
Die Strukturen der
Herkunftsfamilien weiblicher Transsexueller
und deren Vergleich mit einer Stichprobe von
Frauen kongruenter Geschlechtsidentität

Diplomarbeit

dem Ausschuß für die Diplomprüfung in Psychologie
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
vorgelegt von

Manfred Söder

Erstgutachter: Prof. Dr. Franz-Josef Hehl
Zweitgutachter: Prof. Dr. Volker Hodapp

Danksagung

Ich danke Herrn Dr. med. Behrends und Frau Dipl.-Psych. Lore Heller vom Sozial-Psychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Düsseldorf für die Anregung, Ermöglichung und Unterstützung zu dieser Studie, insbesondere durch die Rekrutierung der Untersuchungsgruppe und die Bereitstellung von geeigneten Räumlichkeiten für die Durchführung der Untersuchung. Frau Dipl.-Psych. Monika Czack, die eine parallele Vergleichsstudie über die Herkunftsfamilien von männlichen Transsexuellen in Düsseldorf durchführte, förderte und bereicherte ebenfalls in einzigartiger Weise die Auseinandersetzung mit diesem Thema.

Erklärung

Ich versichere hiermit, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie Zitate kenntlich gemacht habe.

Düsseldorf, im April 1998

Manfred Söder

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird über eine empirische Untersuchung berichtet, in der die Strukturen der Herkunftsfamilien von transsexuellen Frauen mit denen einer weiblichen Vergleichsgruppe anhand von zwei in der systemischen Familiendiagnostik entwickelten Methoden, dem Familienskulptur-Test (FST) und dem Fragebogen zur Herkunftsfamilie (HER-FAM), verglichen werden. Mit einer deutschen Fassung des Bem Sex-Role-Inventory wird außerdem versucht, Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen bei der Selbstzuschreibung von männlichen und weiblichen sozial erwünschten Eigenschaften aufzuzeigen und aus diesen Skalen Aussagen zum Konzept der Androgynie zu generieren. Zusätzlich wird versucht, mit einem eigenen Fragebogen (Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität - DFTI) ein Instrument zu erproben, welches Erstinterview und diagnostische Anamnese strukturieren soll und auch im Bereich empirischer Forschung standardisiert einsetzbar ist. Eine Stichprobe aus zwanzig weiblichen Transsexuellen, die im Untersuchungszeitraum im Düsseldorfer Gesundheitsamt zwecks Beratung, psychosozialer Betreuung oder Begutachtung vorsprachen, wurden auf freiwilliger Basis in die Untersuchung einbezogen. Eine gleich große weibliche Vergleichsgruppe wurde aus dem Bekanntenkreis des Untersuchers rekrutiert.

Transsexuelle Frauen verfügen über ein geschlechtsstereotypes Selbstkonzept, das sich von dem nicht-transsexueller Frauen dadurch unterscheidet, daß sie sich in einem größeren Umfang stereotype männliche Eigenschaften und in einem geringeren Umfang stereotype weibliche Eigenschaften zuschreiben. Es entspricht damit eher dem für das männliche Geschlecht typischem Selbstkonzept. Trotzdem sind transsexuelle Frauen genau so in der Lage, auch stereotype weibliche Eigenschaften in ihr Selbstkonzept zu integrieren, so wie nicht-transsexuelle Frauen auch Stereotype Eigenschaften beider Geschlechter nebeneinander vereinbaren können. Transsexuelle Frauen sind somit ähnlich androgyn im Sinne Bems (1974) wie nicht transsexuelle Frauen.

Bezüglich der Familienstrukturen weiblicher Transsexueller zeigten sich die folgenden signifikanten Unterschiede: Die elterliche Paarbeziehung in den Herkunftsfamilien wurde im Mittel von den transsexuellen Frauen gespaltener erlebt als von der weiblichen Vergleichsgruppe. Ein häufig in den Herkunftsfamilien Transsexueller zu findendes Merkmal ist die Ablehnung von Verantwortung. Die Familienangehörigen sind weniger in der Lage, gegenseitige Rücksicht zu nehmen als es in nicht-transsexuellen Familien üblich ist.

Andere Konflikte und Beziehungen zwischen Familienmitgliedern, vor allem die zwischen Tochter und Mutter, die in der Fachliteratur oft mit der Entstehung von Transsexualität in Verbindung gebracht werden, konnten in dieser Studie nicht zwischen Untersuchungs- und Vergleichsgruppe nicht trennen. Es zeigte sich aber, daß die Vater-Tochter-Beziehung in den Herkunftsfamilien weiblicher Transsexueller sich deutlich von der Beziehung zwischen Vätern und nicht-transsexuellen Töchtern abhebt.

Es wurden außerdem einige Besonderheiten bei der Geschwisterreihenfolge gefunden, die sich weitgehend mit den Befunden anderer Autoren decken. Die Wahrscheinlichkeit einer transsexuellen Entwicklung ist bei älteren weiblichen Geschwistern deutlich höher als bei den später geborenen Schwestern.

Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund der in der Einleitung beschriebenen ätiologischen Modellen diskutiert.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
1.1	Begriffsbestimmungen	7
1.1.1	Transsexualität und Transsexualismus	7
1.1.2	Mit Transsexualität verwandte Begriffe	7
1.1.2.1	Transsexualität: primär - sekundär, genuin	7
1.1.2.2	Genderdysphorie	7
1.1.2.3	Autogynäphilie	8
1.1.2.4	Transhomosexualität	8
1.1.2.5	Effeminierte Homosexualität	8
1.2	Prävalenz und Geschlechterverhältnis	8
1.3	Diagnostik und Begutachtung	9
1.3.1	ICD-10	9
1.3.2	DSM-IV	10
1.3.3	Standards der Behandlung und Begutachtung	12
1.3.4	Status- und Verlaufsdagnostik	12
1.3.4.1	Statusdiagnostik	12
1.3.4.2	Verlaufsdagnostik	13
1.3.4.2.1	Alltagstest	14
1.3.4.2.2	Psychotherapeutische Begleitung	14
1.3.5	Behandlung der Transsexualität	15
1.3.5.1	Hormonelle Behandlung	15
1.3.5.2	Operative Behandlung	15
1.3.5.3	Psychotherapie	16
1.3.6	Besondere Rahmenbedingungen dieser Studie	16
1.4	Die Ätiologie der weiblichen Transsexualität	18
1.4.1	Das biosomatische Geschlecht	18
1.4.1.1	Das genetische Geschlecht	18
1.4.1.1.1	Chromosomenaberrationen	18
1.4.1.1.2	Genetische Störungshypothesen	19
1.4.1.2	Das gonadale Geschlecht	19
1.4.1.3	Das morphologische Geschlecht	20
1.4.1.3.1	Intersexualität	20
1.4.1.3.2	Endokrinologische Störungshypothesen	21
1.4.1.4	Das hypothalamische Geschlecht	21
1.4.1.4.1	EEG-Befunde	23
1.4.1.4.2	Gehirnanatomische Korrelate	23
1.4.2	Das psychosoziale Geschlecht	25
1.4.2.1	Die standesamtliche Geschlechtszuschreibung	25
1.4.2.2	Die Geschlechtsrolle	25
1.4.2.3	Die Geschlechtsidentität	25
1.4.2.3.1	Soziobiologische Störungshypothesen	26
1.4.2.3.2	Soziokulturelle Störungshypothesen	26
1.4.2.3.3	Lerntheoretische Störungshypothesen	27
1.4.2.3.4	Psychoanalytische / Psychiatrische Störungshypothesen	27
1.4.2.3.5	Familiendynamische Störungshypothesen	28
1.4.2.3.6	Systemische Störungshypothesen	30
1.5	Familiensystemische Konzepte	32
1.5.1	Das strukturelle Familienmodell	32
1.6	Fragestellung und Hypothesen	35
1.6.1	Fragestellungen	35
1.6.2	Hypothesen	36

1.6.2.1	Das Bem Sex-Role-Inventory (BSRI)	36
1.6.2.2	Der Fragebogen zur Herkunftsfamilie (HER-FAM)	37
1.6.2.3	Der Familienskulptur-Test (FST)	37
1.6.2.4	Der Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität (DFTI)	39
2	Methoden	41
2.1	Erhebungsinstrumente	41
2.2	Planung der Untersuchung	52
2.2.1	Stichprobenkriterien	53
2.3	Durchführung der Untersuchung	53
2.3.1	Stichprobengewinnung	53
2.3.2	Datenerhebung	53
2.4	Statistische Auswertung	54
2.4.1	Bem Sex-Role-Inventory (BSRI)	55
2.4.2	Fragebogen zur Herkunftsfamilie (HER-FAM)	56
2.4.3	Familienskulptur-Test (FST)	56
2.4.4	Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität (DFTI)	57
3	Beschreibung der Stichproben	58
3.1	Soziodemographische Beschreibung	58
3.2	Beschreibung der Vergleichsgruppe	63
3.3	Beschreibung der Untersuchungsgruppe	65
4	Ergebnisse	68
4.1	Darstellung der Ergebnisse	68
4.2	Zusammenfassung der Ergebnisse	76
5	Diskussion	78
5.1	Interpretation der Ergebnisse	78
5.1.1	Bem Sex-Role-Inventory (BSRI)	78
5.1.2	Fragebogen zur Herkunftsfamilie (HER-FAM)	78
5.1.3	Familienskulptur-Test (FST)	79
5.1.4	Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität (DFTI)	80
5.2	Diskussion der Methoden	81
5.2.1	Stichproben	83
5.2.2	Bem Sex-Role-Inventory (BSRI)	83
5.2.3	Fragebogen zur Herkunftsfamilie (HER-FAM)	84
5.2.4	Familienskulptur-Test	84
5.2.5	Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität (DFTI)	85
5.3	Schlußfolgerungen	86
5.4	Ausblick und zukünftige Fragestellungen	87
6	Literatur	89
7	Anhang	94
7.1	Untersuchungsinstrumente	94
7.1.1	Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität	94
7.1.1.1	DFTI Langform (Untersuchungsgruppe)	94
7.1.1.1.1	Einführung A-2	94
7.1.1.1.2	Testanweisung A-3	94
7.1.1.1.3	Soziodemographischer und soziokultureller Hintergrund A-5	94
7.1.1.1.4	Psychosexuelle Entwicklung A-9	94
7.1.1.1.5	Psychosexuelle Orientierung und Prognostik A-17	94
7.1.1.1.6	Individualpsychologischer Hintergrund A-23	94
7.1.1.1.7	Beurteilung des Fragebogens A-28	94
7.1.1.2	DFTI Kurzform (Vergleichsgruppe) A-30	94
7.1.2	Bem Sex-Role-Inventory	94
7.1.2.1	BSRI Fragebogen A-44	94
7.1.3	Fragebogen zur Herkunftsfamilie	94
7.1.3.1	Her-Fam Fragebogen A-45	94
7.1.3.2	Zuordnung der Items A-50	94
7.1.4	Familienskulptur-Test	94

7.1.4.1	Anleitung zur Durchführung	A-51	94
7.1.4.2	Anleitung zur Protokollierung	A-52	94
7.1.4.3	FST Protokollbogen	A-53	94
7.2	Auswertung		131
7.2.1	Excel: Ergebnistabellen		131
7.2.1.1	Bem Sex-Role-Inventory	A-55	131
7.2.1.2	Fragebogen zur Herkunftsfamilie	A-56	131
7.2.1.3	Familienskulptur-Test	A-57	131
7.2.1.4	Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität	A-61	131
7.2.2	SPSS: Signifikanztests	A-82	131

1. Einleitung

1.1 Begriffsbestimmungen

1.1.1 Transsexualität und Transsexualismus

Nach der Definition der von der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung einberufenen Expertenkommission ist Transsexualität "durch die dauerhafte innere Gewißheit, sich dem anderen Geschlecht zugehörig zu fühlen, gekennzeichnet. Dazu gehören die Ablehnung der körperlichen Merkmale des angeborenen Geschlechts und der mit dem biologischen Geschlecht verbundenen Rollenerwartungen, sowie der Wunsch, durch hormonelle und chirurgische Maßnahmen soweit als möglich die körperliche Erscheinungsform des Identitätsgeschlechts anzunehmen und sozial und juristisch anerkannt im gewünschten Geschlecht zu leben." (Becker, Bosinski, Clement, Eicher, Görlich, Hartmann, Kockott, Langer, Preuss, Schmidt, Springer und Wille, 1997, S. 256).

Im folgenden werden der im deutschen Sprachraum verbreitete Begriff *Transsexualität* und der angloamerikanische Begriff *Transsexualismus* synonym verwendet. Der für einen der benutzten Fragebögen (Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität – DFTI) verwendete Begriff der *Transidentität* wurde angeregt durch die Selbsthilfeorganisation *Transidentitas*, die unter diesen Terminus aber auch Transvestiten, fetischistische Transvestiten und effemierte Homosexuelle faßt. Schließlich soll er DFTI den Prozess der Diagnosefindung erst unterstützen und findet damit auf alle oben genannten Gruppen mit geschlechtsuntypischen Verhaltensweisen Anwendung.

Um Mißverständnissen vorzubeugen werden die Begriffe Homosexualität und Heterosexualität durchgehend in Bezug auf das angeborene genitale Geschlecht gebraucht. Durch die Vermeidung des psychischen Geschlechts als Referenzwert wird die Diskussion erheblich erleichtert, da dadurch die Schwierigkeit umgangen wird, Transsexuellen jeweils vor und nach dem Geschlechtswechsel unterschiedliche Begriffe für dieselbe Partnerpräferenz zuzuschreiben. Auf die gleiche Weise wird hier auch mit dem Begriff des weiblichen Transsexualismus verfahren - er bezieht sich aus rein pragmatischen Erwägungen prä- wie postoperativ auf das angeborene genitale Geschlecht.

1.1.2 Mit Transsexualität verwandte Begriffe

1.1.2.1 Transsexualität: primär - sekundär, genuin

Es gibt verschiedene Entwicklungswege zur Transsexualität: in der Vorgeschichte kann sich sowohl eine von Kindheit an bestehende Unsicherheit bezüglich des eigenen Geschlechts zeigen, nach Pearson & Oveseas (1993) *primärer Transsexualismus* benannt, es kommen aber auch postpubertäre heterosexuelle transvestitisch-fetischistische Entwicklungen vor – *sekundärer Transsexualismus* nach den eben genannten Autoren. Genuiner Transsexualismus ist ein Synonym für den primären oder echten Transsexualismus.

1.1.2.2 Genderdysphorie

Gender dysphoria bedeutet das Unbehagen mit der eigenen Geschlechtsrolle oder den eigenen geschlechtsspezifischen Merkmalen und kann sich bis zur Transsexualität entwickeln. Das Konzept wird vor allem dazu genutzt, Geschlechtsidentitätsstörungen zu bezeichnen, die noch nicht die Kriterien einer Transsexualität erfüllen. Passagere Formen der Genderdysphorie können auch im Rahmen von Adoleszenzkonflikten vorkommen, bei Borderline Persönlichkeitsstörungen, in Krisensituationen, sowie im Rahmen von schizophrener oder hirngorganischer Psychosen (s. Abschnitt 1.3.4.1).

1.1.2.3 Autogynäphilie

Blanchard (1993) bezeichnet mit diesem Konzept die Bereitschaft von Transsexuellen (besonders von männlichen Transsexuellen und Transvestiten) sich während autoerotischer Handlungen als Frau zu phantasieren. Dabei postuliert er ein dimensionales Konzept von *partieller vs. kompletter Autogynäphilie*. Partiiell bedeutet, daß ein Mann sich nur einige Attribute einer Frau wünscht und davon erregt wird, z. B. die Kleidung. Er kann sich aber auch trotz männlichem Genital mit den Brüsten einer Frau vorstellen. Blanchard stellte fest, daß Autogynäphilie hoch positiv mit Transsexualität korreliert, d. h. daß ein Mann, der sich in seinen sexuellen Phantasien als nackte und intakte Frau vorstellt mit größerer Wahrscheinlichkeit auch transsexuell ist.

1.1.2.4 Transhomosexualität

Mit Transhomosexualität haben Clare & Tully (1989) einen Begriff eingeführt, der der Tatsache Rechnung zu tragen versucht, daß ein erheblicher Teil männlicher Transsexueller auch postoperativ mit einer Frau zusammenleben möchte. Diese sexuelle Orientierung betrifft vor allem die sekundär Transsexuellen, die vor dem Begehren einer geschlechtsangleichenden Operation bereits in der Rolle als Mann sexuelle Erfahrungen mit Frauen machen konnten, manchmal sogar bereits eine Familie gegründet hatten. Nachdem weibliche Transsexuelle lange Zeit als homosexuell galten und nur einige wenige Fälle heterosexueller Orientierung bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen bekannt waren, so erfährt man in den letzten Jahren doch häufiger von diesem Phänomen. Coleman, Bockting und Gooren (1993) konnten allein neun transsexuelle Frauen vorweisen, die auch postoperativ als Mann in einer quasi-schwulen Beziehung mit einem Mann leben wollten. Wenn der Anteil transhomosexueller Frauen auch erheblich geringer ist, als der transhomosexueller Männer, so zeigt es doch, daß die relative Unabhängigkeit von Geschlechtsidentitätsstörungen und Homosexualität erklärungsbedürftig ist.

1.1.2.5 Effeminierte Homosexualität

In der Literatur findet man häufig auch noch den Begriff der *effeminierten Form der Homosexualität*, die eine Differenzierung des männlichen *cross-dressers* nach seiner sexuellen Orientierung erlaubt. Nach diesem Konzept hat das Tragen weiblicher Kleidung für den effeminierten Homosexuellen die Funktion, sexuellen Kontakt zu einem heterosexuellen Mann zu ermöglichen. In einem solchen Zusammenhang wird mit Transvestitismus die männlich heterosexuelle Variante des *cross-dressing* bezeichnet.

1.2 Prävalenz und Geschlechterverhältnis

Nach zehnjährigem Bestehen des Transsexuellen-Gesetzes (TSG) wurde von Osburg & Weitze (1993) eine Analyse zur bundesweiten Anwendung dieser Vorschrift vorgelegt, aus der sich

Prävalenzen für die BRD schätzen lassen. Von 1981 bis 1990 wurden in der alten Bundesrepublik Deutschland (BRD) 1422 Entscheidungen getroffen, davon 683 zur Namensänderung nach § 1 TSG (s. Abschnitt 1.3.6), 733 zur Personenstandsänderung nach § 8 TSG. Aus der Zahl der den Entscheidungen zugrunde liegenden Antragsteller bzw. rechtlich anerkannten Transsexuellen ergibt sich für die BRD eine Zehnjahresprävalenz von 2,4 bis 2,1 pro 100.000 volljährige Einwohner. Das Durchschnittsalter liegt bei 33 Jahren. Die Geschlechterverteilung beträgt 2,3 zu 1 zugunsten der männlichen Transsexuellen.

Van Kesteren, Gooren und Megens (1996) schätzten die Behandlungsprävalenz für die Niederlande aufgrund von Daten, die zwischen 1975 und 1992 erhoben wurden und über 95% der niederländischen Transsexuellen umfassen. Sie berechneten eine Prävalenz von 1:11.900 für die Mann-zu-Frau-Transsexuellen und 1:30.400 für die Frau-zu-Mann-Transsexuellen. Das Geschlechterverhältnis liegt damit bei 2,5 Männern auf eine Frau. Städtische Bezirke sind gegenüber ländlichen Gebieten anteilmäßig überrepräsentiert. Die Autoren glauben, daß der wichtigste Grund für dieses relativ hohe Ergebnis in der wohlwollenden Einstellung der niederländischen Professionellen gegenüber der Behandlung des Transsexualismus liegt.

Es liegen außerdem neuere Zahlen für Schweden vor, die alle vom schwedischen Wohlfahrtsamt registrierten Fälle von 1972 bis 1992 beinhalten (Landen, Walinder und Lundstrom, 1996). Dabei wurden im Gegensatz zu den oben genannten Studien primäre und sekundäre Transsexuelle (s. Abschnitt 1.1.2) getrennt berücksichtigt. Die Autoren errechneten eine gleichbleibende Inzidenz mit gleichen Anteilen von Frauen und Männern für den primären Transsexualismus. Bezieht man alle Transsexuellen mit ein, so kommt man auf ein Geschlechterverhältnis von 3:1 zugunsten der Männer.

1.3 Diagnostik und Begutachtung

Im folgenden wird ein Überblick über die derzeit angewandten Diagnosekriterien gegeben, nach denen Transsexuelle von nicht-transsexuellen Personen abgegrenzt werden. Für diese Untersuchung wichtig ist auch die Betrachtung der Prozesse, mit denen sich die Untersuchungsgruppe auseinanderzusetzen hat, wenn sie ihre rechtliche Anerkennung im anderen Geschlecht durchsetzen möchte. Dazu zählen insbesondere die juristischen und medizinischen Rahmenbedingungen, die auf die Erscheinungsweise der Transsexualität, also auch auf das Verhalten von Transsexuellen in Untersuchungssituationen, zurückwirken könnten.

1.3.1 ICD-10

Im Teil F des *International Classification System of Disease* der Weltgesundheitsorganisation in seiner 10. Revision (Dilling, Mombour und Schmidt, 1991), welcher sich den psychiatrischen Störungen widmet, ist der Transsexualismus unter dem Kapitel 6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgeführt. Unterkapitel F64 beschäftigt sich mit den Störungen der Geschlechtsidentität, welche neben dem Transsexualismus (F64.0) den Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen, der Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters, sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen der Geschlechtsidentität verzeichnet. Zur Diagnosenstellung des Transsexualismus werden die folgenden Kriterien aufgeführt:

- der Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden,
- der Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen,

- das Bestehen der transsexuellen Identität seit mindestens zwei Jahren,
- der Ausschluß des Transsexualismus als Symptom einer anderen psychischen Störung, wie z. B. einer Schizophrenie,
- der Ausschluß des Zusammenhanges des Transsexualismus mit intersexuellen, genetischen oder geschlechtschromosomalen Anomalien.

Unter F64.1 bezeichnet das ICD-10 den Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen. Dieser Typus, bei dem es sich im Gegensatz zum Transsexuellen ausschließlich um Männer handelt, unterscheidet sich von jenen dadurch, daß sein Wunsch nach Angleichung seiner äußeren Geschlechtsmerkmale an das Geschlecht, das er imitiert, nicht durchgängig und irreversibel besteht. Das gelegentliche Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung im Freizeitbereich läßt sich mit seiner sonst gelebten, z. B. beruflichen Geschlechtsidentität, noch vereinbaren und hat oft eine beruhigende Funktion, da es dem Abbau von Spannungen dient. Differentialdiagnostisch ist diese Art des Transvestitismus von dem fetischistischen Transvestitismus zu unterscheiden, der unter dem Kapitel F65.1 beschrieben wird (F65: Störungen der Sexualpräferenz). Hier ist das *cross-dressing* von sexueller Erregung begleitet.

Transsexualität kann sowohl Männer als auch Frauen betreffen. Die sexuelle Orientierung kann eindeutig homosexuell oder heterosexuell sein, oder sie ist bisexuell oder noch nicht eindeutig differenzierbar, da oft eine normale Entwicklung des sexuellen Verhaltens durch die Problematik erschwert oder behindert wird.

1.3.2 DSM-IV

Etwas abweichend beschreibt die vierte Auflage des *Diagnostic and Statistical Manual* der American Psychiatric Association (APA, 1994) den Transsexualismus. Hier wird Wert auf eine ausführliche und differenziertere Darstellung gegeben, die neben der Symptomatik auch Hinweise auf die Epidemiologie enthält.

Es werden unterschieden:

- Sexuelle Identitätsstörung bei Kindern,
- sexuelle Identitätsstörung bei Jugendlichen und Erwachsenen und
- sexuelle Identitätsstörung nicht andernorts klassifiziert.

Für die Diagnose einer Störung der Geschlechtsidentität werden vier Hauptmerkmale postuliert:

- A) Identifikation mit dem Gegengeschlecht (nicht nur der Wunsch der Transformation),
- B) Unbehagen mit der zugewiesenen Geschlechtsrolle,
- C) Ausschluß von Intersexualität und
- D) klinisch bedeutsame Belastung oder Nachteile in der sozialen oder beruflichen Funktionsfähigkeit.

Für jeden dieser Hauptmerkmalsbereiche liegen Operationalisierungen vor, die eine Art Skala bilden. Eine bestimmte Anzahl von Untermerkmalen müssen vorliegen, damit die Diagnose gestellt werden kann.

Die nicht andernorts klassifizierte sexuelle Identitätsstörung umfaßt vorübergehende genderdysphorische Symptome als Ausdruck einer Stressreaktion, sowie bei Intersexualität.

Für die Differentialdiagnose wird verwiesen auf den im Abschnitt Paraphilien aufgeführten Transvestitismus. Im Falle, daß beide Symptomatiken voll ausgeprägt sind, können beide Diagnosen vergeben werden.

1.3.3 Standards der Behandlung und Begutachtung

Becker et al. (1997) haben in Anlehnung an die *Standards of Care* der Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association die Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen erarbeitet.

Diese Standards der Deutschen Gesellschaft für Sexuallforschung, der Akademie der Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft fordern für die Diagnose der Transsexualität die Erfüllung der folgenden Kriterien:

- eine tiefgreifende und dauerhafte gegengeschlechtliche Identifikation,
- ein anhaltendes Unbehagen bzgl. der biologischen Geschlechtszugehörigkeit bzw. ein Gefühl der Inadäquatheit in der entsprechenden Geschlechtsrolle und
- ein klinisch relevanter Leidensdruck und/oder Beeinträchtigung in sozialen beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen.

Diese Kriterien entsprechend weitgehend den vorgenannten Kriterien des ICD-10 und DSM-IV. Der wichtigste Unterschied ist allerdings, daß ein intersexuelles Syndrom (s. Abschnitt 1.4.1.3) nicht zwingend ein Ausschlußkriterium darstellt.

1.3.4 Status- und Verlaufsdagnostik

Diagnostik bei sexuellen Identitätsstörungen hat weitreichende Konsequenzen. Während beim Transvestitismus außer in Ausnahmefällen keine Therapie indiziert ist, führt die Diagnose Transsexualität in der Regel dazu, daß die somatische Therapie auf Wunsch des Klienten eingeleitet wird. Diese Therapie ist irreversibel. Eine psychologische Therapie der Störung in Richtung auf das morphologische Geschlecht wird heute kaum noch versucht, da

- die Diagnose Transsexualität die dauerhafte und unveränderbare Transposition der Geschlechtsidentität voraussetzt,
- Transsexuelle in der Regel diese Therapie nachdrücklich ablehnen und
- die psychologische Therapie im Sinne einer Änderung der Identität von den Betroffenen als repressiv verstanden wird.

Für die Diagnostik stellt sich daher die Frage, wie die dauerhafte Transposition der Geschlechtsidentität prognostisch abgesichert werden kann, so daß aus der Irreversibilität der somatischen Therapie dem Klienten später keine schwerwiegenden Nachteile entstehen können.

Diagnostische Maßnahmen zielen im wesentlichen auf

- Differentialdiagnostik,
- Verlaufskontrolle,
- Indikationsstellung für die somatische Behandlung (für die Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung) sowie auf
- Begutachtungen nach §1 bzw. §8 Transsexuellen-Gesetz (für Vornamens- und Personenstandsänderungen).

1.3.4.1 Statusdiagnostik

Die Statusdiagnostik sollte umfassen:

- Biographische Anamnese,

- allgemeine psychiatrisch-psychologische Diagnostik,
- körperliche Untersuchung und
- Differentialdiagnostik.

Die klinisch-psychiatrische bzw. psychologische Diagnostik hat die Aufgabe, die oben genannten Kriterien für die Diagnose einer Transsexualität zu sichern bzw. auszuschließen. Dieses beinhaltet eine ausführliche biographische Anamnese, bei der besonders auf die Geschlechtsidentitätsentwicklung, die psychosexuelle Entwicklung (einschließlich der sexuellen Orientierung und die gegenwärtige Lebenssituation eingegangen wird. Desweiteren soll auf das Strukturniveau der Persönlichkeit und deren Defizite, das psychosoziale Funktionsniveau, neurotische Dispositionen bzw. Konflikte, Abhängigkeiten und Süchte, suizidale Tendenzen und selbstschädigendes Verhalten, Paraphilien, psychotische und hirnanorganische Störungen sowie Minderbegabungen eingegangen werden (Becker et al., 1997).

Besondere Aufmerksamkeit kommt bei der Differentialdiagnose psychopathologischen Auffälligkeiten zu, die in einem direkten oder indirekten Zusammenhang mit dem Transsexualismus stehen können. In diesem Zusammenhang wird immer wieder beobachtet, daß es im Rahmen von Adoleszenzkonflikten zu Geschlechtsidentitätsstörungen kommen kann (Eicher, 1992). Auch sind in der Literatur Fälle von *Pseudotranssexualismus* bei schizophrenen Psychosen recht häufig. Fälle wurden z. B. von Bruene (1996), Caldwell & Keshavan (1991) oder von Commander & Dean (1990) beschrieben.

Die deutschen Standards of Care schließen als Differentialdiagnosen neben Transvestitismus, Adoleszenzkrisen und psychotischer Verknüpfung der Geschlechtsidentität außerdem noch schwere Persönlichkeitsstörungen sowie die Ablehnung der eigenen homosexuellen Orientierung mit ein (Becker et al., 1997).

Die körperliche Untersuchung verfolgt im wesentlichen drei Ziele:

- Erhebung des gynäkologischen bzw. urologischen Befundes sowie
- Erhebung des endokrinologischen Befundes.

Sie kann Hinweise ergeben auf

- hormonelle Anbehandlungen,
- chromosomale Unregelmäßigkeiten und auf die
- prognostische Abschätzung der körperlichen Anpassungsmöglichkeiten an die gegengeschlechtliche Rolle.

In der Regel wird zunächst nur eine nicht-invasive körperliche Untersuchung durchgeführt. Erst wenn sich Hinweise auf Ulrich-Turner- oder Klinefelter-Syndrom, auf Polysomie oder Intersexualität ergeben (s. Abschnitt 1.4.1), kann eine genetische Abklärung wichtig sein. Die Annahme eines krankhaften organischen Prozesses im Gehirn kann in der Regel ausgeschlossen werden. Findet man bei älteren Menschen allerdings einen untypisch plötzlichen Beginn, kann ein tomographisches Verfahren Aufschluß bringen.

1.3.4.2 Verlaufsdiagnostik

Die Verlaufskontrolle besteht aus:

- Alltagstest und
- Psychotherapeutische Begleitung.

1.3.4.2.1 Alltagstest

Der Alltagstest ist Teil jeder diagnostischen Abklärung und bringt wertvolle Informationen über Status und zeitlichen Verlauf der Veränderung der Geschlechtsrolle. Der Klient wird aufgefordert, sich bereits vor Beginn der Operationen in Aussehen und Verhalten so weit wie möglich an die neue Rolle anzugleichen und sich zu offenbaren. Außerdem dient der Alltagstest der prognostischen Abschätzung darüber, ob der Klient den Konsequenzen des vollständigen sozialen Rollenwechsels gewachsen ist. Er hat eine absichernde Funktion für den Diagnostiker bzw. Operateur, weil ersichtlich ist, ob der Klient

- die Folgen des Rollenwechsels richtig eingeschätzt hat,
- die Anforderungen der Umstellung erfolgreich bewältigt und ob
- die Transposition trotz harter Bedingungen dauerhaft ist.

Der Klient hat die Möglichkeit

- zu hohe Erwartungen an die neue Situation zu modifizieren,
- seine Entscheidung zu überdenken, aufzuschieben oder rückgängig zu machen,
- sich in die neue Identität schrittweise hineinzufinden und
- die Reaktionen seiner Umwelt zu überprüfen.

In Deutschland, wo sich die meisten Gutachter wohl an den Standards der Behandlung und Begutachtung (Becker et al., 1997) orientieren, gilt als Regel für die Indikation zur operativen Behandlung, daß der Gutachter den Klienten seit mindestens eineinhalb Jahren kennt, dieser die gewünschte Geschlechtsrolle mindestens für eineinhalb Jahre kontinuierlich ausprobiert hat und seit mindestens einem halben Jahr hormonell behandelt wird.

Für die Indikation der Hormonbehandlung wird ähnliches mit einer Jahresfrist vorgeschlagen, jedoch sind in der Praxis viele Ärzte bereit, Hormonpräparate auch ohne diese strengen Kriterien zu verschreiben.

1.3.4.2.2 Psychotherapeutische Begleitung

Während des Alltagstests wird dem Klienten nahegelegt, sich psychotherapeutisch begleiten zu lassen. Dieses wird in der Regel durch einen Psychotherapeuten gewährleistet, der nicht mit der Gutachtenerstellung betraut ist. Die deutschen Standards der Behandlung und Begutachtung (Becker et al., 1997) legen fest, daß die Psychotherapie dem transsexuellen Wunsch gegenüber neutral sein soll, d.h. daß dieser weder unterstützt, noch aufgelöst werden sollte. Die therapeutische Begleitung sollte möglichst auch über die operative Behandlung hinaus im Rahmen einer Nachsorge in Anspruch genommen werden. Trotz der wünschenswerten Trennung von Gutachter und Psychotherapeut sollte es einen Informationsfluß zwischen diesen über den Klienten geben, so daß der Gutachter über die Fortschritte des Klienten in regelmäßigen Abständen durch den Klienten oder mit dessen Einverständnis Aufschluß erhält.

Becker et al. (1997) halten die folgenden Minimalkriterien für angemessen, bevor ein körperliches Behandlungsverfahren (auch die Hormontherapie) eingeleitet werden kann:

- innere Stimmigkeit und Konstanz der Geschlechtsidentität,
- Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle und die
- realistische Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen somatischer Behandlung.

1.3.5 Behandlung der Transsexualität

1.3.5.1 Hormonelle Behandlung

Früher standen homologe Hormontherapien im Mittelpunkt der Behandlung, da man annahm, daß die Gabe eines geschlechtstypischen Hormons das Verhalten und Erleben nachdrücklich beeinflussen kann. Seit aber viele Befunde dafür sprechen, daß die männliche oder weibliche Prägung des Gehirns auch das Ansprechen auf Geschlechtshormone geschlechtstypisch modifiziert, steht heute im Mittelpunkt der Behandlung die Veränderung der sekundären Geschlechtsmerkmale in Richtung auf das Gegengeschlecht, um den Betroffenen den Rollenwechsel zu erleichtern.

Die Behandlung mit heterologen Hormonpräparaten dient im wesentlichen zwei Zielen. Erstens dient sie natürlich der Maskulinisierung des Körpers, d.h. sie wirkt auf Stimmlage, Fettverteilung, Brust, Behaarungstyp und Bartwuchs, Muskelwachstum etc. Oft wird die hormonelle Behandlung bereits während des Alltags tests begonnen, um geschlechtstypische Auffälligkeiten möglichst schnell der erprobten Geschlechtsrolle anzupassen. Zweitens verspricht man sich aber auch eine psychotonische Beruhigung des Klienten, der vehement auf eine schnellstmögliche somatische Behandlung dringt, ohne daß er bereits die Kriterien für eine operative Behandlung erfüllt. Oft findet man in der Literatur auch den Hinweis auf eine erwünschte Beeinflussung geschlechtstypischen Verhaltens und Erlebens, eine Wirkung, für die es aber bisher kaum gesicherte Befunde gibt.

1.3.5.2 Operative Behandlung

Die operative Behandlung von Frau-zu-Mann-Transsexuellen besteht aus Mastektomie (subkutan oder komplett mit Replantation der Mamillen) und Hysterektomie, oft wird auch eine Penoidplastik vorgenommen, die eine weitreichende Angleichung an das männliche Geschlecht erreichen soll. Der Gesetzgeber in Deutschland fordert laut § 8 des Transsexuellengesetzes die Fortpflanzungsunfähigkeit sowie die äußerliche somatische Angleichung an das gewünschte Geschlecht, bevor eine Personenstandsänderung durchgeführt werden kann. Kosmetische Operationen des Gesichts sind bei weiblichen Transsexuellen in der Regel nicht nötig.

Die Penoidplastik führt häufig zu Komplikationen. Es kann entgegen den Erwartungen transsexueller Frauen in der Regel kein ästhetisch befriedigendes Operationsergebnis erzielt werden. Eine suggerierte Funktionsfähigkeit wird durch Hilfsmittel erzielt, die in die Penoidplastik implantiert werden, beispielsweise Pumpen oder biegsame Einlagen. Auf diese Weise kann der Koitus ausgeführt werden, ohne daß aber in der Regel dadurch ein Orgasmus möglich würde. Folgeoperationen aufgrund von Nekrosen oder ähnlichen Komplikationen sind häufig (Eicher, 1992).

Operierten Transsexuellen gelingt in der Regel eine gute psychosoziale Anpassung an die neue Geschlechtsrolle. Sie können insgesamt nach den meisten veröffentlichten katamnesticen Untersuchungen damit rechnen, sich postoperativ sozial zu reintegrieren, psychisch ausgeglichener zu werden und eine höhere Lebensqualität in bezug auf Partnerschaft und sexueller Aktivität zu erreichen, als kurz vor der Operation (Pfäfflin & Junge, 1992). Rückumwandlungsbegehren sind trotz unbefriedigender Operationsergebnisse, insbesondere bei Penoidplastik, äußerst selten. Während des zehnjährigen Bestehens des Transsexuellen-Gesetzes (TSG) 1981 - 1990 stellten lediglich sechs Personen einen Rückumwandlungsantrag, davon nur eine nach Personenstandsänderung (Osburg & Weitze, 1993). Erfreulich ist vor allem die psychische Stabilität der Betroffenen nach der Operation, die die Selbstmordrate erheblich reduziert (Pfäfflin, 1993).

Es kann nicht ausgeschlossen werden, daß die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in der BRD den Schritt zur Operation verstärken. Für die sogenannte „große Lösung“ ist laut Transsexuellen-Gesetz, daß seit 1981 Gültigkeit hat, die Voraussetzung für eine Personenstandsänderung die Zeugungsunfähigkeit sowie eine weitgehende Angleichung der äußerlichen Gestalt an das Gegengeschlecht. Für die „kleine Lösung“, die Erlaubnis einen geschlechtsneutralen Namen zu führen, ist die Operation nicht notwendig.

1.3.5.3 Psychotherapie

Die Psychotherapie hat bei der erwachsenen Transsexualität so gut wie keine Bedeutung mehr, wird aber bei Kindern noch häufig angewendet. Für den Verzicht auf die Psychotherapie spricht neben dem Paradigma der Unheilbarkeit vor allem die Tatsache, daß Transsexuelle in der Regel nicht zu einer Psychotherapie zu motivieren sind und diese als ein gesellschaftliches Repressionsinstrument ansehen. Ein vertrauensvolles Verhältnis, wie es für eine verändernde Psychotherapie Voraussetzung ist, kann unter diesen Umständen nicht verwirklicht werden.

1.3.6 Besondere Rahmenbedingungen dieser Studie

Im Problembereich der sexuellen Identitätsstörungen fällt der Diagnostik, wie auch bei vielen anderen psychiatrisch zugeordneten Störungsbildern, neben der Klassifikation zu therapeutischen und wissenschaftlichen Zwecken auch die Aufgabe zu, die Relevanz der Störung für rechtliche Fragen zu klären. Gerade die Verknüpfung der Diagnostik mit diesen Aspekten erschwert die Beziehung zwischen Diagnostiker und Klient. Die Diagnostik findet hier im Rahmen einer Begutachtung statt, die durch Gerichte oder Krankenkassen in Auftrag gegeben wird. Ziel des diagnostischen Prozesses ist es, zu prüfen, ob die gesetzlich geforderten Kriterien erfüllt sind, die den Weg öffnen für:

- Vornamensänderung
- Personenstandsänderung
- Übernahme der Kosten für die Heilbehandlung

Für den Klienten bedeutet die Diagnose einer Transsexualität ein wirkungsvolles Argument bei der Durchsetzung seiner Ansprüche auf Revision seiner standesamtlichen Identität und damit ein erster Schritt in Richtung einer amtlich-rechtlich abgesicherten neuen sozialen Rolle. Für die Namens- und Personenstandsänderung sind nach § 1 - 12 Transsexuellen-Gesetz (TSG) jeweils getrennte Gutachten von zwei unabhängigen Sachverständigen erforderlich, die den gesetzlichen geforderten Auflagen entsprechen. Ein ärztlich-psychologisches Gutachten wird von dem zuständigen Amtsgericht in Auftrag gegeben. Dabei müssen die Gutachter aufgrund ihrer Ausbildung und beruflichen Erfahrung in diesem Bereich qualifiziert sein.

Für die Namensänderung (kleine Lösung) müssen die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht,
- Zwang in diesem Geschlecht leben zu wollen seit mindestens drei Jahren,
- hohe Wahrscheinlichkeit der Irreversibilität des Zugehörigkeitsempfindens,
- Mindestalter 25 Jahre.

Für die Personenstandsänderung (große Lösung) gelten darüber hinaus die folgenden Bedingungen:

- Ehelosigkeit (ggf. Scheidung),
- Fortpflanzungsunfähigkeit,

- deutliche operative Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts.

Im Beobachtungszeitraum der Studie von Osburg & Weitze (1993) zu den ersten Jahren des Transsexuellen-Gesetzes (TSG) betrug die Ablehnungsrate bei Anträgen nach § 8 TSG 3,6 Prozent, nach § 1 TSG 10,9 Prozent. Die erhobenen Daten sprechen dafür, daß die größte Gruppe der Transsexuellen beide Verfahren gleichzeitig vollzieht. Diejenigen, die die Vornamensänderung als Möglichkeit des Erprobungsstadiums nutzen, lassen durchschnittlich zwei Jahre zwischen Vornamens- und Personenstandsänderung vergehen. Zwischen zirka 20 und 30 Prozent scheinen dauerhaft in der sogenannten "kleinen Lösung" (s. Abschnitt 1.3.6) zu verbleiben.

Die Diagnose der Transsexualität führt bei dem überwiegenden Teil der Transsexuellen konsequent zur somatischen Therapie. Die Ergebnisse eines genital-chirurgischen Eingriffs sind der Verlust

- der Zeugungsfähigkeit,
- der Fruchtbarkeit,
- bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen der Orgasmusfähigkeit,
- eventuell der beruflichen Existenz und
- gegebenenfalls der familiären Existenz.

Bei entsprechender physischer Konstitution können sich auch Probleme bei der Akzeptanz der neuen Gestalt durch das soziale Umfeld ergeben.

Der Status des psychiatrisch Kranken, der von den Transsexuellen zwischen Diagnose und Therapie vorübergehend gern angenommen wird, bringt ihn in den Genuß der Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, bzw. der Ersatzkassen. Die Aufwendungen für die Geschlechtsangleichung, Nachoperationen und sonstige kosmetische Behandlungen übersteigen in der Regel die finanziellen Möglichkeiten der Klienten um ein vielfaches.

Aus diesem Grund wird jede wissenschaftliche Diskussion um den Krankheitswert der Transsexualität, bzw. um kostengünstigere Therapieansätze von Transsexuellen-Organisationen argwöhnisch verfolgt. Die Transsexuellen fürchten sich um den Fortbestand der jetzt geltenden Regelungen, die die Krankenkasse dazu verpflichten, unter bestimmten Voraussetzungen die Transformationsoperationen und zum Teil auch der kosmetischen Nachbesserungen ihrer Versicherten zu übernehmen. Augstein (1992) fordert daher eine pragmatische Lösung für die Transsexuellen. Transsexuelle sollen solange als "krank" gelten, bis die erforderlichen Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung durchgeführt sind. Die Kassen fordern vor der Übernahme der Kosten ein Gutachten an, in dem die Voraussetzungen der Reichsversicherungsordnung (RVO) für die Erstattung von Kosten der Krankenpflege geprüft werden.

Die Bedingungen der RVO für die Übernahme der Behandlungskosten wurden in mehreren Sozialgerichtsurteilen zur Transsexualität so gedeutet, als daß die Behandlungsmaßnahmen dazu geeignet sein müssen,

- die Krankheit zu heilen, zu bessern oder zu lindern, oder, falls das nicht möglich ist,
- schwere psychische Schäden mit der konkreten Gefahr des Suizids zu vermeiden.

Die Diagnose der Transsexualität bedeutet für den Klienten in erster Linie eine Entlastung in den folgenden Aspekten:

- Rechtfertigungsdruck gegenüber seinem sozialen und beruflichen Umfeld,
- Beweiszwang gegenüber kommunalen und gerichtlichen Stellen,
- Selbstunsicherheiten aufgrund des subjektiven Charakters der Störung,
- Verantwortlichkeit für die Störung.

Transsexuelle werten in der Regel die Diagnose als eine Bestätigung ihres Anspruches auf eine Operation und als einen Erfolg bei der Durchsetzung ihrer Interessen gegenüber als repressiv eingestuften Behörden. Der Diagnostiker hat hier eine Doppelfunktion: ihm wird eine konservative staatlich-repressive Funktion unterstellt und ist doch gleichzeitig der einzige mögliche Verbündete im Kampf mit Behörden und Kassen. Hieraus können starke Ressentiments gegenüber dem Diagnostiker erwachsen bei gleichzeitiger Überanpassung an die klassifikatorischen Kriterien.

1.4 Die Ätiologie der weiblichen Transsexualität

Man kann die geschlechtliche Entwicklung bzw. deren Störungen künstlich in eine biologisch-somatische und eine psychisch-soziale Ebene einteilen. In Anlehnung an Winkelmann (1993) umfaßt die biosomatische Analyseebene in etwa die folgenden Stufen:

- das genetische Geschlecht,
- das hormonelle oder gonadale Geschlecht,
- das hypothalamische Geschlecht sowie
- das äußere morphologische Geschlecht.

Für die psychosoziale Ebene kann man die folgende Einteilung vornehmen:

- das standesamtliche Zuweisungsgeschlecht,
- die Geschlechtsrolle sowie
- die Geschlechtidentität.

Im folgenden werden auf diesen verschiebenen Ebenen jeweils die Aspekte der normalen sexuellen Entwicklung sowie deren Störungen aufgezeigt. Auch die gängigen Modelle zur transsexuellen Entwicklung lassen sich dann jeweils in dieses Schema einordnen.

1.4.1 Das biosomatische Geschlecht

1.4.1.1 Das genetische Geschlecht

Das genetische Geschlecht des Kindes ist abhängig vom Vorhandensein eines Y-Chromosomen im Spermium (Androspermium). Befruchtung durch ein Y-Gonosom: Entwicklung eines männlichen Chromosomensatzes, Befruchtung durch ein Gynospermium (X-Gonosom): Entwicklung eines weiblichen Chromosomensatzes.

Alle Körperzellen enthalten einen doppelten Chromosomensatz von 2 x 23 Chromosomen, davon 2 x 22 nicht-geschlechtliche Chromosomen (Autosomen) und 2 x 1 Sexchromosom (Gonosom). Der Geschlechtschromosomensatz der Frau besteht aus zwei X-Chromosomen, der des Mannes aus einem X- und einem Y-Chromosomen. Der normale menschliche Karyogramm beträgt bei der Frau 46/XX, beim Mann 46/XY.

1.4.1.1.1 Chromosomenaberrationen

Beim *Ullrich-Turner-Syndrom* (45,X0; Monosomie X) entwickeln sich fetale Ovarien, die jedoch später wieder atrophieren. Der Wolff'sche Gang verkümmert regelmäßig, aus dem Müller'sche Gang entwickeln sich die normalen weiblichen Geschlechtswege (Uterus und Eileiter). Äußerlich fallen keine genitalen Anomalien auf, so daß diese Mädchen normal

aufwachsen. Erst wenn später die Pubertät ausbleibt, werden Maßnahmen getroffen. Die Pubertät kann durch eine Hormontherapie eingeleitet werden. Die Mädchen bleiben wegen der verkümmerten Ovarien zeitlebens infertil. Die Inzidenz beträgt 0,5 % der geborenen Mädchen.

Beim *Klinefelter-Syndrom* (Polysomie X mit Y) kommen ein oder mehrere überzählige X-Chromosomen vor. Es resultieren sterile männliche Individuen mit femininem Körperbau, Gynäkomastie, weiblichem Schambehaarungstyp, Hypogonadismus, verminderter Libido und niedrigem Androgenspiegel. Die Inzidenz beträgt 1 % der neugeborenen männlichen Bevölkerung. Klinefelter ist in der Regel nicht mit Transsexualität verbunden, jedoch gibt es immer wieder Veröffentlichungen, die konkordante Fälle vorstellen, z. B. Seifert & Windgassen (1995) oder Cryan & O'Donoghue (1992).

Bei der *Polysomie Y* mit X (XYY-Konstitution) kommt es zu männlichem Großwuchs bei normaler Fertilität. Auch hier wurden bisher vereinzelt transsexuelle Entwicklungen beobachtet und veröffentlicht, zuletzt von Taneja, Ammini, Mohapatra, Saxena und Kucheria (1992) und von Snaith, Penhale und Horsfield (1991).

1.4.1.1.2 Genetische Störungshypothesen

Genetische Konkordanzstudien auf diesem sind wegen der geringen Prävalenz des Störungsbildes schwierig. In der Literatur ergibt sich daher kein einheitliches Bild. In Einzelfallberichten wird sowohl von Zwillingen berichtet, bei denen sich konkordant eine Transsexualität entwickelt, z. B. über ein monozygotisches männliches Zwillingspaar durch Hyde & Kenna (1977), als auch von Zwillingspaaren, die sich diskordant entwickelt haben, z. B. ebenfalls über ein monozygotisches Zwillingspaar durch Garden & Rothery (1992). Die Konkordanzrate müßte relativ hoch sein, da nicht nur die Gene, sondern auch das hormonelle Milieu während der hypothalamischen Differenzierungsphase geteilt wird.

Auf dem Y-Chromosom liegt neben dem TDF auch das H-Y-Gen. Dieses Gen exprimiert in allen männlichen Körperzellen das sogenannte Histokompatibilitätsantigen (H-Y-Antigen). Es ist ein Glykoproteinbestandteil der Zellmembran. Männer sind also H-Y-Antigen positiv, Frauen negativ. In einer bekannten Studie mit 61 transsexuellen Frauen und Männern stellte man fest, daß 55 nicht diesem Regelfall entsprachen (Eicher, Spoljar, Murken, Richter, Cleve, und Stengel Rutkowski, 1981). Eicher et al. glaubten, nun eine Methode entdeckt zu haben, die zwischen echten und "falschen" Transsexuellen diskriminieren könnte. Diese Studie hat viel Aufsehen hervorgerufen, doch konnten die Ergebnisse nicht wieder in diesem Maße repliziert werden. Anscheinend waren methodische Unzulänglichkeiten an dem Artefakt beteiligt (Wachtel, 1986).

1.4.1.2 Das gonadale Geschlecht

Das Vorhandensein eines Y-Chromosomen bewirkt die Bildung von Hoden, das Fehlen die Bildung von Ovarien. In Abhängigkeit des Y-Chromosomen werden Induktionsstoffe gebildet, die die noch undifferenzierten embryonalen bipotenten Keimanlagen männlich (Testis) entstehen lassen. Die Bildung der Ovarien ist also die Standarddifferenzierung. Der testisdeterminierende Faktor (TDF) wurde auf dem kurzen Arm des Y-Chromosomen lokalisiert, die *sex-determining region of Y* (SRY). Dieses Gen kodiert ein Protein, das die Vorläuferzellen der undifferenzierten Gonaden umstellt von der Follikelzellbildung auf die Bildung von Sertoli-Zellen. Weiblichen Mäusen, die das homologe SRY-Gen erhalten haben, entwickelten sich phänotypisch männlich (Kandel, Schwarz und Jessell, 1995).

Für die Ausbildung eines weiblichen Phänotyps ist kein Gonadengewebe notwendig. Weibliche und männliche Kaninchen-Foeten, denen das Gewebe entfernt wurde,

entwickelten sich unabhängig vom Genotyp zu phänotypischen Weibchen (Kandel et al., 1995).

In einzelnen Tierversuchen konnten auf dieser Stufe intersexuelle Formen hergestellt werden (Ovotestis), z.B. Spermien-produzierende Ovarien, Oozyten-produzierende Testis. Dies geschah durch Gewebeverpflanzungen, Unterdrückung der Induktionsstoffe oder Darreichung von Hormonen oder Hormonvorstufen (Kandel et al., 1995).

1.4.1.3 Das morphologische Geschlecht

Die Zellen der fetalen Testis sezernieren zwei wichtige Hormone: Testosteron, ein Steroid, durch die Leydig-Zellen und die *Müllerian duct-inhibiting substance* (MIS), ein Glykoprotein, durch die Sertoli-Zellen. In der dritten Phase (siebte bis zwanzigste Schwangerschaftswoche) erfolgt die Differenzierung der bisexuellen Gonadukte (Wolff'scher bzw. Müller'scher Gang) des Embryo zu inneren männlichen oder weiblichen Genitalorganen unter hormoneller Kontrolle. Aus dem Wolff'schen Gang entwickelt sich das ableitende männliche Genital, wenn der Induktionsstoff Testosteron abgesondert wird. Die Müller'schen Gänge entwickeln sich unter MIS zurück. Fehlt diese Induktionsstoffe, wie bei weiblichen Embryonen oder beim männlichen Pseudohermaphroditismus, so entwickelt sich aus den Müller'schen Gängen der weibliche Genitaltrakt (Uterus und Eileiter). Neben dem männlichen Geschlechtshormon sind außerdem die entsprechenden Hormonrezeptoren notwendig. Fehlen diese, so kommt es bei genetisch männlichen Embryonen zu einer testikulären Feminisierung. Die Differenzierungsschritte zum männlichen Genital gehen der Entwicklung zum weiblichen Genital notwendigerweise zeitlich voraus, da die Differenzierung allein aufgrund der Anwesenheit männlicher Hormone geschieht.

Nach demselben Prinzip entwickeln sich im dritten Fetalmonat die äußeren Genitalien. Die zunächst bisexuelle Anlage von Geschlechtshöcker, Geschlechtswülste und Geschlechtswülsten wächst sich zum männlichen oder weiblichen äußeren Genital aus.

1.4.1.3.1 Intersexualität

Von *Pseudohermaphroditismus masculinus* spricht man, wenn es bei genotypisch männlichen Individuen zu einem weiblichen Phänotyp kommt. Dieses kann verschiedene Ursachen haben.

Das *feminisierende androgenitale Syndrom* (AGS) ist autosomal rezessiv erblich und basiert auf einer Störung der Androgensynthese. Bei der *testikulären Feminisierung* besteht eine Endorganresistenz gegenüber Testosteron. Diese kann entweder komplett oder partiell bestehen. In der Regel werden die Jungen mit AGS dann als Mädchen aufgezogen und entwickeln sich normal, d. h. ohne Geschlechtsidentitätsstörung. Gooren & Cohen Kettenis (1991) fanden einen Fall von AGS, bei dem es aber trotzdem zu einem Transsexualismus kam. Der Fall ist deshalb interessant, weil hier trotz niedriger Androgenwirkung sich scheinbar ein maskulinisiertes Gehirn entwickelt hat.

Beim *Pseudohermaphroditismus femininus* kommt es bei chromosomal weiblichen Personen zu einer phänotypisch männlichen Ausprägung der primären Geschlechtsorgane mit Ausnahme der Ovarien. Die Ursache ist eine fetale Androgeneinwirkung entweder aufgrund einer angeborenen Enzymstörung (*virilisierendes androgenitales Syndrom*). Die weibliche Form des AGS ist autosomal rezessiv erblich. Es besteht in einer Überproduktion von Androgenen durch ein Überangebot von adrenocorticotropem Hormon (ACTH).

Ein *Pseudohermaphroditismus femininus* könnte aber auch aufgrund einer hohen diaplazentaren Androgeneinwirkung bei der Mutter zustande kommen, z.B. exogen durch

androgenhaltige Medikamente, Barbiturate, einige Pestizide oder endogen durch einen Androgen produzierenden Prozeß.

1.4.1.3.2 Endokrinologische Störungshypothesen

Dörner, Poppe, Stahl, Kolzsch und Übelhack (1991) nehmen an, daß ein Androgen-Überschuß, der ihrer Meinung nach bei genotypischen Frauen während kritischer Phasen der Gehirnentwicklung zu heterotypischer sexueller Orientierung (Homosexualität) und Rollenverhalten führt, durch einen 21-Hydroxylase-Mangel verursacht ist, besonders wenn er noch mit einem pränatalen Stress verbunden war. Die Autoren verglichen homo- und heterosexuelle Frauen miteinander und fanden das Cortisol Precursor-Molekül 21-Deoxycortisol nach Stimulation mit adrenocorticotropem (ACTH) Hormon bei den homosexuellen Frauen signifikant erhöht. Bei transsexuellen Frauen fanden sie 21-Deoxycortisol nicht nur nach ACTH-Gabe hochsignifikant erhöht, sondern auch ohne ACTH. Sie schließen daher darauf, daß 21-Hydroxylase-Mangel eine genetische Prädisposition für die Entwicklung von Homo- und Transsexualität bei Frauen darstellt. Bi-, Homo- und Transsexualität sind somit nur graduell unterschiedliche Endpunkte desselben Prozesses.

Bets & Bukhanovskii (1992) postulieren eine angeborene Pathologie der hormonellen Homöostase bei Transsexuellen beiderlei Geschlechts. Sie belegen in ihren endokrinologischen Studien, daß das Verhältnis von Östrogenen und Androgenen bei transsexuellen Frauen wie Männern zugunsten des heterotypischen Verhältnisses verschoben sei, so daß es der Geschlechtsidentität des Transsexuellen entspreche. Dagegen stehen Befunde, daß bei Transsexuellen fast immer ein normales Androgenstatus gefunden wird, so daß bereits vorgeschlagen wurde, bei der normalen Diagnostik ganz auf invasive endokrinologische Untersuchungen zu verzichten.

1.4.1.4 Das hypothalamische Geschlecht

Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind nicht nur auf körperliche Merkmale beschränkt, wie Verteilung von Fett- und Muskelgewebe, Behaarungstyp, Körpergröße u.ä., sondern manifestieren sich auch im Verhalten. Verhaltensunterschiede wurden lange Zeit auf die geschlechtsdimorphe Verteilung von Hormonen zurückgeführt, die direkt auf das Verhalten wirken sollten. Durch entsprechende Tierversuche mußten diese Annahmen allerdings modifiziert werden. Zwar hat auch die Gabe von Hormonen Verhaltensänderungen zur Folge, vor allem im Bereich des Fortpflanzungsverhaltens, doch ist diese Änderung nur kurzlebig. So steigert die Gabe von Östrogenen in ovariectomierten gegenüber intakten Rattenweibchen die sexuelle Bereitschaft nur sehr kurzfristig. Daraus läßt sich ableiten, daß die induktive Wirkung von Hormonen bei adulten Rattenweibchen nicht allein durch das Vorhandensein dieser Hormone erklärt werden kann (Kandel et al., 1995).

Es läßt sich aber im Tiermodell zeigen, daß die langfristige Wirkung von Hormonen auf den Verhaltensbereich abhängig ist von der Entwicklungsphase, in denen die Hormone zur Verfügung stehen. Es gibt also sensible Phasen in denen die Hormone einen prägenden und dauerhaften Einfluß auf verhaltenssteuernde Strukturen des Gehirns auszuüben scheinen. Ein zunächst undifferenziertes Gehirn wird durch die Steroidhormone maskulinisiert oder feminisiert.

Testis und Ovarien synthetisieren sowohl Testosteron als auch Östrogen. Je nach Geschlecht überwiegt aber mengenmäßig entweder das eine oder das andere. Es ist also nicht ganz richtig, von männlichen und weiblichen Hormonen zu sprechen. Geschlechtsspezifisch sind nur die Relationen der Hormone zueinander. Daher spricht man von homo- und heterotypischen Hormonen. Homotypische Hormone sind für die Frau z. B. Östrogen, für den Mann Testosteron, heterotypisch wäre die umgekehrte Konstellation.

Die Begriffe homotypisch und heterotypisch kann man auch auf den Verhaltensbereich anwenden. Gerade im Humanbereich sind geschlechtsspezifische offene Verhaltensmuster nur selten zu entdecken. Verhalten differiert zumeist nur in der Auftretenswahrscheinlichkeit zwischen den Geschlechtern, sind also nur geschlechtstypisch.

Bei Ratten werden in diesem Zusammenhang vor allem zwei geschlechtstypische Verhaltensweisen experimentell manipuliert: 1. die Lordosis (Anheben des Beckens) als typisches weibliches Paarungsverhalten und 2. das Besteigen als typisch männliches Pendant. Bei männlichen Rattenfoeten sondern die Testis vom 13. Tag der Fetalentwicklung bis zum 10. Tag nach der Geburt Testosteron ab (18 Tage). Entfernt man neugeborenen Rattenmännchen die Testis kurz nach der Geburt, so daß sich die Einwirkungszeit des Testosterons ungefähr halbiert, so hat das tiefgreifende Veränderungen des späteren sexuellen Verhaltens zur Folge. So führen die später adulten Tiere unter Östrogen- und Progesterongabe die Lordosis durch, wenn sie von normalen Männchen bestiegen werden. Spätere Kastration verringert diesen Effekt bzw. hebt ihn auf (Kandel et al., 1995).

Ein weiterer perinataler Effekt von Testosteron auf die Gehirnentwicklung soll darin bestehen, daß die Adenohypophyse männlich oder weiblich geprägt wird. Die Sezernierung von Gonadotropinen, luteinisierendes Hormon (LH) und follikelstimulierendes Hormon (FSH) durch die Adenohypophyse geschieht in männlichen Tieren in der Regel kontinuierlich, bei weiblichen Tieren periodisch. Testosteron während der kritischen Phase der Gehirnentwicklung verhindert die Periodizität dauerhaft. Eine Erklärung für diesen Effekt findet sich in den Neuronen des präoptischen Areals. Die Axone dieses Areals ziehen zu den Zellen, die das Peptid LH-Releasing Hormon (LHRH) produzieren. LHRH reguliert die Freisetzung von LH und FSH aus dem Hypophysenvorderlappen. Die Neurone des präoptischen Areals sind nur bei den Weibchen östrogensensitiv, bei den Männchen läßt sich selbst durch elektrische Reizung keine Erhöhung des LHRH feststellen.

In der kritischen Phase der geschlechtlichen Differenzierung des Gehirns ist das Gehirn nicht nur sensitiv auf Testosteron, sondern auch auf viele andere Steroide, sowohl körpereigene als auch exogene Stoffe: Androstendion, Östradiol, Barbiturate und Pestizide. Diese wirken alle maskulinisierend auf das Gehirn. Am stärksten maskulinisierend wirkt Östradiol, in das auch Testosteron in den Zielzellen umgebaut wird. Testosteron hat zwei Stoffwechselwege: Reduktion zu 5-Alpha-Dihydrotestosteron in den Neuronen der Hypophyse und des Hirnstammes und Umbau zu 17-Beta-Östradiol in den Neuronen des Thalamus und des limbischen Systems. Verhaltensrelevante Schaltkreise sollen vor allem durch Östradiol dauerhaft maskulinisiert werden. Inhibitoren dieser chemischen Umwandlung können daher die Maskulinisierung des Gehirns verhindern.

Ist bei männlichen Feten die Maskulinisierung des Gehirns durch Östrogene erwünscht, so muß bei weiblichen Feten diese durch einen Mechanismus verhindert werden, zumal das Mutterblut reich an Östrogenen ist. Rattenfeten beiderlei Geschlechts sind durch ein Östrogen-bindendes Protein in Blut und Cerebrospinalflüssigkeit, das Alpha-Fetoprotein, welches in der Leber des Feten synthetisiert wird, geschützt. Auf diese Weise bleiben die Steroid-sensitiven Neurone geschützt. Bei männlichen Feten kann dann Testosteron in die Neurone eindringen und in Östradiol umgewandelt werden (Kandel et al., 1995).

Die Rezeptoren für die Steroidhormone liegen in der Regel nicht an der Plasmamembran, sondern im Zellkern. Sie konnten bisher vor allem im präoptischen Areal des Hypothalamus, in der Amygdala, im Mittelhirn und im Rückenmark nachgewiesen werden. Außerdem finden sie sich in den frontalen, präfrontalen und cingulären Arealen der Großhirnrinde.

Es können einige tierexperimentelle Befunde angeführt werden, die zeigen, daß Verhalten nicht so sehr von der aktuellen Konzentration von Steroidhormonen abhängig ist als vielmehr

von der Wechselwirkung zwischen akuter Hormonkonzentration und den Folgen von Hormoneinwirkungen während kritischer Zeiträume der Gehirnentwicklung.

So reagiert ein maskulinisiertes Rattenhirn nicht wie ein weibliches Gehirn bei Östradiolinjektionen mit einer Zunahme von Progesteronrezeptoren im Nucleus hypothalamicus ventromedialis, der die Lordosisreaktion hormonell steuert. Auch das äußere Verhalten der normaler männlicher Ratten reagiert nur wenig auf Östrogengaben. Während adulte weibliche oder männliche direkt nach der Geburt kastrierte Tiere auf Östrogengabe öfter mit Lordosis reagieren (Kandel et al., 1995).

Den prägenden Einfluß von Testosteron während der kritischen Periode zeigt auch das Verhalten von Jungtieren vor der Geschlechtsreife. In dieser Zeit ist die Testosteronausschüttung der Testis bzw. die Östrogenproduktion der Ovarien herabgesetzt und kommt daher für Verhaltensunterschiede zwischen Weibchen und Männchen kaum in Betracht.

1.4.1.4.1 EEG-Befunde

Auffällige herdförmig im Schläfenbereich lokalisierte Theta-Aktivität wurde in der Literatur bei Transsexuellen häufig gefunden und als eine biologische Kraft in der Genese der Transsexualität interpretiert. In einer Studie von Krömer, Pfäfflin, und Spehr (1985) wurden die Elektroenzephalogramme von 43 Transsexuellen mit denen von 43 Stotterern und 43 Sexualstraftätern verglichen. Es entstand der Verdacht unspezifischer Störungen der Gesamtorganisation des Hirnstrombildes mit amplitudenlabiler Grundaktivität und leicht erhöhtem Synchronisationsgrad bei diesen Patienten. Bei biologisch weiblichen Transsexuellen fand sich die Alpha-Aktivität schlechter ausgeprägt als bei Männern; der Synchronisationsgrad war entsprechend niedriger. Transsexuelle, deren Symptomatik bereits vor dem zehnten Lebensjahr manifest wurde, wiesen statistisch bedeutsam häufiger niedrig organisierte und als abnorm eingestufte Befunde auf als diejenigen Probanden, deren klinische Symptome erst in oder nach der Pubertät auftraten.

Ungewöhnliche Hirnstrombilder und Borderline-Störungen wurden in einer Studie von Hoenig & Kenna (1979) vor allem bei der Gruppe der transsexuellen Frauen festgestellt.

1.4.1.4.2 Gehirnanatomische Korrelate

Swaab untersuchte die Gehirne von sechs verstorbenen Transsexuellen und entdeckte, daß der im Hypothalamus gelegene BSTc (central subdivision of the bed nucleus of the stria terminalis) bei diesen der für Frauen durchschnittlichen Größe entsprach. Bei normalen Männern ist dieser Kern etwas mehr als doppelt so groß wie bei Frauen. Die Größe dieses Kerngebietes unterscheidet sich nicht bei homo- und heterosexuellen Männern (Swaab, Gooren und Hoffman, 1992).

Auch der *sex dimorphic nucleus* (SDN) des präoptischen Areals wurde bei erwachsenen Transsexuellen als verkleinert vorgefunden, so daß er mit der für Frauen typischen Größe korrespondierte. Dieses Kerngebiet ist bei Kindern beiderlei Geschlechts bis zum Alter von ungefähr zwei Jahren gleich groß. In den folgenden beiden Jahren stirbt bei den Mädchen allerdings ungefähr die Hälfte der Neurone in diesem Kern ab.

Orlebeke, Boomsma, Gooren und Verschoor (1992) ermittelten in einer Studie über die Linkshändigkeit bei 44 weiblichen und 93 männlichen Transsexuellen, daß diese in beiden Gruppen fast doppelt so hoch war als in der Allgemeinbevölkerung. Dieser Befund ließ sich bisher noch nicht schlüssig erklären.

1.4.2 Das psychosoziale Geschlecht

1.4.2.1 Die standesamtliche Geschlechtszuschreibung

Das psychosoziale Geschlecht kann man mindestens auf drei Ebenen bestimmen. Die erste Zuschreibung eines Geschlechts erfolgt durch die Hebamme oder den Arzt, der die Entbindung einleitet. Während in früheren Zeiten allein die äußere morphologische Erscheinung ausschlaggebend für die Zuordnung war, sind heute exaktere Verfahren bereits pränatal vorhanden. Diese Entwicklung hat sich vor allem auf die Einordnung von intersexuellen Varianten positiv ausgewirkt. Die geburtliche oder standesamtliche Geschlechtszuschreibung ist außerordentlich wichtig, da diese das Verhalten der familiären Umwelt dem Neugeborenen gegenüber bestimmt. Durch geschlechtstypische Verstärkerkontingenzen werden sowohl konkrete offene Verhaltensweisen als auch wahrscheinlich verdeckte innerpsychische Prozesse der Identifikation selektiert und modifiziert. Manche Autoren halten gerade diese Lernprozesse für die entscheidenden Determinanten späterer geschlechtstypischer Verhaltensmerkmale.

1.4.2.2 Die Geschlechtsrolle

Die zweite Ebene ist die gelebte Geschlechtsrolle. Nach Money (1994) ist diese ein kultureller Stereotyp, der bestimmt, was männlich und was weiblich ist. Diese Konzeptualisierung geht davon aus, daß es gesellschaftlich bestimmte Sets von Verhaltensnormen gibt, die unter genau definierten Bedingungen gelten. Dem Einzelnen sind enge Grenzen bei der Ausgestaltung einer solchen Rolle gesetzt. Gerade bei der Geschlechtsrolle werden Rollenerwartungen besonders offensichtlich. Die meisten Gesellschaften scheinen danach zu streben, natürliche statistische Geschlechtsunterschiede sozial zu vergrößern. Während von einem echten Dimorphismus allenfalls auf der genetischen Ebene gesprochen werden kann und auf der psychischen und Verhaltensebene eher von einer Kontinuität der Geschlechtsmerkmale auszugehen ist, werden geschlechtsspezifische Normen aufrechterhalten, die dem Ideal der Trennschärfe folgen.

1.4.2.3 Die Geschlechtsidentität

Die Geschlechtsidentität bezieht sich auf die überdauernde Überzeugung, einem der beiden Geschlechter zuzugehören und damit, zumeist unbewußt, entsprechende geschlechtstypische Ideale und Normen zu verinnerlichen. Geschlechtsidentität bedeutet also mehr als nur die reine Selbstzuordnung zu einem Geschlecht. Vielmehr umfaßt sie auch den Umgang des Individuums mit den gesellschaftlichen Rollenerwartungen, die Selektion von Modellen für die Differenzierung seines Verhaltens sowie die Übernahme einer bestimmten Symbolik, durch die Geschlechtsidentität plakativ nach außen sichtbar gemacht wird.

In der Regel ist die Geschlechtsidentität konsistent, d. h. das Individuum hat keinen Zweifel daran, einem der beiden Geschlechter eindeutig zuzugehören. Die Hinterfragung von sexuellen Stereotypen, das Bewußtsein darüber, nicht in vollem Umfang gesellschaftlichen Rollenerwartungen zu entsprechen (z. B. bei Homosexualität) oder der spielerische Umgang mit heterologen Geschlechtsrollen (z. B. Transvestitismus) bedeutet noch keine Unsicherheit der Geschlechtsidentität. Trotzdem kann die innere Konsistenz soweit verloren gegangen sein, daß von den Betroffenen ein Versuch der Neudefinition unternommen wird. Transsexuelle sind Menschen, die sich in einem solchen Versuch befinden. Ihre Geschlechtsidentität ist somit also weder männlich noch weiblich, sondern eher in einem Prozess der Transition begriffen, eben trans-sexuell.

McCauley & Ehrhardt (1977) fanden in einer Studie über 15 transsexuelle Frauen, daß sie im Bem Sex-Role-Inventory gegenüber einer gleich großen lesbischen Vergleichsgruppe starrere Geschlechtsrollen-Stereotype zeigten und androgyner waren.

1.4.2.3.1 Soziobiologische Störungshypothesen

Soziobiologische Modelle gehen analog zum Tiermodell (vgl. Lorenz, 1935) von einer sensiblen Phase während der Kindheit aus, in denen das Kind auf bestimmte Reize der Umwelt dauerhaft und irreversibel geprägt wird. Die Geschlechtsidentifikation wird mit einem solchen Prägungsprozess in Verbindung gebracht. Ist die geschlechtliche Identifikation einmal erfolgt oder mißlungen, so kann diese zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr rückgängig gemacht bzw. nachgeholt werden. Hauptvertreter dieser Richtung ist Money (1994) der die Differenzierung der Geschlechtsidentifikation als einen Prozess auf zwei Ebenen begreift, die Ebene der Identifikation und die der Komplementierung. Das Kind braucht zur Entwicklung einer eindeutigen Geschlechtsidentifikation sowohl ein gleichgeschlechtliches als auch ein gegengeschlechtliches Modell. Da davon ausgegangen wird, daß die sensible Phase für die Prägung in der frühen Kindheit liegt, stellen in der Regel die Eltern die Prägungsreize dar. Als Determinanten der für die bei Transsexuellen vorliegende Ambivalenz und Brüchigkeit der Geschlechtsidentifikation wird somit das Fehlen eines identifikatorischen oder komplementären Modells angenommen. Ein Fehlen läge nicht nur bei physischer Abwesenheit eines Elternteils vor, sondern auch dann, wenn eines der Elternteile seine Geschlechterrolle spürbar ablehnen würde. Es wäre allerdings vorstellbar, daß auch Geschwister, besonders ältere Geschwister, eines der Modelle ersetzen könnten und damit den Prägungsprozess doch noch regelmäßig zum Abschluß brächten.

1.4.2.3.2 Soziokulturelle Störungshypothesen

Von soziologischer Seite wird die Kulturabhängigkeit transsexueller Phänomene betont. Transsexualität sei daher weniger eine Störung als eine Möglichkeit unter vielen anderen, seinen individuellen Lebensstil zu entwickeln. Die Auftretenswahrscheinlichkeit hänge vor allem von kulturellen und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen ab. So wird beispielsweise das Überwiegen der weiblichen Transsexuellen in einigen Ländern wie der Türkei (8:1, vgl. Focus, 1995) oder einigen ehemaligen Ostblockländern mit den großen Belastungen und Benachteiligungen in Zusammenhang gebracht, denen Frauen in diesen Ländern ausgesetzt sind. Umgekehrt könnte die niedrige Zahl männlicher Transsexueller in der Türkei damit zu tun haben, daß Transsexualität von der Allgemeinheit oft in Zusammenhang mit Homosexualität gebracht wird. Yuzgun (1993) beschreibt die vielfältigen Benachteiligungen und Repressalien durch die Polizei, denen Homosexuelle in der Türkei ausgesetzt sind.

Aber auch für die westlichen Gesellschaften sind epidemiologische Daten über Prävalenz kaum vergleichbar. So führen Ross, Walinder, Lundstrom und Thuwe (1981) Unterschiede zwischen Australien und Schweden auf gesellschaftliche Einflüsse zurück. Dabei ist es vielleicht weniger die theoretische Häufigkeit genderdysphorischer Störungen als vielmehr die rechtlichen Rahmenbedingungen, die Transsexuelle dazu bewegen, Zentren zur Beratung und Behandlung aufzusuchen und sich damit für die Forschung zugänglich zu machen.

Als Vermittler zwischen professionellen Beratungs- und Behandlungsteams treten immer öfter auch Selbsthilfegruppen auf, die transsexuelle Wünsche kanalisieren und vielleicht auch modifizieren. Auch sind Wechselwirkungen zwischen Transsexualität und der Rezeption wissenschaftlicher Befunde und Theorien bisher kaum erforscht.

Kesteren, Gooren und Megens (1996) fanden in ihren epidemiologischen Studien für die Niederlande, daß städtische Gebiete gegenüber ländlicheren Regionen bei der Prävalenz

der Störung überrepräsentiert sind. Auch hier zeigt die Abhängigkeit der Störung von den ökologischen Rahmenbedingungen.

1.4.2.3.3 Lerntheoretische Störungshypothesen

Lerntheoretische Überlegungen zielen vor allem darauf ab, instrumentelle Verstärkungsprozesse während der Kindheit und Jugend für die Entwicklung von Transsexualismus ausfindig zu machen. Hier wird vor allem die Rolle der Eltern betrachtet, die vielleicht unbewußt heterotypische Verhaltensweisen bei ihren Kindern gefördert haben oder zumindest diesen Verhaltensweisen des Kindes nicht genug Widerstand entgegengesetzt haben könnten. Bei entsprechender Konstitution des Kindes, z.B. weibliches Aussehen bei Jungen oder einer perinatalen Vorschädigung des Gehirns könnten solche Mechanismen die Identifikation mit dem eigenen Geschlecht beeinträchtigen.

Buhrich & Mc.Conaghy (1978) halten den Wunsch der Mutter für eine wichtige Determinante. Sie führten eine Studie mit 92 Männern durch, die sich zu ungefähr einem Drittel aus Homosexuellen, Transvestiten und Transsexuellen zusammensetzte. Mithilfe des *Childhood Family Relationship Tests* und einem eigenen semantischen Differential stellten sie fest, daß sich signifikant mehr Mütter von Transvestiten und Transsexuellen vor der Geburt des Jungen ein Mädchen gewünscht hatten. Außerdem hatten alle drei Gruppen berichtet, daß ihre Väter keinen Anteil an ihnen genommen hatten oder abwesend waren. Auch andere intrafamiliären Faktoren konnten nicht mehr zwischen den Gruppen trennen. Trotzdem kann der geschlechtsspezifische Kinderwunsch der Mutter als ein Indiz dafür gewertet werden, daß unbewußte Verhaltensweisen der Mutter, wie Ablehnung oder Verstärkung bestimmter geschlechtsuntypischer Äußerungen des Kindes einen Einfluß auf die Entstehung von Transvestitismus und Transsexualität haben könnten.

1.4.2.3.4 Psychoanalytische / Psychiatrische Störungshypothesen

Autoren psychoanalytischer Provenienz bringen die Genese der Transsexualität vor allem mit Konzepten von pathologischen Objekt-Beziehungen, Regression, Kastrationsangst, Wiedergeburtphantasien oder Geschlechtsneid in Verbindung (Lothstein, 1979).

Siomopoulos (1974) weist auf Ähnlichkeiten zwischen Transsexualismus und isolierten Wahnstörungen hin, bei denen eine fixe irrationale Idee bei sonst uneingeschränkter sozialer und beruflicher Funktionsfähigkeit besteht, deren Inhalt in der Regel nicht mehr korrigierbar ist.

Socarides (1978) sieht im Transsexualismus einen unbewußten Versuch, die eigene Identität wahnhaft umzudeuten, um homosexuelles Empfinden auch weiterhin leugnen zu können. Auch Scherrer (1980) sieht als Hauptmotiv für die Entstehung von Transsexualität die Bewältigung von uneingestandenen Schuldgefühlen durch eine gleichgeschlechtliche sexuelle Orientierung, für die auch eine Transformationsoperation kein Ausweg bieten kann.

Benedetti-Gaetano (1981) stellte fest, daß das einzige häufig wiederkehrende Merkmal, daß bisher bei Transsexuellen gefunden wurde, das sogenannte *splitting* sei. Mit *splitting* bezeichnet er das übergangslose Aufteilen von Objekten und sozialen Realitäten in „gute“ und „böse“. Dabei können diese Zuschreibungen oft abrupt wechseln, wie es bei Transsexuellen durch das Schwanken zwischen verschiedenen weiblichen und männlichen Rollenkomponenten deutlich wird.

Murray (1985) untersuchte drei Gruppen von jeweils 18 - 25 Männern: Studenten, Borderline-Patienten und Transsexuelle. Er stellte mittels Rorschach-Verfahren Gemeinsamkeiten zwischen Borderlinern und Transsexuellen fest, die charakterisiert sind durch ein höheres

Gewaltpotential, ein niedrigeres Ausmaß an Objektbeziehung, schlechterer Realitätsbezug und mangelndes Abgrenzungsvermögen gegenüber der studentischen Vergleichsgruppe. Er schlägt vor, zumindest männliche Genderdysphoriker als Subgruppe der Borderline-Störung zu aufzufassen.

Scripcaru, Pirozynski, Astarastoe und Scripcaru (1992) sehen zumindest die sekundäre Transsexualität als eine Perversion an. Perversionen sind im psychoanalytischen Verständnis Bewältigungsversuche präödipler oder ödipaler Konflikte und Traumatisierungen mit kompensatorisch-reparativer Funktion. Dabei werden diese in sexuelle Erregung umgewandelt und vorübergehend überwunden. Transsexualität stehe in enger Verbindung zum Sadomasochismus, so würden transsexuelle Frauen beispielsweise aus einer Position der Unterwerfung in eine dominantere Rolle zu fliehen versuchen.

Für Pearson & Overseas (1993) ist Transsexualismus auch ein Ausdruck einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, die sich durch instabile zwischenmenschliche Beziehungen, Selbstbeschädigungshandlungen, affektive Instabilität und Abwehrmechanismen auszeichnet. Borderline Patienten wiesen in ihren Objektbeziehungen bestimmte Störungen auf, die auch bei Transsexuellen oft zu beobachten seien. Diese seien geprägt durch die mangelnde Fähigkeit gute und schlechte Selbst- und Objektpermanenzen miteinander zu verbinden. Dadurch käme es bei transsexuellen Frauen zu einer Spaltung in einen weiblich schlechten und einen männlich guten Körper, die sich in dem Wunsch nach Geschlechtsumwandlung Ausdruck gäbe.

Eine neuere Sichtweise bieten Becker & Mester (1996) an, die in der Transsexualität vor allem eine Störung des Körperbildes sehen. Sie vergleichen die Transsexualität mit der Anorexia Nerviosa.

1.4.2.3.5 Familiendynamische Störungshypothesen

Pauly (1974) ist nach seiner Studie mit 80 weiblichen Transsexuellen überzeugt, daß Transsexualität vor allem auf familiären Ursachen beruht. Er fand als häufiges Muster in den Familien dieser Frauen die folgende Konstellation: die Tochter identifiziert sich mit einem maskulinen aber mißbrauchenden Vater während die Mutter als schwach, weniger bewundernswert, emotional abwesend und abhängig von der Protektion des Vaters wahrgenommen wird. Er schlägt vor, Präventionsprogramme durchzuführen, die Familien für Geschlechtsidentitätsstörungen sensibilisieren und Eltern veranlassen, geschlechtskonforme stereotype Verhaltensweisen ihrer Kinder besser zu verstärken.

Lothstein (1979) sieht als Ausgangspunkt einer weiblichen transsexuellen Entwicklung eine Mutter, die sich selbst aggressiv vor der symbiotischen Fusion mit ihrer Tochter schützt und damit die Tochter aktiv an einer weiblichen Identifizierung hindert. Ursächlich für das Verhalten der Mutter sei die Beziehung zu ihrer eigenen Mutter, ihre fehlende Selbstakzeptanz als Frau sowie die Belastungen ihrer Ehe. Die Mütter sind entweder physisch abwesend, emotional nicht verfügbar oder in einem Kampf mit ihren Töchtern verstrickt. Sie sind häufig psychisch labil, manchmal sogar psychotisch. Sie fühlen sich von den Identifikationsbestrebungen ihrer Töchter bedroht und antworten darauf mit Aggression. Die Töchter fühlen sich von ihrer Mutter abgelehnt oder sogar gehaßt. Der Vater hilft, die massiven Ängste der Tochter zu verringern, indem er sich als Schutz vor der mütterlichen Destruktion anbietet. Die Tochter ihrerseits kann durch Identifikation mit dem Vater ihre Haßgefühle gegen die Mutter abwehren. Die Mütter schaffen es auf diese Weise ihren eigenen Geschlechtskonflikt nicht auszuleben, sondern ihn an die Töchter zu delegieren. Diese haben keine andere Möglichkeit, als diese Delegation einer *projektiven Identifikation* anzunehmen, wenn sie den aggressiven Impulsen der Mütter keine Angriffsfläche bieten wollen.

Stoller (1979) hat bislang das umfangreichste Modell für die Entwicklung der Transsexualität vorgelegt, wobei er sowohl psychoanalytische als auch biologische und lerntheoretische Konzepte integriert. Für ihn geht die *core gender identity*, die unumstößliche Gewißheit einem der beiden Geschlechter anzugehören, auf vier Einflußbereiche zurück:

- biologische Faktoren (Chromosomen, Hormone),
- Anatomie des Genitals,
- Zuschreibung des Geschlechts durch die soziale Umwelt und
- klassische und operante Konditionierung.

Diese Faktoren selektieren die geschlechtstypischen Erfahrungen, die ein Kind in seiner frühen Entwicklungsphase macht. Nach Stoller liegt eine Prägung im weitesten Sinne vor, da die Entwicklung der Geschlechtsidentifikation normalerweise bereits nach den ersten Lebensjahren als abgeschlossen betrachtet werden kann und später nicht mehr umkehrbar ist. Zu einer irreversiblen Geschlechtsidentitätsstörung kommt es dann, wenn während der kritischen frühen Lebensphase das Kind uneindeutigen Verhaltensweisen von Seiten der Eltern ausgesetzt ist.

Weibliche Transsexualität entsteht nach Stoller besonders unter einer Familiendynamik, in der die Mutter kaum in der Lage ist, eine Nähe zu der Tochter herzustellen. Sie ist entweder physisch oder emotional schwer erreichbar, z. B. bedingt durch eine psychische, vor allem depressive, Erkrankung der Mutter. Der Vater fördert die weibliche Entwicklung der Tochter nicht, sondern versucht vielmehr, das Mädchen für seine männlichen Interessen und Vorlieben zu begeistern. Sein Motiv scheint darin zu liegen, das Mädchen in die Lage zu versetzen, die Depression der Mutter aufzufangen, um sich so seiner Verantwortung für seine Frau entziehen zu können. Daß die Tochter die ihr vom Vater zuge dachte Rolle als Suggesthemann der Mutter bereitwillig übernimmt, liegt darin begründet, daß es für sie die einzige Möglichkeit ist, ihre Einsamkeit durch die Unerreichbarkeit der Mutter zu bewältigen.

Von Hale, Schmidt und Meyer (1980) stammt die These, daß die Großmutter bei der Genese von Transsexualität eine besondere Rolle spielen könnte. Er beobachtete, daß 21 von 74 seiner transsexuellen Patienten in Familien aufgewachsen waren, in denen der Großmutter Erziehungsaufgaben zukamen. Er geht davon aus, daß nicht allein die Präsenz der Großmutter transsexuelle Wünsche fördert, daß aber Großmütter vielleicht dazu neigen, cross-dressing und ähnliche geschlechtsuntypischen Verhaltensweisen zu unterstützen.

Bradley (1980) präsentierte acht kindliche bzw. jugendliche Fälle von weiblicher Transsexualität, die er so interpretierte, daß der Wunsch nach Geschlechtswechsel durch das Bedürfnis provoziert wurde, die Mutter und sich selbst vor einem gewalttätigen und bedrohlichen Vater zu schützen.

Bernstein, Steiner, Glaister und Muir (1981) untersuchten eine Stichprobe von 163 genderdysphorischen Patienten und dieselbe Anzahl psychiatrischer Patienten als Vergleichsgruppe. Sie fanden, daß überzufällig viele Genderdysphoriker ihren Vater als Heranwachsende oder junger Erwachsene verloren hatten. Viele dieser Fälle erfuhren im Jahr nach dessen Tod eine Veränderung ihrer Geschlechtsidentität und ersuchten um chirurgische geschlechtsangleichende Maßnahmen.

Joyce & Ding (1985) fanden eine Familie mit zwei transsexuellen Schwestern, die im Abstand von zwei Jahren geboren wurden und fordern mangels genetischer Faktoren auf die Notwendigkeit der Erforschung von familiären Einflüssen.

Tsoi (1990) führte eine kontrollierte Studie an chinesischen transsexuellen Frauen durch und fand bei diesen eine unbefriedigende Mutter-Tochter-Beziehung. Die Mütter der transsexuellen Frauen waren weniger bei der Erziehung ihrer Töchter involviert und wurden

weniger überbeschützend wahrgenommen, als die Mütter der heterosexuellen Vergleichsgruppe.

Cohen Kattenis & Arrindell (1990) untersuchten weibliche Transsexuelle zusammen mit einer weiblichen Kontrollgruppe und fanden, daß die transsexuellen Frauen ihren Vater als abweisender und weniger emotional warm erlebt hatten, als die Frauen der Vergleichsgruppe. Transsexuelle Frauen hatten außerdem ihre Mutter als beschützender wahrgenommen als die anderen Frauen. Die Eltern der transsexuellen Frauen waren häufiger geschieden, wobei aus diesem Umstand nicht gefolgert werden konnte, daß die Elternteile transsexueller Frauen häufiger abwesend waren.

Besonders für die Gruppe der weiblichen Transsexuellen wird als einer der Faktoren, die die Entwicklung von Geschlechtsidentitätsstörungen fördern könnte, der sexuelle Mißbrauch während der Kindheit diskutiert. Devor (1994) bezeichnet die Transsexualität als eine adaptive dissoziative Überlebensreaktion nach dem Erleben einer Mißbrauchssituation. In einer Studie mit 45 transsexuellen Frauen stellte er fest, daß 60 % der Untersuchten eine oder mehrere Arten von schwerem körperlichen, sexuellen oder emotionalen Mißbrauch während ihrer Kindheit angeben konnten.

1.4.2.3.6 Systemische Störungshypothesen

Eine der wenigen Theorien, die sich aus systemischer Sicht mit dem Phänomen der Transsexualität auseinandersetzen stammt von Eckert (1992). Für Eckert ist Transsexualität immer das Ergebnis von Erziehung, aber weniger im lerntheoretischen Sinne als vielmehr im Sinne eines Wechselwirkungsprozesses zwischen den Eltern und den später transsexuell genannten Frauen und Männern. Er geht aus von der Idee des familiären *double bind* (Bateson, 1981), das verschiedentlich für die Genese der Schizophrenie verantwortlich gemacht worden ist. Dabei unterscheiden sich schizophrenogenes und "transsexuellogenes" *double bind* in ihrer zeitlichen Struktur. Er macht vier strukturelle Merkmale des "partiellen" *double bind* in Familien mit transsexuellen Kindern aus:

- Unterschiedliche Stärke bzw. zeitlich verschobenes Einsetzen der widersprüchlichen Botschaften,
- Beschränkung der Wirkung des *double bind* auf Kindheit und Jugend,
- Bezug des *double bind* nur auf die Geschlechtsidentität und die
- Möglichkeit der Entscheidung des späteren Transsexuellen für eine der widersprüchlichen Botschaften.

Für den *double bind* macht er den Wunsch der Mutter verantwortlich, ein Kind des anderen Geschlechts haben zu wollen. Dieser müsse so groß sein, daß die "transsexuellogene Mutter" das anatomische Geschlecht ihres Kindes verleugne. Er entspringe einer tief verwurzelten Abneigung gegen die männliche oder weibliche Geschlechtsrolle, die auf Kränkungen, Frustrationen oder Fehlidentifikationen zurückzuführen sei.

Diese Psychodynamik bei der Mutter setzt unbewußt eine verdeckte, also vorwiegend averbale, Konditionierung des Kindes in Gang, die um so mehr zum Tragen kommt, als andere Bezugspersonen ihres Kindes dem keine eindeutigen Botschaften entgegensetzen.

Der Rolle des Vaters mißt Eckert (1992) weniger Bedeutung zu. Er glaubt, daß Väter das Konditionierungsverhalten der Mütter nur selten unterstützen oder gar selbst unbewußt in Richtung des Gegengeschlechts konditionieren. Die typische Familienkonstellation wäre also ein störungsspezifisches Verhalten der Mutter bei gleichzeitig fehlendem, schwachem oder desinteressiertem Vater. Eine soziale Abschottung der Familie hält Eckert (1992) für einen begünstigenden Faktor bei der Genese der Transsexualität.

1.5 Familiensystemische Konzepte

1.5.1 Das strukturelle Familienmodell

Die verschiedenen Ansätze der systemischen Familientherapie sehen eine Störung weniger als individuelles Geschehen als den Ausdruck einer Beziehungsstörung im engeren sozialen Umfeld des Symptomträgers, in der Regel in dessen Familie. Die Aufmerksamkeit wechselt also in unserem Problembereich von der persönlichen Störungsgeschichte des Transsexuellen auf die Entwicklungsgeschichte der Herkunftsfamilie. Es wird angenommen, daß sich die Entwicklung einer Familie zielgerichtet und sprunghaft durch selbstregulierende Prozesse vollzieht. Dabei wirken morphostatische und morphogenetische, d.h. den status quo erhaltende und verändernde Prozesse in einer Wechselwirkung miteinander, so daß eine Entwicklung möglich ist, die den inneren Zusammenhalt der Familie nicht gefährdet. Die Entwicklung wird zielgerichtet gesehen, wobei das Ziel die altersgemäße Autonomie eines jeden Familienmitglieds bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Schutzfunktionen der Familie für jeden einzelnen darstellt. Die einzelnen Stufen dieses Entwicklungsprozesses lassen sich aber kaum voraussagen, da die Menge der Wechselwirkungen innerhalb der Familienmitglieder und zwischen Familie (Mikrosystem) und äußeren Meso- und Makrosystemen nicht überschaubar sind (Von Schlippe, 1993).

Um dennoch Aussagen über die Prozesse innerhalb eines Familiensystems machen zu können, wurde versucht, Beziehungsmuster strukturell abzubilden. Dieses wurde insbesondere von der sogenannten *strukturellen Familientherapie* versucht, die von Minuchin geprägt wurde (Minuchin & Fishman, 1983). Er geht davon aus, daß psychische Strukturen und Inhalte einer Person sich nicht aus sich selbst erklären lassen, sondern nur durch die Wechselwirkung mit der sozialen Umwelt hinreichend klärbar sind. Veränderungen in der Familienstruktur führen also immer auch zu Veränderungen in den innerpsychischen Prozessen der einzelnen Familienmitglieder. Die Familie ist für Minuchin eine Matrix der Identität. Sie vermittelt Schutz und Unterstützung in einer Gesellschaft, die hohe Anforderungen an die Veränderungsfähigkeit ihrer Mitglieder stellt. Gleichzeitig strebt der Mensch aber auch nach Autonomie und Selbständigkeit. Identität bedeutet also für Minuchin das Gleichgewicht zwischen dem Erleben von Getrenntsein und dem Erleben von Zugehörigkeit. Eine Identität hat Grenzen, das gilt sowohl für die Identität des einzelnen Familienmitglieds, als auch für die Identität von Subsystemen. Subsysteme sind Konstellationen von zwei oder mehr Personen innerhalb eines übergeordneten Systems, in diesem Fall innerhalb der Familie. Subsysteme besitzen eine Identität, also ein Bewußtsein des Getrenntseins von den übrigen Familienmitgliedern, als auch ein Bewußtsein der Zugehörigkeit. Diese Identität wird mit dem Begriff der Grenze umschrieben.

Je nach Ausprägungsgrad des Erlebens von Getrenntsein und Zugehörigkeit können Grenzen entsprechend verschiedene Ausprägungen auf einer Dimension haben, die sich von Diffusion über Klarheit zu Rigidität erstreckt. Das störungsfreie Funktionieren einer Familie ist am besten realisiert, wenn die Grenzen der einzelnen Mitglieder und die der Subsysteme (z.B. elterliches, geschwisterliches Subsystem, Generations- und Geschlechtsgrenzen) klar sind, aber dennoch flexibel auf Veränderungen reagieren können. Grenzen sollen die Funktion des Subsystems sicherstellen (z.B. Paarbeziehung), gleichzeitig aber auch den Kontakt und Austausch mit anderen Subsystemen ermöglichen (z.B. Erziehung der Kinder). Familien lassen sich je nach der Tendenz ihrer Subsysteme zu Diffusion bzw. Rigidität charakterisieren. Eine Familie die dazu neigt, Grenzen innerhalb der Familie aufzulösen, wird *verstrickt* genannt. In diesen Familien sind die Autonomie und Entwicklung des Einzelnen wegen der Überfürsorglichkeit der Eltern beeinträchtigt. Kinder haben wenig Kontakt nach außen und damit auch entsprechend wenig Entwicklungsanreiz. Äußerlich herrscht Harmonie, doch wird diese in der Regel durch starre Regeln der Konfliktvermeidung, z.B. Tabus, aufrechterhalten. Die Partnerschaft der Eltern wird vor allem durch ihre Funktion für die Familie am Leben erhalten. Die Familie

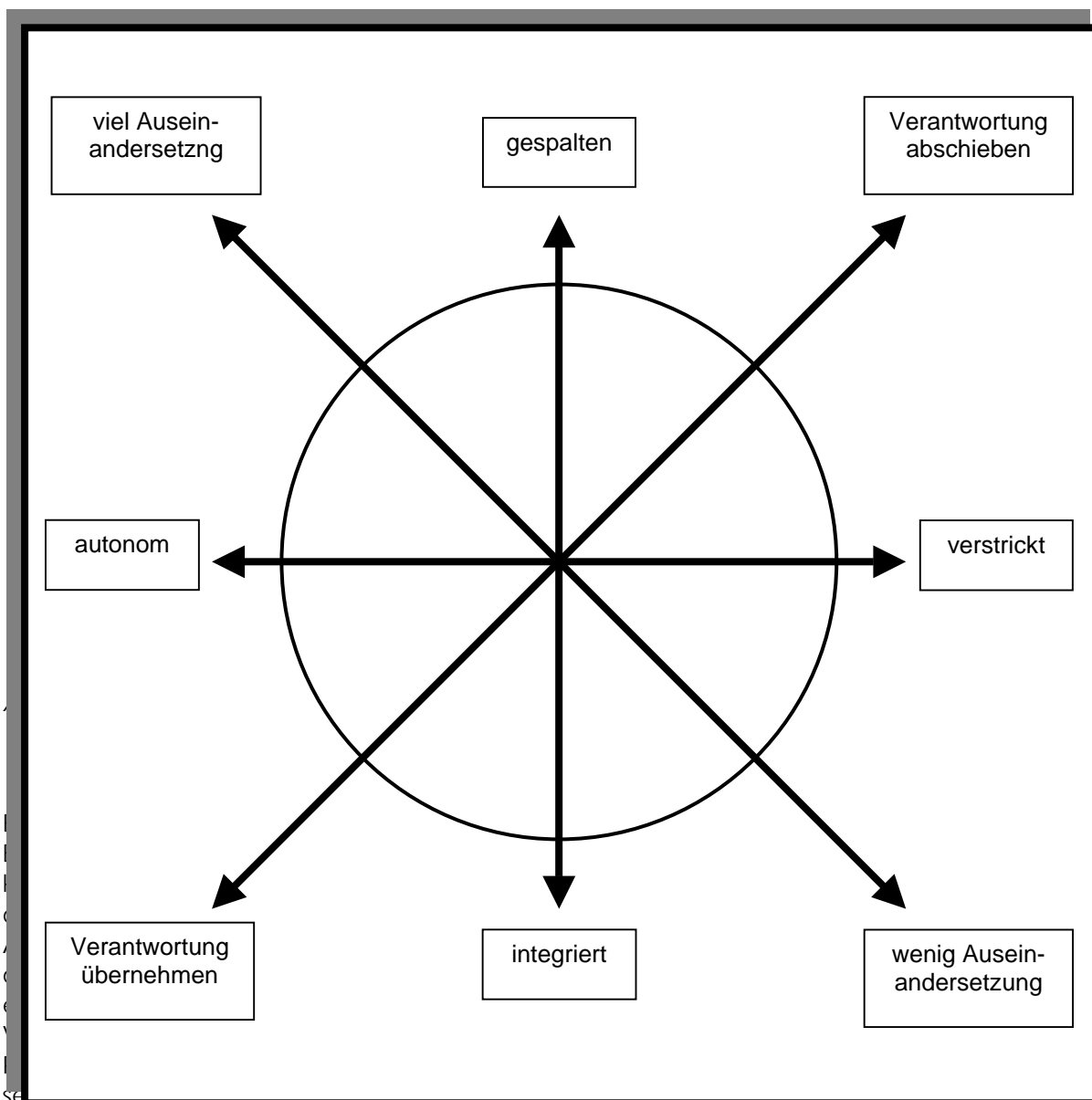
reagiert auf Ereignisse und Belastungen, die den Zusammenhalt der Familie gefährden könnten mit großer Angst und grenzt sich daher stark nach außen ab. Dagegen ist eine Familie mit der Tendenz, individuelle oder subsystemische Grenzen aus Angst vor Nähe zu verstärken, *gelöst* oder *isoliert*. Die Familienmitglieder können sich relativ autonom nach außen orientieren, doch sind Loyalität und Zugehörigkeitsgefühl in diesen Familien schlecht ausgeprägt. Es besteht wenig Möglichkeit, andere Familienmitglieder um Hilfe zu bitten und Unterstützung zu erhalten. Die Familie verliert damit ihre protektive Funktion und übersieht eventuell schwere Störungen einzelner Familienmitglieder (Von Schlippe, 1993).

Eine für das Störungsgeschehen in einer Familie besonders relevantes Prozeßgeschehen ist die Triangulation. Diese bezeichnet die Bildung einer Koalition zweier Familienmitglieder gegen ein Drittes. Kurzfristige und zeitlich begrenzte Triangulationen innerhalb einer Familie sind nichts ungewöhnliches, können aber unter bestimmten Bedingungen pathogenetisch wirken (perverses Dreieck). Das ist der Fall, wenn die Koalition über die Generationsgrenze hinweg durch ein Mitglied initiiert wird, um ein ihm gleichrangiges Mitglied auszuschließen. Dabei wird die Koalitionsbildung entweder offen geleugnet oder eine Metakommunikation darüber wird verhindert. Sind Kinder in einem perversen Dreieck betroffen, ob als Koalitionspartner oder als ausgegrenztes Opfer, so wird die Wahrscheinlichkeit einer pathologischen Entwicklung als besonders hoch angesehen.

Wirsching hat neben Lösung und Verstrickung bei seinen Untersuchungen an Kindern mit psychosomatischen Störungen noch einen weiteren Typus von Familie differenzieren können (Wirsching & Stierlin, 1983). Es sind die Familien, in denen die Elternbeziehung gespalten ist und eine aggressive Atmosphäre zwischen den beiden Elternteilen herrscht. Bereits Kleinigkeiten geben Anlaß zum Streit, der aber weder auf Dauer entschärft werden kann, noch wegen gegenseitiger Abhängigkeit der Partner zu einer Trennung führt. Es besteht für die Kinder die große Gefahr durch Loyalitätskonflikte im Kleinkrieg der Eltern aufgerieben zu werden. Oft versuchen Eltern über das Kind zu kommunizieren oder es schlimmstenfalls gegen den anderen auszuspielen.

Ein in Zusammenhang mit der Entwicklung von Transsexualität vielleicht wichtiges familiendynamisches Konzept ist die Parentifizierung. Eine Parentifizierung kann die Folge von diffusen Grenzen (Verstrickung) sein, ist manchmal aber auch unmittelbare Folge einer verfestigten Triangulation: Ein Kind wird in eine Erwachsenenrolle gedrängt, deren Anforderungen es nach seinem Entwicklungsstand noch nicht gewachsen ist. Ein extremes Beispiel der Parentifizierung ist der sexuelle Mißbrauch in der Familie, in der das Kind (in der Regel die Tochter) in die Rolle der Partnerin des Vaters gebracht wird.

Hehl (1995) hat die Ansätze von Minuchin und Wirsching aufgegriffen und weiterentwickelt. Für ihn stellen Autonomie vs. Bindung und Spaltung vs. Integration der Elternbeziehung die Hauptachsen eines Familiensystems dar. Darüber hinaus postuliert er einen Zusammenhang diesen beiden unabhängigen Dimensionen mit der Art und Weise, wie die Familienmitglieder mit Verantwortung umgehen und ob offene Auseinandersetzung zum Alltag der Familie gehören. Auch diese beiden Konzepte begreift er als dimensional als Verantwortung abschieben vs. übernehmen und starke vs. geringe Auseinandersetzung (Abb. 1.1).



Während man nach Minuchin salutogene Familien im mittleren Bereich zwischen Autonomie und Verstrickung vermuten muß, bringt Hehl (1995) durch sein Modell eine dynamische Komponente mit ein. Zwar wird als nahezu optimale Situation für die Kinder auch hier der mittlere Bereich reklamiert, doch stellen die beiden Pole dieser Dimension weniger einen statischen Zustand dar, als vielmehr zwei Übergangsstadien auf dem Weg einer Familie von der Integration zur Spaltung. Wenn die Partnerbeziehung der Eltern ihre Integrationskraft für die Familie verliert, stellen Autonomie und Verstrickung also zwei übliche Reaktionen von Familien dar, um trotz Zunahme zentrifugaler Kräfte ein Zusammenleben noch zu ermöglichen. In den Fällen, in denen den Familien das gelingt, leiden aber vor allem die Kinder als die schwächsten Glieder der Kette.

Der Weg kann also einmal über Autonomie - viel Auseinandersetzung - Spaltung verlaufen oder über Bindung - Verantwortung ablehnen - Spaltung. Die Situation für die Kinder in der ersten Situation schildert Hehl (1995) so: "Wenn die Eltern zusammen sind, streiten sie; es wird laufend von Scheidung gesprochen; sie wissen nicht, zu wem sie halten sollen; sie fühlen sich schuldig." Den zweiten Weg über ein Abschieben der Verantwortung für die Spaltung charakterisiert Hehl (1995) folgendermaßen: "Die Eltern gehen sich aus dem Weg; jedes

Elternteil wertet das andere bei den Kindern ab; keine offene Auseinandersetzung; die Kinder ersticken fast; sie fühlen sich schuldig, werden krank."

Für die Analyse von Familienstrukturen sind in Anlehnung an das oben beschriebene Modell einige diagnostische Hilfsmittel entwickelt worden, die auch in dieser Arbeit zur Anwendung kommen, besonders der Fragebogen zur Herkunftsfamilie (s. Abschnitt 2.1.2).

1.6 Fragestellung und Hypothesen

1.6.1 Fragestellungen

Für die Ätiologie der Transsexualität werden in der Literatur entsprechend dem Hintergrund der Autoren verschiedene Ursachen verantwortlich gemacht. So etwa ein intrauterines hormonelles Ungleichgewicht als Bedingung für eine Maskulinisierung oder Feminisierung von für den Aufbau der Geschlechtsidentifikation wichtigen Kerngebieten des Gehirns, genetisch bedingte Fehlentwicklungen, Wahnstörung, Verstärkerkontingenzen oder psychodynamische Prozesse in der frühen Beziehung zwischen Mutter und Kind. Ausgangspunkt dieser Arbeit ist die Frage, ob sich retrospektiv besondere Merkmale in den Familienstrukturen von weiblichen Transsexuellen feststellen lassen, die mit der Entwicklung einer Transsexualität in Zusammenhang stehen könnten.

Die sieben wichtigsten grundsätzlich familiendiagnostisch auch überprüfbaren Hypothesen, die aus der Literatur abgeleitet werden können, sind hier noch einmal in der Übersicht dargestellt:

- Konditionierung, unbewußter Wunsch der Eltern,
- Double bind der Mutter,
- Splitting, Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Ablehnung von Homosexualität,
- Adaptation nach sexuellem Mißbrauch durch den Vater,
- Protektion der Mutter vor dem gewalttätigem Vater sowie
- Vater-Mutter-Kind-Beziehung.

Bei der Hypothesen zur Eltern-Kind-Beziehung gibt es in der Literatur keine ganz einheitlichen Modelle. Mehrheitlich wird aber die folgende Variante postuliert:

- Mutter (relativ einheitlich): schwach, emotional abwesend, abweisend, destruktiv, psychisch labil u.ä.
- Vater (relativ uneinheitlich): mächtig, delegierend, beschützend, abwesend aber auch mißbrauchend, aggressiv, abweisend u.ä.

Für die Beschreibung der relevanten Variablen der Eltern-Kind-Beziehung ist der Familienskulptur-Test von Müller (1992) bestens geeignet. Die oben aufgezeigten Elterneigenschaften entsprechen weitgehend den Variablen, die mit diesem Test gemessen werden können. Es lassen sich die folgenden drei Dimensionen erfassen:

1. Einfluß der Familienmitglieder in der Familie,
2. Zeitlich-räumliche Entfernung der Familienmitglieder untereinander sowie
3. Emotionale Zuwendung der Familienmitglieder untereinander.

Um auch andere familiensystemische Konzepte mit Transsexualität verknüpfen zu können, wird der von Müller (1992) entwickelte Fragebogen zur Herkunftsfamilie (HER-FAM) verwendet. Er setzt vier Konzepte des integrativen Ansatzes von Hehl (1995) um:

1. Häufige Auseinandersetzung vs. geringe Auseinandersetzung,
2. Verstrickung vs. Autonomie,
3. Verantwortung ablehnen vs. Verantwortung übernehmen sowie
4. Spaltung partnerschaftlicher Koalitionen vs. Weiterentwicklung partnerschaftlicher Koalitionen.

Außerdem verfügt der Fragebogen über eine Validitätsskala (Soziale Erwünschtheit).

Um die Repräsentativität der transsexuellen Stichprobe sowie deren Vergleichsgruppe aufzeigen zu können, wurde ein Fragebogen verwendet, der neben soziodemographischen Angaben vor allem das Feld der transsexuellen Entwicklung und der transsexuellen Verhaltensweisen abdeckt (Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität, DFTI). Daneben soll durch den DFTI erfaßt werden, ob es Anzeichen für versteckte Konditionierungen innerhalb der Herkunftsfamilien gegeben hat und in wie weit das Kind von intrafamiliärer Gewalt und sexuellem Mißbrauch betroffen war. Daneben können noch eine Anzahl weiterer Variablen erfaßt werden:

1. Anzahl der Geschwister,
2. Geschlecht der Geschwister,
3. Position in der Geschwisterfolge,
4. Abwesenheit eines Elternteils,
5. Anzahl der Generationen innerhalb des Haushaltes,
6. Anwesenheit von Personen außerhalb der Kernfamilie im Haushalt etc.

Obwohl der DFTI in der kompletten Form an die Untersuchungsteilnehmer ausgegeben wird, ist nur ein kleiner Teil der Daten für die Fragestellungen dieser Studie relevant. Die übrigen Daten des DFTI werden in eine Untersuchung einfließen, bei der das Düsseldorfer Gesundheitsamt federführend ist.

Das Bem Sex-Role-Inventory will Aussagen über das geschlechtsstereotype Selbstkonzept von Transsexuellen machen. Neben Maskulinitäts- und Femininitätsskala verfügt dieses Inventar über die Möglichkeit, daraus das Konzept der Androgynie abzuleiten. Dabei erscheint die Frage nach der Rigidität bzw. Polarität von gegengeschlechtlicher Idealbildung besonders interessant. Man könnte Androgynie und *splitting* als zwei gegensätzliche Pole des gleichen Konzepts auffassen. In wie weit sind weibliche Transsexuelle in der Lage, typisch männliche und typisch weibliche Konzepte gleichzeitig in sich zu integrieren.

1.6.2 Hypothesen

1.6.2.1 Das Bem Sex-Role-Inventory (BSRI)

Maskulinität

H1.1: Transsexuelle Frauen schreiben sich selbst durchschnittlich in stärkerem Ausmaß allgemein positiv bewertete geschlechtstypisch männliche Eigenschaften zu als nicht-transsexuelle Frauen.

Femininität

H1.2: Transsexuelle Frauen schreiben sich selbst durchschnittlich in geringerem Ausmaß allgemein positiv bewertete geschlechtstypisch weibliche Eigenschaften zu als nicht-transsexuelle Frauen.

Androgynität

H1.3: Transsexuelle Frauen beschreiben sich selbst durchschnittlich weniger androgyn, operationalisiert durch den Betrag der Differenz der Gruppenmittelwerte auf Maskulinitäts- und Femininitätsskala, als nicht-transsexuelle Frauen.

1.6.2.2 Der Fragebogen zur Herkunftsfamilie (HER-FAM)

Häufige Auseinandersetzung

H2.1: Die Herkunftsfamilien transsexueller Frauen unterscheiden sich von denen nicht-transsexueller Frauen in dem Ausmaß, in dem konflikthafte Auseinandersetzungen in der Familie ausgetragen werden

Verstrickung

H2.2: Die Herkunftsfamilien transsexueller Frauen unterscheiden sich von denen nicht-transsexueller Frauen in dem Ausmaß, in dem innerfamiliäre Grenzen diffus und durchlässig sind.

Verantwortung ablehnen

H2.3: In den Herkunftsfamilien transsexueller Frauen wird von den einzelnen Familienmitgliedern Verantwortung für die Familie in einem größeren Ausmaß abgelehnt, als in denen nicht-transsexueller Frauen.

Spaltung partnerschaftlicher Koalitionen

H2.4: Transsexuelle Frauen haben in ihren Herkunftsfamilien in einem größeren Ausmaß Spaltung der elterlichen Paarbeziehung erfahren als nicht-transsexuelle Frauen.

1.6.2.3 Der Familienskulptur-Test (FST)

Macht

H3.1: Die Macht des Vaters, operationalisiert durch die Größe der blauen Figur im FST, ist im Durchschnitt in den Herkunftsfamilien transsexueller Frauen größer als in denen nicht-transsexueller Frauen.

H3.2: Die Macht der Mutter, operationalisiert durch die Größe der weißen Figur im FST, ist im Durchschnitt in den Herkunftsfamilien transsexueller Frauen geringer als in denen nicht-transsexueller Frauen.

H.3.3: Die Macht der Testperson, operationalisiert durch die Größe der Figur des Stellers im FST, ist im Durchschnitt in den Herkunftsfamilien transsexueller Frauen größer als in denen nicht-transsexueller Frauen.

Nähe

H3.4: Die räumlich-zeitliche Distanz zwischen Vater und Testperson, operationalisiert durch die Entfernung zwischen blauer Figur und Figur des Stellers im FST, ist im Durchschnitt in den Herkunftsfamilien transsexueller Frauen geringer als in denen nicht-transsexueller Frauen.

H3.5: Die räumlich-zeitliche Distanz zwischen Mutter und Testperson, operationalisiert durch die Entfernung zwischen weißer Figur und Figur des Stellers im FST, ist im Durchschnitt in den Herkunftsfamilien transsexueller Frauen größer als in denen nicht-transsexueller Frauen.

H3.6: Die räumlich-zeitliche Distanz zwischen Vater und Mutter, operationalisiert durch die Entfernung zwischen blauer und weißer Figur im FST, ist im Durchschnitt in den Herkunftsfamilien transsexueller Frauen größer als in denen nicht-transsexueller Frauen.

Zuwendung

H3.7: Die emotionale Zuwendung der Testperson zum Vater, operationalisiert durch den Winkel zwischen der Blickrichtung der Figur des Stellers und der Verbindungslinie zwischen blauer Figur und der Figur des Stellers im FST, ist im Durchschnitt in den Herkunftsfamilien transsexueller Frauen größer als in denen nicht-transsexueller Frauen.

H3.8: Die emotionale Zuwendung der Mutter zur Testperson, operationalisiert durch den Winkel zwischen der Blickrichtung der weißen Figur und der Verbindungslinie zwischen weißer Figur und der Figur des Stellers im FST, ist im Durchschnitt in den Herkunftsfamilien transsexueller Frauen geringer als in denen nicht-transsexueller Frauen.

H3.9: Die emotionale Zuwendung des Vaters zur Mutter, operationalisiert durch den Winkel zwischen der Blickrichtung der blauen Figur und der Verbindungslinie zwischen blauer und weißer Figur im FST, ist im Durchschnitt in den Herkunftsfamilien transsexueller Frauen geringer als in denen nicht-transsexueller Frauen.

H3.10: Die emotionale Zuwendung der Mutter zum Vater, operationalisiert durch den Winkel zwischen der Blickrichtung der weißen Figur und der Verbindungslinie zwischen weißer und blauer Figur im FST, ist im Durchschnitt in den Herkunftsfamilien transsexueller Frauen geringer als in denen nicht-transsexueller Frauen.

1.6.2.4 Der Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität (DFTI)

Geschwisterkonstellation

H4.1: Die Geschwister transsexueller Frauen setzen sich bezogen auf das Geschlecht anders zusammen als die nicht-transsexueller Frauen.

H4.2: Die Geschwister transsexueller Frauen setzen sich bezogen auf das Alter anders zusammen als die nicht-transsexueller Frauen.

H4.3: Transsexuelle Frauen haben im Durchschnitt einen niedrigeren Rang in der Geschwisterreihenfolge als nicht-transsexuelle Frauen.

Fehlen eines Elternteils

H4.4: In den Herkunftsfamilien transsexueller Frauen ist der Vater häufiger für ein Jahr oder länger abwesend als in denen nicht-transsexueller Frauen.

Versteckte Konditionierung

H4.5: Transsexuelle Frauen glauben im Durchschnitt mehr als nicht-transsexueller Frauen, daß ihre Mütter positiver bei ihrer Geburt reagiert hätten, wenn sie in einem anderen somatischen Geschlecht geboren worden wären.

H4.6: Transsexuelle Frauen glauben im Durchschnitt mehr als nicht-transsexueller Frauen, daß ihre Väter positiver bei ihrer Geburt reagiert hätten, wenn sie in einem anderen somatischen Geschlecht geboren worden wären.

Sexueller Mißbrauch

H4.7: Transsexuelle Frauen haben häufiger sexuellen Mißbrauch erfahren als nicht-transsexuelle Frauen.

2. Methoden

2.1 Erhebungsinstrumente

2.1.1 Das Bem Sex-Role-Inventory (BSRI)

Die hier verwendete deutsche Neukonstruktion des Bem Sex-Role-Inventory (Schneider-Düker, 1978) besteht aus einer Liste 60 sozial erwünschter Eigenschaften, für die eine Testperson angeben soll, in welchem Ausmaß diese auf sie zutreffen (s. Anhang A-44). Die zu untersuchende Person kann die Selbstbeurteilung auf einer sieben-stufigen Skala differenzieren. Sie vergibt:

- 1 Punkt, wenn die Eigenschaft auf sie nie oder fast nie zutrifft,
- 2 Punkte, wenn die Eigenschaft auf sie gewöhnlich nicht zutrifft,
- 3 Punkte, wenn die Eigenschaft auf sie manchmal aber selten zutrifft,
- 4 Punkte, wenn die Eigenschaft auf sie gelegentlich zutrifft,
- 5 Punkte, wenn die Eigenschaft auf sie oft zutrifft,
- 6 Punkte, wenn die Eigenschaft auf sie meistens zutrifft,
- 7 Punkte, wenn die Eigenschaft auf sie immer zutrifft.

Tab. 2.1 zeigt die Eigenschaften-Items mit ihrer jeweiligen Zuordnung zu den einzelnen Skalen der deutschen Fassung des Bem Sex-Role-Inventory.

Tabelle 2.1: Die Eigenschaften-Items des Bem Sex-Role-Inventory (BSRI) bezogen auf die drei Hauptskalen M, F und SE, (-) = negative Polung

Maskulinität	Femininität	Soziale Erwünschtheit
hat Führungseigenschaften	romantisch	gesellig
tritt bestimmt auf	abhängig	nervös (-)
ehrgeizig	weichherzig	gesund
respektinflößend	glücklich	steif (-)
kann andere kritisieren, ohne sich dabei unbehaglich zu fühlen	bemüht sich, verletzte Gefühle zu besänftigen	gründlich
verteidigt die eigene Meinung	feinfühlig	teilnahmslos (-)
entschlossen	sinnlich	vertrauenswürdig
sachlich	fröhlich	überspannt (-)
nicht leicht beeinflussbar	nachgiebig	zuverlässig
unerschrocken	bescheiden	unpraktisch (-)
intelligent	empfänglich für Schmeicheleien	fleißig
hartnäckig	empfindsam	niedergeschlagen(-)
ist bereit, etwas zu riskieren	selbstaufopfernd	geschickt
kraftvoll	benutzt keine barschen Worte	eingebildet (-)
furchtlos	verspielt	gesetzestreu
scharfsinnig	verführerisch	stumpf (-)
wetteifernd	achtet auf die eigene äußere Erscheinung	gewissenhaft
sicher	leidenschaftlich	unhöflich (-)
zeigt geschäftsmäßiges Verhalten	herzlich	aufmerksam
konsequent	liebt Sicherheit	vergeßlich (-)

Das englisch-sprachige Geschlechtsrollen-Inventar wurde von Bem (1974) entwickelt und unterschied sich grundsätzlich von den bis dahin gebräuchlichen Maskulinitäts-Feminitäts-Skalen (Schneider-Düker und Kohler, 1988). Bem betrachtet Maskulinität und Feminität nicht mehr als Gegenpole eines Kontinuums, sondern als zwei unabhängige Dimensionen, die beide gleichermaßen zur Beschreibung einer Person herangezogen werden können. In Abhängigkeit von diesen beiden Dimensionen entwarf sie das Konzept der psychischen Androgynität, das sie durch ihr Inventar zu operationalisieren suchte. Androgynität bedeutet für sie der flexible Umgang mit Geschlechtsrollen-Stereotypen, daß also das Selbstkonzept einer Person sowohl männliche wie auch weibliche Komponenten enthält. Eine androgyne Person könnte sich flexibler, situationsadäquater und rollenübergreifend verhalten und auf diese Weise funktionaler und vielfältiger mit Anforderungen aus der Umwelt umgehen.

Bem geht davon aus, daß der hinsichtlich einer Geschlechtsrolle typisierte Mensch die von der Gesellschaft gesetzten geschlechtsspezifischen Standards erwünschten Verhaltens internalisiert hat. Entsprechend wurde bei der Konstruktion des Inventars nach Eigenschaften gesucht, die bezüglich ihrer sozialen Erwünschtheit zwischen den Geschlechtern besonders gut trennen können. Diese sind eingebettet in geschlechtsneutrale Items, die von beiden Geschlechtern gleichermaßen als sozial erwünscht angesehen werden, so daß sich zunächst drei Skalen ergeben, die jeweils zwanzig Eigenschaften umfassen: Maskulinität, Feminität und Soziale Erwünschtheit. Die vierte Skala, Androgynität, wird durch die Differenz der Summenscores der beiden geschlechtsspezifischen Skalen gebildet. Je größer diese Differenz, desto mehr ist das Individuum auf eine bestimmte Geschlechtsrolle festgelegt.

2.1.2 Der Fragebogen zur Herkunftsfamilie (HER-FAM)

Ebenfalls in Düsseldorf wurde der Fragebogen zur Herkunftsfamilie entwickelt (Müller, 1992). Das Instrument basiert auf der Annahme, daß Symptome einer psychischen oder psychosomatischen Störung, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, auf Störungen im Beziehungssystem seiner Herkunftsfamilie zurückgehen könnten. Die Störungen im Beziehungssystem können aufgrund einer strukturellen Analyse der Familie aufgezeigt werden, so daß sie therapeutisch bearbeitet werden können. Der Fragebogen zur Herkunftsfamilie dient sowohl der Diagnose pathogener Familienstrukturen, als auch der Veränderung des Familiensystems, indem der Familie Einsicht in problematische Beziehungsmuster (z. B. Verstrickung) und den daraus abgeleiteten Systemregeln und Plänen gegeben werden können.

Der Fragebogen der Version 2/94 besteht aus 58 Aussagen mit einer Anleitung für die Testpersonen auf der ersten Seite (s. Anhang A-45). Die Items können von den Testpersonen durch jeweils eine von vier Antwortmöglichkeiten beantwortet werden:

- Trifft genau zu
- Trifft eher zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft gar nicht zu

Die vier faktorenanalytisch extrahierten Dimensionen wurden wie folgt benannt:

1. Verstrickung vs. Autonomie (13 Items)
2. Spaltung der Elternkoalition vs. Integration der Elternkoalition (17 Items)
3. Häufige Auseinandersetzung vs. seltene Auseinandersetzung (13 Items)
4. Verantwortung übernehmen vs. Verantwortung abschieben (11 Items)

Außerdem verfügt der Fragebogen noch zusätzlich zu den 54 Items der vier Hauptskalen über vier Items zur Erfassung sozial erwünschter Antworttendenzen. Jedes dieser vier Items bezieht

sich dabei auf eine der vier oben genannten Dimensionen.

Der Faktor Verstrickung vs. Autonomie (Tab. 2.2a) bezieht sich auf die Grenzen der Subsysteme untereinander bzw. die des Familiensystems nach außen. Verstrickung kennzeichnet eine Familie, deren Grenzen zwischen Individuen oder Subsystemen so durchlässig sind, daß eine dauernde Einmischung von Seiten anderer Familienmitglieder die Funktion und Entwicklung des Einzelnen oder des Subsystems gefährden. Das andere Extrem der Skala wird dadurch gekennzeichnet, daß durch zu starre Grenzziehung zwar eine hohe Autonomie der einzelnen Mitglieder oder Subsysteme gegeben ist, die Familie aber vor allem auf Kosten schwächerer Familienmitglieder ihre protektiven Funktionen verloren hat.

Tabelle 2.2a: Fragen des HER-FAM sortiert nach den Konstrukten: Verstrickung (vs. Autonomie)

Positive Polung
4) Mit einem Elternteil konnten wir Kinder über alles reden.
8) So ein gemeinsames Frühstück war für mich immer das Schönste überhaupt.
17) Die Familie hatte Vorrang gegenüber allen persönlichen Belangen.
23) Wenn einer krank war, waren alle bedrückt.
29) Wir hatten keine Geheimnisse voreinander; jeder wußte alles von jedem.
33) Meine Eltern waren meine besten Freunde.
36) Am schönsten war es, mit der Familie ins Grüne zu fahren.
50) Nur innerhalb der Familie fühlte ich mich sicher.
53) Das Wochenende verbrachten wir immer gemeinsam mit den Eltern.
58) Ich konnte nur meine Eltern (und Geschwistern) richtig vertrauen.
Negative Polung
11) Es gab viele Dinge, die wir unseren Eltern nicht erzählten.
21) Wir spielten selten abends gemeinsam, weil jeder etwas anderes machen wollte.
27) Mir waren Spielkameraden außerhalb der Familie oft wichtiger als die Familie selbst.

Die Spaltung der ehelichen Koalition ist ein Indikator für die Segregationstendenzen, die in der Familie stattfinden. Familien lösen sich meistens durch Trennung oder Scheidung auf, also wenn die Paarbeziehung nicht mehr funktioniert. Die Integration der ehelichen Koalition zeichnet sich durch viele Gemeinsamkeiten und gegenseitige Zuneigung der Ehepartner aus (Tab. 2.2b)

Tabelle 2.2b: Fragen des HER-FAM sortiert nach den Konstrukten: Spaltung der ehelichen Koalition (vs. Integration der ehelichen Koalition)

Positive Polung
13) Ich hatte oft den Eindruck, daß sich meine Eltern abgrundtief haßten.
14) Es wurde oft von Scheidung gesprochen.
25) Ich habe meine Eltern selten als ein Paar erlebt.
26) Meine Eltern hatten keine gemeinsamen Hobbys.
31) Oft unternahm ein Elternteil lieber etwas mit uns Kindern als mit dem Partner.
Negative Polung
1) Meine Eltern nahmen sich immer genügend Zeit füreinander.
3) Ich glaube, meine Eltern haben sich immer gemocht.
7) Meine Eltern verstanden sich auch sexuelle gut miteinander.
12) Wenn meine Eltern mal einen ganzen Tag oder ein Wochenende nur für sich hatten, freuten sie sich sehr und genossen es.
24) Auch wenn meine Eltern in manchem unterschiedlicher Meinung waren, so respektierten sie sich doch.
28) Ich glaube, daß sich die Beziehung meiner Eltern fortlaufend weiterentwickelt hat.
35) Wichtige Entscheidungen haben die Eltern immer gemeinsam gefällt.
45) Meine Eltern hatten sehr viel Spaß miteinander.
47) Meine Eltern halfen sich gegenseitig.
48) Wir haben viel gelacht zu Hause.
49) Meine Eltern machten sich immer Gedanken, wie sie den Bedürfnissen des Partners gerecht wurden.
57) Meine Eltern waren oft zärtlich zueinander.

Der Faktor Auseinandersetzung wird durch 13 Items repräsentiert (Tab. 2.2c), die Aussagen über offen ausgetragene Streitigkeiten in der Familie machen. Aggressiver Tonfall, häufiger Krach und Schreien weisen genau so auf Störungen im zwischenmenschlichen Bereich hin wie zu geringe Möglichkeiten der Auseinandersetzung z.B. aufgrund rigider Familienregeln.

Tabelle 2.2c: Fragen des HER-FAM sortiert nach den Konstrukten: Häufige Auseinandersetzung (vs. geringe Auseinandersetzung)

Positive Polung
2) Auseinandersetzungen endeten in unserer Familie oft lautstark.
15) Nach Auseinandersetzungen wurden oft die Türen geknallt.
32) Harmlose Diskussionen führten bei uns oft zum regelrechten Kleinkrieg.
39) Der Tonfall war bei uns oft aggressiv.
41) In manchen Bereichen gab es immer Krach.
51) Es gab Tage, da stritten wir uns nur.
55) Meine Eltern stritten oft in unserer Gegenwart.
56) In unserer Familie flogen oft die Fetzen.
Negative Polung
9) In unserer Familie wurde weder geschlagen noch herumgebrüllt.
16) Laute Streitereien gab es in unserer Familie nicht, da ein Elternteil immer sachlich und nüchtern blieb.
18) Lautes Schreien oder Streiten lehnten wir alle ab.
37) Wir verstanden uns so gut, daß wir uns fast nie stritten.
52) Meinungsverschiedenheiten, wenn es sie überhaupt gab, wurden stets sachlich ausdiskutiert.

Zum Faktor Verantwortung gehören 13 Statements, die sich auf Gleichberechtigung, Fürsorge, Aufopferung bzw. Rücksichtslosigkeit, Machtmißbrauch und Neid in der Familie beziehen. Die Aussagen des Fragebogens sind in Tab. 2.2d dargestellt

Tabelle 2.2d: Fragen des HER-FAM sortiert nach den Konstrukten: Verantwortung ablehnen (vs. Verantwortung übernehmen)

Positive Polung
6) Jeder tat nur das für den anderen, was er für richtig ansah.
19) Keiner wollte für seine eigenen Fehler gerade stehen.
22) In unserer Familie gönnte keiner dem anderen etwas.
34) Bei uns galt das Motto: „Jeder ist sich selbst der Nächste.“.
38) Ich fühlte mich von anderen Familienmitgliedern oft bevormundet.
42) Manche Familienmitglieder waren egoistisch.
43) Bei uns ging es immer darum, wer die größten Opfer brachte.
44) Jeder versuchte, sich vor Verantwortung zu drücken.
46) Ich fühlte mich oft vernachlässigt.
54) Ein Elternteil war immer das Opferlamm der Familie.
Negative Polung
5) Kinder und Erwachsene hatten gleiche Rechte.

Zusätzlich enthält der Fragebogen zur Herkunftsfamilie noch ein vier Items umfassende Validitätsskala, die Antworttendenzen in Richtung soziale Erwünschtheit erfassen soll (Tab. 2.2e).

Tabelle 2.2e: Fragen des HER-FAM sortiert nach den Konstrukten: Soziale Erwünschtheit

Positive Polung
10) Bei uns hatte es nie Streit in irgendeiner Form gegeben.
20) Es hat sich nie einer innerhalb der Familie vor Verantwortung gedrückt.
30) Die Beziehung meiner Eltern zueinander war immer sehr glücklich gewesen.
40) Jeder war selbständig und frei, und wir lebten harmonisch miteinander.

2.1.3 Der Familienskulptur-Test (FST)

Der in Düsseldorf entwickelte FST (Tutenberg, 1992) besteht aus einem klappbaren 100cm x 100cm großes Brett, das in vierhundert (20 x 20) weiße quadratische Felder (5cm x 5cm) geteilt ist, sowie aus einer Kiste hölzerner Figuren, die sich in Größe, Form und Farbe unterscheiden und eine abgeflachte Seite als Symbol für die Blickrichtung aufweisen. Das Brett stellt den familiären Beziehungsraum dar, in dem sich die einzelnen Familienmitglieder bewegen (Abb. 2.1).

Die Figuren des Familienskulptur-Tests repräsentieren die Familienmitglieder der Testperson (Steller) und sind nur soweit strukturiert, als es für die Unterscheidung zwischen verschiedenen Familienmitgliedern notwendig ist. So differenzieren die unterschiedlichen Formen (2) und Farben (3) zwischen Geschlecht und Generation: zylinderförmige Figuren stehen für weibliche Familienmitglieder, quaderförmige für männliche. Eine weiße Figur steht für die Mutter, eine blaue für den Vater, rote Figuren für die Kinder. Dem entsprechend gibt es vier Klassen von Figuren: weiße runde, blaue eckige, rote runde und rote eckige Figuren (Tab. 2.3).

Tabelle 2.3: Figuren des Familienskulptur-Tests

Form / Farbe	blau (Vater)	weiß (Mutter)	rot (Geschwister bzw. Steller)
rund (Zylinder)	-	1 Satz	2 Sätze (Schwestern)
eckig (Quader)	1 Satz	-	2 Sätze (Brüder)

1 Satz = 1 Figur jeder Größe = 4 Figuren

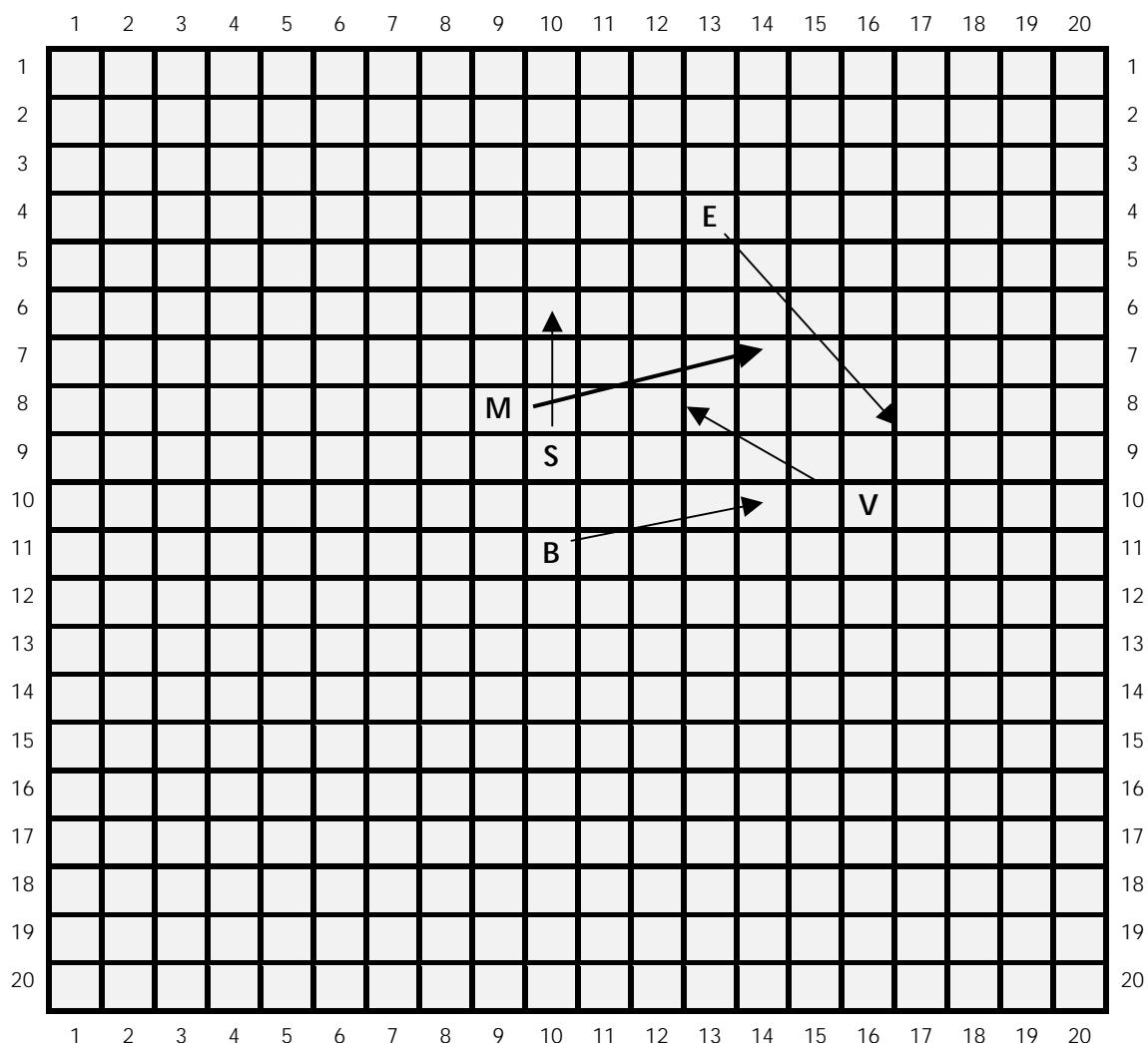


Abbildung 2.1: Schematische Darstellung des Familienskulptur-Tests (FST) mit einer möglichen Figurenkonstellation. Die Pfeile repräsentieren die Blickrichtungen der jeweiligen Person (M=Mutter, V=Vater, E=Ego / Steller, S=Schwester, B=Bruder).

Auswahl und Anordnung der Figuren auf dem Brett erlauben Rückschlüsse auf die folgenden strukturellen Merkmale der Familie:

- Hierarchie (Macht - Ohnmacht, Dominanz - Unterordnung)
- zeitlich-räumliche Entfernung (Distanz - Nähe)
- Beziehung (Zuwendung - Abwendung, Sympathie - Antipathie)

Jede Figurenklasse ist in vier verschiedenen Größen vorhanden. Die Stärke des Einflusses bzw. Dominanz in der Familie wird für jede Person anhand der von der Testperson ausgewählten Figurengröße ermittelt. Je größer die Figur, desto größer der Einfluß der Person in der Familie (Tab. 2.4). Daraus ergeben sich für eine fünf-köpfige Familie fünf Variablen für die Größe der

einzelnen Figuren.

Tabelle 2.4: Größe der Figuren des Familienskulptur-Tests in cm

Größe	Durchmesser (cm)	Höhe (cm)
Größe 1	2,0	10,0
Größe 2	2,4	12,0
Größe 3	2,6	17,0
Größe 4	3,0	22,0

Die räumliche Entfernung zwischen zwei Figuren auf dem Brett soll darstellen, wieviel Zeit diese beiden Figuren gemeinsam verbringen (freiwillig oder unfreiwillig). Nähe auf dem Brett ist also ein Ausdruck von physischer Nähe ohne Berücksichtigung affektiver Komponenten. Sowohl die zylindrischen als auch die quaderförmigen Figuren weisen eine schräg abgeflachte Seite auf, die die Vorderseite einer Figur bzw. deren Blickrichtung darstellen soll. Diese Blickrichtung drückt aus, zu welchen anderen Familienmitgliedern sie ein besonders vertrautes Verhältnis unterhält (Abb. 2.2). Die Zuwendung der abgeflachten Vorderseite der Figur wird also im Sinne emotionaler Zuwendung oder Sympathie interpretiert. Bei x Familienmitgliedern erhält man $(x^2 - x)$ Variablen.

Tabelle 2.5: Zusammenhang zwischen Familiengröße und Variablenanzahl im Familienskulptur-Tests (FST)

Familiengröße	Größe	Entfernung	Blickwinkel	gesamt
Drei Personen	3	3	6	12
Vier Personen	4	6	12	22
Fünf Personen	5	10	20	35
Sechs Personen	6	15	30	51
Sieben Personen	7	21	42	70

Wegen dem in Tab. 2.5 aufgezeigten exponentiellen Zusammenhang zwischen Familiengröße und Variablenanzahl wurde die Anzahl der auszuwertenden Familienmitglieder auf maximal fünf begrenzt: Steller, Vater, Mutter, ältester Bruder, älteste Schwester. Die Einbeziehung eines zweiten Bruders bzw. einer zweiten Schwester hätte außerdem zu keiner sinnvollen Interpretation von Mittelwertunterschieden führen können, da die Anzahl der Familien mit zwei oder mehr Söhnen bzw. zwei oder mehr Töchtern in beiden Gruppen zu gering war, um zu einer sinnvollen Aussage zu gelangen (s. Tab. 5.1).

Trotz aller äußerlichen Ähnlichkeiten des Familienskulptur-Tests mit projektiven Testverfahren ist darauf hinzuweisen, daß keine Interpretation des vom Steller gezeigten Verhaltens erfolgt. Der Steller wird vor Testbeginn konkret über die Operationalisierungen der drei Variablen Macht, Nähe und Zuwendung informiert. Die schriftliche Instruktion (s. Anhang A-51) der Probanden, die festgelegte Operationalisierung der Konstrukte sowie die genaue Skalierung der Maße für die drei Dimensionen durch Figurengröße, Entfernung und Blickwinkel machen den FST zu einem reliablen Meßinstrument. Die vorab genau definierten Protokollierungs- und Auswertungsprozeduren sichern die Objektivität der Meßergebnisse. Protokollbogen und -instruktionen befinden sich im Anhang (A-52/53).

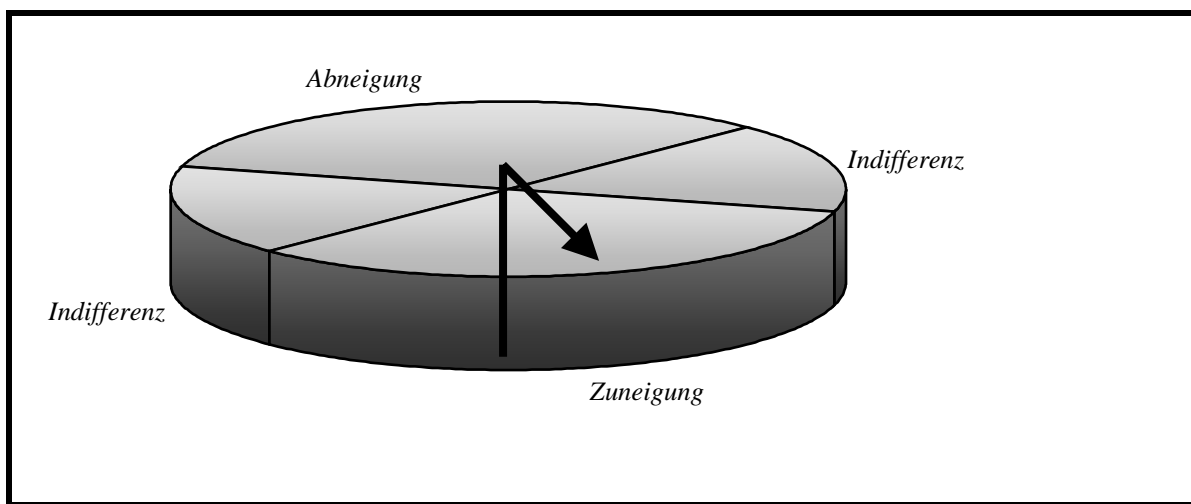


Abbildung 2.2: Emotionale Zuwendung und deren Operationalisierung durch Blickfelder: 0 - 60° = Zuneigung, 60° - 120° = Indifferenz, 120° - 180° Abneigung (rechts oder links). Der Pfeil zeigt die Blickrichtung der aktiven Person, die Referenzperson steht in einem der Blickfelder in einem bestimmten Winkel zur Blickrichtung.

Familienskulptur-Test und Fragebogen zur Herkunftsfamilie ergänzen sich gut bei der Erfassung von besonderen Interaktionsmustern in den Herkunftsfamilien transsexueller Frauen.

2.1.4 Der Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität (DFTI)

Bei dem Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität (DFTI) handelt es sich um eine vorläufige Version eines die Diagnostik im Bereich Transsexualität unterstützenden Inventars (s. Anhang A-2). Bei der Entwicklung dieses Fragebogens wurden die folgenden Zielsetzungen zugrunde gelegt:

- Der Fragebogen sollte einen möglichst großen Bereich transsexuellen Verhaltens abdecken.
- Der Fragebogen sollte den diagnostischen Entscheidungsprozess bei der Fragestellung Transsexualität / Differentialdiagnose unterstützen und rationalisieren.
- Der Fragebogen sollte als standardisiertes Instrument bei der Erfassung von Daten für die Forschung einsetzbar sein.
- Der Fragebogen sollte flexibel handhabbar sein, sowohl als strukturiertes Erstinterview in der Hand des Diagnostikers, als auch als Fragebogen, den der Klient selbständig zu Hause ausfüllen kann.

Zunächst wurde ein umfangreicher Fragenpool angelegt. Dabei wurden Fragen zu den Themen gesammelt, die für die Begutachtung besonders wichtig erscheinen.

- Alter, Geschlecht, Familienstand
- Schul- und Berufsabschlüsse
- Berufstätigkeit
- Kinder
- Geschwisterzahl und -reihenfolge
- Vollständigkeit der Familie
- Auszug aus dem Elternhaus
- Wohnverhältnisse
- Entwicklungsstatus der Transsexualität
- transsexuelle Wünsche, Zweifel

- Reaktion des Umfeldes
- Peergroup
- Kleidungsverhalten und Imitation
- Spielverhalten
- geschlechtstypische Berufswünsche
- Mutilation
- Hormonbehandlung
- Sexuelle Übergriffe in Kindheit und Jugend
- Körperschema
- Sexuelle Erfahrungen
- Libido
- Fetischismus
- Einstellungen gegenüber Homosexualität
- Partnerschaft
- Prostitution
- sexuelles Vermeidungsverhalten
- sexuelle Funktionsstörungen
- ggf. Schwangerschaften
- Lebenszufriedenheit
- Akzeptanzprobleme im Umfeld
- Suizid
- psychischer Allgemeinzustand
- soziale Ressourcen
- Selbsthilfegruppen
- Alternativen
- Unsicherheiten
- Ursachen
- Validität des Fragebogens
- Zumutbarkeit
- Erfahrungen mit Therapeuten, Gutachtern und Selbsthilfegruppen
- Grund der Inanspruchnahme
- Differentialdiagnose
- transsexuelle Phase
- Zusatzdiagnosen
- Auffälligkeiten
- Konstitutions- und Behaarungstyp
- Überzeugungsfähigkeit
- Zusatzuntersuchungen
- Fremdanamnese
- Weitere Maßnahmen

Diese Untersuchungsfragen lassen sich in fünf Bereiche einteilen (Tab. 2.6), für die jeweils ein unabhängiger Teilfragebogen erstellt wurde:

Tabelle 2.6: Themenbereiche der Teilfragebögen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI)

Teil	Themenbereich
I.	Soziodemographischer und soziokultureller Hintergrund
II.	Psychosexuelle Entwicklung und Status
III.	Sexuelle Orientierung und Zukunftsplanung
IV.	Individualpsychologischer Hintergrund und Prognostik
V.	Beurteilung des Fragebogens
IV.	Fremdbeurteilung durch den Arzt

Teilfragebogen I erfaßt den soziodemographischen und soziokulturellen Hintergrund des Klienten. Er beinhaltet 15 Fragen zu Alter, Geschlecht, Schulabschluß, Berufsausbildung und -tätigkeit, Familienverhältnissen, Familienstand, Wohnsituation und eigenen Kindern.

Teilfragebogen II fragt nach der psychosexuellen Entwicklung und dessen derzeitigem Status. Dabei werden Fragen zu Geschlechtsidentität und Rollenwunsch, Reaktionen von Familie und Umwelt auf geschlechtsuntypisches Verhalten, Vorbilder in Kindheit und Jugend, Peergroup, Kleidungsgewohnheiten, Spielverhalten in der Kindheit, berufliche Identität, sexuellem Mißbrauch und Akzeptanz der körperlichen Erscheinung formuliert.

Teilfragebogen III deckt den Bereich der sexuellen Orientierung und des Sexualverhaltens ab. Dabei werden auch zukünftige Entwicklungen und Neuorientierungen berücksichtigt. Aufgeführt sind Fragen zu

Teilfragebogen IV betrifft vor allem die Einschätzung der derzeitigen Lebensqualität, der Lebenszufriedenheit, der Schwierigkeiten mit Partner, Kollegen, Freunden und Familie und des psychischen Befindens. Außerdem werden, prognostisch wichtig, suizidales Verhalten und Suizidgefährdung erfragt, sowie die Möglichkeiten zur Aktivierung psychischer Ressourcen in Freundes- und Familienkreis.

Teilfragebogen V wurde konzipiert, um auch die Betroffenen in den Prozess der Entwicklung dieses Inventars einbeziehen zu können. Hier finden sich zum einen Fragen zu Verständlichkeit, Eindeutigkeit und Vertretbarkeit der Fragestellungen, zum anderen können die Klienten Aussagen über fehlende oder redundante Fragebereiche machen.

Teilfragebogen VI wird nur der Vollständigkeit halber erwähnt, da er in der hier vorgetragenen Arbeit noch nicht zur Anwendung kam. Dieser Teil soll dem begutachtenden Arzt oder Psychologen vor allem dazu dienen, eine eigene Einschätzung über das äußere Erscheinungsbild und Auftreten des Klienten abzugeben.

Die vorläufige Fassung des DFTI kam in dieser Untersuchung zum ersten Mal zu Einsatz. Zur Validität des Fragebogens können daher nur wenige Daten vorgetragen werden. In Teilfragebogen V befanden sich zur Validitätseinschätzung drei Fragen:

1. Waren die Fragen eindeutig und verständlich gestellt?
2. Glauben Sie, daß dieser Fragebogen dazu geeignet ist, Ihre Geschlechtsproblematik hinlänglich darzulegen?
3. Meinen Sie, daß die Fragen, insbesondere solche zum Intimbereich, für die Betroffenen zumutbar sind?

Frage 1 war sowohl Untersuchungs- als auch Vergleichsgruppe gestellt worden (Tab. 2.7). Sie wurde von den transsexuellen Frauen durchweg positiv beantwortet. In der Vergleichsgruppe dagegen antworteten die Hälfte der Teilnehmerinnen die Frage mit „selten“. Die Unterschiede in der Einschätzung der Verstehbarkeit der Fragen könnte dadurch bedingt sein, daß die Vergleichsgruppe nur eine Auswahl der Fragen vorgelegt bekamen, während die Untersuchungsgruppe eine komplette und damit inhaltlich zusammenhängende Serie von Fragen erhielt.

Tabelle 2.7: Düsseldorf Fragebogens zur Transidentität (DFTI): Prozentuale Verteilung der Frage zur Eindeutig- und Verständlichkeit

Waren die Fragen eindeutig und verständlich gestellt?	TS (n=20)	VG (n=20)
nie	0,00	0,00
selten	0,00	50,00
manchmal	0,00	0,00
meistens	75,00	40,00
immer	25,00	10,00

TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Die nächsten beiden Fragen betrafen nur die transsexuelle Untersuchungsgruppe und wurden daher der Vergleichsgruppe nicht vorgelegt. In einer von Czack (1997) als Diplomarbeit vorgelegten Parallelstudie, in der eine für transsexuelle Männer angepasste Version des DFTI benutzt wurde, zeigte sich ein ähnliches Antwortverhalten wie bei der weiblichen Untersuchungsgruppe dieser Studie.

Die Eignung des Fragebogens für eine Darstellung ihrer Geschlechtsproblematik wurde von den weiblichen Transsexuellen auf einer Skala von 0 bis 7 durchschnittlich leicht positiv bei knapp 4 einschätzt (Tab. 2.8).

Tabelle 2.8: Düsseldorf Fragebogens zur Transidentität (DFTI): Visuelle Analogskala: überhaupt nicht (0) - voll und ganz (7)

Glauben Sie, daß dieser Fragebogen dazu geeignet ist, Ihre Geschlechtsproblematik hinlänglich darzulegen?	TS (n=20)
Mittelwert	3,98
Standardabweichung	1,96

TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Bezüglich der Zumutbarkeit der Intimität der Fragen wurde von den weiblichen Transsexuellen zu mehr als zwei Dritteln angegeben, daß sie alle Fragen für zumutbar halten. Nur fünf Prozent hielten wenige oder keine der Fragen für zumutbar (Tab. 2.9).

Tabelle 2.9: Düsseldorf Fragebogens zur Transidentität (DFTI): Prozentuale Verteilung der Frage zur Zumutbarkeit

Meinen Sie, daß die Fragen, insbesondere solche zum Intim-bereich, für die Betroffenen zumutbar sind?	TS (n=20)
keine	0,00
wenige	5,00
viele	25,00
alle	70,00

TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

2.2 Planung der Untersuchung

Die Studie wurde in Zusammenarbeit mit dem Sozial-Psychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes Düsseldorf geplant und durchgeführt. Dabei wurden auch Daten erhoben, die nicht im Zusammenhang mit dem Thema dieser Diplomarbeit stehen und daher hier auch nicht erwähnt werden. Es betrifft vor allem diejenigen Daten, die mit dem Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität (DFTI) erfaßt wurden. Über den DFTI wird nur insoweit berichtet, wie er mit den Fragestellungen dieser Arbeit in Verbindung steht.

2.2.1 Untersuchungsdesign

Es handelt sich bei dieser Studie um eine systematische Beobachtung im Feld, bei der eine klinische Stichprobe von 20 als transsexuell diagnostizierten Frauen auf familiäre Variablen untersucht wurden, die mit der Genese der Transsexualität in Zusammenhang stehen könnten. Die Studie ist darauf angelegt, möglichst viele Variablen ökonomisch zu erfassen, ohne immer auf eine Entscheidung bzgl. gerichteter Hypothesen abzielen. Es soll eine Datenbasis geschaffen werden, auf deren Grundlage exaktere Hypothesen formuliert werden können. Die Untersuchung einer Vergleichsgruppe aus 20 psychiatrisch unauffälligen Frauen ermöglicht die Daten der klinischen Stichproben zu relativieren.

Tabelle 2.10: Die unabhängigen Variablen der Untersuchung zu den Strukturen der Herkunftsfamilie transsexueller Frauen: Gruppen und Fragenkomplexe

UV	klinische Gruppe 20 TS (FzM)	Vergleichsgruppe 20 Frauen
Familienskulptur-Test (FST): drei Dimensionen	*	*
Fragebogen zur Herkunftsfamilie (HER-FAM): fünf Dimensionen	58 Fragen	58 Fragen
Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität (DFTI)		
▪ Teil I: Soziodemographischer und soziokultureller Hintergrund (15 Fragen)	15 Fragen	15 Fragen
▪ Teil II: Psychosexuelle Entwicklung und Status	33 Fragen	20 Fragen
▪ Teil III: Sexuelle Orientierung und Zukunftsplanung	21 Fragen	3 Fragen
▪ Teil IV: Individualpsychologischer Hintergrund und Prognostik	22 Fragen	10 Fragen
▪ Teil V: Beurteilung des Fragebogens	7 Fragen	2 Fragen
Bem Sex-Role-Inventary: vier Dimensionen	60 Items	60 Items
Insgesamt	216 Variablen	168 Variablen

TS (F.z.M.) = Frau-zu-Mann-Transsexuelle = weibliche Transsexuelle

**) Anzahl der Variablen je nach Größe der Herkunftsfamilie, die mit der Untersuchungsperson im Alter zwischen 10 und 14 Jahren im selben Haushalt zusammenwohnte.*

Um geschlechtsspezifische Versuchsleitereffekte zu kontrollieren, wurde jeweils die Hälfte der Teilnehmer beider Gruppen per Zufall einem männlichen bzw. einem weiblichen Untersucher zugewiesen. Dieses Vorgehen war möglich, da etwa zur gleichen Zeit eine kontrollierte Studie an männlichen Transsexuellen mit ähnlicher Fragestellung und Design durchgeführt wurde (Czack, 1997). Jeder der beiden Untersucher testete also die Hälfte der Teilnehmer der jeweils anderen Studie. Tab. 2.10 zeigt den Untersuchungsplan mit der Anzahl der erhobenen Variablen.

2.2.1 Stichprobenkriterien

Die Untersuchungsgruppe besteht aus einer nicht randomisierten klinischen Stichprobe von zwanzig weiblichen Frau-zu-Mann-Transsexuellen, die von einem Amtsarzt des Düsseldorfer Gesundheitsamtes nach vorher festgelegten Kriterien selektiert wurde. Diese Kriterien waren:

- Ursprünglich weiblicher Phänotyp,
- Diagnose einer Transsexualität nach den Standards der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (s. Abschnitt 1.3.3) sowie
- Aufwachsen in der eigenen oder einer Pflegefamilie (nicht im Pflegeheim).

Das dritte Kriterium war notwendig, um die Datengewinnung durch den Familienskulptur-Test sicherzustellen. Wegen der niedrigen Prävalenz weiblicher Transsexualität konnte eine Gruppenhomogenität bzgl. der Transitionsphase der Frauen nicht gewährleistet werden. Die Frauen befanden sich in allen möglichen Phasen der Umwandlung, von der fortgeschrittenen Orientierungsphase bis zur abgeschlossenen operativen Geschlechtsangleichung (s. Abschnitt 3.3).

Bei der Vergleichsgruppe wurde darauf geachtet, daß Minimum und Maximum des Lebensalters der Untersuchungsgruppe nicht wesentlich unter- bzw. überschritten wurde (keine echte Parallelisierung). Außerdem wurden die Teilnehmerinnen absichtlich nicht wie üblich aus den universitären Bezügen rekrutiert, um einen Bildungseffekt möglichst gering zu halten. Es galten die folgenden Auswahlkriterien:

- Offensichtlicher weiblicher Phänotyp,
- offensichtliche psychiatrische Unauffälligkeit sowie
- Aufwachsen in der eigenen oder einer Pflegefamilie (nicht im Pflegeheim).

2.3 Durchführung der Untersuchung

2.3.1 Stichprobengewinnung

Um einen Selbstzuordnungseffekt zur Untersuchungsgruppe weitgehend zu kontrollieren, wurde darauf verzichtet, aus dem Adressenbestand des Amtes ehemalige Klienten mit der entsprechenden Diagnose anzuschreiben. Vielmehr wurden Klienten, die sich seit Beginn der Untersuchung in der Sprechstunde des Amtsarztes einfanden auf die entsprechenden Kriterien überprüft und dann ggf. aufgefordert, an der Untersuchung teilzunehmen. Es konnten fast alle im Untersuchungszeitraum zur Sprechstunde erscheinenden transsexuellen Frauen zur Teilnahme bewegt werden (eine Weigerung, zwei Frauen erschienen nicht zur Testung). Die Rekrutierung und Testung der Untersuchungsgruppe erstreckte sich über den Zeitraum von August bis Dezember 1997.

Die Vergleichsgruppe wurde im gleichen Zeitraum untersucht. Sie wurde entsprechend dem offensichtlichen phänotypischen Geschlecht aus dem nicht-universitären Lebensumfeld des Untersuchers zusammengestellt. Als Motivationsanreiz für die ca. zwei-stündige Untersuchung diente eine von der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf finanzierte Aufwandsentschädigung von DM 14,00 pro Teilnehmerin.

2.3.2 Datenerhebung

Die eigentliche Untersuchung wurde für die Untersuchungsgruppe in einem Konferenzraum

des Sozial-Psychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes durchgeführt, in der Regel am späten Nachmittag. Dabei wurden die Teilnehmer mündlich und schriftlich darauf hingewiesen, daß die während der Untersuchung gewonnenen Daten grundsätzlich anonym und nur auf ausdrücklichen Wunsch der Klienten in die Akten des Amtsarztes aufgenommen werden bzw. in evtl. anstehende Gutachten einfließen (s. Anhang A-2).

Für die Erhebung der Daten der Vergleichsgruppe wurden den Teilnehmerinnen derselbe Raum angeboten, doch fanden auch einzelne Untersuchungen in den Räumen der Universität oder abends in privaten Räumen des Untersuchers bzw. der Teilnehmerinnen statt.

Nach einer knappen mündlichen Information über Thema und Ablauf der Untersuchung (Tab. 2.11) wurden die Teilnehmer über die anonyme Behandlung der Daten informiert. Sie sollten jeden der vorgelegten Fragebögen mit einem frei wählbaren gleichen Codewort kennzeichnen, so daß für die Auswertung zusammengehörige Fragebögen identifiziert werden konnten. Nach dieser Einführung erhielten die Teilnehmer die ersten beiden Fragebögen zusammen mit einer schriftlichen Instruktion (s. Anhang A-44, A-45), die sie ausfüllten, während der Untersucher zwar ansprechbar war, sich jedoch mit der Vorbereitung des Familienskulptur-Test beschäftigte. Nachdem die ersten beiden Fragebögen, Bem Sex-Role-Inventory (BSRI) und Fragebogen zur Herkunftsfamilie (HER-FAM), ausgefüllt waren, wurden die Teilnehmer über den Familienskulptur-Test (FST) instruiert, zunächst schriftlich (s. Anhang A-51), danach je nach Bedarf mündlich während der Bearbeitung der Aufgaben. Der FST wurde mit einstimmenden offenen Fragen über die Herkunftsfamilie begonnen. Wie auch schon im Fragebogen zur Herkunftsfamilie sollten sich die Teilnehmer an die Herkunftsfamilie zu der Zeit erinnern, als sie zwischen 10 und 14 Jahre alt waren. Im Verlauf des Tests und nach Maßgabe der Auffassungsgabe der Teilnehmer wurden die Fragen geschlossen. Es wurde besonders darauf geachtet, den Stellern die eigene Wahrnehmung der Skulptur zurückzumelden, so daß für diesen die Möglichkeit bestand, die Konstellation der Figuren zu korrigieren. Nachdem der Teilnehmer alle drei Aufgaben zu seiner Zufriedenheit gestellt hat, wurde ihm der letzte, etwas umfangreichere Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität (DFTI) vorgelegt, dem, wie auch den vorausgehenden Fragebögen, ein Instruktionsblatt vorgeheftet ist (s. Anhang A-2). Während der Bearbeitung durch den Untersuchungsteilnehmer notierte der Untersucher die fertige Familienskulptur auf dem dafür vorgesehenen Protokollbogen (s. Anhang A-53).

Tabelle 2.11: Ablauf und zeitliche Planung der Untersuchung der klinischen Gruppe sowie der Vergleichsgruppe

Ablauf	Dauer (Minuten)
Allgemeine Einführung	ca. 10
Bem Sex-Role-Inventory	ca. 15
Fragebogen zur Herkunftsfamilie	ca. 20
Familienskulptur-Test	ca. 45
Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität	ca. 30 / ca. 45 *
Klärung offener Fragen bzgl. des Projekts	ca. 10
Gesamtdauer	ca. 120 / ca. 135 *

**) Die Untersuchungsgruppe bekam für im DFTI mehr Fragen, als die Vergleichsgruppe (s. Tab. 2.3)*

2.4 Statistische Auswertung

Für die Erfassung sowie die statistische Berechnung der Daten wurden für jedes Erhebungsinstrument eine Tabelle in Microsoft™ Excel 7.0 für Windows 95 angelegt. Die Tabellen wurden so programmiert, daß über die Zeilen bzw. Spalten der Tabelle den Skalenniveaus entsprechend Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen, Mediane,

Minima und Maxima der einzelnen Variablen automatisch errechnet wurden. Die inferenzstatistische Prüfung der Mittelwerte erfolgte mittels SPSS für Windows (Student Version).

Alle mindestens ordinal skalierten Werte wurden zuerst auf Normalverteilung getestet (Kolmogorow-Smirnow-Test) und dann entsprechend den Ergebnissen dieses Tests auf signifikante Mittelwertunterschiede über das Verfahren von Mann-Whitney (U-Test) oder, in einigen wenigen Fällen, über den T-Test. Die Häufigkeitsverteilung nominal skalierte Daten wurden per Hand nach Fisher's Exaktem Test (Diehl & Arbinger, 1990) auf signifikante Gruppenunterschiede hin untersucht.

Ziel der Untersuchung war es, auch feinste Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen zu erfassen, da es sich bei dieser Studie zusammen mit der von Czack (1997) an Männern durchgeführten Parallelstudie um eine erste Anwendung der vier hier genutzten diagnostischen Mittel auf transsexuelle Stichproben handelt. Es wurde als in negativer Hinsicht folgenreicher eingeschätzt, vorhandene Mittelwert- oder Verteilungsunterschiede zu übersehen, als nicht-vorhandene Unterschiede durch ein niedriges Signifikanzniveau fälschlicherweise überzubewerten. Daher schien es gerechtfertigt, der Kontrolle des Betafehlers mehr Beachtung zu schenken als dem Alphafehler. Das Risiko eines Fehlers zweiter Art wurde dadurch gemindert, daß α ohne Adjustierung unabhängig von der Anzahl der Hypothesen jeweils auf 10%, 5% und 1% festgelegt wurde.

2.4.1 Bem Sex-Role-Inventory (BSRI)

Als Rohwerte gingen die Mittelwerte der semantisch definierten Ratingskala (1 bis 7) gruppenweise in die Berechnung ein (Zuordnung der einzelnen Items zu den drei Skalen *Femininität*, *Maskulinität* und *Soziale Erwünschtheit*). Die Variablen der vierten Dimension *Androgynität* wurde durch die fallweise Betragsbildung der Differenzen zwischen den Maskulinitäts- und Femininitätscores gebildet.

Tab. 2.13: Zuordnung der Items der deutschen Fassung des Bem Sex-Role-Inventory zu den drei Skalen *Femininität*, *Maskulinität* und *soziale Erwünschtheit*

Maskulinität	Femininität	Soziale Erwünschtheit
1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
22	23	24
25	26	27
28	29	30
31	32	33
34	35	36
37	38	39
40	41	42
43	44	45
46	47	48
49	50	51
52	53	54
55	56	57
58	59	60

2.4.2 Fragebogen zur Herkunftsfamilie (HER-FAM)

Als Rohwerte gingen die Variablen der semantisch definierten Ratingskala (0 bis 3) gruppenweise in die Berechnung ein (zur Zuordnung der einzelnen Items zu den fünf Skalen *Häufige Auseinandersetzung* (vs. *geringe Auseinandersetzung*), *Verstrickung* (vs. *Autonomie*), *Verantwortung ablehnen* (vs. *Verantwortung übernehmen*), *Spaltung partnerschaftlicher Koalitionen* (vs. *Weiterentwicklung*) und *Soziale Erwünschtheit*, sowie die Berücksichtigung positiver und negativer Polung (s. Anhang A-50).

2.4.3 Familienskulptur-Test (FST)

Für die Dimension zeitlich-räumliche *Nähe* (vs. *Distanz*) konnte aufgrund des computergestützten ökonomischen Rechenverfahrens eine exaktere Berechnung der Abstände der Figuren auf dem Brett erfolgen, als es in früheren Arbeiten zum Familienskulptur-Tests mit manueller folienunterstützter Auswertung geschehen ist. Die Vergleichbarkeit der Daten mit denen anderer Untersucher, die nach dem herkömmlichen Verfahren auswerten, ist dadurch nicht gefährdet. Die Ergebnisse bilden die Relationen auf dem Stellbrett nur mit höherer Auflösung ab, so daß Gruppenunterschiede durch die Verringerung der Fehlervarianz mit einer höheren Wahrscheinlichkeit erfaßt werden können. Die Berechnung der Entfernungen erfolgte über die Koordinaten der Figuren auf dem Brett (Satz des Pythagoras). Die Entfernung zweier Personen von einander entspricht dabei der Wurzel der Summe der quadrierten Abweichungen der Koordinaten in vertikaler und horizontaler Richtung.

Für die Dimension Zuneigung (vs. Abneigung) wurde ebenfalls ein genaueres Verfahren zur Berechnung angewandt. Dabei wurde die bisher übliche Abbildung der möglichen Blickwinkel (360 Grad im Kreis) auf eine Skala von -9 bis +9 aufgegeben zugunsten einer Abbildung auf eine stetige Skala von 0 bis 180 entsprechend dem Neigungswinkel ohne Differenzierung zwischen Neigung nach links oder rechts. Die Berechnung des Blickwinkels erfolgt dabei über die Arcuscossinus-Funktion.

Zum Vergleich von Daten des herkömmlichen und des neuen Berechnungsmodus müssen die einen in das Äquivalent des anderen umgerechnet werden. Die Umrechnung ist in Tab. 2.13 verdeutlicht.

Tabelle 2.13: Umrechnung der Blickwinkel (α) in die Werte für die Zuneigung, so wie sie in vorherigen Arbeiten zum Familienskulptur-Test verwendet wurden

Intervalle (Winkel in Grad)		Folien-unterstützte Auswertung	Bereich (s. Abb. 2.2)
Winkelbereich links	Winkelbereich rechts	Wert	Affekt
[0;10[	[350;360[	9	
[10;20[	[340;350[	8	
[20;30[	[330;340[	7	Zuneigung
[30;40[	[320;330[	6	+ 1
[40;50[	[310;320[	5	
[50;60[	[300;310[	4	
[60;70[	[290;300[	3	
[70;80[	[280;290[	2	
[80;90[	[270;280[	1	Indifferenz
[90;100[	[260;270[	-1	0
[100;110[	[250;260[	-2	
[110;120[	[240;250[	-3	
[120;130[	[230;240[	-4	
[130;140[	[220;230[	-5	
[140;150[	[210;220[	-6	Abneigung
[150;160[	[200;210[	-7	- 1
[160;170[	[190;200[	-8	
[170;180[	[180;190[	-9	

Für die Dimension *Dominanz (vs. Unterordnung)* wurde entsprechend der Größen der Figuren 1 bis 4 kodiert, was der von den Autoren des Tests vorgeschlagenen Auswertung entspricht (Tutenberg, 1992).

2.4.4 Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität (DFTI)

Die Antworten der Ratingskalen wurde in cm vom linken Rand übernommen, Variablen auf Nominal- oder Ordinalskalenniveau wurden je nach Anzahl der Antwortmöglichkeit 1 bis n, nein / ja Antwortmöglichkeiten 0 / 1 kodiert. Detaillierte Ergebnisausdrucke sind im Anhang ab A-61 abgebildet.

3. Beschreibung der Stichproben

3.1 Soziodemographische Beschreibung

Der soziodemographische Teil des DFTI (Teil I) wurde dazu verwendet, wichtige soziologische Variablen zu erfassen, die einen Einfluß auf die Untersuchungsvariablen haben könnten. Auf diese Weise konnte geprüft werden, ob Untersuchungs- und Vergleichsgruppe in Bezug auf diese Variablen äquivalent sind oder ob nicht Unterschiede in den Untersuchungsvariablen auf die Verschiedenheit der beiden Gruppen in diesen Variablen zurückgeführt werden müssen.

Zunächst wurde nach dem Alter der Teilnehmer der Studie gefragt. Die Begrenzung des Alters der Vergleichsgruppe auf ein Minimum von 16 und ein Maximum von 42 Jahren hat in ausreichender Weise dazu geführt, das Alter in beiden Gruppen in etwa konstant zu halten. Der Gruppenmittelwert des Alters zum Erhebungszeitpunkt unterscheidet sich nicht in beiden Gruppen. Allerdings liegen Minimum und Maximum der Altersangaben in der Vergleichsgruppe trotz des oben genannten Kriteriums um zwei bzw. drei Jahre niedriger als in der Untersuchungsgruppe (Tab. 3.1, Spalte 1).

Vier Personen der Untersuchungsgruppe und zwei Personen der Vergleichsgruppe lebten zum Zeitpunkt der Erhebung noch bei den Eltern. Die Teilnehmer beider Gruppen lebten im Durchschnitt seit 7,37 (TS) bzw. 8,23 (VG) Jahren nicht mehr bei den Eltern. In beiden Gruppen zogen die Frauen im Alter um die 20 Jahre von zu Hause aus (Tab. 3.1, Spalte 2).

Tabelle 3.1: Gruppenmittelwerte, Standardabweichungen, Minima und Maxima des Alters der Untersuchungsteilnehmer zum Zeitpunkt der Studie und zum Zeitpunkt des Auszugs aus dem Elternhaus bzw. der Pflegefamilie

Gruppe	Dimension	Alter zum Erhebungszeitpunkt	Alter bei Haushaltsgründung
TS	Mittelwert	27,68	20,31
	Standardabw.	5,91	4,60
	n	19	16
	Minimum	18,0	15,0
	Maximum	40,0	31,0
VG	Mittelwert	27,90	19,67
	Standardabw.	5,83	2,63
	n	20	18
	Minimum	16,0	16,0
	Maximum	37,0	26,0

*Anmerkung: U-Test bzw. T-Test (t): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$, ***) signifikant $p < 0,01$
TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten*

In Tabelle 3.2 sind die Angaben der Probanden zu ihrem letzten erreichten Schulabschluß zu finden. Hier zeigen sich bedeutende Unterschiede zwischen den Gruppen. Während in der Untersuchungsgruppe nur neun Personen den Hauptschulabschluß erreichen konnten (gegenüber zwei Personen in der Vergleichsgruppe), erreichten in der Vergleichsgruppe elf Personen einen gymnasialen Schulabschluß (gegenüber drei Personen in der Untersuchungsgruppe). Der Anteil an Mittelschulabschlüssen lag in beiden Gruppen bei 20%. Es ist also festzuhalten, daß die Vergleichsgruppe hinsichtlich des Bildungsniveaus erheblich über der Untersuchungsgruppe liegt.

Tabelle 3.2: Prozentuale Verteilung der Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI): Schulabschlüsse

Schulabschluß	TS (n=20)	VG (n=20)
Hauptschule	45,0	10,0
Realschule	20,0	20,0
Gymnasium	15,0	55,0
Gesamtschule	0,0	0,0
Berufsfachschule	0,0	0,0
Fachoberschule	10,0	0,0
Fachhochschule	5,0	5,0
Universität	5,0	5,0
ohne Abschluß	0,0	5,0

Anmerkung: TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Entsprechend zeigte sich auch ein großer Unterschied bei den Berufsabschlüssen (Tab. 3.3). Während in der Untersuchungsgruppe zwölf der Befragten ohne eine berufliche Ausbildung blieben, waren es in der Vergleichsgruppe nur sechs. Bei den Lehrberufen stellen sich die Verhältnisse genau umgekehrt dar: Doppelt so viele Personen der Vergleichsgruppe verfügten über einen Abschluß in einem Lehrberuf als Personen der Untersuchungsgruppe. In beiden Gruppen war nur jeweils ein Akademiker zu finden.

Tabelle 3.3: Prozentuale Verteilung der Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI): Berufsabschlüsse

Berufsabschlüsse	TS (n=20)	VG (n=19)
Lehrberuf	30,0	57,89
Fachhochschulabschluß	5,0	5,26
Akademischer Abschluß	5,0	5,26
ohne Berufsausbildung	60,0	31,58

Anmerkung: TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

In Tabelle 3.4 zeigt sich, daß die nicht-transsexuelle Gruppe doppelt so häufig im Angestellten- oder Beamtenverhältnis arbeitete als die transsexuelle Gruppe (zwölf bzw. sechs Personen). Die transsexuellen Frauen arbeiteten dafür wiederum dreimal so häufig als Arbeiterinnen als die Frauen der Vergleichsgruppe (sechs bzw. zwei Personen). In beiden Gruppen hatten ein Viertel bzw. ein Fünftel der Teilnehmer zum Zeitpunkt der Erhebung noch keine Berufserfahrung.

Tabelle 3.4: Prozentuale Verteilung der Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI): vorangegangene Berufstätigkeit

Berufstätigkeit	TS (n=20)	VG (n=19)
ohne Berufserfahrung	25,0	21,05
Arbeiter/in	30,0	10,53
Facharbeiter/in	5,0	0,00
Angestellte/r, Beamte/er/in	30,0	57,89
leitender Angestellte/r, höhere Beamte/er/in	0,0	0,00
selbstständige/r Gewerbetreibende/r	0,0	5,26
Angehöriger eines freien Berufes	10,0	5,26

Anmerkung: TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Zum Zeitpunkt der Erhebung waren unter den Transsexuellen zwölf Frauen erwerbslos, gegenüber sieben Frauen der Vergleichsstichprobe. Nur vier der transsexuellen Frauen befanden sich in Ausbildung (gegenüber sieben Frauen der Vergleichsgruppe). Fast die Hälfte (acht Transsexuelle) der Untersuchungsgruppe war von Arbeitslosigkeit betroffen, während in der Vergleichsstichprobe niemand arbeitssuchend war.

Tabelle 3.5: Prozentuale Verteilung der Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI): Gründe für die derzeitige Erwerbslosigkeit

Erwerbslosigkeit	TS (n=20)	VG (n=20)
nicht erwerbslos	40,0	65,0
Hausfrau/mann	0,0	0,0
Schüler/in, Lehrling, Student/in, Umschüler/in	20,0	35,0
Rentner/in, Pensionär/in	0,0	0,0
arbeitssuchend	40,0	0,0

Anmerkung: TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Insgesamt zeigt es sich, daß der soziale Status der Frauen aus der transsexuellen Stichprobe gemessen an Schulabschluß, Berufsausbildung und Berufstätigkeit deutlich niedriger ist als derjenige der nicht-transsexuellen Frauen aus der Vergleichsgruppe.

Um auch ökologische Einflußgrößen zu erfassen, wurde gefragt, wieviel Einwohner die Heimatgemeinde hat, in der die Frauen den größten Teil ihrer Kindheit und Jugend verbracht hatten. Während in beiden Gruppen knapp die Hälfte (jeweils neun Frauen) aus kleineren Gemeinden bis zu 50.000 Einwohnern stammt, scheint es, daß die übrigen Frauen der Untersuchungsgruppe eher in mittelgroßen Städten (50.000 bis 300.000 Einwohner), die übrigen Frauen der Vergleichsgruppe eher in größeren Städten (über 300.000 Einwohner) aufgewachsen sind (Tab. 3.6).

Tabelle 3.6: Prozentuale Verteilung der Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI): Größe der Heimatgemeinden

Einwohnerzahl	TS (n=20)	VG (n=19)
bis 5.000 Einwohner	10,0	10,53
bis 50.000 Einwohner	35,0	36,84
bis 300.000 Einwohner	40,0	5,26
über 300.000 Einwohner	15,0	47,37

Anmerkung: TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Bezüglich des Familienstandes (Tab. 3.7) zeigten sich keine auffallenden Unterschiede zwischen transsexuellen und nicht-transsexuellen Frauen. In beiden Gruppen waren die Frauen zum überwiegenden Teil noch ledig. In der Untersuchungsgruppe befanden sich zwei Frauen, die verheiratet waren bzw. geschieden sind, in der Vergleichsstichprobe waren es vier Frauen.

Tabelle 3.7: Prozentuale Verteilung der Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI): Familienstand

Familienstand	TS (n=20)	VG (n=20)
ledig	90,0	80,0
verheiratet	0,0	5,0
geschieden	10,0	15,0

Anmerkung: TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Die aktuelle Wohnsituation (Tab. 3.8) der transsexuellen Frauen zeichnete sich dadurch aus, daß sie zum Erhebungszeitpunkt immerhin noch zu einem Viertel im elterlichen Haushalt lebte (gegenüber nur 5% der nicht-transsexuellen Frauen). Sie wohnten dafür weniger häufig, nämlich zu einem Fünftel, mit einem Partner oder in einer Wohngemeinschaft, während fast die Hälfte der Frauen der Vergleichsstichprobe in dieser Form lebte. In beiden Gruppen war der Single-Haushalt die bevorzugte Lebensform, so daß ca. die Hälfte der erfaßten Personen zum Zeitpunkt der Untersuchung allein lebte.

Tab. 3.8: Prozentuale Verteilung der Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI): Wohnsituation

Wohnsituation	TS (n=20)	VG (n=20)
alleinlebend	55,0	50,0
in Haushaltsgemeinschaft mit dem Partner	10,0	25,0
bei den Eltern wohnend	25,0	5,0
in einer Wohngemeinschaft wohnend	10,0	20,0

Anmerkung: TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Wie bei transsexuellen Frauen zu erwarten ist, hatten die Frauen der Untersuchungsgruppe seltener leibliche Kinder, als die der Vergleichsstichprobe. Die nicht-transsexuellen Frauen hatten zum Untersuchungszeitpunkt doppelt so häufig Kinder wie die transsexuellen Frauen (in vier Fällen gegenüber zwei Fällen bei der Untersuchungsgruppe). Eine der transsexuellen Frauen hatte allerdings drei Kinder, so daß die Gesamtzahl der Kinder in beiden Gruppen gleich war (Tab. 3.9).

Tab. 3.9: Prozentuale Verteilung der Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI): eigene Kinder

leibliche Kinder	TS (n=20)	VG (n=20)
kinderlos	90,0	80,0
1 Kind	5,0	20,0
2 Kinder	0,0	0,0
3 Kinder	5,0	0,0

Anmerkung: TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Zusammenfassend kann man über die zum Vergleich herangezogene Stichprobe nicht-transsexueller Frauen unter soziologischen Gesichtspunkten sagen, daß sie

- ihre Bildungschancen besser wahrnehmen konnte,
- häufiger über eine Berufsausbildung verfügte,
- seltener von Erwerbs- oder Arbeitslosigkeit betroffen war,
- häufiger in Düsseldorf lebte als im Umland und
- unabhängiger vom Elternhaus war

als die Stichprobe der transsexuellen Frauen.

3.2 Beschreibung der Vergleichsgruppe

In diesem Abschnitt soll untersucht werden, ob in der Vergleichsgruppe jemals gender-dysphorische Probleme aufgetreten waren oder noch vorhanden sind.

Es zeigt sich, daß Unsicherheiten in Bezug auf die Geschlechtsidentität oder -rolle keineswegs nur von Frauen durchlebt werden, die sich selbst als transsexuell bezeichnen. Ein Viertel der zwanzig Frauen gab an, selten oder manchmal an ihrer Geschlechtsidentität gezweifelt zu haben (Tab. 3.10).

Tabelle 3.10: Prozentuale Verteilung der Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI)

Hatten Sie in irgendeiner Phase Ihres Lebens einmal ernsthaft daran gezweifelt, ein Mädchen / eine Frau zu sein?	VG (n=20)
nie	75,00
selten	10,00
manchmal	15,00
oft	0,00

Anmerkung: TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Während die Untersuchungsgruppe das Alter des ersten Zweifels an der zugewiesenen Geschlechtsidentität im Mittel auf das 10. Lebensjahr datieren, geben die fünf betreffenden Frauen der Vergleichsgruppe die ersten Zweifel erst durchschnittlich für das 13. Lebensjahr an. Hierbei ist die große Standardabweichung zu berücksichtigen – in den Gruppen wurden Altersangaben von zwei bis zwanzig Jahren gemittelt (Tab. 3.11).

Tabelle 3.11: Gruppenmittelwerte, Standardabweichungen, Minima und Maxima numerischer Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI)

Falls Sie jemals Zweifel an Ihrer geschlechtlichen Identität hatten: In welchem Alter hatten Sie diese Zweifel zum ersten Mal?	TS (n=19)	VG (n=5)
Mittelwert	9,53	12,20
Standardabweichung	5,00	5,59
Minimum	2,0	3,0
Maximum	20,0	18,0

*Anmerkung: U-Test bzw. T-Test (t): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$, ***) signifikant $p < 0,01$*

TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Tabelle 3.12 zeigt die Antworten der Vergleichsgruppe zu der Frage, ob die Frauen jemals den Wunsch nach einer anderen Geschlechtsrolle verspürt hatten. Hier konnten sich acht der Frauen daran erinnern, wenigstens einmal einen solchen Wunsch ernsthaft verspürt zu haben.

Tabelle 3.12: Prozentuale Verteilung der Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI)

Haben Sie sich in irgendeiner Phase Ihres Lebens einmal ernsthaft gewünscht, dem anderen Geschlecht zuzugehören?	VG (n=20)
nie	60,00
selten	20,00
manchmal	15,00
oft	5,00

Anmerkung: TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Das Alter, in dem dieser Wunsch zum ersten Mal verspürt wurde, wurde von diesen acht Frauen der Vergleichsgruppe im Mittel auf das 13. Lebensjahr datiert, wobei allerdings die Angaben über einen Range von 17 Jahren streuen. Die transsexuellen Frauen liegen mit Ihrer Einschätzung etwas mehr als drei Jahre unter diesem Mittelwert (Tab. 3.13)

Tabelle 3.13: Gruppenmittelwerte, Standardabweichungen, Minima und Maxima numerischer Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI)

Falls Sie jemals den Wunsch hatten, im anderen Geschlecht zu leben: In welchem Alter hatten Sie diesen zum ersten Mal?	TS (n=19)	VG (n=8)
Mittelwert	9,32	12,75
Standardabweichung	4,49	6,02
Minimum	2,0	3,0
Maximum	17,0	20,0

Anmerkung: U-Test bzw. T-Test (t): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$, ***) signifikant $p < 0,01$

TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Deutliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen betreffen die Einschätzung der Reaktionen des Umfeldes auf die Erscheinung bzw. das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer während Kindheit und Jugend (Tab. 3.14). Während die Untersuchungsgruppe zu 100 % die Erfahrung machte, von fremden Personen für einen Jungen gehalten zu werden, konnten sich in der Vergleichsgruppe nur 40 % an solche Erlebnisse erinnern, von denen die meisten diese Vorfälle auch als „selten“ charakterisierten.

Tabelle 3.14: Prozentuale Verteilung der Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI)

Sind Sie als Kind oder Jugendliche schon einmal von fremden Personen als Junge verwechselt worden?	TS (n=20)	VG (n=20)
nie	0,00	60,00
selten	0,00	25,00
manchmal	10,00	10,00
oft	90,00	5,00

Anmerkung: TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Untypisches Verhalten in Richtung auf das Gegengeschlecht während Kindheit und Jugend wurde von 17 der 20 Frauen der Vergleichsstichprobe mit unterschiedlicher Ausprägung angegeben (Tab. 3.15).

Tabelle 3.15: Prozentuale Verteilung der Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI)

Haben Sie sich als Kind oder Jugendliche manchmal jugenhaft verhalten?	VG (n=20)
nie	15,00
selten	35,00
manchmal	45,00
oft	5,00

Anmerkung: TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Ein eindeutig besseres Verhältnis zu Jungen als zu Mädchen wurde von den transsexuellen Frauen für die Zeit vor der Pubertät angegeben. Die Angaben der Vergleichsgruppe entsprach eher der entwicklungsbedingten Tendenz der Mädchen zu einer gleichgeschlechtlichen Peergroup (Tab. 3.16).

Tabelle 3.16: Prozentuale Verteilung der Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI)

Mit welchen Kindern haben Sie sich vor Beginn der Pubertät besser verstanden?	TS (n=20)	VG (n=19)
mit Jungen	85,00	42,11
mit Mädchen	10,00	58,89

Anmerkung: TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Zusammenfassend kann man also feststellen, daß sich die Vergleichsstichprobe zwar in der Regel weniger unsicher bezüglich ihrer Geschlechtsidentität oder -rolle zeigt, aber dennoch einige vorübergehende geschlechtsdysphorische Zustände bzw. geschlechtsuntypische Verhaltensweisen benennen kann. In wie weit die Vergleichsgruppe repräsentativ für nicht-transsexuelle Frauen ist, bleibt offen. Dennoch kann man vermuten, daß einzelne genderdysphorische Symptome gerade während der Pubertät durchaus häufig vorkommen.

3.3 Beschreibung der Untersuchungsgruppe

Da sich die Untersuchungsgruppe sehr heterogen bezüglich der Dauer der Störung und der Fortschritte im Zuge der angestrebten Geschlechtsumwandlung zeigte, werden an dieser Stelle zur Charakterisierung der Untersuchungsgruppe einige Daten über deren Zusammensetzung dargelegt. Wichtig erscheinen dabei vor allem das Kleidungsverhalten als Indikator der sozialen Rolle, der Grad der Offenbarung der Störung nach außen und eingeleitete medizinische und behördliche Verfahren.

Befragt nach ihrem Kleidungsverhalten gaben 13 der befragten Frauen an, immer eindeutig männliche Kleidung zu tragen (Tab. 3.17). Vier Frauen machten zu dieser Frage keine Angaben, obwohl die Beantwortung dieser Frage keine hohen Anforderungen an die Testpersonen zu stellen scheint. Nach Einschätzung des Untersuchers war das Erscheinungsbild der Frauen von der Kleidung her oft nicht so eindeutig männlich, wie die untersuchten transsexuellen Frauen glaubten. In der überwiegenden Zahl der Fälle könnte die Kleidung als unauffällig und geschlechtsneutral beschrieben werden. Trotzdem imponierten einige Personen dieser Gruppe durch einen gelungenen maskulinen Gesamteindruck, der oft durch die Folgen einer eingeleiteten hormonellen Behandlung unterstützt wurde. Ein Bartwuchs kann wohl als das deutlichste männliche Attribut bezeichnet

werden, das auch bei zweideutiger Kleidung zu einer eindeutigen Kategorisierung der Person als Mann führt.

Tabelle 3.17: Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität (DFTI): Prozentuale Verteilung der derzeitigen Kleidungspräferenzen

Welche Kleidung haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten vorwiegend getragen?	TS (n=16)
immer eindeutig weibliche Kleidung	0,00
überwiegend eindeutig weibliche Kleidung	0,00
überwiegend geschlechtsneutrale Kleidung	6,25
gleichrangig sowohl männliche als auch weibliche Kleidung	0,00
überwiegend männliche Kleidung	12,50
immer eindeutig männliche Kleidung	81,25

Anmerkung: TS = weibliche Transsexuelle, n = Antworten

Bis auf eine Ausnahme hatten alle der zwanzig als transsexuell diagnostizierten Frauen bereits aktiv Informationen über die Störung und Behandlungsmöglichkeiten der Transsexualität eingeholt. Bis auf zwei hatten sie auch schon einmal Kontakt zu Selbsthilfegruppen aufgenommen. Fast alle Frauen hatten auch Kontakt zu einem Psychotherapeuten und sich dort als transsexuell offenbart. Während die Offenlegung der Störung im engeren Freundeskreis scheinbar noch relativ leicht fiel, scheint das coming-out in an sich weniger wechselhaften Beziehungsbezügen mit größeren Schwierigkeiten verbunden zu sein. Sechzehn Frauen hatten sich in ihrer Herkunftsfamilie bereits offenbart. Nur gut die Hälfte der Frauen konnte das bisher am Arbeitsplatz und in der Partnerschaft tun. Hier muß berücksichtigt werden, daß nicht alle Frauen über einen Arbeitsplatz verfügten, bzw. in einer partnerschaftlichen Beziehung lebten (ein Viertel der Frauen hatten zum Erhebungszeitraum keine Berufserfahrung, s. Tab. 3.4). Die Präsentation in der neuen Rolle fiel den Frauen am leichtesten in Freundeskreis und Familie. Seltener trugen sie die Kleidung des gewünschten Geschlechts allein in ihrer Wohnung oder gegenüber dem Partner. Sechzehn der zwanzig Frauen waren bereits mit heterologen Hormonen behandelt worden. Einige der Frauen hatten sich einer Transformationsoperation unterzogen, ein Viertel dabei einer Korrektur der Brüste, ein Viertel (mit Überschneidungen) sogar des Genitals. Die Hälfte der transsexuellen Frauengruppe hatte bereits eine Vornamensänderung beantragt, eine der Frauen sogar die Personenstandsänderung (Tab. 3.18).

Die Prozentangaben lassen sich auch so interpretieren, daß sie angeben, welches Verhalten bzw. Maßnahmen wie leicht bzw. schwierig zu erreichen sind. Hohe Zustimmung würde somit auf ein niedrigschwelliges Angebot bzw. Verhalten hinweisen. Im Idealfall stellt die Rangfolge der Prozentangaben den üblichen transsexuellen Weg dar - von der Orientierung bis zur Personenstandsänderung. Bemerkenswert ist hier vor allem die Leichtigkeit mit der eine Hormonbehandlung mit ihren immensen erwünschten und unerwünschten Nebenwirkungen erreicht werden kann.

Tabelle 3.18: Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI): Prozentuale Verteilung der Transitionsstufen, in der sich die Probanden der Untersuchungsgruppe zum Zeitpunkt der Untersuchung befanden. Mehrfachauswahl möglich

Falls eine Transsexualität vorliegt: Welche Stationen des transsexuellen Weges haben Sie bisher erreicht?	TS (n=20)
Orientierung und Informationssuche	95,0
Kontakt zu Selbsthilfegruppen	90,0
Therapeutische Begleitung	90,0
Offenbarung in der Therapie	95,0
Offenbarung in der Herkunftsfamilie	80,0
Offenbarung in der Partnerschaft	55,0
Offenbarung im Freundeskreis	100,0
Offenbarung am Arbeitsplatz	60,0
Kleidung des angestrebten Geschlechts in der Wohnung	65,0
Kleidung des angestrebten Geschlechts allein unterwegs	75,0
Kleidung des angestrebten Geschlechts in der Familie	85,0
Kleidung des angestrebten Geschlechts in der Partnerschaft.	65,0
Kleidung des angestrebten Geschlechts im Freundeskreis	95,0
Kleidung des angestrebten Geschlechts am Arbeitsplatz	75,0
Vornamensänderung	50,0
Hormonbehandlung	80,0
Brustoperation	25,0
Genitaloperation	25,0
Personenstandsänderung	5,0

Anmerkung: TS = weibliche Transsexuelle, n = Antworten

Die in Abschnitt 3.3 aufgezeigte Heterogenität der Untersuchungsgruppe bezüglich ihres Fortschritts in der transsexuellen Entwicklung bzw. bei der Durchsetzung der Anerkennung der neuen Geschlechtsrolle fördert sicherlich die Generalisierbarkeit der gesammelten Daten auf die Gesamtpopulation. Diskussionswürdig erscheint allerdings die Frage, inwieweit die verschiedenen Entwicklungsphasen auf die Rekonstruktion der Herkunftsfamilie zurückwirken. Näheres dazu wird in Abschnitt 5.2 ausgeführt.

4. Ergebnisse

4.1 Darstellung der Ergebnisse

4.1.1 Bem Sex-Role-Inventory (BSRI)

Wie erwartet zeigen sich zwischen Untersuchungs- und Vergleichsgruppe große Unterschiede im Selbstbild auf Maskulinitäts- und Femininitätsskala. Die durchschnittlichen Gruppenmittelwerte auf diesen beiden Skalen sind im Einklang mit der jeweiligen Geschlechtsidentität der Untersuchungsteilnehmer und unterscheiden sich signifikant mit einer Alphafehler-Wahrscheinlichkeit von weniger als 1%. Die transsexuelle Untersuchungsgruppe schätzt ihre männlichen Merkmale stärker ausgeprägt ein, als ihre weiblichen Merkmale, die Vergleichsgruppe gibt ein umgekehrtes Verhältnis an. Die Differenz zwischen M- und F-Skala, die als Ausdruck des Konzepts *Androgynität* gesehen wird (s. Abschnitt 2.1.3), unterscheidet sich zwischen den Gruppen nicht signifikant voneinander, so daß die Hypothese einer schlechteren Integration weiblicher und männlicher Anteile bei transsexuellen Frauen nicht angenommen werden kann. Geschlechtsneutrale sozial erwünschte Items schrieben sich beide Gruppen etwa gleich ausgeprägt zu (Tab. 4.1).

Tabelle 4.1: Ergebnisse der deutschen Version des Bem Sex-Role-Inventory: Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen der Dimensionen Männlichkeit, Weiblichkeit, Androgynie und Soziale Erwünschtheit (niedrige Werte auf der Androgynie-Skala bedeuten eine hohe Ausprägung der Eigenschaft Androgynie und vice versa)

Gruppe	Dimension	Maskulinität (H1.1)	Femininität (H1.2)	Androgynie (H1.3)	Soziale Erwünschtheit
TS	Mittelwert	4,96***t	4,52***	0,76	5,48
	Standardabw.	0,65	0,51	0,47	0,67
VG	Mittelwert	4,46	4,88	0,77	5,32
	Standardabw.	0,53	0,59	0,59	0,64

*Anmerkung: U-Test bzw. T-Test (t): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$, ***) signifikant $p < 0,01$
 TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe
 M, F und SE-Skala: 1 - 7; Androgynie-Skala: |M-F|*

4.1.2 Fragebogen zur Herkunftsfamilie (HER-FAM)

Auf den Dimensionen des HER-FAM zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen auf den Dimensionen Verantwortung ablehnen vs. übernehmen und Spaltung vs. Integration partnerschaftlicher Koalitionen. Die Herkunftsfamilien transsexueller Frauen zeigten bezogen auf die in Frage stehenden Periode (11. - 15. Lebensjahr der Stellerin) eine deutliche Tendenz, die durch eine fehlende Fürsorge der Familienmitglieder untereinander gekennzeichnet ist. Die Paarbeziehung der Eltern der transsexuellen Frauen wurde von den transsexuellen Frauen in dieser Zeit als gespalten erlebt.

Tabelle 4.2: Ergebnisse des Fragebogens zur Herkunftsfamilie (HER-FAM): Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen der Dimensionen Häufige Auseinandersetzung, Verstrickung, Verantwortung ablehnen, Spaltung partnerschaftlicher Koalitionen und soziale Erwünschtheit

Gruppe	Dimension	Häufige Auseinandersetzung (H2.1)	Verstrickung (H2.2)	Verantwortung ablehnen (H2.3)	Spaltung partnerschaftlicher Koalitionen (H2.4)	Soziale Erwünschtheit
TS	Mittelwert	21,95	18,15	17,55***t	26,40*	5,50
	Standardabw.	11,12	8,80	6,91	13,44	3,24
VG	Mittelwert	21,15	16,40	13,25	21,30	4,95
	Standardabw.	10,41	7,73	5,07	10,41	2,58

Anmerkung: U-Test bzw. T-Test (t): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$, ***) signifikant $p < 0,01$
 TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe

4.1.3 Familienskulptur-Test

Die von den Teilnehmern der Studie erlebten Einflußmöglichkeiten in der Familie wurden von den transsexuellen Frauen im Alter von 10 bis 14 Jahre ähnlich erlebt, wie von den nicht-transsexuellen Frauen der Vergleichsstichprobe (Tab. 4.3). In beiden Gruppen wurden Vater und Mutter im Durchschnitt dominanter eingeschätzt als die Kinder. Keine der Hypothesen 3.1 bis 3.3, daß in den Herkunftsfamilien weiblicher Transsexueller die Mutter besonders hilfsbedürftig und schwach sei, der Vater trotz physischer oder psychischer Abwesenheit eher als stark und bewundernswert erlebt werde und die Transsexuelle das durch das permanente Fehlen des Ehemannes entstandene Machtvakuum ausfülle, um die Mutter zu stützen, ließ sich nach diesen Befunden auf eine empirische Grundlage stellen.

Tabelle 4.3: Ergebnisse des Familienskulptur-Test (FST): Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen der Dimension Macht

Gruppe	Dimension Macht	Vater (H3.1)	Mutter (H3.2)	Ego (H3.3)	Bruder	Schwester
TS	Mittelwert	3,50	3,40	2,25	2,46	2,40
	Standardabw.	0,79	0,75	0,79	1,03	0,84
VG	Mittelwert	3,65	3,35	2,30	2,29	2,54
	Standardabw.	0,67	0,88	0,80	1,11	0,88

Anmerkung: U-Test bzw. T-Test (t): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$, ***) signifikant $p < 0,01$
 TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe

Es zeigte sich aus der Sicht der befragten Frauen, daß sich Vater und transsexuelle Tochter im Alter von 10 bis 14 Jahren signifikant mehr miteinander beschäftigten, als es in den Herkunftsfamilien nicht-transsexueller Frauen der Fall war. Hypothese 3.4 konnte somit bestätigt werden (Tab. 4.4a). Die Nähe zur Mutter wurden in beiden Gruppen in etwa gleich bewertet. Die zeitlich-räumliche Dimension der Paarbeziehung der Eltern wurde von der Untersuchungsgruppe ebenfalls signifikant niedriger eingeschätzt als von der Vergleichsgruppe. Die Eltern transsexueller Frauen verbringen somit aus der Sicht ihrer Töchter mehr Zeit zusammen als die Eltern nicht-transsexueller Frauen (Tab. 4.2).

Tabelle 4.4a: Ergebnisse des Familienskulptur-Test (FST): Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen der Dimension Räumlich-zeitliche Nähe, Teil 1

Gruppe	Dimension Nähe	Ego-Vater (H3.4)	Ego-Mutter (H3.5)	Vater-Mutter (H3.6)
TS	Mittelwert	5,20**	3,60	3,81***t
	Standardabw.	4,11	3,19	2,60
VG	Mittelwert	6,71	3,71	6,41
	Standardabw.	3,58	1,90	3,32

Anmerkung: U-Test bzw. T-Test (t): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$, ***) signifikant $p < 0,01$
 TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe

Für die folgenden Ergebnisse in Bezug auf die zeitliche Nähe zwischen den Familienmitgliedern wurden keine Hypothesen formuliert, doch zeigen sich hier einige signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, die einer Erklärung bedürfen. Daher sind diese in Tab. 4.4b und 4.4c aufgeführt. Es fällt auf, daß der älteste der Brüder (sofern vorhanden und je nach Familienkonstellation älter oder jünger als die Stellerin) scheinbar eine zentrale Rolle in den Herkunftsfamilien von transsexuellen Frauen spielt. Von den Frauen der Untersuchungsgruppe wird er im Gegensatz zu den Frauen der Vergleichsgruppe als näher sowohl zu beiden Eltern als auch zur Mutter eingeschätzt. Dieses Ergebnis muß allerdings relativiert werden, wenn man einen möglichen Alterseffekt berücksichtigt. Zur Geschwisterreihenfolge siehe auch Tab. 4.6a bis 4.6c.

Tabelle 4.4b: Ergebnisse des Familienskulptur-Test (FST): Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen der Dimension Räumlich-zeitliche Nähe, Teil 2

Gruppe	Dimension Nähe	Ego-Bruder 1	Ego-Schwester 1	Vater-Bruder 1
TS	Mittelwert	3,33*	3,57	4,46**
	Standardabw.	2,32	1,96	2,84
VG	Mittelwert	6,07	3,89	9,02
	Standardabw.	4,04	2,62	3,96

Anmerkung: U-Test bzw. T-Test (t): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$, ***) signifikant $p < 0,01$
 TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe

Tabelle 4.4c: Ergebnisse des Familienskulptur-Test (FST): Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen der Dimension Räumlich-zeitliche Nähe, Teil 3

Gruppe	Dimension Nähe	Vater-Schwester 1	Mutter-Bruder 1	Mutter-Schwester 1
TS	Mittelwert	5,75	2,29**	3,87
	Standardabw.	3,68	1,77	2,34
VG	Mittelwert	7,14	6,02	4,60
	Standardabw.	3,68	3,59	3,34

Anmerkung: U-Test bzw. T-Test (t): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$, ***) signifikant $p < 0,01$
 TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe

Der Winkel zwischen der Verbindungslinie zweier Figuren und der Blickrichtung der einen Figur sollte die Zuneigung symbolisieren, die von der einen zur anderen Figur ausgeht. Je kleiner der Winkel, desto größer die Sympathie. Hier lassen sich leider nur wenige signifikante Ergebnisse aufzählen. Mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von weniger als 10% läßt sich sagen, daß erwartungsgemäß und hypothesenkonform die Sympathie transsexueller Frauen für den

Vater im fraglichen Alter zwischen 10 und 14 Jahren größer ist, als die der nicht-transsexuellen Frauen (Tab. 4.5a).

Tabelle 4.5a: Ergebnisse des Familienskulptur-Test (FST): Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen der Dimension Emotionale Zuwendung, Teil 1 (Winkel in Grad: 0 - 180)

Gruppe	Dimension Zuwendung	Ego-Vater (H3.7)	Ego-Mutter	Vater-Ego	Mutter-Ego (H3.8)
TS	Mittelwert	41,93*	43,88	43,76	48,40
	Standardabw.	39,82	38,93	41,60	39,15
VG	Mittelwert	55,22	52,78	26,31	41,13
	Standardabw.	41,24	49,22	23,02	19,47

Anmerkung: U-Test bzw. T-Test (t): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$, ***) signifikant $p < 0,01$
 TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe

Tabelle 4.5b: Ergebnisse des Familienskulptur-Test (FST): Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen der Dimension Emotionale Zuwendung, Teil 2 (Winkel in Grad: 0 - 180)

Gruppe	Dimension	Ego-Bruder 1	Ego-Schwester 1	Bruder 1 - Ego	Schwester 1 - Ego
TS	Mittelwert	60,26	52,97	66,26	61,65
	Standardabw.	54,21	38,73	62,27	26,44
VG	Mittelwert	62,83	64,83	75,24	64,60
	Standardabw.	52,42	41,16	70,52	49,33

Anmerkung: U-Test bzw. T-Test (t): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$, ***) signifikant $p < 0,01$
 TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe

Die transsexuellen Frauen schätzen im Gegensatz zu den nicht-transsexuellen Frauen die Sympathie ihrer Mütter für die Väter signifikant geringer ein. Diese Hypothese ist vereinbar mit den Ergebnissen zur Spaltung der ehelichen Partnerbeziehung und zur zeitlichen Entfernung der beiden Ehepartner. Eine entsprechende Haltung der Väter gegenüber ihren Ehepartnerinnen ließ sich an der Einschätzung der Töchter allerdings nicht festmachen.

Tabelle 4.5c: Ergebnisse des Familienskulptur-Test (FST): Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen der Dimension Emotionale Zuwendung, Teil 3 (Winkel in Grad: 0 - 180)

Gruppe	Dimension Zuwendung	Vater-Mutter (H3.9)	Mutter-Vater (H3.10)
TS	Mittelwert	33,03	70,95**
	Standardabw.	41,65	42,75
VG	Mittelwert	18,85	48,97
	Standardabw.	16,57	36,20

Anmerkung: U-Test bzw. T-Test (t): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$, ***) signifikant $p < 0,01$
 TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe

Klärung bedarf die von den transsexuellen Frauen signifikant höher eingeschätzte Zuwendung des Vaters zur Ältesten der Schwestern (sofern vorhanden und je nach Familienkonstellation älter oder jünger als die Stellerin). Hier wurde keine Hypothese formuliert und auch in der Literatur keine Hinweise auf eine Bedeutung dieser Beziehung gefunden (Tab. 4.5d).

Tabelle 4.5d: Ergebnisse des Familienskulptur-Test (FST): Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen der Dimension Emotionale Zuwendung, Teil 4 (Winkel in Grad: 0 - 180)

Gruppe	Dimension Zuwendung	Vater-Schwester 1	Vater-Bruder 1	Mutter-Schwester 1	Mutter-Bruder 1
TS	Mittelwert	38,47*	44,31*	40,47	28,49
	Standardabw.	27,07	37,11	39,23	17,32
VG	Mittelwert	23,64	22,80	35,31	49,69
	Standardabw.	15,00	15,84	36,53	53,00

Anmerkung: U-Test bzw. T-Test (t): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$, ***) signifikant $p < 0,01$
 TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe

Es wurden nicht alle möglichen Beziehungspaare ausgewertet, weder bei der räumlich-zeitlichen Nähe, noch bei der Blickrichtung, da diese zunächst nicht als relevant für die Fragestellung angenommen wurden. Das Augenmerk lag auf den Beziehungen, an denen die Stellerin und ihre Eltern beteiligt waren. Daher wurde auf die Auswertung der Distanz zwischen den jeweils ältesten Geschwistern sowie auf die Auswertung der Zuneigung der folgenden sechs Dyaden verzichtet:

- Bruder-Vater, Bruder-Mutter, Bruder-Schwester,
- Schwester-Vater, Schwester-Mutter, Schwester-Vater.

4.1.4 Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität (DFTI)

Es zeigt sich anhand der Angaben im DFTI, daß fast die Hälfte der Untersuchungsgruppe (acht von zwanzig transsexuellen Frauen) ausschließlich mit einem oder mehreren Brüdern aufgewachsen ist (Tab. 4.6a). Dieser Unterschied zur Vergleichsgruppe ist überzufällig bei einer Fehlerwahrscheinlichkeit von weniger als 5%.

Tabelle 4.6a: Prozentuale Verteilung der Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI): Geschlecht der Geschwister, Mehrfachauswahl teilweise möglich

Geschwisterkonstellation (H4.1)	TS (n=20)	VG (n=20)
nur mit Brüdern aufgewachsen	40,0**	5,0
nur mit Schwestern aufgewachsen	20,0	35,0
mit gemischten Geschwistern aufgewachsen	30,0	35,0
Einzelkinder	10,0	25,0

Anmerkung: Fisher's exakter Test (Diehl & Arbinger, 1990): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$
 TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Bezogen auf die Geburt als erstes oder letztes Geschwister konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ausgemacht werden. Die Teilnehmerinnen der Untersuchungsgruppe standen tendenziell häufiger als die der Vergleichsgruppe sowohl am Anfang als auch am Ende der Geschwisterreihenfolge (Tab. 4.6b). Somit standen die transsexuellen Frauen aber signifikant seltener als die Frauen der Vergleichsgruppe in einer mittleren Position.

Tabelle 4.6b: Prozentuale Verteilung der Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI): Alter der Geschwister, Mehrfachauswahl teilweise möglich

Geschwisterkonstellation (H4.2)	TS (n=20)	VG (n=20)
nur mit jüngeren Geschwistern aufgewachsen	45,0	25,0
nur mit älteren Geschwistern aufgewachsen	30,0	5,0
mit gemischten Geschwistern aufgewachsen	15,0*	45,0
Einzelkinder	10,0	25,0

Anmerkung: Fisher's exakter Test (Diehl & Arbinger, 1990): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$
 TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Eine weitere Differenzierung in die vier Kombinationen von Geschlecht und Rangplatz der Geschwister brachte keine weiteren Auffälligkeiten mehr zutage (Tab. 4.6c).

Tabelle 4.6c: Prozentuale Verteilung der Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI): Alter und Geschlecht der Geschwister, Mehrfachauswahl teilweise möglich

Geschwisterkonstellation	TS (n=20)	VG (n=20)
nur mit jüngeren Brüdern aufgewachsen	20,0	5,0
nur mit älteren Brüdern aufgewachsen	15,0	0,0
nur mit jüngeren Schwestern aufgewachsen	10,0	20,0
nur mit älteren Schwestern aufgewachsen	10,0	0,0
mit gemischten Geschwistern aufgewachsen	35,0	50,0
Einzelkinder	10,0	25,0

Anmerkung: Fisher's exakter Test (Diehl & Arbinger, 1990): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$
 TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Tab. 4.7 zeigt noch einmal die Position untersuchten Frauen in der Geschwisterreihenfolge. Es zeigt sich, daß fast die Hälfte der untersuchten transsexuellen Frauen, soweit sie Geschwister haben, das Älteste der Geschwister sind, gegenüber einem Viertel der Frauen der Vergleichsgruppe. Einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen gibt es nur bei der dritten Geschwisterposition.

Tabelle 4.7: Prozentuale Verteilung der Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI): Geschwister, Mehrfachauswahl möglich

Geschwisterreihenfolge	TS (n=20)	VG (n=20)
Einzelkind	10,0	25,0
Erstgeborenes Kind	45,0	25,0
Zweitgeborenes Kind	35,0	15,0
Drittgeborenes Kind	5,0*	35,0
Viertgeborenes Kind	5,0	0,0

Anmerkung: Fisher's exakter Test (Diehl & Arbinger, 1990): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$
 TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Signifikant sind die Unterschiede in der Geschwisterposition zwischen den beiden Gruppen, wenn man die Rangfolge derjenigen Studienteilnehmerinnen mittelt, die mit Geschwistern aufgewachsen waren (Tab. 4.8). Transsexuelle Frauen werden, bezogen auf ihre Geschwister,

früher geboren als nicht-transsexuelle Frauen. Ein Effekt der Familiengröße ist dabei weitgehend ausgeschlossen, da in beiden Gruppen die gleiche Anzahl von Geschwistern vorhanden war (jeweils 33 Geschwister).

Tabelle 4.8: Ergebnisse des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI): Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen der Geschwisterreihenfolge (ohne Einzelkinder)

Ränge (H4.3)	TS (n=18)	VG (n=15)
Mittelwert	1,67*	2,13
Standardabweichung	0,84	0,92

Anmerkung: U-Test bzw. T-Test (t): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$, ***) signifikant $p < 0,01$
 TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Auf einem Signifikanzniveau von $\alpha < 0,1$ wurde festgestellt, daß der Vater in den Herkunftsfamilien transsexueller Frauen häufiger ein Jahr oder mehr abwesend ist als in den Herkunftsfamilien von nicht-transsexuellen Frauen. Dabei wurde nur Zeiträume vor Vollendung des achtzehnten Lebensjahres berücksichtigt. In der Untersuchungsgruppe waren die Hälfte der Frauen davon betroffen. Die Mutter fehlte nur jeweils in zwei Fällen. Dieser Befund unterstützt die klinische Beobachtung, daß ein abwesender Vater in den Herkunftsfamilien transsexueller Frauen häufig vorkommt.

Tabelle 4.9: Prozentuale Verteilung der Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI): Abwesenheit eines oder beider Elternteile für mindestens ein Jahr

Abwesenheit (H4.4)	TS (n=20)	VG (n=20)
keines Elternteils	50,0	75,0
eines Elternteile	40,0	20,0
beider Elternteile	10,0	5,0
des Vaters	50,0*	20,0
der Mutter	10,0	10,0

Anmerkung: Fisher's exakter Test (Diehl & Arbinger, 1990): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$
 TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Überraschenderweise schätzten beide Gruppen sowohl die Reaktion des Vaters als auch die der Mutter eher positiv ein, wenn sie als Junge statt als Mädchen geboren worden wären. Zwischen den Gruppen bestanden in beiden Fällen kaum Unterschiede.

Tabelle 4.10a: Gruppenmittelwerte, Standardabweichungen, Minima und Maxima numerischer Antworten auf der Visuellen Analogskala: erfreut (0) - enttäuscht (7) des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI)

Wären Sie als Junge / Mädchen geboren worden, wie hätten Ihre Eltern darauf reagiert - Mutter? (H4.5)	TS (n=19)	VG (n=20)
Mittelwert	2,87	2,88
Standardabweichung	1,79	1,38

Anmerkung: U-Test bzw. T-Test (t): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$, ***) signifikant $p < 0,01$
 TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Tabelle 4.10b: Gruppenmittelwerte, Standardabweichungen, Minima und Maxima numerischer Antworten auf der Visuellen Analogskala: erfreut (0) - enttäuscht (7) des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI)

Wären Sie als Junge / Mädchen geboren worden, wie hätten Ihre Eltern darauf reagiert - Vater? (H4.6)	TS (n=19)	VG (n=20)
Mittelwert	2,66	2,60
Standardabweichung	1,83	1,90

Anmerkung: U-Test bzw. T-Test (t): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$, ***) signifikant $p < 0,01$
 TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Der Anteil der Frauen, die in Kindheit oder Jugend Opfer eines sexuellen Mißbrauchs geworden sind, lag in beiden Gruppen bei 25 %. Die Mißbrauchserfahrungen der Untersuchungsgruppe tendierten allerdings dazu, länger anzudauern als die der Vergleichsgruppe (Tab. 4.11). Wegen der geringen Fallzahl kann allerdings keine allgemeingültige Aussage aus diesem Befund abgeleitet werden.

Tabelle 4.11: Prozentuale Verteilung der Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI)

Haben Sie als Kind oder Jugendliche/r einmal einen sexuellen Übergriff eines Erwachsenen erdulden müssen oder sind sexuell mißbraucht oder mißhandelt worden? (H4.7)	TS (n=20)	VG (n=20)
nie	75,00	75,00
einmalig	10,00	20,00
mehrmalig	15,00	5,00

Anmerkung: Fisher's exakter Test (Diehl & Arbinger, 1990): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$
 TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Bei den Altersangaben in Bezug auf erlebte Mißbrauchssituationen zeigen sich im Durchschnitt keine deutlichen Unterschiede zwischen den Gruppen (Tab. 4.12), so daß die Hypothese H4.7 zunächst verworfen werden muß.

Tabelle 4.12: Gruppenmittelwerte, Standardabweichungen, Minima und Maxima numerischer Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI)

Falls Ja: In welchem Alter war das?	TS (n=5)	VG (n=5)
Mittelwert	8,40	8,00
Standardabweichung	3,51	3,16
Minimum	3,0	4,0
Maximum	12,0	12,0

Anmerkung: U-Test bzw. T-Test (t): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$, ***) signifikant $p < 0,01$
 TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Eine der Frauen der Untersuchungsgruppe gab als Täter eine Frau an, Während in der Vergleichsgruppe alle Mißbraucher männlichen Geschlechts waren (Tab. 4.13a). Dieser Befund in den beiden untersuchten Gruppen kann allerdings wegen der geringen Fallzahl nicht auf die Populationen verallgemeinert werden.

Tabelle 4.13a: Prozentuale Verteilung der Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI)

Falls Sie diese Erfahrung gemacht haben: War der Täter Frau oder Mann?	TS (n=5)	VG (n=5)
Frau	20,00	0,00
Mann	80,00	100,00

Anmerkung: Fisher's exakter Test (Diehl & Arbinger, 1990): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$
 TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Bezüglich der Vertraulichkeit des Täters bzw. der Täterin (Tab. 4.13b) fällt auf, daß in der Untersuchungsgruppe der überwiegende Teil der Mißbraucher aus der Familie stammte, wogegen in der Vergleichsgruppe die Mißbraucher in allen Fällen außerhalb des familiären Umfeldes standen.

Tabelle 4.13b: Prozentuale Verteilung der Antworten zu einzelnen Fragen des Düsseldorfer Fragebogens zur Transidentität (DFTI)

Falls Sie diese Erfahrung gemacht haben: War der Täter ein Mitglied Ihrer Familie oder eine fremde Person?	TS (n=5)	VG (n=5)
familiär	60,00*	0,00
fremd	40,00	100,00

Anmerkung: Fisher's exakter Test (Diehl & Arbinger, 1990): *) signifikant $p < 0,1$, **) signifikant $p < 0,05$
 TS = weibliche Transsexuelle, VG = weibliche Vergleichsgruppe, n = Antworten

Zusammenfassend läßt sich über die drei mittels DFTI geprüften Problembereiche, nämlich Geschwisterkonstellation und -reihenfolge, verdeckte Konditionierung und sexueller Mißbrauch, sagen, daß zumindestens für den letzten Bereich die Größe der Stichproben unzureichend war, so daß keine sinnvollen Aussagen dazu gemacht werden können. Die Betrachtung der Geschwisterreihenfolge scheint vielversprechend, allerdings muß bei der Interpretation der Daten gerade hier noch einmal auf das Problem der fehlenden Alpha-Adjustierung hingewiesen werden (s. Abschnitt 2.4).

4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Maskulinität

H1.1: Transsexuelle Frauen schreiben sich selbst durchschnittlich in stärkerem Ausmaß allgemein positiv bewertete geschlechtstypisch männliche Eigenschaften zu als nicht-transsexuelle Frauen.

Femininität

H1.2: Transsexuelle Frauen schreiben sich selbst durchschnittlich in geringerem Ausmaß allgemein positiv bewertete geschlechtstypisch weibliche Eigenschaften zu als nicht-transsexuelle Frauen.

Verantwortung ablehnen

H2.3: In den Herkunftsfamilien transsexueller Frauen wird von den einzelnen Familienmitgliedern Verantwortung für die Familie in einem größeren Ausmaß abgelehnt, als in denen nicht-transsexueller Frauen.

Spaltung partnerschaftlicher Koalitionen

H2.4: Transsexuelle Frauen haben in ihren Herkunftsfamilien in einem größeren Ausmaß Spaltung der elterlichen Paarbeziehung erfahren als nicht-transsexuelle Frauen.

Nähe

H3.4: Die räumlich-zeitliche Distanz zwischen Vater und Testperson, operationalisiert durch die Entfernung zwischen blauer Figur und Figur des Stellers im FST, ist im Durchschnitt in den Herkunftsfamilien transsexueller Frauen geringer als in denen nicht-transsexueller Frauen.

Zuwendung

H3.7: Die emotionale Zuwendung der Testperson zum Vater, operationalisiert durch den Winkel zwischen der Blickrichtung der Figur des Stellers und der Verbindungslinie zwischen blauer Figur und der Figur des Stellers im FST, ist im Durchschnitt in den Herkunftsfamilien transsexueller Frauen größer als in denen nicht-transsexueller Frauen.

H3.10: Die emotionale Zuwendung der Mutter zum Vater, operationalisiert durch den Winkel zwischen der Blickrichtung der weißen Figur und der Verbindungslinie zwischen weißer und blauer Figur im FST, ist im Durchschnitt in den Herkunftsfamilien transsexueller Frauen geringer als in denen nicht-transsexueller Frauen.

Geschwisterkonstellation

H4.1: Die Geschwister transsexueller Frauen setzen sich bezogen auf das Geschlecht anders zusammen als die nicht-transsexueller Frauen.

H4.2: Die Geschwister transsexueller Frauen setzen sich bezogen auf das Alter anders zusammen als die nicht-transsexueller Frauen.

H4.3: Transsexuelle Frauen haben im Durchschnitt einen niedrigeren Rang in der Geschwisterreihenfolge als nicht-transsexuelle Frauen.

Fehlen eines Elternteils

H4.4: In den Herkunftsfamilien transsexueller Frauen ist der Vater häufiger für ein Jahr oder länger abwesend als in denen nicht-transsexueller Frauen.

5. Diskussion

5.1 Interpretation der Ergebnisse

5.1.1 Bem Sex-Role-Inventory (BSRI)

Mit dem Bem Sex-Role-Inventory wurde überprüft, inwieweit sich die Untersuchungsteilnehmer sozial erwünschte männliche bzw. weibliche geschlechtsstereotype Eigenschaften zuschreiben. Es war zu erwarten, daß die Selbstzuschreibung der Items entsprechend der Geschlechtsidentität bzw. der angestrebten Geschlechtsrolle erfolgt. Die Bestätigung dieser Hypothese ist sicherlich weit weniger interessant, als die Betrachtung des Verhältnisses von sozial erwünschten weiblichen und männlichen Eigenschaften zueinander. Das besondere des Ansatzes von Bem (1974) ist die Hypothese, daß das Auseinanderklaffen der Selbstzuschreibung von männlichen bzw. weiblichen Attributen innerhalb eines Individuums, sei es weiblich oder männlich, eine Relevanz für seine Gesundheit und seinen Erfolg darstellen. Anders ausgedrückt: psychisches Wohlbefinden setzt die Integration stereotyper weiblicher und männlicher Verhaltensmerkmale voraus. In Bezug auf Transsexualität hieße das, daß kulturell als konträrgeschlechtlich eingestufte Empfindungen angenommen werden müssen, um eine Stabilität der Persönlichkeit zu erreichen. Denkt man diese Annahme konsequent zu Ende, kommt man zu einem ganz anderen Konzept von Geschlechtsidentität als das vorherrschende konventionelle Modell der Geschlechtsidentität mit seiner Polarisierung von geschlechtstypischen Werten (männliche Identität beruht auf der Ablehnung des Weiblichen und umgekehrt).

Aus den obigen Überlegungen wurde abgeleitet, daß es möglicherweise transsexuellen Frauen nicht gelingt, diese Integration von weiblichen und männlichen Anteilen in sich zu vollziehen. Sie lehnen ihre weiblichen Eigenschaften und Rollen bis zur Selbstverstümmelung ab und idealisieren männliche Geschlechtsstereotype. Benedetti-Gaetano (1981) nannte das *splitting*. Eine andere Hypothese, die in die gleiche Richtung zielte, war die Borderlinehypothese von Pearson & Oveseas (1993). Ein typisches Symptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die starke Polarisierung der Bewertung von Sachverhalten oder Objekten: Idealisierung oder Ablehnung ohne Differenzierung und unter Vermeidung der neutralen Bereiche.

Nach Datenlage konnte diese Hypothese allerdings nicht länger aufrechterhalten werden. Abgesehen davon, daß diese Hypothese das ebenso typische Borderline-Symptom der Labilität von Bewertungen außer Acht läßt, kann man zumindest in Bezug auf geschlechtsstereotype Eigenschaften bei transsexuellen Frauen ausschließen, daß sie keine Differenzierungen vornehmen könnten.

Transsexuelle Frauen schreiben sich zwar in größerem Umfang männliche Eigenschaften zu als nicht-transsexuelle Frauen, jedoch kann von einer deutlichen Ablehnung weiblicher Eigenschaften nicht die Rede sein. Die Differenzen zwischen den Skalenmittelwerten von Maskulinität und Feminität sind nahezu identisch in Untersuchungs- und Vergleichsgruppe, wenn auch mit umgekehrten Vorzeichen.

5.1.2 Fragebogen zur Herkunftsfamilie (HER-FAM)

Die Signifikanz der Mittelwertunterschiede zwischen den beiden weiblichen Gruppen auf der Dimension „Verantwortung ablehnen vs. übernehmen“ könnte darauf hinweisen, daß Kinder

in den Herkunftsfamilien transsexueller Frauen keine Unterstützung bei der Bewältigung genderdysporischer Erlebens- und Verhaltensweisen gefunden haben. Während solche Symptome in der Kindheit relativ häufig vorkommen, verschwinden sie doch genau so häufig wieder von selbst oder nach einer kurzen Therapie oder Beratung. Vielleicht wurden diese Symptome in der Familie übersehen oder nicht ernst genug genommen, so daß ein Regulativ von dem Kind nicht in Anspruch genommen werden konnte.

Der zweite signifikante Mittelwertunterschied zwischen den Gruppen zeigte sich auf der Dimension „Spaltung der elterlichen Paarbeziehung“. Eltern von transsexuellen Frauen haben somit weniger Gemeinsamkeiten als die Eltern nicht-transsexueller Frauen. Da die eheliche Gemeinschaft in der Regel der Garant für das Weiterbestehen der Familie als Ganzes ist, ist in diesen Familien bereits die Tendenz zum Zerfall zu sehen. Die Paarbeziehung wird vielleicht nur noch durch die Kinder zusammengehalten. Kommunikation ist immer mehr nur noch über die Kinder möglich, die Gefahr laufen überfordert zu werden. Triangulationen werden wahrscheinlicher. Die mangelnde Koordination einvernehmlicher Erziehungsaufgaben kann eventuell auch auf einen Verlust der Maßstäbe und Richtlinien für das Kind hinauslaufen. Das Kind wird zunehmend verunsichert. Das Abnehmen der Paarbeziehung an Lebendigkeit und Humor kann sich auf das Familienklima auswirken, anstehenden Problemen kann so nicht mehr die Spitze genommen werden und drohen überhand zu nehmen.

Der Befund deckt sich mit vielen Beobachtungen. Die meisten Forscher sind sich einig über die Auffälligkeit der Anzahl von *broken homes* in den Biographien von Transsexuellen. Zerbrochene Familien findet man aber nicht nur bei Transsexuellen, sondern überzufällig häufig in den Lebensläufen von Menschen, die durch psychische Störungen in das Blickfeld der Forschung geraten. Daher kann eine nicht mehr intakte Familie als unspezifisch wirkender Faktor für viele Arten von klinischen Problemen genommen werden.

Eine Alternativerklärung für die gefunden Unterschiede betrifft die vorher schon diskutierte Unterschiedlichkeit von Untersuchungs- und Vergleichsgruppe bezüglich schichtspezifischer Merkmale. Es kann nicht ausgeschlossen werden, daß die Herkunftsfamilien von Transsexuellen sich deshalb von denen der Vergleichsgruppe unterscheiden, da diese möglicherweise aus unterschiedlichen sozialen Klassen stammen. Über Zusammenhänge von Schicht und den hier als bedeutsam markierten Dimensionen des HER-FAM, „Verantwortung ablehnen“ und „Spaltung der elterlichen Paarbeziehung“ konnte in der Literatur nichts gefunden werden. Es kann aber nicht ausgeschlossen werden, daß gerade die erste dieser beiden Dimensionen in einem Zusammenhang mit der Schichtzugehörigkeit steht.

5.1.3 Familienskulptur-Test (FST)

Interessant und schwierig zugleich sind die Befunde aus dem Familienskulptur-Test (FST). Für viele, vor allem psychoanalytisch denkende Theoretiker, ist die Macht der Eltern ein Schlüsselfaktor für die Identifikation. Das Modell dafür lieferte Freud mit der Idee, daß der Sohn die Angst vor der Macht des Vaters (Kastrationsangst) auflöst, indem er sich mit ihm identifiziert. Die Ableitung daraus wurde für jeden Fall (weibliche / männliche Homosexualität / Transsexualität) entsprechend zurechtgebogen, aber immer stand im Zentrum das Konzept, daß an den traditionellen Machtverhältnissen (starker Vater, schwache Mutter) etwas nicht stimmen konnte. Im Mittel stimmen die Machtverhältnisse aber scheinbar doch noch, sowohl bei der Untersuchungsgruppe als auch bei der Vergleichsgruppe. Es ergaben sich weder auffällige noch signifikante Abweichungen zwischen den Gruppen bezüglich des Machtgefälles in den Familien vom Vater über die Mutter zu den Kindern. Oder liegen die Gruppenunterschiede doch im Unbewußten?

Die Macht, die dem Vater in der Literatur gemeinhin zugesprochen wird, und die er, je nach Autor, mißbraucht oder nutzt, um seine Tochter vor der Destruktion der Mutter zu schützen, unterscheidet ihn jedenfalls nicht von anderen Familienvätern.

Wollte man aus den Ergebnissen bezüglich der Dimension zeitlich-räumliche Distanz eine idealtypische Herkunftsfamilie weiblicher Transsexueller konstruieren, so müßte man Vater, Mutter und Kind auf dem Familienbrett in Reihe anordnen. Die Mutter steht dabei genau in der Mitte. Während in nicht transsexuellen Familien der Vater eher eine periphere Position einnimmt, er ist hier in der transsexuellen Familie äußerst präsent.

Im Gegensatz dazu die typische Normalfamilie: Mutter und Tochter stehen zusammen, der Vater blickt aus einiger Entfernung auf die Familie. Er ist zwar oft nicht zuhause, doch gilt seine Fürsorge immer der gesamten Familie. Dieses Bild wird vor allem durch die Betrachtung der Blickwinkel deutlich: die aktiven Blickwinkel des Vaters der Vergleichsgruppe sind alle relativ klein.

Auch die Position der Brüder der transsexuellen Frauen ist mehr als auffällig. Sie unterscheidet sich signifikant von den entsprechenden Positionen in der Vergleichsgruppe, und zwar bezogen auf Vater, Mutter und Steller. Nimmt man den Bruder also noch in unser Bild auf, so steht er sehr nahe zu den drei eben genannten Personen., während er in den Herkunftsfamilien nicht-transsexueller Frauen eher abseits steht.

Bei den Blickwinkeln zwischen den Eltern als Zeichen für Sympathie und Zugewandtheit zeigt sich, daß sich die Ergebnisse weitgehend im Einklang mit den Befunden aus dem HER-FAM befinden. Das ist um so interessanter, als in der Literatur kaum etwas über die Paarbeziehungen der Eltern untereinander ausgesagt wird und man sich ganz auf die dyadischen Beziehungen der Tochter konzentriert hat. Der Affekt der Mutter für den Vater ist in beiden Gruppen weniger als halb so groß wie die Zuneigung des Vaters zur Mutter, bei den Eltern der Untersuchungsgruppe ist die Zuwendung zwischen den Partnern bei gleichem Verhältnis aber noch deutlich geringer. Also auch hier zeigen sich deutliche Risse in der ehelichen Gemeinschaft.

Im Einzelnen stellt es sich sehr schwierig dar, alle signifikanten Unterschiede detailliert interpretieren zu wollen. Trotzdem hat sich anhand des FST schon jetzt eine gewisse Tendenz in den Familien transsexueller Frauen gezeigt, die innerlich relativ konsistent ist und die sich in Einklang mit den Befunden aus anderen diagnostischen Methoden steht. Es würde sich daher sicherlich lohnen, in den aufgezeigten Richtungen weiterzusuchen. Vielleicht ließen sich die Charakteristika transsexueller Herkunftsfamilien noch genauer herausarbeiten, wenn einige der methodischen Mängel des FST (s. Abschnitt 5.2.4) behoben würden.

5.1.4 Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität (DFTI)

Für den Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität (DFTI) standen drei Fragenkomplexe im Vordergrund: Geschwisterkonstellation, Konditionierung und Mißbrauch.

Bei der Geschwisterkonstellation wurde festgestellt, daß transsexuelle Frauen eher auf den vorderen Rängen in der Geburtsreihenfolge stehen als nicht-transsexuelle Frauen. Dieser Unterschied zwischen Untersuchungs- und Vergleichsgruppe ist signifikant und kann daher auf die Population verallgemeinert werden. Da ein Effekt durch unterschiedliche Geschwisterzahlen in den Gruppen ausgeschlossen ist, ist dieser Befund äußerst erklärungsbedürftig. Familiäre Einflüsse sind sehr wahrscheinlich, wenn auch eine Spekulation über die zugrunde liegenden Mechanismen schwierig ist, solange man über keine weiteren Anhaltspunkte verfügt.

Bezüglich einer vermuteten verdeckten Konditionierung der Töchter in Richtung auf jugenhaftes Verhalten stellte sich heraus, daß weder den Müttern noch den Vätern der Transsexuellen von diesen unterstellt wurde, daß sie sich extrem gefreut hätten, wenn sie als Jungen geboren worden wären. Die Antworten der Untersuchungsgruppe unterschieden sich nicht von denen der Vergleichsgruppe.

Die Fragen zum sexuellen Mißbrauch hätten sicherlich interessante Ergebnisse geliefert, wenn die Stichproben größer gewesen wären. Da in jeder der Gruppen nur jeweils fünf Mädchen sexuellen Mißbrauch erlebt hatten, waren Antworten auf Fragen nach Details nicht mehr auswertbar. Trotzdem kann man zumindest vorsichtig nach diesen Ergebnissen sagen, daß transsexuelle Frauen scheinbar nicht häufiger von solchen Erlebnissen betroffen sind als andere Frauen. Für Transsexualismus als Anpassungsreaktion auf sexuelle Gewalt konnte daher kein Hinweis gefunden werden.

5.2 Diskussion der Methoden

Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit lautete: Lassen sich in den Herkunftsfamilien von weiblichen Transsexuellen strukturelle Merkmale finden, die sich von den Herkunftsfamilien nicht-transsexueller Frauen unterscheiden, so daß es sich lohnen könnte, diese unter dem Aspekt der Genese von Transsexualität näher zu untersuchen. Es wird also von der latenten Annahme ausgegangen, daß eine noch näher zu untersuchende Dynamik ein sich zunächst regelmäßig entwickelndes Individuum auf eine bestimmte Bahn lenkt, deren Endpunkt der Transsexualismus darstellt. Wir stehen also vor dem Problem, daß der zu untersuchende Prozess und dessen Ausgangsbedingungen kaum zeitlich genau eingegrenzt werden können. Es stellte sich also die Frage nach dem Zeitraum, der im Leben der Testpersonen untersucht werden sollte. Psychoanalytische Überlegungen hätten nahegelegt, die Herkunftsfamilien zu dem Zeitpunkt zu rekonstruieren, als die späteren Transsexuellen geboren wurden bis zum Ende der ödipalen Phase im Alter von ca. 3 Jahren. Psychodynamische Hypothesen haben mit genetischen oder hormonellen Hypothesen den Vorteil, daß ein kurzer, klar umgrenzter und irreversibler Prozess für die transsexuelle Entwicklung verantwortlich gemacht werden kann. Lebensläufe von Transsexuellen legen aber nicht unbedingt einen so zielstrebigem Prozess nahe. Biographien von Transsexuellen sind häufig gekennzeichnet durch einem ständigen inneren und äußeren Kampf um eindeutige Geschlechtszugehörigkeit. Wie bereits aufgezeigt wurde, führt weder eine bestimmte Kombination von Geschlechtschromosomen, noch eine erfolgte oder nicht erfolgte hormonelle Maskulinisierung des Gehirns zu einer bestimmten Geschlechtsidentität. Genauso wenig wird wahrscheinlich eine bestimmte Familienkonstellation immer zu Transsexualität führen.

Dem Vorgehen in dieser Studie liegt eher die grundsätzliche Annahme zugrunde, daß der Aufbau der Geschlechtsidentität zwar möglicherweise von einer unbekanntem physiologischen Größe angestoßen und dann ohne besonderes Zutun des Betroffenen durch familiendynamische und gesellschaftliche Faktoren weitergetragen wird, daß jedoch darüber hinaus das Bewußtsein und die kognitive Verarbeitung von Geschlechtsrollenstereotypen eine größere Bedeutung haben, als ihnen bisher gemeinhin zugedacht wurde. Ein biologistisch-statisches Konzept von Identität, das der Kognition nur die Rolle eines Metaphänomens zuschreibt, in der sich die Anpassung eines schicksalhaft transsexuellen Individuums an die gesellschaftlichen Normen widerspiegelt, ist mehr als zweifelhaft. Ebenso fragwürdig wäre allerdings die Annahme, daß der Mensch eine bewußte Entscheidung über seine Geschlechtsidentität habe. Die meisten Menschen haben sich wohl kaum jemals damit auseinandersetzen müssen, da Biologie und Gesellschaft ausreichend dafür sorgen, daß wir ohne große Reibung in die für uns vorgesehene Geschlechtsrolle getriggert werden. In einigen wenigen Fällen entsteht aber vielleicht so etwas wie ein Gleichgewicht der äußeren und inneren Kräfte, die das Individuum zwingen aktiv zu werden und über sich und die eigene Einordnung in der Gesellschaft nachzudenken. Diese

Auseinandersetzung mit der eigenen Geschlechtsrolle läßt sich zeitlich kaum auf eine Periode von wenigen Monaten eingrenzen, sondern ist vielmehr ein kontinuierlicher, wenn auch vielleicht nicht revidierbarer Prozess, während dem der Betroffene seine Geschlechtsidentität zu festigen versucht.

Zeiten, in denen sich Geschlechtsrollenkonflikte in transsexuellen Lebensläufen zuspitzen, sind immer dann zu erwarten, wenn die Kinder in Institutionen außerhalb der Familie gegeben werden, die ihrer weiteren Sozialisation dienen. Das sind z.B. der Schuleintritt oder die Einziehung zur Bundeswehr. Aber auch körperliche Reifeprozesse wie die erste Menstruation oder der erste Bartwuchs führen zur verstärkten Auseinandersetzung mit der eigenen Geschlechtlichkeit.

In dieser Studie sowie in der Parallelstudie von Czack (1997) über die Herkunftsfamilien männlicher Transsexueller haben wir uns aus diesen sowie aus einigen anderen pragmatischen Gründen für den Zeitabschnitt von 10 bis 14 Jahre entschieden. Einmal liegt in diesem Zeitabschnitt in der Regel der Übergang in eine weiterführende Schule als auch der Beginn der Pubertät mit seinen geschlechtsspezifischen körperlichen Veränderungen. Zum anderen ist für diesen Zeitraum zu erwarten, daß sich auch ältere Transsexuelle an einige Aspekte dieses Zeitraums noch gut erinnern können. Schließlich wurde der Zeitraum bewußt groß gewählt, um interindividuellen und intergeschlechtlichen Unterschieden, z.B. beim Beginn der Pubertät Rechnung zu tragen.

Trotzdem darf nicht vergessen werden, daß in diesem Zeitraum gefundene Unterschiede in der Familienstruktur kaum für die Entstehung von Transsexualität verantwortlich gemacht werden können. Unterschiede können ebenso als Folgen der Interaktion von transsexuellem Kind und Familie aufgefaßt werden. Ein dem Problem adäquater Einsatz dieser beiden Methoden zur Erfassung von Strukturmerkmalen der Herkunftsfamilie muß vielleicht auf eine frühere Entwicklungsperiode der Transsexualität gerichtet sein. Dieser kann nur unter einer prospektiven Perspektive verwirklicht werden.

Ein anderes Problem ist die Validität von Erinnerungen. Hätten die Untersuchten, wenn sie in der fraglichen Altersperiode interviewt worden wären, genauso geantwortet? Gerade wenn nicht nach konkreten Ereignissen oder Umständen sondern nach abstrakten Einschätzungen gefragt wird, wie im FST, kann man kaum davon ausgehen. Die Einschätzung eines Winkels als Symbol für den Affekt zwischen zwei Familienmitgliedern verlangt eine Beurteilung nach den eigenen dem Untersucher unbekanntem Maßstäben und somit Entscheidungen darüber, welche konkreten Erinnerungen in das Urteil eingehen und welche irrelevant sind.

In der Regel liegt bei Transsexuellen zwischen dem Beginn der Pubertät und dem Untersuchungszeitpunkt eine lange Periode auch der intellektuellen Auseinandersetzung mit dem Thema. Transsexuelle stellen sich natürlicherweise die Frage, warum sie anders sind oder sein möchten. Sie rezipieren vielleicht nicht gerade die neueste Fachliteratur, doch bilden sie doch mit der Zeit eine auch wissenschaftlich beeinflusste Laientheorie über ihre Transsexualität aus. Dieses wird immer wieder in Gesprächen mit Transsexuellen deutlich: sie kennen die grundsätzlichen Theorien und wissen, dank guter Selbsthilfe-Strukturen, auch um die gängigen Diagnosepraxis (Positiv- und Negativsymptomlisten). Erinnerung wird nicht einfach nur abgerufen sondern aktiv rekonstruiert. Daß während der Phase der Aufarbeitung der eigenen Biographie und der Auseinandersetzung mit den in Fach- und Trivalliteratur beschriebenen Auffassungen keine Transformation von Gedächtnisinhalten stattfindet, scheint unwahrscheinlich, angesichts des enormen Drucks von Seiten der Gesellschaft sogar übermenschlich.

Mason Schrock (1996) betont vor allem den interaktiven Aspekt, durch den Biographien gestaltet werden. In seiner Analyse beschreibt er anhand von Tiefeninterviews und schriftlichen Lebensläufen, wie sich biographische Erzählungen von Transsexuellen während dem Prozess ihrer Geschlechtsangleichung verändert haben. Blanchard, Clemmensen und

Steiner (1985) warnen davor, Lebensläufe von Transsexuellen in Begutachtungssituationen ohne Berücksichtigung ihrer Motive zu interpretieren.

Es stellt sich also die Frage, ob nicht Entstehungstheorien auch den Charakter einer *self-fulfilling prophecy* haben, der auf Transsexuelle einen gewissen Homogenisierungsdruck ausübt. Angesichts der in Abschnitt 1.3.6 dargelegten bürokratischen Rahmenbedingungen schaffen es möglicherweise nur wenige Transsexuelle nicht dem amtlich-ärztlich erwünschten Stereotyp des genuinen Transsexuellen mit frühestem Beginn der gegengeschlechtlichen Identifikation und unnachgiebigem Einsatz um deren Anerkennung zu verfallen. Kann man also unter diesen Bedingungen überhaupt erwarten, unverzerrte biographische Daten über Transsexuelle zu erhalten? Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stellen somit auch die größte Gefahr für die Validität dieser oder ähnlicher Studien dar.

5.2.1 Stichproben

Während die Untersuchungsgruppe eine zufällige, wenn auch vielleicht nicht auf alle Transsexuellen generalisierbare Stichprobe darstellt, war die Rekrutierung einer repräsentativen nicht-transsexuellen Vergleichsgruppe mit dem dafür bereitgestellten Zeit- und Geldbudget nicht möglich. Die folgenden Möglichkeiten standen offen und wurden diskutiert:

1. Rekrutierung von (Psychologie-) Studentinnen (die für Diplomarbeiten wohl am häufigsten herangezogene Gruppe),
2. Aufgabe eines Inserates nach Frauen, die sich zur Teilnahme an einer psychologischen Exploration bereiterklären würden,
3. Rekrutierung von Frauen im bekannten näheren Umfeld.

Alle drei Möglichkeiten scheinen Vor- und Nachteile zu bieten. Die erste Gruppe schied nicht nur deshalb aus, weil sie den Aufwand für die Exploration verdoppelt hätte (Psychologiestudentinnen lassen sich in der Regel nur rekrutieren, wenn man sich im Gegenzug dazu bereiterklärt, selbst als Versuchsperson ein oft nicht sehr aufregendes Experiment über sich ergehen zu lassen), sondern vor allem, weil sich fundamentale Unterschiede bezüglich des Bildungsniveaus zwischen Untersuchungs- und Vergleichsgruppe ergeben hätten. Die zweite Möglichkeit hätte eine Vergleichsgruppe erzeugt, deren intrinsische Motivation zur Teilnahme sie sicherlich als nicht repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung ausgewiesen hätte. Als beste der drei Möglichkeiten erschien es daher, die Frauen aus dem weiblichen Bekanntenkreis des Untersuchers zu rekrutieren und dabei allerdings das universitäre Umfeld vollständig auszuschließen. Zwar konnte auf diese Art und Weise das Bildungsproblem erheblich entschärft, doch nicht ganz eliminiert werden. Nicht nur bezüglich Ihrer Bildung oder Ihrer Schichtzugehörigkeit ist die Vergleichsgruppe keineswegs repräsentativ, sondern stellt eine wahrscheinlich sehr homogene und spezielle Gruppen dar. Viele der Frauen der Vergleichsgruppe stammen aus dem künstlerischen Bereich, sind kulturell interessiert und finanziell abgesichert. Welche Schlußfolgerungen daraus für ihre Herkunftsfamilien zu ziehen sind, muß offen bleiben.

5.2.2 Bem Sex-Role-Inventary (BSRI)

Ein Problem von Eigenschaftsinventaren, und besonders von auf Geschlechtsrollen bezogenen Inventaren, ist sicherlich die soziale Erwünschtheit. Zwar war es durch die Testkonstruktoren beabsichtigt, daß gerade solche Items ausgesucht wurden, die von der Gesellschaft positiv bewertet werden und bei denen daher die Tendenz zur Überbewertung besonders groß ist, doch ist bei diesen Items zu vermuten, daß sich der geschlechtsspezifische Grad sozialer Erwünschtheit besonders in der heutigen Zeit durch multikulturelle Einflüsse

rasant verändert. Ist die deutsche Version von Schneider-Düker (1978) also heute noch valide oder muß die Zusammenstellung der Items nicht nach nunmehr zwanzig Jahren revidiert werden?

5.2.3 Fragebogen zur Herkunftsfamilie (HER-FAM)

Ein Problem des HER-FAM in Bezug auf die Erfassung von Variablen der Herkunftsfamilie, die für die mögliche Genese einer Transsexualität herangezogen werden können ist sicherlich die Globalität der einzelnen Dimensionen. Mit Hilfe des HER-FAM konnten zwar zwei Variablen erfaßt werden, bei der sich die Untersuchungsgruppe signifikant von der Vergleichsgruppe unterscheidet, doch ist dieses Merkmal nur schwer zu beschreiben und zu differenzieren. Die Übernahme von Verantwortung als allgemeines Merkmal der Familie läßt kaum genauere Aussagen über das Verhalten einzelner Familienmitglieder zu. Hier würde es sich für weitere Forschungen lohnen, das Konstrukt der Verantwortung für den Untersuchungsbereich zu konkretisieren und zu untersuchen, welche Interaktionsweisen zwischen welchen Familienmitgliedern betroffen sind.

5.2.4 Familienskulptur-Test

Ein Problem des FST ist die Abhängigkeit der Variablenanzahl von der Familiengröße (s. Tab. 2.5). Während fehlende Mütter und Väter in einzelnen Herkunftsfamilien bei einer Stichprobengröße von $n=20$ noch kein Problem darstellen, so ist die Einbeziehung der Geschwister in die Auswertung nur noch unter Vorbehalt möglich. Da die Anzahl der Geschwister in Untersuchungs- und Vergleichsgruppe zwischen keinem und vier schwankte, lassen sich Geschwistervariablen kaum zu einem sinnvollem Mittelwert verrechnen.

Tab. 5.1: Anzahl von Geschwistern nach Geschlecht und Rang in Untersuchungs- und Vergleichsgruppe

Stichprobe Geschlecht des Geschwisters	Untersuchungsgruppe		Vergleichsgruppe	
	Bruder	Schwester	Bruder	Schwester
1. Geschwister	14	10	8	14
2. Geschwister	3	6	1	7
3. Geschwister	0	1	0	2
4. Geschwister	0	0	0	1

Da für die Auswertung der wenigen zweit-ältesten Brüder und Schwestern wegen der geringen Anzahl innerhalb der beiden Stichproben keine signifikanten Ergebnisse zu erwarten waren, wurden daher nur das jeweils älteste der Geschwister eines jeden Geschlechts für die Auswertung herangezogen. Auch war wegen der Größe der Stichprobe keine Differenzierung bezüglich der Tatsache möglich, ob es sich bei dem jeweils Ältesten der Geschwister um ein relativ zum Untersuchten älteren oder jüngeren Geschwister handelte. Gerade diese Frage wäre aber in Hinblick auf mögliche begünstigende Faktoren von Transsexualität interessant gewesen. In der psychoanalytischen Theoriebildung zur männlichen Transsexualität wurde manchmal über den Neid des später transsexuellen Jungen auf die Aufmerksamkeit seiner jüngeren Schwester spekuliert. Welche Funktion haben ältere Geschwister für die Ausbildung des gleich- oder gegengeschlechtliche Rollenverhaltens?

Ein anderes methodisches Problem des FST wiegt schwerer, nämlich die Abhängigkeit des Meßfehlers von der Familiengröße. Je mehr Familienmitglieder auf dem Familienbrett dargestellt werden sollen, desto größer wird die Variablenzahl, die einen Einfluß auf den

einzustellenden Parameter ausübt. Während die Zuordnung der Figurengröße erst bei größerer Geschwisterzahl durch das Angebot der zur Verfügung stehenden Testmaterialien negativ beeinflusst wird, besteht bereits bei Kleinfamilien die Schwierigkeit, daß Blickwinkel nicht unabhängig von einander eingestellt werden können.

Die Aufgabe, drei Dimensionen in einer einzigen Skulptur darzustellen, kann nicht zu befriedigenden Ergebnissen führen. Abgesehen davon, daß ein Steller leicht den Überblick über die Dimensionen verliert, beeinflussen sich vor allem die Dimensionen Nähe und Zuneigung. Sind die Distanzen zwischen den Figuren eingestellt, müssen sie mit der dritten und letzten Aufgabe (Einstellung der Winkel) wieder verändert werden. Der Steller muß eine Gewichtung der Dimensionen Nähe und Zuneigung vornehmen, die von Proband zu Proband unterschiedlich ausfällt und nicht kontrolliert werden kann. Eine Trennung der Aufgaben sowie separate Protokollierung von Nähe und Zuneigung würde diese Problem vollständig und einfach lösen.

Ein besonderes Problem der Dimensionen des FST ist die unbefriedigende Operationalisierung der Zuneigung durch die Blickwinkel. Hier beeinflussen sich die Winkel zwischen den Blickrichtungen der einzelnen Familienmitglieder gegenseitig. Kein Winkel zwischen einer Person und einer anderen kann eingestellt werden, ohne daß sich nicht auch der Blickwinkel dieser Person zu allen anderen Personen verändert. In einer fünfköpfigen Familie mit insgesamt 20 gleichzeitig zu berücksichtigenden Blickwinkeln kann kaum davon ausgegangen werden, daß mehr als drei Winkel annähernd richtig eingestellt werden können. Durch die Schwierigkeit der Einstellung der Winkel bleibt im Extremfall bei der Erfassung nur noch eine Skulptur übrig, bei der die Größen der Figuren den subjektiv empfundenen Machtverhältnissen in der Familie entsprechen. Es besteht die Gefahr, daß vorhandene Gruppenunterschiede nicht mehr erkannt werden können, während die Simulation nicht vorhandene Unterschiede wegen der unsystematischen Auswirkungen dieses Methodenproblems auf einzelne Variablen eher unwahrscheinlich ist.

Bei der Dimension der Nähe werden die absoluten Distanzen auf dem Brett über alle Mitglieder der Gruppe gemittelt. Hier stellt sich die Frage, ob absolute Entfernungen unterschiedlicher Skulpturen miteinander direkt vergleichbar sind oder ob nicht etwa die Verhältnisse der Distanzen zueinander die eher zu beachtenden Basiswerte darstellen. Legt man als Maßeinheit der Entfernung nicht wie bisher üblich die Anzahl der zwischen zwei Personen befindlichen Quadrate zugrunde, sondern einen Einheitsvektor, der durch die kleinste in der Familie existierende Entfernung definiert wird, so ergeben sich als Gruppenmittelwerte völlig andere Zahlen und Mittelwertunterschiede können sich entsprechend verändern, sich evtl. sogar in ihrem Verhältnis umkehren. Eine Lösung dieses Problems steht zur Zeit noch aus.

5.2.5 Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität (DFTI)

Der DFTI, dessen Ergebnisse nicht insgesamt im Mittelpunkt der Erörterungen dieser Diplomarbeit standen, wurde als vorläufige Version eines Inventars zur Erfassung von für die Diagnostik von Transsexualität relevanten Verhaltens- und Einstellungsmerkmalen sowie einer standardisierten Erfassung wichtiger biographischer Marker in diese Untersuchung einbezogen. Die Auswertung des gesamten Fragebogens hätte den Rahmen dieser Arbeit gesprengt, da in Kooperation mit dem Düsseldorfer Gesundheitsamt zu viele Fragestellungen parallel bearbeitet werden sollten. Der DFTI wurde inzwischen gekürzt: redundante Items wurden gestrichen, mißverständliche Formulierungen neu gestaltet, einige Items ergänzt. Die standardisierte Form der Erhebung soll die Exploration nicht ersetzen sondern vielmehr erlauben, neben der Einzelfalldiagnostik Datensätze zu erheben, die eine interindividuelle Vergleichbarkeit sowie eine Zusammenstellung von Gruppeninformationen mit geringstem Aufwand ermöglichen. Langfristige Tendenzen bei der Zusammensetzung von transsexuellen

Begutachtungsfällen können somit empirisch abgesichert werden. Es gibt Hinweise darauf, daß gesellschaftliche Veränderungen, sei es in der Rechtsprechung, im Gesundheitssystem, im wissenschaftlichen Diskurs, durch die Entwicklung von operationellen Prozeduren oder in den Einstellungen der sozialen Umwelt zu den Geschlechtsrollen, eine Veränderung des Erscheinungsbildes der Transsexualität mitbedingen. Beispiele hierfür sind der Trend der Zunahme von transsexuellen Diagnosen, die Verschiebung des Geschlechterverhältnisses zugunsten der weiblichen Transsexuellen oder das zunehmende Auftauchen von transhomosexuellen Frauen.

Auch die Version des DFTI für Vergleichsgruppen wurde inzwischen angepaßt. Da ein direkter Kontakt zwischen Untersucher und Proband nicht mehr notwendig ist (dieser entstand in dieser Studie nur aufgrund der Verknüpfung von DFTI und FST), wurden alle Fragen zu sexuellen Erfahrungen und Phantasien hinzugenommen, die nicht ausschließlich nur von Transsexuellen beantwortet werden können. Überlegungen gehen inzwischen dahin, den Fragebogen auch in eine größere Studie über den Zusammenhang von Transsexualität und Auto- bzw. Fremdaggression einzubeziehen. Ein Zusammenhang wurde in einer Vorstudie des Gesundheitsamtes mithilfe des Fragebogens zur Erfassung der Aggressivitätsfaktoren (FAF) von Hampel & Selg (1975) festgestellt.

5.3 Schlußfolgerungen

Die Erklärung des Phänomens der Transsexualität wird wohl noch einige Zeit auf sich warten lassen. Es stellt sich die Frage, ob vielversprechende Methoden für diesen Bereich noch nicht entwickelt werden konnten oder ob er sich aus anderen Gründen unserer Erforschung entzieht. Folgendes wurde durch die bisherige Forschung deutlich gemacht:

1. Das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von bestimmten Geschlechtschromosomen bestimmt in der Regel, jedoch nicht notwendigerweise, die körperliche Ausgestaltung. Ein Einfluß auf Verhalten und Identifikation besteht allenfalls indirekt. Populationsgenetische Studien zeigen keine familiären Häufungen.
2. Ein abnormes hormonelles Milieu oder Insensibilität gegenüber Geschlechtshormonen während der intrauterinen Lebensphase geht höchstwahrscheinlich auch beim Menschen mit einer geschlechtsuntypischen Formierung von Neuronenverbänden in bestimmten hypothalamischen Gebieten einher. Ein Nachweis direkter Wirkung auf Verhalten und Identifikation steht aus.
3. Soziale Einflüsse auf Verhalten und Identifikation sind wahrscheinlich. Die Rolle der Zuweisung zu einem Geschlecht bei der Geburt aufgrund des äußeren Anscheins bestimmen weitgehend das geschlechtstypische Verhalten der sozialen Umwelt dem Kind gegenüber. Trotzdem ist auch die Reaktion der Umwelt nicht der allein bestimmende Faktor.
4. Familiendynamische Erklärungsansätze wurden bisher fast ausschließlich durch die psychoanalytische Richtung formuliert und sind oft mangels leicht zu operationalisierender Begriffe der empirischen Forschung nicht zugänglich. Systemische Forschung auf diesem Gebiet scheint völlig zu fehlen.
5. Kognitive Ansätze, also wie verarbeitet ein Kind die Informationen aus der Umwelt (inklusive interne physiologisch bedingte Motive) und integriert sie zu einer Geschlechtsidentität, wurden bisher kaum verfolgt.

Es kann zur Zeit nicht angenommen werden, daß es gelingen wird, eine einzelne Ursache für die Entwicklung transsexueller Störungen zu isolieren. Vielmehr wird es sich um einen Wechselwirkungsprozess verschiedener Faktoren handeln, die sowohl physiologischer als auch sozialer und psychischer Natur sind. Die in dieser Arbeit vorgenommene Trennung von biosomatischer und psychosozialer Ebene ist allenfalls künstlich und sollte nicht den Eindruck entstehen lassen, daß diese Ebenen trennbar sind. Wenn der hier verfolgte Ansatz auch ein

psychosozialer Ansatz war, so muß doch der medizinischen Forschung zugestanden werden, daß sie viele Details über den Zusammenhang von Genetik, Gehirn und Verhalten zutage gefördert hat. Es sind auf diesem Gebiet sicher noch weitere Fortschritte zu erwarten. Ob physiologische Forschung allerdings jemals den Schritt zur Erklärung des subjektiven Empfindens schaffen kann, bleibt offen.

Psychologische Forschung muß sich systematisieren, will sie den Bereich der Transsexualität nicht allein der Medizin überlassen. Familienforschung sollte da ihren Beitrag leisten.

5.4 Ausblick und zukünftige Fragestellungen

Die Implikation aus dem Ansatz von Eckert (1992) ist die, daß Transsexualität nur solange psychotherapeutisch behandelt werden kann, wie sich das Kind noch in der Familie befindet. Der Focus der Familientherapie muß darauf gerichtet sein, geschlechtsuntypische Bekräftigungen von Seiten der Mutter der bewußten Erfahrung zugänglich zu machen und dadurch abzubauen sowie den Vater zur Übernahme von Verantwortung für die Verhaltensweisen des Kindes zu bewegen. Die scheinbar einzige in der Fachliteratur festgehaltene familientherapeutische Behandlung von Transsexualität wurde von Wrate & Gulens (1986) in der Familie eines 7-jährigen Jungen durchgeführt. Sie beschreiben diesen Fall und die Vorteile, die sich durch die Einbeziehung der Familie als Sozialisationsträger bieten.

Dabei ist therapeutische Unterstützung nicht notwendigerweise nur in den Fällen gerechtfertigt, in denen Kinder und Jugendliche eine sexuelle Identitätsstörung entwickelt haben. Familientherapie kann sich auch mit Familien befassen, in denen einer der Elternteile eine solche Störung entwickelt. Hier müssen unbedingt Konzepte entwickelt werden, die Lösungen für alle Betroffenen anbietet und den Zerfall der Familie aufhält bzw. deren Konsequenzen tragbar macht. Ein nicht unerheblichen Teil von männlichen sekundären Transsexuellen mit heterosexueller Orientierung, die vor geschlechtsangleichenden Maßnahmen gezwungen sind, sich von ihrem Ehepartner scheiden zu lassen, wollen in einer quasi-lesbischen Beziehung mit dem ehemaligen Partner weiterleben. Leider wurde bisher bei der konventionellen psychotherapeutischen Begleitung zu oft die Familie vernachlässigt.

Emerson & Rosenfeld (1996) befassen sich noch eingehender mit der Dynamik in den Herkunftsfamilien transsexueller Patienten. Hier werden die verschiedenen Stadien beschrieben, die einzelne Familienmitglieder als Anpassungsprozess an transsexuelle Verhaltensweisen eines anderen Familienmitgliedes durchlaufen.

Eckert (1992) schlägt vor, prospektive Studien für die Untersuchung seiner These eines partiellen *double bind* durchzuführen. Auf diese Weise könnte die intrafamiliäre Dynamik, die zur Entstehung von Transsexualität führt, näher beschrieben werden. Leider ist diese Vorgehensweise gerade bei dieser Störung kaum durchführbar, bei transsexuellen Frauen noch weniger als bei transsexuellen Männern. Immer noch fehlen als sicher geltende Risikofaktoren, die die methodischen Schwierigkeiten durch die verschwindend geringe Prävalenz der Störung wenigstens teilweise kompensieren könnten. Weinrich (1985) errechnete als Grundlage für eine prospektive Studie mit einer Gruppe von besonders weiblichen Jungen (*sissy boys*) als Risikogruppe, daß die Stichprobengröße allein 500 Jungen betragen müßte, damit mit einer Wahrscheinlichkeit von 50% auch nur ein transsexueller Mann daraus hervorginge.

Es wird also auch vorerst nichts anderes übrig bleiben, als weiterhin retrospektiv Variablen herauszuarbeiten, die man als Vulnerabilitätsfaktoren für die Entwicklung genderdysphorischer Störungen werten kann. Aber auch wenn dieses gelingen sollte, dürfte es gesellschaftlich schwierig sein, in Familien zu intervenieren oder Präventionprogramme umzusetzen. Vorerst bleibt der klinischen Psychologie wohl nur die palliative Begrenzung des

Schadens. Das heißt in erster Linie Hilfe für die Betroffenen und deren Familien bei der Reintegration.

6. Literatur

American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). APA.

Augstein, M. S. (1992). Transsexuelle sind Frauen und Männer. Zeitschrift für Sexualforschung, 5(3), 255-260.

Bateson, G. (1981). Ökologie des Geistes, Suhrkamp.

Becker, D., & Mester, R. (1996). Further insights into transsexualism. Psychopathology, 29(1), 1-6.

Becker, S., Bosinski, H. A. G., Clement, U., Eicher, W., Görlich, T. M., Hartmann, U., Kockott, G., Langer, D., Preuss, W. F., Schmidt, G., Springer, A. und Wille, R. (1997). Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. Psychotherapeut 42(4), 256-262.

Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 155-162.

Benedetti-Gaetano. (1981). Transsexualismus in der Sicht der Psychoanalyse. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, 26(5), 183-189.

Bernstein, S. M., Steiner, B. W., Glaister, J. T. und Muir, C. F. (1981). Changes in patients with gender-identity problems after parental death. American Journal of Psychiatry, 138(1), 41-45.

Bets, L. V., Bukhanovskii, A. O., Golubeva, I. V., Andreev, A. S., Baburin, L. M. und Shul'gina, N. K. (1992). [The clinico-biological aspects of transsexualism]. Biol Nauki, 1992, (9), 54-65.

Blanchard, R. (1993). Partial versus complete autogynephilia and gender dysphoria. Journal of Sexual and Marital Therapy, 19(4), 301-307.

Blanchard, R., Clemmensen, L. H. und Steiner, B. W. (1985). Social desirability response set and systematic distortion in the self-report of adult male gender patients. Archives of Sexual Behavior, 14(6), 505-516.

Bradley, S. J. (1980). Female transsexualism - a child and adolescent perspective. Child Psychiatry Hum Dev, 11(1) 12-18.

Brüne, M. (1996). Wahnhafter "Pseudotranssexualismus" bei schizophrener Psychose. Psychiatrische Praxis, 23(5), 246-247.

Buhrich, N. & McConaghy, N. (1978). Parental relationships during childhood in homosexuality, transvestism and transsexualism. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 12(2), 103-108.

Caldwell, C. & Keshavan, M. S. (1991). Schizophrenia with secondary transsexualism. Canadian Journal of Psychiatry, 36(4), 300-301.

Clare, D. & Tully, B. (1989). Transhomosexuality, or the dissociation of sexual orientation and sex object choice. Archives of Sexual Behavior, 18(6), 531-536.

Clement, U. & Senf, W. (1996). Transsexualität: Behandlung und Begutachtung. Schattauer.

Cohen Kettenis, P. T. & Arrindell, W. A. (1990). Perceived parental rearing style, parental divorce and transsexualism: a controlled study. Psychological Medicine, 20(3), 613-620.

Coleman, E., Bockting, W. O. und Gooren, L. (1993). Homosexual and bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals. Archives of Sexual Behavior, 22(1), 37-50.

Commander, M. & Dean, C. (1990). Symptomatic trans-sexualism. British Journal of Psychiatry, 156, 894-896.

Cryan, E. M., & O'Donoghue, F. P. (1992). Transsexualism in a Klinefelter male: A case report. Irish Journal of Psychological Medicine, 9(1), 45-46.

Czack, M. (1997). Die Herkunftsfamilien männlicher Transsexueller. Unveröff. Dipl.Arbeit, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf.

Devor, H. (1994). Transsexualism, dissociation, and child abuse: An initial discussion based on nonclinical data. Journal of Psychology and Human Sexuality, 6(3), 49-72.

Diehl, J. M. & Arbinger, R. (1990). Einführung in die Inferenzstatistik. D. Klotz.

Dilling, H., Mombour W. und Schmidt M. H. (1993). ICD-10 Internationale Klassifikation psychischer Störungen. H. Huber.

Dörner, G., Poppe, I., Stahl, F., Kolzsch, J. und Übelhack, R. (1991). Gene- and environment-dependent neuroendocrine etiogenesis of homosexuality and transsexualism. Experimental Clinical Endocrinology, 98(2), 141-150.

Eckert, C. (1992). Transsexuelle: Warum werden sie nicht schizophren? Sexualmedizin, 21(1), 16 und 21-22.

Eicher, W. (1992). Transsexualismus Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechtsumwandlung. G. Fischer.

Eicher, W., Spoljar, M., Murken, J. D., Richter, K., Cleve, H. und Stengel Rutkowski, S. (1981). Transsexualismus und das H-Y Antigen. Fortschritte der Medizin, 15(99), 1-2.

Emerson, S., & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. Journal of Family Psychotherapy, 7(3), 1-12.

Garden, G. M., & Rothery, D. J. (1992). A female monozygotic twin pair discordant for transsexualism: Some theoretical implications. British Journal of Psychiatry, 161, 852-854.

Gooren, L. & Cohen Kettenis, P. T. (1991). Development of male gender identity/role and a sexual orientation towards women in a 46,XY subject with an incomplete form of the androgen insensitivity syndrome. Archives of Sexual Behavior, 20(5), 459-470.

Hale, E., Schmidt, C. W. und Meyer, J. K. (1980). The role of grandmothers in transsexualism. American Journal of Psychiatry, 137(4), 497-498.

Hampel, & Selg, (1975): Der Fragebogen zur Erfassung der Aggressivitätsfaktoren (FAF).

Hehl, F. J. (1995). Psychodiagnostik II. Unveröff. Manuskript, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf.

- Hoening, J. & Kenna, J. C. (1979). EEG abnormalities and transsexualism. British Journal of Psychiatry, 134, 293-300.
- Hyde, C. E. & Kenna, J. C. (1977). A male MZ twin pair, concordant for transsexualism, discordant for schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 56(4), 265-275.
- Joyce, P. R. & Ding, L. (1985). Transsexual sisters. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 19(2), 188-189.
- Kandel, E. R., Schwarz J. H. und Jessell T. M. (1995). Neurowissenschaften. Spektrum.
- Krömer, H., Pfäfflin, F. & Spehr, W. (1985). Zur Frage spezifischer Hirnstrombilder bei Transsexualität. Der Nervenarzt, 56(3), 157-160.
- Landen, M., Walinder, J. und Lundstrom, B. (1996). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. Acta Psychiatrica Scandinavica, 93(4), 221-223, 261-263.
- Lorenz, K. (1935): Der Kumpan in der Umwelt des Vogels. Journal für Ornithologie, 83, 137-213.
- Lothstein, L. M. (1979). Psychodynamics and sociodynamics of gender-dysphoric states. American Journal of Psychotherapy, 33(2), 214-238.
- Mason Schrock, D. (1996). Transsexuals' narrative construction of the "true self.". Social Psychology Quarterly, 59(3), 176-192.
- Mertens, W. (1994). Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität. W. Kohlhammer.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1983). Praxis der strukturellen Familientherapie Strategien und Techniken. Lambertus.
- Money, J. (1994). The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. Journal of Sex and Marital Therapy, 20(3), 163-177.
- Müller, G. (1992). Der systemische Fragebogen zur Herkunftsfamilie HER-FAM: Entwicklung, Anwendung und erste Validierungsstudien. Unveröff. Dipl.Arbeit, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf.
- Murray, J. F. (1985). Borderline manifestations in the Rorschachs of male transsexuals. Journal of Personality Assessment, 49(5), 454-466.
- Orlebeke, J. F., Boomsma, D. I., Gooren, L. J. und Verschoor, A. M. (1992). Elevated sinistrality in transsexuals. Neuropsychology, 6(4), 351-355.
- Osburg, S. & Weitze, C. (1993). Betrachtungen über zehn Jahre Transsexuellengesetz. Recht and Psychiatrie, 11(3), 94-107.
- Pauly, I. B. (1974). Female transsexualism: II. Archives of Sexual Behavior, 3(6), 509-526.
- Person, E. S. & Ovesey, L. (1993). Psychoanalytic theory of gender identity. Psyche, 47(6), 505-529.
- Pfäfflin, F. & Junge, A. (1992). Geschlechtsumwandlung - Abhandlungen zur Transsexualität. Schattauer.
- Pfäfflin, F. (1993). Zur Suizidalität bei Transsexualität. Suizidprophylaxe, 20(4), 267-283.

- Ross, M. W., Walinder, J., Lundstrom, B. und Thuwe, I. (1981). Cross-cultural approaches to transsexualism: A comparison between Sweden and Australia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 63(1), 75-82.
- Scherrer, P. (1980). A propos du transsexualisme et de sa therapeutique eventuelle. Annales Medico-Psychologiques, 138(4): 453-461.
- Schneider-Düker, M. & Kohler, A. (1988). Die Erfassung von Geschlechtsrollen: Ergebnisse zur deutschen Neukonstruktion des Bem Sex-Role-Inventory. Diagnostica 34(3), 256-270.
- Scripcaru, G., Pirozynski, T., Astarastoe, V., & Scripcaru, C. (1992). Etio-pathogenic views on transsexualisms (TS). Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi, 96, 3-4.
- Seifert, D., & Windgassen, K. (1995). Transsexual development of a patient with Klinefelter's syndrome. Psychopathology, 28(6), 312-316.
- Siomopoulos, V. (1974). Transsexualism: Disorder of gender identity, thought disorder, or both? Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 2(3), 201-213.
- Snaith, R. P., Penhale, S. und Horsfield, P. (1991). Male-to-female transsexual with XYY karyotype [letter]. Lancet, 337, 557-558.
- Socarides, C. W. (1978). Transsexualism and psychosis. International Journal of Psychoanalysis and Psychotherapy, 79(7), 373-384.
- Stoller, R. J. (1979). Fathers of transsexual children. Journal of the American Psychoanalytic Association, 27(4), 837-866.
- Swaab, D. F., Gooren, L. J. und Hofman, M. A. (1992). The human hypothalamus in relation to gender and sexual orientation. Progress in Brain Research, 93, 205-217, 217-219.
- Taneja, N., Ammini, A. C., Mohapatra, I., Saxena, S. und Kucheria, K. (1992). A transsexual male with 47,XYY karyotype. British Journal of Psychiatry, 161, 698-699.
- Tsoi, W. F. (1990). Parental influence in transsexualism. Singapore Medical Journal, 31(5), 443-446.
- Tutenberg, W. (1992). Der Familien-Skulptur-Test FST: Entwicklung, Anwendung und erste Validierungsstudien. Unveröff. Dipl.Arbeit, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf.
- Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J. und Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in The Netherlands. Archives of Sexual Behavior, 1996 Dec; 25(6), 589-600.
- Von Schlippe, A. (1993). Familientherapie im Überblick Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten. Jungfermann.
- Wächtel, S. (1986). On the expression of H-Y antigen in transsexuals. Archives of Sexual Behavior, 15(1), 51-68.
- Weinrich, J. D.: Transsexuals, homosexuals and sissy boys: On the mathematics of follow-up studies. Journal of Sex Research, 21(3), 322-328
- Winkelman, U. (1993). Transsexualität und Geschlechtsidentität. Reihe: Sozialpsychiatrie und psychosoziale Versorgung Bd. 3. Lit.

Wirsching, M., & Stierlin, H. (1983). "Psychosomatische Familien"-Dynamik und Therapie "Psychosomatic family" dynamics and therapy. In: Brunner Ewald J Eine ganz alltaegliche Familie Beispiele aus der familientherapeutischen Praxis, 596-623.

Wrate, R. M. & Gulens, V. (1986). A systems approach to child effeminacy and the prevention of adolescent transsexualism. Special Issue: Family therapy and systems work with adolescents. Journal of Adolescence, 9(3), 215-229.

Yuzgun, A. (1993). Homosexuality and police terror in Turkey. Journal of Homosexuality, 24, 3-4.

7. Anhang

7.1 Untersuchungsinstrumente

7.1.1 Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität

7.1.1.1 DFTI Langform (Untersuchungsgruppe)

7.1.1.1.1	Einführung		A-2
7.1.1.1.2	Testanweisung		A-3
7.1.1.1.3	Soziodemographischer und soziokultureller	Hintergrund	A-5
7.1.1.1.4	Psychosexuelle Entwicklung		A-9
7.1.1.1.5	Psychosexuelle Orientierung und Prognostik		A-17
7.1.1.1.6	Individualpsychologischer Hintergrund		A-23
7.1.1.1.7	Beurteilung des Fragebogens		A-28

7.1.1.2	DFTI Kurzform (Vergleichsgruppe)	A-30
---------	----------------------------------	------

7.1.2 Bem Sex-Role-Inventory

7.1.2.1	BSRI Fragebogen	A-44
---------	-----------------	------

7.1.3 Fragebogen zur Herkunftsfamilie

7.1.3.1	Her-Fam Fragebogen	A-45
7.1.3.2	Zuordnung der Items	A-50

7.1.4 Familienskulptur-Test

7.1.4.1	Anleitung zur Durchführung	A-51
7.1.4.2	Anleitung zur Protokollierung	A-52
7.1.4.3	FST Protokollbogen	A-53

Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität

In diesem Fragebogen werden Ihnen einige Frage gestellt, die im Zusammenhang mit Ihrer Problematik stehen und deren durchgängige Beantwortung für eine genaue Diagnostik und Prognostik wesentlich erscheinen. Es handelt sich dabei um 108 Fragen zu den folgenden Themenbereichen:

I.	Soziodemographischer und soziokultureller Hintergrund
II.	Psychosexuelle Entwicklung und Status
III.	Sexuelle Orientierung und Zukunftsplanung
IV.	Individualpsychologischer Hintergrund und Prognostik
V.	Beurteilung des Fragebogens

Da sich der Fragebogen in einer Erprobungsphase befindet, ist es uns wichtig, auch Ihre Meinung darüber zu hören, damit den Bedürfnissen von Transidenten in Zukunft besser Rechnung getragen werden kann.

Datenschutz

Zum Schutz Ihrer persönlichen Daten wird von den Untersuchern die größtmögliche Sorgfalt im Umgang mit diesem Material angewandt:

1. Das Ausfüllen der Bögen erfolgt anonym. Sie müssen keinen Namen, keine Anschrift, kein Geburtsdatum o.ä. angeben, so daß es nicht möglich ist, nach der Erhebung den ausgefüllten Fragebogen mit Ihrer Person in Verbindung zu bringen.
2. Auf diesem Bogen, sowie auf allen anderen von Ihnen während der Untersuchung ausgefüllten Fragebögen und Protokollen, tragen Sie ein Codewort ein, welches gewährleistet, daß diese Bögen als zu ein und derselben Person zugehörig erkannt werden können. Dieses Codewort bestimmen Sie selbst. Es sollte ein Wort sein, das nicht so häufig vorkommt.
3. Die ausgefüllten Fragebögen werden nach der Untersuchung (auch weiterhin in anonymisierter Form) dem Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf als Grundlage weiterer statistischer Forschungsarbeit auf diesem Gebiet zur Verfügung gestellt.
4. Durch diese Verfahrensrichtlinien ist sichergestellt, daß die Daten in keiner Weise mißbräuchlich oder gegen Ihre eigenen Interessen verwendet werden können.

Testanweisung

Bitte lesen Sie sich jede Frage des Bogens aufmerksam durch und beantworten Sie sie, bevor Sie zur nächsten Frage weitergehen. Verwenden Sie die Zeit zur Beantwortung der Fragen, die sie dafür benötigen. Sollte eine Frage nicht verstanden werden, so wenden Sie sich bitte damit an den Testleiter oder die Testleiterin.

Die meisten Fragen werden schnell zu beantworten sein, da es darum geht eine Antwort aus einer vorgegebenen Anzahl von Alternativen anzukreuzen:

XXXXXXXXXX
 XXXXXXXXXXXX
 XXXXXXXXXXX

Sollten mehrere Antworten infrage kommen, so ist unten vermerkt, daß mehrere Felder gleichzeitig angekreuzt werden können:

XXXXXXXXXX
 XXXXXXXXXXXX
 XXXXXXXXXXX

(Mehrfachauswahl möglich)

Ankreuzen müssen Sie auch die Kästchen, wenn sie in der folgenden Form angeordnet sind:

	xxx	xxx	xxx	xxx
XXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XXXXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hier darf in jede Zeile nur höchstens ein Kreuz gemacht werden, wobei evtl. nicht alle Zeilen ausgefüllt werden können.

Daneben gibt es aber auch Felder, in denen Zahlen, Daten oder Text eingetragen werden muß:

Bei den nächsten Feldern handelt es sich um eine differenziertere Möglichkeit der Auswahl. Hier soll die emotionale Bedeutung eines Sachverhaltes von Ihnen durch ankreuzen eingestuft werden in positiv, neutral oder negativ:

XXXXXX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XXXXXXXX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XXXXXX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei der letzten Art von Feldern handelt es sich um eine Skala (ähnlich einem Thermometer), in der Sie einzeichnen sollen, wie Sie einen bestimmten Sachverhalt einschätzen. Zeichnen sie einfach einen Strich an einem beliebigen Punkt der Skala:

kalt 0 1 2 3 4 5 heiß

Haben Sie noch Fragen bezüglich des Fragebogens an den Testleiter / die Testleiterin, so haben Sie nun die Gelegenheit, diese zu klären. Wenn Sie die Testanweisung verstanden haben, können Sie mit dem Ausfüllen des Bogens beginnen.

TESTDAUER: CA. 30 MINUTEN

I. Soziodemographischer und soziokultureller Hintergrund

1. Alter:

2. Geburtsurkundliches Zuweisungsgeschlecht:

männlich
weiblich

3. Letzter Schulabschluß:

Hauptschule
Realschule
Gymnasium
Gesamtschule
Berufsfachschule
Fachoberschule
Fachhochschule
Universität
Kein Abschluß

Sonstiger Abschluß:

4. Letzter berufsqualifizierender Abschluß:

Lehrberuf
Fachhochschulabschluß
Akademischer Abschluß
Keine Berufsausbildung

Sonstiger Berufsabschluß:

5. Letzte ausgeübte Berufstätigkeit:

Arbeiter/in
Facharbeiter/in
Angestellte/r, Beamte/er/in
leitende/r Angestellte/r, höhere/r Beamte/er/in
Selbstständige/r Gewerbetreibende/r
Angehörige/r eines freien Berufes

6. Falls Sie nicht mehr oder noch nicht berufstätig sind, geben Sie bitte auch den jetzigen Status an:

Hausfrau/mann
Schüler/in, Lehrling, Student/in, Umschüler/in
Rentner/in, Pensionär/in
arbeitssuchend

7. Einwohnerzahl der Wohngemeinde, in der Sie vorrangig Ihre Schulzeit verbracht haben:

- bis 5.000 Einwohner
 bis 50.000 Einwohner
 bis 300.000 Einwohner
 über 300.000 Einwohner

8. Falls Sie zusammen mit Geschwistern aufgewachsen sind (auch Stiefgeschwister), geben Sie bitte jeweils die Anzahl an:

Ältere Schwestern	<input type="text"/>
Jüngere Schwestern	<input type="text"/>
Ältere Brüder	<input type="text"/>
Jüngere Brüder	<input type="text"/>

9. Haben Sie während Ihrer gesamten Kindheit und Jugend mit beiden leiblichen Eltern in einem Haushalt gelebt?

- Ja
 Nein

10. Falls Nein: Welcher leibliche Elternteil war abwesend (z.B. durch Trennung oder Tod)? In welcher Altersperiode Ihrer Kindheit und Jugend hat er gefehlt?

Elternteil	Alter (von / bis)
Vater	<input type="text"/>
Mutter	<input type="text"/>

11. Falls ein oder beide leiblichen Elternteile zeitweise nicht vorhanden waren: Wer hat die entsprechenden Erziehungsaufgaben übernommen?

Verantwortliche/r	Alter (von / bis)
Stiefmutter	<input type="text"/>
Stiefvater	<input type="text"/>
Großmutter	<input type="text"/>
Großvater	<input type="text"/>
Tante	<input type="text"/>
Onkel	<input type="text"/>
Ältere Schwester	<input type="text"/>
Älterer Bruder	<input type="text"/>
Pflegeeltern	<input type="text"/>
Pflegeheim	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Niemand	<input type="text"/>

12. In welchem Alter haben Sie ggf. das Elternhaus verlassen und einen eigenen Haushalt gegründet (bzw. Einzug in den Haushalt des Partners)?

_____ Jahre

13. Familienstand:

- ledig
- verheiratet
- geschieden

14. Wohnsituation:

- alleinlebend
- in Haushaltsgemeinschaft mit dem/der derzeitigen Partner/in
- bei den Eltern wohnend
- in einer Wohngemeinschaft lebend

15. Kinder: Haben Sie eigene leibliche Kinder? Falls Ja: Wieviele?

Nein

Ja: _____

Alter des Letztgeborenen: _____

II. Psychosexuelle Entwicklung und Status

1. Falls eine Transsexualität vorliegt: Welche Stationen des transsexuellen Weges haben Sie bisher erreicht? In welchem Alter?

- Orientierung und Informationssuche
 - Kontakt Selbsthilfegruppe
 - Therapeutische Begleitung

 - Offenbarung in der Therapie
 - Offenbarung in der Herkunftsfamilie
 - Offenbarung in der Partnerschaft
 - Offenbarung im Freundeskreis
 - Offenbarung am Arbeitsplatz

 - Kleidung des angestrebten Geschlechts allein in der Wohnung
 - Kleidung des angestrebten Geschlechts allein unterwegs
 - Kleidung des angestrebten Geschlechts in der Herkunftsfamilie
 - Kleidung des angestrebten Geschlechts in der Partnerschaft
 - Kleidung des angestrebten Geschlechts im Freundeskreis
 - Kleidung des angestrebten Geschlechts am Arbeitsplatz

 - Namensänderung
 - Hormonbehandlung
 - Epilation des Bartes
 - Brustoperation
 - Genitaloperation
 - Personenstandsänderung
- (Mehrfachauswahl möglich)*

2. Falls Sie jemals Zweifel an Ihrer geschlechtlichen Identität hatten: In welchem Alter hatten Sie diese Zweifel zum ersten Mal?

_____ Jahre

3. In welchem Alter hatten Sie zum ersten Mal den Wunsch, im anderen Geschlecht zu leben?

_____ Jahre

4. In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal von Transsexualität gehört?

_____ Jahre

5. In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal aktiv Informationen über das Thema Transsexualität eingeholt?

_____ Jahre

6. Sind Sie als Kind oder Jugendliche/r von bekannten Personen schon einmal in Ihrer gewünschten Geschlechtsrolle anerkannt worden?

- nie
 selten
 manchmal
 oft

7. Sind Sie als Kind oder Jugendliche/r schon einmal von fremden Personen als Junge oder Mädchen verwechselt worden?

- nie
 selten
 manchmal
 oft

8. Wären Sie als Junge bzw. Mädchen geboren worden (mit dem Geschlecht, das Sie sich gewünscht hätten), wie hätten Ihre Eltern darauf reagiert?

Mutter	erfreut	0	1	2	3	4	5	enttäuscht
Vater	erfreut	0	1	2	3	4	5	enttäuscht

9. Falls Sie sich manchmal während Ihrer Kindheit wie ein Angehöriger des anderen Geschlechts verhielten: Wie reagierten die Mitglieder Ihrer Familie darauf (soweit Sie mit Ihnen in einem Haushalt lebten)?

Vater	fördernd	0	1	2	3	4	5	ablehnend
Mutter	fördernd	0	1	2	3	4	5	ablehnend
Großvater	fördernd	0	1	2	3	4	5	ablehnend
Großmutter	fördernd	0	1	2	3	4	5	ablehnend
Geschwister	fördernd	0	1	2	3	4	5	ablehnend

10. Welche anderen Personen in Ihrem Umfeld haben Ihrem Verhalten besonders ablehnend oder besonders fördernd gegenüber gestanden?

	fördernd	0	1	2	3	4	5	ablehnend
	fördernd	0	1	2	3	4	5	ablehnend

11. Welche Personen waren während Ihrer Kindheit und Jugend ein Vorbild für Sie?

Kindheit: _____

Jugend: _____

12. Hätten Sie sich früher mehr Kontakte zu Gleichaltrigen gewünscht?

	Ja	Nein
in der Vorschulzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in der Schulzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Mit welchen Kindern haben Sie sich vor Beginn der Pubertät besser verstanden?

Jungen

Mädchen

14. Von welchem Geschlecht fühlen Sie sich heute besser verstanden?

Frauen

Männer

15. Falls Sie schon einmal gegengeschlechtliche Kleidung getragen haben: In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal ein für das andere Geschlecht typisches Kleidungsstück getragen?

heimlich: _____ Jahre

offen: _____ Jahre

16. Welche Kleidung haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten vorwiegend getragen?

- | | |
|---|--------------------------|
| immer eindeutig weibliche Kleidung | <input type="checkbox"/> |
| überwiegend eindeutig weibliche Kleidung | <input type="checkbox"/> |
| überwiegend geschlechtsneutrale Kleidung | <input type="checkbox"/> |
| gleichrangig sowohl männliche als auch weibliche Kleidung | <input type="checkbox"/> |
| überwiegend männliche Kleidung | <input type="checkbox"/> |
| immer eindeutig männliche Kleidung | <input type="checkbox"/> |

17. Welche geschlechtstypischen Spielzeuge bzw. Spiele haben Sie in Ihrer Kindheit bevorzugt?

	häufig	selten	nie
Waffen- und Kriegsspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisier- und Schminkspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüpfkästchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Mehrfachauswahl möglich)

18. Welches sind heute Ihre drei wichtigsten Hobbies?

19. Welche Berufsausbildungen haben Sie bisher absolviert (Bitte die Reihenfolge einhalten)?

20. Welche Berufe haben Sie bisher ausgeübt (Bitte die Reihenfolge einhalten)?

21. Welchen Beruf würden Sie gerne ausüben, wenn Sie die Möglichkeit dazu hätten?

22. Wie verhalten Sie sich, wenn Sie während eines einsamen Spazierganges in freier Natur plötzlich einen Harndrang verspüren?

	immer	meistens	selten	nie
Urinieren im Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinieren in der Hocke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Welche der folgenden Techniken wenden Sie an, um äußerliche Geschlechtsmerkmale zu verdecken?

	nie	selten	oft	immer
Weite Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustbinde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegbinden von Penis und Hoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zurückschieben der Hoden in den Leistenkanal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enthaarungsmittel / Epilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Wie kleiden Sie sich zur Zeit?

	nie	selten	oft	immer
Kleidung entsprechend den äußerlichen Geschlechtsmerkmalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleidung des gewünschten Geschlechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtsneutrale Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Welche der folgenden Techniken wenden Sie an, um neben der Kleidung äußerlich die Geschlechtsmerkmale des gewünschten Geschlechts aufzuweisen?

	nie	selten	oft	immer
Atrappen (BH, Penis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perücke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Make-up	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Haben Sie schon einmal versucht, sich zu verstümmeln? Falls Ja: In welchem Alter war das?

Zuerst _____ Jahre

Zuletzt _____ Jahre

27. An welchen Körperteilen haben Sie sich die Verletzungen beigebracht?

- Brust
 Penis
 Hoden

(Mehrfachauswahl möglich)

28. Haben Sie sich schon einmal auf dem Schwarzmarkt mit Hormonpräparat versorgt, um Ihrem Wunschgeschlecht näher zu kommen?

- oft
 manchmal
 selten
 nie

29. In welchem Alter haben Sie sich zum ersten Mal Hormone verabreicht oder verabreichen lassen (legal oder illegal)?

30. Haben Sie als Kind oder Jugendliche/r einmal einen sexuellen Übergriff eines Erwachsenen erdulden müssen oder sind sexuell mißbraucht oder mißhandelt worden? Falls Ja: In welchem Alter war das?

- nie
 einmalig
 mehrmalig

31. Falls Sie diese Erfahrung gemacht haben: War der Täter ein Mitglied Ihrer Familie oder eine fremde Person, Frau oder Mann?

- Frau familiär
 Mann fremd

32. Wie empfinden Sie Ihren nackten Körper auf den folgenden Dimensionen?

erregend 0 1 2 3 4 5 abstoßend

33. Wie gehen Sie in der Regel mit Ihrem Körper um?

pfléglich 0 1 2 3 4 5 nachlässig

III. Sexuelle Orientierung und Zukunftsplanung

1. Mit welchen Partnern / Partnerinnen leben oder lebten Sie zusammen, bzw. möchten Sie gerne zusammenleben?

	derzeitige/r oder letzte/r Partner/in	gewünschte/r Partner/in
Heterosexueller Mann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heterosexuelle Frau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homosexueller Mann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homosexuelle Frau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mann ohne sexuelles Interesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frau ohne sexuelles Interesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kein Zusammenleben angestrebt		<input type="checkbox"/>

(Mehrfachauswahl möglich)

2. Mit welchen Partnern / Partnerinnen haben oder hatten Sie bisher sexuelle Kontakte, bzw. stellen Sie sich bei der Masturbation vor?

	erlebte Erfahrungen	phantasierte Erfahrungen
Heterosexueller Mann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heterosexuelle Frau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homosexueller Mann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homosexuelle Frau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Mehrfachauswahl möglich)

3. Welche sexuelle Orientierung schreiben Sie sich selbst zu?

heterosexuell	<input type="checkbox"/>
homosexuell	<input type="checkbox"/>
bisexuell	<input type="checkbox"/>
asexuell (ohne sexuelles Interesse)	<input type="checkbox"/>
autosexuell (ausschließlich Masturbation)	<input type="checkbox"/>

4. Welche der folgenden sexuellen Handlungen haben Sie bereits in aktiver Rolle ausgeführt:

	nie	einmal	mehrmals
Zungenkuß mit einer Frau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Stimulation einer weiblichen Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orale Stimulation einer weiblichen Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Stimulation eines weiblichen Genitals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orale Stimulation eines weiblichen Genitals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zungenkuß mit einem Mann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Stimulation eines männlichen Genitals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orale Stimulation eines männlichen Genitals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Mehrfachauswahl möglich)

5. Falls Sie körperlich das Erscheinungsbild eines Mannes haben: Welche sexuellen Erfahrungen haben Sie außer den oben bereits genannten noch gemacht:

	nie	einmal	mehrmals
Penis-vaginaler Verkehr mit einer weiblichen Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Stimulation Ihres Genitals durch eine weibliche Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orale Stimulation Ihres Genitals durch eine weiblichen Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Stimulation Ihres Genitals durch einen männlichen Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orale Stimulation Ihres Genitals durch einen männlichen Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penis-analer Verkehr mit einem männlichen Partner (passiv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penis-analer Verkehr mit einem männlichen Partner (aktiv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Mehrfachauswahl möglich)

6. Falls Sie körperlich das Erscheinungsbild einer Frau haben: Welche sexuellen Erfahrungen haben Sie außer den oben bereits genannten noch gemacht:

	nie	einmal	mehrmals
Penis-vaginaler Verkehr mit einem männlichen Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Stimulation Ihrer Brust durch einen männliche Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orale Stimulation Ihrer Brust durch einen männlichen Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Stimulation Ihres Genitals durch einen männlichen Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orale Stimulation Ihres Genitals durch einen männlichen Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Stimulation Ihrer Brust durch eine weibliche Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orale Stimulation Ihrer Brust durch eine weibliche Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Stimulation Ihres Genitals durch eine weibliche Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orale Stimulation Ihres Genitals durch eine weibliche Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Mehrfachauswahl möglich)

7. Falls Sie bereits penis-vaginalen oder penis-analen Verkehr erfahren haben: In welcher Rolle haben Sie sich dabei gefühlt?

Ich empfinde als Frau	<input type="checkbox"/>
Ich empfinde als Mann	<input type="checkbox"/>
Ich kann beides empfinden	<input type="checkbox"/>
Ich versuche Gefühle abzuschalten	<input type="checkbox"/>

8. Welchen Stellenwert hat für Sie die Sexualität?

unwichtig 0 1 2 3 4 5 wichtig

9. Würden Sie gerne eher mehr oder eher weniger Sexualität erleben als zur Zeit?

mehr 0 1 2 3 4 5 weniger

10. Wie oft masturbieren Sie durchschnittlich innerhalb eines Monats?

ca. _____ Mal

11. Falls Sie das körperliche Erscheinungsbild eines Mannes haben: Wenden Sie die folgenden Techniken vor oder während der Masturbation zur Stimulierung an?

	nie	selten	manchmal	oft	immer
Tragen weiblicher Wäsche (ggf. vor dem Spiegel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schminken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Welche Einstellung haben Sie gegenüber Homosexuellen, welche gegenüber Transvestiten?

	Ablehnung		Toleranz		Sympathie	
	0	1	2	3	4	5
Homosexuelle Frauen	0	1	2	3	4	5
Homosexuelle Männer	0	1	2	3	4	5
Transvestiten	0	1	2	3	4	5

13. Wie schätzen Sie das Verhältnis Ihrer weiblichen und männlichen Anteile zueinander ein?

extrem weiblich 0 1 2 3 4 5 extrem männlich

14. Wie lange dauerte Ihre letzte partnerschaftliche Beziehung?

_____ Monate

15. Haben Sie jemals, auch nur gelegentlich, als Prostituierte gearbeitet?

Ja
Nein

16. Haben Sie aufgrund Ihrer geschlechtlichen Problematik sexuelle Kontakte vermieden?

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- immer

17. Falls Sie schon einmal sexuelle Kontakte aufgrund Ihrer geschlechtlichen Problematik vermieden haben: Glauben Sie, daß sich diese Kontaktschwierigkeiten im Laufe Ihrer Umgestaltung verbessern werden?

- Ja
- Nein

18. Haben Sie schon einmal an einer sexuellen Funktionsstörung gelitten (z.B. Beeinträchtigung der Gliedsteife oder der Orgasmusfähigkeit, Scheidenkrämpfe o.ä.)?

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- dauernd

19. Falls derartige Probleme einmal aufgetreten sind: In welchen Partnerschaften haben sie bestanden?

- Partnerschaft mit einem Mann
- Partnerschaft mit einer Frau

20. Kommen Sie bei der Selbstbefriedigung zum Orgasmus?

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- dauernd

21. Falls Sie eine biologische Frau sind: Waren Sie jemals einmal schwanger?

- Ja
- Nein

IV. Individualpsychologischer Hintergrund und Prognostik

1. Fanden Sie den sozialen Rollenwechsel, soweit Sie ihn bisher vollzogen haben, eher leichter oder eher schwieriger als Sie erwartet hätten?

leichter 0 1 2 3 4 5 schwieriger

2. Glauben Sie, daß Sie für den sozialen Rollenwechsel eher mehr oder eher weniger Zeit als andere Transidenten benötigen?

weniger 0 1 2 3 4 5 mehr

3. Meinen Sie, daß sich Ihr sozialer Status oder Ihre berufliche Position durch den Rollenwechsel eher verschlechtern oder eher verbessern wird?

verbessern 0 1 2 3 4 5 verschlechtern

4. Wie schätzen Sie Ihre derzeitige allgemeine Lebensqualität ein?

sehr niedrig 0 1 2 3 4 5 sehr hoch

5. Wie hoch schätzen Sie zur Zeit Ihre Lebenszufriedenheit in den folgenden Bereichen ein?

	sehr niedrig			sehr hoch		
Partnerschaft	0	1	2	3	4	5
Beruf	0	1	2	3	4	5
Freundeskreis	0	1	2	3	4	5
Elternhaus	0	1	2	3	4	5

6. Hatten Sie im letzten Jahr wegen Ihrer Problematik Schwierigkeiten mit den folgenden Personengruppen?

	nie	selten	machmal	oft	dauernd
Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie schätzen Sie heute Ihre Wirkung auf die Menschen ein, wenn Sie in der Aufmachung des neuen Geschlechts unterwegs sind?

männlich 0 1 2 3 4 5 weiblich

8. Wie oft sorgen Sie sich darüber, daß Sie von neueren Bekannten trotz Ihrer Kleidung Ihrem früheren Geschlecht zugeordnet werden könnten?

- nie
 selten
 manchmal
 oft
 dauernd

9. Wie schätzen Sie ein, daß sich die Geschlechtsangleichung auf Ihre Attraktivität und damit auf die Möglichkeit, leichter einen Partner zu finden, auswirken wird?

- eher positiv
 gleichbleibend
 eher negativ

10. Welche sozialen Beziehungen werden durch ihren bisher vollzogenen Geschlechtsrollenwechsel beeinträchtigt, so daß Sie evtl. sogar aufgegeben werden müssen?

	Abbruch unwahrscheinlich					Abbruch wahrscheinlich	
	0	1	2	3	4	5	
Partner/in	0	1	2	3	4	5	
Eltern	0	1	2	3	4	5	
Geschwister	0	1	2	3	4	5	
Berufskollegen	0	1	2	3	4	5	
Arbeitgeber	0	1	2	3	4	5	
Mitschüler, Mitstudierende	0	1	2	3	4	5	
Vereinskollegen	0	1	2	3	4	5	
Freundeskreis	0	1	2	3	4	5	
Nachbarn	0	1	2	3	4	5	

11. Vor wievielen Monaten haben Sie zum letzten Mal im Zusammenhang mit Ihrer Geschlechtsproblematik an einen Selbstmord gedacht?

_____ Monate

12. Falls es jemals zu Selbstmordversuchen gekommen ist: Wie häufig wurde von Ihnen bisher ein solcher Versuch unternommen?

_____ Mal

19. Hatten Sie früher einmal Kontakte zu einer Selbsthilfegruppe oder haben Sie diesen Kontakt noch?

	früher	zur Zeit
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Wie oft fragen Sie sich, ob der von Ihnen eingeschlagene Weg der Geschlechtsumwandlung wirklich der richtige ist?

nie	<input type="checkbox"/>
selten	<input type="checkbox"/>
manchmal	<input type="checkbox"/>
oft	<input type="checkbox"/>
dauernd	<input type="checkbox"/>

21. Könnten Sie sich für sich auch einen Lebensstil vorstellen, bei dem Sie durch Kleidung und Aussehen nicht eindeutig dem weiblichen oder männlichen Geschlecht zugeordnet werden könnten?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>

22. Könnten Sie sich vorstellen, daß eine Psychotherapie Ihnen die Annahme Ihres Körpers erleichtern würde?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>

V. Beurteilung des Fragebogens

1. Welches sind Ihrer Meinung nach die Gründe für die Entstehung von Transsexualität?

- eher biologisch-genetische Ursachen
- unentschieden
- eher sozial-familiäre Ursachen

2. Glauben Sie, daß dieser Fragebogen dazu geeignet ist, Ihre Geschlechtsproblematik hinlänglich darzulegen?

überhaupt nicht 0 1 2 3 4 5 voll und ganz

3. Welche Themen, die Ihnen noch wichtig erscheinen, wurden nicht erfaßt?

4. Waren die Fragen verständlich und eindeutig gestellt?

- immer
- meistens
- manchmal
- selten
- nie

5. Meinen Sie, daß die Fragen, insbesondere solche zum Intimbereich, für die Betroffenen zumutbar sind?

- alle
- viele
- wenige
- keine

6. Halten Sie es allgemein für sinnvoll, daß vom Gesetzgeber Bedingungen an die Anerkennung im anderen Geschlecht gefordert werden?

- Ja
- Nein

7. Welche Erfahrungen haben Sie im Zusammenhang mit Ihrer Geschlechtsproblematik mit den folgenden Personengruppen gemacht?

Ärzte / Psychiater	☺	☹	☹
Psychologen / Therapeuten	☺	☹	☹
Sozialarbeiter	☺	☹	☹
Selbsthilfegruppen	☺	☹	☹

Blättern Sie den ausgefüllten Fragebogen jetzt bitte noch einmal schnell durch, um ganz sicher zu sein, daß Sie alle Fragen beantwortet haben.

WIR DANKEN IHNEN FÜR IHRE MITARBEIT UND UNTERSTÜTZUNG!

DFTI (Form K)

Dieser Fragebogen gibt einen kleinen Auszug der Fragen eines Fragenkatalogs wieder, der für die Untersuchung einer klinischen Stichprobe von Personen mit einem bestimmten Störungsbild entworfen wurde. Die Daten der Untersuchung dieser Gruppe sollen nun mit denen einer Normalstichprobe von Personen verglichen werden, die dieses Störungsbild nicht hat. Dadurch können Unterschiede zwischen der klinischen Stichprobe und der Normalbevölkerung erhoben werden.

Datenschutz

Zum Schutz Ihrer persönlichen Daten wird von den Untersuchern die größtmögliche Sorgfalt im Umgang mit diesem Material angewandt:

1. Das Ausfüllen der Bögen erfolgt anonym. Sie müssen keinen Namen, keine Anschrift, kein Geburtsdatum o.ä. angeben, so daß es nicht möglich ist, nach der Erhebung den ausgefüllten Fragebogen mit Ihrer Person in Verbindung zu bringen.
2. Auf diesem Bogen, sowie auf allen anderen von Ihnen während der Untersuchung ausgefüllten Fragebögen und Protokollen, tragen Sie ein Codewort ein, welches gewährleistet, daß diese Bögen als zu ein und derselben Person zugehörig erkannt werden können. Dieses Codewort bestimmen Sie selbst. Es sollte ein Wort sein, das nicht so häufig vorkommt.
3. Durch diese Verfahrensrichtlinien ist sichergestellt, daß die Daten in keiner Weise mißbräuchlich oder gegen Ihre eigenen Interessen verwendet werden können.

Testanweisung

Bitte lesen Sie sich jede Frage des Bogens aufmerksam durch und beantworten Sie sie, bevor Sie zur nächsten Frage weitergehen. Verwenden Sie die Zeit zur Beantwortung der Fragen, die sie dafür benötigen. Sollte eine Frage nicht verstanden werden, so wenden Sie sich bitte damit an den Testleiter oder die Testleiterin.

Die meisten Fragen werden schnell zu beantworten sein, da es darum geht eine Antwort aus einer vorgegebenen Anzahl von Alternativen anzukreuzen:

XXXXXXXXXX
 XXXXXXXXXXXX
 XXXXXXXXXXX

Sollten mehrere Antworten infrage kommen, so ist unten vermerkt, daß mehrere Felder gleichzeitig angekreuzt werden können:

XXXXXXXXXX
 XXXXXXXXXXXX
 XXXXXXXXXXX

(Mehrfachauswahl möglich)

Ankreuzen müssen Sie auch die Kästchen, wenn sie in der folgenden Form angeordnet sind:

	xxx	xxx	xxx	xxx
XXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XXXXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hier darf in jede Zeile nur höchstens ein Kreuz gemacht werden, wobei evl. nicht alle Zeilen ausgefüllt werden können.

Daneben gibt es aber auch Felder, in denen Zahlen, Daten oder Text eingetragen werden muß:

Bei den nächsten Feldern handelt es sich um eine differenziertere Möglichkeit der Auswahl. Hier soll die emotionale Bedeutung eines Sachverhaltes von Ihnen durch ankreuzen eingestuft werden in positiv, neutral oder negativ:

XXXXXX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XXXXXXXX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XXXXXX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Alter:

2. Geburtsurkundliches Zuweisungsgeschlecht:

männlich
weiblich

3. Letzter Schulabschluß:

Hauptschule
Realschule
Gymnasium
Gesamtschule
Berufsfachschule
Fachoberschule
Fachhochschule
Universität
Kein Abschluß

Sonstiger Abschluß:

4. Letzter berufsqualifizierender Abschluß:

Lehrberuf
Fachhochschulabschluß
Akademischer Abschluß
Keine Berufsausbildung

Sonstiger Berufsabschluß:

5. Letzte ausgeübte Berufstätigkeit:

Arbeiter/in
Facharbeiter/in
Angestellte/r, Beamte/er/in
leitende/r Angestellte/r, höhere/r Beamte/er/in
Selbstständige/r Gewerbetreibende/r
Angehörige/r eines freien Berufes

6. Falls Sie nicht mehr oder noch nicht berufstätig sind, geben Sie bitte auch den jetzigen Status an:

Hausfrau/mann
Schüler/in, Lehrling, Student/in, Umschüler/in
Rentner/in, Pensionär/in
arbeitssuchend

7. Einwohnerzahl der Wohngemeinde, in der Sie vorrangig Ihre Schulzeit verbracht haben:

- bis 5.000 Einwohner
 bis 50.000 Einwohner
 bis 300.000 Einwohner
 über 300.000 Einwohner

8. Falls Sie zusammen mit Geschwistern aufgewachsen sind (auch Stiefgeschwister), geben Sie bitte jeweils die Anzahl an:

Ältere Schwestern	<input type="text"/>
Jüngere Schwestern	<input type="text"/>
Ältere Brüder	<input type="text"/>
Jüngere Brüder	<input type="text"/>

9. Haben Sie während Ihrer gesamten Kindheit und Jugend mit beiden leiblichen Eltern in einem Haushalt gelebt?

- Ja
 Nein

10. Falls Nein: Welcher leibliche Elternteil war abwesend (z.B. durch Trennung oder Tod)? In welcher Altersperiode Ihrer Kindheit und Jugend hat er gefehlt?

Elternteil	Alter (von / bis)
Vater	<input type="text"/>
Mutter	<input type="text"/>

11. Falls ein oder beide leiblichen Elternteile zeitweise nicht vorhanden waren: Wer hat die entsprechenden Erziehungsaufgaben übernommen?

Verantwortliche/r	Alter (von / bis)
Stiefmutter	<input type="text"/>
Stiefvater	<input type="text"/>
Großmutter	<input type="text"/>
Großvater	<input type="text"/>
Tante	<input type="text"/>
Onkel	<input type="text"/>
Ältere Schwester	<input type="text"/>
Älterer Bruder	<input type="text"/>
Pflegeeltern	<input type="text"/>
Pflegeheim	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Niemand	<input type="text"/>

12. In welchem Alter haben Sie ggf. das Elternhaus verlassen und einen eigenen Haushalt gegründet (bzw. Einzug in den Haushalt des Partners)?

_____ Jahre

13. Familienstand:

ledig
verheiratet
geschieden

14. Wohnsituation:

alleinlebend
in Haushaltsgemeinschaft mit dem/der derzeitigen Partner/in
bei den Eltern wohnend
in einer Wohngemeinschaft lebend

15. Kinder: Haben Sie eigene leibliche Kinder? Falls Ja: Wieviele?

Nein Ja _____
Alter des Letztgeborenen _____

16. Hatten Sie in irgendeiner Phase Ihres Lebens einmal ernsthaft daran gezweifelt ein Mädchen / eine Frau zu sein?

nie
selten
manchmal
oft

17. Falls Sie jemals Zweifel an Ihrer geschlechtlichen Identität hatten: In welchem Alter hatten Sie diese Zweifel zum ersten Mal?

_____ Jahre

18. Haben Sie sich in irgendeiner Phase Ihres Lebens einmal ernsthaft gewünscht, dem anderen Geschlecht zuzugehören?

nie
selten
manchmal
oft

19. Falls Sie jemals den Wunsch hatten, im anderen Geschlecht zu leben: In welchem Alter hatten Sie diesen zum ersten Mal?

_____ Jahre

20. Sind Sie als Kind oder Jugendliche schon einmal von fremden Personen als Junge verwechselt worden?

- nie
 selten
 manchmal
 oft

21. Wären Sie als Junge geboren worden, wie hätten Ihre Eltern darauf reagiert?

Mutter	erfreut	0	1	2	3	4	5	enttäuscht
Vater	erfreut	0	1	2	3	4	5	enttäuscht

22. Haben Sie sich als Kind oder Jugendliche manchmal jugenhaft verhalten?

- nie
 selten
 manchmal
 oft

23. Welche Personen waren während Ihrer Kindheit und Jugend ein Vorbild für Sie?

Kindheit: _____

Jugend: _____

24. Hätten Sie sich früher mehr Kontakte zu Gleichaltrigen gewünscht?

	Ja	Nein
in der Vorschulzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in der Schulzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Mit welchen Kindern haben Sie sich vor Beginn der Pubertät besser verstanden?

- Jungen
 Mädchen

26. Von welchem Geschlecht fühlen Sie sich heute besser verstanden?

- Frauen
Männer

27. Bevorzugen Sie Kleidung, die Ihre Weiblichkeit eher betont oder eher versteckt?

betont 0 1 2 3 4 5 versteckt

28. Welche geschlechtstypischen Spielzeuge bzw. Spiele haben Sie in Ihrer Kindheit bevorzugt?

	häufig	selten	nie
Waffen- und Kriegsspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisier- und Schminkspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüpfkästchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Mehrfachauswahl möglich)

29. Welches sind heute Ihre drei wichtigsten Hobbies?

30. Welche Berufsausbildungen haben Sie bisher absolviert (Bitte die Reihenfolge einhalten)?

31. Welche Berufe haben Sie bisher ausgeübt (Bitte die Reihenfolge einhalten)?

32. Welchen Beruf würden Sie gerne ausüben, wenn Sie die Möglichkeit dazu hätten?

33. Haben Sie als Kind oder Jugendliche einmal einen sexuellen Übergriff eines Erwachsenen erdulden müssen oder sind sexuell mißbraucht oder mißhandelt worden? Falls Ja: In welchem Alter war das?

nie
 einmalig
 mehrmalig

34. Falls Sie diese Erfahrung gemacht haben: War der Täter ein Mitglied Ihrer Familie oder eine fremde Person, Frau oder Mann?

Frau
 Mann

familiär
 fremd

35. Wie gehen Sie in der Regel eher mit Ihrem Körper um?

pfleglich 0 1 2 3 4 5 nachlässig

36. Welche Einstellung haben Sie gegenüber Homosexuellen, welche gegenüber Transvestiten und Transsexuellen?

	Ablehnung		Toleranz		Sympathie	
	0	1	2	3	4	5
Homosexuelle Frauen	0	1	2	3	4	5
Homosexuelle Männer	0	1	2	3	4	5
Transvestiten	0	1	2	3	4	5
Transsexuelle	0	1	2	3	4	5

37. Wie schätzen Sie das Verhältnis Ihrer weiblichen und männlichen Anteile zueinander ein?

extrem weiblich 0 1 2 3 4 5 extrem männlich

38. Wie lange dauerte Ihre letzte partnerschaftliche Beziehung?

_____ Monate

39. Wie schätzen Sie Ihre derzeitige allgemeine Lebensqualität ein?

sehr niedrig 0 1 2 3 4 5 sehr hoch

40. Wie hoch schätzen Sie zur Zeit Ihre Lebenszufriedenheit in den folgenden Bereichen ein?

Partnerschaft sehr niedrig 0 1 2 3 4 5 sehr hoch

Beruf sehr niedrig 0 1 2 3 4 5 sehr hoch

Freundeskreis sehr niedrig 0 1 2 3 4 5 sehr hoch

Elternhaus sehr niedrig 0 1 2 3 4 5 sehr hoch

41. Hatten Sie im letzten Jahr Schwierigkeiten mit den folgenden Personengruppen?

	nie	selten	manchmal	oft	dauernd
Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Wie schätzen Sie Ihre Wirkung auf andere Menschen ein?

sehr männlich 0 1 2 3 4 5 sehr weiblich

43. Haben Sie für sich selbst einmal an einen Selbstmord gedacht?

nie
 selten
 manchmal
 oft

44. Vor wievielen Monaten taten Sie das zum letzten Mal?

_____ Monate

45. Falls es jemals zu Selbstmordversuchen gekommen ist: Wie häufig wurde von Ihnen bisher ein solcher Versuch unternommen?

_____ Mal

46. Wie schätzen Sie über die Dauer der letzten zwölf Monate Ihren psychischen Allgemeinzustand ein?

sehr schlecht 0 1 2 3 4 5 sehr gut

47. Wenn Sie traurig und niedergeschlagen sind, versuchen Sie dann mit jemanden darüber zu reden?

- Nein, ich kann mir selbst am besten helfen.
- Ich würde gern, aber ich habe niemanden dafür.
- Ja, ich habe jemanden, dem ich vertrauen kann.

48. Mit wievielen Freunden oder Familienangehörigen können Sie über Ihre Probleme in aller Ausführlichkeit sprechen?

49. Waren die Fragen verständlich und eindeutig gestellt?

- immer
- meistens
- manchmal
- selten
- nie

50. Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit den folgenden Personengruppen gemacht?

- | | | | |
|---------------------------|---|---|---|
| Ärzte / Psychiater | ☺ | ☹ | ☹ |
| Psychologen / Therapeuten | ☺ | ☹ | ☹ |
| Sozialarbeiter | ☺ | ☹ | ☹ |
| Selbsthilfegruppen | ☺ | ☹ | ☹ |

Blättern Sie den ausgefüllten Fragebogen jetzt bitte noch einmal schnell durch, um ganz sicher zu sein, daß Sie alle Fragen beantwortet haben.

WIR DANKEN IHNEN FÜR IHRE MITARBEIT UND UNTERSTÜTZUNG!

7.2 Auswertung

7.2.1 Excel: Ergebnistabellen

7.2.1.1 Bem Sex-Role-Inventory	A-55
7.2.1.2 Fragebogen zur Herkunftsfamilie	A-56
7.2.1.3 Familienskulptur-Test	A-57
7.2.1.4 Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität	A-61

7.2.2 SPSS: Signifikanztests	A-82
------------------------------	------