

Thimm, Detlev und Kreuzer, Eva-Maria

Transsexualität im Jugendalter - Literaturübersicht

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 33 (1984) 2, S. 70-75

urn:nbn:de:bsz-psydok-30263

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
Internet: 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

- Goldbeck, L.*: Pflegeeltern im Rollenkonflikt – Aufgaben einer psychologischen Betreuung von Pflegefamilien (Foster Parents in Role Conflicts – Tasks for the Guidance of Foster Families) 308
- Hess, Th.*: Systemorientierte Schulpsychologie (System-oriented School Psychology) 154
- Krebs, E.*: 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
- Quenstedt, F.*: Neurotische Kinder in der Sonderschule – Therapeutische Einflüsse und Probleme (Neurotic Children in Special Schools – Therapeutic Influences and Problems) 317
- Wartenberg, G.*: 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
- Wolfram, W.-W.*: Im Vorfeld der Erziehungsberatung: Psychologischer Dienst für Kindertagesstätten (On the Perimeter of Child Guidance Clinics: Psychological Services for Kindergartens) 239

Tagungsberichte

- Diepold, B., Rohse, H., Wegener, M.*: Anna Freud: Ihr Leben und Werk – 14./15. September 1984 in Hamburg 322
- Hoffmeyer, O.*: Bericht über das 3. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindesalters am 28./29.10.1983 159
- Weber, M.*: 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)

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

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

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

Transsexualität im Jugendalter

Literaturübersicht

Von Detlev Thimm u. Eva-Maria Kreuzer

Zusammenfassung

Bei diesem Artikel handelt es sich um eine Literaturübersicht zum Thema Transsexualität. Nach der Definition, der Differentialdiagnose, der Häufigkeit und der sozialen Entwicklung werden kurz die soma-genetischen und psychogenetischen Konzepte zur Entstehung der Transsexualität diskutiert. Anschließend werden die wesentlichen Punkte bei der Behandlung beschrieben, ehe im letzten Abschnitt auf die besondere Situation bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen eingegangen wird.

1. Einleitung

„Es gibt Menschen, Männer sowie Frauen, die seelisch tief unglücklich sind, dem Geschlecht anzugehören, das ihre Anatomie ihnen zugewiesen hat. Das sind die Transsexuellen.“

Mit diesen Worten beginnt eine der deutschsprachigen Veröffentlichungen von H. Benjamin (1964), dem Psychiater, der den Begriff Transsexualität geprägt hat und der sich dieser Gruppe von Menschen als einer der ersten angenommen hat. Die wissenschaftliche Definition der Transsexualität möchten wir mit König u. a. (1978) wiedergeben: „Der Transsexualismus ist eine psychosexuelle Störung, bei der einerseits trotz meist völlig normalem somatischen Status die feste Überzeugung besteht, dem anderen Geschlecht anzugehören, bei der andererseits ein unabänderliches Bedürfnis eines Geschlechtswechsels vorliegt.“ Die differentialdiagnostischen Überlegungen gehen in zwei Richtungen, nämlich die Abgrenzung gegenüber anderen sexuellen Deviationen sowie gegenüber anderen psychiatrischen Krankheiten.

Während in den früheren Arbeiten aus den 40er Jahren noch eine gerade Linie zwischen der Transsexualität und anderen sexuellen Deviationen, der effiminierten Homosexualität und dem Transvestitismus, gezogen wurde, wird in neueren Arbeiten dieser Zusammenhang ausdrücklich abgelehnt und auf die Eigenständigkeit der Diagnose „Transsexualität“ hingewiesen (Schorsch, 1974).

Nach Benjamin (1964) kommt dem Wunsch nach einer transformierenden Operation pathognomonische Bedeutung zu, er bildet das Hauptmerkmal zur Differenzierung gegenüber anderen Diagnosen. Inhaltlich wesentlich für die Transsexualität jedoch ist die Diskrepanz zwischen angelegtem körperlichen und erlebtem bzw. gelebtem Geschlecht,

das Auseinanderklaffen von physischer und psychischer Geschlechtsidentität. In diesem Sinne schreibt Schorsch (1974):

„Transsexualität ist also keine sexuelle Deviation, überhaupt primär kein Problem der Sexualität, sondern weit tiefergreifender ein Problem der Geschlechtsrolle und Geschlechtsidentität“ (s. auch Kockott, 1970).

Wie umfassend der Begriff der Geschlechtsidentität ist, geht aus den drei Hauptaspekten, die Prince (1957) nennt, deutlich hervor:

1. Der psychologische Aspekt (Wie man denkt und fühlt). Der Transsexuelle denkt und fühlt gegengeschlechtlich.
2. Der soziale Aspekt (Wie man gesehen und gewertet werden möchte). Der Transsexuelle möchte in der gegengeschlechtlichen Rolle anerkannt werden.
3. Der sexuelle Aspekt (Wie man liebt und geliebt werden möchte). Der Transsexuelle liebt eine körperlich gleichgeschlechtliche Person, er wäre jedoch darüber entrüstet, ihn für homosexuell zu halten, da er sich ja selber gegengeschlechtlich sieht. Meist wird die Homosexualität sogar von Transsexuellen generell abgelehnt, und es werden keine homosexuellen Partner gesucht (Pauly, 1969; Schorsch, 1974).

Die Beharrlichkeit, mit der das körperliche Geschlecht geleugnet wird, und die Geschlechtsumwandlung betrieben wird, hat die Abgrenzung der Transsexualität von anderen psychiatrischen Erkrankungen nötig gemacht. Die Einordnung des genannten Symptoms reicht von „überwertige Idee“ bis „Wahn“ (Ploeger & Flamm, 1976). König u. a. (1978) nehmen zu dieser Problematik wie folgt Stellung:

„Während bei der Psychose aber der vielfältig gestörte, wirre Patient seine Wahnvorstellungen in verschiedener Art ausdrückt und zeigt, ist der Transsexuelle, abgesehen von seiner eigentlichen psychosexuellen Störung, meist unauffällig und frei von halluzinatorischen Wahrnehmungen.“ Schwieriger kann die Abgrenzung des Transsexualismus von den Borderline- und den Adoleszentenkonflikten sein.

Die „kompromißlose Radikalität“ (Walser, zitiert nach Ploeger & Flamm, 1976), mit der das Vorhaben, den Körper in die gewünschte Richtung zu verändern, vorangetrieben wird, hat dazu geführt, daß in der deutschsprachigen Literatur eine Verbindung zwischen dem transvestischen Syndrom und der Psychopathologie der Sucht hergestellt wurde. Man sprach von „süchtiger Progredienz“ (Ploeger & Flamm, 1976). Bei einer empirischen Untersuchung von Benjamin (zitiert nach Ploeger & Flamm, 1976) zeigte sich entgegen der Erwartung des Untersuchers, daß

das tatsächliche Zusammentreffen von Transsexualität und Alkohol- oder Drogenabhängigkeit sehr selten ist.

Schorsch (1974), der Money & Erhard zitiert, faßt zusammen: „Von den extrem seltenen Fällen abgesehen, bei denen die Transsexualität ein Symptom einer Geistes- oder Gehirnerkrankung ist, findet sich eine Transsexualität bei meist psychisch nicht gestörten, im Durchschnitt gut intelligenten Persönlichkeiten. Wenn sich 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 diese Minorität ausgesetzt ist.“

2. Soziale Entwicklung

Die Konfliktzonen für Transsexuelle sind vielfältig. Während in der Kindheit gegengeschlechtliche Verhaltensweisen oftmals noch geduldet werden und auch von ärztlicher Seite heruntergespielt werden, setzt der soziale Druck mit der Pubertät voll ein. Zum einen erlebt der Transsexuelle das Auftreten der verhaßten sekundären Geschlechtsmerkmale als körperliche Katastrophe, zum zweiten wird jetzt gegengeschlechtliches Verhalten, z.B. das Kleidungs tragen des anderen Geschlechts, rigoros angeprangert und soweit wie möglich auch mit Strafen unterdrückt. Bei den Gleichaltrigen, die bereits im Kindesalter meist intoleranter sind als die Familien, werden die Hänseleien brutaler. Aber auch das beträchtliche Maß an Toleranz, das anfangs in der Familie noch vorhanden ist, wird aufgebraucht, wenn der Schritt an die Öffentlichkeit erfolgt. Dann bekommt der Transsexuelle von allen Seiten die Norm zu spüren, die sein Verhalten als krankhaft und pervers deklariert. Besonders starke Spannungen ergeben sich natürlich im Berufsleben, ein Teil der Transsexuellen führt deshalb lange Zeit ein regelrechtes Doppelleben, das in seiner Erscheinung an die Transvestiten denken läßt, ehe sie sich voll zu ihrem Problem bekennen. Wiederholte Stellenwechsel sind die Regel. Von den biologisch männlichen gehen nach Pomeroy (1969) ca. 43% eine Ehe ein. Die Scheidungsrate dieser Ehen beträgt über 50% (Pauly, 1965). Nur einige wenige finden tatsächlich eine gewisse Befriedigung in der Ehe, meist unter Verzicht auf sexuelle Betätigung. Angstbesetzte Intimkontakte und die frustrierenden Berufszwänge bringen die Transsexuellen in eine bedrückende soziale Isolation (Ploeger & Flamm, 1976). So kommt es sehr häufig zu depressiven Reaktionen (67% nach Pauly, 1965), zu Suizidversuchen (17% nach Pauly, 1965 und nach Walinder, 1967) und Verzweiflungstaten wie Selbstverstümmelung (18% nach Pauly, 1965). Lediglich in den speziellen Subkulturen der Großstädte hat der Transsexuelle Möglichkeiten zum Sozialkontakt in der erwünschten Rolle.

3. Häufigkeit

Die Angaben über die Häufigkeit differieren. Im Jahre 1968 schätzte Pauly die Häufigkeit für 1:100000 bei

Männer und 1:400000 bei Frauen in den USA und Walinder in Schweden auf 1:37000 bei Männern und 1:103000 bei Frauen. Bei der Geschlechtsverteilung werden Werte von 2:1 bis 7:1 im Verhältnis Männer:Frauen genannt, im Mittel etwa 4:1. Nach König (1978) „sind die in den letzten Jahren beobachteten Zunahmen des Transsexualismus sowie die eindruckliche Zunahme der Zahl der Publikationen über dieses Thema wohl eher auf den nicht-übersehbaren Abbau sexueller Tabus (Änderung in der kulturellen Sexualmoral) und auf die nun verfügbare medizinische Technologie zurückzuführen, als auf eine echte Zunahme des Transsexualismus“.

4. Ätiologie

Ebenso wie die klinisch-nosologische Einheit der Transsexualität letztlich noch nicht gesichert ist, so ist auch die Ätiologie noch umstritten. Im wesentlichen gibt es zwei Konzepte, nämlich das somatisch-genetische und das psychogenetische Konzept.

Mit der Entwicklung der Technik der Chromosomenanalyse konnte aufgrund des Nachweises, daß in der Regel normale Chromosomensätze vorliegen, eine Chromosomenaberration als wesentliche Ursache ausgeschlossen werden (Kockott, 1967; König u.a. 1978). Hypothesen, die eine lokalisierte Genstörung auf den Geschlechtschromosomen postulieren, sind bisher empirisch nicht zu kontrollieren.

Nach lokalisierten Hirnschäden, besonders wenn Temporallappen oder limbisches System betroffen sind, sind zwar bei einzelnen Patienten transvestitische Neigungen aufgetreten, zur Erklärung des ganzen Bildes der Transsexualität kann eine solche Genese jedoch nicht in Betracht gezogen werden (Blumer, 1969; Kockott & Nusselt, 1976). Da bei den meisten Transsexuellen Hormonuntersuchungen qualitativ normal ausfallen – quantitativ soll gelegentlich eine Unterfunktion vorliegen – kommt auch eine aktuelle Endokrinopathie nicht in Frage, wogegen einige Befunde für die Möglichkeit eines pränatalen hormonellen Einflusses sprechen.

Im Tierversuch bei verschiedenen Spezies (Ratten und Affen) ist es durch Applikationen von Testosteron in speziellen sensiblen Phasen der Schwangerschaft gelungen, bei weiblichen Tieren ein männliches Sexualverhalten zu erzeugen (Neumann, 1970).

Die Übertragbarkeit dieser Versuche auf den Menschen ist nicht unproblematisch. Ehrhardt und Mitarbeiter (zitiert nach Ploeger & Flamm, 1976) haben den Effekt von Androgenen während der Schwangerschaft auf die weibliche Sexualität an Patienten mit adrenogenitalem Syndrom und Progesteron-induziertem Pseudohermaphroditismus untersucht. Bei der Analyse des kindlichen Spiels fanden sich bei den androgen-exponierten Mädchen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mehr Aktivität, Initiative und Risikofreudigkeit sowie an maskulinen Rollen orientierte Interessen und Aktivitäten. Ploeger & Flamm (1976) zitieren die Resultate der Untersuchungen wie folgt: „Das jugenhafte Verhalten der Kinder verdichtete sich aber in keinem der

beobachteten Fälle zu der Gewißheit, dem Wesen nach einem anderen Geschlecht anzugehören und nur durch einen grausamen Irrtum in einen falschen Körper gebannt zu sein.“

An einem ähnlichen Fehler der Natur läßt sich modellhaft der Effekt psychosozialer Einflüsse aufzeigen. Nach Untersuchungen von 84 intersexuellen Patienten fand *Ellis* bereits 1945, daß somatische Determinanten für die psychosexuelle Entwicklung kaum relevant sind. In 79% der Fälle entsprach die subjektive Geschlechtszugehörigkeit der mehr oder weniger autoritativen Zuweisung der Geschlechtsrolle. Aus weiteren Untersuchungen (siehe auch *Wallis*, 1961) läßt sich heute sagen, daß es sich bei der Entwicklung der Geschlechtsrolle um einen gelernten Vorgang handelt. *Stoller* schreibt dazu (Übersetzung von *Kühn* u. a., 1974): „Die nichtbiologischen Effekte, die Männlichkeit bei Jungen und Weiblichkeit bei Mädchen produzieren, sind die Persönlichkeiten und das Verhalten von Vater und Mutter. Der Säugling kann nicht aus einer inneren Kraft heraus wissen, daß er ein Junge ist und männlich werden soll, seine Eltern lehren es ihn und sie können ihn genauso etwas anderes lehren.“

Die aktive Übernahme der Geschlechtsidentität des Kindes erfolgt zwischen 18 Monaten und 3 Jahren. Nach *Kühn* (1974) „werden Versuche, die Geschlechtsidentität des Kindes zu ändern, vom 3. Lebensjahr an, spätestens aber vom 5. bis 6. Lebensjahr an, zunehmend weniger erfolgversprechend“. (Siehe auch *Green*, 1969).

Über Störungen im Prozeß der frühkindlichen psychosexuellen Entwicklung liegen vor allen Dingen psychoanalytische Arbeiten vor (siehe Zusammenstellung von *Ploeger & Flamm*, 1976; *Litin, Giffin & Johnson*, 1956).

Wir wollen uns darauf beschränken, die von *Schorsch* (1974) angegebenen Tendenzen zu zitieren: „Als entscheidend in der Kindheitsentwicklung des männlichen Transsexuellen wird ein exzessiver physischer und emotionaler Kontakt zur Mutter bezeichnet, eine Art symbiotische Beziehung über Jahre hinweg. Die Mutter weist selbst oft Unsicherheiten in der weiblichen Rolle auf, ist dominie-

rend, oft viril mit bisexuellen Tendenzen. Das Kind behütet sie mit Überängstlichkeit ... der Vater ist passiv, feminin und spielt in der Familie kaum eine Rolle.“ (Siehe auch *Pauly*, 1969a; *Baker*, 1965). „Nach *Stoller* ist die Mutter einer späteren Transsexuellen in den ersten Lebensjahren des Kindes kränkelnd, depressiv und wendet sich dem Kinde daher kaum zu. Der Vater ist maskulin, distanziert sich von der Familie und der depressiven Mutter, die Tochter muß in der Familie frühzeitig den Vater ersetzen, bekommt kaum Verstärkung für weibliche Verhaltensweisen“ (*Schorsch*, 1974; *Pauly*, 1969b).

„Es wäre sicher falsch, die somatisch-biologischen und umweltbedingten Einflüsse alternativ und gegensätzlich zu sehen; vielmehr ist anzunehmen, daß beide zusammenwirken und sich gegenseitig verstärken“ (*Schorsch*, 1974).

5. Behandlungsprinzipien

Die wesentlichen Gesichtspunkte, die zu berücksichtigen sind, gibt die Abbildung 1 (nach *Schorsch*, 1974) wieder.

Seit auch in der Öffentlichkeit der Begriff „Transsexualität“ bekannt ist, sucht der Patient erst den Arzt auf, nachdem er bereits selbst die Diagnose gestellt hat. Medizinische Hilfe wird nur mit dem Ziel gesucht, die Geschlechtsumwandlung zu erreichen. Deshalb werden alle Beschwerden so vorgetragen, daß der betreuende Arzt dem Anliegen des Patienten möglichst folgt (*Knorr* u. a., 1969). Ist dies nicht der Fall, so weicht der Patient auf andere Ärzte aus oder der manipulative Druck wird erhöht. *Money* (1977) empfiehlt daher, einem bestimmten Arzt den Kontakt zum Patienten fest zu übertragen, dieser Arzt veranlaßt alle weiteren Entscheidungen und vertritt sie dem Patienten gegenüber. Weitere benötigte Spezialisten sind ein Psychiater, Endokrinologe und je nach Bedarf Gynäkologe, plastischer Chirurg oder Urologe (siehe auch *Schorsch*, 1974; *König*, 1978). Für das diagnostische Vorgehen empfiehlt *Money* Tonbandmitschnitte von Anfang an, er hat einen vorstrukturierten Interviewplan vorgelegt, um zu gewährleisten, daß

♂ → ♀

Medikation mit weiblichen Hormonen

Ergebnis: Brustwachstum, Erlöschen der männl.

Libido und Potenz

HORMONTHERAPIE

Plastische Anlage bzw. Vergrößerung der Brust, Entfernen der männl. Genitalien, plastische Anlage einer Vagina.

Ergebnis: Weiblicher Habitus, kohabitationsfähige Vagina

OPERATIONEN

Namens- u. Personenstandsänderung

Ergebnis: Volle Anerkennung des neuen Geschlechts

JURISTISCHE HILFEN

Psychotherapeutische Nachbetreuung

Ergebnis: Erleichtertes Hineinfinden in die neue Geschlechtsrolle

PSYCHOTHERAPIE

♀ → ♂

Medikation mit männlichen Hormonen

Ergebnis: Ausbleiben der Menses, evtl.: Veränderung der Stimme, Bartwachstum, Vergrößerung der Klitoris

Entfernen von Brust, Gebärmutter u. Eierstöcken, Anlage einer Hodenprothese und Penisplastik.

Ergebnis: Männlicher Habitus, kein erektiver Penis.

Namens- u. Personenstandsänderung

Ergebnis: Volle Anerkennung des neuen Geschlechts.

Psychotherapeutische Nachbetreuung

Ergebnis: Erleichtertes Hineinfinden in die neue Geschlechtsrolle

Abbildung 1: Behandlung der Transsexualität

Vandenhoeck & Ruprecht (1984)

keine wesentlichen Punkte im Interview ausgelassen werden. Über alle wesentlichen äußeren Informationen sollte von wenigstens einem Familienmitglied oder anderen betroffenen Kontaktpersonen Bestätigung eingeholt werden (Money & Primrose, 1969; Money & Ehrhardt, 1970; Stone, 1977).

Hinsichtlich der *Maßnahmen vor der Behandlung* soll hier zunächst die Feststellung von Schorsch (1974) wiedergegeben werden. „Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft besteht die einzig sinnvolle und erfolgreiche therapeutische Maßnahme darin, dem Drängen der Transsexuellen nach einer Geschlechtsumwandlung nachzugeben.“

Money (1977) betont, daß die Geschlechtsumwandlung therapeutisch als Form der Rehabilitation, nicht als Heilung anzusehen ist. Es ist nicht möglich, Heilung als Ziel zu setzen, da bisher keinerlei Maßnahmen ausreichen, um eine solche zu bewirken (siehe auch Thomä, 1976; Benedetti, 1978).

Der überzeugte Transsexuelle wird jeder anderen Behandlung als der Geschlechtsumwandlung Widerstand entgegensetzen (Gelder & Marks, 1969). Gerade bei Jugendlichen muß man aber sehr viel zurückhaltender sein und darf sich in der Behandlung nicht frühzeitig festlegen. König u. a. (1978) äußern in Bezug auf die Jugendlichen: „Es muß mit aller Gründlichkeit geprüft werden, mit welcher Überzeugung und innerer Gewißheit der Geschlechtswandel gefordert wird, oder ob er bloß als Fluchtweg in eine sonst hoffnungslose Situation betrachtet wird.“ Nach allgemeiner Übereinkunft wird von chirurgischer Seite nicht eingegriffen, ehe das 18. Lebensjahr beendet ist.

Die Gründe, dem Ersuchen auf Geschlechtsumwandlung *nicht* nachzugeben, konnten aus den bisherigen Behandlungskatamnesen erarbeitet werden. So sprechen folgende Faktoren im Sinne einer *Kontraindikation* dagegen, diesen Patienten eine Geschlechtsumwandlung anzubieten: instabile Persönlichkeiten (hysterische, exhibitionistische), Alkohol- oder Drogensucht, Delinquenz, ungenügende Unterstützung (Familie, Gemeinschaft), hohes Alter, starker Intelligenzdefekt, mangelnde Belastbarkeit sowie körperliche Erscheinung, die nicht zur neuen Geschlechtsrolle paßt (König, 1978; Walinder u. a., 1978).

Des weiteren sprechen frühere neurotische und psychotische Entwicklungen gegen eine Geschlechtsumwandlung. Die praktische Handhabung dieser Grundsätze führt zu recht unterschiedlichen Ergebnissen:

Während von der Arbeitsgruppe in Cleaveland nur bei 16 von 125 Bewerbern eine Geschlechtsumwandlung befürwortet wurde (Lothstein, 1978), wurden in Los Angeles 13 von 60 Bewerbern operiert (Stone, 1977).

Der *Untersuchungsgang* schließt eine gründliche körperlich-neurologische sowie eine psychiatrisch-psychologische Untersuchung ein. In der Regel sollten Chromosomenanalyse, Plasmahormonspiegel, Leberwerte und EEG-Untersuchungen durchgeführt werden. Die zentrale diagnostische Maßnahme bedeutet zugleich den Anfang der Therapie: Der real-life-Test.

Zu Anfang einer meist zweijährigen, oft einjährigen, selten auch fünfjährigen (Stone, 1977) Testperiode wird bei dem Patienten hormonell, sozial, beruflich und juristisch

bereits die Geschlechtsumwandlung eingeleitet, ehe nach Ablauf der Testperiode ein unwiderruflicher chirurgischer Eingriff erfolgt. Der real-life-Test erlaubt dem Transsexuellen zu erfahren, was es heißt, tagaus tagein ein Mitglied des anderen Geschlechts zu sein. Vorher müssen bereits alle weiteren geplanten Schritte mit dem Patienten abgesprochen sein. Folgende Punkte müssen besprochen werden (König, 1978):

- Die nur unvollständig durchführbare operative Geschlechtsumwandlung und ihre Risiken.
- Die Irreversibilität der Eingriffe.
- Die Notwendigkeit, die gegengeschlechtliche Hormontherapie mindestens 1 Jahr lang konsequent durchzuführen, bevor die operative Therapie in Betracht gezogen wird.
- Die Notwendigkeit, die Hormontherapie lebenslanglich durchzuführen und sich dafür regelmäßig in ärztliche Kontrolle zu begeben.
- Dem biologisch weiblichen Patienten wird gesagt, daß auf eine Penisplastik zu verzichten ist, da die bekannten Resultate dieser aufwendigen Operation durchweg enttäuschend sind (siehe auch Hoopes, 1969).

Weiter werden die Patienten je nach Wunsch dabei unterstützt, ihren Behandlungsentschluß ihrer Familie, eventuell vorhandenen Partnern, auch Kindern, eventuell auch dem Arbeitgeber mitzuteilen. Während der Zeitspanne des real-life-Tests sollte eine kontinuierliche Beratung mit Hilfestellung bei medizinischen, juristischen und sozialen Problemen angeboten werden (Green, 1969; Schorsch, 1974).

6. Behandlungsergebnisse

Nach der Übersichtsarbeit von Sigusch u. a. (1978), der die Ergebnisse von Hunderten von Behandlungen referiert, kann man sagen, daß

- in ca. 70% eindeutige Erfolge durch die Geschlechtsumwandlung erzielt wurden.
- in 50% konstante, dauerhafte Partnerbeziehungen, z. T. Ehen entstanden,
- bei 33% weitere chirurgische Eingriffe nötig sind,
- in 5 bis 10% von einem Mißerfolg der Geschlechtsumwandlung gesprochen werden muß,
- bei 2 bis 5% der Patienten dieser Mißerfolg so groß ist, daß der Patient die Eingriffe bereut.

Bis 1977 wurden 44 Fälle von Wiederaufnahme der ursprünglichen Geschlechtsrolle bekannt, außerdem 13 postoperativ verübte Selbstmorde (siehe auch Randell, 1969; Lothstein, 1978; Money & Ehrhardt, 1970; Sprengler, 1980).

7. Behandlung bei Kindern und Jugendlichen

Während wir uns bei den erwachsenen Transsexuellen mit der Rehabilitation begnügen müssen, ist die Situation bei Kindern und Jugendlichen nicht so eindeutig. So liegen eine Reihe von Einzelfallbeschreibungen vor, bei denen eine

Reorientierung von Jugendlichen gelang, sowohl mit analytisch orientiertem als auch verhaltenstherapeutischem Behandlungsansatz (Barlow, 1973; Davenport, 1977; Rekers, 1974). Je früher hier die Therapie einsetzen kann, desto größer sind die Chancen für eine Reorientierung. Doch um behandeln zu können, muß die Störung als solche erkannt werden. Kühn u.a. (1974) äußern dazu: „Die Frage, welches Verhalten für ein Kind in welchem Alter geschlechtsspezifisch ist, in welchem Alter und bis zu welchem Ausmaß es beispielsweise normal ist, daß Jungen Kleider der Mutter tragen, mit Puppen spielen oder im Familienspiel die Mutterrolle übernehmen oder sagen, sie möchten ein Mädchen sein, ist nicht eindeutig zu beantworten. Erst die Kombination mehrerer Faktoren scheinbar geschlechtsabweichenden Verhaltens, bei einem Jungen z.B. der völlige Rückzug von explorativer Aktivität, gepaart mit ausschließlichem Puppenspiel und ständigem Tragen von Mädchenkleidern sowie vollständiger Imitation der Mutter in Gestik und Mimik, kann Hinweise auf eine Geschlechtsidentitätsstörung geben. Die besten Diagnostiker scheinen in diesem Zusammenhang gleichaltrige Kinder zu sein (peer-group), die noch am leichtesten feststellen, ob das Kind ihrem eigenen Identitätsbewußtsein entspricht.“

Werden nun Beobachtungen, die auf Störungen der Geschlechtsrolle bei Kindern hinweisen, von den Eltern vorgetragen, so darf der Arzt diese nicht bagatellisieren, sondern muß einen auführlichen diagnostischen Prozeß beginnen. Das Kind sollte einzeln, in Interaktion mit jedem Elternteil und die ganze Familie gemeinsam untersucht werden. Hinweise, welche diagnostischen Verfahren im einzelnen zur Anwendung kommen können, finden sich vor allen Dingen bei Rekers (1977a; 1977b). Kommt man im diagnostischen Prozeß zu der Überzeugung, daß eine Geschlechtsrollenstörung vorliegt, so sollte unbedingt eine Behandlung erfolgen. Unabhängig von der therapeutischen Schule sind sich alle darüber einig, daß die Veränderung des elterlichen Verhaltens gegenüber dem Kind ein wesentliches Ziel der Behandlung sein muß. Es liegen bereits Studien über die erfolgreiche Behandlung von mehreren Kindern vor (Rekers, 1977b). Langzeitstudien über die Konstanz des Behandlungserfolges sind noch nicht auswertbar.

Summary

Transsexualism in Juveniles

This article contains a survey of literature on the subject of transsexualism. After giving a definition of the term, stating the differential diagnosis, its frequency and the social development, the somatogenetic and psychogenetic concepts of the etiology of transsexualism are being discussed. Thereupon the essentials of treatment are described. Finally the special situation is given attention which arises when children and juveniles are treated.

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: Green, R. and Money, J. (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. et al. (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 inter-

vention. In: *Psychotherapy: Theorie 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. – *Sigus, V., Meyenburg, B., Reiche, R.* (1978): Transsexualität. In: *Sigus, 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.*: Transsexualität im Jugendalter. II. Ein Fallbericht (im Druck). – *Thomä, H.* (1975): 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. *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. *Jahrbuch f. Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete* Bd. III. Bern: Huber. – *Wallis, H.* (1967): Katamnestic Erhebungen bei Hermaphroditen. *Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete* Bd. V, Bern: Huber.

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