

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

Klientel der Sprechstunde für transsexuelle Patienten
an einer Universitäts-Poliklinik für Psychiatrie:
Eine deskriptive Studie

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung des doctor medicinae
der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von Claudia Peper
aus Stuttgart

2003

Dekan: Univ.-Prof. Dr. H. Jürgens

1. Berichterstatter: Prof. Dr. V. Arolt

2. Berichterstatter: Prof. Dr. K. Windgassen

Tag der mündlichen Prüfung: 7. Oktober 2003

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
Direktor: Univ.-Prof. Dr. V. Arolt
Referent: Prof. Dr. V. Arolt
Koreferent: Prof. Dr. K. Windgassen

ZUSAMMENFASSUNG

Klientel der Sprechstunde für transsexuelle Patienten
an einer Universitäts-Poliklinik für Psychiatrie:
Eine deskriptive Studie
Claudia Peper

Die Beschreibung der Klientel der Sprechstunde für transsexuelle Menschen an der Universitäts-Poliklinik für Psychiatrie erfolgt auf der Grundlage eines standardisierten Fragebogens anhand der Krankenakten von 159 Patienten. Sie umfasst Angaben zum Alter, zur Geschlechterverteilung, zum Ausmaß der Vorbehandlung, zur aktuellen sozialen Situation, zur psychosozialen Entwicklung, zur (psychiatrischen) Co-Morbidität, zum Verhältnis zur Sexualität, zur Art der Partnerschaften und zum Behandlungsverlauf. Die Analyse ergab eine Vergleichbarkeit mit Merkmalen anderer transsexueller Patientengruppen – sofern Daten aus der Literatur existieren. Dies betraf vor allem Ergebnisse bezüglich der Altersverteilung ($x = 30,9$ Jahre), der Geschlechterrelation (1,9 m : 1 w), der sozialen Situation, der psychosozialen Entwicklung, der sexuellen Erfahrungen und Partnerschaften (überwiegend heterosexuell bezogen auf das biologische Geschlecht). Abweichend von Untersuchungen anderer Autoren ergab sich ein erhöhter Anteil transsexueller Patienten, der (ehemals) verheiratet war und Kinder hat. Im Vergleich der Gruppen der Mann-zu-Frau-Transsexuellen und der Frau-zu-Mann-Transsexuellen zeigten sich in Bezug auf die Daten zur Vorbehandlung, zur (psychiatrischen) Co-Morbidität, zur Sexualität und Partnerschaften und zur aktuellen Situation signifikante Unterschiede: Die Frau-zu-Mann-Transsexuellen verfügten beim Erstkontakt über ein jüngeres Durchschnittsalter, waren weniger häufig hormonell vorbehandelt, wirkten in Kleidung und Gesamteindruck häufiger gegengeschlechtlich und betrieben regelmäßiger bzw. oft durchgehend Cross-dressing. Die psychiatrische Co-Morbidität war deutlich geringer. Hinsichtlich Sexualität und Partnerschaften verfügten die Frau-zu-Mann-Transsexuellen signifikant häufiger über homosexuelle Erfahrungen und Partnerschaften bezogen auf das biologische Geschlecht. Die Zahl der Eheschließungen und der Kinder lag deutlich niedriger. Entsprechend diesem geringeren Grad an Auffälligkeiten oder Störungen in den genannten Bereichen und der Homogenität dieser Gruppe erhielten die Frau-zu-Mann-Transsexuellen im Behandlungsverlauf signifikant häufiger somatotherapeutische Maßnahmen, d.h. eine gegengeschlechtliche Hormontherapie sowie juristische Entscheidungen in Form einer Vornamens- und/oder Personenstandsänderung.

Toleranz sollte eigentlich nur eine vorübergehende Gesinnung sein:
Sie muss zur Anerkennung führen.
Dulden heißt beleidigen.

J. W. von Goethe

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung.....	I
1.1	Definitionen der Transsexualität.....	1
1.1.1	ICD-10.....	2
1.1.2	DSM IV.....	2
1.1.3	Differentialdiagnosen.....	3
1.2	Historische Entwicklung.....	5
1.3.	Ätiologie.....	8
1.4	Behandlung.....	11
1.4.1	Diagnostik.....	12
1.4.2	Psychotherapie.....	13
1.4.3	Somatotherapie.....	14
1.4.4	Anerkennung des Geschlechtswechsels nach dem Transsexuellengesetz.....	15
1.5	Sprechstunde für transsexuelle Patienten an der Universitätspoliklinik für Psychiatrie in Münster.....	16
1.5.1	Behandlungskonzept.....	17
1.5.2	Ziel der Arbeit.....	18
2	Patienten und Methoden.....	20
2.1	Stichprobe.....	20
2.2	Methoden.....	20
2.2.1	Krankenakten.....	20
2.2.2	Erhebungsbogen.....	21
2.2.3	Statistische Auswertung.....	22

3	Ergebnisse.....	23
3.1	Beschreibung der gesamten Klientel.....	23
3.1.1	Allgemeine Daten	23
3.1.2	Zum Erstkontakt.....	24
3.1.3	Zur Vorbehandlung	25
3.1.4	Zur sozialen Situation und Ausbildung.....	27
3.1.5	Zur psychosozialen Entwicklung	28
3.1.6	Zur psychiatrischen Co-Morbidität	29
3.1.7	Zur Partnerschaft und Sexualität.....	31
3.1.8	Zum Behandlungsverlauf.....	33
3.2	Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Patienten.....	39
3.2.1	Alter	39
3.2.2	Zum Erstkontakt.....	40
3.2.3	Zur Vorbehandlung	40
3.2.4	Zur sozialen Situation und Ausbildung.....	41
3.2.5	Zur psychosozialen Entwicklung	41
3.2.6	Zur psychiatrischen Co-Morbidität	42
3.2.7	Zur Partnerschaft und Sexualität.....	42
3.2.8	Zum Behandlungsverlauf.....	43
4	Diskussion.....	50
4.1	Methodenkritik	50
4.1.1	Die Aussagekraft einer Querschnittsstudie	50
4.1.2	Die Stichprobe.....	51
4.1.3	Der Fragebogen.....	51
4.2	Diskussion der Ergebnisse	52
4.2.1.	Allgemeine Daten	52
4.2.2	Zum Erstkontakt.....	55
4.2.3	Zur Vorbehandlung	59
4.2.4	Zur sozialen Situation und Ausbildung.....	61

4.2.5	Zur psychosozialen Entwicklung	63
4.2.6	Zur psychiatrischen Co-Morbidität	65
4.2.7	Zur Partnerschaft und Sexualität.....	68
4.2.8	Zum Behandlungsverlauf.....	72
5	Zusammenfassung	81
6	Literaturverzeichnis	84
7	Lebenslauf.....	95
8	Danksagung	96
ANHANG	I

1 Einleitung

Das Bewusstsein und die Überzeugung, Mann oder Frau zu sein, wird als Geschlechtsidentität bezeichnet und bildet normalerweise mit den angeborenen (biologischen) Geschlechtsmerkmalen eine Einheit. Steht die Geschlechtsidentität jedoch im Widerspruch zu der biologisch vorgegebenen Geschlechtszugehörigkeit, handelt es sich um Transsexualität. Sie ist gekennzeichnet durch die dauerhafte innere Gewissheit, sich dem anderen Geschlecht zugehörig zu fühlen, und verbunden mit der Ablehnung der körperlichen Merkmale und Rollenerwartungen des angeborenen Geschlechts. Transsexualität ist bei beiden Geschlechtern zu beobachten; man spricht ausgehend vom angeborenen (biologischen) Geschlecht von Frau-zu-Mann- und von Mann-zu-Frau-Transsexualismus, abgekürzt F-M-TS und M-F-TS.

Transsexuelle Menschen haben das Gefühl, im falschen Körper zu leben, ein Empfinden, das sich meist bis in die Kindheit zurückverfolgen lässt. Der Konflikt zwischen dem angeborenen und dem empfundenen Geschlecht führt in aller Regel früher oder später zu einem unerträglichen Leidensdruck. Mit dem Wunsch, durch hormonelle und chirurgische Maßnahmen ihr körperliches Erscheinungsbild dem Identitätsgeschlecht soweit wie möglich anzupassen, suchen die Betroffenen deshalb ärztliche Hilfe auf.

1.1 Definitionen der Transsexualität

In den international gebräuchlichen Diagnose- und Klassifikationssystemen der Krankheiten wird Transsexualität als eine besondere Form der Geschlechtsidentitätsstörungen bezeichnet.

1.1.1 ICD-10

Die zur Zeit gültige Fassung der "Internationalen Klassifikation psychischer Störungen", (ICD-10 1991), die von der Weltgesundheitsordnung herausgegeben wird und sich um eine interkulturelle Perspektive bemüht, ordnet den Transsexualismus dem Kapitel F 6 zu: "Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen". Hier fällt er unter die Rubrik "Störungen der Geschlechtsidentität" (F 64), in der unterschieden wird zwischen Transsexualismus (F 64.0), Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen (F 64.1), Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters (F 64.2), andere (F 64.8) und nicht näher bezeichnete (F 64.9) Störungen der Geschlechtsidentität.

Als diagnostische Kriterien des Transsexualismus werden angeführt:

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

Diagnostische Leitlinien: Die transsexuelle Identität muss mindestens zwei Jahre durchgehend bestanden haben und darf nicht ein Symptom einer anderen psychischen Störung, wie z.B. einer Schizophrenie, sein. Ein Zusammenhang mit intersexuellen, genetischen oder geschlechtschromosomalen Anomalien muss ausgeschlossen sein." (ICD-10 1991, S.226)

1.1.2 DSM IV

DSM IV (1994, dt. 1996), Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung, gibt den Terminus Transsexualismus auf (vgl. Becker u. Hartmann 1994, S.303). An seine Stelle tritt der Begriff Geschlechtsidentitätsstörung. Ihm ist ein eigenes Kapitel gewidmet: "Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen", das zugleich auch die sexuellen Funktionsstörungen und

die Paraphilien beinhaltet. Als diagnostische Merkmale für Geschlechtsidentitätsstörungen werden vier Kriterien gefordert:

- "A Ein starkes und andauerndes Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht (d.h. nicht lediglich das Verlangen nach irgendwelchen kulturellen Vorteilen, die als mit der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht verbunden empfunden werden).
- B Anhaltendes Unbehagen im Geburtsgeschlecht oder Gefühl der Person, dass die Geschlechtsrolle des eigenen Geschlechts für sie nicht die richtige ist.
- C Das Störungsbild ist nicht von einem somatischen Intersex-Syndrom begleitet.
- D Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen."

Der diagnostische Code hängt vom aktuellen Alter der Person ab. Unterschieden wird deshalb zwischen der Geschlechtsidentitätsstörung (302.xx) bei Kindern (302.6, entspricht F 64.2 der ICD) und bei Jugendlichen und Erwachsenen (302.85, entspricht F 64.0 der ICD).

Für Zusatzcodierungen soll bei Personen nach Abschluss der sexuellen Entwicklung die sexuelle Präferenz bestimmt werden: sexuell orientiert auf Männer, sexuell orientiert auf Frauen, sexuell orientiert auf beide Geschlechter, sexuell orientiert weder auf Männer noch auf Frauen.

1.1.3 Differentialdiagnosen

Der Wunsch nach einer operativen Geschlechtsumwandlung kann bei einer Vielzahl von Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen auftreten. Die Indikation zu somatischen Eingriffen, die immer irreversible Veränderungen zur Folge haben, ist deshalb überhaupt erst nach eingehender Diagnostik mit präzisen differentialdiagnostischen Überlegungen gegeben.

Differentialdiagnostische Ausschlusskriterien der ICD-10 sind wie bereits erwähnt:

- "Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen" (Code F 64.1):
Das Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts dient dem temporären Zugehörigkeitsgefühl zu diesem, der Wunsch nach langfristiger Geschlechtsumwandlung besteht nicht.
- "fetischistischer Transvestitismus" (Code F65.1):
Das Tragen von Kleidung des anderen Geschlechts dient der sexuellen Erregung.
- "Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters" (Code F 64.2)
- "intersexuelle, genetische oder geschlechtschromosomale Anomalien"
- "andere psychische Störungen"
- "andere" bzw. "nicht näher bezeichnete Störungen der Geschlechtsidentität" (Code F 64.8 bzw. F 64.9)

DSM IV nennt folgende differentialdiagnostisch abzugrenzende Bilder der Geschlechtsidentitätsstörung:

- "einfache Unangepasstheit an stereotype Geschlechtsrollen",
- "Transvestitischer Fetischismus" (fällt unter die Paraphilien, Code 302.3, entspricht F 65.1 des ICD-10): Das Tragen von Kleidung des anderen Geschlechts dient dem Zweck der sexuellen Erregung.
- "Nicht näher bezeichnete Störung der Geschlechtsidentität" (Code 302.6, entspricht F 64.9 des ICD-10): Diese Kategorie umfasst z.B. Geschlechtsidentitätsstörungen bei einem angeborenem intersexuellem Syndrom, temporäre stressbedingte Neigungen zum Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung sowie ständige Gedanken an Kastration ohne den Wunsch, die Geschlechtsmerkmale des anderen Geschlechts zu erlangen.
- "Schizophrenie": Im Rahmen einer Schizophrenie kann der Gedanke, dem anderen Geschlecht anzugehören, als Wahn auftreten.

Eine klare und kurze Zusammenfassung der Differentialdiagnosen liefern Becker et al. (1997, S. 398) in ihren "Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen". Sie betrachten im Unterschied zu ICD-10 und DSM IV den körperlichen Intersexualismus nicht zwingend als Ausschlussdiagnose, führen dagegen die Ablehnung einer homosexuellen Orientierung als Differentialdiagnose des Transsexualismus an, die

in den heute aktuellen Versionen der beiden Klassifikationssysteme nicht (mehr) explizit erwähnt wird. Abzugrenzen sind:

- Probleme oder Nonkonformität bezüglich der geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen;
- vorübergehende oder partielle Störungen der Geschlechtsidentität, z.B. in Adoleszenzkrisen;
- Ablehnung homosexueller Wünsche, die zu Problemen mit der Geschlechtsidentität führen;
- Transvestitismus und fetischistischer Transvestitismus, wobei Übergänge zum Transsexualismus vorkommen können;
- Wahrnehmungsstörungen im Bereich der Geschlechtsidentität im Rahmen einer Psychose;
- schwere Persönlichkeitsstörungen, die sich auf die Geschlechtsidentität auswirken.

1.2 Historische Entwicklung

Schon in den Überlieferungen aus der Antike finden sich Hinweise auf transsexuelle Menschen, insbesondere in der griechischen Mythologie bei Herodot (um 484-425 v. Chr.) (Herodot 1971, S.49, 276, 642, 691) und in den „Metamorphosen“ des römischen Dichters Ovid (43 v. Chr.-18 n. Chr.), der von einer reversiblen Geschlechtsverwandlung des Sehers Tiresias erzählt (Ovid 1981, S.67f). Auch anhand späterer ethnologischer Beobachtungen wird deutlich, dass das Phänomen des Transsexualismus in den verschiedensten Kulturen wiederzufinden ist und deshalb nicht etwa eine Modeerscheinung unserer heutigen Zeit darstellt.

Aus dem 18. Jahrhundert stammt die Biographie des französischen Diplomaten Chevalier d'Eon, der von seinen 82 Lebensjahren 49 Jahre als Mann und 33 Jahre als Frau verbracht hat (Steinkühler 1992).

1838 berichtet erstmals der Franzose Esquirol (Esquirol 1838) über Verhaltensweisen einzelner Patienten, die der Erscheinung der Transsexualität zuzuordnen sind, ohne den

Begriff des Transsexualismus selbst zu nennen. Größeres Interesse am transsexuellen Phänomen entstand erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts mit der Entwicklung der Sexualwissenschaften. So beschreibt Westphal (1870) Krankheitsfälle mit der Hauptsymptomatik der "conträren Sexualempfindung". Er spricht von einer "angeborenen Verkehrung der Geschlechtsempfindung", wohingegen Krafft-Ebing (1877) genauer differenziert zwischen Fällen mit einer angeborenen, also ständigen gegengeschlechtlichen Empfindung und jenen mit einer eher temporären Erscheinung. Angedeutet wird hier bereits die inhaltliche Unterscheidung zwischen Transsexualität und Transvestitismus.

Eingeführt wird der Begriff des Transvestitismus 1910 von Hirschfeld (Hirschfeld 1910). Eine klare Trennung zwischen Homosexualität, Transvestitismus und Transsexualität erfolgt noch nicht. 13 Jahre später erwähnt Hirschfeld (Hirschfeld 1923) erstmals den Ausdruck des "seelischen Transsexualismus", was aber allgemein in Vergessenheit gerät. In der Literatur wird deshalb oft fälschlicherweise dem Amerikaner Cauldwell die Urheberschaft des Begriffs Transsexualität zugesprochen. Dieser veröffentlicht 1949 einen Aufsatz unter dem Titel "Psychopathia transsexualis" (Cauldwell, 1949).

Auf Benjamin (1885-1986), der aus Berlin stammt und später in die USA emigriert, ist die deutliche Begriffsklärung der Transsexualität und die Abgrenzung gegenüber dem Transvestitismus zurückzuführen: "Es gibt Menschen, Männer sowie Frauen, die seelisch tief unglücklich sind, dem Geschlecht anzugehören, das ihre Anatomie ihnen zugewiesen hat. Das sind die Transsexuellen. (...) Man kann den Transsexualismus als den höchsten Grad des Transvestitismus auffassen. So habe ich ihn zum ersten Male im Jahr 1953 (Benjamin 1953, vom Verfasser eingefügt) beschrieben. (...) In dem Wunsch nach einer transformierenden Operation liegt die Haupt-Differentialdiagnose, die den Transsexuellen von dem Transvestiten trennt." (Benjamin 1964, S. 499). Besonders mit der Publikation seiner Monographie "The Transsexual Phenomenon" (Benjamin 1966) verhilft er dem Begriff des Transsexualismus nicht nur in der Fachliteratur zum Durchbruch, sondern macht auch die Öffentlichkeit auf dieses Krankheitsbild aufmerksam und informiert die Betroffenen über Möglichkeiten der Therapie.

Über geschlechtskorrigierende Operationen wird schon am Beginn des 20. Jahrhunderts berichtet (vgl. Eicher 1992, S. 6f). Die Geschichte der Transsexuellenchirurgie beginnt

jedoch erst mit dem weltweit aufsehenerregenden Fall von Christine Jorgensen, ehemals George (Hamburger et al. 1953; Jorgensen 1967). Der Amerikaner Jorgensen unterzieht sich ab 1950 in Kopenhagen zunächst einer hormonellen und später auch operativen Behandlung. Das Behandlungsteam besteht aus einem Endokrinologen, einem Psychiater und einem Chirurgen.

Heftige Kontroversen über das Pro und Contra hormoneller und chirurgischer Eingriffe bei Geschlechtsidentitätsstörungen werden geführt. Mit der Gründung der "Harry Benjamin Foundation" Anfang der 60er Jahre sollen Fragen der Geschlechtsrollenorientierung und -identität erforscht werden.

Seit Beginn der 60er Jahre etablieren sich in Skandinavien, Holland und den Vereinigten Staaten Zentren, an denen Psychiater, Psychologen, Endokrinologen, Genetiker, Urologen, Gynäkologen, Plastische Chirurgen, Sozialarbeiter, Krankenschwestern und Rechtsberater interdisziplinär zusammenarbeiten, um eine adäquate und abgesicherte Behandlung der Patienten zu gewährleisten. Die erste US-amerikanische "Gender-Identity-Clinic" entsteht 1965 an der Johns Hopkins University in Baltimore. Mit der zunehmenden Anzahl solcher Behandlungszentren steigt auch die Menge der wissenschaftlichen Veröffentlichungen zum Thema Transsexualismus/Transsexualität, die vor allem aus Erfahrungs- und Forschungsberichten von Mitarbeitern stammen (vgl. Desirat 1985, S. 33). Noch zu Lebzeiten Benjamins wird die "Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association" als internationale Fachgesellschaft zum wissenschaftlichen Austausch gegründet. Sie legt 1979 erstmals "Standards of Care" (Walker et al. 1979) vor, Richtlinien zum diagnostischen und therapeutischen Vorgehen bei Transsexualismus, die später mehrfach überarbeitet werden.

Diesen Behandlungsmodellen folgend beginnen in den 70er Jahren auch einige Universitätskliniken in Deutschland (München, Mannheim, Heidelberg, Gießen, Wiesbaden, Hamburg, Kiel) mit der Betreuung transsexueller Patienten, die gegebenenfalls auch operative Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung miteinschließt (vgl. Pfäfflin 1993, S. 8f). Inzwischen wird die Behandlung an den meisten deutschen Universitätskliniken, aber auch an Städtischen Krankenhäusern und in Privatkliniken angeboten.

1.3. Ätiologie

Die Entstehungs- und Verlaufsbedingungen der Transsexualität sind bisher weitgehend ungeklärt, es existieren jedoch eine Reihe von Hypothesen. Unterschieden werden biologische Erklärungsansätze von psychologischen Modellen.

Auf der Suche nach somatischen Einflussfaktoren zeigten Chromosomenanalysen bei transsexuellen Patienten nicht häufiger als im Bevölkerungsdurchschnitt Abweichungen im Chromosomensatz. In der Literatur werden Einzelfälle von Transsexualismus beim Vorliegen eines Klinefelter-Syndroms beschrieben, die transsexuelle Entwicklung wird hierbei aber nicht allein als Folge der Chromosomenaberration gesehen, vielmehr ist für sie die Interaktion biologischer und psychodynamischer Faktoren verantwortlich (Seifert und Windgassen 1995). Die Ergebnisse der Untersuchung von Familien und aus der Zwillingsforschung ergeben keinen eindeutigen Hinweis auf genetische Faktoren. Verschiedene Autoren vermuten hier Einflüsse der interfamiliären Konstellation und der Umwelt auf die gegengeschlechtliche Identifikation (vgl. Eicher 1992, S. 52f). Nach Money (1994, S. 28) stellen die "Gene einen bislang unbekanntem Vulnerabilitätsfaktor oder eine Prädisposition" dar, die sich allerdings nur gemeinsam mit anderen Faktoren auswirken kann.

Die Bedeutung des H-Y-Antigens, eines Transplantationsantigens, in der Pathogenese der Transsexualität war gegen Ende der 70er Jahre Gegenstand der Forschung. Der behauptete Zusammenhang des H-Y-Antigen-Befundes und einer konträren Geschlechtsidentität konnte jedoch nicht belegt werden (Eicher 1992, S. 53f; Pfäfflin 1993, S.63 ff).

Auch Hormonanalysen bei transsexuellen Patienten führten nicht zu spezifischen Befunden (vgl. Eicher 1992, S. 58ff). Ebenso zweifelhaft bleibt die Anwendung der Ergebnisse aus tierexperimentellen Untersuchungen, in denen die Wirkung pränataler Sexualhormone auf die geschlechtsspezifische Differenzierung des Gehirns gezeigt wurde, auf die Entwicklung der Geschlechtsidentität bei Menschen (Gooren 1990). Borsinski et al. (1997) diskutieren erneut den Einfluss eines hormonalen Faktors in der Genese des Frau-zu-Mann-Transsexualismus. Sie schließen aufgrund ihrer Untersuchungen auf eine hohe Koinzidenz von Hyperandrogenismus und polyzystischem Ovarialsyndrom bei Frau-zu-Mann-Transsexualismus.

Mit der Frage einer zentralnervösen Funktionsstörung und der Hypothese einer elektroenzephalographisch fassbaren Teilursache bei Transsexualität beschäftigten sich mehrere Autoren (vgl. Eicher 1992, S. 50f). Dabei wurden auffällige EEG-Befunde mit vorwiegend temporaler Beteiligung beschrieben. Unter den Arbeiten, die auch Kontrollkollektive mit einbeziehen, äußern Krömer et al. (1985) den Verdacht unspezifischer Störungen in der Gesamtorganisation des Hirnstrombildes bei transsexuellen Patienten. Bezüglich der in der Literatur häufig erwähnten Theta-Aktivität im Schläfenbereich konnte keine statistische Signifikanz für die Gruppe der Transsexuellen festgestellt werden. Diese konnten auch Grasser (1988) und Grasser et al. (1989) mit Hilfe der frequenzanalytischen EEG-Quantifizierung nicht bestätigen. Auch wenn in einigen Fällen Auffälligkeiten im EEG zu beobachten sind, scheint diesen keine generelle Bedeutung in der Entstehung der Transsexualität zuzukommen.

Neuere Studien wollen die transsexuelle Entwicklung mit der unterschiedlichen Größe bestimmter Hirnregionen in Verbindung bringen. Genauer handelt es sich um einen Teil des Hypothalamus, der bei Tieren für ihr sexuelles Verhalten mitverantwortlich gemacht wird. Diese Region soll unabhängig von der sexuellen Orientierung bei Frauen kleiner als bei Männern sein; die untersuchten Mann-zu-Frau-Transsexuellen sollen eine "weibliche" Größe dieses Hirnbezirkes besitzen (Zhou et al. 1995), was bis heute aber nicht verallgemeinert werden konnte.

Psychogenetische Erklärungsmodelle sehen die Persönlichkeit des Patienten und betonen die Bedeutung entwicklungspsychologischer und interaktioneller Faktoren bei der Entstehung der transsexuellen Symptomatik. Verschiedene Störungseinflüsse in unterschiedlichen Entwicklungsphasen können zur Ausbildung einer Transsexualität führen (vgl. Eicher 1992, S. 46ff). Langer (1985, S. 67) bezeichnet deshalb Transsexualität "nicht als Krankheitseinheit", sondern "als gemeinsame Endstrecke verschiedener Verfassungen und Verläufe", wie es bereits von Person und Ovesey (1974a, S. 4) formuliert wurde. Als Basis erscheinen ihm bestimmte Persönlichkeitsstrukturen mit mangelhafter Ich-Integration, besonders Borderline-Strukturen. Der transsexuelle Wunsch und seine Erfüllung sei oft ein Versuch zur Stabilisierung der brüchigen Persönlichkeit des Betroffenen. Ähnlich vertritt auch Pfäfflin (1993, S. 85) die These, dass es beim ausgeprägten Transsexualismus "primär um Identität und nur sekundär um Geschlechtsidentität" ge-

he. Das transsexuelle Symptom sei eine "kreative Abwehrleistung", die der betroffenen Person das Überleben ermögliche (Pfäfflin 1983, S. 92).

Psychoanalytische Erklärungsansätze deuten - vereinfachend zusammengefasst - die transsexuelle Entwicklung als Folge einer gestörten Mutter-Kind-Interaktion in den ersten Lebensjahren des Kindes. So sehen Person und Ovesey (1974 a, b) den Ursprung der Störungen Transsexualität, Transvestitismus und effeminierte Homosexualität in der präödpalen Phase, wobei die transsexuelle Störung am weitesten zurückreiche. Sie entstünden aus ungelöster Trennungsangst während der Ablösungs- und Individuationsphase in der kindlichen Entwicklung vor dem 3. Lebensjahr und reflektierten verschiedene Wege, diese Angst auf unterschiedlichen Reifestufen zu verarbeiten. Für Stoller, ebenfalls ein Psychoanalytiker, der sich auch lerntheoretischer Konzepte bedient, läuft die männliche transsexuelle Entwicklung im Gegensatz zur weiblichen im konfliktfreien Feld ab. Eine entscheidende Rolle spielten familiendynamische Aspekte in der Genese des Transsexualismus. Mangelndes Identifikationsangebot von Seiten des gleichgeschlechtlichen Elternteils sei hierbei ausschlaggebend (vgl. Desirat 1985). Ebenfalls im Zusammenhang mit pathogenen Beziehungssystemen in der Familie analysiert Lothstein die Entwicklung einer Transsexualität als Folge pathologischer Mutter-Sohn- und Vater-Tochter-Identifizierungen. Auf der Basis der Perversionstheorie entwickelte Socarides, ein scharfer Gegner von Theorien einer nichtkonflikthaften Genese des Transsexualismus, sein Erklärungsmodell (vgl. Desirat 1985).

Keine der ätiopathogenetischen Konzeptionen kann in ihrer Endkonsequenz die Entstehung der Transsexualität klären. Die Reduktion auf einen einzigen kausalen Faktor scheint schon allein wegen der sehr unterschiedlichen transsexuellen Entwicklungen und damit der Komplexität der Erkrankung nicht gerechtfertigt. Anzunehmen ist deshalb vielmehr eine multifaktorielle Genese, die Einflüsse und Interaktionen von genetischem Material, somatischen Erkrankungen, Kindheitserlebnissen, der Eltern-Kind-Beziehung, dem Erziehungsstil, der Familienstruktur, der Umwelt, etc. in ihrer Gesamtheit berücksichtigt.

1.4 Behandlung

Es stellt sich die Frage nach einer angemessenen und verantwortbaren Behandlung transsexueller Patienten. Da trotz vieler Hypothesen die Ätiologie der Transsexualität letztlich unbekannt ist, existiert keine kausale Therapie. Eine Heilung des Leidens ist kaum erreichbar, wohl aber eine Linderung möglich. Hierfür stehen psycho- und somatotherapeutische Maßnahmen zur Verfügung. Behandlungskonzepte müssen die individuelle Entwicklung des einzelnen Patienten berücksichtigen. Die scheinbare Alternative Psychotherapie versus Somatotherapie, die je nach Profession des Behandlers oft als allein richtige angesehen bzw. die jeweils andere als wirkungslos abgewertet wird, muss überwunden werden zugunsten eines integrativen Ansatzes.

So wird Psychotherapie meist ohne Erfolg bleiben, wenn das einzig legitime Ziel der Behandlung darin besteht, die den körperlichen Merkmalen entsprechende Geschlechtsidentität wiederherzustellen. Bei der Verinnerlichung der Geschlechtsidentität "handelt es sich um primäre Strukturen, die sich im Lauf der Entwicklung etablieren und später nicht vermittelt werden können, natürlich auch nicht durch Psychotherapie" (Langer 1985, S. 82). Erst wenn im Kontext einer Klinik auch die Option einer operativen Behandlung vorhanden ist, kann ein therapeutisches Bündnis zwischen Arzt und Patient zustande kommen, das wiederum Voraussetzung für eine gelingende Psychotherapie ist. Dass zur Erlangung der psychosozialen Stabilität transsexueller Patienten die geschlechtsangleichende Operation einen zwar wesentlichen, jedoch nicht den einzig ausschlaggebenden Faktor darstellt, zeigen die Untersuchungen von Bronisch (1985) und Fahrner et al. (1987). Die soziale Integration transsexueller Patienten verbessere sich bereits durch die präoperative Behandlung. Betont wird deshalb die Notwendigkeit einer guten psychotherapeutisch-psychosozialen Betreuung zur gründlichen Diagnostik und auch als Vorbereitung für die Operation und die erwünschte Geschlechtsrolle. Von einer psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung profitiert jeder Patient, gleichgültig ob er das Operationsziel weiterverfolgt oder davon Abstand gewinnt. Pfäfflin und Junge (1992, S. 421ff) identifizieren anhand der Nachuntersuchungsliteratur sieben Wirkfaktoren, "die zum Effekt und zur Effektivität der Behandlung zur Geschlechtsumwandlung beitragen, nämlich (1) kontinuierlicher Kontakt mit einem Forschungsprogramm/einer Behandlungseinrichtung, (2) Leben in der anderen Ge-

schlechtsrolle (sog. Alltagstest), (3) Hormonbehandlung, (4) Beratung, psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlung, (5) operative geschlechtsumwandelnde Eingriffe sowie (6) deren Qualität und schließlich (7) die juristische Anerkennung des Geschlechtswechsels durch Namens- und Personenstandsänderung."

Im folgenden soll ein kurzer Überblick über die heute üblichen Standards in der Behandlung transsexueller Patienten gegeben werden, wie sie auch bei Becker et al. (1997) genauer beschrieben sind; weitere Ausführungen sind bei Eicher (1992) und Clement und Senf (1996) zu finden.

1.4.1 Diagnostik

Sie beinhaltet die Erhebung der biographischen Anamnese einschließlich der Sexualanamnese sowie der Fremdanamnese, eine körperliche Untersuchung mit Erhebung des andrologischen/urologischen bzw. gynäkologischen und des endokrinologischen Befundes sowie eventuell zusätzlich eine Chromosomenanalyse. In der klinisch-psychiatrischen/psychologischen Diagnostik sollen besonders beurteilt werden das psychosoziale Umfeld, das Strukturniveau der Persönlichkeit, neurotische Dispositionen bzw. Konflikte, das Vorhandensein von Abhängigkeiten/Süchten, suizidalen Tendenzen und selbstbeschädigendem Verhalten, psychotischen Erkrankungen und Minderbegabungen.

Die diagnostische Phase dient dazu, die Transsexualität von anderen Störungen mit ähnlichen Ausprägungen zu differenzieren; eine präzise Differentialdiagnostik (siehe Kapitel 1.1.3) ist entscheidend für den weiteren Behandlungsverlauf.

Begleitet werden soll dieser diagnostische Prozess durch eine ausführliche Beratung und Information des Patienten über das Therapiekonzept und die für die einzelnen Schritte erforderliche Zeit.

1.4.2 Psychotherapie

Zentrale Bedeutung in der Behandlung transsexueller Patienten hat die psychotherapeutische Betreuung in Verbindung mit dem Alltagstest. Sie soll in jedem Fall vor der Einleitung somatotherapeutischer Maßnahmen stehen und auch nach möglicherweise erfolgter Operation als psychotherapeutisches Begleitungsangebot weitergeführt werden. Verschiedene Aufgaben fallen ihr zu.

Vor dem Hintergrund der individuellen Lebensgeschichte ist nach dem Sinn und der Funktion des transsexuellen Erlebens für den einzelnen Patienten zu fragen, wobei Transsexualität als ein Abwehr- und Bewältigungsversuch tiefgreifender Identitätskonflikte des Patienten verstanden wird. Die Diagnose Transsexualität soll in diesem Zusammenhang gesichert werden. Wichtiger Bestandteil ist hier der sogenannte Alltagstest: Vor Beginn einer Hormonbehandlung und vor einem operativen Eingriff muss der Patient in seinem psychosozialen Umfeld bereits eine Zeitlang in der der subjektiv empfundenen Geschlechtsidentität entsprechenden Geschlechtsrolle leben. Er muss sich entsprechend kleiden und auch seine Bezugspersonen informieren. Der Betroffene hat Gelegenheit, die psychosozialen Konsequenzen der angestrebten Veränderung schon im voraus möglichst konkret zu erfahren und überprüfen zu können, ob dieser Weg für ihn persönlich richtig ist. Die Bearbeitung der dabei auftretenden Ängste und negativen Erfahrungen, der entstehenden familiären und beruflichen Belastungen ist Aufgabe der Psychotherapie.

Auch die Indikationsstellung für die Hormonbehandlung und die Operation soll - soweit sie notwendig ist - innerhalb des psychotherapeutischen Kontaktes erfolgen. Die Einleitung der somatischen Behandlung soll vorbereitet, Informationen über Möglichkeiten, Grenzen und Risiken einer solchen Behandlung (z.B. durch Bildmaterial oder Kontaktvermittlung) sollen vermittelt werden.

1.4.3 Somatotherapie

Somatotherapeutische Maßnahmen - insbesondere die Verabreichung gegengeschlechtlicher Hormone und die Transformationsoperation - sollen dazu beitragen, den Körper der gewünschten Geschlechtsidentität anzupassen. Da sie zu irreversiblen Veränderungen des Körpers führen, ist im Vorfeld ein sorgfältiges differentialdiagnostisches Prozedere unumgänglich, wie es bereits erwähnt wurde.

Über die Indikation und den Zeitpunkt des Beginns somatotherapeutischer Maßnahmen ist im Rahmen der Psychotherapie individuell zu entscheiden; einige Bedingungen sind jedoch zu beachten:

Vor dem 18. Lebensjahr sind Hormonbehandlung und Transformationsoperation nur in Ausnahmefällen indiziert und bedürfen einer besonderen Begründung.

Voraussetzung für eine möglicherweise indizierte Hormonbehandlung sind eine mindestens einjährige psychotherapeutische Vorbehandlung sowie ein Leben in der angestrebten Geschlechtsrolle (sogenannter Alltagstest) von mindestens einem Jahr. Die Hormonbehandlung erfolgt bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen mit Östrogenen, eventuell in Kombination mit Gestagenen und dem antiandrogen wirkenden Cyproteronacetat (Androcur®), bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen entsprechend mit Testosteron. Die Behandlung wird lebenslang und stets in Zusammenarbeit mit einem Endokrinologen oder Gynäkologen bzw. Andrologen / Urologen durchgeführt.

Für die Indikationsstellung einer Transformationsoperation ist eine hormonelle Vorbehandlung von mindestens einem halben Jahr Dauer notwendig. Diese Zeit gibt dem Patienten nochmals die Möglichkeit, sich unter der Erleichterung und Entlastung durch die körperlichen Veränderungen der Hormontherapie mit seiner Identitätsproblematik auseinanderzusetzen. Außerdem muss eine gutachterliche Stellungnahme durch einen qualifizierten Therapeuten erfolgen. Über Umfang und Technik der Operationen bei beiden Geschlechtern berichtet Eicher (1992).

1.4.4 Juristische Anerkennung des Geschlechtswechsels nach dem Transsexuellengesetz

Am 10.9.1980 beschloss der Bundestag das "Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (Transsexuellengesetz - TSG)", das am 1.1.1981 in Kraft trat. Das Gesetz regelt die Voraussetzungen, unter denen Transsexuelle ihre Vornamen ändern ("kleine" Lösung) und ihre neue Geschlechtszugehörigkeit rechtlich anerkennen lassen können ("große" Lösung).

Bei der "kleinen" Lösung, §§ 1 ff TSG, sind vom Gericht auf Antrag die Vornamen einer Person zu ändern, "die sich infolge ihrer transsexuellen Prägung nicht mehr dem in ihrem Geburtseintrag angegebenen, sondern dem anderen Geschlecht als zugehörig empfindet und seit mindestens 3 Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben". Weiter muss "mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen" sein, "dass sich das Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nicht mehr ändern wird". Medizinische Eingriffe (Operation oder Hormonbehandlung) sind nicht erforderlich.

Zuständig für die Entscheidung über derartige Anträge ist das Amtsgericht, in dessen Bezirk der Antragsteller seinen Wohnsitz hat. Das Gericht darf dem Antrag nur zustimmen, nachdem es die Gutachten von zwei unabhängigen "Sachverständigen eingeholt hat, die aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer beruflichen Erfahrung mit den besonderen Problemen des Transsexualismus ausreichend vertraut sind." Die Gutachter müssen auch dazu Stellung zu nehmen, "ob sich nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft das Zugehörigkeitsempfinden des Antragstellers mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr ändern wird" (§ 4 Abs. 3 TSG).

Die "große" Lösung, §§ 8 ff TSG, führt nicht nur zu einer Änderung der Vornamen, sondern zu einer gerichtlichen Feststellung der anderweitigen Geschlechtszugehörigkeit, der sogenannten Personenstandsänderung. Neben den Voraussetzungen der "kleinen" Lösung darf der Antragsteller nicht verheiratet sein, er muss dauernd fortpflanzungsunfähig sein und sich einem seine "äußeren Geschlechtsmerkmale verändernden operativen Eingriff unterzogen" haben, "durch den eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts erreicht worden ist." Auch hier sind wie bei der "kleinen" Lösung zwei unabhängige Gutachten erforderlich, in denen das Vorhanden-

sein der eben genannten Bedingungen beurteilt werden muss. Zur Begutachtung nach dem TSG sei auf die Literatur von Clement und Senf (1996) sowie auf die Erörterungen von Langer und Hartmann (1997) hingewiesen.

Die ursprünglich im Transsexuellengesetz festgesetzte Altersgrenze von 25 Jahren wurde für beide Lösungen durch zwei Urteile des Bundesverfassungsgerichts vom 16. März 1982 (1 BvR 938/81; NJW 1982: 2061) und vom 26. Januar 1993 (1 BvL 38, 40, 43/92; NJW 1993: 1517) aufgehoben.

1.5 Sprechstunde für transsexuelle Patienten an der Universitätspoliklinik für Psychiatrie in Münster

Ermutigt und unterstützt vor allem von der Hamburger Arbeitsgruppe um Pfäfflin wurde 1986 in der Ambulanz der Psychiatrischen Universitätsklinik Münster eine spezielle Sprechstunde für transsexuelle Menschen eingerichtet. Ausschlaggebend für die Einrichtung der Sprechstunde war damals, dass für diese Patienten in der ansonsten psychiatrisch-psychotherapeutisch durchaus gut versorgten Region praktisch kein adäquates Behandlungsangebot bestand. Die Betroffenen mussten weit reisen, um überhaupt einen in Fragen der Transsexualität erfahrenen Arzt zu finden, ohne dass sich über solche Entfernungen eine einigermaßen kontinuierliche Behandlung aufbauen ließe. Von Anfang an musste daher den Patienten in der Sprechstunde nicht nur Beratung angeboten, sondern in aller Regel auch Behandlung ermöglicht werden. In einem möglichst klar strukturierten Rahmen ist dabei den individuell sehr unterschiedlichen Bedürfnissen durch eine patientenorientierte Indikationsstellung Rechnung zu tragen.

Die Sprechstunde will als niedrigschwelliges Angebot möglichst vielen Betroffenen den Zugang erleichtern. Sie ist für jede Stufe auf dem transsexuellen Weg offen, so dass sie ein Angebot für die erste Orientierung, aber auch eine Beratung bei fortgeschrittenem Verlauf darstellt. Seit der Einrichtung im Jahr 1986 wurde die Sprechstunde bis zum Zeitpunkt der vorliegenden Untersuchung von mehr als 160 Patienten konsultiert.

1.5.1 Behandlungskonzept

Es wurde ein Behandlungskonzept erarbeitet, das im wesentlichen die in Kapitel 1.3 dargestellten Standards enthält. Im Einzelfall kann es Abweichungen geben, z. B. abhängig vom Alter, von der angestrebten Art der Veränderung oder von Begleiterkrankungen. Wenn die Einnahme von Hormonen und eine Operation angestrebt werden, ist der beschriebene Verlauf richtungsweisend:

- Primärberatung mit Bestandsaufnahme und Problemdefinition im Sinne einer Vor-Diagnostik, Informationen über mögliche Behandlungsabläufe
- Diagnostische Abklärung: psychopathologische Untersuchung, gegebenenfalls mit Testpsychologie (HAWIE, Benton, d2); allgemeinkörperliche und klinisch-neurologische Untersuchung; urologisch-andrologische bzw. gynäkologische Konsiliaruntersuchung; Hormonanalyse; gegebenenfalls zusätzlich eine Chromosomenanalyse, ein EEG oder eine bildgebende Diagnostik; Erhebung psychosozialer Problemfelder
- Psychotherapeutische Begleitung über die gesamte Zeit
- Informationen über die Behandlungsmöglichkeiten (Hormonbehandlung, Operation, Komplikationen)
- Alltagstest / Übernahme der angestrebten Rolle mit Cross-dressing über ungefähr ein Jahr
- Klärung der Kostenübernahme bezüglich einer Hormonbehandlung und geschlechtsangleichenden Operationen
- Beginn der Hormoneinnahme frühestens nach 12 Monaten psychotherapeutischer Begleitung und Alltagstest
- Planung einer Operation frühestens nach 12 Monaten Hormoneinnahme
- Antrag bei Gericht auf Personenstandsänderung
- Nachbetreuung im Anschluss an die Operation

Außerdem kann ein Antrag auf Vornamensänderung gestellt werden, wobei im Einzelfall über einen sinnvollen Zeitpunkt im Ablauf zu entscheiden ist.

Die Psychotherapie wird flexibel der individuellen Situation des einzelnen Patienten angepasst, wobei hochfrequente ebenso wie niederfrequente Behandlungen sinnvoll sind. Bei der Mehrzahl der Patienten geschieht sie in Form einer relativ niederfrequenten, vorwiegend interaktionell ausgerichteten Psychotherapie mit 20- bis 50-minütigen Sitzungen in einem Abstand von etwa drei Wochen. Inhaltlich stehen in aller Regel die vielschichtigen Probleme und Konflikte im Vordergrund, denen der Patient in der Auseinandersetzung mit seiner Umwelt über sein transsexuelles Erleben ausgesetzt ist.

Nur bei einem kleineren Teil der Patienten wird die Psychotherapie mit einer Frequenz von einer Sitzung (50 Minuten) pro Woche durchgeführt. Darüber hinaus gibt es gelegentlich bei massiver psychosozialer Destabilisierung oder akuter Suizidalität die Notwendigkeit von beinahe täglichen Behandlungskontakten; auch hierdurch ist allerdings eine stationäre Krisenintervention nicht immer vermeidbar. Eine langfristige, d.h. mehrmonatige stationäre Psychotherapie, erfolgt nur in besonderen Ausnahmefällen, wie beispielsweise einer psychotischen Erkrankung eines transsexuellen Patienten.

Auch nach möglicherweise erfolgter Operation bleibt das Angebot einer psychotherapeutischen Begleitung bestehen, das in sehr unterschiedlichem Maße und über unterschiedliche Zeiträume genutzt wird.

1.5.2 Ziel der Arbeit

In der Literatur existieren zahlreiche deskriptive Studien über Merkmale transsexueller Patienten. Oft finden sich hierbei jedoch kleine Stichprobenanzahlen, so dass eine Verallgemeinerung der Ergebnisse eingeschränkt bleibt. Größere Studien berücksichtigen dagegen häufig lediglich Teilbereiche wie die Altersverteilung, Geschlechterrelation, Familienstand, Partnerschaften etc. bei der Beschreibung der Patienten.

Ziel dieser Arbeit ist die Beschreibung einer möglichst großen Klientel transsexueller Patienten hinsichtlich verschiedener Bereiche. Untersucht werden neben allgemeinen Angaben zur Geschlechterverteilung und zum Alter besonders das Ausmaß der Vorbehandlung, die (psychiatrische) Co-Morbidität, die anamnestische Situation mit besonde-

rer Berücksichtigung der Entwicklung in Kindheit und Jugend, das Verhältnis zur Sexualität, die Art der Partnerschaften sowie die aktuelle soziale Situation.

Neben diesen Daten fließen auch die während der Behandlung erhobenen Untersuchungsergebnisse der Patienten z.B. Hormonanalysen, EEG, körperlicher Untersuchungsstatus mit ein. Insbesondere werden Art und Umfang der therapeutischen Maßnahmen im Behandlungsverlauf beschrieben.

Verglichen werden die Ergebnisse mit den in der Literatur angegebenen Resultaten - soweit hierzu Daten existieren. Häufig sind lediglich Teilbereiche dieser Arbeit mit den Ergebnissen einzelner Studien vergleichbar. Dabei soll insbesondere die Frage beantwortet werden, ob die Klientel der Münsteraner Poliklinik eine typische Klientel transsexueller Patienten darstellt oder in welchen Bereichen es Abweichungen von Ergebnissen aus der Literatur gibt.

In einem weiteren Schritt werden die Gruppen der Frau-zu-Mann-Transsexuellen und der Mann-zu-Frau-Transsexuellen verglichen. Überprüft wird die Hypothese, dass die Gruppe der Frau-zu-Mann-Transsexuellen hinsichtlich ihrer Daten zur Vorbehandlung, (psychiatrischen) Co-Morbidität, Sexualität und Partnerschaften und aktuellen Situation ein deutlich geringeres Ausmaß an Auffälligkeiten bzw. Störungen zeigt, insgesamt homogener erscheint und daher im Behandlungsverlauf häufiger eingreifende therapeutische Maßnahmen wie Hormontherapie, Vornamens- und Personenstandsänderungen erfährt.

2 Patienten und Methoden

2.1 Stichprobe

Die Krankenakten aller Patienten, die die Sprechstunde für transsexuelle Menschen in der Universitätspoliklinik für Psychiatrie in dem Zeitraum seit ihrer Einrichtung im Jahr 1986 bis einschließlich 30. Juni 1995 zur Beratung und Behandlung aufsuchten, wurden in die Querschnittsuntersuchung einbezogen. Der Behandlungsstand spielte dabei keine Rolle. Insgesamt waren das 162 Personen. Drei Personen mussten später nach Durchsicht der Krankenakten aus verschiedenen Gründen von der Untersuchung ausgeschlossen werden: Bei einem Patienten war die transsexuelle Symptomatik ohne Zweifel Ausdruck einer paranoid-halluzinatorischen Psychose; bei einem weiteren Patienten lag ebenfalls eindeutig keine Transsexualität vor, sondern es handelte sich um eine Partnerschaftsproblematik bei sexueller Deviation. Der dritte Patient kam nach bereits durchgeführter geschlechtsangleichender Operation mit der Frage nach kosmetischer Verbesserung des Operationsergebnisses, Prüfung des Testosteronspiegels sowie Möglichkeiten zur Vertiefung seiner Stimmlage. Da nach diesem einmaligen Kontakt bis auf die Angabe der erfolgten Personen- und Vornamensänderung keine weiteren Informationen vorlagen, war eine Beteiligung an der Untersuchung nicht möglich. Es verblieben damit 159 Personen für die Teilnahme an der Analyse, davon 54 Frau-zu-Mann-Transsexuelle und 105 Mann-zu-Frau-Transsexuelle.

2.2 Methoden

2.2.1 Krankenakten

Die Erhebung der Daten erfolgte anhand der 159 Krankenakten aus der Sprechstunde für transsexuelle Patienten in der Poliklinik, in denen Fragen zur Anamnese und zur

aktuellen Situation, Untersuchungsbefunde, Inhalt und Verlauf der einzelnen Konsultationen und der Stand der therapeutischen Behandlung mit der weiteren Planung ausführlich dokumentiert waren. Darüber hinaus enthielten die Akten meist auch Selbstäußerungen der Patienten in Form von handschriftlichen Lebensläufen, Briefen, subjektiven Darstellungen der psychosexuellen Entwicklung etc.

2.2.2 Erhebungsbogen

Um eine standardisierte Datenerfassung aus den Akten zu erreichen, wurde ein Fragebogen erarbeitet. Dieser enthält insgesamt 59 Fragen, die sich auf folgende Bereiche beziehen:

1. Situation beim Erstkontakt (biologisches Geschlecht, Alter, Kleidung, Gesamteindruck, Sicherheit der Verdachtsdiagnose, Überweisung);
2. Vorbehandlung in Bezug auf die Transsexualität (ambulante Kontakte, Hormonbehandlung, Vornamens- und Personenstandsänderung, operative Eingriffe);
3. Soziale Situation und Ausbildung (aktuelle soziale Situation, Schul- und Berufsausbildung, ggf. Studium, Information der Bezugspersonen);
4. Psychosoziale Entwicklung (Umstände der Geburt und des Heranwachsens, ggf. Heimaufenthalte, Missbrauch, Misshandlung);
5. Psychiatrische Co-Morbidität (ambulante und stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, autoaggressive Handlungen in der Vorgeschichte, Alkohol- oder Drogenmissbrauch, andere Formen psychiatrischer Co-Morbidität, Delinquenz);
6. Partnerschaft und Sexualität (Cross-dressing, hetero- und homosexuelle Erfahrungen und Partnerschaften, Familienstand, Anzahl der Kinder);
7. Behandlungsverlauf (Häufigkeit der Konsultationen, Dauer der Behandlung, Untersuchungsbefunde, Art und Umfang der therapeutischen Behandlung).

Der Großteil der Fragen gibt 2 - 7 Antworten vor, wenige erfordern eine Klartextantwort. Die Bearbeitung der Fragebögen geschah retrospektiv aus den Krankengeschichten der 159 Patienten, gleichzeitig erfolgte eine Anonymisierung der Bögen.

Zur Prüfung der Vollständigkeit und Genauigkeit des Bogens nahm man einen "Probelauf" vor, in dem zunächst 20 Patientenakten mit dem Fragebogen ausgewertet wurden. Hiernach wurden Fragen präzisiert, neue hinzugefügt sowie einige zwar interessante, aber zu "weiche" Fragen herausgelassen, deren Reliabilität nicht hinreichend gewährleistet war. Außerdem erfolgte in einigen Fällen aus Gründen der Unvollständigkeit eine Erweiterung der Antwortvorgaben. Die Endfassung des Fragebogens (siehe Anhang) erfasst – von wenigen Items abgesehen - nur noch gut operationalisierbare Informationen. Mit ihr wurde die Untersuchung der Krankenakten durchgeführt.

2.2.3 Statistische Auswertung

Zur statistischen Auswertung der erhobenen Daten wurden diese in das Datenbank- und Tabellenkalkulationsprogramm MS Excel eingegeben und anschließend in das Statistikprogramm SPSS Version 7.5 für Windows konvertiert. Mit Hilfe dieses Programms erfolgte die deskriptive Statistik mit Bestimmung der Mittelwerte und Standardabweichungen für die quantitativen Merkmale sowie der absoluten und relativen Häufigkeiten für die qualitativen Merkmale. Zum Vergleich der Ergebnisse zwischen den Gruppen der männlichen und weiblichen Patienten wurden Kreuztabellen erstellt und zweiseitigen Signifikanzen im T-Test bzw. im Chi-Quadrat-Test berechnet.

3 Ergebnisse

Wegen der Fülle an Datenmaterial können hier nicht die Ergebnisse aller im Auswertungsbogen enthaltenen Fragen genannt werden. Im folgenden werden deshalb nur relevante Ergebnisse aufgeführt. Zunächst werden die Ergebnisse dargelegt, die das gesamte Klientel betreffen. In einem zweiten Teil erfolgt der Vergleich der Daten zwischen männlichen und weiblichen Patienten bezogen auf das biologische Geschlecht.

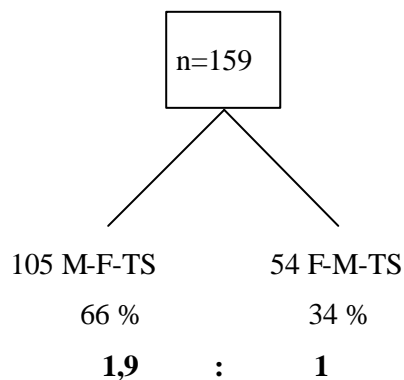
3.1 Beschreibung der gesamten Klientel

3.1.1 Allgemeine Daten

Biologisches Geschlecht:

Von den 159 Patienten, die die Sprechstunde für transsexuelle Patienten zur Behandlung aufsuchten, waren 66,0 % (n=105) biologisch männlichen und 34,0 % (n=54) biologisch weiblichen Geschlechts. Damit ergab sich eine Geschlechtsrelation von Mann-zu-Frau- und Frau-zu-Mann-Transsexuellen von 1,9:1, wie Abbildung 1 zeigt.

Abbildung 1: Geschlechterrelation der untersuchten Patienten



Alter:

Das Alter der Patienten variierte zwischen 17 und 59 Jahren, der Mittelwert betrug 30,9 Jahre bei einer Standardabweichung von 9,2 Jahren.

Die Häufigkeiten in den einzelnen Altersstufen zeigt Tabelle 1. Die meisten Patienten (43,4 %, n=69) gehörten der Altersstufe 21-30 Jahre an, über 50 % (54,1 %, n=86) waren 30 Jahre und jünger.

Rund drei Viertel (75,5 %, n=120) aller Patienten hatten ein Alter von 21 bis 40 Jahren.

Tabelle 1: Einteilung der Patienten nach Altersstufen

Altersstufen	Häufigkeiten	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
bis 20 Jahre	17	10,7	10,7
21-30 Jahre	69	43,4	54,1
31-40 Jahre	51	32,1	86,2
41-50 Jahre	15	9,4	95,6
51-60 Jahre	7	4,4	100,0
Summe	159	100,0	100,0

3.1.2 Zum Erstkontakt

Kleidung und Gesamteindruck:

36,4 % (n=58) aller Patienten trugen beim Erstkontakt eindeutig gegengeschlechtliche, 17,6 % (n=28) eher gegengeschlechtliche Kleidung. Insgesamt zeigten sich damit 54 % (n=86) der Patienten in (eher) gegengeschlechtlicher Garderobe. 7,5 % (n=12) wirkten in Bezug auf die Kleidung indifferent, 1,3 % (n=2) waren eher gleichgeschlechtlich und 23,2 % (n=37) eindeutig gleichgeschlechtlich gekleidet.

Einen eindeutig gegengeschlechtlichen Gesamteindruck beim Erstkontakt machten auf den Untersucher 24,5 % (n=39) der Patienten, eher gegengeschlechtlich wirkten 23,9 % (n=38), indifferent 12,6 % (n=20). Vom Gesamteindruck eher dem biologischen Geschlecht entsprechend erschienen 5,7 % (n=9), eindeutig gleichgeschlechtlich 20,1 % (n=32).

Verdachtsdiagnose:

Zum Zeitpunkt der Erstkonsultation lagen bei allen Patienten Angaben zur Verdachtsdiagnose vor: Diese war in 77,4 % (n=123) der Fälle eindeutig, in den restlichen 22,6 % folglich unsicher.

Kontakt zur Sprechstunde:

Fast ein Drittel (31,4 %, n=50) der 159 Patienten suchte die Sprechstunde auf Empfehlung eines Psychiaters/ Psychologen/ Neurologen auf. Weitere 11,9 % (n=19) der Fälle kam durch Überweisung aus der Gynäkologie/ Urologie/ Andrologie/ Endokrinologie, 8,8 % (n=14) über die Information einer Selbsthilfegruppe oder andere Betroffene, 7,5 % (n=12) wurden vom Hausarzt zur Behandlung geschickt. In mehr als einem Drittel lagen keine Angaben zu dieser Frage vor.

3.1.3 Zur Vorbehandlung

Vorherige (ambulante) Kontakte im Zusammenhang mit der Transsexualität:

54,7 % (n=87) der Patienten hatten ausdrücklich wegen ihrer transsexuellen Symptomatik Kontakt zum Psychiater/ Psychologen/ Neurologen, 8,8 % (n=14) suchten deshalb eine Selbsthilfegruppe oder andere Betroffene auf, ein ähnlicher Anteil von 6,9 % (n=11) konsultierte einen Gynäkologen/ Urologen/ Andrologen/ Endokrinologen und 5,0 % (n=8) besuchten ihren Hausarzt. Beratungsstellen wurden in 2,5 % (n=4) der Fälle aufgesucht.

In 22 % konnten keine Angaben über die genannten Kontakte erhoben werden.

Vorbehandlung mit gleichgeschlechtlichen Hormonen:

Eine Behandlung mit gleichgeschlechtlichen Sexualhormonen lag bei 4,4 % (n=7) der Patienten vor. Gründe für diese Maßnahme waren bei den Männern (n=4) unterent-

wickelte Geschlechtsteile und Brustwachstum während der Pubertät, eine Oligospermie und ein Klinefelter-Syndrom; die Frauen (n=3) wurden aufgrund einer primären Amenorrhoe in der Pubertät und Zyklusstörungen im Erwachsenenalter behandelt.

Vorbehandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen (auch Selbstmedikation):

21,4 % (n=34) aller Patienten waren mit gegengeschlechtlichen Sexualhormonen vorbehandelt, davon über 80 % (n=28) noch aktuell zum Zeitpunkt der Erstkonsultation.

In 70,6 % (n=24) der Fälle lag eine ärztliche Verordnung der Hormone vor, die in der Mehrzahl vom Gynäkologen (29,2 %) und vom Hausarzt (25,0 %) veranlasst war. Hier erfolgte eine Abstimmung mit einem Psychiater oder Psychologen in 20,8 %.

Die durchschnittliche Dauer der Vorbehandlung - die Selbstmedikation mit eingeschlossenen - betrug 33,5 Monate \cong 2 Jahre und 9 ½ Monate und schwankte zwischen 0 und 120 Monaten, wobei es sich im letzten Fall um einen Patienten handelte, der über zehn Jahre eine Hormonbehandlung bekam wegen „Triebdruck und sexueller Abartigkeit“

Vornamensänderung, Operationen, Personenstandsänderung:

Auskunft über bereits vor der Erstkonsultation erfolgte bzw. beantragte Änderungen der Vornamen und des Personenstands sowie teilweise durchgeführte Operationen im Zusammenhang mit der Transsexualität gibt Tabelle 2. Insgesamt sind damit bei 10,1 % (n=16) der Patienten Vornamensänderungen, bei 5,0 % (n=8) Operationen und bei rund 2 % (1,9 %, n=3) Personenstandsänderungen erfolgt bzw. beantragt.

Tabelle 2: Anteil bereits erfolgter Vornamens- und Personenstandsänderungen sowie durchgeführter Operationen (Angaben in Prozent, absolute Häufigkeiten in Klammern)

	erfolgt	beantragt	nicht eingeleitet (erfolgt)/ keine Angabe
Vornamensänderung	5,7 (9)	4,4 (7)	89,9 (143)
Operationen	5,0 (8)	-	95,0 (151)
Personenstandsänderung	1,9 (3)	0,0 (0)	98,1 (156)

3.1.4 Zur sozialen Situation und Ausbildung

Zusammenleben:

Knapp 40 % (n=62) der Patienten lebten allein, jeweils ungefähr 20 % mit einem Partner (n=35) bzw. im Elternhaus (n=29).

Beruf:

56,0 % (n=89) der Patienten waren zum Zeitpunkt der Erstkonsultation berufstätig, rund 25 % (n=39) dagegen arbeitslos. 17,0 % (n=27) befanden sich in der Ausbildung einschließlich Schule, Umschulung, Zivildienst und Studium. Drei (männliche) Patienten (1,9 %) waren vorzeitig berentet, einer von ihnen erhielt mit 51 Jahren eine Erwerbsunfähigkeitsrente wegen „fehlender psychischer Belastbarkeit“, in den beiden übrigen Fällen lagen keine näheren Angaben zum Berentungsgrund vor. Ein Patient (0,6 %) betätigte sich als Hausmann.

Information der Hauptbezugspersonen:

Fast zwei Drittel (64,8 %, n=103) der Patienten hatte ihre Hauptbezugspersonen, d.h. Eltern oder Elternsubstitute oder Menschen, zu denen gegenwärtig die intensivsten Kontakte bestanden, hinsichtlich der transsexuellen Problematik weitgehend informiert. Keine Angaben zu dieser Frage lagen in 27 % der Fälle vor

Schulbildung, Berufsausbildung, Studium:

85,0 % (n=135) der Patienten besaßen eine abgeschlossene Schulausbildung, darunter waren 52,6 % (n=71) mit einem Hauptschulabschluss, 34,8 % (n=47) mit einem Abschluss an der Realschule, 11,1 % (n=15) mit einem gymnasialen Abschluss und weitere 1,5 % (n=2), bei denen keine Angabe über die abgeschlossene Schulbildung vorlag. 3 % (n=5) waren noch Schüler.

Ihre Berufsausbildung abgeschlossen hatten insgesamt 60,7 % (n=88) der Patienten. 31,8 % (n=46) hatten die Ausbildung entweder abgebrochen (22,1 %) oder waren bisher ohne Ausbildung (9,7 %). 4,8 % (n=7) der Patienten befanden sich zum Zeitpunkt der Behandlung in einer Berufsausbildung.

Ein abgeschlossenes Studium besaßen 8,4 % (n=13) der Patienten, abgebrochen hatten dieses 4,5 % (n=7), weitere 2,6 % (n=4) studierten noch.

3.1.5 Zur psychosozialen Entwicklung

Prä- und perinatale Komplikationen:

Komplikationen in der Perinatalzeit lagen bei 10 Patienten \cong 6 % vor. Dabei handelte es sich dreimal um eine Frühgeburt und in drei weiteren Fällen um Zwillingsgeburten mit Dystrophie und Hypoxie und entsprechend langer Liegezeit im Inkubator postpartal. In vier Fällen lagen Komplikationen vor, die den unmittelbaren Geburtsvorgang betrafen: Vakuumextraktion, Sauerstoffmangel mit Verdacht auf perinatale Hirnschädigung, Nabelschnurumschlingung, Sectio mit Gefahr für das mütterliche Leben.

Zahl der Geschwister:

Angaben zur Anzahl der Geschwister lagen bei 155 der 159 Patienten vor. Die Zahl reichte von 0 bis 12 Geschwistern bei einem Mittelwert von 2,5 und einer Standardabweichung von 2,25 Geschwistern. 14,2 % (n=22) der Patienten hatten keine, 26,5 % (n=41) ein, 33,3 % (n=51) zwei und drei und 25,8 % (n=41) vier und mehr Geschwister. 13,5 % (n=21) der Patienten besaßen Halbgeschwister, einer von diesen insgesamt zwölf an der Zahl.

Ein Patient wuchs zusammen mit zwei Adoptivgeschwistern auf.

Entwicklung und Betreuung in der Kindheit und Jugend:

76,1 % (n=121) aller transsexuellen Patienten wurden ehelich geboren. Rund 85 % (n=135) wuchsen bei ihren Eltern oder einem alleinerziehenden Elternteil auf, weitere 8,8 % (n= 14) bei Adoptiv- oder Pflegeeltern. 1,3 % (n=2) gaben bis zur Einschulung wechselnde Bezugs- und Betreuungsformen an, 2,5 % (n=4) waren bis zur Einschulung in einem Heim oder anderswo fremduntergebracht. Über Heimaufenthalte insgesamt in der Kindheit und Jugend berichteten 11,3 % (n=18) aller Patienten.

In 17,9 % (n=27) der Fälle lag eine längere (mehr als dreimonatige) Abwesenheit eines Elternteils bis zur Einschulung vor, davon war in über 90 % (92,6 %, n= 25) der Vater betroffen.

22,9 % (n=35) der elterlichen Ehen wurden geschieden, davon über die Hälfte (57,1 %, n=20) der Fälle vor der Einschulung, weitere 25,7 % (n=9) zwischen Einschulung und 16. Lebensjahr, 14,3 % (n= 5) nach dem 16. Lebensjahr, in einem Fall war kein Zeitpunkt angegeben.

Missbrauch und Misshandlung:

Sexuell missbraucht wurden 10,1 % (n=16) der transsexuellen Patienten, 6,9 % (n=11) erfuhr körperliche Misshandlungen.

3.1.6 Zur psychiatrischen Co-Morbidität

Vorausgehende ambulante und stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen:

37,1 % (n= 59) der Patienten gaben vorausgehende ambulante psychiatrische oder psychologische Behandlungen an, 27,7 % (n=44) berichtete über stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen.

Autoaggressive Handlungen in der Vorgeschichte:

27,7 % (n=44) der Transsexuellen hatten in ihrer Vergangenheit Suizidversuche unternommen, weitere 18,2 % (n=29) berichteten über suizidale Impulse ohne bisherige Suizidversuche. Andere Selbstbeschädigungshandlungen lagen in 6,9 % (n=11) vor.

Alkohol- und Drogenmissbrauch:

Alkohol- oder Drogenmissbrauch einschließlich Abhängigkeit gaben 29,6 % (n= 47) der Patienten an.

Andere Formen psychiatrischer Co-Morbidität:

Eine psychiatrische Co-Morbidität neben der Transsexualität und abgesehen von Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie von Suizidalität lag in 35,2 % (n=56) der Fälle vor. Die psychiatrischen Diagnosen bezogen sich auf nachfolgende Bereiche. Insgesamt wurde bei zehn Patienten mehr als eine Diagnose gestellt.

Psychosen:

Zehn Patienten (6,2 %) waren an einer Psychose erkrankt, wobei es sich etwa zu gleichen Teilen um affektive und schizophrene Formen handelte. Bei drei dieser Patienten war die Verdachtsdiagnose Transsexualität unsicher, die Frequenz und Dauer der Konsultationen schwankte bei ihnen zwischen vier und achtzehn Konsultationen bei einer Dauer von bis zu 2 ½ Jahre; im Behandlungsverlauf wurden keine Maßnahmen wie die gegengeschlechtliche Hormonbehandlung etc. eingeleitet.

Neurosen / neurotische Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen:

Insgesamt litten 45 Patienten (28,3 %) an Neurosen und/oder Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Die Diagnosen reichten von der neurotischen und der reaktiven Depression, die in fast einem Drittel der Fälle vorlagen, über die Zwangsneurose, die Angstneurose und die konversionsneurotische Entwicklung, letztere fanden sich jeweils in einem Fall. Knapp die Hälfte aller Patienten mit psychiatrischer Co-Morbidität wies

Persönlichkeitsstörungen auf, genauer waren dies schizoide, hysterische, passiv-aggressive, anankastische, narzisstische, autistische, sensitive, instabile und Borderline-Persönlichkeiten.

Ein Patient besaß eine Spielsucht, drei weitere Patienten waren an einer Essstörung erkrankt (Anorexia nervosa bzw. Bulimie, Adipositas). Eine Störung des Sozialverhaltens und sexuelle Deviation wurde in einem Fall diagnostiziert.

Intelligenzminderungen:

Bei vier Patienten (2,5 %) bestand eine leichte Intelligenzminderung.

Delinquenz:

4,4 % (n=7) der Transsexuellen hatten in ihrer Vergangenheit Straftaten begangen. Gründe für die Straffälligkeit waren in drei Fällen Sexualdelikte (Exhibitionismus, Notzuchthandlungen, Zuhälterei), außerdem Diebstähle, Drogendealerei und Körperverletzung. In zwei Fällen gab es Haftstrafen, einmal eine Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt.

3.1.7 Zur Partnerschaft und Sexualität

Cross-dressing:

Fragen zum Cross-dressing bezogen sich auf die zeitlichen Abschnitte Kindheit, Pubertät und Adoleszenz sowie die aktuelle Situation.

Cross-dressing in der Kindheit wurde von 45,9 % (n=73) der Patienten angegeben, in der Pubertät und Adoleszenz von 61,0 % (n=97).

Aktuell lebten 22,0 % (n=35) durchgehend in der gegengeschlechtlichen Rolle, 34,6 % (n=55) betrieben regelmäßig Cross-dressing, 13,8 % (n=22) sporadisch und weitere 14,5 % (n=23) gaben Cross-dressing an, eine Aussage über die Häufigkeit lag jedoch nicht vor. Insgesamt kleideten sich damit rund 85 % (n=135) der Patienten mehr oder weniger regelmäßig mit gegengeschlechtlicher Garderobe. 3,8 % (n=6) verneinten das

aktuelle Cross-dressing. Rund 3 % (n=5) aller Patienten trugen weder aktuell noch in ihrer Vergangenheit jemals Kleidung des anderen Geschlechts.

Hetero- und homosexuelle Erfahrungen und Partnerschaften:

Heterosexuelle Erfahrungen bezogen auf ihr biologisches Geschlecht hatten 71,1 % (n=113) aller Patienten, davon gaben 70,8 % (n=80) Geschlechtsverkehr an, 11,5 % (n=13) verneinten diesen ausdrücklich, bei 17,8 % (n=20) lagen dazu keine Angaben vor.

Längere heterosexuelle Partnerschaften bestanden bei 49,1 % (n=78) der Patienten.

Homosexuelle Erfahrungen gaben insgesamt 57,2 % (n=91) der Patienten an, längere homosexuelle Partnerschaften bestanden bei 40,3 % (n=64) der Patienten.

Zwei Patienten berichteten von ihrer früheren Tätigkeit in der Prostitution.

Familienstand, Eheschließungen und Kinder:

64,8 % (n=103) der Patienten waren ledig, 35,2 % (n=56) dagegen (ehemals) verheiratet. Von den (ehemals) Verheirateten lebten 30,4 % (n=17) zur Zeit der Erstkonsultation mit ihrem Partner zusammen, 17,9 % (n=10) lebten getrennt vom Partner, 48,2 % (n=27) waren inzwischen geschieden und 1,8 % (n=1) verwitwet. Insgesamt waren damit zwei Drittel der eingegangenen Ehen gescheitert.

8,9 % (n=5) der (ehemals) verheirateten Patienten waren mehr als eine Ehe eingegangen.

27,6 % (n=44) der Patienten hatten eigene Kinder, in mehr als der Hälfte der Fälle waren dies zwei und mehr Kinder.

3.1.8 Zum Behandlungsverlauf

Konsultationen der Sprechstunde:

Die Anzahl der Konsultationen variierte zwischen 1 und 44 bei einem Mittelwert von 12,7. Bei einem Drittel der Patienten betrug die Zahl der Sprechstundenbesuche 5 und weniger, bei einem weiteren Drittel 6 bis 15, mehr als 15 Konsultationen hatte das letzte Drittel der Patienten.

Die Behandlungsdauer betrug im Durchschnitt 18,9 Monate \cong 1½ Jahre, wobei Schwankungen von 0 bis 106 Monaten = 8 8/12 Jahren auftraten. Ein Drittel der Patienten war zwei und mehr Jahre in Behandlung.

Behandlungsunterbrechungen von mehr als 6 Monaten kamen bei 21,4% der Patienten vor und betrafen 1 oder 2 Unterbrechungen.

Von allen bisher in der Sprechstunde behandelten Patienten hatten bis zum Stichtag insgesamt 69,2 % (n=110) die Therapie abgebrochen bzw. abgeschlossen, 30,8 % (n=49) befanden sich noch in der Behandlung.

Untersuchungen und Befunde:

a) Körperliche Untersuchung:

Eine körperliche Untersuchung wurde bei 65,4 % (n=104) der Patienten durchgeführt. Die Patienten, die keine körperliche Untersuchung erfuhren, hatten zu 40 % nur zwei und weniger Kontakte mit der Sprechstunde bei abgebrochener bzw. abgeschlossener Behandlung

Auffälligkeiten der untersuchten Patienten gab es in einem Drittel der Fälle (33,7 %, n=35), davon standen allein 62,9 % (n=22) ausschließlich im Zusammenhang mit dem geschlechtsspezifischen Endokrinium. Sie betrafen Abweichungen vom geschlechtstypischen Behaarungsmuster, dem Bartwuchs und der Fettverteilung und Befunde wie Gynäkomastie bei den Männern, Akne und Adipositas. Ein Viertel (25,7 %, n=9) dieser Patienten war aktuell oder zu einem früheren Zeitpunkt mit gegengeschlechtlichen Hormonen vorbehandelt.

Die übrigen auffälligen Befunde gliederten sich zu gleichen Teilen in internistische, neurologische und jene Auffälligkeiten, die soziale Stigmata darstellen.

Internistische Auffälligkeiten:

Internistisch fiel in der Hälfte der Fälle eine Lebervergrößerung auf, außerdem eine Hyperbilirubinämie mit Verdacht auf M. Meulengracht, eine Hypothyreose und eine Struma ersten Grades.

Neurologische Auffälligkeiten:

Neurologisch fanden sich mehrfach Symptome einer Dys/Bradydiadochokinese und eines Halte- und Intentionstremor. Weitere Befunde waren eine Polyneuropathie, eine Hypästhesie bzw. Hyperästhesie der Beine, eine Hyperhidrosis, eine Dysarthrie und eine Ptosis.

Soziale Stigmata:

Die sozialen Stigmata umfassten in der Mehrzahl eine Adipositas (permagna), ferner fand sich bei einem Patienten eine Trichterbrust, außerdem ein Minderwuchs bei bekannter Osteogenesis imperfecta.

Abgesehen von den zahlreichen Auffälligkeiten, die im Zusammenhang mit den Geschlechtshormonen genannt wurden, waren 31,4 % (n=11) der Befunde erstmalig in der Poliklinik erhoben worden, also zuvor unentdeckt gewesen.

b) Anamnestic bekannte körperliche Erkrankungen:

Relevante, anamnestic bekannte somatische Erkrankungen konnten bei einem Viertel der Patienten (24,5 %, n=39) erhoben werden und ließen sich einteilen in internistische, neurologische und andere Krankheiten, wobei einige Patienten auch Erkrankungen aus mehr als einem dieser Bereiche angaben. Knapp 80 % der Diagnosen bezogen sich zu gleichen Teilen auf das internistische und neurologische Fachgebiet.

Internistische Erkrankungen:

Hier waren Krankheiten aus dem Bereich der Endokrinologie und des Stoffwechsels am häufigsten vertreten (Diabetes mellitus, Hypo/Hyperthyreose, Klinefelter-Syndrom (n=1), Adipositas permagna, Gicht), gefolgt von Erkrankungen der Lunge (Asthma bronchiale, Lungenembolie) und des Magen-Darm-Traktes (Magenulzera, Magenkarzinom, Pankreatitis, Hepatitis, funktionelle Beschwerden). Auch kardiologische Leiden kamen mehrfach vor (Rhythmusstörungen, Infarkt, Klappenfehler, Septumdefekt mit Operation), seltener dagegen Nierenkrankheiten (Pyelonephritis, Blasenpapillom). Weitere Diagnosen waren Thrombosen, Rheuma und Lues.

Neurologische Erkrankungen:

Bei den Erkrankungen aus der neurologischen Disziplin standen an erster Stelle Schädelbrüche und Schädel-Hirn-Traumata nach Unfällen, in einem Fall mit anschließendem Koma. Weiter fanden sich in drei Fällen Anfallsleiden bzw. Gelegenheitsanfälle, außerdem Meningitiden im Kindesalter, Migräneanfälle, eine Spina bifida. Lähmungen traten in einem Fall linksseitig nach einem Schlaganfall auf, außerdem bestand in einem weiteren Fall eine spastische Diplegie seit der Geburt. Sonstige Diagnosen waren eine angeborene Blindheit links, eine Lähmung des N. abducens links, eine Peronäusläsion rechts und ein Tremor.

Andere Erkrankungen:

Andere Krankheiten aus der Anamnese betrafen hauptsächlich den orthopädischen Bereich (Bandscheibenschäden bzw. -vorfälle, (Gesichts-) Frakturen, Morbus Scheuermann, Hüftdysplasie, Osteogenesis imperfecta mit Minderwuchs, Femoropatellararthrose).

c) Hormonanalyse:

Eine Hormonanalyse erfolgte bei 72,3 % (n=115) der Patienten. Abweichungen oder Auffälligkeiten, die nicht auf eine aktuelle und ärztliche Hormonbehandlung zurückzuführen waren, zeigten 16,5 % (n=19) aller durchgeführten Analysen.

Bei den Männern handelte es sich um erniedrigte Testosteron- und erhöhte Prolaktinwerte, um erniedrigte und erhöhte FSH-Werte und in einem Fall um entsprechende hormonelle Veränderungen beim Klinefelter-Syndrom.

Die Auffälligkeiten bei den Frauen betrafen abweichende Hormonwerte wie sie beim polyzystischen Ovarialsyndrom beobachtet werden, außerdem erhöhte LH- und FSH-Werte und Hyperprolaktinämien.

d) EEG-Untersuchung:

In 64,2 % (n=102) der Fälle geschah eine EEG-Untersuchung, die bei 8,8 % (n=9) der Patienten auffällig war. In der Mehrzahl der Befunde handelte es sich um intermittierende Einlagerungen von Theta-Wellen mit Herdhinweisen vor allem links (temporal), seltener um leichte Allgemeinveränderungen mit erhöhter cerebraler Erregbarkeit

e) Chromosomenanalyse:

Eine Chromosomenanalyse wurde bei 52,2 % (n=83) der Patienten ausgeführt, dabei lagen keinerlei Abweichungen vom normalen Chromosomensatz vor. Bei dem Patienten mit dem bekannten Klinefelter-Syndrom (XXY) wurde auf eine erneute Analyse verzichtet.

f) Gynäkologische Konsiliaruntersuchung:

Bei 64,8 % (n=35) der weiblichen Patienten lag eine gynäkologische Konsiliaruntersuchung vor. Von der Gesamtzahl dieser Untersuchungen waren 28,6 % (n=10) auffällig. In über der Hälfte der Fälle lag ein polyzystisches Ovarialsyndrom vor, ähnliche Befunde betrafen Virilisierungserscheinungen unterschiedlichen Ausmaßes mit Hirsutismus, hypoplastischem Uterus, kleinen Mammæ und untypischer weiblicher Fettverteilung. Ebenso waren Zyklusstörungen vorhanden. Eine geringe Klitorishypertrophie bestand bei einer Patientin mit Zustand nach Hormonbehandlung. Alle übrigen Patienten waren zum Zeitpunkt der Untersuchung angeblich ohne hormonelle Vorbehandlung.

g) Urologische / andrologische Konsiliaruntersuchung:

50,5 % (n=53) der männlichen Patienten hatten sich einer urologischen Konsiliaruntersuchung unterzogen, die insgesamt Auffälligkeiten in 32,1 % (n=17) zeigte.

Die Befunde ließen sich einteilen in drei Bereiche:

Auffälligkeiten am äußeren Genitale:

Hier lag in fünf Fällen ein retardiertes Genitale vor, dabei in drei Fällen unter gegengeschlechtlicher Hormonbehandlung, die beiden anderen Fälle betrafen den Patienten mit dem bekannten Klinefelter-Syndrom und einen Patienten mit anamnestisch bekannter tubulärer Insuffizienz.

Weitere Diagnosen waren Pendelhoden beidseits, einseitiger Hodenhochstand, Zustand nach einseitiger Ablatio testis wegen Hodentorsion und Spaltbildung der Glans penis.

Frühere Operationen am Genitale:

Bei sechs Patienten war eine Sterilisierung mittels Vasektomie erfolgt, durchschnittlich im Alter von 33 Jahren. Über eine Phimose-Operation im Alter von 9 und 15 Jahren berichteten zwei Patienten.

Verändertes Spermogramm und sexuelle Funktionsstörungen:

Die Untersuchung der Samenflüssigkeit ergab in drei Fällen pathologische Befunde (blutiges Ejakulat, Aspermie, Oligoasthenoteratozoospermie), ohne dass eine längere hormonelle Vorbehandlung vorlag. Weitere Diagnosen waren eine erektile Dysfunktion und Schmerzen bei der Ejakulation.

h) Andere Konsiliaruntersuchungen:

Andere konsiliarische Untersuchungen wurden bei 8,2 % (n=13) der Patienten durchgeführt und betrafen in zehn Fällen das Fachgebiet der Radiologie (fast ausschließlich kraniales CT wegen Auffälligkeiten im EEG, selten MRT-Schädel, quantitatives CT zur Bestimmung der Knochendichte), dreimal die Neurologie (wegen Kopfschmerzen, Tremor, Doppelbildern) und einmal die Pharmakologie und Toxikologie (zum Drogenscreening). Weniger als ein Drittel der Konsile (30,8 %, n=4) ergaben dabei einen auffälligen Befund, wobei zu bemerken ist, dass die Ergebnisse der radiologischen Untersuchungen insgesamt nicht eindeutig pathologisch waren (Verdacht auf kleine Porencephalie, angedeutete kortikale hirnatrophische Veränderungen frontobasal, leicht ver-

minderte Knochendichte), wohl aber die aus der Neurologie (Migräne ohne Aura, Tremor der linken oberen Extremität und des Kopfes unklarer Genese).

i) Testpsychologie:

Eine testpsychologische Untersuchung (HAWIE, Benton, d2) erfuhren 47,8 % (n=76) der Patienten. Der IQ-Gesamtwert variierte hier zwischen 73 und 125, der Mittelwert betrug 99,9 bei einer Standardabweichung von 12,5. Hinweise auf eine hirnorganische Störung bei allen untersuchten Patienten ergaben sich in 26,3 % (n=20).

Behandlung:

a) Gegengeschlechtliche Hormonbehandlung:

Eine Hormontherapie wurde im Verlauf der Behandlung bei 39,6 % (n=63) der Patienten eingeleitet. Der Beginn lag im Mittel bei 13,4 Monaten nach dem Erstkontakt. Er schwankte insgesamt zwischen 2 und 54 Monaten = 4 ½ Jahren. 90,5 % (n=57) der eingeleiteten Behandlungen wurden kontinuierlich fortgeführt, auf ärztliche Veranlassung musste in 2 Fällen die Therapie unterbrochen werden. Gründe für den Abbruch der Therapie waren eine Beckenvenenthrombose und der Verdacht auf ein Adrenogenitales Syndrom, der sich jedoch nicht bestätigte.

Weitere 12,6 % (n=20) der Hormonbehandlungen entfielen auf die Patienten, die bereits im Vorfeld der Konsultationen eine gegengeschlechtliche Hormontherapie bekamen, die im Rahmen der poliklinischen Behandlung weitergeführt wurde.

Insgesamt befanden sich damit 52,2 % (n=83) aller Patienten unter einer gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung.

b) Vornamens- und Personenstandsänderung:

Auskunft über die Häufigkeiten der im Verlauf der Therapie veranlassten Vornamens- und Personenstandsänderungen gibt Tabelle 3. Es muss berücksichtigt werden, dass bei einigen Patienten Vornamens- und Personenstandsänderungen bereits zum Zeitpunkt der Erstkonsultation vorlagen bzw. eingeleitet waren, damit ändert sich nun die Grundgesamtheit: n=145 für die Vornamensänderungen (beim Erstkontakt waren schon neun

erfolgt, von den sieben beantragten erfolgten zwei während der Behandlung) und n=156 für die Änderungen des Personenstands.

Tabelle 3: Häufigkeiten für Vornamens- und Personenstandsänderungen im Behandlungsverlauf (Angaben in Prozent, absolute Häufigkeiten in Klammern)

	erfolgt	eingeleitet	nicht eingeleitet (erfolgt)/ keine Angabe
Vornamensänderung	23,4 (34)	16,6 (24)	60,0 (87)
Personenstandsänderung	1,9 (3)	5,8 (9)	92,3 (144)

3.2 Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Patienten

Ausgehend vom biologischen Geschlecht werden im folgenden männliche und weibliche Patienten hinsichtlich ihrer Daten verglichen. Wie bereits in Kapitel 3.1.1 dargestellt, waren von den insgesamt 159 Patienten 66,0 % (n=105) männlichen und 34,0 % (n=54) weiblichen Geschlechts; die Geschlechterrelation betrug damit 1,9:1.

Aus dem umfangreichen Zahlenmaterial kommen hier nur Daten zur Darstellung, die interessante und zumeist statistisch signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen aufzeigen. Ergebnisse ohne relevante Abweichungen zwischen dem Kollektiv der Männer und der Frauen werden nicht aufgeführt. Um den Vergleich zu erleichtern und die Unterschiede optisch zu veranschaulichen, wurden am Ende dieses Kapitels die ermittelten Werte in einer Tabelle (Tabelle 4) zusammengefügt.

3.2.1 Alter

Das Durchschnittsalter der Mann-zu-Frau-Transsexuellen betrug beim Erstkontakt 33,8 Jahre (17-59 Jahre), die Frau-zu-Mann-Transsexuellen waren mit einem mittleren Alter von 25,1 Jahren (17-39 Jahren) rund 8 ½ Jahre jünger.

3.2.2 Zum Erstkontakt

Kleidung und Gesamteindruck:

28,6 % der (biologisch) männlichen Patienten erschienen beim Erstkontakt in eindeutig gegengeschlechtlicher, weitere 9,5 % in eher gegengeschlechtlicher Kleidung. Damit war gut ein Drittel (38,1 %, n=40) der Männer gegengeschlechtlich gekleidet. Insgesamt erschien ebenfalls knapp ein Drittel der Männer vom Gesamteindruck als gegengeschlechtlich (31,4 %, n=33), 36,2 % (n=38) wirkten jedoch gleichgeschlechtlich.

Signifikante Unterschiede ergaben sich im Vergleich zu den (biologischen) Frauen: Mehr als die Hälfte (51,9 %, n=28) zeigte sich beim Erstkontakt bereits in eindeutig gegengeschlechtlicher, rund 85% (85,2 %, n=46) in eindeutig bzw. eher gegengeschlechtlicher Kleidung. Dementsprechend machten 81,4 % (n=44) der Frauen einen eindeutig bzw. eher gegengeschlechtlichen Gesamteindruck.

Verdachtsdiagnose:

Bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen war die Verdachtsdiagnose der Transsexualität beim Erstkontakt in 70,5 % der Fälle (n=74) eindeutig, bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen in 90,7 % (n=49), damit signifikant häufiger.

3.2.3 Zur Vorbehandlung

Vorbehandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen:

29,5 % (n=31) der (biologisch) männlichen Patienten waren mit gegengeschlechtlichen Sexualhormonen vorbehandelt, davon über 80 % (80,6 %, n=25) aktuell zum Zeitpunkt der Erstkonsultation. Hiervon unterschied sich der Anteil der hormonell vorbehandelten (biologischen) Frauen mit 5,6 % (n=3) signifikant.

Vornamensänderung, Operation, Personenstandsänderung:

Im Geschlechtervergleich ergaben sich bezüglich der Vorbehandlung mit Vornamensänderung, geschlechtsangleichender Operation und Personenstandsänderung zwar geringe Unterschiede, diese waren jedoch nicht statistisch signifikant. So war bei den Männern in 12,4 % (n=13) eine Vornamensänderung erfolgt bzw. beantragt, in 5,7 % (n=6) eine geschlechtsangleichende Operation und in 2,9 % (n=3) eine Personenstandsänderung erfolgt. Lediglich drei Frauen (5,6 %) hatten eine Vornamensänderung durchführen lassen bzw. diese beantragt, bei zwei Frauen (3,7 %) war eine Operation erfolgt. Personenstandsänderungen lagen hier nicht vor.

3.2.4 Zur sozialen Situation und Ausbildung

Zusammenleben:

Während die (biologisch) männlichen Patienten etwas häufiger alleine (41,0 % versus 35,2 %) oder mit einem Partner (24,8 % versus 16,7 %) lebten, wohnten dagegen die weiblichen Patienten häufiger bei ihren Eltern (20,4 % versus 17,1 %) oder in einer Wohngemeinschaft (11,1 % versus 1,9 %).

Studium:

11,8 % (n=12) der Mann-zu-Frau-Transsexuellen hatte ein Studium abgeschlossen, bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen waren dies 1,9 % (n=1).

3.2.5 Zur psychosozialen Entwicklung

Sexueller Missbrauch:

Unterschiede bezüglich der Angaben über Geburtsumstände, Trennungs- und Scheidungsraten der Eltern sowie körperliche Misshandlung in der Kindheit waren im Ge-

schlechtervergleich nicht vorhanden bzw. minimal. Sexuellen Missbrauch jedoch gaben die Frauen mit 16,7 % (n=9) deutlich häufiger an, bei den Männern waren dies 6,7 % (n=7).

3.2.6 Zur psychiatrischen Co-Morbidität

Die Mann-zu-Frau-Transsexuellen waren vor der Erstkonsultation häufiger sowohl in ambulanter psychiatrisch/ psychologischer (41,9 % versus 27,8 %) als auch in stationärer psychiatrischer Behandlung (29,5 % versus 24,1 %). Auch lag der Anteil der Patienten mit Alkohol- und Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit bei den Männern etwas höher (30,5 % versus 27,8 %) als bei den Frauen. Über Suizidversuche in der Vorgeschichte berichteten dagegen mehr Frauen als Männer (31,5 % versus 25,7 %). All diese Ergebnisse zeigten jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Für die übrigen Formen psychiatrischer Co-Morbidität ergaben sich hingegen deutliche Abweichungen mit statistischer Signifikanz: Bei den Männern lag in 42,9 % (n=45) eine psychiatrische Co-Morbidität vor, bei den Frauen in nur 20,4 % (n=11).

3.2.7 Zur Partnerschaft und Sexualität

Cross-dressing:

Zur Frage des Cross-dressings in Kindheit, Pubertät und Adoleszenz lagen in einem relativ hohen Prozentsatz – und hier insbesondere bei den weiblichen Patienten – keine Angaben vor. Dennoch ergab sich ein deutlicher Unterschied zwischen der Gruppe der Männer und der Frauen. Die Männer verneinten das Cross-dressing in der Kindheit sowie in der Pubertät und Adoleszenz sehr viel häufiger (40,0 % versus 7,4 %, 21,9 % versus 0 %); das aktuelle Cross-dressing dagegen wurde von beiden Gruppen mit ähnlicher Häufigkeit betrieben: 71,4 % bei den Männern, 68,6 % bei den Frauen. Hier zeigten sich in den Untergruppen allerdings Unterschiede: Während deutlich mehr Frau-zu-

Mann-Transsexuelle durchgehend in der „anderen“ Rolle lebten (31,5 % versus 17,1 %) kleideten sich die Mann-zu-Frau-Transsexuellen eher sporadisch mit gegengeschlechtlicher Garderobe (20 % versus 1,9 %).

Hetero- und homosexuelle Erfahrungen und Partnerschaften:

Mann-zu-Frau-Transsexuelle berichteten über mehr heterosexuelle Erfahrungen (77,1 % versus 59,2 %) und vor allem deutlich mehr längere heterosexuelle Partnerschaften (61,0 % versus 25,9 %). Frau-zu-Mann-Transsexuelle verfügten dagegen signifikant häufiger über homosexuelle Erfahrungen (83,3 % versus 43,8 %) und hatten deutlich häufiger längere homosexuelle Partnerschaften (72,2 % versus 23,8 %).

Familienstand und Kinder:

Knapp die Hälfte der Mann-zu-Frau-Transsexuellen (48,6 %, n=51) war (ehemals) verheiratet, ein Drittel (33,3 %, n=17) lebte zum aktuellen Zeitpunkt mit seiner Partnerin zusammen. Frau-zu-Mann-Transsexuelle waren in 9,3 % (n=5) der Fälle eine Ehe eingegangen, diese waren zum aktuellen Zeitpunkt alle gescheitert.

38 % (n=40) der männlichen Patienten hatten Kinder, bei den weiblichen Patienten waren dies 7,5 % (n=4).

3.2.8 Zum Behandlungsverlauf

Konsultationen der Sprechstunde:

Bezüglich der Anzahl der Konsultationen, der Dauer der Behandlung und der Behandlungsunterbrechungen zeigten sich im Vergleich der beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede. Die (biologischen) Frauen waren verglichen mit den Männern häufiger ($x=14,3$ versus $x=11,9$) und über einen längeren Zeitraum ($x=21,1$ Monate versus $x=17,7$ Monate) mit weniger Unterbrechungen (16,7 % versus 23,8 %) in Behandlung.

Untersuchungen und Befunde:

Eine körperliche Untersuchung wurde bei den Frauen mit 81,5 % (n=44) deutlich häufiger durchgeführt als in der Vergleichsgruppe der Männer (57,1 %, n=60), wobei letztere jedoch häufiger Auffälligkeiten bot (41,7 % versus 20,5 %). Die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung sind bereits in Kapitel 3.1.8 aufgeführt.

Auch die übrigen diagnostischen Untersuchungen wie Hormonanalyse, EEG und Chromosomenanalyse wurden in der Gruppe der Frauen häufiger angewandt als bei den Männern.

Behandlung:

Bei den (biologisch) weiblichen Patienten wurde in 60,8 % (n=31) der Fälle eine gegengeschlechtliche Hormontherapie begonnen, bei den männlichen Patienten lediglich in 36,4 % (n=32). Dieses Ergebnis ist statistisch signifikant.

Der Anteil der Patienten, bei denen eine Vornamensänderung eingeleitet wurde, war in beiden Gruppen annähernd gleich groß; bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen war eine Vornamensänderung jedoch doppelt so häufig erfolgt (34,6 % versus 17,2 %).

Auch in Bezug auf die Personenstandsänderung ergab sich eine Diskrepanz zwischen beiden Gruppen zugunsten der Einleitung bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen (11,1 % versus 2,9 %). Der Anteil mit erfolgter Personenstandsänderung war in beiden Gruppen gleich groß.

Tabelle 4: Relevante und statistisch signifikante Unterschiede beim Vergleich der Ergebnisse zwischen Männern und Frauen, eingeteilt nach den Bereichen des Fragebogens; absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten, zweiseitige Signifikanzen (p) im T-Test bzw. im Chi-Quadrat-Test; ns = nicht signifikant.

	<u>Männer</u>		<u>Frauen</u>		
	n	%	n	%	p
Alter	x = 33,8 Jahre (17-59 J.)		x = 25,1 Jahre (17-39 J.)		p<0,001 ***
Zum Erstkontakt					
<u>Kleidung</u>					p<0,001 ***
eindeutig gegengeschlechtlich	30	28,6	28	51,9	
eher gegengeschlechtlich	10	9,5	18	33,3	
indifferent	10	9,5	2	3,7	
eher gleichgeschlechtlich	2	1,9	-	-	
eindeutig gleichgeschlechtlich	35	33,3	2	3,7	
keine Angabe	18	17,1	4	7,4	
<u>Gesamteindruck</u>					p<0,001 ***
eindeutig gegengeschlechtlich	17	16,2	22	40,7	
eher gegengeschlechtlich	16	15,2	22	40,7	
indifferent	16	15,2	4	7,4	
eher gleichgeschlechtlich	8	7,6	1	1,9	
eindeutig gleichgeschlechtlich	30	28,6	2	3,7	
keine Angabe	18	17,1	3	5,6	
<u>Verdachtsdiagnose</u>					p<0,01 **
eindeutig	74	70,5	49	90,7	
unsicher	31	29,5	5	9,3	
Zur Vorbehandlung					
<u>Vorbehandlung</u>					p<0,01 **
<u>mit gegengeschlechtlichen Hormonen</u>					
aktuell	25	23,8	3	5,6	
früher	6	5,7	-	-	
davon mit ärztlicher Verordnung	21	67,7	3	100	ns
davon im Abstimmung mit dem Psychiater	4	19	1	33,3	ns
keine Vorbehandlung	63	60,0	49	90,7	
keine Angabe	11	10,5	2	3,7	

	<u>Männer</u>		<u>Frauen</u>		p
	n	%	n	%	
<u>Vornamensänderung</u>					
erfolgt	8	7,6	1	1,9	ns
beantragt	5	4,8	2	3,7	
nicht erfolgt/beantragt / keine Angabe	92	87,6	51	94,4	
<u>Operation</u>					
erfolgt	6	5,7	2	3,7	ns
nicht erfolgt	99	94,3	52	96,3	
<u>Personenstandsänderung</u>					
erfolgt	3	2,9	-	-	ns
nicht erfolgt/beantragt / keine Angabe	102	97,1	54	100	

Zur sozialen Situation und Ausbildung

<u>Zusammenleben</u>					
allein	43	41,0	19	35,2	p<0,05 *
mit Partner	26	24,8	9	16,7	
im Elternhaus	18	17,1	11	20,4	
in Wohngemeinschaft	2	1,9	6	11,1	
betreutes Wohnen	5	4,8	-	-	
keine Angabe	11	10,5	9	16,7	
<u>Studium</u>					
abgeschlossen	12	11,4	1	1,9	p<0,05 *
abgebrochen	6	5,7	1	1,9	
studiert noch	1	1,0	3	5,6	
kein Studium	81	77,1	47	87,0	
noch Schüler	2	1,9	2	3,7	
keine Angabe	3	2,9	-	-	

Zur psychosozialen Entwicklung

<u>sexueller Missbrauch</u>					
ja	7	6,7	9	16,7	p<0,05 *
nein/ keine Angabe	98	93,3	45	83,3	

	<u>Männer</u>		<u>Frauen</u>		
	n	%	n	%	p
Zur psychiatrischen Co-Morbidität					
<u>vorausgehende ambulante psychiatrische/ psychologische Behandlung</u>					
ja	44	41,9	15	27,8	ns
nein / keine ausdrückliche Erwähnung	61	58,1	39	72,2	
<u>vorausgehende stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung</u>					
ja	31	29,5	13	24,1	ns
nein / keine ausdrückliche Erwähnung	74	70,5	41	75,9	
<u>psychiatrische Co-Morbidität (außer TS und DD, Alkohol/ Drogenabusus und Suizidalität)</u>					
ja	45	42,9	11	20,4	p<0,01 **
nein / keine Angabe	60	57,1	43	79,6	
Zur Partnerschaft und Sexualität					
<u>Cross-dressing in der Kindheit</u>					
ja	47	44,8	26	48,1	p<0,001 ***
nein	42	40,0	4	7,4	
keine Angabe	16	15,2	24	44,4	
<u>Cross-dressing in Pubertät u. später</u>					
ja	62	59,0	35	64,8	p<0,001 ***
nein	23	21,9	-	-	
keine Angabe	20	19,0	19	35,2	
<u>Cross-dressing aktuell</u>					
durchgehend „andere“ Rolle	18	17,1	17	31,5	p<0,01 **
regelmäßig	36	34,5	19	35,2	
sporadisch	21	20,0	1	1,9	
keine Angabe über die Häufigkeit	15	14,3	8	14,8	
kein cross-dressing	6	5,7	-	-	
keine Angabe	9	8,6	9	16,7	
<u>heterosexuelle Erfahrungen</u>					
ja	81	77,1	32	59,2	ns
davon mit Geschlechtsverkehr	60	74,1	20	62,5	
nein	20	19,0	17	31,5	
keine Angabe	4	3,8	5	9,3	

	<u>Männer</u>		<u>Frauen</u>		
	n	%	n	%	p
<u>längere heterosexuelle Partnerschaften</u>					
ja	64	61,0	14	25,9	p<0,001 ***
nein	34	32,4	32	59,3	
keine Angabe	7	6,7	8	14,8	
<u>homosexuelle Erfahrungen</u>					
ja	46	43,8	45	83,3	p<0,001 ***
nein	39	37,1	7	13,0	
keine Angabe	20	19,0	2	3,7	
<u>längere homosexuelle Partnerschaften</u>					
ja	25	23,8	39	72,2	p<0,001 ***
nein	56	53,3	8	14,8	
keine Angabe	24	22,9	7	13,0	
<u>Familienstand</u>					
ledig	54	51,4	49	90,7	p<0,001 ***
(ehemals) verheiratet	51	48,6	5	9,3	
davon verheiratet und zusammen	17	33,3	-	-	
verheiratet und getrennt	9	17,6	1	20,0	
geschieden	24	47,1	4	80,0	
verwitwet	1	1,9	-	-	
<u>Zahl der Eheschließungen</u>					
x = 0,54 (0-3)			x = 0,09 (0-1)		p<0,001 ***
0	54	51,4	49	90,7	
1	46	43,8	5	9,3	
>1	5	4,8	-	-	
<u>Zahl der leiblichen Kinder</u>					
x = 0,71 (0-4)			x = 0,13 (0-4)		p<0,001 ***
0	64	61,0	50	92,6	
1	18	17,1	3	5,6	
2 und 3	18	17,1	-	-	
4	4	3,8	1	1,9	
keine Angabe	1	0,01	-	-	
Zum Behandlungsverlauf					
<u>Anzahl der Konsultationen</u>					
	x = 11,9 (1-44)		x = 14,3 (1-34)		ns
<u>Dauer der (bisherigen) Behandlung (in Monaten)</u>					
	x = 17,7 (1-106)		x = 21,1 (1-71)		ns

	<u>Männer</u>		<u>Frauen</u>		
	n	%	n	%	p
<u>Behandlungsunterbrechungen von mehr als 6 Monaten</u>	25	23,8	9	16,7	ns
<u>körperliche Untersuchung erfolgt</u>					p<0,01 **
ja	60	57,1	44	81,5	
Auffälligkeiten	25	41,7	9	20,5	p<0,05 *
nein	45	42,9	10	18,5	
<u>Hormonanalyse erfolgt</u>					ns
ja	71	67,6	44	81,5	
Auffälligkeiten	13	18,3	6	13,6	
nein	34	32,4	10	18,5	
<u>EEG erfolgt</u>					p<0,05 *
ja	61	58,1	41	75,9	
Auffälligkeiten	3	4,9	6	14,6	
nein	44	41,9	13	24,1	
<u>Chromosomenanalyse erfolgt</u>					p<0,01 **
ja	47	44,8	36	66,7	
nein	58	55,2	18	33,3	
<u>Gegengeschlechtliche Hormontherapie</u>	n = 88		n = 51		p<0,05 *
(noch) nicht eingeleitet	52	59,1	18	35,3	
eingeleitet	32	36,4	31	60,8	
während der Behandlung	4	4,5	2	3,9	
ohne Absprache begonnen					
<u>Vornamensänderung</u>	n = 93		n = 52		p<0,05 *
eingeleitet	15	16,1	9	17,3	
erfolgt	16	17,2	18	34,6	
nicht eingeleitet (erfolgt)/	62	66,7	25	48,1	
keine Angabe					
<u>Personenstandsänderung</u>	n = 102				ns
eingeleitet	3	2,9	6	11,1	
erfolgt	2	2,0	1	1,9	
nicht eingeleitet (erfolgt)/	97	95,1	47	87,0	
keine Angabe					

4 Diskussion

In den folgenden Kapiteln werden die Methodik der Arbeit und die dargestellten Ergebnisse unter Einbeziehung der Daten aus der Literatur diskutiert.

4.1 Methodenkritik

Bevor die dargestellten Ergebnisse diskutiert werden, erfolgt eine Methodenkritik. Sie hat zum Ziel, die Interpretationsmöglichkeiten der erhobenen Daten zu beleuchten und kritisch abzuwägen und die Frage nach der Vergleichbarkeit zu anderen Studien zu klären.

4.1.1 Die Aussagekraft einer Querschnittsstudie

Die vorliegende Studie liefert eine Querschnittsuntersuchung aller Patienten, die die Transsexuellensprechstunde der Universitätspoliklinik für Psychiatrie in den ersten 10 Jahren seit ihrer Einrichtung aufgesucht hatten. Kennzeichnend für Querschnittsstudien ist ihr deskriptiver Charakter, eine Analyse von Zusammenhängen ist ausschließlich in der Retrospektion möglich. So leistet die vorliegende Untersuchung eine Beschreibung der Patientenklientel, durch zahlreiche Daten zur Vorgeschichte der Patienten sind retrospektiv gewisse Überlegungen zu Kausalzusammenhängen möglich, bleiben aber spekulativ.

4.1.2 Die Stichprobe

Die Sprechstunde an der Universitätspoliklinik für Psychiatrie wurde 1986 speziell für transsexuelle Patienten eingerichtet. Von den 162 Patienten, die diese Sprechstunde in den ersten 10 Jahren seit ihrer Einrichtung aufsuchten, wurden 159 in die Untersuchung mit einbezogen. Bei diesen war die Verdachtsdiagnose der Transsexualität in 123 Fällen (77,4 %) bereits beim Erstkontakt eindeutig, in 36 Fällen (22,6 %) aus verschiedenen Gründen zunächst unsicher, bestätigte sich jedoch im weiteren Verlauf.

Der Behandlungsstand der Patienten spielte für die Aufnahme in die vorliegende Untersuchung keine Rolle. Damit sollte eine möglichst große Stichprobenzahl gewonnen werden wie dies in bisher nur wenigen Studien in Deutschland gelungen ist. Andererseits führt dies zu einer teilweise eingeschränkten Vergleichbarkeit mit den Daten anderer Studien, die die transsexuelle Patientenklientel nach bestimmten Kriterien auswählen, z.B. lediglich Patienten in einem Behandlungsstadium kurz vor der sogenannten Geschlechtsumwandlung oder Patienten mit bereits erfolgter Personenstandsänderung.

4.1.3 Der Fragebogen

Die Untersuchung der Stichprobe erfolgte durch einen Fragebogen anhand der Krankenakten, die umfangreiche Aufzeichnungen bezüglich der Vergangenheit (insbesondere Kindheit und Pubertät) der Patienten enthielten sowie die aktuelle Lebenssituation, Untersuchungsbefunde, Inhalte der Konsultationen und den Stand der Behandlung dokumentierten. Da diese Daten in den Akten während früherer Konsultationen allerdings nicht immer nach einem standardisiertem Schema erfragt und zusammengestellt worden waren, fehlten mitunter Angabe zu bestimmten Fragen. Im Rahmen einer standardisierten Datenerfassung wurden daher Fragen mit einer großen Anzahl fehlender Angaben im Nachhinein aus dem Fragebogen gestrichen.

Insbesondere anhand schriftlicher Aufzeichnungen der Patienten, die in den Krankenakten wiederzufinden waren, werden Schicksalsläufe deutlich, deren Schwere sich sicherlich nicht in Angaben/Zahlen in einem Fragebogen pressen lassen. Die vorliegende Ar-

beit wird daher den Einzelschicksalen transsexueller Menschen nicht gerecht, sie kann in Bezug auf sogenannte „weiche“ Daten lediglich Tendenzen aufzeigen, erlaubt aber hinsichtlich sachlicher Daten wie Alter, Geschlecht, Vorbehandlung, Co-Morbidität, Behandlungsdauer, Art und Umfang der Therapie etc. genaue statistische Ergebnisse.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse diskutiert, die die Gesamtklientel betreffen. Eingeflochten in die Diskussion werden außerdem die Daten aus dem Vergleich von Mann-zu-Frau- und Frau-zu-Mann-Transsexuellen, insbesondere dann, wenn es sich um statistisch signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen handelt.

Umfangreiche und vergleichbare Daten finden sich vor allem in der Arbeit von Bronisch (1985), in der transsexuelle Patienten zum Zeitpunkt der Diagnosestellung hinsichtlich verschiedener Bereiche (allgemeine Daten, sozioökonomischer Bereich, sozialer Bereich, psychischer Bereich, sexueller Bereich) untersucht wurden, wobei hier eine deutlich kleinere Stichprobenzahl ($n = 64$) verwendet wurde. Eine sowohl von Umfang und Inhalt der vorliegenden Untersuchung sehr ähnliche Studie existiert von Landen et al. (1998), eine größere Stichprobenzahl ($n = 764$) umfasst die Arbeit von Dixen et al. (1984) zur Untersuchung psychosozialer Merkmale transsexueller Patienten. Die beiden letztgenannten Arbeiten liefern vor allem umfangreiches Datenmaterial zum Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Transsexuellen.

4.2.1. Allgemeine Daten

Biologisches Geschlecht:

Benjamin (Benjamin 1966) beschrieb ursprünglich in seiner Monographie ein Geschlechterverhältnis zwischen männlichen und weiblichen Transsexuellen von 8:1.

Auch die nachfolgenden Untersuchungen zur Prävalenz und Inzidenz des Transsexualismus in verschiedenen Ländern belegten ein (z.T. deutliches) Überwiegen des männlichen Geschlechts, z.B. Schweden mit 2,8:1 (Walinder 1968), USA mit 4:1 (Pauly 1968), England und Wales mit 3,2:1 (Hoenig und Kenna 1974), Australien mit 6,1:1 (Ross et al. 1981), Singapur mit 3:1 (Tsoi 1988), Niederlande mit 3:1 (Eklund et al. 1988), Polen mit 5,5:1 (Godlewski 1988).

In neueren Studien aus den Neunziger Jahren besteht zwar weiterhin eine größere Häufigkeit des Mann-zu-Frau-Transsexualismus, allerdings scheint das Übergewicht der Mann-zu-Frau-Transsexuellen abzunehmen. Dies zeigen Untersuchungen aus den Niederlanden von Gooren et al.(1992), Bakker et al. (1993) und van Kesteren et al. (1996) mit einem Verhältnis von männlich zu weiblich von 2,3:1 bis 3:1. Eine ähnliche Geschlechtsrelation von 2,3:1 zugunsten der Männer wird in der Arbeit von Weitze und Osburg (1996) angegeben. Hier handelt es sich um eine Untersuchung aller transsexuellen Menschen, die in den Jahren von 1981 bis 1990 in Deutschland (ehemalige BRD) eine Vornamens- bzw. eine Personenstandsänderung gerichtlich haben vornehmen lassen. Sigusch (1994) beschreibt bei seinem eigenen Patientenkollektiv eine Geschlechts-Ratio von 1,4 (Männer):1 (Frauen) im Durchschnitt der Jahre 1975 bis 1990. In einer größeren Studie (n=1785), in die auch die Daten der vorliegenden Untersuchung mit eingeflossen sind, berichten Garrels et al. (2000) für die vier größten Behandlungszentren für transsexuelle Patienten in Deutschland über eine Geschlechtsratio von 2:1 über die Jahre 1970 bis 1994. Von 1995 bis 1998 dagegen betrug die Relation 1,2 (Männer): 1 (Frauen). Übereinstimmend hiermit konnten auch Landen et al. (1996) für Schweden zeigen, dass das Geschlechterverhältnis bezüglich der Inzidenz des Transsexualismus in den letzten Jahren sich deutlich annäherte und zuletzt sogar konstant bei fast 1:1 läge.

Die in den früheren Jahren (insbesondere Siebziger und Achtziger Jahre) höhere Rate von Mann-zu-Frau-Transsexualismus zu Frau-zu-Mann-Transsexualismus von in der Regel >3:1 mag insbesondere dadurch bedingt sein, dass zum damaligen Zeitpunkt noch diagnostische Unklarheiten bzw. Unschärfen bezüglich des Transsexualismus bestanden, so dass auch effeminierte Homosexuelle, Transvestiten und weitere diagnostisch unklare Fälle mit in die Gruppe der männlichen Transsexuellen einbezogen wurden.

Nach Meinung von Garrels et al. (2000) könnte die in den Jahren 1995-1998 annähernd gleich große Inzidenz zwischen Mann-zu-Frau- und Frau-zu-Mann-Transsexualismus aufgrund eines früheren Überhanges von Mann-zu-Frau-Transsexuellen entstanden sein. Unklar bleibt allerdings, warum dieser Überhang nicht schon früher reduziert wurde. Als Hauptargument für die sich (scheinbar) ändernde Inzidenz bezüglich der Geschlechterrelation führen Garrels et al. (2000) einen künstlichen Faktor an: In den letzten Jahren entstehe unter den transsexuellen Patienten eine kritische Diskussion über die Behandlungsmethoden an den Zentren in Deutschland, die dazu führe, dass einige Patienten aufgrund anderer Vorstellungen eine dortige Behandlung ablehnen, und dies seien insbesondere Mann-Zu-Frau-Transsexuelle.

Wie bereits erwähnt ist das Ergebnis der vorliegenden Arbeit mit einer Geschlechterrelation von 1,9:1 zwischen Männern und Frauen mit den Daten anderer Untersuchungen vergleichbar. Damit ist die Patientenpopulation der Transsexuellen-Sprechstunde bezüglich der Geschlechtsverteilung repräsentativ für die in der Literatur beschriebenen Populationen.

Alter:

Das Durchschnittsalter der Patienten betrug beim Erstkontakt 30,9 Jahre. Mehr als 50 % aller Patienten waren 30 Jahre und jünger. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Daten der Untersuchung Transsexueller zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bei Bronisch (1985), die ein Durchschnittsalter von 30,4 Jahren beschrieb. Auch in den Studien von Walinder (1968), Pauly (1968) und Hoenig und Kenna (1974) lag das Alter im Durchschnitt bei 30 Jahren. Tsoi (1988; 1990) dagegen berichtet für Singapur über ein mittleres Alter von 25,1 Jahren bzw. 24,3 Jahren. Das Durchschnittsalter aller Bewerber für eine Vornamens- bzw. Personenstandsänderung bis 1990 in Deutschland lag bei 33 Jahren (Weitze und Osburg, 1996), dies erklärt sich durch die Vorbehandlung der Bewerber, da eine entsprechende Begutachtung zur juristischen Anerkennung des Geschlechtswechsels nach dem TSG bereits erfolgen musste. Es handelt sich daher nicht – wie in den vorgenannten Studien – um Untersuchungen transsexueller Menschen bei der Diagnosestellung.

Gooren et al. (1993) berichten in ihren epidemiologischen Untersuchungen über ein Durchschnittsalter von 25 bis 30 Jahren für Mann-zu-Frau-Transsexuelle, Frau-zu-Mann-Transsexuelle waren rund 5 Jahre jünger. Aufgeteilt nach dem Geschlecht betrug in der vorliegenden Untersuchung das mittlere Alter für Männer 33,8 Jahre (17-59), die Frauen waren mit einem Alter von durchschnittlich 25,1 (17-39) Jahren rund 8 Jahre jünger. Auch andere Autoren beobachten in ihrem Patientenkontext ein deutlich jüngeres Durchschnittsalter der Frau-zu-Mann-Transsexuellen im Vergleich zur Gruppe der Mann-zu-Frau-Transsexuellen: De Cuypere et al. (1995), Dixen et al. (1984), Landen et al. (1998), van Kesteren et al. (1996), Verschoor und Poortinga (1988), Weitze und Osburg (1996). Gründe hierfür liegen in den auch in der Literatur mehrfach beschriebenen Unterschieden zwischen beiden Gruppen. Bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen scheint das transsexuelle Empfinden deutlich früher aufzutreten als in der Vergleichsgruppe, sie begeben sich daher auch eher in Behandlung. Wie den Ausführungen der nächsten Abschnitte zu entnehmen sein wird, erscheinen die biologisch weiblichen Transsexuellen im Vergleich zu den männlichen Patienten als deutlich homogenere Gruppe bezüglich der Daten gegengeschlechtlicher Verhaltensweisen, der Partnerschaften und Sexualität, der Co-Morbidität etc. Auffällig ist in der vorliegenden Untersuchung, dass alle Patienten mit einem Alter über 40 Jahren (bis 59 Jahre) Mann-zu-Frau-Transsexuelle waren. Generell ist sicherlich ein Wechsel vom Mann zur Frau in unserer Gesellschaft schwieriger als umgekehrt, die soziale Integration ist hier deutlich erschwert. Vermutlich entsteht dadurch vorübergehend zur Unterdrückung des transsexuellen Empfindens die „Flucht in die Ehe“, um den gesellschaftlichen Konventionen zu genügen. Bei der Vorstellung in einer Spezialsprechstunde für Transsexuelle verfügen die Mann-zu-Frau-Transsexuellen daher über ein höheres Alter.

4.2.2 Zum Erstkontakt

Kleidung und Gesamteindruck:

Gut 50 % aller Patienten waren beim Erstkontakt gegengeschlechtlich gekleidet, einen dem biologischen Geschlecht entgegengesetzten Gesamteindruck machten ebenfalls

knapp 50 % (48,4 %) der Patienten. Der Gesamteindruck eines Menschen bezüglich seines Geschlechts hängt zum einen sicherlich von der Kleidung ab, eine große Rolle spielt jedoch außerdem die Statur, das Verhalten mit Gestik und Mimik, nicht zuletzt auch die Stimmlage. Die Tatsache, dass bereits fast die Hälfte aller Patienten ihrer subjektiv empfundenen Geschlechtsidentität entsprechend - damit konträr zu ihren biologischen Geschlechtsmerkmalen - wirkt, lässt darauf schließen, dass die Transsexualität bei ihnen nicht nur ein vorübergehender Effekt zu sein scheint, sondern bereits „nach außen“ gelebt wird. Mögliche Diskriminierungen durch die Umwelt werden in Kauf genommen. Berücksichtigt werden muss hier allerdings die bei einigen Patienten bereits erfolgte Vorbehandlung: 21,4 % der Patienten waren mit Hormonen vorbehandelt, des weiteren lag in einigen wenigen Fällen eine Vornamensänderung, eine geschlechtsangleichende Operation sowie eine Personenstandsänderung vor, allesamt Behandlungen, die im Vorliegen einer Transsexualität den Patienten deutlich entlasten und seine Persönlichkeit stärken, damit sicherlich auch das äußere Erscheinungsbild beeinflussen.

Signifikante Unterschiede ($p < 0,001$) hinsichtlich Kleidung und Gesamteindruck zeigten sich allerdings zwischen Mann-zu-Frau- und Frau-zu-Mann-Transsexuellen. Während beim Erstkontakt mehr als die Hälfte der biologisch weiblichen Patienten eindeutig gegengeschlechtlich und insgesamt 85 % eindeutig bzw. eher gegengeschlechtlich gekleidet waren, zeigten sich die männlichen Patienten in gut einem Drittel der Fälle in eindeutig bzw. eher gegengeschlechtlicher Kleidung, ein weiteres Drittel war eindeutig gleichgeschlechtlich gekleidet. Dementsprechend lag bei mehr als 80 % der Frauen ein eindeutig bzw. eher gegengeschlechtlicher Gesamteindruck vor, bei den Männern dagegen lediglich in knapp einem Drittel der Fälle, obwohl letztere (z.T. signifikant) häufiger mit gegengeschlechtlichen Hormonen vorbehandelt waren bzw. eine Vornamensänderung, geschlechtsangleichende Operation sowie eine Personenstandsänderung erfolgt war.

In diesen Daten spiegelt sich zum einen sicherlich die Heterogenität des Mann-zu-Frau-Transsexualismus wieder, auf der anderen Seite muss den Mann-zu-Frau-Transsexuellen zugestanden werden, dass es sich sicherlich schwieriger gestaltet, als Mann eine Frauenrolle einzunehmen als umgekehrt. Während Männermode teilweise von beiden Geschlechtern getragen werden kann (sog. unisex) wirkt Damenmode in der

Regel eindeutig weiblich, was dann im Gegensatz zur sonstigen äußeren eher männlichen Erscheinung (Körpergröße, große Hände, Bartwuchs, betonter Adamsapfel) sonderbar wirken und möglicherweise Anlass zur Diskriminierung geben kann. In diesem Kontext sind auch die Angaben zum aktuellen Cross-dressing in Kapitel 4.2.7 zu sehen. Übereinstimmend mit den genannten Ergebnissen berichtet auch Bronisch (1985) von einem eklatanten Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Transsexuellen bezüglich ihrer Wirkung in der gewünschten Rolle auf den Untersucher: Lediglich 19 % der Mann-zu-Frau-Transsexuellen wirkte gut angepasst, bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen waren dies 72 %.

Verdachtsdiagnose:

In 77,4 % der Fälle war die Verdachtsdiagnose der Transsexualität beim Erstkontakt eindeutig, d.h. die diagnostischen Kriterien des Transsexualismus nach ICD-10 wurden erfüllt (siehe Kap.1.1.1). Dieses Ergebnis deckt sich mit den Untersuchungen von Burns et al (1990), der aus seinem Klientel bei 73 % der Patienten die Diagnose eines Transsexualismus stellen konnte.

Umgekehrt war in der vorliegenden Analyse die Diagnose bei 22,6 % der Patienten unsicher. Diese Zahl erscheint im Kontext einer Spezialambulanz für transsexuelle Patienten relativ hoch, zumal es sich in der Regel um Überweisungen von Hausärzten oder Fachärzten handelt, bei denen die Patienten aufgrund ihrer Geschlechtsidentitätsstörung vorstellig waren. Vor der Überweisung in die Spezialsprechstunde müssen sich damit einige Verdachtsmomente für eine Transsexualität ergeben haben. Zu erklären wäre der relativ hohe Anteil der nicht eindeutigen Verdachtsdiagnose beim Erstkontakt insbesondere mit der diagnostischen Unsicherheit der Transsexualität mit häufig schwieriger Abgrenzung zu anderen Geschlechtsidentitätsstörungen oder anderen psychiatrischen Erkrankungen, im Rahmen derer es zu Störungen der Geschlechtsidentität kommen kann. Letzteres spiegelt sich darin wieder, dass bei den Patienten mit nicht eindeutiger Verdachtsdiagnose einer Transsexualität in mehr als 50 Prozent (58,3 %) der Fälle eine psychiatrische Co-Morbidität (abgesehen von Alkohol- und Drogenabusus sowie Suizidalität) vorlag, im Gegensatz zu 28,5 % bei den Patienten mit eindeutiger Verdachtsdiagnose; dieses Ergebnis ist signifikant ($p = 0,001$).

Bei drei Patienten mit zunächst unsicherer Diagnose beim Erstkontakt wurde im weiteren Behandlungsverlauf nach Bestätigung der Diagnose der Transsexualität eine gegengeschlechtliche Hormonbehandlung eingeleitet - dies aufgrund der anfänglichen Unsicherheit der Diagnose allerdings deutlich später als in der Vergleichsgruppe ($p < 0,01$) - und eine Vornamensänderung vorgenommen.

Signifikante Unterschiede ($p < 0,01$) in Bezug auf die Eindeutigkeit der Verdachtsdiagnose Transsexualität ergaben sich im Geschlechtervergleich. Bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen war die Verdachtsdiagnose beim Erstkontakt in rund 70 % der Fälle eindeutig, bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen dagegen in rund 90 %. Erneut könnte hier als Erklärung die Homogenität der biologisch weiblichen Transsexuellen angeführt werden mit Blick auf Alter, psychosexuelle Anamnese, Vorbehandlung, Co-Morbidität, aktuelle Situation und Gesamteindruck, deren Inhalte in differentialdiagnostischen Überlegungen allesamt Gründe für die Annahme der Eindeutigkeit der Verdachtsdiagnose Transsexualität darstellen. Der höhere Prozentsatz eindeutiger Verdachtsdiagnosen bei den transsexuellen Patientinnen führte auch im Behandlungsverlauf signifikant häufiger zur Einleitung einer gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung, Vornamens- und Personenstandsänderung (s. Kapitel 4.2.8).

Kontakt zur Sprechstunde:

Lediglich 50,8 % aller Patienten nahmen über einen Arzt den Kontakt zur Sprechstunde auf, in rund 62 % der Fälle war dies ein Psychiater, Psychologe oder Neurologe und in knapp 25 % ein Gynäkologe, Urologe, Androloge oder Endokrinologe. Über den Hausarzt als Arzt wurden 14,8 % der Patienten überwiesen. Diese Ergebnisse überraschen nicht, sondern zeigen insbesondere, wie viele Fachbereiche mit dem Thema bzw. dem Patientengut der transsexuellen Menschen befasst sind, und betonen die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit, um eine adäquate Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Auffällig ist jedoch auch, dass ein nicht unerheblicher Patientenanteil ohne vorherigen Arztkontakt die Sprechstunde aufsuchte.

4.2.3 Zur Vorbehandlung

Ambulante Kontakte im Zusammenhang mit der Transsexualität

Mehr als die Hälfte aller Patienten war allein aufgrund der Transsexualität bereits bei einem Psychiater, Psychologen oder Neurologen vorstellig gewesen. Diese Daten decken sich weitgehend mit den Angaben zur Frage über die Kontaktaufnahme mit der Sprechstunde. Auffällig ist, dass lediglich 5 % der Patienten ihren Hausarzt wegen der transsexuellen Symptomatik aufsuchten. Der Trend zur umgehenden Facharztvorstellung - hier insbesondere beim Psychiater - zeigt das Bewusstsein vieler transsexueller Menschen, an einem sehr speziellen Problem zu leiden, das wiederum auch eine sehr spezielle Behandlung erfordert.

Hormonelle Vorbehandlung:

Insgesamt wurden 7 Patienten in der Vergangenheit mit gleichgeschlechtlichen Hormonpräparaten behandelt. Hier war die Geschlechterrelation ausgeglichen. Die Indikation für eine Hormonbehandlung scheint den angegebenen Erkrankungen (Oligospermie, primäre Amenorrhoe, Zyklusstörungen) zufolge gerechtfertigt, sicherlich ist auch das Auftreten derartiger Störungen im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt nicht unbedingt erhöht. Unklar bleibt allerdings, ob die Patienten im Rahmen der ärztlichen Vorstellung ihr transsexuelles Empfinden äußerten und die Hormonbehandlung womöglich als ein Therapieversuch gegen dieses Empfinden veranlasst wurde.

Gut ein Fünftel der Patienten (21,4 %) war zum Zeitpunkt der Erstvorstellung mit einem gegengeschlechtlichen Hormonpräparat vorbehandelt, davon über 80 % noch aktuell. Die Dauer der Vorbehandlung lag durchschnittlich bei $3\frac{3}{4}$ Jahren.

25 % der mit Hormonen behandelten Patienten beschafften sich die Präparate auf dem Schwarzmarkt, d.h. ohne eine ärztliche Verordnung. Diese Zahl ist erschreckend hoch, spiegelt aber die Verzweiflung vieler Patienten wieder. Unter der Hormonbehandlung erfahren Transsexuelle eine große Erleichterung, da ihr äußeres Erscheinungsbild ihrer subjektiv empfundenen Geschlechtsidentität angeglichen wird. Damit werden viele Patienten innerlich ausgeglichener.

Signifikante Unterschiede ($p < 0,01$) bezüglich einer Vorbehandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen ergaben sich im Geschlechtervergleich: Während lediglich 5,6 % der (biologischen) Frauen vorbehandelt waren, nahmen fast 30 % der Männer Hormone. Eine Erklärung hierfür ist, dass es für Frauen auch ohne eine Hormonbehandlung allgemein leichter ist, eine Männerrolle einzunehmen als umgekehrt. Männer brauchen Brüste, um sich wie eine Frau zu fühlen, dies kann lediglich mit einer Hormonbehandlung geschaffen werden, so dass hier ein größerer Druck besteht.

Übereinstimmend mit den Ergebnissen von Banaski (1996) erfolgte in den Fällen einer ärztlichen Verordnung der Hormonbehandlung dies in der Regel auf Veranlassung des Hausarztes (25 %) oder Gynäkologen (29,2 %), eine Abstimmung mit einem Psychiater lag in lediglich 20,8 % der Fälle vor. Auch diese Zahlen erschrecken, wünscht man sich doch eine interdisziplinäre Behandlung der Patienten. Die Überwachung einer Hormontherapie sollte wegen möglicher schwerer Nebenwirkungen regelmäßig nur in Kooperation mit einem Gynäkologen oder Urologen bzw. Endokrinologen erfolgen.

Vornamens- und Personenstandsänderungen:

Eine Vornamensänderung war bei rund 10 % ($n = 16$) der Patienten beim Erstkontakt bereits erfolgt oder beantragt, bei den Patienten mit erfolgter Vornamensänderung war zu 77,9 % (7 von 9) bereits eine geschlechtsangleichende Operation durchgeführt worden, davon erneut in 42,8 % der Fälle (3 von 7) eine Personenstandsänderung. Die derartig vorbehandelten Patienten kamen mit unterschiedlichen Motivationen in die Sprechstunde. Zum einen wurde eine weitere psychotherapeutische Behandlung gewünscht mit dem Ziel einer Operation bzw. im weiteren auch einer Personenstandsänderung, so dass die Behandlung auch das Einholen eines Gutachtens beinhaltete. Andere Patienten waren mit der bereits erfolgten Vornamensänderung zunächst zufrieden, fühlten sich dadurch deutlich entlastet und wünschten eine psychotherapeutische Behandlung sowie insbesondere Beratung und Hilfestellung bei sozialen Problemen. Letztere Daten zeigen, dass mit einer juristischen Anerkennung eines neuen Vornamens bzw. eines Personenstandes oder nach einer erfolgten Operation die Behandlung transsexueller Patienten durchaus noch nicht abgeschlossen ist.

Im Vergleich zwischen Mann-zu-Frau- und Frau-zu-Mann-Transsexuellen ergaben sich hier keine statistisch signifikanten Unterschiede.

4.2.4 Zur sozialen Situation und Ausbildung

Zusammenleben und Beruf:

Erwartungsgemäß lebte der Großteil der Patienten alleine bzw. in Wohngemeinschaften oder noch im Elternhaus. Immerhin gaben jedoch 22 % der Patienten ein Zusammenleben mit einem Partner an, dies erscheint zunächst - unter Berücksichtigung der transsexuellen Problematik - recht hoch, in der Arbeit von Bronisch (1985) wird jedoch ein exakt gleicher Anteil beschrieben.

Wie auch die vorliegenden Ergebnisse zeigen, ergaben sich hier deutliche Unterschiede zwischen Mann-zu-Frau- und Frau-zu-Mann-Transsexuellen. Während die (biologisch) männlichen Patienten etwas häufiger alleine (41,0 % versus 35,2 %) oder mit einem Partner (24,8 % versus 16,7 %) lebten, wohnten im Vergleich dazu die weiblichen Patienten häufiger bei ihren Eltern (20,4 % versus 17,1 %) oder in einer Wohngemeinschaft (11,1 % versus 1,9 %). Letzteres ist sicherlich mitbedingt durch das niedrigere Durchschnittsalter der Frau-zu-Mann-Transsexuellen. Weitere Ausführungen hinsichtlich der Partnerschaften transsexueller Patienten siehe Kapitel 4.2.7.

Rund 25 % der Patienten waren zum Zeitpunkt des Erstkontaktes arbeitslos. Diese Zahl liegt deutlich über der allgemeinen Arbeitslosenquote und spiegelt vermutlich das Ausmaß an Schwierigkeiten, denen transsexuelle Menschen im Alltag und insbesondere im Arbeitsalltag ausgeliefert sind, wider. Die Arbeitslosigkeit führt zur weiteren Isolation.

Information der Bezugspersonen:

Die Tatsache, dass lediglich zwei Drittel der Patienten die Hauptbezugspersonen über die transsexuelle Symptomatik informiert hatte, belegt, dass doch ein nicht unerheblicher Anteil transsexueller Menschen mit ihrem Identitätskonflikt allein ist und das transsexuelle Erleben im öffentlichen Leben unterdrückt. Hier bleibt zu hoffen, dass angesichts zunehmender Offenheit Bekenntnisse für die Betroffenen in Zukunft erleichtert und damit die Isolation transsexueller Menschen geöffnet werden.

Die ursprünglich im Fragebogen enthaltenen Items zur Information des Bekanntenkreises und der Arbeitskollegen konnten wegen mangelnder Angaben nicht ausgewertet werden. In der Arbeit von Bronisch (1985) hatten 22 % der transsexuellen Patienten die Arbeitskollegen über ihre Transsexualität informiert.

Schulbildung, Berufsausbildung, Studium:

Knapp 10 % der Patienten besaß keine abgeschlossene Schulbildung, dies ist sicherlich ein im Bevölkerungsdurchschnitt sehr hoher Anteil; von den Patienten mit einer Schulbildung absolvierten über die Hälfte (52,6 %) den Hauptschul-, gut ein Drittel (34,8 %) den Realschulabschluss, nur 11,1 % erreichten das Abitur. Über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügten lediglich 60,7 % der Patienten, hier mag die transsexuelle Problematik entscheidend sein für die Ausbildungsabbrüche bzw. eine fehlende Berufsausbildung. Auch die Anzahl der Studienabbrecher lag mit einer Quote von knapp 30 % aller studierenden Transsexuellen hoch. Im Vergleich zu den biologisch männlichen Patienten nahmen die Frau-zu-Mann-Transsexuellen seltener (9,6 % versus 18,7 %) ein Studium auf.

Es stellt sich die Frage, aus welchen sozialen Schichten die transsexuellen Patienten stammen. Hierzu existieren zahlreiche Untersuchungen, die in der Regel eine Angehörigkeit zu eher niederen sozialen Schichten beschreiben (Sörensen 1981, Hoenig et al. 1970, Stürup 1976, Wyler et al. 1979, Meyer und Reter 1979). Das Patientengut bei Bronisch (1985) setzte sich dagegen vornehmlich aus Mittelschichtpatienten zusammen, in der Regel mit Hauptschulabschluss (61 %), abgeschlossener Berufsausbildung (60 %) und Berufstätigkeit im Angestelltenverhältnis (42 %). Zu berücksichtigen bleibt, dass

viele Patienten allemal aufgrund ihrer Transsexualität mit nachfolgend fehlender Berufsausbildung in niedrigere soziale Schichten „abdriften“.

4.2.5 Zur psychosozialen Entwicklung

Prä- und perinatale Komplikationen:

Die angegebenen Komplikationen sind abgesehen von einer Frühgeburt, wobei hier die Wochenangabe fehlt, und der Hypoxie mit Verdacht auf eine perinatale Hirnschädigung nicht schwerwiegend und entsprechen dem Bevölkerungsdurchschnitt. Über Zusammenhänge zwischen Transsexualität und möglichen prä- bzw. perinatal schädigenden Einflüssen kann hier keinerlei Aussage gemacht werden.

Zahl der Geschwister:

Die Anzahl der Geschwister transsexueller Patienten lag mit einem Mittelwert von 2,5 Geschwistern insgesamt etwas über dem Bevölkerungsdurchschnitt; rund ein Viertel der Patienten besaß vier und mehr Geschwister. Stürup (1976) beschrieb für seine Gruppe transsexueller Patienten, dass diese aus kinderreichen und armen Familien stammten. Dixen et al. (1984) berichten in ihrer Untersuchung von im Durchschnitt 2,7 Geschwistern für die Frau-zu-Mann-Transsexuellen und 3,2 Geschwister für die Mann-zu-Frau-Transsexuellen. Zusammengefasst scheint die Größe der Familie, aus der die transsexuellen Patienten stammen, nicht wesentlich von derjenigen im Bevölkerungsdurchschnitt abzuweichen.

Entwicklung und Betreuung in der Kindheit und Jugend:

76,1 % der transsexuellen Patienten wurden ehelich geboren, insgesamt wuchsen rund 85 % bei ihren Eltern (oder einem alleinerziehenden Elternteil) auf. Längere Abwesenheiten eines Elternteils lagen in knapp einem Fünftel (17,9 %) der Fälle vor mit einem deutlichem Überwiegen der Abwesenheit des Vaters (92,6 %), was wahrscheinlich

durch berufliche Gründe bedingt war. 22,9 % der elterlichen Ehen wurden geschieden, davon in mehr als der Hälfte der Fälle noch vor der Einschulung, ein weiteres Viertel zwischen Einschulung und 16. Lebensjahr. Allein aufgrund dieser Daten über die sicherlich groben Parameter der familiären Situation lässt sich kaum eine besondere Gefährdung Transsexueller in Bezug auf ihre psychosoziale Entwicklung ableiten. Zu diesem Ergebnis kommen auch Dixen et al. (1984) aufgrund ihrer Untersuchungen. Auch Eicher (1992, S. 46 ff) stellt bei seinen Patienten zwar häufig eine Störung der Familienstruktur fest, betont jedoch, dass ein nicht übersehbarer Anteil von Trans-sexuellen auch in stabilen Familien aufgewachsen ist, „in denen ein harmonisches Verhältnis herrschte und in denen gute Beziehungen sowohl zur Mutter als auch zum Vater bestanden.“ Bis dato gebe es seiner Meinung nach keine überzeugende Erklärung für die Psychogenese des Transsexualismus. Weitere Ausführungen zu psychogenetischen Erklärungsmodellen finden sich in Kapitel 1.3.

Auffällig ist, dass etwas mehr als 10 % (11,3 %) der Patienten während ihrer Kindheit und Jugend phasenweise in einem Heim untergebracht waren. In der Arbeit von Dixen et al. (1984) wird dagegen lediglich über 0,6 % Mann-zu-Frau-Transsexuelle berichtet, die in einem Waisenhaus aufwuchsen. Bei Bronisch (1985) waren dies 3 % aller Patienten. In Abhängigkeit vom Alter mag die Unterbringung in einem Heim zu einer größeren Gefährdung bezüglich der Persönlichkeitsentwicklung, insbesondere der Identitätsfindung führen. Über eine höhere Rate von Identitätsstörungen und hier vor allem Geschlechtsidentitätsstörungen bei sogenannten Heimkindern liegen in der Literatur bisher keine Daten vor, so dass Zusammenhänge nur spekulativ bleiben.

Leider waren aus den Krankenakten nur sehr selten Angaben zum Erziehungsstil der Eltern bzw. darüber zu finden, ob die Eltern sich bei der Geburt des Patienten ein bestimmtes Geschlecht gewünscht hatten und den Sohn bzw. die Tochter gemäß dem Wunschgeschlecht erzogen hatten. Dies wären sicherlich interessante Daten gewesen, leider konnten darüber jedoch keine Angaben gemacht werden.

Missbrauch und Misshandlung:

Rund 10 % der Patienten wurden in ihrer Vergangenheit sexuell missbraucht, eine körperliche Misshandlung erfuhren ca. 7 %. Diese Zahlen sind hoch, besonders der sexuel-

le Missbrauch führt in nahezu allen Fällen zu psychischen Problemen, hier wäre ein Zusammenhang mit der Entwicklung einer Identitätsstörung ohne weiteres denkbar.

Ein signifikanter Unterschied ($p < 0,05$) ergab sich beim Vergleich zwischen Männern und Frauen: Frau-zu-Mann-Transsexuelle berichteten in 16,7 % von sexuellem Missbrauch, Mann-zu-Frau-Transsexuelle in 6,7 %.

4.2.6 Zur psychiatrischen Co-Morbidität

Über die psychopathologische Charakterisierung von Transsexuellen, mögliche Persönlichkeitsstörungen bis hin zur psychiatrischen Co-Morbidität gibt es in der Literatur zahlreiche Darstellungen. Auf der einen Seite finden sich viele Autoren, die die durchschnittliche Normalität transsexueller Menschen betonen (z.B. Benjamin 1966, Green und Money 1969). Schorsch (1974, S.195) schreibt: „Von den extrem seltenen Fällen abgesehen, bei denen die Transsexualität Symptom einer Geistes- oder Gehirnerkrankheit ist, findet sich eine Transsexualität bei meist psychisch nicht gestörten, im Durchschnitt gut intelligenten Persönlichkeiten.“ Beobachtbare psychopathologische Erscheinungen bewertet er als reaktive „Beeinträchtigungen“: „Wenn sich jedoch im Laufe der Entwicklung besonders bei männlichen Transsexuellen in zunehmendem Maße psychische Beeinträchtigungen finden, dann sind sie meist Folge des starken sozialen Drucks und der dadurch bedingten Konflikte, denen eine Minorität ausgesetzt ist.“ (Schorsch 1974, S. 195). Pfäfflin (1993, S. 98) konnte zeigen, dass „Transsexuelle Patienten kein spezifisches psychopathologisches Merkmalsprofil“ besitzen. „Die Merkmalsprofile der unbehandelten Patienten hatten zwar deutlich mehr Ähnlichkeit mit solchen psychiatrischer und psychoneurotischer Patienten, jedoch kein spezifisches Muster.“ Er führt die Diskrepanz zwischen der in der klinischen Literatur teilweise besonders akzentuierten Psychopathologie transsexueller Patienten und der weitgehenden Normalität von deren Selbstdarstellungen nach Abschluss der Behandlung mit hoher Wahrscheinlichkeit darauf zurück, „dass Kliniker einzelne besonders markante psychopathologische Verläufe auf die Gesamtgruppe von TS-Patienten projizieren.“ (Pfäfflin 1993, S.98). Cole und Mitarbeiter (1997) kommen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass Transsexualität in der Regel eine isolierte Diagnose darstellt, die nicht Teil oder ko-

existent ist mit einer anderen psychiatrischen Erkrankung wie z.B. der Schizophrenie oder Depression.

Küchenhoff (1988) berichtet über eine Kasuistik eines Patienten mit transsexueller Symptomatik, die er zum Ausgangspunkt über die Diskussion des „Transsexualismus“ als diagnostische Entität nimmt. Bei seinem Patienten erwies sich der Transsexualismus „als Symptom einer narzisstischen und Borderline-Persönlichkeitsstörung“ (Küchenhoff, 1988, S. 734). Er betont daher die Notwendigkeit, die gestörte Geschlechtsidentität nicht isolierend neben anderen Auffälligkeiten aufzulisten, sondern möglichen Zusammenhängen nachzugehen und beschreibt den „Transsexualismus, der selbst ein Syndrom ist, als Symptom einer Persönlichkeitsstörung“. Eine ähnliche Sichtweise vertritt auch Langer (1985), der Transsexualität nicht als Krankheitseinheit betrachtet, „sondern als ein randunscharfes Syndrom, genauer als gemeinsame Endstrecke verschiedener Verfassungen und Verläufe mit dem gemeinsamen Kern gestörter, konflikthafter Geschlechtsidentität“ (Langer 1985, S. 67).

Langer sieht die Beziehungen zwischen Persönlichkeitsstörung und transsexuellem Wunsch sehr eng: „Der transsexuelle Wunsch und seine Erfüllung von außen und durch andere ist oft als Versuch zu sehen, eine brüchige Persönlichkeit zu stabilisieren.“ (Langer 1985, S. 73). Die Seele sei oft viel kränker als der Körper falsch. Als Ausgangsbasis für den Weg in die Transsexualität beschreibt Langer bestimmte Persönlichkeitsstörungen mit mangelhafter Ich-Integration, vor allem Borderline-Strukturen. Aus eigenen Eindrücken beschreibt Langer bei einem Großteil seiner Patienten sogenannte primitive Abwehrmechanismen, außerdem starke Stimmungsschwankungen, Depressionen, Isoliertheit, Einsamkeit, Beziehungsunfähigkeit, narzisstische Tendenzen in Bezug auf Partnerbeziehungen. Lediglich 10 % seiner Patienten bezeichnet er als „halbwegs integrierte Persönlichkeiten“ (Langer 1985, S. 72). In der Untersuchung von Person und Ovesey (1974) hatten alle 20 interviewten männlichen Patienten Borderline-Persönlichkeitsstrukturen. In der Analyse von Levine (1980) zeigten 78 % Persönlichkeitsstörungen, die meisten waren schizoid und hatten eine Borderline-Struktur, auch narzisstische, passiv-abhängige, paranoide und zwanghafte Strukturen waren häufig. Vor diesem Hintergrund sind auch die Ergebnisse aus der vorliegenden Arbeit zu interpretieren. Hier lag die psychiatrische Co-Morbidität bei rund 35 %, es überwogen deut-

lich die neurotischen Störungen, die Persönlichkeitsstörungen insbesondere vom Borderline-Typ und die Verhaltensstörungen. Von den 10 Patienten mit einer Psychose (6 %) handelte es sich in der Hälfte der Fälle um eine schizophrene Form. Bei drei dieser Patienten ergaben sich während des Behandlungsverlaufes Unsicherheiten bezüglich der Diagnose Transsexualität. Diese war allerdings nicht akut im Rahmen einer psychotischen Episode aufgetreten. Hier ist es mitunter sehr schwierig zu differenzieren, ob gegengeschlechtliches Verhalten und gegengeschlechtliche Identifikation Teil eines lang andauernden und persistierenden Prozesses sind wie beim Transsexualismus oder nur eine akute Manifestation einer schizophrenen Psychose (vgl. Eicher 1992). In Lothsteins (1979) Analyse von Patienten mit dem Wunsch nach Geschlechtsumwandlung wiesen 18 % das klinische Bild einer Psychose auf. Wie bereits oben erwähnt untersuchte Levine (1980) 51 Patienten der „Gender Identity Clinic“ der Case Western Reserve University in Cleveland auf evtl. vorhandene psychiatrische Diagnosen. Er fand einen hohen Anteil von Persönlichkeitsstörungen sowie bei 8 % der Patienten schizophrene Psychosen. Landen et al. (1998) beschreiben rund 12 % ihrer transsexuellen Patienten als instabile Persönlichkeiten, 3 % litten außerdem an einer Psychose. Zum vielfältigen Zusammenhang von Psychose und Transsexualität existieren in der Literatur keine größeren Untersuchungen; es finden sich jedoch einige, vorwiegend kasuistische Beiträge, in denen beispielsweise schizophrene Patienten mit einer transsexuellen Wahnbildung (z.T. mit halluzinatorischen Wahrnehmungen, dass sich der eigene Körper in den des anderen Geschlechts verwandele) beschrieben werden oder in denen über die Manifestation einer schizophrenen Psychose bei transsexuellen Patienten auch nach einer operativen Geschlechtskorrektur berichtet wird (Calnen 1975, Childs 1977, Commander et al. 1990, Kampik 1989, Kraus 1971, Lothstein et al. 1984, Lukianowicz 1959, Mayer et al. 1995, McVicar 1978-1979, Schorsch 1967).

Die vorausgehenden psychiatrisch-psychologischen Behandlungen, von denen 37 % ambulant und 28 % stationär erfolgt waren, sind selbstverständlich durch die psychiatrische Co-Morbidität oder die transsexuelle Problematik selbst bedingt, hierbei erscheint der Anteil der stationären Behandlung relativ hoch. Im Vergleich dazu verweist Brown (1990) in seiner Übersichtsarbeit darauf, dass bis zu 12 % einer unausgelesenen Gruppe von „gender dysphoria“-Patienten in ihrer Vorgeschichte stationäre psychiatrische Aufnahmen aufweist. Landen et al. (1998) geben einen Anteil von rund 37 % transsexueller

Patienten an, die sich bereits zu einem früheren Zeitpunkt in psychiatrischer Behandlung befanden. Weitere Vergleichsuntersuchung zur Bewertung dieser Zahlen fehlen.

Im Vergleich zwischen Männern und Frauen fällt bezüglich der Co-Morbidität eine signifikante ($p < 0,01$) Diskrepanz auf: Neben der Transsexualität besitzen Mann-zu-Frau-Transsexuelle häufiger weitere psychiatrische Diagnosen als Frau-zu-Mann-Transsexuelle (42,9 % versus 20,4 %). Dies wird in der Literatur bestätigt (z.B. Langer 1985, Levine 1980).

Die erhöhte Rate transsexueller Patienten mit Alkohol- und Drogenabusus sowie mit Selbstmordversuchen in der Vorgeschichte (beides jeweils fast 30 %) ist in der Literatur bekannt (z.B. Dixen 1984, Eicher 1992) und Ausdruck tiefster Verzweiflung und Depression über den inneren Zwiespalt.

4.2.7 Zur Partnerschaft und Sexualität

Cross-dressing:

Fast die Hälfte aller Patienten (45,9 %) betrieben bereits in ihrer Kindheit Cross-dressing. 61,0 % der Patienten gaben Cross-dressing in der Pubertät und Adoleszenz an. Zum Zeitpunkt der Vorstellung in der Sprechstunde lebten 22,0 % der Transsexuellen durchgehend in der gegengeschlechtlichen Rolle, insgesamt kleideten sich rund 85 % aller Patienten mehr oder weniger regelmäßig mit gegengeschlechtlicher Garderobe. Nur 3,8 % verneinten das aktuelle Cross-dressing.

Interessante und statistisch signifikante Ergebnisse zeigen sich im Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Transsexuellen: Cross-dressing in der Kindheit, Pubertät und Adoleszenz gab etwa ein gleicher Anteil von Frauen und Männern an, eindeutig verneint wurde dies jedoch sehr viel häufiger von den Mann-zu-Frau-Transsexuellen. Der Anteil der Patienten, der aktuell gegengeschlechtliche Kleidung (durchgehend, regelmäßig oder sporadisch) trug, war zwar bei beiden Geschlechtern mit rund 70 %

gleich groß, allerdings ergaben sich signifikante Unterschiede in den Untergruppen. Während deutlich mehr Frau-zu-Mann-Transsexuelle durchgehend in der „anderen“ Rolle lebten (31,5 % versus 17,1 %) kleideten sich die Mann-zu-Frau-Transsexuellen eher sporadisch mit gegengeschlechtlicher Garderobe (20 % versus 1,9 %). Wie bereits in Kapitel 4.2.2 erwähnt ist dieses Ergebnis sicherlich Ausdruck der Schwierigkeit, in unserer Gesellschaft als Mann eine Frauenrolle einzunehmen, umgekehrt gestaltet sich dies einfacher. Auf der anderen Seite fällt hier erneut die Homogenität der biologisch weiblichen Transsexuellen auf bezüglich ihrer aktuellen Situation, psychosexuellen Anamnese (s.u.), Vorbehandlung, Co-Morbidität etc. Verschoor und Poortinga (1988), deren Angaben zum Cross-dressing mit den hier vorliegenden Daten vergleichbar sind, stellen daher fest, dass die Bezeichnung „primärer“ Transsexualismus (early onset) - ein Begriff, den Person und Ovesey (1974a, 1974b) erstmals einführen und vom sekundären Transsexualismus (late onset) unterschieden - für eine größere Anzahl der Frau-zu-Mann-Transsexuellen zutrifft als für die Mann-zu-Frau-Transsexuellen.

Hetero- und homosexuelle Erfahrungen und Partnerschaften:

Über heterosexuelle Erfahrungen bezogen auf das biologische Geschlecht berichteten 71,1 % der transsexuellen Patienten (davon in 70,8 % der Fälle mit Geschlechtsverkehr), über homosexuelle Erfahrungen dagegen lediglich 57,2 %. Auch bestanden insgesamt häufiger längere heterosexuelle als homosexuelle Partnerschaften (49,1 % versus 40,3 %). Jeweils rund 25 % der Transsexuellen gaben an, keine heterosexuellen oder homosexuellen Erfahrungen gemacht zu haben. Dass die sexuelle Aktivität bei Transsexuellen, die ihre eigenen körperlichen Geschlechtsmerkmale ablehnen, insgesamt eine größere Rolle spielt als in früheren Berichten angenommen, zeigen verschiedene Autoren (vgl. Eicher 1992, S.28 ff).

Statistisch signifikante Unterschiede bezüglich der Sexualität ergaben sich erneut beim Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Transsexuellen: Während Mann-zu-Frau-Transsexuelle über mehr heterosexuelle Erfahrungen (77,1 % versus 59,2 %) und insbesondere deutlich mehr heterosexuelle Partnerschaften (61,0 % versus 25,9 %, $p < 0,001$) berichteten, verfügten die Frau-zu-Mann-Transsexuellen signifikant ($p < 0,001$)

häufiger (83,3 % versus 43,8 %) über homosexuelle Erfahrungen und hatten ebenfalls häufiger längere homosexuelle Partnerschaften (72,2 % versus 23,8 %). Landen et al. (1998) fanden in ihrer Untersuchung hinsichtlich homosexueller Erfahrungen keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen, wohl aber in Bezug auf heterosexuelle Erfahrungen und hier mit einer Dominanz der Mann-zu-Frau-Transsexuellen ($p < 0,05$). Verschoor und Poortinga (1988) berichten darüber, dass 23,7 % der Mann-zu-Frau-Transsexuellen ausschließlich heterosexuell seien, wohingegen dies in der biologisch weiblichen Gruppe lediglich 2,4 % seien. Sie folgern daraus die Erfahrung der Frau-zu-Mann-Transsexuellen, sich selbst als heterosexuelle Männer zu empfinden. Auch Dixen et al. (1984) konnten wie De Cuypere et al. (1995) für die Gruppe der Frau-zu-Mann-Transsexuellen häufige homosexuelle Erfahrungen und stabile homosexuelle Partnerschaften in Bezug auf das biologische Geschlecht zeigen. Bei De Cuypere et al. (1995) lagen für die Gruppe der Frau-zu-Mann-Transsexuellen keinerlei heterosexuellen Erfahrungen vor. Nach Dixen et al. (1984) resultiert aus den häufigen homosexuellen Partnerschaften für die weiblichen Patienten bezogen auf das biologische Geschlecht die deutlich kleinere Anzahl von Eheschließungen in dieser Gruppe (s.u.).

Familienstand und Kinder:

Überraschend ist das Ergebnis, dass mehr als ein Drittel aller Patienten (ehemals) verheiratet war. Zwei Drittel dieser eingegangenen Ehen waren letztlich gescheitert. Allerdings hatten 27,6 % der Transsexuellen Kinder gezeugt, in mehr als der Hälfte der Fälle waren dies zwei und mehr Kinder. Ein derartig hoher Anteil von Kindern transsexueller Patienten wurde in anderen Studien bisher nicht beschrieben. Dixen et al. (1984) berichten über einen Anteil von 15,4 %, Landen et al. (1998) von 13,3 %. Angaben zur Anzahl der Kinder liegen in diesen Untersuchungen nicht vor.

Im Vergleich der beiden Gruppen männlicher und weiblicher transsexueller Patienten ergaben sich erneut hochsignifikante Unterschiede wie dies bereits aufgrund der Diskrepanz bezüglich heterosexueller Partnerschaften zu erwarten war. So waren bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen rund die Hälfte (48,6 %) (ehemals) verheiratet (gewe-

sen), hiervon lebten zum aktuellen Zeitpunkt noch ein Drittel der Transsexuellen mit ihrem Partner zusammen. Die von den Frau-zu-Mann-Transsexuellen in lediglich 9,3 % eingegangenen Ehen scheiterten alle. 38 % der männlichen Patienten hatten Kinder, bei den Frauen waren dies lediglich 7,5 %. Die Tatsache, dass Mann-zu-Frau-Transsexuelle deutlich häufiger Ehen eingingen und Kinder zeugten, belegen auch die Studien von Dixen et al. (1984), Verschoor und Poortinga (1988), Kockott und Fahrner (1988) und Landen et al. (1998) mit z.T. ebenfalls hochsignifikanten Ergebnissen. Offenbar „flüchten“ sich viele Mann-zu-Frau-Transsexuelle in die Ehe, um das gegengeschlechtliche Empfinden zu unterdrücken, die von der Gesellschaft geforderte Männlichkeit zu beweisen und damit den gesellschaftlichen Konventionen zu genügen. Dass in anderen Kulturkreisen kein derartiger Fluchtort Ehe existiert, da eine Heirat hier von der Gesellschaft als ein permanenter und irreversibler Prozess angesehen wird, der nicht nur das Paar, sondern insbesondere auch die Familien beider Partner einschließt, zeigt Tsoi (1990) in seiner Untersuchung transsexueller Menschen in Singapore: Im Gegensatz zu den oben genannten Ergebnissen verfügte keiner seiner Patienten über heterosexuelle Erfahrungen, folglich gab es keine Ehen transsexueller Patienten.

In den Arbeiten mit größerer Stichprobenzahl von Dixen et al. (1984) und Landen et al. (1998) wird jeweils ein Anteil von rund 19 % der männlichen Transsexuellen mit Kindern angegeben, in der vorliegenden Untersuchung war dieser Anteil doppelt so hoch (38 %). Damit hinterlassen viele Mann-zu-Frau-Transsexuelle mit der Änderung ihres Lebensstils eine Familie, deren Struktur im klassischen Sinn nicht mehr existiert. Probleme resultieren für alle Beteiligten, insbesondere betreffen sie die in der Regel noch heranwachsenden Kinder, die bezüglich der Entwicklung ihrer eigenen Geschlechtsidentität und Sexualität von beiden Eltern (männlich und weiblich) abhängig sind. In der Literatur existieren hierzu keine größeren Untersuchungen, man findet gelegentlich einzelne Kasuistiken, z.B. Sales (1995), die die Schwierigkeiten der Kinder beleuchten. Angesichts des vorliegenden Ergebnisses sollte den doch eher zahlreichen Kindern transsexueller Patienten mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Wünschenswert wäre eine psychologische Betreuung parallel zur Behandlung des transsexuellen Elternteils.

4.2.8 Zum Behandlungsverlauf

Konsultationen der Sprechstunde:

Durchschnittlich besuchten die transsexuellen Patienten fast 13 mal die Sprechstunde der Poliklinik, wobei die Behandlungsdauer im Mittel 1 ½ Jahre betrug, ein Drittel der Patienten war zwei und mehr Jahre in Behandlung. Diese Zahlen zeigen nochmals, dass die Behandlung des Transsexualismus einen gewissen zeitlichen Rahmen benötigt, wie dies unter anderem auch das Behandlungsschema mit Psychotherapie, Alltagstest etc. vorgibt. Andererseits sprechen sie für eine Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung, da trotz teilweise sicherlich längerer Anfahrtswege und Schwierigkeiten bezüglich der Termineinhaltung bei psychiatrischen Patienten eine Kontinuität in der Behandlung möglich ist. Jeder 5. Patient unterbrach allerdings die Behandlung ein- bis zweimal für mehr als 6 Monate.

Insgesamt waren die Frauen im Vergleich zu den Männern (biologisches Geschlecht) häufiger und über einen längeren Zeitraum in Behandlung und zeigten weniger Unterbrechungen, dies jedoch ohne statistische Signifikanz.

Untersuchungen und Befunde:

Untersuchungen zur Häufigkeit und Art körperlicher Störungen bei psychisch Kranken sind in der internationalen, insbesondere amerikanischen Psychiatrie geläufig, im deutschen Sprachraum aber eine Seltenheit (Hewer et al. 1991, Röhr et al. 1996). Über somatische Befunde bei transsexuellen Patienten wird abgesehen von hormonellen Störungen ebenfalls selten berichtet. Auffälligkeiten bei der körperlichen Untersuchung zeigten sich in der vorliegenden Arbeit in einem Drittel der Fälle, hiervon betraf die Mehrzahl (62,9 %) das geschlechtsspezifische Endokrinium mit insbesondere Abweichungen von der Fettverteilung, des geschlechtstypischen Behaarungsmusters und Auftreten von Akne und Adipositas. Über das gehäufte Auftreten von Zeichen der Feminisierung oder Virilisierung bei Transsexuellen berichtet auch Eicher (1992, S. 56ff). Schwierig oder gar unmöglich ist es, sekundäre Vermännlichung oder Verweiblichung

durch exogene Hormonzufuhr auszuschließen, insbesondere wenn diese längere Zeit zurückliegt. Lediglich ein Viertel der in der vorliegenden Arbeit untersuchten Patienten mit den oben genannten Auffälligkeiten war aktuell oder zu einem früheren Zeitpunkt mit gegengeschlechtlichen Hormonen behandelt. Es stellt sich daher die Frage, ob hier eine große Dunkelziffer bzgl. der hormonellen Vorbehandlung existiert oder tatsächlich hormonelle Abweichungen a priori vorliegen.

Schon Benjamin (1966) stellte bei 40 % seiner Mann-zu-Frau-Transsexuellen und bei 50 % seiner Frau-zu-Mann-Transsexuellen die Diagnose eines Hypogonadismus. Auch Walinder (1967) und Pauly (1969, 1974) beschrieben bei einem Teil ihrer Frau-zu-Mann-Transsexuellen maskuline Körperproportionen und Behaarungsmuster, unterentwickelte Mammae, Uterushypoplasie und Menstruationsanomalien mit Verdacht auf Ovarialdysfunktion. Derartige Zahlenangaben über Befunde einer Unterfunktion der geschlechtsspezifischen Genitalorgane müssen jedoch wegen der Möglichkeit einer sekundären Vermännlichung bzw. Verweiblichung durch (frühere) exogene Hormonzufuhr sehr kritisch betrachtet werden. Isakowitsch (1990, S.56) untersuchte 22 Frau-zu-Mann-Transsexuelle und fand einen weiblichen Status bezüglich Körperbau, Muskulatur, Fettverteilung und Behaarungstyp, in 39 % jedoch Menstruationsstörungen sowie in 42 % einen hypoplastischen Uterus. Eicher (1992, S.57) fand bei seinen Mann-zu-Frau-Transsexuellen lediglich in 3 % auffällige Zeichen eines Hypogonadismus (weibliches Behaarungsmuster ohne Entwicklung eines Bartes, Hodenhypoplasie, Azoospermie), ohne dass es sich um einen Einfluss von exogen zugeführten Hormonen handelte. Von den Frau-zu-Mann-Transsexuellen gaben in seinen Untersuchungen 25 % Zyklusunregelmäßigkeiten mit länger anhaltenden Amenorrhöen oder auch Spätmenarchen an, bei der gynäkologischen Untersuchung fand sich in 12 % ein hypoplastischer Uterus. Bei weiteren 10 % der Patienten, bei denen allerdings eine exogene Hormonzufuhr nicht sicher ausgeschlossen werden konnte, bestanden Zeichen der Virilisierung mit Hirsutismus oder diskreter Klitorishypertrophie.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen ähnliche Befunde: Bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen, die eine gynäkologische Untersuchung erhielten, ergaben sich in 28 % Auffälligkeiten: In der Mehrzahl handelte es sich um die Diagnose eines polyzystischen Ovarialsyndroms wie dies auch von Bosinski et al (1997) beschrieben wird (s.u.). Weiter fanden sich Einzelbefunde von Hirsutismus, untypischer weiblicher Fett-

verteilung, hypoplastischem Uterus, kleinen Mammae und Zyklusstörungen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren diese Patienten nach eigenen Angaben nicht hormonell vorbehandelt. Bei der urologischen/ andrologischen Untersuchung der biologisch männlichen Patienten waren in 32 % der Fälle Auffälligkeiten festzustellen. Hier handelte es sich bei den Patienten ohne hormonelle Vorbehandlung allerdings - abgesehen von veränderten Spermioogrammen (3mal) und hypoplastischem Genitale (Patient mit bekanntem Klinefelter-Syndrom, Patient mit anamnestisch bekannter tubulärer Insuffizienz) - um Befunde wie sie auch bei Männern in der Durchschnittsbevölkerung vermutlich mit ähnlicher Häufigkeit auftreten (Pendelhoden, Hodenhochstand, Z. n. Hodentorsion, Z. n. Vasektomie, erektile Dysfunktion).

Ob insbesondere für die oben genannten Befunde der Frau-zu-Mann-Transsexuellen hormonelle Ursachen zugrunde liegen, ist Gegenstand zahlreicher Untersuchungen. Insgesamt existieren nur wenige Berichte über Hormonanalysen unbehandelter Fälle (siehe Eicher 1992, S. 58). Scheiblhuber (1988) betont die Normalität hinsichtlich des Hormonstatus transsexuellen Patienten vor einer gegengeschlechtlichen Therapie. In Übereinstimmung hiermit stellt Eicher (1992) fest, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle unbehandelter Transsexueller normale hormonelle Verhältnisse vorliegen und damit kein hormonelle Imbalance nachweisbar ist, die in der Genese der Erkrankung eine Rolle spielen könnte. In der vorliegenden Arbeit ergaben sich in knapp 17 % der Fälle Abweichungen oder Auffälligkeiten, die nicht auf eine aktuelle und ärztliche Hormonbehandlung zurückzuführen waren. Während vereinzelt erniedrigte und erhöhte FSH-Werte sowie Prolaktinerhöhungen festzustellen waren, die unter anderem möglicherweise durch eine verschwiegene, nicht ärztlich verordnete Einnahme von Hormonpräparaten bedingt sein könnten, betrafen die abweichenden Hormonwerte bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen vor allem Befunde wie beim Syndrom der polyzystischen Ovarien, wie dies bereits bei mehr als der Hälfte der pathologischen Befunde in den gynäkologischen Untersuchungen auffiel. Futterweit et al. (1986) beschreiben für unbehandelte Frau-zu-Mann-Transsexuelle eine erhöhte Inzidenz (32,5 %) einer endokrinen Dysfunktion, insbesondere das Auftreten des polyzystischen Ovarialsyndroms. Bei der klinischen, hormonellen und sonographischen Untersuchung von 16 Frau-zu-Mann-

Transsexuellen stellten Balen et al. (1993) in mehr als 50 % die Diagnose eines Syndroms der polyzystischen Ovarien.

Bosinski et al. (1997) untersuchten 12 unbehandelte Frau-zu-Mann-Transsexuelle im Vergleich zu einer Kontrollgruppe gesunder Frauen. Sie fanden zum einen signifikant erhöhte Werte für Testosteron bei den Transsexuellen. Zum anderen zeigten 88% der mit transvaginalen Ultraschall untersuchten Transsexuellen polyzystische Ovarien in Übereinstimmung mit den klinischen Symptomen des Syndroms polyzystischer Ovarien (Menstruationsdysregulationen, Hirsutismus, Adipositas). Damit schlossen sie auf eine erhöhte Inzidenz des polyzystischen Ovarialsyndroms bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen als in der Normalbevölkerung (ca. 5 %) und folgerten die Existenz eines neuroendokrinen Faktors in der Genese des Frau-zu-Mann-Transsexualismus, wie dies bereits von Gooren (1990) in tierexperimentellen Untersuchungen gemutmaßt wurde.

Abschließend bleibt hier zu sagen, dass bezüglich Aussagen über Abweichungen des geschlechtsspezifischen Endokriniums (nicht hormonell vorbehandelter) transsexueller Patienten letztlich Untersuchungen an größeren Klientelen im Vergleich zu Kontrollgruppen wünschenswert und abzuwarten sind, bevor derartige Vermutungen bestätigt oder widerlegt werden können.

Neben den körperlichen Auffälligkeiten, die im Zusammenhang mit dem geschlechtsspezifischen Endokriniem stehen, zeigten die Patienten in der eigenen Untersuchung weitere Befunde aus dem internistischen und neurologischen Bereich. Hier handelte es sich jedoch – abgesehen von dem Patienten mit der Osteogenesis imperfecta - nicht um schwerwiegende Befunde, z.T. konnten lediglich Symptome (z.B. Dysdiadochokinese, Haltetremor) beschrieben werden, ohne dass die Zuordnung zu einem bestimmten Krankheitsbild möglich war. Signifikante Unterschiede ($p < 0,05$) ergaben sich im Vergleich zwischen Frau-zu-Mann- und Mann-zu-Frau-Transsexuellen. Letztere boten bei der körperlichen Untersuchung häufiger Auffälligkeiten (41,7 % versus 20,5 %). Die Tatsache, dass knapp ein Drittel der körperlich auffälligen Befunde erstmalig in der Poliklinik erhoben wurden, unterstreicht die Wichtigkeit der körperlichen Untersuchung auch in der Psychiatrie, insbesondere zur Bestimmung der Differentialdiagnosen und

vor Beginn einer Therapie. Daten aus der Literatur zum Thema auffällige körperliche Befunde bei transsexuellen Patienten existieren ebenso wenig wie Angaben zu somatischen Erkrankungen bei Transsexuellen – abgesehen von Einzelbeschreibungen (z.B. Lothstein et al. 1984). Immerhin lagen bei einem Viertel der Patienten anamnestisch relevante somatische Erkrankungen vor, dies waren vorwiegend (knapp 80 %) internistische und neurologische Krankheiten. Schwerwiegende Erkrankungen, die die Lebensqualität einschränken und gegebenenfalls auch soziale Stigmata darstellen, waren Adipositas, Diabetes mellitus, Rheuma, Asthma, Klinefelter-Syndrom, Magenkarzinom, Z. n. Myokardinfarkt, Z. n. Schädel-Hirn-Trauma, Z. n. Meningitis, Anfallsleiden, Migräne, Spina bifida, Z. n. apoplektischem Insult mit Hemisymptomatik, spastische Diplegie, einseitige Amaurose, Tremor, Osteogenesis imperfecta. Aussagen über eine erhöhte Koinzidenz von Transsexualität und somatischer Erkrankung können aus diesen Ergebnissen nicht getroffen werden, jedoch ist der hohe Prozentsatz somatischer Krankheiten auffällig und sollte Anlass zu weiteren Analysen zu dieser Fragestellung geben.

Rund 8 % der Patienten erhielten wegen auffälliger körperlicher oder apparativer Befunde Konsiliaruntersuchungen. In der Mehrzahl der Fälle waren dies kraniale Bildgebungen vorwiegend wegen EEG-Veränderungen, wegen neurologischer Auffälligkeiten sowie zur Abklärung einer psychoorganischen Beeinträchtigung. „Harte“ pathologische Befunde ergaben sich hier nicht.

Wie erwartet lagen bei den durchgeführten Chromosomenanalysen (abgesehen von dem Patienten mit dem Klinefelter-Syndrom) keinerlei Abweichungen vom normalen Chromosomensatz vor, damit waren die Patienten eindeutig einem biologisch männlichen bzw. weiblichen Geschlecht zuordnenbar.

Wie eingangs erwähnt beschäftigten sich mehrere Autoren (vgl. Eicher 1992, S. 50f, Hoenig et al. 1979, Kockott et al. 1976, Krömer et al. 1985) mit der Frage einer zentralnervösen Funktionsstörung und der Hypothese einer elektroenzephalographisch fassbaren Teilursache bei Transsexualismus. Beschrieben wurden hier auffällige EEG-Befunde vorwiegend im temporalen Bereich. Auch in der vorliegenden Untersuchung waren 9 % der EEG-Untersuchungen auffällig bzw. pathologisch. Insbesondere handel-

te es sich um (intermittierende) Einlagerungen von (dysrhythmischen) Theta- seltener von Delta-Wellen im Sinne eines Herdbefundes vor allem (links) temporal. In drei Fällen wurde daraufhin ein kraniales MRT/CT veranlasst, das einen unauffälligen Befund ergab und kein Korrelat zu den EEG-Veränderungen darstellen konnte. In der Literatur konnte bezüglich der Theta-Aktivität im Temporalbereich keine statistische Signifikanz für die Gruppe der transsexuellen Patienten festgestellt werden. Diese konnten auch Grasser (1988) und Grasser et al. (1989) mit Hilfe der frequenzanalytischen EEG-Quantifizierung nicht bestätigen.

Knapp die Hälfte aller Patienten erhielt eine testpsychologische Untersuchung (HAWIE, Benton, d2). Hier lag der IQ-Gesamtwert im Mittel bei 99,9 wie dies dem Bevölkerungsdurchschnitt entspricht. In gut einem Viertel der Fälle ergaben sich jedoch Hinweise für eine hirnorganische Störung. Dieser Anteil ist hoch, leider existieren zu diesem Thema in der Literatur keine zuverlässigen Untersuchungen. Es muss demnach offen bleiben, welche Bedeutung hirnorganische Veränderungen – möglicherweise infolge konsekutiver Störungen der Persönlichkeitsentwicklung – für die Entstehung transsexuellen Erlebens haben.

Behandlung:

Im Verlauf der Behandlung wurde bei knapp 40 % der Patienten eine gegengeschlechtliche Hormontherapie begonnen. Diese Zahl erscheint im Vergleich zu der in immerhin 77 % der Fälle sicheren Diagnose einer Transsexualität relativ gering. Berücksichtigt werden muss hier die Anzahl der Patienten, die bereits im Vorfeld der Konsultation der Sprechstunde eine Hormontherapie erhielten, die von anderer Stelle (vor allem von gynäkologischer und hausärztlicher Seite sowie nicht ärztlich) eingeleitet und im Rahmen der poliklinischen Behandlung weitergeführt wurde. Damit befanden sich insgesamt rund 52 % aller Patienten unter einer gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung. Hinzu kommt ein nicht unerheblicher Anteil von Patienten, der zum Augenblick der Erhebung noch in der Behandlungsphase der Psychotherapie und des Alltagstestes stand und damit überhaupt erst zu einem späteren Zeitpunkt einer Hormontherapie zugeführt werden kann. Weiterhin muss berücksichtigt werden, dass bei einem Drittel aller Patien-

ten lediglich 1 bis 5 Sprechstundenbesuche vorlagen, so dass (auch zeitlich) die Bedingungen zur Einleitung hormoneller Maßnahmen nicht ausreichend erfüllt waren. Auch Behandlungsunterbrechungen und –abbrüche bedingen eine Zurückhaltungen bei der Durchführung somatotherapeutischer Maßnahmen bzw. verbieten diese.

Im Mittel lag der Beginn einer Hormontherapie bei beiden Geschlechtern bei rund 13 Monaten nach Erstkontakt, diese Dauer entspricht den zeitlichen Voraussetzungen für den Beginn einer Hormonbehandlung mit einer mindestens einjährigen psychotherapeutischen Vorbehandlung und dem Leben in der angestrebten Geschlechtsrolle (sogeannter Alltagstest) von mindestens einem Jahr. Die Schwankungen nach unten (2 Monate) und oben (54 Monate) entstehen durch die unterschiedliche Vorbehandlung der Patienten sowie durch diagnostische Unsicherheiten bezüglich der Diagnose Transsexualität und Behandlungsunterbrechungen auf Seiten der Patienten.

Auf die Gefahren einer zu vorschnell begonnenen Hormontherapie, die zu irreversiblen Veränderungen des Körpers führt und damit somatische und psychische Fakten schafft, wurde bereits eingangs hingewiesen.

Signifikante Unterschiede ($p < 0,05$) bezüglich der Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen ergaben sich im Vergleich zwischen Mann-zu-Frau- und Frau-zu-Mann-Transsexuellen: Während bei den biologisch männlichen Patienten lediglich in 36,4 % eine Hormontherapie begonnen wurde, war dies bei den biologischen Frauen in 60,8 % der Fall. Begründbar ist dieses Ergebnis mit den in den vorangegangenen Kapiteln genannten Unterschieden zwischen Mann-zu-Frau- und Frau-zu-Mann-Transsexuellen bezüglich soziodemographischer Daten, gegengeschlechtlicher Verhaltensweisen, Sexualität und Partnerschaft, Persönlichkeitsstörungen und Co-Morbidität. Die Gruppe der Frau-zu-Mann-Transsexuellen erscheint insgesamt homogener, die Verdachtsdiagnose der Transsexualität war bereits beim Erstkontakt bei 90 % der biologisch weiblichen Patienten eindeutig, was dementsprechend häufiger zur Einleitung therapeutischer Maßnahmen - hier der Hormonbehandlung - führte.

Eine Vornamensänderung erfolgte in knapp einem Viertel aller Patienten, in weiteren rund 17 % wurde eine solche eingeleitet. Damit war bei insgesamt 40 % der Patienten eine Vornamensänderung erfolgt bzw. eingeleitet im Gegensatz zur Personenstandsänderung, die lediglich in rund 8 % der Fälle erfolgte (1,9 %) bzw. eingeleitet (5,8 %)

wurde. Die deutliche Diskrepanz erklärt sich hier durch die für die Personenstandsänderung notwendigen somatotherapeutischen Maßnahmen der Hormontherapie und der geschlechtsangleichenden Operation. Insbesondere eine operative Therapie wird nicht von allen Patienten erwünscht, da viele durch die körperlichen Veränderungen einer Hormontherapie bereits gut entlastet und sozial gut integriert sind. Dies belegen Untersuchungen von Bronisch (1985) und Fahrner et al. (1987).

Der Zugang zur Vornamensänderung dagegen ist relativ „niederschwellig“, wie Banaski (1996) es bezeichnet und wie das hier vorliegende Ergebnis es zeigt. Medizinische Eingriffe wie Hormonbehandlung und Operation sind hierfür nicht erforderlich. Bei dem Großteil der Patienten wird der Leidensdruck durch die Änderung des Vornamens deutlich reduziert, so dass der Wunsch nach weiteren Maßnahmen teilweise aufgegeben wird.

Erneut ergab sich ein statistisch signifikanter Unterschied ($p < 0,05$) in der Geschlechterrelation: Zwar wurde eine Vornamensänderung bei beiden Geschlechtern in annähernd gleicher Relation eingeleitet, bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen war sie jedoch doppelt so häufig erfolgt. Insgesamt war damit eine Vornamensänderung bei den weiblichen Patienten in mehr als der Hälfte der Fälle eingeleitet /erfolgt, bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen in lediglich einem Drittel. Bezüglich der Personenstandsänderung zeigte sich ebenfalls eine Diskrepanz zwischen beiden Gruppen zugunsten der Einleitung bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen, diese war jedoch nicht statistisch signifikant.

Abschließend bleibt zu sagen, dass die untersuchte Klientel insbesondere bezüglich der Daten der Altersverteilung, der Geschlechterrelation, der sozialen Situation, der psychosozialen Entwicklung und der sexuellen Erfahrungen und Partnerschaften mit den Merkmalen anderer Gruppen transsexueller Patienten vergleichbar ist.

Anders als in den Analysen aus der Literatur ergab sich jedoch in der vorliegenden Arbeit ein erhöhter Anteil transsexueller Patienten, die (ehemals) verheiratet waren (35,2 %) und vor allem (mehrere) Kinder hatten (27,6 %). Dies waren mit deutlicher Mehrheit Mann-zu-Frau-Transsexuelle. Interessant wären hier Studien über das Schicksal von

Kindern mit einem transsexuellen Elternteil mit Blick auf deren Entwicklung der Geschlechtsidentität und möglicher psychiatrischer Erkrankungen. Zur Prävention wäre eine psychologische Betreuung der Kinder parallel zur Behandlung des transsexuellen Elternteils wünschenswert.

Signifikante Unterschiede beim Vergleich der Gruppen von Mann-zu-Frau- und Frau-zu-Mann-Transsexuellen bezogen sich auf die Bereiche Alter, Vorbehandlung, soziale Situation, (psychiatrische) Co-Morbidität, Sexualität, Partnerschaften, aktuelle Situation und Behandlungsmaßnahmen im Verlauf: Zusammenfassend erschien die Gruppe der (biologisch) weiblichen Patienten deutlich homogener und zeigte ein geringeres Ausmaß an Auffälligkeiten bzw. Störungen in den genannten Bereichen. Entsprechend häufiger erfuhr sie im Behandlungsverlauf eingreifende therapeutische Maßnahmen wie eine gegengeschlechtliche Hormontherapie, Vornamens- und Personenstandsänderungen

Die Diskrepanz zwischen männlichem und weiblichem Transsexualismus und deren Ätiologie war und ist Gegenstand der aktuellen Forschung und wird - abhängig vom jeweiligen Kulturkreis, aus der die Untersuchungen stammen - zum Teil kontrovers diskutiert. Es scheint jedoch ein Konsens darin zu bestehen, dass sich der Transsexualismus bei Männern und Frauen in unterschiedlicher Weise manifestiert. Aufgrund der Heterogenität der Gruppe der Mann-zu-Frau-Transsexuellen wird die Existenz zweier Untergruppen innerhalb der männlichen Transsexuellen angenommen, wobei die eine Untergruppe ein Äquivalent zur Gruppe der Frau-zu-Mann-Transsexuellen darstellt, die andere Untergruppe dagegen transsexuelle Patienten mit mehr oder weniger episodischen, z.T. zwanghaften Fantasien und Vorstellungen, dem anderen Geschlecht anzugehören, einschließt. Als Konsequenz muss daher gefordert werden, insbesondere bei männlichen Patienten genaue differentialdiagnostische Überlegungen anzustellen und die Einleitung somatotherapeutischer Maßnahmen gut zu überdenken. Damit wird deutlich, dass die Behandlung transsexueller Patienten in die Hand eines erfahrenen Psychiaters gehört, sicherlich immer in Zusammenarbeit mit den anderen beteiligten medizinischen Disziplinen.

5 Zusammenfassung

In den letzten Jahrzehnten haben das Interesse und die Auseinandersetzung mit dem Thema Transsexualität sowohl in der Fachwelt als auch in der Öffentlichkeit zugenommen. Parallel dazu hat sich der Status transsexueller Menschen erheblich verändert: Transsexuelle Männer und Frauen sind in der Öffentlichkeit als Gruppe besonderer Menschen in zunehmendem Maße bekannt und vom Staat durch eigene Rechte als solche anerkannt. Diese Entwicklung ist im Zusammenhang mit dem verbesserten Beratungs- und Behandlungsangebot für transsexuelle Patienten zu sehen. Generell sollte die Behandlung der Transsexualität an einem Behandlungszentrum mit ausgewiesenen Kenntnissen auf diesem Gebiet erfolgen. Auch an der Universitäts-Poliklinik für Psychiatrie in Münster existiert seit 1986 eine Spezialsprechstunde für transsexuelle Menschen. Die vorliegende Arbeit beschreibt die Klientel dieser Sprechstunde seit ihrer Einrichtung im Jahr 1986 (n=159).

Einleitend werden die diagnostischen Kriterien der Transsexualität dargelegt. Differentialdiagnostisch sind insbesondere homosexuelle und transvestitische Entwicklungen, Psychosen, frühe und schwere Persönlichkeitsstörungen, Adoleszentenkrisen und Intersexualismus abzugrenzen. Es folgt ein kurzer Überblick über die historische Entwicklung des transsexuellen Phänomens sowie eine Zusammenfassung über den Forschungsstand bezüglich der Ätiologie. Dargestellt werden die zur Zeit üblichen Standards in der Behandlung transsexueller Patienten mit Diagnostik, Psychotherapie, Somatotherapie und der juristischen Anerkennung des Geschlechtswechsels nach dem Transsexuellengesetz.

Die Beschreibung der Klientel auf der Grundlage eines standardisierten Fragebogens anhand der Krankenakten bezieht sich auf unterschiedliche Bereiche mit Angaben zum Alter und (biologischen) Geschlecht, zum Ausmaß der Vorbehandlung, zur sozialen Situation, zur psychosozialen Entwicklung, zur (psychiatrischen) Co-Morbidität, zum Verhältnis zur Sexualität, zur Art der Partnerschaften und zum Behandlungsverlauf.

Zunächst wurden die Merkmale der gesamten Klientel herausgearbeitet. Hierbei zeigte sich, dass die Patienten der Sprechstunde für Transsexuelle der Universitätspoliklinik für Psychiatrie in Münster eine typische Klientel transsexueller Patienten darstellen. Die erhobenen Befunde und die Beschreibung der Klientel sind - soweit Daten aus der Literatur existieren - mit den Merkmalen anderer transsexueller Patientengruppen vergleichbar. Dies betrifft vor allem Ergebnisse bezüglich der Altersverteilung ($\bar{x}=30,9$ Jahre), der Geschlechterrelation bezogen auf das biologische Geschlecht (1,9 m : 1 w), der sozialen Situation, der psychosozialen Entwicklung, der sexuellen Erfahrungen und Partnerschaften der Patienten.

Abweichend von den Daten aus der Literatur konnte jedoch ein erhöhter Anteil transsexueller Patienten festgestellt werden, der (ehemals) verheiratet war (35,2 %) oder Kinder hatte (27,6 %). Dies waren mit deutlicher Mehrheit Mann-zu-Frau-Transsexuelle. Ehe und Kinder scheinen transsexuellen Menschen – insbesondere den biologisch männlichen Patienten – zunächst als ein Fluchtort zu dienen, um das gegen geschlechtliche Empfinden zu unterdrücken und den gesellschaftlichen Konventionen zu genügen. Hier werden sich zukünftig angesichts des verbesserten Behandlungsangebotes und der weiteren Auseinandersetzung mit dem Thema Transsexualität in der Öffentlichkeit sicherlich Änderungen ergeben. Zu erwarten ist, dass Menschen mit einem transsexuellen Empfinden früher als bisher Beratung und Behandlung aufsuchen, so dass das Refugium der Ehe nicht mehr benötigt wird.

In Anbetracht der genannten Ergebnisse sind Untersuchungen über das Schicksal der Kinder mit einem transsexuellen Elternteil hinsichtlich der Entwicklung ihrer (Geschlechts-) Identität und möglicher psychiatrischer Erkrankungen anzuregen.

Im zweiten Teil wurden die Gruppen der Mann-zu-Frau-Transsexuellen ($n=105$) und der Frau-zu-Mann-Transsexuellen ($n=54$) verglichen. Überprüft wurde die Behauptung, dass die Gruppe der Frau-zu-Mann-Transsexuellen hinsichtlich ihrer Daten zur Vorbehandlung, (psychiatrischen) Co-Morbidität, Sexualität und Partnerschaften und aktuellen Situation ein deutlich geringeres Ausmaß an Störungen bzw. Auffälligkeiten zeigt und daher im Behandlungsverlauf häufiger eingreifende therapeutische Maßnahmen erfährt. Tatsächlich ergaben sich im Vergleich beider Gruppen in den genannten Bereichen signifikante Unterschiede: Die Frau-zu-Mann-Transsexuellen verfügten beim

Erstkontakt über ein jüngeres Durchschnittsalter, waren weniger häufig hormonell vorbehandelt, wirkten aber in Kleidung und Gesamteindruck häufiger gegengeschlechtlich und betrieben regelmäßiger bzw. oft durchgehend Cross-dressing. Die psychiatrische Co-Morbidität war deutlich geringer. Hinsichtlich Sexualität und Partnerschaften verfügten die Frau-zu-Mann-Transsexuellen signifikant häufiger über homosexuelle Erfahrungen und Partnerschaften (bezogen auf das biologische Geschlecht). Die Zahl der Eheschließungen und Kinder lag folglich deutlich niedriger im Vergleich zur Gruppe der Mann-zu-Frau-Transsexuellen. Tatsächlich erhielt die Gruppe der Frau-zu-Mann-Transsexuellen entsprechend dem geringeren Grad an Auffälligkeiten oder Störungen bezüglich der genannten Daten im Behandlungsverlauf signifikant häufiger somatotherapeutische Maßnahmen insbesondere eine gegengeschlechtliche Hormontherapie sowie juristische Entscheidungen in Form einer Vornamens- und/oder Personenstandsänderung.

6 Literaturverzeichnis

Bakker A, van Kesteren PJM, Gooren LJG, Bezemer PD (1993) The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 87: 237-238

Balen AH, Schachter ME, Montgomery D, Reid RW, Jacobs HS (1993) Polycystic ovaries are a common finding in untreated female to male transsexuals. *Clin Endocrinol* 38: 325-329

Banaski D (1996) Kostenübernahme: Die Aufgabe des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung am Beispiel des MDK Nordrhein. In: Clement U, Senf W (1996) *Transsexualität: Behandlung und Begutachtung*. Schattauer, Stuttgart New York, S 64-73

Becker S, Bosinski HA, Clement U, Eicher W, Goerlich TM, Hartmann U, Kockott G, Langer D, Preuss W, Schmidt G, Springer A, Wille R (1997, 1998) Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. *Zentralbl Gynakol* 119 (8): 398-401, *Fortschr Neurol Psychiatr* 66 (4): 164-169

Becker H, Hartmann U (1994) Geschlechtsidentitätsstörungen und die Notwendigkeit der klinischen Perspektive. Ein Beitrag aus der psychiatrischen Praxis. *Fortschr Neurol Psychiatr* 62: 290-305

Benjamin H (1953) Transvestism and Transsexualism. *Int J Sexol* 7: 12-14

Benjamin H (1964) Transsexualismus, Wesen und Behandlung. *Nervenarzt* 35: 499-500

Benjamin H (1966) *The Transsexual Phenomenon*. Julian Press, New York

Bosinski HAG, Peter M, Bonatz G, Arndt R, Heidenreich M, Sippell WG, Wille R (1997) A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology* 22: 361-380

Bronisch S (1985) Die präoperative Lebenssituation Transsexueller. Med. Dissertation, TU München

Burns A, Farrell M, Brown JC (1990) Clinical Features of Patients Attending a Gender-Identity Clinic. *Br J Psychiatry* 157: 265-268

Calnen T (1975) Gender identity crisis in young schizophrenic women. *Perspect Psychiatr Care* 13: 83-89

Cauldwell DC (1949) Psychopathia Transsexualis. *Sexology* 16: 274-280

Childs A (1977) Acute symbiotic psychosis in a postoperative transsexual. *Arch Sex Behav* 6: 37-44

Clement U, Senf W (1996) *Transsexualität: Behandlung und Begutachtung*. Schattauer, Stuttgart New York

Cole CM, O'Boyle M, Emory LE, Meyer WJ (1997) Comorbidity of Gender Dysphoria and Other Major Psychiatric Diagnoses. *Arch Sex Behav* 26, 1: 13-26

Commander M, Dean C (1990) Symptomatic Transsexualism. *Br J Psychiatry* 156: 894-896

De Cuyper G, Jannes C, Rubens R (1995) Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. *Acta Psychiatr Scand* 91:180-184

Desirat K (1985) Die transsexuelle Frau. Zur Entwicklung und Beeinträchtigung weiblicher Geschlechtsidentität. *Beitr Sexualforsch* 60, Enke, Stuttgart

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (1991) WHO - Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern Göttingen Toronto

Dixen JM, Maddever H, Maasdam J, Edwards PW (1984) Psychosocial Characteristics of Applicants Evaluated for Surgical Gender Reassignment. Arch Sex Behav 13, 3: 269-276

DSM IV (1994, dt. 1996) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association (APA), Washington D.C., deutsche Bearbeitung s. Saß et al. (1996)

Eicher W (1992) Transsexualismus: Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechtsumwandlung. Gustav Fischer, Stuttgart Jena New York

Eklund PLE, Gooren LJG, Bezemer PD (1988) Prevalence of Transsexualism in the Netherlands. Br J Psychiatry 152: 638-640

Esquirol JED, Die Geisteskrankheiten in Beziehung zur Medizin und Staatsarzneikunde. Verlag der Voss'schen Buchhandlung, Berlin 1838. In: Pfäfflin F (1993) Transsexualität. Beiträge zur Psychopathologie, Psychodynamik und zum Verlauf. Enke, Stuttgart, S 106

Fahrner EM, Kockott G, Duran G (1987) Die psychosoziale Integration operierter Transsexueller. Nervenarzt 58: 340-348

Futterweit W, Weiss RA, Fagerstrom RM (1986) Endocrine Evaluation of Forty Female-to-Male Transsexuals: Increased Frequency of Polycystic Ovarian Disease in Female Transsexualism. Arch Sex Behav 15,1: 69-77

Garrels L, Kockott G, Michael N, Preuss W, Renter K, Schmidt G, Sigusch V, Windgassen K (2000) Sex ratio of transsexuals in Germany: the development over three decades. *Acta Psychiatr Scand* 102: 445-448

Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (TSG) vom 10. September 1980 (1980) *Bundesgesetzblatt*, Teil I: 1654-1658

Godlewski J (1988) Transsexualism and anatomic sex reversal in Poland. *Arch Sex Behav* 17: 547-548

Gooren LJG (1990) The endocrinology of transsexualism: A review and commentary. *Psychoendocrinology* 15: 3-14

Gooren LJG, van Kesteren PJ, Megens JA (1993) Epidemiological data on 1194 transsexuals. Poster presented on the conference "Psychomedical Aspects of Gender Problems". Amsterdam, April 18-20

Grasser T (1988) Frequenzanalytische EEG-Untersuchungen zur Frage temporaler Funktionsstörungen bei Transsexualität. Med. Dissertation, TU München

Grasser T, Keidel M, Kockott G (1989) Frequenzanalytische EEG-Untersuchung zur Frage temporaler Funktionsstörungen bei Transsexualität. *Z EEG-EMG* 20: 117-120

Green R, Money J (1969) *Transsexualism and Sex Reassignment*. Johns Hopkins Press, Baltimore. In: Pfäfflin F (1993) *Transsexualität. Beiträge zur Psychopathologie, Psychodynamik und zum Verlauf*. Enke, Stuttgart, S 107

Hamburger C, Stürup GK, Dahl-Iversen E (1953) Transvestism. Hormonal, psychiatric and surgical treatment. *JAMA* 152: 391-396

Herodot Historien. Deutsche Gesamtausgabe 1971, 4. Auflage, Kröner, Stuttgart

Hewer W, Rössler W, Jung E, Fätkenheuer B (1991) Somatische Erkrankungen bei stationär behandelten psychiatrischen Patienten. *Psychiat Prax* 18: 133-138

Hoening J, Kenna JK, Youd A (1970) Social and economic aspects of transsexualism. *Br J Psychiatry* 117: 164-172

Hoening J, Kenna JC (1979) EEG Abnormalities and Transsexualism. *Br J Psychiatry* 134: 293-300

Hoening J, Kenna JK (1997) The prevalence of transsexualism in England and Wales. *Br J Psychiatry* 124: 181-190

Hirschfeld M (1910) Die Transvestiten - eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichem casuistischem und historischem Material. Medicinischer Verlag Pulvermacher, Berlin. In: Pfäfflin F (1993) *Transsexualität. Beiträge zur Psychopathologie, Psychodynamik und zum Verlauf.* Enke, Stuttgart, S 108

Hirschfeld M (1923) Die intersexuelle Konstitution. In: Hirschfeld M (Hrsg) *Jahrb sex Zwischenstufen* 23, Puttmann, Stuttgart, S 3-27

ICD-10 (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen, s. Dilling et al. (1991)

Isakowitsch K (1990) Untersuchung zur Ätiopathogenese des Transsexualismus. Med. Dissertation, Humboldt-Universität Berlin

Jorgensen C (1967) *A Personal Autobiography.* Paul S. Eriksson, New York

Kampik E, Müller N, Soyka M (1989) Manifestation einer schizophrenen Psychose bei einer transsexuellen Patientin nach operativer Geschlechtskorrektur. *Nervenarzt* 60: 361-363

Kockott G, Fahrner EM (1988) Male-to-Female and Female-to-Male Transsexuals: A Comparison. Arch Sex Behav 17, 6: 539-546

Kockott G, Nusselt L (1976) Zur Frage der cerebralen Dysfunktion bei der Transsexualität. Nervenarzt 47: 310-318

Krafft-Ebing RV (1877) Über gewisse Anomalien des Geschlechtstriebes und die klinisch-forensische Verwertung derselben als eines wahrscheinlich funktionellen Degenerationszeichens des zentralen Nerven-Systems. Arch Psychiat Nervenkrankh 7: 290-312. In: Eicher W (1992) Transsexualismus: Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechtsumwandlung. Gustav Fischer, Stuttgart Jena New York, S 184

Kraus A (1971) Transvestitismus und Psychose. Nervenarzt 42: 623-632

Krömer H, Pfäfflin F, Spehr W (1985) Zur Frage spezifischer Hirnstrombilder bei Transsexualität. Nervenarzt 56: 157-160

Küchenhoff B (1988) Transsexualismus als Symptom einer Persönlichkeitsstörung und seine Behandlung. Nervenarzt 59: 734-738

Landen M, Walinder J, Lundström B (1996) Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism. Acta Psychiatr Scand 93: 221-223

Landen M, Walinder J, Lundström B (1996) Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. Acta Psychiatr Scand 93: 261-263

Landen M, Walinder J, Lundström B (1998) Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: a descriptive study. Acta Psychiatr Scand 97: 189-194

Langer D (1985) Der Transsexuelle: Eine Herausforderung für Kooperation zwischen psychologischer und chirurgischer Medizin. Fortschr Neurol Psychiat 53: 67-84

Langer D, Hartmann U (1997) Psychiatrische Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz. Ein erfahrungsgestütztes Plädoyer für Leitlinien und gegen Beliebigkeit. *Nervenarzt* 68: 862-869

Levine SB (1980) Psychiatric diagnoses of patients requesting sex reassignment surgery. *J Sexual and Marital Therapy* 6: 164-173

Lothstein LM (1979) Psychodynamics and sociodynamics of gender-dysphoric states. *Am J Psychotherapy* 33: 214-238

Lothstein LM, Billowitz A (1984) Single Case Study – Transsexualism and Physical Deformity. *J Nerv Ment Dis* 172, 10: 618-624

Lothstein LM, Roback H (1984) Black Female Transsexuals and Schizophrenia: A Serendipitous Finding? *Arch Sex Behav* 13, 4: 371-386

Lukianovicz N (1975) Transvestism and psychosis. *Psychiatr Neurol (Basel)* 138: 64-78

Mayer C, Kapfhammer HP (1995) Koinzidenz von Transsexualität und Psychose. *Nervenarzt* 66: 225 – 230

McVicar K (1978-1979) The transsexual wish in a psychotic character. *Int J Psychoanal Psychother* 7: 354-365

Money J (1994) Zur Geschichte des Konzepts Gender Identity Disorder. *Z Sexualforsch* 7: 20-34

Osburg S, Weitze C (1993) Betrachtung über zehn Jahre Transsexuellengesetz. *Recht und Psychiatrie* 11: 94-107

Ovid *Metamorphosen*. Deutsche Ausgabe, 1981, Goldmann, München

Pauly I (1968) The current status of the change of sex operation. J Nerv Ment Dis 147: 460-471

Pauly I (1969) Adult manifestation of female transsexualism. S 59-87, In: Green R, Money J (eds) (1969) Transsexualism and sex reassignment. The Johns Hopkins University Press, Baltimore

Pauly I (1974) Female Transsexualism. Part I. Arch Sex Behav 3: 487-507

Pauly I (1974) Female Transsexualism. Part II. Arch Sex Behav 3: 509-526

Person E, Ovesey L (1974 a) The Transsexual Syndrome in Males. I. Primary Transsexualism. Am J Psychotherapy 28: 4-20

Person E, Ovesey L (1974 b) The Transsexual Syndrome in Males. II. Secondary Transsexualism. Am J Psychotherapy 28: 174-193

Pfäfflin F (1983) Probleme der psychotherapeutischen Behandlung transsexueller Patienten. Psychother Psychosom med Psychol 33: 89-92

Pfäfflin F (1993) Transsexualität. Beiträge zur Psychopathologie, Psychodynamik und zum Verlauf. Enke, Stuttgart

Pfäfflin F, Junge A (1992) Nachuntersuchungen nach Geschlechtsumwandlung. Eine kommentierte Literaturübersicht 1961-1991. In: Pfäfflin F, Junge A (Hrsg) Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität. Schattauer, Stuttgart New York, S 149-457

Röhr F, Schürmann J, Tölle R (1996) Körperliche Untersuchungen bei psychisch Kranken. Deutsches Ärzteblatt 93, 28-29: A-1899-1903

Ross MW, Walinder J, Lundström B, Thuwe I, (1981) Cross-cultural approaches to transsexualism. *Acta Psychiatr Scand* 63: 75-82

Sales J (1995) Children of a Transsexual Father: A Successful Intervention. *European Child And Adolescent Psychiatry* 4, 2: 136-139

Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (1996) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle

Scheiblhuber E (1988) Endokrinologische Befunde transsexueller Patienten vor und unter contrasexueller Hormon-Therapie. Med. Dissertation, LMU München

Schorsch E (1967) Die Sexualität in den endogen-phasischen Psychosen. *Beitr Sexualforsch* 38:1-69

Schorsch E (1974) Phänomenologie der Transsexualität. Therapie: Geschlechtsumwandlung ohne Alternative. *Sexualmed* 3: 195-198

Seifert D, Windgassen K (1995) Transsexual Development of a Patient with Klinefelter's Syndrome. *Psychopathology* 28: 312-316

Sigusch V (1994) Leitsymptome transsexueller Entwicklungen. Wandel und Revision. *Deutsches Ärzteblatt* 91, 20: B 1085-1088

Sörensen T (1981) A follow-up study of operated transsexual males. *Acta Psychiatr Scand* 63: 486-503

Sörensen T (1981) A follow-up study of operated transsexual females. *Acta Psychiatr Scand* 64: 50-64

Steinkühler M (1992) Geschlechtswechsel in nichtklinischer Zeit: Der Chevalier d'Eon. In: Pfäfflin F, Junge A (Hrsg) Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität. Schattauer, Stuttgart New York, S 45-54

Stürup GK (1976) A long-term follow-up after sex-reassignment operations. Acta Psychiatr Scand 53: 51-63

Tsoi WF (1988) The prevalence of transsexualism in Singapore. Acta Psychiatr Scand 78: 501-504

Tsoi WF (1990) Developmental Profile of 200 Male and 100 Female Transsexuals in Singapore. Arch Sex Behav 19, 6: 595-605

Van Kesteren PJ, Gooren LJ, Megens JA (1996) An Epidemiological and Demographic Study of Transsexuals in the Netherlands. Arch Sex Behav 25, 6: 589-600

Verschoor AM, Poortinga J (1988) Psychosocial Differences Between Dutch Male and Female Transsexuals. Arch Sex Behav 17, 2: 173-178

Walinder J (1967) Transsexualism. A study of forty-three cases. Scandinavian University Books, Akademiförlaget, Göteborg

Walinder J (1968) Transsexualism: definition, prevalence and sex distribution. Acta Psychiatr Scand 203 (suppl.): 255-258

Walker PA, Berger JC, Green R, Laub DR, Reynolds CL, Wollman L Standards of Care. The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons. 1979, Revised draft 1990, The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. Arch Sex Behav 14 (1985) 79-90 (Revised draft 1981)

Weitze C, Osburg S (1996) Transsexualism in Germany: Empirical Data on Epidemiology and Application of the German Transsexuals` Act During Its First Ten Years. Arch Sex Behav 25, 4: 409-425

Westphal C (1870) Die conträre Sexualempfindung. Symptom eines neuropathischen (psychopathischen) Zustandes. Arch Psychiat Nervenkrankh 2: 73-108

Wylter J, Battagay R, Krupp S, Rist M, Rauchfleisch U (1979) Der Transsexuelle und dessen Therapie. Schweizer Archiv Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 124: 43-58

Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJG, Swaab DF (1995) A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. Nature 378: 68-70

7 Lebenslauf

8 Danksagung

Für die Überlassung des Themas der Arbeit und die gute Betreuung möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. K. Windgassen herzlich bedanken.

ANHANG

Auswertungsbogen für die Krankengeschichten transsexueller Patienten der Poliklinik

CODE-NR.

I. ALLGEMEINE DATEN

1 Biologisches Geschlecht

- 1 weiblich
- 2 männlich

2 Alter [Jahre]:__

II. ZUM ERSTKONTAKT

3 Kleidung

- 1 eindeutig gegengeschlechtlich
- 2 eher gegengeschlechtlich
- 3 indifferent/ keine Entscheidung möglich
- 4 eher gleichgeschlechtlich
- 5 eindeutig gleichgeschlechtlich
- 9 keine Angabe

4 Gesamteindruck

- 1 eindeutig gegengeschlechtlich
- 2 eher gegengeschlechtlich
- 3 indifferent/ keine Entscheidung möglich
- 4 eher gleichgeschlechtlich
- 5 eindeutig gleichgeschlechtlich
- 9 keine Angabe

5 Verdachtsdiagnose TS

- 1 eindeutig
- 2 unsicher
- 9 keine Angabe

6 Kontakt zur Sprechstunde durch

- 1 Hausarzt
- 2 Gynäkologe/ Urologe/ Androloge/ Endokrinologe
- 3 Psychiater/ Psychologe/ Neurologe
- 4 Selbsthilfegruppe/ andere Betroffene
- 5 andere Anregung/ Empfehlung
- 9 keine Angabe

III. ZUR VORBEHANDLUNG

- 7 ausdrücklich wegen TS bereits (ambulanter) Kontakt zu
- 1 Psychiater/ Psychologe/ Neurologe
 - 2 Gynäkologe/ Urologe/ Androloge/ Endokrinologe
 - 3 Hausarzt
 - 4 TS-Selbsthilfegruppe/ Betroffene
 - 5 Beratungsstelle
 - 9 keine Angabe über die genannten Kontakte
- 8 Vorbehandlung mit gleichgeschlechtlichen Hormonen (auch früher)
- 1 ja
 - 2 nein
- 9 Vorbehandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen zum Zeitpunkt der Erstkonsultation
- 1 ja
 - 2 nein
 - 3 nicht mehr aktuell, aber früher
 - 9 keine Angabe
- 9A soweit hormonelle Vorbehandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen
- 1 ärztlich verordnet
 - 2 ohne ärztliche Verordnung
 - 9 keine Angabe
- 9B Dauer [Monate]: ____ 99 keine Angabe
- 9C falls ärztlich verordnet
- 1 Hausarzt
 - 2 Internist/ Endokrinologe
 - 3 Gynäkologe
 - 4 Urologe
 - 5 andere
 - 9 keine Angabe
- 9D in Abstimmung mit Psychiater / Psychologe
- 1 ja
 - 2 nein
 - 9 keine Angabe/ unklar
- 10 Vornamensänderung zum Zeitpunkt der Erstkonsultation
- 1 erfolgt
 - 2 beantragt
 - 3 nicht erfolgt oder beantragt / keine Angabe
- 11 Operation zum Zeitpunkt der Erstkonsultation teilweise erfolgt
- 1 ja
 - 2 nein
- 12 Personenstandsänderung zum Zeitpunkt der Erstkonsultation
- 1 erfolgt
 - 2 beantragt
 - 3 nicht eingeleitet (erfolgt)/ keine Angabe

IV. ZUR SOZIALEN SITUATION UND AUSBILDUNG

13 Patient lebt

- 1 allein
- 2 mit Partner
- 3 im Elternhaus
- 4 in WG
- 5 betreutes Wohnen
- 9 keine Angabe

14 Patient ist

- 1 arbeitslos
- 2 in Ausbildung (einschließlich Umschulung, Schule, Studium, ZVD)
- 3 berufstätig
- 4 berentet
- 9 keine Angabe (einschließlich Hausmann/-frau)

15 Hauptbezugspersonen sind über TS

- 1 weitgehend informiert
- 2 nicht informiert
- 9 keine Angabe

16 abgeschlossene Schulbildung

- 1 ja
 - 11 Hauptschule
 - 12 Realschule, Fachoberschule
 - 13 Gymnasium
 - 14 noch Schüler
 - 19 keine Angabe
- 2 nein
- 9 keine Angabe

17 Berufsausbildung

- 1 abgeschlossen
- 2 ohne Abschluss
- 3 in der Ausbildung
- 4 (bisher) keine Ausbildung
- 9 keine Angabe

18 Studium

- 1 abgeschlossen
- 2 abgebrochen
- 3 studiert
- 4 kein Studium
- 9 keine Angabe

V. ZUR PSYCHOSOZIALEN ENTWICKLUNG

- 19 prä- und perinatale Komplikationen/ frühkindliche Entwicklungsstörungen
1 ja
2 nicht bekannt/ keine Angabe
- 20 Gesamtzahl der Geschwister: __
Zahl der Schwestern: __
Zahl der Brüder: __
Zahl der Halbgeschwister: __
Zahl der Adoptivgeschwister: __
- 21 Umstände der Geburt
1 ehelich
2 unehelich
leibliche Eltern in fester Partnerschaft
21 ja
22 nein
29 unbekannt
9 keine Angabe
- 22 bis zur Einschulung hauptsächlich aufgewachsen bei
1 Eltern
2 Pflege- oder Adoptiveltern
3 Heim oder sonstige Fremdbetreuung
4 wechselnde Bezugs- und Betreuungsformen
9 keine Angabe
- 23 Heimaufenthalte während der Kindheit und Jugend
1 ja
2 nein
- 24 falls bei den Eltern/ Pflegeeltern/ Adoptiveltern aufgewachsen:
längere Abwesenheit (> 3 Monate) mindestens eines Elternteils bis zur Einschulung
1 ja
11 Mutter
12 Vater
19 keine Angabe
2 nein/ keine Angabe
- 25 Trennung/ Scheidung der Eltern
1 ja
11 vor der Einschulung (6./ 7.LJ)
12 zwischen Einschulung und 16. LJ
13 nach dem 16. LJ
19 Zeitpunkt unbekannt
2 nein
9 keine Angabe
- 26 sexueller Missbrauch in der Kindheit
1 ja
2 nein/ keine Angabe
- 27 körperliche Misshandlung in der Kindheit
1 ja
2 nein/ keine Angabe

VI. ZUR PSYCHIATRISCHEN CO-MORBIDITÄT

- 28 vorausgehende ambulante psychiatrische/ psychologische Behandlung überhaupt
1 ja
2 nein (oder keine ausdrückliche Erwähnung)
- 29 stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
1 ja
2 nein (oder keine ausdrückliche Erwähnung)
- 30 autoaggressive Handlungen in der Vorgeschichte
1 Suizidversuch(e)
11 ja
12 nein/ keine Angabe
2 suizidale Impulse / Gedanken ohne SV
21 ja
22 nein/ keine Angabe
3 andere Selbstbeschädigungshandlungen
31 ja
32 nein/ keine Angabe
- 31 Alkohol- oder Drogenmissbrauch aktuell und in der Vorgeschichte (einschl. Abhängigkeit)
1 ja
2 nein/ keine Angabe
- 32 andere Formen psychiatrischer Co-Morbidität (außer TS und DD, Alkohol/ Drogen, Suizidalität)
1 ja
[Klartext und evtl. ICD]:__
2 nein/ keine Angabe
- 33 strafrechtlich in Erscheinung getreten
1 ja
2. nein/ keine Angabe

VII. ZUR PARTNERSCHAFT UND SEXUALITÄT

34 cross-dressing in der Kindheit

- 1 ja
- 2 nein
- 9 keine Angabe

35 cross-dressing in der Pubertät und Adoleszenz

- 1 ja
- 2 nein
- 9 keine Angabe

36 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

37 heterosexuelle Erfahrung (bezogen auf das biologische Geschlecht)

- 1 überhaupt keine
- 2 GV
- 3 ohne GV
- 4 heterosexuelle Erfahrung, unklar ob GV
- 9 keine Angabe

38 homosexuelle Erfahrung (bezogen auf das biologische Geschlecht)

- 1 ja
- 2 nein
- 9 keine Angabe

39 längere (im Sinne von "feste Beziehung", falls <1/2J.:Monate angeben) homosexuelle Partnerschaft(en) (bezogen auf das biologische Geschlecht)

- 1 ja
- 2 nein
- 9 keine Angabe

40 längere heterosexuelle Partnerschaft(en) (bezogen auf das biologische Geschlecht)

- 1 ja
- 2 nein
- 9 keine Angabe

41 zum Zeitpunkt der Erstkonsultation 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

42 Zahl der Eheschließungen: __

43 Zahl der leiblichen Kinder: __

VIII. ZUM BEHANDLUNGSVERLAUF

44 Anzahl der Konsultationen insgesamt:___

45 Dauer der (bisherigen) Behandlung [Monate]:___

46 Behandlungsunterbrechungen > 6 Monate [Zahl]:___

47 Behandlung abgebrochen/ abgeschlossen (kein Kontakt in den letzten 6 Monaten)

- 1 ja
- 2 nein

47A falls nein:

Zahl der Kontakte innerhalb der letzten 3 Monate:___

Zahl der Kontakte innerhalb der letzten 6 Monate:___

48 körperliche Untersuchung erfolgt

- 1 ja
- 2 nein/ keine Angabe

48A Auffälligkeiten

- 1 ja
- [Klartext]:___
- 2 nein/ keine Angabe

49 ernsthafte anamnestisch bekannte körperliche Erkrankungen

- 1 ja
- [Klartext]:___
- 2 nein/ keine Angabe

50 Hormonanalyse erfolgt

- 1 ja
 - 11 Befund entsprechend dem biologischen Geschlecht
 - 12 Zustand nach Hormonbehandlung (aktuell, nach ärztl. Verordnung)
 - 13 Abweichungen oder Auffälligkeiten
 - 14 Befund nicht bekannt
- 2 nein

51 EEG erfolgt

- 1 ja
 - 11 unauffällig
 - 12 pathologisch/ auffällig
 - 19 unklar/ keine Angabe
- 2 nein

52 Chromosomenanalyse erfolgt

- 1 ja
 - 11 unauffällig
 - 12 pathologisch/ auffällig
 - 19 unklar/ keine Angabe
- 2 nein

- 53 gynäkologischer Untersuchungsbefund
 1 regelrecht
 2 auffällig/ pathologisch
 [Klartext]:__
 3 Befund nicht bekannt
 9 keine Angabe (ob Untersuchung)/ keine Untersuchung
- 54 urologischer Untersuchungsbefund
 1 regelrecht
 2 auffällig/ pathologisch
 [Klartext]:__
 3 Befund nicht bekannt
 9 keine Angabe (ob Untersuchung)/ keine Untersuchung
- 55 sonstige konsiliarische Untersuchung(en)
 Gebiet [Klartext]:__ Grund [Klartext]:__
 1 auffällig/ pathologisch
 [Klartext]:__
 2 Befund unbekannt/ nicht pathologisch
 3 keine Angabe
- 56 testpsychologische Untersuchung erfolgt
 1 ja
 IQ [Gesamtwert]:__
 Hinweise auf hirnorganische Störung
 11 ja
 12 nein
 19 keine Angabe über hirnorganische Störung/ unklar/ fraglich
 2 nein
- 57 Behandlung mit gegengeschlechtlichen Sexualhormonen
 1 (noch) nicht eingeleitet
 2 eingeleitet
 Zahl der Monate nach Erstkontakt: __
 Dauer und Unterbrechungen
 21 kontinuierlich bis Behandlungsende
 22 auf Initiative des Patienten
 23 auf ärztliche Veranlassung
 Grund [Klartext]:
 29 unklar, auf wessen Veranlassung
 3 während der Behandlung ohne Absprache begonnen
- 58 Vornamensänderung
 1 eingeleitet
 2 erfolgt
 3 nicht eingeleitet (erfolgt)/ keine Angabe
- 59 Personenstandsänderung
 1 eingeleitet
 2 erfolgt
 3 nicht eingeleitet (erfolgt)/ keine Angabe