

## **TRANSSEXUALISMUS**

### **Wer ist transsexuell**

Nach einer Definition von Eicher (1992) werden Menschen als transsexuell bezeichnet, die sich im falschen Körper wähnen: Entweder ist ihr körperliches Erscheinungsbild eindeutig männlich, sie empfinden sich dabei aber ganz als Frau, oder umgekehrt: Sie sind körperlich eindeutig weiblich und empfinden sich als Mann. Dieses paradoxe Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht wird früher oder später zu einem so starken Leidensdruck, dass die Betroffenen mit allen Mitteln versuchen, ihr Äußeres entsprechend ihrer inneren Empfindungen zu ändern und das körperliche Geschlecht dem psychisch empfundenen Geschlecht anzugleichen.

### **Ursachen:**

Über die Ursachen von Transsexualität findet man immer wieder die unterschiedlichsten biologischen und psychologischen Denkmodelle, die nur selten für die Behandlung dieser Patienten neue Gesichtspunkte erbringen. Aus psychiatrischer Sicht handelt es sich beim Transsexualismus um eine Identitätsstörung.

Vieles spricht dafür, dass das Bewusstsein, einem der beiden Geschlechter anzugehören, biologisch vorprogrammiert ist. Durch die Erziehung wird es dann weiterentwickelt und fixiert. Hierbei spielt der Prozess der Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen und der Komplementierung durch den andersgeschlechtlichen Elternteil die entscheidende Rolle. Abweichungen in der Geschlechtsrolle könnten demnach durch eine falsche Prägung in frühester Kindheit verursacht sein. Auffällig ist in den Anamnesen der Transsexuellen in der Tat häufig eine zerbrochene oder unvollständige Familienstruktur.

Ein Teil der Patienten zeigte in der Kindheit zeitweise gegengeschlechtliches Verhalten, das von elterlicher Seite toleriert wurde. Das Fehlen von negativer Verstärkung gegengeschlechtlicher Verhaltensweisen, die ja bei einer großen Anzahl von Kindern im Laufe der Entwicklung auftreten, scheint die Entstehung des transsexuellen Syndroms zu begünstigen.

### **Diagnostische Zuordnung:**

Bei der diagnostischen Zuordnung unterscheidet man zwei Formen des Transsexualismus. Bei primärem Transsexualismus besteht die Andersartigkeit der Geschlechtsidentität von frühester Kindheit an, während sich sekundärer Transsexualismus erst im Erwachsenenalter zeigt.

Sekundär-Transsexuelle sind unter anderem auch effeminierte Homosexuelle und Transvestiten, die unter bestimmten Bedingungen zu Transsexuellen werden.

Die Differentialdiagnose zum Transvestismus und zur Homosexualität ist oft schwierig, da fließende Übergänge möglich sind. Transvestiten erleben ihre sexuelle Befriedigung vorwiegend durch das Anlegen der Kleider des anderen Geschlechts. Im Gegensatz zum echten Transsexuellen bleiben beim Transvestiten die primären Geschlechtsmerkmale Lustorgane; Ekel davor besteht nicht. Manche Transvestiten nehmen aus Perfektionsstreben gegengeschlechtliche Hormone ein. Manche streben einen Geschlechtswechsel an, um sozial besser integriert zu sein.

Homosexuelle wollen gleichgeschlechtliche Liebe. Sie erleben ihre genitale Reaktion während sexueller Handlungen als lustvoll. Auch hier besteht anhaltend kein Ekel vor den eigenen Geschlechtsmerkmalen.

Die entscheidenden Kriterien für die Diagnose Transsexualismus sind:

1. Die eigenen Genitalorgane erzeugen Ekel und Hass, ebenso die übrigen geschlechtsspezifischen Körperformen, die Haarverteilung, die Gewohnheiten, das Gebaren, die Kleidung sowie die Art der Sexualität.
2. Die sexuellen Phantasien im Traum und bei Ipsation sind beim Mann-zu-Frau-Transsexuellen die Penetration eines anderen in ihn selbst und beim Frau-zu-Mann-Transsexuellen die Penetration in eine Partnerin.
3. Die Festlegung auf das erlebte Geschlecht ist absolut und von einer suchartig verlaufenden Progression.

Der gesamte Prozess der heute immer noch favorisierten Geschlechtsumwandlung ist in vielerlei Hinsicht außerordentlich aufwendig und risikoreich und kann trotz aller operationstechnischer Fortschritte keineswegs als perfekt angesehen werden. Das Unteroptimale der meisten Geschlechtswandlungen bleibt augenfällig und spürbar. Die Erbinformation in den Körperzellen ist eben bis jetzt nicht umwandelbar.

Die Phantasien von einem unauffälligem Leben mit einem normalen Partner, die viele transsexuelle Menschen haben, erfüllen sich in der Regel nicht. Die Patienten haben mit Unvollständigkeiten im Erscheinungsbild, unter anderem beim Behaarungstyp, bei Stimme und Kehlkopfstruktur, in der Psychomotorik bis hin zum nichtadäquaten Eigengeruch zu rechnen. Dies alles trotz der hohen körperlichen und seelischen Belastung durch die Hormonbehandlung und schwierigen Operationen mit ihren irreversiblen Folgen wie Verlust der Zeugungs- bzw.

Empfängnismöglichkeit, eventuelle Beeinträchtigungen der Libido sowie der vielen familiären und sozialen Probleme, denen ein Transsexueller auch nach der Operation ausgesetzt sein kann.

Einem Großteil der Patienten gelingt es, sich mit der unteroptimalen Situation dem angeborenen körperlichen Geschlecht – zu arrangieren. Ob sie besser oder schlechter zurechtkommen als die Patienten, die sich mit Hilfe von Ärzten, Psychiatern, Hormonspezialisten, Chirurgen und Juristen einer Geschlechtsumwandlung unterziehen, kann nicht endgültig beantwortet werden.

Autorin:  
Dr. Liselotte Mäni Kogler  
e-mail: m.kogler@psychosomatik.at

## **Empfehlungen für den Behandlungsprozess von Transsexuellen aus dem Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales**

1. Abklärung der Art und des Ausmaßes der Störung der geschlechtlichen Identität durch folgenden diagnostischen Prozess:
  - **Psychiatrische Diagnosestellung**
  - **Urologisch-gynäkologische Abklärung**, die bei Bedarf auch
  - **Endokrinologische bzw. zyto-genetische Untersuchungen** einschließt  
Und
  - **psycho- (psychologische) Diagnostik**
2. Aufgrund dieser Abklärung Indikationsstellung zur Anwendung geeigneter psychotherapeutischer Methoden.
3. Die Psychotherapie ist kontinuierlich über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr bzw. mit mindestens 50 Stunden durchzuführen. Sie dient nicht nur therapeutischen Zielen, sondern soll auch Teil des fortgesetzten diagnostischen Prozesses sein und die diagnostische Bewertung vertiefen. Nach diesem Behandlungszeitraum hat eine Befundung durch den Therapeuten zu erfolgen.
4. Anschließend hat die psychiatrische Kontrolle und eine Indikationsstellung für den weiteren Behandlungsverlauf hinsichtlich psychischer und somatischer Behandlungskomponenten unter Berücksichtigung des unter Punkt 3 erstatteten Befundes zu erfolgen.
5. Bei Indikationsstellung zur Einleitung somatischer Behandlungsschritte hat eine Hormontherapie zu erfolgen, die kontinuierlich ärztlich kontrolliert werden muss. Parallel dazu ist die Behandlung mit psychotherapeutischen Methoden fortzusetzen und ein „Alltagstest“ (d.h. Leben bereits unter den geänderten geschlechtlichen Bedingungen) durchzuführen. Diese Phase mit den drei parallel verlaufenden Behandlungsanteilen hat mindestens ein Jahr lang zu erfolgen.
6. Am Ende dieser Phase ist eine neuerliche psychiatrische und gynäkologisch-urologische Befundung durchzuführen. Dabei ist zur Indikation für eine operative Veränderung der geschlechtlichen Morphologie Stellung zu beziehen.
7. Aus der psychiatrischen Stellungnahme muss die Kontinuität und Unbeeinflussbarkeit des transsexuellen Wunsches eindeutig hervorgehen.
8. Auf Basis des unter Punkt 6 eingeholten Befundes erfolgt die zusammenfassende Indikationsstellung im Hinblick auf die im Einzelfalldurchzuführenden Operationen durch das Institut für Gerichtliche Medizin der Universität Wien.
9. Durchführung der Operation und Erstellung eines Operationsbefundes.
10. Bei Bedarf ist auch postoperativ die Behandlung mit psychotherapeutischen Methoden weiterzuführen.
11. Bei Vorliegen von Transsexualität ist für den Zeitraum der Behandlung des Patienten auf Verlangen eine ärztliche Bestätigung mit der maximalen Gültigkeitsdauer von zwei Jahren auszustellen, aus der die diagnostische Zuordnung sowie die Darstellung des Zusammenhanges zwischen der Behandlung und dem äußeren Erscheinungsbild hervorgeht.

Für die Bundesministerin  
LIEBESWAR  
Bundesministeriumserlaß 1997