Zeitschrift für Sexualforschung

Heft 1 8. Jahrgang März 1995 Seiten 1–100

Sonderdruck

Aus dem Inhalt

Gunter Schmidt
Über den Wandel heterosexueller Beziehungen

Ruth Gnirss-Bormet, Martin Sieber und *Claus Buddeberg*
Erektionsstörungen in einer Spezialsprechstunde

Viola Frick-Bruder
Sexuelle Konflikte im Alter

Enke
Ferdinand Enke Verlag Stuttgart

II

Zeitschrift für Sexualforschung

Herausgegeben von Sophinette Becker, Martin Dannecker, Margret Hauch, Gunter Schmidt und Volkmar Sigusch

Beirat: Josef Christian Aigner, Innsbruck · Günter Amendt, Hamburg · Henning Bech, Kopenhagen · Halina Bendkowski, Berlin · Christina von Braun, Berlin · Margrit Brückner, Frankfurt a. M. · Claus Buddeberg, Zürich · Ulrich Clement, Heidelberg · Johannes Cremerius, Freiburg · Karin Désirat, Hannover · Irene Dölling, Berlin · Ralf Dose, Berlin · Anke A. Ehrhardt, New York · Wolf Eicher, Mannheim · Viola Frick-Bruder, Hamburg · Monika Frommel, Kiel · Louis Gooren, Amsterdam · Günter Grau, Berlin · Antje Haag, Hamburg · Preben Hertoft, Kopenhagen · Herbert Jäger, Frankfurt a. M. · Heidrun Kaupen-Haas, Hamburg · Helmut Kentler, Hannover · Reinhardt Kleber, Hamburg · Götz Kockott, München · Igor S. Kon, Moskau · Rüdiger Lautmann, Bremen · Margarete Mitscherlich-Nielsen, Frankfurt a. M. · Paul Parin, Zürich · Reimut Reiche, Frankfurt a. M. · Hertha Richter-Appelt, Hamburg · Theo Sandfort, Utrecht · Ulrike Schmauch, Frankfurt a. M. · Kurt Starke, Leipzig · Bernhard Strauß, Kiel · Beate Wimmer-Puchinger, Wien

Redaktion: Prof. Dr. med. Volkmar Sigusch und Agnes Katzenbach. Redaktionsassistenz (Rezensionen): Bärbel Kischlat-Schwalm. Anschrift: Abteilung für Sexualwissenschaft, Klinikum der Universität, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt, Tel. (069) 6301-7614 oder -5625

Verlag: Ferdinand Enke Verlag, Postfach 300366, D-70443 Stuttgart, Stuttgart 1995 · Printed in Germany · Satz und Druck: Zechnersche Buchdruckerei GmbH & Co. KG., D-67346 Speyer. Verantwortlich für den Textteil: Prof. Dr. Volkmar Sigusch; für den Anzeigenteil: Ferdinand Enke Verlag, Postfach 300366, D-70443 Stuttgart, Telefon (0711) 135798-0, Telefax (0711) 13579830.

Mit der Annahme eines Manuskriptes erwirbt der Verlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfrist die ausschließliche Befugnis zur Wahrnehmung der Verwertungsrechte im Sinne der §§ 15ff. des Urheberrechtsgesetzes. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind für die Dauer des Urheberrechts geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die Aufnahme der Zeitschrift in Lesezirkel ist nicht gestattet.

Erscheinungsweise: Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bezugspreise	Abonnements-preis pro Jahr	Versand-kosten	Gesamtabonne-mentspreis
Jahresbezugspreis Inland/Ausland	DM 98,—	DM 10,80	DM 108,80
Vorzugspreis für Mitglieder* Inland/Ausland	DM 88,20	DM 10,80	DM 99,—

* der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Deutschen Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Sexualforschung, der Gesellschaft für Sexualwissenschaft und der Österreichischen Gesellschaft für Sexualforschung

Einzelheft DM 30,60 zuzüglich Versandkosten ab Verlagsort. Alle Preise sind unverbindlich empfohlene Preise. Preisänderungen vorbehalten. Die Bezugsdauer verlängert sich jeweils um 1 Jahr, wenn bis zum 30. September keine Abbestellung vorliegt. Rechtshinweis: Neubestellungen können innerhalb von 8 Tagen beim Verlag (Ferdinand Enke Verlag, Postfach 300366, D-70443 Stuttgart) widerrufen werden. Es genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung (Poststempel). – Der Verlag ist um eine zuverlässige Zustellung der abonnierten Zeitschrift bemüht. Gelegentlich versäumen Abonnenten, nach einem Umzug ihre neue Adresse mitzuteilen. In diesen Fällen hilft die Bundespost, indem sie die neue Anschrift dem Verlag mitteilt. Abonnenten, die mit diesem Vorgehen nicht einverstanden sind, werden gebeten, dies dem Verlag bekanntzugeben.

For users in the USA

Authorization to photocopy items for internal or personal use, or the internal or personal use of specific clients, is granted by Ferdinand Enke Verlag Stuttgart for libraries and other users registered with the Copyright Clearance Center (CCC) Transactional Reporting Service, provided that the base fee of $ 7.00 per copy of each article is paid directly to CCC, 21 Congress St., Salem, MA 01970. 0932-8114/95 $ 7.00.

This journal is peer reviewed and regularly listed in Loyola College Abstracts, PsycAlert, PsycINFO, Psychological Abstracts, Sociological Abstracts, Studies on Women Abstracts, and SUBIS.

von unrealistischen Beziehungsidealen, hin zu mehr Begegnung, die eine gemeinsame Verantwortung für die gelebte Sexualität beinhaltet. Dieser Weg ist oft mühsam und nicht ohne Risiko, bietet jedoch für die psychogen impotenten Männer und ihre Partnerinnen deutlich mehr Entwicklungsmöglichkeiten, als sie die somatische Medizin in Form von Penisprothesen, Spritzen oder Pumpen zur Verfügung stellen kann.

Literatur

Bass, Barbara: Störungen der sexuellen Appetenz bei Frauen. Ätiologie und Pathogenese. Med. Diss., Universität Zürich, 1993

Buddeberg, Claus: Von der sexuellen Liberalisierung zum Lustverlust. Entwicklungstendenzen in der Sexualmedizin. Psychosom. Med. 17, 16–26, 1989

Buddeberg, Claus: Körpersprache und Körpererleben in der Sexualität. Prax. Psychother. Psychosom. 37, 24–35, 1992

Buddeberg, Claus, Barbara Bass und Ruth Gnirss-Bormet: Die lustlose Frau – der impotente Mann. Zur sexuellen Beziehungsdynamik in ehelichen Zweierbeziehungen. Familiendynamik 19, 266–280, 1994

Feldman, Henry A., Irwin Goldstein, Dimitrios G. Hatzichristou, Robert J. Krane, and John B. McKinlay: Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachussetts Male Aging Study. J. Urol. 151, 54–61, 1994

Gnirss-Bormet, Ruth: Sexualmedizinische Abklärung und Behandlung von Patienten mit Erektionsstörungen. Med. Diss., Universität Zürich, 1993

Hauri, Dieter: Abklärung und Behandlung organisch bedingter Erektionsstörungen. Ther. Rundschau 51, 120–126, 1994

Janssen, Paul L.: Zur Differenzierung und Spezifität der Psychodynamik funktioneller Sexualstörungen bei Männern. Z. Psychosom. Med. 32, 27–43, 1986

Kaplan, Helen S.: Sex, intimacy and the aging process. J. Am. Psychoanal. 18, 185–205, 1990

Langer, Dieter und Uwe Hartmann: Psychosomatik der Impotenz. Bestandsaufnahme und integratives Konzept. Stuttgart 1992

Rentrop, Ekkehard: Die Bedeutung der Penisprothese im Paarkonflikt. Mat. Psychoanal. 9, 70–78, 1983

Sigg, Christian: Sexualität und Sterilität. Ther. Rundschau 51, 115–120, 1994

Stauber, Manfred: Psychosomatik der sterilen Ehe. Berlin 1979

Tiefer, Leonore: Über die fortschreitende Medikalisierung männlicher Sexualität. Z. Sexualforsch. 6, 119–131, 1993

Völkel, Heinrich: Adoleszenz und Sexualität. Zusammenfassender Bericht. 35. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. 1986

Zamel, Günther: Wenn die Ohnmacht nicht mehr auszuhalten ist. Wie die Technik die (männliche) Sexualität retten soll. Z. Sexualforsch. 7, 142–150, 1994

Dr. med. Ruth Gnirss-Bormet, Sexualmedizinische Sprechstunde, Departement für Frauenheilkunde, Universitätsspital Zürich, Frauenklinikstr. 10, CH-8091 Zürich

Priv.-Doz. Dr. phil. Martin Sieber, Alte Landstr. 117, CH-8702 Zollikon

Prof. Dr. med. Claus Buddeberg, Abteilung für Psychosoziale Medizin, Universitätsspital Zürich, Culmannstr. 8, CH-8091 Zürich

Z. Sexualforsch. 8, 24–38, 1995 © Enke Verlag Stuttgart

Parfen Laszig, Werner Knauss und Ulrich Clement

Psychotherapeutische Begleitung einer transsexuellen Entwicklung

Übersicht: Berichte über Psychotherapien transsexueller Patienten sind fast ausnahmslos an dem Behandlungsziel orientiert, daß die Patienten ihren Wunsch nach hormoneller und operativer Geschlechtsumwandlung aufgeben. Dieses Therapieziel stellt der vorliegende Bericht in Frage. Anhand des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens wird der Verlauf einer psychotherapeutischen Begleitung einer transsexuellen Entwicklung vom Mann zur Frau dargestellt. Durch die Erotisierung der Übertragung hat die Patientin unbewußt geprüft, ob ihre Abwehrformation beziehungsfähig ist. In einer Sequenz von Irritation und libidinöser Besetzung in der Gegenübertragung hat die Patientin ihre weibliche Identität festigen und ihre Beziehungsfähigkeit erproben können.

Schlüsselwörter: Transsexualismus; Geschlechtsumwandlung; Psychotherapie bei transsexuellen Patienten

Psychotherapie mit Transsexuellen

Die Art und Weise der Psychotherapie transsexueller Patienten ist strittig. Stereotyp wird betont, wie schwierig solche Behandlungen sind (Pfäfflin 1983; Janssen 1984; Langer 1985). Die Schwierigkeiten werden vor allem im Widerstand der Patienten gegen eine therapeutische Veränderung des transsexuellen Wunsches gesehen. In der Tat ist die Therapiemotivation gering oder fehlt, wenn Therapeut und Patient ein entgegengesetztes Ziel verfolgen. Pfäfflin (1983) und Sigusch (1991) weisen darauf hin, daß am häufigen Nichtzustandekommen eines Arbeitsbündnisses die Therapeuten keinen geringeren Anteil haben als die Patienten. Die wenigen Therapieberichte, die vorliegen, beschreiben fast durchweg langdauernde Behandlungen über mehrere hundert Sitzungen (Thomä 1957; Schwöbel 1960; Désirat 1985; Meyenburg 1992). Wenn es, wie bei Schwöbel, Désirat und Meyenburg, während der Therapie zu einer Aufgabe des Operationswunsches kam, wird dies zumindest implizit als Therapieerfolg gewertet.

Bemerkenswert ist demgegenüber, wie selten über Therapien kürzerer oder mittlerer Dauer berichtet wird, obwohl diese gerade von Therapeuten, die relativ viele Transsexuelle sehen, häufiger durchgeführt werden. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, daß die niedrigfrequenten und zeitbegrenzten Therapien deswegen so wenig publiziert werden, weil die Therapeuten der Vorstellung verhaftet bleiben, den Therapieerfolg am Verschwinden der transsexuellen Symptome, zumindest aber am Verschwinden des Operationswunsches zu messen. Dabei gäben die Ergebnisse der vielen katamnestischen Untersuchungen operierter Transsexueller, die Pfäfflin und Junge (1992) detailliert zusammengestellt und kommentiert haben, genug Begründungen für Psychotherapie auch und gerade in Verbindung mit hormoneller und operativer Behandlung. Das setzt freilich eine Umdefinition des Therapieziels voraus.

Das Therapieziel

Unseres Erachtens ist die Therapiediskussion dadurch behindert, daß die meisten Psychotherapeuten glauben, sich auf das Ziel der Versöhnung mit dem biologischen Geschlecht festlegen zu müssen. Daran wird der Erfolg einer Behandlung gemessen. Während sonst, zumindest in der psychoanalytisch inspirierten Diskussion, das Verschwinden oder Entschärfen eines Symptoms betont relativiert wird und hinter generellen Therapiezielen wie Beziehungsfähigkeit, Wohlbefinden, Arbeits-, Konflikt- und Genußfähigkeit zurücktritt, wird es bei der Transsexualität in ungewöhnlicher Weise überbetont.

So kommt es häufig zu einer antitherapeutischen Ausgangssituation, in der der Therapeut die irritierende Eindeutigkeit und Rigidität des Operationswunsches mit einer ebenso rigiden Ablehnung des Wunsches beantwortet, die sich meist an der Frage eines Operationsgutachtens entzündet. In dieser Dynamik kann ein Therapeut, der konflikttheoretisch eingestellt und auf das Ertragen einer reifen Ambivalenz ausgerichtet ist, von dem transsexuellen Patienten nur als bedrohlich erlebt werden. Er wird – mitsamt seinem Ziel der Versöhnung mit dem biologischen Geschlecht – monovalent abgelehnt, weil er mit diesem Therapieziel kein Angebot macht, sondern eine Bedrohung ausdrückt. Therapeuten, die sich bereits zu Beginn einer Behandlung auf eine Ablehnung des Operationswunsches festlegen, begründen dies damit, daß sie nicht bereit seien, das Symptom mitzuagieren. Daß sie aber, indem sie so entschlossen ablehnen, nur mit anderen Vorzeichen mitagieren, brauchen sie meist nicht zu reflektieren, da die Patienten ein solches Angebot, von dem sie sich existentiell in Frage gestellt fühlen müssen, nicht annehmen können und die Therapie gar nicht erst beginnen.

Nur wenn die Bedrohung, die ein die Spaltung mitagierender Therapeut darstellt, entschärft ist, kann überhaupt erst ein therapeutisches Arbeitsbündnis hergestellt werden. In diesem Sinne läßt sich auch der Fallbericht von Meyenburg (1992) über eine 300 Sitzungen dauernde Psychotherapie einer Mann-zu-Frau-Transsexuellen lesen, die heute als Frau lebt, den Operationswunsch aber aufgegeben hat. Meyenburg beschreibt, wie er eine neutrale Haltung hinsichtlich des Operationswunsches einnahm, also weder unterstützte noch entmutigte. Für den positiven Therapieverlauf entscheidend war unseres Erachtens das über Jahre anhaltende überdurchschnittliche Engagement des Therapeuten für die häufig in depressive und suizidale Krisen geratene Patientin, die heute psychisch stabil lebt. Das unermüdliche

„Holding" und die Beziehungskontinuität dürften diese Patientin stabilisiert haben, nicht psychogenetische Interpretationen über „den Kern des unbewußten Wunsches", auf die Meyenburg übrigens verzichtet.

Anders als Meyenburg sehen wir aber die Tatsache, daß seine Patientin den Operationswunsch aufgegeben hat, eher als sekundäres Resultat. Die Güte dieser Therapie zeigt sich vielmehr darin, daß sie eine Patientin mit einer offenbar schweren Persönlichkeitsstörung stabilisieren konnte. Hätte sich diese Patientin schließlich operieren lassen, hätte das unserer Meinung nach den Therapieerfolg nicht geschmälert.

Wir plädieren also für eine therapeutische Haltung, die auf die Begleitung der transsexuellen Entwicklung ausgerichtet ist, ohne sich gegen diese zu stellen. Die therapeutische Orientierung auf ein Aufdecken der psychogenetischen Ursachen der Geschlechtsidentitätsstörung steht dabei nicht im Vordergrund, sondern die Frage, wie der transsexuelle Wunsch sich in der Übertragungs-/Gegenübertragungskonstellation entwickelt. Im Gegensatz zu der Gleichsetzung von „aufdeckend" und „beseitigend" sind wir der Ansicht, daß sich die transsexuelle Dynamik von Geschlechtsidentitätssicherheit, Spaltung, Sexualisierung und Destruktivität in der therapeutischen Beziehung inszenieren kann und verstehbar wird, ohne daß das Verstehen zu einer Aufgabe des transsexuellen Wunsches führen muß.

Die vorliegende Kasuistik soll die Entwicklung einer transsexuellen Dynamik in der therapeutischen Beziehung beschreiben. Wir tun dies ohne krankheitstheoretische Implikationen und ohne die Vorstellung, ein Aufgeben des Operationswunsches sei ein Erfolg. Unsere Absicht ist vielmehr zu zeigen, daß Konfliktbearbeitung mit transsexuellen Patienten möglich ist, unabhängig davon, ob der Operationswunsch bestehen bleibt.

Die von uns beschriebene Psychotherapie fand im Rahmen eines Studenten-Therapieprojektes der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg statt. Das Setting ist dadurch bestimmt. Als „Behandler" bezeichnen wir im folgenden Ulrich Clement, der das Erstgespräch führte, über Indikationen zu entscheiden hatte und für eventuelle Gutachten zuständig war. Als „Therapeuten" bezeichnen wir Parfen Laszig, der an dem Studenten-Therapieprojekt teilnahm. Supervidiert wurde die Behandlung von Werner Knauss.

Der Patient

Ein 22jähriger männlicher Patient, in der Kosmetikbranche tätig, kam zusammen mit seiner Mutter und deren Schwester auf ärztliche Empfehlung in die Psychosomatische Universitätsklinik. Im Erstgespräch schilderte er dem Behandler, daß er möglichst bald eine geschlechtsumwandelnde Operation wünsche. Die transsexuelle Symptomatik erschien eindeutig; er fühlte und erlebte wie eine Frau. Auch dem äußeren Erscheinungsbild und Auftreten nach wurde er von dem Behandler als attraktives, schlankes, androgynes Wesen erlebt, welches im sozialen Umfeld sicher als Frau betrachtet werden konnte.

Obwohl der Patient zunächst die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Begleitung nicht einzusehen vermochte, konnte er im Verlauf des Gesprächs zumindest partiell davon überzeugt werden. Es wurde daraufhin vereinbart, daß er sich an einen Psychotherapeuten in seiner Umgebung, der mit der Problematik vertraut ist, wenden solle. Sowohl die Mutter des Patienten wie auch der Patient selbst meldeten sich jedoch nochmals telefonisch und baten um ein zweites Gespräch, da der Patient nicht zu dem vorgeschlagenen Arzt gehen wollte. Insgesamt zeigte sich der Patient in diesem zweiten Gespräch mitteilungsbereiter und kooperativer. Er wurde daraufhin an das erwähnte Therapieprojekt vermittelt. Die Psychotherapie wurde bewußt von der hormonellen und operativen Behandlung sowie von der Begutachtung getrennt. Für diese war in Absprache mit dem Therapeuten weiter der Behandler in der Klinik zuständig. Die Psychotherapie wurde mit dem Ziel durchgeführt, den Patienten ein Jahr lang während des „Alltagstests" zu begleiten.

Entwicklung der Symptomatik

Bereits im Kindergarten und auch beim Fasching hat der Patient sich als Mädchen bzw. als Frau gekleidet. Beim Sportunterricht in der Schule hat er sich immer auf der Toilette umgezogen aus Scham, sich vor den Jungen nackt zu zeigen. Später in der Berufsschule benutzte er deshalb immer die Mädchenumkleidekabine, was auch für die Mädchen „in Ordnung" gewesen sei. Freundschaftliche Kontakte bestanden eher zu Mädchen, die er schon immer den Jungen vorgezogen habe. Die Pubertät erlebte er insofern als „besonders schlimm", als den Freundinnen Brüste wuchsen und ihm nicht. Im Alter von 13 Jahren hatte er eine heterosexuelle Erfahrung, die er als unbefriedigend, in seinen Worten als „genauso wie Kaugummi kauen", empfand. In dieser Zeit hatte er große Angst, homosexuell zu sein, und wurde auch von seinem Umfeld, insbesondere den Mitschülern, als „Tunte" und „Schwuler" bezeichnet. Gelegenheiten, Beziehungen zu homosexuellen Männern zu haben, gab es verschiedentlich; das wurde aber von ihm als abstoßend bzw. „ekelerregend" empfunden. Er betonte ausdrücklich, daß seine sexuellen Wünsche ausschließlich auf heterosexuelle Männer gerichtet gewesen seien, bei denen er dann „ganz Frau" habe sein können. In seinen sexuellen Träumen fühlte er sich gleichfalls immer als Frau. Die dabei auftretenden nächtlichen Pollutionen empfand er als störend und mitunter ekelhaft; am Morgen nach dem Erwachen hätten sie in ihm regelmäßig den Wunsch ausgelöst, sich umgehend zu waschen. Gelegentliche morgendliche Erektionen empfand er ebenfalls als abstoßend, da sie ihn an sein biologisches Geschlecht erinnerten. Das Masturbieren stellte er in der Hoffnung ein, daß dann „der Penis klein bleibt".

Zum Zeitpunkt des Erstgesprächs hatte der Patient keine Partnerbeziehung. Eine einjährige Liebesbeziehung zu einem amerikanischen Soldaten war, aus für den Patienten nicht verstehbaren Gründen, einige Monate zuvor zu Ende gegangen. Der Patient hatte den Partner in dem Glauben gelassen, mit einer Frau befreundet zu sein. Diese Beziehung beschrieb er als

„emotional sehr nah". Im Verlauf der Psychotherapie wurde deutlich, daß er unter dieser Trennung sehr litt und darauf wartete, daß sein Partner „zurückkommen" würde.

Mit 16 Jahren sah er einen Bericht über eine amerikanische Sportlerin, die vormals ein Mann gewesen war. Hierdurch sei ihm seine Problematik bewußt geworden. Ungefähr ein Jahr vor dem Erstgespräch sah er im Fernsehen eine Reportage über einen Transsexuellen und dessen Operation und sprach daraufhin seine Großmutter an, bei der er damals wohnte, was sie dazu sagen würde, wenn er „so jemand" wäre. Die Großmutter hätte daraufhin gesagt, daß er das wohl richtig mache, wie er alles im Leben richtig mache. Seine Mutter habe eher erschreckt reagiert, meinte im Erstgespräch jedoch, sie könne „damit leben, da ihr in erster Linie sein Glück am Herzen" liege. In der Vorstellung des Patienten haben „alle" den Operationswunsch sehr positiv aufgenommen, „besonders die Frauen", negative Reaktionen habe es keine gegeben. Erst viel später konnte er in der Therapie darüber sprechen, daß es auch ablehnende Reaktionen seiner Familie und seines sozialen Umfeldes gegeben hatte.

Zur Lebensgeschichte

Der Patient ist der Jüngere von zwei Brüdern. Die Eltern trennten sich, als er vier Jahre alt war. Nach der Trennung der Eltern lebte er zunächst mit seinem Bruder, seinen Cousinen und Tanten bei der Großmutter mütterlicherseits in einer Art Großfamilie. Die Mutter lebte später mit ihrem Freund zusammen. Insgesamt hatte der Patient abwechselnd bei der Mutter und deren Freund und bei der Großmutter gelebt. Ein Zimmer habe er „überall gehabt, bei den beiden Omas, der Mutter, dem Vater". Die letzten Jahre wohnte er dann ausschließlich bei der Großmutter.

Den Kontakt zu seiner Mutter bezeichnete er als sehr eng. Nach Meinung des Patienten habe die Mutter „mit Männern sehr viel Pech gehabt und sich deshalb immer Jungen gewünscht, weil die es im Leben leichter haben". Die Mutter habe immer viel von ihm gehalten und ihn als den „Senkrechtstarter der Familie" bezeichnet. Von der transsexuellen Problematik weiß sie seit zwei Jahren. Der Vater des Patienten hat nochmals geheiratet und lebt mit dieser Frau in einer benachbarten Stadt. Zum Zeitpunkt des Erstgesprächs bestand kein Kontakt zwischen dem Patienten und seinem Vater. Auf Betreiben der Mutter hatte er den Vater in früherer Zeit öfter angerufen. Der Patient erlebte ihn als „abweisend, stur und kalt", als „einen Mann, gegen den man nicht ankommt" und der „die Mutter geschlagen" habe. Gleichzeitig empfand er jedoch auch Mitleid für den Vater, da dieser inzwischen schwer erkrankt war. Der Vater wußte bei Therapiebeginn nichts von der transsexuellen Entwicklung, und der Patient wollte es ihm auch nicht mitteilen, da der Vater damit „nie einverstanden" sei und ihn womöglich „totschlagen" würde. Im Verlauf der psychotherapeutischen Begleitung wurde jedoch deutlich, wie sehr er an seinem Vater hing und wie wichtig dessen Einverständnis zur Operation für den Patienten war.

Der ältere Bruder des Patienten war zwei Jahre zuvor an einer Überdosis Heroin gestorben. Der Patient bezeichnete diesen Tod als Mord, da man bei der Obduktion des Bruders festgestellt habe, daß dieser zuvor sehr viel Alkohol getrunken und nur eine einzige Einstichstelle am linken Arm gehabt habe. Der Bruder sei jedoch Linkshänder gewesen, was den Patienten in seiner Meinung bestärkte, daß es sich nicht um einen Unfall gehandelt habe. Im Gegensatz zu dem Patienten sei der Bruder immer das „Sorgenkind" der Familie gewesen. Das Verhältnis zwischen den Geschwistern beschrieb der Patient als „weder gut noch schlecht". Der Bruder habe jedoch der Mutter die „Entwicklung" des Patienten vorausgesagt, was den Patienten nachträglich sehr gerührt habe. Seit dem Tod des Bruders, der – nach erfolglosen Wiederbelebungsversuchen – in den Armen des Patienten gestorben ist, habe er oft gedacht, daß es besser gewesen wäre, wenn er anstelle seines Bruders gestorben wäre. Seitdem habe er, wenn er allein war, mit dem toten Bruder geredet, damit dieser „nicht in Vergessenheit" gerate. Eine Verbindung zwischen dem Todesdatum des Bruders und seinem eigenen Geburtsdatum zog er insofern, als es sich jeweils um den elften Tag eines Monats handelte.

Die Therapie

Die Trennung der psychotherapeutischen Begleitung von den Indikationsentscheidungen über die hormonelle und operative Behandlung im Rahmen einer psychosomatischen Klinik schien uns deshalb von Vorteil zu sein, weil dadurch die Psychotherapie von solchen Entscheidungen freigehalten und dem Therapeuten eine weitgehend neutrale Haltung ermöglicht wurde. Zwischen Behandler und Therapeut fand ein Austausch über den Verlauf der Therapie statt. Der Therapeut nahm ein Jahr lang, von einer halbjährigen Vorbereitungsphase abgesehen, an einer einstündigen wöchentlichen psychoanalytischen Gruppensupervision teil. Die Dauer der Psychotherapie war auf ein Jahr begrenzt. Danach sollte der Patient von dem Behandler weiter betreut werden. Erst diese zeitliche Begrenzung ermöglichte es dem Patienten, sich auf die Therapie einzulassen. Insofern ließe sich bezüglich des Settings auch von einer begrenzten Verabredung mit dem Patienten sprechen. Insgesamt fanden 43 Sitzungen statt, eine pro Woche. Nachdem der Therapeut die Übernahme der psychotherapeutischen Begleitung sowohl mit dem Behandler als auch mit dem Supervisor besprochen hatte, wurde ein erster Termin mit dem Patienten vereinbart.

In der ersten Sitzung wurde der Patient von dem Therapeuten sehr deutlich als weiblich erlebt: vom äußeren Erscheinungsbild her eine schlanke, attraktive Frau, modisch gekleidet und leicht geschminkt. Dies, in Verbindung mit dem Wissen, einem biologischen Mann gegenüberzusitzen, verunsicherte den Therapeuten. So sprach er in der Supervision einerseits von dem Patienten als Mann, andererseits aber auch als Frau. Im Verlauf der Supervision veränderte sich sein „er" jedoch zunehmend in Richtung „sie", bis er ausschließlich von „der Patientin" sprach. Im folgenden soll die weibliche Form verwendet werden, da sie der Empfindung des Therapeuten

nach Abschluß der Therapie, also zum Zeitpunkt der Entstehung dieses Textes, entspricht.

In den ersten Sitzungen versuchte der Therapeut, einen Eindruck von der Kindheit der Patientin und deren Lebensgeschichte zu gewinnen. Ihre Kindheit schilderte sie als glücklich, es habe ihr „an nichts gefehlt". Als wichtig beschrieb sie die Beziehung zu ihrer Mutter und zu ihrer Großmutter, die sie als ihre beiden Mütter bezeichnete, bei denen sie aufgewachsen war. Als der Therapeut nach dem Vater fragte, wurde sie unruhig – und ein Finger an der linken Hand begann zu zucken. Dieser „männliche" Teil meldete sich auch in späteren Sitzungen zu Wort, was von der Patientin bemerkt und von ihr auch thematisiert wurde. Im Verlauf der psychotherapeutischen Begleitung verschwand das Fingerzucken jedoch zunehmend. Ein eindeutiges Bild von ihrem Vater und der Beziehung zu ihm konnte sich der Therapeut in dieser Phase nicht machen. Deutlich wurde jedoch, daß die Beziehung zum Vater sehr ambivalent war, auf der einen Seite habe er sie „geschnitten" und durch seine Härte und emotionale Kälte gekränkt, auf der anderen Seite war ihr seine Zuneigung auch wichtig, und sie hing sehr an ihm.

Neben der Idealisierung ihrer Kindheit bzw. der Mutter und der Großmutter war die gleichzeitige Abwertung gleichaltriger Frauen auffallend, die sie größtenteils als „Flittchen" und „Schlampen, die in der Diskothek noch nicht einmal Unterwäsche tragen", beschrieb. Bereits in der ersten Sitzung zeigte sie dem Therapeuten verschiedene Kleidungsstücke, die sie zuvor in der Stadt gekauft hatte. Auch in die folgenden Sitzungen brachte sie sporadisch Kleidungsstücke wie Röcke, Blusen und Unterwäsche mit, welche sie dem Therapeuten voller Stolz vorführte. Dieses Verhalten verunsicherte den Therapeuten anfänglich stark. Er hatte das Gefühl, daß die Patientin die therapeutische Beziehung sexualisierte und fühlte sich dadurch verführt. In dieser Anfangsphase der Psychotherapie wurde dem Therapeuten klar, daß er mit seinen Fragen auch Distanz schaffte, wenn ihm die im Schweigen erfahrbare Nähe und sexuelle Verführung zu groß wurde. Gerade in dieser Anfangsphase erwies sich die Supervision als sehr hilfreich. In späteren Sitzungen war es ihm dadurch möglich, das Verhalten der Patientin – z.B. das wiederholte Vorführen der neu gekauften Kleider – zu thematisieren und mit ihr zu bearbeiten.

In den ersten Sitzungen stand für die Patientin immer wieder die Angst im Vordergrund, daß die Operation nicht genehmigt werden könnte. Aufgrund der Vereinbarung mit dem Behandler verwies der Therapeut bei Fragen der Patientin hinsichtlich der Genehmigung, des Termins und des technischen Ablaufs der Operation auf ihn, um ihr die Zielsetzung der psychotherapeutischen Begleitung zu verdeutlichen und sich selbst vor einer Funktionalisierung zu schützen. Bezüglich der Psychotherapie betonte die Patientin, wie wichtig für sie Kontrolle sei, was sich unter anderem darin äußerte, daß sie die Sitzungszeit verändern wollte oder Sitzungen mit Fragen an den Therapeuten eröffnete. Gleichzeitig erwartete sie, daß der Therapeut sie mit Fragen „richtig löchern" und seine „Neugierde" zeigen würde. Die Sexualisierung der Übertragung verstand der Therapeut als einen Versuch, ihn als Mann zu gewinnen, da sie sich dann als Frau angenommen fühlen konnte. Dafür erhoffte sie Resonanz und stellte den Therapeuten – wie beim Vorführen der Kleider – immer wieder auf die Probe. Der Therapeut war anfänglich durch dieses Verhalten verunsichert und reagierte zurückhaltend bis abweisend. In der Rolle des kleinen Mädchens, das um die Gunst des Vaters buhlte, führte sie zeitweise einen Machtkampf mit dem Therapeuten. Sie machte Vorwürfe wie z.B., daß die Therapie viel zu lang und die psychotherapeutische Begleitung nicht freiwillig sei; mehrfach vergaß sie den Krankenschein. Die psychotherapeutische Begleitung wurde in dieser Phase von der Patientin als Zwang erlebt, der sie wütend machte, eine Wut, die sie „seit vielen Jahren nicht herausgelassen" hatte.

Wut und Aggression waren auch im späteren Verlauf zentrale Affekte. Die Patientin war unter anderem wütend auf Männer, denen man „es zeigen muß, da sie sich sowieso für etwas Besseres als Frauen" hielten, auf gleichaltrige Frauen, die „immer nur das eine wollten" und sich wie „Schlampen" verhielten, auf ihre Familie und auf ihren eigenen Körper.

Sie betonte immer wieder, wie wichtig es für sie sei, von Männern unabhängig zu sein. Im Verlauf der psychotherapeutischen Begleitung hatte sie mehrere Freundschaften zu amerikanischen Männern, in welchen sie immer als Frau auftrat. Begleitet waren diese Freundschaften von der Angst, daß diese Männer sie ausnützen und nur mit ihr zusammen sein wollten, um mit ihr „ins Bett zu gehen". Einerseits fühlte sie sich unabhängig und diesen Männern überlegen, andererseits hatte sie einen starken Wunsch nach Zuneigung und Geliebtwerden. Ihren Körper empfand sie zunehmend als Hindernis, sich auf diese Beziehungen auch körperlich einlassen zu können. Gleichaltrige Frauen wurden von ihr oft abgewertet und auf ihre Körperlichkeit reduziert; das – in der Vorstellung der Patientin – schamlose Zurschaustellen des weiblichen Körpers empfand sie als abstoßend und ekelhaft. Gleichzeitig wurde deutlich, wie sehr sie sich weibliche Brüste wünschte und auf den Tag freute, an dem sie „im Bikini am Strand entlanglaufen" können werde.

Aggressionen gegen Familienmitglieder richteten sich sowohl auf Männer als auch Frauen. In ihrer Phantasie hatte z.B. ihr Vater die Bestrafung für das Schlagen der Mutter in Form seiner Krankheit bekommen. Sie wollte ihn nicht sehen, weil ihr „schlecht" werde und sie das dem Vater „nicht antun" wolle. Gleichzeitig tat ihr der Vater leid. Ambivalent waren auch ihre Gefühle zu ihrer Mutter und ihrer Großmutter. Die Patientin fühlte sich von beiden in ihrem Wunsch, Frau zu werden, nicht wahrgenommen. Dies sei ihr klargeworden, als die Großmutter sie gebeten habe, nochmals zu „überlegen", um „vielleicht doch ein nettes Mädchen kennenzulernen ...", und als die Mutter über die Transsexualität „nicht mehr reden wollte". Neben Wut konnte die Patientin ihre Verletzung spüren und den Wunsch nach Anerkennung in einer Familie, in welcher Gefühlen „wenig Platz eingeräumt" wurde. Sie mußte sich eingestehen, daß nicht „alle" ihren Operationswunsch positiv aufnahmen und wie wichtig ihr die „Erlaubnis" von Mutter und Großmutter und insbesondere ihrem Vater war.

In ihren Phantasien identifizierte sie sich mit „Karrierefrauen" wie der Popkünstlerin Madonna, welche für sie Weiblichkeit, Durchsetzungsvermögen und Unabhängigkeit verkörperte. Sie erzählte mehrfach von Büchern oder Filmen, in denen die Akteurinnen vom „kleinen Mäuschen zur Frau,

die sich wehrt", wurden. In dieser schwärmerischen Identifikation mit Schauspielerinnen und Märchenfiguren, wie dem „letzten Einhorn" oder „Arielle, der Meerjungfrau", kam sie dem Therapeuten oft wie ein junges Mädchen in der Pubertät vor.

Gleichzeitig bestand eine starke Identifikation der Patientin mit ihrer Mutter, welche die Patientin als „einen Teil" von sich beschrieb. Einerseits wollte die Patientin „alles genauso machen wie die Mutter", andererseits hatte die Mutter „kein Ziel erreicht", war alkoholabhängig und „bemitleidete sich selbst". Nach der Operation wollte sie „härter" sein als die Mutter und sich „nie von einem Mann so unterkriegen lassen". Kritik von anderen Personen an ihrer Mutter empfand die Patientin, als wäre diese gegen sie selbst gerichtet, was zu der inneren Formel führte: „Meine Mutter ist ein Teil von mir; wer meine Mutter angreift, bekommt es mit mir zu tun, den werde ich zerfetzen." Diese Identifikation mit der Mutter auf der Körperebene bezeichnete die Patientin als „mangelnde Abnabelung", da sie in ihrer Vorstellung „schon immer ein richtiges Mamakind" gewesen sei.

Die latente Aggression, die zerfetzende Wut durchzog viele Schilderungen von Tagesereignissen, Phantasien, Filmen und Büchern. Themen wie Vergewaltigungen, Schlägereien, Unfälle, Mord und sexueller Mißbrauch bestimmten diese Sitzungen, wurden von der Patientin jedoch nur bedingt in Verbindung mit ihrer eigenen Geschichte gesehen. In einer Erinnerung an einen Unfall, von dem sie nicht genau wußte, ob sie ihn geträumt hatte oder reale Zeugin war, schilderte sie ihre Phantasie, wie man „aufwacht und merkt, daß das Bein abgetrennt ist", betonte jedoch anschließend, daß sie sich auf ihre Operation „vorbereitet" habe und daß das deshalb nicht „so schrecklich" sei wie in dem geschilderten Fall. Diese Unfallerinnerung kann als Deckerinnerung betrachtet werden; der Unfall, das Trauma war bereits vorausgegangen, und die Operation sollte dies nur zu Ende bringen.

In diesem Zusammenhang schilderte die Patientin ihre große Angst vor Gewalt und Schmerzen. Sie erlebte in ihrer Rolle als Frau Vergewaltigungsängste, die sie „so zuvor nicht kannte". Große Angst hatte sie auch vor den Schmerzen nach der Operation bzw. davor, daß bei der Narkose „etwas schiefgeht". Diese Angst wurde von ihrer Mutter geteilt und führte gegen Ende der Psychotherapie dazu, daß die Mutter der Patientin „zum ersten Mal sagte, daß sie mich (die Patientin) liebt und braucht", ihr jedoch gleichzeitig Vorwürfe machte, daß diese überhaupt nicht an sie denken würde. In dieser Endphase der Psychotherapie verglich die Patientin die Beziehung zu ihrer Mutter mit der zu ihrem Vater. Ihre Mutter sei ihr „immer näher gewesen als der Vater", was in der Vorstellung der Patientin nur „natürlich" schien. Sie entwickelte die Phantasie, daß, „wenn manche Mütter ihre Kinder mißhandeln, Ohren abschneiden, auf heiße Herdplatten setzen, die Männer ja umgekehrt doch aufholen könnten" und sie selbst vielleicht doch noch eine nahe Beziehung zu ihrem Vater entwickeln könnte. Betrachtet man diese Phantasie auf der bildhaften Ebene, könnte man annehmen, daß die Patientin in ihrer Phantasie erst (sexuell) mißbraucht, mißhandelt werden mußte, damit der Vater sie lieben konnte.

Gleichzeitig wurde die Abwehr der negativen ödipalen Beziehung deutlich, in der sich die Patientin gegen die homosexuelle Beziehung zu ihrem

Vater wehrte. Als „wichtigste und größte Hürde", die sie genommen hatte, beschrieb sie in der vorletzten Stunde, wie sie ihrem Vater von ihrer Transsexualität und den Operationsplänen erzählt hatte. Hatte sie anfangs die Angst gehabt, der Vater würde sie „aus dem Haus werfen" oder „totschlagen", wandelten sich diese Gefühle in Freude, als der Vater ihr seine Zuneigung zeigte. Nachdem er ihr versichert hatte, daß er „keine kleinen Mädchen schlage" und die Hauptsache für ihn darin bestünde, daß sie kein „Schwuler" sei, habe er ihr angeboten, daß sie im Falle des Todes seiner jetzigen Ehefrau bei ihm wohnen und für ihn sorgen könne. Auch hier zeigt sich die Verbindung zwischen Tod und Liebe. Erst wenn die (zweite) Frau des Vaters stirbt, ist Platz für die Liebe zwischen Vater und Tochter.

Die Verbindung zum Vater wieder hergestellt und ihm ihre Transsexualität offenbart zu haben, erfüllte die Patientin mit Stolz und war für sie „einer der wichtigsten Schritte in der Therapie".

Als wichtigstes Ergebnis der psychotherapeutischen Begleitung beschrieb sie ihre „Entwicklung zu mehr Selbstvertrauen und Autonomie". Auch ihr anfänglicher Kinderwunsch hatte sich gewandelt. Im Initialtraum hatte sie Schwangerschaftssymptome geschildert. Sie sei zu dem Behandler in die Sprechstunde gegangen, und dieser habe gemeint, sie sei vielleicht schwanger. Der Therapeut verstand diesen Traum als Übergangsphantasie, von ihm schwanger zu werden. Im Verlauf der psychotherapeutischen Begleitung machte der Traum dem Wunsch nach Adoption von Kindern Platz und führte dann zu dem Bedürfnis der Patientin, sich in erster Linie um sich selbst zu kümmern und die neugewonnene Autonomie zu stärken.

Neben weiblichen Anteilen war in Träumen auch eine männlich-phallische und androgyne Symbolik zu erkennen. Die Patientin träumte von einer phallusartigen Spinne, vor der sie sich ekelte und von der sie „angesprungen" wurde. In einem weiteren Traum wurde sie durch Schlangen bedroht, die sie verfolgten. Als eine sie berührte, hielt sie deren Kopf mit der Hand fest, und die Schlange tat ihr nichts. In beiden Träumen ging es um Gefühle, die ihre Männlichkeit bzw. ihren Penis betrafen. Das Bild der phallusartigen Spinne erinnerte den Therapeuten an das Titelbild eines Buches, das die Patientin ihm einige Sitzungen zuvor mitgebracht hatte. Bezeichnenderweise handelte es sich dabei um die Geschichte eines transsexuellen Gewaltverbrechers und einer jungen, dynamischen Polizistin („Das Schweigen der Lämmer" von T. Harris). Inwieweit der Operationswunsch einen Versuch der Scheidung „guter" von „schlechter" Männlichkeit, dem mächtigen und dem sadistischen Penis, darstellte, bleibt hypothetisch.

Gegen Ende der Psychotherapie hatte die Patientin das Gefühl, selbstbewußter geworden zu sein und auch nach außen eindeutig als Frau aufzutreten. Ihre Kleidung wurde zusehends weiblicher, nach der inneren Formel: „Wenn schon der Körper nicht stimmt, soll wenigstens das Äußere korrekt sein". Gleichzeitig reichte es ihr nicht mehr aus, „nur gut auszusehen". In ihrer Phantasie wartete sie auf den Zeitpunkt, „die Hüllen des Körpers aufzureißen oder besser zu verändern, um dann als Frau zu entsteigen". Mit der Operation verband sie die Vorstellung, daß sich innerlich nichts verändern, ihr äußerlich aber vieles erleichtert würde. Dem sah sie erwartungsvoll entgegen.

In der therapeutischen Beziehung ließen sich verschiedene Phasen erkennen. Anfangs erlebte die Patientin die psychotherapeutische Begleitung als Zwang. Sie war wütend auf den Therapeuten, einmal in der Woche zu ihm „kommen zu müssen", und hatte die Phantasie, daß „doch niemand verstehen kann", wie sie sich bezüglich ihrer Transsexualität erlebe und fühle. Die Beziehung wurde jedoch zusehends tragfähiger. Die Patientin ärgerte sich über ausgefallene Sitzungen, fühlte sich vom Therapeuten „im Stich gelassen" und wurde wütend, als er ihr seinen vierwöchigen Urlaub ankündigte. Die Sitzungen gewannen an Wichtigkeit für sie, und das Thema „Operation" rückte in den Hintergrund. Hatte der Therapeut anfangs das Gefühl, von ihr als männliches Gegenüber wahrgenommen zu werden, veränderte sich auch das. Sie erlebte nun den Therapeuten nicht als Mann, sondern eher „wie eine Freundin, die mir zuhört", als einen Menschen, mit dem sie Gespräche hat, wie es nach ihrer Vorstellung „sonst mit Männern nicht möglich ist".

In dieser Phase der psychotherapeutischen Begleitung fehlten ihr „ausgefallene" Sitzungen. Sie erlebte die Sitzungen als zu ihrem Leben gehörend. Mehrfach äußerte sie ihre „Angst vor Abhängigkeit". Eine Terminabsage in der Endphase der psychotherapeutischen Begleitung begründete sie nachträglich damit, daß sie nicht daran denken wolle, nicht mehr zu kommen. Gleichzeitig phantasierte sie, das Ende „schweigend" zu übergehen, daß die ausgefallenen Sitzungen „nachgeholt" würden und daß sie direkt im Anschluß weitere Sitzungen vereinbaren würde. Sie war wütend über den Verlust, aber auch froh, wieder einen Schritt weitergekommen zu sein. Eine Psychotherapie bei einem anderen Therapeuten wollte sie nicht beginnen, da sie sich zu diesem Zeitpunkt trennen konnte, jedoch Angst hatte, wie „das beim nächsten Mal mit der Abhängigkeit" sei.

Hatte der Therapeut anfänglich das Gefühl, die Patientin sexualisiere die Übertragung, wich dies dem Eindruck, von ihr zeitweise als geschlechtslos wahrgenommen zu werden. Im Verlauf der Psychotherapie überwog jedoch ihr Bemühen, sein Interesse als Mann zu gewinnen. Sie führte ihre Kleider vor und brachte Photos von sich mit (z.B. im Bikini), um den Therapeuten „zu beobachten", wie er „als Mann darauf reagieren" würde, und wiederholte mehrfach, daß der Therapeut sie „doch mal löchern" solle zu dem, was ihn interessieren würde. Auch ihren neuen Freund beschrieb sie als einen Mann, der wenig spreche, ihr das Gefühl von Ruhe gebe. „So einer" käme bei ihr „vielleicht doch irgendwann schneller zum Ziel als die anderen Männer". Die Parallelen zum Therapeuten waren ihr nicht bewußt. In der letzten Sitzung formulierte sie auch den Wunsch, den Therapeuten nach ihrer Operation privat zu treffen. Sie betonte dabei, daß sie ihn nicht verführen wolle und die Situation eine andere sei, weil dann die psychotherapeutische Begleitung abgeschlossen wäre. Dem Therapeuten wurde deutlich, daß es auch ihm schwerfiel, sich von der Patientin zu trennen. Er hatte die Sitzungen mit der Patientin als angenehm, emotional nah und abwechslungsreich erlebt und therapeutisch von ihr lernen können.

Die Entwicklung der Gegenübertragung

Zusammenfassend stellt sich die Entwicklung der Gegenübertragung so dar: Die Verunsicherung des Therapeuten, ob er nun einem Mann oder einer Frau gegenübersaß, führte bei ihm zu der Frage, ob es sich um eine homosexuelle oder eine heterosexuelle Beziehung handelt. War der Therapeut anfangs vom Verhalten seines Gegenübers irritiert, wich dies dem Gefühl, bedrängt, auf die Probe gestellt, aber auch umworben zu werden. Die mitgebrachten Kleidungsstücke und Photos, die Forderung, Fragen zu stellen, usw. brachten den Therapeuten nicht nur in Bedrängnis, sondern auch in Verlegenheit. Nachdem er anfangs diese Verhaltensweisen nicht thematisiert, also mit Zurückweisung oder vielmehr mit „stiller Ablehnung" reagiert hatte, wurde ihm in der Supervision bewußt, was er, vergleichbar dem Vater, damit ausdrückte: „So benimmt man sich nicht gegenüber seinem Therapeuten/Vater!" Die Sitzungen empfand der Therapeut in dieser Phase zeitweise als anstrengend und die im beiderseitigen Schweigen spürbare Nähe als unangenehm. Parallel dazu bemerkte er bei sich das Interesse zu erfahren, wie die sexuellen Beziehungen der Patientin aussahen, und sprach gleichzeitig davon, „nicht stärker in sie eindringen" zu wollen. Spätestens in dieser Phase erlebte der Therapeut die Patientin eindeutig als Frau, wenn auch eher als junges Mädchen, welches mit Koketterie ihre Weiblichkeit an ihm erprobte, dessen Sexualität jedoch ein (weibliches) Geheimnis bleiben sollte.

Zeitweise hatte er das Gefühl, von der Patientin als Freundin, eher noch als geschlechtsloses Neutrum behandelt zu werden. Hierbei fühlte er sich von ihr in eine heimliche Komplizenschaft gedrängt, in der Männlichkeit nur negativ besetzt schien. Mit zunehmender Sitzungszahl empfand der Therapeut sich als männliches Gegenüber in der Rolle des (Be-)Gutachters ihrer Weiblichkeit und Objekt ihrer Verführungsversuche, gleichzeitig aber auch als Ziel ihrer Enttäuschungswut, wenn er dieser Delegation nicht unverzüglich nachkam. Das Ergebnis dieser Beziehungsentwicklung war, daß das Geschlecht der Patientin von ihm libidinös besetzt wurde oder, mit den Worten des Supervisors, „der Glanz im Auge des heterosexuellen Therapeuten" sich einstellte.

Zur Psychodynamik aus der Sicht der Supervision

Zentral für unsere Überlegungen ist die Entwicklung des Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehens. Da es sich um eine psychoanalytisch orientierte und supervidierte therapeutische Begleitung des Patienten handelte, bestand die Aufgabe des Therapeuten und der Supervisionsgruppe darin, durch die Analyse der Gegenübertragung immer wieder eine neutrale Haltung zu gewinnen und zu verstehen, welche Übertragungsdynamik sich entwickelte. Über diese Analyse wollten wir verstehen, welche Bedeutung der Wunsch nach einer Geschlechtsumwandlungsoperation für den Patienten hat. Mit dem zuständigen Behandler in der Klinik waren wir uns einig, daß diagnostisch entscheidend nicht nur Leitsymptome sein sollten, sondern der Verlauf des Alltagstests über eine längere Zeit und der Eindruck, der

schließlich bei dem Therapeuten in der Gegenübertragung entsteht: „Das ist eine Frau" oder „Das ist ein Mann".

Zunächst entstand in der Gegenübertragung das Bild eines Mannes, der sich immer schon als Frau gefühlt, alles Männliche in Verbindung mit Destruktivität und Tod gebracht, sich als Mann von beiden Eltern nicht geliebt gefühlt hatte und durch eine Operation zur Frau werden wollte. Der Patient hat in dieser Phase den Therapeuten mit Erfolg dazu gebracht, ihn als Frau zu sehen und ihn libidinös zu besetzen. Damit wurde in der Gegenübertragungsentwicklung die Geschlechtsumwandlung vollzogen. Das Bild eines Mannes wurde ersetzt durch das Bild einer Frau.

Als das Bild eines Mannes im Therapeuten langsam verschwand, reagierte er mit Ängsten und heftigen Verunsicherungen; zunächst, solange er den Patienten als Mann sah, im Sinn einer Angst vor einer homosexuellen Übertragungsbeziehung, dann im Sinn einer Verwirrung über die eigene Geschlechtsidentität. Als Reaktion darauf wies er das Werben der Patientin zurück. Durch die Bearbeitung der Ängste und Verwirrungen in der Gegenübertragung wurde es dem Therapeuten möglich, den Patienten, nachdem er abwechselnd von „ihm" und „ihr" gesprochen hatte, eindeutig als Frau libidinös zu besetzen. Das brachte eine deutliche Entspannung in der Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik und für die Patientin wesentliche Einsichten in ihre inneren und familiären Konflikte. Es wurde deutlich, wie sie Männlichkeit in ihrer Familie und in sich als zerstörerisch („totschlagen"), krankmachend (Erkrankung des Vaters) oder tödlich (Tod des Bruders) erlebt hat. Deutlich wurde auch, daß sie der Destruktivität der alkoholabhängigen Mutter schon früh durch Cross-dressing zu entgehen versuchte und als Mädchen für den Vater attraktiv werden wollte. Sie erkannte, daß der Vater sie nur als Mädchen, nicht aber als Jungen lieben konnte und daß auch die Mutter sie nur als Mädchen gern haben konnte, das, vor allem körperlich, genauso war wie sie selbst. Erst nach dieser Identifikation auf der Körperebene konnte sie auch in Rivalität mit der Mutter eintreten und sich vorstellen, daß sie eine bessere Frau werden könne als diese. Gegen Ende der Behandlung konnte sie zu dem gefürchteten Vater eine reale Beziehung aufnehmen und erleben, daß er sie als Frau annehmen und lieben konnte, sie aber als Mann und vor allem als homosexuellen Mann nie hätte akzeptieren können.

Der innere Prozeß der Geschlechtsumwandlung, wie er sich in der Entwicklung der Gegenübertragung im Therapeuten und in der Supervisionsgruppe vollzogen hatte, machte für die Supervisionsgruppe und den Therapeuten deutlich, daß der Wunsch nach einer Geschlechtsumwandlung als eine für die Patientin lebensrettende Operation zu verstehen war, also als Abwehrleistung in einer lebensbedrohlichen seelischen Situation. Paradoxerweise konnte die Patientin über die Identifikation mit der Mutter auf der Körperebene in eine positive ödipale Auseinandersetzung mit der Mutter eintreten, mit ihr um den liebevoll zugewandten Vater rivalisieren, der sie schließlich auch als Frau libidinös besetzen und als Tochter lieben konnte, während sie sich vorstellte, daß er sie als homosexuell liebenden Sohn totgeschlagen hätte. Entscheidend scheint uns in dieser Behandlung zu sein, daß der Therapeut den Patienten über die Analyse seiner Gegenübertragungsentwicklung schließlich als Frau libidinös besetzen konnte und seinen Wunsch, zur Frau zu werden, nicht pathologisieren mußte. Im Unterschied zu dem von Meyenburg (1992) geschilderten Verlauf blieb diese Patientin weiterhin sexuell aktiv, wobei nie klar wurde, welche Art der sexuellen Beziehung sie zu ihren als ausschließlich heterosexuell geschilderten Freunden praktisch erleben konnte. Sie blieb bei ihrem Wunsch, sich durch eine Operation auch körperlich zur Frau machen zu lassen. Erst eine katamnestische Untersuchung kann zeigen, wie sich die reale Veränderung ihres Körpers auf ihre weitere Entwicklung auswirken wird. Sie konnte in dieser Behandlung dem Therapeuten und der Supervisionsgruppe deutlich machen, daß die Entwicklung eines transsexuellen Selbst- und Körperbildes verstanden werden kann als „die Rettung eines sonst von Zerstörung bedrohten Selbst" (Bräutigam und Clement 1989: 186).

Diskussion

Eine einzelne Behandlung erlaubt zwar keine Verallgemeinerungen, kann aber Perspektiven eröffnen, die über den Einzelfall hinausgehen. In diesem Sinn verfolgen wir mit der Falldarstellung drei Anliegen.

Wir möchten erstens darstellen, daß mit Transsexuellen eine konfliktorientierte Psychotherapie möglich ist, die sich nicht von dem Therapieziel leiten läßt, daß der Patient seinen Operationswunsch aufgibt. Dabei ist „konfliktorientiert" nicht gleichbedeutend mit „ursachenaufdeckend". Die emotionale Stabilisierung der Patientin am Ende der Therapie sehen wir im Zusammenhang mit ihrer größeren Bereitschaft, sich insbesondere mit ihren destruktiven Gefühlen auseinanderzusetzen, und mit der wiederaufgenommenen Beziehung zum Vater. Obwohl der Operationswunsch als solcher unverändert blieb, war ihre Lebensperspektive doch nicht mehr ausschließlich darauf konzentriert, so daß wir von einer Lockerung der Abwehr sprechen können. Diese Lockerung ändert nichts daran, daß die transsexuelle Symptomatik Abwehrcharakter hat, freilich in einer kreativen Form.

Unser zweites Anliegen war, die Dynamik der Abwehr durch die Analyse der Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellation darzustellen. Die abgewehrten Impulse, nämlich die mit Männlichkeit assoziierte massive Destruktivität, wurden in ihrem „Kern" nur berührt, sicher nicht durchgearbeitet, sofern das überhaupt möglich ist. Der Stellenwert der erotisierten therapeutischen Beziehung hat sich aber durch die Analyse der Gegenübertragung verstehen lassen. Durch die Erotisierung der Übertragung hat die Patientin unbewußt geprüft, ob ihre Abwehrformation beziehungsfähig ist. In der Sequenz von Irritation und libidinöser Besetzung, die sich in der Gegenübertragung vollzog, hat die Patientin ihre weibliche Identität gefestigt und ihre weibliche Beziehungsfähigkeit erprobt. So gesehen, war die therapeutische Beziehung ein Äquivalent zum „Alltagstest" im realen sozialen Umfeld, in dem die Beziehungsfähigkeit und damit auch Lebensfähigkeit der neuentwickelten Identität sich bewähren konnte.

Schließlich liegt uns daran zu zeigen, daß sich eine solche Therapie auf eine überschaubare Anzahl von Sitzungen beschränken läßt. Die Tatsache,

daß die Begrenzung der Therapiedauer die Motivation unserer Patientin deutlich erhöht hat, ist aus unserer Sicht generalisierbar. Sie hat die Therapie nicht zu bedrohlich erscheinen lassen und der Patientin ermöglicht, das Therapieangebot anzunehmen. Wir sprechen uns deshalb nachdrücklich dafür aus, die Chance eines Arbeitsbündnisses mit transsexuellen Patienten nicht dadurch zu verschenken, daß von vornherein eine Therapiedauer ins Auge gefaßt wird, die eher den Bedürfnissen der Therapeuten als denen der Patienten entspricht.

Literatur

Bräutigam, Walter und Ulrich Clement: Sexualmedizin im Grundriß. Eine Einführung in Klinik, Theorie und Therapie der sexuellen Konflikte und Störungen. 3., neubearb. u. erw. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme 1989

Désirat, Karin: Die transsexuelle Frau. Stuttgart: Enke 1985

Janssen, Paul L.: Zum transsexuellen Symptom in einem Partnerarrangement – Nur ein Fall? Psychother. Psychosom. med. Psychol. 34, 76–80, 1984

Langer, Dieter: Der Transsexuelle: Eine Herausforderung für Kooperation zwischen psychologischer und chirurgischer Medizin. Fortschr. Neurol. Psychiat. 53, 67–84, 1985

Meyenburg, Bernd: Aus der Psychotherapie eines transsexuellen Patienten. Z. Sexualforsch. 5, 95–111, 1992

Pfäfflin, Friedemann: Probleme der psychotherapeutischen Behandlung transsexueller Patienten. Psychother. Psychosom. med. Psychol. 33, 89–92, 1983

Pfäfflin, Friedemann und Astrid Junge (Hrsg.): Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität. Stuttgart, New York: Schattauer 1992

Schwöbel, Georg: Ein transvestitischer Mensch, die Bedeutung seiner Störung und sein Wandel in der Psychoanalyse. Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. 86, 358–382, 1960

Sigusch, Volkmar: Die Transsexuellen und unser nosomorpher Blick. Teil I: Zur Enttotalisierung des Transsexualismus. Teil II: Zur Entpathologisierung des Transsexualismus. Z. Sexualforsch. 4, 225–256 und 309–343, 1991

Thomä, Helmut: Männlicher Transvestitismus und das Verlangen nach Geschlechtsumwandlung. Psyche 11, 81–124, 1957

Dipl.-Psych. Parfen Laszig und Priv.-Doz. Dr. Ulrich Clement, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Psychosomatische Klinik, Thibautstr. 2, 69115 Heidelberg

Dipl-.Psych. Werner Knauss, Friedrich-Ebert-Anlage 30, 69117 Heidelberg