameraden** (einerseits Namen erfragen, andererseits allgemein erfragen);

„Märchen“-Fragen („Wenn eine Fee käme, was würdest Du Dir wünschen?“):
Rollenwünsche, Körperwünsche, Kleidungs wünsche.

Unverzichtbar ist die **Verhaltensbeobachtung**: Es sollte Gelegenheit gefunden werden, das Verhalten des Kindes - sowohl im Einzelsetting mit differentem Spielzeugangebot als auch mit den Eltern und gleichaltrigen potenziellen Spielkameraden - unbemerkt (z.B. durch einen Einweg- Spiegel) zu beobachten. Dabei lassen sich geschlechtstypische Bewegungsabläufe, Spielverhalten, Spielzeugwahl sowie **Interaktionsformen** in der Peer-Group und zwischen Mutter und Kind und zwischen Vater und Kind erfassen.

Hilfreich kann neben der Befragung und Beobachtung der **Einsatz psychometrischer Testverfahren** sein (z.B. der Mensch-Zeichen-Test, der nicht nur Hinweise auf die kognitive Entwicklungshöhe, sondern auch auf die Geschlechtsidentität gibt), ohne dass es allerdings spezifische Testverfahren für den Nachweis einer Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter gibt.

Darüber hinaus müssen spezifisch **kinderpsychologische/ kinderpsychiatrische Methoden** zur Anwendung kommen, um das Vorliegen von (etwa emotionalen) **Begleitstörungen** sowie **differenzialdiagnostisch abzugrenzenden** (etwa wahnhaften) **Störungen** beurteilen zu können.

Bestätigt die Diagnostik das Vorliegen einer **echten Geschlechtsidentitätsstörung** im Kindesalter, so sollte stets eine **endokrinologisch-pädiatrische Untersuchung** zum Ausschluss eines **Intersex-Syndroms** (das von Laien und auch von Nicht-Pädiatern verkannt werden kann und den Eltern durchaus nicht bekannt sein muss) erwogen werden! Ebenso wie bei erwachsenen Patienten bedarf die körperliche Untersuchung einer einführenden Vorgehensweise.

8.11.4 Therapeutisches Vorgehen

In Anbetracht der hohen Plastizität der Geschlechtsidentitätsentwicklung im Kindes- und Jugendalter und der Tatsache, dass nur eine Minderheit (< 5%) der Kinder mit GIS im Erwachsenenalter eine transsexuelle GIS entwickeln, verbieten sich hormonelle oder gar chirurgische geschlechtstransformierende Behandlungsmaßnahmen vor Abschluss der Pubertät!

Die Behandlungsnotwendigkeit bei Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter ergibt sich aus folgenden Gründen:

- aus den regelhaft beschriebenen, teilweise massiven und traumatisierenden **Ausgrenzungserlebnissen**, denen diese Kinder zumal in der Peer-Group, aber auch durch Erwachsene ausgesetzt sind;
- aus den - mutmaßlich damit zusammenhängenden - **weiteren psychopathologischen Auffälligkeiten**, v.a. deutlich erhöhten Raten an Ängstlichkeit, Trennungsangst, Isoliertheit, Dysthymie und sozialer Kompetenzstörung; aus der statistisch zwar seltenen, aber prinzipiell möglichen Entwicklung einer **transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörung** im Erwachsenenalter mit schwerwiegenden Konsequenzen für den Betroffenen.

Wenn die geforderten diagnostischen Kriterien erfüllt sind, **sollte die Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter möglichst früh behandelt werden**. Dabei kann es nicht darum gehen, dem Kind rollentypisches Verhalten oder den Wunsch nach Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht zu „verleiden“, sondern darum, sein **Zugehörigkeitsgefühl zum Geburtsgeschlecht zu bestärken**.

In Anbetracht des Mangels an Erfahrungen im deutschsprachigen Raum und der (evtl. damit zusammenhängenden) Seltenheit von klinisch vorgestellten Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter ist die **Behandlung durch spezialisierte Therapeuten** dringend zu empfehlen (s. auch **Bosinski 2000c**).

Folgende **psychotherapeutische Settings** haben sich als hilfreich erwiesen (**Zucker & Bradley 1995**), wobei eine gewisse Methodenpluralität und ein work in progress unumgänglich ist:

Einzeltherapie: Ein Therapeut gleichen Geschlechts, der zugleich Rollenmodellcharakter bekommt, sollte eingesetzt werden. Die Therapie bezieht sich auf gemeinsame Spiel- (Zeichen-, Gesprächs-)aktivität, wobei geschlechtskonforme Verhaltensangebote gemacht und adäquate Verhaltensweisen belohnt werden (z.B. durch modifizierte token economy).

Geschlechtsatypische Verhaltensweisen werden nicht beachtet bzw. - beiläufig - unterbunden (jedoch nicht sanktioniert).

Gruppentherapie sollte sowohl in der Kindergruppe als auch in einer Eltern-Kinder- Gruppe durchgeführt werden.

- **Kinder-Gruppentherapie:** Im Zusammenspiel mit einer gemischtgeschlechtlichen Kleingruppe (max. 5 Kinder, die nicht unbedingt das gleiche Störungsbild aufweisen sollten) werden vom begleitenden Therapeuten geschlechtstypische Spielangebote mit Rollen für beide Geschlechter (z.B. Vater-Mutter- Kind, Indianerdorf usw.) angeboten und ebenfalls geschlechtskonforme Verhaltensweisen des betroffenen Kindes durch Lob und Positionsgewinn verstärkt, **nicht-konforme Verhaltensweisen nicht beachtet bzw. unterbunden** (aber nicht sanktioniert!).
- **Eltern-Kinder-Gruppe:** Da sich Eltern von Kindern mit Geschlechtsidentitätsstörung mit ihrer Problematik häufig allein wähen und nicht sicher beurteilen können, was noch normal und was schon gestört ist, erscheint die Bildung einer Gruppe von Eltern mit betroffenen Kindern hilfreich. Dabei wäre neben dem Beratungs- und Informationsangebot und dem Austausch von Erfahrungen auch das begleitete Spiel der Kinder miteinander sowie die therapeutische Strukturierung von gemeinsamen Eltern-Kind-Aktivitäten zu organisieren. Auch hier werden geschlechtskonforme kindliche und zusätzlich identifikationsfördernde Eltern-Kind-Aktivitäten verstärkt und nach Sitzungsende nochmals mit den Eltern thematisiert. Im Zentrum der **begleitenden Eltern-Einzel-Arbeit** stehen die in der Diagnostik-Phase ausgemachten intrafamiliären Verstärker geschlechtsatypischen Verhaltens. Hierbei kann das Führen von Tagebüchern bzw. Familienprotokollen hilfreich sein.

8.11.5 Besonderheiten im Jugendalter

In der Peripubeszenz und beginnenden Adoleszenz zeigen sich **teilweise andere Symptome** der Geschlechtsidentitätsstörung (vgl. Bosinski et al. 1996):

- Zum einen kann es bereits zu einer **relativen Fixierung** der bereits in der Kindheit vorhandenen Abweichung des Geschlechtsrollenverhaltens und der Geschlechtsdysphorie, mithin zu einer transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörung in statu nascendi gekommen sein; es sind dann die Ausführungen des Abschnitts 8.3.4 zu berücksichtigen.
- Bei **Jungen** kann es im Zusammenhang mit transvestitisch-fetischistisch gefärbten Masturbationspraktiken zu psychosexuellen Unsicherheiten kommen. Hier hat eine sexualmedizinisch fokussierte jugendpsychotherapeutische Behandlung dem Jugendlichen zunächst zu vermitteln, dass derartige Konfusionen nicht gleichbedeutend sind mit einem Geschlechtsidentitätskonflikt. Zugleich wird mit ihm gemeinsam herauszuarbeiten sein, wo das für ihn Spezifische der sexuellen Gratifikation durch derartige Stimuli liegt, um es dann in einem (verhaltens-)therapeutischen Prozess bearbeiten zu können. Dabei sollte stets im Auge behalten werden, dass transvestitisch- fetischistische Praktiken zwar „an sich“ unproblematisch sein können, jedoch neben dem allen Paraphilien eigenen Risiko der mangelnden soziosexuellen Integration in eine Partnerschaft - die Tendenz zur Exazerbation in eine sekundäre (autogynäphile) transsexuelle Geschlechtsidentitätsstörung mit allen leidvollen Konsequenzen aufweisen.
- Bei **Mädchen** können Symptome einer Geschlechtsidentitätsstörung auch Ausdruck eines Konflikts von Alters- und Geschlechterrolle bei (noch) nicht verarbeiteter somatosexueller Reifung sein: Dem sich noch kindlich fühlenden Mädchen erscheint die körperliche Maturität als „(noch) nicht angemessen“, zumal dann, wenn es zu entsprechenden „Bewertungen“ durch die männliche Umwelt (taxierende Blicke, anzügliche Bemerkungen o.a.) kommt. Hier ist durch die einführende Arbeit einer weiblichen Therapeutin der Schwerpunkt auf die Stärkung weiblichen Selbstbewusstseins zu legen, wodurch dem Mädchen Möglichkeiten zur Bejahung einer eigenen, „positiven“ Weiblichkeit bei gleichzeitiger Überwindung eines (oft durch die soziale Umwelt vermittelten) submissiv- duldbaren Rollenbildes eröffnet werden können. Achtsamkeit sollte dabei auch bestehen für etwaige Hinweise auf sexuelle Übergriffe, ohne dass dies zu einer unzumutbaren und potenziell schädigenden Einengung des diagnostisch-therapeutischen Blicks führen darf (siehe Abschn. 11).
- Bei **beiden Geschlechtern** können Symptome der Geschlechtsidentitätsstörung in der Pubeszenz/Adoleszenz - auch und insbesondere dann, wenn es sich um eine seit der Kindheit fortbestehende Symptomatik handelt - Ausdruck eines homosexuellen Coming out sein. Eine sich evtl. mit der Geschlechtsidentitätsstörung ankündigende homosexuelle Orientierung sollte im beratenden Gespräch bearbeitet werden. Dabei sollte der Therapeut dem Jugendlichen signalisieren, dass auch über sexuelle Fragen gesprochen werden kann, ohne ihm dieses Thema aufzudrängen (Beispiel: „Andere Jugendliche in deinem Alter fragen mich manchmal, was sexuell normal ist. Ich sage dann ...“). Dem Jugendlichen (und zumal seinen Eltern) ist zu vermitteln, dass eine homosexuelle Orientierung eine normale Variante menschlicher Liebesfähigkeit ist, die mit einer ungestörten Identifikation mit dem Geburtsgeschlecht vereinbar ist, dass also eine „Umpolung“ weder ethisch vertretbar noch nötig noch möglich ist (siehe Kap. 2.3.4).