

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
-Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. V. Arolt-

Psychosoziale Aspekte bei transsexuellen Patienten in ambulanter
Therapie und Begutachtung

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät der
Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von Gläser, Diana, geb. Althof
aus Werther / Westfalen

2007

Gedruckt mit der Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen
Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. V. Arolt

1. Berichterstatter: Univ.- Prof. Dr. med. G.A.E. Rudolf
2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. K. Windgassen

Tag der mündlichen Prüfung: 15.01.2007

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
-Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. V. Arolt-
Referent: Univ.-Prof. Dr. med. G.A.E. Rudolf
Koreferent: Prof. Dr. med. K. Windgassen

Zusammenfassung

Psychosoziale Aspekte bei transsexuellen Patienten in ambulanter
Therapie und Begutachtung
Diana Gläser, geb. Althof

Die Therapie transsexueller Patienten ist aufgrund ihrer fachübergreifenden Komplexität häufig problembeladen. Die Patienten erscheinen oftmals nicht mit der Frage nach der Diagnose bei ihrem behandelnden Arzt, sondern mit dem Anspruch auf Hilfe bei der Umsetzung ihrer Vorstellungen zur Angleichung des äußeren Erscheinungsbildes entsprechend des empfundenen Geschlechts.

Durch die Ausarbeitung zweier Stichproben mittels unterschiedlicher statistischer Kriterien, bei denen die Probanden der einen Stichprobe durch unterschiedliche Therapieverfahren betreut und behandelt wurden, die Probanden der zweiten Stichprobe dahingegen eine Betreuung und Therapie nach vorher festgesetzten Behandlungsstandards erlangten, konnte zwar ein direkter Vergleich aufgrund der unterschiedlichen Formen der Datenerhebung und Auswahlkriterien nicht erfolgen, dennoch konnte gezeigt werden, dass durch strukturiertes therapeutisches Vorgehen eine bessere Bewältigung interpersoneller und psychosozialer Probleme gegeben ist, so dass eine Festigung und Akzeptanz des transsexuellen Erlebens erreicht wird.

Häufig finden sich bei transsexuellen Menschen weitere psychische Störungen und Erkrankungen (Co-Morbiditäten), die oftmals durch die Transsexualität begründet sind, die Transsexualität an sich bleibt jedoch unerkannt; entsprechend bleibt sie bei Behandlung der comorbiden Störung auch meist unberücksichtigt. Des Weiteren lassen sich voreilige Schritte bezüglich rechtlicher, hormoneller oder operativer Therapien erkennen, ohne dass Alltagstest und psychotherapeutische Betreuung in ausreichendem Maße gegriffen haben. Die Ergebnisse untermauern somit den Bedarf an Behandlungszentren, in denen eine - den gesamten Behandlungszeitraum dauernde - psychotherapeutische Betreuung, sowie eine interdisziplinäre fachübergreifende Kooperation gewährleistet ist, damit der Leidensweg transsexueller Patienten durch eine adäquate, den individuellen Problemen angepasste Therapie verkürzt wird.

Tag der mündlichen Prüfung: 15.01.2007

Inhaltsverzeichnis

| | Seite |
|--|-----------|
| 1 Einleitung und Problemstellung | 1 |
| 1.1 Definition und Historie | 1 |
| 1.2 Rechtliche Grundlage | 3 |
| 1.3 Therapieansätze und Behandlungsstandards | 4 |
| 1.4 Exkurs: Ätiologische Hypothesen | 7 |
| 1.5 Problemstellung | 8 |
| | |
| 2 Probanden und Methodik | 10 |
| 2.1 Probanden | 10 |
| 2.1.1 Gutachtenprobanden | 10 |
| 2.1.2 Probanden in ambulanter psychiatrischer Therapie | 10 |
| 2.2 Methodik | 11 |
| 2.2.1 Durchführung der Untersuchung der Gutachten zur Vornamens- oder Personenstandsänderung | 11 |
| 2.2.2 Durchführung der Untersuchung transsexueller Probanden in ambulanter psychiatrischer Therapie | 12 |
| 2.3 Statistische Auswertung | 12 |
| 2.3.1 Statistische Methoden zur Auswertung des Fragebogens von Gutachtenprobanden zur Vornamens- oder Personenstandsänderung | 12 |
| 2.3.2 Statistische Methoden zur Auswertung des semi- strukturierten Interviews von Probanden in ambulanter psychiatrischer Therapie | 13 |
| | |
| 3 Ergebnisse | 14 |
| 3.1 Ergebnisse der Gutachtenauswertung | 14 |
| 3.1.1 Familiäre Situation zum Zeitpunkt der Geburt | 15 |
| 3.1.2 Betreuung während Kindheit und Jugend | 16 |

| | | |
|--------|--|----|
| 3.1.3 | Partnerschaft und Sexualität | 20 |
| 3.1.4 | Aktuelle Wohnsituation | 29 |
| 3.1.5 | Ausbildung und finanzielle Situation | 30 |
| 3.1.6 | Information des sozialen Umfelds der Probanden über die eigene Transsexualität | 34 |
| 3.1.7 | Cross-dressing | 37 |
| 3.1.8 | Autoaggressive Handlungen und suizidale Impulse | 40 |
| 3.1.9 | Alkohol- und Drogenmissbrauch | 41 |
| 3.1.10 | Psychiatrische / psychologische Behandlungen | 42 |
| 3.1.11 | Störungen des Chromosomensatzes und des Hormonhaushaltes | 43 |
| 3.1.12 | Diagnostische und prognostische gutachterliche Einschätzungen | 43 |
| 3.2 | Ergebnis der Auswertung des semistrukturierten Interviews | 44 |
| 3.2.1 | Aktuelle Situation zum Zeitpunkt der Datenerhebung | 44 |
| 3.2.2 | Partnerschaft und Sexualität | 46 |
| 3.2.3 | Klärung und Einordnung des transsexuellen Erlebens | 48 |
| 3.2.4 | Cross-dressing | 48 |
| 3.2.5 | Information der Umwelt | 50 |
| 3.2.6 | Globaler Vergleich der aktuellen Situation mit der Situation vor Behandlungsbeginn | 51 |
| 4 | Diskussion | 55 |
| 4.1 | Das besondere Problem der Transsexualität | 55 |
| 4.2 | Methodik | 56 |
| 4.3 | Vorliegen der Transsexualität | 58 |
| 4.4 | Darstellung transsexuellen Erlebens durch cross-dressing und Spielverhalten | 59 |
| 4.5 | Sozialisationsbedingungen | 62 |
| 4.6 | Co-Morbiditäten, autoaggressive Handlungen, sowie psychiatrische Behandlungsformen | 69 |

| | |
|--|-----------|
| 4.7 Hinweise für die Behandlung | 71 |
| 5 Zusammenfassung | 74 |
| 6 Literaturverzeichnis | 75 |
| 7 Danksagung | 80 |
| 8 Lebenslauf | 81 |
| 9 Anhang | I |
| 9.1 Abkürzungsverzeichnis | I |
| 9.2 Fragebogen zur Erfassung von Gutachtenprobanden | II |
| 9.1 Semistrukturiertes Interview mit Probanden in ambulanter psychiatrischer Therapie | XV |

Psychosoziale Aspekte bei transsexuellen Patienten in ambulanter Therapie und Begutachtung

1 Einleitung und Problemstellung

1.1 Definition und Historie

Das Wissen um unsere Geschlechtszugehörigkeit prägt unser tägliches Auftreten und Handeln und weist uns einen Platz in der Gesellschaft zu. Dies ist bei der Transsexualität nicht so. Bei diesem seltenen Erkrankungsbild empfinden sich die Patienten, welche physisch vollkommen gesund sind, dem anderen biologischen Geschlecht zugehörig. Man spricht von einer Störung der Geschlechtsidentität, bei der die Betroffenen versuchen, ihrer Empfindung entsprechend, ihr Erscheinungsbild dem des anderen biologischen Geschlechts anzugleichen und mit der Gesellschaft entsprechend diesem empfundenen Geschlecht zu kommunizieren (Epstein 1995, Eicher 1992, Mindence 1997, Neumann, Welzel 2004, Oefelein, Stalla 1999, Pfäfflin 1993). Diese konträre Empfindung manifestiert sich in der Regel bereits in der Kindheit und verstärkt sich zum Zeitpunkt der Pubertät. Die Betroffenen versuchen ihre Geschlechtsmerkmale zu verbergen, empfinden ihnen gegenüber Ekel und Ablehnung (Eicher 1992, Marks, Mataix-Cols 1997).

In Bezug auf die sexuelle Orientierung findet man in den meisten Fällen ein heterosexuelles Verhalten, bezogen auf das empfundene Geschlecht (Eicher 1992, Augstein 1982).

Dieses Verhalten führt häufig zur gesellschaftlichen Isolation der Transsexuellen (Andritzky 1987, Pfäfflin 1993, Winkelmann 1993).

Die Transsexualität ist jedoch kein neues Phänomen. Bereits in der griechischen und römischen Mythologie werden von Herodot und Ovid transsexuelle Verhaltensweisen beschrieben (Winkelmann 1993, Eicher 1992, Rubin 1993, Andritzky 1987) und auch in den Erzählungen der Indianer wird durch die sog. „Mika-Operation“ auf transsexuelles Verhalten hingewiesen (Andritzky 1987, Eicher 1992, Winkelmann 1993). Diese Beschreibungen über transsexuelle Menschen sind jedoch nicht mit der Stellung

Transsexueller in der heutigen Gesellschaft zu vergleichen, da in diesen Mythen und Erzählungen transsexuelle Menschen eine hervorgehobene und besondere Position in der damaligen Gesellschaft einnahmen und nicht von ihr in eine Außenseiterposition gedrängt wurden, wie es heute oftmals der Fall ist.

Die ersten wissenschaftlichen Quellen über Transsexualität datieren von Anfang des 19. Jahrhunderts (Schlatterer et al. 1999).

1838 beschreibt Esquirol, als erster Arzt, transsexuelle Handlungen. 1870 weist Westphal auf Krankheitsfälle mit konträrer Sexualempfindung hin. Der Rechtsanwalt Ulrich prägt zu diesem Zeitpunkt die Formulierung von der „weiblichen Seele im männlichen Körper“ und unterscheidet zwischen „Urnigen“ (= Mann- zu- Frau Transsexuelle) und „Doinigen“ (= Heterosexuelle). 1910 beschreibt Hirschfeld das Phänomen des Transvestismus, ohne dabei zwischen Transsexualität, Transvestismus und effimierter Transsexualität zu unterscheiden. 1921 und 1926 berichtet Mühsam über die ersten Brustamputationen (Winkelmann 1993, Eicher 1992).

1933 erscheint das erste Buch über einen Mann- zu- Frau Transsexuellen von Nils Hoyer.

In der Zeit des Nationalsozialismus werden Transsexuelle ebenso wie Homosexuelle verfolgt und in Konzentrationslager deportiert. Ein wissenschaftliches Interesse auf diesem Gebiet besteht zu diesem Zeitpunkt in Deutschland nicht.

1949 prägt Caudwell den Begriff der „Psychopathia transsexualis“. 1952 berichten Hamburger et al. über den Fall der Christine Joergensen, der in der medizinischen Fachpresse für großes Aufsehen sorgt und das wissenschaftliche Interesse für dieses Gebiet erneut weckt.

Benjamin gelang es 1953 als erstem eine Abgrenzung der Transsexualität von den Begriffen Transvestismus und sexuelle Deviation herauszuarbeiten. 1964 wird die Harry Benjamin Stiftung ins Leben gerufen. Seitdem werden - vor allem in den USA - sog. Gender Identity Clinics immer häufiger gegründet, in denen Transsexuelle Beratung und Therapiemöglichkeiten bekommen.

Geschlechtsangleichende Operationen werden daraufhin in den 50er Jahren in Casablanca, nachfolgend dann in Istanbul, sowie in Dänemark, Deutschland und der Schweiz durchgeführt (Winkelmann 1993, Raymond 1994, Eicher 1992, Désirat 1985).

1971 erfolgen die ersten operativen Eingriffe in Heidelberg. Nachdem sich eine immer größere Nachfrage nach Operationen entwickelt, rufen Richter et al. in München eine spezielle sexualmedizinische Sprechstunde ins Leben (Eicher 1992).

Am 10. September 1980 wird in Deutschland das Gesetz „zur Änderung der Vornamen und Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen“ (BGB I.III) erlassen. Weiterhin wird die Transsexualität in den Diagnoseschlüssel der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung (DSM-III-R 1987, deutsche Fassung 1989) aufgenommen. 1990 wird an der Universität von Amsterdam der erste Lehrstuhl für Transsexologie ins Leben gerufen.

1.2 Rechtliche Grundlage

Wie oben bereits erwähnt, wurde das Transsexuellengesetz¹ in Deutschland am 10. September 1980 erlassen. Es regelt die Verfahren der Vornamens- und Personenstandsänderung. Dabei wird die Vornamensänderung (auch als „kleine Lösung“ bezeichnet) durch die §§ 1ff TSG und die Personenstandsänderung (auch als „große Lösung“ bezeichnet) durch die §§ 8 ff des TSG geregelt.

Die Vornamensänderung ermöglicht die Änderung des geschlechtsspezifischen Vornamens in den des anderen biologischen Geschlechts. Hierfür muss von zwei von einander unabhängigen medizinischen Gutachtern festgestellt werden, dass der oder die Antragssteller (-in) transsexuell ist und seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, dieser Vorstellung entsprechend zu leben. Des Weiteren muss die Irreversibilität dieses Zugehörigkeitsempfindens mit hoher Wahrscheinlichkeit bestehen. Medizinische Eingriffe sind hierbei nicht erforderlich. Die im Gesetz zunächst vorgesehene Altersgrenze von 25 Jahren wurde 1993 aufgehoben.

Bei der Personenstandsänderung muss zusätzlich zu den bereits oben genannten Voraussetzungen, eine geschlechtsangleichende Operation und eine dauerhafte Unfruchtbarkeit gegeben sein. Weiterhin dürfen die Antragssteller (-innen) nicht verheiratet sein (TSG vom 10. September 1980 BGB I.III).

¹ Im weiteren als TSG bezeichnet.

1.3 Therapieansätze und Behandlungsstandards

Das Phänomen der Transsexualität ist nicht nur ein seltenes Erscheinungsbild, sie weist auch eine Besonderheit im Gegensatz zu anderen Erkrankungen auf: Der Patient / die Patientin erscheint hier nicht mit der Frage nach der Diagnose beim Arzt, stattdessen hat er / sie bereits eine fertige Diagnose und ebenso eine genaue Vorstellung der zu erfolgenden Therapie entwickelt.

Da lange Zeit die Psychotherapie als Therapieansatz von Seiten der Mediziner favorisiert wurde, kam es häufig zum Disput zwischen Therapeut und Patient, da die Patienten (-innen) versuchten, ihre Vorstellung von Behandlung, nämlich hormonelle Substitution und geschlechtsangleichende Operationen, durchzusetzen.

In der Praxis haben sich stark divergierende Behandlungskonzepte herausgebildet, insbesondere bezüglich der Frage, welchen Stellenwert Psychotherapie hat und ob und ggf. wann somatische Behandlungsverfahren in Frage kommen.

Um die zunächst unterschiedlichen Behandlungsansätze zu vereinheitlichen, wurden von der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung Standards zur Behandlung und Begutachtung transsexueller Menschen in Therapiezentren erarbeitet, die Mindestanforderungen bei der Therapie Transsexueller beschreiben (Becker et al. 1997).

Bereits zuvor wurden in Nordrhein-Westfalen an den Universitätskliniken Münster, Aachen und später auch Essen Beratungsstellen für transsexuelle Menschen eingerichtet, die nach einem ursprünglich in Münster entwickelten und im „Arbeitskreis Transsexualismus“ weiter ausgearbeiteten Konzept arbeiteten (Banaski et al. 1996).

Das Ziel dieser Beratungsstellen ist es, einheitlich strukturierte medizinische und psychosoziale Standards zugrunde zu legen und dadurch den Behandlungsablauf transparent zu machen. In einem klar strukturierten, zugleich aber auch patientenorientierten Rahmen soll den individuellen Bedürfnissen der Patienten Rechnung getragen werden. Des Weiteren sollen diese Zentren durch Informationsweitergabe und Fortbildung standardisierte Behandlungen auch zentrumsfern ermöglichen, um den Patienten weitere Anfahrtswege zu ersparen.

Die erarbeiteten Mindeststandards zur Behandlung Transsexueller sind richtungsweisend für hormonelle und operative Therapien (Kockott 1999). Davon

abweichende individuelle Regelungen, z.B. in Bezug auf Alter, Begleiterkrankungen etc. sind jedoch möglich und schriftlich festzuhalten. Bei der Behandlung transsexueller Menschen ist weiterhin eine interdisziplinäre Kommunikation unbedingt notwendig.

Dazu gehören: 1. Psychiatrie

2. Gynäkologie / Urologie
3. Endokrinologie
4. Operative Fächer
5. Allgemein- und Innere Medizin
6. Humangenetik
7. Sozialarbeit
8. Selbsthilfegruppen
9. Gerichte.

Das standardisierte Vorgehen bei der Betreuung und Behandlung transsexueller Menschen umfasst nun folgende Punkte:

1. Diagnose
2. Psychotherapeutische Betreuung über den gesamten Behandlungszeitraum
3. Alltagstest²
4. Fallweise Vornamensänderung
5. Klärung der Kostenübernahme für somatische Behandlungsverfahren
6. Hormontherapie
7. Geschlechtsangleichende Operationen
8. Selbsthilfegruppen
9. Gerichte.

² Hierunter versteht man das durchgehende Auftreten in der Rolle des Identitätsgeschlechts in allen sozialen Bereichen.

Zu 1:

- Es handelt sich um eine tiefgreifende und dauerhafte gegengeschlechtliche Identifikation
- Es besteht ein anhaltendes Unbehagen hinsichtlich der biologischen Geschlechtszugehörigkeit bzw. ein Gefühl der Inadäquatheit in der entsprechenden Geschlechtsrolle
- Der Patient hat einen klinisch relevanten Leidensdruck und / oder eine Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen (Becker et al. 1997).

Die Diagnostik der Erkrankung umfasst auch die Abgrenzung zu anderen Erkrankungen, die mit Störungen der Geschlechtsidentität einhergehen.

(Hierzu zählen: Transvestismus, Intersexualität, sexuelle Deviation, transsexuelle Symptome im Rahmen anderer psychischer Störungen, partielle oder passagere Störungen der Geschlechtsidentität, Schwierigkeiten der geschlechtlichen Identität, die aus der Ablehnung der Homosexualität resultieren).

Zu 2 und 3:

Es ist hervorzuheben, dass die psychotherapeutische Begleitung und der Alltagstest eine zentrale Bedeutung in der Behandlung transsexueller Menschen besitzen und sie in jedem Fall vor der Einleitung somatischer Therapiemaßnahmen stehen müssen. Sie sind neutral gegenüber dem Wunsch, den Körper und die soziale Rolle entsprechend der transsexuellen Identität zu gestalten. Alltagstest und Psychotherapie sollen helfen, individuelle Lösungsansätze für die Identitätsprobleme zu finden und die Bearbeitung psychischer Probleme ermöglichen (Becker et al. 1997).

Zu 6:

Hormonbehandlungen sollen frühestens nach 6 (-9) Monaten psychotherapeutischer Begleitung und Alltagstest erfolgen. Es muss dabei eine deutliche Aufklärung über Nebenwirkungen und Irreversibilität der Auswirkungen der Hormontherapie erfolgen.

Zu 7:

Die Planung dieses Schrittes erfolgt frühestens 12 Monate nach Beginn der Hormoneinnahme. Hierbei sei noch anzumerken, dass bei den Techniken der geschlechtsangleichenden Operationen für Mann- zu- Frau Transsexuelle bereits bestimmte Techniken und Vorgehensweisen favorisiert werden, während bei Frau- zu- Mann Transsexuellen im Bereich der genitalangleichenden Operationen noch viele Fragen bzgl. des operativ Vorgehens offen sind.

Für die Punkte 6 und 7 sei außerdem anzumerken, dass eine Hormonbehandlung oder eine Transformationsoperation vor dem 18. Lebensjahr nur in Ausnahmefällen indiziert ist und einer besonderen Behandlung bedarf (Becker et al. 1997).

Die Beratungsstellen sollen in diesem Verfahren den Zugang zur Therapie erleichtern, einen Einstieg zu jedem Zeitpunkt ermöglichen und durch die Standards eine einheitliche, angemessene Behandlung ermöglichen (Banaski 1996).

1.4 Exkurs: Ätiologische Hypothesen

Betrachtet man die unterschiedlichen Erklärungsansätze, so zeigt sich, dass vor allem Ursachen und Verlaufsbedingungen der Geschlechtsidentitätsstörung weitgehend unbekannt sind. Eine Aufteilung der Erklärungsansätze findet sich dabei häufig in zwei Schwerpunkte:

1. biologische Ursachen
2. psychosoziale Faktoren.

Jedoch konnte keine dieser monokausalen ätiologischen Hypothesen bislang verifiziert werden (Eicher 1992, Raymond 1994, Winkelmann 1993, Sigusch 1995).

Bei der Betrachtung der biologischen Ursachen kann man verschiedenste Thesen zur Erklärung des Phänomens der Transsexualität benennen.

Ergebnis zahlreicher Studien war, dass hormonelle Veränderungen Auswirkungen auf das sexualspezifische Verhalten von Tieren besitzen; dies kann jedoch nicht auf das menschliche Verhalten übertragen werden, da menschliches Verhalten nicht nur durch hormonelle Veränderungen beeinflusst wird, sondern in viel stärkerem Maße als bei

Tieren durch ein Zusammenspiel verschiedenster persönlicher, interpersoneller und psychosozialer Faktoren hervorgerufen wird (Eicher 1992, Raymond 1994, Winkelmann 1993).

Auch die Studie von Eicher (1979), nach der Mann- zu- Frau Transsexuelle HY-Antigen positiv seien und Frau -zu- Mann Transsexuelle HY-Antigen negativ, konnte widerlegt werden (Eicher 1992, Pfäfflin 1993, Rubin 1993).

Neuere Forschungen richten sich auf die Untersuchung der Einflussnahme des Testosterons auf die Ausprägung neuronaler Hirnstrukturen im Hypothalamus und dem limbischen System; aber auch hier liegen noch keine hinreichend gesicherten Ergebnisse vor (Eicher 1992, Rubin 1993).

Genauso vielschichtig wie der biologische Ansatz zur Erklärung der Transsexualität erscheint auch das psychosoziale Erklärungsmodell.

Hierbei werden unter anderem familiendynamische Aspekte, Störungen in der Lösung emotionaler Aspekte, als auch Störungen in der Separations- und Individuationsphase, die zu Störung des Ich-Aufbaus führen, genannt (Winkelmann 1993, Désirat 1985).

1.5 Problemstellung

Im Rahmen dieser Arbeit werden im Folgenden Patienten in ambulanter psychiatrischer Therapie, die nach den oben genannten Standards durchgeführt wird, Gutachtenprobanden gegenüber gestellt, die nach dem TSG gutachterlich untersucht und in sehr unterschiedlicher Weise betreut worden waren. Bei nur wenigen der Gutachtenprobanden war die vorausgehende Behandlung an den oben skizzierten Behandlungsstandards orientiert, der Großteil der Probanden hatte keinerlei systematische Therapie erfahren. Vorherrschend war eine kaum strukturierte, niederfrequente und supportiv ausgerichtete Betreuung, die wenig oder gar keine störungsspezifische Behandlungselemente aufwies. Während eine an den Behandlungsstandards ausgerichtete psychotherapeutische Begleitung (oder auch Behandlung) wie sie bei der ersten Teilstichprobe dieser Studie erfolgte, eher die Ausnahme in der therapeutischen Versorgung transsexueller Patienten darstellt, spiegelte die Gruppe der gutachterlich untersuchten Probanden die auch heute noch

weiterhin vorherrschende Versorgungsrealität wieder. Durch die Auswertung beider Stichproben soll im weiteren untersucht werden, ob durch strukturiertes therapeutisches Vorgehen eine bessere Bewältigung interpersoneller und psychosozialer Probleme gegeben ist, so dass eine Festigung und Akzeptanz des transsexuellen Erlebens erreicht wird.

2 Probanden und Methodik

2.1 Probanden

2.1.1 Gutachtenprobanden

Die Gutachtenstichprobe umfasste 175 Gutachten nach dem Transsexuellengesetz (TSG), die in der Psychiatrischen Universitätsklinik Münster in den Jahren 1984 bis 1996 untersucht worden sind. Die bis zu 60 Seiten umfassenden Gutachten wurden mit Hilfe eines eigens für diese Untersuchung entwickelten Erhebungsbogen (siehe unten) ausgewertet; alle personenbezogenen Daten wurden vor dieser Auswertung anonymisiert. 149 der 175 Gutachten wurden für das Amtsgericht Dortmund erstellt (dem Amtsgericht mit der zum Untersuchungszeitraum bundesweit höchsten Zahl von Verfahren nach dem Transsexuellengesetz), 22 Gutachten wurden im Auftrage des Amtsgerichts Oldenburg und 4 im Auftrag des Amtsgerichts Düsseldorf erstattet.

2.1.2 Probanden in ambulanter psychiatrischer Therapie

Bei den persönlich untersuchten Probanden handelte es sich um 26 transsexuelle Patienten, die in der Zeit von 1998 bis 1999 in der Spezialsprechstunde für transsexuelle Menschen der Psychiatrischen Universitätsklinik Münster oder - der zahlenmäßig kleinere Teil der Stichprobe - in einer psychiatrischen-psychotherapeutischen Praxis behandelt wurden.

Die Eingangskriterien, um in das Untersuchungskollektiv mit aufgenommen zu werden, sahen dabei wie folgt aus:

1. Die Transsexualität muss als gesichert gelten
2. Die Probanden müssen sich im Alltagstest befinden
3. Die Probanden müssen in ein standardisiertes Therapieprogramm einbezogen sein
4. Sie müssen zur Teilnahme bereit sein.

Die aktuelle gesetzliche Situation bezüglich der Vornamens- oder Personenstandsänderung spielte für die Rekrutierung keine Rolle.

2.2 Methodik

2.2.1 Durchführung der Untersuchung der Gutachten zur Vornamens- oder Personenstandsänderung

Der zur Auswertung der Gutachten im Rahmen des Verfahrens zur Vornamens- oder Personenstandsänderung erstellte Fragebogen umfasste 69 Items; er war in einer Pilotstudie anhand von 10 Gutachten auf seine Praktikabilität und Aussagekraft hin geprüft worden. Die den Gutachten entnommenen Angaben wurden teilweise sogleich vorgegebenen und codierten Kategorien zugeordnet, bei manchen Items wurden Angaben zunächst frei protokolliert, die Kategoriebildung erfolgte im Rahmen der Datenauswertung.

Die insgesamt 69 Fragen des Fragebogens können in folgende 8 Themengruppen gegliedert werden:

1. Soziale Situation
2. Zur Vorbehandlung
3. Partnerschaft und Sexualität
4. Biographie
5. Schule und Ausbildung
6. Befunde
7. Beantwortung der Beweisfrage
8. Zusätzliche Bemerkungen.

Einzelheiten sind dem Muster des Fragebogens im Anhang zu entnehmen.

Da es sich bei der vorliegenden Arbeit um ein Teilprojekt einer umfangreicheren Studie handelt, werden im Folgenden nicht alle von dem Fragebogen erfassten Bereiche dargestellt. Im Einzelnen geht es um die Daten zur Lebensgeschichte, zur momentanen sozialen Situation und zum aktuellen Therapiestand zum Zeitpunkt der Begutachtung. Weitere Ergebnisse dieser Untersuchung sind der Dissertationsschrift *Zur Behandlungspraxis transsexueller Menschen* von K. Gieselmann zu entnehmen.

2.2.2 Durchführung der Untersuchung transsexueller Probanden in ambulanter psychiatrischer Therapie

Zur Erhebung der Daten des zweiten Untersuchungskollektivs, der Probanden in ambulanter psychiatrischer Therapie, wurde ein semistrukturiertes Interview benutzt, das in Anlehnung an den Fragebogen für die Auswertung der Gutachten entwickelt worden war. Auf diese Weise sollte es ermöglicht werden, in einzelnen Bereichen die Ergebnisse der Gutachtenauswertung mit den Angaben der Patienten in ambulanter Behandlung zu vergleichen.

Das semistrukturierte Interview umfasste 26 Fragen zu folgenden fünf Bereichen:

1. Aktuelle Situation
2. Therapie
3. Prozess der persönlichen Klärung
4. Information und Reaktion der Umwelt
5. Globaler Vergleich der aktuellen Situation mit der vor Behandlungsbeginn.

Auch hier waren für die Erfassung der Antworten z.T. Kategorien vorgegeben; teilweise wurden die Antworten auch verbatim protokolliert und erst anschließend in Kategorien zusammengefasst.

Die Durchführung der Befragung erfolgte jeweils in Räumlichkeiten der Behandlungsinstitution (Poliklinik der Psychiatrischen Universitätsklinik bzw. psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis). Alle personenbezogenen Daten wurden anonymisiert.

2.3 Statistische Auswertung

2.3.1 Statistische Methoden zur Auswertung des Fragebogens von Gutachtenprobanden zur Vornamens- oder Personenstandsänderung

Bei der Auswertung des Fragebogens von Gutachtenprobanden zur Vornamens- oder Personenstandsänderung wird zum einen eine geschlechtsspezifische Verteilung vorgenommen, des weiteren erfolgt eine prozentuale und numerische Verteilung der

erhobenen Daten, eine Bestimmung von Mittelwerten und die Durchführung von Vierfelder-Tests zur Überprüfung der statistischen Signifikanz mit einem Fehler 1. Art von 0,05.

2.3.2 Statistische Methoden zur Auswertung des semistrukturierten Interviews von Probanden in ambulanter psychiatrischer Therapie

Bei der Datenanalyse des semistrukturierten Interviews von Patienten in ambulanter psychiatrischer Therapie erfolgt eine geschlechtsspezifische Verteilung, sowie eine prozentuale und numerische Verteilung der Datensätze als auch eine Bestimmung von Mittelwerten.

Weiterhin wird der Vierfelder-Test beim Vorliegen von unverbundenen Stichproben angewendet. Hierbei wird ein Fehler 1. Art von 0,05 festgelegt.

3 Ergebnisse

3.1 Ergebnisse der Gutachtenauswertung

Ausgewertet wurden 175 Gutachten, die in den Jahren 1984 bis 1996 im Auftrag der Amtsgerichte Dortmund, Düsseldorf und Oldenburg in der Klinik für Psychiatrie der Universität Münster erstattet wurden. Bezogen auf die Gutachtenfragestellung handelt es sich um 67 Gutachten zur Frage der Personenstandsänderung, 108 Gutachten wurden im Rahmen des Verfahrens der Vornamensänderung erstattet. Bezogen auf das biologische Geschlecht wurden 82 Frauen (im weiteren als F-zu-M TS bezeichnet) und 93 Männer (im weiteren als M-zu-F TS bezeichnet) gutachterlich untersucht. Damit ergibt sich ein Verhältnis von F-zu-M TS zu M-zu-F TS von 1:1,13.

Die Abbildung 3.1 gibt die Verteilung zur Vornamens- und Personenstandsänderungen bei Gutachtenprobanden an.

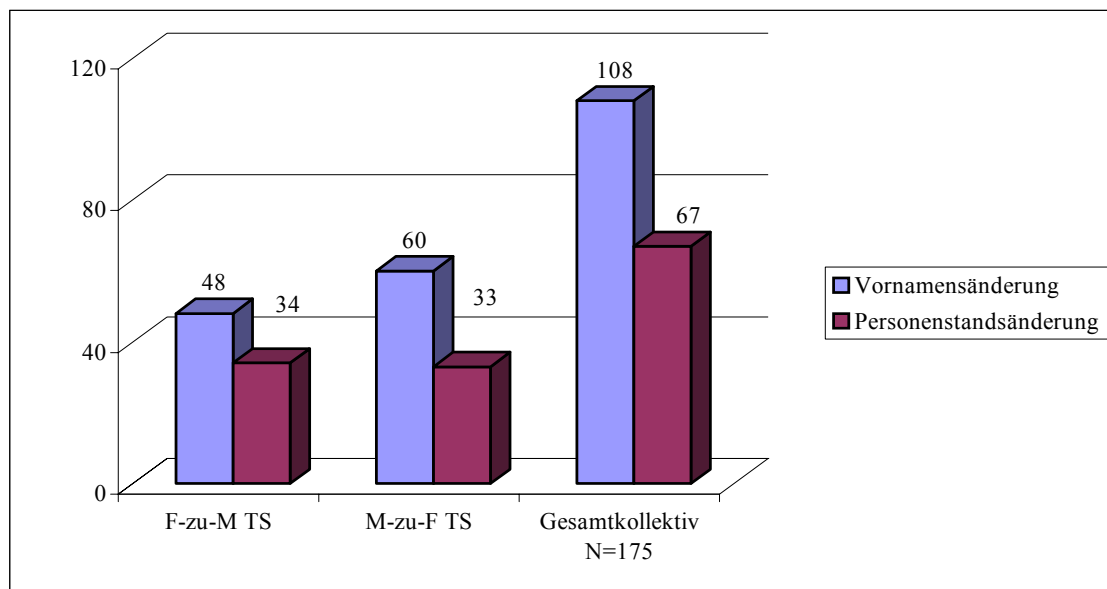


Abbildung 3.1: Vornamens- bzw. Personenstandsänderungen bei Gutachtenprobanden

3.1.1 Familiäre Situation zum Zeitpunkt der Geburt

Die Überprüfung der familiären Situation zum Zeitpunkt der Geburt zeigt, dass 145 der 175 Probanden (82,8%) ehelich geboren sind; dabei waren 62 der 145 Probanden F-zu-M TS und 83 M-zu-F TS.

22 der insgesamt 175 Probanden (12,6%) sind unehelich geboren; bei den F-zu-M TS waren dies 15 von 82 (18,3%) gegenüber 7 von 93 M-zu-F TS (7,5%). Dabei lebten die Eltern bei 6 der unehelich geborenen F-zu-M TS und bei einem der unehelich geborenen M-zu-F TS in einer festen Partnerschaft zusammen.

Bei weiteren 7 der 175 Probanden (4%), die sich aus 3 von 82 F-zu-M TS (3,7%) und 4 der 93 M-zu-F TS (4,3%) zusammensetzen, besteht zum Zeitpunkt der Geburt keine feste Beziehung der leiblichen Eltern; bei weiteren 8 der 175 Probanden (4,6%), 6 von 82 F-zu-M TS (7,3%) und 2 von 93 M-zu-F TS (2,2%), kann aus den Angaben der Gutachten nicht erkannt werden, in welcher Beziehung die Eltern zum Zeitpunkt der Geburt zueinander standen.

Bei der Frage nach möglichen prä- und perinatalen Komplikationen bzw. frühkindlichen Entwicklungsstörungen finden sich hierzu Hinweise in 23 Gutachten (3,1% von N=175). Eine genaue Angabe über die Art dieser Störungen ist jedoch nur in wenigen Fällen gegeben.

In 86,9% der untersuchten Gutachten (152 von N=175) kann man solche Komplikationen bzw. Entwicklungsstörungen jedoch nicht nachweisen.

Die Tabelle 3.1 zeigt die prozentuale Verteilung der prä- bzw. perinatalen Komplikationen oder frühkindlichen Entwicklungsstörungen bezogen auf die Geschlechterverteilung. Dabei ergeben sich bezogen auf die Geschlechterverteilung keine signifikanten Unterschiede.

| | Komplikationen/ Entwicklungsstörungen | | kein Hinweis auf Komplika- tionen/Entwicklungsstörungen | |
|--------------------|--|---------|--|---------|
| | absolut | relativ | absolut | relativ |
| N=175 | 23 | 13,1% | 152 | 86,9% |
| F-zu-M TS Nx=82 | 11 | 13,4% | 71 | 86,6% |
| M-zu-F TS ny=93 | 12 | 12,9% | 81 | 87,1% |

Tabelle 3.1: Prä- bzw. perinatale Entwicklungsstörungen

Zur weiteren Beurteilung der familiären Situation wird nun überprüft, wie häufig Geschwister zu benennen sind und wie häufig die Begutachteten Einzelkinder sind. Dabei zeigt sich, dass 77,1% (135 von N=175) Geschwister haben, 22,9% (40 von N=175) sind Einzelkinder.

3.1.2 Betreuung während Kindheit und Jugend

Schaut man sich im weiteren die Betreuungsform der Probanden bis zur Einschulung an, so erkennt man, dass erwartungsgemäß die meisten Probanden, nämlich 143 der 175 Gutachtenprobanden (82,3%), bei ihren Eltern aufgewachsen sind. Die Verteilung der Geschlechter sieht dabei wie folgt aus: 65 F-zu-M TS (79,3% von n=82) und 78 M-zu-F TS (83,9% von n=93). Bei 5 der 143 Fällen liegt jedoch bis zur Einschulung ein Wechsel der Betreuungsform vor, so dass eine durchgehende Betreuung über die Eltern bis zur Einschulung nur bei 138 der 175 Probanden gegeben ist (78,9%). Weiterhin zeigt sich, dass in 27 Fällen (15,4% von N=175) eine Betreuung über Pflege- bzw. Adoptiveltern oder durch Heime erfolgt. In weiteren 5 Fällen kann keine Aussage über die Form der Betreuung gefunden werden.

Die Tabelle 3.2 zeigt die absoluten und relativen Zahlen der unterschiedlichen Betreuungsformen bezogen auf die Grundgesamtheit und die Geschlechterverteilungen.

Der arithmetrische Mittelwert³ für Fremdbetreuung liegt bei F-zu-M TS (bezogen auf 35 Probanden in Fremdbetreuung) bei 1,6, dahingegen für M-zu-F TS (bezogen auf 35 Probanden in Fremdbetreuung) bei 2,5.

| Betreuungsform | Pflege-/Adoptivfamilie | | Heimbetreuung | | wechselnde Betreuung | | keine Angabe | | Eltern | |
|-------------------|------------------------|---------|---------------|---------|----------------------|---------|--------------|---------|---------|---------|
| | absolut | relativ | absolut | relativ | absolut | relativ | absolut | relativ | absolut | relativ |
| N=175 | 17 | 9,7% | 10 | 5,7% | 5 | 2,9% | 5 | 2,9% | 143 | 82,3% |
| F-zu-M TS N=82 | 11 | 13,4% | 8 | 9,8% | 2 | 2,4% | 2 | 2,4% | 65 | 79,3% |
| M-zu-F TS N=93 | 6 | 6,5% | 2 | 2,2% | 3 | 3,2% | 3 | 3,2% | 78 | 83,9% |

Tabelle 3.2: Betreuungsformen bis zur Einschulung

In Bezug auf die Frage nach einer Heimbetreuung in der Zeit nach der Einschulung, lässt sich feststellen, dass in diesem Lebensabschnitt 19 Probanden (10,9% von N=175) nach dem Zeitpunkt der Einschulung in Heimen betreut werden. Im Verhältnis zu der Anzahl der in Heimen betreuten Probanden bis zur Einschulung sind dies 9 Probanden mehr (dies entspricht einem Zuwachs von 5,1% bei N=175).

Dabei ergibt sich eine Geschlechterverteilung von 9 F-zu-M TS (11% von n=82) und 10 M-zu-F TS (10,8% von n=93) mit einer Heimbetreuung in späterer Kindheit und Jugend, wobei die Zahl der F-zu-M TS im Vergleich zur Zahl der Heimbetreuungen bis zur Einschulung lediglich von 8 auf 9 Probanden angestiegen ist (dies entspricht einem Anstieg von 1,1% bei n=82), die Zahl der Heimbetreuungen bei M-zu-F TS in Kindheit und Jugend hat jedoch numerisch deutlich zugenommen im Verhältnis zu der Anzahl der Heimbetreuungen bis zur Einschulung: 10 Heimaufenthalte von M-zu-F TS in späterer Kindheit und Jugend gegenüber 2 Heimaufhalten von M-zu-F TS bis zur Einschulung, was einem Unterschied von 8,6% (10,8% M-zu-F TS nach vs. 2,2% M-zu-F TS bis zur Einschulung) entspricht.

³ Im weiteren Verlauf als Mittelwert bezeichnet.

Die Abbildung 3.2 verdeutlicht nochmals die numerische Verteilung der Heimaufenthalte in Kindheit und Jugend.

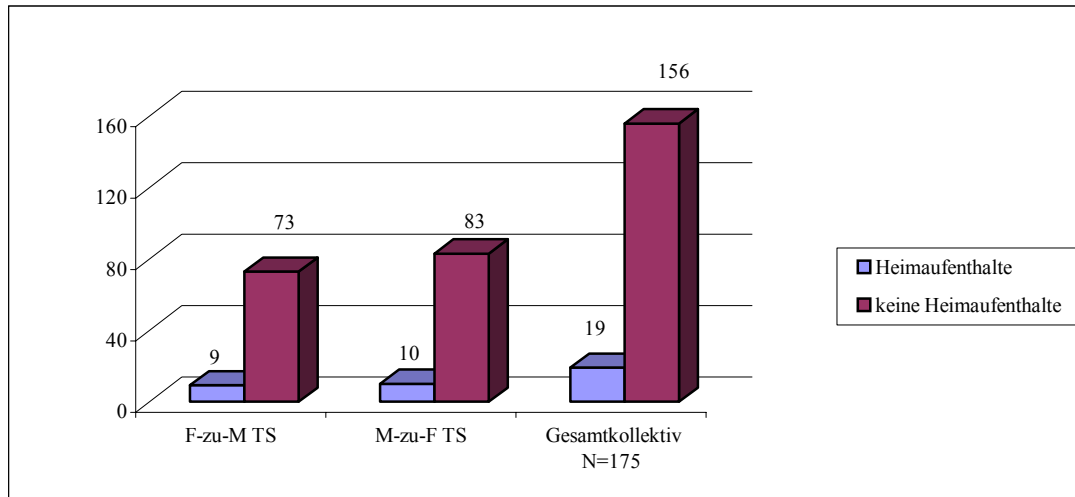


Abbildung 3.2: Heimaufenthalte

Bei 18 F-zu-M TS (22% von n=82) und 9 M-zu-F TS (9,7% von n=93) lässt sich eine mehr als 3 monatige Abwesenheit eines oder beider Elternteile bis zur Einschulung nachweisen.

Bei der Überprüfung der statistischen Signifikanz mittels des Vierfelder-Tests beim Vorliegen unverbundener Stichproben ergibt sich eine Bestätigung der Hypothese H1: bei F-zu-M TS sind eines oder beide Elternteile häufiger länger als drei Monate abwesend als bei M-zu-F TS, da bei einem χ^2 von 5,03 und einem Prüfmaß von 124,3 bei $\alpha=0,05$ die H_0 Hypothese verworfen werden muss. D.h. bei F-zu-M TS sind eines oder beide Elternteile signifikant häufiger länger als 3 Monate abwesend als bei M-zu-F TS.

In insgesamt 148 Gutachten (84,6% von N=175) kann jedoch eine längere Abwesenheit eines oder beider Elternteile nicht festgestellt werden. Die Geschlechterverteilung numerisch und prozentual sieht dabei wie folgt aus: 64 F-zu-M TS (78% von n=82) zu 84 M-zu-F TS (90,3% von n=93).

Um weitere Angaben über die Familienkonstellation zu erhalten, wird die Anzahl der Trennungen bzw. Scheidungen der Eltern untersucht. Hierbei zeigt sich, dass nach den Angaben von 97 der 175 Gutachtenprobanden (55,4%) keine Scheidung bzw. Trennung

der Eltern erfolgte. Bei weiteren 32 der 175 Gutachten (18,3%) finden sich keine Angaben zur Trennung oder zum Zusammenleben der Eltern.

In insgesamt 46 der untersuchten Gutachten zeigt sich demgegenüber, dass die Eltern der Probanden sich scheiden ließen oder sich trennten. Bei der Betrachtung der Geschlechterverteilung mit 22 F-zu-M TS (26,8% von n=82) und 24 M-zu-F TS (25,8% von n=93) zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied.

Bei der Aufgliederung der Trennung bzw. Scheidung der Eltern nach dem Alter der Patienten kann der Abbildung 3.3 entnommen werden, dass die numerisch meisten Trennungen bzw. Scheidungen der Eltern vor der Einschulung, also vor dem 6. Lebensjahr erfolgt sind, d.h. zu einem Zeitpunkt, wo der familiäre Zusammenhalt noch von besonders großer Bedeutung ist.

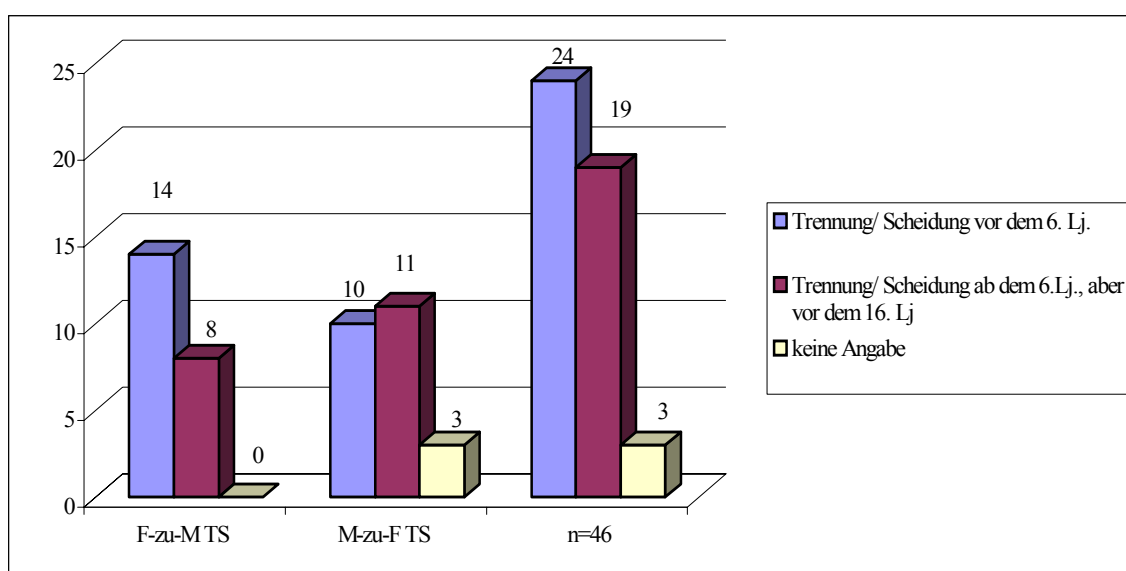


Abbildung 3.3: Zeitpunkt der Trennung bzw. Scheidung der Eltern

Die Überprüfung eines etwaigen sexuellen Missbrauchs bzw. körperlicher Misshandlung zeigt, dass sexueller Missbrauch insgesamt nur in 3,1% aller Gutachten beschrieben wurde. Bei F-zu-M TS waren dies 4,9% der Fälle, bei M-zu-F TS kam dies in 5,4% der Fälle vor.

Körperliche Misshandlungen zeigten sich in 8,6% der 175 Gutachten, bei F-zu-M TS waren es 9,8% der 82 Probanden, bei M-zu-F TS 7,5% der 93 Probanden.

Als nächster Untersuchungspunkt steht nun die Überprüfung der emotionalen Beziehung zu den Eltern an. Hierunter werden Aspekte wie Vertrauen, Identifikationsmöglichkeiten mit den Eltern und emotionale Nähe und Geborgenheit zusammen gefasst.

Schaut man sich nun die emotionalen Beziehungsstörungen der Gutachtenprobanden zu den Eltern an, lässt sich nachweisen, dass in 72 der 175 Gutachten (41,1%) tiefgreifende emotionale Beziehungsstörungen vorliegen; dabei finden sich in 30 Fällen eine Störung zu beiden Eltern (41,7% von n=72), in 25 Fällen liegt eine Störung zum Vater vor (34,7% von n=72) und in 17 Fällen findet sich eine Beziehungsstörung zur Mutter (23,6% von n=72).

Bei der Geschlechterverteilung zeigt sich, dass 15 F-zu-M TS und 15 M-zu-F TS eine emotionale Störung zu beiden Elternteilen aufweisen.

Die Verteilung bezüglich der emotionalen Beziehungsstörung zum Vater zeigt, dass 8 F-zu-M TS diese aufweisen und 17 M-zu-F TS.

Bei der emotionalen Beziehungsstörung zur Mutter zeigt sich, dass 11 F-zu-M TS und 6 M-zu-F TS diese Störung angeben.

Bezüglich dieser Zahlen könnte man nun die Hypothese aufstellen, dass das jeweils gleichgeschlechtliche Elternteil als Identifikationsobjekt nicht zur Verfügung steht. Bei der Prüfung der statistischen Signifikanz mittels Vierfelder-Test muss diese Hypothese jedoch verworfen werden.

3.1.3 Partnerschaft und Sexualität

Die Ablehnung des eigenen Körpers, und hier speziell der genitalen Merkmale des biologischen Geschlechts, gilt als charakteristisches Merkmal transsexuellen Erlebens. Vielfach wird auch ein fehlendes sexuelles Interesse oder wenigstens eine rigorose Ablehnung eigener sexueller Handlungen als für transsexuelle Menschen kennzeichnend beschrieben. Dies gilt aber keineswegs allgemein, wie die therapeutische Erfahrung zeigt. Wir haben deshalb auch die Gutachten daraufhin ausgewertet, welche Angaben zu Sexualität und Partnerschaft der Probanden gemacht werden.

Im einzelnen wurden folgende Items geprüft:

1. Masturbationserfahrungen
2. Heterosexuelle Erfahrungen (bezogen auf das biologische Geschlecht)
3. Homosexuelle Erfahrungen (bezogen auf das biologische Geschlecht)
4. Länger (im Sinn von „fester Beziehung“) als ½ Jahr dauernde heterosexuelle Partnerschaften (en) (bezogen auf das biologische Geschlecht)
5. Länger (im Sinn von „fester Beziehung“) als ½ Jahr dauernde homosexuelle Partnerschaft (en) (bezogen auf das biologische Geschlecht)
6. Zahl der Eheschließungen
7. Zahl der leiblichen Kinder.

Zu 1:

In 68 Gutachten wird ausdrücklich über Masturbationserfahrungen der Probanden berichtet, dabei handelt es sich um 24 F-zu-M TS und 44 M-zu-F TS. 37 Probanden sagen aus, sie hätten solche Erfahrungen nicht. Keine Angaben zu dieser Erfahrung finden sich in 70 Gutachten. Dieser hohe Anteil ist erstaunlich; allerdings werden in den Gutachten meist nur Beziehungen und Partnerschaften ausdrücklich erwähnt, nicht aber Masturbationserfahrungen.

Überprüft man nun die statistische Signifikanz der F-zu-M TS im Verhältnis zu den M-zu-F TS bei Vorliegen von Masturbationserfahrungen, so zeigt sich bei Anwendung des Vierfelder-Tests, dass M-zu-F TS statistisch signifikant häufiger Masturbationserfahrungen aufweisen als F-zu-M TS (hierbei liegt bei einem Fehler erster Art von 0,05 ein Prüfmaß von 124,3 und ein $\chi^2 = 8,44$ vor).

Die Tabelle 3.3 verdeutlicht die prozentuale und numerische Verteilung dieses Untersuchungspunktes.

| | Masturbationserfahrungen | | keine Masturbationserfahrungen | | keine Angabe | |
|-------------------|--------------------------|---------|--------------------------------|---------|--------------|---------|
| | absolut | relativ | absolut | relativ | absolut | relativ |
| N=175 | 68 | 38,9% | 37 | 21,1% | 70 | 40,0% |
| F-zu-M TS n=82 | 24 | 29,3% | 24 | 29,3% | 34 | 41,5% |
| M-zu-F TS n=93 | 44 | 47,3% | 13 | 14,0% | 36 | 38,7% |

Tabelle 3.3: Masturbationserfahrungen bei Gutachtenprobanden

Von großem Interesse bei dem Thema der Transsexualität sind auch immer wieder die Fragen nach hetero- bzw. homosexuellen Erfahrungen und Beziehungen. Dabei sei nochmals darauf hingewiesen, dass die Charakterisierung einer Partnerschaft als hetero- bzw. homosexuell aus Sicht der betroffenen Menschen unzutreffend ist, sofern man die Kennzeichnung entsprechend der üblichen Sprachregelung auf das biologische Geschlecht bezieht. Wenn wir also die Partnerbeziehung eines M-zu-F TS Menschen zu einem Mann als homosexuell bezeichnen, so widerspricht diese Charakterisierung entschieden dem Erleben des Betroffenen, der sich selbst ja als Frau fühlt und entsprechend seine Beziehung zu einem Mann keineswegs als homosexuell gewertet wissen möchte. Wenn in dieser Arbeit gleichwohl das biologische Geschlecht als Bezugspunkt auch in der Terminologie gewählt wird, so geschieht das vor allem in Hinblick auf den Leser, für den hierdurch manche Entwicklungsprozesse (insbesondere soweit sie biologische Aspekte berühren) besser verständlich werden. Im Hinblick auf das subjektive Erleben der Betroffenen ist ein solches Vorgehen gleichwohl durchaus fragwürdig.

Zu 2:

Unter dem Begriff heterosexuelle Erfahrungen werden partnerschaftliche Kontakte der transsexuellen Probanden mit dem, entsprechend des biologischen Geschlechts, andersgeschlechtlichen Partner verstanden. Dabei zeigte sich bei der Auswertung der Gutachten, dass die Probanden nicht immer heterosexuelle Partnerschaften mit

Geschlechtsverkehr⁴ verbinden, so dass im weiteren eine Aufteilung in die Kategorien heterosexuelle Erfahrungen mit GV und heterosexuelle Erfahrungen ohne GV erfolgen. Des weiteren kann auch nicht in allen Gutachten erkannt werden, ob ein GV vollzogen wurde oder nicht.

Bei der Auswertung der Gutachten bezüglich heterosexueller Erfahrungen (bezogen auf das biologische Geschlecht), weisen 101 Probanden eine heterosexuelle Erfahrung auf, dabei handelt es sich um 40 F-zu-M TS (48,8% von n=82) und 61 M-zu-F TS (65,5% von n=93).

60 Probanden (34,3% von N=175), 32 F-zu-M TS (39% von n=82) und 28 M-zu-F TS (30,1% von n=93) gaben explizit an, keine heterosexuelle Erfahrungen gemacht zu haben. Keine Angaben über heterosexuelle Erfahrungen lassen sich in 14 Gutachten finden, dabei handelt es sich um 9 F-zu-M TS (11% von n=82) und 5 M-zu-F TS (5,4% von n=93).

Bei der Aufteilung der Form der heterosexuellen Erfahrungen geben 77 Probanden (25 F-zu-M TS und 52 M-zu-F TS) an, heterosexuelle Erfahrungen mit GV gehabt zu haben (76,2% von n=101).

19 Begutachtete sagen aus, heterosexuelle Erfahrungen ohne GV zu haben (18,8% von n=101), dabei handelt es sich um 14 F-zu-M TS (56% von n=25) und 5 M-zu-F TS (9,6% von n=52).

Keine Angaben, ob GV vollzogen wurde, finden sich in 5 Gutachten (10,8% von N=175), dabei handelt es sich um 1 F-zu-M TS (4% von n=25) und 4 M-zu-F TS (7,7% von n=52).

Schaut man sich nun die statistische Signifikanz für heterosexuelle Erfahrungen, unabhängig vom vollzogenen GV, im Verhältnis zu nicht erfolgten heterosexuellen Erfahrungen an, so lässt sich erkennen, bei Anwendung des Vierfelder-Tests, dass heterosexuelle Erfahrungen statistisch signifikant häufiger vorkommen als keine heterosexuellen Erfahrungen.

Weiterhin zeigt sich, dass M-zu-F TS signifikant häufiger heterosexuelle Erfahrungen aufweisen als F-zu-M TS (hierbei ergibt sich ein Prüfmaß von 124,3, bei einem Fehler erster Art von 0,05, einem n=96 und einem $X^2=10,73$, so dass H_0 verworfen werden muss).

⁴ Im weiteren als GV bezeichnet.

Die Tabelle 3.4 gibt die numerische und prozentuale Verteilung der heterosexuellen Erfahrungen bezüglich des Vorliegens von GV wieder.

| | heterosexueller Geschlechtsverkehr | | kein heterosexueller Geschlechtsverkehr | | keine Angabe | |
|-------------------|------------------------------------|---------|---|---------|--------------|---------|
| | absolut | relativ | absolut | relativ | absolut | relativ |
| n=101 | 77 | 76,2% | 19 | 18,8% | 5 | 5,0% |
| F-zu-M TS n=40 | 25 | 62,5% | 14 | 35% | 1 | 2,5% |
| M-zu-F TS n=61 | 52 | 85,2% | 5 | 8,2% | 4 | 6,6% |

Tabelle 3.4: Häufigkeit heterosexueller Erfahrungen transsexueller Probanden (bezogen auf das biologische Geschlecht)

Zu 3:

Im Rahmen der Untersuchung homosexueller Erfahrungen (bezogen auf das biologische Geschlecht) wird jetzt nicht unterschieden, ob diese Erfahrungen mit GV einhergehen oder nicht, da aufgrund der Ungenauigkeit der Angaben eine Unterteilung in diese Sparten nicht möglich war.

Homosexuelle Erfahrungen geben insgesamt 116 Probanden an (66,3% von N=175). Dabei ergibt sich eine Geschlechterverteilung von 64 F-zu-M TS (78% von n=82) und 52 M-zu-F TS (55,9% von n=93).

Keine homosexuellen Erfahrungen weisen die Probanden in 51 Gutachten auf (29,1% von N=175), 14 davon sind F-zu-M TS (17,1% von n=82) und 37 sind M-zu-F TS (39,8% von n=93).

Keine Angaben über das Vorliegen von homosexuellen Erfahrungen finden sich insgesamt in 8 Gutachten, wobei es sich hierbei um 3 F-zu-M TS (3,7% von n=82) und 5 M-zu-F TS (5,4% von n=93) handelt.

Die Unterschiede zwischen M-zu-F TS und F-zu-M TS in Bezug auf das Vorliegen homosexueller Erfahrungen erweisen sich als statistisch signifikant (bei einem Prüfmaß von 124,3 und einem X² von 10,67 muss H₀ verworfen werden).

Das Verhältnis zwischen heterosexuellen und homosexuellen Erfahrungen liegt bei 1:1,5. Die Tabelle 3.5 gibt nun die numerischen und prozentualen Verteilungen der homosexuellen Erfahrungen wieder.

| | homosexuelle Erfahrungen | | keine homosexuellen Erfahrungen | | keine Angabe | |
|-------------------|--------------------------|---------|---------------------------------|---------|--------------|---------|
| | absolut | relativ | absolut | relativ | absolut | relativ |
| N=175 | 116 | 66,3% | 51 | 29,1% | 8 | 4,6% |
| F-zu-M TS n=82 | 63 | 76,8% | 14 | 17,1% | 5 | 6,1% |
| M-zu-F TS n=93 | 53 | 57,0% | 37 | 39,8% | 3 | 3,2% |

Tabelle 3.5: Homosexuelle Erfahrungen transsexueller Menschen (bezogen auf das biologische Geschlecht)

Zu 4:

Bei der Untersuchung der 101 Gutachten, in denen heterosexuelle Erfahrungen (bezogen auf das biologische Geschlecht) berichtet wurden, finden sich 30 Fälle (29,7% von n=101), in denen die Partnerschaft maximal ein halbes Jahr aufrecht erhalten wurde.

Von diesen 30 Gutachten beziehen sich 18 auf F-zu-M TS (45% von n=40) und 12 auf M-zu-F TS (19,7% von n=61).

Eine länger als $\frac{1}{2}$ Jahr dauernde heterosexuelle Partnerschaft geben 67 Probanden an (66,3% von n=101). Dabei handelt es sich um 20 F-zu-M TS (50% von n=40) und 47 M-zu-F TS (77% von n=61).

In weiteren 4 Gutachten werden keine Angaben bezüglich der Dauer der heterosexuellen Beziehungen gemacht (4% von n=101).

Bei der Prüfung der statistischen Signifikanz mittels Vierfelder-Test, zeigt sich ein X^2 von 7,9, so dass bei einem Prüfmaß von 124,3 bei n=97 die H_0 Hypothese (heterosexuelle Partnerschaften mit einer Dauer von mehr als $\frac{1}{2}$ Jahr sind nicht häufiger als heterosexuelle Partnerschaften mit einer Dauer von weniger als $\frac{1}{2}$ Jahr) verworfen werden muss. Damit zeigt sich also, dass heterosexuelle Partnerschaften (bezogen auf das biologische Geschlecht) signifikant häufig länger als $\frac{1}{2}$ Jahr dauern.

Überprüft man weiterhin die statistische Signifikanz für das Vorliegen länger bestehender heterosexueller Partnerschaften bei F-zu-M TS im Verhältnis zu M-zu-F TS, so zeigt sich, dass M-zu-F TS signifikant häufig länger bestehende heterosexuelle Partnerschaften aufweisen (hierbei ergibt sich ein Prüfmaß von 113,1 bei einem Fehler erster Art von 0,05 und einem n von 87, so dass bei einem χ^2 von 9,6 die H_0 -Hypothese verworfen werden muss).

Zu 5:

Von den 116 Patienten, die über homosexuelle Erfahrungen berichten (bezogen auf das biologische Geschlecht), unterhielten 95 (81,9% von $N=116$) eine Beziehung länger als ein halbes Jahr. Davon sind 56 F-zu-M TS (88,9% von $n=63$) und 39 M-zu-F TS (73,6% von $n=53$).

12 der 116 Probanden (10,3%) geben an, zwar homosexuelle Erfahrungen (bezogen auf das biologische Geschlecht) zu haben, hierbei handelt es sich jedoch nicht um länger dauernde Partnerschaften. Dabei handelt es sich um 7 F-zu-M TS (11,1% von $n=63$) und 5 M-zu-F TS (9,4% von $n=53$).

9 der 116 (7,8%) Gutachten in denen homosexuelle Erfahrungen (bezogen auf das biologische Geschlecht) bezeichnet wurden, lassen nicht erkennen, ob eine länger dauernde Partnerschaft bestand.

Bei der Prüfung der statistischen Signifikanz ergibt sich bei der Anwendung des Vierfelder-Tests beim Vorliegen unverbundener Stichproben ein $\chi^2=0,0016$. Bei $n=107$ und einem Prüfmaß von 124,3 muss die H_0 Hypothese (homosexuelle Partnerschaften mit einer Dauer von mehr als $\frac{1}{2}$ Jahr sind nicht häufiger als homosexueller Partnerschaften mit einer Dauer von weniger als $\frac{1}{2}$ Jahr) verworfen werden, was bedeutet, dass auch homosexuelle Partnerschaften statistisch signifikant häufig länger als $\frac{1}{2}$ Jahr dauern.

Bei der Überprüfung der statistischen Signifikanz auf das Vorliegens länger dauernder Partnerschaften bezogen auf die Geschlechterverteilung zeigt sich, dass F-zu-M TS signifikant häufig länger dauernde homosexuelle Partnerschaften führen als M-zu-F TS.

Zu 6:

Betrachtet man nun alle Gutachten mit der Frage nach der Anzahl der Eheschließungen, so zeigt sich, dass 37 der insgesamt 175 Probanden (21,1%) jemals eine Ehe eingegangen sind. Davon sind 10 F-zu-M TS (12,2% von n=82) und 27 M-zu-F TS (29% von n=93).

3 Probanden (1,7 von N=175) sind zweimal eine Ehe eingegangen. Hierbei handelt es sich um 1 F-zu-M TS (1,1% von n=82) und 2 M-zu-F TS (2,2% von n=93).

Keine Eheschließungen lagen in 138 der 175 Begutachtungen vor. Hierbei handelte es sich um 66 F-zu-M TS (80,5% von n=82) und 72 M-zu-F TS (77,4% von n=93).

Der arithmetische Mittelwert für Eheschließungen beträgt 0,22, der speziell für F-zu-M TS liegt bei 0,13, der für M-zu-F TS liegt bei 0,30.

Wendet man nun den Vierfelder-Test zur Überprüfung der statistischen Signifikanz an, so zeigt sich, dass M-zu-F TS signifikant häufiger Eheschließungen eingehen als F-zu-M TS (H0 muss bei einem Prüfmaß von 124,3 und einem X2 von 0,74 verworfen werden).

Die Anzahl der Eheschließungen wird nochmals durch die Abbildung 3.4 verdeutlicht.

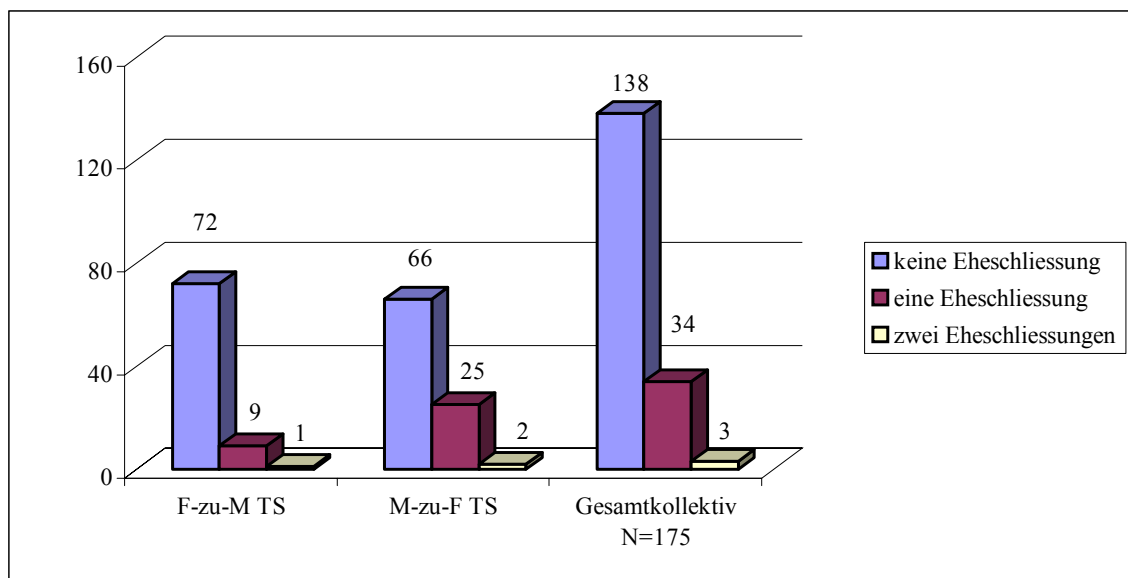


Abbildung 3.4: Zahl der Eheschließungen

Zu 7:

Bei der Frage nach leiblichen Kindern zeigt sich, dass 146 der 175 Gutachtenprobanden (83,4%) kinderlos sind. 17 haben ein Kind (9,7% von N=175), 7 der Begutachteten (4% von N=175) sagen aus 2 Kinder zu haben und 5 Probanden (2,9% von N=175) geben an mehr als 2 Kinder zu haben.

Bei der Betrachtung der Geschlechterverteilung zeigt sich, dass 75 der 82 F-zu-M TS (91,5%) kinderlos sind. Bei den M-zu-F TS sind dies 71 der 93 (76,3%). 5 F-zu-M TS (6,1% von n=82) haben ein Kind, bei den M-zu-F TS sind dies 12 der 93 (12,9%). Zwei Kinder haben 1 F-zu-M TS (1,2% von n=82) und 6 M-zu-F TS (6,5% von n=93). Mehr als 2 Kinder haben 1 F-zu-M TS (1,2% von n=82) und 5 M-zu-F TS (5,4% von n=93).

Der arithmetische Mittelwert für leibliche Kinder liegt bei 0,26 für alle Probanden. Der Mittelwert für F-zu-M TS bei 0,12, der Mittelwert für M-zu-F TS liegt bei 0,38.

Diese Werte liegen deutlich unter dem arithmetischen Mittelwert der Gesamtbevölkerung, welcher bei 1,4 Kindern liegt.

Des weiteren zeigt sich bei Anwendung des Vierfelder-Tests zur Prüfung der statistischen Signifikanz, dass M-zu-F TS signifikant häufiger Kinder besitzen als F-zu-M TS.

Die Verteilung der Anzahl leiblicher Kinder kann nochmals der Abbildung 3.5 entnommen werden.

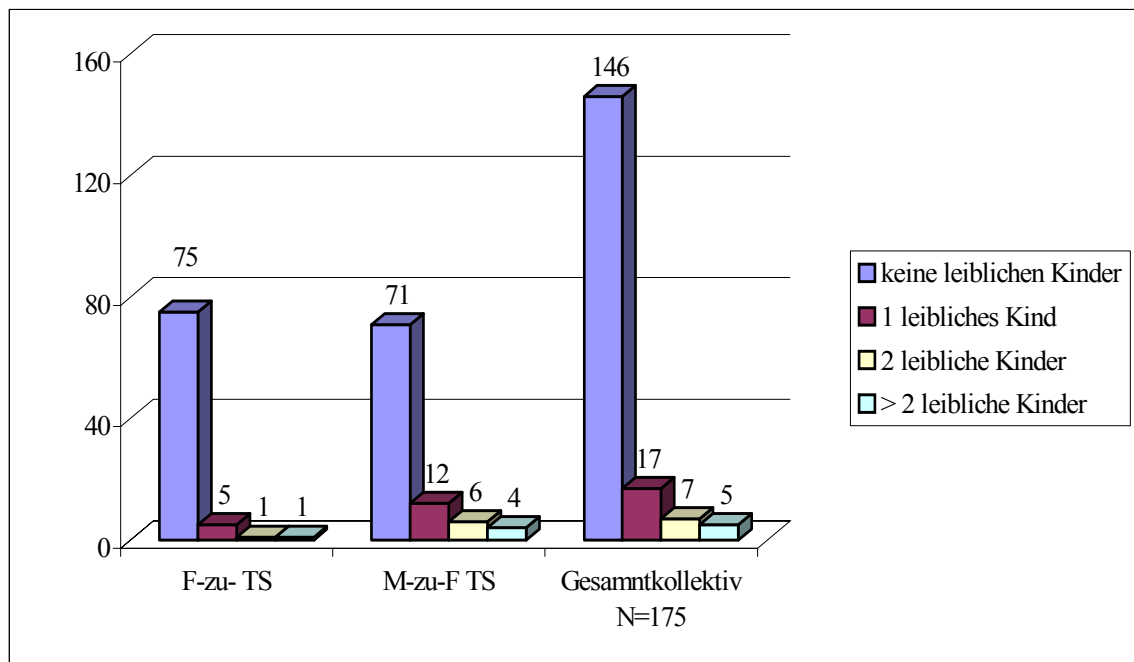


Abbildung 3.5: Anzahl leiblicher Kinder

3.1.4 Aktuelle Wohnsituation

Bei der Betrachtung der aktuellen Wohnsituation zum Zeitpunkt der Datenerhebung zeigt sich, dass 63 der 175 Probanden (36%) alleine leben. 49 der Begutachteten leben mit einem Partner zusammen (28% von N=175), 22 (12,6% von N=175) wohnen noch im Elternhaus und 8 der Probanden (4,6% von N=175) geben an in einer Wohngemeinschaft zu leben.

Die Geschlechterverteilung, welche in absoluten und relativen Zahlen der Tabelle 3.6 entnommen werden kann, zeigt, dass F-zu-M TS prozentual häufiger mit einem Partner zusammen leben als M-zu-F TS. M-zu-F TS dahingegen prozentual häufiger alleine leben.

| | Wohnt allein | Wohnt mit Partner | Wohnt bei den Eltern | Wohnt in WG | sonstiges | keine Angabe zur Wohnsituation |
|------------------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------|------------------|---------------------------------------|
| N=175 absolut | 63 | 49 | 22 | 8 | 5 | 28 |
| N=175 relativ | 36,0% | 28,0% | 12,6% | 4,6% | 2,9% | 16,0% |
| F-zu-M TS n=82 absolut | 25 | 26 | 14 | 0 | 2 | 15 |
| F-zu-M TS n=82 relativ | 30,5% | 31,7% | 17,1% | 0,0% | 2,4% | 18,3% |
| M-zu-F TS n=93 absolut | 38 | 23 | 8 | 8 | 3 | 13 |
| M-zu-F TS n=93 relativ | 40,9% | 24,7% | 8,6% | 8,6% | 3,2% | 14,0% |

Tabelle 3.6: Aktuelle Wohnsituation

3.1.5 Ausbildung und finanzielle Situation

Beleuchtet man diesen Punkt genauer, so zeigt sich, dass 34,3% (60 Gutachtenprobanden von N=175) zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung arbeitslos sind. Dieser Prozentsatz liegt deutlich über dem Anteil der Arbeitslosen in Deutschland derzeit.

Der Anteil der Probanden, die zum Zeitpunkt der Befragung berufstätig sind, beträgt 45,1% (79 Gutachtenprobanden von N=175). 16,6% (29 Gutachtenprobanden von N=175) befinden sich in der Ausbildung, 1,1% (2 Gutachtenprobanden von N=175) sind zum Zeitpunkt der Datenerhebung bereits berentet und in 2,9% der Fälle (5 Gutachtenprobanden von N=175) kann der momentane beruflich Stand nicht eruiert werden.

Addiert man nun die Anzahl derer, die zum Zeitpunkt der Begutachtung in einem Arbeitsverhältnis stehen mit denen, die eine Ausbildung absolvieren, so ergibt sich eine Fallzahl von 108 Probanden (61,7% von N=175), die zum Zeitpunkt der Datenerhebung in einem Arbeitsverhältnis stehen. Vgl. Abbildung 3.6.

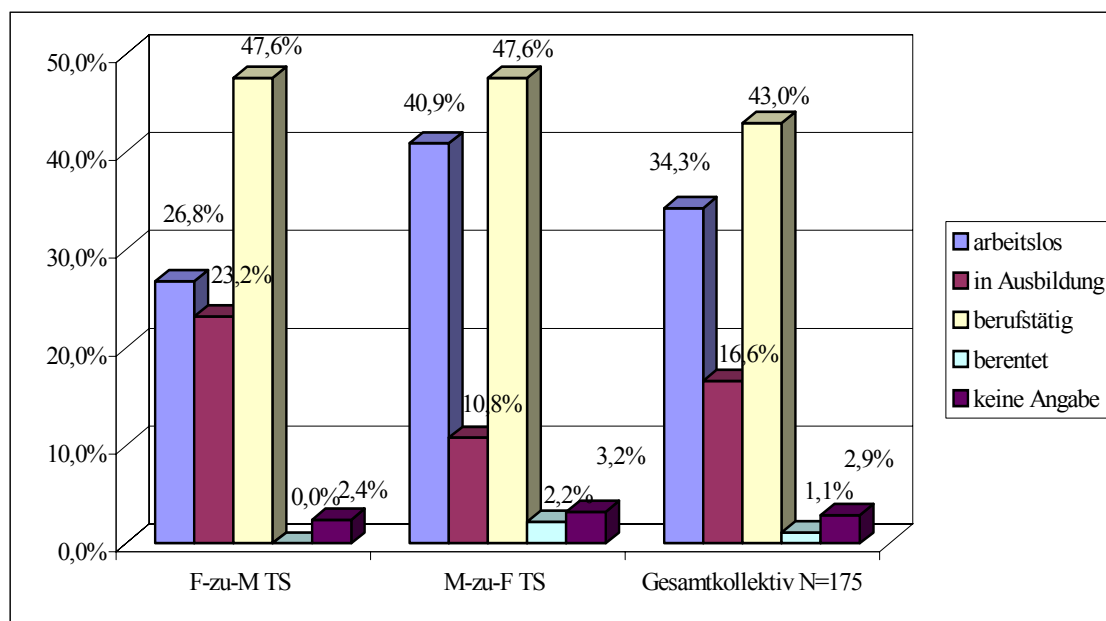


Abbildung 3.6: Berufliche Situation zum Zeitpunkt der Begutachtung (Angaben in Prozent)

Bei der Betrachtung der Schulausbildung zeigt sich, dass 152 der 175 Begutachteten (86,9%) eine abgeschlossene Schulausbildung aufweisen, und zwar 70 der F-zu-M TS (85,4% von n=82) und 82 der M-zu-F TS (88,2% von n=93).

In 9 Gutachten (5,1% von N=175) lässt sich nicht eruieren, ob eine Schulausbildung vorliegt oder nicht. Nur 14 der 175 Gutachtenprobanden (8%) haben zum Zeitpunkt der Befragung keine abgeschlossene Schulausbildung und keiner der Probanden ist zum Zeitpunkt der Begutachtung noch Schüler. Vgl. dazu Abbildung 3.7.

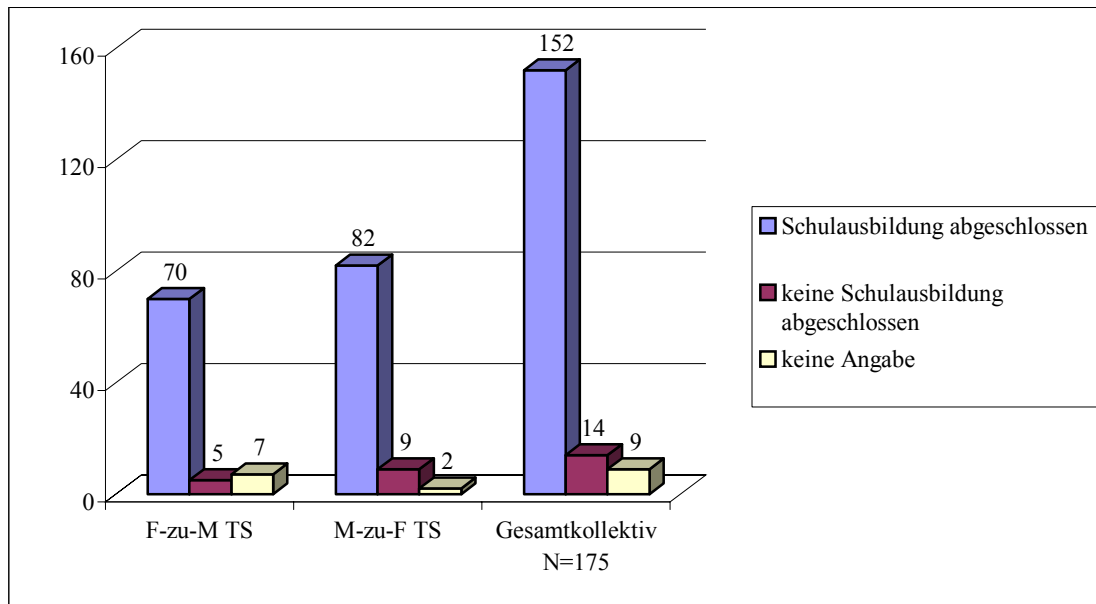


Abbildung 3.7: Schulausbildung zum Zeitpunkt der Begutachtung

Bei der Verteilung auf die einzelnen Schulformen lässt sich nun erkennen, dass der Hauptschulabschluss der am häufigsten erfolgte Abschluss ist. Die genaue Verteilung der Schulabschlussformen, hierbei bezogen auf n=152 Probanden, die eine abgeschlossenen Schulausbildung zum Zeitpunkt der Datenerhebung aufweisen, sowie die Verteilung der Geschlechter, bezogen auf n=70 F-zu-M TS und n=82 M-zu-F TS, zeigt die Abbildung 3.8.

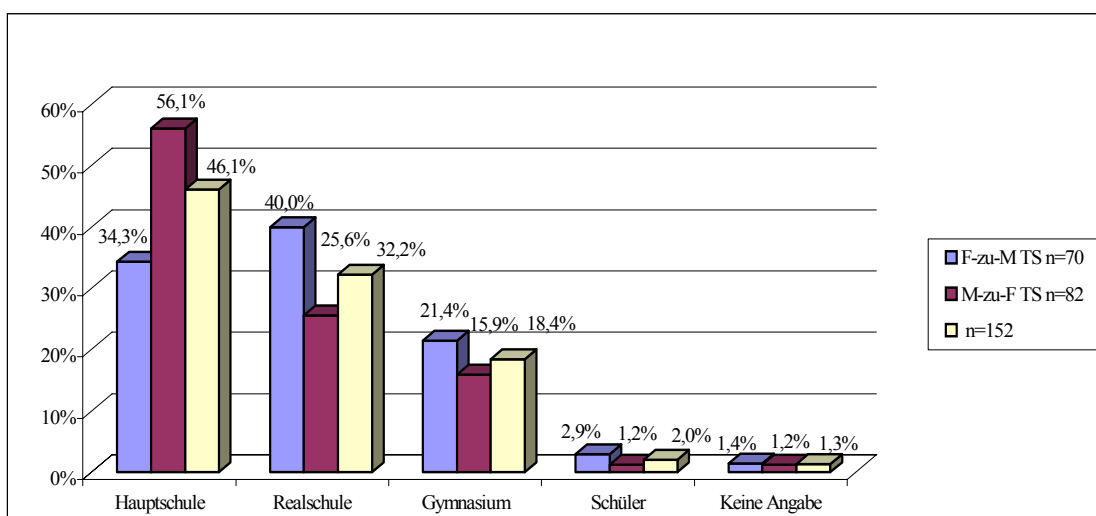


Abbildung 3.8: Formen der Schulausbildung (Angaben in Prozent)

Bei der Betrachtung der abgeschlossenen Berufsausbildung weisen 96 Probanden (54,9% von N=175) zum Zeitpunkt der Begutachtung eine abgeschlossene Berufsausbildung auf, dabei sind dies 35 F-zu-M TS (42,7% von n=82) und 61 M-zu-F TS (66,1% von n=93).

11 Probanden (6,3% von N=175), 9 F-zu-M TS (11% von n=82) und 2 M-zu-F TS (2,2% von n=93), sind noch in der Ausbildung.

26 Begutachtete (14,9% von N=175) haben keine abgeschlossene Berufsausbildung. Diese teilen sich in 14 F-zu-M TS (17,1% von n=82) und 12 M-zu-F TS (12,9% von n=93) auf.

34 der 175 Gutachtenprobanden (19,4%) haben noch nie eine Ausbildung begonnen. Hierbei handelt es sich um 16 F-zu-M TS (19,5% von n=82) und 8 M-zu-F TS (8,6% von n=93).

Addiert man nun die Anzahl derer mit abgebrochener Berufsausbildung und derer ohne Berufsausbildung zusammen, so zeigt sich, dass 60 der 175 Begutachteten (34,3%) keine abgeschlossene Berufsausbildung besitzen. In 8 Gutachten finden sich keine Angaben über einen Berufsausbildungsabschluss.

Bei der Betrachtung der Geschlechterverteilung zeigt sich weiterhin, dass die Anzahl der M-zu-F TS mit abgeschlossener Berufsausbildung höher ist als die der F-zu-M TS. Weiterhin zeigt sich, dass M-zu-F TS seltener eine abgebrochene Berufsausbildung oder keine Berufsausbildung aufweisen als F-zu-M TS. Vgl. dazu Abbildung 3.9.

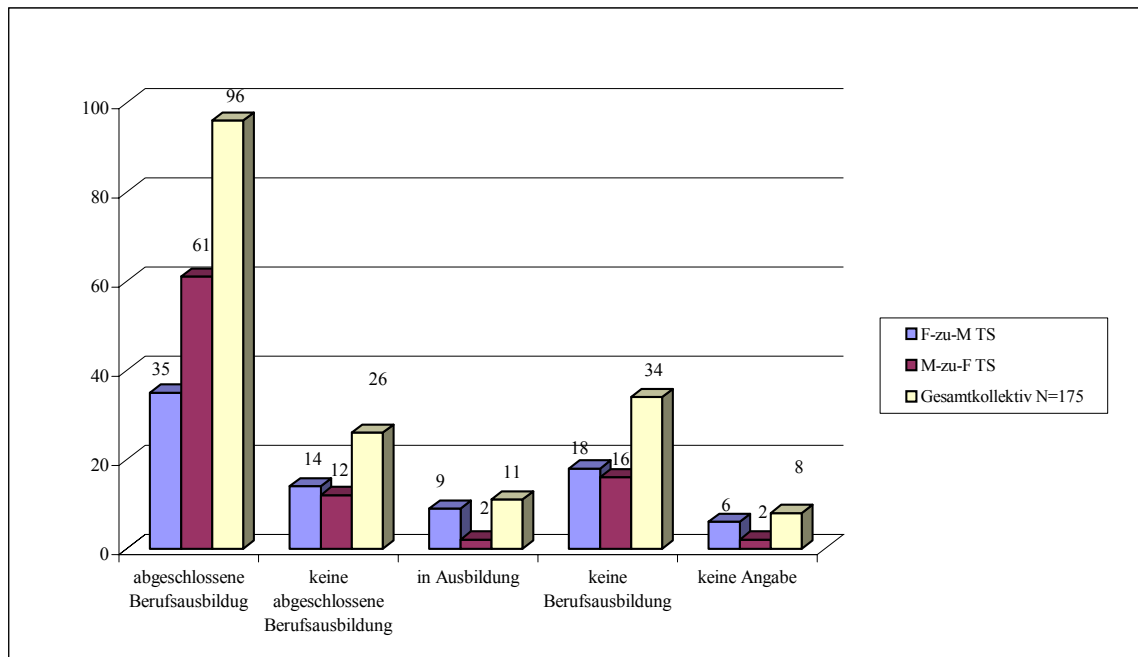


Abbildung 3.9: Ausbildungsstand

Um einen weiteren Hinweis auf die soziale und gesellschaftliche Situation Transsexueller zu bekommen wird nun überprüft, wie viele der Begutachteten ein abgeschlossenes Hochschulstudium aufweisen.

Dabei zeigt sich, dass lediglich 12 der 175 Gutachtenprobanden (6,9%) ein abgeschlossenes Studium nachweisen können. Dabei handelt es sich um 5 F-zu-M TS (6,1% von n=82) und 7 M-zu-F TS (7,5% von n=93).

3.1.6 Information des sozialen Umfelds der Probanden über die eigene Transsexualität

Von weiterem Interesse bei der Darstellung der psychosozialen Situation transsexueller Menschen ist die Frage nach der Information des sozialen Umfelds der Probanden über die bestehende Transsexualität. Somit bekommt man einen weiteren Eindruck darüber, wie weit die eigene Transsexualität gefestigt ist und gelebt wird.

- Hierbei unterscheiden wir in :
1. Information der aktuellen Hauptbezugsperson
 2. Information des engeren Freundes- und Bekanntenkreises
 3. Information der Arbeitskollegen.

Schaut man sich nun die Ergebnisse über die Information der aktuellen Hauptbezugsperson an, so zeigt sich, dass 89,1% (156 der 175 Gutachtenprobanden) diese über die bestehende Transsexualität informiert haben. Insgesamt nur eine Probandin (0,6% von N=175 Gutachtenprobanden) hat ihre Hauptbezugsperson zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht über die bestehende Transsexualität in Kenntnis gesetzt. Bei 18 der 175 Gutachten (10,3%) kann eine Aussage zum Informationsstand der aktuellen Hauptbezugsperson nicht gefunden werden. Vgl. dazu Tabelle 3.7.

| Hauptbezugsperson | über TS informiert | | über TS nicht informiert | | keine Angabe | |
|-------------------|--------------------|---------|--------------------------|---------|--------------|---------|
| | absolut | relativ | absolut | relativ | absolut | relativ |
| N=175 | 156 | 89,1% | 1 | 0,6% | 18 | 10,3% |
| F-zu-M TS n=82 | 71 | 86,6% | 1 | 1,2% | 10 | 12,2% |
| M-zu-F TS n=93 | 85 | 91,4% | 0 | 0,0% | 8 | 8,6% |

Tabelle 3.7: Information der Hauptbezugsperson zum Zeitpunkt der Begutachtung

Betrachtet man nun die Angaben zur Information des engeren Freundes- und Bekanntenkreises so lässt sich erkennen, dass 100 Probanden (57,1% von N=175) ihre engeren Freunde und Bekannten über ihre Transsexualität informiert haben. Dabei handelt es sich um 50 F-zu-M TS (61% von n=82) und 50 M-zu-F TS (53,8% von n=93). Bei diesem Punkt muss jedoch erwähnt werden, dass in 74 Gutachten (42,3% von N=175) keine Aussagen bezüglich des Informationsstandes der engeren Freunde und Bekannten über die eigene Transsexualität gefunden werden konnten.

Lediglich in einem Gutachten eines M-zu-F TS (0,6% von N=175 und 1,1% von n=93) wird deutlich formuliert, dass der Freundes- bzw. Bekanntenkreis über die Transsexualität nicht informiert ist. Vgl. Tabelle 3.8.

| | Freunde sind informiert | | Freunde sind nicht informiert | | keine Angabe | |
|-------------------|-------------------------|---------|-------------------------------|---------|--------------|---------|
| | absolut | relativ | absolut | relativ | absolut | relativ |
| N=175 | 100 | 57,1% | 1 | 0,6% | 74 | 42,3% |
| F-zu-M TS n=82 | 50 | 61,0% | 0 | 0,0% | 32 | 39,0% |
| M-zu-F TS n=93 | 50 | 53,8% | 1 | 1,1% | 42 | 45,2% |

Tabelle 3.8: Information des engeren Freundes- und Bekanntenkreises über die Transsexualität

Geht man nun noch einen Schritt weiter und schaut, wie viele Gutachtenprobanden ihre Arbeitskollegen über ihre Transsexualität informiert haben, muss man sagen, dass man bei dieser Frage nicht von einer Fallzahl von N=175 ausgehen kann, da zum Zeitpunkt der Begutachtung nur 113 Probanden in einem Arbeitsverhältnis stehen. 60 Probanden sind zu diesem Zeitpunkt arbeitslos und 2 sind bereits berentet.

Geht man nun von einer Fallzahl von n=113 Gutachten aus, so haben 62,8% der Probanden (71 von n=113), die im Arbeitsverhältnis stehen, ihre Arbeitskollegen über ihre Transsexualität informiert.

60% der F-zu-M TS (36 von n=60) und 66% der M-zu-F TS (35 von n=53), die zum Zeitpunkt der Begutachtung in einem Arbeitsverhältnis stehen, haben ihre Arbeitskollegen über die Transsexualität informiert. Lediglich 3,5% aller Gutachtenprobanden im Arbeitsverhältnis (4 von n=113) haben ihre Arbeitskollegen nicht informiert, wobei die Geschlechterverteilung hier in eine F-zu-M TS (1,7% von n=60) und drei M-zu-F TS (5,7% von n=53) aufgeteilt ist. Keine Angaben zum Informationsstand der Arbeitskollegen finden sich in 38 (33,6%) der 113 Gutachten. (23 F-zu-M TS (38,3% von n=60) und 15 M-zu-F TS (28,3% von n=53)). Vgl. Tabelle 3.9.

| | Arbeitskollegen sind informiert | | Arbeitskollegen sind nicht informiert | | keine Angabe | |
|-------------------|---------------------------------|---------|---------------------------------------|---------|--------------|---------|
| | absolut | relativ | absolut | relativ | absolut | relativ |
| n=113 | 71 | 62,8% | 4 | 3,5% | 38 | 33,6% |
| F-zu-M TS n=60 | 36 | 60,0% | 1 | 1,7% | 23 | 38,3% |
| M-zu-F TS n=53 | 35 | 66,0% | 3 | 5,7% | 15 | 28,3% |

Tabelle 3.9: Information der Arbeitskollegen über die Transsexualität

3.1.7 Cross-dressing

Das Thema cross-dressing ist ein weiterer wichtiger Punkt bei der Beurteilung der gesellschaftlichen Integration transsexueller Menschen; es wird als ein wesentliches Merkmal der Transsexualität angesehen.

Um zu erkennen, in welchem Lebensalter bereits ein cross-dressing beobachtet werden kann, ist es sinnvoll, bei der Untersuchung dieses Gesichtspunktes drei Lebensabschnitte zu unterscheiden:

1. cross-dressing in der Kindheit
2. cross-dressing in der Pubertät
3. cross-dressing aktuell zum Zeitpunkt der Begutachtung.

Differenziert man in dieser Weise so zeigt sich, dass 69 der 175 Begutachteten (39,4%) bereits ein cross-dressing für die Zeit der Kindheit angeben. Dabei handelt es sich um 32 F-zu-M TS (39% von n=82) und 37 M-zu-F TS (39,8% von n=93).

59 Probanden sagen aus, in der Kindheit noch kein cross-dressing vollzogen zu haben (33,7% von N=175), hierbei teilt sich die Fallzahl in 17 F-zu-M TS (20,7% von n=82) und 42 M-zu-F TS (45,2% von n=93), also eine numerische als auch prozentuale Überlegenheit der M-zu-F TS, was sich auch bei der Prüfung der statistischen Signifikanz zeigt: Bei Anwendung des Vierfelder-Tests ergibt sich, dass M-zu-F TS statistisch signifikant häufiger kein cross-dressing in der Kindheit vollziehen als

F-zu-M TS (H0 muss bei einem Prüfmaß von 124,3 und einem X2 von 4,15 verworfen werden).

Keine Angaben über das Vorkommen von cross-dressing in der Kindheit finden sich in 47 Gutachten (26,9% von N=175).

Bei den Angaben zum cross-dressing in der Pubertät / Adoleszenz lässt sich erkennen, dass die Zahl der Probanden, die ein cross-dressing vollziehen, zunimmt: 83 der 175 Gutachtenprobanden (47,4%) geben an, ein cross-dressing in der Pubertät / Adoleszenz vollzogen zu haben. Hierbei handelt es sich um 28 F-zu-M TS (34,1% von n=82) und 65 M-zu-F TS (70% von n=93). 20 der Begutachteten (11,4% von N=175), 8 F-zu-M TS (9,8% von n=82) und 12 M-zu-F TS (12,9% von n=93), geben an kein cross-dressing in der Pubertät / Adoleszenz vollzogen zu haben. Hierbei zeigt sich jedoch bei der Prüfung der statistischen Signifikanz im Gegensatz zum cross-dressing in der Kindheit, dass nun M-zu-F TS statistisch signifikant häufiger ein cross-dressing vollziehen.

Keine Angaben bezüglich des cross-dressings in diesem Lebensabschnitt finden sich in 62 der 175 Gutachten (35,4%), hiervon sind 46 F-zu-M TS (56,1% von n=82) und 16 M-zu-F TS (17,2% von n=93). Vgl. dazu Abbildung 3.10.

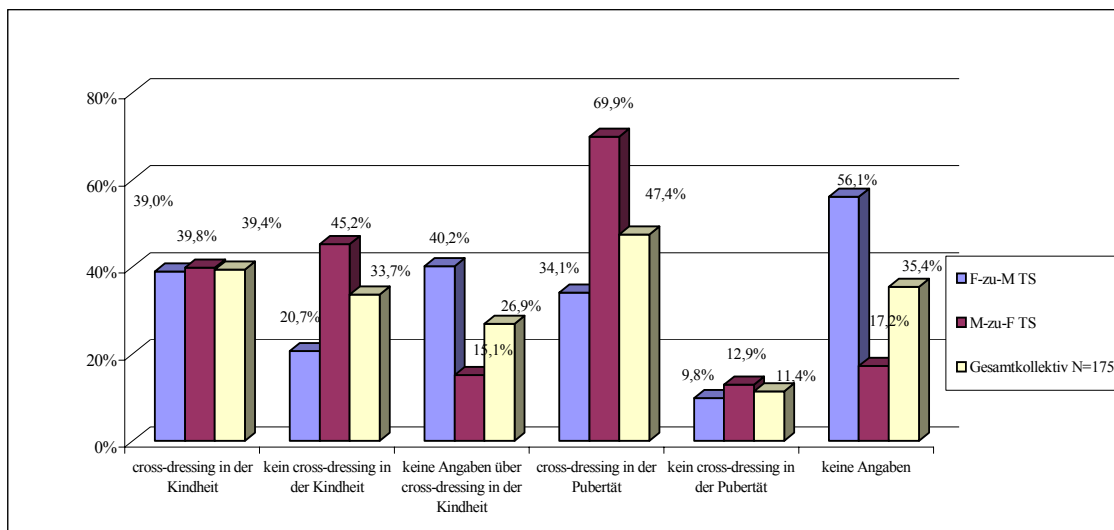


Abbildung 3.10: Cross-dressing während Kindheit und Pubertät (Angaben in Prozent)

Bei der Überprüfung des cross-dressing aktuell zum Zeitpunkt der Begutachtung stellt sich nicht nur die Frage danach, ob es vollzogen wird oder nicht, sondern es spielt nun

auch die Häufigkeit des Anlegens der Kleider des anderen biologischen Geschlechts eine Rolle für die Verdeutlichung der Festigung der eigenen Transsexualität.

Daher wird bei diesem Punkt folgende Aufteilung vorgenommen:

1. Cross-dressing sporadisch
2. Cross-dressing regelmäßig
3. Cross-dressing immer
4. Kein cross-dressing
5. Keine Angaben über die Häufigkeit des cross-dressings
6. Keine Angaben.

Bei der Auswertung dieser Punkte zeigt sich, dass 84,6% der Begutachteten (148 von 175) zum Zeitpunkt der Begutachtung angeben, das cross-dressing immer durchzuführen. Dabei handelt es sich um 70 F-zu-M TS (85,4% von n=82) und 78 M-zu-F TS (83,9% von n=93).

5 M-zu-F TS (5,4% von n=93 und 2,9% von N=175) geben an, regelmäßig ein cross-dressing durchzuführen. 3 M-zu-F TS (3,2% von n=93 und 1,7% von N=175) sagen aus, nur sporadisch ein cross-dressing zu vollziehen. F-zu-M TS sind bei diesen beiden Punkten nicht vertreten.

Keine Angaben über die Häufigkeit des cross-dressings werden in 7 Gutachten gemacht (4% von N=175), dabei handelt es sich um 3 F-zu-M TS (3,7% von n=82) und 4 M-zu-F TS (4,3% von n=93).

Keine Angaben, ob ein cross-dressing überhaupt aktuell vollzogen wird, finden sich in 12 der 175 Gutachten (6,6% von N=175); hier sind es 9 F-zu-M TS (11,1% von n=82) und 3 M-zu-F TS (3,2% von n=93). Vgl. dazu Abbildung 3.11.

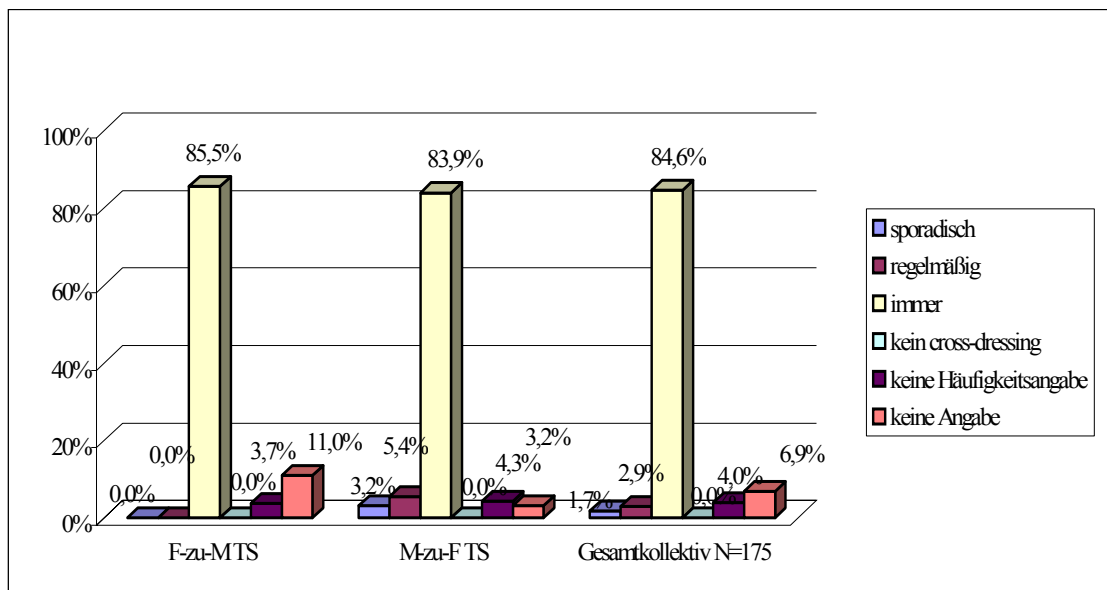


Abbildung 3.11: Häufigkeit des cross-dressings aktuell

Die Frage, ob cross-dressing stimulierend für die Probanden sei, lässt sich wegen der hohen Anzahl von Gutachten ohne Angaben nicht werten. Soweit überhaupt Auskunft darüber gegeben wird, berichten die Probanden nur selten, sich durch das cross-dressing sexuell stimuliert zu fühlen.

Bei der Betrachtung derer, für die das cross-dressing stimulierend war oder ist fällt auf, dass dies nur M-zu-F TS sind.

3.1.8 Autoaggressive Handlungen und suizidale Impulse

Bei der Frage nach Selbstschädigungen der Gutachtenprobanden zeigt sich, dass 23 der 175 Gutachtenprobanden (13,1%) Selbstschädigungen angeben. Dabei sind die F-zu-M TS mit 18,3% (15 von n=82) im Vergleich zu den M-zu-F TS mit 8,6% (8 von n=93) numerisch und prozentual häufiger betroffen.

Geht man einen Schritt weiter und schaut nach suizidalen Impulsen bzw. Gedanken ohne vollzogene Suizidversuche, zeigt sich, dass insgesamt 48 der 175 Probanden (27,4%) solche Impulse bzw. Gedanken bejahen. Dabei handelt es sich um 20 F-zu-M TS (24,4% von n=82) und 28 M-zu-F TS (30,1% von n=93).

Hebt man hierbei die Suizidversuche als einen Teilaspekt der autoaggressiven Handlungen hervor, lässt sich zwar erkennen, dass auch hier der Großteil der Probanden, nämlich 138 (78,9% von N=175), dieses verneinen bzw. keine Angaben zu diesem Punkt machen, jedoch 21,4% (37 von 175 Probanden) suizidale Handlungen bejahen. Die Geschlechterverteilung hierbei sieht wie folgt aus: 17 F-zu-M TS (20,7% von n=82) und 20 M-zu-F TS (21,5% von n=93). Vgl. dazu Abbildung 3.12.

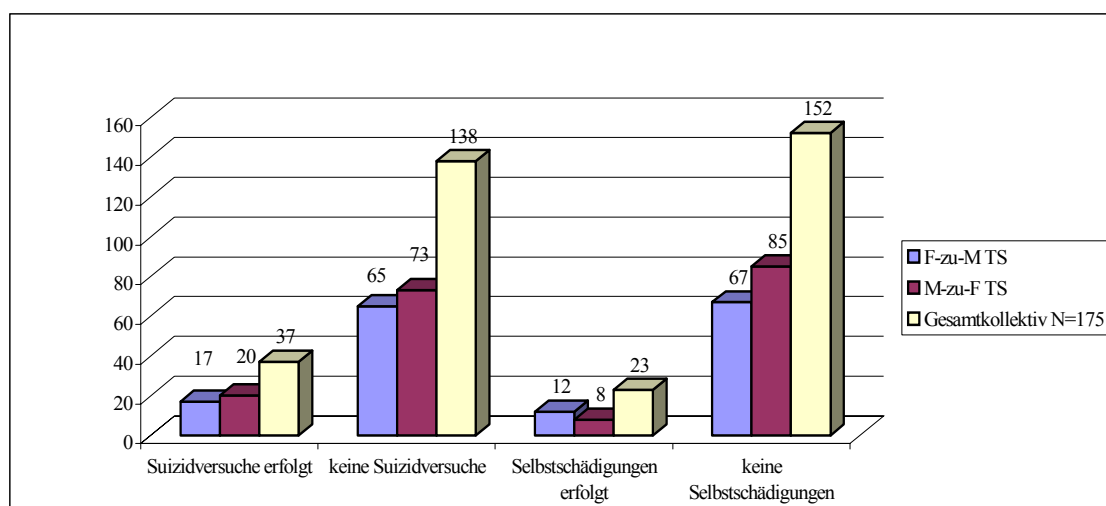


Abbildung 3.12: Suizidversuche bzw. Selbstschädigungen als Form autoaggressiver Handlungen in der Vorgeschichte (hierbei versteht man unter keine Suizidversuche und unter keine Selbstschädigungen: Explizit nur keine Suizidversuche und keine Selbstschädigungen.)

3.1.9 Alkohol- und Drogenmissbrauch

Bei der Frage nach Alkohol- bzw. anderem Drogenmissbrauch und auch bei der Frage nach anderen nicht-stoffgebundenen Co-Morbiditäten ergeben sich folgende Zahlen: 21,1% (37 von N=175) der Probanden geben einen Alkohol- bzw. anderen Drogenmissbrauch an, wobei hier die prozentuale Verteilung der Geschlechter mit 20,7% (17 von n=82) F-zu-M TS und 21,5% (20 von n=93) M-zu-F TS nahezu gleich ist.

Bei anderen nicht-stoffgebundenen Formen der Co-Morbiditäten sind die Fallzahlen etwas kleiner. 18 Probanden (10,3% von N=175), davon 6 F-zu-M TS (7,3% von n=82) und 12 M-zu-F TS (12,9% von n=93) geben nicht-stoffgebundene Co-Morbiditäten an.

Bei der Prüfung der statistischen Signifikanz zeigt sich, dass M-zu-F TS signifikant häufiger nicht-stoffgebundene Co-Morbiditäten aufweisen als F-zu-M TS (H0 muss bei einem Prüfmaß von 124,3 und einem X2 von 1,47 verworfen werden). Vgl. Abbildung 3.13.

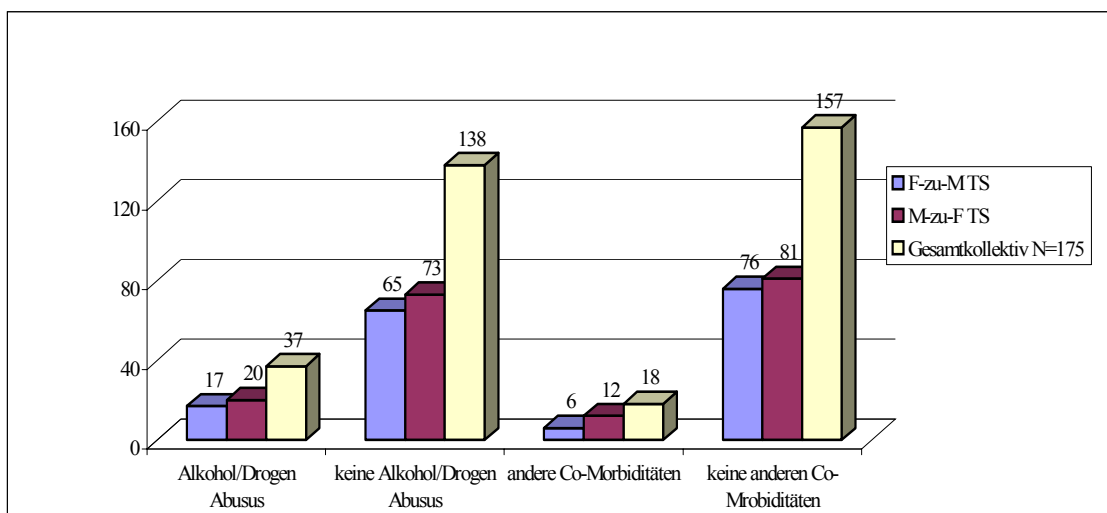


Abbildung 3.13: Alkohol / Drogen und andere nicht-stoffgebundene Co-Morbidität bei Gutachtenprobanden

3.1.10 Psychiatrische / psychologische Behandlungen

Bei der Untersuchung der Gutachten unter dem Gesichtspunkt der psychiatrischen / psychologischen Behandlung ist zu erwähnen, dass hier nur Behandlungen gezählt werden, die nicht aufgrund der Transsexualität durchgeführt wurden, sondern, wegen einer anderen psychiatrischen Störung.

Bei diesem Gesichtspunkt wird weiterhin zwischen ambulanter und stationärer Behandlungsform unterschieden.

Es zeigt sich, dass sich insgesamt 29 F-zu-M TS (35,4% von n=82) und 51 M-zu-F TS (54,8% von n=93) in diesem Sinne eingegrenzten psychiatrisch-psychotherapeutischen oder psychologischen Behandlung befanden oder früher behandelt worden waren. 41 Probanden waren schon einmal stationär behandelt worden (16 F-zu-M TS (19,5% von n=82) und 25 M-zu-F TS (26,9% von n=93)); 39 der 80 Begutachteten, davon 13 F-zu-M TS (15,8% von n=82) und 26 der M-zu-F TS (28% von n=93) wurden ambulant behandelt.

Man kann also bei beiden Behandlungsformen eine numerische als auch prozentuale Überlegenheit der M-zu-F TS gegenüber den F-zu-M TS erkennen.

3.1.11 Störungen des Chromosomensatzes und des Hormonhaushaltes

Bei der Untersuchung der Gutachten bezüglich Veränderungen des hormonellen Status bzw. des Chromosomensatzes Transsexueller muss angeführt werden, dass bei Gutachten, die nach 1986 erstellt worden sind, bzgl. dieser Fragestellung keine Angaben mehr getroffen wurden, da sich solche Untersuchungen als nicht aussagekräftig herausstellten.

Daher fanden in 57,1% der Gutachten (100 von N=175) keine Hormonanalysen statt. Untersuchungen des Chromosomensatzes fanden sich lediglich in 34,9% der Gutachten (61 von N=175). Hierbei ließen sich keinerlei Auffälligkeiten nachweisen. Es zeigt sich also, dass eine Veränderung des Chromosomensatzes oder im Hormonhaushalt für das Auftreten der Transsexualität keine Rolle spielt.

3.1.12 Diagnostische und prognostische gutachterliche Einschätzungen

In Bezug auf die an den Gutachter nach dem Transsexuellengesetz gestellten Fragen ergab sich: Fast ausnahmslos wurde das Vorliegen der Transsexualität bestätigt. Lediglich bei zwei (von n=93) M-zu-F TS konnte die Diagnose Transsexualität zum Begutachtungszeitpunkt eindeutig nicht gestellt werden, bei zwei (von n=82) F-zu-M TS erschien die Diagnose unsicher. Damit legten sich die Gutachter in 171 von 175 Fällen (97,7%) diagnostisch eindeutig fest und bestätigten das Vorliegen einer Transsexualität.

Schwieriger als die diagnostische Zuordnung sind insbesondere im Bereich der Geschlechtsidentitätsstörungen prognostische Einschätzungen. Gutachten im Rahmen der Verfahren einer Vornamens- oder Personenstandsänderung sollen auch eine Angabe zur Frage der Reversibilität bzw. Irreversibilität der transsexuellen Störung treffen.

Eindeutig verneint wurde die Irreversibilität des transsexuellen Empfindens des Antragsstellers lediglich in einem Fall; unsicher erschien die Prognose bei 12 weiteren Probanden, nämlich bei 4 F-zu-M TS und bei 8 M-zu-F TS. Damit gelangten die Gutachter aber immerhin in 162 von 175 Gutachten (92,6%) zu der Einschätzung, dass es sich bei der Geschlechtsidentifikationsstörung um irreversible Transsexualität handele.

3.2 Ergebnis der Auswertung des semistrukturierten Interviews

Ausgewertet wurde eine Stichprobe von insgesamt 26 Probanden, die sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung in ambulanter psychiatrischer Therapie und im Alltagstest befanden. Zur Erfassung der Daten diente dabei das semistrukturierte Interview.

Bezogen auf das biologische Geschlecht wurden 9 F-zu-M TS und 17 M-zu-F TS befragt.

Damit ergibt sich ein Verhältnis von 1:1,8 der F-zu-M TS zu den M-zu-F TS.

3.2.1 Aktuelle Situation zum Zeitpunkt der Datenerhebung

Bei der Betrachtung der aktuellen gesetzlichen Situation der Probanden zum Zeitpunkt der Befragung zeigt sich, dass bei 8 der 26 Befragten bereits eine Vornamensänderung erfolgt ist (30,8%), 10 der 26 Befragten (38,5%) geben an, dass eine Vornamensänderung beantragt ist und 8 der 26 Befragten (30,8%) sagen aus, dass sie noch keine Vornamensänderung beantragt haben.

Bei der Frage nach erfolgter oder beantragter Personenstandsänderung geben 6 der 26 Befragten (23,1%) an, dass die Personenstandsänderung bereits erfolgt sei. 7 der 26 Probanden (26,9%) sagen aus, dass eine Personenstandsänderung beantragt sei und 13 der 26 Befragten (50%) geben an, dass eine Personenstandsänderung noch nicht erfolgt sei. Vgl. dazu Abbildung 3.14

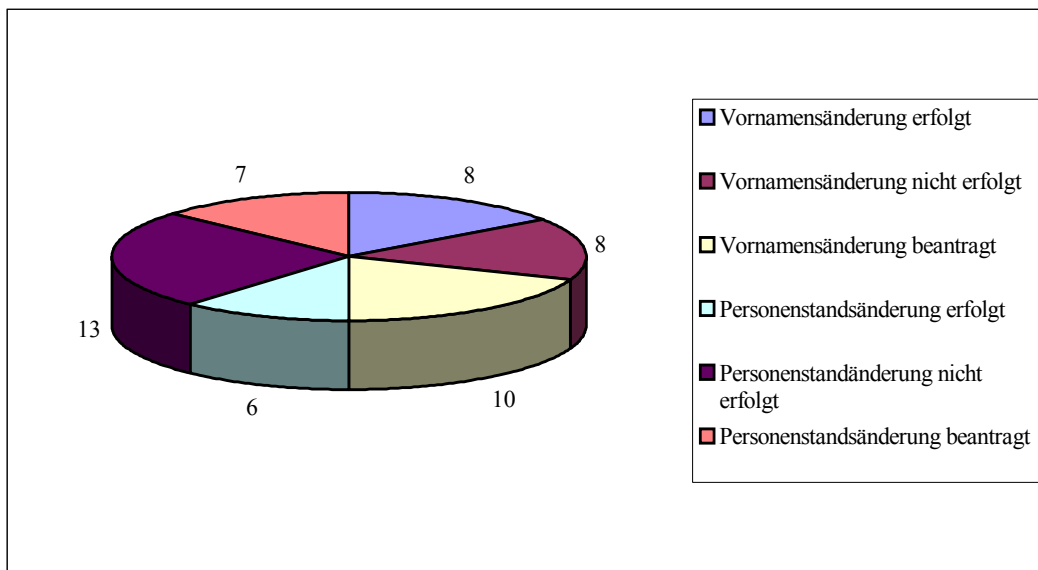


Abbildung 3.14: Absolute Verteilung der Vornamens- und Personenstandsänderung bei Probanden in ambulanter psychiatrischer Therapie⁵

Bei der Überprüfung der aktuellen sozialen Situation ist vor allem die Berufstätigkeit von Interesse. Hier zeigt sich, dass von den 26 Befragten 13 Probanden zum Zeitpunkt der Befragung einer beruflichen Tätigkeit nachgegangen sind. Dies entspricht einem prozentualen Anteil von 50%.

11 der 26 Befragten (42,3%) sind zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos. 2 Probanden (7,7% von N=26) befinden sich in einem Ausbildungs- bzw. Umschulungsverhältnis.

Fasst man nun die Anzahl der Berufstätigen und die Zahl derer in Ausbildung bzw. Umschulung zusammen, so ergibt sich ein Prozentsatz von 57,7% (15 von N=26) der Befragten, die zum Zeitpunkt des Interviews einer beruflichen Tätigkeit nachgehen.

Damit sind 42,3% arbeitslos, was deutlich über der Arbeitslosenquote in Deutschland liegt.

⁵ Hierbei ist n=52, da bei jedem Interview sowohl Angaben zur Vornamens- als auch zur Personenstandsänderung gemacht wurden.

3.2.2 Partnerschaft und Sexualität

Bei der Frage nach der sexuellen Orientierung zeigt sich, dass 8 der 9 befragten F-zu-M TS (88,9% von n=9) eine sexuelle Beziehung zu einer Frau anstreben, lediglich eine F-zu-M TS (11,1% von n=9) strebt eine sexuelle Beziehung zu einem Mann an, die hier subjektiv als homosexuelle Partnerschaft empfunden wurde.

Betrachtet man nun die M-zu-F TS, zeigt sich, dass 11 der 17 Befragten (64,7%) eine sexuelle Orientierung zu Männern aufweisen. 3 der 17 M-zu-F TS (17,6%) streben eine sexuelle Beziehung zu einer Frau, im Sinne einer homosexuellen Partnerschaft an, und weitere 3 der 17 M-zu-F TS (17,6%) sind sich ihrer sexuellen Orientierung nicht sicher. Eine bisexuelle Orientierung gab keiner der Befragten an.

Bei Anwendung des Vierfelder-Tests zur Prüfung der statistischen Signifikanz mit der H₀-Hypothese, dass bei F-zu-M TS eine als subjektiv heterosexuell empfundene Beziehung nicht statistisch signifikant häufiger vorliegt als bei M-zu-F TS, muss diese verworfen werden. D.h. F-zu-M TS weisen statistisch signifikant häufiger eine als subjektiv heterosexuell empfundene Beziehung auf als M-zu-F TS.

Bei der Frage nach einer bestehenden Partnerschaft, unabhängig vom Geschlecht des Partners, geben 34,6% der Befragten (9 von N=26) an, aktuell eine Beziehung zu führen.

Bei der Geschlechterverteilung zeigt sich, dass 4 der 9 Befragten F-zu-M TS sind (44,4% von n=9) und 5 M-zu-F TS (29,4% von n=17).

Keine Partnerschaft zum Zeitpunkt der Befragung geben 17 der 26 Probanden (65,4%) an. Hierbei handelt es sich um 5 F-zu-M TS (55,6% von n=9) und 12 M-zu-F TS (70,6% von n=17).

Bei der Prüfung der statistischen Signifikanz zeigt sich mit einem Prüfmaß von 35,2, einem $\alpha=0,05$ und einem $\chi^2=0,75$, dass F-zu-M TS sich statistisch signifikant häufiger in einer Partnerschaft befinden als M-zu-F TS, die signifikant häufiger ohne Partnerschaft sind. Vgl. dazu Abbildung 3.15.

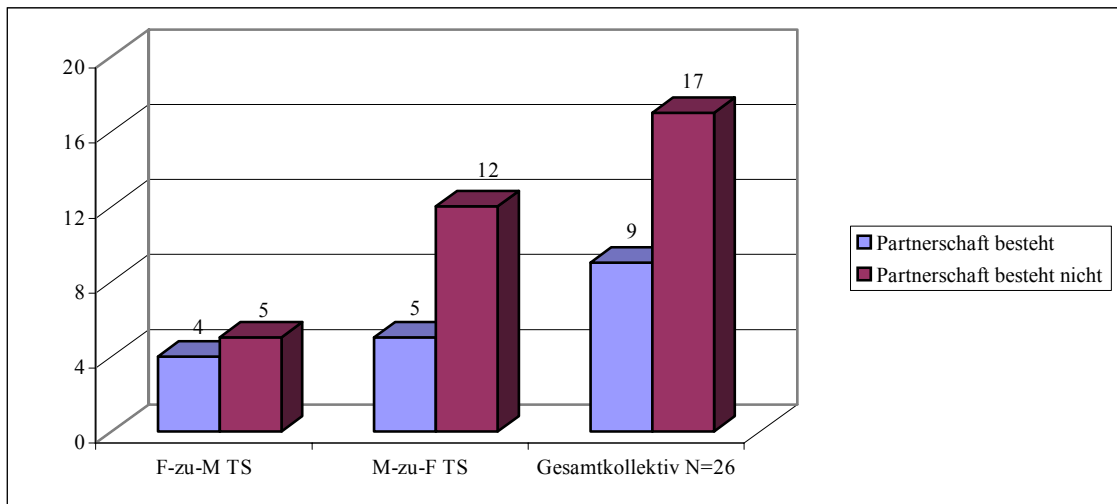


Abbildung 3.15: Partnerschaftliche Beziehungen bei Probanden in ambulanter psychiatrischer Therapie

Betrachtet man im weiteren das Geschlecht der Partner, so zeigt sich, dass alle F-zu-M TS mit bestehender Partnerschaft eine heterosexuelle Beziehung bezogen auf das empfundene Geschlecht führen, bei den M-zu-F TS weist lediglich ein Proband eine homosexuelle Beziehung bezogen auf das empfundene Geschlecht auf, 4 Probanden führen eine heterosexuelle Partnerschaft bezogen auf das empfundene Geschlecht.

Vgl. dazu Abbildung 3.16.

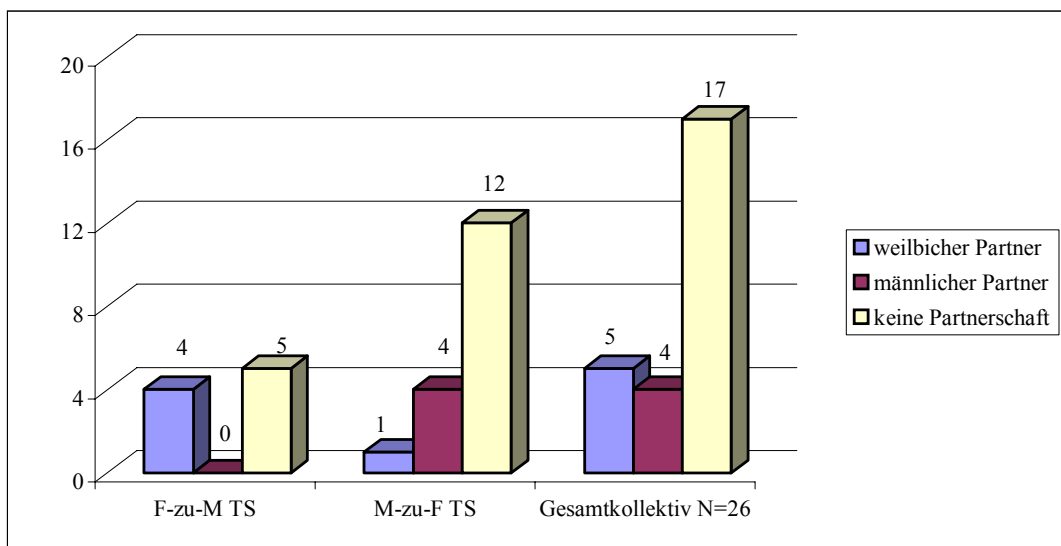


Abbildung 3.16: Geschlecht des Partners

3.2.3 Klärung und Einordnung des transsexuellen Erlebens

Bei der Beantwortung der Frage nach der Klärung der eigenen sexuellen Identität im Selbsterleben als transsexuell zeigt sich, dass ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren dazu beigetragen hat, diese zu erkennen und zu definieren.

Daher wird, aufgrund der Möglichkeit von Mehrfachnennungen, von einer Grundgesamtheit von n=32 ausgegangen.

Am häufigsten, mit insgesamt 17 Nennungen (53,1% von n=32), wurde die Antwort „sonstiges“ gewählt. Hierbei handelt es sich um einen Pool von Möglichkeiten, der z.B. Freunde, andere Transsexuelle oder das „eigene Gefühl transsexuell zu sein“ mit einbezieht.

Medien zur Verdeutlichung der eigenen Transsexualität wurden in 12 der 32 Antworten genannt (37,5%).

Professionelle Hilfe, im Sinne von psychiatrischer oder psychotherapeutischer Therapie, wurden in 3 Fällen genannt (9,4% von n=32).

Selbsthilfegruppen, die ebenfalls als Antwortmöglichkeit zur Verfügung standen, wurden nicht genannt.

D.h. die Klärung des eigenen transsexuellen Erlebens besteht meistens bereits bevor professionelle Hilfen herangezogen werden.

3.2.4 Cross-dressing

Cross-dressing, als eines der Hauptmerkmale der Transsexualität, bildet auch im von uns durchgeführten semistrukturierten Interview einen wesentlichen Bestandteil zur Beurteilung der Festigung und Integration der Transsexualität.

Hierbei erfolgt wiederum eine Abstufung in drei Lebensabschnitte:

1. Kindheit
2. Pubertät
3. Aktuell zum Zeitpunkt der Befragung.

Dies soll erkennen lassen, in welchen Lebensabschnitten bereits ein cross-dressing stattgefunden hat und wie das aktuelle Verhalten zum Zeitpunkt der Datenerhebung aussah.

Ein cross-dressing bereits häufiger im Kindesalter durchgeführt zu haben, gaben 16 der 26 befragten Probanden an (61,5%). 4 der 26 Probanden (15,4%) sagten aus, nur sporadisch ein cross-dressing vollzogen zu haben und weitere 6 Befragte (23,1% von N=26) gaben an, kein cross-dressing in der Kindheit durchgeführt zu haben.

In der Pubertät vollzogen ebenfalls 16 der Befragten (61,5% von N=26) häufiger ein cross-dressing, 3 (11,5% von N=26) sagten aus, sporadisch ein cross-dressing durchgeführt zu haben und 7 der 26 Probanden (26,9%) gaben an, kein cross-dressing in der Pubertät vollzogen zu haben. Hierbei handelte es sich um einen M-zu-F TS, der angab, zwar in der Kindheit ein cross-dressing vollzogen zu haben, dies jedoch in der Pubertät abgelegt habe.

In der aktuellen Situation gaben alle 26 Befragten (100%) an, cross-dressing dauerhaft zu vollziehen.

Bei der Frage nach den Gefühlen, die die Probanden beim cross-dressing empfanden, gaben 16 der 26 Befragten (61,5%) an, dass sie dies als „völlig normal“ empfinden.

3 der 26 Probanden (11,5%) sagten aus, eine Art Befriedigung beim cross-dressing zu empfinden, wobei sich jedoch nicht herauskristallisieren ließ, um welche Art der Befriedigung es sich handelte.

Schuldgefühle beim cross-dressing gaben lediglich 2 der Befragten an (7,7% von N=26).

Einer der Probanden (3,8% von N=26) sagte aus, gar keine Gefühle beim cross-dressing zu empfinden.

4 der 26 Probanden (15,4%) gaben an, sonstige Empfindungen, wie z.B. „Angst entdeckt zu werden“ oder „ein beruhigendes Gefühl“, beim cross-dressing zu haben.

Als ein weiterer Gesichtspunkt für das Vorliegen einer Transsexualität kann das Spielverhalten in der Kindheit der Probanden untersucht werden.

Es werden hierbei drei verschiedene Formen des Spielverhaltens unterschieden:

1. Indifferente Spiele
2. Mädchentypische Spiele
3. Jungentypische Spiele.

Ein indifferentes Spielverhalten gaben insgesamt 13 der 26 Befragten (50%) an. Hierbei handelte es sich um 12 M-zu-F TS (70,6% von n=17) und 1 F-zu-M TS (11,1% von n=9).

Mädchentypische Spiele gaben 3 der Probanden (12% von N=26) an, hierbei handelte es sich nur um M-zu-F TS (17,6% von n=17). F-zu-M TS verneinten mädchentypische Spiele in der Kindheit.

Jungentypische Spiele gaben insgesamt 10 der 26 Probanden (38,5% von N=26) an, hierbei handelte es sich um 8 F-zu-M TS (88,9% von n=9) und 2 M-zu-F TS (11,8% von n=17).

Es zeigt sich bei Prüfung der statistischen Signifikanz, dass F-zu-M TS statistisch signifikant häufiger gegengeschlechtliche Spiele (bezogen auf das biologische Geschlecht) spielen als M-zu-F TS (H0 muss bei einem Prüfmaß von 42,6 und einem X2 von 16,18 verworfen werden).

3.2.5 Information der Umwelt

Für transsexuelle Menschen ist es in der Regel subjektiv sehr heikel, die Umwelt über das transsexuelle Erleben zu informieren. Manche Menschen werden deshalb sehr früh ins Vertrauen gezogen, andere informieren die Betroffenen erst sehr viel später. Wir haben daher gefragt, wem sich die Betroffenen schon sehr früh anvertraut haben. Da es nicht in jedem Fall nur eine Person war, die zu Beginn dieses Prozesses informiert wurde, konnten auch Mehrfachnennungen erfolgen; die 26 Probanden führten insgesamt 31 Personen an, denen sie sich zu Beginn ihres coming out anvertrauten. Am häufigsten wurden ihren Berichten zufolge der gegenwärtige Lebenspartner mit 32,3% (10 von n=31) über ihr transsexuelles Erleben informiert, gefolgt von den Geschwistern mit 16,1% (5 von n=31). Danach werden Freunde und Bekannte genannt, die ins Vertrauen gezogen wurden; sie machen 12,9% (4 von n=31) aus. 3 der Befragten (9,7% von n=31) gaben an, ihre Mutter zu Beginn über ihr transsexuelles Erleben informiert zu haben und 2 der Probanden (6,5% von n=31) informierten ihren Vater. Andere Personen als die oben genannten, wurden in 7 Fällen (22,6% von n=31) ins Vertrauen gezogen.

Des Weiteren wurden die Probanden gefragt, wie die von ihnen zunächst informierten Vertrauenspersonen auf die Mitteilung reagierten. Die Antworten sind in der Tabelle 3.10 zusammengefasst. Da hier ebenfalls Mehrfachnennungen möglich waren, beziehen sich die angegebenen Häufigkeiten auf die Gesamt-Antwortzahl von 31.

| Reaktionen der Vertrauenspersonen | Verständnis | Toleranz | Ablehnung | Trennung | Trauer | sonstiges |
|--|--------------------|-----------------|------------------|-----------------|---------------|------------------|
| absolut n=31 | 17 | 7 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| relativ | 54,8% | 22,6% | 6,5% | 6,5% | 3,2% | 6,5% |

Tabelle 3.10: Reaktionen der zunächst über das transsexuelle Erleben informierten Personen

Fasst man nun Verständnis und Toleranz als positive Reaktion auf das coming out auf, so zeigt sich, dass 24 der 31 Reaktionen (77,4%) als positiv gewertet werden können. Ablehnung, Trauer und Trennung als negative Reaktionen gewertet, wurden in 5 Fällen (16,1% von n=31) genannt; dabei ist noch anzumerken, dass einige der Befragten sowohl positive als auch negative Reaktionen auf ihr coming out erfuhren.

Es zeigt sich also, dass die positiven Reaktionen auf das transsexuelle Erleben sowohl numerisch als auch prozentual deutlich überwiegen und sich somit ein Verhältnis von 4,8:1 der positiven zu den negativen Reaktionen bildet.

3.2.6 Globaler Vergleich der aktuellen Situation mit der Situation vor Behandlungsbeginn

Um eine Aussage über die Einflussnahme der psychiatrischen Therapie auf die Krankheitsbewältigung und das Leben mit der Transsexualität zu erlangen, haben wir einen globalen Vergleich der aktuellen Situation mit der Situation vor Behandlungsbeginn durchgeführt.

Hierbei werden folgende Gesichtspunkte vor und nach Beginn der Therapie miteinander verglichen:

1. Subjektives Befinden
2. Beziehung zu Arbeitskollegen
3. Beziehung zu Freunden
4. Beziehung zu Familienmitgliedern
5. Beziehung zum Partner
6. Sexualität.

Zu 1:

Bei der Überprüfung des subjektiven Befinden zeigt sich, dass 23 der 26 Befragten (88,5%) versichern, dass es ihnen zum Zeitpunkt der Befragung subjektiv besser gehe als vor Behandlungsbeginn. Keiner ist der Ansicht, dass das Befinden sich verschlechtert habe, 3 der Befragten (11,5% von N=26) geben an, keine Veränderung des subjektiven Befindens im Vergleich zu vor Behandlungsbeginn erlangt zu haben.

Zu 2:

Schaut man sich die Beziehung zu Arbeitskollegen an, so lässt sich feststellen, dass 11 der 26 Befragten (42,3%) zum Zeitpunkt der Befragung in keinem Arbeitsverhältnis standen, wobei der Grund ihrer Arbeitslosigkeit in den meisten Fällen Konflikte mit Mitarbeitern und Vorgesetzten bzgl. ihres transsexuellen Erlebens waren, die häufig dazu geführt haben, dass die Betroffenen ihre Arbeit aufgaben.

Von den 15 Probanden die zum Zeitpunkt der Befragung in einem Arbeitsverhältnis standen, gaben 5 Befragte (19,3% von N=26) an, dass sich die Beziehung zu den Arbeitskollegen seit Beginn der Behandlung verbessert habe, 9 Probanden (34,6% von N=26) sagen aus, dass sich die Beziehung zu den Arbeitskollegen nicht verändert habe und 1 Befragter (3,8% von N=26) gibt an, dass die Beziehung zu den Arbeitskollegen sich verschlechtert habe.

Zu 3:

Bei der Betrachtung der Beziehung zu Freunden zeigt sich, dass eine Verbesserung der Beziehungen in 9 Fällen (34,6% von N=26) angegeben werden kann. Keine

Veränderung der Beziehung zu Freunden fand sich in 12 der 26 Fällen (46,2%). Lediglich 5 der 26 Befragten (19,2%) gaben an, dass sich die Beziehung zu den Freunden verschlechtert habe. Hierbei kann als subjektive Bemerkung die Aussage einiger Probanden hinzu gefügt werden, dass durch die Therapie und somit die Festigung des transsexuellen Erlebens sich die „wahren Freundschaften“ festigten und die anderen Freundschaften verloren gingen.

Zu 4:

Bei der Untersuchung der Beziehung zu Familienmitgliedern zeigt sich bei insgesamt 8 der Befragten, dass die Beziehung sich nicht grundlegend zu allen Familienmitgliedern in der selben Art und Weise verändert habe, so dass hier durch die Möglichkeit von Mehrfachnennungen insgesamt 35 Aussagen getroffen wurden.

Eine Verbesserung der Beziehung zu Familienmitgliedern seit Beginn der psychotherapeutischen Behandlung lässt sich in 11 Fällen (31,4% von n=35) finden. Eine Verschlechterung der Beziehung zeigt sich in 8 Fällen (22,9% von n=35).

11 Mal (31,4% von n=35) wird die Aussage getroffen, dass das Verhältnis unverändert gut sei. In 4 von 35 Fällen (11,4%) blieb die Beziehung zu Familienmitgliedern unverändert schlecht und in einem Fall (2,8% von n=35) konnte aufgrund dessen, dass der Befragte Vollwaise war, keine Aussage bzgl. der Beziehung zu Familienmitgliedern gemacht werden.

Zu 5:

Bei der Betrachtung der Veränderung der partnerschaftlichen Beziehung durch die Einflussnahme der psychotherapeutischen Therapie kann in 10 Fällen (38,5%) kein Vergleich angegeben werden, da keine Partnerschaft bestand und aktuell auch nicht besteht.

6 der 26 Befragten (23,1%) gaben an, in einer Beziehung gewesen zu sein, welche aktuell jedoch nicht mehr besteht.

In 4 Fällen (15,4%) wird ausgesagt, dass die partnerschaftliche Beziehung besser geworden sei, in einem Fall (3,8%) kam es zu einer Verschlechterung der partnerschaftlichen Beziehung seit Beginn der psychotherapeutischen Therapie.

Unverändert gut sei die Beziehung zum Partner in 4 der 26 Fällen (15,4%).

Keine Veränderung der bereits zuvor schlechten partnerschaftlichen Beziehung gibt ein Befragter an (3,8% von N=26).

Zu 6:

Auf die Frage nach Beeinflussung der Sexualität durch die bestehende Psychotherapie gaben 15 der Befragten (57,7% von N=26) an, zum Zeitpunkt der Befragung keine sexuellen Kontakte zu haben, 8 Probanden (30,8% von N=26) sagen aus, dass ihr Sexualeben sich verbessert habe, nur einer der Befragten (3,8% von N=26) empfindet die Sexualität als schlechter im Verhältnis zu vor Behandlungsbeginn. Bei 2 der Probanden finden sich keine Veränderungen in der Sexualität.

4 Diskussion

4.1 Das besondere Problem der Transsexualität

Die Transsexualität ist eine Störung der Geschlechtsidentität, bei der die Betroffenen sich in ihrer Empfindung dem anderen biologischen Geschlecht zugehörig fühlen. Sie versuchen ihr Erscheinungsbild dem empfundenen Geschlecht anzugleichen und mit der Gesellschaft entsprechend diesem Geschlecht zu kommunizieren.

Im Gegensatz zu anderen Erkrankungen steht für den Betroffenen bei der Transsexualität nicht die Frage nach der Diagnose oder eine ärztliche Behandlungsempfehlung im Vordergrund, sondern sein subjektiv empfundener und geltend gemachter Anspruch auf Hilfe bei der Umsetzung der eigenen Vorstellungen von Behandlung, hormoneller Substitution und geschlechtsangleichender Operation.

Anfangs gab es stark divergierende Behandlungskonzepte in der Therapie der Transsexualität. Die Psychotherapie wurde von ärztlicher Seite lange Zeit als Therapieansatz favorisiert, während die Patienten die Veränderung ihres Körpers erreichen wollen. Auch innerhalb der Medizin entwickelten sich mit der Zeit unterschiedliche Auffassungen über den Stellenwert der Psychotherapie und der somatischen Behandlungsformen, was zur Ausbildung stark divergierender Behandlungskonzepte führte.

Durch die Entwicklung von medizinischen und psychosozialen Behandlungsstandards und den Aufbau von Beratungs- und Behandlungsstellen, die sich an diesen Standards orientieren, konnte schließlich patientenorientiert den individuellen Bedürfnissen besser Rechnung getragen werden (Banaski et al. 1996).

Des Weiteren wurde auf rechtlichem Gebiet durch das am 01.01.1981 in Kraft getretene Transsexuellengesetz die rechtliche Regelung zur Vornamens- und Personenstandsänderung geschaffen (TSG vom 10. September 1980 BGB I.III).

4.2 Methodik

Im Rahmen dieser Arbeit werden im folgenden zwei Stichproben gegenübergestellt. Die erste Stichprobe beinhaltet Gutachtenprobanden, die nach dem TSG gutachterlich untersucht und in unterschiedlicher Weise betreut worden sind.

Die zweite Stichprobe umfasst 26 Patienten in ambulanter psychiatrischer Therapie, deren Behandlung weitestgehend den oben genannten Standards folgte.

Mit 175 Gutachtenprobanden bzw. 26 Probanden in ambulanter psychiatrischer Therapie sind die beiden Stichproben vergleichsweise groß angesichts der geringen Prävalenz der Transsexualität. Es wird in Deutschland von etwa 5000 Betroffenen ausgegangen.

Der Umfang der Stichprobe erklärt sich zum einen durch die Tatsache, dass die Psychiatrische Universitätsklinik Münster ein Zentrum zur Behandlung Transsexueller ist. Bei der Ausarbeitung der Gutachtenstichprobe kommt außerdem sowohl der Erhebungszeitraum von insgesamt 12 Jahren zum Tragen, als auch, dass die Psychiatrische Universitätsklinik Münster Gutachten für insgesamt 3 Amtsgerichte (Dortmund, Düsseldorf und Oldenburg) erstellt.

Die Zahl der Probanden in ambulanter psychiatrischer Therapie lässt sich weiterhin auch dadurch erklären, dass die Datenerhebung zum einen über die Spezialsprechstunde der Psychiatrischen Universitätsklinik Münster erfolgte und zum anderen in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Schwerpunktpraxis für die Behandlung transsexueller Patienten durchgeführt wurde.

Die Ausarbeitung beider Stichproben erfolgte nach den gleichen statistischen Kriterien. Hierbei erfolgte eine numerische als auch prozentuale Auswertung, eine geschlechtsspezifische Verteilung, sowie eine Auswertung durch die Anwendung des Vierfelder-Tests.

Dennoch ist ein direkter Vergleich beider Stichproben allein schon wegen der unterschiedlichen Form der Datenerhebung nicht möglich; die Auswertung der Gutachtenprobanden erfolgte mittels eines eigens erarbeiteten Fragebogens, die Datenerhebung der Probanden in ambulanter psychiatrischer Therapie mittels eines semistrukturierten Interviews.

Weiterhin waren aber insbesondere die Auswahlkriterien beider Stichproben unterschiedlich. Die Stichprobe der Gutachtenprobanden war allein durch die im Rahmen der Verfahren der Vornamens- oder Personenstandsänderung für die Amtsgerichte Dortmund, Düsseldorf und Oldenburg durchgeführte Begutachtung definiert; die Behandlungsformen spielten hierbei keine Rolle.

Bei den Probanden in ambulanter psychiatrischer Therapie wurden folgende Eingangskriterien vorausgesetzt:

1. Die Transsexualität musste als gesichert gelten
2. Die Probanden mussten sich im Alltagstest befinden
3. Die Probanden mussten in ein standardisiertes Therapieprogramm einbezogen sein
4. Sie mussten zur Teilnahme bereit sein.

Diese unterschiedlichen Auswahlkriterien erschweren zum einen den direkten Vergleich beider Stichproben; sie ermöglichen jedoch eine Gegenüberstellung und einen gewissen Vergleich beider Stichproben, deren Behandlung in sehr unterschiedlicher Stringenz den standardisierten Behandlungsempfehlungen Rechnung trugen.

Die besonderen Auswahlkriterien der Probanden in ambulanter Therapie lassen lediglich Schlussfolgerungen auf Patienten zu, die bereits weit fortgeschritten in der Therapie und Behandlung ihrer Transsexualität sind. Rückschlüsse auf Patienten am Anfang der Therapie sind nur schwer möglich.

Weiterhin setzt die Arbeit eine medizinische Betreuung bzw. Therapie der Patienten voraus; Aussagen bezüglich nicht medizinisch betreuter oder behandelter Betroffener sind somit ebenfalls nicht möglich.

Verzerrungen der Ergebnisse bei der Ausarbeitung der Daten des Gutachtenkollektivs bestehen darin, dass bei unklaren Angaben bzgl. der Fragestellung die subjektive Interpretation des Auswertenden zum Tragen kam, da eine direkte Befragung der Begutachteten nicht möglich war.

Des weiteren ergab sich bei einigen Fragen aus dem Gutachtentext eine relativ hohe Rate an missing data, so dass die Aussagekraft bzgl. der statistischen Signifikanz gemindert wurde oder nicht möglich war.

Bei den Probanden in ambulanter Therapie ist eine Verzerrung der Ergebnisse durch die Subjektivität der Antworten gegeben. Eine Möglichkeit zur Überprüfung der Objektivität der Aussagen gab es kaum. Ebenfalls kam es bei manchen Fragen zur Minderung der Aussagekraft aufgrund des z.T. hohen Anteils der Nichtbeantwortung der Fragen.

Durch die Größe des Untersuchungskollektivs im Verhältnis zur geringen Prävalenz dieses Krankheitsbildes sind die Ergebnisse dieser Untersuchung gleichwohl aussagekräftig. Durch die Spezifität der Auswahlkriterien der Probanden in ambulanter Therapie ist jedoch ein direkter Vergleich nur mit Patienten möglich, die in der Therapie und Behandlung ihrer Transsexualität weit fortgeschritten sind. Dennoch ermöglichen die unterschiedlichen Auswahlkriterien beider Stichproben einen recht guten Überblick über die trotz Behandlungsstandardisierung in der Praxis nach wie vor recht unterschiedlichen Behandlungsformen.

4.3 Vorliegen der Transsexualität

Bei der Auswertung der Stichprobe der Gutachtenprobanden zeigte sich, dass von den 175 Begutachteten in insgesamt 171 (97,7%) Fällen die Diagnose der TS eindeutig festgestellt und somit das Vorliegen der Transsexualität bestätigt wurde. Lediglich bei 2 M-zu-F TS konnte zum Zeitpunkt der Begutachtung diese Diagnose nicht gestellt werden. Bei 2 F-zu-M TS erschien die Diagnose Transsexualität eher unsicher. Bei der Frage nach der Irreversibilität der Transsexualität zeigte sich, dass in 162 der 175 Begutachtungen (92,6%) die Irreversibilität bestätigt wurde. Bei einem M-zu-F TS wurde die Irreversibilität einer transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörung zum Begutachtungszeitpunkt verneint. Unsicher erschien die diesbezügliche Prognose bei 8 M-zu-F TS und 4 F-zu-M TS. Damit wurde von den Gutachtern in 7,4% der Anträge auf Vornamensänderung das Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen verneint.

In der Studie von Osburg und Weitze (1993), in der es um die Reflektion des TSG nach 10 Jahren Existenz geht, findet sich bei gleichem Durchschnittsalter eine deutlich höhere Ablehnungsrate. Sie beträgt für den §1 TSG in NRW 16%, für den § 8 TSG liegt die Ablehnungsrate bei 9%.

Bei der Prüfung der statistischen Signifikanz mittels des Vierfelder-Tests zeigt sich, dass die Ablehnungsrate für den § 1 TSG in der Studie von Osburg und Weitze statistisch signifikant höher liegt als in unserer Untersuchung.

Ursächlich für diesen Unterschied erscheint vor allem die inzwischen aufgehobene Mindestalterregel von 25 Jahren, die in der Studie von Osburg und Weitze zum Tragen gekommen zu sein scheint und somit die erhöhte Ablehnungsrate erklärt. Es zeigt sich hier nämlich, dass ablehnende Beschlüsse bzgl. des Antrags auf Vornamensänderung vor allem in der Gruppe der 18 bis 24-jährigen gegeben war (28,5% der Antragsablehnungen des Amtsgerichtes Dortmund bezogen sich auf unter 25 Jährige und 76,9% der Antragsablehnungen des Amtsgerichtes Düsseldorf bezogen sich auf unter 25 Jährige). Des weiteren erscheint auch die Schwierigkeit der diagnostischen Abgrenzung gegenüber anderen Störungen der Geschlechtsidentität zu einer erhöhten Ablehnungsrate zu führen.

4.4 Darstellung transsexuellen Erlebens durch cross-dressing und Spielverhalten

Ein wichtiger Punkt des transsexuellen Erlebens stellt das cross-dressing dar. Es ist zum einen Bestandteil des Alltagstest und zum anderen ein gut beurteilbares Merkmal in der Diagnosefindung der Transsexualität, da das Anlegen der Kleidung des anderen Geschlechts ein fester Bestandteil des Verhaltens nahezu eines jeden Transsexuellen darstellt und dieses Verhalten oftmals schon in der Kindheit auftaucht (Caspari et al. 1999, Cohen-Kettinis, Gooren 1999, Désirat 1985, Epstein 1995, Eicher 1992, Weitze, Konrad 1999). Die Auswertung der Gutachten, ebenso wie der Fragebögen der Probanden in ambulanter Therapie bestätigen diese Aussagen. Es zeigt sich, dass 39,4% (69 von N=175) der Gutachtenprobanden bereits in der Kindheit ein cross-dressing vollzogen haben. Bei den Probanden in ambulanter Therapie waren dies sogar 61,5% (16 von N=26), also fast doppelt so viele wie bei den Gutachtenprobanden. Es kam jedoch zu keinem weiteren Anstieg zum Zeitpunkt der Pubertät in der Gruppe der Probanden in ambulanter psychiatrischer Therapie, wohl aber in dem Kollektiv der Gutachtenprobanden, in der der Anteil auf 47,4% (83 von N=175) anstieg.

Zum Zeitpunkt der Gutachtenerhebung gaben 89,1% der Gutachtenprobanden an ein cross-dressing zu vollziehen; dass alle 26 Patienten in ambulanter Therapie ein cross-dressing berichten, ergibt sich aus der Tatsache, dass der Alltagstest und somit das Vollziehen des cross-dressings eine Voraussetzung darstellte, um in das Kollektiv der Probanden in ambulanter Therapie aufgenommen zu werden. Anders ist dies bei den Gutachtenprobanden, bei denen es kein Einschlusskriterium war. Dieses Ergebnis bestätigt die Literatur dahingehend, dass cross-dressing bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt auftritt und zu einem festen Bestandteil im Leben Transsexueller wird.

Bei der Frage nach Gefühlen beim cross-dressing zeigt sich, dass von dem Großteil der Befragten (61,5% von N=26) dieses Verhalten als „völlig normal“ erlebt wird. Lediglich zwei der 26 interviewten Probanden gaben an Schuldgefühle beim cross-dressing zu verspüren, drei sagten aus, Befriedigung zu empfinden, ohne dass sie diese Empfindung genauer charakterisieren konnten.

Bei der Befragung der Gutachtenprobanden nach sexueller Stimulation beim cross-dressing zeigt sich, dass es 15,4% (27 von N=175) nie als sexuell stimulierend empfanden. 7,4% (13 von N=175) sagten aus, eine sexuelle Befriedigung empfunden zu haben oder immer noch zu empfinden; wobei es sich hierbei ausschließlich um M-zu-F TS handelte. Es muss jedoch erwähnt werden, dass eine sexuelle Stimulation bzw. eine sexuelle Befriedigung beim cross-dressing statistisch nicht signifikant häufig gegeben ist.

Dies findet auch in der Literatur Bestätigung. Eicher (1992) beschreibt das cross-dressing ohne sexuelle Stimulation als ein Merkmal der Transsexualität, welches eine Abgrenzung zum Transvestismus darstellt. Sigusch stellt 1980 Leitsymptome zur Erkennung einer „echten“ Transsexualität auf, in denen aufgezeigt wird, dass cross-dressing eine Imitation des begehrten Geschlechts darstellt und nur in Ausnahmefällen mit sexueller Erregung einhergeht (Eicher 1992, Winkelmann 1993).

Bei der Untersuchung der Frage, ob transsexuelles Erleben sich in geschlechtsspezifischen Spielverhalten äußert, zeigt sich, dass 50% (13 von N=26) der Probanden in ambulanter psychiatrischer Therapie ein geschlechtsindifferentes Spielverhalten angaben. Ein geschlechtsspezifisches Spielverhalten gaben 13 der 26 Befragten (50%) an, dabei ergab die Aufschlüsselung nach jungentypischen und mädchenstypischen Spielverhalten, dass M-zu-F TS sowohl jungen- als auch

mädchentypisches Spielverhalten beschrieben, F-zu-M TS jedoch nur jungentypisches Spielverhalten angaben, mädchentypisches Spielverhalten jedoch verneinten. Runte (1993) bestätigt ein geschlechtsindifferentes Verhalten der M-zu-F TS durch die Ausführung der Ergebnisse der M-zu-F TS der 50er Jahre. Sie weist darauf hin, dass M-zu-F TS ihre männlichen Interessen hervorheben und geschlechtsneutrale Interessen im Jugendalter aufweisen. Andere Literaturquellen sagen jedoch aus, dass beim Vorliegen einer Transsexualität schon in der Kindheit geschlechtsspezifisches Verhalten entsprechend des angestrebten Geschlechts vorzufinden sei. Caspari et al. (1999) beschreibt in zwei Kasuistiken von F-zu-M TS ein eindeutiges jungenhaftes Spielverhalten, Cohen-Kettenis und Gooren (1999) beschreiben ebenfalls Fallbeispiele, in denen transsexuelle Patienten gegengeschlechtliches Spielverhalten aufweisen, Winkelmann (1993) greift die Studie von Eicher (1992) mit 245 Probanden auf, in der 65% der M-zu-F TS ein stereotypisch „weibliches“ Spielverhalten angeben und 75% der F-zu-M TS ein stereotypisch „männliches“ Spielverhalten aufwiesen. Hier wird also wesentlich häufiger geschlechtsspezifisches Spielverhalten angegeben als in unserer Studie, dennoch wird auch geschlechtsindifferentes Spielverhalten genannt. Weitere Kasuistiken mit stereotypischem Spielverhalten des anderen biologischen Geschlechts finden sich bei Weitze und Konrad (1999). Diese Aussagen basieren jedoch oftmals nur auf einzelne Fallbeispiele und lassen sich durch die von uns erarbeiteten Zahlen nicht bestätigen. Geschlechtsspezifisches Spielverhalten kann also ein Mosaikbaustein zur Diagnose Transsexualität sein, ist jedoch allein natürlich nicht aussagekräftig genug zur Diagnosestellung. Ebenso wenig bedeutet das Fehlen geschlechtstypischen Spielverhaltens des anderen biologischen Geschlechts, dass die Diagnose Transsexualität nicht gestellt werden kann.

Des weiteren können auch Symptome der Transsexualität im Rahmen anderer psychiatrischer Erkrankungen und Geschlechtsidentitätsstörungen auftreten, so dass geschlechtsspezifisches Spielverhalten des anderen biologischen Geschlechts nicht zwangsweise mit der Diagnose Transsexualität einhergehen muss (Caspari et al. 1999, Weitze, Konrad 1999).

4.5 Sozialisationsbedingungen

Die Diagnose Transsexualität, die in ihrer Begrifflichkeit erstmals 1953 von Harry Benjamin formuliert wurde, bedeutet für die Betroffenen häufig soziale Isolation und finanziellen Notstand.

Durch die Untersuchung folgender Items konnte ein Überblick über die aktuelle Lebenssituation Transsexueller erlangt werden:

1. Aktuelle rechtliche Situation
2. Beruf und Ausbildung
3. Partnerschaft und Sexualität
4. Familiäre Situation
5. Reaktionen des persönlichen Umfelds auf das eigene transsexuelle Erleben.

Es war nicht Ziel der vorliegenden Untersuchung Hypothesen über möglicherweise ätiologisch relevante psychosoziale Auffälligkeiten aufzustellen oder zu prüfen. Die Ergebnisse zeigen jedoch, welche unterschiedlichen sozialen Herausforderungen transsexuelle Menschen gegenüberstehen; ihre Behandlung kann demzufolge nicht auf Störungen der Geschlechtsidentität reduziert werden, vielmehr sind im Einzelfall sehr unterschiedliche biographische Probleme, aktuelle psychosoziale Belastungen und Begleiterkrankungen bei der Therapie zu berücksichtigen. Die früher nicht ganz selten geäußerte Auffassung, dass Transsexuelle einander so sehr ähnlich seien, dass der unerfahrene Untersucher meint, bereits alle zu kennen, wenn er den zweiten transsexuellen Patienten gesehen hat (Sigusch 1980), ist offenkundig falsch.

Zu 1:

Die Möglichkeit zur Änderung der rechtlichen Situation durch die Schaffung der Vornamens- und Personenstandsänderung ermöglicht transsexuellen Patienten eine Sicherheit im alltäglichen Leben und ihrem geschlechtsspezifischen Handeln.

Bei der Therapie der Transsexualität geht es nicht nur um eine „Geschlechtsumwandlung“ (die im medizinischen Sinn ohnehin nicht möglich ist), sondern auch um die Anpassung von Körper, Geschlechtsidentität und psychosozialer

Geschlechtsrolle. Vornamens- und Personenstandsänderung führen hierbei zu einer Stabilisierung der psychischen Situation (Eicher 1992).

Im weiteren führt die Schaffung der gesetzlichen Regelung zu einer Sicherung der sozialen Existenz transsexueller Patienten, durch die Erleichterung der beruflichen Ausübung. In unserer Arbeit kann gezeigt werden, dass auch ein Großteil der Probanden in ambulanter Therapie eine Änderung ihrer rechtlichen Situation anstreben. Wie im Kapitel 3.2.1 im einzelnen aufgeführt, zeigt sich, dass 69,2% der Probanden in ambulanter Therapie eine Vornamensänderung bereits erlangt oder beantragt haben. 50% der Probanden erlangten oder beantragten eine Personenstandsänderung. Einige Probanden strebten eine zeitgleiche Änderung des Vornamens- und Personenstandes an. Bei den Gutachtenpatienten stellte der Antrag auf Vornamens- oder Personenstandsänderung die Voraussetzung zur Gutachtenerstellung dar, so dass alle eine Änderung ihrer rechtlichen Situation anstrebten.

Zu 2:

Wie im Kapitel 3.1.5 im einzelnen aufgeführt, sind 34,3% (60 von N=175) der Gutachtenprobanden zum Zeitpunkt der Begutachtung arbeitslos. Bei den Probanden in ambulanter Therapie sind dies 42,3% (11 von N=26). Die Zahl der Arbeitslosen in der Gruppe der Probanden in ambulanter Therapie ist also deutlich größer als in der Reihe der Gutachtenprobanden, wobei hierfür jedoch keine Ursächlichkeit gefunden werden kann. Des weiteren liegt die Arbeitslosigkeit in beiden Stichproben im Verhältnis zur Zahl der Arbeitslosen in Deutschland deutlich höher.

Diese hohe Quote der Arbeitslosigkeit lässt sich zum einen durch das Verhalten der Arbeitskollegen am Arbeitsplatz erklären, es kommt häufig zu Mobbing oder Verspottungen (oder sie werden - nicht immer zu Unrecht - von den Betroffenen zumindest befürchtet), zum anderen führt auch die geschlechtsspezifische Berufswahl häufig zu Problemen bei der Berufsausführung (Eicher 1992).

Die Kasuistik von Caspari et al. (1999) beschreibt außerdem, dass geschlechtsspezifische Ausbildungen häufig abgebrochen werden. Betrachtet man dazu die Daten zur abgeschlossenen Berufsausbildung der Gutachtenprobanden zeigt sich, dass 34,3% der Begutachteten keine abgeschlossene oder überhaupt keine Berufsausbildung nachweisen können; 61,1% haben eine Berufsausbildung.

Wie in Kapitel 3.1.5 weiterhin beschrieben, lässt sich erkennen, dass der Anteil an Schulformen mit niedrigem Bildungsniveau 41,6% der Schulabschlüsse ausmacht. Dies führt im weiteren zu einer Einschränkung der Berufswahl, was somit ein weiterer Erklärungsansatz der hohen Arbeitslosigkeit darstellt.

Als Ursachen für dieses niedrige Leistungsniveau werden in der Literatur folgende Punkte benannt:

- Eine früh beginnende gesellschaftliche Isolierung
- Die Degradierung in eine Außenseiterposition
- Die bestehende Selbstunsicherheit bezüglich des eigenen Erscheinungsbildes und des geschlechtspezifischen Handelns und Verhaltens

(Eicher 1992, Caspari et al. 1999).

Zu 3:

Bei der Frage nach Partnerschaft und Sexualität zeigt sich, genau wie in der Studie von Eicher (1992), dass die meisten Probanden bezogen auf ihr empfundenes Geschlecht heterosexuell sind und entsprechend dieser Empfindung einen heterosexuellen Partner suchen. Eicher zeigt in seiner Studie, dass 40% der F-zu-M TS vor der Operation eine Beziehung zu einer Frau hatten, 16% hatten eine feste Partnerschaft, nach der Operation wiesen 60% eine feste heterosexuelle Partnerschaft auf, 95% hatten sexuelle Beziehungen und 20% hatten geheiratet.

Homosexualität ist dagegen eher die Ausnahme und entspricht in etwa der Prävalenz der Allgemeinbevölkerung (Augstein 1982, Désirat 1985, Caspari et al. 1999, Raymond 1994, Fuchs 1995, Hansman 1996, Meister 1994, Schiffels 1992, Ulrich, Karsten 1994, Winter 1996).

Diese Aussagen und Ergebnisse unterstützen somit die Ergebnisse unserer Untersuchung, die wie folgt zu benennen sind:

Bei den Probanden in ambulanter Therapie geben alle F-zu-M TS an, eine Frau als Partnerin zu haben oder sich zu wünschen. Bei den M-zu-F TS hat lediglich ein Proband eine Frau als Partnerin, alle anderen geben an, einen Mann als Partner zu haben oder sich zu wünschen.

Im Rahmen der Auswertung der Gutachtenprobanden zeigt sich, dass 66,3% (116 von N=175) der Probanden heterosexuelle Erfahrungen bezogen auf ihr empfundenes

Geschlecht haben. Dabei sieht die Geschlechterverteilung wie folgt aus: 68,8% (63 von n=82) F-zu-M TS und 57% (53 von n=93) M-zu-F TS weisen eine heterosexuelle Erfahrungen bezogen auf das empfundene Geschlecht auf. Homosexuelle Erfahrungen bezogen auf das empfundene Geschlecht geben 44% (77 von N=175) an. Hierbei sind dies 48,8% (40 von n=82) F-zu-M TS und 65,5% (61 von n=93) M-zu-F TS. M-zu-F TS weisen also signifikant häufiger homosexuelle Erfahrungen bezogen auf das empfundene Geschlecht auf als F-zu-M TS. Ursächlich für dieses Verhalten könnte sein, dass M-zu-F TS durch homosexuelle Handlungen (bezogen auf das empfundene Geschlecht) versuchen, innerseelische Konflikte und Spannungszustände interaktionell auszuagieren.

Weiterhin lassen sich als Erklärungsansatz für das Vorliegen homosexueller Erfahrungen verschiedene Faktoren benennen:

1. Das Drängen des persönlichen Umfelds homosexuelle Bindungen (bezogen auf das empfundene Geschlecht) einzugehen.
2. Das Bemühen, den gesellschaftlichen Erwartungen und verinnerlichten Normen an die Ausrichtung der sexuellen Orientierung zu entsprechen und dadurch interpersonelle oder innerseelische Konfliktspannungen zu vermeiden.
3. Das Durchleben einer homosexuellen Phase (bezogen auf das empfundene Geschlecht) auf der Suche nach der eigenen Sexualität und dem Versuch der Verleugnung der eigenen Transsexualität in der Hoffnung auf Verschwinden der transsexuellen Empfindungen.
4. Persönlichkeitsstrukturelle Gründe, die zur Unsicherheit bzgl. der Geschlechtsidentität führen (Eicher 1992, Désirat 1985).

Diese Erklärungsansätze für das Auftreten homosexueller Erfahrungen (bezogen auf das empfundene Geschlecht) bei Transsexuellen zeigt also, dass homosexuelle Handlungen hier nicht gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer „wahren“ Homosexualität sind.

Auch die Zahl der Eheschließungen der Gutachtenprobanden, - 21,1% (37 von N=175) sind eine Ehe eingegangen, drei davon sogar zweimal -, weist auf diese interpersonellen bzw. innerseelischen Konflikte hin. Durch das Eingehen einer Ehe versuchten die

Probanden den gesellschaftlichen Erwartungen und erlernten Normen gerecht zu werden. Die Ehe wurde als Ausweg aus der eigenen Transsexualität gesehen.

Diese Zahlen zeigen die Notwendigkeit strukturierter Behandlungsformen zur Stabilisierung des Beziehungs- und Bindungsverhaltens transsexueller Patienten auf. Durch deren Schaffung können innerseelische Konflikte besser und in kürzerer Zeit gelöst werden, es kommt zu einer schnelleren Stabilisierung der eigenen Persönlichkeit und Akzeptanz der eigenen Transsexualität.

Zu 4:

Bei der Betrachtung der familiären Situation der Gutachtenprobanden zeigt sich, dass in 82,9% der Begutachtungen die Probanden ehelich geboren wurden, in 4% der Fälle bestand zum Zeitpunkt der Geburt eine feste Partnerschaft der Eltern; lediglich bei 12,6% der Untersuchten bestand zum Zeitpunkt der Geburt keine eheliche oder eheähnliche Verbindung zwischen den Eltern. Betrachtet man weiterhin die Angaben zu Trennung bzw. Scheidung der Eltern bis zum 16. Lebensjahr der Probanden, so zeigt sich, dass 26,3% der Begutachteten (46 von N=175) diese Frage positiv beantworteten. Ein längeres Fehlen eines oder beider Eltern berichteten 15,4% der Gutachtenprobanden; wobei F-zu-M TS mit 22% statistisch signifikant häufiger betroffen waren als M-zu-F TS mit 9,7%.

In Abweichung zu unseren Ergebnissen berichtet Eicher (1984) von 53% M-zu-F TS und 50% F-zu-M TS, bei denen die Familienstruktur durch Fehlen oder Abwesenheit mindestens eines Elternteils gekennzeichnet war. Beide Eltern fehlten bei 14% der M-zu-F TS und 10% der F-zu-M TS, der Vater fehlte bei 20% der M-zu-F TS und 18% der F-zu-M TS; die Mutter war bei 11% der M-zu-F TS und 8% der F-zu-M TS nicht zugegen. Auch Caspari et al. (1999) berichten in ihrer Kasuistik von dem Vorliegen einer inkompletten Familienstruktur.

Winkelmann (1993) greift sowohl die Studie Eichers (1984) als auch die Studie Vogts (1978) auf und deutet sie dahingehend, dass Transsexuelle in den meisten Fällen in Familienstrukturen aufwachsen, die durch das Fehlen oder durch die Abwesenheit mindestens eines Elternteils gekennzeichnet sind.

Runte (1993) hingegen sagt aus, dass die Mehrzahl transsexueller Patienten in normalen Familienstrukturen aufwachsen, und Hausman (1995) stellt die Behauptung auf, dass

Transsexuelle nicht ihre eigene Biographie schreiben, sondern nur Aussagen machen, die ihnen in ihrem Streben nach Hormontherapie und operativer Behandlung helfen.

Unter Berücksichtigung aller Aspekte lässt sich sagen, dass die Ergebnisse unserer Untersuchung die Aussagen der Studie Eichers relativieren. Es lässt sich somit feststellen, dass eine durch Abwesenheit eines Elternteils gekennzeichnete Herkunftsfamilie bei transsexuellen Menschen zwar häufig, aber keinesfalls regelhaft nachgewiesen werden kann.

Zu 5:

Bei der Untersuchung dieses Fragenkomplexes erfolgte bei der Gruppe der Gutachtenprobanden eine Unterteilung in drei Punkte:

- a) Information der aktuellen Hauptbezugsperson
- b) Information des Freundes- und Bekanntenkreises
- c) Information der Arbeitskollegen.

Es zeigt sich, dass 89,1% (156 von N=175) der Gutachtenprobanden ihre aktuelle Hauptbezugsperson zum Zeitpunkt der Begutachtung über die Transsexualität informiert haben. 57,1% (100 von N=175) informierten auch ihren Freundes- und Bekanntenkreis über ihr transsexuelles Erleben und 62,8% (71 von n=113⁶) informierten ihre Arbeitskollegen über die Transsexualität.

Bei den Probanden in ambulanter Therapie wurde zum einen erfasst, welche Person von den Betroffenen zu Beginn des coming out ins Vertrauen gezogen wurde, zum anderen wurde hier die Reaktion der Informierten erfragt.

Hierbei zeigt sich, dass 31,3% der Befragten den aktuellen Lebenspartner als ersten über die Transsexualität informiert haben. 15,6% informierten zuerst die Geschwister. Freunde und Bekannte wurden in 12,5% der Fälle zuerst ins Vertrauen gezogen. Bei der Reaktionen der Bezugspersonen auf das coming out zeigt sich, dass 54,8% der Probanden angaben, ihnen sei Verständnis entgegengebracht worden; 22,6% erfuhren Toleranz bzgl. ihrer Transsexualität. Ablehnendes Verhalten gegenüber der Transsexualität gaben 6,5% der Befragten an und andere Reaktionen als die bereits genannten fanden sich in weiteren 6,5% der Fälle.

⁶ Hier wird von n=113 ausgegangen, da zum Zeitpunkt der Begutachtung lediglich 113 der 175 Begutachteten in einem Arbeitsverhältnis standen.

Es ergibt sich also zum einen, dass eine große Anzahl von Personen im Umkreis der Betroffenen über die Transsexualität informiert wurden, zum anderen trafen die Befragten dabei in den meisten Fällen auf positive Reaktionen bzgl. des coming out (nämlich 77,4% der Befragten: 54,8% erfuhren Verständnis und 22,6% Toleranz bzgl. ihres coming out).

Dieses Ergebnis steht jedoch im Widerspruch zu vielen Literaturquellen, in denen immer wieder aufgezeigt wird, dass Transsexualität auf Ablehnung trifft, zu Konflikten sowohl in der Familie als auch im Freundeskreis und am Arbeitsplatz führt und somit oftmals soziale Isolation nach sich zieht (Epstein 1995, Eicher 1992, Lindemann 1993). Vergegenwärtigt man sich außerdem nochmals den Punkt „Berufliche Situation“, so zeigt sich, dass die hohe Quote der Arbeitslosigkeit, sowie das niedrige Bildungsniveau vieler Transsexueller durch früh begonnene gesellschaftliche Isolation, Degradierung in die Außenseiterposition und bestehende Selbstunsicherheit bzgl. des eigenen Erscheinungsbildes und gesellschaftlichen Handelns bedingt sind. Weiterhin zeigt sich, dass 66,6% der Probanden in ambulanter Therapie ohne Partnerschaft zum Zeitpunkt der Begutachtung sind, was wiederum die soziale Isolation Transsexueller widerspiegelt.

Zu der im Vergleich hierzu sehr positiven Bewertung der Reaktion der Bezugspersonen unserer Probandengruppe könnte das Bemühen der transsexuellen Patienten beigetragen haben, kognitive Dissonanzen zu vermeiden. Interaktionelle Spannungen und psychosoziale Konflikte in Zusammenhang mit der Transsexualität entziehen sich damit dem bewussten Erleben der Betroffenen. Schließlich handelt es sich bei den hier referierten positiven Stellungnahmen der Umgebung um subjektive Erfahrungsberichte der Betroffenen und nicht um objektivierbare Daten. Unter Berücksichtigung dieser Punkte muss das positive Ergebnis unserer Untersuchung bzgl. Information und Reaktion der Umwelt relativiert werden.

4.6 Co-Morbiditäten, autoaggressive Handlungen, sowie psychiatrische Behandlungsformen

In der Auswertung der Gutachten bezüglich Alkohol- und Drogenabusus zeigt sich, dass in 21,1% (37 von N=175) der Fälle ein Alkohol- und oder Drogenabusus vorliegt, wobei die prozentuale Verteilung der Geschlechter mit 20,7% (17 von n=82) der F-zu-M TS und 21,5% (20 von n=93) der M-zu-F TS prozentual und numerisch nahezu gleich ist. Andere Formen nicht-stoffgebundener Co-Morbiditäten finden sich in 10,3% (18 von N=175) der Gutachten. Hierbei sind M-zu-F TS signifikant häufiger zu nennen als F-zu-M TS.

Bei der Auswertung autoaggressiver Impulse zeigt sich, dass 23 der 175 Probanden (13,1%) bei der Begutachtung von Selbstschädigungen berichteten, wobei dies bei F-zu-M TS mit 18,3% (15 von n=82) häufiger als bei M-zu-F TS der Fall war (8,6% bzw. 8 von n=93). Dieses Verhalten erscheint auch in der Allgemeinbevölkerung häufiger bei jungen Frauen vorzukommen als bei Männern.

Suizidale Impulse gaben insgesamt 48 der 175 Gutachtenprobanden an, wobei es sich hier um 20 F-zu-M TS (24,4% von n=82) und 28 M-zu-F TS (30,1% von n=93) handelt. Über suizidaler Handlungen berichten 21,4% (37 von N=175) der gutachterlich Untersuchten. Die Geschlechterverteilung sieht hierbei wie folgt aus: 17 F-zu-M TS (20,7% von n=82) und 20 M-zu-F TS (21,5% von n=93).

Vergleicht man nun unsere Ergebnisse mit den Aussagen der Literatur so zeigt sich, dass in vielen Literaturquellen über das vermehrte Vorkommen von Drogenabhängigkeit, autoaggressiven Impulsen und psychischen Auffälligkeiten berichtet wird (Caspari et al. 1999, Eicher 1992, Weitze, Konrad 1999).

Désirat (1985) verweist auf eine Studie von Pauly (1974) über transsexuelle Frauen, der zufolge 44% (n=27) der F-zu-M TS einen Alkoholabusus angaben. Zur Begründung für diesen hohen Anteil wird ausgesagt, dass das Trinken von Alkohol in der Öffentlichkeit als typisch männliches Verhalten gewertet wird. Auf M-zu-F TS wird in dieser Studie jedoch nicht eingegangen. Suizidversuche werden in dieser Studie mit 17,5% (n=80) der F-zu-M TS angegeben. Jedoch werden auch hier keine Angaben zu den M-zu-F TS gemacht.

In der Studie von Wyler et al. (1997), auf die sich Désirat ebenfalls bezieht, wurden 12 M-zu-F TS und 6 F-zu-M TS untersucht; hier drohten 2 der 6 F-zu-M TS mit suizidalen Handlungen (33,3%), eine der 6 F-zu-M TS (16,6%) hatte bereits einen Suizidversuch begangen. Angaben bezüglich der Suizidversuche der M-zu-F TS werden nur durch die Aussage getroffen, dass diese auffällig häufig Suizidversuche aufweisen; die genauen Zahlenangaben werden hier jedoch nicht genannt.

Ein eingehender Vergleich mit den Ergebnissen unserer Studie ist somit nur bedingt möglich.

Insgesamt erscheinen die Zahlen unserer Studie nicht mit dem deutlich vermehrten Vorkommen von Alkoholabusus und suizidaler Handlungen Désirats überein zustimmen. Da die Fallzahl der Studie Wylers et al. deutlich geringer ist als die Fallzahl unserer Untersuchung und das untersuchte Kollektiv der Studie von Pauly auf F-zu-M TS eingeschränkt ist, erscheinen unsere Ergebnisse wesentlich repräsentativer und aussagekräftiger bzgl. der Items Autoaggressionen und Co-Morbiditäten bei Transsexuellen.

Betrachtet man im weiteren die Häufigkeit einer vorausgehenden ambulanten und stationären psychiatrischen Therapie, zeigt sich, dass 45,7% der Gutachtenprobanden (80 von N=175) sich einer dieser Behandlungsformen unterzogen haben, wobei hier anzumerken ist, dass die Transsexualität hierbei nicht ursächlich für die Behandlung war. Bei der Aufschlüsselung der Geschlechterverteilung zeigt sich, dass M-zu-F TS sich sowohl in ambulanter als auch stationärer psychiatrischer Therapie häufiger befanden als F-zu-M TS. Dies wird auch durch die Studie von Pauly und Lindgren (1976/1977) bestätigt, in der herausgefunden wurde, dass männliche Transsexuelle psychisch instabiler seien als weibliche (Désirat 1985).

Die hierbei auftretende Diskrepanz zwischen der eher gering erscheinenden Zahl der Co-Morbiditäten und der Zahl der psychiatrischen Behandlungen der Betroffenen unserer Studie erklärt sich dahingehend, dass die Diagnostik Transsexualität bei den Gutachtenprobanden häufig wenig koordiniert abgelaufen ist und anfänglich nur Begleiterkrankungen, wie bestehende Depressionen oder der V.a. Homosexualität, therapiert wurden.

4.7 Hinweise für die Behandlung

Im Gegensatz zu anderen Erkrankungen steht bei der Transsexualität für den Patienten nicht so sehr die Frage nach der Diagnose im Vordergrund, sondern sein konkreter Anspruch auf Hilfe bei der Umsetzung seiner Vorstellungen bezüglich der Behandlung. Durch standardisierte Behandlungskonzepte können konkrete Wege zur Umsetzung dieser Ansprüche aufgezeigt werden, so dass der Leidensweg der Patienten verkürzt wird und es zu einer Stabilisierung der psychosozialen Situation kommt. Zugleich soll die Standardisierung den Betroffenen auch vor übereilten irreversiblen Maßnahmen schützen. Am Anfang jeder Therapie muss jedoch die Sicherung der Diagnose Transsexualität durch Differenzierung von anderen Störungen der Geschlechtsidentität stehen.

Speziell die Gruppe der Gutachtenprobanden lässt erkennen, wie unkoordiniert das therapeutische Vorgehen mitunter abläuft. Schon die Diagnose Transsexualität lässt sich mitunter nur schwer stellen, so dass in 45,7% der Begutachtungen bereits eine psychotherapeutische Betreuung aufgrund anderer Probleme, die oftmals durch die Transsexualität bedingt sind, zwar erfolgte, hierbei die Diagnose Transsexualität jedoch nicht genannt und wahrscheinlich auch nicht erkannt wurde. Hätte eine adäquate therapeutische Betreuung der Transsexuellen stattgefunden, so lässt sich vermuten, dass der erhöhte Anteil an Co-Morbiditäten, suizidaler Handlungen und Suizidversuchen sich vermutlich hätte reduzieren lassen.

Es zeigt sich weiterhin, dass 15,4% der Gutachtenprobanden ein cross-dressing nicht konsequent oder gar nicht vollziehen und somit nicht die Voraussetzungen des Alltagstests erfüllen. Eine Stabilisierung des transsexuellen Erlebens durch konsequentes Auftreten in der Rolle des anderen Geschlechts ist somit nicht gegeben.

Des Weiteren weist die Zahl der Arbeitslosen (34,3%) als auch die Anzahl derer, die zum Zeitpunkt der Begutachtung alleinlebend waren (36%) auf psychosoziale Probleme im Umgang und der Umsetzung mit der Transsexualität hin.

Diese Ergebnisse zeigen, dass sich die Probleme transsexueller Menschen keineswegs nur auf die Transsexualität beschränken, sondern dass der Therapeut einer ganzen Reihe sehr unterschiedlicher Schwierigkeiten gegenübersteht, wenngleich diese wiederum ursächlich mit der Transsexualität zusammenhängen können. Dementsprechend darf

sich die Behandlung nicht auf die transsexuelle Problematik unmittelbar beschränken, sondern muss in einem multimodalen Therapieansatz den verschiedenen Problembereichen Rechnung tragen. Es muss zu einer ausgewogenen Interaktion der verschiedenen Fachdisziplinen mit gleichzeitig dauerhafter psychotherapeutischer Betreuung kommen, was durch die Bereitstellung von Behandlungszentren, die diese interdisziplinäre Kooperation koordinieren gewährleistet werden kann.

Die Bewältigung interpersoneller und psychosozialer Schwierigkeiten führt zu einer Stabilisierung und Akzeptanz des transsexuellen Erlebens, so dass im weiteren Hormontherapie, geschlechtsangleichende Operationen als auch eine rechtliche Klärung im Sinne einer Vornamens- und Personenstandsänderung erfolgen können.

Der Erfolg dieses strukturierten Vorgehens zeigt sich in der Untersuchung der Probanden in ambulant psychiatrischer Therapie auf Veränderungen vor und nach Behandlungsbeginn bezüglich des subjektiven Empfindens, des Verhältnisses zu Arbeitskollegen, Freunden, der Familie, sowie dem Partner und der Sexualität.

Bezüglich des subjektiven Empfindens sagen 23 der 26 Befragten (88,5%) aus, dass dieses sich gebessert habe.

Es zeigt sich weiterhin, dass in 53,8% (14 von N=26) der Fälle eine Verbesserung oder ein Gleichbleiben des Verhältnisses zu Arbeitskollegen vorliegt, lediglich in einem Fall (3,8% von N=26) verschlechterte sich das Verhältnis.

Die Beziehung zu Freunden wurde ebenfalls als besser bezeichnet. Lediglich 5 der 26 Befragten (19,2%) sagten aus, dass das Verhältnis zu den Freunden schlechter geworden sei. Viele geben hierbei zusätzlich an, dass durch die Festigung des transsexuellen Erlebens sich die „wahren Freundschaften“ gefestigt hätten und andere Freundschaften verloren gingen.

Bei der Beantwortung der Frage nach dem Verhältnis zu Familienmitgliedern kam es zu einer Mehrfachnennung, da sich das Verhältnis zu den einzelnen Familienmitgliedern unterschiedlich verändert hatte. Jedoch gaben auch hier 62,9% aller Befragten an, dass das Verhältnis sich gebessert habe.

Bei der Frage nach der Partnerschaft gaben 8 Probanden an (30,8% von N=26), dass das Verhältnis sich gebessert habe oder unverändert gut sei.

Die Aussage bezüglich der Sexualität bringt ähnliche Antworten. 10 der 26 Befragten sagen aus, dass die eigene Sexualität besser geworden sei oder gleich gut geblieben ist.

Lediglich ein Befragter gibt an, dass die Sexualität schlechter geworden sei.

Auch die Studie Pfäfflins von 1992 zeigt, dass durch standardisierte Behandlungsverfahren es zu einer Festigung des geschlechtspezifischen Auftretens und Verminderung psychischer Auffälligkeiten kam.

Kann man die Transsexualität in ihrer Ursächlichkeit momentan auch noch nicht erklären, so kann man den Patienten doch helfen mit ihr zu leben und sie rechtlich, medizinisch und psychotherapeutisch in ihrem transsexuellen Erleben unterstützen.

5 Zusammenfassung

Die Therapie transsexueller Patienten ist aufgrund ihrer fachübergreifenden Komplexität häufig problembeladen. Die Patienten erscheinen oftmals nicht mit der Frage nach der Diagnose bei ihrem behandelnden Arzt, sondern mit dem Anspruch auf Hilfe bei der Umsetzung ihrer Vorstellungen zur Angleichung des äußeren Erscheinungsbildes entsprechend des empfundenen Geschlechts.

Durch die Ausarbeitung zweier Stichproben mittels unterschiedlicher statistischer Kriterien, bei denen die Probanden der einen Stichprobe durch unterschiedliche Therapieverfahren betreut und behandelt wurden, die Probanden der zweiten Stichprobe dahingegen eine Betreuung und Therapie nach vorher festgesetzten Behandlungsstandards erlangten, konnte zwar ein direkter Vergleich aufgrund der unterschiedlichen Formen der Datenerhebung und Auswahlkriterien nicht erfolgen, dennoch konnte gezeigt werden, dass durch strukturiertes therapeutisches Vorgehen eine bessere Bewältigung interpersoneller und psychosozialer Probleme gegeben ist, so dass eine Festigung und Akzeptanz des transsexuellen Erlebens erreicht wird.

Häufig finden sich bei transsexuellen Menschen weitere psychische Störungen und Erkrankungen (Co-Morbiditäten), die oftmals durch die Transsexualität begründet sind, die Transsexualität an sich bleibt jedoch unerkannt; entsprechend bleibt sie bei Behandlung der comorbiden Störung auch meist unberücksichtigt. Des Weiteren lassen sich voreilige Schritte bezüglich rechtlicher, hormoneller oder operativer Therapien erkennen, ohne dass Alltagstest und psychotherapeutische Betreuung in ausreichendem Maße gegriffen haben. Die Ergebnisse untermauern somit den Bedarf an Behandlungszentren, in denen eine - den gesamten Behandlungszeitraum dauernde - psychotherapeutische Betreuung, sowie eine interdisziplinäre fachübergreifende Kooperation gewährleistet ist, damit der Leidensweg transsexueller Patienten durch eine adäquate, den individuellen Problemen angepasste Therapie verkürzt wird.

6 Literaturverzeichnis

Andritzky W (1987): Der Waibmann, transsexuelle Bräuche bei Naturvölkern, Sexualmedizin Nr. 10/1987: 412-414

Augstein MS (1982): Sind Transsexuelle verkappte Homosexuelle? Neuer US Trend bedroht unsere Reformenbestrebungen, Sexualmedizin Nr. 12/1982: 559-560

Banaski D, Behrends K, Kamps I, Senf W, Windgassen K (1996): Arbeitskreis Transsexualismus, Beratungsstellen für den transsexuellen Menschen in den Universitätskliniken Aachen, Essen und Münster, S. 1-5 unveröffentlichtes Manuskript

Becker S, Dannecker M, Hauch M, Schmidt G, Sigusch V (1997): Standards der Behandlung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft, Zeitschrift für Sexualforschung Heft 2/1997: 148-155

BGB I.III (1980): Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Festlegung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (Transsexuellengesetz) vom 10. September 1980, § 1 und § 8

Caspari D, Sittinger H, Lang B (1999): Transsexualismus und schizophrene Psychose, Probleme bei der gutachterlichen Beurteilung nach dem Transsexuellengesetz, Psychiatrische Praxis Nr. 26/1999: 89-92

Cohen-Kettinis PT, Gooren LJG (1999): Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment, Journal of Psychosomatic Research, Nr. 4/1999: 315-317

Désirat K (1985): Die transsexuelle Frau, zur Entwicklung und Beeinträchtigung weiblicher Geschlechtsidentität, Originalauflage, Enke-Verlag, Stuttgart, 1985, S. 32-33, S. 45, S. 46-49, S.60, S. 84

DSM-III-R (1987, dt. 1989): Diagnostical and statistical manual of mental disorders, American psychiatric association, Washington 1987, dt. Weinheim-Basel 1989

Epstein J (1995): Kleidung im Leben Transsexueller Menschen, die Bedeutung von Kleidung für den Wechsel der sozialen Geschlechtsrolle, Originalauflage, Waxmann Verlag, Münster, New York 1995, S.3, S.22

Eicher W (1992): Transsexualismus - Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechtsumwandlung, 2. überarbeitete Auflage, Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart, Jena, New York 1992, S. 1-2, S. 4, S. 15, S. 17-20, S. 23, S. 54-55, S. 59, S. 60-61, S. 63, S.164, S. 168, S. 171

Fuchs D, Fuchs G (1995): Transsexuelle Menschen in Deutschland, im falschen Körper, Originalauflage, Martina Rueger Verlag, Wiesbaden 1995, S. 10

Gieselmann K (2003): Zur Behandlungspraxis transsexueller Menschen

Gooren LJG (1985): The physician's role in relation to transsexuals, free university hospital Amsterdam 1988, S. 51

Hansmann KW (1996): Als Mann endlich glücklich, Bericht eines Transsexuellen, 1. Auflage, Jahn und Ernst Verlag, Hamburg 1996, S. 13, S. 16

Hausman BL (1995): Changing sex, transsexualism, technology, and the idea of gender, Duke University Press, Durham and London, N.C. 1995, S. 141

Hirschauer S (1993): Die soziale Konstruktion der Transsexualität, über die Medizin und der Geschlechtertausch, 1. Auflage, Suhrkamp-Verlag, Frankfurt am Main 1993, S. 48

Lindemann G (1993): Das paradoxe Geschlecht, Transsexualität im Spannungsfeld von Körper, Leib und Gefühl, Originalauflage, Fischer-Taschenbuch-Verlag, Frankfurt am Main 1993, S. 31

Kockott G (1999): Transsexualität - Wann ist die Transformationsoperation indiziert?, MMW-Fortschritte der Medizin Nr. 23/1999: 302-304

Marks IM, Mataix-Cols D (1997): Four year remission of transsexualism after comorbid obsessive-compulsive disorder improved with self-exposure therapy. Case report, British Journal of Psychiatry, Nr. 171: 389-390

Meister A (1994): Fremd im eigenen Körper, von Merietta zu Mario, die Geschichte einer Geschlechtsumwandlung, Originalauflage, Wilhelm Heyne Verlag, München 1994

Meyenburg B, Ihlenfeld C (1982): Transsexualität und Psychotherapie, ein Bericht aus den Vereinigten Staaten, Sexualmedizin Nr.7/1982: 318-320

Midence K, Hagreaves, I (1997): Psychosocial adjustment in male-to-female transsexuals, an overview of research evidence, Journal of psychology Nr. 131/1997: 602-614

Neumann K, Welzel C (2004): The importance of the voice in male-to-female transsexualism, Journal of voice (United States), March 2004, 18/1: 153-167

Oefelein W, Stalla GK (1999): Transsexualität, mit ärztlicher Hilfe zum richtigen Geschlecht, MMW Fortschritt der Medizin Nr.23/1999: 295

Osburg S, Weitze C (1993): Betrachtung über 10 Jahre Transsexuellengesetz, R.+P. 11. Jahrgang 1993, S. 94-101

Pfäfflin F (1993): Geschlechtsumwandlung, Abhandlung zur Transsexualität, Originalauflage, Schattauer Verlag, Stuttgart 1993, S. 1, S. 10, S. 40-41, S. 68, S. 101

Raymond J (1994): The transsexual Empire, the making of the She-male, 1. Auflage, Teachers College Press, New York 1994, S. 19-21, S. 43-48, S. 53-55, S. 84

Rubin SO (1993): The reassignemt surgery, review, own results and report of a new technique using the glans penis as a pseudocitoris, Scandinavian university Press, Oslo 1993, S. 7, S. 8

Runte A (1996): Biographische Operationen, Diskurse der Transsexualität, Originalauflage, Wilhelm Fink Verlag, München 1996, S. 218, S. 231

Schiffels W (1992): Frau werden - von Walter zu Waltraud, authentischer Bericht einer Transsexuellen, 1. Auflage, eFeF-Verlag, Zürich, Dortmund 1992, S. 117

Schlatterer K, Bronisch T, Stalla GK (1999): Transsexualität - eine multidisziplinäre Problematik? Welche Therapieansätze haben sich als tauglich erwiesen?, MWM-Fortschritte der Medizin Nr. 23/1999: 296-300

Sigusch V (1980): Therapie sexueller Störungen, zweite neubearbeitete Auflage, Thieme Verlag, Stuttgart, New York, S. 306

Sigusch V (1995): Geschlechtswechsel, Originalauflage, Rotbuch Verlag, Hamburg, S. 70

Ulrich HB, Karsten T (1994): Messer im Traum, Transsexuelle in Deutschland, Originalauflage, Konkursbuch Verlag Claudia Gehrke, Tübingen 1994, S. 23

Weitze C, Konrad N (1999): Transsexuelle Entwicklungen in der Folge deliquenten Verhaltens, Psychiatrische Praxis Nr. 26 /1999: 93-94

Winkelmann U (1993): Transsexualität und Geschlechtsidentität, Originalauflage, Lit-Verlag, Münster 1993, Vorwort, S. 10, S. 46-48, S. 47-50, S. 63, S. 66-68, S. 75-57

Winter G (1996): Mädchenjahre eines Mannes, die Identitätssuche des Transsexuellen
Beat Zemp, Originalauflage, Werd-Verlag, Zürich 1996, S. 1-173

7 Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. K. Windgassen gilt mein Dank zum einen für die Überlassung der Thematik zur Bearbeitung, als auch für die großzügige und kontinuierliche Betreuung bei der Durchführung und Auswertung dieser Studie. Seine fachliche und persönliche Unterstützung waren mir für die Fertigstellung dieser Arbeit sehr wertvoll.

Weiterhin bedanke ich mich bei Frau K. Gieselmann, die mich bei der Ausarbeitung unserer Studie tatkräftig unterstützt hat.

Mein besonderer Dank gilt aber den Probanden in ambulanter psychiatrischer Therapie, die an der Studie teilgenommen haben und durch die ein wesentlicher Bestandteil dieser Arbeit ermöglicht wurde.

Schließlich bedanke ich mich bei meinem Ehemann und meinen Eltern, für ihre stete Unterstützung während der Anfertigung dieser Arbeit.

8 Lebenslauf

Name: Diana Gläser, geb. Althof
Geburtstag: 05.03.1974
Geburtsort: Werther / Westfalen
Eltern: Eheleute Lothar und Elke Althof, geb. Tiemann
Konfession: evangelisch
Familienstand: verheiratet, ein Kind
Adresse: Nordhorner Str. 157c, 33335 Gütersloh
Schulbildung: 1980-1984 Städtische Grundschule Jöllenbeck
1984-1993 evangelisches Gymnasium Werther
Abschluss: Allgemeine Hochschulreife
Diakonisches Jahr: November 1993 bis März 1994 im Altenheim Matthias-Claudius-Haus
Studium: 1994 bis 2000 Medizinstudium an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
Ärztliche Tätigkeit:
Ärztin im Praktikum: 06.06.2000 bis 06.12.2001, Krankenanstalten Gilead, Frauenklinik
Assistenzärztin: 07.12.2001 bis 31.12.2005 in der Frauenklinik und Perinatalzentrum des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld, Gilead I
15.01.2006 bis 23.09.2006 Praxis Dr. med. Ulrich Kraus, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Bielefeld
Facharztprüfung: 23.09.2006
Seit dem 24.09.2006 angestellte Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe in der Facharztpraxis für Gynäkologie und Geburtshilfe Dr. med. Ulrich Kraus, Bielefeld
Gütersloh, den 15.01.2007

(Diana Gläser)

9 Anhang

9.1 Abkürzungsverzeichnis

| | |
|----------------|----------------------------|
| a | Fehler erster Art |
| AG | Amtsgericht |
| BGB | Bürgerliches Gesetzbuch |
| bzgl. | bezüglich |
| bzw. | beziehungsweise |
| et al. | und Mitarbeiter |
| etc. | et cetera |
| F-zu-M TS | Frau-zu-Mann-Transsexuelle |
| dt. | deutsch |
| ggf. | gegebenenfalls |
| GV | Geschlechtsverkehr |
| H0 | aufgestellte Hypothese |
| Lj. | Lebensjahr |
| M-zu-F TS | Mann-zu-Frau-Transsexuelle |
| N | Gesamtkollektiv |
| n | Teilstichprobe |
| Nr. | Nummer |
| § | Paragraph |
| sog. | sogenannt |
| TS | Transsexualität |
| TSG | Transsexuellengesetz |
| USA | United States of America |
| V.a. | Verdacht auf |
| vgl. | vergleiche |
| wg. | wegen |
| X ² | Testgröße |
| z.B. | zum Beispiel |
| z.T. | zum Teil |

9.2 Fragebogen zur Erfassung von Gutachtenprobanden

Code-Nr.:

1) **Biologisches Geschlecht**

- 1) Weiblich
- 2) Männlich

2) **AG:**

3) **Alter** (in Jahren):

4) **Fragestellung**

- 1) Vornamensänderung
- 2) Personenstandsänderung
 - 21 Vorausgegangene sog. kleine Lösung
mit hiesiger Begutachtung
 - 22 Vorausgegangene sog. kleine Lösung
ohne hiesige Begutachtung
 - 23 Ohne vorausgegangene sog. kleine Lösung

5) **Gesamteindruck**

- 1) Eindeutig weiblich
- 2) Eher weiblich
- 3) Indifferent
- 4) Eindeutig männlich
- 5) Eher männlich
- 9) Keine Angabe

Soziale Situation

6) Pat. lebt

- 1) Allein
- 2) Mit Partner
- 3) Im Elternhaus
- 4) In WG
- 5) Betreutes Wohnen (oder andere sonstige Wohnformen)
- 9) Keine Angabe

7) Patient ist

- 1) Arbeitslos
- 2) In der Ausbildung (einschließlich Umschulung, Schule, Studium, ZVD)
- 3) Berufstätig
- 4) Berentet
- 9) Keine Angabe

8) Primäre Bezugspersonen sind über die Situation

- 1) Weitgehend informiert
- 2) Nicht informiert
- 9) Keine Angabe

9) Enger Freundes und Bekanntenkreis sind über die Situation

- 1) Weitgehend informiert
- 2) Nicht informiert
- 9) Keine Angabe

10) Arbeitskollegen oder entsprechende Personen sind über die Situation

- 1) Weitgehend informiert
- 2) Nicht informiert
- 9) Keine Angabe / zur Zeit arbeitslos

Zur Vorbehandlung

- 11) Hormonelle Vorbehandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen zum Untersuchungszeitpunkt**
- 1) Ja
 - 2) Nein
 - 3) Nicht mehr aktuell, aber früher
 - 9) Keine Angabe
- 12) Soweit hormonelle Vorbehandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen**
- 1) Ärztlich verordnet
 - 2) Ohne ärztliche Verordnung
 - 3) Zeitweise ohne, zeitweise mit ärztlicher Verordnung
 - 9) Keine Angabe
- 13) Dauer der Einnahme (Monate):**
- 9) Keine Angabe
- 14) Falls ärztlich verordnet**
- 1) Hausarzt
 - 2) Internist / Endokrinologe
 - 3) Gynäkologe
 - 4) Urologe
 - 5) Andere
 - 9) Keine Angabe
- 15) In Abstimmung mit Psychiatrie / Psychologe**
- 1) Ja
 - 2) Nein
 - 9) Keine Angabe / unklar
- 16) Ausdrücklich wegen TS bereits (ambulanter) Kontakt zu**
(Mehrfachnennungen möglich)
- 1) Psychiater / Psychologe / Neurologe
 - 2) Gynäkologe / Urologe / Androloge / Endokrinologe
 - 3) Hausarzt
 - 4) TS-Selbsthilfegruppe / Betroffene
 - 5) Beratungsstelle
 - 9) Keine Angabe über die genannten Kontakte
- 17) Dauer der psychiatrischen / psychotherapeutischen Vorbehandlung (wg. TS) (Monate):**
- 9) Keine Angabe

18) Behandlung beendet

- 1) Ja
- 2) Nein
- 9) Keine Angabe / unklar

19) Epilationsbehandlung eingeleitet / durchgeführt

- 1) Ja
- 2) Nein / keine Angabe

20) Vorausgehende ambulante psychiatrische / psychotherapeutische Behandlungen überhaupt

- 1) Ja
- 2) Nein (oder keine ausdrückliche Erwähnung)

21) Stationäre psychiatrische / psychotherapeutische Behandlungen

- 1) Ja
- 2) Nein (oder keine ausdrückliche Erwähnung)

Partnerschaft und Sexualität

22) Cross-dressing in der Kindheit

- 1) Ja
- 2) Nein
- 9) Keine Angabe

23) Cross-dressing in der Pubertät oder Adoleszenz

- 1) Ja
- 2) Nein
- 9) Keine Angabe

24) Cross-dressing aktuell

- 1) Sporadisch
- 2) Regelmäßig
- 3) Durchgehend in der „anderen Rolle“
- 4) Kein cross-dressing
- 5) Cross-dressing, aber keine Angabe über die Häufigkeit
- 9) Keine Angabe

25) Falls cross-dressing (gegenwärtig oder früher)

- 1) Sexuell stimulierend
- 2) Nur früher sexuell stimulierend
- 3) Zu keiner Zeit sexuell stimulierend
- 9) Keine Angabe / unklar

26) Masturbationserfahrungen

- 1) Ja
- 2) Nein
- 9) Keine Angabe

27) Heterosexuelle Erfahrungen (bezogen auf das biologische Geschlecht)

- 1) Überhaupt keine
- 2) GV
- 3) Ohne GV
- 4) Heterosexuelle Erfahrungen, unklar ob GV
- 9) Keine Angabe

28) Homosexuelle Erfahrungen (bezogen auf das biologische Geschlecht)

- 1) Ja
- 2) Nein
- 9) Keine Angabe

29) Längere (im Sinne von „fester Beziehung“; falls <1/2 Jahr: Monate angeben) homosexuelle Partnerschaft(en) (bezogen auf das biologische Geschlecht)

- 1) Ja
- 2) Nein
- 9) Keine Angabe

30) Längere heterosexuelle Partnerschaft (en) (bezogen auf das biologische Geschlecht)

- 1) Ja
- 2) Nein
- 9) Keine Angabe

31) Zum Zeitpunkt der Untersuchung war der Patient

- 1) Ledig
- 2) Verheiratet und zusammenlebend
- 3) Verheiratet und getrennt lebend
- 4) Geschieden (bezogen auf die letzte Ehe)
- 5) Verwitwet
- 9) Keine Angabe

32) Zahl der Eheschließungen

33) Zahl der leiblichen Kinder

Zur Anamnese allgemein

34) Umstände der Geburt

- 1) Ehelich
- 2) Unehelich
 - leibliche Eltern in fester Partnerschaft
 - 21 Ja
 - 22 Nein
 - 29 Unbekannt
- 9) Keine Angabe

35) Prä- und perinatale Komplikationen / frühkindliche Entwicklungsstörungen

- 1) Ja
- 2) Nicht bekannt

36) Gesamtzahl der Geschwister

- Zahl der Schwestern:
- Zahl der Brüder:
- Zahl der Halbgeschwister:
- Zahl der Adoptivgeschwister:

37) Bis zur Einschulung aufgewachsen bei

- 1) Eltern
- 2) Pflege- / Adoptiveltern
- 3) Heim / sonstige Fremdbetreuung
- 4) Wechselnde Betreuungsformen
- 9) Keine Angabe

38) Heimaufenthalte während der Kindheit und Jugend

- 1) Ja
- 2) Nein / keine Angabe

39) Falls bei den Eltern / Pflegeeltern / Adoptiveltern aufgewachsen: längere Abwesenheit (mehr als 3 Monate) bis zur Einschulung

- 1) Ja
 - 11) Mutter
 - 12) Vater
 - 19) Entfällt / keine Angabe
- 2) Nein / keine Angabe

40) Trennung / Scheidung der Eltern

- 1) Ja
 - 11) Vor der Einschulung (6. / 7. Lj.)
 - 12) Vor dem 16.Lj.
 - 19) Zeitpunkt unbekannt
- 2) Nein
- 9) Keine Angabe

41) Sexueller Missbrauch in der Kindheit

- 1) Ja
- 2) Nein / keine Angabe

42) Körperliche Misshandlung in der Kindheit

- 1) Ja
- 2) Nein / keine Angabe

43) Emotionale Beziehung tiefgehend gestört

- 1) Zur Mutter
- 2) Zum Vater
- 3) Zu beiden Eltern
- 9) Entfällt / keine Angabe

Schule und Ausbildung

44) Abgeschlossene Schulbildung

- 1) Ja
 - 11) Hauptschule
 - 12) Realschule, Fachoberschule
 - 13) Gymnasium
 - 14) Noch Schüler
- 2) Nein
- 9) Keine Angabe

45) Berufsausbildung

- 1) Abgeschlossen
- 2) Ohne Abschluss
- 3) In der Ausbildung
- 4) (bisher) Keine Ausbildung
- 9) Keine Angabe

46) Studium

- 1) Abgeschlossen
- 2) Abgebrochen
- 3) Studiert
- 4) Kein Studium
- 9) Keine Angabe

47) Autoaggressive Handlungen in der Vorgeschichte

- 1) Suizidversuch(e)
 - 11) Ja
 - 12) Nein / keine Angabe

- 2) andere Selbstbeschädigungshandlungen
 - 21) Ja
 - 22) Nein / keine Angabe

- 3) suizidale Impulse / Gedanken ohne SV
 - 31) Ja
 - 32) Nein / keine Angabe

48) Co-Morbidität

Alkohol- oder Drogenmissbrauch aktuell in der Vorgeschichte (einschließlich Abhängigkeit)

- 1) Ja
- 2) Nein / keine Angabe

49) Andere Formen der psychischen Co-Morbidität (außer TS und DD, Alkohol und Drogenmissbrauch, Suizidalität)

- 1) Ja
(Klartext und evtl. ICD):
- 2) Nein / keine Angabe

50) Strafrechtlich in Erscheinung getreten

- 1) Ja
- 2) Nein / keine Angaben

Befunde

51) Mastektomie

- 1) Ja
- 2) Nein / keine Angabe

52) Hysterktomie/ Ovarrektomie

- 1) Ja
- 2) Nein / keine Angabe

53) Phalloplastik

- 1) Ja
- 2) Nein / keine Angabe

54) Neovagina

- 1) Ja
- 2) Nein / keine Angabe

55) Brustaufbauplastik

- 1) Ja
- 2) Nein / keine Angabe

56) Sonstige (im weiteren Sinne geschlechtsangleichende) Operationen

Klartext:

57) Weitere Auffälligkeiten bei der körperlichen Untersuchung

- 1) Ja
 - 2) Nein / keine Angabe
- falls ja: welche (Klartext):

58) Hormonanalyse erfolgt

- 1) Ja
- 2) Nein / keine Angabe

59) Chromosomenanalyse erfolgt

- 1) Ja
- 2) Nein / keine Angabe

60) Fachgynäkologischer Untersuchungsbefund

- 1) Regelrecht
- 2) Auffällig / pathologisch
(Klartext):
- 3) Befund nicht bekannt
- 9) Keine Angabe (ob Untersuchung) / keine Untersuchung

Beantwortung der Beweisfrage

65) Transsexualität

- 1) Ja
- 2) Nein
- 9) Unklar / fraglich

66) Dauer > 3Jahre

- 1) Ja
- 2) Nein
- 9) Unklar / fraglich

67) Prognose: irreversibel

- 1) Ja
- 2) Nein
- 9) Unklar / fraglich

68) Geschlechtsangleichende Operationen (Einzelheiten s.o.)

- 1) Ja
- 2) Nein

Zusätzliche Bemerkungen

69) Angabe über hormonelle Vorbehandlung mit gleichgeschlechtlichen Hormonen (auch früher)

- 1) Ja
- 2) Nein

Sonstiges

9.3 Semistrukturiertes Interview mit Probanden in ambulanter psychiatrischer Therapie

1. Aktuelle Situation

A. Alter (in Jahren):

B. Soziale Situation:

1. Berufstätig:
2. In Ausbildung/ Umschulung:
3. Arbeitslos:

C. Biologisches Geschlecht:

1. Weiblich:
2. Männlich:

D. Sexuelle Orientierung:

1. Zu Frauen:
2. Zu Männern:
3. Zu beiden:
4. Nicht sicher:

E. Partnerschaft:

1. Besteht:
2. Besteht nicht:

F. Geschlecht des Partners:

1. Weiblich:
2. Männlich:
3. Keine Partnerschaft:

G. Aktuelle gesetzliche Situation:

1. Vornamensänderung:
 - a. Erfolgt:
 - b. Nicht erfolgt :
 - c. Beantragt:
2. Personenstandsänderung:
 - a. Erfolgt:
 - b. Nicht erfolgt:
 - c. Beantragt:

2. Therapie

A. Information über Behandlungsmöglichkeiten durch: (Mehrfachnennungen möglich)

1. Medien:
2. Andere Betroffene:
3. Selbsthilfegruppe:
4. Professionelle Hilfe:
7. Sonstige:

B. Psychotherapeutische Begleitung:

1. Besteht:
 - a) Zufriedenstellend:
 - b) Nicht zufriedenstellend:
 - c) Abgeschlossen:
 - d) Nicht abgeschlossen:
2. Besteht nicht:

C. Hormonelle Therapie:

1. Besteht:
 - a) Zufriedenstellend:
 - b) Nicht zufriedenstellend:
 - c) Abgeschlossen:
 - d) Nicht abgeschlossen:
 - c) Keine Angabe:
2. Besteht nicht:

D. Operative Maßnahmen:

1. Erfolgt:
 - a) Zufriedenstellend:
 - b) Nicht zufriedenstellend:
 - c) Abgeschlossen:
 - d) Nicht abgeschlossen:
2. Nicht erfolgt:

E. Falls OP erfolgt, Komplikationen:

1. Ja:
2. Nein:
3. Keine Operation:

F. Einschätzung der OP- Belastung und des damit verbundenen stationären Aufenthaltes:

1. Hoch:
2. Niedrig:
3. Situationsangemessen:
4. Keine Operation:

G. Was haben Sie empfunden nach der Operation:

1. Schuldgefühle:
2. Erleichterung:
3. Erschrocken:
4. Keine Gefühle:
5. Keine Operation:

3. Prozess der persönlichen Klärung

A. Verdeutlichung des transsexuellen Seins durch: (Mehrfachnennungen möglich)

1. Medien:
2. Professionelle Beratung:
3. Selbsthilfegruppen:
7. Sonstiges:

B. Cross-dressing:

1. Kindheit

- a. Ja:
- b. Nein:
- c. Sporadisch:

2. Pubertät

- a. Ja:
- b. Nein:
- c. Sporadisch:

3. Aktuell

- a. Ja:
- b. Nein:
- c. Sporadisch:

C. Falls cross-dressing besteht / bestand:

1. Befriedigend:
2. Schuldhaft:
3. Keine Gefühle:

D. Spielverhalten:

1. Eindeutig weiblich:
2. Eindeutig männlich:
3. Indifferent:

4. Information und Reaktion der Umwelt

A. Welche Person wurde als Erste ins Vertrauen gezogen? (Mehrfachnennungen möglich)

1. Mutter:
2. Vater:
3. Geschwister:
4. Andere Verwandte:
5. Freunde/ Bekannte:
6. Partner:
7. Andere:

B. Gefühle bei der Offenbarung: (Mehrfachnennungen möglich)

1. Erleichterung:
2. Angst:
3. Schlechtes Gewissen:
7. Sonstige Gefühle:

C. Reaktionen auf die Offenbarung: (Mehrfachnennungen möglich)

1. Verständnis:
2. Unverständnis:
3. Ablehnung:
4. Trennung:
5. Trauer:
6. Toleranz:
7. Sonstige Reaktionen:

5. Globaler Vergleich der aktuellen Situation mit der vor Behandlungsbeginn

A. Subjektives Befinden:

1. Besser:
2. Schlechter:
3. Unverändert:

B Verhältnis am Arbeitsplatz:

1. Besser:
2. Schlechter:
3. Unverändert:

C. Verhältnis zu Freunden:

1. Besser:
2. Schlechter:
3. Unverändert:

D. Verhältnis zu Familienmitgliedern: (Mehrfachnennungen möglich)

1. Besser:
2. Schlechter:
3. Unverändert:

E. Verhältnis zum Partner:

1. Besser:
2. Schlechter:
3. Unverändert:
4. Trennung:
5. Nicht beurteilbar, da keine Partnerschaft besteht:
6. Neue Partnerschaft (somit nicht beurteilbar):

F. Sexualität:

1. Besser:
2. Schlechter:
3. Unverändert
4. Wird nicht ausgeübt: