



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Psychisches Belastungserleben und soziale Unterstützung bei
transsexuellen Frauen und Männern im Behandlungsverlauf

Verfasserin

Jana Dilan Illing

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt: Psychologie

Betreuerin: Univ.-Prof. Dipl.-Psych. DDr. Kristina Hennig-Fast

Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei meiner Betreuerin in Hamburg, Susanne Cerwenka, bedanken. Du bist für mich, in menschlicher und professioneller Hinsicht, ein Vorbild geworden. Danke für deine große Unterstützung, deine Authentizität und deinen Glauben an mich und mein akademisches Können!

Mein besonderer Dank gilt meiner Betreuerin in Wien, Frau Professor Henning-Fast, die sich sofort dazu bereit erklärte mein Thema zu betreuen. Vielen Dank für Ihre Unterstützung und das Ermöglichen meines Diplomarbeitsvorhabens.

Weiterhin möchte ich Catharina Schneider danken, die mich durchgehend auf meinem Weg der Diplomarbeit begleitet hat. Es ist schön, dass wir die Leidenschaft für das gleiche Thema teilen. Deine engagierte und liebevolle Art war eine sehr große Stütze für mich.

Ganz besonders danke ich auch Frau Professor Richter-Appelt und Herrn Nieder, die es mir ermöglicht haben, an dem Projekt teilzunehmen und mir stets bei Fragen und Problemen zur Seite standen.

Als nächstes würde ich gerne allen meinen Freunden danken, die mich in Wien, Berlin und Hamburg aufgenommen und unterstützt haben. Ein besonderer Dank gilt hierbei Jane und Kivanc und Anja und Kat, die mich mit offenen Armen empfangen und mir ein Zuhause geboten haben.

Für die gemeinsam durchlebte Studien- und Diplomarbeitszeit möchte ich meiner Freundin Skadi danken. Ich bin sehr froh darüber, dass es dich in meinem Leben gibt und wir diese Zeit zusammen gemeistert haben.

Meinen liebsten Freunden Andrea, Tine und Jakob danke ich von Herzen für die Unterstützung in jeglicher Hinsicht und die tiefe Freundschaft, die uns verbindet. Insbesondere danke ich Tine für ihre unendlich große Hilfe bei der Erstellung dieser Arbeit.

Dann möchte ich meinen Eltern dafür danken, dass sie immer hinter mir standen. Es macht mich sehr glücklich, den Wunsch meines Vaters erfüllen zu können, eine Akademikerin zu sein. Ohne die permanente Sicherheit und Unterstützung, die mir meine Mutter gibt, wäre dieser Wunsch nie in Erfüllung gegangen.

Meiner Schwester Gesa Yasemin danke ich für jeden Tag in meinem Leben, an dem sie an meiner Seite steht.

Marie Luise, dir möchte ich danken, weil ich ohne deinen Einfluss niemals da wäre, wo ich jetzt bin. Dein Glaube an mich macht mich stark. Eine bessere Lebensmentorin als dich kann ich mir nicht vorstellen.

Abschließend möchte ich allen Teilnehmenden der ENIGI Studie danken.

Abstract

The present study aims to examine the psychological distress and the social support of transsexual women (MF) and men (FM) during their treatment phase from different viewpoints. Comparisons between MF and FM groups are investigated due to inconsistent evidence about whether MF and FM differ in their psychosocial conditions. Furthermore various associations between the psychological distress and the social support are assessed to detect the possible protective role of the social support on the psychological wellbeing of transsexual individuals. Finally the psychological distress and the social support are examined in relation to the hormonal and surgical sex reassignment treatment. To detect possible treatment-related effects on the psychological and social wellbeing of transsexual persons different treatment groups are compared and longitudinal changes in the treatment process are captured.

The data of the study come from two elevations, which took part in the multicenter project *European Network for the Investigation of Gender Incongruence* (ENIGI). The sample consists of 109 MF and FM, who participated between 2007 and 2009 in the ongoing ENIGI-Elevation (t0) and were consulted again in a five-year-follow-up-study (t1). At the follow-up date most of the participants had undergone sex reassignment treatment. To assess the social support the „Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU)“ and selected items which capture the social contacts from an adapted version of the *Dutch Biographic Questionnaire on Transsexualism* were provided. The psychological distress is measured by the „Symptom-Checkliste 90-R (SCL-90-R)“.

The results from the comparative analysis show that MF and FM do not differ significantly in their levels of social support and psychological distress. Significant correlations were found on both points of time between various aspects of the social support and psychological distress, supporting the notion that social support is an important resource for transsexual persons. It was shown that the associations partially varied within the MF and the FM group and across the two points of time, which may suggest that other social components play a significant role for the two groups in different times of the treatment period. With regard to the effects of sex reassignment treatment the results show a positive effect of the combination treatment with hormonal therapy and surgical interventions on the psychological wellbeing. Furthermore a tendency was observed that persons who underwent treatment report a higher social support than persons who did not undergo treatment.

Abstract

Ziel der Studie ist es das psychische Belastungserleben und die soziale Unterstützung von transsexuellen Frauen (MF) und Männern (FM) im Behandlungsverlauf unter verschiedenen Gesichtspunkten zu betrachten. Bislang ist nicht geklärt, ob sich MF und FM hinsichtlich ihrer psychosozialen Befindlichkeit unterscheiden, weshalb vergleichende Analysen zwischen den zwei Gruppen durchgeführt werden. Weiterhin sollen verschiedene Zusammenhänge zwischen der sozialen Unterstützung und dem psychischen Belastungserleben erfasst werden, da die soziale Unterstützung vermutlich eine wichtige Ressource für transsexuelle Personen darstellt, die in Verbindung mit dem psychischen Wohlbefinden steht. Zuletzt werden die soziale Unterstützung und das psychische Belastungserleben in Zusammenhang mit der geschlechtsangleichenden körpermedizinischen Behandlung (Hormonbehandlung und Operationen) beleuchtet. Um mögliche behandlungsbedingte Effekte auf die psychische und soziale Befindlichkeit bei transsexuellen Personen zu erfassen, werden verschiedene Behandlungsgruppen miteinander verglichen und längsschnittliche Veränderungen im Behandlungsprozess erhoben.

Die Daten der Untersuchung stammen aus zwei Erhebungen, die im Rahmen des multizentrischen Projekts *European Network for the Investigation of Gender Incongruence* (ENIGI) durchgeführt wurden. Die Stichprobe besteht aus 109 MF und FM, die zwischen 2007 und 2009 an der fortlaufenden ENIGI-Erhebung bei klinischer Erstvorstellung (t0) teilgenommen haben und erneut im Zuge einer Fünf-Jahres-Follow-up-Studie (t1) befragt wurden. Zu t1 hatte der Großteil der befragten Personen bereits somatische Intervention in Anspruch genommen. Die Erfassung der sozialen Unterstützung erfolgt mittels des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung (F-SozU) und ausgewählter Items zu den sozialen Kontakten einer adaptierten Version des *Dutch Biographic Questionnaire on Transsexualism*. Das psychische Belastungserleben wird mittels der Symptom-Checkliste 90-R (SCL-90-R) erfasst.

Die Ergebnisse der Vergleichsanalysen deuten daraufhin, dass MF und FM sich ähnlich sozial unterstützt und psychisch belastet erleben. Entsprechend der Annahme, dass die soziale Unterstützung eine wichtige Ressource für transsexuelle Personen darstellt, wurden zu beiden Zeitpunkten signifikante Korrelationen zwischen verschiedenen Aspekten der sozialen Unterstützung und dem psychischen Belastungserleben festgestellt. Teilweise zeigten sich hierbei für MF und FM verschiedene Zusammenhänge, die vermuten lassen, dass für die zwei Gruppen unterschiedliche Unterstützungskomponenten zu verschiedenen Zeitpunkten

bedeutsam sind. In Hinblick auf die Effekte der Behandlung sprechen die Befunde für einen positiven Effekt der Hormonbehandlung in Kombination mit geschlechtsangleichenden Operationen auf das psychische Wohlbefinden. Weiterhin zeigt sich eine tendenziell höhere soziale Unterstützung bei Personen, die eine somatische Behandlung erhalten hatten als bei Personen, die keine Behandlung in Anspruch genommen hatten.

Inhalt

I Theoretischer Teil	11
1. Einleitung	11
2. Transsexualität, Geschlechtsidentitätsstörung, Transgender	13
2.1 Terminologie	13
2.2 Diagnostik und Klassifikation	16
2.3 Typologie	19
2.4 Behandlung.....	20
2.4.1 Behandlungsstandards	20
2.4.2 Körpermedizinische geschlechtsangleichende Behandlung.....	23
2.4.2.1 Gegengeschlechtliche Hormontherapie	23
2.4.2.2 Geschlechtsangleichende Operationen	26
3. Psychisches Belastungserleben	28
4. Soziale Unterstützung	29
5. Stand der Forschung und Untersuchungsgegenstand	31
5.1 Psychisches Wohlbefinden bei transgender Personen	31
5.2 Soziale Unterstützung bei transgender Personen	34
5.3 Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und dem psychischen Wohlbefinden bei transgender Personen.....	36
5.4 Effekte der geschlechtsangleichenden körpermedizinischen Behandlung auf das psychische Wohlbefinden und die soziale Unterstützung.....	39
5.5 Vergleich zwischen transsexuellen Frauen (MF) und transsexuellen Männern (FM)	42
5.6 Ziele der Untersuchung	44
5.7 Fragestellungen und Hypothesen	45
II Empirischer Teil	50
6. Methodik	50
6.1 Projektbeschreibung	50
6.2 Stichprobenbeschreibung	53
6.3 Soziodemographische Daten	53

6.4 Erhebungsverfahren	60
6.4.1 Biographisches Inventar (BI)	60
6.4.2 Symptom-Checkliste 90-R (SCL-90-R).....	61
6.4.3 Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU)	62
6.4.4 Erfassung der geschlechtsangleichenden körpermedizinischen Behandlungsmaßnahmen	62
6.5 Untersuchungsdesign	63
6.6 Statistische Methode	64
7. Ergebnisse	65
7.1 Vergleich MF und FM.....	65
7.2 Zusammenhänge zwischen dem psychischen Belastungserleben und der sozialen Unterstützung	72
7.3 Vergleich Behandlungsgruppen	75
7.4 Längsschnittliche Veränderungen innerhalb der Behandlungsgruppen	79
8. Diskussion	80
8.1 Zu der sozialen Unterstützung und dem psychischen Belastungserleben bei MF und FM	80
8.2 Zu dem Vergleich zwischen MF und FM	83
8.3 Zu den Zusammenhängen zwischen der sozialen Unterstützung und dem psychischen Belastungserleben.....	85
8.4 Zu dem Vergleich zwischen den Behandlungsgruppen	88
8.5 Zu den längsschnittlichen Veränderungen innerhalb der Behandlungsgruppen	90
8.6 Fazit	92
9. Einschränkungen der Studie	94
Literaturverzeichnis.....	97
Abbildungsverzeichnis	106
Tabellenverzeichnis	107
Anhang	108

I Theoretischer Teil

1. Einleitung

Im wissenschaftlich-medizinischen Kontext spricht man bei Personen, die sich als weiblich erleben und männliche Körpermerkmale aufweisen meist von transsexuellen Frauen und bei Personen, die sich als männlich erleben und weibliche körperliche Merkmale aufweisen, von transsexuellen Männern (Nieder & Richter-Appelt, 2009).

In der Vergangenheit wurde kontrovers diskutiert, ob und inwiefern transsexuelle Männer und Frauen unter psychischen Problemen leiden. Ausgehend von einer psychopathologischen Sichtweise lag der Fokus der wissenschaftlichen Forschung hierbei auf der Untersuchung der Bedeutung komorbider psychischer Erkrankungen für die Ätiologie und den Verlauf von transsexuellen Entwicklungswegen (Gijs, van der Putten-Bierman & De Cuypere, 2014).

Mittlerweile werden transsexuelle Entwicklungswege zunehmend als Normvarianten des Geschlechterlebens angesehen, denen nicht per se ein Krankheitswert zugeschrieben wird (Garcia et al., 2014). Jedoch wird davon ausgegangen, dass für viele Betroffene eine transsexuelle Entwicklung eine Belastung darstellt, die mit psychischen Problemen einhergehen kann (Nuttbrock, Rosenblum & Blumenstein, 2002). Dabei werden das Leiden unter der Unvereinbarkeit des eigenen Geschlechterlebens und dem zugeschriebenen Geschlecht und gesellschaftsbedingte Probleme, wie Stigmatisierung und Diskriminierung, als Erklärungen diskutiert (Dean et al., 2000; Heylens, Elaut et al., 2014; Kelleher, 2009; Lenning & Buist, 2013; Simon, Zsolt, Fogd & Czobor, 2011).

In Anbetracht dessen beschäftigen sich mehrere aktuelle Studien mit der Frage, inwiefern die körpermedizinische geschlechtsangleichende Behandlung von transsexuellen Personen dazu beitragen kann, das Wohlbefinden der Betroffenen zu steigern und eine effektive Therapie darstellt (Murad et al., 2010). Nicht nur in der wissenschaftlichen Forschung wird der Nutzen der somatischen Behandlung von transsexuellen Personen in Frage gestellt (à Campo, Nijman, Merckelbach & Decker, 2003), auch in der Öffentlichkeit wird die Notwendigkeit der geschlechtsangleichenden Maßnahmen sowie die Kostenübernahme der Behandlung durch die Krankenkassen kontrovers diskutiert.¹ Die körpermedizinische geschlechtsangleichende Behandlung zur Veränderung primärer und sekundärer Geschlechtsmerkmale in Richtung des

¹ Siehe z.B.: <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/gericht-krankenkasse-muss-brust-op-bei-transsexueller-bezahlen-a-855249.html>

gewünschten Geschlechts, bezieht sich auf eine gegengeschlechtliche Hormonbehandlung und auf verschiedene geschlechtsangleichende Operationen (Gomez-Gil et al., 2012). Um den Betroffenen eine angemessene Behandlung gewährleisten zu können, sollten die Effekte von körpermedizinischen Behandlungsmaßnahmen auf die psychische und soziale Befindlichkeit weiter erforscht und publik gemacht werden. Weiterhin stellt es sich als interessant dar, die Bedeutung der sozialen Unterstützung in Zusammenhang mit der Behandlung zu untersuchen. In der Forschungsliteratur finden sich Hinweise dafür, dass die soziale Unterstützung für transsexuelle Personen eine wichtige Ressource darstellt, die mit einem höheren psychischen Wohlbefinden einhergeht und insbesondere im Rahmen des Behandlungsprozesses eine bedeutende Rolle einnimmt (Budge, Adelson & Howard, 2013; Budge et al., 2012; Rotondi, 2011).

Vor diesem Hintergrund soll die vorliegende Arbeit einen Beitrag zum besseren Verständnis über mögliche Effekte der geschlechtsangleichenden Behandlungsmaßnahmen auf die psychosoziale Befindlichkeit von transsexuellen Personen leisten. Hierfür werden die soziale Unterstützung und das psychische Belastungserleben bei transsexuellen Frauen und Männern im Behandlungsverlauf erfasst und in Zusammenhang mit der somatischen Behandlung beleuchtet. Zudem soll die vermutlich protektive Funktion der sozialen Unterstützung geprüft werden, in dem verschiedene soziale Unterstützungsressourcen in Zusammenhang mit dem psychischen Wohlbefinden untersucht werden.

Die Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil. In dem Theorieteil wird zunächst auf die Terminologie, Diagnostik und Typologie transsexueller Frauen und Männer eingegangen. Im Anschluss erfolgt eine Beschreibung der Rahmenbedingungen der Behandlungspraxis und der körpermedizinischen geschlechtsangleichenden Interventionen. Darauf folgt eine Erläuterung des aktuellen Forschungskontextes, auf den die Untersuchung Bezug nimmt.

Im Anschluss an die Erläuterung der zu untersuchenden Fragestellungen und Hypothesen wird im empirischen Teil das Projekt, in dessen Rahmen die vorliegende Studie durchgeführt wurde, das Untersuchungsdesign, das methodische Vorgehen, die Stichprobenbeschreibung und die Ergebnisse dargestellt. Zum Schluss werden die Ergebnisse interpretiert und Hinblick auf Einschränkungen der Studie diskutiert.

2. Transsexualität, Geschlechtsidentitätsstörung, Transgender

2.1 Terminologie

Seit Beginn der gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem „Phänomen“ der Transsexualität wird eine intensive Debatte über die Terminologie von nicht geschlechtskonformen Personen geführt. Es handelt sich um einen sich ständig weiter entwickelnden Bereich, in dem bestehende Begriffe kritisiert, Definitionen verändert und neue Begriffe eingeführt werden.

Das terminologische Spektrum reicht von störungsbezogenen Begriffen wie Transsexualität und Geschlechtsidentitätsstörung über weiter gefasste Bezeichnungen wie Transgender, Transidentität und Trans* bis hin zu jungen sehr flexiblen Bezeichnungen, die jenseits der Geschlechterpolarität einzuordnen sind wie weder*noch*, genderqueer und genderfluid.

Während einige dieser Bezeichnungen aus dem medizinischen Diskurs resultieren, in dem von zwei klar unterscheidbaren Geschlechtern ausgegangen wird, beziehen sich andere Definitionen auf sämtliche Lebensweisen, die jenseits von klassisch binären Geschlechterkategorisierungen existieren können.

Die unterschiedlichen Auffassungen, die hinter diesen Bezeichnungen stehen, und die permanenten terminologischen Weiterentwicklungen erschweren eine einheitliche Begriffsdefinition, weshalb im Folgenden lediglich die für das Verständnis der vorliegenden Arbeit relevanten Begriffe dargestellt werden sollen.

Der Begriff Transsexualität fand 1923 Eingang in den medizinischen Sprachgebrauch durch den Arzt und Sexualforscher Magnus Hirschfeld, der in seinem *Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen* den Transsexualismus als Definition für Personen einführte, die über das Tragen von Kleidern des anderen Geschlechts hinaus, sich auch körperlich in Richtung des anderen Geschlechts verändern wollten (Herrn, 2005).

Im Jahre 1953 wurde der Begriff in dem Artikel *Transvestism and Transsexualism* von dem Mediziner und Pionier in der Transsexualitätsforschung Harry Benjamin aufgegriffen und durch sein im Jahre 1966 herausgegebenes Buch *The Transsexual Phenomenon*, in dem er den Transsexualismus als ein „Gefangensein im falschen Körper“ beschrieb, etabliert (Hill, 2008; Meyerowitz, 2002).

Bis heute wird die Bezeichnung Transsexualität bzw. der häufig analog verwendete Terminus der Geschlechtsidentitätsstörung (*Gender Identity Disorder*, GID) im medizinisch-wissenschaftlichen und im klinisch-diagnostischen Kontext verwendet, um Personen zu

beschreiben, die sich mit dem „Gegengeschlecht“ des ihnen bei der Geburt zugewiesenen Geschlechts und den damit verbundenen Geschlechterrollenerwartungen identifizieren und eigene körperlichen Merkmale ablehnen (Becker, 2012; Dilling, Mombour & Schmidt, 2011; Nieder & Richter-Appelt, 2013, Rauchfleisch, 2007; Saß, Wittchen & Zaudig, 2003). Gemeint sind insbesondere die geschlechtsspezifischen körperlichen Merkmale, die sich nicht mit der eigenen Geschlechtsidentität vereinbaren lassen (Nieder & Richter-Appelt, 2013). Unter Geschlechtsidentität versteht man das von dem biologischen Geschlecht unabhängige Bewusstsein entweder männlich, weiblich oder anders, z.B. zwischengeschlechtlich, zu sein (Collazo, Austin, & Craig, 2013; Richter-Appelt, 2007). Nicht transsexuelle Menschen erleben ihre Geschlechtsidentität in der Regel als stimmig mit ihrem physischen und dem nach der Geburt zugewiesenen Geschlecht. Transsexuelle Personen hingegen leiden in unterschiedlichem Maße unter Geschlechtsinkongruenz, der Unvereinbarkeit der subjektiv erlebten Geschlechtsidentität mit dem körperlichem Geschlecht (Nieder & Richter-Appelt, 2013). Für die belastende Diskrepanz, die aus der Geschlechtsinkongruenz resultieren kann, wird zunehmend der Begriff Genderdysphorie, der auf Fisk (1973) zurückgeht, verwendet (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010; De Cuypere & Gijs, 2014). So wurde die Bezeichnung in der Terminologie des aktuellen Diagnosemanuals DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) und in der neuesten Version der internationalen Behandlungsstandards (World Professional Association for Transgender Health, 2012) aufgenommen.

Während es sich bei dem Begriff Transsexualität um eine pathologische Bezeichnung für geschlechtsinkongruente Menschen handelt, soll der Ausdruck der Genderdysphorie im Sinne einer Entpathologisierung verdeutlichen, dass erst dem Leiden unter der Unvereinbarkeit ein Krankheitswert zukommt, nicht aber dem Erleben der Inkongruenz per se (Garcia et al., 2014; Rauchfleisch, 2014).

Das störungsbezogene Konzept der Transsexualität bzw. GID ist traditionell an die Annahme gekoppelt, dass ein Wunsch nach körperlichen Veränderungen besteht. Demzufolge streben transsexuelle Personen eine geschlechtsangleichende somatische Behandlung an, um ihren eigenen Körper dem gewünschten Geschlecht so weit wie möglich anzugleichen (Becker et al., 1997; Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010; Nieder & Richter-Appelt, 2012). Entsprechend der Richtung der gewünschten Angleichung wird hierbei unterschieden zwischen Personen, die ein weibliches Erleben und männliche Körpermerkmale, und Personen, die ein männliches Erleben und weibliche Körpermerkmale aufweisen. Erstgenannte werden als transsexuelle Frauen oder auch Mann-zu-Frau transsexuelle Personen (nachfolgend mit MF abgekürzt) und die zweite

Gruppe als transsexuelle Männer oder auch Frau-zu-Mann transsexuelle Personen (nachfolgend mit FM abgekürzt) bezeichnet (Nieder & Richter-Appelt, 2009). Die Einteilung verdeutlicht, dass im Rahmen des Konzeptes der Transsexualität von einer zweigeschlechtlichen Kategorisierung ausgegangen wird, in der sich transsexuelle Personen mit dem jeweils anderen Geschlecht identifizieren und sich diesem auch körperlich anpassen wollen.

In Abgrenzung an den medizinisch-wissenschaftlichen geprägten Terminus der Transsexualität bzw. GID wird häufig der Oberbegriff Transgender verwendet. Der Transgender-Begriff geht auf Virginia Prince (1912 - 2009) zurück, die die Bezeichnung in den 1970er Jahren prägte. Virginia Prince, die als Frau lebte, ohne ihren männlichen Körper verändern zu wollen, identifizierte sie sich nicht mit der Bezeichnung Transsexualität, welche körperliche Veränderungen implizierte, sondern benannte sich selbst als „Transgenderist“ (Franzen & Sauer, 2010; Genschel, 2005). Sie wollte mit dieser Bezeichnung die Möglichkeit verdeutlichen, sich dem anderen Geschlecht zugehörig zu fühlen und dieses zu leben ohne gezwungenermaßen somatische Interventionen anzustreben (Genschel, 2005).

In den 1990er Jahren wurde der Ausdruck Transgender zunehmend ausgeweitet und wird mittlerweile als Überbegriff für verschiedenste Personen gebraucht, die kulturdefinierte Geschlechtergrenzen überschreiten und sich nicht oder nur teilweise mit dem ihnen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren. Dabei bezieht sich die Definition sowohl auf Personen, die körpermedizinische Maßnahmen anstreben als auch auf Personen, die keine somatische Behandlung in Anspruch nehmen wollen (Franzen & Sauer, 2010). Im Gegensatz zu der hinter dem Konzept der Transsexualität stehenden Auffassung einer binären Geschlechterordnung, steht die Bezeichnung Transgender für sämtliche Identitäten und Lebensweisen, die auch abseits des zwei-geschlechtlichen Modells existieren können (ebd.).

Die Verwendung des Transgender-Begriffs ist heutzutage im wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Sprachgebrauch weit verbreitet, stößt jedoch auch auf Kritik. So lehnen manche Personen, die sich selbst als transsexuell bezeichnen, den Begriff Transgender ab, da sie sich entsprechend der binären Geschlechtsordnung eindeutig zu einem Geschlecht zugehörig empfinden und die Zweigeschlechtlichkeit nicht in Frage stellen (Franzen & Sauer, 2010; Nieder & Richter-Appelt, 2011).

In den letzten Jahren hat sich vorrangig im deutschsprachigen Raum der *Community* - Begriff Trans* etabliert, wobei er besonders in Selbsthilfe- und aktivistischen Kontexten Verwendung findet. Mit dem Ausdruck wird versucht den unterschiedlichen Bezeichnungen und Definitionen zu begegnen, indem der Stern* einen Platzhalter für sämtliche

Selbstbezeichnungen darstellt. Somit fallen unter diese Definition sowohl Personen, die sich selbst als transgender als auch transsexuell bezeichnen (Franzen & Sauer, 2010; Hamm & Sauer, 2014; Nieder, Briken & Richter-Appelt, 2013).

Mit dem Ziel sämtliche Personen zu berücksichtigen, die sich im unterschiedlichen Maße als nicht geschlechtskonform erleben und sich nicht oder teilweise mit dem ihnen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren, wird in der vorliegenden Arbeit im Allgemeinen von transgender oder Trans* Personen gesprochen. Von transsexuellen Personen ist die Rede, wenn die klinisch-medizinische Sicht verdeutlicht werden soll. So wird im empirischen Teil dieser Arbeit von transsexuellen Männern und Frauen gesprochen, da es sich um Personen handelt, die im klinischen Kontext untersucht, betreut und behandelt wurden und eine Diagnose der GID bzw. Transsexualität erhielten.

2.2 Diagnostik und Klassifikation

Im Folgenden werden die diagnostischen Kriterien für die Transsexualität bzw. Geschlechtsidentitätsstörung der aktuellen internationalen Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V (F) (ICD-10; Dilling et al., 2011), und der vierten Version des Diagnostischen und Statistischen Handbuchs psychischer Störungen (DSM-IV-TR; Saß et al., 2003) dargestellt.

Im Anschluss wird ein kurzer Einblick in die Diagnosestellung der aktuellen fünften Version des DSM, die 2013 von der *American Psychiatric Association* (APA) veröffentlicht wurde, gegeben. Da die Teilnehmenden der vorliegenden Untersuchung anhand der Diagnosekriterien des DSM-IV-TR beurteilt wurden, wird vorrangig auf die Kriterien dieser Version eingegangen und nur auszugsweise auf die aktuelle Diagnosestellung im DSM-V.

In dem DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) werden die „Geschlechtsidentitätsstörungen“ neben den „Paraphilien“ und den „sexuellen Funktionsstörungen“ dem Kapitel „Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität“ der Achse I-Störungen zugeordnet. Differenziert wird zwischen Geschlechtsidentitätsstörungen „bei Jugendlichen und Erwachsenen“ und „bei Kindern“. Zusätzlich wird die Kategorie „Nicht näher bezeichnete Geschlechtsidentitätsstörung“ geführt.

Die Diagnosestellung der „Geschlechtsidentitätsstörung bei Jugendlichen und Erwachsenen (302.85)“ des DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) sieht vier Kriterien vor:

- A Ein starkes und andauerndes Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht (d.h. nicht lediglich das Verlangen nach irgendwelchen kulturellen Vorteilen, die als mit der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht verbunden empfunden werden)
- B Anhaltendes Unbehagen im Geburtsgeschlecht oder Gefühl der Person, dass die Geschlechtsrolle des eigenen Geschlechts für sie nicht die richtige ist
- C Das Störungsbild ist nicht von einem somatischen Intersex-Syndrom begleitet
- D Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen

Ein Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht (Kriterium A), welches mit einem Unbehagen bezüglich des Geburtsgeschlechts einhergeht (Kriterium B) stellt eine hinreichende Bedingung dar, um die Diagnose GID zu vergeben. Entsprechend des Kriteriums C wird ein intersexuelles Syndrom als ein Ausschlusskriterium angesehen (Saß et al., 2003).

Anders als in älteren Versionen des DSM muss für die Diagnosestellung der GID im DSM-IV-TR nicht der Wunsch nach geschlechtsangleichenden somatischen Behandlungsmaßnahmen bestehen, womit unterschiedlichen Verläufen von Geschlechtsidentitätsstörungen mehr Spielraum eingeräumt wurde (Becker, 2004; Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010). Außerdem stellen im Vergleich zu älteren Versionen, andere psychiatrische Erkrankungen, wie die Schizophrenie kein Ausschlusskriterium mehr dar (De Cuypere & Gijs, 2014).

In dem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1991 herausgegebenen und noch gültigen ICD-10 (Dilling et al., 2011) stellt der „Transsexualismus“ eine von fünf Symptombildern der „Störungen der Geschlechtsidentität“ dar, die den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) zugeordnet werden. Die weiteren Diagnosen lauten „Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen“, „Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters“, „Sonstige Störungen der Geschlechtsidentität“, „Nicht näher bezeichnete Störung der Geschlechtsidentität“ und „Fetischistischer Transvestitismus“.

Folgende drei Kriterien werden für die Diagnosestellung des „Transsexualismus (F64.0)“ laut ICD-10 (Dilling et al., 2011) vorgesehen:

- A Die Betroffenen haben den Wunsch als Angehörige des anderen Geschlechts zu leben und als solche akzeptiert zu werden. In der Regel ist dies verbunden mit dem Wunsch, den eigenen Körper durch chirurgische und hormonelle Behandlungen dem bevorzugten Geschlecht so weit als möglich anzugleichen.
- B Die transsexuelle Identität besteht andauernd seit mindestens zwei Jahren.
- C Der Transsexualismus ist nicht Symptom einer anderen psychischen Erkrankung, wie z.B. einer Schizophrenie und geht nicht mit einer Chromosomenaberration einher.

Im Gegensatz zur Diagnose der GID im DSM-IV-TR ist die Diagnose des „Transsexualismus“ im ICD-10 gekoppelt an den Wunsch nach somatischen Behandlungsmaßnahmen zur Angleichung an das gewünschte Geschlecht. Diese Annahme wird häufig angefochten, da sie impliziert, dass „echte Transsexuelle“ eine somatische Behandlung anstreben (Becker, 2009). In der klinischen Realität zeigen sich jedoch unterschiedliche transsexuelle Entwicklungsverläufe mit Personen, die eine Behandlung anstreben als auch Personen, die unter anderem aufgrund der Risiken von Interventionen eine somatische Behandlung ablehnen (Nieder & Richter-Appelt, 2012).

Ein weiterer Unterschied zu der Diagnosestellung im DSM-IV-TR besteht darin, dass laut ICD-10 die Diagnose des „Transsexualismus“ nicht gegeben werden kann, wenn die transsexuelle Entwicklung im Zusammenhang mit einer anderen psychiatrischen Erkrankung auftritt. Ein intersexuelles Syndrom stellt im ICD-10 ebenfalls ein Ausschlusskriterium dar (Dilling et al., 2011).

In der bereits gültigen fünften Version des DSM (APA, 2013) erfolgt die Diagnosestellung ausschließlich in Bezug auf eine mindestens seit sechs Monaten anhaltende Geschlechtsdysphorie. Hiermit wird erstmalig seit Beginn der diagnostischen Einordnung von einer Pathologisierung des Erlebens einer Geschlechtsinkongruenz per se abgesehen, in dem lediglich dem Leiden unter der Unvereinbarkeit zwischen dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht und dem eigenen Geschlechtserleben ein Krankheitswert zukommt (Garcia et al., 2014; Nieder & Richter-Appelt, 2013). Darüber hinaus wird im Rahmen der Diagnosekriterien expliziert formuliert, dass das subjektive Geschlechtserleben auch außerhalb der klassisch

binären Geschlechtsordnung empfunden werden kann, wodurch unterschiedlichen nicht geschlechtskonformen Erlebensweisen mehr Raum gegeben wird (APA, 2013).

Die neue diagnostische Einordnung des DSM-V kann als Fortschritt angesehen werden, da zum einen durch die Geschlechtsdysphorie als eine krankheitswertige Störung weiterhin eine Deckung der Leistungen durch das Gesundheitssystem gewährleistet wird und zum anderen aufgrund der neuen Kriterien eine flexiblere Diagnosestellung ermöglicht wird (Nieder & Richter-Appelt, 2013).

2.3 Typologie

Aktuelle Klassifikationsansätze von transsexuellen Personen beziehen sich auf die sexuelle Orientierung und die Erstmanifestation der transsexuellen Entwicklung (*age of onset*).

Die typologische Zuordnung nach sexueller Orientierung erfolgt in mehreren, insbesondere älteren Ansätzen, in Bezug auf das Geburtsgeschlecht. Demzufolge werden MF Personen, die sich zu Männern hingezogen fühlen, als homosexuell und MF Personen, die sich zu Frauen hingezogen fühlen, als nicht-homosexuell bezeichnet (Lawrence, 2005). Diese Zuordnung entspricht häufig nicht dem Empfinden der Betroffenen selbst. So kann eine MF Person, die sich sexuell zu Frauen hingezogen fühlt, sich selbst als homosexuell definieren, auch wenn ihr biologisches Geschlecht männlich ist. In neueren Typologien wird versucht dem gerecht zu werden, indem die sexuelle Orientierung in Bezug auf die Partnerwahl und/oder das Identitätsgeschlecht erfasst wird (Cerwenka, Nieder & Richter-Appelt, 2012). Eine solche Typologisierung erfolgt beispielsweise im DSM-IV-TR (Saß et al., 2003), wo die Subgruppenzuordnung der sexuellen Orientierung anhand der Partnerwahl, die „auf Männer“, „auf Frauen“, „auf beide Geschlechter“ oder „weder auf Männer noch auf Frauen“, ausgerichtet sein kann. Zur einfacheren Klassifizierung der unterschiedlichen sexuellen Ausrichtungen werden in diesem Zusammenhang häufig auch die Begriffe „gynäphil“ (sexuell auf Frauen orientiert), „androphil“ (auf Männer orientiert) und „gynandrophil“ (auf beide Geschlechter orientiert) verwendet (Cerwenka et al., 2012).

Neben der sexuellen Orientierung wird in jüngster Zeit vermehrt das Konzept der Erstmanifestation (*age of onset*) für die Beschreibung verschiedener transsexueller Entwicklungen angewandt. Im Rahmen dieser Klassifizierung werden in Hinblick auf die Erstmanifestation zwei Verlaufsformen beschrieben. Personen, die bereits vor der Pubertät Symptome einer Geschlechtsidentitätsstörung zeigen, wird ein früher Beginn (*early onset*, EO) und Personen, die erst nach der Pubertät ein andersgeschlechtliches Identitätsempfinden

erleben, ein später Beginn (*late onset*) zugesprochen (Becker, 2004; De Cuypere & Gijs, 2014). Während FM überwiegend ein *early onset* erleben, tritt bei MF ein *early onset* und ein *late onset* in etwa gleich häufig auf (Nieder et al., 2011).

Auch wenn typologische Zuordnungen zu einem umfassenderen praxisbezogenen und wissenschaftlichen Verständnis über unterschiedliche Erlebensweisen und Verläufen von transsexuellen Entwicklungen beitragen können, werden die Gruppenzuordnungen, besonders hinsichtlich der sexuellen Orientierung, kontrovers diskutiert. So weisen Cohen-Kettenis und Pfäfflin (2010) daraufhin, dass es sich bei der sexuellen Orientierung möglicherweise um keine stabile Eigenschaft handelt, weshalb die Zuordnung anhand der sexuellen Orientierung zu hinterfragen sei. Weiterhin führen die Autor_innen an, dass viele transgender Personen die Einteilung strikt ablehnen und bereits das Erfragen der sexuellen Orientierung als unangebracht erleben. Möglicherweise stellt die *age of onset* Zuordnung eine weniger stigmatisierende und gleichzeitig validere Klassifikation dar, wobei es aber in Zukunft weiterer Untersuchungen bedarf, die das Konzept des *age of onset* detaillierter prüfen.

2.4 Behandlung

2.4.1 Behandlungsstandards

Wenn Trans* Personen aus verschiedenen Anlässen heraus Hilfe im Kontext der Gesundheitsversorgung suchen, ist es Aufgabe der Psychotherapeut_innen, Psychiater_innen und Psycholog_innen, eine diagnostische Abklärung zu leisten, Probleme, die im Zusammenhang mit der Geschlechtsdysphorie auftreten können, zu behandeln, bei Bedarf Indikationen für körpermedizinische Maßnahmen zu stellen und die Personen im Laufe der möglichen Transitionsphase² zu begleiten und zu unterstützen (Nieder & Richter-Appelt, 2013).

Von Land zu Land existieren unterschiedliche Regelungen und Richtlinien, die den Rahmen zur Behandlung und Versorgung von transgender Personen festlegen. Auf internationaler Ebene haben die *Standards of Care* der *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) einen weitreichenden Einfluss auf die Behandlungspraxis und dienen in vielen

² Unter Transition versteht man den Prozess des Geschlechtsrollenwechsels bei transgender Personen. Der Begriff bezieht sich auf sämtliche Aspekte, die in dem Prozess stattfinden können: von Änderungen des äußerlichen Auftretens (Kleidung, Frisur etc.), des Namens und der Anrede bis hinzu körpermedizinischen Veränderungen (Franzen & Sauer, 2010).

Ländern als Grundlage für eigene Behandlungsstandards und Regelungen. Exemplarisch für den mitteleuropäischen Raum, auf den sich die vorliegende Untersuchung bezieht³, wird auf die deutschen Behandlungsstandards ausführlicher eingegangen.

Die in Deutschland bislang einzig existierende Version der „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ (Becker et al., 1997), die von einer einberufenen Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS) 1997 herausgegeben wurde, basiert auf der damals aktuellen vierten Version der SoC der WPATH (Hamm & Sauer, 2014). Die Entwicklung der deutschen Behandlungsstandards verfolgte das Ziel, Behandlungsrichtlinien zu erarbeiten, die auf nationale Verhältnisse anwendbar sind (Becker et al., 1997). Zwei zentrale Anliegen hinsichtlich der Behandlung von transsexuellen Personen sollten im Rahmen der Standards hervor gehoben werden: zum einen, dass eine somatische Behandlung nicht zwingend erfolgen muss, aber durchaus kann und zum anderen, dass ein wahlloser Zugang zu den somatischen Interventionen ohne eine vorherige professionelle Abklärung verhindert werden sollte (Becker, 2009).

In diesem Sinne wurde ein prozesshaft-stufenartiger Ablauf der Behandlung formuliert, der festlegt, unter welchen Bedingungen welche Art der Interventionen indiziert ist. Die Vorgaben bezüglich des Behandlungsablaufes wurden ursprünglich als Richtlinien mit Empfehlungscharakter beschrieben. Bedingt durch die 2009 herausgegebene Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), die sich an den deutschen Standards orientiert, sind viele der empfohlenen Voraussetzungen für die somatischen Indikationen zu verpflichtenden Anforderungen geworden, die zum Zwecke der Kostenübernahme der Krankenkassen erfüllt werden müssen. Dementsprechend hat sich der in den deutschen Standards vorgeschlagene Behandlungsablauf in der nationalen Behandlungspraxis weitestgehend etabliert (Hamm & Sauer, 2014; Nieder & Richter-Appelt, 2013; Nieder & Strauß, 2014).

³ Wie in den folgenden Kapiteln noch dargestellt wird, wurde die vorliegende Untersuchung im Rahmen eines multizentrischen europäischen Projekts durchgeführt. Die teilnehmenden Universitätskliniken des Projekts sind: Hamburg (Deutschland), Gent (Belgien), Amsterdam (Niederlande) und Oslo (Norwegen). Speziell für die vorliegende Untersuchung konnten allerdings keine Personen aus Norwegen berücksichtigt werden, weshalb sich die Arbeit auf die Länder Deutschland, Belgien und Niederlande bezieht. Da die Diplomarbeit in Deutschland erstellt wurde, soll schwerpunktmäßig die deutsche Behandlungssituation beschrieben werden. Einen Überblick der Behandlungspraktiken der drei anderen teilnehmenden Länder des Projekts geben Kreukels et al. (2012).

Die Stufen der Behandlung umfassen die Diagnostik, die Psychotherapie und den Alltagstest⁴ sowie die Hormonbehandlung und die operativen geschlechtsangleichenden Eingriffe. Zunächst soll in einem diagnostischen Prozess die Diagnose der „Transsexualität“ abgeklärt werden, wobei die Kriterien weitestgehend denen des ICD-10 und des DSM-IV entsprechen (Becker et al., 1997).

Im Rahmen der Diagnosestellung soll neben einer anamnestischen Erhebung und einer klinisch-psychologischen oder psychiatrischen Diagnostik, eine medizinische Untersuchung mit Erhebung eines gynäkologischen bzw. urologischen und endokrinologischen Befundes erfolgen (ebd.).

Hinsichtlich der somatischen Behandlungsmaßnahmen werden Voraussetzungen aufgelistet, die für die jeweilige Indikation erfüllt werden sollten. Für die Indikation zur gegen-geschlechtlichen Hormonbehandlung wird empfohlen, dass neben der Erfüllung der diagnostischen Kriterien, für mindestens zwölf Monate eine psychotherapeutische Begleitung/Behandlung in Verbindung mit dem Alltagstest erfolgen soll. Eine Indikation für die Operationen sollte laut den Standards nach weiteren sechs Monaten der Hormonbehandlung, der Psychotherapie und des Alltagstests (also insgesamt nach 18 Monaten) gestellt werden. Die Indikationsstellung erfolgt bei Erfüllung der Voraussetzungen in Form einer schriftlichen Stellungnahme (Becker et al., 1997).

In den letzten zwei Jahrzehnten haben sich zahlreiche Änderungen in Bezug auf die Behandlung von transgender Personen ergeben, die Eingang in die internationalen Standards und Klassifikationssysteme gefunden haben. Die deutschen Standards wurden seit Herausgabe nicht überarbeitet, obwohl viele der Vorgaben mittlerweile als veraltet anzusehen sind⁵ (Hamm & Sauer, 2014; Nieder & Strauß, 2014; Sigusch, 2006).

Mit dem Ziel, den aktuellen Entwicklungen im Bereich der Transgenderversorgung Rechnung zu tragen, hat die Dgfs 2011 eine Arbeitsgruppe zur Entwicklung einer neuen deutschen Leitlinie einberufen. Unter der Leitung von Timo Nieder und Bernard Strauß und in Zusammenarbeit mit den relevanten nationalen Fachgesellschaften der Transgender-versorgung und verschiedenen anderen Interessensgruppen (z.B.: Selbsthilfegruppen und politische Gruppierungen zu dem Thema) soll bis Mitte 2015 eine evidenzbasierte Leitlinie

⁴ Der Alltagstest bezeichnet das Erproben des Lebens der anderen Geschlechtsrolle in allen Lebensbereichen vor Beginn der somatischen Behandlung mit dem Ziel, die Realisierbarkeit des Geschlechterwechsels zu testen (Becker, 2012).

⁵ Einen detaillierten Überblick der Kritik und Überarbeitungsbedürftigkeit der deutschen Behandlungsstandards geben Hamm und Sauer (2014) und Nieder und Strauß (2014).

entwickelt werden. Die „Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung bei Geschlechtsdysphorie“ soll einer S3-Leitlinie des Klassifikationssystems der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)⁶ entsprechen und auf dem aktuellen Stand der Forschung beruhen (Nieder & Strauß, 2014).

2.4.2 Körpermedizinische geschlechtsangleichende Behandlung

2.4.2.1 Gegengeschlechtliche Hormontherapie

Die Hormontherapie und die damit einhergehenden entweder feminisierenden oder maskulinisierenden Wirkungen auf die geschlechtsspezifischen Körpermerkmale stellt für viele transgender Personen eine notwendige Behandlung dar, um das Leiden unter ihrer Geschlechtsinkongruenz zu verringern. In der Regel wird die Hormontherapie durch Endokrinolog_innen indiziert und betreut (Gooren & Asscheman, 2014). Zu welchem Zeitpunkt die Hormonbehandlung erfolgt, hängt von den Rahmenbedingungen und Regelungen des jeweiligen Landes ab. Üblicherweise ist sie aber nach einer diagnostischen Abklärung und psychiatrischen-psychotherapeutischen Vorbereitung und vor den geschlechtsangleichenden Operationen indiziert (van Trostenburg, Cohen & Noe, 2004). Empfohlen wird in jedem Fall, dass vor der Hormonbehandlung eine medizinische Untersuchung stattfindet, in der mögliche Risikofaktoren für die Hormonbehandlung erfasst werden. Zudem sollten ausführliche, vorbereitende Beratungsgespräche durchgeführt werden, um die Patient_innen über die Möglichkeiten und Grenzen der Intervention aufzuklären (Hembree et al., 2009; Rauchfleisch, 2014).

In der ausführlichen Übersichtsarbeit zur endokrinologischen Behandlung von transgender Personen von Hembree et al. (2009) werden zwei zentrale Ziele der Hormontherapie formuliert. Zum einen dient sie der möglichst weitgehenden Eliminierung der hormonell bedingten sekundären Geschlechtsmerkmale des jeweiligen Geburtsgeschlechts und zum anderen der Ausbildung der Geschlechtsmerkmale des angestrebten Geschlechts.

Androgene, darunter vor allem Testosteron, stellen die maskulinisierenden und Östrogene die feminisierenden Sexualhormone dar, die jeweils zur Ausprägung der entweder maskulinen oder femininen sekundären Geschlechtsmerkmale beitragen. Sowohl biologische Männer als auch

⁶ Die AWMF hat ein Klassifikationssystem für die Entwicklung und Beurteilung von Leitlinien festgelegt. Dabei wird zwischen drei Stufen unterschieden (S1, S2, S3), die eine aufsteigende methodische Qualität repräsentieren. Für eine S3-Leitlinie müssen folgende Kriterien erfüllt werden: Systematische Evidenzbasierung, Repräsentativität des Leitliniengremiums und strukturierte Konsensfindung (AWMF, 2012).

biologische Frauen produzieren beide Sexualhormone, sie unterscheiden sich jedoch in ihrem Mengenverhältnis dahingehend, dass biologische Frauen mehr Östrogen und biologische Männer mehr Testosteron produzieren (van Trostenburg et al., 2004).

Um eine Feminisierung der Geschlechtsmerkmale bei MF zu bewirken, besteht die Hormontherapie dementsprechend darin, die maskulinisierenden Effekte der Androgene zu unterdrücken und gleichzeitig das Östrogenlevel zu erhöhen. Bei FM reicht meistens die Verabreichung von Androgenen ohne gleichzeitige medikamentöse Unterdrückung des Östrogenlevels aus, um eine Maskulinisierung herbeizuführen (Hembree et al, 2009).

Die Applikation der Hormontherapie kann auf verschiedene Arten erfolgen. Die Östrogenzufuhr für MF wird entweder transdermal in Form von zweimal wöchentlich auszuwechselnden Pflastern, intramuskulär mittels einer alle ein bis zwei Wochen verabreichten Injektion oder über täglich einzunehmende orale Präparate verabreicht. Für die gleichzeitige Unterdrückung der Androgene werden täglich einzunehmende, orale Antiandrogen-Präparate verschrieben. Die maskulinisierende Therapie bei FM erfolgt in den meisten Ländern mittels intramuskulärer Testosterondepotpräparate, die alle zwei bis vier Wochen injiziert oder transdermal in Form eines täglich anwendbaren Testosterongels verabreicht werden (Hembree et al., 2009; Kaufmann, 2014; Schneider, Schaaf & Stalla, 2007). Die Dosierung und die Darreichungsform der Präparate kann je nach Gesundheitszustand und Risikoprofil der Patient_innen individuell variieren. Grundsätzlich empfehlen Hembree et al. (2009), dass ein gegengeschlechtliches Hormonlevel indiziert wird, welches dem normalen physiologischen Bereich des gewünschten Geschlechts entspricht.

Im Rahmen der Hormonindikation müssen neben möglichen Risikofaktoren auch allgemeine klinische Merkmale der Patient_innen (Alter, Familiengeschichte, Gesundheitsgewohnheiten) berücksichtigt werden. Die Aufgabe der behandelnden Mediziner_innen ist es, im Anschluss an die Risikoabschätzung einen Behandlungsplan zu erstellen, in dem die Darreichungsform und die Dosierung der hormonellen Therapie an den individuellen Gesundheitszustand der Patient_innen angepasst wird (Hembree et al., 2009, WPATH, 2012).⁷

In Hinblick auf die Effekte der Hormonbehandlung zeigen sich bei FM üblicherweise folgende körperliche Veränderungen: Vertiefung der Stimme, Vergrößerung der Klitoris, Zunahme der

⁷ Risikofaktoren, die bei MF im Rahmen der Östrogenbehandlung besonders beachtet werden sollten, sind beispielsweise bereits aufgetretene Thromboseerkrankungen, Übergewicht und ein hoher Tabakkonsum. Kontraindikationen für die Testosteronbehandlung bei FM stellen eine Schwangerschaft, eine instabile koronare Herzerkrankung und eine Polyzythämie dar. Schwere kardiovaskuläre Erkrankungen, Bluthochdruck, Typ2 Diabetes und schwere Lebererkrankung stellen sowohl für MF als auch FM Risikofaktoren dar. Einen ausführlichen Überblick über die Risiken und den entsprechendem Umgang bezüglich Dosierung und Applikationsform findet man in den internationalen Behandlungsstandards (WPATH, 2012) und in der Übersichtarbeit von Hembree et al. (2009).

Körperbehaarung, Aussetzen der Menstruation, Abmagerung des Brustgewebes, Libidosteigerung und Abnahme des Körperfetts im Vergleich zur Muskelmasse. Bei MF sind folgende körperlichen Auswirkungen zu erwarten: Brustwachstum, Veränderung der Brustdrüsen, Libidoabnahme, Verringerung der Erektionen, Verkleinerung der Hoden, Ausbleiben der Spermaproduktion und Zunahme des Körperfetts im Vergleich zur Muskelmasse (ebd.).

Innerhalb der ersten zwei Jahre entwickeln sich die meisten körperlichen Veränderungen, wobei die zeitlichen Verläufe und das Ausmaß der Veränderungen je nach Dosierung, Applikationsform und individuellen körperlichen Gegebenheiten sehr unterschiedlich ausfallen können. Die hormoninduzierten körperlichen Veränderungen sind nur teilweise reversibel. Einige Veränderungen können im Nachhinein nur durch rekonstruktive Operationen rückgängig gemacht werden (z. B. Veränderung der Brustdrüsen bei MF) während andere nicht reversibel sind (z. B. die Vertiefung der Stimme bei FM durch Testosteron) (WPATH, 2012). Im Laufe der Hormonbehandlung können unter Umständen gewisse unerwünschte Nebenwirkungen⁸ auftreten, weshalb regelmäßige medizinische Kontrollen erfolgen sollten. Im ersten Behandlungsjahr werden dreimonatige, danach sechs- bis zwölfmonatige Untersuchungen empfohlen. Bei unerwünschten Nebenwirkungen oder Risiken ist es Aufgabe der Mediziner_innen, die Hormonlevel entsprechend anzupassen (Kaufmann, 2014; Meyer & Bonjunga, 2012). Wenn keine absoluten Kontraindikationen im Laufe der Behandlung aufkommen, wird die Hormontherapie gewöhnlich lebenslang fortgesetzt (Gooren & Asscheman, 2014).

Auch wenn die Gabe von gegengeschlechtlichen Hormonen mit Nebenwirkungen und unerwünschten Effekten einhergehen kann, erlauben mehrere Studienergebnisse den Schluss, dass die Hormonbehandlung grundsätzlich gut verträglich ist und bei Berücksichtigung und Kontrolle der Risikofaktoren eine effektive und risikoarme Therapie für transgender Personen darstellt (Levy, Crown & Reid, 2003; Weinand & Safer, 2015).

⁸ Z.B.: Erhöhung der Blutfettwerte, Anstieg der Leberwerte, Erhöhung der roten Blutkörperchen Gewichtszunahme, Durchbruchblutungen, Akne, Libidosteigerung und emotionale Labilität bei FM und Erhöhung der Leber- und Blutfettwerte, Spannungsgefühle und Schmerzen der Brust, erhöhtes Risiko für Thrombosen, trockene Haut, Nagelbrüchigkeit und emotionaler Labilität bei MF (Hembree et al., 2009).

2.4.2.2 Geschlechtsangleichende Operationen

Die geschlechtsangleichenden Operationen stellen oft den letzten Schritt zur körperlichen Angleichung an das gewünschte Geschlecht dar und tragen genau wie die Hormonbehandlung zur Reduzierung der Geschlechtsdysphorie bei (WPATH, 2012). Für viele Betroffene handelt es sich bei den chirurgischen Eingriffen und den damit einhergehenden körperlichen Veränderungen um notwendige Behandlungsmaßnahmen in Hinblick auf ein gesellschaftlich anerkanntes Leben in der neuen Geschlechtsrolle. Es gibt jedoch auch einige Personen, die sich im Rahmen der Transition aufgrund von medizinischen Kontraindikationen oder persönlicher Vorbehalte keiner Operation unterziehen wollen (Garcia et al., 2014; Monstrey, Buncamper, Bouman & Hoebke, 2014). Wenn transgender Personen sich dazu entschließen, chirurgische Eingriffen in Anspruch zu nehmen, erfolgen diese in der Regel nach Beginn der Hormontherapie (WPATH, 2012).

Wie die Zulassung zu den Operationen erfolgt, ist von Land zu Land unterschiedlich und hängt von den jeweiligen Richtlinien und Kostenübernahmeregelungen der Krankenkassen ab. Oft bedarf es einer Indikation und einer gutachterlichen Stellungnahme durch Psychiater_innen oder Psychotherapeut_innen, die an die behandelnden Chirurg_innen vermittelt werden müssen. Die Chirurg_innen beurteilen im Anschluss die medizinische Durchführbarkeit und planen die chirurgischen Eingriffe zusammen mit den Patient_innen. Des Weiteren ist es Aufgabe der jeweiligen Chirurg_innen, ausführliche Beratungsgespräche mit den Patient_innen zu führen, in denen die Techniken, Möglichkeiten und Risiken der Operationen besprochen werden (Monstrey et al., 2014; Rauchfleisch, 2014).

Die operativen geschlechtsangleichenden Interventionen, die jeweils für MF und FM zur Verfügung stehen, lassen sich grob in drei Bereiche einteilen: Brustchirurgie, Genitalchirurgie und Nicht Brust- oder Genitalchirurgie (Monstrey et al., 2014, WPATH, 2012). Die drei Bereiche umfassen wiederum verschiedene Eingriffe, die in Tabelle 1 aufgelistet sind. Detailliertere medizinische Vorgehensweisen und Techniken im Rahmen der operativen Geschlechtsangleichung finden sich in der Übersichtsarbeit von Bowman und Goldberg (2006).

Tabelle 1

Geschlechtsangleichende operative Maßnahmen für MF und FM

	Brustchirurgie	Genitalchirurgie	Nicht Brust-oder Genitalchirurgie
MF	Brustaufbau, Brustaugmentation (Implantate/ Fettunterspritzung)	Entfernung der Hoden (Testektomie) Neubildung weiblicher Geschlechtsorgane (Penektomie, Scham- Vulva und Vaginalplastik)	Maßnahmen zur Feminisierung des Gesichts (Modifikation der oberflächenformgebenden und konturgebenden Schädelknochen- und knorpel) Fettabsaugung, Fettunterspritzung Modifikation der Stimmhöhe (Phonochirurgie) Reduktion des Adamsapfels (Chondrolaryngoplastik) Fettunterspritzung im Hüftbereich Haarrekonstruktion Weitere ästhetische Verfahren
FM	Entfernung des Brustdrüsengewebes (Mastektomie) sowie Aufbau eines männlichen Brustprofils	Entfernung der Eileiter und der Eierstöcke (Adnektomie) Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie) Neubildung männlicher Geschlechtsorgane (Harnröhrenplastik, Schwellkörper- und Hodenprothesen, Phalloplastik) Alternative: Klitorispenoid (Metaidoioplastik)	Stimmchirurgie Fettabsaugung, Fettunterspritzung Pektorale Brustimplantate Weitere ästhetische Verfahren

Anmerkungen. Adaptiert aus Nieder & Richter-Appelt (2013, S.216) und WPATH (2012, S.69).

Auch wenn sich die Operationstechniken im Bereich der geschlechtsangleichenden Maßnahmen in den letzten Jahrzehnten stark weiterentwickelt haben, können dennoch Komplikationen auftreten.⁹ Bei den genitalchirurgischen Eingriffen handelt es sich um sehr aufwendige und lange Operationen, die mit Risiken verbunden sein können. Vor allem die Phalloplastik weist eine relativ hohe Komplikationsrate auf, weshalb sich viele FM gegen diese Intervention entscheiden (Kaufmann, 2104; Rauchfleisch, 2014). Angesichts der möglichen Komplikationen ist es von besonderer Wichtigkeit, dass sich die Personen im Vorfeld umfassend über die Kompetenzen der durchführenden Ärzt_innen informieren. Empfohlen werden Fachärzt_innen aus den Richtungen Urologie, Gynäkologie, Allgemein- oder Schönheitschirurgie, die über Fachkenntnisse in genitaler Wiederherstellungschirurgie verfügen. Um postoperative Negativfolgen zu vermeiden, sollten regelmäßige medizinische Nachuntersuchungen erfolgen (Rauchfleisch, 2014; WPATH, 2012).

3. Psychisches Belastungserleben

Das im Rahmen der vorliegenden Arbeit untersuchte Konstrukt des psychischen Belastungserlebens bezeichnet die psychische Beeinträchtigung, die Personen aufgrund von sowohl körperlichen als auch psychischen Symptomen empfinden können (Franke, 2002). In diesem Zusammenhang spricht man auch von psychischer Symptombelastung, Symptom-*Distress*, psychologischem *Distress* oder allgemeiner psychischer Belastung (Franke, 2002; Hessel, Schumacher, Geyer & Brähler, 2001; Ridner, 2004).

Abzugrenzen sei hier der Begriff der psychischen Belastung aus dem Bereich der Arbeitspsychologie. Hierbei ist jene psychische Beanspruchung gemeint, welche aus äußeren einwirkenden und belastenden Umständen resultiert (Frieling & Sonntag, 1999).

Das psychische Belastungserleben in dem Kontext der vorliegenden Arbeit bezeichnet das Ausmaß an Unbehagen, das aufgrund von eigenen körperlichen oder psychischen Empfindungen und Wahrnehmungen erfahren wird (Franke, 2002). Der Ausdruck des Erlebens soll verdeutlichen, dass es hierbei um eine subjektive Selbstbeurteilung und keine objektive Erfassung der symptombedingten psychischen Belastung handelt.

⁹ Für eine ausführliche Darstellung der Risiken und Komplikationen, die bei den verschiedenen Eingriffen auftreten können, sei auf die Arbeit von Bowman und Goldberg (2006) und die siebte Version der internationalen Standards (WPATH, 2012) hingewiesen.

Das Empfinden von symptombedingter Belastung stellt ein psychisches und körperliches Einbußen der Lebensqualität dar, welches die psychische Gesundheit beeinträchtigen kann (Franke, 2001). Eine hohe Symptombelastung deutet zwar nicht zwingend auf eine psychiatrische Diagnose oder Erkrankung hin, liefert aber einen Hinweis auf mögliche psychische Probleme (ebd). Dementsprechend wird in vielen klinisch-psychologischen Untersuchungen das psychische Belastungserleben als ein Indikator für die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden im Allgemeinen angenommen und auch in der vorliegenden Arbeit soll dies so interpretiert werden.

4. Soziale Unterstützung

In Bezug auf die soziale Unterstützung finden sich in der Literatur zahlreiche Begriffsbestimmungen, aus denen sich keine einheitliche Definition ableiten lässt. Eine weitest gehende Übereinstimmung im Rahmen der Konzeptualisierungen zeigt sich jedoch in der Unterscheidung zwischen strukturellen und funktionalen Aspekten des sozialen Umfeldes einer Person (Feldman & Cohen, 2000; Fydrich, Sommer & Brähler, 2007; Kienle, Knoll & Renneberg, 2006; Uchino, 2006).

Die strukturellen Merkmale beziehen sich auf die Beschaffenheit des sozialen Umfeldes, also beispielsweise das Vorhandensein von Beziehungen zur Familie und Freunden, den Familienstand, die Teilhabe an sozialen Gruppen (z.B. religiös, politisch) und Komponenten des sozialen Netzwerkes,¹⁰ wie Größe, Anzahl und Dichte. Auch die soziale Integration und ihr Gegenpol, die sozialen Isolation, zählen zu den strukturellen Aspekten der sozialen Unterstützung (Brissette, Cohen & Seeman, 2000; Feldman & Cohen, 2000; Knoll & Kienle, 2007). Unter der sozialen Integration versteht man das Ausmaß, in dem eine Person in verschiedene soziale Kontexte involviert ist, was in der Regel anhand der Häufigkeit der sozialen Aktivitäten und der Anzahl an verschiedenen sozialen Rollen, die eine Person einnimmt, erfasst wird (Feldman & Cohen, 2000).

Während es sich bei den strukturellen Aspekten überwiegend um quantitative Merkmale handelt, beziehen sich die funktionalen Komponenten auf die qualitativen Eigenschaften des sozialen Umfeldes. Im Fokus steht hierbei die Art der Ressourcen, die im Rahmen von sozialen Interaktionen zur Verfügung gestellt werden (ebd.).

¹⁰ Unter dem Begriff soziales Netzwerk versteht man „einzelne oder Gruppen von Personen, die wechselseitig soziale Beziehungen oder Verbindungen zueinander haben“ (Fydrich et al., 2007, S.9).

Meist werden in diesem Zusammenhang drei verschiedene Unterstützungsarten angenommen: die emotionale, die instrumentelle (auch: praktische) und die informative soziale Unterstützung (Feldman & Cohen, 2000; Kienle et al., 2006; Knoll & Kienle, 2007). Die emotionale Unterstützung beinhaltet die Mitteilung von Gefühlen, wie Wärme, Trost oder Mitleid und dient der Stresslinderung durch positiven Zuspruch. Unter instrumenteller Unterstützung sind Ressourcen zu verstehen, die der praktischen Problemlösung dienen, wie beispielsweise die Bereitstellung von Hilfsmaßnahmen bei zu erledigenden Arbeiten oder dem Leihen von benötigten Gegenständen oder Geld. Die informative Unterstützung umfasst die Vermittlung von hilfreichen Informationen und Ratschlägen (Knoll & Kienle, 2007).

Unter Berücksichtigung der kognitiven Ebene lässt sich außerdem zwischen der wahrgenommenen (auch: antizipierten) und der erhaltenen sozialen Unterstützung unterscheiden. Bei dem Konzept der wahrgenommenen sozialen Unterstützung steht die kognitive Bewertung und Verarbeitung von sozialen Interaktionen im Fokus. Sie ist definiert als „subjektive Überzeugung, im Bedarfsfall Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk zu erhalten oder die Einschätzung, im Bedarfsfall auf Ressourcen des sozialen Umfelds zurückgreifen zu können“ (Fydrich et al., 2007, S.7). In Abgrenzung hierzu bezeichnet die erhaltene soziale Unterstützung die in einem definierten Zeitraum tatsächlich erfahrenen und beobachteten Hilfeleistungen aus dem sozialen Umfeld (Fydrich et al., 2007). Der Unterschied zwischen den zwei Konzepten liegt darin, dass es sich bei der wahrgenommenen sozialen Unterstützung um eine antizipierte Einschätzung der Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung handelt, während die erhaltene Unterstützung, die retrospektiv tatsächlich empfangenen Unterstützungsleistungen erfasst (ebd). Beide Konstrukte können auf unterschiedliche Arten erfasst werden und sich auf verschiedene Teilaspekte der sozialen Unterstützung beziehen (Kienle et al., 2006).

In Anbetracht der genannten Aspekte kann für den vorliegenden Forschungsstand folgende Definition der sozialen Unterstützung verwendet werden: „Soziale Unterstützung (...) spezifiziert (...) die Wahrnehmung und Bewertung von Quantität und Qualität sozialer Beziehungen und Interaktionen. Soziale Unterstützung ist demnach das Ergebnis von sozialen Beziehungen und sozialen Interaktionen und deren Verarbeitung durch das Individuum“ (Fydrich et al., 2007, S.10).

Im Rahmen der klinisch-psychologischen Forschung wird die soziale Unterstützung häufig als wichtiger Schutzfaktor für die psychische Gesundheit beschrieben, da es als relativ sicher gilt,

dass ein positiver Zusammenhang zwischen einer angemessenen sozialen Unterstützung und dem psychischen Wohlbefinden besteht (Cohen, 2004; Cohen, Gottlieb & Underwood, 2000). Auch in dieser Arbeit soll unter anderem der Zusammenhang der sozialen Unterstützung und dem psychischen Wohlbefinden untersucht werden. Vorrangig wird die wahrgenommene soziale Unterstützung beleuchtet, die sich im Kontext dieser Arbeit auf die emotionale und praktische soziale Unterstützung und das subjektive Erleben der sozialen Integration¹¹ bezieht. Darüber hinaus werden vier weitere Merkmale des sozialen Umfeldes der Personen untersucht, die im weitesten Sinne dem strukturellen Bereich der sozialen Unterstützung zugeordnet werden können: die Anzahl der Freunde, der Kontakt zu anderen transsexuellen Personen, der Kontakt zur Familie und das Einsamkeitsempfinden.

5. Stand der Forschung und Untersuchungsgegenstand

5.1 Psychisches Wohlbefinden bei transgender Personen

Ein großer Bereich der Transgenderforschung beschäftigt sich mit verschiedensten Facetten des psychischen Wohlbefindens von nicht geschlechtskonformen Personen. Viele Untersuchungen in diesem Feld gehen der Frage nach, ob transgender Personen unter psychischen Belastungen und Problemen leiden und inwiefern sich diese äußern. Zudem finden sich viele Studien, in denen Zusammenhänge zwischen GID und anderen psychischen Erkrankungen untersucht werden, um Aufschluss darüber zu gewinnen, ob GID im Allgemeinen mit psychischen Komorbiditäten einhergeht.

Aus der vorliegenden Literatur lassen sich keine einheitlichen Befunde zur Prävalenz psychischer Komorbiditäten und psychischer Beschwerden bei Personen mit Geschlechtsidentitätsstörungen ableiten. Während einige Forschungsergebnisse darauf hindeuten, dass transgender Personen unter mehr psychischen Belastungen und Problemen leiden als die Allgemeinbevölkerung (Auer et al., 2013; Dhejne et al., 2012; Hepp, Kraemer, Schnyder, Miller & Delsignore, 2005; Heylens, Elaut et al., 2014), werden in anderen Untersuchungen keine deutlichen Unterschiede gefunden (Gomez -Gil, Vidal-Hagemeijer & Salamero, 2008; Haraldsen & Dahl, 2000; Simon et al., 2011).

¹¹ Die soziale Integration ist hier abzugrenzen von der oben beschriebenen sozialen Integration, die dem strukturellen Bereich zuzuordnen ist. Im Rahmen der wahrgenommen sozialen Unterstützung wurde die subjektiv wahrgenommene soziale Integration erfasst.

In Hinblick auf komorbide psychische Erkrankungen zeigten sich in einigen Forschungsarbeiten erhöhte Erkrankungsraten im Bereich von Angststörungen und affektiven Störungen. Heylens, Elaut et al. (2014) ermittelten in ihrer Stichprobe von $N=305$ eine Lebenszeitprävalenz von 60% für affektive Störungen und eine Lebenszeitprävalenz von 28% für Störungen aus dem Angstspektrum. Weiterhin wurde in der Untersuchung von Hepp et al. (2005) ähnlich hohe Lebenszeitprävalenzen bezüglich dieser Störungsbilder festgestellt. Häufig wird in der Literatur auch von einem hohen Alkohol- und Substanzmissbrauch (Cole, O'Boyle, Emory, & Meyer, 1997; Gomez-Gil, Trilla, Salamero, Godas & Valdes, 2009) und einer hohen Suizidalität (Bockting, Huang, Ding, Robinson & Rosser, 2005; Clements-Nolle, Marx, Guzman & Katz, 2001; Hoshiai et al., 2010) in der Transgenderpopulation berichtet. Weitere Zusammenhänge wurden zwischen GID und Anpassungsstörungen gefunden (Gomez-Gil et al., 2009; Hoshiai et al., 2010). In einigen Arbeiten wurden außerdem hohe Komorbiditätsraten im Bereich von Persönlichkeitsstörungen festgestellt (Duisin et al., 2014; Hepp et al., 2005). Weitere Studien wiederum ermittelten hinsichtlich der Persönlichkeitsstörungen geringe Prävalenzen, die vergleichbar mit denen der Allgemeinbevölkerung waren (Cole et al., 1997; Haraldsen & Dahl, 2000). Hier sei zu erwähnen, dass besonders in älteren Forschungsarbeiten angesichts der Debatte, ob GID ein Ausdruck von einer anderen psychischen Erkrankung ist, der Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen beleuchtet wurde. Mittlerweile wird überwiegend davon ausgegangen, dass GID eine eigenständige Diagnose darstellt und nicht Konsequenz einer anderen Störung ist (Gij et al., 2014).

Neben den Untersuchungen zu psychiatrischen Komorbiditäten wurden in vielen Studien selbstberichtete psychische Probleme und Beschwerden in der Transgenderpopulation erfasst. In Bezug auf das psychische Belastungserleben finden sich unterschiedliche Forschungsergebnisse in der Literatur.

In der Studie von Auer et al. (2013) berichteten Personen mit GID über ein signifikant höheres psychisches Belastungserleben als Personen einer gesunden Vergleichsgruppe. Vor allem im Bereich von Depressionen wiesen die MF der Stichprobe hohe Belastungswerte auf. Heylens, Verroken, De Cock, T'Sjoen und De Cuypere (2014) fanden bei Personen mit GID vor Beginn der somatischen Behandlung eine auffällig hohes Ausmaß an psychischer Belastung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Simon et al. (2011) konnten in ihrer Stichprobe von Personen mit GID kein erhöhtes psychisches Belastungserleben im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe feststellen. Auch Haraldsen und Dahl (2000) konnten keine deutlichen Unterschiede bezüglich des psychischen Belastungserlebens zwischen Personen mit

GID und gesunden Teilnehmer_innen auffinden. Allerdings zeigten sich Differenzen zwischen der GID Gruppe und einer Gruppe von Personen mit Persönlichkeitsstörungen dahingehend, dass die GID Gruppe eine signifikant geringere Symptombelastung aufwies. In der Untersuchung von Colizzi, Costa und Todarello (2014) wiesen die untersuchten transsexuellen Personen im Vergleich zur Normpopulation keine erhöhte Symptombelastung und Depressionssymptomatik auf. Allerdings lagen die Ausprägungen bezüglich der selbstberichteten Angstsymptome im auffälligen Bereich.

Obzwar die Befundlage nicht eindeutig ist, wird weitestgehend davon ausgegangen, dass eine transsexuelle Entwicklung für viele Betroffenen mit psychischen Beschwerden einhergehen kann. Mögliche Erklärungen hierfür liegen einerseits in dem Leiden unter der Unvereinbarkeit des eigenen Geschlechterlebens und dem zugeschriebenen Geschlecht und andererseits in gesellschaftsbedingten Problemen, wie Stigmatisierung und Diskriminierung (Dean et al., 2000; Heylens, Elaut et al., 2014; Kelleher, 2009; Lenning & Buist, 2013; Nuttbrock et al., 2002; Simon et al., 2011).

Lenning und Buist (2013) verdeutlichen in ihrer qualitativen Arbeit, dass besonders die Transitionsphase eine belastende Bedingung darstellt, in der Trans* Menschen mit zahlreichen Anforderungen und Problemen konfrontiert sind, die negative Effekte auf die psychische Befindlichkeit haben können. Stigmatisierungen und Diskriminierungen spielen laut der Autor_innen hierbei eine wichtige Rolle. In dem *Health Report* von Dean et al. (2000) wird die psychische Gesundheitssituation von transgender Personen mit derer anderer stigmatisierter oder chronisch erkrankter Personengruppen verglichen. Demzufolge können die belastenden Bedingungen, denen diese Personengruppen ausgesetzt sind, psychische Beeinträchtigungen in unterschiedlichem Ausmaß hervorrufen. Nuttbrock et al. (2002) fassen den Forschungsstand bezüglich der mentalen Gesundheit von transgender Personen wie folgt zusammen:

„there is continuing disagreement about whether or not transgender persons, as a group, are significantly more mentally impaired than the general population. Most investigators would probably agree, however, that a significant segment of this population suffers from some degree of emotional distress“ (Einleitung, par.1).

Insgesamt kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass eine transsexuelle Entwicklung und die damit verbundenen Herausforderungen für viele Betroffene eine belastende Bedingung darstellt, die mit psychischen Beschwerden einhergehen kann, aber nicht zwingend muss. Angesichts der nicht eindeutigen Forschungsergebnisse über die Art und das Ausmaß an psychischen Beeinträchtigungen bedarf es in diesem Bereich weiterer Untersuchungen.

5.2 Soziale Unterstützung bei transgender Personen

Die soziale Unterstützung und ihre verschiedenen Teilbereiche wurden bislang in der Transgenderpopulation nur peripher untersucht. Lediglich einige wenige Untersuchungen haben sich mit der Frage beschäftigt, in welchem Ausmaß sich transgender Personen im Allgemeinen sozial eingebunden und unterstützt erleben und über welche Unterstützungsressourcen sie verfügen. Die Forschungsergebnisse in diesem Kontext deuten daraufhin, dass transgender Personen im Vergleich zu anderen Populationen einen Mangel an sozialer Unterstützung aufweisen.

Factor und Rothblum (2007) verglichen in ihrer Forschungsarbeit transgender Personen mit ihren nicht transgender Geschwistern bezüglich ihrer wahrgenommenen sozialen Unterstützung durch Freunde und Familie. Während sich die zwei Gruppen in Hinblick auf die wahrgenommene Unterstützung durch die Freunde nicht deutlich unterschieden, zeigten sich signifikante Unterschiede im Bereich der familiären Unterstützung dahingehend, dass transgender Personen ein geringes Ausmaß an sozialer Unterstützung erfahren.

Auf eine geringere soziale Unterstützung im Vergleich zu anderen sexuellen Minderheiten deutet die Studie von Bockting et al. (2005) hin. In der Untersuchung wurden transgender Personen mit homosexuellen Männern und bisexuellen Frauen hinsichtlich verschiedener psychosozialer Aspekte miteinander verglichen. In Bezug auf das Erleben von sozialer Unterstützung durch die Familie wiesen die befragten transgender Personen signifikant niedrigere Werte auf als die anderen beiden Gruppen.

Browne und Lim (2008) haben ebenfalls sexuelle Minderheiten in Hinblick auf ihre soziale Einbettung und ihren Kontakt zur Familie miteinander verglichen. Trans* Personen unterschieden sich signifikant von homo- und bisexuellen Personen hinsichtlich des Isolationsempfindens und des Kontakts zur Familie. Trans* Personen erlebten sich isolierter und berichteten über einen schlechteren Kontakt zur Familie als homo- und bisexuellen Personen.

Als mögliche Erklärung für das geringe Ausmaß an sozialer Unterstützung, welches transgender Personen zu erfahren scheinen, werden häufig soziale Intoleranz, Diskriminierung und Ablehnung angenommen (Bockting, Knudson & Goldberg, 2006; Budge et al., 2012; Golub, Walker, Longmire-Avital, Bimbi & Parsons, 2010; Rotondi, 2012). Personen, deren Geschlechterleben nicht mit den herangetragenen Geschlechtsrollenerwartungen übereinstimmt, erfahren sowohl im Familien- und Freundeskreis als auch im Arbeitskontext

häufig Ablehnung und Zurückweisung (Bockting et al., 2006; Franzen & Sauer, 2010; Lenning & Buist, 2012).

Die erlebten Stigmatisierungen können laut Golub et al. (2010) dazu führen, dass soziale Kontakte seitens der Betroffenen vermieden werden, sie sich fortschreitend sozial isolieren und sie dementsprechend keine angemessene Unterstützung durch das Umfeld erhalten können. Auch Rauschfleisch (2014) weist daraufhin, dass die zahlreichen sozialen Ausgrenzungen, mit denen transgender Personen konfrontiert sind, eine soziale Isolation zur Folge haben können. Vor allem in der Phase der Transition stoßen transgender Personen oftmals auf Unverständnis in Bezug auf ihr sexuelles Identitätsempfinden in ihrem sozialen Umfeld. So berichtete in der Interview-Studie von Budge et al. (2012) die Mehrheit der befragten transgender Personen über einen Mangel an sozialer Unterstützung sowie Ablehnung durch die Familie und ihre Partner_innen in der Transitionsphase. Mizock und Lewis (2008) führen weiter an, dass viele Betroffene aus Angst vor Zurückweisung sich nicht trauen, ihre Familie über ihre sexuelle Identität zu informieren und sie dementsprechend nicht auf die sozialen Unterstützungsressourcen ihrer Familien zählen können. Um den negativen Rückmeldungen und Ausgrenzungen aus dem sozialen Umfeld standzuhalten, bedarf es laut Rauschfleisch (2014) einem hohen Einsatz von psychischen Kräften seitens der transgender Personen. Vor diesem Hintergrund kommt einem unterstützenden Bezugssystem eine hohe Bedeutung zu. Da viele transgender Personen jedoch nicht mit der Akzeptanz und dem Verständnis für ihr Geschlechtsidentitätserleben durch ihr nahes soziales Netzwerk rechnen können, suchen die Betroffenen häufig Kontakt zu anderen Trans* Personen (Bockting, Miner, Swinburne, Hamilton & Coleman, 2013; Rauchfleisch, 2014; Singh, Hays & Watson, 2011). Aus der qualitativen Studie von Galupo et al. (2014) geht hervor, dass dem Kontakt zu anderen transgender Personen eine große Bedeutung zukommt, um die oft fehlende Unterstützung durch das nahe Umfeld auszugleichen. Laut der Autor_innen erleben transgender Personen im Rahmen des Kontaktes zu anderen Betroffenen eine einmalige Form der Unterstützung und des Verständnisses. Darüber hinaus bieten Transgendernetzwerke und –freundschaften die Möglichkeit des Informationsaustausches bezüglich transgenderspezifischer Themen (ebd.).

Zusammenfassend deuten die bisherigen Forschungsergebnisse daraufhin, dass transgender Personen mit vielen sozialen Belastungen konfrontiert sind und sie über eine eher geringe soziale Unterstützung verfügen. Es bedarf jedoch in Zukunft weiterer Untersuchungen, um sich ein umfassendes Bild über die allgemeine soziale Situation von transgender Personen zu verschaffen. Ein größerer Forschungsbereich hat sich mit der protektiven Funktion der sozialen

Unterstützung in Hinblick auf die allgemeine psychische Gesundheit von transgender Personen beschäftigt. Es wird angenommen, dass die soziale Unterstützung für transgender Personen eine wichtige Ressource darstellt, die dazu dient, psychosoziale Belastungen abzufedern. Studienergebnisse aus diesem Feld werden im nächsten Abschnitt vorgestellt.

5.3 Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und dem psychischen Wohlbefinden bei transgender Personen

Die soziale Unterstützung wird im klinisch-psychologischen Forschungskontext häufig als ein protektiver Faktor für die psychische Gesundheit beschrieben. Es ist weitestgehend belegt, dass ein positiver Zusammenhang zwischen einer angemessenen sozialen Unterstützung und dem psychischen Wohlbefinden besteht, und zwar insofern, dass die soziale Unterstützung dazu dient, negative Auswirkungen von psychosozialen Belastungen abzufedern und somit die Auswirkungen auf die Befindlichkeit gemildert werden (Cohen, 2004). Hier sei zu erwähnen, dass die Zusammenhänge unterschiedlich stark ausfallen können, je nachdem welche Bereiche der sozialen Unterstützung berücksichtigt werden. Qualitative Aspekte der sozialen Unterstützung scheinen einen deutlich positiveren Effekt auf die psychische Gesundheit zu haben als quantitative Aspekte (Fydrich et al., 2007).

In Bezug auf die psychische Gesundheit von transgender Personen bietet das *Minority Stress*-Modell von Meyer (2003) eine theoretische Grundlage dafür, dass die soziale Unterstützung auch speziell für sexuelle Minderheiten eine wichtige Ressource darstellt. Im Rahmen des Modells wird davon ausgegangen, dass sexuelle Minderheiten angesichts von Diskriminierungen, Stigmatisierungen und Vorurteilen besonders belastenden Bedingungen ausgesetzt sind. Die resultierende psychische Belastung wird als *minority stress* bezeichnet. Ein stark erlebter *minority stress* kann laut Meyer (2003) die psychische Gesundheit von sexuellen Minderheiten negativ beeinflussen und das Entwickeln von psychischen Problemen begünstigen. Der sozialen Unterstützung wird in dem Modell eine wichtige Rolle zugeschrieben. Es wird angenommen, dass sie dazu dient, den *minority stress*, den die Betroffenen erfahren, abzufedern und somit eine protektive Wirkung auf die psychische Gesundheit hat (ebd.). Anzumerken sei, dass das Modell ursprünglich vorrangig für homo- und bisexuelle Personen entwickelt wurde. In jüngsten Forschungsarbeiten wurde das *Minority Stress*-Modell jedoch auch in der Transgenderpopulation überprüft. So zum Beispiel haben Bockting et al. (2013) auf Grundlage des Modells untersucht, inwiefern die wahrgenommene familiäre und die *peer*-bezogene Unterstützung die Beziehung zwischen erfahrenen

Stigmatisierungen und dem psychischen Belastungserleben in einer nordamerikanischen Transgenderstichprobe (N=1093) beeinflusst. Zwischen der erfahrenen Stigmatisierung und dem psychischen Belastungserleben bestand ein negativer Zusammenhang. Die *Peer*-Unterstützung, nicht aber die familiäre Unterstützung, moderierte den Zusammenhang signifikant, und zwar dahingehend, dass eine hohe Unterstützung durch die *Peers* den negativen Einfluss der erlebten Stigmatisierung auf das psychische Belastungserleben verringerte. Die Autor_innen schlussfolgern, dass die *Peer*-Unterstützung gemäß des *Minority Stress*-Modells einen Schutzfaktor für die psychische Gesundheit von transgender Personen darstellt.

Sanchenz und Vilain (2009) untersuchten vor dem Hintergrund des *Minority Stress*-Modells in einer Stichprobe von 53 selbstidentifizierten MF, inwiefern die Identifikation mit der eigenen sozialen Gruppe (*Transgender-Community*), der psychologische *Distress* und die Angst vor Diskriminierung aufgrund der sexuellen Identität in einer Beziehung zueinander stehen. Wie in dem Modell angenommen, zeigte sich, dass eine positive Identifikation mit der eigenen sozialen Gruppe mit einem niedrigeren psychologischen *Distress* und eine hohe Angst vor Diskriminierung mit einem hohen psychologischen *Distress* einhergingen. Angesichts der Ergebnisse nehmen die Autor_innen an, dass die Einbindung in die *Transgender-Community* sich positiv auf den aufgrund von Diskriminierung erlebten psychologischen *Distress* auswirken kann.

Einige weitere Studien haben den Zusammenhang zwischen verschiedenen Aspekten der sozialen Unterstützung und unterschiedlichen Komponenten der psychischen Gesundheit bei transgender Personen unabhängig vom *Minority Stress*-Modell untersucht. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die soziale Unterstützung einen wichtigen Schutzfaktor darstellt und mit einem höheren psychischen Wohlbefinden in der Transgenderpopulation einhergeht.

In der Studie von Simons, Schrager, Clark, Belzer & Olson (2013) zeigte sich, dass eine hohe selbstberichtete elterliche Unterstützung mit einer höheren Lebensqualität und weniger depressiven Symptomen bei transgender Jugendlichen (N = 66) einherging.

Budge et al. (2013) konnten in ihrer Onlinestichprobe von 351 selbstidentifizierten transgender Personen einen Zusammenhang zwischen hohen Ängstlichkeits- und Depressionssymptomen und einer geringen wahrgenommenen Unterstützung durch das nahe soziale Umfeld (Familie, Freunde und *Signifikant Others*) beobachten.

Auch die Resultate der Studie von Nemoto, Bodeker und Iwamoto (2011) sprechen für niedrigere Depressionssymptome bei einer hohen sozialen Unterstützung durch das nahe Umfeld. Im Rahmen der Onlineuntersuchung wurden 574 MF mit einer Sexarbeit-

Vergangenheit hinsichtlich der Häufigkeit der sozialen Unterstützung durch die Freunde und Familie innerhalb der vergangenen 30 Tage und der Zufriedenheit mit diesen Unterstützungsleistungen befragt. Darüber hinaus wurden aktuelle selbstberichtete Depressionssymptome erfasst. Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen den berichteten Depressionswerten und einer niedrigeren sozialen Unterstützung durch das Umfeld sowie einer geringeren Zufriedenheit mit der Unterstützung. In einer Stichprobe von 56 jugendlichen transgender Personen konnten Grossmann, D'Augelli und Frank (2011) ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer hohen wahrgenommenen Unterstützung durch die Familie und Freunde und niedrigeren Depressionsausprägungen feststellen. Ferner konnte in der Studie von Ryan, Russell, Huebner, Diaz und Sanchez (2010) in einer Stichprobe von 245 LGBT-Jugendlichen¹² gezeigt werden, dass Personen, die eine höhere elterliche Akzeptanz erfahren, über niedrigere Depressionswerte berichten, als diejenigen die über eine geringe Akzeptanz der Eltern berichten.

Weiterhin wird in qualitativen Arbeiten und Literaturreviews auf die Bedeutung der protektiven Funktion eines unterstützenden sozialen Systems auf die psychische Befindlichkeit von transgender Personen hingewiesen. In dem Literaturreview zum Thema Depressionen in der Transgenderpopulation von Rotondi (2012) werden die soziale Isolation und das Fehlen von sozialer Unterstützung durch das Umfeld als entscheidende Risikofaktoren für das Entwickeln von depressiven Erkrankungen beschrieben. Aus der qualitativen Befragung von Singh et al., (2011) geht hervor, dass die Einbindung in eine unterstützende *Community* für viele Betroffene eine wichtige Unterstützungsquelle darstellt, um mit den psychischen Belastungen, mit denen transgender Personen konfrontiert sind, umzugehen.

Insgesamt lässt der aktuelle Stand der Forschung in diesem Kontext die Annahme zu, dass die soziale Unterstützung für Trans* Personen eine bedeutende Ressource, die einen positiven Effekt auf das psychische Wohlbefinden zu haben scheint, darstellt. In zukünftigen Forschungen sollte diese Annahme detaillierter überprüft werden und darüber hinaus verschiedene Aspekte der sozialen Unterstützung in Beziehung zu der psychischen Gesundheit betrachtet werden, um einen differenzierten Einblick über mögliche Zusammenhänge zu erlangen.

¹² LGBT steht für *Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender*

5.4 Effekte der geschlechtsangleichenden körpermedizinischen Behandlung auf das psychische Wohlbefinden und die soziale Unterstützung

In den letzten Jahren haben sich viele Studien der Transgenderforschung mit der Frage beschäftigt, inwiefern die geschlechtsangleichende körpermedizinische Behandlung eine positive Wirkung auf das psychosoziale Wohlbefinden von transgender Personen hat und somit eine effektive Therapie darstellt. In diesem Kontext wurden sowohl Quer- als auch Längsschnittstudien durchgeführt, in denen psychische und soziale Aspekte im Zusammenhang mit der gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung und den geschlechtsangleichenden operativen Eingriffen untersucht wurden.

Um mögliche Effekte der Behandlungsmaßnahmen auf das psychische und soziale Wohlbefinden von transgender Personen zu ermitteln, wurden im Rahmen von Querschnittsuntersuchungen Personen aus unterschiedlichen Behandlungsbedingungen miteinander verglichen. Beispielsweise haben Gomez-Gil et al. (2012) 120 hormonbehandelte und 67 nicht-hormonbehandelte Personen mit diagnostizierter GID (FM und MF) hinsichtlich ihrer selbstberichteten Ängstlichkeits- und Depressionssymptome und ihrer sozialen Ängstlichkeit bzw. *Distress* verglichen. Die hormonbehandelte Gruppe wies in allen Bereichen signifikant niedrigere Werte als die nicht-hormonbehandelte Gruppe auf, woraus die Autor_innen einen Zusammenhang zwischen der Hormonbehandlung und einem höheren psychischen und sozialen Wohlbefinden schließen.

Ähnliche Ergebnisse zeigten sich in der Studie von Meier, Fitzgerald, Pardo und Babcock (2011). Sie haben in einer Onlinestichprobe von $n=369$ selbstdefinierten FM die Effekte der Hormonbehandlung in Hinblick auf berichtete Depressions- und Ängstlichkeitssymptome, das Stresserleben, die Lebensqualität und die soziale Unterstützung untersucht. Ein Vergleich zwischen den Personen, die angaben, bereits Hormone zu sich zu nehmen und denjenigen, die angaben, keine Hormone zu sich zu nehmen, ergab Differenzen hinsichtlich aller erhobenen Dimensionen. Die hormonbehandelte Gruppe berichtete über signifikant niedrigere Werte im Bereich von Depressionen, Ängstlichkeit und Stress und über höhere Werte bezüglich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und der Lebensqualität.

Davis und Meier (2014) erfassten in einer Stichprobe von 208 selbstdefinierten FM die Unterschiede hinsichtlich verschiedener Aspekte der psychischen Gesundheit zwischen drei verschiedenen Behandlungsgruppen („Keine Behandlung“, „Hormonbehandlung“, „Hormonbehandlung und Brustentfernungsoperation“). Die drei Gruppen unterscheiden sich

signifikant hinsichtlich der Depression, des Ärger Empfindens und der Ängstlichkeit, und zwar dahingehend, dass die zwei Behandlungsgruppen niedrigere Werte in allen drei Dimensionen aufwiesen als die Gruppe ohne Behandlung. Zwischen der „Hormonbehandlung“ und der „Hormonbehandlung und Brustentfernungsoperation“- Gruppe wurden allerdings keine signifikanten Unterschiede gefunden. Aufgrund der Ergebnisse nehmen die Autor_innen an, dass zwar beide Interventionen im Zusammenhang mit einer höheren psychischen Gesundheit zu stehen scheinen, der Hormonbehandlung jedoch eine größere Bedeutung zukommt als den operativen Eingriffen.

Weiterhin zeigte sich in der Untersuchung von Newfield, Hart, Dibble und Kohler (2006), dass FM, die eine Brustentfernungsoperation durchgeführt hatten, über eine höhere Lebensqualität im Bereich der mentalen Gesundheit berichteten als FM, die keine operativen Eingriffe durchgeführt hatten.

Auch im Rahmen der Längsschnittstudien konnten größtenteils positive Effekte der somatischen Behandlung festgestellt werden. Heylens, Verroken et al., (2014) erfassten das psychische Belastungserleben bei 57 Person mit diagnostizierter GID zu drei verschiedenen Behandlungszeitpunkten: vor Beginn der somatischen Behandlung, drei bis sechs Monate nach Beginn der Hormonbehandlung und ein bis zwölf Monate nach den geschlechtsangleichenden operativen Eingriffen. Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den drei Zeitpunkten, die auf eine Verringerung des psychischen Belastungserlebens nach Beginn der Hormontherapie zurückzuführen waren. Die Autor_innen folgern, dass besonders der Beginn der Hormonbehandlung einen positiven Effekt auf die psychische Befindlichkeit von Personen mit GID zu haben scheint.

Colizzi et al. (2014) haben in ihrer klinischen Stichprobe von 118 Personen mit diagnostizierter GID, Depressions- und Angstsymptomatiken und das psychische Belastungserleben vor und durchschnittlich zwölf Monate nach Beginn der Hormonbehandlung erhoben. In allen drei Bereichen zeigten sich signifikant niedrigere Ausprägungen zu dem zweiten Untersuchungszeitpunkt. Die Resultate belegen einen positiven Effekt der Hormonbehandlung auf das psychische Wohlbefinden von transsexuellen Personen.

In Hinblick auf die Effekte der operativen geschlechtsangleichenden Maßnahmen zeigte sich in der Follow-up-Untersuchung von De Cuyper et al. (2006) bei den 62 befragten MF und FM eine höhere Zufriedenheit mit ihren sozialen Beziehungen nach einer geschlechtsangleichenden Operation.

Udeze, Abdelmawla, Khoosal und Terry (2008) konnten keine positiven Veränderungen des psychischen Belastungserlebens aufgrund einer geschlechtsangleichenden Genitaloperation

feststellen. In der Studie wurde das psychische Belastungserleben von 40 MF vor und sechs Monate nach einer geschlechtsangleichenden Operation erhoben. Es zeigten sich hierbei keine signifikanten Verbesserungen zwischen den zwei Zeitpunkten. Die Autor_innen merken an, dass die Ergebnisse möglicherweise auf den frühen Follow-up-Erhebungszeitpunkt zurückzuführen sind. Eventuell treten positive Effekte der chirurgischen Eingriffe auf die psychische Befindlichkeit erst nach einem größerem Zeitraum ein, da sich die Personen zunächst an ihre neue Lebenssituation gewöhnen müssen.

Abgesehen von der zuletzt genannten Studie, deuten die Ergebnisse auf positive Effekte der geschlechtsangleichenden Behandlungsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit und die soziale Situation von transgender Personen hin. Als mögliche Erklärungen werden hauptsächlich indirekte Effekte der somatischen Behandlung angenommen, welche sich über mediierende Faktoren positiv auf die psychosoziale Situation auswirken. Als mediierende Faktoren werden hierbei die Körperzufriedenheit und die Genderdysphorie diskutiert (Colizzi et al., 2014; De Cuypere et al., 2006; Gomez-Gil et al., 2012). Dementsprechend führen die durch die somatische Behandlung bedingten körperlichen Veränderungen zu einer Verminderung des Leidens unter der Geschlechtsinkongruenz und zu einer höheren Körperzufriedenheit, was sich wiederum positiv auf das psychische und soziale Wohlbefinden von transgender Personen auswirken könnte. In Zukunft bedarf es allerdings weiterer Untersuchungen, in denen die genauen Wirkungszusammenhänge ausführlicher betrachtet werden.

In einer aktuellen Übersichtsarbeit über die Effekte der somatischen Behandlung von Murad et al. (2010) wird daraufhin hingewiesen, dass viele Untersuchungen in dem Forschungsfeld methodische Mängel aufweisen. Ähnlich wie Gomez-Gil et al. (2012) und Colizzi et al. (2014) fordern Murad et al. (2010) von zukünftigen Untersuchungen häufiger ein Längsschnittdesign. Da die Mehrheit der Forschungsarbeiten die Zusammenhänge zwischen Behandlungsmaßnahmen und psychologischen Faktoren im Querschnitt untersucht haben, können Rückschlüsse auf die Behandlung nur bedingt getroffen werden. Außerdem weisen die Autor_innen darauf hin, dass viele der Studien zwar den Anspruch erheben, die Effekte unabhängiger Behandlungsmethoden (z.B. nur die Hormonbehandlung) zu erfassen, sie jedoch Einflüsse von anderen Behandlungsmaßnahmen nicht ausreichend kontrollieren. Darüber hinaus existieren wenige Untersuchungen, in denen verschiedene Behandlungsformen (Hormonbehandlung und/oder gegengeschlechtliche Operationen) hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die psychosozialen Faktoren miteinander verglichen werden (ebd.).

Als weiterer Anspruch an die zukünftige Forschung in diesem Bereich kann eine detailliertere Betrachtung der Effekte von geschlechtsangleichenden Interventionen auf die soziale Unterstützung gesehen werden. In den bisherigen Forschungsarbeiten lag der Fokus vorrangig auf psychischen Symptomen und Problemen. Soziale Komponenten wurden bislang nur peripher erfasst.

5.5 Vergleich zwischen transsexuellen Frauen (MF) und transsexuellen Männern (FM)

Im Rahmen der Untersuchungen, die sich mit der psychischen Befindlichkeit und/oder der sozialen Situation von transgender Personen beschäftigt haben, wurden häufig MF und FM hinsichtlich der jeweils erfassten Dimensionen miteinander verglichen. Die Forschungsliteratur aus diesem Bereich liefert kein eindeutiges Bild über mögliche Unterschiede zwischen den zwei Gruppen.

Die Ergebnisse der Untersuchungen, die Unterschiede zwischen den zwei Gruppen feststellen konnten, deuten auf ein höheres soziales und psychisches Wohlbefinden bei FM im Vergleich zu MF hin. Es finden sich Hinweise für eine höhere soziale Unterstützung (Smith, van Goozen, Kuiper & Cohen-Kettenis, 2005), einen geringeren Alkohol- und Substanzmissbrauch (Gomez-Gil et al., 2009), weniger selbstberichtete Depressionssymptome (Auer et al., 2013; Smith et al., 2005), geringere psychopathologische Beschwerden (Harladsen & Dahl, 2000) und eine geringere psychiatrische Komorbiditätsrate (De Cuypere, Jannes & Rubens, 1995, Hoshiai et al., 2010) bei FM.

Als mögliche Ursache für die bessere Befindlichkeit von FM wird häufig die höhere gesellschaftliche Akzeptanz von FM diskutiert. Demzufolge stellt sich der Geschlechtsrollenwechsel für MF schwieriger dar als für FM, da sie aufgrund ihrer anatomischen Voraussetzungen (Stimme, Bart, Körperbau) als „frühere Männer“ erkennbar bleiben und von der Umwelt als solche wahrgenommen werden (Auer et al., 2013). In der Öffentlichkeit als Frau aufzutreten und in der neuen weiblichen Geschlechtsrolle zu leben, ist für sie meist mit größeren Ängsten verbunden (Lewins, 2002). Dies könnte dazu führen, dass sie eine höhere psychische Belastung erleben und eine geringere soziale Unterstützung erfahren. Im Gegensatz dazu sind FM meist optisch an die männliche Rolle gut angepasst und werden nicht als biologische Frauen „identifiziert“, wodurch sie eine größere gesellschaftliche Toleranz erleben und folglich weniger psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind (Auer et al., 2013; Budge, et al., 2013; Gomez-Gil et al., 2009). Außerdem wird in diesem

Zusammenhang diskutiert, ob eine höhere soziale Unterstützung bei FM darauf zurückzuführen ist, dass biologisch weibliche Personen sozialisationsbedingt eher lernen, auf soziale Ressourcen des Umfeldes zurückzugreifen, als biologisch männliche Personen. Diese unterschiedlichen Sozialisationserfahrungen könnten dazu beitragen, dass FM über eine höhere soziale Unterstützung verfügen als MF (Budge et al., 2012; Budge et al., 2013).

Im Widerspruch zu diesen Annahmen stehen die Ergebnisse aus den Arbeiten, in denen keine Unterschiede zwischen den zwei Gruppen festgestellt werden konnten. Abweichend zu den oben genannten Erkenntnissen konnten in einigen Untersuchungen keine Differenzen hinsichtlich des psychischen Belastungserlebens (Colizzi et al., 2014; De Cuypere et al., 2006), den Depressions- und Ängstlichkeitssymptomen (Budge et al., 2013; Colizzi et al. 2014; Gomez-Gil et al., 2012), dem sozialen *Distress* (Gomez-Gil et al., 2012) und den psychopathologischen Beschwerden (Gomez-Gil et al., 2008) gefunden werden.

Aufgrund des nicht eindeutigen Forschungsstandes besteht weiterhin ein wissenschaftliches Interesse, FM und MF hinsichtlich verschiedener psychosozialer Aspekte miteinander zu vergleichen. Von besonderer Relevanz hierbei erscheint die Betrachtung der sozialen Unterstützung, da in den bisherigen Forschungsarbeiten in erster Linie psychische und weniger soziale Faktoren untersucht wurden.

5.6 Ziele der Untersuchung

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollen das psychische Belastungserleben und die soziale Unterstützung in einer klinischen Stichprobe von transsexuellen Frauen und Männern unter verschiedenen Gesichtspunkten detailliert betrachtet werden.

Angesichts einer nicht eindeutigen Befundlage bezüglich des psychischen Wohlbefindens von transgender Personen, kann es als wissenschaftlich relevant angesehen werden, das psychische Belastungserleben als Indikator für das psychische Wohlbefinden erneut zu erfassen.

In Bezug auf die soziale Situation von transgender Personen deuten die wenigen Forschungsarbeiten aus diesem Bereich auf einen Mangel an sozialer Unterstützung hin. Gleichzeitig finden sich in der Literatur Hinweise dafür, dass die soziale Unterstützung für transgender Personen eine wichtige Ressource darstellen könnte, die im Zusammenhang mit einem höheren psychischen Wohlbefinden steht. Dementsprechend soll diese Arbeit zu einem umfassenderen Verständnis über die soziale Situation von transgender Personen beitragen und mögliche Zusammenhänge zwischen der sozialen Unterstützung und dem psychischen Belastungserleben untersuchen. Neben der Untersuchung verschiedener Teilaspekte der sozialen Einbettung soll hierbei die wahrgenommene soziale Unterstützung im Mittelpunkt der Betrachtung stehen.

Darüber hinaus sollen MF und FM hinsichtlich der beiden Konstrukte miteinander verglichen werden, da sich aus der bisherigen Forschungsliteratur keine einheitliche Befundlage über mögliche Unterschiede zwischen den zwei Gruppen ableiten lässt.

Angesichts des zuvor erörterten Forschungsstandes besteht ein weiteres Anliegen darin, die soziale Unterstützung und das psychische Belastungserleben im Zusammenhang mit der somatischen Behandlung zu beleuchten. Wie bereits erwähnt, besteht in diesem Forschungsfeld ein Mangel an Längsschnittstudien und Vergleichen zwischen verschiedenen Behandlungsmaßnahmen um die Effekte der körpermedizinischen Interventionen zu erheben. In der vorliegenden Arbeit wird dem Rechnung getragen, in dem zum einen verschiedene Behandlungsgruppen hinsichtlich des psychischen Belastungserlebens und der sozialen Unterstützung miteinander verglichen werden und zum anderen behandlungsbedingte längsschnittliche Veränderungen erfasst werden.

5.7 Fragestellungen und Hypothesen

In der vorliegenden Untersuchung sollen die wahrgenommene soziale Unterstützung (F-SozU), die sozialen Kontakte (BI) und das psychische Belastungserleben (SCL-90-R) im Zusammenhang mit der somatischen Behandlung („KB“, „H“, „H+Op“) bei transsexuellen Männern und Frauen anhand von querschnittlichen und längsschnittlichen Analysen untersucht werden. Die Erhebungsverfahren werden im empirischen Teil ausführlich dargestellt. Der erste Erhebungszeitpunkt wird im Folgenden als t0 und der Follow-up-Erhebungszeitpunkt als t1 bezeichnet. Die Bezeichnung der sozialen Unterstützung wird im weiteren Verlauf als Oberbegriff für die wahrgenommene soziale Unterstützung (F-SozU) und die sozialen Kontakte (Items BI) verwendet.

1. Fragestellungen zu den Unterschieden zwischen MF und FM hinsichtlich der sozialen Unterstützung und des psychischen Belastungserlebens

Angesichts der nicht eindeutigen Literatur über die Unterschiede zwischen MF und FM soll in einem ersten Schritt untersucht werden, ob sich die beiden Gruppen hinsichtlich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung (Gesamtwert F-SozU), der sozialen Kontakte (Items BI) und des psychischen Belastungserlebens (GSI) unterscheiden. Die möglichen Unterschiede sollen jeweils zu t0 und zu t1 geprüft werden. In Bezug auf die wahrgenommene soziale Unterstützung werden die Unterschiede lediglich zu t1 erfasst.

Hypothesen zu den Gruppenunterschieden zwischen MF und FM hinsichtlich der sozialen Unterstützung (t0 und t1):

- H₀1a: MF und FM unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der sozialen Kontakte (Items BI) zu t0
- H₁1a: MF und FM unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der sozialen Kontakte (Items BI) zu t0
- H₀2a: MF und FM unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der sozialen Kontakte (Items BI) zu t1
- H₁2a: MF und FM unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der sozialen Kontakte (Items BI) zu t1

- H₀2b: MF und FM unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung (Gesamtwert F-SozU) zu t1
- H₁2b: MF und FM unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung (Gesamtwert F-SozU) zu t1

Hypothesen zu den Gruppenunterschieden zwischen MF und FM hinsichtlich des psychischen Belastungserlebens (t0 und t1):

- H₀3a: MF und FM unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich des psychischen Belastungserlebens (GSI) zu t0
- H₁3a: MF und FM unterscheiden sich signifikant hinsichtlich des psychischen Belastungserlebens (GSI) zu t0
- H₀4a: MF und FM unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich des psychischen Belastungserlebens (GSI) zu t1
- H₁4a: MF und FM unterscheiden sich signifikant hinsichtlich des psychischen Belastungserlebens (GSI) zu t1

2. Fragestellungen zu den Zusammenhängen zwischen der sozialen Unterstützung und dem psychischen Belastungserleben

Die folgenden Hypothesen beziehen sich auf die Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen sozialen Unterstützung/den sozialen Kontakten und dem psychischen Belastungserleben. Die Analysen sollen Aufschluss darüber geben, ob die soziale Unterstützung in Verbindung mit dem psychischen Wohlbefinden in der Transgenderpopulation steht und wenn ja, inwiefern sich die Zusammenhänge äußern.

Die Korrelation zwischen der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und dem psychischen Belastungserleben wird nur zu t1 berechnet. Alle anderen Korrelationen werden für beide Zeitpunkte berechnet. Die Analysen erfolgen für MF und für FM getrennt.

Hypothesen zu den Zusammenhängen zwischen der sozialen Unterstützung und dem psychischen Belastungserleben (t0 und t1):

- H₀5a: Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem psychischen Belastungserleben (GSI) und den sozialen Kontakten (Items BI) zu t0
 - H₁5a: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem psychischen Belastungserleben (GSI) und den sozialen Kontakten (Items BI) zu t0

 - H₀6a: Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem psychischen Belastungserleben (GSI) und den sozialen Kontakten (Items BI) zu t1
 - H₁6a: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem psychischen Belastungserleben (GSI) und den sozialen Kontakten (Items BI) zu t1

 - H₀6b: Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem psychischen Belastungserleben (GSI) und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung (Gesamtwert F-SozU) zu t1
 - H₁6b: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem psychischen Belastungserleben (GSI) und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung (Gesamtwert F-SozU) zu t1
3. Fragestellungen zu den Unterschieden zwischen den Behandlungsgruppen hinsichtlich der sozialen Unterstützung und des psychischen Belastungserlebens

Mit dem Ziel mögliche Effekte der somatischen Interventionen auf das psychische und soziale Wohlbefinden von transsexuellen Personen zu erfassen, sollen die verschiedenen Behandlungsgruppen („KB“, „H“, „H+Op“) hinsichtlich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung, der sozialen Kontakte und des psychischen Belastungserlebens miteinander verglichen werden. Die möglichen Unterschiede bezüglich des F-SozUs werden nur zu t1, alle anderen Unterschiede zu t0 und t1 untersucht. Die Analysen werden für MF und FM getrennt berechnet.

Hypothesen zu den Unterschieden zwischen den Behandlungsgruppen hinsichtlich der sozialen Unterstützung (t0 und t1):

- H₀7a: Die Behandlungsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der sozialen Kontakte (Items BI) zu t0
- H₁7a: Die Behandlungsgruppen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der sozialen Kontakte (Items BI) zu t0
- H₀8a: Die Behandlungsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der sozialen Kontakte (Items BI) zu t1
- H₁8a: Die Behandlungsgruppen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der sozialen Kontakte (Items BI) zu t1
- H₀8b: Die Behandlungsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung (Gesamtwert F-SozU) zu t1
- H₁8b: Die Behandlungsgruppen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung (Gesamtwert F-SozU) zu t1

Hypothesen zu den Unterschieden zwischen den Behandlungsgruppen hinsichtlich des psychischen Belastungserlebens (t0 und t1):

- H₀9a: Die Behandlungsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich des psychischen Belastungserlebens (GSI) zu t0
- H₁9a: Die Behandlungsgruppen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich des psychischen Belastungserlebens (GSI) zu t0
- H₀10a: Die Behandlungsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich des psychischen Belastungserlebens (GSI) zu t1
- H₁10a: Die Behandlungsgruppen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich des psychischen Belastungserlebens (GSI) zu t1

Sollten sich die Behandlungsgruppen signifikant hinsichtlich des psychischen Belastungserlebens unterscheiden (H₀9a und/oder H₀10a werden verworfen), wird in einem weiteren Schritt untersucht, welche der Gruppen sich voneinander unterscheiden.

4. Fragestellungen zu den längsschnittlichen Veränderungen hinsichtlich des psychischen Belastungserlebens innerhalb der Behandlungsgruppen

Um mögliche behandlungsbedingte Effekte auf das psychische Wohlbefinden zu ermitteln, soll in einem letzten Schritt untersucht werden, ob sich innerhalb der verschiedenen Behandlungsgruppen („KB“, „H“, „H+Op“) Unterschiede im psychischen Belastungserleben zwischen t0 und t1 zeigen.

Die längsschnittlichen Unterschiede hinsichtlich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung können nicht untersucht werden, da der F-SozU nur zu t1 vorgegeben wurde. Die Items werden aufgrund ihrer eingeschränkten Aussagekraft nicht in den Längsschnittanalysen berücksichtigt. Die Analysen werden getrennt für MF und FM berechnet.

Hypothesen zu den längsschnittlichen Veränderungen hinsichtlich des psychischen Belastungserlebens innerhalb der Behandlungsgruppen:

- H_{011a}: Es gibt keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des psychischen Belastungserlebens (GSI) zwischen t0 und t1 innerhalb der verschiedenen Behandlungsgruppen
- H_{111a}: Es gibt signifikante Unterschiede hinsichtlich des psychischen Belastungserlebens (GSI) zwischen t0 und t1 innerhalb der verschiedenen Behandlungsgruppen

II Empirischer Teil

6. Methodik

6.1 Projektbeschreibung

Die vorliegende Untersuchung wurde im Rahmen des Forschungsprojekts *European Network for the Investigation of Gender Incongruence* (ENIGI) an dem Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt. Bei dem im Januar 2007 ins Leben gerufenen europäischen Projekt handelt es sich um eine multizentrische Forschungskoooperation der Gender-Identity-Kliniken der Universitätskliniken in Hamburg/Deutschland (Leitung: H. Richter-Appelt), Amsterdam/Niederlande (Leitung: P. Cohen-Kettenis), Gent/Belgien (Leitung: G. De Cuypere) und Oslo/Norwegen (Leitung: I. Haraldsen). Die fortlaufende ENIGI-Studie verfolgt das Ziel, den klinischen Diagnostik- und Behandlungsprozess von Jugendlichen und Erwachsenen, die aufgrund einer möglichen transsexuellen Entwicklung psychotherapeutische und/oder medizinische Hilfe im klinischen Kontext suchen, zu optimieren (Kreukels et al., 2012).

Zu diesem Zwecke werden alle Personen, die erstmalig wegen einer Problematik der Geschlechtsidentität in einer der vier Kliniken vorstellig werden, um ihre Teilnahme an der Erhebung gebeten. Ausschlusskriterien stellen dabei ein Alter unter 17 Jahren, das Vorhandensein von akut psychotischen Symptomen und das unzureichende Beherrschen der Landessprache dar. Außerdem werden jene Personen in der Erhebung nicht berücksichtigt, die bereits in der Vergangenheit körpermedizinische Behandlungsmaßnahmen in einem klinischen Kontext in Anspruch genommen haben¹³.

Im Verlauf der Studie durchlaufen die teilnehmenden Personen einen mehrstufigen Diagnostikprozess, der für alle vier Kliniken standardisiert wurde. Im Vorfeld wird von den Personen eine Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie und eine Erlaubnis über die pseudonymisierte Speicherung und Auswertung der Daten eingeholt (Anhang A). Die Teilnahme an der Erhebung hat keinen Einfluss auf den weiteren Behandlungsverlauf und eventuelle Behandlungsmaßnahmen der Teilnehmenden.

¹³ Es werden zwar jene Personen ausgeschlossen, die bereits zuvor somatische Behandlungsmaßnahmen im klinischen Kontext in Anspruch genommen haben, jedoch werden Personen, die auf illegalem Wege Maßnahmen (z.B: Hormonpräparate aus dem Schwarzmarkt oder Internet) ergriffen haben, nicht ausgeschlossen.

Der einheitliche Diagnostikprozess, der in allen teilnehmenden Kliniken durchgeführt wird, umfasst vier aufeinanderfolgende Phasen.

Zunächst erfolgt im Zuge des therapeutischen Erstgesprächs eine Aufklärung über die Studienzwecke und –inhalte und die Bearbeitung eines Biographischen Inventars (BI). Hierbei handelt es sich um eine adaptierte Version des *Dutch Biographic Questionnaire on Transsexualism* (Doorn, Poortinga & Verschoor, 1994) zur Erfassung der soziodemographischen Informationen (Anhang B).

In einem nächsten Schritt wird eine Testbatterie aus mehreren Instrumenten mit dem Ziel vorgegeben, die selbstbeurteilte Genderdysphorie und Geschlechtsidentität, die Körperzufriedenheit und das Körperbild, die Lebensqualität und das psychische Wohlbefinden zu erfassen. Eine Liste der einzelnen Inventare und der jeweils zu erfassenden Konstrukte findet sich in Anhang C.

Da für die vorliegende Untersuchung lediglich das in der ENIGI-Studie mittels der Symptom-Checkliste 90-R (SCL-90-R; Franke, 2002) erfasste psychische Wohlbefinden von Bedeutung ist, wird auf die anderen Instrumente nicht näher eingegangen. Eine Beschreibung der SCL-90-R folgt im nächsten Kapitel. Das komplette Verfahren befindet sich in Anhang D.

Für das BI und die Verfahren zur Messung der Genderdysphorie/Geschlechtsidentität und der Körperzufriedenheit/Körperbild liegen für MF und FM unterschiedliche Versionen vor.

Der dritte Schritt besteht in einem klinisch-diagnostischen Interview zur Erfassung der Achse I und Achse II Komorbiditäten nach DSM-IV-TR (Saß et al., 2003). Hierfür werden der MINI-Plus und der SCID-II von Psycholog_innen durchgeführt, die nicht die Behandelnden der Studienteilnehmenden sind. Zusätzlich wird die körperliche Erscheinung mittels des *Appraisal of Appearance Inventory* durch die Interviewenden beurteilt. Auch diese Instrumente werden nicht detaillierter dargestellt, da sie nicht Teil dieser Untersuchung sind.

Zuletzt erfolgt eine diagnostische Einschätzung durch die behandelnden Therapeut_innen mittels des DIA's (Anhang E). Es handelt sich hierbei um ein Evaluationssystem zur Beurteilung der Kriterien für eine GID nach dem DSM-IV-TR (Saß et al., 2003). Wird eine GID diagnostiziert, erfolgt anschließend eine Zuordnung zu den Subgruppen *early onset* oder *late onset*. Personen, die bereits im Kindesalter retrospektiv erfasst die Kriterien einer GID erfüllen, wird ein *early onset* attestiert, andernfalls ein *late onset*. Personen, die keiner Subgruppe zugeordnet werden können, werden als *residual* bezeichnet.

ENIGI Follow-up Erhebung

Mit dem Ziel, den Behandlungsverlauf, die Behandlungsergebnisse, die aktuelle Befindlichkeit und die psychosozialen Entwicklungen der Studienteilnehmenden seit der Erstvorstellung zu erfassen, wurde 2013 eine ENIGI Follow-up-Untersuchung durchgeführt.

Hierfür wurden alle Personen, die zwischen Januar 2007 und Dezember 2009 bei der Studie teilgenommen hatten, durchschnittlich fünf Jahre später (zwischen Juli 2013 und März 2014), kontaktiert und gebeten, an einer erneuten Befragung teilzunehmen. Erklärten sich die Personen hierzu bereit, wurde ihnen per Email ein Link zu dem Follow-up-Onlinefragebogen zugesandt, welcher mittels des Onlinesystems EFS® (www.unipark.com/63-1-efs-survey.htm) entwickelt und online zur Verfügung gestellt wurde.

Vor der Beantwortung des Fragebogens mussten die Personen zunächst durch mehrmaliges Anklicken ihr Einverständnis zur Studienteilnahme und zur pseudonymisierten Datenspeicherung abgeben (gleichet der Einverständniserklärung der Ersterhebung, siehe Anhang A). Die darauf folgende Testbatterie beinhaltet neben dem BI alle Instrumente, die im zweiten Schritt der Ersterhebung vorgegeben wurden (siehe Anhang C). Darüber hinaus umfasst das Follow-up-Inventar verschiedene Fragen zu Art und Ablauf der eventuell ergriffenen somatischen Behandlungsmaßnahmen und der Zufriedenheit mit den Ergebnissen der Behandlung (für MF und FM unterschiedliche Versionen). Außerdem wurden die Kurzversion des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung (F-SozU; Fydrich et al., 2007; Anhang F), die im folgenden Kapitel ausführlich beschrieben wird, und ein Fragebogen zur Erfassung der Sexualität, auf den hier nicht näher eingegangen wird, hinzugefügt.

Zum Abgleich der Erfassung der ergriffenen Behandlungsmaßnahmen wurden im Rahmen der Follow-up-Erhebung die behandelnden Therapeut_innen über die Art der seit Ersterhebung in Anspruch genommenen körpermedizinischen Interventionen der Studienteilnehmenden befragt.

Im Anschluss an die Erhebung wurden die pseudonymisierten Angaben der Teilnehmenden mit den entsprechenden Daten der Ersterhebung verknüpft und in eine ausschließlich für ENIGI Mitarbeiter_innen zugängliche Datenmatrix hochgeladen.

6.2 Stichprobenbeschreibung

In der untersuchten Stichprobe befinden sich Personen aus den Genderkliniken in Hamburg, Gent und Amsterdam. Aufgrund von Differenzen in der Art der Datenerhebung im Rahmen der Follow-up-Untersuchung stehen keine Daten von Personen aus der Genderklinik in Oslo zur Verfügung. Die Gesamtstichprobe der ENIGI Follow-up-Studie umfasst 201 Personen, die zwischen 2007 und 2009 zur Erstvorstellung in einer der drei Kliniken erschienen sind und sich später bereit erklärten, an der Nachuntersuchung teilzunehmen. Für die vorliegende Untersuchung wurden diejenigen Personen ausgeschlossen, die zum ersten Zeitpunkt (t_0) nicht die DSM-IV-TR Kriterien einer Geschlechtsidentitätsstörung erfüllten, unter 17 Jahren alt waren oder in der Vergangenheit bereits geschlechtsangleichende Behandlungsmaßnahmen ergriffen hatten. Darüber hinaus wurden jene Personen nicht in der statistischen Analyse berücksichtigt, die mindestens in einem der Fragebögen (SCL-90-R und F-SozU) mehr als 10% fehlende Antworten aufwiesen. Nach Ausschluss der jeweiligen Personen beträgt die finale Stichprobengröße der Untersuchung $N = 109$ mit 30 FM und 79 MF (Sexratio = 1: 2.6). In der finalen Stichprobe befinden sich 13 Personen (11.9%) aus der Klinik in Hamburg, 40 Personen (36.7%) aus der Klinik in Gent und 56 Personen (51.4%) aus der Klinik in Amsterdam. Für die statistische Analyse der einzelnen Items des BIs (Items zur Erfassung der soziodemographischen Daten und der sozialen Kontakte) kann die Stichprobengröße teilweise minimal abweichen, da nicht alle Personen alle Items bearbeitet haben. Im Folgenden wird die jeweilige Stichprobengröße angegeben.

6.3 Soziodemographische Daten

Die folgende Darstellung der soziodemographischen Informationen bezieht sich auf den Zeitpunkt der Erstvorstellung (t_0). Lediglich die Informationen bezüglich der seit Erstvorstellung durchgeführten körpermedizinischen Behandlungsmaßnahmen stammen vom Zeitpunkt der Follow-up-Untersuchung (t_1).

Die Beschreibung der Variablen erfolgt jeweils für die Gesamtstichprobe sowie getrennt für die Gruppen der MF und FM.

Alter

In der Gesamtstichprobe ($N = 109$) befinden sich Personen zwischen 17 und 70 Jahren. Das durchschnittliche Alter beträgt $M = 36.84$ Jahre mit einer Standardabweichung (SD) von 12.16 und der Median (MD) liegt bei einem Wert von 37 Jahren. In der Gruppe der MF ($n = 79$) beträgt das Durchschnittsalter 38.57 Jahre ($SD = 12.17$) und der Median 40 Jahre. Der Altersrange reicht von 17 bis 70 Jahren. FM ($n = 30$) haben einen Altersmittelwert von 32.30 Jahren ($SD = 11.14$), einen Median von 29.50 und ein Altersrange von 17 bis 57 Jahren. Mittels Mann-Whitney-U-Test konnte ein signifikanter Unterschied zwischen MF und FM hinsichtlich des Alters ermittelt werden ($U = 847$, $p = .022$). Es zeigt sich, dass die Gruppe der FM signifikant jünger ist als die Gruppe der MF. In Abbildung 1 ist die Altersverteilung für die Gruppen der MF und FM dargestellt.

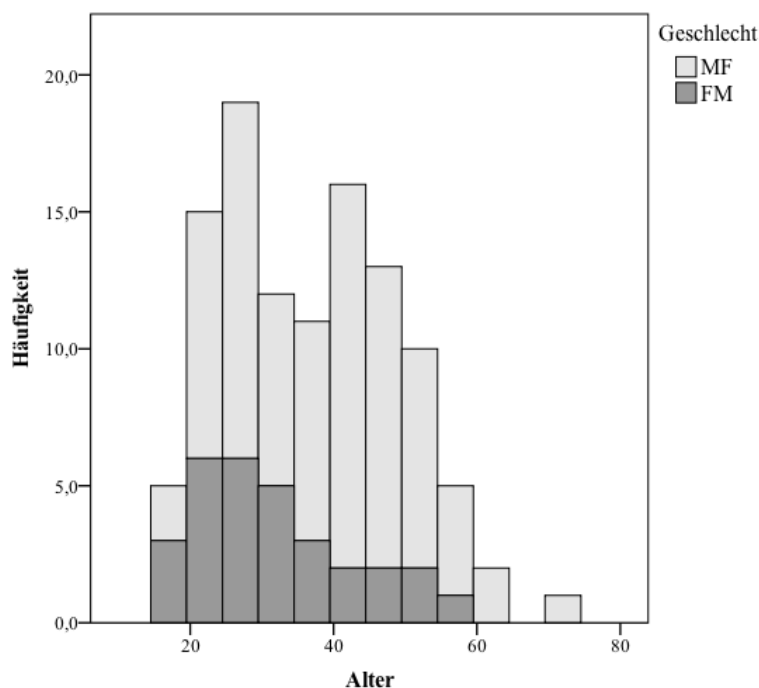


Abbildung 1. Altersverteilung für MF und FM

Age of onset

Von den 109 Personen der Gesamtstichprobe konnten 13 (11.9%) anhand des DIAs keiner eindeutigen *age-of-onset*-Gruppe zugeordnet werden¹⁴. Vierundvierzig Personen (40.4%) wurden der *early onset*-, 39 (35.8%) der *late onset*-Gruppe und 13 (11.9%) der Residualgruppe zugeordnet. In der MF Gruppe ($n=68$) befanden sich 20 (29.4%) Personen mit einem *early*

¹⁴ Diese 13 Personen erfüllten laut DIA zwar die Kriterien einer GID, konnten aber keiner *age of onset*-Gruppe (*early onset*, *late onset*, *residual*) zugeordnet werden.

onset und 38 (55.9%) mit einem *late onset*. Zehn (14.7%) Personen wurden der Residualgruppe zugeteilt. Unter den FM ($n = 28$) hatten 24 Personen (85.7%) *early onset* und eine Person (3.6%) einen *late onset*. Drei Personen (10.7%) gehörten der Residualgruppe an (siehe Abbildung 2). Laut Chi-Quadrat-Test stellt sich der Unterschied zwischen den zwei Gruppen als signifikant heraus ($\chi^2 = 27.31$, $p < .001$). Während die meisten MF einen *late onset* aufweisen, hat nur eine Person der FM einen *late onset*. Unter den FM weist die große Mehrheit einen *early onset* auf.

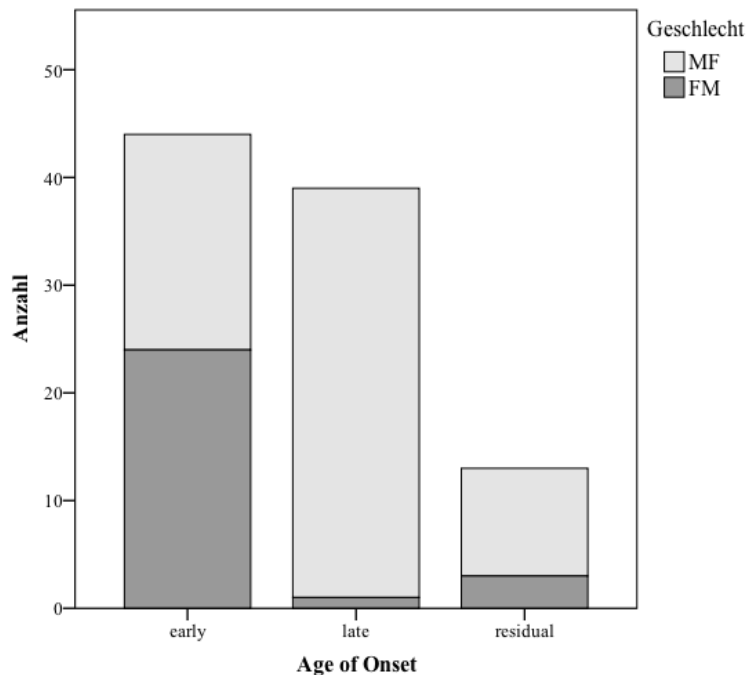


Abbildung 2. Age of onset für MF und FM

Familienstand

Zum Zeitpunkt der Erstvorstellung gaben 58 Personen (53.2%) an ledig/single zu sein, 24 (22%) verheiratet zu sein, 15 (13.8%) in einer festen Partnerschaft zu leben, acht (7.3%) geschieden zu sein und vier (3.7%) gaben an in sonstigen Beziehungsformen zu leben.

Nach Fischer's Exact bestehen keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen MF und FM hinsichtlich des Familienstandes ($\chi^2 = 7.381$, $p = .095$).

In der Gruppe der MF ($n=79$) sind laut Selbstausskunft 41 Personen (51.9%) ledig/single, acht (10.1%) in einer festen Partnerschaft, 21 (26.6%) verheiratet, sieben (8.9%) geschieden und zwei (2.5%) in sonstigen Beziehungsformen. Von den 30 FM gaben 17 (56.7%) an, ledig/single zu sein, sieben (23.3 %) in einer festen Partnerschaft zu leben, drei (10%) verheiratet zu sein, eine (3.3%) geschieden zu sein und zwei (6.7%) in sonstigen Beziehungsformen zu leben. In Abbildung 3 ist der Familienstand für MF und FM gemeinsam abgebildet.

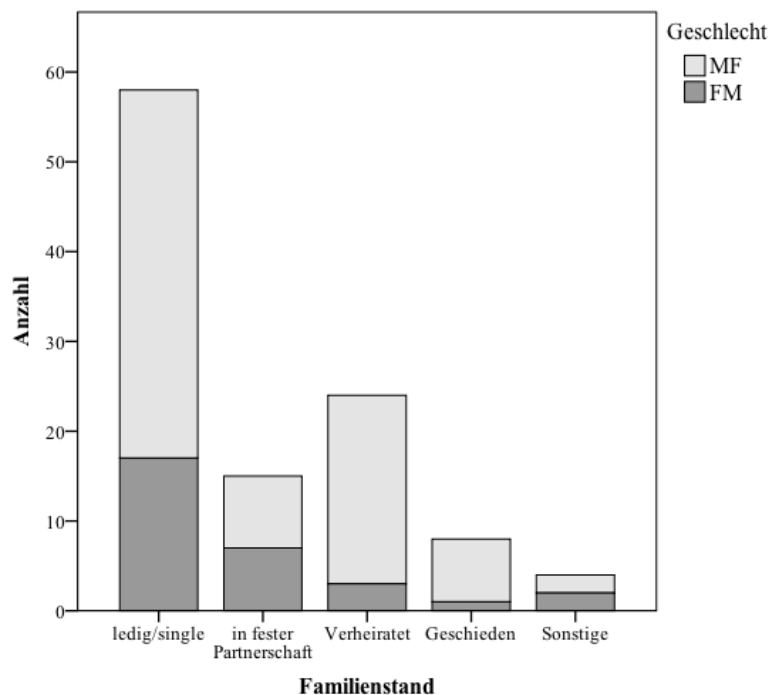


Abbildung 3. Familienstand für MF und FM

Bildungsstand

Mit dem Ziel, die Unterschiede der Bildungssysteme der drei Länder (Deutschland, Niederlande, Belgien) anzugleichen, wurden die länderabhängigen Antwortalternativen im Nachhinein zu drei Kategorien des Bildungsstands zusammengefasst. Das niedrige Bildungsniveau entspricht der Absolvierung der Pflichtschule, das mittlere Bildungsniveau dem Erlangen der mittleren Reife oder des Abiturs, und das hohe Bildungsniveau bezieht sich auf das Besuchen von weiterführenden, höheren Schulen und Universitäten.

Von den 108 Personen, die Angaben zu ihrem Bildungsstand machten, haben 12 (11.1%) ein niedriges, 49 (45.4%) ein mittleres und 47 (43.5%) ein hohes Bildungsniveau. Unter den 30 FM können vier Personen (13.3%) einem niedrigen, 14 (46.7%) einem mittleren und 12 (40%) einem hohen Bildungsstand zugeordnet werden. In der Gruppe der MF haben acht Personen (10.3%) ein niedriges, 35 (44.9%) ein mittleres und 35 (44.9%) ein hohes Bildungsniveau. Hinsichtlich des Bildungsstands können mittels des Chi-Quadrat-Tests keine signifikanten Unterschiede zwischen MF und FM festgestellt werden ($\chi^2 = 318$, $p = .853$).

In Abbildung 4 ist das Bildungsniveau für die Gruppen der MF und FM dargestellt.

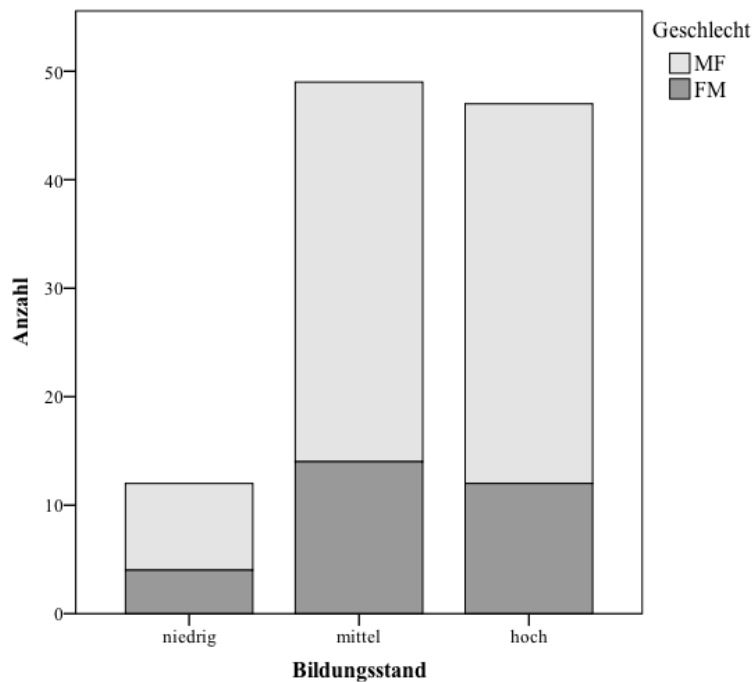


Abbildung 4. Bildungsstand für MF und FM

Erwerbstätigkeit

Die Erwerbstätigkeit wurde in Anlehnung an Kreukels et al. (2012) in zwei Kategorien unterteilt. Als erwerbstätig gelten jene Personen, die Voll- bzw. Teilzeit angestellt oder in Ausbildung sind und als nicht erwerbstätig gelten diejenigen, die krankgeschrieben, frühberentet oder arbeitslos sind.

Von den 108 Personen, die Angaben zur Erwerbstätigkeit machten, sind 81 (75%) erwerbstätig und 27 (25%) nicht erwerbstätig. In der Gruppe der MF ($n = 79$) befinden sich 60 (75.9%) erwerbstätige und 19 (24.1%) nicht erwerbstätige Personen. Von den 29 FM gaben 21 (72.4%) an, erwerbstätig zu sein und acht (27.6%) nicht erwerbstätig zu sein.

Die zwei Gruppen unterscheiden sich bezüglich der Erwerbstätigkeit nicht signifikant voneinander ($\chi^2 = .141$, $p = .707$). In Abbildung 5 ist die Erwerbstätigkeit für MF und FM abgebildet.

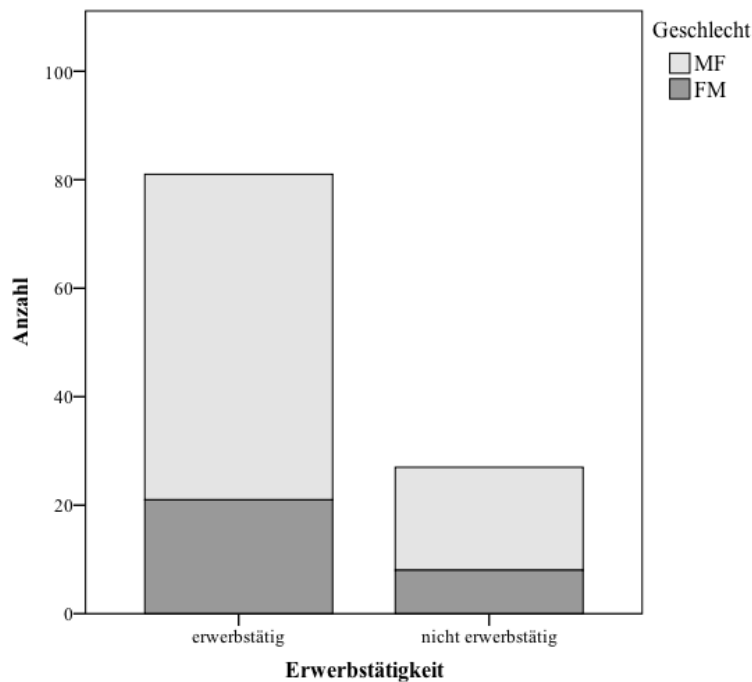


Abbildung 5. Erwerbstätigkeit für MF und FM

Sexuelle Orientierung

Die Kategorisierung der sexuellen Orientierung bezieht sich nicht auf das Geburtsgeschlecht, sondern auf das bevorzugte Geschlecht der befragten Personen (siehe Kapitel 2.3). Personen, die sich vorwiegend zu Frauen hingezogen fühlen, werden als gynäphil und Personen, die sich zu Männern hingezogen fühlen, werden als androphil bezeichnet. Bisexuelle Personen, deren sexuelle Orientierung sich sowohl auf Frauen als auch auf Männer bezieht, werden als gynandrophil beschrieben. Außerdem gibt es noch die Kategorie für Personen, deren sexuelles Interesse sich auf transgender Personen bezieht.

108 Personen der Gesamtstichprobe machten Angaben zu ihrer sexuellen Orientierung. Einundvierzig Personen (38%) geben an gynäphil zu sein, 14 (13%) beschreiben sich als gynandrophil und 40 (37%) als androphil. Zwölf (11.1%) Personen fühlten sich vorrangig zu transgender Personen hingezogen und eine Person (0.9%) wählte die Antwortalternative „keine Angaben“. MF und FM unterscheiden sich signifikant in Bezug auf die sexuelle Orientierung ($\chi^2 = 39.61$, $p < .001$). Während sich die Mehrheit der FM als gynäphil (83.3%) beschreibt, gibt die Mehrheit der MF an androphil (51.3%) zu sein. Von den MF ($n=78$) gaben 20.5% an, sich zu Frauen hingezogen zu fühlen (gynäphil), unter den FM ($n=30$) befindet sich keine Person, die sich als androphil bezeichnet. Als gynandrophil bezeichnen sich 15.4% der MF und 6.7% der FM. 11.5% der MF und 10% der FM gaben an, sich von transgender Personen angezogen zu fühlen (siehe Abbildung 6).

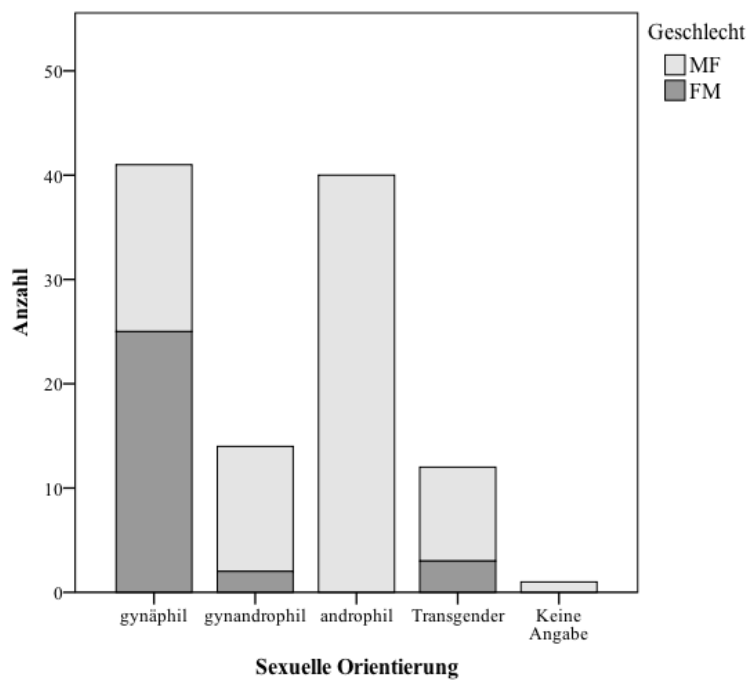


Abbildung 6. Sexuelle Orientierung für MF und FM

Geschlechtsangleichende körpermedizinische Behandlungsmaßnahmen

Wie in Tabelle 2 ersichtlich, befinden sich in der untersuchten Gesamtstichprobe ($N=109$) zehn Personen (9.2%), die keine Behandlung seit t0 ergriffen haben, 19 (17.4%) die ausschließlich eine Hormontherapie in Anspruch genommen haben und 80 (73.4%), die sowohl eine Hormonbehandlung als auch mindestens eine geschlechtsangleichende Operation in Anspruch genommen hatten. In der Gruppe der MF ($n = 79$) haben zehn Personen (12.7%) keine Behandlung, 16 (20.3%) ausschließlich eine Hormonbehandlung und 53 (67.1%) sowohl eine Hormonbehandlung als auch mindestens eine geschlechtsangleichende Operation seit t0 ergriffen. Unter den FM ($n = 30$) befindet sich keine Person, die keine Behandlung seit Erstvorstellung ergriffen hat. Die große Mehrheit der FM (90%) hat eine Hormontherapie und mindestens eine geschlechtsangleichende Operation in Anspruch genommen. Drei Personen (10%) haben sich ausschließlich hormonell behandeln lassen (siehe Tabelle 2).

Die Unterschiede zwischen MF und FM sind laut Chi-Quadrat Test ($\chi^2 = 6.66$, $p = .036$) signifikant. Das Geschlecht und die Art der Behandlung sind nicht unabhängig voneinander.

Tabelle 2

Anzahl der Personen (Prozentangabe) in den drei Behandlungsgruppen, getrennt für MF und FM und für die Gesamtstichprobe

Behandlung	MF (n=79)	FM (n=30)	Gesamt (N=109)
Keine Behandlung	10 (12.7)	-	10 (9.2)
Hormone	16 (20.3)	3 (10)	19 (17.4)
Hormone + Op	53 (67.1)	27 (90)	80 (73.4)

6.4 Erhebungsverfahren

6.4.1 Biographisches Inventar (BI)

Bei dem Biographischen Inventar (BI) handelt es sich um eine für das ENIGI Projekt adaptierte Version des *Dutch Biographic Questionnaire on Transsexualism* (Doorn et al., 1994), einem biographischen Fragebogen, der speziell für transsexuelle Personen entwickelt wurde. Mittels des Verfahrens werden Angaben zu soziodemographischen Informationen, sozialen Kontakten, psychischen und physischen Belastungen, zur psychosexuellen Entwicklung, Sexualität, zu Beziehungen und medizinischen Behandlungen erfasst. Da es sich teilweise um geschlechtsspezifische Fragen handelt, liegen für MF und FM unterschiedliche Versionen des Inventars vor (Kreukels et al., 2012).

In der vorliegenden Untersuchung wurden neben den soziodemographischen Informationen (Alter, Familienstand, Bildungsstand, Erwerbstätigkeit, sexuelle Orientierung) die Items zu den sozialen Kontakten ausgewertet. Für die Analyse der sozialen Kontakte wurden vier der insgesamt neun Items aus diesem Bereich ausgewählt, die im weiteren Verlauf mit den Nummern eins bis vier gekennzeichnet werden.

Das Item 1 („Treffen Sie sich mit anderen Transsexuellen?“) weist ein dichotomes Antwortformat („ja“/„nein“) auf. Die Items 2-4 beinhalten jeweils vier Antwortkategorien. Die Frage „Wie viele enge Freunde haben Sie, mit denen Sie offen über Ihre Probleme sprechen können?“ (Item 2) kann mit den Alternativen „keine“, „1 bis 2“, „3 bis 10“ „mehr als 10“ beantwortet werden. Das Item 3 („Wie ist Ihr Kontakt zur näheren Familie/den für Sie wichtigsten Familienmitgliedern?“) umfasst die Antwortmöglichkeiten „schlecht“, „nicht sehr gut“, „gut“

und „sehr gut“ und das Item 4 („Fühlen Sie sich zur Zeit einsam?“) die Kategorien: „immer“, „regelmäßig“, „manchmal“ und „nie“.

6.4.2 Symptom-Checkliste 90-R (SCL-90-R)

Die Symptom-Checkliste 90-R (SCL-90-R; Franke, 2002) ist ein im klinischen Alltag häufig angewandtes Inventar zur Erfassung der selbstbeurteilten psychischen Belastung bedingt durch körperliche und psychische Symptome in einem Zeitraum von sieben Tagen.

Das Verfahren umfasst 90 Items, in denen verschiedene körperliche und psychische Symptome beschrieben werden. Dabei soll auf einer fünfstufigen Skala von 0-4 (von „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“) das Ausmaß der Beeinträchtigung bedingt durch die beschriebenen Inhalte beurteilt werden. Die Itemwerte können im Rahmen der Auswertung auf neun verschiedenen Skalen zusammengefasst werden: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, Aggressivität, Phobische Angst, Unsicherheit, Psychotizismus und Paranoides Denken. Darüber hinaus kann ein globaler Kennwert des psychischen Belastungserlebens (*Global Severity Index*, GSI) über alle Skalen ermittelt werden. Der GSI kann als Indikator für das insgesamt berichtete Ausmaß an psychischer Belastung interpretiert werden. (Franke, 2002). Der GSI und die neun Skalenwerte können Werte zwischen 0.00 und 4.00 annehmen, wobei höhere Werte auf ein höheres Ausmaß an psychischer Belastung hindeuten.

Zum Vergleich mit einer repräsentativen Normstichprobe ($N=2141$) können die Testwerte in T -Werte transformiert werden. Es liegen sowohl alters- als auch geschlechtsspezifische Normtabellen vor. Zur Fallinterpretation werden laut des Manuals Testwerte über 1.00 oder T -Werte über 63 als klinisch auffällig angesehen. Ein klinisch auffälliger Wert deutet auf eine überdurchschnittlich hohe psychische Belastung hin, jedoch nicht zwingend auf eine psychiatrische Diagnose (ebd.).

In mehreren sowohl klinischen als auch nicht-klinischen Stichproben erwies sich die Reliabilität für den Gesamtindex GSI (Chronbach's $\alpha = .96 - .98$) als sehr gut (ebd.). Deutliche Korrelationen mit ähnlichen psychodiagnostischen Verfahren und fehlende relevante Zusammenhänge mit divergierenden Konstrukten in sieben untersuchten klinischen und nicht-klinischen Stichproben sprechen für die Validität der SCL-90-R (ebd.).

6.4.3 Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU)

Der Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU; Fydrich et al., 2007) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der wahrgenommenen oder antizipierten sozialen Unterstützung durch das soziale Umfeld einer Person. Neben einer Standardversion (S-54) liegen zwei zeitökonomische Kurzformen des Inventars (K-22 und K-14) vor.

In der vorliegenden Untersuchung wurde die Version K-22 vorgelegt. Diese Kurzversion setzt sich aus den Unterskalen: Emotionale Unterstützung, Praktische Unterstützung, Soziale Integration, Verfügbarkeit einer Vertrauensperson und Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung zusammen und umfasst insgesamt 22 Items. Die Items weisen einen Aussagecharakter auf (Beispiel: „Ich habe Freunde/Angehörige, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte“) und sollen auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „trifft nicht zu“ bis „trifft genau zu“ beurteilt werden. Über alle Items hinweg lässt sich ein Gesamtwert der wahrgenommenen sozialen Unterstützung berechnen, der Werte zwischen 1.00 und 5.00 annehmen kann. Höhere Werte deuten hierbei auf eine höhere wahrgenommene Unterstützung durch das Umfeld hin. Für die Interpretation werden die Testwerte in Prozentränge umgewandelt, wobei laut Manual Prozentränge zwischen 16 und 84 als unauffällig gelten. Um eine hohe Reliabilität zu bewahren, wird im Rahmen der Kurzversion empfohlen ausschließlich den Gesamtwert und nicht die einzelnen Unterskalenwerte auszuwerten. Zum Vergleich der Gesamtwerte mit der Normpopulation liegen altersspezifische geschlechtsunabhängige Tabellen vor, die aus einer repräsentativen Stichprobe ($N=2507$) stammen (Fydrich et al., 2007).

In Hinblick auf die Reliabilität der K-22 werden im Manual für die innere Konsistenz (Chronbach's $\alpha = .91$) und die Split-Half Konsistenz (.88) zufriedenstellende bis gute Werte angegeben (ebd.). Die Befunde aus mehreren umfangreichen Untersuchungen sprechen für eine faktorielle, differenzielle, konvergente und diskriminante Validität des Verfahrens (Dunkel, Antretter, Fröhlich-Walser & Haring, 2005; Fydrich et al., 2007).

6.4.4 Erfassung der geschlechtsangleichenden körpermedizinischen Behandlungsmaßnahmen

Im Zuge der Follow-up-Untersuchung wurden sowohl alle Studienteilnehmenden als auch die behandelnden Kliniker_innen bezüglich der seit Erstvorstellung ergriffenen geschlechtsangleichenden Behandlungsmaßnahmen befragt. Die Selbstauskunft der befragten Personen bezüglich jener Maßnahmen wird in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt, da

es innerhalb des Follow-up-Onlinefragebogens aufgrund von nicht eindeutigen Formulierungen zu Schwierigkeiten der Erfassung der selbstangegebenen Behandlungsmaßnahmen kam. Dementsprechend stammen die Informationen über die in Anspruch genommenen Interventionen der Teilnehmenden von den behandelnden Kliniker_innen. Die Kliniker_innen sollten unter Zuhilfenahme der Patientenakten, Angaben über die gegengeschlechtliche Hormonbehandlung und die Durchführung von geschlechtsangleichenden Operationen der befragten Personen machen. Aus diesen Informationen ergeben sich folgende Behandlungsgruppen: keine medizinische Behandlung („KB“), ausschließlich Hormonbehandlung („H“) und Hormonbehandlung und mindestens eine geschlechtsangleichende Operation („H+Op“).

6.5 Untersuchungsdesign

Im Querschnitt, jeweils zu t0 und zu t1, sollen zunächst alle erhobenen Variablen deskriptiv erfasst werden. Zudem sollen mögliche Unterschiede zwischen MF und FM und zwischen den verschiedenen Behandlungsgruppen hinsichtlich der Variablen und die Zusammenhänge zwischen den Variablen untersucht werden. Da der F-SozU zur Erfassung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung nur zu t1 vorgegeben wurde, beziehen sich die querschnittlichen Analysen zu t0 auf die sozialen Kontakte und das psychische Belastungserleben.

Im Rahmen der längsschnittlichen Analysen sollen mögliche Unterschiede zwischen t0 und t1 innerhalb der Behandlungsgruppen untersucht werden. Auch hier kann die wahrgenommene soziale Unterstützung nicht berücksichtigt werden, da der F-SozU zu t0 nicht vorgegeben wurde. Die sozialen Kontakte werden ebenfalls nicht im Längsschnitt erfasst, da sich die Items des BIs aufgrund ihrer eingeschränkten Aussagekraft nicht sehr gut für derartige Analysen eignen. Folglich werden die längsschnittlichen Untersuchungen zu den Veränderungen zwischen t0 und t1 innerhalb der Behandlungsgruppen ausschließlich hinsichtlich des psychischen Belastungserlebens durchgeführt.

Alle Analysen sollen hierbei entsprechend der ENIGI-Standards getrennt für MF und FM durchgeführt werden.¹⁵

¹⁵ In den ENIGI Untersuchungen ist es üblich MF und FM getrennt voneinander zu untersuchen. Darüber hinaus erscheint es angesichts der Hinweise aus der Forschungsliteratur über mögliche Differenzen zwischen MF und FM sinnvoll, sie nicht als homogene Gruppe zu betrachten.

6.6 Statistische Methode

Die statistische Analyse wird mit dem Statistikprogram SPSS 19.0 durchgeführt. Das Signifikanzniveau wird mit 5% festgelegt. Bei einem signifikanten Ergebnis ($p < .05$) wird die Nullhypothese (H_0) zugunsten der Alternativhypothese (H_1) verworfen. Die Beschreibung der Stichprobe in Bezug auf die soziodemographischen Daten erfolgt hauptsächlich deskriptiv anhand von Häufigkeitsangaben und Mittelwerten. Für die Prüfung von Unterschiedshypothesen zwischen zwei Gruppen wird bei kategorialen Daten ein Chi-Quadrat-Test berechnet bzw. ein Exakter Fisher-Test, wenn die Zellenhäufigkeiten zu klein (< 5) sind. Für die Analyse von intervallskalierten Daten sollen parametrische Verfahren zur Prüfung der Hypothesen angewandt werden, sofern die Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Wenn die Voraussetzungen nicht erfüllt sind, kommen nonparametrische Verfahren zum Einsatz. Die für die Berechnung von parametrischen Verfahren notwendige Voraussetzung der Normalverteilung wird anhand des Kolmogorow-Smirnow-Tests (K-S-Test) und die Voraussetzung der Homogenität der Varianzen anhand des Levene-Tests geprüft. Ein nicht signifikantes Ergebnis spricht für eine Normalverteilung der Daten bzw. für die Homogenität der Varianzen. Dementsprechend soll zur Prüfung von Unterschiedshypothesen zwischen zwei Gruppen bei intervallskalierten, normalverteilten Daten ein *t*-test für unabhängige Stichproben gerechnet werden. Sollten die Voraussetzungen für einen *t*-test nicht gegeben sein, wird alternativ ein Mann-Whitney-U-Test berechnet. Zur Prüfung von Unterschiedshypothesen bei mehr als zwei unabhängigen Gruppen wird bei erfüllten Voraussetzungen eine Varianzanalyse durchgeführt, andernfalls der nonparametrische Kruskal-Wallis-Test. Sollten sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen zeigen, werden im Anschluss an die Varianzanalyse Post-Hoc-Tests berechnet, um herausstellen, welche Gruppen sich voneinander unterscheiden. Wurde ein Kruskal-Wallis-Test berechnet, werden darauf hin drei Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt, um die Gruppen miteinander zu vergleichen. Die Zusammenhänge zwischen zwei intervallskalierten, normalverteilten Variablen werden anhand einer Pearson Korrelation ermittelt. Bei nicht intervallskalierten Variablen wird eine Spearman Rangkorrelation berechnet. Die längsschnittlichen Vergleiche werden bei gegebenen Voraussetzungen mittels *t*-Tests für abhängige Stichproben berechnet und bei nicht Erfüllung der Voraussetzungen anhand des Wilcoxon-Tests. Fehlende Werte (unter 10%) in den Erhebungsinstrumenten (SCL-90-R und F-SozU) wurden durch den Median des jeweiligen Items ersetzt. Personen mit mehr als 10% fehlender Werte wurden aus der Analyse ausgeschlossen. Für die statistische Analyse der einzelnen Items wurden keine fehlenden Werte ersetzt. Die Auswertung erfolgt jeweils für die Anzahl an Personen, die das Item beantwortet haben.

7. Ergebnisse

7.1 Vergleich MF und FM

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Unterschiede zwischen MF und FM bezüglich der sozialen Kontakte, der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und des psychischen Belastungserlebens zu beiden Zeitpunkten dargestellt. Zunächst werden die Ergebnisse der Items des BIs angeführt und anschließend die Ergebnisse des F-SozUs und der SCL-90-R.

Item 1: Treffen Sie sich mit anderen Transsexuellen?

Zum ersten Zeitpunkt (t0) haben 78 MF und 30 FM ($N = 108$) das Item „Treffen Sie sich mit anderen Transsexuellen?“ beantwortet. Von den MF geben 33.3% und von den FM 60% an, sich mit anderen transsexuellen Personen zu treffen. Laut Selbstangabe treffen sich 66.7% der MF und 40% der FM nicht mit anderen transsexuellen Personen. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind laut Chi-Quadrat-Test signifikant ($\chi^2 = 6.38, p = .016$). FM treffen sich zu t0 signifikant häufiger mit anderen transsexuellen Personen als MF. In Tabelle 3 sind die genauen Häufigkeitsangaben ersichtlich.

Zu t1 haben alle Teilnehmenden ($N = 109$) das Item bearbeitet. In der Gruppe der MF beantworten 41.8% der Personen das Item mit „ja“ und 58.2% mit „nein“. Von den FM gaben 43.3% an, sich mit anderen transsexuellen Personen zu treffen und 56.7% sich nicht mit anderen transsexuellen Personen zu treffen. Die genauen Häufigkeitsangaben sind in Tabelle 4 angeführt. Der Chi-Quadrat-Test liefert kein signifikantes Ergebnis ($\chi^2 = .022, p = 1.00$). Zu t1 unterscheiden sich MF und FM nicht signifikant bezüglich des Item 1.

Tabelle 3

Vierfeldertafel, Geschlecht x Kontakt zu anderen Transsexuellen zu t0

		Treffen Sie sich mit anderen Transsexuellen? (t0)		
		nein	ja	Gesamt
Geschlecht	MF	52	26	78
	FM	12	18	30
Gesamt		64	44	108

Tabelle 4

Vierfeldertafel, Geschlecht x Kontakt zu anderen Transsexuellen zu t1

		Treffen Sie sich mit anderen Transsexuellen? (t1)		
		nein	ja	Gesamt
Geschlecht	MF	46	33	79
	FM	17	13	30
Gesamt		63	46	109

Item 2: Wie viele enge Freunde haben Sie, mit denen Sie offen über ihre Probleme sprechen können?

Sowohl zu t0 als auch zu t1 haben alle teilnehmenden Personen ($N = 109$) das Item 2 beantwortet. Das Item umfasst vier Antwortkategorien: „keine“, „1-2“, „3-10“ und „mehr als 10“ Freunde. Die Antwortkategorien wurden im Nachhinein mit den Werten 1-4 kodiert, wobei höhere Werte für eine größere Anzahl an engen Freunden stehen.

Zu t0 und zu t1 liegt der Median in beiden Gruppen bei einem Wert von 3. Die Werte reichen zu beiden Zeitpunkten und in beiden Gruppen von 1 bis 4.

Mit dem Ziel zu untersuchen, ob sich MF und FM hinsichtlich ihres Antwortverhaltens in dem Item unterscheiden, wurde jeweils zu t0 und t1 ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Weder zu t0 ($U = 1136$, $p = .718$) noch zu t1 ($U = 1161.5$, $p = .862$) zeigt sich ein signifikantes Ergebnis. Zu beiden Zeitpunkten unterscheiden sich MF und FM nicht hinsichtlich der Anzahl an Freunden, mit denen sie offen über ihre Probleme sprechen können.

Item 3: Wie ist Ihr Kontakt zur näheren Familie/den für Sie wichtigsten Familienmitgliedern?

Alle Personen der untersuchten Stichprobe ($N = 109$) machten Angaben bezüglich ihres Kontaktes zur näheren Familie/den wichtigsten Familienmitgliedern zu t0 und zu t1. Die vier Antwortkategorien („schlecht“, „nicht so gut“, „gut“, „sehr gut“) wurden mit den Werten 1-4 kodiert. Höhere Werte sprechen für einen besseren Kontakt zu der Familie/den wichtigsten Familienmitgliedern.

Der Median beträgt zu t0 in der Gruppe der MF und in der Gruppe der FM den Wert 3. Auch zu t1 liegt der Median in beiden Gruppen bei einem Wert von 3. Der Werterange in der Gruppe der MF beträgt zu beiden Zeitpunkten 1 bis 4. In der Gruppe der FM reichen die Werte zu t0 und zu t1 von 2 bis 4.

Die möglichen Unterschiede zwischen MF und FM wurden anhand des Mann-Whitney-U-Test geprüft. Es können keine signifikanten Unterschiede zu t0 ($U = 1165.5$, $p = .884$) und t1 ($U = 1013$, $p = .212$) festgestellt werden. Folglich unterscheiden sich MF und FM nicht in Bezug auf ihren Kontakt zur näheren Familie zu beiden Zeitpunkten.

Item 4: Fühlen Sie sich zur Zeit einsam?

Alle 109 Personen der Stichprobe haben das Item 4 zu beiden Zeitpunkten beantwortet. Auch dieses Item beinhaltet vier Antwortkategorien („immer“, „regelmäßig“, „manchmal“, „nie“), die mit den Werten 1-4 kodiert wurden. Niedrige Werte sprechen für eine häufiger empfundene Einsamkeit. Zu t0 und zu t1 liegt der Median in beiden Gruppen bei einem Wert von 3. Die Werte reichen in beiden Gruppen und zu beiden Zeitpunkten von 1 bis 4.

Die zwei Gruppen wurden anhand des Mann-Whitney-U-Tests hinsichtlich ihrer Ausprägungen in dem Item miteinander verglichen. Die Unterschiede stellen sich weder zu t0 ($U = 1152$, $p = .807$) noch zu t1 ($U = 1127.5$, $p = .676$) als signifikant heraus. In Bezug auf die empfundene Einsamkeit unterscheiden sich FM und MF zu beiden Zeitpunkten nicht voneinander.

Zu den Hypothesen bezüglich der sozialen Kontakte (H1a, H2a)

Zu t0 unterscheiden sich FM und MF hinsichtlich der sozialen Kontakte nur in Bezug auf ihren Kontakt zu anderen transsexuellen Personen. Laut Selbstangabe haben FM zu t0 signifikant mehr Kontakt zu anderen transsexuellen Personen als MF. In Hinblick auf die Anzahl an engen Freunden (Item 2), die Qualität des Kontaktes zur Familie (Item 3) und der empfundenen Einsamkeit (Item 4) zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den zwei Gruppen. Folglich kann die H_{1a} nur für das Item 1 angenommen werden. Für die anderen drei Items wird die H_{0a} beibehalten.

Anders als zu t0 zeigen sich zu t1 keine signifikanten Unterschiede zwischen MF und FM bezüglich ihres Kontaktes zu anderen transsexuellen Personen. Auch bezüglich der Anzahl an engen Freunden, der Qualität des Familienkontakts und der empfundenen Einsamkeit können keine signifikanten Gruppenunterschiede festgestellt werden. Dementsprechend wird die H_{0a} für alle Items beibehalten.

F-SozU

Die Ergebnisdarstellung bezüglich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung bezieht sich auf den Follow-up-Zeitpunkt (t1).

In der Gruppe der MF liegen die Werte in einem Bereich zwischen 1.68 und 5.00. Bei den FM reichen die Gesamtwerte von 1.23 bis 5.00. Der Mittelwert der MF ($n = 79$) liegt bei 3.74 ($SD = .89$) und der Median bei 3.95. Der durchschnittliche Gesamtwert ($M = 3.79$, $SD = .96$) und der Median ($MD = 4.05$) der FM ($n = 30$) sind etwas höher ausgeprägt als bei den MF. In Abbildung 7 sind die Werteverteilungen der Gesamtwerte beider Gruppen dargestellt.

Im Vergleich zur altersunabhängigen Normstichprobe erreichen die MF einen Prozentrang (PR) von 32 und die FM einen PR von 34. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich sowohl MF als auch FM im Vergleich zur Vergleichspopulation als durchschnittlich sozial unterstützt wahrnehmen.

Zur Prüfung der Normalverteilung wurde ein K-S-Test für beide Gruppen gerechnet. Da in einer Gruppe keine Normalverteilung der Werte vorliegt (MF: $D = .129$, $p = .002$; FM: $D = .138$, $p = .152$), wurde zur Prüfung der Unterschiede zwischen MF und FM der parameterfreie Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Der Test liefert kein signifikantes Ergebnis ($U = 1113.5$, $p = .627$). Dementsprechend wird die H_0 beibehalten. FM und MF unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich ihrer wahrgenommenen sozialen Unterstützung zu t1.

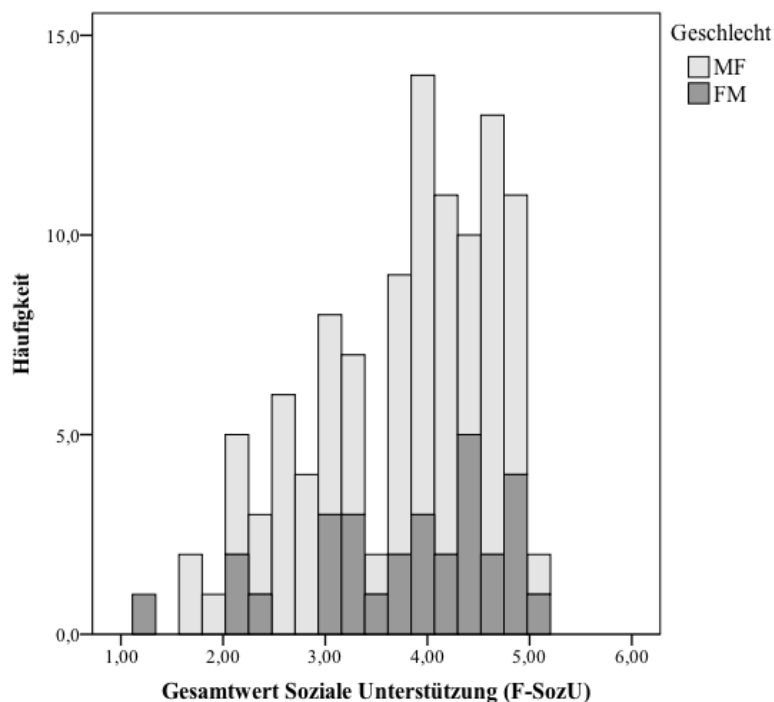


Abbildung 7. Werteverteilung der Gesamtwerte des F-SozUs für MF und FM

SCL-90-R

Zum ersten Zeitpunkt (t0) weisen die MF einen GSI-Mittelwert von .49 ($SD = .55$) auf, was im Vergleich zu einer altersunabhängigen Normpopulation des Geburtsgeschlechts einem T -Wert von 59 entspricht. Der GSI-Mittelwert der FM liegt zu t0 bei einem Wert von .57 ($SD = .55$). Der entsprechende T -Wert der Vergleichspopulation beträgt 56. Zum Follow-up-Zeitpunkt (t1) liegt der GSI-Mittelwert in der Gruppe der MF bei .44 ($SD = .53$) und in der Gruppe der FM bei .55 ($SD = .63$). Die entsprechenden T -Werte liegen bei 58 (MF) und 56 (FM).

In der Tabelle 5 sind die Mittelwerte und die entsprechenden T -Werte der Vergleichspopulation aller Skalen der SCL-90-R für MF und FM zu beiden Zeitpunkten angeführt. Wie in der Tabelle 5 ersichtlich, zeigt sich zu t0 sowohl in der Gruppe der MF als auch in der Gruppe der FM der höchste Mittelwert auf der Skala Depressivität. Die niedrigsten Mittelwerte zeigen sich in beiden Gruppen auf der Skala Phobische Angst. Auch zu t1 zeigt sich der höchste Mittelwert in der Gruppe der MF auf der Skala Depressivität. Bei den FM war der durchschnittliche Wert der Skala Zwanghaftigkeit am höchsten ausgeprägt. Auf der Skala Phobische Angst finden sich auch zu t1 in beiden Gruppen die niedrigsten Mittelwerte.

Tabelle 5

Mittelwerte (T-Werte) der SCL-90-R Skalen für MF und FM zu t0 und t1

SCL-90-R	t0		t1	
	MF (n=79)	FM (n=30)	MF (n=79)	FM (n=30)
GSI	.49 (59)	.57 (56)	.44 (58)	.55 (56)
Somatisierung	.33 (52)	.41 (50)	.35 (52)	.41(50)
Zwanghaftigkeit	.57 (57)	.69 (57)	.53 (56)	.79 (58)
Unsicherheit	.58 (58)	.76 (58)	.55 (58)	.69 (56)
Depressivität	.89 (64)	.86 (58)	.69(61)	.75 (57)
Ängstlichkeit	.39 (58)	.49 (55)	.31(55)	.43 (54)
Aggressivität/Feindseligkeit	.24 (52)	.43 (54)	.32 (55)	.39 (53)
Phobische Angst	.18 (56)	.24 (54)	.21 (57)	.26 (54)
Paranoides Denken	.52 (55)	.58 (54)	.50 (55)	.68 (56)
Psychotizismus	.40 (61)	.45 (59)	.32 (58)	.42 (58)

In Tabelle 6 sind getrennt für MF und FM die Anzahl an Personen mit auffälligen Werten im GSI und den einzelnen Skalen (Skalenwert ≥ 1.00 oder $T\text{-Wert} \geq 63$) zu beiden Zeitpunkten angeführt.

Einen klinisch auffälligen GSI-Wert haben 10.1% der MF und 20% der FM zu t0. Zum zweiten Zeitpunkt zeigen 11.4% der MF und 23.3% der FM einen auffälligen GSI-Wert. Auf den einzelnen Skalen reichte die Anzahl an Personen mit auffälligen Werten zu t0 von 2.5% bis 39.2% in der MF-Gruppe und von 3.3% bis 26.7% in der FM-Gruppe. Zu t1 liegt die Anzahl an Personen mit auffälligen Werten auf den neun Skalen zwischen 6.3% und 19.9% unter den MF und zwischen 6.7% und 26.7% unter den FM.

Tabelle 6

Anzahl (in Prozent) an Personen mit klinisch auffälligen Werten (Skalenwert ≥ 1.00 oder T-Wert ≥ 63) auf den einzelnen Skalen der SCL-90-R zu t0 und t1

SCL-90-R	t0		t1	
	MF	FM	MF	FM
	(n=79)	(n=30)	(n=79)	(n=30)
GSI	10.1	20	11.4	23.3
Somatisierung	8.9	10.0	6.3	16.7
Zwanghaftigkeit	17.7	26.7	15.2	20
Unsicherheit	16.5	20	17.7	23.3
Depressivität	39.2	23.3	19.9	26.7
Ängstlichkeit	11.4	20	5.1	13.3
Aggressivität/Feindseligkeit	3.8	13.3	6.3	13.3
Phobische Angst	2.5	3.3	2.5	6.7
Paranoides Denken	13.9	20.0	13.9	23.3
Psychotizismus	12.7	13.3	11.4	16.7

Zur Prüfung der Hypothesen 3a und 4a sollte bei Erfüllung der Voraussetzungen ein t -Test für unabhängige Stichproben gerechnet werden. Da laut K-S-Test sowohl zu t0 (MF: $D = .119$, $p = .007$; FM: $D = .217$, $p = <.001$) als auch zu t1 (MF: $D = .198$, $p = <.001$; FM: $D = .242$, $p = <.001$) die GSI-Werte in den zwei Gruppen nicht normalverteilt sind, wurde jeweils ein Mann-Whitney-U-Test gerechnet.

Zu t0 liefert der Mann-Whitney-U-Test kein signifikantes Ergebnis ($U = 1135$, $p = .734$). FM und MF unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich ihrer GSI-Werte (MF: $MD = .41$; FM: $MD = .34$) zu t0. Auch zu t1 kann kein signifikanter Unterschied zwischen MF ($MD = .27$) und FM ($MD = .29$) festgestellt werden ($U = 1131$, $p = .714$). Sowohl die H_{03a} als auch die H_{04a} werden entsprechend beibehalten. Zu beiden Zeitpunkten unterscheiden sich MF und FM nicht hinsichtlich des psychischen Belastungserlebens.

7.2 Zusammenhänge zwischen dem psychischen Belastungserleben und der sozialen Unterstützung

Nachfolgend werden die verschiedenen Zusammenhänge zwischen dem psychischen Belastungserleben und den sozialen Kontakten/der wahrgenommenen sozialen Unterstützung jeweils zu beiden Zeitpunkten und getrennt nach Geschlecht dargestellt werden.

Da die Gesamtwerte beider Fragebögen (SCL-90-R und F-SozU) in der MF und FM Gruppe nicht normalverteilt sind und die Items des BIs ein Rangskalenniveau aufweisen, wurden ausschließlich Spearman Rangkorrelationen zur Prüfung der Hypothesen berechnet.

Zusammenhänge zwischen dem psychischen Belastungserleben und den sozialen Kontakten

Jeweils zu t0 und t1 wurden getrennt für die Gruppen der MF und FM die Zusammenhänge zwischen den vier Items des BIs zu den sozialen Kontakten und dem GSI berechnet. Die Zusammenhänge zu t0 sind in der Tabelle 7 angeführt.

Tabelle 7

Spearman Rangkorrelationen zwischen dem GSI und den Items des BIs zu t0

Variablen	r_s	
	MF	FM
GSI & Item 1	.11	.17
GSI & Item 2	-.32**	-.49**
GSI & Item 3	-.29*	-.29
GSI & Item 4	-.48**	-.76**

Anmerkung: * $p < .05$, ** $p < .01$, Item 1: Kontakt zu anderen Transsexuellen, Item 2: Anzahl an engen Freunden, Item 3: Qualität des Kontaktes zur Familie, Item 4: Einsamkeitsempfinden

Wie in Tabelle 7 ersichtlich, zeigen sich keine signifikanten Korrelationen in beiden Gruppen zwischen dem GSI und dem Item 1. Zu t0 hängt das psychische Belastungserleben nicht signifikant mit dem Kontakt zu anderen Transsexuellen zusammen.

Ein signifikanter, negativer Zusammenhang besteht zwischen dem GSI und dem Item 2 zu t0 in beiden Gruppen. Zu beachten ist, dass höhere GSI-Werte für ein höheres psychisches Belastungserleben stehen. Dementsprechend ist ein negativer Zusammenhang zwischen dem GSI und dem Item 2 dahingehend zu interpretieren, dass ein höheres psychisches Belastungserleben mit einer niedrigeren Anzahl an engen Freunden, mit denen die Personen

offen über ihre Probleme sprechen können, einhergeht.

Die Korrelation zwischen dem Item 3 und dem GSI stellte sich in der MF Gruppe als signifikant heraus, nicht aber in der FM Gruppe. In der MF Gruppe besteht ein signifikanter, negativer Zusammenhang zwischen dem psychischen Belastungserleben und der Qualität des Kontaktes zu der Familie zu t0.

Zwischen dem GSI und dem Item 4 besteht ein signifikanter, negativer Zusammenhang in beiden Gruppen. Hohe Ausprägungen in dem Item 4 stehen für ein niedriges Einsamkeitsempfinden, weshalb der negative Zusammenhang dahingehend interpretiert werden kann, dass ein hohes psychisches Belastungserleben mit einem hohen Einsamkeitsempfinden einhergeht.

Die H₀5a kann in Bezug auf das Item 2 und 4 für beide Gruppen verworfen werden. Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl an Freunden/dem Einsamkeitsempfinden und dem GSI in beiden Gruppen zu t0. Für das Item 3 kann die H₀5a ausschließlich für die Gruppe der MF verworfen werden. Ein Zusammenhang zwischen dem Kontakt zur Familie und dem psychischen Belastungserleben besteht nur in der Gruppe der MF zu t0. Bezüglich des Items 1 wird die H₀5a für beide Gruppen beibehalten. Der Kontakt zu anderen transsexuellen Personen hängt in beiden Gruppen zu t0 nicht signifikant mit dem psychischen Belastungserleben zusammen.

Die einzelnen Korrelationsmaße zwischen dem psychischen Belastungserleben (GSI) und den sozialen Kontakten (Items BI) zu t1 sind getrennt für beide Geschlechter in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8

Spearman Rangkorrelationen zwischen dem GSI und den Items des BIs zu t1

Variablen	r_s	
	MF	FM
GSI & Item 1	.23*	.14
GSI & Item 2	-.22	-.06
GSI & Item 3	-.17	-.29
GSI & Item 4	-.59**	-.68**

Anmerkung * $p < .05$, ** $p < .01$, Item 1: Kontakt zu anderen Transsexuellen, Item 2: Anzahl an engen Freunden, Item 3: Qualität des Kontaktes zur Familie, Item 4: Einsamkeitsempfinden

Zu t1 zeigt sich ein positiver, signifikanter Zusammenhang zwischen dem Item 1 und dem GSI in der Gruppe der MF, nicht aber in der Gruppe der FM (siehe Tabelle 8). Folglich geht bei MF der Kontakt zu anderen transsexuellen Personen mit einem höheren psychischen Belastungserleben einher.

Die negativen Korrelationen zwischen dem Item 2 und dem GSI und dem Item 3 und dem GSI stellen sich in beiden Gruppen zu t1 als nicht signifikant heraus. Das psychische Belastungserleben hängt weder signifikant mit der Anzahl an guten Freunden noch mit der Qualität des Kontaktes zur Familie zu t1 zusammen. Die negative Richtung der Zusammenhänge deutet dennoch daraufhin, dass ein schlechter Kontakt zur Familie oder eine niedrige Anzahl an guten Freunden eher mit einem höheren psychischen Belastungserleben einhergehen.

Eine signifikante, negative Korrelation zeigt sich in beiden Gruppen zwischen dem GSI und dem Item 4. Dementsprechend steht ein höheres Einsamkeitsempfinden in Zusammenhang mit einem höheren psychischen Belastungserleben.

Die H₁6a kann nur teilweise angenommen werden. Für die Items 2 und 3 wird die H₀6a für MF und FM beibehalten, da sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem GSI und den zwei Items zu t1 zeigen. In Bezug auf das Item 1 kann für die Gruppe der MF die H₀6a zugunsten der H₁6a verworfen werden. Es besteht ein signifikanter, negativer Zusammenhang zwischen dem psychischen Belastungserleben und dem Kontakt zu anderen Transsexuellen. Das Item 4 und der GSI hängen sowohl in der Gruppe der MF als auch in der Gruppe der FM signifikant miteinander zusammen. Für beide Gruppen kann die H₁6a angenommen werden.

Zusammenhänge zwischen der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und dem psychischen Belastungserleben

Zu t1 wurde die Korrelation zwischen dem psychischen Belastungserleben (GSI) und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung (Gesamtwert F-SozU) getrennt für beide Gruppen berechnet. Zur Prüfung der Zusammenhangshypothesen wurde jeweils eine Spearman Rangkorrelation durchgeführt, da die Gesamtwerte des F-SozUs und der GSI-Werte in beiden Gruppen nicht normalverteilt sind.

In der Gruppe der MF zeigt sich mit einem Korrelationsmaß von $r_s = -.52^{**}$, $p < .001$ ein signifikanter, negativer Zusammenhang zwischen dem GSI und dem Gesamtwert des F-SozUs. Auch die negative Korrelation in der FM Gruppe stellt sich als signifikant heraus ($r_s = -.61^{**}$, $p < .001$). Folglich geht in beiden Gruppen eine hohe wahrgenommene soziale Unterstützung mit einem niedrigeren psychischen Belastungserleben einher.

Die H_{16b} kann für die MF und die FM angenommen und die H_{06b} verworfen werden. Zu t1 besteht ein signifikanter, negativer Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und dem psychischen Belastungserleben.

7.3 Vergleich Behandlungsgruppen

In diesem Abschnitt sollen die Ergebnisse bezüglich der Hypothesen 7a, 8a und 8b dargestellt werden. Es sollte geprüft werden, ob sich die Behandlungsgruppen zu t0 und t1 hinsichtlich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung (Gesamtwert F-SozU), der sozialen Kontakte (Items BI) und des psychischen Belastungserlebens (GSI) unterscheiden. Die Hypothesen wurden nur für die Gruppe der MF getestet, da die Behandlungsgruppen innerhalb der FM Gruppe zu klein sind¹⁶. Von den insgesamt 79 MF haben 10 Personen keine Behandlung ergriffen („KB“-Gruppe), 16 Personen haben ausschließlich eine Hormonbehandlung erhalten („H“-Gruppe) und 53 Personen haben eine Hormonbehandlung erhalten und mindestens eine geschlechtsangleichende Operation durchführen lassen („H+Op“-Gruppe). Sollte die Anzahl an Personen in den einzelnen Analysen von den 79 Personen abweichen, wird im Folgenden darauf hingewiesen, ansonsten wird von der Gesamtanzahl ausgegangen.

Item1: Haben Sie Kontakt zu anderen Transsexuellen?

Insgesamt haben 78 MF zu t0 und 79 MF zu t1 die Frage nach dem Kontakt zu anderen transsexuellen Personen beantwortet. Von den Personen, die keine Behandlung erhielten, gaben 11.1% zu t0 an, Kontakt zu anderen transsexuellen Personen zu haben. In der „H“-Gruppe haben 31.3% der Personen und in der „H+Op“-Gruppe 37.7% der Personen Kontakt zu anderen transsexuellen Personen.

Die Unterschiede sind laut Chi-Quadrat-Test nicht signifikant ($\chi^2 = 2.49$, $p = .287$). Die Behandlungsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant bezüglich ihres Kontaktes zu anderen transsexuellen Personen zu t0. Auch zu t1 zeigen sich laut Chi-Quadrat-Test keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Behandlungsgruppen bezüglich des Kontaktes zu anderen Transsexuellen ($\chi^2 = 1.75$, $p = .418$). Sechzig Prozent der „KB“-Gruppe, 43.8% der „H“-Gruppe und 37.7% der „H+Op“-Gruppe haben laut eigenen Angaben zu t1 Kontakt zu anderen

¹⁶ Wie bereits beschrieben, befindet sich in der Gruppe der FM keine Person, die keine Behandlung ergriffen hatte. 90% der FM gehören der „H+Op“-Gruppe und 10% der „H“-Gruppe an. Da die einzelnen Behandlungsgruppen innerhalb der FM sehr klein sind, werden die Gruppen nicht statistisch miteinander verglichen.

transsexuellen Personen.

Item2: Wie viele enge Freunde haben Sie, mit denen Sie offen über ihre Probleme sprechen können?

Zu t0 liegen die Werte in der „KB“-Gruppe zwischen 2 und 4, in den zwei anderen Gruppen reichen die Werte von 1-4. Der Median in allen drei Behandlungsgruppen liegt bei einem Wert von 3. Laut Kruskal-Wallis-Test ($H(2) = 2.91, p = .233$) unterscheiden sich die drei Behandlungsgruppen nicht signifikant bezüglich der Anzahl an engen Freunden zu t0.

Zu t1 beträgt der Range in der „H“- und der „H+Op“-Gruppe 1 bis 4. In der „KB“-Gruppe reichen die Werte von 2 bis 3. Der Median liegt in allen drei Gruppen bei einem Wert von 3. Es finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen zu t1 ($H(2) = .34, p = .983$). Hinsichtlich der Anzahl an guten Freunden unterscheiden sich die Gruppen zu t1 nicht signifikant voneinander.

Item 3: Wie ist Ihr Kontakt zur näheren Familie/den für Sie wichtigsten Familienmitgliedern?

Zu t0 reicht der Werterange in der „H“-Gruppe und in der „H+Op“-Gruppe von 1 bis 4. In der „KB“-Gruppe von 2 bis 3. In der „KB“-Gruppe und in der „H+Op“-Gruppe liegen die Werte zu t1 zwischen 1 und 4, in der „H“-Gruppe zwischen 2 und 4. Der Median liegt in allen drei Gruppen zu beiden Zeitpunkten bei einem Wert von 3.

Weder zu t0 ($H(2) = 1.01, p = .314$) noch zu t1 ($H(2) = .178, p = .915$) liefert der Kruskal-Wallis-Test ein signifikantes Ergebnis. Die Behandlungsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der Qualität des Kontaktes zur Familie.

Item 4: Fühlen Sie sich zur Zeit einsam?

In der „KB“-Gruppe und in der „H“-Gruppe reichen die Werte zu t0 von 2 bis 4. In der „H+Op“-Gruppe reichen die Werte von 1 bis 4. Der Median beträgt in allen drei Behandlungsgruppen zu t0 den Wert 3. Zu t1 liegen die Werte in allen drei Behandlungsgruppen zwischen 1 und 4. Der höchste Median beträgt $MD = 3.50$ („H“-Gruppe). Der Median der „H+Op“-Gruppe liegt bei einem Wert von 3 und der Median der „KB“-Gruppe bei einem Wert von 2.5.

Laut Kruskal-Wallis-Test unterscheiden sich die Behandlungsgruppen zu t0 nicht signifikant voneinander ($H(2) = 1.71, p = .425$). Auch zu t1 zeigt sich kein signifikanter Unterschied in Bezug auf das Einsamkeitsempfinden zwischen den drei Gruppen ($H(2) = 4.66, p = .097$).

Zu den Hypothesen bezüglich der Sozialen Kontakte (H7a, H8a)

Die H_{07a} und die H_{08a} werden beibehalten. Weder zu t0 noch zu t1 unterscheiden sich die drei Behandlungsgruppen bezüglich des Kontaktes zu anderen transsexuellen Personen (Item 1), der

Anzahl an engen Freunden (Item 2), der Qualität des Kontaktes zur Familie (Item 3) und des Einsamkeitsempfinden (Item 4).

F-SozU

Zum Zeitpunkt t1 sollte untersucht werden, ob sich die Behandlungsgruppen bezüglich ihrer Gesamtwerte im F-SozU unterscheiden. In Tabelle 9 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen, Mediane, Prozentränge und der jeweilige Wertebereich für die Gesamtwerte des F-SozUs der einzelnen Behandlungsgruppen der MF angeführt.

Wie in der Tabelle 9 ersichtlich, ist der Median und der Mittelwert der „H+Op“-Gruppe am höchsten ausgeprägt und der Median und der Mittelwert der „KB“-Gruppe am niedrigsten. Die F-SozU Gesamtwerte sind in der „KB“-Gruppe ($D = .124$, $p = .200$) und in der „H“-Gruppe normalverteilt ($D = .207$, $p = .871$). In der „H+Op“-Gruppe liegt keine Normalverteilung der Werte vor ($D = .152$, $p = .004$), weshalb zum Vergleich der Gruppen ein Kruskal-Wallis-Test gerechnet wurde. Die Unterschiede bezüglich der Gesamtwerte im F-SozU zwischen der „H“- ($MD = 3.95$), der „KB“- ($MD = 3.27$) und der „H+Op“-Gruppe ($MD = 4.05$) sind nicht signifikant ($H(2) = 2.56$, $p = .278$).

Da sich die drei Behandlungsgruppen nicht signifikant hinsichtlich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung unterscheiden, wird die H_0 beibehalten.

Tabelle 9

Deskriptive Statistik der Gesamtwerte des F-SozUs für die Behandlungsgruppen zu t1

Behandlung	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>MD</i>	PR	Range
Keine Behandlung	3.35	.87	3.23	16	1.68 - 4.59
Hormone	3.74	.97	3.95	43	2.18 - 4.82
Hormone + Op	3.80	.86	4.05	46	1.73 - 5

SCL-90-R

Im Weiteren sollen die Ergebnisse bezüglich der Hypothesen 9a und 10a dargestellt werden. Es sollte untersucht werden, ob sich die Behandlungsgruppen jeweils zu t0 und zu t1 hinsichtlich ihrer GSI-Werte voneinander unterscheiden. In den Tabellen 10 und 11 sind jeweils für t0 und t1 die Mittelwerte, Standardabweichungen, Mediane, *T*-Werte und der jeweilige Wertebereich für die GSI-Werte der drei Behandlungsgruppen angeführt.

Die GSI-Werte sind laut K-S-Test sowohl in der „KB“- ($D = .156$, $p = .200$) als auch in der

„H“- Gruppe ($D = .148$, $p = .200$) zu t_0 normalverteilt. In der „H+Op“-Gruppe liegt keine Normalverteilung der Daten vor ($D = .146$, $p = .007$). Zur Prüfung der H_{19a} wurde somit ein Kruskal-Wallis-Test gerechnet. Der Test liefert kein signifikantes Ergebnis ($H(2) = 2.93$, $p = .232$). Die „KB“-Gruppe ($MD = .59$), die „H“-Gruppe ($MD = .37$) und die „H+Op“-Gruppe ($MD = .36$) unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich ihrer GSI-Werte zu t_0 . Die H_{09a} wird folglich beibehalten.

Zu t_1 sind die GSI-Werte in der „H“-Gruppe ($D = .242$, $p = .013$) und in der „H+Op“-Gruppe ($D = .202$, $p < .001$) laut K-S-Test nicht normalverteilt, weshalb zur Testung der Hypothese ein Kruskal-Wallis-Test durchgeführt wird. Laut Kruskal-Wallis-Test unterscheiden sich die „KB“- ($MD = .68$), die „H“- ($MD = .26$) und die „H+Op“-Gruppe ($MD = .23$) signifikant hinsichtlich ihrer GSI-Werte zu t_1 ($H(2) = 7.70$, $p = .021$).

Mit dem Ziel zu untersuchen, welche Gruppen sich signifikant voneinander unterscheiden, sollten im Anschluss an den Kruskal-Wallis-Test drei Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt werden. Bei der Durchführung von mehreren Tests besteht die Gefahr einer Alphafehler-Kumulierung. Um dies zu verhindern, wird eine Bonferroni-Justierung vorgenommen. Hierbei wird das Signifikanzniveau von $p = .05$ durch die Anzahl an Tests dividiert, die durchgeführt werden sollen ($p = .05 / 3 = .0167$). Nur jene Unterschiede werden als signifikant angesehen, die unter dem neuen Signifikanzniveau von 0.0167 liegen.

Zwischen der „H“- und der „H+Op“-Gruppe besteht kein signifikanter Unterschied ($U = 356$, $p = .333$). Auch der Unterschied zwischen der „H“- und der „KB“-Gruppe ist nicht signifikant ($U = 35$, $p = .017$). Der Unterschied zwischen der „H+Op“- und der „KB“-Gruppe ist laut Mann-Whitney-U-Test signifikant ($U = 130$, $p = .011$).

Die H_{110a} kann angenommen werden, die Behandlungsgruppen unterscheiden sich zu t_1 signifikant hinsichtlich des psychischen Belastungserlebens. Der Unterschied zeigt sich zwischen der „H+Op“- und der „KB“-Gruppe, wobei die „KB“-Gruppe signifikant höhere GSI-Werte aufweist als die „H+Op“- Gruppe.

Tabelle 10

Deskriptive Statistik der GSI-Werte für die Behandlungsgruppen zu t_0

Behandlung	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>MD</i>	<i>T</i>	Range
Keine Behandlung	.73	.53	.59	61	.12 - 1.63
Hormone	.40	.27	.37	55	.08 - .89
Hormone + Op	.48	.42	.36	55	.00 - 1.69

Tabelle 11

Deskriptive Statistik der GSI-Werte für die Behandlungsgruppen zu t1

Behandlung	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>MD</i>	<i>T</i>	Range
Keine Behandlung	.87	.84	.68	63	.20 - 3.07
Hormone	.39	.38	.26	52	.07 - 1.61
Hormone + Op	.38		.23	51	.00 - 2.26

7.4 Längsschnittliche Veränderungen innerhalb der Behandlungsgruppen

Im Folgenden sollen die Ergebnisse bezüglich der möglichen Veränderungen des psychischen Belastungserlebens zwischen t0 und t1 für die unterschiedlichen Behandlungsgruppen dargestellt werden. Auch die Analysen wurde nur für die Gruppe der MF durchgeführt.

Ursprünglich sollte ein *t*-test für abhängige Stichproben gerechnet werden, um die GSI-Werte zu t0 und t1 innerhalb der einzelnen Behandlungsgruppen miteinander zu vergleichen. Wie bereits beschrieben, sind die GSI-Werte nicht in allen Behandlungsgruppen normalverteilt, weshalb ein Wilcoxon-Test zum Vergleich zwischen t0 und t1 herangezogen wird.

Innerhalb der „KB“-Gruppe zeigt sich laut Wilcoxon-Test ($z = -.36, p = .721$) kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der GSI-Werte zwischen t0 ($MD = .59$) und t1 ($MD = .68$). Auch in der „H“-Gruppe ist der Unterschied zwischen t0 ($MD = .37$) und t1 ($MD = .26$) nicht signifikant ($z = -.71, p = .447$). Ein signifikanter Unterschied zwischen den GSI-Werten zu t0 ($MD = .36$) und t1 ($MD = .23$) zeigt sich jedoch in der „H+Op“-Gruppe ($z = -2.23, p = .026$). Zu t1 sind die GSI-Werte signifikant niedriger als zu t0.

Die H_{11a} kann somit nur für die „H+Op“-Gruppe angenommen werden. Das psychische Belastungserleben hat sich zwischen t0 und t1 in dieser Gruppe signifikant verringert. Für die anderen beiden Gruppen bleibt die H_{011a} bestehen. Das psychische Belastungserleben hat sich in der „H“-Gruppe und in der „KB“-Gruppe zwischen den zwei Zeitpunkten nicht signifikant verändert.

8. Diskussion

In der Untersuchung sollten die soziale Unterstützung und das psychische Belastungserleben bei transsexuellen Frauen und Männer unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet werden.

Zur Beurteilung der allgemeinen psychischen und sozialen Situation der teilnehmenden Personen, wird nun zunächst die deskriptive Darstellung der erfassten Variablen diskutiert. Im Anschluss werden die Ergebnisse der Hypothesentestungen dargelegt und interpretiert.

8.1 Zu der sozialen Unterstützung und dem psychischen Belastungserleben bei MF und FM

In Bezug auf den Kontakt zu anderen transsexuellen Personen gaben zum Zeitpunkt der klinischen Erstvorstellung 60% der FM und 33.3% der MF an, Kontakt zu anderen Betroffenen zu haben. Zum Zeitpunkt der Follow-up-Erhebung waren die Häufigkeiten mit 41.8% bei den MF und 43.3% bei den FM ungefähr gleich verteilt. Die Mediane der weiteren drei Items zu den sozialen Kontakten (Anzahl der Freunde, Kontakt zur Familie, Einsamkeitsempfinden) lagen in beiden Gruppen und zu beiden Zeitpunkten im oberen Bereich. Demzufolge haben die transsexuellen Frauen und Männer der untersuchten Stichprobe im Durchschnitt „drei bis zehn Freunde“, einen „guten“ Kontakt zur Familie und fühlen sich „manchmal“ einsam. Insgesamt deuten diese durchschnittlichen Werte auf eine angemessene soziale Einbettung von transgender Personen hin. Auch die Häufigkeitsangaben bezüglich des Kontaktes zu anderen transsexuellen Personen verdeutlichen, dass viele der befragten Personen in Kontakt zu anderen Betroffenen stehen, von denen sie möglicherweise wichtige Unterstützungsleistungen erhalten. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass es sich bei den Items um Fragen handelt, die Teilbereiche der sozialen Unterstützung erfassen, weshalb auf ihrer Basis keine generelle Aussagen über die soziale Situation von transgender Personen getroffen werden können. Außerdem liegen für die Items keine Vergleichsnormen vor, zu denen die Werte in Bezug gesetzt werden können. Dennoch können die Ergebnisse als wichtige Anhaltspunkte für zukünftige Untersuchungen betrachtet werden.

Die Gesamtwerte der wahrgenommenen sozialen Unterstützung des F-SozUs weisen in der vorliegenden Stichprobe eine linksschiefe Verteilung auf (siehe Abbildung 7). Laut der Testautor_innen ist eine linksschiefe Verteilung aufgrund der eher zustimmenden Antworttendenzen im F-SozU üblich. Zur Interpretation sollen deshalb die Prozentränge

herangezogen werden (Fydrich et al., 2007). Die erreichten Prozentränge von 32 in der Gruppe der MF und 34 in der Gruppe der FM sind im Vergleich zu einer altersunabhängigen Normstichprobe als unauffällig anzusehen.

Zusammenfassend sprechen sowohl die durchschnittlichen Angaben der Items des BIs als auch die Gesamtwerte des F-SozUs gegen die in mehreren Forschungsarbeiten beschriebene Annahme einer geringen sozialen Unterstützung von transgender Personen (Bockting et al., 2005; Browne & Lim, 2008, Factor & Rothblum, 2007).

Allerdings sei angemerkt, dass die hier gewonnenen Befunde nur schwer in Bezug zu den bisherigen Untersuchungsergebnissen gesetzt werden können, da in jenen Forschungsarbeiten die soziale Unterstützung von transgender Personen mit weiteren sexuellen Minderheiten (Bockting et al., 2005; Browne & Lim, 2008) oder nicht transgender Geschwistern verglichen wurde (Factor & Rothblum, 2007). Inwiefern sich die soziale Unterstützung der teilnehmenden Personen im Vergleich zu anderen sexuellen Minderheiten oder Familienmitgliedern äußert, konnte in der vorliegenden Untersuchung nicht geprüft werden.

Wie Budge et al. (2012) in ihrer qualitativen Studie darstellen, stoßen transgender Personen insbesondere in der Transitionsphase auf Ablehnung durch ihr soziales Umfeld und erfahren dementsprechend eine geringe soziale Unterstützung. Da der F-SozU zu einem Zeitpunkt vorgelegt wurde, an dem sich die Teilnehmenden im Durchschnitt bereits seit fünf Jahren in klinischer Behandlung befanden und größtenteils somatische Behandlungsmaßnahmen in Anspruch genommen hatten, wäre es denkbar, dass die befragten Personen zu diesem Zeitpunkt bereits eine größere gesellschaftliche Akzeptanz erleben, die sich in einer höheren wahrgenommenen sozialen Unterstützung äußert.

Weiterhin könnten die gewonnenen Ergebnisse auf den Kontakt zu anderen transsexuellen Personen zurückzuführen sein. Wie Galupo et al. (2014) in ihrer qualitativen Arbeit beschreiben, kommt dem Kontakt zu anderen Betroffenen eine bedeutende Rolle zu, weil er dazu dient die fehlende Unterstützung durch das enge Umfeld auszugleichen. In der vorliegenden Untersuchung gab zu t1 ungefähr die Hälfte aller befragten Personen an, in Kontakt zu anderen transsexuellen Personen zu stehen. Möglicherweise erfahren sie in diesem speziellen Kontakt eine hohe soziale Unterstützung, die sich in den Ergebnissen des F-SozUs widerspiegelt. Da es sich bei den beschriebenen Erklärungen lediglich um Vermutungen handelt, sollten diese Aspekte in zukünftigen Studien genauer erforscht werden.

In Hinblick auf das psychische Belastungserleben, welches mittels der SCL-90-R erfasst wurde, zeigten sich bei den befragten transsexuellen Männern und Frauen zu beiden Zeitpunkten im Vergleich zu einer altersunabhängigen Normpopulation des Geburtsgeschlechts als unauffällig geltende durchschnittliche Gesamtwerte (GSI) (siehe Tabelle 5). Insgesamt weisen zu t0 10.1% der MF und 20 % der FM und zu t1 11.4% der MF und 23.3% der FM einen auffälligen GSI-Wert auf.

Es kann demzufolge davon ausgegangen werden, dass die Personen der vorliegenden Untersuchung im Durchschnitt nicht auffällig psychisch belastet sind. Auch Colizzi et al. (2014) konnten in ihrer klinischen Stichprobe von Personen mit GID im Vergleich zur Normpopulation kein erhöhtes psychisches Belastungserleben feststellen. In zwei weiteren Studien, in denen transsexuelle Personen mit einer gesunden Kontrollgruppe verglichen wurden, zeigten sich ähnliche Ergebnisse (Haraldsen & Dahl, 2000; Simon et al., 2011).

Die durchschnittlichen GSI-Gesamtwerte lassen zwar vermuten, dass die befragten Personen nicht im überdurchschnittlichen Maße psychisch belastet sind, jedoch deuten die Häufigkeitsangaben der Personen mit auffälligen GSI-Werten daraufhin, dass es in beiden Gruppen und zu beiden Zeitpunkten Personen gibt, die vermehrt unter psychischen Problemen leiden. Dies ist konform mit der im Kapitel 5.1 beschriebenen Annahme, dass transgender Personen zwar nicht per se unter psychischen Problemen leiden, aber dennoch eine transsexuelle Entwicklung für viele Betroffene eine belastende Bedingung darstellt, die mit psychischen Problemen einhergehen kann.

Die Betrachtung der Mittelwerte der teilnehmenden Personen in den Unterskalen der SCL-90-R zeigt, dass insbesondere bei MF mögliche psychische Probleme im Bereich Depressionen auftreten können. So lagen die höchsten Mittelwerte bei MF zu t0 und zu t1 auf der Skala Depressivität. Bei den FM lag zu t0 der höchste Mittelwert ebenfalls auf der Skala Depressivität (siehe Tabelle 5). Hier ist zu beachten, dass lediglich der Depressivitäts-Mittelwert von MF zu t0 als klinisch auffällig anzusehen ist. Dieser Befund lässt sich mit dem Ergebnis der Studie von Auer et al. (2013) vergleichen. Auch in ihrer Untersuchung konnten bei transsexuellen Frauen hohe Ausprägungen hinsichtlich des psychischen Belastungs-erlebens im Bereich von Depressionen festgestellt werden.

8.2 Zu dem Vergleich zwischen MF und FM

Angesichts der nicht eindeutigen Ergebnisse aus der bisherigen Forschungsliteratur sollten die durchgeführten Vergleiche zwischen den MF und FM Aufschluss darüber geben, ob sich die zwei Gruppen hinsichtlich des psychischen Wohlbefindens und der sozialen Unterstützung unterscheiden.

Lediglich bezüglich des Kontaktes zu anderen transsexuellen Personen zu t0 konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den zwei Gruppen gefunden werden. Laut der Ergebnisse haben FM zum Zeitpunkt der klinischen Erstvorstellung häufiger Kontakt zu anderen transsexuellen Personen als MF. FM erleben in der Regel eine höhere gesellschaftliche Akzeptanz als MF und leben häufig schon Jahre bevor sie klinisch vorstellig werden in der männlichen Geschlechtsrolle (Lewins, 2002). Folglich wäre es denkbar, dass sich FM im Vergleich zu MF zum Zeitpunkt der Erstvorstellung bereits stärker mit ihrem Geschlechtsidentitätserleben auseinandergesetzt und in diesem Zusammenhang häufiger Kontakt zu anderen Betroffenen aufgenommen haben.

Interessanterweise zeigt sich zu t1 kein Unterschied mehr zwischen den zwei Gruppen. MF und FM geben vergleichbar häufig an, Kontakt zu anderen transsexuellen Personen zu haben. Wie Galupo et al. (2014) verdeutlichen, kommt dem Kontakt zur Transgender-Community eine wichtige Bedeutung zu, da viele transgender Personen im Rahmen dieser Kontaktes eine einmalige Form der Unterstützung erleben. Insbesondere in der Transitions- und Behandlungsphase stoßen transgender Personen oft auf Ablehnung durch das enge soziale Netzwerk und suchen Kontakt zu anderen Betroffenen (Bockting et al., 2013). Möglicherweise haben FM bereits zur klinischen Erstvorstellung häufiger Kontakt zu anderen transgender Personen, da sie sich schon länger mit der neuen Geschlechtsrolle identifizieren und diese aktiver leben, wohingegen MF erst im Laufe der klinischen Behandlungsphase die Unterstützung durch Transgendernetzwerke suchen.

In einer Umfrage zur Lebenssituation von transgender Personen von Beemyn und Rankin (2011) konnten ähnliche Erkenntnisse gewonnen werden. Von den befragten Personen gaben deutlich mehr FM als MF an, bereits vor ihrem *Coming Out* Kontakt zu anderen transgender Personen zu haben. Auch hier wird eine höhere Akzeptanz und dadurch bedingte frühere Identifizierung mit dem „neuen“ Geschlecht bei FM diskutiert. Weiterhin berichten die Autor_innen, dass für viele MF der Kontakt zu anderen transgender Personen erst in der Phase der Transition an Bedeutung gewinnt.

Weitere Untersuchungsergebnisse über mögliche Unterschiede zwischen MF und FM bezüglich des Kontaktes zu anderen Betroffenen finden sich bis dato nicht in der Literatur. Dieser Aspekt könnte in Zukunft erneut aufgegriffen werden um mögliche Differenzen im Zusammenhang mit der Akzeptanz und der Identifizierung der gewünschten Geschlechtsrolle zu erfassen.

In Bezug auf den Kontakt zur Familie, der Anzahl an engen Freunden und dem Einsamkeitsempfinden (Items 2-4 des BIs) konnten zwischen den zwei Gruppen zu beiden Zeitpunkten keine Unterschiede festgestellt werden. Weiterhin zeigten sich in der vorliegenden Untersuchung keine Unterschiede hinsichtlich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung zwischen den zwei Gruppen. Der durchschnittliche Gesamtwert des F-SozUs der FM war höher ausgeprägt als der Mittelwert der MF. Die Unterschiede waren jedoch nicht signifikant. Vergleichbare Ergebnisse konnten in anderen Studien nicht gefunden werden, eher sprechen bisherige Forschungsergebnisse für eine höhere soziale Unterstützung bei FM (Smith et al., 2005). Die Annahme, dass MF bedingt durch einen schwierigeren Geschlechtsrollenwechsel eine geringere soziale Unterstützung erfahren als FM (Auer et al., 2013; Budge, et al., 2013; Gomez-Gil et al., 2009), konnte in der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden. Die transsexuellen Männer und Frauen der untersuchten Stichprobe berichten durchschnittlich fünf Jahre nach klinischer Erstvorstellung von einem ähnlichen Maß an sozialer Unterstützung.

Zu t0 konnte kein Vergleich zwischen MF und FM vorgenommen werden, da der F-SozU nur zu t1 vorgelegt wurde. Zu t1 hatte der Großteil der teilnehmenden Personen bereits somatische Behandlungsmaßnahmen ergriffen, was sich auf die soziale Unterstützung ausgewirkt haben könnte und somit wäre es denkbar, dass sich zu t0 andere Ergebnisse gezeigt hätten. Außerdem wäre es angesichts der existierenden Annahme, dass sich transsexuelle Männer und Frauen aufgrund sozialisationsbedingter Erfahrungen in der sozialen Unterstützung unterscheiden (Budge et al., 2012; Budge et al., 2013), durchaus interessant gewesen, die beiden Gruppen zum Zeitpunkt der klinischen Erstvorstellung zu vergleichen. Zukünftige Studien, welche die soziale Unterstützung bei transsexuellen Männern und Frauen zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfassen, könnten hier mehr Aufschluss geben.

In einem nächsten Schritt wurde untersucht, ob sich MF und FM bezüglich ihres psychischen Belastungserlebens unterscheiden. Anders als bei Haraldsen und Dahl (2000), die in ihrer Stichprobe von Personen mit GID ein geringeres psychisches Belastungserleben bei FM im Vergleich zu MF feststellen konnten, zeigten die hier durchgeführten Vergleiche hinsichtlich des allgemeinen Ausmaßes an psychischer Belastung sowohl zu t0 als auch zu t1 keine

signifikanten Differenzen zwischen den zwei Gruppen. Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit den Erkenntnissen aus den Studien von Colizzi et al. (2014) und De Cuypere et al. (2006), in denen keine Unterschiede in Hinblick auf das psychische Belastungserleben zwischen den zwei Gruppen gefunden wurden.

8.3 Zu den Zusammenhängen zwischen der sozialen Unterstützung und dem psychischen Belastungserleben

Mit dem Ziel, mögliche Zusammenhänge zwischen den sozialen Kontakten und dem psychischen Belastungserleben zu ermitteln, wurden zunächst die Items des BIs mit den GSI-Werten der SCL-90-R korreliert.

Zum Zeitpunkt der klinischen Erstvorstellung konnten in beiden Gruppen signifikante, negative Zusammenhänge zwischen dem GSI und der Anzahl an engen Freunden festgestellt werden. Demzufolge geht eine geringere Anzahl an engen Freunden, mit denen die befragten Personen offen über Probleme sprechen können, mit einem geringeren psychischen Belastungserleben einher. Ähnlich wie in der Studie von Bockting et al. (2013) festgestellt wurde, könnte man darauf schließen, dass sich die Unterstützung durch Freunde positiv auf die psychische Befindlichkeit auswirkt. Allerdings sei anzumerken, dass in der vorliegenden Untersuchung lediglich die Anzahl an Freundschaften und nicht die Unterstützungsqualität, die im Rahmen der Freundschaften geboten wird, erfasst wurde. Weiterhin ist zu beachten, dass auf Grundlage des Zusammenhangs keine ursächliche Aussage getroffen werden kann. So könnte die Korrelation auch darauf hindeuten, dass psychisch belastete Personen weniger Kontakt zu anderen Personen aufnehmen und sie folglich eine geringere Anzahl an engen Freunden aufweisen.

In der Gruppe der MF zeigte sich ein weiterer Zusammenhang zu t0 zwischen einer höheren Qualität des Kontaktes zur Familie und einem niedrigeren psychischen Belastungserleben. Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit den Erkenntnissen aus der Studie von Nemoto et al. (2011). In der Untersuchung wurde ein Zusammenhang zwischen einer höheren Zufriedenheit mit der familiären Unterstützung und niedrigeren selbstberichteten Depressionssymptomen bei MF gefunden. Die Autor_innen schlussfolgern, dass die familiäre Beziehung eine wichtige Ressource für transgender Personen darstellt, die einen positiven Effekt auf das psychische Wohlbefinden haben kann. Die vorliegende Arbeit untermauert diese Schlussfolgerung. Im Gegensatz zu den MF stellte sich der negative Zusammenhang in der Gruppe der FM als nicht

signifikant heraus. Folglich scheint der familiäre Kontakt bei MF stärker mit dem psychischen Belastungserleben in Verbindung zu stehen als bei FM. Da sich in der bisherigen Literatur keine Anhaltspunkte für mögliche Unterschiede zwischen transsexuellen Frauen und Männern hinsichtlich der Bedeutung des familiären Kontaktes für das psychische Wohlbefinden finden, kann es als sinnvoll erachtet werden, diesen Aspekt in zukünftigen Untersuchungen erneut zu erfassen und konkreter zu untersuchen.

Zum Zeitpunkt der Follow-up-Erhebung zeigten sich in beiden Gruppen keine signifikanten Korrelationen zwischen dem psychischen Belastungserleben und dem familiären Kontakt oder der Anzahl an engen Freunden. Dieser Befund lässt vermuten, dass dem Kontakt zu der Familie und den Freunden bei klinischer Erstvorstellung ein anderer Stellenwert zukommt als im fortgeschrittenen Behandlungsprozess. Die in der Studie von Budge et al. (2012) befragten transgender Personen beschreiben, dass sie im Rahmen ihres *Coming Outs* und zu Beginn der Transitionsphase auf Ablehnung durch ihr nahes Umfeld stoßen. In diesem Sinne wäre es denkbar, dass dem Kontakt zu der Familie und den Freunden zu Beginn der Behandlungsphase eine bedeutende Rolle zukommt, die im Zusammenhang mit dem psychischen Belastungserleben steht. Möglicherweise erleben viele der befragten Personen zu diesem Zeitpunkt negative Reaktionen des nahen sozialen Umfeldes, die sich in einer höheren psychischen Belastung äußert. Andererseits könnten die Befunde auch darauf hinweisen, dass ein guter Kontakt zu der Familie und den Freunden besonders zu Beginn der Behandlung wichtige Unterstützungsressourcen darstellen die sich positiv auf das psychische Wohlbefinden auswirken.

Weiterhin ist es denkbar, dass im Laufe des Behandlungsprozesses andere soziale Unterstützungsquellen, z.B. der Kontakt zu anderen transgender Personen, an Bedeutung gewinnen. Hierfür spricht die in der vorliegenden Untersuchung gefundene signifikante Korrelation zu t1 in der Gruppe der MF zwischen dem Kontakt zu anderen transsexuellen Personen und dem psychischen Belastungserleben. MF, die ein höheres psychisches Belastungserleben aufweisen, geben häufiger an, Kontakt zu anderen transsexuellen Personen zu haben. Wie Galupo et al. (2014) beschreiben, bietet der Kontakt zu anderen transgender Personen einen wichtigen Ausgleich für die möglicherweise fehlende Unterstützung durch das nahe Umfeld. Laut der Autor_innen suchen viele transgender Personen Kontakt zu anderen Betroffenen, da sie in dem Kontakt eine einmalige Form der Unterstützung erleben. In diesem Sinne kann der aktuell gewonnene Befund dahingehend interpretiert werden, dass die psychisch belasteten MF der vorliegenden Stichprobe vermehrt Kontakt zu anderen Betroffenen suchen,

da sie in dem Kontakt möglicherweise eine bedeutsame Unterstützung in Hinblick auf den Umgang mit Belastungen erfahren. Laut der Ergebnisse trifft diese Annahme allerdings nur für MF und nicht für FM zu.

Weiterhin fanden sich sowohl zu t0 als auch zu t1 bei MF und bei FM signifikante Korrelationen zwischen einem höheren Einsamkeitsempfinden und einem höheren Ausmaß an psychischer Belastung. Dieses Ergebnis ist konform mit der in dem Review von Rotondi (2012) beschriebenen Annahme, dass eine soziale Isolation bei transgender Personen die Entwicklung von psychischen Problemen begünstigen kann. Auch der umgekehrte Schluss, dass sich psychisch belastete Personen vermehrt zurückziehen und dementsprechend ein höheres Einsamkeitsempfinden aufweisen (Golub et al., 2010), wäre denkbar.

Die gefundenen Zusammenhänge könnten jedoch auch darauf zurückzuführen sein, dass die Frage nach dem Einsamkeitsempfinden möglicherweise eher eine psychische Dimension und weniger eine soziale Komponente im Sinne der sozialen Isolation erfasst. Das würde bedeuten, dass sich die starken Zusammenhänge zu beiden Zeitpunkten und in beiden Gruppen dadurch erklären lassen, dass der GSI und das Einsamkeitsempfinden per se hoch korrelieren. Angesichts dessen sollten in zukünftigen Studien validere Verfahren zur Erfassung der sozialen Isolation eingesetzt werden.

Zum Zeitpunkt der Follow-up-Erhebung konnte in beiden Gruppen festgestellt werden, dass eine hohe wahrgenommene soziale Unterstützung mit einem niedrigeren psychischen Belastungserleben einhergeht. Dieser Befund lässt sich mit den Untersuchungsergebnissen von Budge et al. (2013) und Grossmann et al. (2011) vergleichen. In den genannten Studien wurden Zusammenhänge zwischen einer höheren sozialen Unterstützung und niedrigeren Depressionssymptomen gefunden. Die hier ermittelten Korrelationen deuten daraufhin, dass eine hohe soziale Unterstützung darüber hinaus im Zusammenhang mit einem niedrigeren psychischen Belastungserleben bei transsexuellen Personen steht.

Laut dem *Minority Stress*-Modell von Meyer (2003) stellt die soziale Unterstützung eine wichtige Ressource für sexuelle Minderheiten dar, da sie dazu dient psychische Belastungen abzufedern und sich somit positiv auf die psychische Gesundheit auswirkt. Die hier gefundenen Korrelationen zwischen einer angemessenen sozialen Unterstützung und einem niedrigeren psychischen Belastungserleben sprechen dafür, dass diese theoretische Annahme auch auf die Transgenderpopulation übertragbar ist. Zwar können auf Basis der Korrelationen keine kausalen Aussagen getroffen werden, jedoch kann angesichts des als allgemein relativ sicher

geltenden positiven Effektes der sozialen Unterstützung auf das psychische Wohlbefinden (Cohen, 2004), davon ausgegangen werden, dass die hier gefundenen Korrelationen Hinweise für die Gültigkeit des Modells liefern und die angenommenen Effekte bestätigen. Um die genauen Wirkungszusammenhänge zu erfassen, bedarf es in Zukunft weiteren Studien, die die vermuteten Effekte beleuchten.

8.4 Zu dem Vergleich zwischen den Behandlungsgruppen

Geklärt werden sollte, ob die körpermedizinische Behandlung einen Effekt auf die psychische und soziale Befindlichkeit von transsexuellen Personen hat. Hierfür wurden in der vorliegenden Arbeit drei verschiedene Behandlungsgruppen miteinander verglichen. Die folgende Interpretation der Ergebnisse bezieht sich ausschließlich auf die Gruppe der MF, da die Vergleiche für FM aufgrund der zu kleinen Gruppengrößen nicht durchgeführt werden konnten. Im Folgenden werden vorrangig die Ergebnisse zu t1 angeführt, da mögliche behandlungsbedingte Effekte auf die erfassten Variablen untersucht werden sollten.

Die Hypothesentestungen zu t0 sollten Aufschluss darüber geben, ob sich die Behandlungsgruppen bereits vor der Inanspruchnahme der somatischen Behandlungsmaßnahmen hinsichtlich der sozialen Unterstützung und dem psychischen Belastungserleben unterscheiden. Würden sich bereits zu diesem Zeitpunkt Unterschiede zwischen den Gruppen zeigen, könnte dies einen Einfluss auf mögliche Unterschiede zu t1 haben. Zu t0 zeigten sich jedoch weder hinsichtlich der sozialen Kontakte noch bezüglich des psychischen Belastungserlebens signifikante Unterschiede zwischen den drei Gruppen. In diesem Sinne wird davon ausgegangen, dass mögliche Unterschiede zu t1 nicht auf vorher existierende Gruppenunterschiede zurückzuführen sind.

Zum Zeitpunkt der Follow-up-Erhebung konnten keine Differenzen zwischen der „H“-, der „KB“- und der „H+Op“- Gruppe bezüglich der sozialen Kontakte gefunden werden. Folglich deuten die hier gewonnenen Ergebnisse nicht auf einen Effekt der Behandlung auf den Kontakt zu anderen transsexuellen Personen, den Kontakt zur Familie, der Anzahl an vertrauten Freunden und dem Einsamkeitsempfinden hin. Bislang existieren keine vergleichbaren Studien, die sich mit den Effekten der Behandlung auf die sozialen Kontakte beschäftigen. Dementsprechend soll dieses Ergebnis als Anhaltspunkt für zukünftige Studien betrachtet werden, in denen die soziale Kontaktsituation im Zusammenhang mit der körpermedizinischen Behandlung untersucht werden sollte.

Auch in Hinblick auf die wahrgenommene soziale Unterstützung zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede in der vorliegenden Untersuchung. Eine genauere Betrachtung der Mittelwerte des F-SoZUs in den drei Behandlungsgruppen lässt aber eine Tendenz erkennen. So zeigte sich der höchste Mittelwert in der „H+Op“- Gruppe, der niedrigste Mittelwert in der „KB“-Gruppe (siehe Tabelle 9). Auch wenn sich die Mittelwertdifferenzen als nicht signifikant herausstellten, deuten die Werte auf eine höhere wahrgenommene Unterstützung derjenigen Personen hin, die bereits eine somatische Intervention ergriffen haben. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich in den Studien von Gomez-Gil et al. (2012) und Meier et al. (2011), in denen die hormonbehandelte Gruppe eine höhere wahrgenommene Unterstützung angab als die nicht hormonbehandelte Gruppe. Im Unterschied zu der vorliegenden Forschungsarbeit wurden in den zwei genannten Untersuchungen ausschließlich hormonbehandelte und nicht hormonbehandelte Personen miteinander verglichen. Der am höchsten ausgeprägte Mittelwert in der „H+Op“-Gruppe der aktuellen Untersuchung könnte einen Hinweis dafür liefern, dass sich neben der Hormonbehandlung auch die geschlechtsangleichenden Operationen positiv auf die wahrgenommene Unterstützung auswirken. Da diese Vermutung lediglich auf den beobachteten Mittelwerten basiert und sich keine signifikanten Unterschiede zeigten, empfiehlt sich eine Überprüfung dieser Annahme in weiteren Studien.

In einem nächsten Schritt wurden die drei Behandlungsgruppen in Bezug auf das psychische Belastungserleben zu t1 verglichen. Es konnte ein signifikanter Unterschied zwischen der „H+Op“- und die „KB“- Gruppe dahingehend gefunden werden, dass Personen, die sowohl eine Hormonbehandlung als auch mindestens eine geschlechtsangleichende Operation ergriffen hatten, über ein geringeres psychisches Belastungserleben berichteten als diejenigen Personen ohne Behandlung. Weiterhin zeigt die Betrachtung der Mittelwerte der drei Behandlungsgruppen, dass ausschließlich die „KB“- Gruppe einen durchschnittlichen GSI-Wert aufweist, der im Vergleich zur Normpopulation als klinisch auffällig anzusehen ist (siehe Tabelle 11) und damit auf eine hohe psychische Belastung dieser Personen hindeutet. Insgesamt bestätigen diese Ergebnisse bisherige Annahmen über den positiven Effekt der somatischen Behandlung auf das psychische Wohlbefinden von transgender Personen.

In der Studie von Davis und Meier (2014) wurden verschiedene Behandlungsgruppen hinsichtlich des Ärger Empfindens, der Ängstlichkeits- und Depressionssymptomatik verglichen. Auch hier zeigten sich in allen psychischen Dimensionen die höchsten Ausprägungen bei Personen, die keine somatischen Behandlungsmaßnahmen in Anspruch

genommen hatten. Im Gegensatz zu der aktuellen Untersuchung wurde in der Studie von Davis und Meier (2014) ein signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe ohne Behandlung und der Hormonbehandlungsgruppe, nicht aber zwischen der Gruppe ohne Behandlung und der Gruppe, die eine Hormonbehandlung und eine Operation in Anspruch genommen hatte, gefunden. Die Autor_innen schlussfolgern, dass insbesondere die Hormonbehandlung einen positiven Effekt auf das psychische Wohlbefinden zu haben scheint. Die hier gefundenen Ergebnisse sprechen eher für einen positiven Effekt der Hormonbehandlung in Kombination mit den operativen Eingriffen. Jedoch sei zu beachten, dass im Rahmen der Erhebung von Davis und Meier (2014) ausschließlich FM befragt wurden und in der vorliegenden Untersuchung die Unterschiede für MF geprüft wurden. Es wäre denkbar, dass sich die Effekte der verschiedenen Behandlungsmaßnahmen in den zwei Populationen unterscheiden.

Weiterhin sprechen die Ergebnisse mehrerer bisheriger Studien für den hier gewonnenen Befund, dass Personen, die keine Behandlung erhielten, ein geringeres psychisches Wohlbefinden aufweisen (Gomez-Gil et al., 2012; Meier et al., 2001; Newfield et al., 2006). Im Unterschied zu der vorliegenden Studie wurde in den genannten Untersuchungen jeweils eine Behandlungsgruppe (Hormonbehandlung oder Operation) mit einer Gruppe, die keine Behandlung erhielt, verglichen. Zukünftige Forschungsarbeiten, die verschiedene Behandlungsbedingungen miteinander vergleichen, könnten mehr Aufschluss über mögliche unterschiedliche Effekte verschiedener somatischer Interventionen geben.

Zusammenfassend liefern die ermittelten Ergebnisse weitere Hinweise dafür, dass die somatische Behandlung in einem Zusammenhang mit einem höheren psychischen Wohlbefinden bei transgender Personen steht. Weiterhin lassen die hier gewonnen Erkenntnisse vermuten, dass insbesondere den operativen Eingriffen in Verbindung mit der Hormonbehandlung eine bedeutende Rolle zukommt.

8.5 Zu den längsschnittlichen Veränderungen innerhalb der Behandlungsgruppen

Da bislang nur wenige Studien die Effekte der Behandlung auf das psychische Wohlbefinden von transgender Personen im Längsschnitt untersucht haben (Colizzi et al., 2014; De Cuypere et al., 2006; Heylens, Verroken et al., 2014; Udeze et al., 2008), wurde in der vorliegenden Untersuchung ein Vergleich zwischen dem Zeitpunkt der klinischen Erstvorstellung und dem Follow-up-Zeitpunkt in Hinblick auf das psychische Belastungserleben innerhalb der drei Behandlungsgruppen durchgeführt.

Anhand der Ergebnisse zeigen sich innerhalb der „H“- und der „KB“-Gruppe keine Unterschiede zwischen den zwei Zeitpunkten. In der „H+Op“- Gruppe konnte ein Unterschied zwischen t0 und t1 insofern festgestellt werden, dass die Personen zu t1 ein niedrigeres psychisches Belastungserleben aufwies als zu t0. Dieses Ergebnis bestärkt die zuvor beschriebene Annahme, dass sich die Hormonbehandlung in Verbindung mit mindestens einer geschlechtsangleichenden Operation positiv auf das psychische Wohlbefinden auswirkt.

Im Gegensatz zu diesem Befund wurden in bisherigen Längsschnittuntersuchungen Anhaltspunkte für einen positiven Effekt der Hormonbehandlung, nicht aber für die geschlechtsangleichenden Operationen auf das psychische Wohlbefinden gefunden (Colizzi et al., 2014; Heylens, Verroken et al., 2014; Udeze et al., 2008). Ein Unterschied zu der hier durchgeführten Untersuchung liegt in den kürzeren Follow-up-Zeiträumen der anderen Studien. Udeze et al. (2008) weisen daraufhin, dass sich möglicherweise die positiven Effekte der geschlechtsangleichenden Operationen erst nach einem längeren Zeitraum beobachten lassen, da die Personen eine gewisse Zeit benötigen, um sich an die neue Lebenssituation zu gewöhnen. In diesem Sinne wäre es denkbar, dass sich die Effekte in der vorliegenden Arbeit aufgrund des großen Follow-up-Zeitraumes deutlicher gezeigt haben.

Wie in Kapitel 5.4 dargestellt, werden als mögliche Erklärungen für die positiven psychischen Effekte der somatischen Behandlung häufig indirekte Effekte diskutiert (Colizzi et al., 2014; De Cuypere et al., 2006; Gomez-Gil et al., 2012). So wird beschrieben, dass sich die somatischen Behandlungsmaßnahmen möglicherweise auf eine höhere Körperzufriedenheit und/oder eine niedrigere Genderdysphorie auswirken, was sich wiederum auf ein höheres psychisches Wohlbefinden auswirken könnte. Die hier gewonnenen Ergebnisse könnten darauf hindeuten, dass erst die Kombination einer Hormonbehandlung mit operativen Eingriffen einen ausreichenden Effekt auf die mediierenden Variablen hat und infolge zu einem niedrigeren psychischen Belastungserleben der Betroffenen führt. Da jedoch in der aktuellen Studie keine mediierenden Variablen erfasst wurden, kann diese Erklärung lediglich als Vermutung angesehen werden. In zukünftigen Untersuchungen sollten mediierenden Variablen berücksichtigt werden, um einen umfassenderen Eindruck über die angenommenen Effekte der Behandlungsmaßnahmen auf das psychische Wohlbefinden zu gewinnen.

8.6 Fazit

Die Analyse der psychosozialen Situation von transgender Personen im Behandlungsverlauf liefert in Hinblick auf die psychische Befindlichkeit, erfasst mittels der SCL-90-R, einen weiteren Hinweis dafür, dass transsexuelle Männer und Frauen nicht per se eine hohe psychische Belastung aufweisen. Dennoch stellt eine transsexuelle Entwicklung für einige Betroffene eine belastende Bedingung dar, die mit psychischen Problemen einhergehen kann. In Anlehnung an die Studie von Auer et al. (2013) deuten die Befunde der Unterskalenanalyse der SCL-90-R auf mögliche Probleme im Bereich von Depressionen bei transsexuellen Frauen hin.

Die soziale Unterstützung wurde bislang in der Transgenderforschung nur peripher untersucht, weshalb die vorliegende Arbeit einen relevanten Beitrag zum genaueren Verständnis der sozialen Situation von transgender Personen bietet. Die Ergebnisse des F-SozUs und die Analyse der Items des BIs zu den sozialen Kontakten sprechen gegen den bisher angenommenen Mangel an sozialer Unterstützung und die geringe soziale Einbettung von transgender Personen, insbesondere im fortgeschrittenen Behandlungsprozess. Allerdings können die Ergebnisse nur schwer in Bezug zu bisherigen Forschungserkenntnissen gesetzt werden, da sich die wenigen existierenden Studien hinsichtlich des Aufbaus und der erfassten Variablen unterscheiden. Außerdem konnte die wahrgenommene soziale Unterstützung in der aktuellen Untersuchung nur zum Zeitpunkt der Follow-up-Erhebung erfasst werden. Die meisten Studienteilnehmenden hatten zu diesem Zeitpunkt bereits Behandlungsmaßnahmen in Anspruch genommen, weshalb es möglich ist, dass sich zum Zeitpunkt der klinischen Erstvorstellung andere Erkenntnisse gezeigt hätten.

Die Vergleichsanalysen zwischen MF und FM deuten insgesamt daraufhin, dass transsexuelle Männer und Frauen bezüglich des psychischen Belastungserleben und der sozialen Unterstützung als homogene Gruppe zu betrachten sind, die sich ähnlich sozial unterstützt und psychisch belastet erleben. Hinsichtlich des Kontaktes zu anderen transsexuellen Personen zum Zeitpunkt der Erstvorstellung konnte allerdings ein Unterschied zwischen den zwei Gruppen festgestellt werden. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass dem Kontakt zu gleichgesinnten Personen für MF und FM zu unterschiedlichen Zeitpunkten eine wichtige Bedeutung zukommt.

Entsprechend des *Minority Stress*-Modells von Meyer (2003) liefert die vorliegende Studie einen weiteren Anhaltspunkt für einen positiven Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und dem psychischen Wohlbefinden in der Transgenderpopulation. Im Rahmen

der Untersuchung konnten zu beiden Zeitpunkten Zusammenhänge zwischen verschiedenen Aspekten der sozialen Unterstützung und dem psychischen Belastungserleben gefunden werden. Hierbei zeigten sich für MF und FM bezüglich der sozialen Kontakte und dem psychischen Belastungserleben teilweise verschiedene Zusammenhänge, die vermuten lassen, dass für MF und FM unterschiedliche Unterstützungskomponenten zu verschiedenen Zeitpunkten bedeutsam sind. Die Korrelationen zwischen einer höheren wahrgenommenen sozialen Unterstützung und einem niedrigeren psychischen Belastungserleben stellten sich in beiden Gruppen zum Follow-up-Zeitpunkt als signifikant heraus. Analog zu bisherigen Arbeiten, deutet dieser Befund daraufhin, dass die soziale Unterstützung eine wichtige Ressource für transgender Personen darstellt, die im Zusammenhang mit einem höheren psychischen Wohlbefinden steht. Da auf Grundlage der Korrelationen keine kausalen Aussagen getroffen werden können, sollte diese Annahme mittels entsprechender statistischer Verfahren in zukünftigen Studien untersucht werden.

Ein zentrales Anliegen der Studie bestand weiterhin darin, zu untersuchen, ob die körpermedizinischen Behandlungsmaßnahmen im Zusammenhang mit dem psychischen und sozialen Wohlbefinden von transsexuellen Männern und Frauen stehen.

Im Rahmen der querschnittlichen Vergleiche zwischen den drei Behandlungsgruppen konnte hinsichtlich der sozialen Unterstützung eine Tendenz dahingehend beobachtet werden, dass Personen, die eine oder mehrere somatische Interventionen in Anspruch genommen hatten, höhere Gesamtwerte der wahrgenommenen sozialen Unterstützung aufweisen als diejenigen Personen, die keine Behandlung erhielten. Die Unterschiede erwiesen sich zwar als nicht signifikant, jedoch liefern sie einen möglichen Hinweis für einen positiven Effekt der körpermedizinischen Behandlungsmaßnahmen auf die soziale Unterstützung. In zukünftigen Forschungen sollte dieser Aspekt erneut aufgegriffen werden.

In Hinblick auf das psychische Belastungserleben lassen sowohl die Ergebnisse der querschnittlichen als auch der längsschnittlichen Analysen vermuten, dass die Kombinationsbehandlung einer Hormonbehandlung mit operativen geschlechtsangleichenden Operationen einen positiven Effekt auf das psychische Wohlbefinden hat. So weisen die Personen, die beide Interventionen ergriffen hatten, ein niedrigeres psychisches Belastungserleben auf als Personen, die keine Behandlung erhalten haben. Darüber hinaus zeigen sie zu t1 geringere Ausprägungen hinsichtlich des psychischen Belastungserlebens als zu t0. Angesichts der Tatsache, dass in dem Forschungsbereich bislang wenige Längsschnittstudien durchgeführt wurden und nur selten verschiedene Behandlungsgruppen

miteinander verglichen wurden, liefern die gewonnenen Befunde neue Hinweise im Hinblick auf die Effekte der Behandlungsmaßnahmen. Bisherige Studienergebnisse deuten eher auf einen entscheidenden Effekt der Hormonbehandlung auf die psychische Befindlichkeit, wohingegen die vorliegende Arbeit die Vermutung aufstellt, dass insbesondere der kombinatorischen Behandlung eine bedeutende Rolle zukommt.

9. Einschränkungen der Studie

Eine Einschränkung der vorliegenden Studie stellt die Erfassung der sozialen Kontakte mittels der Items des BIs dar. Allgemeine Aussagen über die soziale Situation auf Grundlage dieser Items können nur mit Vorbehalt getroffen werden, da sie lediglich Teilbereiche des sozialen Netzwerkes erfassen und darüber hinaus keine Normwerte existieren, mit denen die angegebenen Antworten verglichen werden können. Weiterhin beinhalten die Antwortkategorien teilweise willkürliche Abstufungen, was auf eine geringe psychometrische Qualität der Items hindeutet. Beispielsweise enthält das Item zur Erfassung der Anzahl an vertrauten Freunden folgende Antwortalternativen: „keine“, „1-3“, „3-10“ und „über 10“. Hierbei ist fragwürdig, inwiefern die Kategorien aussagekräftige Abstufungen darstellen, da in einem Bereich von drei bis zehn Freunden nicht differenziert wird. Wie bereits in der Diskussion beschrieben, ist außerdem zu hinterfragen, ob das Item zu dem Einsamkeitsempfinden dem Bereich der sozialen Kontakte zugeordnet werden kann oder vielmehr eine psychische Dimensionen erfasst. Da bislang die sozialen Kontakte in der Transgenderpopulation kaum beleuchtet wurden, liefert die Analyse der Items trotz der genannten Mängel wichtige Hinweise über die soziale Einbettung von transgender Personen.

Der F-SozU wurde lediglich zum Zeitpunkt der Follow-up-Erhebung vorgegeben, weshalb keine längsschnittlichen Vergleiche in Hinblick auf die wahrgenommene soziale Unterstützung durchgeführt werden konnten. Die gewonnenen Erkenntnisse bezüglich des F-SozUs beziehen sich auf Personen, die größtenteils bereits somatische Behandlungen ergriffen hatten und sind somit nicht übertragbar auf andere transgender Personen, die nicht in Behandlung sind oder am Anfang des Behandlungsprozesses stehen.

Bei der Interpretation der SCL-90-R muss bedacht werden, dass es sich um eine subjektive Erfassung von psychischen Problemen handelt. Die SCL-90-R kann zwar Hinweise auf psychische Probleme liefern, es müssten aber weitere objektive Verfahren eingesetzt werden, um klinisch relevante Beeinträchtigungen zu ermitteln. Weiterhin sei an dieser Stelle daraufhin

hingewiesen, dass mittels der SCL-90-R die Symptombelastung innerhalb der letzten sieben Tage erfragt wird, weshalb die Ergebnisse als eine Momentaufnahme der selbstbeurteilten psychischen Belastung zu interpretieren sind.

Einen weiteren Kritikpunkt der Untersuchung stellt die fehlende Information bezüglich der genauen Art der somatischen Interventionen dar. Aufgrund von Problemen bei der Erfassung der Behandlungsmaßnahmen im Rahmen der Follow-up-Erhebung konnten weder die Darreichungsform und Dosierung der Hormonbehandlung, noch die Art der durchgeführten geschlechtsangleichenden Operationen erfasst werden. In zukünftigen Studien sollten diese Behandlungsparameter berücksichtigt werden, da sich möglicherweise je nach Art der Behandlung unterschiedliche Effekte auf die psychische und soziale Befindlichkeit zeigen können.

In Hinblick auf die gefundenen Anhaltspunkte für die positiven Effekte der somatischen Behandlung auf die psychische Befindlichkeit der teilnehmenden Personen ist kritisch anzuführen, dass mögliche beeinflussende Variablen nicht kontrolliert werden konnten. So wurde beispielsweise nicht erfasst, ob die befragten Personen eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen hatten, was sich auf die gefundenen Effekte ausgewirkt haben könnte.

Außerdem wurden im Rahmen dieser Studie keine mediierenden Variablen mit erhoben. Wie zuvor beschrieben wird davon ausgegangen, dass sich die somatische Behandlung über indirekte Effekte auf das psychische und soziale Wohlbefinden von transgender Personen auswirkt. Zukünftige Studien sollten mögliche mediierende Variablen, wie die Genderdysphorie oder die Körperzufriedenheit mit erfassen, um Aufschluss über mögliche Wirkungsweisen der Behandlung auf die psychosoziale Befindlichkeit zu geben.

In Bezug auf die Stichprobenzusammensetzung muss einschränkend angemerkt werden, dass sich in der Stichprobe mehr Personen aus den Kliniken in Amsterdam ($n=56$) und Gent ($n=40$) befinden als aus Hamburg ($n=13$). Da sich die klinische Versorgung für genderdysphorische Personen innerhalb der drei Länder unterscheiden kann, ist es durchaus möglich, dass sich dies auf die Ergebnisse und die Stichprobenkennwerte ausgewirkt haben könnte.

Eine weitere Schwäche stellen die teilweise sehr kleinen Gruppengrößen der Behandlungsgruppen dar. Der Anteil der Personen in der Gruppe der MF, die keine Behandlung erhielt ($n = 10$), kann als zu gering eingestuft werden. Durch einen derart geringen Stichprobenumfang können nur größere Effekte ermittelt werden, während für kleinere Effekte

eine größere Anzahl an Personen in den einzelnen Gruppen notwendig wäre. Dies erklärt möglicherweise die beobachteten Tendenzen hinsichtlich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung. In weiteren Untersuchungen sollte in einer größeren Stichprobengröße erneut getestet werden, ob sich die gefundene Tendenz als signifikant herausstellt.

Weiterhin war der Anzahl an MF in der Gesamtstichprobe größer als der Anteil der FM. Da die meisten Hypothesentestungen jedoch getrennt für die beiden Gruppen berechnet wurden, ist dieser Mangel nur bezüglich der Vergleiche zwischen MF und FM zu beachten. Angesichts der kleinen Gruppengröße der FM ist es möglich, dass auch hier kleinere Effekte nicht beobachtet werden konnten. Weiterhin muss in Bezug auf die Vergleiche zwischen MF und FM einschränkend angemerkt werden, dass die zwei Gruppen hinsichtlich des Alters, des *age of onset* und der sexuellen Orientierung nicht als homogene Gruppen zu betrachten sind. Ergebnisse, die den Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen betreffen, sind daher mit Vorbehalt zu interpretieren. Jedoch betrifft dies nur die Gruppenunterschiede bezüglich des Kontaktes zu anderen transsexuellen Personen.

Letztlich ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu hinterfragen. Bei den Studienteilnehmenden handelt es sich um Personen, die sich in klinischer Betreuung befinden, eine Diagnose der GID erhalten haben und größtenteils somatische Behandlungsmaßnahmen im Rahmen der klinischen Versorgung in Anspruch genommen haben. Es ist sehr wahrscheinlich, dass sich transgender Personen, die keinen Zugang zur klinischen Versorgung und Behandlung haben, von den befragten Personen der vorliegenden Studie hinsichtlich ihrer psychosozialen Situation unterscheiden. Weitere Unterschiede würden sich vermutlich bei Personen zeigen, die keine Diagnose der GID erhalten, aber trotzdem unter einer Form der Genderdysphorie leiden.

Angesichts der speziellen Merkmale der untersuchten Stichprobe ist eine Verallgemeinerung der Ergebnisse auf eine breit gefächerte Population von transgender Personen nicht zulässig.

Die vorliegende Arbeit ist nach aktuellem Kenntnisstand eine der wenigen, die verschiedene psychische und soziale Aspekte bei transsexuellen Männern und Frauen im Behandlungsverlauf erfasst und unter verschiedenen Gesichtspunkten beleuchtet hat, weshalb sie trotz der genannten Mängel einen bedeutenden Beitrag zu einem besseren Verständnis über die psychosoziale Situation von transgender Personen und die Effekte der körpermedizinischen geschlechtsangleichenden Behandlungsmaßnahmen leistet.

Literaturverzeichnis

- à Campo, J., Nijman, H. L., Merckelbach, H., & Decker, I. (2003). Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: a survey among Dutch psychiatrists. *The American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1332-1336. doi: 10.1176/appi.ajp.160.7.1332
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.Ed.). Washington, DC: Author.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Ständige Kommission Leitlinien. (2012). *AWMF-Regelwerk „Leitlinien“* (1.Aufl.). Verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>
- Auer, M. K., Hohne, N., Bazarra-Castro, M. A., Pfister, H., Fuss, J., Stalla, G. K., . . . Ising, M. (2013). Psychopathological profiles in transsexuals and the challenge of their special status among the sexes. *Plos One*, 8(10). doi: 10.1371/journal.pone.0078469
- Becker, S. (2004). Transsexualität- Geschlechtsidentitätsstörung. In G. Kockott & E. M. Fahrner (Hrsg.), *Sexualstörungen* (S. 153-201). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Becker, S. (2009). Transsexuelle Entwicklungen. Verlaufsdagnostik, Psychotherapie und Indikation zu somatischen Behandlungen. *Psychotherapie im Dialog*, 10(1), 12-18.
- Becker, S. (2012). Transsexualität – Geschlechtsidentitätsstörung – Geschlechtsdysphorie. *HIV & More*, 2, 26-35.
- Becker, S., Bosinski, H. A. G., Clement, U., Eicher, W., Goerlich, T. M., Hartmann, U., . . . Wille, R. (1997). Standards zur Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 10, 147-156.
- Beemyn, G., & Rankin, S. (2011). *The lives of transgender people*. New York: Colombia University Press.
- Bockting, W., Huang, C.-Y., Ding, H., Robinson, B., & Rosser, B. R. S. (2005). Are transgender persons at higher risk for HIV than other sexual minorities? A comparison of HIV prevalence and risks. *International Journal of Transgenderism*, 8(2-3), 123-131. doi: 10.1300/J485v08n02_11
- Bockting, W., Miner, M. H., Swinburne, R., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, 103(5), 943-951. doi: 10.2105/AJPH.2013.301241
- Bockting, W. O. (2009). Are gender identity disorders mental disorders? Recommendations for revision of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 53 - 62. doi: 10.1080/15532730902799987
- Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *international Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 35-82. doi: 10.1300/J485v09n03_03

- Bowman, C., & Goldberg, J. M. (2006). Care of the patient undergoing sex reassignment surgery. *International Journal of Transgenderism*, 9, 135-165. doi: 10.1300/J485v09n03_07
- Brisette, I., Cohen, S., & Seeman, T. E. (2000). Measuring social integration and social networks. In S. Cohen, L. Underwood & B. Gottlieb (Hrsg.), *Social support measurement and interventions: A guide for health and social scientists* (S.3-85). New York: Oxford.
- Browne, K., & Lim, A. (2008). *Count me in too. Trans people: Additional findings report*. Brighton: University of Brighton and Spectrum. Verfügbar unter http://www.countmeintoo.co.uk/trans_people.php
- Budge, S. L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. S. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 545-557. doi: 10.1037/a0031774
- Budge, S. L., Katz-Wise, S. L., Tebbe, E. N., Howard, K. A. S., Schneider, C. L., & Rodriguez, A. (2012). Transgender emotional and coping processes: Facilitative and avoidant coping throughout gender transitioning. *The Counseling Psychologist*, 41(4), 601-647. doi: 10.1177/0011000011432753
- Cerwenka, S., Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2012). Sexual orientation and partner-choice of transsexual women and men before gender-confirming interventions. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 62(6), 214-222. doi: 10.1055/s-0032-1309030
- Clements-Nolle, K., Marx, R., Guzman, R., & Katz, M. (2001). HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: Implications for public health intervention. *American Journal of Public Health*, 91, 915-921. doi: 10.2105/AJPH.91.6.915
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684. doi: 10.1037/0003-066X.59.8.676
- Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. Underwood & B. Gottlieb (Hrsg.), *Social support measurement and interventions: A guide for health and social scientists* (S.3-25). New York: Oxford.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499-513. doi: 10.1007/s10508-009-9562-y
- Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26(1), 13-26. doi: 10.1023/A:1024517302481
- Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2014). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*, 39, 65-73. doi: 10.1016/j.psyneuen.2013.09.029

- Collazo, A., Austin, A., & Craig, S. L. (2013). Facilitating transition among transgender clients: Components of effective clinical practice. *Clinical Social Work Journal*, 41(3), 228-237. doi: 10.1007/s10615-013-0436-3
- Davis, S. A., & Meier, S. C. (2013). Effect of testosterone treatment an chest reconstruction surgery on Mental health and sexuality in female-to-male transgender people. *International Journal of Sexual Health*, 26(2), 113-128. doi: 10.1080/19317611.2013.833152
- De Cuypere, G., Elaut, E., Heylens, G., Van Maele, G., Selavaggi, G., T'Sjoen, G., . . . Monstrey, S. (2006). Long-term follow-up: psychosocial outcome of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery. *Sexologies*, 15, 126-133. doi: 10.1016/j.sexol.2006.04.002
- De Cuypere, G., & Gijs, L. (2014). Care for adults with gender dysphoria. In B. P. C. Kreukels, T. D. Steensma & A. L. C. de Vries (Hrsg.), *Gender dysphoria and disorders of sex development. Progress in care and knowledge* (S.231-254). New York: Springer Science+Business Media.
- De Cuypere, G., Jannes, C., & Rubens, R. (1995). Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(3), 180-184. doi: DOI: 10.1111/j.1600-0447.1995.tb09763.x
- Dean, L., Meyer, I. H., Robinson, K., Sell, R. L., Sember, R., Silenzio, V. M. B., . . . Xavier, J. (2000). Lesbian, gay, bisexual, and transgender health: Findings and concerns. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4(3). doi: 10.1023/A:1009573800168
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Langstrom, N., & Landen, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *Plos One*, 6(2), 8. doi:10.1371/journal.pone.0016885
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinie* (8. Aufl.). Bern: Huber.
- Doom, C. D., Poortinga, J., & Verschoor, A. M. (1994). Cross-gender identity in transvestites and male transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 23(2), 185-201. doi: 10.1007/BF01542098
- Duisin, D., Batinic, B., Barisic, J., Djordjevic, M. L., Vujovic, S., & Bizic, M. (2014). Personality disorders in persons with gender identity disorder. *Scientific World Journal*, 2014. doi: 10.1155/2014/809058
- Dunkel, D., Antretter, E., Fröhlich-Walser, S., & Haring, C. (2005). Evaluation der Kurzform des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung (SOZU-K-22) in klinischen und nichtklinischen Stichproben. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55(5), 266-277. doi: 10.1055/s-2004-834746
- Factor, R. J., & Rothblum, E. D. (2007). A study of transgender adults and their non-transgender siblings on demographic characteristics, social support, and experiences of violence. *Journal of LGBT Health Research*, 3(3). doi: 10.1080/15574090802092879

- Feldman, P., & Cohen, S. (2000). Social support. In A. E. Kazdin (Hrsg.), *Encyclopedia of Psychology* (S.373-376). New York: Oxford University Press.
- Fisk, N. M. (1973). Gender dysphoria syndrome (The how, what, and why of a disease). In D. R. Laub & P. Gandy (Hrsg.), *Proceedings of the second interdisciplinary symposium on gender dysphoria syndrome* (S.7-14). Palo Alto: Stanford University Press.
- Franke, G. H. (2001). Möglichkeiten und Grenzen im Einsatz der Symptom-Checkliste SCL-90-R. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 33(3), 475-485.
- Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R - Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis*. Göttingen: Beltz Test.
- Franzen, J., & Sauer, A. (2010). *Benachteiligung von Trans*Personen, insbesondere im Arbeitsleben*. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Verfügbar unter: http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Expertisen/Expertise_Benachteiligung_von_Trans_personen.pdf?__blob=publicationFile
- Frieling, E., & Sonntag, K. (1999). *Lehrbuch Arbeitspsychologie*. Göttingen: Huber.
- Fydrich, T., Sommer, G., & Brähler, E. (2007). *Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU)*. Göttingen: Hogrefe.
- Galupo, M. P., Bauerband, L. A., Gonzalez, K. A., Hagen, D. B., Hether, S. D., & Krum, T. E. (2014). Transgender friendship experiences: Benefits and barriers of friendships across gender identity and sexual orientation. *Feminism & Psychology*, 24(2), 193-215. doi: 10.1177/0959353514526218
- Garcia, D., Gross, P., Baeriswyl, M., Eckel, D., Müller, D., Schlatter, C., & Rauchfleisch, U. (2014). Von der Transsexualität zur Gender-Dysphorie. Beratungs- und Behandlungsempfehlungen bei TransPersonen. *Schweizerisches Medizin-Forum*, 14(19), 382–387.
- Genschel, C. (2005). Die Formierung der Transgender-Bewegung in den USA. Von medizinischen Objekten zu politischen Subjekten. In U. Ferdinand, A. Pretzel & A. Seeck (Hrsg.), *Verqueere Wissenschaft?: zum Verhältnis von Sexualwissenschaft und Sexualreformbewegung in Geschichte und Gegenwart* (2. Aufl., S.309-320). Münster: LIT Verlag.
- Gijs, L., van der Putten-Bierman, E., & De Cuypere, G. (2014). Psychiatric comorbidity in adults with gender identity problems. In B. P. C. Kreukels, T. D. Steensma & A. L. C. de Vries (Hrsg.), *Gender dysphoria and disorders of sex development. Progress in care and knowledge* (S.255-276). New York: Springer Science+Business Media.
- Golub, S. A., Walker, J. J., Longmire-Avital, B., Bimbi, D. S., & Parsons, J. T. (2010). The Role of religiosity, social Support, and stress-related growth in protecting against HIV risk among Transgender Women. *Journal of Health Psychology*, 15(8), 1135-1144. doi: 10.1177/1359105310364169
- Gomez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godas, T., & Valdes, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 378-392. doi: 10.1007/s10508-007-9307-8

- Gomez-Gil, E., Vidal-Hagemeijer, A., & Salamero, M. (2008). MMPI-2 characteristics of transsexuals requesting sex reassignment: comparison of patients in prehormonal and presurgical phases. *Journal of Personality Assessment*, 90(4), 368-374. doi: 10.1080/00223890802108022
- Gomez-Gil, E., Zubiaurre-Elorza, L., Esteva, I., Guillamon, A., Godas, T., Almaraz, M. C., . . . Salamero, M. (2012). Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology*, 37(5), 662-670. doi: 10.1016/j.psyneuen.2011.08.010
- Gooren, L., & Asscheman, H. (2014). Sex reassignment: Endocrinological interventions in adults with gender dysphoria. In B. P. C. Kreukels, T. D. Steensma & A. L. C. de Vries (Hrsg.), *Gender dysphoria and disorders of Sex Development. Progress in care and knowledge* (S.277-298). New York: Springer Science + Business Media.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., & Frank, J. A. (2011). Aspects of psychological resilience among transgender youth. *Journal of LGBT Youth*, 8, 103-115. doi: 10.1080/19361653.2011.541347
- Günther, M. (2015). Psychotherapeutische und beratende Arbeit mit Trans*Menschen. Erfahrung, Haltung, Hoffnung. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 47(1), 113-124.
- Hamm, J. A., & Sauer, A. T. (2014). Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 27(1), 4-30. doi: 10.1055/s-0034-1366140
- Haraldsen, I. R., & Dahl, A. A. (2000). Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 276-281. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.102004276.x
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L., Meyer, W. J., Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132-3154. doi: 10.1210/jc.2009-0345
- Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, N., Miller, N., & Delsignore, A. (2005). Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 259-261. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.08.010
- Herrn, R. (2005). *Schnittmuster des Geschlechts. Transvestitismus und Transsexualität in der frühen Sexualwissenschaft*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M., & Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 47(1), 27-39. doi: 10.1026//0012-1924.47.1.27
- Heylens, G., Elaut, E., Baudewinjtje, P. C., Kreukels, B. P., Paap, M. C., Cerwenka, S., . . . De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *The British Journal of Psychiatry*, 204(2), 151-156. doi: 10.1192/bjp.bp.112.121954

- Heylens, G., Verroken, C., De Cock, S., T'Sjoen, G., & De Cuypere, G. (2014). Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: A prospective study of persons with a gender identity disorder. *Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 127-135. doi: 10.1111/jsm.12363
- Hill, D. B. (2008). Dear doctor Benjamin: Letters from transsexual youth. *International Journal of Transgenderism*, 10(3-4), 149-170. doi: 10.1080/15532730802297348
- Hoshiai, M., Matsumoto, Y., Sato, T., Ohnishi, M., Okabe, N., Kishimoto, Y., . . . Kuroda, S. (2010). Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64(5), 514-519. doi: 10.1111/j.1440-1819.2010.02118.x
- Kaufmann, U. (2014). Transsexualität- Gender-Dysphorie. *Der Gynäkologe*, 47(2), 104-109. doi: 10.1007/s00129-013-3207-x
- Kelleher, C. (2009). Minority stress and health: Implications for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) young people. *Counseling Psychology Quarterly*, 22(4), 373-379. doi: 10.1080/09515070903334995
- Kienle, R., Knoll, N., & Renneberg, B. (2006). Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In S. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S.108-122). Heidelberg: Springer Medizin.
- Knoll, N., & Kienle, R. (2007). Fragebogenverfahren zur Messung verschiedener Komponenten sozialer Unterstützung: ein Überblick. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16, 57-71.
- Kreukels, B. P. C., Haraldsen, I. R., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., Gijs, L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). A European network for the investigation of gender incongruence: The ENIGI initiative. *European Psychiatry*, 27(6), 445-450. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.04.009
- Lawrence, A. A. (2005). Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34(2), 147-166. doi: 10.1007/s10508-005-1793-y
- Lenning, E., & Buist, C. L. (2013). Social, psychological and economic challenges faced by transgender individuals and their significant others: gaining insight through personal narratives. *Culture Health & Sexuality*, 15(1), 44-57. doi: 10.1080/13691058.2012.738431
- Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409-418. doi: 10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x
- Lewins, F. (2002). Explaining stable partnerships among FTMs and MTFs: a significant difference? *Journal of Sociology*, 38(1), 76-88. doi: 10.1177/144078302128756507
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2009). *Begutachtungsanleitung Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität*. Essen: Author.

- Meier, S. L. C., Fitzgerald, K. M., Pardo, S. T., & Babcock, J. (2011). The effects of hormonal gender affirmation treatment on mental health in female-to-male transsexuals. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 15(3), 281-299. doi: 10.1080/19359705.2011.581195
- Meyer, G., & Bonjunga, J. (2012). Gegengeschlechtliche Hormontherapie bei Transsexualität. *HIV & More*, 2, 38-43.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- Meyerowitz, J. (2002). *How sex changed. A history of transsexuality in the United States*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mizock, L., & Lewis, T. K. (2008). Trauma in transgender populations: Risk, resilience and clinical care. *Journal of Emotional Abuse*, 8(3), 335-354. doi: 10.1080/10926790802262523
- Monstrey, S., Buncamper, M., Bouman, M.-B., & Hoebke, P. (2014). Surgical interventions for gender dysphoria. In B. P. C. Kreukels, T. D. Steensma & A. L. C. de Vries (Hrsg.), *Gender dysphoria and disorders of sex development. Progress in care and knowledge* (S.299-318). New York: Springer Science+Business Media.
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214-231. doi: 10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x
- Nemoto, T., Bodeker, B., & Iwamoto, M. (2011). Social support, exposure to violence and transphobia, and correlates of depression among male-to-female transgender women with a history of sex work. *American Journal of Public Health*, 101(10), 1980-1988. doi: 10.2105/ajph.2010.197285
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447-1457. doi: 10.1007/s11136-006-0002-3
- Nieder, T. O., Briken, P., & Richter Appelt, H. (2013). Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *Psych Up2date*, 7(6), 373-388. doi:10.1055/s-0033-1349534
- Nieder, T. O., Herff, M., Cerwenka, S., Preuss, W. F., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., . . . Richter-Appelt, H. (2011). Age of onset and sexual orientation in transsexual males and females. *Journal of Sexual Medicine*, 8(3), 783-791. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.02142.x
- Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2009). Neue Perspektiven psychischer Aspekte von Transsexualität. *Gynäkologische Endokrinologie*, 7(3), 147-152. doi: 10.1007/s10304-009-0313-x
- Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2011). Tertium non datur – either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: the situation past and present, and its relevance to the future. *Psychology and Sexuality*, 2(3), 224–243. doi: 10.1080/19419899.2010.545955

- Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2012). Transsexualität und Geschlechtsdysphorie. *Gynäkologie Geburtsmedizin Gynäkologische Endokrinologie*, 8(1), 60-71.
- Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2013). Transgender: Transsexualität, Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie. In P. Briken & M. Berner (Hrsg.), *Praxisbuch Sexuelle Störungen. Sexuelle Gesundheit, Sexualmedizin, Psychotherapie sexueller Störungen* (S.203-223). Stuttgart: Thieme.
- Nieder, T. O., & Strauss, B. (2014). Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung bei Geschlechtsdysphorie Stand der aktuellen Entwicklungen. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 27(1), 59-76. doi: 10.1055/s-0034-1366127
- Nuttbrock, L., Rosenblum, A., & Blumenstein, R. (2002). Transgender identity affirmation and mental health. *International Journal of Transgenderism*, 6(4).
- Rauchfleisch, U. (2007). Transsexualität-Transidentität-Transdifferenz. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 31(2/3), 109-125.
- Rauchfleisch, U. (2014). *Transsexualität-Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie* (4. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Richter-Appelt, H. (2007). Intersexualität. Störungen der Geschlechtsentwicklung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50(1), 52-61. doi: 10.1007/s00103-007-0109-x
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 45(5), 536–545. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x
- Rotondi, N. K. (2012). Depression in trans People: A review of the risk factors. *International Journal of Transgenderism*, 13(3), 104-116. doi: 10.1080/15532739.2011.663243
- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205-213. doi: 10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x
- Sanchez, F. J., & Vilain, E. (2009). Collective self-esteem as a coping resource for male-to-female transsexuals. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 202-209. doi: 10.1037/a0014573
- Saß, H., Wittchen, H. U., & Zaudig, M. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR): Textrevision* (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, H. J., Schaaf, L., & Stalla, G. K. (2007). Transsexualität. In J. Schölmerich (Hrsg.), *Medizinische Therapie 2007 I 2008* (3.Aufl., S.721-725). Heidelberg: Springer Medizin.
- Sigus, V. (2006). Transsexuelle Entwicklungen. In V. Sigusch (Hrsg.), *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung* (4.Aufl., S.346-362). Stuttgart: Thieme.
- Simon, L., Zsolt, U., Fogd, D., & Czobor, P. (2011). Dysfunctional core beliefs, perceived parenting behavior and psychopathology in gender identity disorder: A comparison of male-to-female, female-to-male transsexual and nontranssexual control subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(1), 38-45. doi: 10.1016/j.jbtep.2010.08.004

- Simons, L., Schrager, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., & Olson, J. (2013). Parental support and mental health among transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53(6), 791-793. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.07.019
- Singh, A. A., Hays, D. G., & Watson, L. S. (2011). Strength in the face of adversity: Resilience strategies of transgender individuals. *Journal of Counseling and Development*, 89(1), 20-27. doi: 10.1002/j.1556-6678.2011.tb00057.x
- Smith, Y. L. S., van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35(1), 89-99. doi: 10.1017/s0022391704002776
- Spiegel Online. (2012). *Urteil: Krankenkasse muss Brust-OP Transsexueller bezahlen*. Verfügbar unter <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/gericht-krankenkasse-muss-brust-op-bei-transsexueller-bezahlen-a-855249.html> [10.06.2015].
- Uchino, B. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-386. doi: 10.1007/s10865-006-9056-5
- Udeze, B., Abdelmawla, N., Khoosal, D., & Terry, T. (2008). Psychological functions in male-to-female transsexual people before and after surgery. *Sexual and Relationship Therapy*, 23(2), 141-145. doi: 10.108/14681990701882077
- van Trostenburg, M. A. A., Cohen, E. M. R., & Noe, M. (2004). Die hormonelle Behandlung transsexueller Personen. *Reproduktionsmedizin Endokrinologie*, 1(3), 171-183.
- Weinand, J. D., & Safer, J. D. (2015). Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology* 2(2), 55-60. doi: 10.1016/j.jcte.2015.02.003
- World Professional Association for Transgender Health (2012). *Standards of Care. Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen*, 7. Version. Verfügbar unter http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/soc%20-%20german.pdf

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 <i>Altersverteilung für MF und FM</i>	71
Abbildung 2 <i>Age of onset für MF und FM</i>	72
Abbildung 3 <i>Familienstand für MF und FM</i>	73
Abbildung 4 <i>Bildungsstand für MF und FM</i>	74
Abbildung 5 <i>Erwerbstätigkeit für MF und FM</i>	75
Abbildung 6. <i>Sexuelle Orientierung für MF und FM</i>	76
Abbildung 7 <i>Verteilung der Gesamtwerte des F-SozUs für MF und FM</i>	81

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Geschlechtsangleichende operative Maßnahmen für MF und FM</i>	38
Tabelle 2 <i>Anzahl der Personen (Prozentangabe) in den drei Behandlungsgruppen, getrennt für MF und FM und für die Gesamtstichprobe</i>	77
Tabelle 3 <i>Vierfeldertafel, Geschlecht x Kontakt zu anderen Transsexuellen zu t0</i>	78
Tabelle 4 <i>Vierfeldertafel, Geschlecht x Kontakt zu anderen Transsexuellen zu t1</i>	78
Tabelle 5 <i>Mittelwerte (T-Werte) der SCL-90-R Skalen für MF und FM zu t0 und t1</i>	82
Tabelle 6 <i>Anzahl (in Prozent) an Personen mit klinisch auffälligen Werten (Skalenwert ≥ 1.00 oder T-Wert ≥ 63) auf den einzelnen Skalen der SCL-90-R zu t0 und t1</i>	83
Tabelle 7 <i>Spearman Rangkorrelationen zwischen dem GSI und den Items des BIs zu t0</i>	84
Tabelle 8 <i>Spearman Rangkorrelationen zwischen dem GSI und den Items des BIs zu t1</i>	85
Tabelle 9 <i>Deskriptive Statistik der Gesamtwerte des F-SozUs für die Behandlungsgruppen zu t1</i>	89
Tabelle 10 <i>Deskriptive Statistik der GSI-Werte für die Behandlungsgruppen zu t0</i>	90
Tabelle 11 <i>Deskriptive Statistik der GSI-Werte für die Behandlungsgruppen zu t1</i>	91

Anhang

Anhang A: Einverständniserklärung zur Studienteilnahme und der pseudonymisierten Speicherung und Auswertung der Daten



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Zentrum für Psychosoziale
Medizin
Institut für Sexualforschung und
Forensische Psychiatrie
Prof. Dr. Peer Briken

Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt
Studienleiterin
Tel.: 040 / 74105-54371
Fax: 040 / 74105-56406
hrichter@uke.uni-hamburg.de
Martinistraße 52, 20246 Hamburg

Information und Aufklärung

zur Teilnahme an der Studie

„Diagnostische Kriterien, Behandlung und Evaluation von Erwachsenen und Jugendlichen mit
Geschlechtsidentitätsstörung in vier Europäischen Ländern“

Gegenstand und Ziel des Forschungsvorhabens

Erwachsene und jugendliche Patientinnen und Patienten, die sich in ihrem Geschlecht unsicher fühlen oder eine körperliche Umwandlung vom Mann zur Frau oder von der Frau zum Mann anstreben und erstmals psychologische und/oder medizinische Behandlung an der Ambulanz des Institut für Sexualforschung (UKE) suchen, durchlaufen einen klinischen Diagnostikprozess. Dieser beinhaltet neben Einzelgesprächen mit dem behandelnden Arzt oder Psychologen das Beantworten von Fragebögen.

Um diesen Diagnostikprozess verbessern zu können, werden im Rahmen eines Forschungsprojekts in vier europäischen Städten in den Universitätskliniken Amsterdam (Niederlande), Ghent (Belgien) und Oslo (Norwegen) Personen auf die gleiche Art und Weise untersucht.

Durchführung und Dauer der Befragung

Die Befragungen und das Ausfüllen von Fragebögen finden in den Räumen des Instituts für Sexualforschung statt. Neben Fragen zu Ihrem Geschlecht geht es vor allem auch um Ihr psychisches Wohlbefinden und berufliche und soziale Probleme im Alltag, die in den Therapiegesprächen Beachtung finden sollen. Die Untersuchungen erstrecken sich auf ca. ein halbes Jahr. Es bestehen keine besonderen Risiken.

Der Ablauf ist wie folgt:

1. Nach dem vereinbarten Erstgespräch erhalten Sie im Sekretariat einen Fragebogen zu Ihrem Lebenslauf, der nach dem Gespräch auszufüllen ist (Dauer: ca. 20 Minuten).
2. Im Anschluss an den zweiten Gesprächstermin erhalten Sie einige Fragebögen, die ebenso vor Ort auszufüllen sind. Im Anschluss daran besteht die Möglichkeit, aufgetauchte Fragen mit einem/r Teammitarbeiter/in zu besprechen.
3. An einem weiteren Termin wird mit Ihnen ein klinisches Interview durch einen Psychologen bzw. Arzt durchgeführt.

Mit der Einwilligung zur Teilnahme an dieser Studie geben Sie uns die Erlaubnis, die von Ihnen im Diagnostikprozess gewonnenen Daten national und international auszuwerten. Alle erhobenen Daten werden pseudonymisiert gespeichert und ausgewertet. Bei der Pseudonymisierung wird Ihr Name durch ein Pseudonym (z.B. einen Zahlencode) ersetzt. Dadurch taucht Ihr Name auf den Datensätzen (z.B. Fragebögen) nicht auf, Bezüge zwischen den verschiedenen Datensätzen sind aber weiterhin möglich. Die geltenden Datenschutzbestimmungen werden eingehalten.

Sie können die Zustimmung zur Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen zurücknehmen. Bei Widerruf der Teilnahme werden die bereits erhobenen Daten gelöscht.

Vielen Dank!

Ich habe dieses Informationsblatt gelesen und eine Kopie erhalten.

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an Herrn Dipl.-Psych. Nieder: Tel. 040-74105-54232
(tnieder@uke.uni-hamburg.de).



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Zentrum für Psychosoziale
Medizin
**Institut für Sexualforschung
& Forensische Psychiatrie**
Prof. Dr. Hertha Richter-
Appelt

Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel 040/74105-54371
Fax 040/74105-56406
hrichter@uke.uni-hamburg.de

**Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie
„Diagnostische Kriterien, Behandlung und Evaluation
von Erwachsenen und Jugendlichen mit Geschlechtsidentitätsstörung
in vier Europäischen Ländern“**

- 1.) Hiermit erkläre ich mich freiwillig dazu bereit, an der oben genannten wissenschaftlichen Untersuchung unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt teilzunehmen. Ich bin über die voraussichtliche Dauer der Studie, die Art der Befragung der Untersuchungen im Rahmen dieser Studie aufgeklärt worden. Mir wurde mitgeteilt, dass die Teilnahme keine Risiken birgt.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Studie von meiner Seite ohne Angaben von Gründen jederzeit abgebrochen werden kann.

☐ Ja ☐ Nein

- 2.) Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten ausschließlich vom Forschungsprojekt für Forschungszwecke in pseudonymisierter Form erhoben und ausgewertet und anonym publiziert werden.

☐ Ja ☐ Nein

- 3.) Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass es sich um ein europäisches Forschungsprojekt handelt, das in Kooperation mit dem Medizinischen Zentrum der Universität Amsterdam/Niederlande, der Universitätsklinik Gent/Belgien und der Universitätsklinik Oslo/Norwegen durchgeführt wird, dass für die Auswertung der Studie meine Daten international ausgewertet und die geltenden Datenschutzbestimmungen eingehalten werden.

☐ Ja ☐ Nein

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift* _____
(*bei minderjährigen Personen Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)

Unterschrift des aufklärenden Arztes/ Psychologen: _____

Anhang B : Biographisches Inventar für FM und MF

3577218878	UKE - Institut für Sexualforschung	Country code <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table> Id-nr <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
1B	BI - F											
		Datum <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Behandler: <table border="1" style="width: 350px; height: 25px;"></table>												
Ethnischer Hintergrund, Mutter: ☐ Asiatisch ☐ Afrikanisch ☐ Kaukasisch ☐ Anderer _____												
Ethnischer Hintergrund, Vater ☐ Asiatisch ☐ Afrikanisch ☐ Kaukasisch ☐ Anderer _____												
1. Alter <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table> Jahre Geburtsjahr: <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
2. Familienstand ☐ ledig / single ☐ in fester Partnerschaft ☐ Verheiratet ☐ Geschieden ☐ Sonstige: _____												
3. Ihr religiöser Hintergrund: ☐ Evangelisch ☐ Katholisch ☐ Muslimisch ☐ Jüdisch ☐ Keiner ☐ Anderer, nämlich: _____												
4. Sind Sie zur Zeit praktizierendes und aktives Mitglied einer Religion? ☐ Evangelisch ☐ Katholisch ☐ Muslimisch ☐ Jüdisch ☐ Nein ☐ andere Religion, nämlich: _____												
5. Haben Sie Kinder? ☐ Nein ☐ Ja, eigene Kinder ☐ Mein Partner / Meine Partnerin hat Kinder												
6. Wie wohnen Sie zur Zeit? ☐ alleine ☐ mit Partner ☐ bei den Eltern ☐ anders _____												
7. Welchen Schulabschluss haben Sie? <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td>☐ Keinen Schulabschluss</td><td>☐ Fachhochschule</td></tr><tr><td>☐ Hauptschulabschluss</td><td>☐ Universität/Hochschule</td></tr><tr><td>☐ Mittlere Reife/Realschulabschluss</td><td></td></tr><tr><td>☐ Abitur/Fachabitur</td><td></td></tr></table>			☐ Keinen Schulabschluss	☐ Fachhochschule	☐ Hauptschulabschluss	☐ Universität/Hochschule	☐ Mittlere Reife/Realschulabschluss		☐ Abitur/Fachabitur			
☐ Keinen Schulabschluss	☐ Fachhochschule											
☐ Hauptschulabschluss	☐ Universität/Hochschule											
☐ Mittlere Reife/Realschulabschluss												
☐ Abitur/Fachabitur												
8. Beschäftigungsart <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td>☐ Vollzeit beschäftigt</td><td>☐ Arbeitsunfähig</td></tr><tr><td>☐ Teilzeit beschäftigt</td><td>☐ Frührente</td></tr><tr><td>☐ Arbeitslos</td><td>☐ Andere</td></tr><tr><td>☐ In Ausbildung - Vollzeit</td><td></td></tr><tr><td>☐ In Ausbildung - Teilzeit</td><td></td></tr></table>			☐ Vollzeit beschäftigt	☐ Arbeitsunfähig	☐ Teilzeit beschäftigt	☐ Frührente	☐ Arbeitslos	☐ Andere	☐ In Ausbildung - Vollzeit		☐ In Ausbildung - Teilzeit	
☐ Vollzeit beschäftigt	☐ Arbeitsunfähig											
☐ Teilzeit beschäftigt	☐ Frührente											
☐ Arbeitslos	☐ Andere											
☐ In Ausbildung - Vollzeit												
☐ In Ausbildung - Teilzeit												

9. In welcher Geschlechtsrolle üben Sie Ihren Beruf aus?

☐ als Mann ☐ als Frau ☐ wechselnde Geschlechtsrollen

10. In welcher Geschlechtsrolle leben Sie außerhalb des Berufslebens?

☐ als Mann ☐ als Frau ☐ wechselnde Geschlechtsrollen

Soziale Kontakte und Hobbys**11a. Treffen Sie sich mit anderen Transsexuellen?**

☐ Ja ☐ Nein

11b. Falls ja, wo treffen Sie sich ?

☐ Selbsthilfegruppe ☐ Internet ☐ Beides, Selbsthilfegruppe und Internet Kommentar:

12a. Wie viele enge Freunde haben Sie, mit denen Sie offen über Ihre Probleme sprechen können?

☐ mehr als 10 ☐ 3 bis 10 ☐ 1 bis 2 ☐ keine

12b. Wie oft treffen Sie sich mit anderen, nicht-transsexuellen Menschen?

☐ nie ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer

13a. Haben Sie Kontakt mit Ihrer Familie?

☐ Nein ☐ Ja

13b. Wie ist Ihr Kontakt zur näheren Familie/den für Sie wichtigsten Familienmitgliedern?

☐ schlecht ☐ nicht sehr gut ☐ gut ☐ sehr gut

14. Weiß jemand in Ihrer Familie, dass Sie als Mann leben?

☐ Nein ☐ Ja

15. Haben Sie sich als Kind jemals einsam gefühlt?

☐ Immer ☐ Regelmäßig ☐ Manchmal ☐ Nie

16. Fühlen Sie sich zur Zeit einsam?

☐ Immer ☐ Regelmäßig ☐ Manchmal ☐ Nie

Psychische und physische Belastungen**17. Haben Sie chronische körperliche Probleme oder Beschwerden?**

☐ Nein ☐ Ja (nämlich) _____

18. Haben Mitglieder Ihrer Familie aktuell chronische körperliche Probleme oder Beschwerden?

☐ Nein ☐ Ja (nämlich) _____

19. Nehmen Sie momentan Medikamente ein (außer Hormonpräparaten)?

☐ Nein ☐ Ja (nämlich) _____

20. Haben Sie schon einmal psychologische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen?

☐ Nein ☐ Ja, wegen _____

21. Waren Sie aufgrund psychischer Probleme jemals in stationärer Behandlung? (Suchtstation, psychiatrische Klinik, Rehabilitationszentrum oder ähnliches)

☐ Nein ☐ Ja, nämlich in _____ (Ort und Name der Institution)

22. War Ihr Vater aufgrund psychischer Probleme jemals in stationärer Behandlung? (Suchtstation, psychiatrische Klinik, Rehabilitationszentrum oder ähnliches)

☐ Nein ☐ Ja, nämlich in _____ (Ort und Name der Institution)

23. War Ihre Mutter aufgrund psychischer Probleme jemals in stationärer Behandlung? (Suchtstation, psychiatrische Klinik, Rehabilitationszentrum oder ähnliches)

☐ Nein ☐ Ja, nämlich in _____ (Ort und Name der Institution)

24. Ist oder war Ihr Vater abhängig von Alkohol oder anderen Substanzen?

☐ Nein ☐ Ja, von _____

25. Ist oder war Ihre Mutter abhängig von Alkohol oder anderen Substanzen?

☐ Nein ☐ Ja, von _____

26. Zeigt oder zeigte Ihr Vater regelmäßig gewalttätiges Verhalten innerhalb der Familie?

☐ Nein ☐ Ja

27. Zeigt oder zeigte Ihre Mutter regelmäßig gewalttätiges Verhalten innerhalb der Familie?

☐ Nein ☐ Ja

28. Nahm oder nimmt Ihr Vater Medikamente aufgrund psychischer Probleme?

☐ Nein ☐ Ja, nämlich _____

29. Nahm oder nimmt Ihre Mutter Medikamente aufgrund psychischer Probleme?

☐ Nein ☐ Ja, nämlich _____

30. Kommt Homosexualität in Ihrer Familie vor?

☐ Nein ☐ Ja (bei) _____

31. Kommt Transsexualität in Ihrer Familie vor?

☐ Nein ☐ Ja (bei) _____

32. Kommt Travestie in Ihrer Familie vor?

☐ Nein ☐ Ja (bei) _____

Allgemeine Fragen zu Kindheit und Familie

33. Haben Sie Geschwister? ☐ Nein ☐ Ja **Wie viele Brüder ?** ☐ **Wie viele Schwestern?** ☐

34. In welcher Position stehen Sie in der Geschwisterreihe? Ich bin ...

☐ Einzelkind ☐ Ältestes Kind ☐ Jüngstes Kind ☐ anderes _____

35. Schulabschluss der Mutter

- | | |
|--|---|
| ☐ Keinen Schulabschluss | ☐ Fachhochschule |
| ☐ Hauptschulabschluss | ☐ Universität/Hochschule |
| ☐ Mittlere Reife/Realschulabschluss | ☐ Weiss nicht |
| ☐ Abitur/Fachabitur | |

36. Schulabschluss des Vaters

- | | |
|--|---|
| ☐ Keinen Schulabschluss | ☐ Fachhochschule |
| ☐ Hauptschulabschluss | ☐ Universität/Hochschule |
| ☐ Mittlere Reife/Realschulabschluss | ☐ Weiss nicht |
| ☐ Abitur/Fachabitur | |

37a. Nahm Ihre Mutter während der Schwangerschaft Medikamente ein?

☐ Nein ☐ Ich weiß es nicht ☐ Ja

37b. Falls ja, was hat sie eingenommen? ☐ Hormone ☐ Andere Medikamente, nämlich: _____**38. Bei wem sind Sie aufgewachsen?** _____

☐ Bei beiden Eltern ☐ Hauptsächlich bei der Mutter ☐ Hauptsächlich beim Vater ☐ Bei anderen, nämlich: _____

39. Wie war der Kontakt zwischen Ihnen und Ihren Eltern in der Kindheit? _____

A. Zum Vater: ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht ☐ nicht zutreffend

B. Zur Mutter: ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht ☐ nicht zutreffend

40. Waren Sie während Ihrer Kindheit (bis 12 J.) für einen bedeutsamen Zeitraum von Ihrer Hauptbezugsperson getrennt? ☐ Ja ☐ Nein**Geschlechtsentwicklung****41. Welche Spiele spielten Sie gerne im Kindergartenalter (4 - 6 Jahre alt)?**

☐ Typische Spiele für Jungs ☐ Typische Spiele für Mädchen ☐ Beides ☐ Keins von beiden

42. Welche Spiele spielten Sie gerne im Grundschulalter (6 - 12 Jahre)?

☐ Typische Spiele für Jungs ☐ Typische Spiele für Mädchen ☐ Beides ☐ Keins von beiden

43. Mit wem spielten Sie am liebsten im Kindergarten (4 - 6 Jahre)?

☐ Jungs ☐ Mädchen ☐ Mit Jungs und Mädchen ☐ Mit keinem von beiden

44. Mit wem spielten Sie am liebsten im Grundschulalter (6 - 12 Jahre)?

☐ Jungs ☐ Mädchen ☐ Mit Jungs und Mädchen ☐ Mit keinem von beiden

45. Mit wem waren Sie in der späteren Schulzeit (12-18 Jahre) am liebsten zusammen?

☐ Jungs ☐ Mädchen ☐ Mit Jungs und Mädchen ☐ Mit keinem von beiden

46. Wurden Sie in Ihrer Kindheit von anderen Kindern gehänselt?

☐ Nein ☐ Ja, ein wenig ☐ Ja, sehr **Wenn ja, auf welche Weise?** _____

47. Haben Ihre Eltern Sie dazu gezwungen, sich wie ein typisches Mädchen zu benehmen?

☐ Nie ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Immer

48. War es Ihnen, bevor Sie 12 Jahre alt waren, bereits ein Bedürfnis, Jungenkleidung zu tragen?

☐ Nie ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Immer

49. Haben Sie, bevor Sie 12 Jahre alt, waren auch damit begonnen, Jungenkleidung zu tragen?

☐ Nie ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Immer

50. Wusste irgendjemand davon?

☐ Nein ☐ Ja **Wenn ja, wer war das und wie war die Reaktion?** _____

51. In welchem Alter hatten Sie das erste Mal das Gefühl, dass Sie ein Junge sind oder dass Sie gerne ein Junge sein wollten?

Ich war _____ Jahre alt. ☐ trifft nicht zu

52. Hatten Sie bestimmte Gefühle oder Gedanken bezüglich Ihres Körpers (bis zum Alter von 12 J.)?

☐ Nein ☐ Ja, positive Gefühle (nämlich:) ☐ Ja, negative Gefühle (nämlich:) _____

53. Erinnern Sie sich an Gefühle bezüglich Ihres Körpers (z. B. bzgl. Brustwachstum), als Sie in die Pubertät kamen ?

- ☐ Ich fühlte nichts Besonderes ☐ Meine körperlichen Veränderungen gefielen mir
☐ Meine körperlichen Veränderungen gefielen mir nicht

54. Hatten Sie als Jugendlicher (12-18 Jahre) das Gefühl, dass Sie lieber ein Junge/ ein Mann wären?

- ☐ Nie ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Immer

55. Haben Sie jetzt das Gefühl, eigentlich ein Mann zu sein?

- ☐ Nein ☐ Ja ☐ Ich weiß es nicht

56. Falls ja, wie oft haben Sie dieses Gefühl?

- ☐ Nie ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Immer

Wenn manchmal, wovon hängt das ab? _____

57. Verabscheuen Sie es, eine Frau zu sein?

- ☐ Nie ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Immer

Wenn manchmal, wovon hängt das ab? _____

Kleidung

58. Hatten sie zwischen 12 und 18 Jahren den Drang, sich wie ein Junge bzw. ein Mann zu kleiden?

- ☐ Nie ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Immer

59. Haben Sie sich auch wirklich wie ein Junge/ ein Mann gekleidet (zwischen 12 und 18 J.)?

- ☐ Nie ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Immer

60. Wurden Sie dadurch jemals sexuell erregt (zwischen 12 und 18 J.)?

- ☐ Nie ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Immer

61a. Haben Sie, während Sie als Junge/ Mann gekleidet waren, sich selbst befriedigt oder Sex gehabt (zwischen 12 und 18 J.)?

- ☐ Nie ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Immer

Sexualität

63. Hatten Sie schon einmal medizinische Probleme mit Ihren Genitalien?

- ☐ Nein ☐ Ja Falls ja, welche Probleme gab es (Ursache)? _____

Wie alt waren Sie? Jahre.

64. Wie alt waren Sie zum Zeitpunkt Ihrer ersten Regel?

Jahre. ☐ Ist noch nicht geschehen

65a. Befriedigen Sie sich selbst? ☐ Nein ☐ Ja

65b. Wenn ja, wie alt waren Sie, als Sie sich zum ersten mal selbst befriedigt haben?

Jahre

66. Welches waren Ihre frühesten sexuellen Fantasien, an die Sie sich erinnern?

- ☐ Sex mit einer Frau ☐ Sex mit einem Mann ☐ Sex mit beiden Geschlechtern ☐ Andere Fantasien

Beschreibung: _____

67. Wie wichtig ist Sexualität für Sie heute?

- ☐ Wichtig ☐ Nicht so wichtig ☐ Unwichtig

68. Wie wäre es für Sie, wenn Sie aufgrund einer Behandlung keine sexuelle Erregung mehr verspüren könnten?

- ☐ Sehr schlimm ☐ Nicht so schlimm ☐ Unwichtig

69. Wie fühlt es sich an, wenn Sie einen Orgasmus haben?

- ☐ Immer angenehm ☐ nicht zutreffend
- ☐ Manchmal angenehm
- ☐ Niemals angenehm

70. Wenn Sie sexuelle Fantasien haben, was fantasieren Sie dann?

- ☐ Dass ich als Frau Sex habe
- ☐ Dass ich als Mann Sex habe ☐ Ich habe nie sexuelle Fantasien von mir selber
- ☐ Dass ich mal als Mann, mal als Frau Sex habe ☐ Ich habe niemals sexuelle Fantasien

71. Welches Geschlecht hat Ihr Partner in Ihren Fantasien?

- ☐ Weiblich
- ☐ Männlich
- ☐ Manchmal weiblich, manchmal männlich
- ☐ Transgender
- ☐ Ich habe keine sexuellen Phantasien bezüglich meines/r Sexualpartner(s)/in
- ☐ Ich habe niemals sexuellen Fantasien

72. Zu wem fühlen Sie sich momentan sexuell am meisten hingezogen?

- ☐ nur zu Frauen, nie zu Männern
- ☐ vorwiegend zu Frauen, manchmal zu Männern
- ☐ vorwiegend zu Frauen, oft auch zu Männern
- ☐ gleichermaßen zu Frauen und Männern
- ☐ vorwiegend zu Männern, oft auch zu Frauen
- ☐ vorwiegend zu Männern, manchmal auch zu Frauen
- ☐ nur zu Männern, nie zu Frauen
- ☐ Transgender
- ☐ Keine Angabe

73. Halten Sie es für möglich, dass sich Ihre sexuelle Präferenz (d.h. von wem sie sich angezogen fühlen) nach einer Behandlung ändern könnte?

- ☐ Nein ☐ Ja ☐ Ich weiß nicht Wenn ja, in welcher Weise? _____

74. Glauben Sie, dass einige Ihrer sexuellen Gefühle oder Verhaltensweisen von anderen als seltsam betrachtet würden, wenn sie davon wüssten?

- ☐ Nein ☐ Ja ☐ Ich weiß nicht Wenn ja, in welcher Weise? _____

75. Sind Sie zufrieden mit Ihrem Sexualleben?

- ☐ Nein ☐ Ja falls nein, weil: _____

Beziehungen**76. Als Sie das erste Mal sexuellen Kontakt hatten (mit Berühren der Genitalien), war das mit;**

- ☐ einer Frau ☐ einem Mann ☐ Bis jetzt noch nicht Wie alt waren Sie ? _____ Jahre

77. Wie viele verschiedene Sexualpartner hatten Sie bisher in Ihrem Leben?

- ☐ Keine ☐ 1 - 5 ☐ 5 - 10 ☐ Mehr als 10

78. Diese Sexualpartner/innen waren:

- ☐ ausschließlich Frauen ☐ mehr Frauen als Männer ☐ genauso viele Frauen wie Männer
☐ mehr Männer als Frauen ☐ ausschließlich Männer
☐ andere (z.B. Transsexuelle)

79. Diese Sexualpartner/innen waren mehrheitlich

- ☐ heterosexuelle Frauen ☐ heterosexuelle Männer
☐ homo- oder bisexuelle Frauen ☐ Ich weiß nichts über deren sexuelle Orientierung
☐ homo- oder bisexuelle Männer ☐ nicht zutreffend

80. Mein/e aktuelle/r Partner/in ist

- ☐ eine heterosexuelle Frau ☐ ein heterosexueller Mann
☐ eine homo- oder bisexuelle Frau ☐ nicht zutreffend
☐ ein homo- oder bisexueller Mann
☐ anders, nämlich: _____

81. Genießen Sie die Empfindungen an Klitoris und Vagina während des Geschlechtsverkehrs?

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Wechselnd ☐ keine Angabe

82. Beziehen Sie Ihre Genitalien in den Geschlechtsverkehr ein?

- ☐ Nein ☐ Ja Falls ja, wie? ☐ aktiv ☐ passiv ☐ beides, aktiv und passiv

83. Sind Sie mit Ihrer/n sexuellen Beziehung/en zufrieden?

- ☐ Ja ☐ keine Meinung ☐ Nein ☐ nicht zutreffend Wenn nein, warum? : _____

84. Haben Sie jemals Geld für sexuellen Kontakt bekommen? ☐ Nein ☐ Ja**Medizinische Behandlung****85. Welche medizinische Behandlung wünschen Sie sich?**

- ☐ Hormone, welche? _____
☐ Operationen, welche? _____
☐ Hormone und Operationen, welche? _____
☐ Etwas anderes, nämlich: _____

86. Haben Sie sich bereits einer Hormonbehandlung unterzogen, um als Mann erkannt zu werden?

- a.** ☐ Nein ☐ Ja
b. Wenn ja, welche Hormone? _____
c. Wenn ja, seit wann? _____
d. Wenn ja, wie haben Sie die Hormone bekommen? _____

87. Haben Sie sich bereits einer Operation unterzogen, um als Mann erkannt zu werden?

- a.** ☐ Nein ☐ Ja
b. Wenn ja, welche Operationen wurden durchgeführt?
☐ Brustoperation ☐ Gesichtsoption ☐ Andere, nämlich: _____

88. Glauben Sie, dass Ihre Behandlung mit Risiken verbunden ist?

- ☐ Nein ☐ Ja, nämlich: _____

89. Wie sicher sind Sie sich bezüglich der Art der Behandlung, die Sie für sich wünschen?

- ☐ unsicher ☐ eher sicher ☐ sehr sicher

N / A Skala

90. Würden Sie sich rückblickend als körperlich vernachlässigt bezeichnen?

☐ Nein ☐ Unsicher ☐ Ja, durch folgende Person/en _____

91. Würden Sie sich rückblickend als körperlich misshandelt bezeichnen?

☐ Nein ☐ Unsicher ☐ Ja, durch folgende Person/en _____

92. Würden Sie sich rückblickend als seelisch vernachlässigt bezeichnen?

☐ Nein ☐ Unsicher ☐ Ja, durch folgende Person/en _____

93. Würden Sie sich rückblickend als seelisch misshandelt bezeichnen?

☐ Nein ☐ Unsicher ☐ Ja, durch folgende Person/en _____

94. Würden Sie sich rückblickend als sexuell missbraucht bezeichnen?

☐ Nein ☐ Unsicher ☐ Ja, durch folgende Person/en _____

95. Haben Ihre Eltern in Ihrer Kindheit und Jugend für die folgenden Dinge gesorgt?

- | | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| a. angemessene Kleidung | ☐ Immer | ☐ Manchmal | ☐ Nie |
| b. angemessene Ernährung | ☐ Immer | ☐ Manchmal | ☐ Nie |
| c. angemessene Körperpflege | ☐ Immer | ☐ Manchmal | ☐ Nie |
| d. Versorgung bei Krankheit oder Verletzung | ☐ Immer | ☐ Manchmal | ☐ Nie |
| e. regelmäßiger Schulbesuch | ☐ Immer | ☐ Manchmal | ☐ Nie |

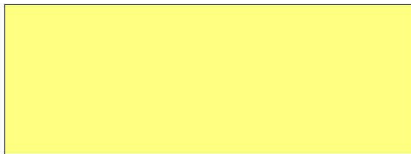
96. Erinnern Sie sich an andere lebensbedrohliche bzw. traumatische Ereignisse (z.B. schwere körperliche Verletzungen)?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche _____

1A

Country code

Id-nr



BI - M

Datum:

Behandler:

Ethnischer Hintergrund, Mutter: ☐ Asiatisch ☐ Afrikanisch ☐ Kaukasisch ☐ AndererEthnischer Hintergrund, Vater ☐ Asiatisch ☐ Afrikanisch ☐ Kaukasisch ☐ Anderer1a. Alter

Jahre

Geburtsjahr:

2. Familienstand:

☐ ledig / single ☐ in fester Partnerschaft ☐ Verheiratet ☐ Geschieden ☐ Sonstige:

3. Ihr religiöser Hintergrund:

☐ Evangelisch ☐ Katholisch ☐ Muslimisch ☐ Jüdisch ☐ Keiner ☐ Anderer, nämlich:

4. Sind Sie zur Zeit praktizierendes und aktives Mitglied einer Religion?

☐ Evangelisch ☐ Katholisch ☐ Muslimisch ☐ Jüdisch ☐ Keiner ☐ andere Religion, nämlich:

5. Haben Sie Kinder?

☐ Nein ☐ Ja

6. Wie wohnen Sie zur Zeit?

☐ Alleine ☐ mit Partner ☐ bei den Eltern ☐ anders

7. Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?

☐ Keinen Schulabschluss☐ Fachhochschule☐ Hauptschulabschluss☐ Universität/Hochschule☐ Mittlere Reife/Realschulabschluss☐ Abitur/Fachabitur

8. Beschäftigungsart:

☐ Vollzeit beschäftigt☐ Arbeitsunfähig☐ Teilzeit beschäftigt☐ Frührente☐ Arbeitslos☐ Andere☐ In Ausbildung - Vollzeit☐ In Ausbildung - Teilzeit

9. In welcher Geschlechtsrolle üben Sie Ihren Beruf aus?

- ☐ als Mann ☐ als Frau ☐ wechselnde Geschlechtsrollen

10. In welcher Geschlechtsrolle leben Sie außerhalb des Berufslebens?

- ☐ als Mann ☐ als Frau ☐ wechselnde Geschlechtsrollen

Soziale Kontakte und Hobbys**11a. Treffen Sie sich mit anderen Transsexuellen?**

- ☐ ja ☐ nein

11b. Falls ja, wo treffen Sie sich ?

- ☐ Selbsthilfegruppe ☐ Internet ☐ Beides, Selbsthilfegruppe und Internet ☐ sonstiges: _____

12a. Wie viele enge Freunde haben Sie, mit denen Sie offen über Ihre Probleme sprechen können?

- ☐ Mehr als 10 ☐ 3 bis 10 ☐ 1 bis 2 ☐ Keine

12b. Wie oft treffen Sie sich mit anderen, nicht-transsexuellen, Menschen?

- ☐ Nie ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Immer

13a. Haben Sie Kontakt mit Ihrer Familie? ☐ Nein ☐ Ja**13b. Wie ist Ihr Kontakt zur näheren Familie/den für Sie wichtigsten Familienmitgliedern?**

- ☐ Schlecht ☐ Nicht sehr gut ☐ Gut ☐ Sehr gut

14. Weiß jemand in Ihrer Familie, dass Sie als Frau leben?

- ☐ Nein ☐ Ja

15. Haben Sie sich als Kind jemals einsam gefühlt?

- ☐ Immer ☐ Regelmäßig ☐ Manchmal ☐ Nie

16. Fühlen Sie sich zur Zeit einsam?

- ☐ Immer ☐ Regelmäßig ☐ Manchmal ☐ Nie

Psychische und physische Belastungen**17. Haben Sie chronische körperliche Probleme oder Beschwerden?**

- ☐ Nein ☐ Ja, nämlich: _____

18. Haben Mitglieder Ihrer Familie aktuell chronische körperliche Probleme oder Beschwerden?

- ☐ Nein ☐ Ja, wer und welche: _____

19. Nehmen Sie momentan Medikamente ein (außer Hormonpräparaten)?

- ☐ Nein ☐ Ja, nämlich: _____

20. Haben Sie schon einmal psychologische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen?

- ☐ Nein ☐ Ja, wegen _____

21. Waren Sie aufgrund psychischer Probleme jemals in stationärer Behandlung? (Suchtstation, psychiatrische Klinik, Rehabilitationszentrum oder ähnliches)

- ☐ Nein ☐ Ja, nämlich in _____ (Ort und Name der Institution)

22. War Ihr Vater aufgrund psychischer Probleme jemals in stationärer Behandlung? (Suchtstation, psychiatrische Klinik, Rehabilitationszentrum oder ähnliches)

- ☐ Nein ☐ Ja, nämlich in _____ (Ort und Name der Institution)

- 23. War Ihre Mutter aufgrund psychischer Probleme jemals in stationärer Behandlung? (Suchtstation, psychiatrische Klinik, Rehabilitationszentrum oder ähnliches)**
☐ Nein ☐ Ja, nämlich in _____ (Ort und Name der Institution)
- 24. Ist oder war Ihr Vater abhängig von Alkohol oder anderen Substanzen?**
☐ Nein ☐ Ja, von _____
- 25. Ist oder war Ihre Mutter abhängig von Alkohol oder anderen Substanzen?**
☐ Nein ☐ Ja, von _____
- 26. Zeigt oder zeigte Ihr Vater regelmäßig gewalttätiges Verhalten innerhalb der Familie?**
☐ Nein ☐ Ja
- 27. Zeigt oder zeigte Ihre Mutter regelmäßig gewalttätiges Verhalten innerhalb der Familie?**
☐ Nein ☐ Ja
- 28. Nahm oder nimmt Ihr Vater Medikamente aufgrund psychischer Probleme?**
☐ Nein ☐ Ja, nämlich _____
- 29. Nahm oder nimmt Ihre Mutter Medikamente aufgrund psychischer Probleme?**
☐ Nein ☐ Ja, nämlich _____
- 30. Kommt Homosexualität in Ihrer Familie vor?**
☐ Nein ☐ Ja, bei _____
- 31. Kommt Transsexualität in Ihrer Familie vor?**
☐ Nein ☐ Ja, bei _____
- 32. Kommt Travestie in Ihrer Familie vor?**
☐ Nein ☐ Ja, bei _____

Allgemeine Fragen zu Kindheit und Familie

- 33. Haben Sie Geschwister?** ☐ Nein ☐ Ja **Wie viele Brüder?** ☐ **Wie viele Schwestern?** ☐
- 34. In welcher Position stehen Sie in der Geschwisterreihe? Ich bin ...**
☐ Einzelkind ☐ Ältestes Kind ☐ Jüngstes Kind ☐ anderes: _____
- 35. Höchster Schulabschluss der Mutter:**
- | | |
|--|---|
| ☐ Keinen Schulabschluss | ☐ Fachhochschule |
| ☐ Hauptschulabschluss | ☐ Universität/Hochschule |
| ☐ Mittlere Reife/Realschulabschluss | ☐ Weiss nicht |
| ☐ Abitur/Fachabitur | |
- 36. Höchster Schulabschluss des Vaters:**
- | | |
|--|---|
| ☐ Keinen Schulabschluss | ☐ Fachhochschule |
| ☐ Hauptschulabschluss | ☐ Universität/Hochschule |
| ☐ Mittlere Reife/Realschulabschluss | ☐ Weiss nicht |
| ☐ Abitur/Fachabitur | |

37a. Nahm Ihre Mutter während der Schwangerschaft Medikamente ein?

☐ Nein ☐ Ich weiß es nicht ☐ Ja

37b. Falls ja, was hat sie eingenommen? ☐ Hormone ☐ Andere Medikamente, nämlich: _____**38. Bei wem sind Sie aufgewachsen?**

☐ Bei beiden Eltern ☐ Hauptsächlich bei der Mutter ☐ Hauptsächlich beim Vater ☐ Bei anderen, nämlich: _____

39. Wie war der Kontakt zwischen Ihnen und Ihren Eltern in der Kindheit? _____

A. Zum Vater: ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht ☐ nicht zutreffend

B. Zur Mutter: ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht ☐ nicht zutreffend

40. Waren Sie während Ihrer Kindheit (bis 12 J.) für einen bedeutsamen Zeitraum von Ihrer Hauptbezugsperson getrennt? ☐ Ja ☐ Nein**Geschlechtsentwicklung****41. Welche Spiele spielten Sie gerne im Kindergartenalter (4 - 6 Jahre alt)?**

☐ Typische Spiele für Jungs ☐ Typische Spiele für Mädchen ☐ Beides ☐ Keins von beiden

42. Welche Spiele spielten Sie gerne im Grundschulalter (6 - 12 Jahre)?

☐ Typische Spiele für Jungs ☐ Typische Spiele für Mädchen ☐ Beides ☐ Keins von beiden

43. Mit wem spielten Sie am liebsten im Kindergarten (4 - 6 Jahre)?

☐ Jungs ☐ Mädchen ☐ Mit Jungs und Mädchen ☐ Mit keinem von beiden

44. Mit wem spielten Sie am liebsten im Grundschulalter (6 - 12 Jahre)?

☐ Jungs ☐ Mädchen ☐ Mit Jungs und Mädchen ☐ Mit keinem von beiden

45. Mit wem waren Sie in der späteren Schulzeit (12-18 Jahre) am liebsten zusammen?

☐ Mit Jungs ☐ Mit Mädchen ☐ Mit Jungs und Mädchen ☐ Weder noch

46. Wurden Sie in Ihrer Kindheit von anderen Kindern gehänselt?

☐ Nein ☐ Ja, ein wenig ☐ Ja, sehr **Wenn ja, auf welche Weise?** _____

47. Haben Ihre Eltern Sie dazu gezwungen, sich wie ein typischer Junge zu benehmen?

☐ nie ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer

48. War es Ihnen, bevor Sie 12 Jahre alt waren, bereits ein Bedürfnis, Mädchenkleidung zu tragen?

☐ nie ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer

49. Haben Sie, bevor Sie 12 Jahre alt, waren auch damit begonnen, Mädchenkleidung zu tragen?

☐ nie ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer

50. Wusste jemand davon?

☐ Nein ☐ Ja **Wenn ja, wer war das und wie war die Reaktion?** _____

51. In welchem Alter hatten Sie das erste Mal das Gefühl, dass Sie ein Mädchen sind oder dass Sie gerne ein Mädchen sein wollten?

Ich war _____ Jahre alt. ☐ trifft nicht zu

52. Hatten Sie bestimmte Gefühle oder Gedanken bezüglich Ihres Körpers (bis zum Alter von 12 J.)?

☐ Nein ☐ Ja, positive Gefühle, nämlich: ☐ Ja, negative Gefühle, nämlich: _____

53. Erinnern Sie sich an Gefühle bezüglich Ihres Körpers (z.B. tiefere Stimme), als Sie in die Pubertät kamen?

- ☐ Ich fühlte nichts Besonderes ☐ Meine körperlichen Veränderungen gefielen mir
☐ Meine körperlichen Veränderungen gefielen mir nicht

54. Hatten Sie als Jugendlicher (12-18 Jahre) das Gefühl, dass Sie lieber ein Mädchen/ eine Frau wären?

- ☐ nie ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer

55. Haben Sie jetzt das Gefühl, eigentlich eine Frau zu sein?

- ☐ Nein ☐ Ja ☐ Ich weiß es nicht

56. Falls ja, wie oft haben Sie dieses Gefühl?

- ☐ nie ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer

Wenn manchmal,
wovon hängt das ab?

57. Verabscheuen Sie es, ein Mann zu sein?

- ☐ nie ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer

Wenn manchmal,
wovon hängt das ab?

Kleidung

58. Hatten sie zwischen 12 und 18 Jahren den Drang, sich wie ein Mädchen bzw. eine Frau zu kleiden?

- ☐ nie ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer

59. Haben Sie sich auch wirklich wie ein Mädchen bzw. eine Frau gekleidet (zwischen 12 und 18 J.)?

- ☐ nie ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer

60. Wurden Sie dadurch jemals sexuell erregt (zwischen 12 und 18 J.)?

- ☐ nie ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer

61a. Haben Sie sich selbst befriedigt oder Sex gehabt während Sie als Mädchen/Frau gekleidet waren (zwischen 12 und 18 J.)?

- ☐ nie ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer

61b. Haben Sie Phantasien von sich selbst als (nacktem) Mädchen/ (nackter) Frau gehabt (zwischen 12 und 18 J.)?

- ☐ nie ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer

62. Haben Sie, seit Sie 18 Jahre alt sind, den Drang verspürt, sich wie eine Frau zu kleiden?

- ☐ nie ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer

63. Wurden Sie, seit Sie 18 Jahre alt sind, durch das Tragen von Frauenkleidung sexuell erregt?

- ☐ nie ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer

64a. Tragen Sie Frauenkleidung, wenn Sie sich selbst befriedigen oder wenn Sie Sex haben, seit Sie 18 Jahre alt sind?

- ☐ nie ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer

64b. Haben Sie, seit Sie 18 Jahre alt sind, Phantasien von sich selbst als (nackter) Frau gehabt ?

- ☐ nie ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer

Sexualität

65. Hatten Sie schon einmal medizinische Probleme mit Ihren Genitalien?

- ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche Probleme gab es (Ursache)?

Wie alt waren Sie?

--	--

Jahre

66. Wie alt waren Sie zum Zeitpunkt Ihrer ersten Ejakulation (Samenerguss)?

_____ Jahre ☐ Ist noch nicht geschehen

67a. Befriedigen Sie sich selbst? ☐ Nein ☐ Ja**67b. Wenn ja, wie alt waren Sie, als Sie sich zum ersten mal selbst befriedigt haben?** _____ Jahre**68. Welches waren Ihre frühesten sexuellen Fantasien, an die Sie sich erinnern?**

☐ Sex mit einer Frau ☐ Sex mit einem Mann ☐ Sex mit beiden Geschlechtern ☐ Andere Fantasien

Beschreibung: _____

69. Wie wichtig ist Sexualität für Sie heute?

☐ Wichtig ☐ Nicht so wichtig ☐ Unwichtig

70. Wie wäre es für Sie, wenn Sie aufgrund einer Behandlung keine sexuelle Erregung mehr verspüren könnten?

☐ Sehr schlimm ☐ Nicht so schlimm ☐ Unwichtig

71. Wie fühlt es sich an, wenn Sie einen Orgasmus haben?

☐ Immer angenehm ☐ nicht zutreffend
☐ Manchmal angenehm
☐ Niemals angenehm

72. Wenn Sie sexuelle Fantasien haben, was fantasieren Sie dann?

☐ Dass ich als Mann Sex habe
☐ Dass ich als Frau Sex habe
☐ Dass ich mal als Mann, mal als Frau Sex habe
☐ Ich habe keine sexuelle Phantasien von mir selber
☐ Ich habe keine sexuelle Phantasien

73. Welches Geschlecht hat Ihr Partner in Ihren Phantasien?

☐ weiblich
☐ männlich
☐ Manchmal weiblich, manchmal männlich
☐ Transgender
☐ Ich habe keine sexuellen Phantasien bezüglich meines/r Sexualpartner(s)/in
☐ Ich habe keine sexuellen Phantasien

74. Zu wem fühlen Sie sich momentan sexuell am meisten hingezogen?

☐ nur zu Frauen, nie zu Männern
☐ vorwiegend zu Frauen, manchmal zu Männern
☐ vorwiegend zu Frauen, oft auch zu Männern
☐ zu Frauen und Männern gleichermaßen
☐ vorwiegend zu Männern, oft auch zu Frauen
☐ vorwiegend zu Männern, manchmal zu Frauen
☐ nur zu Männern, nie zu Frauen
☐ Transgender
☐ Keine Angabe

75. Halten Sie es für möglich, dass sich Ihre sexuelle Präferenz (d.h. von wem sie sich angezogen fühlen) nach einer Behandlung ändern könnte?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Weiß nicht Wenn ja, in welcher Weise? _____

76. Glauben Sie, dass einige Ihrer sexuellen Gefühle oder Verhaltensweisen von anderen als seltsam betrachtet würden, wenn sie davon wüssten?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Weiß nicht Wenn ja, in welcher Weise? _____

77. Sind Sie zufrieden mit Ihrem Sexualleben?

☐ Nein ☐ Ja falls nein, weil: _____

Beziehungen

78. Als Sie das erste Mal sexuellen Kontakt hatten (mit Berühren der Genitalien), war das mit

☐ Einer Frau ☐ Einem Mann ☐ Bis jetzt noch nicht Wie alt waren Sie ? _____ Jahre

79. Wie viele verschiedene Sexualpartner hatten Sie bisher in Ihrem Leben?

☐ Keine ☐ 1 - 5 ☐ 5 - 10 ☐ Mehr als 10

80. Diese Sexualpartner/innen waren:

☐ Ausschließlich Frauen ☐ mehr Frauen als Männer ☐ genauso viele Frauen wie Männer
☐ mehr Männer als Frauen ☐ ausschließlich Männer
☐ andere (z.B. Transsexuelle)

81. Diese Sexualpartner/innen waren mehrheitlich

☐ heterosexuelle Frauen ☐ heterosexuelle Männer
☐ homo- oder bisexuelle Frauen ☐ Ich weiß nichts über deren sexuelle Orientierung
☐ homo- oder bisexuelle Männer ☐ nicht zutreffend

82. Mein/e aktuelle/r Partner/in ist

☐ eine heterosexuelle Frau ☐ ein heterosexueller Mann
☐ eine homo- oder bisexuelle Frau ☐ nicht zutreffend
☐ ein homo- oder bisexueller Mann
☐ Sonstiges, nämlich: _____

83. Genießen Sie die Empfindungen am Penis während des Geschlechtsverkehrs?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Wechselnd ☐ keine Angabe

84. Beziehen Sie Ihre Genitalien in den Geschlechtsverkehr ein?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja: ☐ Aktiv ☐ Passiv ☐ Beides, aktiv und passiv

85. Sind Sie mit Ihrer/n sexuellen Beziehung/en zufrieden?

☐ Ja ☐ keine Meinung ☐ Nein ☐ nicht zutreffend Wenn nein, warum? _____

86. Haben Sie jemals Geld für sexuellen Kontakt bekommen? ☐ Nein ☐ Ja

Medizinische Behandlung

87. Welche medizinische Behandlung wünschen Sie sich?

☐ Hormone, welche? _____
☐ Operationen, welche? _____
☐ Hormone und Operationen, welche? _____
☐ Etwas anderes, nämlich: _____

88. Haben Sie sich bereits einer Hormonbehandlung unterzogen, um als Frau erkannt zu werden?

a. ☐ Nein ☐ Ja

b. Wenn ja, welche Hormone? _____

c. Wenn ja, seit wann? _____

d. Wenn ja, wie haben Sie die Hormone bekommen? _____

89. Haben Sie sich bereits einer Operation unterzogen, um als Frau erkannt zu werden?

a. ☐ Nein ☐ Ja

b. Wenn ja welche Operation wurde durchgeführt?

☐ Brustoperation ☐ Gesichtsoption ☐ andere, nämlich: _____

90. Glauben Sie, dass Ihre Behandlung mit Risiken verbunden ist?

☐ Nein ☐ Ja, nämlich: _____

91. Wie sicher sind Sie sich bezüglich der Art der Behandlung, die Sie für sich wünschen?

☐ unsicher ☐ eher sicher ☐ sehr sicher

N / A Skala

92. Würden Sie sich rückblickend als körperlich vernachlässigt bezeichnen?

☐ Nein ☐ Unsicher ☐ Ja, durch folgende Person/en _____

93. Würden Sie sich rückblickend als körperlich misshandelt bezeichnen?

☐ Nein ☐ Unsicher ☐ Ja, durch folgende Person/en _____

94. Würden Sie sich rückblickend als seelisch vernachlässigt bezeichnen?

☐ Nein ☐ Unsicher ☐ Ja, durch folgende Person/en _____

95. Würden Sie sich rückblickend als seelisch misshandelt bezeichnen?

☐ Nein ☐ Unsicher ☐ Ja, durch folgende Person/en _____

96. Würden Sie sich rückblickend als sexuell missbraucht bezeichnen?

☐ Nein ☐ Unsicher ☐ Ja, durch folgende Person/en _____

97. Haben Ihre Eltern in Ihrer Kindheit und Jugend für die folgenden Dinge gesorgt?

a. angemessene Kleidung ☐ Immer ☐ Manchmal ☐ Nie

b. angemessene Ernährung ☐ Immer ☐ Manchmal ☐ Nie

c. angemessene Körperpflege ☐ Immer ☐ Manchmal ☐ Nie

d. Versorgung bei Krankheit oder Verletzung ☐ Immer ☐ Manchmal ☐ Nie

e. regelmäßiger Schulbesuch ☐ Immer ☐ Manchmal ☐ Nie

98. Erinnern Sie sich an andere lebensbedrohliche bzw. traumatische Ereignisse (z.B. schwere körperliche Verletzungen)?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche _____

Anhang C: Messinstrumente und gemessene Konstrukte

Messinstrument	Gemessene Konstrukte
Utrecht Gender Dysphoria Scale (Cohen-Kettenis & Van Goozen, 1997) Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults (Deogracias et al., 2007) Gender Identity Questionnaire (Eckloff, 2003)	Geschlechtsdysphorie/ Geschlechtsidentität
Symptom-Checkliste 90-R (Franke, 2002)	Psychisches Wohlbefinden/psychisches Belastungserleben
Short Form Health Survey (Ware & Sherbourne, 1992) Quality of Life (Life as a whole: Bradburn & Noll, 1969; Social Readjustment Scale: Holmes & Rahe, 1967)	Gesundheitsbezogene Lebensqualität/ allgemeine Lebensqualität
Body Image Scale (Lindgren & Pauly, 1975) Hamburg Body Drawing Scale (Strauß & Appelt, 1988)	Körperzufriedenheit/Körperbild

Anhang D: SCL-90-R

7734049521

UKE - Institut für Sexualforschung

Country code
Id-nr

SCL - 90 - R

Datum:..

Behandler:

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat.

Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten 14 Tagen** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind.

Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort.
Bitte beantworten Sie jede Frage!

Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter:	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Kopfschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
2. Nervosität oder innerem Zittern	☐	☐	☐	☐	☐
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	☐	☐	☐	☐	☐
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	☐	☐	☐	☐	☐
7. der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	☐	☐	☐	☐	☐
8. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	☐	☐	☐	☐	☐
9. Gedächtnisschwierigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
11. dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein	☐	☐	☐	☐	☐
12. Herz- und Brustschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	☐	☐	☐	☐	☐

1 / 5

In den letzten 14 Tagen fühlte ich mich gestört oder bedrängt durch:

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	☐	☐	☐	☐	☐
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	☐	☐	☐	☐	☐
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	☐	☐	☐	☐	☐
17. Zittern	☐	☐	☐	☐	☐
18. dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
19. schlechtem Appetit	☐	☐	☐	☐	☐
20. Neigung zum Weinen	☐	☐	☐	☐	☐
21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	☐	☐	☐	☐	☐
22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	☐	☐	☐	☐	☐
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	☐	☐	☐	☐	☐
24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	☐	☐	☐	☐	☐
25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	☐	☐	☐	☐	☐
26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	☐	☐	☐	☐	☐
27. Kreuzschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
28. dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	☐	☐	☐	☐	☐
29. Einsamkeitsgefühlen	☐	☐	☐	☐	☐
30. Schwermut	☐	☐	☐	☐	☐
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	☐	☐	☐	☐	☐
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	☐	☐	☐	☐	☐

4697049526

In den letzten 14 Tagen fühlte ich mich gestört oder bedrängt durch:

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
33. Furchtsamkeit	☐	☐	☐	☐	☐
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	☐	☐	☐	☐	☐
35. der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	☐	☐	☐	☐	☐
36. dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	☐	☐	☐	☐	☐
37. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	☐	☐	☐	☐	☐
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	☐	☐	☐	☐	☐
39. Herzklopfen oder Herzjagen	☐	☐	☐	☐	☐
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	☐	☐	☐	☐	☐
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	☐	☐	☐	☐	☐
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	☐	☐	☐	☐	☐
43. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	☐	☐	☐	☐	☐
44. Einschlafschwierigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	☐	☐	☐	☐	☐
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	☐	☐	☐	☐	☐
47. Furcht von Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	☐	☐	☐	☐	☐
48. Schwierigkeiten beim Atmen	☐	☐	☐	☐	☐
49. Hitzewallungen und Kälteschauern	☐	☐	☐	☐	☐
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	☐	☐	☐	☐	☐
51. Leere im Kopf	☐	☐	☐	☐	☐
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	☐	☐	☐	☐	☐
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	☐	☐	☐	☐	☐

5768049526

In den letzten 14 Tagen fühlte ich mich gestört oder bedrängt durch:

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	☐	☐	☐	☐	☐
55. Konzentrationsschwierigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	☐	☐	☐	☐	☐
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	☐	☐	☐	☐	☐
58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	☐	☐	☐	☐	☐
59. Gedanken an den Tod oder ans Sterben	☐	☐	☐	☐	☐
60. dem Drang, sich zu überessen	☐	☐	☐	☐	☐
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	☐	☐	☐	☐	☐
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	☐	☐	☐	☐	☐
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	☐	☐	☐	☐	☐
64. frühem Erwachen am Morgen	☐	☐	☐	☐	☐
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeiten wie Berühren, Zählen, Waschen	☐	☐	☐	☐	☐
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	☐	☐	☐	☐	☐
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	☐	☐	☐	☐	☐
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	☐	☐	☐	☐	☐
69. starker Befangenheit im Umgang mit Anderen	☐	☐	☐	☐	☐
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	☐	☐	☐	☐	☐
71. einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	☐	☐	☐	☐	☐
72. Schreck- oder Panikanfällen	☐	☐	☐	☐	☐

In den letzten 14 Tagen fühlte ich mich gestört oder bedrängt durch:

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	☐	☐	☐	☐	☐
74. Der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	☐	☐	☐	☐	☐
75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	☐	☐	☐	☐	☐
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	☐	☐	☐	☐	☐
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	☐	☐	☐	☐	☐
78. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	☐	☐	☐	☐	☐
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	☐	☐	☐	☐	☐
80. dem Gefühl, dass Ihnen etwas schlimmes passieren wird	☐	☐	☐	☐	☐
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	☐	☐	☐	☐	☐
82. Der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	☐	☐	☐	☐	☐
83. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	☐	☐	☐	☐	☐
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	☐	☐	☐	☐	☐
85. dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	☐	☐	☐	☐	☐
86. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	☐	☐	☐	☐	☐
87. dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	☐	☐	☐	☐	☐
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	☐	☐	☐	☐	☐
89. Schuldgefühlen	☐	☐	☐	☐	☐
90. dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	☐	☐	☐	☐	☐

Anhang E: DIA


 5195
FORM 17

DIA
 (inclusion criteria and diagnostic ratings)

1 / 6
 Country code
 Id-nr

Date: . .

Clinician: _____

A. CRITERION
A strong and persistent cross-gender identification (not merely a desire for any perceived cultural advantages of being the other sex)

A -stated-desire to be other sex

How strong	☐ Very strong	☐ Moderately	☐ Mildly
How persistent	☐ Very persistent	☐ Somewhat persistent	☐ Not persistent
Since when	☐ Childhood	☐ Adolescence	☐ Adulthood
How long (duration)	☐ >5 years	☐ Between 1-5 years	☐ < 1 year
Intermittent in	☐ Childhood	☐ Adolescence	☐ Adulthood

Frequent passing as the other sex

How often	☐ Regularly (once a week or more)	☐ Monthly	☐ Occasionally
Since when	☐ Childhood	☐ Adolescence	☐ Adulthood
How long (duration)	☐ >5 years	☐ Between 1-5 years	☐ < 1 year
Intermittent in	☐ Childhood	☐ Adolescence	☐ Adulthood

Desire to live or be treated as the other sex

How strong	☐ Very strong	☐ Moderately	☐ Mildly
How persistent	☐ Very persistent	☐ Somewhat persistent	☐ Not persistent
Since when	☐ Childhood	☐ Adolescence	☐ Adulthood
How long (duration)	☐ >5 years	☐ Between 1-5 years	☐ < 1 year

Conviction that he or she has the typical feelings and reactions of the other sex

How strong	☐ Very strong	☐ Moderately	☐ Mildly
How persistent	☐ Very persistent	☐ Somewhat persistent	☐ Not persistent
Since when	☐ Childhood	☐ Adolescence	☐ Adulthood
How long (duration)	☐ >5 years	☐ Between 1-5 years	☐ < 1 year
Intermittent in	☐ Childhood	☐ Adolescence	☐ Adulthood

Patients fulfills Criterion A

☐ Yes
 ☐ No
 ☐ Due to comorbidity



5195

2 / 6

Id-nr

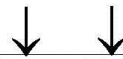
--	--	--	--	--

B. CRITERION**Persistent discomfort with his or her sex or sense of inappropriateness in the gender role of that sex****Preoccupation with getting rid of sex characteristics**

- | | | | |
|--------------------------|--|--|---|
| How strong | ☐ Very strong | ☐ Moderately | ☐ Mildly |
| How persistent | ☐ Very persistent | ☐ Somewhat persistent | ☐ Not persistent |
| Since when | ☐ Childhood | ☐ Adolescence | ☐ Adulthood |
| How long (duration) | ☐ >5 years | ☐ Between 1-5 years | ☐ < 1 year |
| Complete/incomplete wish | ☐ Complete | ☐ Incomplete | |
| Intermittent in | ☐ Childhood | ☐ Adolescence | ☐ Adulthood |

Belief to be born the wrong sex

- | | | | |
|---------------------|--------------------------------------|--|------------------------------------|
| How strong | ☐ Very strong | ☐ Moderately | ☐ Mildly |
| Since when | ☐ Childhood | ☐ Adolescence | ☐ Adulthood |
| How long (duration) | ☐ >5 years | ☐ Between 1-5 years | ☐ < 1 year |
| Intermittent in | ☐ Childhood | ☐ Adolescence | ☐ Adulthood |

Patient fulfills Criterion B ☐ Yes ☐ No ☐ Due to comorbidity**C. CRITERION****Is the disturbance concurrent with a physical intersex condition?**☐ No ☐ Yes ☐ Unclear**Patient fulfills Criterion C** ☐ Yes ☐ No ☐ Unclear**D. CRITERION****The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning****Distress/clinically significant impairment present?**

- | | | | | |
|---------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Social | ☐ Strong | ☐ Mildly | ☐ None | ☐ Unclear |
| Occupational | ☐ Strong | ☐ Mildly | ☐ None | ☐ Unclear |
| Family | ☐ Strong | ☐ Mildly | ☐ None | ☐ Unclear |
| Other, namely | ☐ Strong | ☐ Mildly | ☐ None | ☐ Unclear |

Patients fulfills Criterion D ? ☐ Yes ☐ No**Patients fulfills all DSM criteria for GID?** ☐ Yes ☐ No



5195

3 / 6

Id-nr

--	--	--	--	--

Sexual attraction**Preferred partners in:**

Behavior

☐ Males ☐ Females ☐ Both ☐ Neither ☐ Transgendered

Fantasy

☐ Males ☐ Females ☐ Both ☐ Neither ☐ Transgendered

Erotic attraction

☐ Males ☐ Females ☐ Both ☐ Neither ☐ Transgendered**DSM specification:
attracted to**☐ Males ☐ Females ☐ Both ☐ Neither ☐ Transgendered**Erotic arousal associated with
the thought of themselves as a
(naked) ...**In childhood
(if any)☐ Man ☐ Woman ☐ Both ☐ NA ☐ Transgendered person

In adolescence

☐ Man ☐ Woman ☐ Both ☐ NA ☐ Transgendered person

In adulthood

☐ Man ☐ Woman ☐ Both ☐ NA ☐ Transgendered person**Any sexual arousal with cross-
dressing in the past
(adolescence)**☐ yes ☐ no**Any current sexual arousal with
cross-dressing?**☐ yes ☐ no**Patient belongs to the
autogynephile subgroup?**☐ yes ☐ no ☐ unclear



--	--	--	--	--

Other (DSM) classifications**1 GID NOS**

Intersex condition with gender dysphoria present?

☐ Strong ☐ Midly ☐ None ☐ Unclear

Transient stress -related cross-dressing behavior present?

☐ Strong ☐ Midly ☐ None ☐ Unclear

Persistent preoccupation with castration/penectomy without desire to acquire the sex characteristics of the other sex present?

☐ Strong ☐ Midly ☐ None ☐ Unclear

Other criteria present indicating gender identity disorders not classifiable as a specific GID?
If so which:

Patient fulfills criteria GID NOS?

☐ **Yes**

☐ **No**

2 Transvestic fetishism (only for heterosexual males)

Recurrent, intense sexually arousing fantasies, sexual urges, or behaviors involving cross-dressing >6 months present?

☐ **Yes**

☐ **No**

The fantasies, sexual urges or behaviours cause clinically significant distress or impairment in social, occupational or other important areas of functioning

☐ **Yes**

☐ **No**

Patient fulfills DSM criteria for transvestic fetishism?

☐ **Yes**

☐ **No**

3 "Partial GID"

Patient fulfills one criterion (A or B) but not the other?

☐ **Yes**

☐ **No**

4 "Third gender"

Patient considers him/herself third gender?

☐ **Yes**

☐ **No**

5 Transsexual identity

Patient claims to have a transsexual identity?

☐ **Yes**

☐ **No**



5195

5 / 6

Id-nr

--	--	--	--	--

Did the adult also fulfill GID criteria in childhood? Always to be filled out!

A. Criterion childhood GID:

A strong and persistent cross-gender identification (not merely a desire for any perceived cultural advantages of being the other sex)

(4 of 5 criteria)

1. Repeatedly stated desire to be, or insistence that he or she is, the other sex

Present

☐ Strongly ☐ Moderately ☐ Not

2. Boys: preference for crossdressing

Present

☐ Strongly ☐ Moderately ☐ Not

3. Girls: insistence on wearing only stereotypical masculine clothing

Present

☐ Strongly ☐ Moderately ☐ Not

4. Strong/persistent preferences for cross-sex roles in makebelieve play or persistent fantasies of being the other sex

Play: present

☐ Strongly ☐ Moderately ☐ Not

Fantasies: present

☐ Strongly ☐ Moderately ☐ Not

5. Intense desire to participate in the stereotypical games and pastimes of the other sex

Present

☐ Strongly ☐ Moderately ☐ Not

6. Strong preference for playmates of the other sex

Present

☐ Strongly ☐ Moderately ☐ Not

Patient fulfilled criterion A in childhood ?	☐ Yes	☐ No
---	------------------------------	-----------------------------

Childhood GID

B. Criterion childhood GID: Persistent discomfort with his/her sex or sense of inappropriateness in the gender role of that sex.

Boys: assertion penis or testes are disgusting or will disappear or assertion it would be better not to have penis

Present

☐ Strongly ☐ Moderately ☐ Not

Boys: aversion toward rough/tumble play & rejection of male typical toys, games and activities

Present

☐ Strongly ☐ Moderately ☐ Not

Girls: rejection of urinating in a sitting position

Present

☐ Strongly ☐ Moderately ☐ Not

Girls: assertion that she has or will grow a penis

Present

☐ Strongly ☐ Moderately ☐ Not

Girls: assertion that she does not want to grow breasts or menstruate

Present

☐ Strongly ☐ Moderately ☐ Not

Girls: marked aversion toward normative feminine clothing

Present

☐ Strongly ☐ Moderately ☐ Not

Patient fulfilled criterion B in childhood ?	☐ Yes	☐ No
---	------------------------------	-----------------------------



5195

6 / 6

Id-nr

--	--	--	--	--

C. Criterion childhood GID:

Is the disturbance concurrent with a physical intersex condition?

☐ No☐ Yes☐ Unclear

Patient fulfilled criterion C in childhood ?

☐ Yes☐ No**D. Criterion childhood GID**

The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational or other important areas of functioning

Clinically significant distress impairment present?

Social

☐ Strong☐ Mildly☐ None☐ Unclear

Occupational/educational

☐ Strong☐ Mildly☐ None☐ Unclear

Family

☐ Strong☐ Mildly☐ None☐ Unclear

Other, namely

☐ Strong☐ Mildly☐ None☐ Unclear

Patient fulfilled criterion D in childhood ?

☐ Yes☐ No

Patient fulfilled all DSM criteria in childhood?

☐ Yes☐ No

51 SSS - items 1-8

F-Sozu

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Es wird erhoben, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen.

Der Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen. Neben jeder Aussage finden Sie fünf Kreise. Markieren Sie bitte den Kreis, der Ihrer Zustimmung entspricht.

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft genau zu
1. Ich habe Menschen, die sich um meine Wohnung (Blumen, Haustiere) kümmern können, wenn ich mal nicht da bin	☐	☐	☐	☐	☐
2. Es gibt Menschen, die mich so nehmen, wie ich bin	☐	☐	☐	☐	☐
3. Meinen Freunden/Bekannten ist es wichtig, meine Meinung zu bestimmten Dingen zu erfahren	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ich wünsche mir von anderen mehr Verständnis und Zuwendung	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich in jedem Fall rechnen kann	☐	☐	☐	☐	☐
6. Bei Bedarf kann ich mir Werkzeug oder Lebensmittel ausleihen	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich habe Freunde/Angehörige, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ich kenn fast niemanden, mit dem ich gerne ausgehe	☐	☐	☐	☐	☐

52 SSS - items 9-16

F-Sozu

Markieren Sie bitte den Kreis, der Ihrer Zustimmung entspricht.

trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft genau zu
-----------------	----------------------	---------------------	-----------	-----------------

	zu	zu
9. Ich habe Freunde/Angehörige, die mich auch einfach mal umarmen	☐	☐
10. Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge (z.B. Einkaufen) für mich zu erledigen	☐	☐
11. Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann	☐	☐
12. Ich fühle mich oft als Außenseiter	☐	☐
13. Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen	☐	☐
14. Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein	☐	☐
15. Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich sehr wohl fühle	☐	☐
16. Ich habe genug Menschen, die mir wirklich helfen, wenn ich mal nicht weiter weiß	☐	☐

53 SSS - items 17-22

F-Sozu

Markieren Sie bitte den Kreis, der Ihrer Zustimmung entspricht.

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft genau zu
17. Es gibt Menschen, die zu mir halten, auch wenn ich Fehler mache	☐	☐	☐	☐	☐
18. Ich wünsche mir mehr Geborgenheit und Nähe	☐	☐	☐	☐	☐
19. Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe	☐	☐	☐	☐	☐
20. Es gibt eine Gemeinschaft von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich mich zugehörig fühle	☐	☐	☐	☐	☐

21. Durch meinen Freundes- und Bekanntenkreis erhalte ich oft gute Tipps (z.B. guter Arzt, Veranstaltungen) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
22. Es gibt Menschen, denen ich alle meine Gefühle zeigen kann, ohne dass es peinlich wird ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

54 Comments at End

Sie sind nun am Ende des Fragebogens angelangt.

Wenn sie Anmerkungen oder Anregungen zu dieser Umfrage haben, nutzen Sie bitte das folgende Kommentarfeld:

55 Endseite

Vielen Dank, dass Sie mit Ihrer Teilnahme an unserer Umfrage einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Behandlung geleistet haben!

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Wenden Sie sich hierfür bitte an Herrn Dr. Nieder, den Sie entweder telefonisch (040 74105 4232) oder per Mail (tnieder@uke.de) erreichen können.

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name:	Illing
Vorname:	Jana Dilan
E-Mail:	janadilan@gmx.at
Geburtsdatum:	14.02.1988
Staatsangehörigkeit:	Deutsch
Geburtsort:	Velbert

Berufliche und praktische Erfahrungen:

03.2014 – 10.2014	Forschungspraktikum und Erstellung der Diplomarbeit am Institut für Sexualforschung und forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
11.2012 - 06.2013	Ehrenamtliche Vollzugshilfe im Krankenhaus des Maßregelvollzugs bei der Freien Hilfe Berlin e.V., Berlin
07.2012 – 08.2012	Praktikum auf der Depressionsstation der LWL–Klinik, Dortmund
01.2010 – 03.2014	Honorarkraft als Jugendbetreuerin im Jugendzentrum JUVIVO, Wien
09.2007 - 06.2008	Sozialpraktikum in einer NGO, Buenos Aires

Ausbildung:

10.2012 - 07.2013	ERASMUS Auslandsstudium der Psychologie, Universität Potsdam
Seit März 2009	Diplomstudiengang Psychologie, Universität Wien
10.2008 - 03.2009	Diplomstudiengang Internationale Entwicklung, Universität Wien
09.2004 - 07.2007	Albert Schweitzer Gymnasium, Hürth, Bilinguales Abitur

Sprachen:

Deutsch:	Muttersprache
Spanisch:	fließend
Englisch:	sehr gute Kenntnisse
Türkisch:	gute Kenntnisse
Französisch:	Grundkenntnisse