



# Psychotherapie im Dialog

Psychoanalyse, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapien

Nr. 1 | März 2009 | 10. Jahrgang

## Sexuelle Identitäten

Herausgegeben von  
Maria Borcsa  
Michael Broda  
Volker Köllner  
Henning Schauenburg  
Jochen Schweitzer  
Wolfgang Senf  
Barbara Stein  
Bettina Wilms



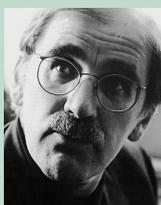
Thieme

# Sexuelle Identitäten

Herausgegeben von Wolfgang Senf  
und Bernhard Strauß

März 2009 • 10. Jahrgang • Seite 1–98

1 · 2009



Wolfgang Senf



Bernhard Strauß

---

## Editorial

### 1 Sexuelle Identitäten

*Wolfgang Senf • Bernhard Strauß*

---

## Standpunkte

### 3 Geschlechtsidentität

*Wolfgang Senf • Bernhard Strauß*

---

## Aus der Praxis

### Richtungen und Verfahren

#### 12 Transsexuelle Entwicklungen – Verlaufsdagnostik, Psychotherapie und Indikation zu somatischen Behandlungen

*Sophinette Becker*

#### 19 Leben mit Intersexualität – Behandlungserfahrungen, Geschlechtsidentität und Lebensqualität

*Katinka Schweizer • Hertha Richter-Appelt*

#### 25 Phasenspezifische Konfliktthemen eines transsexuellen Entwicklungsweges

*Annette Güldenring*

#### 32 Überlegungen zur professionellen Versorgung transsexueller Menschen

*Yesim Erim • Christiane Feldmann • Valerie Ghiassi • Wolfgang Senf*

### Anwendungen, Schritte zur Integration, spezielle Settings

#### 41 Hormonbehandlung

*Sebastian Lederbogen*

#### 44 Operative Maßnahmen

*Susanne Krege*

#### 48 Rechtliche Regelungen bei Transsexualität

*Deborah Reinert*

#### 55 Konform mit dem „gefühlten“ Geschlecht

*Elke Ruth Gizewski*

#### 59 Neurobiologische Korrelate bei Geschlechtsidentitätsstörungen

*Timo O. Nieder • Hertha Richter-Appelt*

---

**Interview****63 Psychotherapie zur Auslotung des Machbaren***Michael Szukaj im Gespräch mit Wolfgang Senf*

---

**Résumé****67 Sexuelle Identitäten: Trans- / Intersexualität***Wolfgang Senf • Bernhard Strauß***DialogLinks****69 Internetangebote von und für Transsexuelle***Nicola Döring***75 Internetressourcen zur Intersexualität***Christiane Eichenberg • Karin Abitz***DialogBooks****79 Buchempfehlungen***Oliver Kugele*

---

**Im Dialog****85 Psychotherapeuten im Dialog – Eine Gesprächsrunde ehemaliger PiD-Herausgeber***Steffen Fliegel • Arist von Schlippe • Ulrich Streeck*

---

**95 Herausgeberteam****96 Impressum****98 Vorschau****www.thieme.de/pid**

Besuchen Sie die PiD im Internet! Auf der Website sind die Zusammenfassungen aller Beiträge frei zugänglich. Außerdem bieten wir Ihnen dort eine Kommunikationsplattform, auf der sich unsere Leser untereinander sowie mit Herausgebern, Autoren und Verlag rasch und formlos austauschen können.

Indexiert in PSYINDEX

# Sexuelle Identitäten

Wolfgang Senf · Bernhard Strauß

Dieses Heft ist dem Thema „Sexuelle Identitäten“ gewidmet und behandelt zwei Gruppen von deren potenziellen Beeinträchtigungen, nämlich die Transsexualität und die Intersexualität.

Zur Erläuterung des Titels und der Inhalte dieses Heftes bedarf es vorab einiger Klärungen und Präzisierungen. Der Begriff der „Geschlechtsidentitätsstörung“ (GID, englisch: *Gender Identity Disorder*) bezeichnet ursprünglich eine medizinische bzw. psychologische Diagnose bei Menschen, die sich einem anderen als ihrem anatomischen Geschlecht zugehörig empfinden. In der Regel wird diese Störung als *Transsexualität* bezeichnet. In jüngster Zeit erfuhren aus psychotherapeutischer Sicht auch Menschen vermehrt Aufmerksamkeit, bei denen aufgrund körperlicher Fehlentwicklungen keine eindeutige Entwicklung der Geschlechtsorgane erfolgen konnte. Die Gruppe der damit verbundenen Störungen wird als *Intersexualität* bezeichnet. Beide Bezeichnungen dieser „Störungen“ legen eigentlich nahe, dass es sich primär um „sexuelle“ Problematiken handelt. Für die Transsexualität wurde dies im ICD-9 noch dadurch ausgedrückt, dass diese den „Sexuellen Verhaltensabweichungen und Störungen“ zugeordnet wurde. Mit der Einführung der ICD-10 wurde das aber abgeändert, indem die Transsexualität unter den *Störungen der Geschlechtsidentität* (ICD-10: F64) klassifiziert wurde.

Weder bei der Intersexualität noch bei der Transsexualität geht es primär um „Sexualität“ oder „Sex“ in einem psychopathologischen oder gar landläufigen Sinne. Es handelt sich vielmehr um potenziell schwerwiegende und umfassende Störungen oder Beeinträchtigungen der Identität. Für die Transsexualität werden neuerdings häufig Begriffe wie *Transgen-*

*der* oder *Transidentität* verwendet, was auch ausdrückt, dass es um eine umfassendere Identitätsthematik geht. Die Transsexualität beschreibt eine *Besonderheit in der Entwicklung der Geschlechtsidentität*, bei der die sexuelle Orientierung oder Sexualpräferenz nur ein Teilaspekt ist. Insbesondere ist hier eine eindeutige Abgrenzung zum *Transvestitismus* (ICD-10: F64.1) zu ziehen, ein von Magnus Hirschfeld (1910) geprägter Begriff für all die Menschen (Männer wie Frauen), die freiwillig Kleidung des anderen Geschlechts tragen, ohne dass die innere Notwendigkeit zu einem Wechsel in die andere Geschlechtsrolle besteht mit einer Geschlechtsumwandlung bis zur hormonellen und chirurgischen Korrektur.

*Störungen der Geschlechtsidentität* ziehen in der Psychotherapie leider weniger Aufmerksamkeit als skeptische Distanz auf sich. Gibt man zu erkennen, dass man mit transsexuellen Menschen oder mit Intersexuellen psychotherapeutisch arbeitet, findet man zwar schnell Aufmerksamkeit, in das Erstaunen über diese *Lauen der Natur* mischt sich aber skeptische Distanz. Kaum jemand kann sich so recht etwas darunter vorstellen, was es bedeutet, „transsexuell“ oder „intersexuell“ zu sein. Gerne werden diese Menschen ins Travestie- oder sogar Rotlichtmilieu lokalisiert. Das hat eine Entsprechung bei dem Versuch, vor allem transsexuelle Menschen in eine Psychotherapie zu vermitteln, was gemäß den akzeptierten Behandlungsleitlinien eigentlich gefordert ist: Entweder bekommen sie keinen Termin oder es wird versucht, ihnen ihr Problem auszureden; viele Psychotherapeuten trauen sich die Behandlung nicht zu, gelegentlich werden Anträge mit dem Hinweis auf die fehlende Behandlungsnotwendigkeit abgelehnt. Möglicherwei-

se noch schwieriger ist es bei einer Intersexualität, zumal hier wahrscheinlich noch weniger ein Bewusstsein darüber vorherrscht, dass Psychotherapie indiziert sein kann.

Dieser Reserviertheit von PsychotherapeutInnen gegenüber den Störungen der Geschlechtsidentität steht das oft große Leid der betroffenen Menschen gegenüber. Es gibt wahrscheinlich kaum einen vergleichbar *radikalen Bruch in der Identität eines Menschen* wie bei der Entwicklung einer Transsexualität. Der radikale Bruch in der Identität geht einher mit immensen innerpsychischen, interpersonellen und psychosozialen Folgen mit Anforderungen an die medizinische Versorgung, mit rechtlichen Probleme von der familiären Situation bis zur Änderung des Personenstandes. Ebenso belastend für die Lebensentwicklung ist die biologische und biografische „Mitgift“ einer Intersexualität, die zwar deutlich von der transsexuellen Entwicklung zu unterscheiden ist, für die Betroffenen aber ebenso leidvoll sein kann.

Die Bewältigung einer transsexuellen Entwicklung oder einer Intersexualität stellt an die betroffenen Menschen sehr hohe Anforderungen und führt zwangsläufig zu erheblichen psychischen und psychosozialen Belastungen, die auch bei meist guter psychischer Gesundheit in manchen Fällen zu einer psychischen Erkrankung führen können. Diese komplizierten Lebenswege können auch scheitern.

Deshalb müssen wir zuallererst großen Respekt und Achtung vor diesen Menschen haben, die sich einem radikalen Wandel bzw. der Infragestellung ihrer Identität stellen und unsere Hilfe dabei suchen. Der Psychotherapie kommt in diesem Prozess eine zentrale Rolle zu. Mit diesem Heft möchten wir dazu bei-

tragen, mit dem Vorurteil aufzuräumen, dass Psychotherapie mit transsexuellen und auch mit intersexuellen Menschen nur schwierig und unbefriedigend sei. Im Gegenteil: Die Beiträge sollen dazu ermutigen.

Um mit transsexuellen und mit intersexuellen Menschen zu arbeiten, bedarf es erst einmal guter *Informationen* über die klinischen Bilder. Diese Informationen wollen wir mit diesem Heft geben, wobei nicht nur psychologische oder psychotherapeutische Aspekte zur Darstellung kommen, sondern auch die relevanten medizinischen und rechtlichen Grundlagen. Zudem geben wir Hinweise, wo Informationen zur Transsexualität und zur Intersexualität im Internet und in der Literatur zu finden sind. Damit kann dieses Heft auch für Betroffene und für deren Angehörige eine Hilfe sein.

Es geht uns aber auch um eine grundsätzliche *Haltung* den Menschen mit einer Geschlechtsidentitätsstörung gegenüber. Es stellt sich nämlich die Frage, ob es sich bei vor allem dem transsexuellen Erleben um eine krankheitswertige psychische Störung handelt oder um psychische und psychosoziale Belastungen, die aus der Lebensnotwendigkeit des Geschlechtswandels resultieren. Im historischen Rückblick hat lange die Krankheitsauffassung dominiert, verbunden mit der irri- gen Vorstellung, Transsexualität u.a. auch psychotherapeutisch „heilen“, d.h. beseitigen zu können. Wir vertreten die Auffassung, dass es notwendig ist, *das transsexuelle Erleben zu entpsychopathologisieren* und demgegenüber *als besondere Lebensnotwendigkeit zu akzeptieren und zu respektieren*. Wir sollten den betroffenen Menschen helfen und sie för-

dern, mit dieser Besonderheit mit sich selbst und in unserer Gesellschaft normal leben zu können.

Damit können wir unsere *Ziele für dieses Heft* benennen: Es geht uns darum, das Leserinteresse an der Transsexualität und der Intersexualität unter Aspekten der Psychotherapie zu wecken und dazu zu motivieren, sich mit Menschen mit einer Störung der Geschlechtsidentität psychotherapeutisch zu beschäftigen. Mit den Grundlagen, die Sie mit diesem Heft bekommen, werden Sie hoffentlich feststellen, dass es sich dabei um eine lohnende psychotherapeutische Aufgabe handelt.



# Geschlechtsidentität

Wolfgang Senf · Bernhard Strauß

**Zusammenfassung** Der Begriff Geschlecht scheint zunächst keiner weiteren Definition zu bedürfen, da es sich im Allgemeinen um eine als selbstverständlich angesehene Dichotomie in unserer Kultur handelt. Geschlechtlichkeit bezeichnet allgemein eine eindeutige Zuweisung zu dem männlichen oder weiblichen Geschlecht, deren Grenzen dann aufweichen, wenn es zu Störungen der selbstverständlichen Kongruenz von biologischem Geschlecht und subjektiver Geschlechtsidentität kommt. Zwei zentrale „Störungen“ lassen sich unterscheiden, die Intersexualität und die transsexuelle Entwicklung. In diesem Beitrag werden dazu mit Verweis auf die Arbeiten in diesem Heft wesentliche Aspekte dargestellt. Die Psychotherapie ist dabei eine interessante und dankbare Aufgabe und sie ist sehr hilfreich für die belastete Lebensentwicklung dieser Menschen. Notwendig wären mehr engagierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich dieser Aufgabe stellen.

## Schlüsselwörter

- Geschlechtlichkeit
- Geschlechtsidentität
- Grundlagen
- Intersexualität
- Transsexualität
- Leitsymptome
- Psychotherapie
- therapeutische Beziehung
- therapeutischer Prozess

## Korrespondenzadresse

- Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Senf  
Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie, Universität  
Duisburg-Essen  
Virchowstraße 174  
45147 Essen  
wolfgang.senf@uni-due.de

## Der kleine Unterschied

Der kleine Unterschied zwischen den Geschlechtern zieht schon immer große Aufmerksamkeit auf sich. So konnten wir in den 90er-Jahren erfahren, warum Männer und Frauen aneinander vorbeireden (Tannen 1993), dass Männer vom Mars, Frauen von der Venus und beide sowieso ganz anders sind (Gray 1998). Mit dem literarischen Beleg, dass Frauen nicht einparken und Männer nicht zuhören können, wurde zugleich die pseudowissenschaftliche Bestätigung für scheinbar manifeste Phänomene mitgeliefert (Pease u. Pease 2000).

Doch auch außerhalb der kommerziell erfolgreichen Plädoyers für die Manifestation der Geschlechter-Dichotomie fokussieren immer mehr wissenschaftliche Fragestellungen auf die Geschlechtsunterschiede und ihre Herkunft. Sozialpsychologische ebenso wie neurobiologische und medizinische Studien legen nahe, dass die Unterschiede zwischen Mann und Frau nicht nur eine Goldgrube kommerzieller Interessen im Zeitalter einer antagonisierten Emanzipation sind, sondern ebenso ein wissenschaftlich vielversprechendes Forschungsgebiet. Morpho-

logische und funktionelle Studien sowie psychologische Untersuchungen dokumentieren konstant *geschlechtsdifferente Verhaltens- und Reaktionsweisen*, die rechtfertigen, von *Geschlechtsspezifität* zu sprechen. Bildgebende Studien aus medizinischen Forschungszweigen legen nahe, dass diese Unterschiede nicht nur durch Sozialisation oder psychologische Faktoren zu erklären sind, sondern eine im weitesten Sinne biologische Verankerung aufweisen.

Während Männer und Frauen auf sämtlichen Diskussionsebenen der Öffentlichkeit, von Kultur bis Wissenschaft, mit der Erforschung, Infragestellung oder Bestätigung der geschlechtsspezifischen Unterschiede beschäftigt sind, bleibt jedoch eine große Gruppe von Individuen weitgehend ausgespart, nämlich diejenigen, die sich der sexuellen Dichotomie nicht unterordnen wollen und können: Intersexuelle, Hermaphroditen, Transsexuelle etc. Auf die Frage, welche Faktoren Störungen der Geschlechtsidentität bedingen, gibt es bisher relativ wenige wissenschaftlich fundierte Antworten. Studien, die morphologische, neurobiologische, psychosomatische oder neuroradiologische Befunde etwa bei Transsexuellen dokumentieren, sind rar, wurden häufig post mortem durchgeführt und weisen größtenteils sehr geringe Fallzahlen auf. Auch wenn wir einige Phänomene keineswegs vollends verstehen, brauchen Menschen, die durch eine Störung ihrer Geschlechtsidentität zu Patienten werden und Ärzte oder Psychologen aufsuchen.

## Geschlechts-Identität

Der Begriff *Geschlecht* scheint zunächst keiner weiteren Definition zu bedürfen,

da es sich im Allgemeinen um eine als selbstverständlich angesehene Dichotomie in unserer Kultur handelt.

*Geschlechtlichkeit* bezeichnet allgemein eine eindeutige Zuweisung zu dem männlichen oder weiblichen Geschlecht und konstituiert sich als eine Kongruenz von Genotyp, Phänotyp und Selbstverständnis. Auf diese Eindeutigkeit beziehen sich auch die Begriffe Geschlechtsdifferenzierung, geschlechtsspezifisch oder geschlechtstypisch.

Unter der Prämisse, dass es eindeutige Geschlechtlichkeit gibt, stellt sich allerdings die Frage, ob dem Begriff der *Geschlechtsidentität* diese Eindeutigkeit ebenfalls inhärent ist. *Identität* ist als ein Grenzbegriff zwischen soziologischer und psychologischer/psychoanalytischer Theoriebildung (Hartmann u. Becker 2002) ein Konstrukt. Da sich darüber eine eigene Abhandlung schreiben ließe, benutzen wir hier verkürzt den Begriff „Geschlechtsidentität“ in einem engeren Sinne und meinen die *Integrität und Kontinuität des Selbstkonzeptes Mann oder Frau*, also die Einheitlichkeit des eigenen emotionalen und kognitiven Erlebens und Definierens des eigenen Geschlechtes als weiblich oder als männlich mit objektivierbaren Manifestationen der Geschlechtlichkeit. Dabei spielen vor allem biologische Faktoren wie äußere Geschlechtsmerkmale bis hin zur Chromosomenkonstellation eine Rolle, aber ebenso geschlechtstypische Verhaltens- und Erlebensweisen.

## Entwicklung der Geschlechtsidentität

Für die Entwicklung von Geschlecht und Geschlechtsidentität können in diesem Rahmen nur die wichtigsten Eckdaten wiedergegeben werden, die für das Verständnis von Störungen in der Geschlechtsentwicklung notwendig sind. Die Theorien zur Geschlechtsentwicklung basieren grundsätzlich auf zwei Modellen. Das eine stellt somatische, das andere psychosoziale Faktoren in den Vordergrund, wobei es teilweise noch wenig gesichertes Wissen über das Ausmaß der Bedeutung der jeweiligen Faktoren gibt. Das hat zu einer polaren Positionierung in der Theoriebildung nach dem Muster „nature versus nurture“ (Umwelt versus Anlage) (Hartmann u. Becker 2002) geführt. Aus der Polarisierung ist inzwischen aber auch eine integrative Sichtweise erwachsen, die Geschlecht und Ge-

schlechtsidentität als Ergebnis der Interaktion somatischer, psychischer und soziokultureller Faktoren ansieht. Dieser Entwicklungsprozess führt im Normalfall zu einer *Kongruenz von biologischem Geschlecht und subjektiver Geschlechtsidentität*.

### Somatische Grundlagen

Die embryonale Sexualdifferenzierung auf somatischer Ebene resultiert aus einem komplexen Zusammenspiel gonosomaler und autosomaler Gene. Von der gonosomalen Konstellation (Karyotypen 46,XX bzw. 46,XY) abgesehen, spielt der Testes-Determinierende-Faktor, TDF, der in der SRY-Region (sex-determining region of Y) auf dem männlichen Y-Chromosom lokalisiert ist, eine Schlüsselrolle für den Sexualdimorphismus. Sein Vorhandensein induziert die Ausdifferenzierung der primär indifferenten Gonadenanlage zum männlichen Geschlecht, bei seinem Fehlen entwickelt sich der weibliche Phänotyp.

Die Entwicklung der Anlage der Sexualorgane zu Testes oder zu Ovarien führt zur Bildung von Hormonen, die das genitale Geschlecht bestimmen, also die Differenzierung der inneren und äußeren Geschlechtsmerkmale. Vereinfacht lassen sich die Vorgänge folgendermaßen darstellen: Wenn fetale Hoden existieren, schütten diese Androgene aus, bei Vorliegen suffizienter Androgenrezeptoren erfolgt eine Differenzierung zum männlichen Geschlecht. In Abwesenheit pränataler Androgenexposition oder -wirkung erfolgt die Entwicklung in die „nichtdifferenzierte“ weibliche Form, unabhängig von der Chromosomenausstattung. Die Komplexität dieser Vorgänge lässt die Störanfälligkeit allein auf somatischer Ebene erahnen. Die Entwicklung des dem Genotyp entsprechenden Phänotyps kann auf chromosomaler, hormoneller und Rezeptorebene Störungen erfahren, die zu Abweichungen in der Geschlechtsentwicklung wie Intersexualität, Hermaphroditismus, Adreno-genitales-Syndrom (AGS), Klinefelter- oder Turner-Syndrom etc. führen können.

### Hypothalamisches Geschlecht

Neben dem chromosomalen, genetischen und genitalen Geschlecht wird auf somatischer Ebene ein neuronales Geschlecht unterschieden, auch als hypothalamisches Geschlecht bezeichnet (Hartmann u. Becker 2002). Denn auch im Gehirn lässt sich ein Geschlechtsdimorphismus konstatieren, zu dessen Entstehung der-

zeit jedoch kaum gesicherte Erkenntnisse vorliegen. Es werden neben genetischen Faktoren auch der Einfluss von Umwelt- und psychosozialen Faktoren diskutiert (Swaab et al. 1995). Besonders gut erfasst sind die Geschlechtsdimorphismen im Bereich des Hypothalamus, dessen Bedeutung für hormonale und sexuelle Funktionen derartige Befunde durchaus nahelegt (für eine umfassendere Übersicht vgl. Cohen-Kettenis u. Gooren 1999 und Michel et al. 2001). Hier zeigen eine Reihe von Kerngebieten deutliche Geschlechtsdifferenzen z.B. in Größe und Rezeptordichte, deren Entwicklung mit der Geburt nicht abgeschlossen ist, sondern sich bis ins Erwachsenenalter zu erstrecken scheint. Die Geschlechtsdifferenzen im Hypothalamus werden als Basis der Unterschiede zwischen Mann und Frau hinsichtlich reproduktivem Verhalten, Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung vermutet.

Darüber hinaus unterscheidet man einen männlichen und weiblichen Typ der über das Hypothalamus-Hypophysen-System gesteuerten Gonadotropinsekretion (= neuronales Geschlecht), der sich vermutlich auf eine frühe geschlechtstypische Differenzierung des Gehirns unter Einfluss der geschlechtsspezifischen Hormone zurückführen lässt. Ob die pränatale Hormonexposition auch Einfluss nimmt auf die Entwicklung der im Hypothalamus vermuteten „Sexual- und Paarungszentren“ und in welchem Maße diese Zentren eine geschlechtstypische Sekretion von Gonadotropin regulieren und die sexuelle Orientierung bzw. das Paarungsverhalten determinieren, ist jedoch unklar (Hartmann u. Becker 2002). Die genannten Studien untersuchen zwar die Zusammenhänge zwischen hypothalamischen Geschlechtsdimorphismen und Geschlechtsidentität, Geschlechtsrollenverhalten und sexueller Orientierung, bisher jedoch ohne evidente Ergebnisse.

### Psychologische Grundlagen der Entwicklung

Die Entwicklung der Sexualität ist multidimensional und immer auf dem Hintergrund des komplexen soziokulturellen Kontextes zu betrachten. Bancroft (1986) schlug ein interaktionelles Modell der sexuellen Entwicklung vor, in dessen Rahmen verschiedene körperliche, soziale und seelische Entwicklungsstränge differenzierbar sind, die sich zwar zunächst relativ unabhängig voneinander entwickeln mögen, dann zunehmend miteinander verschränkt bzw. verwoben wer-

den. Die sexuelle Entwicklung kann somit anhand einer *Matrix von Entwicklungslinien* oder Entwicklungskonstituenten differenziert werden, die zusammengenommen die Phänomenologie des Sexuellen bestimmen. Diese Linien der sexuellen Entwicklung beziehen sich auf die bereits erwähnten biologischen Funktionen als Basis für die Entwicklung des Erlebens und Verhaltens, Differenzierungen sexueller Motive und Bedürfnisse, die Entwicklung sexueller Reaktionen und sexueller Reaktionsfähigkeit, die Entwicklung von Bindung bzw. Bindungsfähigkeit und möglicher Funktionen der Sexualität in Beziehungen, die Entwicklung der Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle, sexueller Orientierungen und des manifesten sexuellen Verhaltens (vgl. Strauß 2005).

**Bedürfnisse und Motive** Eine grundlegende Bedeutung für die Entwicklung von Theorien der Differenzierung sexueller Bedürfnisse und Motive kommt der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie zu, der zufolge von Geburt an – im weitesten Sinne – sexuelle (sinnliche) Bedürfnisse zu erkennen sind und die Entwicklung des Sexualtriebes definierte Phasen durchläuft. In der frühen Entwicklung kommt außerdem der Ausbildung des Selbstsystems eine große Bedeutung für die Sexualität zu. Der *Narzissmus*, also das Ausmaß positiver Gefühle, die mit der Erfahrung des Selbst verbunden sind und die einen wesentlichen Bestandteil späterer Selbstrepräsentanzen darstellen, kann als eine wesentliche Grundvoraussetzung für sexuelle Befriedigung gesehen werden. Auch wenn im Detail die empirische Absicherung der triebpsychologischen Entwicklungstheorie nicht eindeutig geglückt ist, finden sich auf einer Verhaltensebene deutliche Entsprechungen mit den primären Bedürfnissen, die in der Phasentheorie postuliert werden. Die Annahme der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie, dass nach der Überwindung des Ödipuskomplexes eine „Latenzzeit“ eintrete, in der die Sexualität keine wesentliche Rolle spiele, ist heute allerdings sicher nicht mehr haltbar. Viele sexualwissenschaftliche Studien belegen, dass vom Grundschulalter bis zur Pubertät eine stetige Zunahme des Interesses an Sexualität und geschlechtlichen Themen und (teilweise noch verborgener) sexueller Aktivitäten zu verzeichnen ist.

**Sexuelles Verhalten** Sexuelle Verhaltensweisen formieren sich in Abhängigkeit von der jeweiligen Entwicklungsphase. Übereinstimmungen mit den vorherrschenden sexuellen Motiven werden dabei deutlich. Schon sehr früh, etwa ab dem zweiten Lebensjahr, werden deutliche Geschlechtsunterschiede im Sexualverhalten manifest. Die Entwicklung des Sexualverhaltens von Mädchen und Jungen in der frühen und mittleren Kindheit und das generelle Verhalten der Geschlechter dienen zunächst „ganz dem Ziel der Trennung“ und verlaufen – von Kontakten etwa im Rahmen von Doktorspielen abgesehen – separiert. Erst mit Beginn der Pubertät gehen die Geschlechter wieder offen aufeinander zu. Bis zu diesem Zeitpunkt haben Personen mit Störungen der Geschlechtsidentität, insbesondere da sie den Erwartungen ihrer Umgebung (und ihrer selbst) nicht entsprechen, oft schon einen langen Leidensweg hinter sich.

**Jugendliche** Die Sexualität Jugendlicher war häufig Gegenstand sexualwissenschaftlicher Untersuchungen. In den frühen 70er-Jahren zeigte eine groß angelegte Studie, dass Jugendliche – immer noch orientiert an traditionellen Wertvorstellungen – mit sexuellen Aktivitäten einige Jahre früher begannen als die frühere Generation und die Sexualität deutlich weniger angstvoll und schuldhaft erlebt wurde als Jahrzehnte zuvor. Die Einführung hormonaler Kontrazeption und die sog. sexuelle Liberalisierung trugen dazu maßgeblich bei. Zwanzig Jahre später wurden von Schmidt Jugendliche erneut untersucht. Wenn sich auch grundlegend an den Verhaltensweisen nicht sehr viel verändert hatte, zeigte sich hier, dass Emanzipation einerseits und sexuelle Aggression andererseits sich durchaus gegenüber stehen (Schmidt 2005). Sigusch (2005) wertet die Jugendsexualität der heutigen Zeit insgesamt – auf der Ebene des Verhaltens – als erstaunlich wenig verändert im Vergleich zu den 70er-Jahren, meint aber, dass die symbolische Bedeutung der Sexualität für Jugendliche abgenommen hätte, Sexualität selbstverständlicher geworden sei, was alle Möglichkeiten zulasse: „Das Sexualleben der Heranwachsenden ... oszilliert heute zwischen stiller Beziehungstreue und schrillen Selbstinszenierungen auf Liebesparaden“ (S.3). Nicht nur an den Untersuchungen zur Jugendsexualität wird sichtbar, dass sexuelle Einstellungen und Verhaltensweisen

stark durch den jeweiligen soziokulturellen Hintergrund geprägt werden. Neben der Berücksichtigung biologischer und soziokultureller Einflüsse wird speziell in der klinischen Arbeit mit Patienten mit sexuellen Störungen – weitgehend unabhängig von der theoretischen Ausrichtung – davon ausgegangen, dass das geschlechtstypische sexuelle Erleben und Verhalten auch das Resultat einer komplexen Lerngeschichte darstellt, in der intrapsychische und interpersonale Prozesse eine gleichermaßen bedeutende Rolle spielen. Insbesondere spezifische Beziehungserfahrungen mit signifikanten Personen (die keineswegs notwendigerweise allesamt (potenzielle) Sexualpartner sein müssen) werden als relevant für die Entwicklung von interpersonalem Stilen im Kontext der Sexualität gesehen, ebenso für die Entwicklung von speziellen Vorlieben und Aversionen gegenüber Personen und sexuellen Praktiken. Beziehungserfahrungen determinieren also maßgeblich die sexuelle Sozialisation im Kontext der sozialen Umwelt (vgl. z.B. die Theorie der sexuellen Skripte).

**Beziehungsmuster** In der Sozial-, Persönlichkeits- und Entwicklungspsychologie sind es insbesondere zwei Theorien, die im Zusammenhang mit der Formierung sexueller Beziehungsmuster hilfreich sein können: Die *interpersonale Theorie der Persönlichkeit*, die auf AutorInnen wie Horney, Sullivan, Leary und Kiesler zurückgeht und ein Modell für die Entwicklung und Phänomenologie interpersonalem Verhaltens, interpersonaler Motive, Einstellungen und Probleme bietet. Im Kontext dieser Theorie wurden bislang allerdings nur wenige Studien durchgeführt, die einen Bezug zu sexuellen Problemen und Verhaltensweisen erlauben.

Die *Bindungstheorie* bietet ein entwicklungspsychologisches Modell für die *Entstehung von Beziehungen und innerer Repräsentanzen des Selbst und anderer Personen* und eine Basis für die Qualität von Beziehungen. Im Sinne Bancrofts (1986) wäre die Bindungsfähigkeit ein wesentlicher Bestandteil der „Kapazität für enge dyadische Beziehungen“. Es liegt nahe, einen Zusammenhang zwischen der Bindungsentwicklung und der Entwicklung sexuellen Erlebens und Verhaltens anzunehmen. Es liegen bereits einige empirische Befunde zum sexuellen Verhalten und Erleben in Abhängigkeit von Bindungsmustern vor. Bisherige Studien deuten beispielsweise an, dass eine siche-

re Bindung eher einhergeht mit einer vergleichsweise geringeren Präferenz für Sex außerhalb der Beziehung sowie einer größeren Bedeutung von Gegenseitigkeit und körperlichem Kontakt in sexuellen Beziehungen. Für Personen mit ambivalenter Bindung scheinen sexuelle Praktiken weniger Bedeutung zu haben als die Erfahrung von Zärtlichkeit und „Gehaltenwerden“. Personen mit abweisender Bindung sollen eher eine positivere Einstellung zu Gelegenheitssex und „Sexualität ohne Liebe“ zeigen und weniger Intimitätsempfinden berichten (siehe Strauß et al. 2001).

Zusammen mit den biologischen Determinanten fügen sich die verschiedenen Entwicklungslinien zusammen und bilden die individuelle Basis für eine Erwachsenensexualität, die in starkem Maß durch die Geschlechtsidentitätsentwicklung beeinflusst wird.

## Störungen der Geschlechtsidentität

Die Grenzen der Geschlechtlichkeit weichen auf, wenn es zu Störungen der selbstverständlichen *Kongruenz von biologischem Geschlecht und subjektiver Geschlechtsidentität* kommt.

Zwei zentrale Störungen lassen sich unterscheiden, die Intersexualität und die transsexuelle Entwicklung. Im Folgenden fassen wir auch mit Verweis auf die Arbeiten in diesem Heft die wesentlichen Aspekte zusammen.

## Intersexualität

### Definition

Intersexualität ist ein Überbegriff für eine Vielzahl von zwischengeschlechtlichen Erscheinungsformen, die durch Begriffe wie *Intersexueller*, *Zwitter*, *Hermaphrodit*, *Hermaphroditismus*, *Zweigeschlechtigkeit*, *Zwittrigkeit* gekennzeichnet sind. Seit der Chicago Consensus Conference der beiden großen amerikanischen endokrinologischen Fachgesellschaften (LWPES & ESPE) im Oktober 2005 spricht man von „sexuellen Differenzierungsstörungen“, im Englischen „*Disorders of sex development*“ (DSD). Die neue Nomenklatur und das neue Klassifikationsschema sollten die bisherigen o. g. unscharfen und diskriminierenden Begriffe ersetzen.

DSD liegt vor, wenn das chromosomale, das gonadale und das phänotypische Geschlecht nicht übereinstimmen. Es han-

delt sich um eine angeborene Besonderheit der Geschlechtsentwicklung, deren Ursache in einer Störung der somatosexuellen Determinierung und Differenzierung liegt.

Die neue Klassifikation basiert auf der Bestimmung des Karyotypes und unterscheidet primär *DSD mit 46,XX Karyotyp und Androgenüberschuss*, dazu zählen die angeborene Nebennierenstörung (bisher Adrenogenitales Syndrom, AGS) und *DSD mit 46,XY Karyotyp mit vollständiger oder partieller Fehlen der Androgenwirkung*. Hierzu gehören die vollständige oder partielle Gonadendysgenese, Hormonsynthesestörungen (wie z. B. 5- $\alpha$ -Reduktase oder 17 $\beta$ -Hydroxy-Steroid-Dehydrogenase-Defizienz und andere Enzymstörungen), Leydig-Zell-Hypo- oder -Aplasie, vollständige oder partielle Androgen-Insensitivität (CAIS/PAIS), ovotestikuläres DSD (bisher wahrer Hermaphroditismus) und andere. Zudem gehören die Ullrich-Turner- und Klinefelter-Syndrome in die Klassifikation DSD (zur umfassenden Information: [www.intersex-forschung.de](http://www.intersex-forschung.de)).

### Häufigkeit

Die Häufigkeit von Intersexualität wird unterschiedlich von 1:100 bis 1:5000 geschätzt, was auf Deutschland umgerechnet etwa 16000–800000 Menschen betreffen würde. Nach Angaben des *Netzwerk Intersexualität* e. V. ([www.netzwerk-is.uk-sh.de](http://www.netzwerk-is.uk-sh.de)) soll DSD etwa 2:10000 Neugeborene betreffen.

### Diagnostik

Eine Intersexualität kann nur durch eine ausführliche körperliche Untersuchung durch eine *Chromosomenanalyse* festgestellt werden. Um Intersexualität auszuschließen, etwa im Rahmen einer transsexuellen Entwicklung, sind ebenfalls eine ausführliche körperliche Untersuchung und eine Chromosomenanalyse notwendig.

Uneindeutige Genitalien können auch Teil einer komplexen Missbildung sein, über deren Ursachen wenig Wissen vorliegt. Die Bandbreite der klinischen Erscheinungsbilder reicht vom frühen lebensbedrohlichen Hormonmangel (mit der Folge Salzverlust) bis hin zu genitalen Fehlbildungen (Hypospadien) mit oder ohne weitere organische Fehlfunktionen.

### Behandlung

Die Behandlung der DSD ist weitgehend an den Erfahrungen und Einstellungen von Experten orientiert. Wegen der Sel-

tenheit, der Heterogenität der klinischen Symptome und der Unterschiedlichkeit der medizinischen und chirurgischen Behandlungen gibt es noch keine evidenzbasierten Leitlinien.

## Intersexualitätsspezifische Probleme

Intersexualität trifft somit auf Personen zu, deren Geschlechtsentwicklung wegen einer somatischen Zwischengeschlechtlichkeit untypisch verläuft. Die soziale Teilhabe und Integration, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, das Geschlechtsrollenverhalten und die Geschlechtsidentität der Betroffenen können durch diese Differenzierungs- bzw. Entwicklungsstörung erheblich beeinträchtigt sein. Ein weiterer wichtiger Aspekt sind die häufig traumatisierenden Behandlungen.

Während in früheren Zeiten schon im Säuglingsalter radikal chirurgisch versucht wurde, das vermeintlich richtige Geschlecht herzustellen, kommt es heute idealerweise zur umfassenden Diagnostik aus unterschiedlichen Fachrichtungen. Dann müssen die Eltern von Intersexuellen eine vorläufige Entscheidung treffen, wie sie ihr Kind aufziehen wollen, als Mädchen oder als Junge. Falls sich dann herausstellt, dass sich das Kind anders fühlt, muss diese Entscheidung überdacht werden. Idealerweise entscheiden die Betroffenen selbst, was sie sein wollen, was natürlich auf viele Probleme trifft. Betroffene können sich auch weder für das Leben als Mann noch als Frau entscheiden, sondern für etwas, was dazwischen liegt (siehe dazu Schweizer u. Richter-Appelt in diesem Heft).

## Psychotherapie

Die Betroffenen leiden i. d. R. erheblich. Die körperlichen Ursachen scheinen dabei die kleinste Rolle zu spielen. Belastend sind die Geheimhaltung, die Traumatisierungen durch die Stigmatisierungen und die oft sehr belastenden medizinischen Maßnahmen. Nur wenige sind jedoch in Psychotherapie. Für viele Betroffene und deren Angehörige ist es tabu, oder sie haben Angst, darüber zu sprechen. Es haben sich aber vor allem über das Internet Foren und Selbsthilfegruppen gebildet, die untereinander vernetzt sind (zur Psychotherapie siehe Schweizer u. Richter-Appelt in diesem Heft).

## Transsexualität

### Definition

Kern des transsexuellen Erlebens ist das Bewusstsein, objektiv zwar einem realistisch wahrgenommenen körperlichen Geschlecht (Übereinstimmung von Genotyp und Phänotyp) anzugehören, sich subjektiv aber dem anderen Geschlecht zugehörig zu fühlen. „Meine Seele ist weiblich, auch wenn meine Psyche noch männlich ist“ hat es eine MzF-Transsexuelle ausgedrückt. Das subjektive Bewusstsein, dem anderen Geschlecht zuzugehören, ist absolut in dem Sinne, dass das *Zugehörigkeitsgefühl* zum Gegengeschlecht als *unveränderbare, zweifelsfreie Identität* erlebt wird. Es handelt sich für die Betroffenen um eine *absolute innere Gewissheit*.

Die transsexuelle Entwicklung ist ein *dynamischer bio-psycho-sozialer Prozess*, der aus den Betroffenen unvermeidbar von selbst kommt und *dem die betroffenen Menschen nicht entkommen können*. Aus einem zunächst unbestimmten „Gefühl, irgendwie anders zu sein“, oder dass „irgendwas nicht stimmt“, reift zunehmend die „Gewissheit“ heran, „nicht so zu sein, wie man auf die Welt gekommen ist“, also nicht männlich, sondern weiblich bzw. nicht weiblich, sondern männlich. Transsexuelle Menschen streben wegen dieser Gewissheit den Wechsel in die innerlich vorgegebene Geschlechtsidentität an, der mit dem Rollenwechsel sowie in den meisten Fällen mit einer hormonellen und chirurgischen Umwandlung des Körpers zum gewünschten Geschlecht verbunden ist (Senf et al. 2007, Senf 2008).

### Begriffsklärungen

Statt der Begriffe „Transsexualität“ und „*Transsexuelle*“ werden häufig synonym die Begriffe „*Transgender*“ oder „*Transidente*“ benutzt. Die Vermeidung der Zuschreibung „sexuell“ ist sinnvoll, um deutlich zu machen, dass es bei der Transsexualität eben nicht um sexuelle Verhaltensabweichungen oder sexuelle Störungen geht, sondern dass es sich um eine *Besonderheit in der Entwicklung der Geschlechtsidentität* handelt, bei der die sexuelle Orientierung oder Sexualpräferenz nur eine sekundäre Rolle spielt.

Insbesondere sind eindeutige Abgrenzungen zum *Transvestitismus* und zur *Intersexualität* zu ziehen. *Transvestitismus* ist ein von Magnus Hirschfeld (1910) geprägter Begriff für all die Menschen, und zwar sowohl Männer als auch Frauen, die frei-

willig Kleidung tragen, welche üblicherweise von dem Geschlecht, dem sie körperlich zugeordnet sind, nicht getragen werden. Es besteht jedoch nicht die innere Gewissheit, nicht dem biologisch vorgegebenen Geschlecht anzugehören.

Für die Transsexualität schlagen wir vor, den Begriff der Störung trotz Klassifikation nach ICD-10, F64.0 zu vermeiden. Transsexualität ist primär eine unvermeidbare *bio-psycho-soziale Besonderheit in der Entwicklung der Geschlechtsidentität*, die jedoch aufgrund der dadurch gegebenen oft erheblichen Belastungen und bei unzureichender medizinischer und psychotherapeutischer Betreuung sekundär zu psychischen Störungen führen kann. Man sollte sogar fragen: Wie gesund muss ein Mensch sein, einen solchen radikalen Bruch in seiner Identität verarbeiten zu können.

### Häufigkeit

Verlässliche epidemiologische Untersuchungen über die Häufigkeit liegen nicht vor, die Schätzungen zur Prävalenz schwanken ebenso wie die Angaben über das Geschlechterverhältnis, und diese variieren wieder von Land zu Land. Osburg und Weitze (1993) errechneten eine 10-Jahres-Prävalenz von 2,1 auf 100 000 volljährige Einwohner, dabei 2,4 für MzF-Transsexuelle und 1,0 für FzM-Transsexuelle. Sigusch (2001) schätzt, abhängig von der Definition für Deutschland, 2 000 bis 4 000 Transsexuelle. Besser gesicherte Daten sind dringend notwendig, viele Experten und vor allem Betroffene sind der Meinung, dass die Transsexualität zunimmt. Deutlich ist die Verschiebung im Geschlechterverhältnis. Die Ungleichverteilung im Verhältnis der beiden Ausgangsgeschlechter zugunsten von MzF-Transsexualität gleicht sich nach Sigusch (2001) zunehmend an, von 2,8:1 (1974) auf 1,6:1 (1998), wofür verschiedene Gründe, wie verändertes Verhalten der Betroffenen und der Therapeuten, verantwortlich gemacht werden.

### Ursachen

Die Ätiologie der Transsexualität ist ungeklärt. In den Theorien lassen sich distinktiv biologische und psychosoziale Erklärungsansätze unterscheiden, kein Ansatz wird jedoch der Komplexität der Transsexualität in allen Aspekten gerecht. Die *biologischen Theorien* fokussieren vor allem auf das prä- und postnatale Hormonmilieu. Es wird allgemein eine Diskrepanz zwischen sexueller Differenzierung von Genitalien und Gehirn als eine

mögliche Ursache für das Phänomen der Transsexualität angesehen. Genetische Theorien sind bisher weniger erforscht. Biologisch wird die Entwicklung einer Transsexualität in erster Linie auf verschiedene Spielarten endokriner Störungen zurückgeführt. Die Einflüsse des pränatalen Zusammenspiels von Androgenen, Gestagenen und Östrogenen auf die Entwicklung der Geschlechtsidentität sind aber nicht abschließend geklärt, bisher konnten keine eindeutigen kausalen Zusammenhänge zur Entwicklung von Transsexualität nachgewiesen werden.

*Psychosoziale Theorien* sehen die Entstehung von Transsexualität in postnatalen psychosozialen Faktoren begründet. Zum möglichen Einfluss von psychosozialen Faktoren, insbesondere von familiären Faktoren und Elternhaus auf die Entwicklung einer Geschlechtsidentitätsstörung, geben Cohen-Kettenis und Gooren (1999) eine Studienübersicht. Die Vielzahl theoretisch-psychologischer Abhandlungen, häufig Behandlungsberichte überwiegend psychoanalytischer Natur, sind in sich zwar jeweils oft schlüssig, haben jedoch keinen überzeugenden Beitrag zur Ätiologie der Transsexualität geleistet und sind eher Beiträge zu einer einseitigen Psychologisierung und Psychopathologisierung des transsexuellen Erlebens, wobei je nach fachlicher Orientierung und Zeitgeist die Transsexualität differenter ätiopathogenetischen und psychopathologisch nosologischen Entitäten zugeordnet wurde: Neurosen, Borderline-Störungen, Psychosen, Fetischismus, Masochismus, negativer Perversion, Homosexualität, Intersexualismus.

Es besteht heute Konsens darüber, dass transsexuelles Erleben offenbar das Resultat sequenzieller, in verschiedenen Abschnitten der psychosexuellen Entwicklung gelegener, eventuell kumulativ wirksam werdender Einflussfaktoren ist. Dazu wissen wir heute lediglich gesichert, dass sich Transsexualität über einen langen Zeitraum entwickelt, in dem das Individuum dem Einfluss vieler, unterschiedlichster Faktoren ausgesetzt ist. Das betrifft die intrauterine Entwicklung ebenso wie die bio-psycho-soziale nachgeburtliche Entwicklung.

Die großen Unterschiede der transsexuellen Entwicklungen legen nahe anzunehmen, dass es keinen eindeutigen Kausalzusammenhang in der Ätiologie gibt. Die Tatsache aber, dass es sehr frühe Manifestationen schon im Kindesalter gibt, und letztlich auch die Tatsache, dass der transsexuelle Mensch seiner inneren Ent-