

Thimm, Detlev und Kreuzer, Eva-Maria

## **Transsexualität im Jugendalter - Ein Fallbericht**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 33 (1984) 3, S. 97-104*

urn:nbn:de:bsz-psydok-30328

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

### Aus Praxis und Forschung

<i>Bahr, J., Quistorp, S., Höger, Ch.:</i> Datenschutz und Forschung: Konflikte und Lösungen (Data-Protection and Research: Conflicts and Solutions) . . . . .	296	<i>Kallenbach, K.:</i> Visuelle Wahrnehmungsleistungen bei körperbehinderten Jugendlichen ohne Cerebralschädigung (A Comparative Study of the Visual Perception of Physically Disabled Juveniles without Brain Injury) . . . . .	42
<i>Biermann, G.:</i> Macht und Ohnmacht im Umgang mit Kindern (Power and Powerless in Dealing With Children) . . . . .	206	<i>Kammerer, E., Grüneberg, B., Göbel, D.:</i> Stationäre kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil (Parental Satisfaction with the Inpatient Treatment of Children and Adolescents) . . . . .	141
<i>Broke, B.:</i> Diagnose, Ätiologie und Therapie des Hyperkinese-Syndroms (Diagnosis, Etiology and Therapy in the Case of Hyperkinesis-Syndrome) . . . . .	222	<i>Knoke, H.:</i> Familiäre Bedingungen bei Konzentrations- und Leistungsstörungen (Family Conditions and Disturbances of Concentration and Performance) . . . . .	234
<i>Büttner, M.:</i> Diagnostik der intellektuellen Minderbegabung – Untersuchung über die Zuverlässigkeit von Testbefunden (Intelligence of Mentally Retarded Persons) . . . . .	123	<i>Löchel, M.:</i> Das präsuizidale Syndrom bei Kindern und Jugendlichen (The "Presuicidal Syndrom" in Children and Adolescents) . . . . .	214
<i>Burchard, F.:</i> Praktische Anwendung und theoretische Überlegungen zur Festhaltungstherapie bei Kindern mit frühkindlichem autistischen Syndrom (Practice Of and Theoretical Consideration On Holding Therapy With Autists) . . . . .	282	<i>Mangold, B., Rather, G., Schwaighofer, M.:</i> Psychotherapie bei Psychosen im Kindes- und Jugendalter (Psychotherapy on Psychoses in Childhood and Adolescents) . . . . .	18
<i>Diepold, B.:</i> Depression bei Kindern – Psychoanalytische Betrachtung (Depression in Children – Psychoanalytic Consideration) . . . . .	55	<i>Merkens, L.:</i> Modifikation des 'Frostig-Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW)' zur Anwendung bei Schwerstbehinderten (Modification of the 'Frostig Test for Development of Visual Perception' for Testing the Severely Handicapped) . . . . .	114
<i>Frank, H.:</i> Die stationäre Aufnahme als Bedrohung des familiären Beziehungsmusters bei psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (Admission to Hospital as a Threat to Family Relation Pattern of the Psychosomatically Ill Child and Adolescent) . . . . .	94	<i>Merz, J.:</i> Aggressionen von ein- bis zweijährigen Kindern aus der Sicht der Mütter (Aggressions in One-to Two-Year-Old Children from the Point of View of Their Mothers) . . . . .	192
<i>Gehring, Th. M.:</i> Institution und Ökosystem – Aspekte kinderpsychiatrischer Problemlösungen (Institution and Ecosystem – Approaches to Problem-Solving in Child Psychiatry) . . . . .	172	<i>Pelzer, G.:</i> Supervision in der Gruppe (Group Supervision) . . . . .	183
<i>Gutezeit, G., Marake, J.:</i> Untersuchungen zur Wirksamkeit verschiedener Einflußgrößen auf die Selbstwahrnehmung bei Kindern und Jugendlichen (Studies of the Effects of Various Factors Upon the Self Perception of Children and Juveniles) . . . . .	133	<i>Reich, G.:</i> Der Einfluß der Herkunftsfamilie auf die Tätigkeit von Therapeuten und Beratern (The Family of Origin's Influence on the Professional Activities of Therapists and Counselors) . . . . .	61
<i>Hampe, H., Kunz, D.:</i> Integration und Fehlanpassung Drogenabhängiger nach der Behandlung in einer Therapeutischen Gemeinschaft (Adjustment and Maladjustment of Drug Addicts after Treatment in a Therapeutic Community) . . . . .	49	<i>Reinhard, H. G.:</i> Geschwisterposition, Persönlichkeit und psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen (Birth Order, Personality, and Psychological Disorders in Children and Juveniles) . . . . .	178
<i>Hartmann, H., Rohmann, U.:</i> Eine Zwei-System-Theorie der Informationsverarbeitung und ihre Bedeutung für das autistische Syndrom und andere Psychosen (A Two-System-Theory of Information Processing and Its Significance for The Autistic Syndrome and Other Psychoses) . . . . .	272	<i>Reinhard, H. G.:</i> Streßbewältigung bei verhaltensgestörten Kindern (Coping Styles and Behaviour Disorders) . . . . .	258
<i>Herzka, H. St.:</i> Kindheit wozu? – Einige Folgerungen aus ihrer Geschichte (Childhood – Where to? Some Conclusions Drawn from Its History) . . . . .	3	<i>Rotthaus, W.:</i> Stärkung elterlicher Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen (Enhancing Parental Competence During Inpatient Treatment of Children and Adolescents) . . . . .	88
<i>Höger, Ch., Quistorp, S., Bahr, J., Breull, A.:</i> Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrischen Polikliniken im Vergleich (A Comparison of the Attendance of Child Guidance Clinics and Outpatient Units of Child Psychiatric Hospitals) . . . . .	264	<i>Schwabe-Höllein, M.:</i> Kinderdelinquenz – Eine empirische Untersuchung zum Einfluß von Risikofaktoren, elterlichem Erziehungsverhalten, Orientierung, Selbstkonzept und moralischem Urteil (Juvenile Delinquency) . . . . .	301
<i>Jungjohann, E. E., Beck, B.:</i> Katamnestiche Ergebnisse einer Gesamtgruppe von Patienten eines regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungszentrums (Results of a Follow-Up-Study of a Total Group of Patients of a Regional Child Psychiatric Therapeutic Service) . . . . .	148	<i>Sohni, H.:</i> Analytisch orientierte Familientherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Grundlagen, Indikation, Ziele (Analytically Orientated Family Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Fundamentals, Indication, Goals) . . . . .	9
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Literaturübersicht (Transsexualism in Juveniles) . . . . .	70
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Ein Fallbericht (Transsexualism in Juveniles – A Case Report) . . . . .	97
		<i>Vogel, Ch.:</i> Multiple Tics und Autoaggressionen – Ein Fall sekundärer Neurotisierung bei postvaccinaler Enzephalopathie (Multiple Tics and Auto-Aggressive Tendencies. A Case Report of Secondary Neurosis by a Cerebral Dysfunction after Vaccination) . . . . .	188

## Pädagogik und Jugendhilfe

<i>Goldbeck, L.</i> : Pflegeeltern im Rollenkonflikt – Aufgaben einer psychologischen Betreuung von Pflegefamilien (Foster Parents in Role Conflicts – Tasks for the Guidance of Foster Families) . . . . .	308
<i>Hess, Th.</i> : Systemorientierte Schulpsychologie (System-oriented School Psychology) . . . . .	154
<i>Krebs, E.</i> : Familienorientierung in der Heimerziehung – Die konzeptionelle Weiterentwicklung des therapeutisch-pädagogischen Jugendheimes „Haus Sommerberg“ in Rösrath (Family Orientation in Institutions for Disturbed Adolescents – The Conceptional Development of the Therapeutic-Pedagogic Institution „Haus Sommerberg“ in Rösrath near Cologne) . . . . .	28
<i>Quenstedt, F.</i> : Neurotische Kinder in der Sonderschule – Therapeutische Einflüsse und Probleme (Neurotic Children in Special Schools – Therapeutic Influences and Problems) . . . . .	317
<i>Wartenberg, G.</i> : Perspektivlosigkeit und demonstrative Lebensstil-Suche – Der junge Mensch im Spannungsfeld gesellschaftlicher Entwicklung (Lack of Prospects and the Demonstrative Search for a Life Style – Young People in the Conflicts of Societal Developments) . . . . .	82
<i>Wolfram, W.-W.</i> : Im Vorfeld der Erziehungsberatung: Psychologischer Dienst für Kindertagesstätten (On the Perimeter of Child Guidance Clinics: Psychological Services for Kindergartens) . . . . .	239

## Tagungsberichte

<i>Diepold, B., Rohse, H., Wegener, M.</i> : Anna Freud: Ihr Leben und Werk – 14./15. September 1984 in Hamburg . . . . .	322
<i>Hoffmeyer, O.</i> : Bericht über das 3. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindesalters am 28./29.10.1983 . . . . .	159
<i>Weber, M.</i> : Bericht über die Tagung „Beratung im Umfeld von Jugendreligionen“ vom 3.–6. November 1983 in Lohmar . . . . .	34

## Ehrungen

Hans Robert Ietzner – 60 Jahre . . . . .	105
Ingeborg Jochmus zum 65. Geburtstag . . . . .	244
Friedrich Specht zum 60. Geburtstag . . . . .	322
Johann Zauner – 65 Jahre . . . . .	323

## Literaturberichte (Buchbesprechungen)

<i>Aulagnier, P.</i> : L'apprenti-historien et le maître-sorder. Du discours identifiant au discours délirant . . . . .	325
<i>Awiszus-Schneider, H., Meuser, D.</i> : Psychotherapeutische Behandlung von Lernbehinderten und Heimkindern . . . . .	36

<i>Beland, H., Eickhoff, F.-W., Loch, W., Richter, H.-E., Meistermann-Seegeer, E., Scheunert, G.</i> (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse . . . . .	251
<i>Breuer, C.</i> : Anorexia nervosa – Überlegungen zum Krankheitsbild, zur Entstehung und zur Therapie, unter Berücksichtigung familiärer Bedingungen . . . . .	292
<i>Corsini, R. J., Wenninger, G.</i> (Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie . . . . .	105
<i>Davidson, G. C., Neale, J. M.</i> : Klinische Psychologie – Ein Lehrbuch . . . . .	325
<i>Drewermann, E., Neuhaus, I.</i> : Scheeweissen und Rosenrot. Grimms Märchen tiefenpsychologisch gedeutet . . . . .	75
<i>Faust, V., Hole, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie und Massenmedien . . . . .	165
<i>Friedrich, M. H.</i> : Adoleszentenpsychosen, pathologische und psychopathologische Kriterien . . . . .	77
<i>Hackenberg, W.</i> : Die psycho-soziale Situation von Geschwistern behinderter Kinder . . . . .	163
<i>Herzka, H. St.</i> (Hrsg.): Konflikte im Alltag . . . . .	165
<i>Hoyler-Herrmann, A., Walter, J.</i> (Hrsg.): Sexualpädagogische Arbeitshilfen für geistigbehinderte Erwachsene . . . . .	324
<i>Kast, V.</i> : Familienkonflikte im Märchen – Beiträge zur Jungschen Psychologie . . . . .	199
<i>Lipinski, Ch. G., Müller-Breckwoldt, H., Rudnitzki, G.</i> (Hrsg.): Behinderte Kinder im Heim . . . . .	199
<i>Loch, W.</i> (Hrsg.): Krankheitslehre der Psychoanalyse . . . . .	292
<i>Maker, C. J.</i> : Curriculum Development for the Gifted . . . . .	36
<i>Maker, C. J.</i> : Teaching Models in Education of the Gifted . . . . .	36
<i>Minuchin, S., Fishman, H. Ch.</i> : Praxis der strukturellen Familientherapie, Strategien und Techniken . . . . .	161
<i>Nielsen, J., Sillesen, J.</i> : Das Turner-Syndrom. Beobachtungen an 115 dänischen Mädchen geboren zwischen 1955 und 1966 . . . . .	107
<i>Paeslack, V.</i> (Hrsg.): Sexualität und körperliche Behinderung . . . . .	200
<i>Petermann, U.</i> : Training mit sozial unsicheren Kindern . . . . .	37
<i>Postman, N.</i> : Das Verschwinden der Kindheit . . . . .	76
<i>Probst, H.</i> : Zur Diagnostik und Didaktik der Oberbegriffsbildung . . . . .	38
<i>Reimer, M.</i> : Verhaltensänderungen in der Familie. Home-treatment in der Kinderpsychiatrie . . . . .	107
<i>Rett, A.</i> : Mongolismus. Biologische, erzieherische und soziale Aspekte . . . . .	162
<i>Reukauf, W.</i> : Kinderpsychotherapien. Schulbildung-Schulstreit-Integration . . . . .	164
<i>Richter, E.</i> : So lernen Kinder sprechen . . . . .	325
<i>Schuschke, W.</i> : Rechtsfragen in Beratungsdiensten . . . . .	201
<i>Sperling, E., Massing, A., Reich, G., Georgi, H., Wöbbe-Mönks, E.</i> : Die Mehrgenerationen-Familientherapie . . . . .	198
<i>Stockenius, M., Barbuceanu, G.</i> : Schwachsinn unklarer Genese . . . . .	245
<i>Tscheulin, D.</i> (Hrsg.): Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie: zur Diskussion um eine differentielle Gesprächspsychotherapie . . . . .	198
<i>Walter, J.</i> (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung . . . . .	324
<i>Zlotowicz, M.</i> : Warum haben Kinder Angst . . . . .	291

**Mitteilungen:** 39, 78, 108, 167, 202, 253, 293, 326

Aus der Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und  
Jugendalters der Freien Universität Berlin  
(Komm. Leiter Prof. Dr. Dr. H.-Ch. Steinhausen)

## Transsexualität im Jugendalter

### Ein Fallbericht

Von Detlev Thimm und Eva-Maria Kreuzer

#### Zusammenfassung

Es wird über eine 16jährige Transsexuelle berichtet, die über zwei Jahre von einem Arzt und einer Psychologin poliklinisch und im Rahmen einer Krisenintervention kurzfristig stationär betreut wurde.

Es wurde die in der internationalen Literatur beschriebene Vorgehensweise angewandt, die die Autoren in einer theoretischen Übersichtsarbeit beschrieben haben (*Thimm, Kreuzer, 1984*).

Bei der Betreuung der Patientin zeigte sich in typischer Weise, daß das einzige Anliegen dieser Patientin der

Wunsch nach Umwandlung war und damit jedes psychotherapeutische Bemühen abgewehrt werden mußte.

In Erweiterung unserer Problemeinführung (Thimm und Kreuzer, 1984), berichten wir über eine bei der Erstvorstellung 16jährige weibliche Transsexuelle, die wir über zwei Jahre betreut haben. Die Erstvorstellung erfolgte auf Überweisung eines Arztes aus einer psychiatrischen Abteilung für Erwachsene, nachdem dort die Diagnose der Transsexualität gestellt worden war.

## 1. Vorgeschichte

### 1.1. Familienanamnese

W. ist das jüngste von drei Kindern (zwei Brüder, + 7, + 12, Geburt 1962, ehelich).

Der Kindsvater, 1936 geboren, war Pflegekind. 1952 lernten sich die Eltern in einer Kleinstadt in der DDR kennen, heirateten wegen eingetretener Schwangerschaft, die aber eine Extrauterin gravidität war. Der Kindsvater brach eine Bäckerlehre ab und ging als Hauer zum Bergbau, blieb dort in einer Anlernstätigkeit.

Die Kindsmutter, 1934 geboren, kam ebenfalls nach der Scheidung ihrer Eltern zeitweilig zu einer Pflegefamilie, da der Stiefvater versucht haben soll, sie sexuell zu mißbrauchen.

Nach Abschluß der 10. Klasse habe die Kindsmutter eine 3jährige Ballettausbildung absolviert, wurde jedoch dann Erzieherin. Über ein Fernstudium soll sie zusätzlich „Leiterin für künstlerisches Volksschaffen“ geworden sein. Als solche hat sie Volkstanzgruppen geleitet. Die Ehe sei schlecht gewesen, der Kindsvater habe sehr viel getrunken, die Ehefrau und die Kinder geschlagen.

1972/73 erfolgte die Scheidung. Anschließend unternahm die Kindsmutter mit allen Kindern einen Fluchtversuch aus der DDR, der fehlschlug. Nach einer Haft bis November 1974 konnte sie mit den Kindern nach Westberlin übersiedeln, wo sie seither von Sozialunterstützung lebt. In der Aszendenz sind keine Familienkrankheiten bekannt. Die Kindsmutter hat folgende Operationen gehabt: 1945 Appendektomie, 1952 Extrauterin gravidität, 1963 eine weitere Unterleibsoperation, 1966 Operation einer Nabelhernie und während der Haftzeit eine Gallenblasenoperation. 1972 soll die Kindsmutter in der DDR wegen einer Enzephalitis stationär behandelt worden sein. Von August bis November 1976 war sie erstmals stationär wegen einer sich langsam zurückbildenden sensiblen und motorischen Lähmung der Beine, einer Sehstörung und vorübergehender Harninkontinenz in Behandlung. Die Diagnose einer Enzephalomyelitis disseminata wurde gestellt. Weitere Krankenhausaufenthalte wegen dieser Krankheit waren während unseres Beratungszeitraumes nötig.

### 1.2. Eigenanamnese

Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung verliefen unauffällig. 1973 sechs Wochen Kuraufenthalt in

einem Salzbergwerk wegen chronischer Bronchitis, ansonsten keine auffälligen Krankheiten. Zur jetzigen Problematik geben die Kindsmutter und W. übereinstimmend an, daß W. schon immer ein Junge sein wollte. Die frühesten Erinnerungen der Mutter daran gehen in das vierte Lebensjahr zurück. W. habe immer mit Jungen spielen wollen, immer Hosen angehabt, nur jugenhafte Spiele betrieben. Den Renn-Kanu-Sport habe sie erst wegen der chronischen Bronchitis aufgeben müssen. Während beide Brüder Boxsport betrieben, war W. Mitglied in einem Judoverein, später in einer Karateschule.

Das jugenhafte Verhalten sei von der Kindsmutter nicht weiter beachtet worden, bis mit Beginn der Pubertät im 12. Lebensjahr die Kindsmutter versucht habe, W. dazu zu bewegen, Kleider anzuziehen, weibliche Hausarbeiten auszuführen und sich weiblich zu benehmen. Besonders den Nachbarn und einigen Verwandten gegenüber war der Kindsmutter W.s Verhalten sehr peinlich. Im letzten Jahr trat parallel zu der nicht mehr zu verheimlichenden starken Brustentwicklung ein zunehmender sozialer Rückzug W.s auf, sie hatte keine Freunde mehr, keine Außenkontakte, fiel in der Schule leistungsmäßig stark ab und fing an, die Schule zu schwänzen. Die Kindsmutter hatte bereits einen praktischen Arzt, einen Gynäkologen und einen niedergelassenen Psychiater aufgesucht, ehe sie in der Erwachsenenpsychiatrie erstmals damit konfrontiert wurde, daß W.s Wunsch, als Junge gesehen zu werden, ernstgenommen werden muß.

## 2. Befunde

### 2.1. Körperliche Untersuchung

Die internistische Untersuchung des 1,62 m großen und 75,7 kg schweren Mädchens ist bis auf einen Blutschwamm über der Lendenwirbelsäule völlig unauffällig. W. ist vom Phänotyp her weiblich, was auch die gynäkologische Untersuchung bestätigte. Bei der Untersuchung sind die relativ großen Brüste plattgedrückt und nach unten gezogen. W. trägt bei der Untersuchung eine Männerunterhose, die mit einem ausgestopften Strumpf ausgepolstert ist und darunter einen Frauenstretchgürtel, um die Beckenform zu modellieren. Zeichen für eine hormonelle Störung finden sich nicht. Die neurologische Untersuchung ist unauffällig, kein Hinweis auf eine cerebrale Bewegungsstörung. Im EEG Normalbefund. Bei der Chromosomenanalyse normaler weiblicher Kariotyp, sonstige internistische Laboruntersuchungen normal.

### 3.2. Psychopathologische Befunde

Die Patientin trägt Hosen und Oberhemden mit Brusttaschen, darüber meist Jeanswesten oder eine andere Jacke, um die Brustentwicklung zu verbergen. Die Haare sind kurz geschnitten, die Gesichtszüge weich, Haltung und Gestik im Sitzen, im Stehen und Gehen sind männlich (fester Händedruck). Von der Stimmung her wirkt W. anfangs ausgeglichen, nur selten zeigen sich leicht depres-

sive Züge. Die affektive Spielbreite wirkt nicht wesentlich eingeschränkt. Im Antrieb keinerlei Auffälligkeiten, aber das ganze erste Gespräch ist von W.s Wunsch bestimmt, ein Junge sein zu wollen und alle nur möglichen Schritte in die Wege zu leiten, um das zu erreichen. Sie gibt an, vor allem vor dem Sommer Angst zu haben, wenn ihre Brustentwicklung nicht mehr zu verheimlichen ist. Die soziale Isolation, die aus der objektiven Schilderung sehr deutlich wird, versucht sie herunterzuspielen, ebenso wie die reaktive Depressivität. Bei der Schilderung sozialer Kontakte vermischen sich Wunschbild und Realität ständig. Nur mit Korrektur der Aussage durch die Mutter ließ sich ein klares Bild gewinnen.

Die Mutter ist eine 44jährige, magere, abgeklärte Frau mit weißblondgefärbten, sehr kurzen Haaren. Sie kommt am Stock humpelnd. Sie macht einen sehr leidenden Eindruck, bemüht sich jedoch, immer Fassung zu wahren. Über eigene Probleme kann sie kaum sprechen, über Ehe und Sexualität äußert sie sich nur sehr pauschal und idealisierend. Sie gibt an, hohe Erwartungen an W. als Mädchen gehabt zu haben und fühlt sich jetzt von W.s Problematik bedroht, fürchtet die Verachtung der Umwelt, hat Angst vor weiterer Isolation. Das Angebot zur Bewältigung der neuen Situation eine eigene Bezugsperson zur Beratung zu bekommen, lehnt sie ab. Zu diesem Zeitpunkt benutzt sie für die Patientin die männliche Anredeform und signalisiert, daß sie mit einer Geschlechtsumwandlung einverstanden ist, da sie sonst Angst habe, daß W. sich etwas antun könnte.

### 3.3. Psychologische Untersuchung

W.s intellektuelles Leistungsvermögen befindet sich im Bereich des oberen Normdrittels.

Bei der Beurteilung der Persönlichkeits- und Familienstruktur leistete uns der Giessen-Test wertvolle Dienste. Die Einschätzung der Familienmitglieder durch W. war uns vor allem deshalb wichtig, um eine mögliche Identifizierung mit einem bestimmten Rollenverhalten oder dessen Abwehr zu erfassen.

W. beurteilte darin zum einen, wie sie sich im Vergleich zu anderen Menschen erlebt (Selbstbild = SB), wie sie eigentlich sein möchte (Idealbild = IB), zum anderen wie sie ihre Mutter und den jüngeren Bruder im Vergleich zu anderen erlebt (Fremdbild-Kindsmutter = FB<sub>w</sub>, Fremdbild-Bruder = FB<sub>m</sub>). Die Beurteilung des älteren Bruders M. wird nicht erfaßt, da er schon seit mehreren Jahren nicht mehr in der Familie lebt.

Beim Vergleich des Selbstbildes und Idealbildes fällt auf, daß W. eigentlich mehr sozial geachtet und anerkannt sein möchte. Sie ist nur schwer in der Lage, sich ein- bzw. unterzuordnen, möchte darin angepaßter sein. In ihrer Beziehung zur Umwelt reagiert sie deutlich spontan, wenig kontrolliert, auch hier möchte sie zielgerichteter sein. Der größte Leidensdruck scheint bezüglich ihrer depressiven Erlebnisverarbeitung zu bestehen. Sie möchte sich weniger häufig mit ihren emotionalen Problemen auseinandersetzen müssen und weniger von äußeren Umständen abhängig sein. Hinsichtlich emotionaler Offenheit und sozialen Fähigkeiten erlebt sie sich kongruent.

Beim Vergleich des Selbstbildes mit dem Profil der Kindsmutter fällt die Übereinstimmung in der depressiven Erlebnisverarbeitung auf, die bei beiden überdurchschnittlich hoch ist. Im Bereich der sozialen Anerkennung wird die Kindsmutter deutlich idealisiert. Sie möchte ebenso anerkannt, geduldig und angepaßt wie diese sein.

Bei der Betrachtung des weiteren Verlaufs beider Profile (Skala 3–6) kommt es weder bezüglich des Selbstbildes,

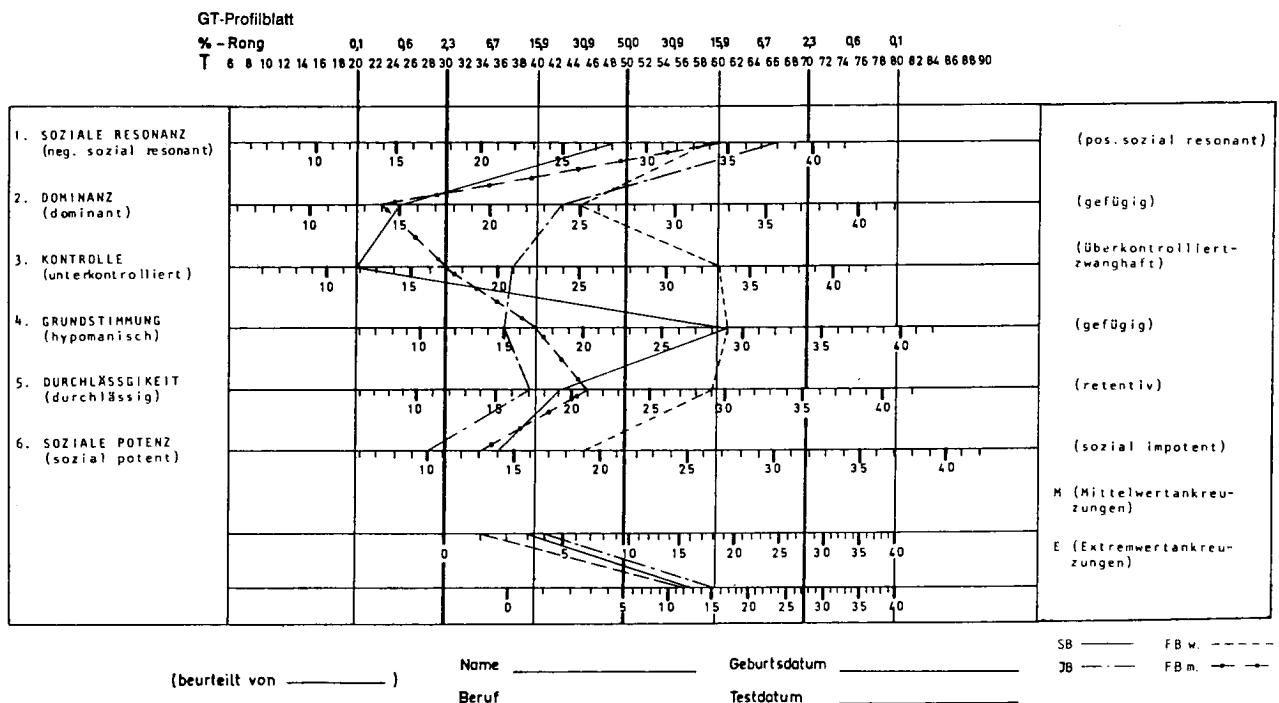


Abb. 1: Darstellung der Persönlichkeitsstruktur W.s (SB, IB), der Mutter und des Bruders in der Beurteilung durch W. (FB<sub>w</sub>, FB<sub>m</sub>)

noch des Idealbildes zu Ähnlichkeiten. So wie sie die Kindsmutter erlebt, möchte sie nicht sein. Hier kommt andeutungsweise die Ablehnung der weiblichen Rolle, so wie die Kindsmutter sie realisiert, zum Ausdruck. Mit dem Bruder dagegen kann sie sich schon eher identifizieren. Im Bereich ihrer Idealvorstellung stimmt sie am ehesten mit dessen Rollenrealisierung überein. In den anderen Persönlichkeitsverfahren zeigt sich ein ähnliches Bild. Im FPI wird zusätzlich eine geringe Frustrationstoleranz und eine typisch männliche Selbstdarstellung deutlich.

Im TAT zeigt sich, daß sie Frauen in ihrer Beziehung zu Männern als passiv, abwartend und weich erlebt. Das Verhältnis zwischen beiden wird als etwas Bedrohliches und z.T. Erpresserisches erlebt. Sexuelle Beziehungen werden weitestgehend ausgeklammert. In einer möglichen Konkurrenz mit Frauen fühlt sie sich von Anfang an ungleichberechtigt und unterlegen. In der Deutung eines Bildes des TAT kommt es zu aggressiven Wünschen mit Tötungscharakter Frauen gegenüber. Des weiteren wird auch in diesem Test eine depressive Erlebnisverarbeitung, das Gefühl, von der Umwelt abgelehnt zu werden, nicht mehr dazugehören, deutlich.

### 3. Verlauf

#### 3.1. Ablauf unserer Betreuung

Bei der Erstuntersuchung war klar, daß es sich um eine schwere Störung der Geschlechtsrollenidentität handelt. Wir haben von Anfang an als Therapeutenpaar fungiert, um die Identifikationsmöglichkeiten in beiden Richtungen offen zu lassen. Wir haben mit der Patientin frühzeitig durchgesprochen, daß wir die Diagnose „Transsexualität“ bestätigen und sie bei ihrem Wunsch nach einer Geschlechtsumwandlung unterstützen werden, daß jedoch eine Hormontherapie nicht vor Abschluß des 18. Lebensjahres begonnen werden kann und definitive Schritte erst danach eingeleitet werden würden. Für die Zwischenzeit haben wir unsere Unterstützung bei der Lösung der bis dahin auftretenden Probleme zugesagt. Ein halbes Jahr lang hatte W. bei uns regelmäßig einmal in der Woche Gesprächstermine, die anfangs von den Therapeuten im Wechsel unter gegenseitiger Supervision, dann von dem männlichen Therapeuten übernommen wurden, da sich W. bei diesem aktiver verhielt. Die meisten Gespräche in diesem Behandlungsabschnitt wurden auf Tonband aufgenommen.

In der Anfangsphase nahm W.s Angst, im Sommer bei der leichten Kleidung wegen der Brust aufzufallen, stärker zu. Obwohl von uns rechtzeitig verordnet, gelang es erst im Hochsommer, ein Korsett zur Kaschierung der Brüste zu bekommen, was die Patientin seither trägt. Kurz nach der Erstvorstellung wurde W. nach eigenen Berichten in der Schule von Mitschülern stark gehänselt und zu einer Prügelei provoziert, die jäh endete, als W. durch einen Zuruf „Zwitter“ wie festgenagelt erstarrte und verletzt wurde. Mit einer Platzwunde und Verdacht auf eine Gehirnerschütterung wurde sie im Krankenhaus auf der Frauenstation aufgenommen, wo ein verständnisvoller Arzt ihr ein Einzelzimmer gab. Anschließend erfolgte in Zusammenarbeit mit dem schulpsychologischen Dienst eine Befreiung vom Schulunterricht und Privatunterricht bis zu den Sommerferien 1978. Danach erfolgte die erneute Einschulung in einer Aufbauklasse zum Gymnasium in einem neuen Berliner Bezirk. Dort wurde W. erstmals als Junge eingeschult, wobei nur der Rektor und der Klassenlehrer über die Geschlechtsrollenproblematik informiert waren. Anfangs wurde W. in der Klasse

nicht abgelehnt. Auch die anfänglichen Leistungen waren recht gut und die Probezeit wurde bewältigt. Das Halbjahreszeugnis im Januar 1979 sei befriedigend gewesen.

Über ein halbes Jahr wurden die Gesprächstermine relativ regelmäßig wahrgenommen, dann wurden diese sehr unregelmäßig, sie fehlte unentschuldigt oder kam stark verspätet. Da wir trotz großer Geduld diesen Widerstand über einen langen Zeitraum gleichmäßig erlebten und unser Ziel, zum gefühlsmäßigen Erleben der Patientin Zugang zu finden, nicht erreichen konnten, haben wir zuerst die Gesprächsfrequenz von einmal wöchentlich auf einmal monatlich reduziert mit dem Angebot, falls W. es wünsche, weitere Termine einzurichten. Als diese Termine ebenfalls nicht regelmäßig wahrgenommen wurden, haben wir es der Patientin seit November 1978 freigestellt, sich nach ihrem Bedarf jederzeit mit uns in Verbindung zu setzen.

Einige Monate hörten wir von W. nichts mehr, die Situation schien stabilisiert. Anfang April 1979 teilte W. uns mit, daß sie in der Schule völlig den Anschluß verloren habe und deshalb die 9. Klasse wiederholen wolle. Desweiteren drohe ein Schulverweis wegen wiederholtem unentschuldigtem Fehlen. Im persönlichen Gespräch klagte sie, daß das Korsett ihre Brustentwicklung nicht mehr genügend korrigiere. W. werde auf der Straße des öfteren mit Fräulein angeredet und in der Wohngegend von einem Jungen auch mal um die Schulter gefaßt und mit „Freundin“ bezeichnet. Es kam zu der deutlich aggressiv gestellten Forderung: „Die Brust muß ab!“

Weiter wurde von einer Reihe psychoorganischer Beschwerden berichtet wie Kopf- und Ohrenschmerzen, Ohnmachts- und Abwesenheitszustände, Druckgefühle im Kopf, etc.. Um W. unabhängig von unserer Institution – in der sie Unterstützung bei der Geschlechtsumwandlung erwartete und sich wenig gesprächsbereit gezeigt hatte – Gelegenheit zur emotionalen Auseinandersetzung mit der jetzigen Situation zu geben, vermittelten wir eine externe Beratung bei einem analytisch orientierten Psychotherapeuten. Da W. sich weigerte, weiterhin zur Schule zu gehen und da andererseits ein Schulverweis drohte, kam es nach Absprache mit dem schulpsychologischen Dienst zur Krankenschreibung bis Jahresende.

Die schulische Betreuung erfolgte ambulant in unserer Klinikschule. Der Schulbesuch erfolgte unregelmäßig, mit unterschiedlichen Begründungen (oft die des Verschlafens). Die psychoanalytisch orientierte Behandlung wurde nach dem sechsten Kontakt aufgrund des massiven Widerstandes der Patientin trotz erheblicher Toleranz des Therapeuten abgebrochen.

In dieser Zeit hörten wir erstmals von wiederholtem, übermäßigem Alkoholkonsum. So mußte W. einmal vom Karatelehrer in die Ersthilfestation eines Krankenhauses gebracht werden, weil sie volltrunken in der Karateschule kollabiert war.

Im August 1979 rief W. die Therapeutin an, teilte ihr mit, daß sie sich das Leben nehmen wolle, da sie sich in eine Sache hineingekissen habe, aus der sie nicht mehr herauskäme. Sie bat darum, daß auf ihrem Grabstein der männliche Vorname stehen und niemand erfahren solle, daß sie ein Mädchen gewesen sei, insbesondere der Karatelehrer nicht. Im persönlichen Gespräch erzählte W. uns dann, daß sie seit einiger Zeit den Impuls gehabt habe, jemanden umzubringen, den sie liebt. Da dies jedoch nicht realisierbar war, rief sie wochenlang, mehrmals täglich den Karatelehrer an, ohne ein Wort zu sagen. Als dieser durch die Post erfuhr, daß sie die Anruferin war, drohte er mit Anzeige und einem Schadenersatzanspruch von DM 30000,-. Auch nach einem Anruf W.s und einem telefonischen Gespräch mit uns blieb der Karatelehrer weiterhin bei der Androhung einer Anzeige. Aufgrund der damit verbundenen deutlichen Suizidalität boten wir eine stationäre Aufnahme an. Diese wurde erleichtert aufgenommen, da W. sich der augenblicklich drohenden Auseinandersetzung entziehen konnte.

Es kam dann zu einem gemeinsamen Gespräch mit dem Karatelehrer, in dessen Verlauf sich zeigte, daß er sie als Mädchen ken-

nengelernt habe und über das Problem ihres Wunsches nach Geschlechtsumwandlung voll informiert war. Eine Anzeige erfolgte nicht.

Auf der Jugendlichenstation (Einzelzimmer) ordnete sie sich anfangs gut ein. Sie fand sehr schnell Kontakt und wurde als Junge akzeptiert. Sie besuchte weiterhin ihre alte Schule. Auf dem Weg dorthin und nach Schulschluß kam es zunehmend zu kleinen Unfällen oder zu anderweitigen nicht vorhersehbaren Ereignissen, die alle etwas inszeniert und demonstrativ wirkten. Häufig wurden dadurch Verabredungen auf Station oder Therapiestunden stark verspätet wahrgenommen oder einfach vergessen. W. war dann über alle Einschränkungen, die auf ihr Verhalten folgten empört, und fühlte sich deutlich eingeengt.

W. brachte sich durch ihr Verhalten immer wieder in ausweglose Situationen. Als Beispiel soll eine von uns als typisch erlebte Reaktionsweise dienen:

Da das erste Korsett inzwischen brüchig geworden war, konnte es die optische Korrektur ihrer Brüste nicht mehr voll gewährleisten. Anfangs drängte W. massiv auf die Beschaffung eines zweiten Korsettes, ließ sich dafür von der Schule freistellen, war jedoch über Wochen hinaus nicht in der Lage, dieses zweite Korsett wirklich zu beschaffen. Sie besuchte statt dessen ihre Mutter, erlitt unklare Unfälle, oder die U-Bahn war im Stau. Alles in allem setzte sie diesen harmloseren Maßnahmen im Vorfeld der Geschlechtsumwandlung soviel Widerstand entgegen, daß sie sich immer wieder in ausweglose Situationen hineinmanövrierte und meinte, so in die männliche Rolle nie hineinfinden zu können. Sie trug dann auch im weiteren stationären Verlauf zunehmend durch provozierend-überzogenes männliches Rollenverhalten (sie fragte z.B. eine Krankenschwester, ob sie ihr ein Kind machen solle) die Aufmerksamkeit anderer Patienten auf sich. Diese setzten sich dann auch verstärkt mit ihrer äußeren Erscheinung auseinander, so daß es schließlich zur Frage kam, was sie denn unter ihrem Hemd trage. Als ihr ein männlicher Mitpatient an die Brust faßte, drängte W. schließlich nach vier Wochen auf Entlassung, der wir auch nachkamen.

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgte die Rückstufung von der 10. in die 9. Klasse, da das Lerndefizit nicht mehr aufholbar war. Später kam der Wunsch nach Ausschulung, da W. eine Ausbildung aufnehmen wollte, zu der sie das Abitur nicht benötigte.

Auf unsere Veranlassung wurde sie erstmals im Oktober 1979 im Institut für Sexualforschung, Hamburg, vorgestellt. Die Diagnose – Transsexualität – wurde bestätigt, um eine Operation komme man bei W. nicht herum. Die Hormonbehandlung sollte recht bald, jedoch praktischerweise erst nach einer Arbeitsaufnahme, um ein soziales Abgleiten zu verhindern, erfolgen. Nach der einjährigen Hormonbehandlung und einem einjährigen real-life-Test könne die Brustoperation erfolgen, wobei genitalkorrigierende Maßnahmen, die von W. immer stärker gefordert wurden, nicht vor dem 25. Lebensjahr erfolgen sollten.

Im April 1980 zog sie in die Nähe von Hamburg, da sie am Sexualmedizinischen Institut andere Transsexuelle kennengelernt hatte und glaubte, sich in diese Umwelt besser integrieren zu können.

Im Juli 1980 berichtete sie uns dann, daß sie für immer in Westdeutschland bleiben wolle, daß sie inzwischen inoffiziell alle Papiere auf den männlichen Namen (außer der Geburtsurkunde) ausgestellt bekommen habe und in einer Autofabrik arbeite, voll in der männlichen Rolle. Bisher würde sie von den männlichen Kollegen auch darin akzeptiert. Zwischenzeitlich kam es zu erheblichem Alkoholkonsum, mit Phasen von Stabilisierung.

Im Herbst 1981 war die Brustamputation erfolgt. Jetzt versucht sie mit Hilfe eines Anwaltes eine offizielle Namensänderung zu erreichen, die bisher jedoch nicht vor dem 25. Lebensjahr möglich ist.

### 3.2. Inhalt der Gespräche

Die Beziehung zum Vater in der frühen Kindheit ist durch folgende Zitate gekennzeichnet:

*„Ich war das Lieblingskind gewesen, weil ich die Jüngste war und ein Mädchen ... Der hat mich überall hin mitgenommen, zum Skat und so ... Ich konnte von Vati alles kriegen.“* Auch wird der Vater wegen seiner Arbeitsleistung und Kraft (*„der konnte arbeiten wie ein Tier“*) anerkannt. Getrübt wird das Verhältnis durch die Vorfälle, wenn der Vater betrunken war, auch wenn die anderen Familienmitglieder, besonders die Mutter, stärker bedroht waren als sie selbst. So zieht W. das Fazit:

*„Wenn sich einer so aufführt, dann hat eine Frau schließlich das Recht, sich von dem Mann zu trennen.“* Die Trennung selber hat W. sehr belastet, sie hatte damals überlegt, beim Vater zu bleiben, da es ihr bei ihm gut ging, ist dann aber doch zur Mutter gegangen. Heute mag W. über die Tragweite dieser Entscheidung nicht nachdenken, es gibt kein Zurück, *„jetzt würde ich für den Vati den Finger nicht mehr rühren.“*

W. beschreibt, daß die Mutter *„früher eine angesehene Frau war und Erfolg mit ihrer Tanzgruppe hatte“*, den sie nicht aufrecht erhalten konnte, weil sie nicht in der Partei war. Der Kindsvater habe sich niemals für diese Arbeit interessiert und diese Erfolge nicht gewürdigt.

Die Kindsmutter ihrerseits wollte, daß der Kindsvater sich fortbildete und wenigstens eine Lehre abschloß. Während W. oftmals betont, daß die Kindsmutter früher eine attraktive Frau war, kommt gelegentlich auf, daß *„sie schon immer krank war, mit vielen Operationen und so“*. Heute ist die Mutter für sie die wichtigste Bezugsperson geworden, *„mit der man alles besprechen kann“*, *„ich würde sehr traurig sein, wenn sie stürbe, weil ich am engsten von der Familie mit ihr verbunden bin“*. In der idealisierten Bewunderung W.'s, wie die Mutter ihr Schicksal erträgt – *„was die alles ausgehalten hat“* oder *„wie die das alles seelisch durchhält“* – mischt sich nur selten Kritik: *„Man kann sie auch leicht verletzen“*, *„sie opfert sich manchmal zu viel für einen auf“*. Erst später in der Betreuung kann die Patientin beschreiben, daß ihr die gefühlvolle, appellative Art der Kindsmutter schon öfter zu viel wurde, sie würde dann im Gespräch zunehmend starrer und *„kalte Wut“* käme in ihr hoch. In einem solchen Zustand hatte sie ca. zwei Jahre vor der Erstvorstellung den Drang gehabt, die Mutter mit dem Messer zu erstechen, habe erst im Schlafzimmer der Mutter das Messer fallenlassen, bekam einen Weinkrampf und erzählte der Mutter alles, die dann die Patientin voller Verständnis tröstete.

Zu den psychologischen, sozialen und sexuellen Aspekten der Geschlechtsrolle erfuhren wir folgendes:

W. habe seit Jahren, deutlich seit der Zeit des sozialen Rückzugs, Tagträume gehabt. Dabei sei sie als Junge in Bandenkämpfe verwickelt, müsse, zuerst abgelehnt, massive Quälereien erdulden, ehe sie sich durchkämpfen und in einem Rachefeldzug die Gegner grausam besiegen könne und *„ich dann gere(ä?)cht bin“*. Diese Bilder kämen immer wieder dranghaft in ihr hoch und die Patientin selbst führt ihre Konzentrationsstörung in der Schule darauf zurück. Ähnlich aggressive Gefühle treten auch in Alltagssituationen auf. So empfinde W. plötzlich in der U-Bahn Haß gegen die anwesenden Männer, bis zu dem Wunsch, sie totzuschlagen (*„weil die einen richtigen Penis haben und nichts daraus machen“*).

Diese Gefühle bleiben nicht nur auf Männer beschränkt. W. berichtet, daß sie in ihrer alten Schule einer ganz netten Mitschülerin, die sich über einen gezerzten Arm beklagt habe, diesen noch extra stark verdreht habe und dann plötzlich, in einer über sie kommenden Wut, das Mädchen ins Gesicht geschlagen habe. Neben diesen affektiven Durchbrüchen äußert W. auch ganz

rational, daß „Männer dieser Gesellschaft doch immer 10% mehr Glück hätten als Frauen“.

Bezüglich ihrer Berufsvorstellung äußerte W. Wünsche, die wenig Aussichten auf Realisierung hatten. So wollte sie z.B. anfangs Polizist oder Sozialarbeiter werden, später Masseur oder Karatelehrer. W.s sexuelle Erfahrungen waren altersgemäß. Häufig habe sie vor dem Einschlafen ihre Kissen in der Vorstellung umarmt, daß es eine Frau sei, die von ihr befriedigt werde.

Über direkte genitale Masturbationen berichtete W. nichts, auch nicht, ob sie bereits einen Höhepunkt erlebt habe. Sie erzählte, daß sie bereits einmal Zärtlichkeiten mit einem Jungen ausgetauscht habe, ohne daß es zum Koitus kam, äußerte aber dazu, „daß ich mich nur fühlen konnte, wenn ich mir vorstellte, ein Junge zu sein“. Der Kontakt zu dem Jungen sei abgebrochen, intime Beziehungen zu Mädchen habe W. bisher nicht gehabt. In bezug auf eine mögliche spätere Partnerin äußerte W. kategorisch, daß diese nicht erfahren dürfe, daß W. eine Frau war, „denn dann kann ich mich nicht fühlen, da komme ich mir beschissen vor“ und vergleicht dasselbe mit der Situation in der Schule: „Das ist genau wie bei einem Lehrer, der Bescheid weiß, da habe ich einen Block.“ In der Anfangsphase der Gespräche, als der Umwandlungswunsch das beherrschende Thema war, konnte W., neben dem Wunsch, ihre Brust so früh wie möglich „loszuwerden“, nie akzeptieren, daß die Schaffung eines voll funktionstüchtigen Penis nicht möglich ist. Operationsverfahren die zwar die Erlebnisfähigkeit durch Vorverlagerung der Klitoris zu erhalten suchen, wurden abgelehnt, weil man dann ja die Operation sehen könne, da würde sie lieber auf den Orgasmus verzichten. Sie war bereit, auf eine Partnerschaft völlig zu verzichten „für mich ist es viel wichtiger, daß ich ein Mann werde, eine Frau ist nur Nebensache“.

#### 4. Diskussion

Wir sahen die Patientin erstmals, als die Diagnose „Transsexualität“ bereits beschrieben war, und waren als die, die weiterhelfen würden, empfohlen worden. Der Therapeut konnte diese Diagnose für sich selbst anfangs gut akzeptieren und von der Vorgeschichte, dem betont männlichen Auftreten der Patientin beeindruckt, hatte er anfangs keine Schwierigkeiten, die Perspektive der Geschlechtsumwandlung ins Auge zu fassen. Die Therapeutin war in dieser Phase wesentlich zurückhaltender und wollte in einer Serie von Gesprächen vor allen Dingen die Entwicklung der Patientin genau klären, ihr Gelegenheit zur Reflektion ihrer Beziehung zu Eltern und Geschwistern bieten und die allgemein sozialen Fähigkeiten der Patientin genauer untersuchen. Wir haben die Gespräche als sehr schleppend und schwierig erlebt. W. drückte sich oft nur sehr allgemein und vage aus und versuchte Themen, an denen sie emotional beteiligt war, zu vermeiden. Kam aber kurzzeitig ein emotionaler Rapport zustande, so wurde er plötzlich durch die Frage, „Wann ist endlich die Stunde zu Ende?“ abgebrochen. Immer wenn die „Hier- und Jetzt-situation“ angesprochen wurde, wich sie aus. Ließen sich in den diagnostischen Gesprächen mit der Mutter weitere Ereignisse aus der Vorgeschichte erfassen, so blieben die Gespräche mit der Patientin wenig ergiebig. Über das direkte Thema der Geschlechtsumwandlung hinaus hatte W. wenig angeboten, eher versucht, die schon bestehenden Schwierigkeiten herunterzuspielen.

Trotz dieser Abwehr, etwas über sich mitzuteilen, wandelte sich das Bild von der Patientin derart, daß wir all-

mählich Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose bekamen. Das zeigte sich auch daran, daß dem Therapeuten die männliche Anrede, die er anfangs ganz selbstverständlich benutzte, zunehmend schwerer fiel.

- Wir waren nicht sicher, ob die transsexuelle Identifikation bereits in der Kindheit eingesetzt hatte. Die Art, wie der Vater W. als Kleinkind behandelt hatte, erinnerte uns sehr an typische Vater-Tochter-Beziehungen.
- Das Rollenverständnis, daß die Patientin hatte, war extrem polarisiert und wenig flexibel. Es sind auch die tatsächlichen Rollengegensätze in der Unterschicht, der die Patientin angehört, oft viel krasser als in der Mittelschicht. So weckte die in ihrer Ausprägung so einseitige Sicht ohne Differenzierung völlig falsche Hoffnung auf das Leben nach der Geschlechtsumwandlung. Ihre Haltung erinnerte uns an die der Sexualstraftäter, die glauben, mit einer stereotaktischen Operation alle ihre Probleme lösen zu können. So gelang es uns nicht, die Patientin zu einem Verzicht auf eine Penisplastik zu bewegen, sondern sie forderte weiterhin unter radikaler Verleugnung der realen, von der Technik her begrenzten Möglichkeit die Herstellung einer „totalen Männlichkeit“. Die unerreichbare Fiktion sollte auch einem liebenden Partner gegenüber aufrechterhalten werden.
- Bei Aussagen wie „Männer haben es ja immer besser“, assoziierten wir, daß die Geschlechtsumwandlung unbewußt dazu dienen sollte, radikal vorzubeugen, nicht ein ähnliches Schicksal zu erleiden wie die Mutter.

Je mehr Bedenken wir bekamen, um so mehr erhöhte sich der Widerstand auf seiten der Patientin. Besonders in der Zeit, als sich die Anfertigung des Korsettes verzögerte, kam es zu einer Periode fast stereotyper Klagen, das Ziel ein Mann zu werden, sei doch nicht zu erreichen, was wir wie eine Anklage „ihr helft mir ja doch nicht“ auffaßten.

Von dieser Beharrlichkeit beeindruckt mußten wir einsehen, daß wir, als Helfer nur für die Umwandlung eingespannt, gar nicht erwarten konnten, daß die Patientin zum Infragestellen bereit sein würde und gaben die regelmäßigen Gespräche auf. Aus dieser Überlegung hatten wir die externe, von unserer Institution unabhängige, tiefenpsychologisch orientierte Therapie vermittelt, die daran scheiterte, daß lediglich wir und nicht die Patientin diese wollten.

Mit der Korsettverordnung und der Reintegration in die Schule hatten wir die ersten (zwar rückgängig zu machenden) konkreten Schritte in Richtung auf einen Wechsel in die männliche Rolle unterstützt. Uns ging es jetzt darum, die Patientin von ihren illusionären Erwartungen bezüglich der Vorteile der Umwandlung zu befreien und statt dessen den Prozeß der Gewöhnung an die neue Rolle in realistischer Weise einzuleiten.

Ein halbes Jahr lang erbrachte W. in der Schule gute Leistungen. Wir nehmen an, daß die aufgetretenen Probleme denen ähnelten, die auf Station zum Tragen kamen. Eine mögliche Erklärung dieses Verhaltens könnte sein, daß W. sich bewußt oder unbewußt in Schwierigkeiten mit dem bisher Erreichten brachte, um so den manipulativen Druck auf uns zu erhöhen, damit wir eingreifendere Schritte befürworten sollten. Diese Ambivalenz, Dynamik und Pathologie spiegelt sich unseres Erachtens in der Beziehung zum Karatelehrer wider:

Anfangs noch in der Mädchenrolle hat sie jene schwärmerische Verliebtheit, die in dem Alter typisch ist. Auch

im real-life-Test, wo sie schon äußerlich einem Jungen gleicht, zeigt sich diese Verliebtheit weiterhin, obwohl sich auch schon Züge jungenhafter Bewunderung zeigen. Da sie ihre Gefühle selbst nicht einem Geschlecht zuordnen kann, erfolgt der Versuch der Kontaktaufnahme anonym. Zudem wird völlig ausgeblendet, daß der Karatelehrer sie schon als Mädchen kannte, und ihr Satz „er darf nach meinem Tod nicht erfahren, daß ich ein Mädchen war“ ist eine typische Verkehrung ins Gegenteil. Auch die „Ohnmacht“ in der Karateschule ähnelt wohl eher einem weiblichen Verhalten. Aus dem Gespräch mit dem Karatelehrer wissen wir, daß W. ihm weder leistungsmäßig, noch in der Beziehung zu ihm aufgefallen sei.

Inwieweit diese Kränkung zur letzten (unbewußten) Entscheidung mit beigetragen hat, bleibt offen.

Aufgrund all dieser Wahrnehmungen merkten wir, daß wir es nicht mit einem exotischen Problem zu tun hatten, das es zu lösen galt, sondern wir erlebten sie zunehmend als Persönlichkeit, als Patient, und als „leidend“.

Waren wir anfangs beeindruckt, wie die Jugendliche sich über sexuelle Themen äußern konnte, so erlebten wir die Beschreibung zunehmend als starr, fast angelernt. Für uns wurde es daher schwieriger, auf der Basis der bisherigen geringen Sexualpraxis und -erfahrung einschneidende Operationen zu befürworten.

Neben der Geschlechtsrollenproblematik wurde zunehmend die allgemeine emotionale Störung deutlich. Waren die massiven sadomasochistischen Phantasien der Patientin wirklich sekundär, oder war nicht umgekehrt der Operationswunsch nur ein Teil eines masochistischen Lösungsversuchs? Sadistisches Agieren war im Umgang mit der Klassenkameradin aufgetreten und auch der Wunsch, die Mutter zu töten war bis an die Schwelle zur Verwirklichung getrieben worden.

Konnten wir bei alldem, wie wir das Leben der Patientin inzwischen sahen, davon ausgehen, daß alles mit mehreren Operationen zu beheben war? Ist nicht viel wahrscheinlicher, daß die erheblichen Kontaktprobleme, die extremen Schwankungen zwischen Aggression und Rückzug und die sadomasochistischen Phantasien bleiben werden? Wir befürchten, daß unsere Patientin zu denen gehört, von denen *Spengler* (1980) berichtet: „Trotz ausführlicher präoperativer Aufklärung äußerten zwei Frau-zu-Mann-Transsexuelle den Wunsch nach einer phalloplastischen Operation.“ Angesichts einer äußerlich stabilen Situation wertet *Spengler* (1980) dies als „Ausdruck tieferer Unsicherheit in ihrer Männlichkeit oder eines latenten Partnerkonfliktes“. Weiter warnt er vor dem Drängen der Patientinnen auf Nachoperation. „Dabei entsteht nach meiner Erfahrung tendenziell eine Entwicklung zu immer größerer Unzufriedenheit, Selbstbeobachtung und Schmerzfixierung. Ursache scheint eine angstbindende Verschiebung von Gefühlen der Unsicherheit auf das Genitale“.

Wir wollen unsere einzige Erfahrung mit einer Transsexuellen nicht generalisieren. Auch wollen wir nicht den orthodoxen Kritikern der jetzt betriebenen Behandlungspraxis das Wort reden, die den Umwandlungswunsch generell als Agieren im Symptom sehen. Deutlich aber

werden sollte, mit welchen Bedenken wir diese Umwandlung zulassen. Unsere Haltung gleicht der, die wir auch anderen Patienten mit schweren neurotischen Fehlentwicklungen entgegenbringen, die zum Teil Monate, in Einzelfällen auch Jahre in psychiatrischen Krankenhäusern stationär behandelt werden müssen.

Man muß sich als Therapeut damit abfinden, daß viele grundlegende Probleme nicht angebar sind und daß es gilt, kleine und kleinste Schritte zu planen, damit diese Patienten ein selbständigeres Leben führen können. Wir wollen Selbstmord oder verstümmelnde Eingriffe verhindern, wenn wir letztlich doch dem Umwandlungswunsch entsprechen, in realistischer Anerkennung des Schweregrades der neurotischen Störung, die wir nicht ausgleichen können.

## Summary

### *Transsexualism in Juvenile Age. A Case Report*

The report concerns a sixteen-year old girl whom a physician and a psychologist attended for a period of two years as an outpatient and who was taken care of only briefly as an inpatient during a crisis intervention.

The treatment applied corresponded to the procedure described in the international literature as reported by the authors in a theoretical survey (*Thimm, Kreuzer, 1984*).

During the patient's therapy it became evident in a manner typical for such cases that the patient's exclusive request was for surgical sex reassignment so that all psychotherapeutic offers were rejected.

## Literatur

- Baker, H. J.* (1975): Male transsexualism. In: *Arch Gen Psychiatry*, 32, 1587–88. – *Barlow, D. H.* (1973): Gender identity change in a transsexual. In: *Arch Gen Psychiatry* 28, 569–576. – *Benedetti, G.* (1978): Transsexualismus und Transvestitismus. In: *Zeitschrift f. Psychosom. Medizin u. Psychoanalyse* 24, 224–239. – *Benjamin, H.* (1964): Transsexualismus, Wesen und Behandlung. In: *Nervenarzt* 35, 499–500. – *Benjamin, H.* (1969): In: *Green, R. and Money, J.* (eds.) s. d., 1–10. – *Blumer, D.* (1969): Transsexualism, sexual dysfunction, and temporal lobe disorder. In: *R. Green and J. Money* (eds.) s. d., 213–219. – *Davenport, Ch. W. et al* (1977): Gender identity change in a female adolescent transsexual. In: *Archives of Sexual Behavior* 6, 327–340. – *Ellis, A.* (1945): The sexual psychology of human hermaphrodites. In: *Psychosom. Med.* 7, 108. – *Gelder, M., Marks, I.* (1969): Aversion treatment in transvestism and transsexualism. In: *R. Green and J. Money* (eds.) s. d., 383–413. – *Green, R.* (1969): Childhood cross-gender identification. In: *R. Green and J. Money* (eds.) s. d., 23–35. – *Green, R.* (1969): Psychiatric management of special problems in transsexualism. In: *R. Green and J. Money* (eds.) s. d., 281–289. – *Green, R., Money, J.* (eds.) (1969): *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: John Hopkins Press. – *Hoopes, J. E.* (1969): Operative treatment of the female transsexual. In: *R. Green and J. Money* (eds.) s. d., 335–352. – *Knorr, N., Wolf, S., Meyer, E.* (1969): Psychiatric evaluation of male transsexuals for surgery. In: *R. Green and J. Money* (eds.) s. d., 271–279. – *Kockott, G.* (1967): Über den Transsexualismus. In: *Nervenarzt* 38, 107–113. – *Kockott, G.* (1970): Psychiatrische und lerntheoretische Aspekte der Transsexualität und des Transvestitismus. In: *Nervenarzt* 41, 387–

391. – Kockott, G., Nusselt, L. (1976): Zur Frage der cerebralen Dysfunktion bei der Transsexualität. In: *Nervenarzt* 47, 310–318.
- König, M.P. (1978): Transsexualismus. In: *Schweiz. med. Wschr.* 108, 437–444.
- Kühn, H. et al. (1974): Die Entwicklung der psychischen Geschlechtsidentität durch psychosoziale Einflüsse. In: *Dtsch. med. Wschr.* 99, 2183–2186.
- Litin, E.M., Giffin, M.E., Johnson, A.M. (1956): Parental influence in unusual sexual behavior in children. In: *Psychoanal. Quart.* 25, 37.
- Lothstein, L.M. (1978): The psychological management and treatment of hospitalized transsexuals. In: *The Journal of nervous and mental disease* 166, 255–262.
- Money, J., Ehrhardt, A. (1970): Transsexuelle nach Geschlechtswechsel. In: Schmidt, G., Sigusch, V., Schorsch, E. (Hrsg.) *Tendenzen der Sexualforschung*. Stuttgart.
- Money, J., Primrose, C. (1969): Sexual dimorphism and dissociation in the psychology of male transsexuals. In: R. Green and J. Money (eds.) s.d., 115–136.
- Money, J., Walker, P.A. (1977): Counseling the transsexual. In: Money, J., Musaph, H. (eds.) *Handbook of Sexology*. Elsevier/North-Holland Biomedical Press.
- Neumann, F. (1970): Tierexperimentelle Untersuchungen zur Transsexualität. In: Schmidt, G., Sigusch, V., Schorsch, E. (Hrsg.) *Tendenzen der Sexualforschung*, Stuttgart.
- Pauly, I.B. (1965): Male psychosexual inversion: Transsexualism. In: *Arch. Gen. Psychiatry* 13, 172.
- Pauly, I.B. (1969a): Adult manifestations of male transsexualism. In: R. Green and J. Money (eds.) s.d., 37–58.
- Pauly, I.B. (1969b): Adult manifestation of female transsexualism. In: R. Green and J. Money (eds.) s.d., 59–87.
- Ploeger, A., Flamm, R. (1976): Synopsis des Transvestitismus und Transsexualismus. In: *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 44, 493–555.
- Pomeroy, W.B. (1969): Transsexualism and sexuality: Sexual behavior of pre- and postoperative male transsexuals. In: R. Green and J. Money (eds.) s.d., 183–187.
- Prince, C.V. (1957): Homosexuality, transvestism and transsexualism. Reflections on their etiology and differentiation. In: *Amer. J. Psychother.* 11, 80.
- Randell, J. (1969): Preoperative and postoperative status of male and female transsexuals. In: R. Green and J. Money (eds.) s.d., 355–381.
- Rekers, G.A., Lovaas, O.I. (1974): Behavioral treatment of deviant sex-role behaviors in a male child. In: *Journal of Applied Behavior Analysis* 7, 173–190.
- Rekers, G.A. et al. (1977a): Child gender disturbances: a clinical rationale for intervention. In *Psychotherapy: Theory Research and practice* 14, 1–8.
- Rekers, G.A. et al. (1977b): Assessment of childhood gender behavior change. In: *J. Child Psychol. Psychiat.* 18, 53–65.
- Sabalis, R.F. et al. (1977): Transsexualism: Alternate diagnostic and etiological considerations. In: *The American Journal of Psychoanalysis* 37, 223–228.
- Schorsch, E. (1974): Phänomenologie der Transsexualität. In: *Sexualmedizin* 4, 195–198.
- Sigusch, V., Meyenburg, B., Reiche, R. (1978): Transsexualität. In: Sigusch, V. (Hrsg.): *Sexualwissenschaft in der Medizin. Arbeiten aus der Frankfurter Abteilung für Sexualwissenschaft*. München: Kindler-Verlag.
- Spengler, A. (1980): Kompromisse statt Stigma und Unsicherheit. – Transsexuelle nach der Operation. In: *Sexualmedizin* 9, 98–103.
- Stone, Ch. (1977): Psychiatric screening for transsexual surgery. In: *Psychosomatics* 18.
- Thimm, D., Kreuzer, E.-M. (1984): Transsexualität im Jugendalter. Literaturübersicht. In: *Praxis der Kinderpsychol.* 33, 70–75.
- Thomä, H. (1957): Männlicher Transvestitismus und das Verlangen nach Geschlechtsumwandlung. In: *Psyche* 11, 81–124.
- Walinder, J., Lundström, B., Thuwe, I. (1978): Prognostic factors in the assessment of male transsexuals for sex reassignment. In: *Brit. J. Psychiat.* 132, 16–20.
- Wallis, H. (1961): Psychopathologische Gesichtspunkte bei der Behandlung von Intersexen. In: *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 109, 156–157.
- Wallis, H. (1962): Psychopathologische und psychologische Kriterien bei der Behandlung von Intersexen. In: *Jahrbuch f. Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete* Bd. III Bern: Hubert.
- Wallis, H. (1967): Katamnästische Erhebungen bei Hermaphroditen. In: *Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete* Bd. V, Bern: Huber.

Anshr. d. Verf.: Dr. med. D. Thimm, Hanauer Str. 65, 1000 Berlin 33; Dipl.-Psych. E.-M. Kreuzer, Kösemer Str. 10, 1000 Berlin 33.