



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

## **Bachelorarbeit**

zur  
Erlangung des akademischen Grades  
**Bachelor of Arts (B.A.)**

**Thema: Entstehung von Transsexualität im Kindesalter**

**Frage: Welche Faktoren in der Kindheit begünstigen die Entwicklung einer transsexuellen Identität?**

**vorgelegt von**  
Christine Haase

**Studiengang:**  
soziale Arbeit

**Fachbereich:**  
Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

**Fachsemester: 6**  
**Sommersemester: 2012**  
**Abgabetermin: 12.06.2012**

**Erstprüfer:** Prof. Dr. phil. Roland Haenselt  
**Zweitprüfer:** Prof. Dr. phil. habil. Barbara Bräutigam

**urn:nbn:de:gvb:519-thesis 2012-0376-4**

***„Ändert sich der Zustand der Seele, so ändert dies auch das Aussehen des Körpers und umgekehrt; ändert sich das Aussehen des Körpers, so ändert dies zugleich auch den Zustand der Seele.“***

*Aristoteles 2012, (Internetquelle)*

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	1
Vorbemerkung.....	1
1 zur Betrachtung der Geschlechter .....	2
1.1 Ebenen bei der Entwicklung des Geschlechts.....	2
1.1.1 das genetische Geschlecht.....	2
1.1.2 das hormonelle Geschlecht .....	2
1.1.3 das neuronale Geschlecht .....	2
1.1.4 das körperliche Geschlecht .....	3
1.1.5 das psychosoziale Geschlecht .....	3
1.1.6 rechtliche Geschlechterzuweisung.....	3
1.2 geschlechtsspezifische Kleidung im Kindesalter .....	4
1.3 Unterschiede zwischen Männern und Frauen .....	4
1.3.1 Einfluss der Hormone auf die Entwicklung des Gehirns.....	4
1.3.2 Unterschiede im Intellekt .....	5
1.3.3 Bereich der Gefühle .....	6
1.3.4 Lernverhalten .....	6
1.3.5 geschlechtsspezifische und geschlechtstypische Unterschiede.....	6
2 Entwicklung der Geschlechtsidentität.....	7
2.1 Begriffsbestimmung Geschlechtsidentität .....	7
2.2 Entwicklung der Geschlechtsidentität aus psychoanalytischer Sicht.....	7
2.3 Lernen am geschlechtsspezifischen Modell.....	9
2.4 Erwerb des Geschlechtsrollenkonzeptes aus kognitionspsychologischer Sicht...10	
3 Geschlechtsidentitätsstörungen und Transsexualität.....	12
3.1 Klassifikationen nach ICD-10.....	12
3.1.1 Störung der Geschlechtsidentität im Kindesalter .....	12
3.1.2 Transsexualismus .....	13
3.1.3 Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen .....	13
3.2 Transsexualität als Störung .....	13
3.3 mögliche Ursachen für die Entstehung einer transsexuellen Identität .....	14
3.3.1 psychoanalytische Theorieansätze .....	14
3.3.1.1 nach Robert J. Stoller .....	14
3.3.1.2 nach Leslie M. Lothstein.....	15
3.3.1.3 nach Ethel Person und Lionel Oversey .....	16
3.3.1.4 nach Charles W. Socarides.....	17
3.3.2 aus entwicklungspsychologischer Sicht.....	19
3.3.3 aus lerntheoretischer Sicht .....	19
3.4 weitere innerfamiliäre Bedingungen .....	19
3.5 biologische und genetische Faktoren .....	20
3.5.1 Anmerkung.....	20
3.5.2 chromosomale Abweichungen.....	20
3.5.2.1 Das Klinefelter- Syndrom .....	20
3.5.2.2 Das Turner- Syndrom.....	21
3.5.3 hormonelle Abweichungen .....	22
3.5.3.1 Tierexperiment von Neumann.....	22
3.5.3.2 das Androgenisierungsmodell.....	22
3.5.4 neuronale Abweichungen im Gehirn .....	23
3.5.4.1 Studie der Universität Essen .....	23
3.5.5 genetische Abweichungen.....	24
3.5.5.1 Studie vom Prince Henry's Institute in Clayton .....	24
4 empirische Befunde.....	24

4.1	bei Kindern mit Geschlechtsidentitätsstörungen.....	24
4.2	Transsexualität .....	26
5	Behandlung und Therapie .....	27
5.1	bei Kindern mit Geschlechtsidentitätsstörungen.....	27
5.2	Behandlung von jugendlichen Transsexuellen.....	28
5.2.1	Testpsychologie und Fragebögen.....	28
5.2.2	Psychotherapeutische Begleitung .....	28
5.2.3	Alltagstest.....	28
5.2.4	Hormontherapie.....	29
5.2.4.1	Pubertätshemmende Hormone .....	29
5.2.4.2	gegengeschlechtliche Hormone .....	29
5.2.5	die geschlechtsangleichende Operation .....	29
5.2.6	Namens- und Personenstandsänderung.....	31
5.2.7	zur Diskussion einer frühzeitigen Hormonbehandlung.....	31
5.2.7.1	Argumente für eine frühzeitige Hormonbehandlung .....	31
5.2.7.2	Argumente gegen eine frühzeitige Hormonbehandlung .....	31
6	Die Bedeutung der Kleidung.....	33
6.1	Definition .....	33
6.2	Funktion der Kleidung .....	33
6.3	chronologischer Verlauf beim Tragen von gegengeschlechtlicher Kleidung.....	33
7	Fallbeispiel Kim Petras .....	35
8	Beitrag der sozialen Arbeit.....	36
9	Zusammenfassung.....	37
	Quellenverzeichnis.....	39
	Anhang .....	41
	Anhang I: Diagramm der Frankfurter Spezialsprechstunde.....	42
	Anhang II: Utrechter Fragebogen für Jungen .....	43
	Anhang III: Utrechter Fragebogen für Mädchen .....	45
	Eidesstattliche Erklärung .....	47

## **Einleitung**

Während einer Schwangerschaft kann mithilfe medizinischer Technik das Geschlecht eines Kindes bereits vor der Geburt festgestellt werden. Ab diesem Zeitpunkt ist klar: es wird ein Mädchen oder ein Junge. Die Vorfreude und die Vorstellungen der Eltern über ihren Nachwuchs und deren Geschlecht spiegeln sich vor allem in der Einrichtung des Kinderzimmers, aber auch im Erwerb geschlechtsspezifischer Anzihsachen und Spielsachen wieder. Mit der Geburt setzt die Sozialisation des Kindes vollends ein. Bereits in den ersten paar Minuten des Lebens bekommt das Neugeborene die Geschlechtsstereotype zu spüren. Nicht nur die Namensgebung, auch die Bewertung des äußeren Erscheinungsbildes tragen zur Geschlechtersozialisation bei. So wird möglicherweise ein kleines Mädchen als „zierlich“ und ein Junge mit stattlichem Körperbau als „kräftig“ beschrieben. Mit der Erziehung werden weitere Geschlechtsstereotype vermittelt. Irgendwann ist jedem Kind bewusst, zu welchem Geschlecht es gehört und wie es sich verhalten muss. Was passiert aber, wenn ein Kind als Angehöriger des anderen Geschlechts leben möchte und die zugeschriebene Rolle ablehnt? Welche Faktoren begünstigen u.U. die Entwicklung einer transsexuellen Identität?

Diese Fragen möchte ich in meiner Bachelorarbeit untersuchen. Zunächst werde ich den Begriff Geschlecht genauer beleuchten. Anschließend werde ich auf die Unterschiede zwischen dem männlichen und weiblichen Geschlecht eingehen. Daraufhin stelle ich diverse Theorien zur Entwicklung der Geschlechtsidentität vor. Weiterhin werde ich die Begriffe Geschlechtsidentitätsstörung, Transsexualismus und Transvestitismus nach ICD-10 differenzieren. Danach komme ich zu den möglichen Ursachen für die Entstehung einer transsexuellen Identität. Im Anschluss werden empirische Befunde vorgestellt. Nachdem die Behandlungsmöglichkeiten kurz beschrieben und diskutiert werden, gehe ich auf die Bedeutung der Kleidung für Kinder und Jugendliche mit einer gestörten Geschlechtsidentität ein. Ein Fallbeispiel aus Deutschland und den Bezug zur sozialen Arbeit werden als letzte Punkte behandeln. In der Zusammenfassung möchte ich auf die Beantwortung der Ausgangsfrage eingehen und meine eigene Sicht auf das Thema darstellen.

## **Vorbemerkung**

Um Störungen der Geschlechtsidentität zu verstehen, ist es meiner Ansicht nach unabdingbar, sich zunächst mit biologischen, psychologischen und kulturellen Aspekten auseinanderzusetzen, die das männliche und weibliche Geschlecht definieren bzw. ausmachen. Dazu zählen die Entwicklung der normalen Geschlechtsidentität, sowie geschlechtsspezifische

und geschlechtstypische Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Kinder mit Störungen der Geschlechtsidentität weichen von diesen festgelegten Standards ab.

## **1 zur Betrachtung der Geschlechter**

### **1.1 Ebenen bei der Entwicklung des Geschlechts**

#### **1.1.1 das genetische Geschlecht**

Nach Jens B. Asendorpf ist das genetische Geschlecht durch die Paarung des väterlichen Geschlechtschromosoms mit dem mütterlichen Geschlechtschromosom bestimmt. Das väterliche Geschlechtschromosom kann entweder ein X- oder ein Y- Chromosom sein. Das mütterliche Geschlechtschromosom ist immer ein X- Chromosom. Ein chromosomal weiblicher Typ entsteht bei der Chromosomenkombination XX, d.h. das väterliche Geschlechtschromosom ist ein X- Chromosom. Ein chromosomal männlicher Typ entsteht bei der Chromosomenkombination XY, d.h. das väterliche Geschlechtschromosom ist ein Y- Chromosom.<sup>1</sup>

#### **1.1.2 das hormonelle Geschlecht**

Das Geschlecht eines Menschen ist nach Asendorpf durch ein einziges Gen bestimmt. Die Aktivität des SRY- Gens („sex determining region Y“) auf dem Y- Chromosom führt im Alter von sieben Wochen nach der Zeugung zur Differenzierung der Geschlechtsdrüsenanlage in den Hodenvorformen. Damit beginnt die Produktion der männlichen Geschlechtshormone Androgene, insbesondere Testosteron. Bleibt die Aktivität des SRY-Gens aus, entwickelt sich trotz der Chromosomenkombination XY automatisch ein weiblicher Fetus. Aus den frühen Geschlechtsdrüsen entstehen Eierstöcke. Nach zwölf Wochen Schwangerschaft sind die Eierstöcke des weiblichen Fetus soweit entwickelt, dass sie primär die Geschlechtshormone Östrogene und Progesteron produzieren. Normalerweise produzieren weibliche Feten mehr Östrogene und Progesteron und weniger Androgene als männliche Feten. Dieser quantitative Unterschied bestimmt das hormonelle Geschlecht.<sup>2</sup>

#### **1.1.3 das neuronale Geschlecht**

Hormonelle Unterschiede können nach Asendorpf im Verlaufe der individuellen Entwicklung Einfluss auf die Gehirnentwicklung nehmen.<sup>3</sup> Dem Autor zufolge sind diese „Wirkungen [...] mit der Geburt keinesfalls abgeschlossen; während Pubertät, Schwangerschaft und Menopause kommt es z.B. zu erheblichen geschlechtsspezifischen hormonellen Ver-

---

<sup>1</sup>vgl. Asendorpf 2011, S.161

<sup>2</sup>vgl. Asendorpf 2011, S.161

<sup>3</sup> vgl. Asendorpf 2011, S.162

änderungen, die im Prinzip neuronale Wirkungen haben und dadurch auch neue psychologische Geschlechtsunterschiede erzeugen können.“<sup>4</sup>

#### **1.1.4 das körperliche Geschlecht**

Im Artikel „Am Anfang war die Frau“ wird weiterhin ausdrücklich auf ein körperliches Geschlecht verwiesen. Geschlechtshormone steuern die Entwicklung der männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane und haben Einfluss auf die entsprechenden Zentren im Gehirn. Die körperlichen Unterschiede zwischen Mann und Frau sind somit im äußeren Erscheinungsbild deutlich zu erkennen.<sup>5</sup>

#### **1.1.5 das psychosoziale Geschlecht**

Der Artikel verweist weiterhin auf ein psychosoziales Geschlecht. Demnach wird der Grundstock mit der vorgeburtlichen Entwicklung gelegt. Entscheidend für das psychosoziale Geschlecht ist aber die Erziehung. Großen Einfluss hat dabei die Umwelt bzw. die jeweilige Kultur mit ihren geschlechtsspezifischen Rollenmustern. Mit der Entwicklung der Geschlechtsidentität und der Übernahme der Rollenmuster entsteht das psychosoziale Geschlecht.<sup>6</sup>

Auch Asendorpf verweist auf den Einfluss der Geschlechtsstereotypen der jeweiligen Kultur. Sie wirken dem Verfasser zufolge zunächst über die soziale Umwelt und später über das Kind selbst.<sup>7</sup> Dies hat zur Folge, dass „Geschlechtsunterschiede verstärkt, vermindert oder überhaupt erst erzeugt werden. Und da es Rückwirkungen des geschlechtstypischen Verhaltens auf das hormonelle und neuronale Geschlecht geben kann, muss damit gerechnet werden, dass das Geschlechtsstereotyp über das psychologische Geschlecht auf das biologische Geschlecht Einfluss nehmen kann. Biologisches Geschlecht, psychologisches Geschlecht und Geschlechtsstereotyp stehen also in Wechselwirkung zueinander.“<sup>8</sup>

#### **1.1.6 rechtliche Geschlechterzuweisung**

Nach §18 Personenstandsgesetz müssen binnen einer Woche dem zuständigen Standesamt die Geburt eines Kindes gemeldet werden. Der §21 Personenstandsgesetz regelt zudem die Eintragung in das Geburtenregister. Demnach müssen der Vorname und Familienname, Ort, Tag, Stunde und Minute der Geburt, das Geschlecht des Kindes, sowie die Vornamen und Familiennamen der Eltern und auf Wunsch eines Elternteils die rechtliche Zugehörig-

---

<sup>4</sup> Asendorpf 2011, S.162

<sup>5</sup> vgl. URL1

<sup>6</sup> vgl. URL1

<sup>7</sup> vgl. Asendorpf 2011, S.162

<sup>8</sup> Asendorpf 2011, S.162f

keit zu einer Religionsgemeinschaft in der Geburtsurkunde festgehalten werden.<sup>9</sup>

## **1.2 geschlechtsspezifische Kleidung im Kindesalter**

Julia Epstein führt auf, dass in den ersten drei Jahren das Kind gekleidet wird. Dies ist die Zeitspanne, in der sich auch die Geschlechtsidentität ausbildet. Die Autorin verweist darauf, dass die Mehrheit der Kinder von der Mutter gekleidet wird, d.h. auch Jungen sehen sich zunächst durch die Brille einer Frau.<sup>10</sup> Das unterschiedliche Bekleidungsverhalten wird bereits im Kleinstkindalter deutlich: „...der Einfluss der Gesellschaft beginnt schon im Kinderwagen: Bei uns trägt das Bübchen traditionellerweise Hellblau, das Mädchen Rosa. Wenn die Kinder laufen können, fängt die Einübung in die geschlechtstypische Kleiderordnung erst richtig an: (...) So tragen denn die „Stammhalter“ Hosen, dazu Sweat-Shirts mit allerlei Emblemen aus Sport und Technik. Auch kleine Mädchen können heutzutage Hosen anhaben. Aber wenn sie „so richtig schön“ gemacht werden, besteht ihr Sonntagsoutfit nach wie vor aus Rüschenkleidchen in Pastelltönen. Und wenn Symbolik, dann Blumen und Schmusetiere.“<sup>11</sup> Kleidung von Mädchen ist demnach farbenfroher und verspielter. Die Kleidung von Jungen beschreibt die Verfasserin als eher dunkel- bunt und sachlich. Epstein verweist bereits in diesem Alter auf ein Ungleichgewicht. Bei Mädchen ist burschikose Kleidung unproblematisch, während mädchenhafte Attribute an Kleidung von Jungen strikt vermieden werden. Schleifen sind nach Epstein der Inbegriff von Weiblichkeit und für Jungen tabu.<sup>12</sup> Epstein sieht die Ursache dieser Kleidungskonventionen in der Erziehung: „Mädchen werden zur Eitelkeit erzogen, Jungen nicht. Mädchen bekommen eine hohe Bewertung von Äußerlichkeiten vermittelt und werden zur Erfüllung bestehender Schönheitsideale angehalten.“<sup>13</sup>

## **1.3 Unterschiede zwischen Männern und Frauen**

### **1.3.1 Einfluss der Hormone auf die Entwicklung des Gehirns**

Nach Doreen Kimura unterscheiden sich Männer und Frauen nicht nur in körperlichen Merkmalen und in der Fortpflanzungsfunktion, sondern auch in der Art der Intelligenz. Die Autorin bezieht sich auf die kognitiven Fähigkeiten. Demnach haben Männer in der Regel ein besseres Vorstellungsvermögen, das sich in mathematischen Fähigkeiten und im Orientierungssinn nieder schlägt. Zudem haben Männer bessere Kompetenzen in zielgerichteten motorischen Fähigkeiten wie beispielsweise das Werfen und Auffangen von Gegenständen.

<sup>9</sup> vgl. URL2: Bundesministerium der Justiz 2012

<sup>10</sup> vgl. Epstein 1995, S.65

<sup>11</sup> Lurie zitiert nach Epstein 1995, S. 65

<sup>12</sup> vgl. Epstein 1995, S.66

<sup>13</sup> Epstein 1995, S.66



den. Frauen können der Autorin zufolge schneller zusammenpassende Objekte erkennen, haben also eine höhere Wahrnehmungsgeschwindigkeit und haben eine höhere verbale Gewandtheit. Zudem sind Frauen in der Regel in manuellen Präzisionsaufgaben besser als ihre männlichen Mitmenschen. Die spezifischen Fähigkeiten von Männern und Frauen schreibt Kimura dem hormonellen Einfluss auf das Gehirn zu. Der Hypothalamus ist eine kleine Struktur im Zwischenhirn und steuert das männliche und weibliche Fortpflanzungsverhalten. Der Hypothalamus ist mit der endokrinen Hypophyse verbunden. Diese Hormondrüse spielt eine zentrale Rolle bei der Regulation des neuroendokrinen Systems im Körper und reguliert somit auch die Ausschüttung der Geschlechtshormone.

Die Geschlechtshormone sorgen bereits früh für eine Differenzierung im Gehirn, die zum Auftreten männlicher und weiblicher Verhaltensweisen führen. Die Entstehung unterschiedlicher kognitiver Fähigkeiten hat sich der Verfasserin zufolge in der Evolution als vorteilhaft erwiesen. Die Organisation des Gehirns bildete sich entsprechend über viele Generationen heraus. Der Mensch konnte nur in kleinen Gruppen überleben. Die Arbeitsteilung zwischen Mann und Frau hatte sich spezifisch ausgeprägt. Für die Großwildjagd mussten die Männer weite Strecken zurücklegen und sich gegen feindliche Raubtiere und Artgenossen zur Wehr setzen, sowie Waffen und Werkzeuge herstellen. Frauen sammelten in der näheren Umgebung Nahrung, fertigten Kleidung an und behüteten den Nachwuchs. Beide Geschlechter unterlagen einem unterschiedlichen Selektionsdruck. Die Männer mussten sich über weite Strecken hinweg orientieren, Rückwege finden, ein Terrain aus verschiedenen Richtungen erkennen und gut zielen können, um genug Tiere zu erlegen. Für Frauen waren die Nahbereichsorientierung, die feinmotorischen Fähigkeiten, Wahrnehmung geringfügiger Veränderungen in der Umwelt z.B. beim Erscheinen und dem Verhalten der Kinder von Bedeutung. Im Laufe der Entwicklung steuerten die Sexualhormone solche geschlechtsspezifischen Unterschiede. Deshalb stellt Kimura die Vermutung auf, dass unabhängig von gesellschaftlichen Einflüssen, ein unterschiedliches Interesse an gewissen Befähigungen und Beschäftigungen bei beiden Geschlechtern vorherrscht.<sup>14</sup>

### **1.3.2 Unterschiede im Intellekt**

Der Artikel „Am Anfang war die Frau“ verweist weiterhin, dass die durchschnittlichen Leistungen beider Geschlechter identisch sind. Mädchen haben aber eine leichte Überlegenheit im kreativen Bereich. Da bei Frauen die linke und rechte Gehirnhälfte stärker miteinander vernetzt sind, können sie Erfahrungen und Wissen besser in einem Bereich auf dem anderen übertragen. Dafür können Männer besser mehrere Sachen gleichzeitig tun

---

<sup>14</sup> vgl. Kimura 2012, (Internetquelle)

z.B. Musik hören, mitsingen und rückwärts einparken. Für die ersten beiden Tätigkeiten wird eher die rechte Gehirnhälfte genutzt. Für das einparken nutzen Männer eher die linke Gehirnhälfte. Beide Gehirnhälften werden der Autorin zufolge spezifisch genutzt, ohne sich gegenseitig zu behindern oder sich in den Funktionen einander zu beeinträchtigen.<sup>15</sup>

### **1.3.3 Bereich der Gefühle**

Dieser Bereich ist dem Artikel zufolge stark abhängig von hormonellen Schwankungen. Durch den Einfluss der Androgene entsteht demnach eine männliche Neigung bei Konflikten mit Aggressionen zu reagieren. Der Artikel betont, dass Eltern ihren Söhnen auch mehr Freiräume gewähren als ihren Mädchen, da sie sich elterlichen Verboten nicht so schnell unterwerfen. Durch die Hormone Progesteron und Östrogene werden bei Mädchen weibliche Tugenden wie Romantik und Zuwendung begünstigt<sup>16</sup>

### **1.3.4 Lernverhalten**

Das Lernverhalten ist dem Artikel zufolge abhängig von der Motivation, Intelligenz, Selbsteinschätzung und der Stimmung. Demnach haben Mädchen größere Angst vor Prüfungen.<sup>17</sup> Bei Jungen hingegen ist „Der Unterschied zwischen faktischem Können und eigenem Zutrauen [...] geringer. Doch es ergeben sich auch unterschiedliche Lernstile. Mädchen neigen mehr zum Auswendiglernen, Jungen mehr zu logischem Problemlösen.“<sup>18</sup> Wie sich die Geschlechtsunterschiede aber im Verhalten zeigen, ist letztendlich von der Erziehung abhängig.<sup>19</sup>

### **1.3.5 geschlechtsspezifische und geschlechtstypische Unterschiede**

Der Artikel „Am Anfang war die Frau“ unterscheidet weiterhin in geschlechtsspezifische und geschlechtstypische Unterschiede. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind Merkmale, in denen Männer und Frauen sich absolut unterscheiden. Dazu zählen u.a. die Geschlechtsmerkmale und die dominierenden Sexualhormone. Da Frauen auch einen geringen Teil männlicher Hormone in sich tragen und Männer einen kleinen Teil weiblicher Hormone produzieren wird hier vom quantitativen Unterschied ausgegangen.

Geschlechtstypische Unterschiede betreffen die relative Häufigkeit. Körperliche Gewalt ist beispielsweise eher ein Phänomen bei Männern, kommt aber dennoch bei Frauen vor.

Frauen wenden hingegen subtilere Formen der Gewalt an. Diese Art der Gewalt ist weniger offensichtlich. Beispielsweise befriedigen Frauen ihr Rachebedürfnis durch das Schrei-

---

<sup>15</sup> vgl. URL1

<sup>16</sup> vgl. URL1

<sup>17</sup> vgl. URL1

<sup>18</sup> URL1

<sup>19</sup> vgl. URL1

ben eines Kriminalromans in der Phantasie.<sup>20</sup>

## **2 Entwicklung der Geschlechtsidentität**

### **2.1 Begriffsbestimmung Geschlechtsidentität**

Margarethe Blan-Mathieu beschreibt in ihrem Aufsatz: „Entwicklung der Geschlechtsidentität in der frühen Kindheit“ die Geschlechtsidentität als die subjektive Einschätzung einer Person zu sich selbst im Unterschied zur Beurteilung der eigenen Person durch andere.<sup>21</sup>

Voraussetzung für die gelungene subjektive Einschätzung ist demnach ein stimmiges Selbstbild: „Nur, wenn ich mich in meinem Körper (der entweder männlich oder weiblich ist) zu Hause fühle, kann ich auch von einer gelungenen Geschlechtsidentität sprechen.“<sup>22</sup>

Weiterhin beschreibt sie die Entwicklung der Geschlechtsidentität als lebenslangen Prozess, der immer wieder neu bearbeitet und definiert werden muss.<sup>23</sup>

### **2.2 Entwicklung der Geschlechtsidentität aus psychoanalytischer Sicht**

Klaus- Jürgen Tillmann beschreibt Freuds Phasen der psychosexuellen Entwicklung. Für die Entwicklung der Geschlechtsidentität ist die phallische Phase zwischen dem 2. und 5. Lebensjahr von Bedeutung. Penis und Klitoris stellen das Zentrum des Lustgewinns dar. Tillmann beschreibt diese Phase als Blütezeit der kindlichen Masturbation. Am Ende dieser Phase steht die ödipale Situation mit der Errichtung des Über-Ichs. Die Geschlechtsidentität erwirbt das Kind dabei mit der Identifikation mit dem gegengeschlechtlichen Elternteil im Alter von ca. 5 Jahren. Freud geht demnach von einer Familie aus, in dem das Kind mit Vater, Mutter und mehreren Geschwistern zusammenlebt. Der Wunsch des Kindes ist dabei die Ausübung der genitalen Sexualität mit dem gegengeschlechtlichen Elternteil. Beim Jungen verläuft die ödipale Phase wie folgt: die libidinös besetzte Beziehung mit der Mutter dauert an. Aus der oralen Phase hat der Junge den Umgang mit dem Körper der Mutter als triebbefriedigend erlebt. Mit dieser Erfahrung tritt er in die phallische Phase ein. das Triebbedürfnis hat sich auf die genitale Sexualität verlagert und der Junge beschäftigt sich ausgiebig mit seinem Genital.<sup>24</sup> Dabei macht er die Erfahrung, dass die Erwachsenen damit nicht einverstanden sind: „Es tritt mehr oder minder deutlich, mehr oder weniger brutal, die Drohung auf, dass man ihn dieses von ihm hochgeschätzten Teils berauben

---

<sup>20</sup> vgl. URL1

<sup>21</sup> vgl. Blank-Mathieu, 2012 (Internetquelle)

<sup>22</sup> Blank-Mathieu, 2012 (Internetquelle)

<sup>23</sup> vgl. Blank-Mathieu, 2012 (Internetquelle)

<sup>24</sup> vgl. Tillmann 2010, S.82f

werde.“<sup>25</sup> Die Kastrationsdrohung wird spätestens dann vorstellbar, wenn der Junge ein nacktes Mädchen sieht. Dieses Wesen ist ihm ähnlich, hat aber dennoch keinen Penis.<sup>26</sup> Nach Freud hat der Junge nur zwei Optionen, um die genitale Befriedigung zu erhalten: „Es konnte sich in männlicher Weise an die Stelle des Vaters setzen und wie er mit der Mutter verkehren, wobei der Vater bald als Hindernis empfunden wurde, oder es wollte die Mutter ersetzen und sich vom Vater lieben lassen, wobei die Mutter überflüssig wurde.“<sup>27</sup> Beide Optionen würden aber den Verlust des Penis bedeuten. Würde er den Vater ersetzen, würde er zur Strafe von den Erwachsenen kastriert werden. Würde er die Mutter ersetzen, müsste er, um eine Frau zu werden, ebenfalls den Penis verlieren. Der Konflikt besteht zwischen dem narzisstischen Interesse an diesem Körperteil und der libidinösen Besetzung der elterlichen Objekte. In diesem Konflikt siegt nach Freud meistens das narzisstische Interesse am Genital.<sup>28</sup> Die psychische Konsequenz ist die Aufgabe der libidinösen Objektbeziehung zur Mutter einerseits und die Internalisierung des Inzesttabus andererseits.<sup>29</sup> Der ödipale Wunsch auf die Mutter wird durch die Kastrationsdrohung aufgegeben. Dieses bedrohliche Erlebnis läuft nach Freud in wesentlichen Teilen unbewusst ab. An die Stelle der Objektbeziehung tritt nun die Identifikation mit dem übermächtigen, männlichen Vater: „er will ihn nicht mehr beiseite schieben, er will so sein wie er.“<sup>30</sup> Die Autorität des Vaters wird in das Ich aufgenommen und bildet dort den Kern des Über-Ichs. Durch die Errichtung des Über-Ichs können gesellschaftliche Normen und somit auch die Normen der Geschlechterrolle übernommen werden.<sup>31</sup> „Der ganze Prozess hat einerseits das Genital gerettet, die Gefahr des Verlustes von ihm abgewendet, andererseits ihn lahmgelegt, seine Funktion aufgehoben.“<sup>32</sup>

Der Einstieg in die ödipale Phase ist beim Mädchen ähnlich wie beim Jungen. Die Mutter ist das erste Liebesobjekt und Lustgewinn bezieht das Mädchen aus der Beschäftigung mit dem Genital.<sup>33</sup> Durch die Sicht auf den auffällig, groß angelegten Penis eines nackten Jungen, bemerkt das Mädchen den anatomischen Geschlechtsunterschied: „Sie hat es gesehen, weiß, dass sie es nicht hat, und will es haben.“<sup>34</sup> Durch diesen Kastrationskomplex empfindet sich das Mädchen als minderwertiges Geschöpf. Damit erfolgt gleichzeitig die Ab-

---

<sup>25</sup> Freud zitiert nach Tillmann 2010, S.83

<sup>26</sup> vgl. Freud zitiert nach Tillmann 2010, S.83

<sup>27</sup> Freud zitiert nach Tillmann 2010, S.83

<sup>28</sup> vgl. Freud zitiert nach Tillmann 2010, S. 83

<sup>29</sup> vgl. Tillmann 2010, S.83f

<sup>30</sup> Tillmann, 2010 S.84

<sup>31</sup> vgl. Tillmann S.83f

<sup>32</sup> Freud zitiert nach Tillmann 2010, S.84

<sup>33</sup> vgl. Tillmann 2010, S. 84

<sup>34</sup> Freud zitiert nach Tillmann 2010, S.85

wendung von der Mutter, da sie ebenfalls ein weibliches Wesen ist. Das Mädchen macht die Mutter sogar verantwortlich für ihre Penislosigkeit. Durch diesen Kastrationskomplex wird die ödipale Situation eingeleitet. Das Mädchen gibt den unerfüllbaren Wunsch nach einem Penis auf und wünscht sich stattdessen ein Kind vom Vater.<sup>35</sup> In dieser Absicht nimmt es sich „den Vater zum Liebesobjekt. Die Mutter wird zum Objekt der Eifersucht, aus dem Mädchen ist ein kleines Weib geworden“<sup>36</sup> Da sie für den Vater attraktiv sein möchte, identifiziert das Mädchen sich mit der Mutter, da diese die Eigenschaften einer erwachsenen Frau besitzt. Durch Verdrängung des Kastrationskomplexes kann die ödipale Situation langsam verlassen werden. Dieser Prozess geht nach Freud mit einem Gefühl von Minderwertigkeit bei Frauen einher und läuft ebenfalls unbewusst ab.<sup>37</sup>

Tillmann kritisiert an Freuds Konzept vor allem die Rückführung sämtlicher menschlicher Handlungen auf Triebspannungen. Zudem konzentriert sich Freud auf die Analyse der bürgerlichen Kleinfamilie, was heute nicht auf alle Familien übertragbar ist. Zudem wirft Tillmann dem Psychoanalytiker vor, dass er der patriarchalischen Gesellschaft seiner Zeit verhaftet war und Momente der Frauenunterdrückung kaum oder gar nicht berücksichtigt. Damit sind Schwächen, blinde Flecken und Einseitigkeiten bei der Entwicklung von Weiblichkeit verbunden. Gesellschaftlich strukturelle oder institutionelle Rahmenbedingungen werden bei Freud kaum analysiert.

Die unbewussten psychischen Prozesse und die frühkindliche Triebverarbeitung sind dennoch entscheidend und haben eine große Bedeutung bei der Persönlichkeitsentwicklung.<sup>38</sup>

### **2.3 Lernen am geschlechtsspezifischen Modell**

Der Erwerb der Geschlechterrolle findet nach Tillmann in diesem Modell über Lernen durch Imitation und Identifikation statt.<sup>39</sup> In der vorschulischen Sozialisation dienen die eigenen Eltern als Modelle: „In Gestalt der eigenen Eltern werden den Kindern vom frühesten Alter an Modelle angeboten, die sie beobachten und nachahmen können.“<sup>40</sup> Demnach sind im Vorschulalter besonders die Eltern anwesend, die die Pflege und Versorgung der Kinder übernehmen. Dies wird wiederum von den Kindern als machtvoll erlebt.

Machtvolle Modelle werden demnach von Kindern am ehesten imitiert.<sup>41</sup>

Ergänzend dazu bezieht sich Tillmann auf die Ähnlichkeitshypothese nach Mischel. Mäd-

---

<sup>35</sup> vgl. Tillmann 2010 S.84ff

<sup>36</sup> Freud zitiert nach Tillmann 2010, S.86

<sup>37</sup> Tillmann 2010, S.86f

<sup>38</sup> vgl. Tillmann 2010, S. 93ff

<sup>39</sup> vgl. Tillmann 2010, S. 107

<sup>40</sup> Tillmann 2010, S. 107

<sup>41</sup> vgl. Tillmann 2010, S.107

chen und Jungen wären demnach unterschiedlichen Verstärkermechanismen ausgesetzt. Knaben werden für männliches und Mädchen für weibliches Verhalten belohnt. Irgendwann entwickelt das Kind die Einsicht, welches der beiden elterlichen Modelle ihm ähnlicher ist. Zudem empfindet das Kind ab einem gewissen Zeitpunkt das Nachahmen des richtigen Modells selber als positiv. Dieser Prozess der Selbstverstärkung wird zunehmend unabhängiger von externen Belohnungen.<sup>42</sup>

Tillmann kritisiert das Modelllernen als Reiz- Reaktionsmodell, welches ein radikal mechanistisches Menschenbild darstelle. Die innerpsychische Realität bleibt eine black box. Menschliche Fähigkeiten wie Selbstreflexion oder Intentionalität werden nach Tillmann bei diesem Modell völlig außer acht gelassen. Die Geschlechterrollen werden als gegeben hingenommen. Gesellschaftlich- strukturelle Reflexionen und Überlegungen zur Autonomie des Subjekts bleiben außerhalb des Theorierahmens. Dennoch verweist der Autor Tillmann auf den Beitrag dieses Modells zur Herausbildung geschlechtstypischen Verhaltens und auf einzelne Mechanismen der Sozialisation.<sup>43</sup>

## **2.4 Erwerb des Geschlechtsrollenkonzeptes aus kognitionspsychologischer Sicht**

Nach Kohlberg findet der Geschlechtsrollenerwerb zwischen dem 2. und 7. Lebensjahr statt. Ab dem 3. Lebensjahr kennen die Kinder zwar die Geschlechtsbezeichnungen und können sich zum eigenen Geschlecht zuordnen, die Bezeichnungen sind zunächst aber von äußeren Merkmalen wie z.B. Kleidung oder Haartracht abhängig. Es herrscht eine generelle Unsicherheit über die Konstanz psychischer Objekte. Kinder verstehen demnach noch nicht, dass Frauen in Männerkleidung immer noch Frauen sind. Sie gehen nach Kohlberg davon aus, dass sich das Geschlecht mit der Wahl der Kleidung verändert. So werden ihrer Ansicht nach Frauen in Männerkleidung zu Männern. Die Kinder haben demnach noch keinen Begriff von der Konstanz des eigenen Körpers, sowie von der Unveränderbarkeit der Geschlechtszugehörigkeit. Diese Phase nennt Kohlberg die präoperationale Phase. Der Übergang zur konkreten Stufe des konkreten Operierens hat dabei erhebliche Konsequenzen für die Selbstkategorisierung. Die Phase des konkreten Operierens findet zwischen dem 5. und 7. Lebensjahr statt. Das Kind gewinnt die Einsicht über die Konstanz des eigenen Körpers, da es weiß, dass auch Masse trotz Gestaltwandel konstant bleibt. Sie wissen nun, dass Frauen in Männerkleidung trotzdem Frauen bleiben.<sup>44</sup> Das Kind ist sich nun sicher, dass es zu einem bestimmten Geschlecht gehört und immer gehören wird: „die kogni-

<sup>42</sup> vgl. Mischel zitiert nach Tillmann 2010, S.108

<sup>43</sup> vgl. Tillmann 2010, S.109ff

<sup>44</sup> vgl. Kohlberg zitiert nach Tillmann 2010, S.121ff

tive Selbstkategorisierung als Junge oder Mädchen ist der kritische und fundamentale organisierende Faktor der Geschlechtsrollen- Attitüden ... Diese Kategorisierung ist, sobald erfolgt, relativ irreversibel und wird durch fundamentale Urteile über die physische Realität aufrecht erhalten.“<sup>45</sup> Zur Stabilisierung der Geschlechtsidentität erwirbt das Kind geschlechtsspezifische Eigenschaften, Merkmale und Verhaltensweisen. Im Stadium des konkreten Operierens betreibt das Kind in gewisser Weise eine eigene Sozialisation: „Sobald der Junge weiß, dass die Kategorie männlich, ihn als auch seinen Vater umfasst, kann er die Kategorie wir Männer bilden. Weil er männlich sein als positiv wertbesetzt und identitätssichernd ansieht, macht es für ihn nun einen Sinn, sich seinen Vater als Vorbild zu wählen, um ihm in Verhalten und Eigenschaften gleichzukommen.“<sup>46</sup> Die Anwesenheit des Vaters ist nach Kohlberg keine zwingende Notwendigkeit. Der Junge kann sich ebenso gut einen anderen erwachsenen Mann als Vorbild nehmen oder sich an mehreren Modellen orientieren. Kohlberg betont, dass schließlich auch Kinder aus alleinerziehenden Familien eine Geschlechtsidentität entwickeln.<sup>47</sup>

Tillmann betrachtet Kohlbergs kognitionspsychologische Theorie insofern kritisch, dass Kinder bereits vor dem 5. Lebensjahr geschlechtsspezifisches Verhalten zeigen z.B. in der Auswahl des Spielzeuges, Rollenspiele etc. Die Kinder nehmen bereits deutlich früher Geschlechtsunterschiede wahr. Die gesellschaftliche Seite des Problems nimmt Kohlberg nur unter dem Aspekt bestehender Geschlechtshierarchien wahr. Seiner Ansicht nach ist die Positivbewertung des eigenen Geschlechts bei Mädchen weitaus gebrochener als bei Jungen. Die Einsicht in das überlegene Prestige der männlichen Geschlechtsrolle widerspricht sich mit dem Wunsch sich durch weibliche Attribute Wert beizumessen. Nach Kohlberg sind Mädchen dazu verpflichtet in einer männlichen Welt eine feminine Rolle zu spielen. Jungen hingegen haben nicht die Verpflichtung in einer weiblichen Welt eine männliche Rolle auszuüben. Nichtsdestotrotz bezieht Kohlberg einzelne Mechanismen des Modelllerns als selektiven Teilverstärker ein und integriert den psychoanalytischen Lernmechanismus der Identifikation in seine Theorie.<sup>48</sup>

---

<sup>45</sup> Kohlberg zitiert nach Tillmann 2010, S. 123

<sup>46</sup> Kohlberg zitiert nach Tillmann 2010, S. 126

<sup>47</sup> vgl. Kohlberg zitiert nach Tillmann 2010, S. 126

<sup>48</sup> vgl. Tillmann 2010, S.126ff

## 3 Geschlechtsidentitätsstörungen und Transsexualität

### 3.1 Klassifikationen nach ICD-10

#### 3.1.1 Störung der Geschlechtsidentität im Kindesalter

In der internationalen Klassifikation psychischer Störungen wird die Störung der Geschlechtsidentität im Kindesalter im Punkt F64.2 beschrieben. Diese Störung ist „durch ein anhaltendes und starkes Unbehagen über das angeborene Geschlecht charakterisiert, zusammen mit dem starken Wunsch (oder der Beteuerung), zum anderen Geschlecht zu gehören. Es besteht eine beständige Beschäftigung mit der Kleidung oder den Aktivitäten des anderen Geschlechts oder eine Ablehnung des eigenen Geschlechts“<sup>49</sup> Sie tritt in der frühen Kindheit und lange vor der Pubertät auf. Die Verwechslung mit der fehlenden Anpassung an stereotypes, sexuelles Rollenverhalten muss dabei ausgeschlossen werden. Eine bloße Knabenhaftigkeit bei Mädchen und mädchenhaftes Verhalten bei Jungen reichen demnach nicht aus, um diese Störung zu festzustellen. Eine tiefgreifende Störung des normalen Gefühls für Männlichkeit oder Weiblichkeit sind demzufolge die wichtigsten Kriterien für die Diagnose. Nach Erreichen der Pubertät kann die Diagnose nicht mehr gestellt werden.<sup>50</sup> Zu den diagnostischen Leitlinien zählt vor allem der „dringliche und anhaltende Wunsch (oder die feste Überzeugung), zum anderen als dem angeborenen Geschlecht zu gehören, zusammen mit einer starken Ablehnung des Verhaltens, der Merkmale oder der Kleidung des angeborenen Geschlechts.“<sup>51</sup> Dieses Verhalten tritt demnach zum ersten Mal im Vorschulalter auf und geht bei beiden Geschlechtern mit einer fehlenden Anerkennung der eigenen Geschlechtsanatomie einher. Jungen beschäftigen sich mit mädchenstypischen Spielen und Aktivitäten, tragen Mädchen- oder Frauenkleider und haben Mädchen als bevorzugte Spielgefährten. Jungen haben ein entsprechendes Verlangen zur Teilnahme an Spielen bzw. Zeitvertreiben von Mädchen. Seltener behaupten Jungen mit einer Störung der Geschlechtsidentität wiederholt, sich zu einer Frau zu entwickeln. Hoden und Penis werden weiterhin selten als abstoßend und ekelhaft empfunden. In Arztpraxen, Polikliniken und Beratungsstellen kommen Störungen der Geschlechtsidentität bei Mädchen seltener als bei Jungen vor. Es wird davon ausgegangen, dass Mädchen nicht denselben Grad an sozialer Ächtung erfahren wie Jungen. Bei Mädchen wird demnach jungenhaftes Verhalten eher akzeptiert als mädchenhaftes Verhalten bei Jungen. Mädchen mit dieser Störung haben typischerweise männliche Spielkameraden, ein lebhaftes Interesse an Sport, rauem

<sup>49</sup> Internationale Klassifikation psychischer Störungen 2011, S.295

<sup>50</sup> vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen 2011, S. 295

<sup>51</sup> Internationale Klassifikation psychischer Störungen 2011, S.295



Spiel und Raufereien. Das Interesse an weiblichen Spielzeug wie z.B. Puppen und sowie die Übernahme von weiblichen Rollen in Fantasiespielen wie „Vater und Mutter“ oder „Küche und Kinderstube“ werden abgelehnt. Aufgrund der fehlenden Anerkennung des eigenen Geschlechts wird selten von Mädchen mit einer Geschlechtsidentitätsstörung behauptet, dass sie einen Penis hätten. Diese Mädchen lehnen es weiterhin ab im Sitzen zu urinieren, Brüste zu bekommen und zu menstruieren.<sup>52</sup>

### **3.1.2 Transsexualismus**

Gemäß dem Punkt F64.0 in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen hat der Betroffene den „Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden.“<sup>53</sup> Dieser Wunsch geht einher mit einem Gefühl des Unbehagens oder der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlecht. Um den eigenen Körper dem anderen Geschlecht so weit wie möglich anzugleichen, besteht weiterhin der Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung. Um diese Störung zu diagnostizieren muss die transsexuelle Identität mindestens zwei Jahre lang durchgängig bestehen. Andere Symptome einer psychischen Störung wie z.B. Schizophrenie müssen ausgeschlossen werden. Ein Zusammenhang mit intersexuellen, genetischen oder geschlechtschromosomalen Anomalien darf nicht bestehen.<sup>54</sup>

### **3.1.3 Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen**

Diese Störung ist im Unterpunkt F64.1 zu finden. Im Gegensatz zum Transsexualismus haben Betroffene dieser Störung nicht den Wunsch nach langfristiger Geschlechtsumwandlung oder chirurgischer Behandlung. Das Tragen von gegengeschlechtlicher Kleidung, genannt „cross dressing“, wird für die zeitweilige Erfahrung genutzt, um die Zugehörigkeit des anderen Geschlechts zu erleben. Da das Umkleiden nicht mit einer sexuellen Erregung einher geht, ist diese Art des Transvestitismus vom fetischistischen Transvestitismus zu unterscheiden.<sup>55</sup>

## **3.2 Transsexualität als Störung**

In einem Urteil des Landessozialgerichtes Stuttgart vom 27. November 1981 ist Transsexualität „eine Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung, die bei entsprechender medizinischer Indikation die Leistungspflicht der Krankenkasse für geschlechts-

<sup>52</sup> vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen 2011, S.295ff

<sup>53</sup> Internationale Klassifikation psychischer Störungen 2011, S.294

<sup>54</sup> vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen 2011, S.294

<sup>55</sup> vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen 2011, S.294

umwandelnde Mittel und Maßnahmen auslöst.“<sup>56</sup> Die Krankenkasse muss demnach alle Kosten für die medizinischen Maßnahmen der Betroffenen übernehmen. Das Landessozialgericht Stuttgart begründet weiterhin, warum Transsexualität als Krankheit zu betrachten ist: „Eine Krankheit liegt jedoch nicht nur dann vor, wenn der Körperzustand eines Versicherten vom Leitbild eines körperlich gesunden Menschen abweicht oder wenn seine Psyche nicht dem Leitbild eines psychisch gesunden Menschen entspricht, sondern weitergehend auch dann, wenn bei einem Versicherten das Verhältnis des seelischen Zustandes zum körperlichen Zustand nicht dem bei einem gesunden Menschen bestehenden Verhältnis des seelischen Zustandes zum Körperzustand entspricht. In diesem Sinne ist Transsexualität eine Krankheit.“<sup>57</sup>

### **3.3 mögliche Ursachen für die Entstehung einer transsexuellen Identität**

#### **3.3.1 psychoanalytische Theorieansätze**

##### **3.3.1.1 nach Robert J. Stoller**

Mechthild Gerke betrachtet Stollers Theorie unter familiendynamischen Gesichtspunkten. Die transsexuelle Entwicklung eines Kindes ist dabei der Endpunkt eines Mehrgenerationenkonfliktes. Das männliche Kind entwickelt demnach eine weibliche Geschlechtsidentität. Nach Stoller konnte die Mutter des transsexuellen Kindes Weiblichkeit in ihrer eigenen Kindheit als nichts Wertvolles erleben. Sie wurde von ihrer eigenen Mutter als Neutrum behandelt. Durch ihren Vater wurde sie gleichzeitig zu männlichen Verhaltensweisen und Interessen ermutigt. Bis zur Pubertät zeigt sie ausgesprochen starke maskuline Tendenzen. Mit den körperlichen Veränderungen werden allerdings alle Hoffnungen zerstört ein Mann zu werden. Dadurch wird auch ihre äußerliche Veränderung weiblicher.<sup>58</sup> Diese Frau heiratet in der Regel einen passiven und distanzierten Mann: „der seiner Frau die dominierende Rolle in der Partnerschaft und Familie überlässt“<sup>59</sup> Transsexualität bei einem männlichen Jungen tritt nach Stoller auf, wenn die Mutter ihren Sohn „als anmutig und schön erlebt, als ihr Bestes, ihr eigenes Ideal- den vollkommenen Phallus.“<sup>60</sup> Demnach ist es nebensächlich, ob die Mutter ihren Jungen bewusst als männliches Wesen behandelt. Unbewusst ist sie über alle femininen Züge des Jungen beglückt. Über eine symbiotische Beziehung mit ihrem Sohn hofft die Mutter ihren eigenen Makel und ihre eigene Unzufriedenheit mit sich

<sup>56</sup> Urteil des Landessozialgerichtes Stuttgart 1981, S.1

<sup>57</sup> Urteil des Landessozialgerichtes Stuttgart 1981, S.2

<sup>58</sup> vgl. Stoller zitiert nach Gerke 1994, S. 51

<sup>59</sup> Gerke 1994, S.51

<sup>60</sup> Stoller zitiert nach Gerke 1994, S.51f

selbst überwinden zu können: „Durch die Identifizierung mit ihm versucht sie ihre eigene traumatische Kindheit ungeschehen zu machen, und ihre böse Mutter zu ersetzen.“<sup>61</sup>

Die Transsexualität eines biologisch weiblichen Mädchens rückt Stoller in die Nähe der Homosexualität. Aufgrund einer schweren psychischen Depression distanziert sich die Mutter nach der Geburt oder später von ihrer Tochter. Der Vater ist maskulin und steht seiner Frau in ihrem depressiven Zustand nicht bei. Zudem unterstützt er seine Tochter nicht in ihrer Weiblichkeit. Das Kind wird weder als anmutig, weiblich oder hübsch wahrgenommen und steht körperlicher Nähe eher ablehnend gegenüber. Nichtsdestotrotz empfindet das Mädchen ihre Mutter als feminin. Um ihrer Mutter in ihrem depressiven Zustand beizustehen, nimmt die Tochter die Rolle des Ersatzehemanns ein.<sup>62</sup>

Sowohl der weibliche und männliche Transsexualismus bilden nach Gerkes Auffassung in Stollers Theorie die Abwehr gegen ein Trauma. Die Herausbildung gewisser Identitätsstrukturen soll dabei die Zerstörung der Identität verhindern. Gerke kritisiert dabei Stollers Theorie, dass zu viel Nähe und zu viel Distanz mit einer Fehlsteuerung der Entwicklung einer Geschlechtsidentität einher gehen. Diese grobe Vereinfachung würde nicht auf alle Betroffenen zutreffen und hätte dementsprechend nur in Einzelfällen Gültigkeit. Zudem kritisiert die Verfasserin, dass die Erziehung bei einem männlichen Transsexuellen weitaus konfliktfreier verläuft bei einem weibliche transsexuellen Menschen.<sup>63</sup>

### **3.3.1.2 nach Leslie M. Lothstein**

Nach Mechthild Gerke bezieht Lothstein seine Erkenntnisse durch Schlussfolgerungen aus klinischen Untersuchungen von insgesamt 125 Patienten, die die Case Western Reserve University Gender Identify Clinic in Cleveland (Ohio) aufsuchten. Von den 125 Patienten waren 80% männlich. Psychologische Testuntersuchungen und längerfristige Psychotherapien ergaben, dass die Mehrzahl der Patienten erhebliche Störungen der Ich-Entwicklung aufwiesen.<sup>64</sup> Die Mütter der transsexuellen Männer und Frauen erwiesen sich als psychisch sehr stark gestört und in etlichen Fällen neurotisch: „Die Mütter vieler weiblicher Transsexueller waren entweder emotional abwesend, körperlich nicht verfügbar oder in einem primitiven Kampf mit ihren Töchtern verfangen, der in einigen Fällen bizarre Formen annahm“<sup>65</sup> Die Väter dienten dabei als Schutzschild gegen die mütterlichen Aggressionen und Destruktionen. Die Mutter-Kind-Beziehung unterteilt sich dabei in Subphasen von Symbiose und Individuation. Die Mutter eines transsexuellen Kindes erlaubt dabei Ver-

<sup>61</sup> Stoller zitiert nach Gerke 1994, S.52

<sup>62</sup> vgl. Sigusch zitiert nach Gerke 1994, S.52f

<sup>63</sup> vgl. Gerke 1994, S.52f

<sup>64</sup> vgl. Lothstein zitiert nach Gerke 1994, S.59f

<sup>65</sup> Gerke 1994, S.60

selbstständigkeit nur in den Bereichen, in denen das Kind keine Beziehung zum eigenen Geschlecht aufbauen kann. Nach Lothstein ist die Mutter unfähig die männliche Identifikation ihres Sohnes zuzulassen. Durch die Ablösung ihres Sohnes von der Mutter, würde die symbiotische Beziehung zerbrechen. Die Symbiose dient der Mutter dem Psychoanalytiker zufolge aber für die Bewältigung des eigenen Konflikts in der Kindheit und kann deshalb die Verselbstständigung ihres Sohnes nicht zulassen. Ihr Verhalten bildet somit eine Abwehrreaktion gegen ein Kindheitstrauma, wie bereits bei Stoller beschrieben.<sup>66</sup>

Ursachen für das Verhalten der Mutter gegenüber ihrer Tochter, die eine transsexuelle Entwicklung begünstigen, sind nach Manfred Söder in Lothsteins Theorie die Beziehung zur eigenen Mutter, die fehlende Selbstakzeptanz als Frau und die Belastungen der Ehe. Um den mütterlichen Destruktionen zu entgehen und die Ängste vor der Mutter zu verringern, identifiziert sich das Mädchen mit dem Vater.<sup>67</sup> Der Geschlechtsrollenkonflikt wird von der Mutter auf die Tochter übertragen: „Diese haben keine andere Möglichkeit, als diese Delegation einer projektiven Identifikation anzunehmen, wenn sie den aggressiven Impulsen der Mutter keine Angriffsfläche bieten wollen.“<sup>68</sup>

Durch die Errichtung einer transsexuellen Identität, wird nach Lothstein die eigene Identität vor totaler Zerstörung und vor vollkommenen Verlust gerettet.<sup>69</sup>

Mechthild Gerke bewertet Lothsteins Ansatz insofern positiv, dass mehrere psychoanalytische und entwicklungspsychologische Theorien eingebunden werden. Die Mutter-Sohn-Symbiose sei dagegen keine allgemeingültige Erklärung, da die Rolle des Vaters und anderer Bezugspersonen zu sehr in den Hintergrund rückt. Demnach sei der Theorieansatz zu eng gefasst.<sup>70</sup>

### 3.3.1.3 nach Ethel Person und Lionel Oversey

Person und Oversey legen nach Mechthild Gerke ihr Augenmerk auf den männlichen Transsexualismus. Sie unterscheiden zwischen dem primären und sekundären Transsexualismus. Im primären Transsexualismus überwiegen depressive und schizoide Strukturmerkmale in der Persönlichkeit. Bereits seit frühester Kindheit, manifestiert sich bei den Betroffenen die Vorstellung, dem biologisch anderen Geschlecht anzugehören. Diese Vorstellung bleibt den beiden Psychoanalytikern zufolge bis ins Erwachsenenalter bestehen. Im sekundären Transsexualismus wechseln sich Phasen aktiver Homosexualität mit Phasen des Transvestitismus ab. Aufgrund wachsender psychischer oder sozialer Belastungen,

<sup>66</sup> vgl. Lothstein zitiert nach Gerke 1994, S.60f

<sup>67</sup> vgl. Söder 2012, S.30

<sup>68</sup> Söder 2012, S.30

<sup>69</sup> vgl. Lothstein zitiert nach Gerke 1994, S.61

<sup>70</sup> vgl. Gerke 1994, S.61f

wird später der Wunsch nach einer operativen Transformation geäußert. Die Absicht aller Transsexuellen sei dabei, mit der Mutter zu verschmelzen, wobei sie letztendlich selber zur Mutter werden. Trennungsängste und Fusionsphantasien sind u.a. Phänomene psychischer Störungen. In diesem Sinne ordnen Person und Oversey den Transsexualismus der Borderline Pathologie zu.<sup>71</sup> Biologisch weibliche Transsexuelle werden in diesem Modell dem zweiten Typus zu. Demnach könne sich das transsexuelle Syndrom nur bei homosexuellen Frauen mit männlicher Geschlechtsrollenidentität entwickeln. Eine Entsprechung zum primären männlichen Transsexualismus gibt es nicht. Der Wunsch der symbiotischen Verschmelzung mit der Mutter setzt die weibliche Homosexualität voraus.<sup>72</sup> Mechthild Gerke kritisiert an diesem Modell, die ungenaue Differenzierung des weiblichen Transsexualismus zum zweiten Typus. Erfahrungsgemäß gibt es auch weibliche Transsexuelle des primären Typus hinsichtlich ihrer Symptomatik. Dennoch ist die klare Abgrenzung der beiden unterschiedlichen Typen nützlich für eine klare, diagnostische Abgrenzung.<sup>73</sup>

#### **3.3.1.4 nach Charles W. Socarides**

Socarides beschreibt den Transsexualismus als einen homosexuellen Akt, um einen Schuss Männlichkeit zu bekommen. Aufgrund einer gestörten Familienkonstellation werden beim Kind schwere Ängste hervorgerufen. Das Kind kann keine angemessene Geschlechtsidentität entwickeln und überwindet den Ödipuskonflikt nicht. Im Leben der Mutter ist der Sohn die wichtigste Person. In gewisser Weise ist der Sohn an die Stelle der Ehemänner getreten.<sup>74</sup> Das unlösbare Dilemma des Transsexuellen ist demnach einerseits der Wunsch an die Stelle der Mutter zu treten und selber Mutter zu sein und andererseits das Verlangen ein Mann zu sein. Dies würde wiederum die Kastration und den Mord des Vaters bedeuten, was eine Selbstzerstörung bedeuten würde.<sup>75</sup> „Folglich sind beide Positionen- die männliche und die weibliche- unerträglich.“<sup>76</sup> Dem bewussten Wunsch, die Entfernung des Penis liegt nach Socarides ein anderer unbewusster Wunsch zugrunde. Durch die Geschlechtsumwandlung wird er seinen eigenen Penis los. Nun kann er den Vater zum Geschlechtsverkehr verführen. Dadurch kann der Junge seine verlorene Männlichkeit wiedererlangen.<sup>77</sup> „Der Geschlechtsakt führt dazu, den Vater zu entwaffnen, wodurch man den Penis

<sup>71</sup> vgl. Person, Oversey zitiert nach Gerke 1994 S.56f

<sup>72</sup> vgl. Sigusch zitiert nach Gerke 1994, S.57f

<sup>73</sup> vgl. Gerke 1994, S.58

<sup>74</sup> vgl. Socarides 1976, S. 718ff

<sup>75</sup> vgl. Socarides 1976, S. 731f

<sup>76</sup> Socarides 1976, S. 732

<sup>77</sup> vgl. Socarides 1976, S.732

des Vaters erlangt.“<sup>78</sup> Der Transsexualismus hilft nach Socarides dem Jungen durch chirurgische und medizinische Maßnahmen Weiblichkeit zu erlangen. Alle Spuren des anatomischen Geschlechts sollen beseitigt werden. Die weibliche Rolle soll in der Umgebung und im sexuellen Akt dargestellt werden. Dem Psychoanalytiker zufolge flieht der Transsexuelle damit vor seiner Homosexualität. Die Durchführung der gefürchteten Kastration wird als Phänomen der Befreiung erlebt.<sup>79</sup> Die psychosexuelle Motivation ist dabei die „optimale Distanz von der Mutter und gleichzeitig größte Nähe zur Mutter einzunehmen, ohne Angst vor dem Verschlungen werden. Sein Verlangen nach Weiblichkeit verwandelt sich in eine anatomische Bestätigung, selbst das Weib darzustellen [...]“<sup>80</sup> Die sexuelle Objektwahl ist dabei eine Person des männlichen Geschlechts. In der Veränderung des eigenen Geschlechts hofft der Transsexuelle demnach seine emotionalen Konflikte lösen zu können. Er verabscheut alles Maskuline an sich und entwickelt ein starkes Verlangen, eine Frau zu sein. Durch die Geschlechtsumwandlung kann der Betroffene nach Socarides die Tatsache beseitigen, an Homosexualität zu leiden.<sup>81</sup> Die Schuld an der homosexuellen Objektwahl kann gemildert werden: „Die Vorstellung man sei in eine Person des anderen Geschlechts umgewandelt worden und können nunmehr frei homosexuelle Aktivitäten ausüben, kommt im wahnhaften System der paranoid Schizophrenen häufig vor und erspart den Patienten starke Angstgefühle.“<sup>82</sup> Die Ursachen dieser Art von Homosexualität sieht Socarides in einem Konflikt der frühen Kindheit: „Ihnen allen ist die Angst vor dem Einswerden und Verschmelzen mit der Mutter gemeinsam samt einer Tendenz zum Verlust des Ichs oder der Ich- Auflösung. Sie alle leiden unter einer primären Identifikation mit der Mutter und daher einer falschen Geschlechtsidentität.“<sup>83</sup>

Mechthild Gerke kritisiert Socarides einseitige Ausführungen. Demnach diene der Wunsch nach einer Geschlechtsumwandlung bei Socarides lediglich der Befriedigung und Legitimation homosexueller Wünsche. Zudem bezieht sich seine Theorie fast ausschließlich auf den männlichen Transsexualismus. Dabei lässt er die weibliche Seite unberücksichtigt. Zudem ist die primäre Identifikation mit der Mutter Bestandteil jeder normalen Entwicklung. Zudem kann sich eine transsexuelle Entwicklung aufgrund einer homosexuellen Partnerwahl auch erst in der Pubertät manifestieren und muss nicht seit frühester Kindheit

---

<sup>78</sup> Socarides 1976, S.732

<sup>79</sup> vgl. Socarides 1976, S.732

<sup>80</sup> Socarides 1976, S.732

<sup>81</sup> vgl. Socarides 1976, S.732

<sup>82</sup> Socarides 1976, S.732f

<sup>83</sup> Socarides 1976, S.733

an bestehen.<sup>84</sup>

### **3.3.2 aus entwicklungspsychologischer Sicht**

Aus entwicklungspsychologischer, dient die Geschlechtsumwandlung, den Autoren um Alexander Korte zufolge, als Lösung sämtlicher Probleme: „wenn ihnen gänzlich andere Entwicklungsaufgaben jenseits der Geschlechtsidentitätsfindung subjektiv als nicht bewältigbar erscheinen.“<sup>85</sup> Die Ablösung, Selbstbehauptung, sowie die sexuelle Reifung sind demnach Entwicklungsaufgaben, die bei einem Kind mit einer Geschlechtsidentitätsstörung gescheitert sind. Die Autoren gehen davon aus, dass Kinder und Jugendliche bei der Verarbeitung von Konflikten und traumatischen Ereignissen höchst unterschiedlich reagieren. Diese Reaktion ist abhängig von Erfahrungen, individuellen Temperamentsfaktoren, sowie von den jeweiligen kognitiven, emotionalen und sozialen Fertigkeiten.<sup>86</sup>

### **3.3.3 aus lerntheoretischer Sicht**

Alexander Korte und seine Kollegen führen zudem die Lerntheorie auf. Durch den exogen verstärkenden Einfluss durch die primären Bezugspersonen, wird dabei die Entwicklung konträrgeschlechtlicher Wesensmerkmale begünstigt. Der elterliche Wunsch, das Kind möge vom anderen Geschlecht sein, spielt dabei eine wesentliche Rolle.<sup>87</sup>

Auch Hans- Christoph Steinhausen beschreibt mithilfe der Lerntheorie die Entstehung einer gegengeschlechtlichen Identität im Kindesalter. Die Verstärkung körperlicher Schönheit und der heimliche Wunsch der Eltern, insbesondere der Mutter, nach einem Mädchen, sind wichtige Faktoren bei der Entstehung einer Geschlechtsidentitätsstörung. Durch die entsprechende Erziehung wird demnach eine gegengeschlechtliche Identifizierung begünstigt. Steinhausen beschreibt dieses Erklärungsmodell insofern unspezifisch, dass auch Mütter nichtfemininer Jungen diesen heimlichen Wunsch haben. Dieser wirkt sich aber nicht auf die Identitätsentwicklung im Sinne einer Geschlechtsidentitätsstörung aus. Auch das Fehlen einer gleichgeschlechtlichen Identifikationsfigur als Modell oder die Ablehnung dieser Bezugsperson können seiner Ansicht nach weitere Faktoren bei der Entwicklung dieser Störung sein. Zudem ist nach Steinhausen weitgehend unerforscht, welchen Beitrag das Kind zu der Entwicklung seiner gegengeschlechtlichen Identität leistet.<sup>88</sup>

## **3.4 weitere innerfamiliäre Bedingungen**

Im Bezug auf die Entwicklung einer Geschlechtsidentitätsstörung verweist Klaus M. Beier

---

<sup>84</sup> vgl. Gerke 1994, S. 55f

<sup>85</sup> Korte u.a. 2012, S.837 (Internetquelle)

<sup>86</sup> vgl. Korte u.a. 2012, S.837 (Internetquelle)

<sup>87</sup> vgl. Korte u.a. 2012, S.837 (Internetquelle)

<sup>88</sup> vgl. Steinhausen 2010, S.396

auf die tendenziell begünstigenden intrafamiliären Bedingungen: „Insbesondere bei den Müttern von Jungen mit Geschlechtsidentitätsstörung waren häufiger Rollensicherheiten in der Vorgeschichte sowie höhere Raten an depressiven oder Persönlichkeitsstörungen nachzuweisen, sodass die Feminisierung des Verhaltens streckenweise dem Versuch des Jungen ähnelt, sich der Mutter durch Übernahme ihrer weiblichen Züge zu nähern, um sich so ihrer zu versichern und sie zugleich zu beschwichtigen.“<sup>89</sup> Er verbietet jedoch die Annahme unlinearer Kausalzusammenhänge, da es bei Kindern mit ähnlichen Sozialisationsbesonderheiten eben nicht zur Ausbildung einer Geschlechtsidentitätsstörung kommt. Er betrachtet die Entwicklung und Aufrechterhaltung dieser Störung als ein multifaktorielles Krankheitsgeschehen, bei den psychischen, biologischen, familiären und sozio-kulturelle Faktoren individuell Zusammenwirken.<sup>90</sup>

### **3.5 biologische und genetische Faktoren**

#### **3.5.1 Anmerkung**

Obwohl nach den Internationalen Klassifikationen psychischer Störungen die Diagnose der Transsexualität nur unter Ausschluss von geschlechtschromosomalen, genetischen und intersexuellen Anomalien gestellt werden darf, finde ich es dennoch wichtig, gerade diese genetischen Konstellationen im Zusammenhang mit Transsexualität näher zu betrachten.

#### **3.5.2 chromosomale Abweichungen**

##### **3.5.2.1 Das Klinefelter- Syndrom**

Das Klinefelter- Syndrom ist durch die Chromosomenanomalie XXY gekennzeichnet und wurde nach seinem Entdecker Harry Fitch Klinefelter benannt. Nach Andreas Jahn tritt dieses Syndrom bei Neugeborenen mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:400 bis 1:1000 auf. Biologisch betrachtet sind Menschen mit dem Klinefelter Syndrom männlich. Männer mit Klinefelter-Syndrom haben vor allem niedrige Testosteronwerte, vergleichsweise kleine Hoden und sind häufig zeugungsunfähig. Nach der Pubertät kann sich aber ein femininer Körperbau entwickeln.<sup>91</sup> Zu der Symptomatik von Klinefelter- Männern zählen nach Mechthild Gerke weiterhin leichte Ermüdbarkeit, sexuelle Apathie und ein geringes Durchsetzungsvermögen. Demnach besteht die Behandlung in einer Androgen-Dauersubstitution. Zudem beschreibt sie eine Studie von Pollitt und Money von 1964, in denen 14 Patienten mit Klinefelter- Syndrom und 11 Personen mit transvestitischen oder transsexuellen Verhalten verglichen wurden. Nur 2 Klinefelter- Patienten mit transsexuel-

<sup>89</sup> Beier 2012, S.773 (Internetquelle)

<sup>90</sup> vgl. Beier 2012, S.773 (Internetquelle)

<sup>91</sup> vgl. Jahn 2012 (Internetquelle)



len Verhalten bildeten die dritte Gruppe der Studie.<sup>92</sup> Die Autoren sind sich einig, dass die chromosomalen Abweichungen des Klinefelter Syndroms bei der Genese des Transsexualismus zu vernachlässigen ist, da das „Vorkommen eines gemeinsamen Auftretens beider Symptome bei zwei Patienten wahrscheinlich reiner Zufall ist.“<sup>93</sup>

### 3.5.2.2 Das Turner- Syndrom

Beim Turner Syndrom wird eine Eizelle mit einem Spermium befruchtet, das keine Geschlechtschromosomen trägt. Diese Menschen haben die Chromosomenkombination X0. Diese Patienten sind biologisch weiblich, bleiben jedoch unfruchtbar. Nach Andreas Jahn tritt das Turner-Syndrom bei etwa jeder 3000. Geburt auf.<sup>94</sup> Mechthild Gerke beschreibt die Symptome des Turner- Syndroms, welches nach dem amerikanischen Endokrinologen Henry Hubert Turner benannt ist. Frauen mit Turner-Syndrom sind demnach Personen von kleiner Körpergröße, haben fehlende Gonaden (Eierstöcke) und angeborene Missbildungen. Die äußere Morphologie der Genitalien ist meistens unterentwickelt. Das gesamte Erscheinungsbild hat nach Gerke zwar eine weibliche Wirkung und diese Menschen sind geistig auch völlig gesund. Ihrer Ansicht nach kann bei Frauen mit Turner- Syndrom allerdings eine stumpfe Emotionalität beobachtet werden.<sup>95</sup>

Ein Zusammenhang zwischen dem Turner-Syndrom und der Genese von Transsexualität schließt die Autorin aus: „<sup>96</sup>Da es sich beim Zusammentreffen eines Turner- Syndroms mit weiblichen Transsexualismus um eine rein numerisch unauffällige Größe handelt, und Veränderungen an den Geschlechtschromosomen immer wieder beobachtet werden, kann dieser Hypothese keine pathogenetische Bedeutung zukommen.“

Auch Volker Weiss betont in seiner Dissertation, dass auf der Suche von genetischen Anomalien von Transsexuellen, in fast allen Fällen, ein normaler Befund entdeckt wurde. Umgekehrt war ein Großteil der Klinefelter-Patienten und Personen mit Turner- Syndrom weder transvestitisch noch transsexuell. Der Autor schlussfolgert, dass Chromosomenaberrationen in der Regel nicht zu Störungen der Geschlechtsidentität führen. Auch er bewertet das Zusammentreffen des Klinefelters- Syndroms bzw. Turner- Syndroms mit Transsexualität bei einem Menschen als Ausnahme.<sup>97</sup>

---

<sup>92</sup> vgl. Gerke 1994, S.40

<sup>93</sup> Money/Pollit zitiert nach Gerke 1994, S.41

<sup>94</sup> vgl. Jahn 2012, (Internetquelle)

<sup>95</sup> vgl. Gerke 1994, S.41

<sup>96</sup> Gerke 1994, S.41

<sup>97</sup> vgl. Weiß 2007, S.342f

### 3.5.3 hormonelle Abweichungen

#### 3.5.3.1 Tierexperiment von Neumann

Mechthild Gerke beschreibt in einem Tierexperiment von Neumann, in dem neugeborene männliche Ratten mit Antiandrogeneren behandelt worden sind. Das Ergebnis waren bleibende Veränderungen im Modus der Gonadotropinsekretion. Gonadotropin ist ein Sexualhormon, welche die Geschlechtsdrüsen stimuliert. Durch Sekretion wird das Hormons Gonadoliberin an das Hormon Gonadotropin gebunden. Das Hormon Gonadoliberin reguliert die Funktion der Eierstöcke und der Hoden. Durch die Vergabe von Antiandrogeneren wurde die Regulation der Hoden und somit letztendlich dessen Funktionen verändert. Zudem zeigten die neugeborenen Ratten eine Änderung bestimmter Verhaltensmuster.<sup>98</sup> Eine Übertragung auf die humane Sexualpsychologie und Sexualpathologie kritisiert Gerke allerdings: „Auch haben, meiner Meinung nach, die im Tierexperiment demonstrierten Verhaltensinversionen wenig gemeinsam mit der menschlichen sexuellen Appetenz und sind deshalb kaum übertragbar.“<sup>99</sup>

#### 3.5.3.2 das Androgenisierungsmodell

Hartmut Bosinski stellt das Androgenisierungsmodell vor, bei dem sich das Gehirn nach der Gonadendifferenzierung geschlechtstypisch organisiert. Gonadendifferenzierung bedeutet die Entstehung männlicher und weiblicher Geschlechtsorgane im Mutterleib, die letztendlich die geschlechtsspezifischen Hormone Androgen und Östrogen bzw. Progesteron produzieren. Die geschlechtsspezifische Organisation des Gehirns findet nach dem Androgenisierungsmodell innerhalb bestimmter Phasen statt und ist abhängig von den pränatalen Androgenspiegeln. Bei einer hohen Produktion von Androgenen und ansprechenden Rezeptoren kommt es zu einer Maskulinisierung und Defeminisierung bestimmter Gehirnstrukturen und Gehirnfunktionen. Postnatal werden diese Strukturen aktiviert. Daraus ergeben sich geschlechtsspezifische, männliche Verhaltensweisen mit den entsprechenden kognitiven Leistungen. Beim niedrigen Androgenspiegel kommt es demnach zur Feminisierung und partiellen Demaskulinisierung bestimmter Hirnstrukturen und Gehirnfunktionen. Östrogene spielen nach Bosinski in diesem Modell eine untergeordnete Rolle bei der psychosomato und psychosexuellen Differenzierung im Gehirn des Menschen. Gemäß dem Androgenisierungsmodell müssten Männer mit einer transsexuellen Geschlechtsidentität in einer kritischen Phase der Gehirndifferenzierung einem niedrigen Androgenspiegel ausgesetzt gewesen sein. Frauen mit einer transsexuellen Geschlechtsidentität müssten einer

---

<sup>98</sup> vgl. Gerke 1994, S.42

<sup>99</sup> Gerke 1994, S.43

erhöhten Dosis von Androgenen ausgesetzt gewesen sein. Demnach müssten Menschen mit einer transsexuellen Geschlechtsidentität, dieselben kognitiven Leistungen erbringen und dieselben geschlechtstypischen Verhaltensweisen zeigen, wie Personen des anderen Geschlechts.

Bosinski verweist aber auf tierexperimentelle Befunde, in denen die pränatale Gehirnentwicklung bereits vor der Gonadendifferenzierung vonstatten geht. Diese partielle Gehirnentwicklung ist demnach unabhängig vom Einfluss der Geschlechtshormone. Zudem betont er, dass es nicht insgesamt ein männliches oder weibliches Gehirn gibt. Verschiedene Hirnareale werden in verschiedenen kritischen Phasen u.U. unterschiedlich differenziert. Alle geschlechtstypischen Verhaltensmuster und kognitive Leistungen werden bei jedem einzelnen individuell ausgebildet. Geschlechtsspezifische Struktur- und Funktionsunterschiede in der Organisation des Gehirns sind nicht statisch. Auf-,Um- und Abbau Prozesse finden in verschiedenen Lebensphasen statt. Sie sind altersabhängig und werden individuell ausgebildet.<sup>100</sup>

### **3.5.4 neuronale Abweichungen im Gehirn**

#### **3.5.4.1 Studie der Universität Essen**

Radiologen der Uni Essen haben im Jahr 2007 in Zusammenarbeit mit der Klinik für Psychosomatik 12 transsexuelle Männer, 12 Frauen und 12 Männer untersucht. Mithilfe funktioneller Magnetresonanztomographie wurden die Gehirne der Probanden untersucht.

Während der Untersuchungen wurden den Personen erotische Filmsequenzen vorgespielt. Bereits aus Voruntersuchungen ist bekannt, dass sich zwischen Männern und Frauen Unterschiede bei den erotischen Stimuli ergeben.<sup>101</sup> Frau Dr. Elke Gizewski erhielt in dieser Studie dieselben Ergebnisse: „Diese Vorbefunde konnten wir beim Vergleich der heterosexuellen Männer und Frauen unserer Kohorte bestätigen“<sup>102</sup>

Demnach würden bei Männern die Regionen im Hypothalamus, im Mandelkern und im Inselkortex stärker aktiviert werden. In der Untersuchung der transsexuellen Männer gab es diese spezifische Aktivierung des limbischen Systems nicht. Die in der funktionellen Magnetresonanztomographie erzeugten Bilder ähnelten denen der weiblichen Probanden.<sup>103</sup>

Die Gemeinschaft Transident Erlangen kritisiert solche Hirnscans. Demnach ist das Gehirn einerseits ein sehr flexibles Organ, dass sich immer wieder an neue Umstände anpasst:

„Wer sich als Frau fühlt, dessen Gehirn „tickt“ wie eine Frau - so unerwartet und spektaku-

---

<sup>100</sup> vgl. Bosinski 2006, S.815ff

<sup>101</sup> vgl. URL3

<sup>102</sup> URL3

<sup>103</sup> vgl.URL3

lär ist dieses Forschungsergebnis nun auch wieder nicht.“<sup>104</sup> Zum anderen wurde bisher noch keine Region gefunden, die eindeutig geschlechtsspezifisch ist und damit im Sinne einer Diagnose verwendet werden kann. Nur statistische Mittelwerte geben uns einen Überblick über signifikante Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern. Einzelfälle können den statistischen Werten aber widersprechen. Eine andere Schwierigkeit ist zudem die geringe Zahl der Transsexuellen im Gegensatz zur Gesamtbevölkerung. Statistisch relevante Studien mit mindestens 50 Probanden und geeigneten Kontrollgruppen sind demnach nur unter erschwerten Bedingungen durchzuführen.<sup>105</sup> Deshalb hält die Gemeinschaft „Transident Erlangen“ viele Studien für unzulässig: „Dieses Problem kennen wir alle aus Zeitschriften, wo abwechselnd und scheinbar zufällig medizinische Studien etwas beweisen und kurz darauf andere Studien genau das Gegenteil beweisen.“<sup>106</sup>

### **3.5.5 genetische Abweichungen**

#### **3.5.5.1 Studie vom Prince Henry's Institute in Clayton**

Australische Mediziner vom Prince Henry's Institute in Clayton (Bundesstaat Viktoria) untersuchten bei 112 Mann-zu-Frau Transsexuelle. Das Augenmerk lag auf drei unterschiedlichen Genen, bei denen die Mediziner vermuteten, dass sie eine Rolle bei der Entwicklung der Geschlechtsidentität spielten. Ein Gen enthält dabei den Bauplan für einen Rezeptor, der mit männlichen Sexualhormonen stimuliert wird. Dieser DNA-Abschnitt war bei den 112 transsexuellen Männern länger als bei den 258 Vergleichspersonen. Die Forscher gehen davon aus, dass durch diesen genetischen Unterschied ein schwächeres Testosteronsignal hervorgerufen werden könnte. Körperzellen, die durch Testosteron beeinflusst werden, würden deshalb schwächer auf das Hormon reagieren. Die Studie wurde 2008 vorgestellt.<sup>107</sup>

## **4 empirische Befunde**

### **4.1 bei Kindern mit Geschlechtsidentitätsstörungen**

Klaus M. Beier verweist auf die Ergebnisse der ersten Längsschnittstudie bei Jungen mit geschlechtsatypischen Verhaltensweisen, die 1987 von Green vorgelegt wurde. Im Zusammenhang mit anderen Studien u.a. von Bradley und Zucker 1995, wurde deutlich, dass ca. 75% der Jungen mit effeminierten Verhalten im Kindesalter im Erwachsenenalter eine homosexuelle Orientierung ohne Geschlechtsidentitätsstörung aufweisen. Ca. 20% dieser

---

<sup>104</sup> URL4

<sup>105</sup> vgl.URL4

<sup>106</sup> URL4

<sup>107</sup> vgl.URL5

Jungen zeigten im Erwachsenenalter eine heterosexuelle Orientierung ohne Geschlechtsidentitätsstörungen. Nur maximal 5% zeigten massive Symptome einer transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörung im Erwachsenenalter.<sup>108</sup> Nach Beier entwickelten diese Jungen weitere psychische Auffälligkeiten: „Darüber hinaus zeigte sich, dass diese Jungen im Kindesalter besonders unter Ausgrenzung und Hänseleien durch Gleichaltrige litten und zusätzlich psychopathologisch relevante Symptome entwickelten.“<sup>109</sup>

Auch Alexander Korte und seine Kollegen gehen davon aus, dass nur 2,5% bis maximal 20% der Fälle eine überdauernde Geschlechtsidentitätsstörung beibehalten. Nur bei der Minderheit ist die Erstmanifestation in der Kindheit irreversibel. Die Irreversibilität der Symptomatik ist aber unabdingbar für die Diagnose Transsexualismus und die Einleitung körperverändernder Maßnahmen.<sup>110</sup>

Die Häufigkeit einer Geschlechtsidentitätsstörung liegt nach Zucker in einer Größenordnung von unter 1%.<sup>111</sup> Durch die öffentliche Diskussion über die Relativität der Geschlechtsrollen, sehen nach Beier viele Eltern in den Verhaltensweisen ihrer Kinder kein therapeutisch relevantes Problem. Die Geschlechtsidentitätsstörung ist zudem nicht im Kapitel für Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter aufgeführt. Deshalb geht der Verfasser Beier davon aus, dass die Diagnose Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter seltener gestellt wird. Die Verhaltensauffälligkeiten werden demnach zugunsten einer Diagnose gezählt, die spezifisch für Kinder vorgegeben ist. Zudem führt Beier auf, dass nach Bosinski et. al. Jungen 3- bis 6mal häufiger mit Geschlechtsidentitätsstörungen bei Psychologen oder Ärzten vorgestellt werden. Beier vermutet, dass die Toleranz gegenüber sich jugenhaft verhaltender Mädchen größer ist im Vergleich zu der in unserer Kultur viel stärkeren Ablehnung mädchenhafter Verhaltensweisen bei Jungen. Zudem ist seiner Ansicht nach die pränatale somatosexuelle als auch postnatale psychosexuelle Entwicklung bei Jungen komplizierter und damit potenziell störanfälliger.<sup>112</sup>

In einer Frankfurter Spezialsprechstunde für Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter wurden insgesamt 187 Patienten von 1987 bis 2010 vorstellig. Darunter befanden sich 124 Patienten, die sowohl den dringenden und anhaltenden Wunsch hatten, dem anderen Geschlecht anzugehören und die Unbehagen über das eigene Geschlecht äußerten. Bei den anderen 63 Patienten war nur eines dieser Kriterien erfüllt. Unter den 124 Patienten, die beide Kriterien erfüllten, waren 102 adoleszente Patienten. Die anderen 22

---

<sup>108</sup> vgl. Beier 2012, S. 772 (Internetquelle)

<sup>109</sup> Beier 2012, S.772 (Internetquelle)

<sup>110</sup> vgl. Korte u.a. 2012, S. 837 (Internetquelle)

<sup>111</sup> vgl. Zucker zitiert nach Beier 2012, S. 773 (Internetquelle)

<sup>112</sup> vgl. Beier 2012, S.773 (Internetquelle)

Patienten befanden sich noch im Kindesalter. Im Kindesalter wurden vorrangig männliche Patienten vorgestellt. Das Verhältnis von Jungen zu Mädchen betrug 18:4.<sup>113</sup> Die Experten erklärten diese Geschlechtsverteilung damit, dass: „sich geschlechtsatypisch verhaltende männliche Patienten im Kindesalter deutlich auffälliger sind als sich jungenhaft verhaltende Mädchen und daher eine Therapie gesucht wird.“<sup>114</sup>

Im Jugendalter kamen mehr biologisch weibliche Patienten in die Spezialsprechstunde. Das Verhältnis von Jungen zu Mädchen betrug 57:47. Das Geschlechtsverhältnis ist insgesamt relativ ausgeglichen und entspricht dem Geschlechtsverhältnis bei erwachsenen transsexuellen Patienten.<sup>115</sup> Hierzu kann auch das Diagramm der Frankfurter Spezialsprechstunde für Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter im Anhang I eingesehen werden.

Alexander Korte und seine Kollegen verweisen zudem auf die GIS- Spezialsprechstunde der Berliner Charité', die 2007 eingeführt wurde. GIS bezeichnet dabei die Abkürzung für Geschlechtsidentitätsstörung. Bis Mitte Mai wurden 21 Fälle neu diagnostiziert. Darunter befanden sich 12 männliche und 9 weibliche Patienten. Sie waren im Alter zwischen 5 bis 17 Jahren. Alle Patienten waren psychopathologisch auffällig, was in vielen Fällen zur Vergabe weiterer psychiatrischer Diagnosen führte. In der Regel fanden sich bei den Eltern ebenfalls deutliche psychopathologische Auffälligkeiten.<sup>116</sup>

## **4.2 Transsexualität**

Die Häufigkeit von Transsexuellen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung, gibt Mechthild Gerke mit Werten von Pauly aus dem Jahr 1968 für die USA an. Dabei kommt auf eine transsexuelle Frau 400.000 Bewohner und auf einen transsexuellen Mann 100.000 Bewohner. Walinder gibt nach Mechthild Gerke für das Jahr 1968 für Schweden Werte für Frauen von 1: 103.000 und für Männer 1:37.000 an.<sup>117</sup>

Hans- Christoph Steinhausen verweist auf die unterschiedlichen internationalen Statistiken für erwachsene Transsexuelle. Die untersten Grenzen sind dabei Werte für Männer von 1:30.000 und für Frauen von 1:100.000.<sup>118</sup>

Detlev Thimm und Eva- Maria Kreuzer referierten zudem auf der Grundlage einer Übersichtsarbeit von Sigusch aus dem Jahr 1978 Behandlungsergebnisse. In ca. 70% der Fällen wurden eindeutige Erfolge aufgrund der Geschlechtsumwandlung erzielt. 50% führten

<sup>113</sup> vgl. Krege 2012, S.1453 (Internetquelle)

<sup>114</sup> Krege 2012, S. 1453 (Internetquelle)

<sup>115</sup> vgl. Krege 2012, S. 1453 (Internetquelle)

<sup>116</sup> vgl. Korte u.a. 2012, S.838 (Internetquelle)

<sup>117</sup> vgl. Gerke 1994, S. 16f

<sup>118</sup> vgl. Steinhausen 2010, S.394

konstante und dauerhafte Partnerbeziehungen und gingen zum Teil Ehen ein. Bei 33% waren weitere chirurgische Behandlungen notwendig. In 5%-10% der Fälle waren die Behandlungen ein Misserfolg. In 2%-5% waren die Misserfolge so groß, dass der Patient die Eingriffe bereut. Bis 1977 wurde in 44 Fällen die ursprüngliche Geschlechterrolle wieder aufgenommen. 13 Personen begingen nach den Operationen Selbstmord.<sup>119</sup>

Detlev Thimm und Eva-Maria Kreuzer führen zudem auf, dass ein Teil der Transsexuellen eine Zeit lang ein Doppelleben führt. Sie führen dabei auf, dass ca. 43% (nach Pomeroy 1969) der biologisch männlichen Transsexuellen ein Doppelleben führen. Sie geben dabei die Scheidungsrate nach Pauly aus dem Jahr 1965 von über 50% an. Aufgrund sozialer Isolation und frustrierender Berufszwänge, kommt es häufig zu depressiven Reaktionen (67% nach Pauly, 1965), zu Suizidversuchen (17% nach Pauly, 1965 und nach Walinder, 1967) und zu Verzweiflungstaten wie Selbstverstümmelung (18% nach Pauly, 1965).<sup>120</sup>

## 5 Behandlung und Therapie

### 5.1 bei Kindern mit Geschlechtsidentitätsstörungen

Bei Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter stehen nach Hans-Christoph Steinhausen besonders therapeutische Ziele im Vordergrund. Das Kind soll dabei mehr Zufriedenheit im anatomischen Geschlecht erfahren. Durch die Vermittlung von geschlechts- und altersgemäßen Verhalten kann das Kind den kulturellen Erwartungen gerecht werden. Zudem soll eine positive Vorstellung von ihrer Rolle als Erwachsener vermittelt werden. Beratung der Eltern und die Therapie des Kindes müssen nach Steinhausen miteinander kombiniert werden. Durch ein aktives eingreifen der Eltern wird die soziale Ablehnung feminin wirkender Jungen durch die Herstellung von Kontakten zu Gleichaltrigen gemindert. In der Therapie ist es zudem möglich, die Entfremdung zwischen Vater und Sohn bzw. zwischen Mutter und Tochter abzubauen, wenn diese vorliegt. Die Eltern können zudem unterwiesen werden, bestimmte Verhaltensweisen zu verstärken oder zu unterbinden. Zudem kann nach Steinhausen die Zufriedenheit im anatomischen Geschlecht durch die Verstärkung geschlechtstypischer Verhaltensweisen hinsichtlich Spiel, Sprache, Bewegungsabläufe und Gestik. Diese Art der Verhaltenstherapie sollte in der Zusammenarbeit von Therapeuten, Co-Therapeuten, Eltern und Lehrern erfolgen.<sup>121</sup>

<sup>119</sup> vgl. Thimm/ Kreuzer 2012, S.73 (Internetquelle)

<sup>120</sup> vgl. Thimm/Kreuzer 2012, S.71 (Internetquelle)

<sup>121</sup> vgl. Steinhausen 2010, S.396

## **5.2 Behandlung von jugendlichen Transsexuellen**

### **5.2.1 Testpsychologie und Fragebögen**

Aus dem Expertenmeeting in Krefeld vom 12.02.2011 wurde über die Störungen der Sexualentwicklung und Identität im Kindes- und Jugendalter diskutiert. Die Klinik für Urologie und Kinderurologie, Alexander Krankenhaus Maria Hilf GmbH Krefeld publizierte den entsprechenden Artikel dazu. Dieser verweist auch auf Behandlungsmethoden bei einer transsexuellen Identität. Zunächst sollen mithilfe des Utrechter Fragebogens, der von einer holländischen Arbeitsgruppe entwickelt wurde, sowie mit psychologischen Tests alle diagnostisch bedeutsamen Punkte erfasst werden. Der Utrechter Fragebogen für Jungen und Mädchen kann im Anhang II und im Anhang III eingesehen werden. Ein psychologisches Testverfahren ist beispielsweise die Mensch- Zeichnung. Patienten mit gestörter Geschlechtsidentität zeichnen typischerweise einen Menschen des bevorzugten Geschlechts. Menschen ohne diese Störung zeichnen in der Regel zuerst einen Menschen desselben Geschlechts.<sup>122</sup>

### **5.2.2 Psychotherapeutische Begleitung**

Zu den ersten Therapieschritten zählt dem Artikel zufolge, eine mindestens einjährige Psychotherapie. Ziel dieser Therapie ist offen gestaltet.<sup>123</sup> Die Möglichkeit der Exploration soll beibehalten werden, ob „ein Leben im biologischen Geschlechtskörper nicht doch möglich ist.“<sup>124</sup> Nur dadurch kann den Experten zufolge mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass der Wunsch nach einer Geschlechtsumwandlung nicht nur situationsabhängig ist, sondern konsistent und kontinuierlich besteht.<sup>125</sup>

### **5.2.3 Alltagstest**

Der Alltagstest schließt sich an die psychotherapeutische Begleitung an. Der Betroffene hat durch den Alltagstest die Möglichkeit, weitgehend als Person des gewünschten Geschlechts zu leben. Dazu zählt beispielsweise die Namensänderung, aber auch das Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung. Bei Patienten im Jugendalter sind vor allem Gespräche mit Lehrern bzw. Ausbildern. Die Aufklärung der Mitschüler geht dem Artikel zufolge mit einer Erleichterung über die Erklärung des geschlechtsatypischen Verhaltens einher.<sup>126</sup>

---

<sup>122</sup> vgl. Krege 2012, S.1453 (Internetquelle)

<sup>123</sup> vgl. Krege 2012, S. 1453 (Internetquelle)

<sup>124</sup> Krege 2012, S.1453 (Internetquelle)

<sup>125</sup> vgl. Krege 2012, S.1453 (Internetquelle)

<sup>126</sup> vgl. Krege 2012, S. 1454 (Internetquelle)



## 5.2.4 Hormontherapie

### 5.2.4.1 Pubertätshemmende Hormone

Die körperlichen Veränderungen in der Pubertät werden von Jugendlichen mit einer transsexuellen Identität als sehr belastend empfunden. Männliche Patienten fürchten sich den Experten zufolge vor Bartwuchs und Stimmbruch am meisten. Auch die erste Ejakulation kann das Unbehagen im eigenen Körper verstärken. Bei den Mädchen sind die Brustentwicklung, sowie die einsetzende Menstruation gefürchtet. Mithilfe pubertätshemmender Hormone bleiben diese körperlichen Veränderungen aus. Der Artikel der Experten warnt aber vor dem prophylaktischen Einsatz pubertätshemmender Hormone vor Beginn der Pubertät. Die maximale Zeitdauer zur Verabreichung dieser Hormone beträgt 2 Jahre. Probleme wie beschleunigtes Längenwachstum oder Osteoporose sind nach längerer Einnahme mögliche Risikofaktoren. Der Einsatz von pubertätshemmenden Hormone und die Auswirkungen auf den Körper sind vollkommen reversibel. Die Experten empfehlen ein Mindestalter von 14 Jahre, bei der Verabreichung dieser Hormone. Da dieser Zeitpunkt allerdings hochvariabel und individuell ist, ist es oftmals sinnvoll und notwendig unter diese Altersgrenze zu gehen. Sie verweisen die eine Frankfurter Spezialsprechstunde für Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter, bei dem der jüngste Patient bereits mit 12 Jahren mit pubertätshemmenden Hormonen behandelt wurde.<sup>127</sup>

### 5.2.4.2 gegengeschlechtliche Hormone

Bei der Umstellung auf gegengeschlechtliche Hormone wird ein Mindestalter von 16 Jahren empfohlen. Hans- Christoph Steinhausen verweist darauf, dass die Verabreichung gegengeschlechtlicher Hormone nur noch teilweise reversibel ist. Beim biologisch männlichen Transsexuellen erlischt unter dem Einsatz weiblicher Hormone die männliche Libido und Potenz. Es kommt zum Brustwachstum. Beim biologischen weiblichen Transsexuellen führt die Verabreichung von Androgenen zum Ausbleiben der Menstruation. Der gesamte Habitus verändert sich. Dazu gehören die Veränderung der Stimme, Bartwachstum und die Vergrößerung der Klitoris.<sup>128</sup>

## 5.2.5 die geschlechtsangleichende Operation

Hans- Christoph Steinhausen hält es in der Vorbereitungsphase für unabdingbar, den Patienten die Irreversibilität der Ergebnisse zu verdeutlichen. Zudem muss ihnen die Notwendigkeit einer ständigen, hormonalen Dauersubstitution vor Augen geführt werden. Zudem müssen seiner Ansicht nach biologisch weibliche Patienten aufgeklärt werden, dass keine

<sup>127</sup> vgl. Krege 2012, S. 1454 (Internetquelle)

<sup>128</sup> vgl. Steinhausen 2010, S.398

funktionstüchtige, erektive Penisplastik geschaffen werden kann, während bei biologisch männlichen Patienten die Möglichkeit besteht eine kohabitationsfähige Vagina zu erschaffen. Bei biologisch männlichen Patienten werden die äußeren Genitalien entfernt. Aus der Penishaut wird eine kohabitationsfähige Vagina geschaffen. Diese wird durch eine Prothese offen gehalten, um das Verkleben und Verwachsen der Häute zu verhindern. Bei biologisch weiblichen Patienten werden die Brüste und die inneren Genitalien entfernt. Es werden Hodenprothesen implantiert. Die Klitoris kann durch eine Hormonbehandlung vergrößert werden. Damit ist aber keine Erektionsfähigkeit verbunden. Alle Versuche eine funktionstüchtige Penisplastik zu erschaffen, schlugen Steinhausen zufolge fehl.<sup>129</sup>

Bei klaren Transsexuellen empfehlen die Experten aus Krefeld die empfohlene Altersbeschränkung von 18 Jahren deutlich zu unterschreiten. Die jüngsten in Deutschland behandelten Patienten standen kurz vor ihrem 16. Lebensjahr. Die Kosten für die genitalkorrigierenden Maßnahmen übernimmt in der Regel die Krankenkasse, nachdem dessen medizinischer Dienst eingeschaltet worden ist. Es werden zwei unabhängige Gutachten und Nachweise über die eingehaltenen Schritte verlangt.<sup>130</sup>

Hans- Christoph Steinhausen rät von einer geschlechtsangleichenden Operation ab, bei hysterischen und exhibitionistischen Persönlichkeiten, bei Missbrauch von bestimmten Substanzen, bei Delinquenz, bei fehlender Unterstützung durch die Eltern und der sozialen Umwelt, bei Intelligenzminderung, wenn die körperliche Erscheinung mit dem gewünschten Geschlecht unvereinbar ist, sowie bei ausgeprägten psychischen Störungen, einschließlich Psychosen. Zudem rät er zur Vorsicht bei sekundären Transsexuelle wie z.B. Transvestiten und effeminierte Homosexuelle, die sich bei Verweigerung einer geschlechtsangleichenden Operation besser entwickeln. Steinhausen verweist zudem auf systematische Analysen von Verläufen bei Transsexuellen in den Niederlanden. Diese ergaben günstige Befunde bei Nachuntersuchungen. Die dysphorische Verstimmung über das eigene Geschlecht war nach der Operation nicht mehr vorhanden. In keinem Fall wurde Bedauern über die Geschlechtsumwandlung geäußert. Diese Fälle wurden allerdings sorgfältig diagnostiziert und von einem Expertenteam begleitet. Die Betreuung durch Psychiater bzw. Psychotherapeuten, Endokrinologen und schließlich Chirurgen, Urologen und Gynäkologen muss nach Steinhausen vor allem in der Vorbereitungsphase und beim Alltagstest gewährleistet werden.<sup>131</sup>

---

<sup>129</sup> vgl. Steinhausen 2010, S.399

<sup>130</sup> vgl. Krege 2012, S.1454 (Internetquelle)

<sup>131</sup> vgl. Steinhausen 2010, S. 398f

## 5.2.6 Namens- und Personenstandsänderung

Nach §1 Abs.1 S.1 Transsexuellengesetz dürfen Vornamen geändert werden, wenn sich die Betroffenen „auf Grund ihrer transsexuellen Prägung nicht mehr dem in ihrem Geburtseintrag angegebenen Geschlecht, sondern dem anderen Geschlecht als zugehörig empfindet und seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben.“<sup>132</sup> Nach §1 Abs.1 S.2TSG darf der Vorname nur geändert werden, wenn „mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass sich ihr Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nicht mehr ändern wird“<sup>133</sup> Der Antragssteller muss nach §1Abs.2TSG beim Standesamt den Vornamen angeben, den er künftig führen will.<sup>134</sup>

Der Artikel des Expertenmeetings in Krefeld gibt für diese rechtliche Regelung keine Altersbeschränkung an. Sie verweisen auf einen Fall, indem ein Junge im Alter von neun Jahren aus Schleswig Holstein diese rechtliche Namensänderung in Anspruch nahm. Zwei unabhängige Gutachten sollen demnach bescheinigen, dass der Drang als Person des anderen Geschlechts zu leben mindestens seit 3 Jahren besteht und nach medizinischen Erkenntnissen unumkehrbar ist.<sup>135</sup>

## 5.2.7 zur Diskussion einer frühzeitigen Hormonbehandlung

### 5.2.7.1 Argumente für eine frühzeitige Hormonbehandlung

Nach Alexander Korte und seinen Kollegen bedeutet eine frühzeitige Hormonbehandlung, eine rasche „Reduktion des Leidensdrucks der Betroffenen durch die Unterdrückung der weiteren somatosexuellen Entwicklung.“<sup>136</sup> Zudem weisen sie auf bessere kosmetische Hinweise im Falle einer späteren Umwandlungsoperation, wenn frühzeitig pubertätshemmende und gegengeschlechtliche Hormone verabreicht werden. Zudem gehen die Autoren von einem verbesserten psychosozialen und sexuellen Funktionsniveau aus. Psychische Begleiterkrankungen aufgrund körperlicher Veränderungen wie beispielsweise Depressionen, würden bei einer frühzeitigen Hormonbehandlung ausbleiben. Zudem kann positiv angemerkt werden, dass eine pubertätsblockierende Behandlung vollkommen reversibel ist.<sup>137</sup>

### 5.2.7.2 Argumente gegen eine frühzeitige Hormonbehandlung

Alexander Korte und seine Kollegen listen auch die negativen Seiten einer frühzeitigen

<sup>132</sup> URL6: Bundesministerium der Justiz 2012

<sup>133</sup> vgl. URL6: Bundesministerium der Justiz 2012

<sup>134</sup> vgl. URL6: Bundesministerium der Justiz 2012

<sup>135</sup> vgl. Krege 2012, S.1454 (Internetquelle)

<sup>136</sup> Korte u.a. 2012, S. 838 (Internetquelle)

<sup>137</sup> vgl. Korte u.a. 2012, S.838 (Internetquelle)

Hormontherapie auf. Demnach sei eine pubertätsblockierende Behandlung zwar komplett rückgängig zu machen, doch die irreversible Beeinträchtigung im Prozess der psychosexuellen Entwicklung durch die frühzeitige Behandlung sei den Autoren zufolge negativ zu bewerten: „Eine derartige Behandlung beeinflusst das sexuelle Erleben in Fantasie und Verhalten und verhindert aufgrund der Beeinträchtigung der sexuellen Appetenz und Funktionsfähigkeit, dass die Betroffenen altersgerechte (sozio-)sexuelle Erfahrungen sammeln und diese im Rahmen des diagnostisch-therapeutischen Prozesses auswerten können. Infolgedessen ist eine Aufschlüsselung der sich unter dem Einfluss der nativen Sexualhormone konsolidierten sexuellen Präferenzstruktur und endgültigen geschlechtlichen Identität nahezu unmöglich.“<sup>138</sup> Zudem kann sich das Umwandlungsbegehren ins andere Geschlecht während des Entwicklungsverlaufs vollkommen neutralisieren. Eine frühzeitige Hormontherapie würde die Möglichkeit einer homosexuellen Identitätsfindung verweigern. Die Autoren gehen davon aus, dass dies unmöglich im Interesse der Betroffenen sein kann. Zudem verweisen die Autoren auf die psychischen Auffälligkeiten der Eltern, die die Entwicklung einer Geschlechtsidentitätsstörung beeinflussen können.<sup>139</sup> Die frühzeitige Hormonbehandlung verweigert den Betroffenen die Auseinandersetzung mit den familiären Problemen: „Die sorgfältige Analyse und psycho- oder familientherapeutische Bearbeitung psychodynamischer Konflikte beziehungsweise transsexuellogener Einflussfaktoren, durchaus auch mit der Chance einer Auflösung des Umwandlungsbegehrens, droht bei rein biologistischer Herangehensweise und bei frühzeitiger Herbeiführungen schneller Lösungen ins Hintertreffen zu geraten.“<sup>140</sup>

Zudem gibt es den Autoren zufolge keine gesicherten Erkenntnisse, in wie weit sich eine hormonelle Behandlung auf die Entwicklung der Geschlechtsidentität auswirkt. Die Autoren weisen daraufhin, dass durch eine Hormonbehandlung die Störung der Geschlechtsidentität sogar aufrecht erhalten werden kann.<sup>141</sup> Zudem verweisen die Verfasser auf die fehlende emotionale und kognitive Reife der Kinder und Jugendlichen, um „in eine mit lebenslangen Konsequenzen verbundene Handlung einzuwilligen. Zu berücksichtigen ist, dass Kinder mit GIS überdurchschnittlich oft Defizite sozialer Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten und psychiatrische Komorbiditäten aufweisen, weshalb sie besonders empfänglich für die Verlockung einer schnellen Lösung vermeintlich all ihrer Probleme sind.“<sup>142</sup>

---

<sup>138</sup> Korte u.a. 2012, S.839 (Internetquelle)

<sup>139</sup> vgl. Korte u.a. 2012, S.839 (Internetquelle)

<sup>140</sup> Korte u.a. 2012, S.839 (Internetquelle)

<sup>141</sup> vgl. Korte u.a. 2012, S. 839 (Internetquelle)

<sup>142</sup> Korte u.a. 2012, S.839 (Internetquelle)

## 6 Die Bedeutung der Kleidung

### 6.1 Definition

Julia Epstein bezieht sich auf die Definition von Ruth Bleckwenn, wobei Kleidung Hüllen bezeichnet, die aus textilem und textilverwandtem Material darstellen. Sie bedecken den menschlichen Körper.<sup>143</sup>

### 6.2 Funktion der Kleidung

Kleidung besitzt nicht nur eine Ausdrucks- und Darstellungskraft, sie besitzt auch einen Kommunikationscharakter: „Mit der Kleidung wenden wir uns dabei an uns selbst und an andere. Kleidung spielt eine zentrale Rolle für unsere Identität ebenso wie bei unseren Beziehungen zu unseren Mitmenschen.“<sup>144</sup> Kleidung zeigt demnach unsere Geschlechtszugehörigkeit, die wiederum für soziale Kontakte von Bedeutung ist. Mithilfe der Kleidung wollen Transsexuelle nach Julia Epstein als Angehöriger des anderen Geschlechts anerkannt werden.<sup>145</sup>

### 6.3 *chronologischer Verlauf beim Tragen von gegengeschlechtlicher Kleidung*

Julia Epstein geht davon aus, dass Kinder sich in der Kleidung des anderen Geschlechts zunächst wohl fühlen. Sie erkennen demnach keinen Zusammenhang zwischen dem Wohlfühlgefühl und der Besonderheit des Kleidungsstückes. Die Wahl der Kleidungsstücke geschieht zunächst ungezielt. Das Kind bedient sich am Kleidervorrat, der in der Familie vorhanden ist. Dieser unbelastete Zustand bleibt allerdings nicht lange bestehen.<sup>146</sup> Die gesellschaftlichen Normen und Kleiderordnungen dringen langsam in das sich entwickelte Bewusstsein der Kinder und kann zu Schuldgefühlen führen: „Das im Grunde positive Gefühl, das die gegengeschlechtliche Kleidung zu erzeugen vermochte, wird von negativen Gefühlen getrübt. Unter diesem Einfluss wird das Umkleiden nur noch heimlich vorgenommen, wodurch die Angst vor Entdeckung noch hinzukommt.“<sup>147</sup>

Mit dem heranreifenden Bewusstsein, werden sich transsexuelle Menschen ihrer Andersartigkeit bewusst. Zum anderen erkennen sie die Funktion der Kleidung. Die Kleidung wird vom transsexuellen bewusst angelegt, um sich dem Wunschgeschlecht optisch anzunähern: „Dementsprechend ändert sich die Qualität der verwendeten Kleidungsstücke. Sie werden zur Erreichung einer weitestgehenden Annäherung gezielt nach geschlechtsspezifischen

---

<sup>143</sup> vgl. Epstein 1995, S. 3

<sup>144</sup> Sommer/Wind zitiert nach Epstein 1995, S.36

<sup>145</sup> vgl. Epstein 1995, S.36

<sup>146</sup> vgl. Epstein 1995, S.94

<sup>147</sup> Epstein 1995, S. 94

Gesichtspunkten ausgewählt.“<sup>148</sup> Durch die Verwendung eindeutig geschlechtsbestimmender Kleidungsdetails, die jedoch nicht das Gesamtbild verändern, versuchen Transsexuelle, ihren Mitmenschen dezente Hinweise auf ihre emotionale Gefühlslage zu geben, in der Hoffnung, dass sie von ihnen verstanden werden.<sup>149</sup> Bezeichnend für das Anlegen der gegengeschlechtlichen Kleidung ist dabei das erlebte Gefühl: „Das Verkleiden ist für Transsexuelle kein Spiel; das cross dressing wird zu einem festen Bestandteil ihres Lebens. Ein innerer Drang zwingt sie immer wieder dazu, Kleidung anzulegen, die ihrem psychologischen Geschlecht entspricht; geschlechtsspezifische Kleidungsstücke, die dem körperlichen Geschlecht entsprechen, werden vehement abgelehnt.“<sup>150</sup> Das auffällige Bekleidungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen kann Familien- Konflikte auslösen. Besonders bei Anlässen, die mit Kleiderkonventionen verbunden sind, empfinden sie das Tragen von geschlechtstypischer Kleidung als erzwungene Belastung.<sup>151</sup>

Auch durch die fehlende Erfahrung im Umgang mit der gegengeschlechtlichen Kleidung, führen bei den älteren Transsexuellen zunächst zu einigen Problemen: „Anfänglich wird die Überbetonung als notwendig erachtet, da nur über die Häufung extrem geschlechtsspezifischer Attribute eine überzeugende Darstellung des erwünschten Bildes erscheint. Diese unangemessene Übertreibung wird von der Umgebung recht schnell identifiziert und führt zu einem Belächeln beziehungsweise auch zu Diffamierungen.“<sup>152</sup> Durch die reflektierte Auseinandersetzung mit der Umweltreaktion findet nach Epstein ein Lernprozess beim Betroffenen statt, sodass der Einsatz geschlechtsspezifischer Kleidung sensibler erfolgt. Transsexuelle Menschen bemühen sich demnach um eine gesellschaftliche Integration in der angestrebten Geschlechterrolle. Das Ziel der Betroffenen ist die größtmögliche soziale Unauffälligkeit. Grundvoraussetzung dafür ist die optische Unauffälligkeit. Das wichtigste Instrument zur Überprüfung einer Identität und einer sozialen Situation ist und bleibt nach Epstein der Blick.<sup>153</sup> Das Cross Dressing kann nach Epstein den Wunsch als Angehöriger des anderen Geschlechts zwar zunächst mildern, doch der innere Drang dem gewünschten Geschlecht anzugehören entwickelt sich auf lange Sicht gesehen zum Leidensdruck. Der Wunsch nach medizinischer und chirurgischer Behandlung wird dementsprechend größer.<sup>154</sup>

---

<sup>148</sup> Epstein 1994, S.94

<sup>149</sup> vgl. Epstein 1995 S.95

<sup>150</sup> Epstein 1995, S. 22

<sup>151</sup> vgl. Epstein 1995, S.23

<sup>152</sup> Epstein 1995, S. 97

<sup>153</sup> vgl. Epstein 1995, S.97ff

<sup>154</sup> vgl. Epstein 1995, S. 25

## 7 Fallbeispiel Kim Petras

Kim Petras wurde am 27. August 1992 als Tim Petras in Köln geboren. Durch öffentliche Auftritte im Fernsehen und durch Zeitungsberichte erlangte die Transsexuelle Berühmtheit. Bereits im Alter von zwei Jahren begann sie weibliche Kleidung zu tragen. Anstatt auf dem Fußballplatz rumzutoben, spielte sie mit Barbies. Die Eltern von Kim dachten anfangs an eine Phase, die wieder vorbeigeht: „Kleine Jungs stöckeln ja gerne mal in Mamas Highheels rum. Das geht vorüber...“<sup>155</sup> Als Kim vier Jahre alt war, wurde den Eltern bewusst, wie sehr sie unter ihrem anatomischen Geschlecht litt. Nachdem der vierjährige Tim bei einem Friseurbesuch einen Ultrakurzhaarschnitt verpasst bekam, rannte er in sein Zimmer und schrie: „Jetzt schneid ich mir das Ding ab!“<sup>156</sup> Spätestens ab diesem Zeitpunkt war den Eltern klar, dass ihr Sohn seinen eigenen Körper nicht akzeptieren konnte. Kim sagt hierzu: „Für sie war es keine Frage, ob ich ein Junge bin oder ein Mädchen, für sie war ich eben ich.“<sup>157</sup> Weiterhin beschreibt sie in einem Artikel der neuen Woche: „Es war ihnen nur wichtig, dass ich glücklich bin.“<sup>158</sup> Dr. Bernd Meyenburg war damals Chefarzt der Kinderklinik der Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt am Main. Er betreute Kim und seine Familie auf den Behandlungsweg. Mit zwölf Jahren bekam Kim das erste Mal pubertätsverzögernde Hormone gespritzt, die zunächst verhinderten, dass ihr ein Bart wuchs, dass sie in den Stimmbruch kam und dass ihr breite Schultern wuchsen. Davor hatte die damals zwölfjährige am meisten Angst gehabt. Anschließend bekam sie weibliche Hormone, sodass ihre Figur femininer wurde und ihr ein Busen wuchs. In einer zehnstündigen Operation wurden der damals 16jährigen die Hoden entfernt. Aus Glied und Hodensack wurden weibliche Geschlechtsorgane geformt. Obwohl sich Kim danach in ihrem Körper wohlfühlte, musste sie während der gesamten Behandlungszeit viele Schwierigkeiten überstehen. Manche Mitschüler beleidigten sie als „Schwuchtel“ oder „Transe“, ihr wurden in der Schule Streiche gespielt. Oft kam sie heulend nach Hause. Kim äußerte in einem Interview, dass sie sich uralt fühle und dass sie in ihrem Alter schon sehr viel erlebt habe.<sup>159</sup> Nichtsdestotrotz hat sie sich immer als Mädchen gefühlt: „Ich wusste schon immer, dass ich ein Mädchen bin. Es gab nie diesen Moment, wo ich aufgewacht bin und mir gesagt habe: Ich möchte jetzt ein Mädchen sein. Es war einfach immer so.“<sup>160</sup> Die Entscheidung zum Einsatz der medizinischen Maßnahmen und die dadurch

---

<sup>155</sup> URL7

<sup>156</sup> URL7

<sup>157</sup> URL7

<sup>158</sup> URL7

<sup>159</sup> vgl. URL8

<sup>160</sup> URL8

bedingten körperlichen Veränderungen, traf Kim immer bewusst: „Ich habe gelernt, dass kein anderer außer mir entscheiden kann, was für mich richtig ist.“<sup>161</sup>

## 8 Beitrag der sozialen Arbeit

Meiner Ansicht nach, muss zunächst geschaut werden, was sich hinter dem Umwandlungsbegehren des Kindes verbirgt. Bei Hinweisen auf innerfamiliäre Probleme, ist vor allem die Aufschlüsselung der Konflikte von Bedeutung. Erziehungsberatungsstellen können dabei eine große Hilfe sein. Sie können mit Psychotherapeuten zusammenarbeiten oder an diese vermitteln. Wichtig sind in diesem Sinne die Aufschlüsselung der Beziehungsmuster, ggf. auch die Auswertung der Beziehung der Mutter oder des Vaters zu den eigenen Eltern. Auch die Kommunikations- und Interaktionsmuster innerhalb der Familie können bei der Bearbeitung von Problemen ebenfalls wichtige Hinweise auf die emotionale Bindung zwischen den einzelnen Familienmitgliedern geben. Im Hilfeprozess müssen die unterschiedlichen Anliegen und Erwartungen geklärt werden, um einen Hilfeplan gestalten zu können. Das Kind soll meiner Meinung nach weiterhin die Möglichkeit bekommen, sich mit seinem Körper auseinanderzusetzen, Gefühle zu diskutieren und Erfahrungen auszuwerten. Die Zufriedenheit im anatomischen Geschlecht und die emotionale Gesundheit des Kindes haben dabei oberste Priorität. Dies ist besonders beim Eintritt in die Pubertät wichtig, da neue körperliche Veränderungen hinzukommen. Durch die Aufschlüsselung und Lösung innerfamiliärer Probleme kann die Eltern- Kind- Beziehung gestärkt werden. Erst wenn die Eltern bereit sind, sich dem Kind positiv anzunehmen, kann sich auch das Kind selber in seinem Körper akzeptieren.

Auch die Akzeptanz des Geschlechts des Kindes durch die Eltern ist in diesem Sinne unabdingbar. Unbewusste Wünsche der Eltern über die Geschlechterzugehörigkeit ihrer Kinder, die dessen anatomischen Geschlecht widersprechen, können ihre Ursachen ebenfalls in eigenen Konflikten mit den Eltern oder der Abwertung des eigenen Geschlechts haben. Daher ist auch in diesem Sinne die Konflikt- und Traumabewältigung durch professionelle Helfer vonnöten. Vor allem unbewusste Prozesse sind hierbei aufzudecken und bewusst zu machen. Das Umwandlungsbegehren löst sich durch die Bearbeitung dieser Konflikte ggf. auf. Nur durch die Akzeptanz des eigenen Geschlechts, kann auch das eigene Kind eine gesunde Geschlechtsidentität entwickeln

Entwickelt sich die Störung der Geschlechtsidentität bzw. die transsexuelle Identität unabhängig von innerfamiliären Problemen und Konflikten, muss die Familie auf ihrem Behandlungsweg ebenfalls professionell begleitet werden, wenn sich das Umwandlungsbe-

---

<sup>161</sup> URL8



gehen des Kindes nicht aufgelöst hat. Die Zusammenarbeit von Psychotherapeuten, Endokrinologen und Chirurgen ist dabei die wichtigste Voraussetzung. Auch Sozialpädagogen können die Familie auf den Behandlungsweg begleiten. Schulsozialarbeiter können beispielsweise daran mitwirken, Lehrer und Mitschüler über die Situation des Betroffenen aufzuklären. Auch Sozialpädagogen in Ausbildungsstätten oder Bildungseinrichtungen können dabei helfen, das soziale Umfeld für die Problematik des Transsexuellen zu sensibilisieren. Auch können Sozialpädagogen vom Jugendamt oder aus Erziehungsberatungsstellen, während des Behandlungsprozess zwischen den einzelnen Parteien vermitteln. Erfahrungen, Vorgehensweisen, Probleme und Anliegen können, soweit es im Rahmen möglich ist, gemeinsam besprochen werden. Zudem haben Sozialpädagogen die Möglichkeit, die Familie an verschiedene professionelle Fachleuten zu vermitteln.

## 9 Zusammenfassung

Die Ursachen für die Entstehung einer gestörten Geschlechtsidentität in der Kindheit oder einer transsexuellen Identität sind zwar nicht einwandfrei geklärt. Ich denke aber, dass sowohl soziale, psychologische, individuelle und biologische Faktoren bei der Entstehung dieser Störung zusammenwirken und sich gegenseitig beeinflussen. Zum einen können sich innerfamiliäre Konflikte in der Kindheit problematisch auf die Entwicklung der Geschlechtsidentität auswirken. Die Ablehnung des Kindes aufgrund eigener familiärer Probleme oder der Wunsch, das Kind möge vom anderen Geschlecht sein, aber auch symbiotische Verschmelzungswünsche der primären Bezugsperson können zur Entwicklung der Geschlechtsidentitätsstörung einen Beitrag leisten. Unklar ist noch, welchen Beitrag das Kind zur Entwicklung der Geschlechtsidentität leistet. Ich bin davon überzeugt, dass das Kind sich mehr oder weniger unbewusst entscheidet, welchem Geschlecht es angehören will. Die Gründe für diese Entscheidung sind meiner Meinung nach höchst individuell, sei es durch Ablehnung der primären Bezugsperson, oder der Vorzug eines gegengeschlechtlichen Modells. Durch die Wahl des psychologischen Geschlechts von seitens des Kindes, werden meiner Ansicht nach auch körperliche und soziale Bereiche entsprechend entwickelt. Wenn ein Junge sich wie ein Mädchen fühlt, handelt und denkt er ebenso in alltäglichen Situationen wie seine weiblichen Spielkameradinnen.

Die Studien vom Prince Henry's Institute in Clayton und der Universität Essen geben zwar Hinweise auf biologische Faktoren bei der Entstehung einer transsexuellen Identität. Sie untersuchten aber nur biologisch männliche Transsexuelle. Inwiefern genetische Konstellationen oder neurologische Befunde bei biologisch weiblichen Transsexuellen zusammenwirken, konnte bisher nicht geklärt werden. Deshalb sind meiner Ansicht nach gerade bei

biologistischen Studien noch weitere Untersuchungen vonnöten. Dazu gehört auch, dass eine Mindestanzahl von 50 transsexuellen erreicht wird, um aussagekräftige Studien erhalten zu können. Zudem müssten Vergleiche zwischen männlichen und weiblichen Transsexuellen her, um die biologischen Konstellationen auch unter den Geschlechtern speziell dieser Gruppe genau bestimmen zu können.

Auch die Medien können meiner Ansicht nach einen Beitrag leisten, um das Umwandlungsbegehren der betroffenen Kinder und Jugendlichen zu verstärken. Durch Interviews mit transsexuellen Menschen wie Kim Petras erhält der Machbarkeitsgedanke neue Dimensionen. Aufgrund medizinischer Maßnahmen kann heute das gewünschte Geschlecht fast problemlos operiert werden. Die Wahl des Geschlechts sehen manche Betroffene fast als Grundrecht an.

Auch Patienten, die sich bereits ausführlich mit dem Thema beschäftigt haben und für sich selbst die Diagnose Transsexualität gestellt haben, tragen u.U. ihr Anliegen so beim Arzt vor, dass er nur die Diagnose Transsexualität stellen kann. Lehnt dieser Arzt dennoch eine Behandlung ab, wird ein anderer Arzt aufgesucht. Die Wahl des Arztes entscheidet mitunter den Behandlungsverlauf und trägt möglicherweise zur Aufrechterhaltung einer transsexuellen Identität bei.

Medizinische Behandlungen wie beispielsweise eine frühzeitige Hormontherapie können ebenfalls die Aufrechterhaltung einer Geschlechtsidentitätsstörung und die Entwicklung einer transsexuellen Identität beeinflussen. Diverse Studien beweisen schließlich, dass die Mehrzahl der Kinder mit einer Störung der Geschlechtsidentität eine homosexuelle oder heterosexuelle Identität im Erwachsenenalter entwickelt. Diese Entwicklungen würden durch eine frühzeitige Hormontherapie behindert werden.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass es sich bei der Störung der Geschlechtsidentität und der Entwicklung einer transsexuellen Gesinnung, wahrscheinlich um ein multifaktorielles Krankheitsgeschehen handelt, bei dem psychologische, individuelle, biologische und soziale Aspekte zusammenwirken.

Meiner Ansicht nach darf nur bei klaren Transsexuellen wie z.B. Kim Petras, nach genauer Differenzierung und Diagnose frühzeitig mit medizinischen Behandlungen begonnen werden. Der Leidensdruck kann bei solchen Patienten rasch vermindert werden und psychische Begleiterkrankungen wie Depressionen können durch frühzeitige Eingriffe verhindert werden. Während des Behandlungsprozesses muss dabei die Betreuung von Psychotherapeuten, Chirurgen, Endokrinologen und mitunter auch Sozialpädagogen gewährleistet sein.

## Quellenverzeichnis

- Aristoteles: Ändert sich der Zustand der Seele, so ändert dies auch das Aussehen des Körpers und umgekehrt; ändert sich das Aussehen des Körpers, so ändert dies zugleich auch den Zustand der Seele. URL: <http://www.zitate-online.de/literaturzitate/allgemein/19646/aendert-sich-der-zustand-der-seele-so-aendert.html> [Stand 30.05.2012]
- Asendorpf, Jens B.: Persönlichkeitspsychologie- für Bachelor. 2. Aufl. Berlin u.a. 2011.
- Beier, Klaus M.: Sexualität und Geschlechtsidentität- Entwicklung und Störungen. URL: <http://www.springerlink.com/content/j1025504t115x483/fulltext.pdf> [Stand 30.04.2012]
- Blank- Mathieu, Margarethe: Die Entwicklung der Geschlechtsidentität in der frühen Kindheit. URL: <://www.familienhandbuch.de/kindliche-entwicklung/entwicklung-einzelner-faehigkeiten/die-entwicklung-der-geschlechtsidentitaet-in-der-fruehen-kindheit> [Stand 04.05.2012]
- Bosinski, Hartmut A. G.: Sexualstörungen- Geschlechtsidentitätsstörungen. In: Förstl, Hans/ Hautzinger, Martin/ Roth, Gerhard (Hrsg.): Neurobiologie psychischer Störungen. Heidelberg 2006, S. 807- 826.
- Dilling, H./ Mombour, W./ Schmidt M.H. (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD- 10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 8. Aufl. Lübeck u.a. 2011.
- Epstein, Julia: Kleidung im Leben transsexueller Menschen. Die Bedeutung von Kleidung für den Wechsel der sozialen Geschlechtsrolle. Münster u.a. 1995.
- Gerke, Mechthild: Transsexualität. Psychologische Aspekte der Geschlechtsrolle und der Identitätsentwicklung. Osnabrück 1994.
- Jahn, Andreas: Intersexualität. Männlich, weiblich – das sollte eigentlich leicht feststellbar sein. Doch die Natur wählt mitunter den Mittelweg. URL: <http://www.spektrum.de/alias/geschlechtsbestimmung/intersexualitaet/1005508> Karyogramm [Stand 09.05.2012]
- Kimura, Doreen: „Weibliches und Männliches Gehirn“ . URL: [http://www.bio.vobs.at/physiologie/a-gehirn\\_mw.htm](http://www.bio.vobs.at/physiologie/a-gehirn_mw.htm) [Stand 04.05.2012]
- Korte, Alexander u.a.: Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter. URL: <http://data-aerzteblatt.org/pdf/105/48/m834.pdf> [Stand 11.05.2012]
- Krege/ S.: Störungen der Sexualentwicklung und Identität im Kindes- und Jugendalter. Expertenmeeting in Krefeld, 12.02.2011. URL: [www.springerlink.com/content/1705333525m69131/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/1705333525m69131/fulltext.pdf) [Stand 11.05.2012]
- Landessozialgericht Stuttgart, Urteil vom 27. November 1981- Az: L4Kr483/80. URL: [www.mut23.de/texte/LSGStuttgart1981.pdf](http://www.mut23.de/texte/LSGStuttgart1981.pdf) [Stand 15.05.2012]

Socarides, Charles W.: Bedeutung und Inhalt von Abweichungen im Sexualverhalten. Der Beitrag der Psychoanalyse. In: Eicke, D. (Hrsg): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. II: Freud und die Folgen (1). Die Psychoanalyse. Wels 1976. S. 707-738.

Söder, Manfred: Die Strukturen der Herkunftsfamilien weiblicher Transsexueller.

Diplomarbeit. URL:

<http://books.google.de/books?id=s93989GO65kC&pg=PA29&lpg=PA29&dq=lothstein+transsexualit%C3%A4t&source=bl&ots=bxqU7zNROK&sig=vNJ5AIJ1EoRjZ9AxIEMVDRDocZQ&hl=de&sa=X&ei=kqKnT8vVNYaL8gOh7PT2BA&sqi=2&ved=0CF0Q6AEwBA#v=onepage&q=lothstein%20transsexualit%C3%A4t&f=false> [Stand 07.05. 2012]

Steinhausen, Hans- Christoph: psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. 7. Aufl. München 2010.

Thimm, Detlev/ Kreuzer, Eva- Maria: Transsexualität im Jugendalter- Literaturübersicht.

URL: [http://psydok.sulb.uni-](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2011/3026/pdf/33.19842_5_30263.pdf-new-pdf)

[saarland.de/volltexte/2011/3026/pdf/33.19842\\_5\\_30263.pdf-new-pdf](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2011/3026/pdf/33.19842_5_30263.pdf-new-pdf). [Stand: 11.05.2012]

Tillmann, Klaus- Jürgen: Sozialisierungstheorien. Eine Einführung in den Zusammenhang von Gesellschaft, Institution und Subjektwerdung. Reinbek bei Hamburg 2010.

URL1: <http://www.berlinx.de/ego/0100/art1.htm> [Stand 12.05.2012]

URL2: <http://www.gesetze-im-internet.de/pstg/BJNR012210007.html> [Stand 18.05.2012]

URL3: <http://www.aerztezeitung.de/suchen/?query=fmrt&sid=406362> [Stand 12.05.2012]

URL4: [http://www.erlangen.trans-ident.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=75:zur-problematik-medizinischer-studien&catid=42:medizinisches&Itemid=66](http://www.erlangen.trans-ident.de/index.php?option=com_content&view=article&id=75:zur-problematik-medizinischer-studien&catid=42:medizinisches&Itemid=66) [Stand 12.05.2012]

URL5: <http://www.welt.de/wissenschaft/article2644113/Forscher-entdecken-ein-Gen-fuer-Transsexualitaet.html> [Stand 12.05.2012]

URL6: <http://www.gesetze-im-internet.de/tsg/BJNR016540980.html#BJNR016540980BJNG000100311> [Stand 13.05.2012]

URL7: <http://www.transforme-online.de/TimzuKim.pdf> [Stand 12.05.2012]

URL8: <http://www.bild.de/ratgeber/ratgeber/sankt-augustin/ich-war-ein-junge-16066014.bild.html> [Stand 12.05.2012]

Weiß, Volker: „Eine weibliche Seele im männlichen Körper“- Archäologie einer Metapher als Kritik der medizinischen Konstruktion der Transsexualität. Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Philosophie. Berlin 2007.

## **Anhang**

**Anhang I:** Diagramm der Frankfurter Spezialsprechstunde für  
Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter

**Anhang II:** Utrechter Fragebogen für Jungen

**Anhang III:** Utrechter Fragebogen für Mädchen

## **Anhang I: Diagramm der Frankfurter Spezialsprechstunde**

**Tab. 1 Frankfurter Spezialsprechstunde für Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter, Patientenvorstellungen 1987–2010**

	Atypische GIS		Typische GIS	
	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich
Kinder, 4–12 Jahre (n)	8	19	4	18
Jugendliche, 13–18 Jahre (n)	23	13	57	45
Gesamt (n)	63		124	

GIS Geschlechtsidentitätsstörung, Aufteilung nach biologischem Geschlecht.

Quelle: Krege/ S.: Störungen der Sexualentwicklung und Identität im Kindes- und Jugendalter Expertenmeeting in Krefeld, 12.02.2011, S.1453. URL: [www.springerlink.com/content/1705333525m69131/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/1705333525m69131/fulltext.pdf) [Stand 11.05.2012]

## Anhang II: Utrechter Fragebogen für Jungen

### Utrechter Fragebogen zur Geschlechtsidentifikation für Jungen

UGI-J

Name: \_\_\_\_\_ ID-Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ männlich  weiblich 

Ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

Dieser Fragebogen enthält Aussagen, die auf Dich zutreffen können oder nicht.  
Bitte kreuze die Antwort an, die am ehesten auf Dich zutrifft.

Wir geben Dir hier ein Beispiel: Ich mag klassische Musik

Trifft völlig zu	Trifft ein wenig zu	Ich weiß nicht	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
	X			

Diese Antwort kreuzt Du an, wenn Du klassische Musik *ein bißchen* magst.

	Trifft völlig zu	Trifft ein wenig zu	Ich weiß nicht	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
1. Das Leben ist für mich völlig sinnlos, wenn ich als Mann leben muss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Immer, wenn ich wie ein Mann behandelt werde, fühle ich mich gekränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich bin unglücklich, wenn mich jemand mit "Herr" anredet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich bin unglücklich, weil ich einen Männerkörper habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Vorstellung, dass ich immer ein Mann sein werde, finde ich sehr schlimm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich ekele mich vor mir, weil ich ein Mann bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich fühle mich immer und überall unwohl mit meinem Mann-Sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Das Leben hat für mich nur dann einen Sinn, wenn ich als Frau leben kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Trifft völlig zu	Trifft ein wenig zu	Ich weiß nicht	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
9. Es ist mir zuwider, im Stehen zu pinkeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich bin unzufrieden über meinen Bart, weil ich dadurch männlich aussehe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Es ist mir unangenehm, eine Erektion zu bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Es wäre besser, nicht mehr zu leben, statt als Mann zu leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Auswertung:** Es kann jeweils ein Gesamtwert aus der Gewichtung der Merkmale mit 1 (trifft völlig zu) bis 5 (trifft gar nicht zu) errechnet werden, wobei die Merkmale 1, 2, 4, 5, 6, 10, 11,12 invertiert (5 – 1) sind.



### Anhang III: Utrechter Fragebogen für Mädchen

#### Utrechter Fragebogen zur Geschlechtsidentifikation für Mädchen

UGI-M

Name: \_\_\_\_\_ ID-Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ männlich  weiblich 

Ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

Dieser Fragebogen enthält Aussagen, die auf Dich zutreffen können oder nicht.  
Bitte kreuze die Antwort an, die am ehesten auf Dich zutrifft.

Wir geben Dir hier ein Beispiel: Ich mag klassische Musik

Trifft völlig zu	Trifft ein wenig zu	Ich weiß nicht	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
	X			

Diese Antwort kreuzt Du an, wenn Du klassische Musik *ein bißchen* magst.

	Trifft völlig zu	Trifft ein wenig zu	Ich weiß nicht	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
1. Ich benehme mich am liebsten wie ein Mann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Immer, wenn ich wie eine Frau behandelt werde, fühle ich mich gekränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich finde es schön, als Frau durchs Leben zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich wünsche mir immer, wie ein Mann behandelt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ein Leben als Mann ist für mich attraktiver als ein Leben als Frau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich fühle mich unglücklich, weil ich mich wie eine Frau benehmen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Trifft völlig zu	Trifft ein wenig zu	Ich weiß nicht	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
7.	Ich erfahre das Leben als Frau als positiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ich schaue mich gerne nackt im Spiegel an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Ich finde es schön, mich sexuell als Frau zu verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ich finde es scheusslich, meine Menstruation zu haben, weil es mein Frau-Sein betont	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ich finde es unangenehm, Brüste zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ich wäre lieber als Junge geboren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Auswertung:** Es kann jeweils ein Gesamtwert aus der Gewichtung der Merkmale mit 1 (trifft völlig zu) bis 5 (trifft gar nicht zu) errechnet werden, wobei die Merkmale 1, 2, 4, 5, 6, 10, 11,12 invertiert (5 – 1) sind.

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere an Eides statt, dass ich die von mir vorgelegte Bachelorarbeit, bzw. die namentlich nicht anders gekennzeichneten Teile der Arbeit, selbstständig verfasst und nur die angegeben Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form bisher keiner anderen Prüfungskommission vorgelegt.

Neubrandenburg, den 04.06.2012

---

Christine Haase