

Phantasie eines Geschlechtswechsels

Zur Psychoanalyse der Transsexualität¹

Reinhard Herold

Im vorliegenden Beitrag werde ich mich mit einigen psychodynamischen Aspekten eines Krankheitsbildes befassen, bei dem die zentrale Phantasie des Patienten darin besteht, eigentlich dem anderen Geschlecht anzugehören. Diese Phantasie existiert wahrscheinlich, seit die Menschen ihre geschlechtliche Zweiteilung erkennen mussten. Die Vorstellung, ganz in die Haut des anderen Geschlechts zu schlüpfen oder dieses gar völlig anzunehmen, mag zu verschiedenen Zeiten in unterschiedlichem Maß in jedem von uns entstehen. Der krankheitsdefinierende transsexuelle Wunsch bzw. das transsexuelle Symptom, mit dem „wahren“ Geschlecht im „falschen“ Körper zu leben, stellt m. E. als Spitze des Eisbergs einen gravierenden Identitätskonflikt dar. Im vergangenen Jahrhundert hat sich diese „transsexuelle Phantasie“ durch den medizinischen Fortschritt entscheidend verändern können, weil mit Hilfe moderner hormoneller und chirurgischer Methoden der „Wunsch“ nach einem Geschlechtswechsel dem Bereich des Phantasielebens entrissen worden ist und als realisierbar hingestellt wird. Der Phantasie, im falschen Körper geboren zu sein, und dem Wunsch, im anderen Geschlecht zu leben, gesellt sich nun die Möglichkeit hinzu, operativ einen Geschlechtswechsel an sich vornehmen zu lassen. Die operative Geschlechtsumwandlung wird dabei als Fortschritt der Medizin idealisiert, was sich unschwer an relativ häufig erscheinenden verharmlosenden und verherrlichenden Überschriften in der Presse erkennen lässt. Beispielsweise: „Transsexualität: Wenn der Körper der Seele im Wege steht: Mit Geschlechtsumwandlungen kann die Natur korrigiert werden“ (Schwäbisches Tagblatt vom 7. April 1993).

Einen Höhepunkt stellt für mich dabei der kurze dpa-Bericht „Rollentausch unterm Skalpell“ dar, in dem mitgeteilt wird, dass in Peking bei einem Mann und einer Frau erfolgreich die Sexualorgane, Eierstöcke und Hoden, „ausgetauscht“ worden seien (Schwäbisches Tagblatt vom 5. März 1993). Auch wenn Zweifel am Wahrheitsgehalt dieser Meldung angebracht sind, zeigt sie doch die Funktion der transsexuellen Phantasie, eine nahezu vollständig neue Identität annehmen und die alte loswerden zu können.

Statt nun näher auf Definitionen, Diagnostik und Behandlungsergebnisse der Transsexualität (vgl. dazu Sigusch und Reiche 1980; Springer 1981; Pfäfflin und Junge 1992) einzugehen, werde ich etwas von den Hintergründen berichten, wie operative Eingriffe bei körperlich gesunden Personen zur „Therapie“ erklärt werden konnten. Schließlich würde kaum ein Arzt auf den Gedanken kommen, auf Wunsch des Patienten dessen Arm oder Bein zu amputieren. Dass sich dieses Problem aber viel häufiger als allgemein wahrgenommen stellt, zeigt sich am Beispiel der Hysterektomie, bei der es viel schwerer zu durchschauen ist, ob Patientinnen oder Ärzte unbewusste Konflikte agierend austragen.

Geschlechtsumwandelnde Operation als Therapie?

Von Psychoanalytikern gibt es drei klassische Fallberichte, deren Autoren, Fenichel (1930), Thomä (1957) und Socarides (1970), hormonelle und chirurgische Eingriffe als Therapie ablehnten, ohne jedoch eine psychotherapeutische Alternative gefunden zu haben.

Der krankheitsdefinierende transsexuelle Wunsch bzw. das transsexuelle Symptom, mit dem „wahren“ Geschlecht im „falschen“ Körper zu leben, stellt als Spitze des Eisbergs einen gravierenden Identitätskonflikt dar.

„Es ist eine Perversion des chirurgischen Verfahrens, wenn Modifikationen der Physiognomie vorgenommen werden und zugleich anatomische Strukturen und physiologische Funktionen gestört und zerstört werden.“

Bereits Anfang der 1950er Jahre war es im deutschsprachigen Raum zu einer heftig geführten öffentlichen Auseinandersetzung um die Frage gekommen, ob es überhaupt vertretbar sei, dem Wunsch eines Patienten nach operativer Geschlechtsumwandlung zu entsprechen. Die damalige Debatte, die bis heute nichts von ihrer Aktualität eingebüßt hat, wurde durch einen von Medard Boss (1950/51 a), einem Schweizer Daseinsanalytiker, dokumentierten Fall ausgelöst, in welchem dieser seinem Patienten nach 50 Stunden analytischer Psychotherapie eine geschlechtsumwandelnde Operation empfahl. Boss hatte sich von der „Echtheit“ des Wunsches seines Patienten nach Geschlechtsumwandlung überzeugen lassen. Mitscherlich (1950/51 a, b) hatte daraufhin in der „Psyche“ zu einer öffentlichen Diskussion aufgerufen, an der sich viele der damals namhaften Psychiater und Analytiker beteiligten: Bally, Binder, Binswanger, Bleuler, Brund, Dührssen, Georgi, Goepfert, Gollner, Gundert, Jores, Jung, Kranz, Kemper, Maunz, Meng, Mohr, Schultz-Hencke, Seitz, Staehelin, Steck, V. v. Weizsäcker und Zutt. Die geäußerten Voten reichten von zögernder Zustimmung über Unentschiedenheit bis zu strikter Ablehnung. Beispielsweise verurteilte Zutt entschieden den von Boss eingeschlagenen Weg einer operativen Lösung: „Es ist eine Perversion des chirurgischen Verfahrens, wenn Modifikationen der Physiognomie vorgenommen werden und zugleich anatomische Strukturen und physiologische Funktionen gestört und zerstört werden“ (zit. nach Mitscherlich 1950/51 b: 634). Auch das fast unlösbare diagnostische Problem wurde z.B. von Schultz-Hencke gesehen: „Wie Boss in 50 Stunden feststellen können will, dass es sich bei dem Patienten *nicht* um eine neurotische Perversion handelt, ist mir völlig unerfindlich“ (ebd.: 472). Leider blieb die Öffentlichkeit der Diskussion nicht erhalten.

Sigusch und Reiche (1980) heben später ausdrücklich den Notfallcharakter der geschlechtsumwandelnden Operation als Therapiemethode hervor. Sie gehen dabei von ihrer eigenen Erfahrung aus und betrachten chirurgische Eingriffe dann als indiziert, „wenn eine psychotherapeutische Behandlung versucht worden ist oder nicht möglich war“ (ebd.: 314). Für sie entscheidet weniger die diagnostische Einord-

nung, sondern die Tatsache, „dass Transsexuelle *regelmäßig* ein psychotherapeutisches Arbeitsbündnis nicht eingehen können“ (ebd., Hervorh. R.H.). Trotz dieses Urteils der Nichttherapierbarkeit verschweigen Sigusch und Reiche ihre eigenen Zweifel an der Absolutheit der gerade getroffenen Aussage nicht. Denn wenn „eine psychotherapeutische Behandlung bei einem Patienten mit Wunsch nach Geschlechtswechsel als indiziert angesehen wird, ist ein geeigneter Therapeut kaum zu finden. [...] Möglicherweise geht das bisherige Versagen der Psychotherapie auch merklich zu Lasten der Therapeuten“ (ebd.: 314 f).

Die Indikation zu einer operativen Therapie wird somit häufig nach dem Scheitern eines psychotherapeutischen Zugangs oder aufgrund des Fehlens von Therapieplätzen gestellt. Burzig, der als konsiliarischer Psychoanalytiker im Rahmen eines Behandlungsprogramms Interviews mit transsexuellen Patienten geführt hatte, bezeichnet die Aufgabe, die der Psychoanalyse von der Sexualmedizin dabei delegiert wird, resigniert als unbewussten Auftrag, „in ihrem Scheitern zu bestätigen, dass das Handeln der Sexualmedizin gerechtfertigt ist“ (1982: 855). Die geschlechtsumwandelnde Operation kann zwangsläufig als einzig möglicher therapeutischer Ausweg, als „Therapie ohne Alternative“ (Schorsch 1974) verstanden werden.

Das mit der sexualmedizinischen Lösung unlösbar verknüpfte Dilemma hat Pfäfflin (1993: 76) herausgearbeitet: „Dass es sich um pragmatisches Vorgehen handelte, war auch den Sexualmedizinern klar und brachte sie in große Not, die Eingriffe zu begründen (nämlich als *ultima ratio*), während sie gleichzeitig stereotaktische Hirneingriffe an Patienten mit Perversionen scharf anprangerten.“

Falldarstellung (I)

Ich werde nun ausführlich die *Anfangsphase* einer Psychotherapie mit einem transsexuellen Patienten und die Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik schildern. Nach meiner Erfahrung kann gerade bei diesen Patienten die oft beschriebene schwierige und so leicht schei-

ternde psychotherapeutische *Kontaktaufnahme* mit Hilfe der Analyse der Gegenübertragung so verstanden werden, dass sich eine tragfähige psychotherapeutische Beziehung entwickeln kann. Aus dem Verständnis der Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik lassen sich theoretische Überlegungen zur Pathogenese und Psychodynamik der transsexuellen Abwehr entwickeln. Abschließend werde ich auf die eigentliche Behandlung zurückkommen und kurz vom Verlauf berichten. Meine *Hauptthese* möchte ich vorwegnehmen: Für mich geht es im psychoanalytischen Umgang mit transsexuellen Patienten um das Ertragen und Durcharbeiten einer großen Verwirrung und Verzweiflung, die dem Analytiker projektiv identifikatorisch „mitgeteilt“ wird. Häufig und zu rasch können diese Gefühle in einer polarisierenden Abwehrbewegung aufgelöst werden, indem man sich als Analytiker entweder den Wunsch des Patienten nach Geschlechtsumwandlung zu eigen macht und mit ihm den Weg der geschlechtsumwandelnden Operation beschreitet oder einen therapeutischen Zugang für unmöglich hält.

Erstgespräche

Ziemlich unvorbereitet wurde ich mit dem Thema Transsexualität konfrontiert, als Herr T., ein damals 24-jähriger Student, mich zum Erstinterview aufsuchte. Er war ungefähr 185 cm groß, hatte mehr als schulterlange, sehr dünne blonde Haare, und seine Kleidung bestand aus einer blauen Arbeitslatzhose und einem verwaschenen blauen Sweatshirt mit Löchern an den Ellbogen. Mit lauter Stimme und in wohlgeählten Worten, dabei vorne auf der Stuhlkante sitzend und seine Worte mit lebhafter Gestik begleitend, erklärte der Patient, er sei transsexuell. Seit zwei Jahren sei er sich sicher, dass er eine Frau sein möchte. Er habe lange überlegt und jetzt wolle er sich zur Frau operieren lassen. Er hatte sich in der Literatur kundig gemacht und beeindruckte mich mit seinem Wissen über die Möglichkeiten und Voraussetzungen einer geschlechtsumwandelnden Operation. Herr T. hatte sich unter anderem das Buch von Eicher (1984) über Transsexualismus gekauft und informierte mich nun über das notwendige Gutachterverfahren: 1. brauche er ein psychologisches Gutachten und eine begleitende Psychotherapie, 2. müsse

er einen Alltagstest in der Frauenrolle bestehen, 3. würde eine Hormonbehandlung eingeleitet und 4. komme es zur geschlechtsumwandelnden Operation. Herr T. äußerte die Hoffnung, von mir ein entsprechendes psychologisches Gutachten zu erhalten, um auch die weiteren Punkte auf der Liste angehen zu können.

Bis zu dieser Stelle hatte ich dem Patienten interessiert zugehört. Deutlich spürte ich die Faszination, die von seinem Wunsch ausging. Seine direkte Aufforderung, ihm auf dem Weg zur Operation behilflich zu sein, versetzte mich in eine nur ganz kurz spürbare Bedrängnis, die ich schnell – zu schnell, als dass es mir in der Situation richtig bewusst werden konnte – überging, indem ich versuchte, Zeit zu gewinnen und ihn besser kennen zu lernen. Deshalb fragte ich ihn, wie dieser Wunsch für ihn denn entstanden sei.

Schon früher habe er bemerkt, wie er sich zu Frauen hingezogen fühle, und überhaupt fühle er sich in der Gegenwart von Frauen viel wohler. Männer finde er abstoßend. Er verstehe sich eigentlich als lesbische Frau. Er habe noch nie intimen Kontakt mit einem Mädchen gehabt, weil er ja noch ein Mann sei, und die Vorstellung von männlicher Sexualität sei für ihn eben nicht tolerierbar. Vor 2 ½ Jahren sei er aus dem Elternhaus in eine eigene kleine Wohnung gezogen. Zu dieser Zeit habe er begonnen, bei sich zu Hause Frauenkleider zu tragen. Dann fühle er sich viel wohler, aber letztlich möchte er sich nicht nur als Frau kleiden, sondern wirklich eine Frau sein. Über seine Familie berichtete er, dass die jüngere Schwester es „irgendwie leichter hat im Leben“. Zum Vater habe er kein gutes Verhältnis. Dagegen komme er mit seiner Mutter sehr gut aus. Mit ihr habe er auch über seine Transsexualität gesprochen. Sein Vater wisse davon nichts, der würde es auch nicht verstehen. Die Mutter verstehe ihn besser, sie habe ihm neulich sogar ein Kleid von sich ausgeborgt, das er bei einem Besuch bei ihr, als der Vater nicht zu Hause war, angezogen habe.

Das Verhalten seiner Mutter, ihn eines ihrer Kleider anziehen zu lassen, machte mich

Für mich geht es im psychoanalytischen Umgang mit transsexuellen Patienten um das Ertragen und Durcharbeiten einer großen Verwirrung und Verzweiflung, die dem Analytiker projektiv identifikatorisch „mitgeteilt“ wird.

eigenartig betroffen, ohne dass ich es verstehen konnte. Während seiner Schilderung hatte ich an das vom Patienten erwähnte Buch von Eicher gedacht, das ich durch Zufall vor kurzem in der Hand hatte, und mir fielen jetzt wieder die mich erschreckenden Operationsfotos beispielsweise von Penis- und Vaginalplastiken ein. Ich fragte den Patienten, ob er sich auch die Fotos über die Operationen angesehen habe. Die Operationstechnik interessiere ihn weniger. Wenn es einmal so weit wäre, würde er sich das noch genauer anschauen. Er hoffe, dass er da an einen guten Arzt gerate, denn er wolle ja später nicht als ein Kunstprodukt der Medizin herumlaufen, sondern eine möglichst natürliche Frau sein, auch wenn ihm klar sei, dass er niemals Kinder bekommen könne. Zu 99 ½ Prozent sei er sich seines Entschlusses aber sicher, und er wolle sich auch noch über das letzte halbe Prozent sicher werden. Er brauche nun von mir dieses Gutachten.

Herr T. hatte seinen Wunsch jetzt zum zweiten Mal geäußert, und so richtig durfte mir die bedrückende Qualität in der Übertragung auch jetzt noch nicht bewusst werden. Schließlich hatte ich damit auch gerechnet und mir nebenher schon überlegt, was ich unternehmen könnte.

Überzeugt, das einzig Richtige für ihn zu tun, sagte ich Herrn T., dass ich ihm meines Wissens nach kein Gutachten schreiben könne. Aber ich wisse von Abteilungen für Sexualmedizin, die dafür zuständig seien. Wenn er in einer Woche wiederkäme, würde ich mich bis dahin erkundigen, wo die nächste für ihn erreichbare Abteilung sei und ihm deren Adresse geben. Herr T. war einverstanden, und wir vereinbarten einen Termin in der nächsten Woche.

Durcharbeiten in der Gegenübertragung

Meine Gedanken und meine Gefühle in den darauf folgenden Tagen relativierten den auf den ersten Blick so „glatten“ Ausgang des Erstgesprächs. Mit Eifer und einer gewissen Hochstimmung begab ich mich auf die Suche nach der zugesagten Information, aber so einfach, wie ich mir das vorgestellt hatte, war die Sache dann doch nicht.

Eine Kollegin, von der ich wusste, dass sie früher auch mit transsexuellen Patienten gearbeitet hatte, ermutigte mich, den Patienten genau anzusehen und zu versuchen, mit ihm mehrere Gespräche zu führen, und wies mich zugleich darauf hin, dass das sehr schwierig sei. Während ich weiter suchte, fielen mir wie Blitzlichter aber immer häufiger die Operationsbilder aus dem Eicher-Buch ein. Langsam begann ich mich von meinem Eifer, eine Adresse zu finden, zu distanzieren. Dabei wurde es mir zunehmend unbehaglich, und mir fielen wieder ein paar Details des Interviews ein, die ich zwar notiert, aber unbeachtet gelassen hatte, beispielsweise meine Irritation darüber, dass seine Mutter ihn ermunterte, eines ihrer Kleider zu tragen. Je länger ich darüber nachdachte, desto erstaunter wurde ich über mich selbst. War ich wirklich an ihm interessiert oder nur an seiner Krankheit? Ich hatte meine Faszination bemerkt und fragte mich nun, ob ich sie mit Einfühlung verwechselt hatte.

Tatsächlich kam mir meine Reaktion nun eher so vor, als hätte ich den Patienten wie ein Objekt einer seltenen Gattung unter dem Mikroskop betrachtet. Der Einfall mit dem Mikroskop wies mir die richtige Richtung: Ich hatte mich auf der einen Seite über die Vergrößerung zwar ange nähert, gleichzeitig aber mit dem dazwischen geschobenen Apparat distanziert. Jetzt begann ich eine sich steigernde Verwirrung und Irritation zu spüren. Alles wurde mir wieder unsicher, zerrann mir zwischen den Fingern. Ich hatte dem Patienten doch eine Adresse in Aussicht gestellt? Was sollte ich ihm denn sonst sagen? Wieso hatte die Kollegin mich indirekt aufgefordert, ihn selbst zu behandeln, statt mir eine Adresse zu nennen? Ich wusste doch, dass sie sich sehr gut auskannte. Oder wollte sie es mir nicht sagen, wollte sie, dass ich an dem Patienten hängenblieb? Mein Misstrauen war geweckt, bekam paranoide Züge. Und warum behandle ich ihn eigentlich nicht selbst, begann ich mich zu fragen. Bei diesem Gedanken spürte ich wieder eine mir seltsam ungreifbare Irritation und eine mir unverständlich bleibende Furcht vor dem Patienten. Solange ich ihm bei der Erfüllung seines Wunsches behilflich sein konnte, blieb sein Bild in mir eher blass. Durch die Vorstel-

Solange ich ihm bei der Erfüllung seines Wunsches behilflich sein konnte, blieb sein Bild in mir eher blass. Durch die Vorstellung, ihn in Therapie zu nehmen, rückte er mir auf unangenehme Weise näher.

lung, ihn in Therapie zu nehmen, rückte er mir auf unangenehme Weise näher. Daran merkte ich, dass mein Eifer, eine Adresse zu finden, viel damit zu tun hatte, Herrn T. auf elegante Art loswerden zu wollen.

Am Abend besuchte ich ein kasuistisches Seminar und traf auf der Treppe mit dessen Leiter, einem erfahrenen Psychoanalytiker, zusammen. Spontan fragte ich ihn, ob er wüsste, welche Institution Gutachten für eine geschlechtsumwandelnde Operation von transsexuellen Patienten stellen würde. „Auf sowas lässt man sich als Analytiker erst gar nicht ein“, beschied er mich lächelnd und ging weiter. Betroffen blieb ich zurück, konnte erst nach einer Weile wieder denken und spürte eine tiefe Beschämung darüber, dass ich überhaupt eine Operation in Erwägung gezogen hatte. Hatte ich mich in seinen Augen als Psychoanalytiker nicht völlig diskreditiert? Wie Schuppen fiel es mir nun von den Augen, und die noch kurz zuvor gefühlte Irritation war weg: Als Analytiker darf man so eine Operation auf keinen Fall unterstützen. Ich würde Herrn T. in der nächsten Stunde erklären, dass so eine Operation der falsche Weg sei, und ihn von der Richtigkeit meiner gerade gewonnenen Einsicht überzeugen. Wenn er das nicht akzeptieren wollte, könnte ich ihm nicht helfen.

Der Abend war für mich gerettet, und ich konnte dem Seminar wieder folgen. Später, wieder allein, dachte ich über dieses Kipp-Phänomen vom einen ins andere Extrem nach. Wie schnell das gegangen war, aufgrund einer einzigen Bemerkung dieses von mir geschätzten psychoanalytischen Lehrers. Auch war ich jetzt doch verwundert über seine kategorische Ablehnung. Warum hatte er sich so gar nicht dafür interessiert, was ich eigentlich beabsichtigte, er war doch sonst so neugierig? So kannte ich ihn gar nicht.

Damit war meine Neugier angestoßen. Jetzt wollte ich verstehen, was da mit mir und auch mit anderen passierte, wenn es um Transsexualität ging. Eine Gemeinsamkeit meiner Gegenübertragungsreaktion auf den Patienten und der Reaktion des Lehrers auf meine Frage fiel mir auf: dass *ich* so eifrig eine Adresse besorgen und er

erst gar nichts damit zu tun haben wollte. Beide Reaktionen zeichnen sich durch eine momentane, situationsgebundene Sicherheit und Überzeugungskraft des eigenen Urteils aus. Mein Gefühl der Beschämung, das in ein Nicht-mehr-denken-Können, also einen akuten Verwirrheitszustand mündete, war Ausdruck des plötzlichen Verlustes dieser Sicherheitsposition, die identitätsstiftend wirkt. In meiner Identität als Analytiker hatte ich mich kurzzeitig enorm bedroht gesehen. Dieser Identitätskrise war ich entkommen, indem ich mich mit der Überzeugung des anderen vollkommen identifizierte und damit wieder Ruhe vor dieser Irritation gefunden hatte.

Ich begann, diese Überlegungen auf die Situation mit dem Patienten zurückzuübersetzen. Wie sicher war er sich seines Wunsches nach geschlechtsumwandelnder Operation tatsächlich? Mir fiel seine Formulierung ein: Zu 99 ½ Prozent sei er sich sicher, über das letzte halbe Prozent wolle er es auch noch werden. Wahrscheinlich war dieses halbe Prozent viel größer. Aber zu zweifeln bedeutet ihm etwas ganz anderes, als wir es allgemein, bei aller quälenden Macht, die Zweifel ausüben können, annehmen. Das hatte ich gespürt, als mir die Sicherheitsposition verloren ging, auf welche Seite ich mich auch immer gerade zu stellen versuchte – pro geschlechtsumwandelnde Operation oder „Finger davon lassen“. Der unbewusste Konflikt des Patienten musste in den kaum erträglichen Zweifeln über seine Geschlechtsidentität zu suchen sein, deren er sich durch die Operation zu entledigen versuchte. Ich nahm an, dass Herr T. sich keineswegs so sicher war, was er tun sollte, wie er das darstellte. Diese Unsicherheit im Gefühl, sich selbst zu erleben, muss unerträglich sein, und so klammert der Patient sich an einen ihn aus diesen Selbstzweifeln rettenden Pol, der ihm von der Medizin geboten wird: die Möglichkeit einer operativen Geschlechtsumwandlung.

Indem ich mir mühsam über die Analyse der Gegenübertragung wieder ein Verständnis des inneren Konfliktes des Patienten erarbeitet hatte, konnte ich auch wieder über mein weiteres psychoanalytisches Vorgehen nachdenken. Ich wollte sehen, ob ich mit dem Patienten über diesen Konflikt ins Gespräch kommen könnte. Meine mir vorher noch so unverständliche

Der unbewusste Konflikt des Patienten musste in den kaum erträglichen Zweifeln über seine Geschlechtsidentität zu suchen sein, deren er sich durch die Operation zu entledigen versuchte.

Diese Unsicherheit im Gefühl, sich selbst zu erleben, muss unerträglich sein, und so klammert der Patient sich an einen ihn aus diesen Selbstzweifeln rettenden Pol, der ihm von der Medizin geboten wird: die Möglichkeit einer operativen Geschlechtsumwandlung.

Furcht vor einer Behandlung des Patienten war zwar nicht verschwunden, aber sie war erträglich geworden, weil ich sie etwas verstanden hatte.

Transsexuelle Abwehr und Gegenübertragung

Beispiele aus der Literatur zeigen, dass die von mir geschilderte Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik einer massiven Identitätsverwirrung und ihrer polarisierenden Abwehr kein Einzelfall ist, sondern eine spezifische Reaktion auf die transsexuelle Abwehr darstellt.

Burzig (1982: 852) fühlte sich in den Interviews mit transsexuellen Patienten am stärksten davon berührt, „dass die Beziehung zwischen mir und den Patienten nach einer Alles-oder-Nichts-Regel zu verlaufen schien. Ich empfand, dass ich als Objekt in der Beziehung nur ernstgenommen werden würde, wenn ich ganz auf die Wünsche des Patienten einginge“. Den starken Sog zur Übernahme des Wunsches nach Geschlechtsumwandlung erklärt Burzig sich damit, dass „wir mehr oder weniger bewusst eine gute Einfühlung dafür haben, wie schlimm es für das eigene Identitätserleben sein muss, keinem der beiden Geschlechter sich wirklich zugehörig zu fühlen, also im Niemandsland oder – genetisch gesehen – im Vorfeld zu hausen. Diese Einfühlung könnte uns motivieren, die Patienten ‚herauszuholen‘ und der Qual durch eine andere ‚Uniform‘ ein Ende zu machen“ (ebd.: 854).

Auch Reiche (1984: 55) hatte auf die „chronische Unklarheit und Verwirrung“ hingewiesen, die transsexuelle Patienten im Analytiker auslösen, aus der nur die Analyse der Gegenübertragung heraushelfen kann. Differenziert beschrieb er seine Gegenübertragung: wie eine starke Einfühlung in den Wunsch nach Geschlechtsumwandlung von ihm Besitz ergreift, er sich den Wunsch zu eigen macht, ihn für natürlich hält und dabei in eine angenehm gehobene Stimmung gerät. Einige Zeit nach dem Gespräch, im Zustand der Trennung, trat regelmäßig das Gegenteil der gehobenen Stimmung auf, ein Elendigkeitsgefühl. Dies führte bei ihm dann häufig zu einer Einfühl-

ungsverweigerung im nächsten Gespräch oder beim nächsten Patienten. Reiche betrachtet dieses umfassende, chronische Gegenübertragungsphänomen als „Resultat einer von den transsexuellen Patienten ausgehenden gewaltigen Kraft“ (ebd.: 57). Jeder seiner Kollegen habe im Umgang mit transsexuellen Patienten „dieses und verwandte Phänomene am eigenen Leib zu spüren bekommen: die extreme Nötigung, die als solche plötzlich nicht mehr wahrgenommen, sondern mitagiert wird; die sich schleichend ausbreitende Verwirrung, die dann in Form starrer Gegen-Setzungen gelöst wird“ (ebd.: 56). Reiche erklärt sich „die Macht, mit der der Inhalt des Wunsches in der Gegenübertragung gleichsam durchschlägt“ (ebd.), mit der Überlegung, „dass transsexuelle Patienten in uns eine Saite zum Anklingen bringen, die Freud die bisexuelle Konstitution des Menschen genannt hat, nämlich den Zustand vor der Selbst-Festlegung auf ein Geschlecht“ (ebd.).

In der Literatur sind aber auch weniger direkt als Gegenübertragung beschriebene und dadurch unverstanden gebliebene Reaktionen auf transsexuelle Patienten zu finden. So fiel Pfäfflin (1993: 72) bei der Beobachtung von Schorsch, dem langjährigen Leiter der Hamburger Abteilung für Sexualforschung, im Umgang mit transsexuellen Patienten auf, „wie seine angenehme Zurückhaltung einer vollkommenen Passivität wich. Der Patient sprach zwar, [...] aber er sprach praktisch ins Leere“. Schorsch begründete sein besonderes Verhalten damit, dass er mit dem Wunsch nach Geschlechtsumwandlung wenig anfangen und man da auch nicht viel machen könne.

1978 stellte Sigusch zusammen mit Meyenburg und Reiche ein Untersuchungs- und Behandlungsmodell vor, das als „Frankfurter Modell“ zum Leitfaden für die Behandlung transsexueller Patienten in der BRD wurde (Sigusch et al. 1979; vgl. auch Sigusch und Reiche 1980). Die unbewusste Dynamik entfaltete sich auch in diesem Programm. Die in den Leitsymptomen beschriebenen Eigenschaften transsexueller Patienten dienten vielen Behandlern als Gewissensentlastung, weil sie wie eine polarisierende Stigmatisierung dieser Patienten, als ein „psychopathologischer Steckbrief“, wie Pfäfflin (1983) es treffend nannte, gelesen werden konnten, obwohl

Beispiele aus der Literatur zeigen, dass die Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik einer massiven Identitätsverwirrung und ihrer polarisierenden Abwehr kein Einzelfall ist, sondern eine spezifische Reaktion auf die transsexuelle Abwehr darstellt.

oder gerade weil in ihnen äußerst relevante Beschreibungen der Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik zwischen Arzt und transsexuellem Patienten wiedergegeben werden. Ich zitiere einige Passagen aus diesen Leitsymptomen (Sigusch und Reiche 1980: 295 f):

„Im ärztlichen Gespräch wirken Transsexuelle kühl-distanziert und affektlos, starr, untangierbar und kompromisslos, egozentrisch, demonstrativ und nötigend, dranghaft besessen und eingengt [...]. Wenn der unerfahrene Untersucher den zweiten transsexuellen Patienten gesehen hat, meint er, bereits alle zu kennen. Introspektions- und Übertragungsfähigkeit fehlen weitgehend. Konfrontationen und Probedeutungen gehen ins Leere. [...] der Patient [wirkt] stereotyp, monoton und fassadenhaft. [...] Psychotherapie lehnen Transsexuelle ab. Kastration ist für sie eine natürliche Maßnahme, Psychotherapie eine widernatürliche. [...] Krankheitseinsicht fehlt völlig.“

Das klingt wie die Beschreibung eines identitätslosen Zombies. Wer will ernsthaft behaupten, bei einem Patienten fehle die Übertragungsfähigkeit? Die Tatsache, dass ein unerfahrener Untersucher so schnell bereit ist, aus der Ansicht eines einzelnen auf die Identität einer ganzen Patientengruppe zu schließen, bestätigt m. E. eher die im Umgang mit transsexuellen Patienten zu beobachtende Tendenz zur Polarisierung, die als identitätsstiftende Abwehr der massiven Verwirrung auf Seiten des Untersuchers verstanden werden sollte. Ich zitiere weiter aus den Leitsymptomen, weil dort dieses Phänomen zwar genau illustriert, aber ausschließlich zur Beschreibung des Patienten, also in einem Ein-Personen-Modell verwendet wird, ohne die Beziehungsebene und damit die Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik zu reflektieren. „Transsexuelle neigen dazu, andere Menschen entweder stark zu idealisieren oder stark abzuwerten. Derartige totale Polarisierungen im Sinne des Alles-oder-nichts, Ganz-oder-gar-nicht, Sofort-oder-nie bestimmen alle Erlebens- und Verhaltensbereiche Transsexueller“ (ebd.: 296).

Exakt diese Polarisierungen setzt das „Frankfurter Modell“ leider fort: Das Kipp-Phänomen

von Entwertung und Idealisierung widerfährt dem Modell durch Sigusch selbst. Während die Patienten 1980 in der beschriebenen Form stigmatisiert wurden, kippt die Entwertung in der von Sigusch (1991) revidierten Fassung um in Idealisierung. Dort ruft Sigusch zunächst zur „Enttotalisierung“ und schließlich sogar zur „Entpathologisierung“ des Transsexualismus auf. Statt der ehemals nicht beziehungs- und übertragungsfähigen Kranken sieht Sigusch in den transsexuellen Patienten nun Angehörige einer im Entstehen begriffenen gesunden geschlechtlich-sexuellen Minderheit.

Dass die Leitsymptome nicht notwendigerweise als Stigmatisierung verstanden werden müssen, hat Reiche (1984: 63) zu Recht kritisiert: „Es ist sinnlos, den schwarzen Peter denen zuzuschieben, die dies aussprechen.“ Schließlich hatten Sigusch, Meyenburg und Reiche nur beschrieben, wie Patienten mit einem transsexuellen Wunsch reagieren, wenn ihr Verlangen nach Geschlechtsumwandlung von jener Stelle in Frage gestellt wird, die ihnen diese Phantasie erfüllen könnte. Der unbewussten Dynamik der Polarisierung konnten sie nicht entgehen.

Der Vorwurf der Stigmatisierung an Sigusch und Reiche kann aber nicht nur damit erklärt werden, dass häufig der Überbringer schlechter Botschaften geköpft wird, sondern dass es auf der Seite der betroffenen Sexualmediziner, die dem Druck der Patienten direkt ausgesetzt sind, ein großes Bedürfnis gibt, diesem Druck zu entgehen. Dazu eignen sich am besten einseitig den Patienten betreffende Be- oder Zuschreibungen, die es den Behandlern ermöglichen, sich von der schwer erträglichen Gegenübertragung auf die erwähnte polarisierende Art zu distanzieren. Dabei hatte Reiche (1984) ebenfalls den Objektbeziehungscharakter des den Patienten zugeschriebenen Verhaltens betont, nämlich dass die moderne Medizin den transsexuellen Patienten eine Realisierung ihrer Phantasie einer Geschlechtsumwandlung in Aussicht stellt.

Eine im weiteren Sinne ebenfalls aus einer Gegenübertragungsreaktion heraus entwickelte Theorie der Transsexualität lässt sich bei Stoller finden, einem amerikanischen Psychoanalytiker und Sexualmediziner, der eine ausge-

„Transsexuelle neigen dazu, andere Menschen entweder stark zu idealisieren oder stark abzuwerten. Derartige totale Polarisierungen im Sinne des Alles-oder-nichts, Ganz-oder-gar-nicht, Sofort-oder-nie bestimmen alle Erlebens- und Verhaltensbereiche Transsexueller.“

Die polarisierende Abwehr kann entweder in einer kategorischen Ablehnung jeglicher psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeit oder der Übernahme des Wunsches nach Geschlechtsumwandlung Ausdruck finden.

Die transsexuelle Abwehr, also der Wunsch nach geschlechtsumwandelnder Operation, sollte als symptomatische Äußerung der frühen Traumatisierung des transsexuellen Patienten verstanden werden.

zeichnete Theorie der Perversion entwickelt hat: Perversion, die erotische Form von Hass (1979). Auffälligerweise betrachtet Stoller Transsexualität nicht als Perversion, sondern als einfache sexuelle Variante und sogar als konfliktfreie Entwicklung. Seine These der konfliktfreien Entwicklung, der mit der Feindseligkeit das Hauptmerkmal der Perversionen fehle, stützt Stoller mit einer Beschreibung seiner Gegenübertragung.

Bei transsexuellen Patienten erlebe er „merkwürdigerweise keine Feindseligkeit. In ihrer Beziehung zu mir [...] waltet eine milde Neutralität, die jahrelang – und bisher ohne Unterbrechung – anhält und die ich in dieser Form bei anderen Patienten noch nie erlebt habe. Sie behandeln mich, wie ihre Mütter sie behandelt haben: als Dinge, als Anhängsel, nicht als von ihnen losgelöste Personen. Durch einen Transsexuellen habe ich mich noch nie bedroht gefühlt“ (ebd.: 196, Hervorh. R. H.). Obwohl für Stoller alles dafür spräche, dass die Mutter des zukünftigen transsexuellen Patienten ihren Hass und Neid auf Männlichkeit in Form von gegen den Sohn² gerichteter Feindseligkeit ausdrückt und so das Entstehen von Weiblichkeit fördert, kann er keine Feindseligkeit beim Transsexuellen entdecken. Stoller (1979: 203) beantwortet sich diese ungeklärte Frage: „Das kann daran liegen, dass sie zu subtil ist oder fehlt oder dass ich nicht in der Lage bin, sie zu erkennen. [...] Gegenwärtig kann ich nur sagen, dass ich keine Feindseligkeit in der Symbiose entdeckt habe.“

Es macht nachdenklich, wie Stoller die Feindseligkeit und den Übertragungskonflikt weder in der Kompromissbildung im Symptom des Wunsches nach chirurgischer Angleichung noch in der von ihm beschriebenen Gegenübertragung sehen kann. Beschreibt er doch, wie er sich von den Patienten behandelt fühlt: als Ding, als Anhängsel, nicht als Person, also als Unperson, ohne eigene Identität für den Patienten, der im Gegenzug auch für ihn ohne (Geschlechts-)Identität bleibt. Stoller beschreibt, welche massive Feindseligkeit sich in einer derartigen Missachtung der Identität des anderen ausdrückt, ohne diese in der Übertragung zu erkennen. Dem kann er sich mit seiner Theorie einer konfliktfreien Entwicklung der unbewussten Dynamik transsexueller Patienten, der man in der Gegenübertragung gar nicht entkommen kann,

entziehen. Nun gibt es keinen unlösbar erscheinenden Identitäts- oder Geschlechtsidentitätskonflikt mehr, der Weg ist offen für eine somatisch-chirurgische Lösung. Pfäfflin (1993: 76) zeigt historisch auf, dass viele Sexualmediziner sich auf diese Stollersche These zur Gewissensentlastung berufen konnten, wenn es darum ging, die strittigen Eingriffe zu legitimieren. Stollers Beschreibung seiner Gegenübertragung wird mir dagegen verständlich als konkordante Identifizierung (vgl. Racker 1978) mit dem traumatisierten Ich des Patienten, der sich hier so verhält, wie die Mutter es möglicherweise ihm gegenüber getan hatte: die sich entwickelnde Identität und Geschlechtsidentität des Kindes missachtend.

Die geschilderten Gegenübertragungsreaktionen sollten allerdings nicht nur als „Schöpfung“ (vgl. Heimann 1950) der transsexuellen Patienten gedacht werden, das wäre wieder zu einseitig in Richtung einer Ein-Personen-Psychologie. Ich verstehe sie als das vom Analytiker erlebte komplexe emotionale Zusammenspiel, das sich unvermeidlich einstellen wird, wenn der Analytiker sich einführend von einem Patienten mit derartig tief greifender Identitätsproblematik berühren lässt. Diese Patienten stoßen eine unbewusste Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik an, in der Patient und Analytiker schwanken zwischen heilloser Verzweiflung und Verwirrung im Niemandsland einerseits und einer euphorischen Stimmung andererseits, wenn man sich polarisierend aus der Verwirrung herausholen konnte. Die polarisierende Abwehr kann entweder in einer kategorischen Ablehnung jeglicher psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeit oder der Übernahme des Wunsches nach Geschlechtsumwandlung Ausdruck finden. Mit Reiche (1984: 56) bin ich der Meinung, dass „nur eine Analyse der Gegenübertragung aus der Blockade des Denkens und Handelns“ heraushilft.

Der Wunsch nach Geschlechtsumwandlung als Symptom

Die transsexuelle Abwehr, also der Wunsch nach geschlechtsumwandelnder Operation, sollte m. E. als symptomatische Äußerung der

frühen Traumatisierung des transsexuellen Patienten verstanden werden, die sich in der unbewussten Inszenierung auf der Bühne von Übertragung und Gegenübertragung äußert. Auf den vom Patienten mehr oder weniger drängend vorgetragenen Wunsch, ihm zur geschlechtsumwandelnden Operation zu verhelfen, muss der Analytiker reagieren. Darin liegt die besondere Anforderung, die transsexuelle Patienten an einen Analytiker stellen. Üblicherweise verlangen Patienten selten reale Handlung von uns, und wenn, dann ist dieses Verlangen leichter zum Gegenstand der analytischen Reflexion zu machen, indem wir dem Patienten erklären, die Bedeutung seines Wunsches verstehen zu wollen, um ihm zu einer neuen Entscheidungsfreiheit zu verhelfen, die er momentan offensichtlich nicht besitzt, wenn er eine Handlung von uns erwartet. Analytisch betrachtet ist es deshalb gleichbedeutend, ob der Wunsch nach Operation unterstützt, eine psychotherapeutische Behandlung abgelehnt oder dem Patienten aufgenötigt wird: In jedem Fall würde der Aufforderung des Patienten zu agieren entsprechen, statt sie zu analysieren.

Gelingt ein erster Zugang, indem der Analytiker weder in die eine noch in die andere Richtung mitagiert, sondern dem Patienten gegenüber Verständnis für dessen verzweifelte und für ihn „in seiner Haut“ kaum noch auszuhaltende Lage aufbringt, entwickelt sich nach meiner Erfahrung recht schnell die Dynamik, dass der Patient sich zwar verstanden fühlt, sich aber immer mehr bemüht, den Analytiker von seiner „wahren“ Existenz, der Frau im Körper eines Mannes oder dem Mann im Körper einer Frau, zu überzeugen, damit dieser dann der Geschlechtsumwandlung zustimme. Dem Analytiker wird damit eine Form der Definitionsmacht zugespielt, über das *wahre* Geschlecht des Patienten zu entscheiden bzw. eine Entscheidung darüber mitzutragen. Ich sehe in diesem Vorgang die unbewusste Wiederholung und Inszenierung der frühkindlichen und höchstwahrscheinlich kumulativen Traumatisierung des Patienten. Unbewusst wird der Analytiker verführt, als äußeres Objekt über die Identität – verborgen hinter dem Wunsch nach Änderung des Geschlechts – zu urteilen. Die Traumatisierung besteht darin, dass dem später transsexuellen Patienten vom

Primärobjekt in seiner Identitätsentwicklung nicht ausreichend Raum gegeben wurde, aus den möglichen vielfältigen Imitationen und Identifikationen ein eigenes Kernselbst zusammenzusetzen, sondern dass ihm ein für das Primärobjekt höchst bedeutsames Bild *gespiegelt* und er von diesem *beschriftet* wurde.

Das unendliche Ringen um die eigene Identität

Identität betrachte ich nicht als etwas Festes, Endgültiges, das, einmal erreicht, nie mehr verloren gehen wird, sondern als das momentane Erleben einer Identitäts-Erfahrung, die beständig wiederholt werden muss und so zu einem zwar überdauernden, aber mehr oder weniger flexiblen Ich-Erleben führt. Das Identitäts-Erleben ist das Gefühl einer Person, etwas Eigenes, in sich Kohärentes und über die Zeit trotz Veränderungen Kontinuierliches und von anderen Personen Getrenntes zu sein. Eine hinreichend gesunde Identität zu besitzen, verlangt eine ausreichende Flexibilität, um nach teilweisem Auflösen der Identität in libidinösen und regressiven Zuständen immer wieder zu einem eigenen Gefühl der Einzigartigkeit zurückkehren zu können. Diese Flexibilität, die dem Gefühl von Einzigartigkeit zugrunde liegt, kann individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sein, beim transsexuellen Patienten ist sie aus Abwehrgründen im Bereich der Geschlechtsidentität extrem eingeschränkt.

In seiner Arbeit über „Die Spiegelfunktion von Mutter und Familie in der kindlichen Entwicklung“ beschreibt Winnicott (1973: 129) eine zentrale Linie der Identitätsbildung, die ich als besonders hilfreich für ein Verständnis der transsexuellen Störung betrachte. Winnicott beschreibt das Gesicht der Mutter als ersten Spiegel des Kindes: „Was erblickt das Kind, das der Mutter ins Gesicht schaut? Ich vermute, im Allgemeinen das, was es in sich selbst erblickt. Mit anderen Worten: Die Mutter schaut das Kind an, und *wie sie schaut, hängt davon ab, was sie selbst erblickt.* [...] Viele Kinder müssen aber offenbar über lange Zeit die Erfahrung gemacht haben, nicht das zurückzubekommen, was sie selbst geben. Sie schauen – und sehen sich selbst nicht wieder.“ Das Kind erblickt sein sich entwickelndes Selbst zuerst im Antlitz der Mutter und später im realen Spiegel und noch später im

Die Traumatisierung besteht darin, dass dem später transsexuellen Patienten vom Primärobjekt in seiner Identitätsentwicklung nicht ausreichend Raum gegeben wurde, aus den möglichen vielfältigen Imitationen und Identifikationen ein eigenes Kernselbst zusammenzusetzen.

Um sich selbst erkennen zu können, bedarf es eines bedeutungsvollen anderen, um sich in ihm zu spiegeln. Daraus entsteht ein Gefühl der Existenz: „Wenn ich sehe und gesehen werde, so bin ich.“

Ich nehme an, dass dem später transsexuellen Patienten schon sehr früh durch die Mutter die eigenen Aspekte des Seins nicht ausreichend, sondern stattdessen die mehr oder weniger bewussten und unbewussten Anteile und Wunschvorstellungen der Mutter als sein Eigenes hingespiegelt werden.

übertragenen Spiegel des Gesichts des Vaters, in Haltungen der Familie und anderer Bezugspersonen.

Dass es sich dabei nicht um eindimensionale Spiegelprozesse, sondern um wechselseitige und selbstbezügliche Spiegel-im-Spiegel-Phänomene handelt, in denen die Identität des spiegelnden Gegenübers untrennbar mit eingeschlossen ist, drückt auch Lacan (1975) aus: „Das Ich ist immer das Ich des anderen.“ Auch Balint (1981) betont in seinem Konzept der „primären Liebe“ die wechselseitige Aufeinanderbezogenheit in der Beziehung zwischen Mutter und Kind. Seine Beschreibung dieser für ihn allerfrühesten Phase des extrauterinen Seelenlebens gleicht Winnicotts „Umwelt-Mutter“: Diese Phase ist „nicht narzisstisch, sondern objektgerichtet, nur ist diese Objektrelation von passiver Natur, ihr Ziel ist: *Ich soll geliebt, befriedigt werden, und zwar ohne die kleinste Gegenleistung meinerseits*“ (Balint 1981: 102).

Um sich selbst erkennen zu können, bedarf es eines bedeutungsvollen anderen, um sich in ihm zu spiegeln. Daraus entsteht ein Gefühl der Existenz: „Wenn ich sehe und gesehen werde, so bin ich“ (Winnicott 1973: 131). Aber eben nur, wenn das Kind das, was es gegeben hat, nicht zu sehr verfälscht zurückbekommt. Denn eine Spiegelung absolut ohne Verzerrung ist für die hier beschriebenen Prozesse, bei denen es sich um ein interpersonelles Wechselspiel auf einer präverbalen Ebene handelt, undenkbar. Nicht die *wahre* Spiegelung im Sinne der Nichtverzerrung ist deren Ziel, sondern die ausreichend gute Spiegelung, die dadurch gekennzeichnet ist, dass sie eben kein falsches Ideal anstrebt, sondern einen flexiblen und prinzipiell unendlichen Prozess beschreibt.

Ich nehme an, dass dem später transsexuellen Patienten schon sehr früh durch die Mutter³ die eigenen Aspekte des Seins nicht ausreichend, sondern stattdessen die mehr oder weniger bewussten und unbewussten Anteile und Wunschvorstellungen der Mutter als sein Eigenes *hingespiegelt* werden. Die Wechselseitigkeit dieses Prozesses ist dadurch gestört, dass auf der Seite des Primärobjektes das spiegelnde Zurückgeben des Empfangenen vom eigenen Interesse des Beschrifteten überlagert

wird. Ich nehme an, dass es eine quantitativ große Schwankungsbreite gibt, die toleriert werden kann; wenn diese jedoch überschritten wird, kommt es zu einer qualitativen Veränderung. Das Kind wird durch die pathologischen Bedürfnisse des Primärobjektes missbraucht, weil es nicht „ohne Gegenleistung geliebt“ wird, wie Balint es nannte, sondern vom Primärobjekt mehr als tolerierbar manipuliert wird.

Stoller beschreibt ähnliche Prozesse für die Entwicklung der Geschlechtsidentität, die er in den Zusammenhang mit der Ausbildung einer späteren Perversion stellt. Stoller wendet sich gegen die Annahme einer primären Heterosexualität und verdeutlicht dies an der Mutter-Kind-Symbiose. „Es trifft zwar zu, dass das erste Liebesobjekt des männlichen Kleinkindes die Mutter ist, doch gibt es eine frühere Phase, in der es mit ihr verschmilzt, bevor sie als ein von ihm losgelöstes Objekt existiert. In diesem Stadium hat es seinen Körper und seine Psyche noch nicht als von ihr getrennt wahrgenommen – *und sie ist eine Frau mit einer weiblichen Geschlechtsidentität*“ (Stoller 1979: 177). Heterosexualität ist nicht angeboren, sondern muss entwickelt werden. Ein Junge muss sich von der Weiblichkeit seiner Mutter lösen und einen Individuationsprozess zur Männlichkeit durchmachen, während ein Mädchen sich mit der Weiblichkeit der Mutter identifizieren muss. Die Geschlechtsidentität entsteht erst in der Kommunikation mit dem Primärobjekt. Beim männlichen Kind bedeutet dies zusätzlich eine Abgrenzung von der Geschlechtsidentität der Mutter.



Als wesentliches Merkmal für das spätere Entstehen einer Perversion beschreibt Stoller, dass sich der Angriff des Primärobjektes vor allem gegen die geschlechtliche Identität des Kindes richtete. Das Hauptmerkmal der Perversion ist deshalb die Feindseligkeit: War sie früher im Angriff des Primärobjektes gegen die Geschlechtsidentität des Kindes enthalten, zeigt sie sich beim Erwachsenen gebunden in sadistischer oder masochistischer Form im perversen Ritual. „Perverse Rituale haben die Aufgabe, die Trennung [aus der Symbiose mit der Mutter, R.H.] ungeschehen

zu machen" (ebd.: 194 f) und sie gleichzeitig zu fördern. Stoller findet für die Persionen den treffenden Begriff der Einrisse, „die sich aus dem Schwanken zwischen dem Wunsch nach Verschmelzung und dem Wunsch nach Trennung ergeben" (ebd.: 195).

Ausschließlich bezogen auf die männliche Entwicklungslinie beschreibt Stoller folgende Konstellation, aus der sich eine Persion entwickle: Männer mit Störungen der Geschlechtsidentität sichern sich mit Hilfe des perversen Rituals ihre männliche Geschlechtsidentität. Sie sind so stark mit Weiblichkeit identifiziert, dass sie weibliche Verhaltensweisen übernehmen und sich beispielsweise wie Frauen kleiden. Diese Abweichung nennt Stoller aber nur dann eine Persion, „wenn die Weiblichkeit [...] durch ein unbewusst erinnertes, stets lebendiges Kindheitstrauma oder eine Versagung charakterisiert ist, die einen Konflikt verursachen, der unablässig aufgelöst werden muss. Diese Auflösung ist die Persion" (ebd.: 195 f). Diese Männer sind nicht feminin, sondern sie karikieren Weiblichkeit, ihre Identifizierung mit Weiblichkeit wird durch Feindseligkeit getrübt, wie Stoller (ebd.) das nennt. Für seinen verdeckten Zorn hat er [der perverse Mann, R.H.] guten Grund: Seine Mutter gewährte ihm als Kind die Wonnen der Innigkeit nur, wenn er, von ihr eingeschüchtert, Ansätze zu einem von ihr als männlich angesehenen Verhalten aufgab. Er hat sich seine Männlichkeit zwar bewahrt, verhüllt sie aber durch effeminiertes – feindseliges – Getue (ebd.: 196).

Nun stützt Stoller seine Hypothese einer unweiblichen frühesten Entwicklungsphase in der symbiotischen Verschränkung mit der Mutter mit dem „Experiment des transsexuellen Mannes", bei dem „die weibliche Phase der frühesten Kindheit eines Mannes so lange andauert, dass man sie erkennen und messen kann" (ebd.: 178). Transsexualität reiht Stoller deshalb auch nicht unter die Persionen ein, weil ihr deren Hauptmerkmal, die Feindseligkeit, fehle. Während die Feindseligkeit als Grundzug der Persion gerade der Erhaltung der in der Phantasie oder real durch das Primärobjekt angegriffenen Geschlechtsidentität diene, brauche der männliche transsexuelle Patient seine Männlichkeit nach Stoller gar nicht zu verteidigen, weil er

sie ja nie besessen habe. Er war nach Stollers Auffassung immer weiblich und brauche deshalb auch keine Feindseligkeit. Denn die „Feindseligkeit der Persion (und ihre mildere Spielart beim ‚Normalen') ist eine Reaktion auf das Trauma, eine Wendung nach außen, um ein Opfer für die Rache zu finden. Diese Motivation entfällt, wenn man sich selber nie als Opfer gefühlt hat" (ebd.: 196). Diese theoretischen Überlegungen verknüpft Stoller wiederum mit seiner oben beschriebenen Gegenübertragung bzw. er versteht seine Gegenübertragung vor dem Hintergrund seiner Theorie.

Stollers Annahme einer atraumatischen Symbiose zwischen Mutter und Kind konnte von mehreren Autoren in vielen Falldarstellungen widerlegt werden.⁴ Dagegen trifft Stollers zentrale These zum Verständnis von Persionen m. E. auch auf die Transsexualität zu. Die Feindseligkeit und der Hass werden vom Transsexuellen dabei vor allem gegen den eigenen Körper und sein Selbst gerichtet, sie können sich im Wunsch nach geschlechtsumwandelnder Operation als Ausdruck der unbewussten Selbstverstümmelung manifestieren. Der Angriff der Mutter richtet sich gegen die geschlechtliche Identität, d. h. gegen die von ihr wahrgenommene Männlichkeit oder Weiblichkeit ihres Kindes.

Wie Stoller aber gezeigt hat, kann man in einem so frühen Stadium noch gar nicht von Geschlechtsidentität des Kindes sprechen. Wie kann sich dann ein Angriff dagegen richten? Stoller nahm deshalb eine konfliktfreie Entwicklung an: Weil der Knabe nach seiner Hypothese nie männlich war, hat er auch nichts verloren bzw. gab es keinen feindseligen Angriff. Stoller verwendet hier m. E. Begriffe wie Männlichkeit und Geschlechtsidentität konkretistisch. Es erscheint mir zu einfach gedacht, diese Art Angriff des Primärobjektes gegen die Geschlechtsidentität des Kindes mit einem materiellen Angriff zu vergleichen. Hier hilft die Vorstellung weiter, dass es sich um einen Angriff der Mutter auf etwas handelt, was sie sich als dem äußeren morphologischen Geschlecht ihres Kindes entsprechende Identität phantasiert. Die kumulative Traumatisierung des transsexuellen Menschen besteht im manipulativen Missbrauch durch das Primä-

Die Feindseligkeit und der Hass werden vom Transsexuellen dabei vor allem gegen den eigenen Körper und sein Selbst gerichtet, sie können sich im Wunsch nach geschlechtsumwandelnder Operation als Ausdruck der unbewussten Selbstverstümmelung manifestieren.

Der Missbrauch des Kindes durch die Mutter besteht in ihrer Feindseligkeit gegenüber der sich entwickelnden Individualität des Kindes.

robjekt in einer ganz spezifischen Form: durch die unbewussten und bewussten Phantasien, die das äußere morphologische Geschlecht des Kindes in der Mutter auslösen.

Diese Phantasien bestimmen den Kontakt der Mutter mit ihrem Kind. Das Bild, welches sie ihrem Kind spiegelt, reflektiert ihre eigenen unbewussten Bedürfnisse. Das Kind wird dabei zum Musikinstrument, dem genau der Ton entlockt wird, den die Mutter für die eigenen unbewussten Bedürfnisse dringend benötigt. Dadurch wird es mit einer Identität – nicht mit einem Identitätsgefühl – beschriftet. Diese früheste Form eines Identitätsaspektes nennt Loch (1981: 56) das „primäre Selbst“, „welches noch vor dem Erwerb der Individuation im Sinne Mahlers [...] seine Form gefunden hat und von dem gesagt werden kann, dass seine Identität in dem besteht, was es für jemand anderen ist“.

Der Missbrauch des Kindes durch die Mutter besteht in ihrer Feindseligkeit gegenüber der sich entwickelnden Individualität des Kindes, die sie übersieht oder eben nicht in ausreichendem Maße sehen und spiegeln kann, weil die Mutter diese Individualität unbewusst mit dem von ihr verachteten äußeren Geschlecht des Kindes gleichsetzt. Um überhaupt für die Mutter zu existieren, d. h. „gesehen zu werden“, ist das Kind gezwungen, die übertriebenen und deshalb pathologisch wirkenden *unpassenden* Vorstellungen der Mutter über das Geschlecht des Kindes als eigene zu introjizieren. Die Mutter nimmt hier eine projektive Identifikation vor und zwingt ihr Kind zu einer Identifikation oder wohl eher einer Imitation der von ihr in das Kind projizierten Anteile – sie „beschriftet“ es mit ihren Vorstellungen seiner Geschlechtsidentität.

Die diesem widersprechenden eigenen Empfindungen können vom Kind dann nur noch verleugnet und als etwas Fremdes und Bedrohliches wahrgenommen werden.

Die *projektive Beschriftung* durch die Mutter wird aus zwei Quellen genährt:

1. Einer *Feindseligkeit* gegenüber dem *realen Geschlecht* des Kindes. Sie lässt sich aus der individuellen Pathologie der Mutter verstehen.

2. Einer *Idealisierung* des *anderen Geschlechts* des Kindes. Daraus entwickelt sich für das Kind eine Rettungsphantasie. Kann es dieses Wunschgeschlecht annehmen, wird es für die Mutter existieren – erst so kann es selbst anfangen zu existieren und mittels dieses „anderen“ Geschlechts eine Kernidentität ausbilden.

Die erste Quelle besitzt die Qualität einer Bedingung, sie muss vorliegen, während die zweite einer Option gleichkommt, die zur individuellen Ausprägung der Reaktion des Kindes führt. Im Prinzip verstehe ich die Antwort des Kindes als eher unspezifische Reaktion. Das Kind entdeckt, dass es mit bestimmten ihm eigenen Anteilen nicht gesehen wird. Um gesehen zu werden und dadurch existieren zu können, muss es anders werden, in manchen Fällen das andere Geschlecht als eigenes akzeptieren. Was sich von der Seite der Mutter her betrachtet vielleicht noch als begrenzter Angriff auf die Geschlechtlichkeit ihres Kindes begreifen ließe, stellt von der Seite des Kindes her gesehen einen globalen Angriff auf dessen sich entwickelnde Kernidentität dar. Der Angriff hinterlässt eine tief greifende, globale Identitätsstörung, die mit dem transsexuellen Wunsch abgewehrt wird. Diese Form der Beschriftung geschieht fortwährend und muss deshalb als kumulatives Trauma verstanden werden. Kann ein Kind, das bereits so früh in seiner Entwicklung zur Übernahme ihm fremder Identitätsaspekte gezwungen wird, überhaupt ein „wahres“ Selbst im Sinne Winnicotts (1974) entfalten? Das Kind, das später einen transsexuellen Wunsch entwickeln wird, hat sehr früh die projektive Identifizierung der Mutter aufnehmen müssen. Aus den zwei Inhalten der projektiven Beschriftung durch die Mutter entstehen im Kind zwei Selbstkerne:

1. Ein *Wunsch-Selbst*. Es manifestiert sich in dem vom transsexuellen Patienten angestrebten Geschlecht.
2. Ein *abgelehntes Selbst*. Ihm gilt die ganze Feindseligkeit, die in der projektiven Beschriftung enthalten ist. Ihm entspricht häufig die Wahrnehmung des morphologischen Geschlechts.

Beide Aspekte entsprechen Winnicotts „falschem Selbst“. Im Laufe der Entwicklung kommt es zu einer „globalen Identifikation“ (Wurmser 1987)

mit der von der Mutter bereitgehaltenen Phantasieidentität und gleichzeitig zu einer „globalen Verleugnung“ der eigenen Wahrnehmungen und Gefühle und der eigenen Geschlechtlichkeit. Der innere Widerspruch zwischen diesen beiden Anteilen muss für den transsexuellen Patienten nahezu unerträglich sein. Als kreative Abwehrleistung (Pfäfflin 1983) kommt es zu einer Spaltung in das *abgelehnte Selbst*, das dem Körperschema zugeordnet wird, d.h. zu einer Projektion eines Selbstanteiles in den Körper, und in ein *Wunsch-Selbst*, das für den Patienten nun „wahre Selbst“, das aber ein „falsches“ ist.

Der transsexuelle Wunsch nach geschlechtsumwandelnder Operation scheint der einer inneren Logik folgende Versuch, sich von dem gehassten und abgelehnten Selbst zu befreien. Die Spaltung bewahrt den transsexuellen Patienten möglicherweise vor einer Psychose. Er ist nicht durch einen sich widersprechenden Kommunikationsstil, bei dem es zu einer Verwirrung zwischen innerer und äußerer Realität kommt, traumatisiert, sondern er hat sich – um existieren zu können – eine ganz spezifische Realitätsauffassung des Primärobjektes hinsichtlich seines morphologischen Geschlechts zu eigen gemacht. In der von Winnicott beschriebenen Klassifizierung einer absteigenden Pathologie der Organisation des falschen Selbst gehört der transsexuelle Patient in das Extrem des sich als *real* darstellenden falschen Selbst. Der transsexuelle Patient hatte fast noch gar keine Chance, ein wahres Selbst zu entwickeln: „Das falsche Selbst stellt sich als real dar, und Beobachter neigen dazu, zu glauben, dies sei die wirkliche Person“ (Winnicott 1974: 185).

Leicht könnte mir hier ebenfalls eine Stigmatisierung unterlaufen, wenn ich behaupten würde, transsexuelle Patienten hätten gar kein wahres Selbst. Denn das falsche Selbst erfüllt eine wichtige Abwehrfunktion, nämlich „das wahre Selbst zu verbergen und zu beschützen“ (ebd.). Was ist dann das wahre Selbst der transsexuellen Patienten? Ich bin der Meinung, das wahre Selbst des transsexuellen Patienten liegt in seinem konflikthaften und verzweifelten Kampf

um die eigene Identität. Dass er sich dabei operieren lassen will, muss gar nicht weiter beunruhigen. Viele Patienten wünschen sich unter dem Einfluss des Wiederholungszwangs die *verrücktesten* Dinge von uns. Beunruhigend bleibt allein die Tatsache, dass Patienten ohne ausreichende Reflexion der Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik in ein medizinisches Behandlungsprogramm hineinrutschen bzw. dieses von Behandlern unreflektiert angewendet wird. Die Spaltung zwischen *Wunsch-Selbst* und *abgelehntem Selbst* dient dazu, eine Weiterentwicklung des „wahren Selbst“ zu ermöglichen. Der transsexuelle Patient hat seine Identität eben gerade als Transsexueller gefunden, als gespaltenes Wesen, „als zwischen den Stühlen sitzend“, wie mein Patient es ausdrückte, was Burzig (1982: 854) als „Niemandland“ bezeichnete. Welche identitätsstiftende Wirkung das transsexuelle Symptom besitzt, kann man vielleicht auch daran ablesen, dass es die einzige Krankheit ist, für die ein eigenes Gesetz geschaffen wurde.

Der transsexuelle Patient beschreibt seine innere Wahrheit exakt, wenn er von seiner falschen (Geschlechts-)Identität spricht und eine neue sucht. Der drängende Wunsch nach Auflösung dieser Spaltung ist die Abwehr der Verzweiflung und Verwirrung, die man zu spüren bekommt, wenn man sich identifikatorisch mit dem Patienten „zwischen die Stühle setzt“. Es erscheint absurd, von einem Patienten mit einer so tief greifenden Identitätsstörung zu erwarten, er könnte diese Gefühle in Erstgesprächen sprachlich ausdrücken, statt zu sehen, wie diese nur unbewusst in der Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung inszeniert und dadurch vermittelt werden können. Wenn ein Patient nach sicherlich nicht geringer Zeit in der Beziehung mit dem Analytiker beschreiben kann, dass er sich gespalten fühlt und eigentlich weder zu der einen noch zu der anderen Seite gehört, ist einer der schwierigsten Schritte in der Therapie bereits gelungen.

Die beschriebene Spaltung verstehe ich als kreativen Versuch, einen psychotischen Zusammenbruch oder drohende Suizidhandlungen zu verhindern. Der transsexuelle Patient ist gerade dann suizidgefährdet, wenn er diese Spaltung nicht mehr aufrechterhalten kann. Der Wunsch

Der transsexuelle Wunsch nach geschlechtsumwandelnder Operation scheint der einer inneren Logik folgende Versuch, sich von dem gehassten und abgelehnten Selbst zu befreien.

Das wahre Selbst des transsexuellen Patienten liegt in seinem konflikthaften und verzweifelten Kampf um die eigene Identität.

Es sollte nicht übersehen werden, dass es sich bei den geschlechts-umwandelnden Operationen nur um einen symptomatischen Lösungsversuch handelt, der sich bei genauerer Betrachtung als eine Wiederholung der kindlichen Traumatisierung darstellt.

nach Geschlechtsumwandlung ist eine abwehrbedingte kreative Kompromissbildung, der Versuch einer Lösung aus der tief greifenden Identitätsstörung. Sich dazu auch eine Phantasie zu bilden, das ersehnte *andere Geschlecht* annehmen und das *gehasste eigene* eliminieren zu können, erscheint fast schon wieder *normal* im Sinne der unbewussten Psycho-Logik. Dass die transsexuellen Patienten dann auch nach den von ihnen selbst erkämpften medizinischen Möglichkeiten zur Realisierung ihrer phantasierten Lösung greifen, ist ebenso selbstverständlich. Aber es sollte nicht übersehen werden, dass es sich bei den geschlechts-umwandelnden Operationen nur um einen symptomatischen Lösungsversuch handelt, der sich bei genauerer Betrachtung als eine Wiederholung der kindlichen Traumatisierung darstellt, an deren unbewusster Aufführung auf der Bühne von Übertragung und Gegenübertragung der Analytiker bzw. der Operateur nun unweigerlich beteiligt wird.

Denn in dem Wunsch nach geschlechts-umwandelnder Operation drückt sich nur scheinbar die Vorstellung, das andere Geschlecht anzunehmen, aus. Im Grunde ist der transsexuelle Patient bereit, seine *Geschlechtsidentität* zu opfern, weil er diese mit seiner *Identität* gleichsetzt. Meiner Auffassung nach versucht der transsexuelle Patient, hinter eine Geschlechterdifferenzierung zurückzukehren. Aus der Hoffnung heraus, damit den Angriffen auf seine Identität entgehen zu können, möchte er – wieder – ein asexuelles Wesen werden. Ich halte es für ein wichtiges Merkmal transsexueller Patienten, dass sie Identität und Geschlechtsidentität gleichsetzen.



Alle psychoanalytischen Untersucher beschreiben diesen existenziellen Druck, der von ihnen ausgeht; z. B. Burzig (1982: 852 f): „Wenn du meinen Wunsch nicht erfüllst, bin ich erledigt, nicht lebensfähig, wertlos. Du bist alles und kannst mir alles geben. Wenn du das nicht tust, bist du für mich auch nichts wert.“ Wer so spricht, redet von seiner Identität, seiner Existenz als Person, nicht von seinem Gefühl, dem einen oder dem anderen Geschlecht anzugehören oder angehören zu wollen. Die Stolpersche These einer urweiblichen Phase stellt

eine Verharmlosung dar und weist m. E. in die falsche Richtung, weil die früheste Phase in unserer Entwicklung überwiegend nicht durch das Geschlecht von Mutter oder Kind determiniert wird. Identität und Geschlechtsidentität entfalten sich weder nacheinander noch unabhängig, sondern zyklisch in einer wechselseitigen Verschränkung. Trotzdem werden wir Identität gegenüber der Geschlechtsidentität immer als primär ansehen. Der Identitätskonflikt des transsexuellen Patienten bleibt bezüglich der globalen Identität verborgen. Diese ist jedoch eine Pseudoprogression und bleibt deshalb brüchig, und der Identitätskonflikt ist verschoben auf die Ebene der Geschlechtsidentität, auf der er ausagiert wird.

Den Zweck der unbewussten Inszenierung der kumulativen Traumatisierung des transsexuellen Patienten sehe ich darin, dass der transsexuelle Patient versuchen muss, einen Teil von sich, den er projektiv identifikatorisch als destruktiv erfahren hat, zu externalisieren. Der Patient versucht, den Analytiker und in der Folge den Operateur zu einer Handlung zu veranlassen, welche den gehassten Teil an ihm tatsächlich zu zerstören in der Lage ist. Möglicherweise ist in der Operation auch ein unbewusster masochistischer Triumph enthalten, weil der Operateur als destruktiv agierend bloßgestellt wird. Vielleicht lassen sich so die als „aggressive Gegenübertragung“ bezeichneten chirurgischen Fehler durch Operateure verstehen – treffender wäre es, hier von einem Ausagieren der Gegenübertragung zu sprechen.

Psychodynamisch wiederholt der transsexuelle Patient sein Kindheitstrauma mit vertauschten Rollen. Er versucht, den Analytiker davon zu überzeugen, dass das, was er sieht, *nicht wahr* ist. *Wahr* soll sein, was der Patient zu Abwehrzwecken in der globalen Identifikation mit der beschriftenden Projektion des Primär-objektes empfindet. Lässt der Analytiker sich darauf ein, d. h. wenn er in Ansätzen seiner Wahrnehmung misstraut und seiner Gegenübertragung glaubt, *dies ist wirklich eine Frau in einem männlichen Körper, der ich helfen kann, das richtige Geschlecht zu erhalten*, gerät er in Gefahr, die intrapsychische Realität, das Elend und die Verzweiflung des Patienten aufgrund seiner Zerrissenheit aus dem Blick zu verlieren. Im Mitagieren, sei es durch die Unter-

stützung oder Ablehnung des Wunsches nach Geschlechtswechsel, versucht der Analytiker wie der transsexuelle Patient einen intrapsychischen Konflikt auf der Bühne der äußeren Realität zu lösen. Ebenso wie es dem Patienten als Kind wahrscheinlich ergangen ist, wird der Analytiker jetzt dazu gebracht, ein *falsches Selbst* zu montieren, mit dem eine konflikthafte innere Realität verleugnet werden soll. Der Analytiker hat dann ebenfalls gegenüber der Macht eines bedeutungsvollen anderen kapituliert. Ein psychotherapeutischer Zugang zum Patienten ist damit in aller Regel verstellt. Die geschlechtsumwandelnde Operation, zu deren Komplizen man dann wird, ist die destruktive Folge der Verleugnung der inneren Wahrheit des Patienten, nämlich seiner massiven Identitätsstörung.

Nach diesen theoretischen Überlegungen komme ich wieder auf den eingangs geschilderten Patienten zurück und berichte, wie wir versucht haben, trotz aller Schwierigkeiten eine Therapie zu beginnen.

Falldarstellung (II)

Weitere Vorgespräche

Zum zweiten Gespräch ließ mich Herr T. 20 Minuten warten. Als ich schon nicht mehr damit rechnete, erschien er abgehetzt und sich entschuldigend, dass er verschlafen habe (morgens um 11 Uhr). Erwartungsvoll sah er mich an und wollte die ihm von mir im Erstgespräch in Aussicht gestellte Adresse entgegennehmen. Ich sagte ihm, dass ich gründlich über unser letztes Gespräch nachgedacht hätte und zu der Entscheidung gekommen sei, dass ich ihn nicht bei der Suche nach einer Möglichkeit zu einer geschlechtsumwandelnden Operation unterstützen wolle. Stattdessen wolle ich ihm anbieten, mit mir über seinen Wunsch nach einer derartigen Operation und seine möglichen Zweifel daran zu sprechen. Ich sei der Auffassung, wenn er sich für eine Operation entscheide, würde er sicher auch die entsprechenden Stellen ausfindig machen können.

Herr T. war enttäuscht, seine Gesichtszüge wurden starr und abweisend. Ich fühlte mich elend, weil ich ihm erst Hoffnung gemacht

hatte und nun zusehen musste, wie diese Hoffnung in Bruchteilen von Sekunden zerbrach. Kurze Zeit hatte ich die Befürchtung, Herr T. würde aufstehen und gehen. Um einem m. E. drohenden Abbruch der Beziehung zuvorzukommen, sprach ich weiter. Ich bezog mich auf seine Bemerkung, dass er sich zu 99,5 Prozent sicher sei, und sagte, dass ich nicht wüsste, wie groß dieses halbe Prozent sei. Durch Kopfnicken zeigte er verhaltene Zustimmung. Ich erklärte weiter, dass ich der Meinung sei, ihm bei der Suche nach Sicherheit nur helfen zu können, wenn er von mir keine konkrete und reale Hilfe in der einen oder anderen Richtung zu erwarten habe, sonst bestünde die Gefahr, dass er versuchen würde, *mich* von der Richtigkeit einer Seite zu überzeugen. Dabei käme es mir darauf an, dass er sich sicher werde.

Dies schien ihn zu erreichen, und für den Moment wurde die Atmosphäre zwischen uns etwas ruhiger. Das Misstrauen und die Enttäuschung, die ich über sein Gesicht hatte ziehen sehen, wichen nun tiefer Ratlosigkeit, die schnell auch mich erfasste. Wie sollte es nun weitergehen? Nach einem längeren und, wie ich fand, nicht unangenehmen Schweigen wollte Herr T. von mir wissen, wieso ich ihm im ersten Gespräch etwas anderes in Aussicht gestellt hatte und was mich nun dazu bewogen hat, meine Meinung zu ändern. Seine direkte Frage kam fordernd und verlangte nach einer Erklärung, wie ich zur Frage der geschlechtsumwandelnden Operation stünde.

Diese Frage überraschte mich zwar nicht, aber trotzdem ergriff mich fast sofort ein Gefühl von verzweifelter Verwirrung: Was sollte ich jetzt sagen? Ich wollte doch nicht Stellung beziehen, sondern hatte mir vorgenommen, mich *zu dem Patienten zwischen die Stühle zu setzen*. Ich schwieg. Was nicht leicht war, bis ich diesen Konflikt für mich ein Stück greifen und ihm sagen konnte, dass genau dies wohl sein Problem sei: unsicher zu sein, was mit ihm sei, und zu versuchen, sich Sicherheit zu verschaffen, indem er andere, wie eben mich, nach ihrer Meinung frage. Wenn er mich frage, was ich von der Geschlechtsumwandlung halte, wüsste er dann zwar meine Meinung, werde aber selbst nicht sicherer. Außerdem sei es eine für ihn so weit

Ebenso wie es dem Patienten als Kind wahrscheinlich ergangen ist, wird der Analytiker jetzt dazu gebracht, ein falsches Selbst zu montieren, mit dem eine konflikthafte innere Realität verleugnet werden soll.

Die geschlechtsumwandelnde Operation, zu deren Komplizen man dann wird, ist die destruktive Folge der Verleugnung der inneren Wahrheit des Patienten, nämlich seiner massiven Identitätsstörung.

Seine Mutter hatte eine recht konkrete Vorstellung, wie ihr Sohn als Mann einmal werden sollte: ein besserer Mann. Dies bedeutete für sie, er sollte einfühlsam, weich und verständnisvoll sein, was sie mit Weiblichkeit gleichsetzte.

reichende Entscheidung, dass ich mir vorstellen könnte, die sei gar nicht so einfach nach plus oder minus zu fällen.

Aufmerksam und angespannt hatte Herr T. zugehört. Dann wurde er still und nachdenklich. Er habe natürlich immer wieder Bedenken, deswegen habe er ja schon vorher versucht, sich zu informieren. Er sei froh gewesen, jetzt endlich zu einem Entschluss gekommen zu sein. Manchmal könne er es kaum noch in seiner Haut aushalten, könne sich als Mann kaum noch ertragen. Was solle er mit dem „Dödel zwischen den Beinen, ... am besten ... ab in den Ofen“. Dazu machte der Patient eine wegwerfende Handbewegung über seinem Schoß. Es werde immer drängender für ihn, wirklich eine Frau zu werden, weil seine Sexualität ihn zunehmend störe. Damit meinte der Patient vor allem seine Erektion. Wenn er sich selbst befriedige, stelle er sich vor, als Frau von einer Frau befriedigt zu werden. Nun hatte er sich endlich zu dem Schritt entschließen können, nach dem Gutachten für die Operation zu fragen, und jetzt solle er alles wieder zurückdrehen.

Seine Verzweiflung und seine Suche nach einem Ausweg aus dieser Zerrissenheit waren mir deutlich spürbar. Ich fragte ihn danach, wie er sich denn vorstelle, als Frau seine Sexualität zu leben. Das sei ihm ganz klar: Er möchte als Frau mit einer Frau zärtlich werden. Eigentlich sei er eine lesbische Frau. Deshalb habe er auch nie versucht, eine Freundin zu finden, denn als Mann, das finde er abstoßend, eklig. Und nach einer kurzen Pause: Er hätte schon gerne eine Freundin, er habe sich auch schon ein paar Mal in Freundinnen verliebt, aber jedes Mal habe er einen Korb bekommen. Er suche jemanden zum liebhaben, an Sexualität denke er dabei nicht ... Er habe große Angst vor Ablehnung.

Zur *dritten Stunde* kommt Herr T. pünktlich. Fast übersprudelnd will er mir von einem Gedanken berichten, der ihm nach der letzten Stunde gekommen sei. Er habe wohl wirklich ein Problem mit der Sexualität, denn eigentlich suche er nämlich Zärtlichkeit. Als er darüber nachgedacht habe, seien ihm zwei Theorien über sich gekommen:

1. Er sei primär transsexuell, also eine Frau, und seine Ablehnung der männlichen Sexualität sei demnach sekundär.
2. Er habe primär Probleme mit der männlichen Sexualität, und seine Transsexualität sei ein sekundäres Symptom.

Er tendiere natürlich ganz eindeutig zur ersten Theorie. Trotz dieser Einschränkung machte mir seine Überlegung Hoffnung, dass Herr T. in sich genügend Raum finden und uns in einer Therapie zugestehen könne, um eine Entscheidung reifen zu lassen. In diesem Gespräch bot ich ihm eine Therapie mit einer Stunde pro Woche im Sitzen an. Ich nannte keine Zeitbegrenzung; das Ende der Therapie sollte er bestimmen, wenn es einmal so weit wäre. Herr T. nahm das Angebot an.

Biographie

Bevor ich auf den Therapiebeginn eingehe, fasse ich kurz die für den Kontext wichtigsten biographischen Daten des Patienten und seiner Eltern zusammen. Seine Mutter hatte anscheinend eine recht konkrete Vorstellung, wie ihr Sohn als Mann einmal werden sollte: ein *besserer Mann*. Dies bedeutete für sie, er sollte einfühlsam, weich und verständnisvoll sein, was sie mit Weiblichkeit gleichsetzte. Ein ähnliches Klischee, nur mit anderen Vorzeichen, vermittelte seine Mutter ihm von Männlichkeit: Männer seien aggressiv und hart, gefühllos, im Grunde Vergewaltiger.

Im Verlauf der Behandlung konnten diese starren Klischees vor dem biographischen Hintergrund der Mutter verständlich werden. Ihre Mutter starb, als sie 1 ½ Jahre alt war. Ihr Vater heiratete kurz darauf wieder, aber mit ihrer Stiefmutter konnte sie keine gute Beziehung aufbauen. Im Alter von 6 Jahren, nachdem ihr Vater von einer unheilbaren Krankheit befallen worden war, gab ihre Stiefmutter sie zu Pflegeeltern. Dort wurde sie von ihrem Pflegevater körperlich misshandelt und sexuell missbraucht. Herr T. wusste aus Erzählungen seiner Mutter, dass Nachbarn ihre Schreie erst nach mehreren Monaten ernst nahmen und die Behörden benachrichtigten. Schließlich kam sie zu ihrem Vater und ihrer Stiefmutter zurück. Die Stiefmutter war dem Kind gegenüber voller Vorwürfe, weil sie

sich nun wieder um sie kümmern musste, statt arbeiten gehen zu können, wodurch die Familie mit dem kranken Vater zunehmend verarmte.

In seinem Vater hatte die Mutter des Patienten einen Ehemann gefunden, der genau in ihr problematisches Männerbild passte. Sie hatte ihrem Sohn erzählt, dass sein Vater der einzige Mann war, den sie hätte heiraten können, weil sie ihn schon aus der Schulzeit kannte und wusste, dass er sie nie verletzen würde.

Über seine Kindheit berichtete die Mutter Herrn T., er sei sehr pflegeleicht gewesen. Sie bezeichnete ihn als *autistisch*, wie in einer lang andauernden Symbiose mit ihr. Als Kind habe er immer für sich allein gespielt und die Mutter schlafen lassen, wenn diese das wollte. Mit 4 Jahren kam Herr T. zur Beobachtung ins Krankenhaus, weil anderen aufgefallen war, dass er so still war. Er habe auch erst spät angefangen zu sprechen.

Sein Vater hatte früh seinen eigenen Vater verloren, der im Krieg gefallen war, und wuchs danach allein mit seiner Mutter auf, die nicht mehr heiratete. Traumatische Erlebnisse während des Krieges scheint der Vater mit einer rigiden Charakterabwehr bewältigt zu haben, die ihn vor der überwältigenden Macht emotionaler Erlebnisse bewahren sollte. So hat der Patient von ihm immer wieder die Geschichte gehört, wie einmal eine Bombe im Haus einschlug und eine Außenmauer wegriss. Aber der Vater habe als 10-jähriger Junge überhaupt keine Angst verspürt, sondern sofort begonnen, aus den Trümmern eine neue Mauer aufzubauen.

So modellhaft, wie in dieser Szene geschildert, hat Herr T. seinen Vater immer dann erlebt, wenn er mit emotionalen Konflikten zu seinem Vater kam. Der Vater hatte immer eine schnelle und sachliche Lösung parat. Gefühle und vor allem Zweifel hielt er für unsinnig und hinderlich. Emotional blieb ihm der Vater nahezu unerreichbar. Der Vater taue nur auf, wenn es um technische Dinge gehe, deshalb frage der Patient ihn über technische Details Löcher in den Bauch, erst dann werde der Vater ihm lebendig,

In den letzten Jahren hatte Herr T. in der Beziehung zum Vater resigniert und sich immer mehr von ihm zurückgezogen. Er sprach erst gar nicht mehr mit ihm über Politik oder Dinge, die ihm wichtig waren, wie z. B. gesunde Ernährung. Herr T. hatte das Gefühl, selbst keinen Platz im Leben seines Vaters erreichen zu können. Gleichwohl kann er sich in seinen Vater einfühlen und empfinden, wie enttäuscht dieser von ihm als Sohn war, weil er nicht so ein Rabauke sein konnte, wie der Vater es sich gewünscht hätte. Stattdessen passierte es dem Patienten fast regelmäßig, dass er in der Schule „vertrimmt“ wurde. Kam er dann heulend nach Hause, warf der Vater ihm vor, dass er sich nicht gewehrt hat, statt ihn zu trösten, wie Herr T. es sich gewünscht hätte. Dabei dachte er bei sich, dass der Vater ja Recht hat, er nahm sich auch immer wieder vor, sich zu wehren, hat es aber nie geschafft.

Daneben beschreibt Herr T. auch deutlich infantile Züge des Vaters. So bezeichnete seine Mutter den Vater ihm gegenüber häufig als ihr drittes Kind neben ihm und seiner jüngeren Schwester. Schließlich wurde sein Vater für ihn zum Prototyp des Mannes, der er auf keinen Fall werden wollte.

Stattdessen erlebt er sich ganz als Sohn seiner Mutter. Wie sie habe auch er keine Ellbogen und könne sich nicht wehren. Gegen den Vater habe sie ihn jedoch immer in Schutz genommen. Dagegen sah die Mutter in ihrem Sohn ihre „beste Freundin“, so seien ihre Worte. Herr T. schildert es als Konsequenz seiner missglückten Vaterbeziehung, dass er versucht habe, wenigstens klug zu werden. In der Schule begann er, sich für Philosophie zu interessieren. Überhaupt kamen ihm die Jungen „doof“ vor mit ihrer Begeisterung für Sport und Raufereien. Die Mädchen zogen ihn viel mehr an, sie erschienen ihm erwachsener und klüger. Irgendwann habe sein Vater schließlich akzeptiert, dass sein Sohn anders war, als er sich das wünschte.

Die weitgehend wohl unbewusste Phantasie der Mutter bezüglich der Geschlechtsidentität ihres Sohnes wurde erst durch dessen Wunsch nach Geschlechtsumwandlung aufgedeckt, auf den die Mutter mit mildem Erschrecken reagierte: „Jetzt wollte ich, dass dieses Kind mal

In den letzten Jahren hatte Herr T. in der Beziehung zum Vater resigniert und sich immer mehr von ihm zurückgezogen. Er hatte das Gefühl, selbst keinen Platz im Leben seines Vaters erreichen zu können.

Der Patient wird den Analytiker unbewusst immer wieder auf sein Stehvermögen hin testen, in der Gegenübertragung starke Verwirrungsgefühle und Unsicherheiten auszuhalten, ohne in agierende Auswege zu verfallen.

ein Mann wird, der die weiblichen Anteile in sich nicht verleugnet, und nun hat es keinen anderen Wunsch, als gleich ganz eine Frau zu werden.“

Therapieverlauf

Die Therapie dauerte fast sieben Jahre und insgesamt 310 Stunden. Sie fand über die ganze Zeit mit einer Frequenz von einer Stunde pro Woche im Sitzen statt, es handelte sich also um eine niederfrequente Langzeittherapie. Die lange Dauer steht in einem gewissen Widerspruch zu der bezogen auf die Schwere der Störung eher geringen Stundenzahl. Die Wahl des niederfrequenten Settings entsprang aus der Angst des Patienten vor einer als intrusiv gefürchteten Nähe, aber auch aus einer Angst in der Gegenübertragung. So schien die eine Stunde pro Woche die optimale Distanz für uns beide zu sein, an der nie gerüttelt wurde, obwohl ich mich nachträglich natürlich frage, ob eine höhere Behandlungsfrequenz sinnvoll hätte sein können.

Als Verlaufsschilderung bleibt meine Darstellung gewollt lückenhaft, weil ich mit der vorliegenden Arbeit vor allem zeigen möchte, dass ein analytischer Zugang möglich ist und mit welchen Schwierigkeiten man als Analytiker dabei zu kämpfen hat, weil transsexuelle Patienten uns in der Gegenübertragung vor gravierende Probleme stellen. Deswegen habe ich den Schwerpunkt meiner Arbeit auf die Anfangsphase der Therapie gelegt. Indem ich aber die auffälligsten Schwierigkeiten illustriere, betone ich einseitig die Höhepunkte – ein Vorgehen, das ungefähr der beschriebenen euphorischen Abwehrbewegung in der Gegenübertragung entspricht, während die alltägliche Arbeit mit der quälenden und vor allem in der zweiten Hälfte der Therapie spürbaren schweren Depression des Patienten unspektakulär und deshalb auch so schwer zu schildern ist. Andererseits ist dieser Teil der analytischen Arbeit aber auch gar nicht so sehr von Bedeutung, denn er entspricht der alltäglichen Erfahrung in der Behandlung schwerer Depressionen. Sind die spektakulären und interessanten Anfangswiderstände überwunden, kommen altbekannte, aber nicht weniger große Probleme auf den Analytiker zu. Wie bei einer niederfrequenten Therapie nicht anders zu erwarten, aber möglicherweise auch bedingt durch die spätadoleszente Lebensphase des Patienten, standen recht große Verände-

rungen in Herrn T.'s Leben an, die für die Beurteilung des Behandlungserfolges wichtig wären, auf deren Schilderung aus Diskretionsgründen an dieser Stelle aber verzichtet werden muss.

Die ersten zwei Jahre – Belastungstests der Beziehung

Ich halte die Anfangsphase der Behandlung eines Patienten mit transsexueller Symptomatik für die größte Herausforderung der sich entwickelnden Arbeitsbeziehung, die zu Beginn enormen Belastungen standzuhalten hat, während sie zwangsläufig noch recht labil ist. Der Patient wird den Analytiker unbewusst immer wieder auf sein Stehvermögen hin testen, in der Gegenübertragung starke Verwirrungsgefühle und Unsicherheiten auszuhalten, ohne in agierende Auswege zu verfallen. In der von mir beschriebenen Behandlung waren die ersten zwei Jahre von diesem Mechanismus weitgehend bestimmt, den ich exemplarisch an zwei „überstandenen“ Therapieabbrüchen illustriere.



ein inneres Konzept für die Behandlung bestand zunächst darin, Herrn T. und mir Raum und Zeit zu verschaffen, um eine tragfähige Beziehung zwischen uns entstehen zu lassen, die den zu erwartenden Konflikten in der Therapie gewachsen sein würde. Obwohl ich in der Spaltung eine kreative Lösung sehen konnte, wurde ich mir meiner ablehnenden Haltung gegenüber einer geschlechtsumwandelnden Operation mit zunehmender Lektüre über Transsexualität und Transsexuelle immer sicherer. In den Stunden mit dem Patienten versuchte ich dennoch, mir alle Wege offen zu halten, ich wollte unbedingt vermeiden, ihn mit meiner Meinung zu beschriften, so sicher ich mir ihrer auch wurde. Herr T. schien dies genau zu spüren, denn nachdem wir erst einmal viel biographisches Material gesichtet und eingeordnet hatten, kamen seine Wünsche nach einem Gutachten wieder massiv auf. Vor allem wollte er von mir wissen, warum ich ihm denn nicht sagte, was *ich* von der Sache hielte.

Wenn ich doch gute Gründe hätte, die Operation abzulehnen, warum würde ich sie ihm dann nicht mitteilen? Dies erschien mir logisch und war unheimlich verführerisch. Der Impuls, ihm in der Hoff-

nung, ihn damit von seinem Vorhaben abbringen zu können, einen Vortrag über die Nachteile der geschlechtsumwandelnden Operation zu halten, wurde übermächtig und nahm mich fast völlig in Besitz. Denn genau das war es ja, was ich die ganze Zeit dachte, und je mehr ich mich theoretisch damit beschäftigte, um so mehr Argumente fand ich, die gegen eine Operation sprachen. Gleichzeitig entwickelte sich in mir die Vorstellung, ihn retten zu können. Herr T. nährte diese Rettungsphantasie kräftig, indem er mich immer stärker bedrängte, für ihn eine Entscheidung zu fällen. Schließlich vertraute er sich mir völlig an. Er wollte, dass ich für ihn „die Notbremse ziehe“, wie er das nannte, falls er sich für eine Operation entscheiden würde. Damit meinte er, dass ich die Operation verhindern sollte, wenn ich der Meinung war, es sei noch zu früh für ihn.

So hatte er die Sorge um seine körperliche Unversehrtheit an mich delegiert. War es nicht sadistisch, dem Patienten diesen Weg vorzuenthalten, ihn in seiner ihn quälenden Unsicherheit zu belassen? Immer stärker wurde das Gefühl, nicht nur zwischen den Stühlen, sondern regelrecht *in der Falle* zu sitzen. Immer häufiger kam in mir der Wunsch auf, sofort nach der Stunde einen Supervisor zu fragen, was ich denn tun solle. Damit hätte ich die Entscheidung natürlich auch nur delegiert, denn mich drängte es nicht nach analytischem Verständnis, sondern nach Entlastung durch einen Supervisor, der mir die anstehende Entscheidung abnehmen sollte. Ohne ständige externe und innere Supervision und wohl auch ohne die gleichzeitige Entwicklung eines eigenen theoretischen Zugangs wäre ich wahrscheinlich der Versuchung erlegen, den schnellen Weg zu wählen. Überhaupt wurde meine Beschäftigung mit der Literatur und meine sich dabei entfaltende Theorie mir zu einer Art innerem Objekt, zu dem ich mich in Zeiten allzu großer Verwirrung flüchten konnte. Meine theoretischen Überlegungen wurden mir zu einem „Container“, der mir den Versuch ermöglichte, gleichzeitig zurückhaltend und doch präsent und emotional erreichbar zu sein.

Selbstverständlich konnte ich dies nicht durchhalten, und innerhalb der ersten 20 Stunden, also etwa des ersten halben Jahres der Behandlung, kam es zu zwei Abbrüchen. Herr T. blieb jedes Mal ohne Erklärung für mehrere Wochen weg und rief dann wieder an. Die Abbrüche traten genau

dann auf, als ich am wenigsten damit gerechnet hatte, weil ich mir gerade sehr sicher war, mit der Therapie den *richtigen* Weg eingeschlagen zu haben. Erst durch die Abbrüche wurde mir bewusst, dass ich mit diesem richtigen Weg meinte, Herrn T. von der geschlechtsumwandelnden Operation abbringen zu können. Herr T. aber hatte ein feines Gespür dafür, dass ich ihn damit „zwischen den Stühlen“ allein gelassen hatte und dabei war, ihm meine Rettungsphantasie als neue Identität überzustülpen. Tatsächlich konnte ich sehr viel später mit dem entsprechenden Verständnis in den Protokollen der den Abbrüchen vorausgegangenen Stunden nachlesen, wie ich in meinen Deutungen etwas euphorisch geworden war über *mein* Verständnis seiner Krankheit. Herr T. war zum „Container“ für meine Rettungsphantasie geworden, und er wehrte sich mit dem Abbruch der Behandlung. Auf diese Art lehrte er mich, wie immens wichtig es ist, gerade in der Anfangsphase der Therapie auf geringste Anzeichen von Abwehrversuchen gegen die Hilflosigkeit und Unsicherheit in der Gegenübertragung zu achten.

Unsere Therapie hatte, ohne dass ich es erfuhr, zu einer dramatischen Veränderung in der malignen Verschränkung mit seiner Mutter geführt. Um die 25. Stunde hatte Herr T. seine Mutter zu einem Erstgespräch bei mir angemeldet, ohne mich vorher darüber zu informieren. Erst als mir der gleiche Nachname im Anmeldeformular auffiel und ich ihn im nächsten Gespräch fragte, sagte Herr T., er wolle, dass seine Mutter auch zu mir komme, weil sie gerade mit einem Rückenleiden im Krankenhaus sei und bald entlassen würde. Es gehe ihr nicht gut, und da ich ihn doch gut verstünde, könnte ich sicher auch ihr helfen. Meine Ablehnung konnte er verstehen, und ich nannte ihm Adressen von Kollegen. Seine Mutter kam danach mehrfach in stationäre Behandlung, in der jedes Mal wieder somatische Diagnosen gestellt wurden. Schließlich, als die bedrohliche Ausmaße annehmende Suizidalität der Mutter nicht mehr zu verbergen war, wurde sie in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. Nach mehreren stationären Aufenthalten hatte die Mutter schließlich eine ambulante Psychotherapie aufgenommen. Die durch die Psychotherapie angestoßenen Individuationsbemühungen ihres Sohnes erlebte die Mutter von

Ohne ständige externe und innere Supervision und wohl auch ohne die gleichzeitige Entwicklung eines eigenen theoretischen Zugangs wäre ich wahrscheinlich der Versuchung erlegen, den schnellen Weg zu wählen.

Herr T. war zum „Container“ für meine Rettungsphantasie geworden, und er wehrte sich mit dem Abbruch der Behandlung. Auf diese Art lehrte er mich, wie immens wichtig es ist, gerade in der Anfangsphase der Therapie auf geringste Anzeichen von Abwehrversuchen gegen die Hilflosigkeit und Unsicherheit in der Gegenübertragung zu achten.

Der Wunsch nach Geschlechts-umwandlung wurde häufig dann wieder zwingend, wenn etwas zwischen uns noch nicht in Sprache gefasst werden konnte. Ich verstand dies als Rückgriff auf die ihm bekannte und ihn sichernde Abwehrposition, wenn der Patient durch die Therapie in Kontakt mit dem abgelehnten Selbst kam, das er mit Männlichkeit gleichsetzte.

Herr T. offensichtlich als äußerst bedrohlich. Erst nach etwa einem halben Jahr erfuhr Herr T. von seiner Schwester, die in Papieren der Eltern geschnüffelt hatte, dass seine Mutter zu der Zeit, als er sie bei mir angemeldet hatte, tatsächlich einen Suizidversuch unternommen hatte.

Arbeit an der transsexuellen Abwehr

In etwa zwei Jahren hatte sich die Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik entscheidend verändern können. Herr T. hatte sich auf die Beziehung zu mir eingelassen, und ich war sehr wichtig für ihn geworden. Einerseits freute er sich über das Vertrauen, das er zu mir entwickelt hatte und das ich trotz aller Enttäuschungen doch hatte rechtfertigen können, andererseits irritierte ihn dieses Vertrauen, denn ich war ja ein Mann. Und Männer erlebte er im Allgemeinen als „kalt, gefühllos und unerreichbar“. Unsere Beziehung hatte sich so gefestigt, dass Konfrontationen und Auseinandersetzungen möglich wurden: z.B. als der Patient in Frauenkleidern zur Behandlung kam und sich damit meinem Urteil seiner „Weiblichkeit“ stellte; als ich aussprechen durfte, dass es sich bei der Operation auch um eine Kastration und nicht um eine Geschlechtsumwandlung handele.

Der ständig im Raum stehende Wunsch nach der Geschlechts-umwandlung und vor allem dessen bedrängende Qualität konnten nun über weite Strecken in den Hintergrund treten, um in Krisen, die es ausreichend gab, plötzlich und mit alter Macht wieder aufzutauchen. Herr T. wollte sich dann sofort operieren lassen und spürte den Impuls: „oder ich schneid ihn mir ab“. Langsam veränderte der Wunsch sich vom handlungsnahen Impuls, es „zu tun“, zu dem Gedanken, „es tun zu wollen“. Wir sammelten beide Erfahrung damit, und allmählich gelang es mir, diese Rückfälle auch im Zusammenhang mit der Übertragungssituation zu interpretieren. Der Wunsch wurde häufig dann wieder zwingend, wenn etwas zwischen uns noch nicht in Sprache gefasst werden konnte. Ich verstand dies als Rückgriff auf die ihm bekannte und ihn sichernde Abwehrposition, wenn der Patient durch die Therapie in Kontakt mit dem *abgelehnten Selbst* kam, das

er mit Männlichkeit gleichsetzte. Beispielhaft möchte ich dies am Umgang mit der *zentralen Onaniephantasie* des Patienten aufzeigen.

Herr T. hatte bereits in den Erstgesprächen von seiner Onanie gesprochen, die für ihn ein Problem war, weil er sich dabei mit seiner Erektion eindeutig als Mann erlebte. Zu den Therapiestunden kam er über lange Zeit regelmäßig mehrere Minuten zu spät. Er fand dazu ausufernde Erklärungen, die darauf gründeten, dass die Stunden am Morgen stattfanden und er morgens zu Hause so viel zu erledigen habe. Letztlich blieb aber eine Diskrepanz, weil er um 10 Uhr eine Stunde hatte und sagte, dass er um halb sechs aufgestanden sei. Unter großer Peinlichkeit berichtete der Patient schließlich, dass er nicht aus dem Haus könne, weil er teilweise stundenlang onaniere. Es sei wie ein Zwang, er habe Angst, die Erregung am Tag zu spüren, irgendwie stelle er sich damit auch ruhig. Als peinlich und ihn ängstigend erlebte er seine dazugehörigen Phantasien, weil er denke, sie seien „pervers“, etwas, das er selbst sehr ablehne. Mehr wolle er nicht sagen, es mache ihn sehr verlegen, was ich jetzt von ihm denken könnte. Ich verstand, dass Herr T. wohl sein gutes Bild, das ich von ihm haben sollte, existenziell bedroht sah, und ich spürte, dass ich ihn nicht drängen sollte. Nach mehreren Wochen nahm der Patient das Thema wieder auf. Stückweise und über einen langen Zeitraum verteilt, schilderte er eine Onaniephantasie, die er seit vielen Jahren hatte und die in der gleichen Form immer wiederkehrte: Er stelle sich das Bild eines Mädchens oder einer jungen Frau vor, der durch die Erziehung, mit teilweise brutalen Methoden, ihre Sexualität vollständig ausgetrieben worden sei – ähnlich einer strengen Sexualerziehung am Anfang des 20. Jahrhunderts, als Onanie eine Sünde war und die Hände über der Bettdecke festgebunden wurden. Dieses Mädchen habe dadurch erst gar keine Sexualität entwickelt und könne ganz ohne sie leben, sei ganz rein.

Herr T. schämte sich für diese Phantasie, weil er eine derartige repressive Erziehung, erst recht bei einer Frau, bewusst ablehnte, ebenso wie jegliche Form sexueller Gewalt gegen Frauen. Ganz bewusst hatte er eine Gegenphantasie entwickelt, in der er sich vorstellte, als Frau mit einer Frau zärtlich zu sein. Die andere Phantasie

brach aber gegen seinen Willen immer wieder über ihn herein, was er so empfand, als würde ein Neandertaler in ihm durchbrechen, der eine Frau hinter den nächsten Busch zerran und vergewaltigen will. Mir dies alles zu berichten war deshalb so schwierig, weil er fürchtete, damit Zweifel an seinem Wunsch nach Geschlechtsumwandlung in mir wachzurufen. Wenn er an seine Onaniephantasie denke, glaube er selber, keine Frau sein zu können. Ich ließ diese Phantasie lange liegen, weil ich den Eindruck hatte, die Beziehung zwischen uns müsste erst stabiler werden, bis wir darüber sprechen und sie interpretieren könnten. Über die Zeit berichtete Herr T. weitere Details, die sich alle um die brutalen und immer deutlicher sadistischen Methoden drehten, in Mädchen jegliche Form von Sexualität von Beginn an erst gar nicht entstehen zu lassen. Wenn ich ihn mit diesen Mädchen verglich, weil er wie sie hinter seine Sexualität zurückkehren wolle, fühlte er sich entlastet, denn bedrohlich war ihm der gewalttätige Selbstanteil, der sich in dieser Onaniephantasie ausdrückte. Herr T. fürchtete sich vor allem davor, dass wir an ihm etwas Gewalttätiges entdecken könnten, was für ihn gleichbedeutend mit einem perversen Sadismus war.

Viel Geduld war nötig, bis es möglich wurde, auch diese Seite als zu ihm gehörig zu betrachten. Schließlich konnte Herr T. verstehen, dass er mit dem Wunsch nach der operativen Geschlechtsumwandlung mit sich selbst ähnlich gewalttätig umzugehen bereit war. Trotzdem empfand er die gegen sich gerichtete Gewalt bei weitem nicht so bedrängend wie die Vorstellung, Gewalt gegen eine Frau anwenden zu können.

Unter ähnlich großen Ängsten berichtete er in der Folge von einem Verhalten, das er wie die Onaniephantasie als über ihn hereinbrechend erlebte, nun aber als einen Zwang, bestimmte Handlungen auszuführen. Dies setzte häufig dann ein, wenn er erfolgreich gewesen war. Beispielsweise fuhr er, nachdem er eine Prüfung bestanden hatte, nicht wie verabredet zu einer Freundin, um zu feiern, sondern ging in einen Supermarkt und kaufte sich Windeln für Erwachsene, die er zu Hause anzog. Die impulsiven Handlungen des Kaufens und Benutzens von Windeln beherrschten Herrn T. seit vielen Jahren. Als er in der Therapie erstmals über-

haupt mit einem anderen darüber zu sprechen versuchte, war dies begleitet von großer Scham. Meine nach Verständnis suchende und ihn nicht verurteilende Haltung ermöglichte ihm, das volle Ausmaß seiner Zwangshandlungen mit einem Gefühl der Verwunderung und des Unverständnisses, aber auch der Trauer und des Zorns über das, was er da mit sich anstellte, zu erleben.

Schließlich konnten wir verstehen, wie der Patient mit diesen Handlungen einen Teil seiner zentralen Onaniephantasie mit sich selbst als Objekt auszuleben versuchte. Der Patient nähte sich z. B. spezielle Schlafanzüge und Bettdecken, die es ihm unmöglich machten, sich selbst zu befriedigen. Bei den Vorbereitungen geriet er regelrecht in eine Hochstimmung, er konnte dann nächtelang daran arbeiten, ohne müde zu werden. Das Benutzen der Windeln oder der selbstgenähten Schlafsäcke und Decken erlebte er dagegen vergleichsweise unbefriedigend, vor allem deswegen, weil er dabei die Gestörtheit seines Tuns vor sich selbst nicht mehr ignorieren konnte. Brach diese Hochphase zusammen, ekelte er sich vor sich selbst.

Die Selbstbefriedigung mit der dazugehörigen Phantasie, über deren allmähliche „Normalisierung“ er mir über lange Zeit nichts erzählte, wie die Zwangshandlungen erlebte Herr T. als „etwas von draußen“, als nicht zu ihm gehörig. Durch unsere Versuche, ihre Bedeutung zu verstehen, kamen sie zunächst in unsere Beziehung und langsam auch wieder in ihn hinein. Einerseits entlastete ihn diese Entwicklung, er wurde ruhiger und konnte sein im sozialen Bereich recht selbstdestruktives Agieren positiv verändern. Während er so im „Außenleben“ besser zurechtkam, veränderte sich seine innere Realität, und er konnte nun depressiv werden, mit mir seine Verzweiflung über sich und sein Leben spüren.

Die schwere Depression

Parallel zu dieser Entwicklung und ohne so richtig aufzufallen, hatte die transsexuelle Symptomatik, der drängende Handlungsimpuls, sich operieren zu lassen, an Bedeutung verloren. Zwar konnte sie immer wieder kurz-

Während er so im „Außenleben“ besser zurechtkam, veränderte sich seine innere Realität, und er konnte nun depressiv werden, mit mir seine Verzweiflung über sich und sein Leben spüren.

Die transsexuelle Abwehr war nicht mehr so nötig, wenn Herr T. auch depressiv sein durfte. Nichts war nun mehr zu erkennen von der früheren Faszination der Vorstellung eines Geschlechtswechsels.

zeitig und dramatisch aufflammen, aber es war, als würde ein alter Bekannter auftauchen, von dem wir uns nicht mehr in Angst und Schrecken versetzen ließen. Die transsexuelle Abwehr war nicht mehr so nötig, wenn Herr T. auch depressiv sein durfte. Nichts war nun mehr zu erkennen von der früheren Faszination der Vorstellung eines Geschlechtswechsels.

Stattdessen war es ihm nun möglich, Traurigkeit darüber zu empfinden, nie eine „richtige Frau“ werden, also Kinder bekommen zu können. Furchtbare Leere und schreckliche Sinnlosigkeit standen dann im Raum, wenn er sich als Mann in Frauenkleidern sah: „Ich bin doch nur ein Clown“ oder „Was bin ich für eine Vogelscheuche“. In dieser Zeit hatte ich Herrn T. in der Stadt in Frauenkleidern getroffen und er hatte wohl im Spiegel meines Gesichts gesehen, dass er keine Frau war, sondern sich „nur“ verkleidet hatte. Er fiel in eine tiefe Verzweiflung und hatte Suizidgedanken, weil er doch „irgendwo dazugehören wollte“, aber Mann wollte er nicht sein und die Frauen wollten ihn nicht, immer saß er „zwischen allen Stühlen“, im „Niemandland“. Er lebte sehr zurückgezogen und hatte nur zu ein paar guten Freundinnen Kontakt, die von seiner Transsexualität wussten. In eine von ihnen war er unglücklich verliebt. Den Anschluss an seine Studienkollegen hatte er inzwischen völlig verloren, und er konnte kaum mehr für sein Studium lernen. Immer wieder suchte er sich Jobs mit „männlicher“ Arbeit, etwa als Lagerarbeiter, mit denen er sich seinen Lebensunterhalt selbst verdiente.

In den letzten drei Jahren der Therapie stand seine gravierende Arbeitsstörung als symptomatische Äußerung seiner depressiven Verweigerungshaltung im Zentrum der analytischen Arbeit. Herr T. versuchte wiederholt, sich zu Prüfungen zu melden, verschob die Termine aber immer wieder, weil er nicht lernen, nicht allein am Schreibtisch sitzen konnte. Sein Hass auf seine Eltern und seine Enttäuschung über diese schienen es ihm unmöglich zu machen, in seinem Leben erfolgreich zu sein. Er fürchtete zu sehr, dass die Eltern bzw. in der Übertragung der Analytiker sich seinen Erfolg zu eigen machen würden. Sich selbst schien er nur in der Verweigerung empfinden zu können, gepaart mit dem masochistischen Triumph, mich auf diese Weise auf ewig an sich binden zu können.

Auch meine Gegenübertragung hatte sich verändert. Nichts war geblieben von Verwirrung oder Unsicherheit. Die depressive Verzweiflung und Hilflosigkeit beantwortete ich mit quälender Langleweiligkeit und starken Müdigkeitsreaktionen, die mit dem Stundenende sofort verschwanden. Dies zu ertragen und auszuhalten, bis ich von seiner Hilflosigkeit und ohnmächtigen Wut sprechen konnte, erforderte viel Zeit. Als Herr T. schließlich ein passendes Bild für seine Verweigerungshaltung fand („Ich fühle mich, als stünde ich auf einem Parkplatz auf der Autobahn, alle anderen rasen an mir vorbei und ich bleibe stehen, bei mir bewegt sich nichts“), begann er sich behutsam vorwärts zu bewegen. Er war sich etwas sicherer geworden, dass nicht ich auf den Abschluss seines Studiums wartete, sondern dies seine Aufgabe blieb, auch wenn ich mich mit ihm über einen Erfolg freuen könnte. So begann er, ernsthaft zu lernen, und ein halbes Jahr vor Ende der Therapie bestand er die erste und von ihm am meisten gefürchtete Prüfung.

Ende

Herr T. hat sich bisher nicht operieren lassen, er lebt weiterhin als Mann, der sich als Frau fühlt. Seine Onaniephantasie hatte sich schon seit längerer Zeit verändert. Er denke dabei nur noch wenig an ein Mädchen ohne Sexualität und wenn, dann beunruhige es ihn nicht mehr so stark. Windeln hatte er schon längere Zeit nicht mehr tragen müssen, und den Spezialschlafanzug und den Schlafsack hatte er inzwischen weggeworfen. Trotzdem war er oft traurig und manchmal auch wütend auf mich. Hätte ich ihm keine Therapie angeboten, hätte er sich vielleicht operieren lassen und wäre schon lange eine Frau, sagte er dann, vielleicht wäre er den ganzen Ärger so losgeworden.

Schließlich beendete Herr T. auf eigenen Wunsch und unter gewissem äußerem Druck die Therapie, denn der von der Krankenkasse beauftragte Gutachter hatte statt der zuletzt beantragten weiteren 45 nur noch 10 Sitzungen zur Beendigung der Therapie bewilligt, die nach Auffassung des Gutachters keinen weiteren Fortschritt mehr erkennen ließ. Vielmehr empfahl der Gutachter für den Fall, dass der Patient weiterhin behandlungsbedürftig sei, eine stationäre Behandlung. Insgesamt wurde die Therapie von verschiedenen Kostenträgern übernommen: ca. 130 Stunden von

einer sozialen Einrichtung bei einer Zuzahlung des Patienten von 5,- DM pro Stunde, ca. 30 Stunden bezahlte Herr T. zunächst selbst, bekam dies aber später erstattet, und ca. 150 Stunden übernahm die Krankenkasse. Dass eine stationäre Behandlung viel kostenintensiver gewesen wäre und Herrn T. aus seinem gerade sich stabilisierenden Umfeld und den Prüfungen gerissen hätte, schien der Gutachter nicht zu berücksichtigen.

Statt mich aber um eine erneute Stellungnahme an den Gutachter zu bitten oder ein Obergutachten anzufordern, begnügte der Patient sich mit diesem „natürlichen“ Ende der Therapie. In den letzten Stunden sagte er dazu, ihm sei mehr oder weniger bewusst geworden, dass er die Therapie nach der langen Zeit jetzt beenden wolle, vielleicht auch, weil wir bezüglich seiner Transsexualität „genug“ erreicht hätten. Was jetzt wohl „dran“ wäre, seien „innere Dinge, wie meine perversen Phantasien“, und er habe gemerkt, dass er im Moment darüber nicht weiter sprechen wolle, vor allem, da er das Gefühl habe, auch ohne weitere Therapie auskommen zu können. Obwohl der Patient in seiner Begründung vage geblieben war, meinte ich doch, ihn verstanden zu haben. Ich glaube, dass Herr T. für die weitere Durcharbeitung dessen, was wir als Psychoanalytiker im Allgemeinen „frühe Störung“ nennen, ein höherfrequentes Setting benötigt hätte und dass er gespürt hatte, dass dies bedeutete, seine ihn bedrängenden Phantasien viel direkter als bisher zu erleben. Davor verspürte er große Furcht, und das konnte ich akzeptieren, weil es mir aus der Gegenübertragung verständlich blieb.

Selbstverständlich möchte ich mit meiner Arbeit auch Kollegen ermuntern, einen therapeutischen Anfang zu wagen, falls sie einem Patienten mit einem transsexuellen Wunsch begegnen. Dass der Zugang zu transsexuellen Patienten für die Psychoanalyse so schwierig geworden ist, hängt wesentlich mit den angebotenen Möglichkeiten einer Realisierung ihrer Phantasie zusammen. „Die Anatomie ist das Schicksal“, meinte Freud (1924: 400), und so lange den Menschen Hoffnung gemacht wird, Schicksal spielen zu können, hat die Psychoanalyse es schwer, für das alltägliche Leid einzutreten. Seit der von Mitscherlich aufgeworfenen Debatte Anfang der 1950er

Jahre hat die Psychoanalyse viele Möglichkeiten entwickelt, mit schwerer gestörten Patienten zu arbeiten. Ein therapeutischer Nihilismus ist heute noch weniger gerechtfertigt als damals.

Nachtrag

Der vorstehende Text wurde erstmals vor zehn Jahren veröffentlicht und beschreibt eine Behandlung, die von heute aus gesehen mehr als 15 Jahre zurückliegt. Ich möchte die Gelegenheit des Wiederabdrucks nutzen, um meine Einstellung gegenüber der psychotherapeutischen Behandlung der Transsexualität zu überprüfen sowie den Behandlungsbericht zu ergänzen und aus heutiger Sicht zu beurteilen.

Die Transsexualität wurde ursprünglich zu den Perversionen gezählt und bezeichnet das klinische Phänomen, dass die von einem Menschen erlebte Geschlechtsidentität seinem morphologischen Geschlecht nicht entspricht. Der Begriff des „Erlebens“ lässt offen, ob es sich dabei um Phantasien handelt, und differenziert nicht zwischen unbewussten und bewussten Phantasien. Der Terminus „transsexuelle Phantasien“ wird in der Literatur so auch nicht verwendet. Man spricht von Phantasien eines Transsexuellen und meint damit dessen Vorstellungen, „eigentlich dem anderen Geschlecht anzugehören“. Im Gegensatz zu „ödipalen Phantasien“, die zu einem Kernkomplex des Menschen gehören, leiten sich transsexuelle Phantasien somit von einem klinischen Phänomen ab und kennzeichnen bewusste oder unbewusste Vorstellungen eines Geschlechtswechsels. Dies führte zu einem erstaunlichen gesellschaftlichen Wandel in der Betrachtung einer Patientengruppe, die wir vor 40 Jahren noch zu den schwer behandelbaren Perversionen gezählt haben. 1997 beschreibt Reiche diesen Wandel aus kritischer Distanz: „[...] die Transsexuellen‘ in Deutschland [sind], unter anderem mit einem eigens für sie geschaffenen Gesetz, zur sozialen Minderheit der ‚transsexuellen Menschen‘ avanciert, mit allen hiermit verbundenen Privilegien. Zu diesen Privilegien gehört nicht zuletzt der Schutz vor ‚Psychopathologisierung‘. In modernen Gesellschaften ist es nicht mehr möglich, eine ganze soziale

Dass der Zugang zu transsexuellen Patienten für die Psychoanalyse so schwierig geworden ist, hängt wesentlich mit den angebotenen Möglichkeiten einer Realisierung ihrer Phantasie zusammen. So lange den Menschen Hoffnung gemacht wird, Schicksal spielen zu können, hat die Psychoanalyse es schwer, für das alltägliche Leid einzutreten.

Verharmlosend wird Transsexualität heute durch den Oberbegriff Transgenderism ersetzt, und die moderne Botschaft, alle Geschlechtsunterschiede seien konstruiert, wird zur wissenschaftstheoretischen Legitimierung der geschlechtsumwandelnden Operationen benutzt.

Gruppe mit einer psychopathologischen Diagnose zu versehen. Wer Transsexualität heute noch als Perversion bezeichnet, ist auf dem Weg, gegen ein Menschenrecht zu verstoßen" (Reiche 1997: 951). Verharmlosend wird *Transsexualität* heute durch den Oberbegriff *Transgenderism* ersetzt, und die moderne Botschaft eines radikalen *gender constructivism* (Butler 1990, 1993), alle Geschlechtsunterschiede seien konstruiert, wird zur wissenschaftstheoretischen Legitimierung der geschlechtsumwandelnden Operationen benutzt.

Gesellschaftlich hat sich der bereits vor 15 Jahren absehbare Trend zur Entpathologisierung der Transsexualität also weiter fortgesetzt. Eine Suchanfrage im Internet liefert heute eine Fülle von Hinweisen dazu. Beschreibungen von Psychotherapien blieben und bleiben dagegen weiter seltene Ausnahmen. Die oben abgedruckte Arbeit war ein Versuch der Erklärung, warum ein psychotherapeutischer Zugang zu Menschen mit einem transsexuellen Wunsch so schwierig ist. Dem habe ich nichts hinzuzufügen, dies halte ich nach wie vor für aktuell und diskussionswürdig.

Wie beurteile ich den Fallbericht heute? Zunächst ist anzumerken, dass der Fallbericht selbstverständlich in seiner Darstellung verfälscht wurde, um den Patienten unkenntlich zu machen. Was wir in der Therapie erreicht haben, ist die Veränderung seiner transsexuellen Überzeugungen und der ihnen entsprechenden, zum Mitagieren auffordernden Wünsche nach operativem Geschlechtswechsel. Diese auf Erfüllung gerichteten Wünsche konnten zurückgenommen werden, weil die Fähigkeit des Patienten zur stabilen Aufrichtung und Erhaltung eines Phantasieraumes zugenommen hatte. Statt des „Ich tu es“ konnte er symbolisch denken, also die Phantasie entstehen lassen: „Ich will es tun“. Er war nun so „gesund“, dass er als Mann perverse Phantasien erleben konnte, er hatte sich „zum Guten pervertiert“. In diesen perversen Phantasien bleibt

der Hass auf das traumatisierende Primärobjekt in erotisierter Form gebunden. Ich bin nach wie vor der Meinung, dass für eine weitere Behandlung dieser Perversion ein höherfrequentes Setting nötig gewesen wäre, um die Enttäuschung und den Hass auf das Primärobjekt erinnernd in der Übertragung erleben und durcharbeiten zu können. Diese Phantasien zu analysieren war nicht mehr sein Auftrag an mich und so endete die Therapie. Der Patient hat sich nach Therapieende nie mehr an mich gewandt, und ich kann deshalb nichts über den weiteren Verlauf berichten.

Interessant war aber eine andere Entwicklung, die indirekt mit der Behandlung zu tun hatte. Zunächst über den Patienten selbst, dann immer mehr über Kollegen und Institutionen wurden mir transsexuelle Patienten überwiesen. Erstaunlich rasch wurde ich offensichtlich in Fachkreisen und unter Betroffenen zu einer „Adresse“, an die man sich wenden konnte. Bei den Kollegen erklärte ich mir das einerseits mit deren Unerfahrenheit mit dieser Patientengruppe, andererseits verstand ich es auch als Ausdruck der in der Arbeit beschriebenen Gegenübertragungsprobleme. Obwohl ich mehrere Kontakte mit transsexuellen Patienten hatte, entwickelte sich nie mehr eine wirkliche Therapie, es blieb bei Beratungsgesprächen und vorsichtigen Versuchen der Patienten, sich einer psychotherapeutischen Behandlung anzunähern, die aber stets mit einem Abbruch endeten. Im Nachhinein verstehe ich das so, dass ich nach der geschilderten Therapie innerlich nicht mehr so offen und unvoreingenommen war, mich mit den Patienten „zwischen die Stühle“ zu setzen, ich konnte unbewusst die Identitätsdiffusion nicht mehr ausreichend mittragen. Das haben die Patienten gespürt und fühlten sich m. E. nicht gut genug verstanden. Ich vermute, dass die nur in Grenzen bewusste Bereitschaft des Analytikers, sich auf das Dilemma der Identitätsdiffusion einzulassen, eine Voraussetzung ist für eine gelingende psychotherapeutische Arbeit mit Patienten mit einem transsexuellen Wunsch.

Reinhard Herold, Dr. rer. soc., Dipl. Psych.

Psychoanalytiker (DPV/IPV), arbeitet als psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis in Tübingen. Langjähriger Mitarbeiter an der Abteilung für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Tübingen. Vielfältige Vortragsarbeiten und Veröffentlichungen u.a. über Qualitative Therapieforschung, Psychoonkologie.

Anmerkungen

- 1 Dies ist die überarbeitete Fassung des Aufsatzes „Transsexualität: die Phantasie eines Geschlechtswechsels“, der 1994 in dem von Claudia Frank herausgegebenen Band „Wege zur Deutung. Verstehensprozesse in der Psychoanalyse“ (Opladen: Westdeutscher Verlag) publiziert wurde. Sie erschien in der „Zeitschrift für Sexualforschung“ 2004/17. Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart.
- 2 Stoller bezieht sich vorwiegend auf den männlichen Transsexuellen, weil er grundsätzlich zwischen weiblichen und männlichen transsexuellen Patienten differenziert – eine Differenzierung, die sich als nicht haltbar erwiesen hat (vgl. Mahler 1975; Springer 1981; Pfäfflin 1993).
- 3 Wenn ich hier ausschließlich „die Mutter“ als Primärobjekt bezeichne, gibt dies die rein statistische Häufigkeitsannahme wieder, dass in den allermeisten Fällen die Mutter das signifikante Objekt des Kindes ist.
- 4 Siehe dazu die ausführliche Zusammenstellung der Falldarstellungen und theoretischen Beiträge in Pfäfflin (1993: 77).

Literatur

- Balint M., *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett; 1981
- Boss M., *Erwiderung zum Bericht über mein Referat auf der 66. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Psychiater und Neurologen, Badenweiler. Psyche 1950/51; 4: 394-400 (zit. als 1950/51 a)*
- Boss M., *Schlusswort. Psyche 1950/51; 4: 635-640 (zit. als 1950/51 b)*
- Burzig G., *Der Psychoanalytiker und der transsexuelle Patient. Psyche 1982; 36: 848-856*
- Butler J., *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge; 1990
- Butler J., *Bodies that matter: On the discursive limits of „sex“*. New York: Routledge; 1993
- Eicher W., *Transsexualismus: Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechtsumwandlung*. Stuttgart: Fischer; 1984
- Fenichel O. (1930), *Zur Psychologie des Transvestitismus*. In: Fenichel O., *Aufsätze*, Bd. I. Olten, Freiburg i. Br.: Walter; 1979: 152-166
- Freud S. (1924), *Der Untergang des Ödipuskomplexes*. *Gesammelte Werke*, Bd. 13. London: Imago; 1940: 393-402
- Heimann P., *On countertransference*. *Int J Psychoanal 1950; 31: 81-84*
- Lacan J., *Schriften*, Bd. *hairsp 1*. Frankfurt/M.: Suhrkamp; 1975
- Loch W., *Triebe und Objekte – Bemerkungen zu den Ursprüngen der emotionalen Objektwelt*. *Jahrb Psychoanal 1981; 12: 54-81*
- Mahler M., *Rebutal of R. Stoller's paper „Healthy, parental influences on the earliest development of masculinity in baby boys“*. *Psychoanal Forum 1975; 5: 234-240*
- Mitscherlich A., *Mitteilung über die 66. Wanderversammlung der südwestdeutschen Psychiater und Neurologen, Badenweiler, 2./3. Juni 1950. I. Leitthema: Daseinsanalyse. Psyche 1950/51; 4: 226-234 (zit. als 1950/51 a)*
- Mitscherlich A., *Rundfrage über ein Referat auf der 66. Wanderversammlung der südwestdeutschen Psychiater und Neurologen, Badenweiler. Psyche 1950/51; 4: 448-477 und 626-640 (zit. als 1950/51 b)*
- Pfäfflin F., *Probleme der psychotherapeutischen Behandlung transsexueller Patienten. Psychother Psychosom med Psychol 1983; 3: 89-92*
- Pfäfflin F., *Transsexualität. Beiträge zur Psychopathologie, Psychodynamik und Verlauf*. Stuttgart: Enke; 1993
- Pfäfflin F., Junge A (Hrsg), *Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität*. Stuttgart: Schattauer; 1992
- Racker H., *Übertragung und Gegenübertragung*. München: Reinhardt; 1978
- Reiche R., *Sexualität, Identität, Transsexualität*. In: Danneker M, Sigusch V (Hrsg). *Sexualtheorie und Sexualpolitik*. Stuttgart: Enke; 1984: 51-64
- Reiche R., *Gender ohne Sex. Geschichte, Funktion und Funktionswandel des Begriffs Gender. Psyche 1997; 51: 926-957*
- Schorsch E., *Phänomenologie der Transsexualität. Sexualmed 1974; 3: 195-198*
- Sigusch V., *Die Transsexuellen und unser nosomorpher Blick. Teil I: Zur Enttotalisierung des Transsexualismus. Teil II: Zur Entpathologisierung des Transsexualismus. Z Sexualforsch 1991; 4: 225-256-309-343*
- Sigusch V., Reiche R., *Die Untersuchung und Behandlung transsexueller Patienten*. In: Sigusch V (Hrsg). *Therapie sexueller Störungen*. Stuttgart: Thieme; 1980: 293-326
- Sigusch V., Meyenburg B., Reiche R., *Transsexualität*. In: Sigusch V (Hrsg). *Sexualität und Medizin*. Köln: Kiepenheuer & Witsch; 1979: 249-311
- Socarides CW., *A psychoanalytic study of the desire for sexual transformation (transsexualism): the plaster-of-paris man*. *Int J Psycho-Anal 1970; 51: 341-349*
- Springer A., *Pathologie der geschlechtlichen Identität: Transsexualismus und Homosexualität; Theorie, Klinik, Therapie*. Wien: Springer; 1981
- Stoller R.J., *Perversion, die erotische Form von Haß*. Reinbek: Rowohlt; 1979
- Thomä H., *Männlicher Transvestitismus und das Verlangen nach Geschlechtsumwandlung. Psyche 1957; 11: 81-124*
- Winnicott DW., *Die Spiegelfunktion von Mutter und Familie in der kindlichen Entwicklung*. In: Winnicott DW. *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett; 1973: 128-135
- Winnicott DW., *Ich-Verzerrung in Form des wahren und des falschen Selbst*. In: Winnicott DW. *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. München: Kindler; 1974: 182-199
- Wurmser L., *Flucht vor dem Gewissen*. Heidelberg: Springer; 1987